

Impacção de primeiro molar permanente em paciente com fissura labiopalatina

Ana Paula Fernandes
Cleide Felício Carvalho Carrara
Vivan Agostino Biella Passos
Natalino Lourenço Neto
Thais Marchini Oliveira

RESUMO

O cisto paradentário é um cisto odontogênico inflamatório, relacionado a um dente vital, parcialmente irrompido, associado com pericoronarite. Geralmente acomete terceiros molares inferiores, podendo, mais raramente, ocorrer em outros dentes causando distúrbios na erupção. A impacção de primeiros molares permanentes inferiores é rara e poucos casos são relatados na literatura. O dente mais frequente a apresentar impacção é o terceiro molar permanente inferior, seguido do terceiro molar superior. Sua etiologia pode envolver tanto fatores locais como sistêmicos. Este trabalho tem como objetivo apresentar um caso de impacção de um primeiro molar permanente inferior causado pela presença de um cisto paradentário, bem como o tratamento realizado.

Palavras-chave: cisto paradentário, irrupção dentária, tracionamento ortodôntico.

Impactation of first permanent molar in a patient with cleft lip and palate

ABSTRACT

The paradental cyst is an odontogenic inflammatory cyst, always related with vital molars, partially erupted, associated with pericoronaritis. Usually affects lower third molars, and more rarely can occur in others teeth, causing eruption disturbances. The impactation of lower first permanent molars is rare and a few cases have been reported in the literature. The most frequent tooth that presents impactation is the lower third molar followed by the maxilar third molars. Its etiology may involve both local and systemic factors. This case report has the objective to present a case

Ana Paula Fernandes é Mestranda em Odontopediatria – Faculdade de Odontologia de Bauru/USP.
Cleide Felício Carvalho Carrara é Doutoranda em Reabilitação de Fissuras Orofaciais – Hospital de Anomalias Craniofaciais de Bauru/SP.
Vivan Agostino Biella Passos é Doutoranda em Reabilitação de Fissuras Orofaciais – Hospital de Anomalias Craniofaciais de Bauru/SP.
Natalino Lourenço Neto é Doutorando em Odontopediatria – Faculdade de Odontologia de Bauru/USP.
Thais Marchini Oliveira é Professora do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Disciplina de Odontopediatria – Faculdade de Odontologia de Bauru/USP.

Endereço para correspondência: Thais Marchini Oliveira, Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo-USP. Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva. Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75. CEP: 17012-901 – Bauru/SP, Brasil. Telefone: (14) 3235.8224. Fax: (14) 3223.4679.
E-mail: marchini@usp

Stomatós	Canoas	v.17	n.32	p.55-64	jan./jun. 2011
----------	--------	------	------	---------	----------------

of impaction of a first permanent molar caused by the presence of a paradental cyst, as well the treatment that was conducted.

Keywords: paradental cyst, tooth eruption, orthodontic traction.

INTRODUÇÃO

O cisto paradental ocorre com frequência em terceiros molares inferiores total ou parcialmente irrompidos, representando 2,5 a 5% de todos os cistos odontogênicos (Craig, 1976; Colgan, 2002). Em alguns casos raros, pode acometer a vestibular de primeiros molares inferiores vitais, com erupção total ou parcial, em crianças de 4 a 8 anos. Nestes casos, quando envolvem primeiros e segundos molares inferiores, sua ocorrência é ainda mais rara, com poucos relatos na literatura (Gallego, 2007).

É definido como um cisto próximo à margem cervical, na porção lateral da raiz dentária, aderido à junção amelocementária, possivelmente originado de remanescentes do epitélio reduzido do esmalte, ou de restos epiteliais do periodonto, como consequência de um processo inflamatório periodontal (Craig, 1976; Ackermann, 1987; Vedtofte, 1989; Morimoto, 2004; Kanno, 2006; Mourão, 2007; Muteed, 2009). Clinicamente, produz poucos sinais e sintomas, como: desconforto, edema na face vestibular do dente, dor espontânea moderada, sintomatologia dolorosa ao ocluir e, em alguns casos, supuração e leve edema extrabucal. Além disso, tem sido evidenciado enfartamento ganglionar submandibular (Philipsen, 2004).

