

Remoção de terceiro molar superior deslocado para o espaço bucal

Removal of upper third molar displaced to the buccal space

RESUMO

Os autores descrevem um caso clínico de deslocamento de germe dentário de terceiro molar superior esquerdo para o espaço bucal em um paciente de 13 anos de idade. A localização do dente em posição profunda com envolvimento do corpo adiposo do bucinador dificultou a sua localização, ainda não descrita, nas condições em questão, na literatura. Com a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC), foi possível localizar o dente deslocado e planejar a sua remoção. Os riscos e benefícios das extrações de germes de terceiros molares precisam ser avaliados devido ao grande risco de deslocamentos.

Palavras-chave: Espaço Bucal; Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico; Dente Impactado; Terceiro Molar.

Recebido em 15/06/16
Aprovado em 13/07/16

Ronaldo Célio Mariano

Professor Titular de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial, Departamento de Clínica e Cirurgia, Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

Marina Reis Oliveira

Doutoranda em Diagnóstico Oral e Cirurgia, Departamento de Diagnóstico Oral e Cirurgia, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP).

Sabrina Ferreira

Doutoranda em Implantodontia, Departamento de Diagnóstico Oral e Cirurgia, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP).

Amanda de Carvalho Silva

Doutoranda em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial, do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP).

Lysandro Fabris Almeida Amaral

Mestre em Ciências Odontológicas, Departamento de Clínica e Cirurgia, Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marina Reis Oliveira
Endereço: Avenida São Paulo, 1479/03,
Centro, Araraquara, São Paulo, Brasil,
CEP (ZIP CODE): 14801-060
Telefone: 55 16 33224001
Fax: 55 16 33016371
E-mail: marinareis89@hotmail.com;
marinareis89@outlook.com

ABSTRACT

The authors describe a case of displacement of left upper third molar tooth germ to the buccal space in a patient 13 years old. The deep position of the tooth with involvement of the fat body of the buccinator made it difficult its location, still not described, under the concerned conditions, in the literature. With the cone beam computed tomography (CBCT), it was possible determine the location of the tooth and plan his removal. The risks and benefits of third molar tooth germ extraction should be evaluated because there is a greater chance of displacement.

Key Words: Buccal Space; Cone Beam Computed Tomography (CBCT); Impacted Tooth; Third Molar.

INTRODUÇÃO

O deslocamento acidental de fragmentos e/ou de dentes para espaços fasciais é uma das complicações associadas à exodontia de terceiros molares. Trata-se de um episódio raro e com complicações potencialmente severas, mas facilmente compreendido, se considerada a anatomia da região em que se localiza esse tipo de dente. De acordo com a literatura, o deslocamento acidental de um dente para dentro dos espaços anatômicos adjacentes como o seio maxilar, a fossa infratemporal, o espaço submandibular, o espaço faríngeo lateral, ou o espaço pterigomandibular têm sido raramente relatados.¹

No que diz respeito às extrações de terceiros molares superiores, alguns autores publicaram relatos de deslocamentos de terceiros molares superiores para o interior de diferentes espaços anatômicos.^{1,2} Dentre eles, o seio maxilar.¹ Mais incomum, no entanto, e de igual potencial às complicações, as fossas temporal e infratemporal.² O deslocamento de terceiro molar superior para o interior do espaço bucal foi relatado por Kocaelli et al. (2011).³

O espaço bucal é um espaço fascial profundo, que corresponde a um limite anatômico de delimitação ou disseminação de infecções bucais. Apresenta como limite medial o músculo bucinador e sua fásia; lateralmente, os músculos zigomáticos maior e menor, músculo risório e levantador do lábio superior; anteriormente, o músculo orbicular do lábio e levantador do lábio; e posteriormente, o músculo masseter. Superiormente ao espaço bucal, encontra-se a fossa temporal e inferiormente, o espaço submandibular. Esse espaço fascial é preenchido, basicamente, por tecido adiposo.^{4,5}

