

③ Terceiro Molar Superior Deslocado na Fossa Infratemporal

INTRODUÇÃO

O terceiro molar freqüentemente abandona seu curso normal de erupção e se impacta dentro do processo alveolar ou em áreas anatômicas como o ramo mandibular, o seio maxilar e a borda inferior da mandíbula.

Entre as causas da retenção dos terceiros molares, Alling e Catone (1990) citam:

- desenvolvimento insuficiente do esqueleto maxilofacial;
- falta de espaço entre o segundo molar inferior e o ramo mandibular;
- distúrbios na erupção dos dentes permanentes por retenção prolongada dos decíduos, favorecendo a não formação, a retenção ou a impacção do permanente:
- trauma dentoalveolar, quando da formação dos permanentes;
- cirurgia reconstrutiva do esqueleto facial;
- má-posição dos dentes adjacentes;
- distúrbios sistêmicos;
- síndromes associadas a distúrbios na formação dos dentes.

Conforme Peterson e colaboradores (1998) e Beeman (1999), os terceiros molares geralmente são extraídos a menos que existam fatores sistêmicos que impeçam o procedimento cirúrgico; a cirurgia se realiza para prevenir patologias futuras ou como uma medida profilática que facilite os movimentos ortodônticos e promova a estabilidade dos dentes no arco. De qualquer maneira, cada caso deve ser estudado, pois a remoção de dentes assintomáticos ou sem patologias não é essencial e sim expõe o paciente a riscos muitas vezes desnecessários (FLICK, 1999). A remoção dos terceiros molares deve ser realizada antes de se completar a formação da raiz, entre os 16 e os 18 anos; nesse período, o pós-operatório é melhor e o reparo é mais rápido, já que os pacientes jovens toleram melhor o procedimento cirúrgico e se recuperam mais rapidamente (Quadro 1).

- **Claudia Marcela Hernandez Cancino**

Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da PUC/RS

- **Flavio Augusto Marsiaj Oliveira**

Professor Titular e Coordenador do Curso de Especialização em Odontopediatria e professor da Disciplina de Odontopediatria do Curso de Pós-Graduação em CTBMF da Faculdade de Odontologia da PUC/RS

- **Marilia Gerhardt de Oliveira**

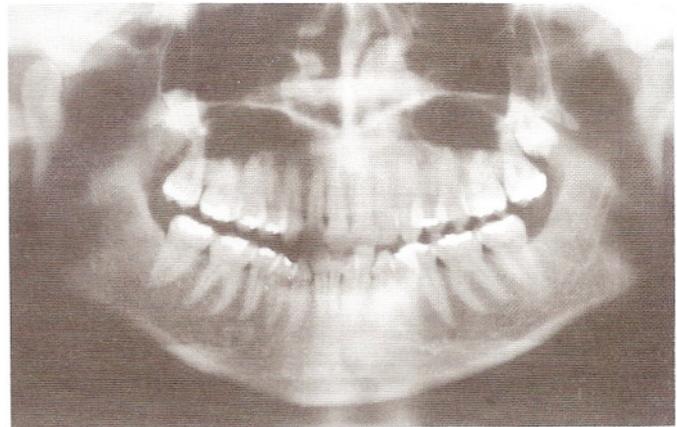
Professora Titular e ;coordendora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da PUC/RS

- **Carla Sovieiro**

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Preceptora do Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre/RS



Fig. 1 - Radiografias de perfil e panorâmica (1996), mostrando o terceiro molar deslocado na fossa infratemporal.



A

B

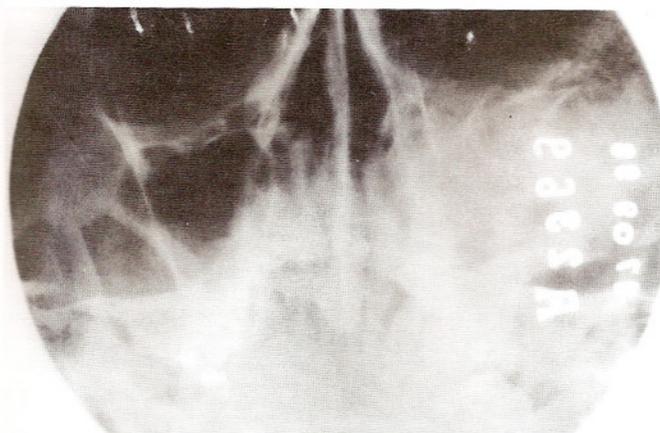


Fig. 2 - Radiografia de perfil (1998), mostrando o deslocamento do terceiro molar sem desenvolvimento de patologias.



