

③ Irrupção Ectópica do Primeiro Molar Superior Permanente

INTRODUÇÃO

A irrupção ectópica diz respeito aos dentes permanentes que apresentam algum desvio em seu padrão normal de erupção ocupando lugar de uma maneira tal que resulta em parcial ou total reabsorção da raiz ou raízes do dente temporário adjacente^{5, 28}. Quanto à irrupção ectópica do primeiro molar superior permanente, pode-se afirmar que é um distúrbio local de irrupção⁵, e refere-se à posição anormal deste dente, que, impactado na superfície distal do segundo molar decíduo, causa reabsorção desta face^{21, 32, 37}.

A irrupção ectópica do primeiro molar permanente foi reportada na literatura pela primeira vez por CHAPMAN¹¹ (1923), quando listou quatro possíveis causas para a anormalidade descrita: arcadas pequenas, padrão de erupção, a falta de movimento para mesial do molar decíduo adjacente e a erupção prematura.

A etiologia desta irrupção ectópica depende de uma combinação de fatores, tais como: a) tamanho desse dente maior que o normal; b) maxila reduzida; c) posição mais posterior da maxila em relação à base do crânio; d) ângulo anormal de erupção; e) atraso na calcificação de alguns primeiros molares permanentes afetados³⁰ e o estágio precoce da erupção do primeiro molar permanente ainda sem a raiz completa¹⁷. Embora não haja um fator etiológico determinante, sugerem-se: arcos atresícos, padrão de erupção anormal, irrupção em idade prematura, atraso na calcificação, maxila posicionada mais posteriormente em relação à base do crânio, falta de crescimento na região da tuberosidade, molares decíduos mais largos do que o normal, deficiência do comprimento da arcada, genética, tendência familiar, pacientes com fenda palatina^{13, 21}.

Complementando, CHEYNE e WESSELS¹² (1947); BRADEN⁶ (1964); PROFFIT e FIELDS²⁹ (2000); BJERKLIN e KUROL⁵ (1983) e KUROL e BJERKLIN²¹ (1982) relacionaram o crescimento ósseo anormal na tuberosidade e a morfologia dentária propícia do segundo molar decíduo, devido ao seu colo constricto, posição anormal, comprimento maxilar diminuído e crescimento da tuberosidade, morfologia da face distal do segundo molar decíduo e a face mesial do primeiro molar permanente como sendo fatores etiológicos relacionados a essa anormalidade eruptiva.

Embora tenha sido amplamente estudada e discutida, a etiologia da irrupção ectópica do primeiro molar permanente não foi, ainda, muito bem compreendida¹³ e varia desde a trajetória da irrupção desse dente como fator principal da sua impactação, até a sua posição anormal relacionada a distúrbios endócrinos¹⁴ e à presença de fatores hormonais e sistêmicos que regularizam a erupção dental¹⁸.

O diagnóstico da irrupção ectópica dos primeiros molares permanentes é quase sempre realizado por exames radiográficos de rotina na época de irrupção desses dentes, no entanto, CAHEN et al.⁷ (1957) constataram que a reabsorção da raiz disto-vestibular do segundo molar decíduo pode ser detectada aproximadamente com quatro anos de idade.

Os exames radiográficos são imprescindíveis, em complemento ao exame clínico, para o tratamento em idade prematura¹³, pois em muitos casos, os quadros são assintomáticos mesmo quando existe severa reabsorção da raiz do segundo molar decíduo e impactação do molar permanente³⁵. Geralmente, a impactação desse dente acontece no colo do segundo molar decíduo, algumas vezes tendo, este, sua raiz distal reabsorvida em parte, durante a irrupção daquele^{13, 19}, fato que exige cuidados imediatos³⁴.

Nesses casos, o primeiro molar permanente pressiona levemente o segundo molar decíduo, que passa a exibir ligeira extrusão e "trauma oclusal", que são fatores aceleradores do processo de rizólise e que conduzem à esfoliação em idade prematura do segundo molar decíduo e à irrupção em direção mesial do primeiro molar permanente²³.