A impacção de primeiros molares permanentes inferiores, assim como o cisto paradental, são fatos muito raros e sua ocorrência é estimada em menor que 0,0001 (Sammartino, 2009). O dente mais frequentemente impactado é o terceiro molar permanente inferior seguido pelo terceiro molar permanente superior. Os fatores etiológicos da impacção podem ser locais, como trauma, deposição de osso, má posição ou má oclusão de dentes adjacentes, retenção prolongada do dente decíduo e patologias locais como cistos e odontomas. Também há fatores sistêmicos, como doenças da infância, anquilose da articulação temporomandibular, fatores hereditários, sífilis, fissura de palato e disostose cleidocraniana (Liu, 1997; Shapira, 2009). Há muitos estudos sobre impacção na literatura, mas poucos casos envolvendo primeiros molares permanentes (Babacan, 2006; Shapira, 2009).

O tratamento da impacção de um molar permanente consiste na sua exposição cirúrgica e remoção de qualquer barreira presente. Na sequência, o tratamento ortodôntico deve ser realizado, especialmente em casos com posição anormal do dente, má oclusão, falta de espaço no arco dentário, ou se a irrupção espontânea do dente não ocorrer (Babacan, 2006).

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de impacção do primeiro molar permanente inferior causado pela presença de um cisto paradental e o tratamento realizado.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 6 anos de idade, compareceu no setor de Odontopediatria do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC – USP, queixando-se de um “inchaço na parte de trás da boca”. Inicialmente, foi realizado o exame clínico extra e intraoral do paciente. No exame extraoral, pôde-se observar que a face apresentava uma leve assimetria na região posterior da mandíbula e pela palpação podia ser sentido um abaulamento ósseo. O exame intraoral revelou um edema gengival de aspecto azulado na região do primeiro molar permanente inferior esquerdo, que ainda não havia irrompido (Figura 1).

Em seguida, realizou-se o exame radiográfico panorâmico (Figura 2), periapical (Figura 3a) e oclusal (Figura 3b) para verificar a dentição permanente e as características radiográficas da lesão, complementando os exames iniciais. A radiografia panorâmica mostrou uma lesão radiolúcida que envolvia a oclusal do primeiro molar permanente e se estendia até a lateral da raiz distal. O primeiro molar não estava ectópico, mas mostrava evidências de atraso em relação à irrupção do seu homólogo. A radiografia oclusal mostrou um abaulamento da cortical óssea vestibular.



FIGURA 1 – Região do Primeiro molar permanente inferior esquerdo, mostrando edema de aspecto azulado.

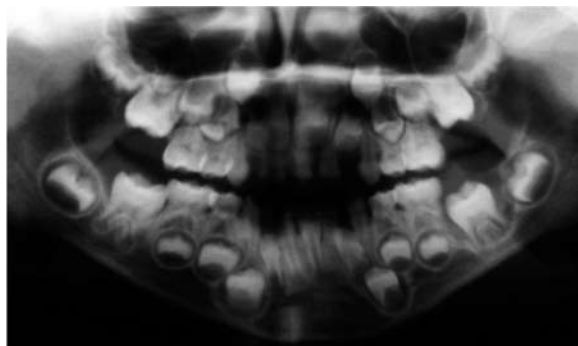


FIGURA 2 – Radiografia panorâmica mostrando a lesão cística na região do primeiro molar permanente inferior esquerdo.



FIGURA 3A, B – Radiografia periapical da região e radiografia oclusal mostrando abaulamento da cortical óssea vestibular.

Como a imagem era sugestiva de cisto paradentário, optou-se pela remoção cirúrgica da lesão, sem extração do dente e o acompanhamento da irrupção do elemento dentário. A cirurgia foi realizada pela técnica de marsupialização com uma incisão em forma de elipse, removendo o tecido gengival acima do primeiro molar permanente e uma leve curetagem (Figura 4).