O planejamento do procedimento cirúrgico depende, entre outros fatores, da avaliação radiográfica; que determina a posição e a localização do dente no processo alveolar, então, pode-se prever algumas dificuldades e complicações quando do procedimento cirúrgico (Quadro 2).

Quadro 1

Indicações e contra-indicações para a remoção de terceiros molares retidos

INDICAÇÕES		CONTRA-INDICAÇÕES
Prevenção e presença de:	Pericoronarite; reabsorção patológica; periodontite; cárie interproximal; cistos e tumores; dores inexplicáveis; possibilidade de fratura óssea.	Extremos de idade. Comprometimento sistêmico. Provável dano a estruturas adjacentes. Dentes retidos assintomáticos sem patologias em pacientes acima de 30 anos de idade. Paciente recusa a cirurgia.
Outras indicações	tratamento ortodôntico; auto-transplante; espaço insuficiente; má-posição dentária.	

Fonte: KOERNER, K.; TILT, L.; JOHNSON, K. *Minor oral surgery*. London: Mosby-Wolfe, 1994. p. 256. PETERSPM, L.; ELLIS, E.; HUPP, J.; TUCKER, M. *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1998. p. 216-227.

Quadro 2

Fatores que dificultam o procedimento cirúrgico e complicações cirúrgicas

FATORES QUE DIFICULTAM O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS
Localização e posição do dente dentro do processo alveolar.	Dano a um nervo sensitivo.
Relação entre a angulação do 3º molar e o longo eixo do 2º molar.	Infecção pós-operatória.
Relação entre o 3º molar e a borda anterior do ramo mandibular.	Fratura mandibular.
Morfologia da raiz.	Hemorragia.
Relação entre o 3º molar e o plano oclusal.	Trismo.
	Deslocamento do dente.

Fonte: PETERSON, L.; ELLIS, E.; HUPP, J.; TUCKER, M. *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. 3.ed. St. Louis: Mosby, 1998. p. 236; 267.

RELATO DO CASO

Uma mulher saudável, com 27 anos de idade procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre, em maio de 2000 e solicitou avaliação do terceiro molar superior direito que tinha

história de tentativa de cirurgia, realizada em 1996.

Quando perguntada e examinada a respeito de sintomas como dor, inflamação, parestesia, sinusite, limitação ou interferência em movimentos mandibulares, infecção ou trismo, a resposta foi negativa. A paciente sempre deu ênfase ao fato de que seu desejo era avaliação e controle radiográfico, não sendo de seu interesse a realização de um novo procedimento cirúrgico.

O estudo dos exames radiográficos, tanto do ano 1996 como os realizados em 1998 e a tomografia computadorizada de 2000, demonstraram a presença de um terceiro molar superior direito deslocado até a fossa infratemporal do mesmo lado, sem formação de cistos ou tumores (Figs. 1, 2 e 3).

A paciente foi orientada a realizar controle clínico e radiográfico; o terceiro molar deslocado tem sido observado e controlado durante quatro anos, no transcurso dos quais, não tem se apresentado sintomas relacionados com o deslocamento do dente. Se, eventualmente, apresentar alguma modificação ou alteração da situação atual, a paciente deverá ser informada e então, será estudada a possibilidade de uma intervenção cirúrgica.

