THE OPEN BRAZILIAN DENTISTRY JOURNAL
ODONTOLOGIA UNIFIP

Centro Universitário de Patos – UNIFIP
Patos, Paraíba
The Open Brazilian Dentistry Journal
2021; 1(1): 01-12.
ISSN 2675-2557
http://dentistryjournal.unifip.edu.br/

ULECTOMIA EM PACIENTE INFANTIL: RELATO DE CASO

ULECTOMY IN CHILD PATIENT: CASE REPORT

AUTORES:

Rafaella Araújo Amancio de Lima Medeiros
Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba – Brasil
E-mail: rafaella_amancio@hotmail.com

Priscila Medeiros Bezerra
FIP Campina Grande – Campina Grande – Paraíba – Brasil
E-mail: mb_priscila@hotmal.com

RESUMO: Alterações na cronologia eruptiva, ocasionando retardo na irrupção dentária podem estar associadas a diversos fatores, como exemplo a fibrose gengival. A ulectomia é uma técnica cirúrgica que promove a exérese de tecido gengival que envolve a borda incisal ou oclusal da coroa dentária de um dente que apresenta posicionamento e formação radicular adequados e tem a erupção impedida por esse motivo. Quando realizada depois de adequado planejamento (exames clínico e rediográfico) e indicação, a ulectomia é um procedimento eficaz. Havendo indicação, a postergação do ato cirúrgico pode levar ao fechamento do espaço, pela inclinação dos dentes vizinhos, gerando maiores danos para a oclusão do paciente.

Palavras-chave: Erupção Dentária. Fibrose Oral Submucosa. Odontopediatria.

ABSTRACT

Alteration in the eruptive chronology, causing delayed tooth eruption may be associated with several factors, such as gingival fibrosis. Ulectomy is a surgical technique that promotes the excision of gingival tissue that involves the incisal or occlusal of the dental crown of a tooth that presents proper root positioning and formation and is prevented from erupting for this reason. When performed after adequate planning (clinical and rediographic exams) and indication, ulectomy is an effective procedure. If there is an indication, the postponement of the surgical act can lead to the closure of the space, due to the inclination of neighboring teeth, causing greater damage to the patient's occlusion.

Keywords: Tooth Eruption. Oral Submucous Fibrosis. Pediatric Dentistry.

1. INTRODUÇÃO

A erupção dentária é composta por diversos eventos que se completam até o irrompimento da coroa dentária no rebordo gengival. Todo esse processo, assim como a cronologia de erupção, constituintes do desenvolvimento e crescimento infantil são parâmetros significativos para avaliar se há ou não influência de determinados fatores biológicos ou ambientais no processo natural de desenvolvimento da criança[1].

Impactação de elementos dentários no início da dentição mista pode ser um desafio clínico, sendo os incisivos centrais superiores permanentes os elementos que mais geram preocupação aos pais e às crianças, pois afeta sobretudo a estética e o convívio social. Dentes inclusos ou impactados são aqueles que apresentam alguma barreira que os impeça de conseguir irromper normalmente na arcada dentária[2,3,4].

Alterações na cronologia eruptiva, ocasionando retardo na irrupção dentária podem estar associadas a diversos fatores, como a fibrose gengival, a qual pode ocorrer devido à fricção de alimentos, ou mesmo de um objeto levado à boca frequentemente. Nessa situação é realizado um procedimento cirúrgico denominado de ulectomia, o qual promove a exérese do tecido gengival que envolve a borda incisal ou oclusal da coroa dentária de um dente que apresenta posicionamento e formação radicular adequados e tem a erupção impedida por esse motivo[5,6].

Porém, para uma precisa indicação deste procedimento, é necessário associar o exame radiográfico ao aspecto clínico. No exame clínico, nota-se geralmente uma área edemaciada, aumento de volume e coloração rosada mais pálida, assim como marcas visíveis, evidenciando a presença do dente impactado na região. Ao exame radiográfico, devemos visualizar a rizogênese do elemento envolvido, o qual deve ter, pelo menos, 2/3 de formação radicular[2,7].

Diante disso, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico, no qual foi necessária a realização de ulectomia, para a remoção de tecido gengival fibroso e com isso favorecimento da erupção dos elementos dentários não irrompidos. É fundamental mencionar a relevância de um diagnóstico e planejamento adequados para a correta realização do procedimento.

2. RELATO DO CASO

Paciente L. S. M., sexo feminino, leucoderma, 6 anos, procurou o Centro de Espacialidades Odontológicas (CEO) do município de Santa Luzia – Paraíba queixando-se de não irrompimento dos incisivos superiores permanentes.

A anamnese registrou esfoliação natural dos incisivos decíduos e nenhum fator etiológico que justificasse o retardo da erupção dos sucessores. Ao exame clínico, observou-se que o elemento 12 apresentava 1/3 de sua coroa erupcionada, e ausência dos demais incisivos superiores. O rebordo gengival da região dos elementos 21 e 22 encontrava-se espesso e recoberto por uma densa lâmina de tecido gengival, com coloração mais pálida na região correspondente aos bordos incisais (Figura 1), os quais podiam ser evidenciados ao toque.