FIGURA 4 – Cirurgia para drenagem do cisto.

Após uma semana, o paciente retornou para controle, o dente encontrava-se exposto na cavidade bucal devido à remoção de tecido gengival no local, porém sem evidências de movimento irruptivo (Figura 5). O paciente foi acompanhado com exame clínico e radiográfico, durante 16 meses, entretanto o dente não alterou em nada a sua posição no sentido de irromper.

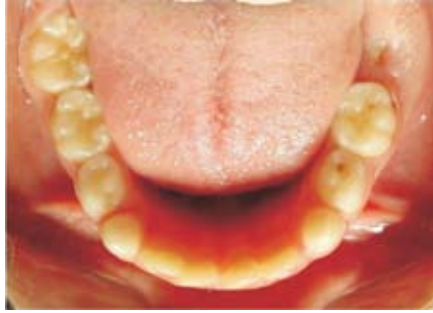


FIGURA 5 – Vista oclusal, mostrando a área cicatrizada.

Nesta fase do tratamento optou-se pela tração ortodôntica do dente impactado, realizou-se então a ulectomia para colagem transcirúrgica de acessório ortodôntico (Figura 6a, b) e a instalação de um aparelho fixo do tipo arco lingual, com bandas nos segundos molares decíduos e grampos em “c” nos caninos decíduos (Figura 7). Este aparelho serviu como ancoragem para uma mola que foi ativada em 2 sentidos: distalização e tracionamento.



FIGURA 6A, B – Ulectomia para colagem transcirúrgica de acessório ortodôntico.



FIGURA 7 – Arco lingual para ancoragem da mola para distalização.

Após 2 meses, o dente estava irrompido e o aparelho foi removido. O controle final se deu 18 meses após o início do tratamento (Figura 8a, b).



FIGURA 8 A, B – Aparelho removido e dente em oclusão (vista oclusal e lateral).

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de caso clínico apresentou uma lesão na região do primeiro molar permanente inferior esquerdo, com características clínicas e radiográficas compatíveis com as de um cisto paradentário. A baixa prevalência de cistos paradentários, de 3% a 8% (Craig, 1976; Morimoto, 2004; Muteed, 2009), sugere uma lesão relativamente rara.

A imagem radiográfica típica do cisto paradental é representada por uma área radiolúcida unilocular bem delimitada, localizada lateralmente a um elemento dentário, preferencialmente nas faces distal, mesial e vestibular (Craig, 1976; Stoneman, 1983; Ackermann, 1987; Slater, 2003; Morimoto, 2004; Mourão, 2007; Muteed, 2009;). De acordo com Kramer et. al. (1992), existem duas variantes do cisto paradentário: uma que se localiza à distal ou mesial aos dentes na face lateral das raízes, especialmente de terceiros molares inferiores, e outra que se localiza na face vestibular, principalmente dos primeiros e segundos molares inferiores e também é conhecido como cisto da bifurcação vestibular. No caso aqui apresentado, a lesão cística localizou-se à distal e vestibular do primeiro molar permanente inferior esquerdo, estando de acordo com o apresentado pela literatura atual.

A maioria dos cistos paradentários ocorre durante a terceira década de vida, em homens da raça branca e em terceiros molares inferiores com história de pericoronarite (Ackermann, 1987; Vedtofte, 1989; Fowler, 1989; Damante, 2001; Mourão, 2007). Entretanto, podem ocorrer, com rara frequência, em primeiros molares e segundos molares inferiores (Stoneman, 1983; El-Magboul, 1993). Segundo Vedtofte e Praetorius (1989), os cistos que afetam os terceiros molares inferiores ocorrem em

indivíduos com idade média de 24 anos, os que afetam os segundo molares inferiores, 13 anos e os primeiros molares inferiores, 8 anos.