- Luiz Gustavo Siqueira Giulin

Graduado em Odontologia pela PUCPR e Pós-Graduado em Ortodontia pela UEL

- Orlando Tanaka

Mestre e Doutor pela UFRJ. Professor do Curso de Odontologia, Graduação e Pós-Graduação em Ortodontia da PUCPR. Diplomado pelo BBO.

- Gerson Luiz Ulema Ribeiro

Mestre e Doutor pela UFRJ. Professor Adjunto do Curso de Odontologia da UFSC. Diplomado pelo BBO.

- Michel Horvath de Lima

Mestre em Odontologia-Ortodontia pela PUCPR.



Fig. 1 - Dente 26 impactado.



Fig. 2 - Ação de desimpacção com fio de separação.



Fig. 3 - No estágio final da desimpacção utilizou-se o elástico de separação.



Fig. 4 - Dentição permanente e o dente 25 devidamente alinhado.

Quando os devidos cuidados, em relação ao controle clínico e radiográfico, não são tomados a tempo pelo profissional, há uma perda do espaço no perímetro da arcada em razão da movimentação para mesial, o que provoca a parcial ou total reabsorção das raízes do segundo molar decíduo¹³ e compromete o correto alinhamento e nivelamento dos sucessores². Em certos casos, esta anormalidade eruptiva pode provocar obliteração pulpar, neuralgia²⁴, a espontânea esfoliação do dente decíduo ou indicar sua extração²¹.

A inclinação exagerada dos primeiros molares permanentes, em sentido mesial, pode, além de impedir a chave de oclusão, determinar retenções de dentes permanentes. Além disso, a inclinação anormal dos primeiros molares permanentes determina a perda de dimensão vertical¹⁴.

Embora todas essas conseqüências possam ocorrer, o curso da irrupção ectópica é imprevisível. Em um mesmo paciente, pode ocorrer a estabilização da reabsorção de um lado, com a auto correção da erupção; no outro, progressiva reabsorção com perda prematura do dente decíduo³⁷.

Há casos mais avançados desta condição ectópica que podem provocar à impacção de metade da coroa clínica. A reabsorção pode estender-se até o interior da câmara pulpar do segundo molar decíduo, promovendo a ruptura do tecido, com conseqüente infiltração de bactérias na polpa, promovendo a mobilidade e alteração no posicionamento dentário além de dor, apresentando ou não abscesso^{25, 33}.

A irrupção ectópica pode ser classificada em irreversível e reversível: o irreversível é aquele em que o primeiro molar permanente permanece em posição atípica^{5, 36} em contato com a raiz distal do segundo molar decíduo, e pode causar a perda em idade prematura deste dente², e o tipo reversível é quando o primeiro molar permanente causa reabsorção na raiz distal do segundo molar decíduo, porém irrupciona em oclusão^{5, 36}. KURUL²¹ (1982) observou que na forma reversível há uma irrupção normal do permanente. Em seu estudo, todos os dentes envolvidos exfoliaram normalmente e, em apenas 14% da amostra, houve a reabsorção atípica do segundo molar decíduo, com dois dentes exfoliando prematuramente e sugeriu que nem sempre essa condição requer tratamento. Entretanto, HALTERMAN¹⁶ (1982); GROPER¹⁵ (1985) são da opinião de que a correção em idade precoce dessa condição é a melhor conduta na maioria dos casos, principalmente se está ocorrendo reabsorção da raiz do dente decíduo.

A impacção dos primeiros molares permanentes ocorre em 3 a 4%^{13, 36}, 2 a 4,3%²⁰ da população de crianças, sendo mais comum na maxila^{13, 20, 31, 36}, e pode ocorrer na arcada dentária inferior com uma freqüência menor^{20, 31} não havendo predileção por sexo, raça e hemiarco²⁰, porém com uma maior prevalência em crianças do sexo masculino^{9, 10}, enquanto que crianças com fenda labial e palatal apresentam maior prevalência, sem diferença significativa quanto ao sexo ou raça^{19, 20}.



Fig. 5 - Impacção severa do dente 16.