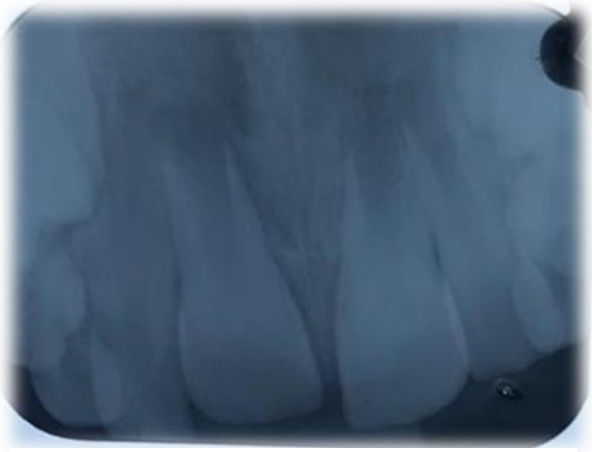
O exame radiográfico periapical (Figura 2) evidenciou a presença desses elementos recobertos apenas por tecido gengival e a formação radicular compatível com o estágio 8 da classificação de Nolla[8]. Os elementos não apresentavam força eruptiva suficiente para romper a resistência da fibrose gengival.

Figura 1 – Exame clínico inicial da paciente, evidenciando a retenção



Fonte – Arquivo Pessoal

Figura 2 – Radiografia periapical, evidenciando o estágio de Nolla dos elementos retidos



Fonte – Arquivo Pessoal

Foi sugerida a ulectomia, com intuito de favorecer um livre caminho para irrupção dos elementos 21 e 22, seguida de um acompanhamento periódico desse processo. A região do elemento 11 não apresentava as mesmas características clínicas, e radiograficamente, mostrou-se em um plano eruptivo acima do seu homólogo, por este motivo optou-se por aguardar a erupção passiva do mesmo.

O procedimento cirúrgico foi iniciado utilizando a anestesia tópica com o gel de Benzocaína 20% (Benzotop®DFL Indústria e Comércio S.A) (Figura 3), seguida da aplicação da anestesia terminal inflitrativa de um tubete anestésico de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 (DFL Indústria e Comércio S.A) (Figura 4), sendo aplicada em vários pontos da região, contornando o tecido gengival que recobria as bordas incisais dos elementos envolvidos.

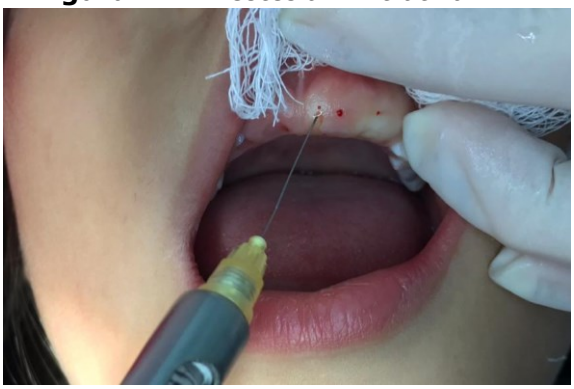
Com o auxílio de um cabo de bisturi nº 3 (Millennium –Golgran®, Brasil) e uma lâmina de bisturi nº 15c (AdantiVe® - Unimarcas Distribuição e Comércio, Brasil) foi realizada uma incisão de forma elíptica e exérese do tecido gengival no sentido mésio-distal para exposição das bordas incisais (Figura 5). Posteriormente, a região foi irrigada com soro fisiológico 0,9%, seguida de hemostasia por tamponamento com o auxílio de gaze estéril. Não foi necessária a prescrição medicamentosa para o pós-operatório.