Os cistos paradentários podem ocorrer em dentes não irrompidos, parcialmente irrompidos ou irrompidos por completo. Alguns autores acreditam que a sua origem em primeiros molares e, menos comumente em segundos molares permanentes inferiores, está relacionada a um estímulo inflamatório decorrente de um trauma da cúspide vestibular no tecido gengival (Craig, 1976; El-Mogboul, 1993; Damante, 2001; Muteed, 2009). Outra hipótese é de que os cistos paradentários podem ser originários dos restos epiteliais de Malassez no ligamento periodontal, que podem proliferar em resposta a uma pericoronarite, originando o cisto (Mourão, 2007; Fowler, 1989).

O cisto paradentário é frequentemente confundido com cisto folicular inflamatório, no entanto este último envolve totalmente a coroa de um elemento dentário não erupcionado, limitando-se a junção amelo-cementária, enquanto o cisto paradentário localiza-se lateralmente ao dente (Mourão, 2007). Damante e Fleury (2001) sugerem que maioria dos casos clínicos de rotina que apresentam um alargamento do espaço pericoronário, o primeiro diagnóstico radiográfico deve ser “foliculo inflamado”, porém salientam que um diagnóstico diferencial final entre o foliculo inflamado e um pequeno cisto dentígero ou cisto paradental dependerá do conjunto de achados clínicos e cirúrgicos.

No cisto dentígero, a expansão do foliculo é o primeiro evento, enquanto que o paradental apresenta destruição óssea inflamatória com conseqüente destruição do foliculo (Morimoto, 2004; Ackerman, 1987). São histologicamente distintos: os dentígeros apresentam uma proliferação do epitélio odontogênico espessa, enquanto que a parede do cisto paradental é invariável. Além disso, enquanto os cistos dentígeros podem ocorrer em qualquer segmento das arcadas, o cisto paradental ocorre com mais frequência na região de terceiro molar inferior (Ackerman, 1987), sendo a ocorrência na região de primeiros molares possível e considerada bastante rara.

Veja que apesar das características clínicas e radiográficas próprias, muitas lesões participam do diagnóstico diferencial, entre elas o foliculo dental inflamado, cisto radicular, cisto dentígero, cisto periodontal lateral, ceratocisto odontogênico, ameloblastoma unicístico, osteomielite de Garrè e o granuloma eosinófilo (Damante, 2001).

Quando a lesão está associada à primeiros ou segundos molares inferiores, com relação ao tratamento, a enucleação da lesão é o tratamento de escolha, podendo ou não ser associado ao tratamento ortodôntico, visando sempre preservar o elemento

dentário em suas condições ideais no arco dentário (Mourão, 2007; Vedtofte, 1989; Philipsen, 2004).

A utilização de aparelhos ortodônticos para a tração de dentes impactados apresenta muitos relatos de sucesso na literatura atual (Geiger, 1994; Chaushu, 2004; Lim, 2008.), o que reforça a indicação deste tipo de tratamento. A técnica relativamente simples, com a colagem de um acessório ortodôntico e utilização de molas para tração, deve sempre levar em consideração as direções dos movimentos desejados, associados à disposição das raízes do dente em questão e sempre acompanhado de um controle radiográfico desta movimentação, observando a presença ou não de reabsorções ou deformações nas raízes do dente (Geiger, 1994, Lim, 2008).

No presente caso, a preservação do dente envolvido foi considerada como ponto principal do tratamento, por se tratar de um primeiro molar inferior. A irrupção espontânea foi aguardada por 16 meses, evitando expor o paciente a um tratamento ortodôntico para tracioná-lo. No entanto, na iminência deste dente não irromper sozinho devido à finalização da rizogênese, optou-se pelo tracionamento, indicado também quando a irrupção espontânea do dente não ocorre. O movimento foi feito tanto no sentido de distalizar o dente como no de tracionar, pois, clinicamente, podia ser observada uma pequena impacção da sua coroa sob o segundo molar decíduo inferior. Em 2 meses, o dente já estava irrompido na cavidade bucal e o aparelho foi removido, atestando o sucesso do tratamento.