Na literatura radiológica, pouca atenção se dá ao espaço bucal, principalmente pela dificuldade ou impossibilidade de localizá-lo em tomadas radiográficas, por se tratar de um acidente anatômico formado por tecido mole.⁵ Entretanto, são relatadas variações anatômicas dessa região bem como processos patológicos que a acometem⁵, ou até mesmo, deslocamento de dentes, como relatado por Kocaelli et al. (2011)³ e no presente caso clínico. Assim, é necessária a utilização de exames de imagens específicos para delimitar precisamente esse espaço fascial. Neste contexto, segundo Tart et al. (1995)⁶, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética podem ser utilizadas.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, de 13 anos de idade, portador de germe de terceiro molar superior esquerdo indicado para extração pelo seu ortodontista. O germe encontrava-se em posição intraóssea profunda (Figura 1A). Durante a tentativa da extração pelo cirurgião de pouca experiência, o germe foi deslocado para uma região não identificada precisamente no transoperatório. Tentativas de remoção na mesma sessão foram realizadas sem sucesso. Com as imagens obtidas pela tomografia computadorizada cone beam (TCCB), foi possível localizar e planejar a remoção de germe alojado no espaço bucal esquerdo (Figura 1B, 1C e 1D).

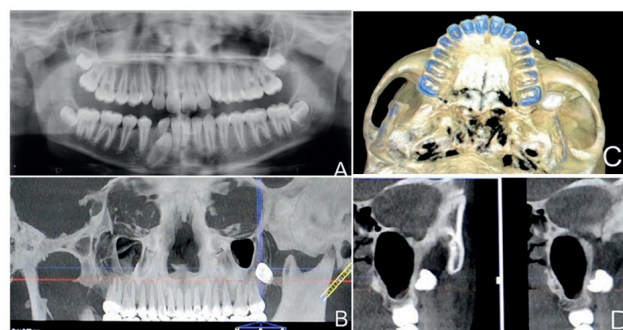


Figura 1 - A: Radiografia panorâmica pré-operatória mostrando o germe do dente 28 em posição intraóssea profunda; B: Tomografia computadorizada mostrando a posição do dente deslocado; C: Imagem tridimensional mostrando o dente deslocado na região do espaço bucal esquerdo; D: Corte axial mostrando o dente deslocado em contato com a parede lateral do seio maxilar.

É importante salientar que, ao exame clínico, nenhuma elevação na mucosa bucal na região da bochecha era notada (Figura 2A). Então, sob anestesia local foi realizada uma incisão da mucosa alveolar, ao nível do segundo molar superior e descolamento total do retalho. Em seguida, incisão interna em periósteo do retalho permitiu o acesso à fásia e ao espaço bucal por divulsão romba. A confirmação clínica da correta localização se deu pela exposição do corpo adiposo do bucinador (Figura 2B). Com o auxílio de um descolador e por pressão digital na face externa da bochecha o germe pode ser identificado e deslocado para a linha de incisão. Clinicamente, observou-se a presença de uma cápsula fibrosa que o revestia e o fixava nos tecidos adjacentes a sua localização. Foi realizada, então, a separação do dente desse tecido fibroso, a remoção do dente (Figura 2C) e a sutura da ferida.

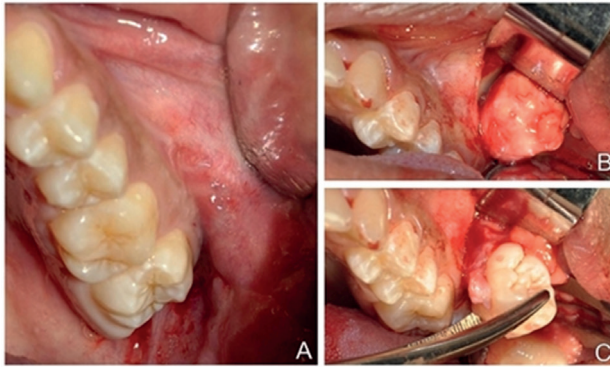


Figura 2 - A: Aspecto clínico inicial não mostra qualquer elevação na região da mucosa bucal; B: Cápsula fibrosa envolvendo o dente deslocado; C: Remoção do germe dentário do espaço bucal.

A sutura foi removida após 10 dias pós-operatórios (Figura 3A), e o acompanhamento radiográfico foi realizado (Figura 3B). O paciente recuperou-se sem incidentes.