CONDUTA CLÍNICA

Os casos de reabsorção da raiz do dente decíduo, dificilmente haverá autocorreção, portanto, o tratamento deve ser realizado para se evitar ou minimizar a perda do perímetro da arcada, inclinação mesial do molar permanente e outras consequências desfavoráveis para o desenvolvimento da oclusão^{15,16}. Ao contrário YOUNG³⁶ (1957) afirma que a correção espontânea dos primeiros molares permanentes pode ocorrer em 66% dos casos e, mesmo apresentando uma reabsorção da raiz distovestibular, a maioria destes decíduos permanecem até a sua esfoliação fisiológica²¹, embora tais dentes tenham mais propensão a esfoliar prematuramente²⁶.

Diversos métodos de correção da irrupção ectópica do primeiro molar superior permanente têm sido propostos e o tratamento a ser instituído dependerá do grau de severidade do caso e se há ou não impacção do molar permanente. Sendo assim, os tratamentos preconizados são: o uso de fio, elástico ou molas de separação, desgaste da superfície distal do segundo molar decíduo ou a exodontia do segundo molar decíduo, com a recuperação de espaço pela movimentação distal do primeiro molar permanente com aparelho extra-bucal³⁵.

O fio, o elástico de separação e a mola separadora, só podem ser usados em casos em que a face mesial do molar ectópico estiver clinicamente visível^{2,22}, enquanto que o desgaste do dente decíduo como forma de aliviar a impacção permite que o primeiro molar permanente irrompa, porém em mesioversão^{26,29} e pode ainda levar à perda do perímetro da arcada, principalmente em casos em que já há discrepância negativa. Outro fato importante é quando a irrupção ectópica provoca a perda prematura do dente decíduo. Nesses casos, há a necessidade de se colocar um mantenedor de espaço e/ou recuperador removível ou fixo. Isso porém, torna-se difícil devido à severa inclinação mesial que o molar ectópico pode apresentar ao irrupcionar^{19,35}.

Nos casos em que não ocorrem a auto-correção, todos os procedimentos preconizados são no sentido de se manter o perímetro da arcada dentária. A conduta clínica comumente preconizada resume-se na utilização de fio de separação para a liberação do primeiro molar impactado, que deve ser ativado torcendo e envolvendo o ponto de contato. Recomenda-se anestesiá-lo a região se o primeiro molar estiver posicionado subgingivalmente. Cortar o excesso desse fio de maneira que



Fig. 6 - Radiografia após a desimpacção.



Fig. 7 - Recuperação do espaço com o aparelho extra-bucal.

permita dobrá-lo gengivalmente para proteger os tecidos gengivais. Ativar a torção do fio de separação quinzenalmente e se necessário, aumentar o calibre deste fio ou utilizar o fio de maneira dupla²⁶. Ao observar uma leve verticalização do molar permanente sugere-se associar um elástico de separação para possibilitar a desimpacção final¹⁹ (figs. 1,2,3 e 4 - caso clínico A).

Nos casos em que se diagnostica irrupção ectópica severa, o mais efetivo tratamento é guiar a irrupção normal ectópica com aparelho fixo e preservar o dente decíduo, mantendo sua função¹⁶ (figs. 5,6 e 7 - caso clínico B).

ANGLE³ (1907) considerou o primeiro molar permanente como dente "chave de oclusão", evidenciando a importância deste dente no desenvolvimento da dentição decídua para a permanente, também considerado por ABRAHAMS¹ (1948) o dente mais importante da dentição humana, pela sua grande influência na mastigação, na estabilização, na forma da arcada e na posição dos outros dentes. É indispensável a importância da manutenção da integridade dos dentes decíduos até a época normal de sua substituição²⁷, devido ao fato que as faces distais dos segundos molares decíduos, juntamente com as suas raízes atuam como verdadeiros guias de erupção para os primeiros molares permanentes⁴.

CONCLUSÃO

A irrupção ectópica do primeiro molar permanente deve

ser cuidadosamente diagnosticada, tratada, monitorada e, a normalidade irruptiva deve ser obtida por meio do fio ou elástico de separação.