O diagnóstico diferencial entre cisto dentígero e cisto paradentário pode não ter maiores implicações quando o dente envolvido for o primeiro ou segundo molar permanente, uma vez que a preservação do dente deve ser, sempre que possível, o tratamento de escolha. Em vista disso, o odontopediatra deve estar familiarizado com as particularidades desta lesão, assim como das técnicas mais atuais de intervenção, para realização de um planejamento adequando, intervindo no momento oportuno visando o sucesso e um prognóstico favorável do caso.

REFERÊNCIAS

- Ackermann G, Cohen MA, Altini M. The paradental cyst: A clinopathologic study of 50 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987;64:308-12.
- Babacan H, Ay S, Sivas HHK. Impacted permanent first molars: two case reports. *Int Dent Journ.* 2006;56:49-54.
- Chaushu S, Becker A, Chaushu G. Orthosurgical treatment with lingual orthodontics of an infraoccluded maxillary first molar in a adult. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2004;125:379-87.

Colgan CM, Henry J, Napier SS, Gowan CG. Paradental cysts: a role for food impaction in the pathogenesis A review of cases from Northern Ireland. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2002;40:163-68.

Craig GT. The paradental cyst. A specific inflammatory odontogenic cyst. *Br Dent J*. 1976;141:9-14.

Damante JH, Fleury RN. A contribution to the diagnosis of the small dentigerous cyst or the paradental cyst, *Pesqui Odontol Bras*. 2001;15:238-46.

El-Magboul, Duggal MS, Pedlar J. Mandibular infected buccal cyst or a paradental cyst: Report of a case. *Br Dent J*. 1993;175:330-32.

Fowler CB, Brannon RB. The paradental cyst: A clinopathologic study of six new cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 1989; 47:243-48.

Gallego L, Baladron J, Junquera L. Bilateral mandibular infected buccal cyst: A new image. *J Periodontol*. 2007;78:1650-54.

Geiger AM, Bronsky MJ. Orthodontic management of ankylosed permanent posterior teeth: a clinical report of three cases. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1994;10:543-48.

Kanno CM, Gulinelli JL, Nagata MJ, Soubhia AM, Crivelini MM. Paradental cyst: report of two cases. *J Periodontol*. 2006;77:1602-06.

Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO histological typing of odontogenic tumors. A commentary on the second edition. *Cancer*. 1992;70:2988-94.

Lim WH, Kim HJ, Chun YS. Treatment of ankylosed mandibular first permanent molar. *Am J Orthod Dentofac Orthop*. 2008;133:95-101.

Liu JK, Hsiao CK, Chen HA, Tsai MY. Orthodontic correction of a mandibular first molar deeply impacted by an odontoma: a case report. *Quint Int*. 1997;28:381-85.

Mourão CFB, Cardoso ES, Miranda AMMA, Santos TCRB, Pires FR. Paradental cyst: the importance of clinical, radiological, surgical and microscopic features on diagnosis. *Robrac*. 2007;16(42).

Morimoto Y et al. Inflammatory paradental cyst (IPC) in the mandibular premolar region in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004;97:286-93.

Mufeed A, Chatra L, Shenai P. Diagnostic features of the paradental cyst and report of a case. *Dent Radiol*. 2009;38:125-26.

Philipsen HP, Reichart PA, Ogawa I, Sueti Y, Takata T. The inflammatory paradental cyst: a critical review of 342 cases from a literature survey, including 17 new cases from the author's files. 2004;33:147-55.

Sammartino G, Tia M, Gentile E, Marenzi G, Claudio PP. Platelet-rich plasma and resorbable membrane for prevention of periodontal defects after deeply impacted lower third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009;67:2369-73.

Shapira Y, Kuflinec MM. Treatment of a deeply impacted mandibular first permanent molar. *J Clin Orthod*. 2009;43:59-63.

Slater LJ. Dentigerous cyst versus paradental cyst versus eruption pocket cyst. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61:149-50.

Stoneman DW, Worth HM. The mandibular infected buccal cyst- Molar area. *Dental Radiogr Photogr.* 1983;56:1-14.

Vedtofte P, Praetorius F. The inflammatory paradental cyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989;68:182-88.