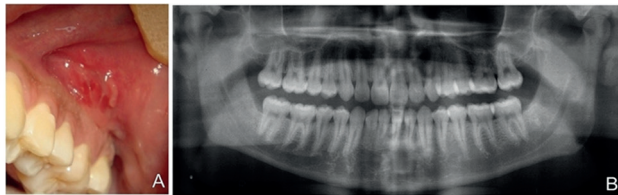


Figura 3 - Acompanhamento pós-operatório. A: Boa evolução cicatricial no pós-operatório de 10 dias; B: Radiografia panorâmica pós-operatória.

DISCUSSÃO

A cirurgia para remoção de terceiros molares maxilares impactados é um procedimento cirúrgico comum na rotina do cirurgião-dentista, sendo, na sua maioria, indicado pelo ortodontista, que, em algumas situações, como no caso relatado neste trabalho, deseja prevenir apinhamento dental anterior após a conclusão do tratamento ortodôntico. A decisão de extrair ou não tais dentes deve ser cuidadosamente avaliada, levando em considerando-se os riscos e os benefícios.⁷

Esse procedimento está associado a uma incidência moderada de complicações, em torno de 10%.⁸, no entanto, profissionais menos experientes estão naturalmente sujeitos a uma incidência maior de complicações.⁹ É importante confirmar a indicação da extração e escolher o momento mais oportuno para a intervenção. Svezut et al. (2005)¹ afirmam que, quando se tem metade das raízes de um terceiro molar superior formada, a cirurgia é quase sempre menos difícil de ser realizada, porque na maioria dos casos, o paciente tem pouco menos de 20 anos, e o dente

está localizado em uma posição mais inferior. O presente caso tratou de uma indicação ortodôntica para extração do terceiro molar superior em um paciente com 13 anos de idade com discrepância dento-esquelética. O germe dentário se encontrava em posição profunda na maxila, acima do nível médio da raiz do segundo molar superior esquerdo e em íntimo contato com a parede posterior do seio maxilar. Isso possibilitou a ocorrência do acidente, associado ao fato da pouca experiência do executor da cirurgia.

Dentre os acidentes e complicações associadas à extração de terceiros molares superiores, as mais comumente relatadas são a infecção alveolar, a fratura do túber, a comunicação buco-sinusal, hemorragia e o deslocamento acidental do dente para a fossa infratemporal ou para o interior do seio maxilar.³ A força apical excessiva durante o uso de extratores e técnicas cirúrgicas incorretas são as causas mais comuns das complicações do tipo deslocamentos para espaços anatômicos.¹ A força excessiva ou movimentos inadequados com o extrator durante a luxação de terceiros molares superiores podem deslocar tais dentes para o interior do espaço bucal. O uso incorreto do extrator pode levar a uma fratura da parede vestibular, que consiste, principalmente, de osso trabecular com uma fina camada cortical, e o dente empurrado pode facilmente ser deslocado para dentro do espaço bucal. Se a altura óssea vestibular e/ou distal ao molar é inadequada, o risco aumenta.³ No presente caso, o dente deslocado não era palpável na região da bochecha como no caso descrito por Kocaelli et al. (2011)³. Acredita-se que ele se localizava em uma região mais superior e posterior, envolvendo possivelmente a porção medial do corpo adiposo do bucinador, que se localiza profundamente do lado medial da mandíbula e lateral da maxila, com comunicação com o espaço mastigador. Dessa forma, no caso em questão, o posicionamento mais superior do dente deslocado, a realização de movimentos intempestivos e o uso inadequado do extrator contribuíram para o deslocamento do dente para o espaço bucal.

Uma vez que o espaço bucal tem como principais conteúdos a divisão vestibular do nervo facial e o ramo bucal do nervo mandibular, o deslocamento de dentes para esse espaço poderia resultar em danos nervosos. Se ramos motores são injuriados pelo deslocamento dental ou pelo procedimento cirúrgico, o músculo bucinador

pode perder a rigidez, levando ao dobramento da bochecha, o que poderia resultar em mordeduras da mucosa bucal. Danos à artéria facial e à artéria bucal podem ocorrer com o deslocamento do terceiro molar para o espaço bucal assim como infecção ou inflamação exacerbada de glândulas salivares menores que estão incluídas nesse espaço. Danos à artéria facial e à artéria bucal podem ocorrer com o deslocamento do terceiro molar para o espaço bucal assim como infecção ou inflamação exacerbada de glândulas salivares menores que estão incluídas nesse espaço.⁴ O presente caso não mostrou com o deslocamento do dente alterações como essas citadas. A correta e cuidadosa manipulação cirúrgica garantiu a preservação dessas estruturas.