RESUMO E CONCLUSÃO

O termo irrupção ectópica é utilizado amplamente para designar os casos em que os dentes permanentes apresentem algum desvio em seu padrão normal de irrupção, produzindo uma reabsorção anormal nos dentes decíduos adjacentes. A irrupção ectópica do primeiro molar permanente, foi reportada na literatura pela primeira vez por CHAPMAN em 1923¹¹. Embora tenha sido amplamente estudada e discutida, a etiologia dessa maloclusão não foi, ainda, muito bem compreendida. É fundamental manter a integridade dos dentes decíduos até a época normal de sua substituição, o que em muito contribuirá no desenvolvimento da dentição e oclusão, visto que os segundos molares decíduos constituem-se em guia de irrupção dos primeiros molares permanentes. Os diagnósticos clínico e radiográfico tornam-se imprescindíveis para o tratamento prematuro da irrupção ectópica do primeiro molar permanente, a fim de que sejam evitadas consequências desfavoráveis para o desenvolvimento normal da oclusão. O artigo tem como objetivo apresentar uma breve revisão de literatura e, ilustrado com casos clínicos, demonstrar os procedimentos ortodônticos para a solução do problema de irrupção ectópica de primeiros molares permanentes, contribuindo, desta forma, para a compreensão e tratamento de casos semelhantes.

SUMMARY

Ectopic eruption of the maxillary first permanent molar is that cases the molar comes into contact apical to the prominence of the distal surface of the second deciduous molar producing an atypical resorption in this area. Different theories are reported in the dental literature concerning etiologic factors. When the first permanent molar remains in the locked position, treatment is needed to bring the permanent molar to occlusion when premature spontaneous exfoliation of the second molar has occurred. Auxiliary finger springs or extraoral traction are possible method of treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, C. C. The first permanent molar. J Dent Assoc S Afr, v. 3, p. 220-225, 1948.
- AMARANTE, R. S.; BARUSSO, K.; GUARIZA, O. F.; TANAKA, O. Erupção ectópica do primeiro molar superior permanente. JBO, v. 2, n. 11, p.55-59, set./out. 1997.
- ANGLE, E. H. Malocclusion of the teeth, 7. ed. Philadelphia: SS White Dental, 1907.
- BAUME, L. J. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion. I - The biogenetic course of the deciduous dentition. J Dent Res, v. 29, p. 123-132, 1950.
- BJERKLIN, K.; KUROL, J. Ectopic eruption of the maxillary first permanent molar. Etiologic factors. Am J Orthod, v. 84, n. 2, p. 147-155, Aug. 1983.
- BRADEN, R.E. Ectopic eruption of maxillary first permanent molars. Dent Clin N Amer, v. 8, p. 441-8, July. 1964.
- CAHEN, M. M. et al. Ped Dent, v. 3, p. 388-99, 1957.
- CANUT, J. A.; RAGA, C. Morphologica analysis of cases with ectopic eruption of the maxillary first permanent molar. Eur J Orthod, v. 5, p. 249-353, 1983.
- CÁRDENAS, G. Erupción ectópica del molar permanente superior.