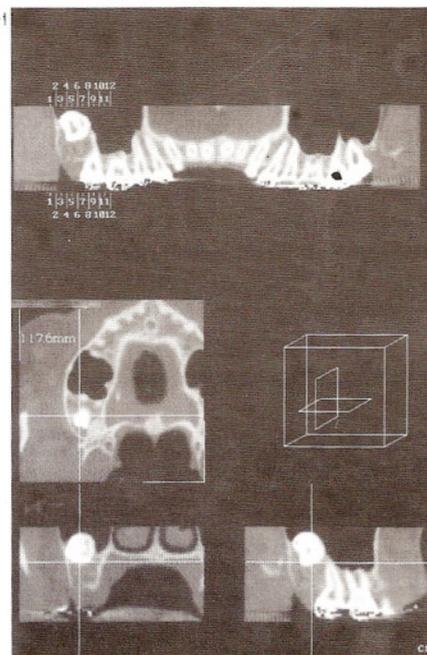
DISCUSSÃO

Conforme ORR (1999), o deslocamento dos terceiros molares superiores até a fossa infratemporal é uma das complicações mais frequentes, mas raramente reportada. O tratamento inclui recuperação digital logo após o deslocamento, observação e controle radiográfico ou remoção do dente sob anestesia geral; esta opção se faz necessária quando o paciente apresenta distúrbios secundários ao deslocamento como infecção, limitação dos movimentos mandibulares, trismo ou, então, quando o paciente está psicologicamente afetado.

GULBRANDSEN e colaboradores (1987) apresentam um caso clínico de um deslocamento de um terceiro molar superior na fossa infratemporal. Os autores afirmam que o paciente



Fig. 3 - Radiografia panorâmica e tomografia computadorizada (2000), mostram o deslocamento do terceiro molar sem patologia associada.



A

B

não apresentou sintomas durante dois anos, porém, foi realizada remoção cirúrgica devido à solicitação do paciente.

GULBRANDSEN e colaboradores (1987) e ORR (1999) afirmam que, quando a decisão for realizar cirurgia, uma abordagem coronal deve ser realizada; este tipo de cirurgia permite a exploração da área sem riscos de danos ao nervo facial; a cicatriz subsequente será na linha do cabelo e a dor e o edema pós-operatórios serão mínimos.

Conforme a literatura, estes casos têm sido acompanhados com avaliações radiográficas e controles clínicos, demonstrando que estas podem ser opções de tratamento para este caso específico, já que não têm sido relatados sintomas ou patologias nos anos de seu acompanhamento.

RESUMO

Os terceiros molares frequentemente se encontram retidos dentro dos maxilares. A cirurgia destes dentes inclui riscos como o deslocamento a áreas anatômicas adjacentes. A remoção ou não destes dentes deve ser avaliada individualmente, da mesma maneira como o tratamento a realizar nos casos de complicações resultantes da cirurgia.

Neste artigo, os autores relatam o caso de um terceiro molar deslocado na fossa infratemporal, cuja opção terapêutica foi o controle clínico e radiográfico, sem apresentar sintomas ou patologias, durante quatro anos.

SUMMARY

The third molars is often impacted inside of the jaws. The surgery of these teeth includes risks as the displacement to adjacent anatomical areas. The decision to remove or not to remove these teeth should be evaluated individually, in the same way as the treatment to accomplish in the cases of complications resulting of the surgery.

In this article, the authors related a case of a third molar dislocated to the infratemporal fossa, whose therapeutic option was the control clinical and radiographic, without manifestations of symptoms or pathologies, for 4 years.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLING, C., CATONE, G. Management of impacted teeth. *J. Oral Maxillofacial Surg.* v. 51. p. 3-6. 1993.
2. BEEMAN, C. Third molar management: A case for routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients. *J. Oral Maxillofacial Surg.* v. 57. p. 824-830. 1999.
3. FLICK, W. The third molar controversy: Framing the controversy as a public health policy issue. *J. Oral Maxillofacial Surg.* v. 57. p. 438-444. 1999.
4. GULBRANDSEN, S., JACKSON, I., TURLINGTON, E. Recovery of a maxillary third molar from the infratemporal space via a hemicoronal approach. *J. Oral Maxillofacial Surg.* v. 45. p. 279-282. 1987.
5. KOERNER, K., TILT, I., JOHNSON, K. *Minor oral surgery.* London: Mosby-Wolfe, 1994. p. 256.
6. ORR, D. A technique for recovery of a third molar from the infratemporal fossa: Case report. *J. Oral Maxillofacial Surg.* v. 57. p. 1459-1461. 1999.
7. PETERSON, L., ELLIS, E., HUPP, J., TUCKER, M. *Contemporary oral and maxillofacial surgery.* 3.ed. St. Louis: Mosby, 1998. p. 216-227; 236;267.