O deslocamento total do dente para espaços, fossas ou cavidades aéreas nem sempre determina sua infecção, considerando-se, principalmente que o dente deslocado normalmente se encontra hígido. Entretanto, o dente deve ser removido o quanto antes, para se evitar o desenvolvimento de alterações infecciosas ou o deslocamento para outros espaços anatômicos. Tal possibilidade é bastante preocupante, quando se refere ao espaço bucal, uma vez que este apresenta limites indefinidos. Superiormente, o corpo adiposo do bucinador mistura-se com a gordura da fossa temporal e inferiormente não existe uma barreira verdadeira entre os espaços bucal e submandibular. Essas características justificam que deslocamentos ou infecções que atinjam o espaço bucal sejam tratados cuidadosamente e o quanto antes, para se evitarem complicações mais graves e de maiores dimensões envolvendo outros espaços e/ou estruturas anatômicas.⁵

O exame de imagem ideal para avaliar a região de corpos adiposos e espaços faciais depende das características de cada caso. A tomografia computadorizada deve ser priorizada na presença de alterações inflamatórias no tecido adiposo, associada à presença de estruturas mineralizadas e alterações ósseas na maxila e/ou mandíbula bem como para a localização de infecções ou estruturas não palpáveis.⁵ No presente caso, a tomografia computadorizada foi importante para a localização e decisão da remoção do germe dentário deslocado. Salienta-se, também, que, diante de acesso limitado para a extração de terceiros molares superiores impactados, um procedimento cirúrgico aberto é preferível à utilização de extratores à cega.

Nesse contexto, os cirurgiões-dentistas que realizam cirurgias de terceiros molares devem não somente ser bem treinados nesses procedimentos mas também serem capazes de decidir se dentes impactados assintomáticos devem ser extraídos e qual a maneira mais apropriada de controlar o paciente nos casos de complicações.⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A extração de terceiros molares impactados não é um procedimento simples, e suas complicações não devem ser menosprezadas. A arquitetura da tuberosidade maxilar caracteriza-se como uma forma trabecular, que é mais vulnerável às fraturas, e não raramente há variações anatômicas de perfurações não patológicas do túber. Assim, há um risco aumentado de deslocamento de dentes para dentro de espaços anatômicos adjacentes.

REFERÊNCIAS

1. Sverzut CE, Trivellato AE, Lopes LM, Ferraz EP, Sverzut AT. Accidental displacement of impacted maxillary third molar: a case report. *Braz Dent J*. 2005 May/Aug;16(2):167–170.
2. Cancino CMH, Oliveira FAM, Oliveira MG, Sovieiro C. Third molar dislocated to the infratemporal fossa. *RGO*. 2003 Jan/Fev/Mar;51(1):44-46.
3. Kocaelli HA, Balcioglu TL, Erdem: Displacement of a maxillary third molar into the buccal space: anatomical implications apropos of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011 Jun;40(6):650–653.
4. Lang J. *Clinical anatomy of the masticatory apparatus and peripharyngeal spaces*. New York: Thieme Medical Publishers Inc.; 1995: 184 pages.
5. Tart RP, Kotzur IM, Mancuso AA, Glantz MS; Mukherji, SR. CT and MR Imaging of the Buccal Space and Buccal Space Masses. *RadioGraphics*. 1995;15(3):531-550.
6. Mukherji SK, Castillo M. A simplified approach to the spaces of the suprahyoid neck. *Radiol Clin North Am*. 1998 Sep;36(5):761–780.
7. Lopes V, Mumenya R, Feinmann C, Harris

- M. Third molar surgery: an audit of the indications for surgery, post operative complaints and patient satisfaction. *Braz J Oral Maxillofac Surg.* 1995 Feb;33(1):33-35.
8. Nordenram A. Postoperative complications in oral surgery. *Swed Dent J.* 1983;7:109-114.
 9. Sisk AL, Hammer WB, Shelton DW, Joy ED. Complications following removal of impacted third molars: the role of experience of the surgeon. *J Oral Maxillofac Surg.* 1986 Nov;44(11):855-859.
 10. Mercier P, Precious D. Risks and benefits of removal of impacted third molars. A critical review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1992 Feb;21(1):17-27.