- Temas Odontol, v. 13, n. 120, p. 24-35, out./dez. 1975.
- CARR, G.; MINK, J. Ectopic eruption of the first upper permanent molar in cleft lip and cleft palate children. J Dent Child, v. 32, p. 179-188, 1965.
- CHAPMAN, M. H. First upper permanent molars partially impacted against second deciduous molars. Int J Oral Surg, v. 9, n. 5, p. 339-45, May. 1923.
- CHEYNE, V. D.; WESSELS, K. E. Impaction of first molar with reabsorption and space loss in region of deciduous second molar. J Amer Dent Ass, v. 35, n. 11, p. 774-80, Dec. 1947.
- CORREIA, M. S. N. P. et al. Impacção do primeiro molar permanente na dentição mista. Rev APCD, v. 44, n. 6, p. 345-48, nov./dez. 1990.
- GRABER, T. M. Orthodontics Principle and Practise. 3. ed. Philadelphia, Saunders, p.388-9, 1972.
- GROPER, J. N. A simplified treatment for correcting na ectopically erupting maxillary first permanent molar. J Dent Child, v. 52, n. 5, p. 375-77, Sept/Oct. 1985.
- HALTERMAN, C. W. A simple technique for the treatment of ectopically erupting permanent first molars. J Amer Dent Ass, v. 105, p. 1031-1033, Dec. 1982.
- JASBIR, S. S. Na impacted mandibular first permanent molar report case. J Dent Child, v. 49, n. 1, p. 39-40, Jan./Feb. 1982.
- KABAN, I. B.; NEEDLMAN, H. L.; HERTZBERG, T. Idiopathic failure of eruption of permanent molar teeth. Oral Surg, v. 42, n. 2, p. 155-63, Aug. 1976.
- KENNEDY, D. H.; TURLEY, K. P. The clinical management of ectopically erupting first permanent molar. Am J Orthod Dentofac Orthop, v. 32, n. 4, p. 336-45, Oct. 1997.
- KRIMMEL, N. A. et al. Ectopic eruption of maxillary first permanent molars: familial tendencies. J Dent Child, v. 49, p. 294-299, July/Aug. 1982.
- KUROL, J.; BJERKLIN, K. Ectopic eruption of maxillary first permanent molars: familial tendencies. J Dent Child, v. 49, n. 3, p. 35-40, Jan./Feb. 1982.
- LEVITAS, T. C. A simple technique for correcting na ectopically erupting first permanent molar. J Dent Child, v. 31, n. 1, p. 16-8, 1964.
- LINO, A. P. Ortodontia Preventiva Básica, Artes Médicas, São Paulo, p. 60-62, 1990.
- MENEGHETTI, C. A.; PRIETSCH, J. R. Erupção ectópica do primeiro molar permanente. R Fac Odontol, v. 35, n. 2, p. 25-28, Dez. 1994.
- MCDONALD, R.E. Dentistry for the child and adolescent. 2. ed., St Louis, Mosby, p. 89-91, 473-80, 1974.
- MOYERS, R. E. Ortodontia, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991, p. 328-330.
- NOUER, D. F. As maloclusões e alguns dos seus fatores etiológicos. Piracicaba, 1966. 113p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
- O'MEARA, W. F. Ectopic eruption pattern in selected permanent teeth. J. Dent. Res, v. 41, p. 607-16, 1962.
- PROFFIT, W. R.; FIELDS, H. W. Ortodontia Contemporânea. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 113-15.
- PULVER, F. The etiology and prevalence of ectopic eruption of the maxillary first permanent molar. J Dent Child, v. 35, n. 2, p. 138-46, Mar. 1968.
- SIAN, J. S. An impacted mandibular first permanent molar: report a case. J Dent Child, Jan./Feb. 1989.
- STARKEY, P. Infection following ectopic eruption of first permanent molars: case report. J Dent Child, v. 24, n. 4, p. 327-30, 1961.
- TELL, T. T.; ENDERSON, H. Z. Ectopic eruption of first permanent molars: report a case. J Dent Child, p. 467-470, Nov./Dec. 1989.
- TUBEL, C. A.; MAGNANI, M. B.; NOUER, D. F. A importância do primeiro molar permanente no estabelecimento e manutenção da integridade da oclusão. Rev Paul de Odontol, v. 21, n. 1, p. 20-26, jan./fev. 1999.
- TOSTES, M.; COUTINHO, T.; BARCELOS, P. Correção da erupção ectópica de primeiros molares permanentes. Revista da APCD, v. 51, n. 2, p. 166-69, mar./abr. 1997.
- YOUNG, D. Ectopic eruption of the first permanent molar. J Dent Child, v. 24, p. 153-62, 1957.
- WEINBERG, S.J.; WRIGHT, G.Z. The unpredictability of primary molar resorption following eruption of permanent molars. J Dent Child, v. 54, n. 6, p. 443-6, Nov./Dec. 1987.