Figura 3 – Anestesia tópica



Fonte – Arquivo Pessoal

Figura 4 – Anestesia infiltrativa



Fonte – Arquivo Pessoal

Figura 5 – Exérese do tecido gengival



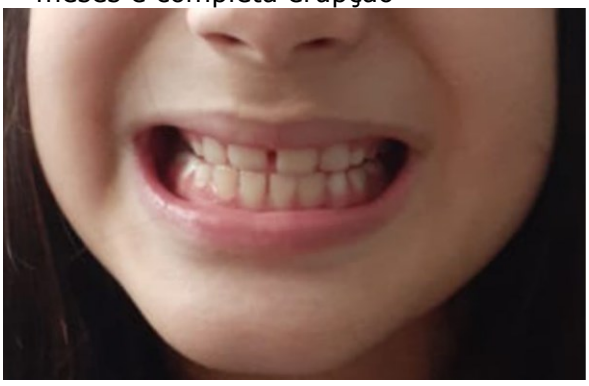
Fonte – Arquivo Pessoal

Figura 6 – Aspecto imediato pós-cirurgia



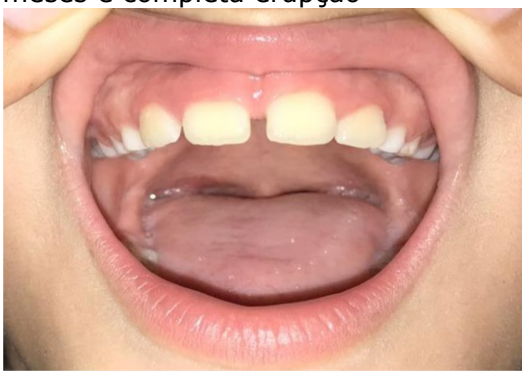
Fonte – Arquivo Pessoal

Figura 7 – Acompanhamento após 6 meses e completa erupção



Fonte – Arquivo Pessoal

Figura 8 – Acompanhamento após 6 meses e completa erupção



Fonte – Arquivo Pessoal

3. DISCUSSÃO

Uma maloclusão pode ser instalada quando há alterações no padrão de erupção, portanto, durante o período de erupção dentária, é muito importante avaliar a cronologia da erupção, pois essa auxilia a obtenção de uma oclusão normal fisiológica. [4,9].

Dessa forma, o Cirurgião Dentista deve monitorar a cronologia de erupção dentária e em casos de alteração, se faz necessário conhecer os fatores que podem estar associados, como os de ordem geral –condições ambientais, nível socioeconômico, raça, sexo – ou de ordem local –como fibrose gengival, cisto de erupção, perda do espaço[10,11].

A fibrose gengival pode vir a ocasionar um atraso na erupção dental, sendo caracterizada pela presença de uma densa lâmina de tecido conjuntivo sobre a coroa do elemento dentário. A partir do 7º estágio de Nolla[8], onde o dente já apresenta 1/3 de sua raiz formada, o elemento dentário já apresenta certa força para erupção, por isso, quando bem indicada a ulectomia, deve ser realizada imediatamente,evitando assim a instalação de futuros problemas de maloclusão[5,12].

A exodontia precoce de um dente decíduo acelera a erupção do elemento permanente quando sua raiz já está bem desenvolvida, porém, quando pouco desenvolvida, sua erupção é retardada[3,5].

Durante o procedimento cirúrgico da ulectomia, a incisão a ser realizada deve permitir a exposição dos bordos incisais ou mesmo a face oclusal do elemento dentário, a qual pode ser realizada com o auxílio de lâmina de bisturi, laser ou mesmo bisturi elétrico, de forma a remover toda e qualquer interferência[13]. É realizada em pacientes que apresentem quadros de dor ou incômodo, ou, quando após os exames clínico e radiográfico, não foi encontrada qualquer razão que pudesse vir a justificar o atraso da erupção dentária[1].

A ulectomia pode ser considerada um procedimento de simples execução, além da rápida recuperação para o paciente. Realiza a incisão e exérese de parte dos tecidos gengivais, possibilitando assim a livre erupção do dente. O profissional deve comunicar aos pais da criança a respeito do plano de tratamento e da forma de realização, tranqüilizando-os quanto ao procedimento cirúrgico[13].

4.CONCLUSÃO

A ulectomia se mostra então como uma terapia simples e conservadora importante para contribuir com a erupção de alguns dentes inclusos. Por isso, quando realizada depois de adequado planejamento (exames clínico e radiográfico) e indicação, a ulectomia é um procedimento eficaz. Caso ocorra a postergação do ato cirúrgico, sem a correta indicação, pode acarretar em fechamento do espaço, pela inclinação dos dentes vizinhos, gerando maiores danos para a oclusão do paciente.

REFERÊNCIAS

1 Pires CE. Ulotomia, ulectomia e germectomia em pacientes odontopediátricos, em Porto/Portugal [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária – Universidade do Porto/U.PORTO; 2017. 36 p.

2 Stuani AS, Souza AHF, Stuani AS, Stuani MBS. Solução alternativa para incisivo superior impactado. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê [Internet]. 2004 [acesso em: 11 jun 2020]; 7(38):335-40. Disponível em: https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/11/Solu%C3%A7%C3%A3o-Alternativa-para-Incisivo-Superior-Impactado.pdf.

3 Noronha MP, Stuani MBS, Stuani AS, Sant´Anna EF. Tracionamento ortodôntico do incisivo central superior: Relato de caso clínico. J Bras Ortodon Ortop Facial. 2002; 7(40):339-43.

4 Câmara JVF, Copello FM, Tavares BP, Neves AB, Ruellas ACO, Pintor AVB. Integrated treatment between orthodontics and pediatric dentistry using the ulectomy technique: case report. Revista Científica do CRO-RJ [Internet]. 2019 [acesso em: 11 jun 2020]; 4(3). Disponível em: http://www.revcientifica.cro-rj.org.br/index.php/revista/article/view/120/87.

5 Cavalcanti AL, Paiva LCA. Utilização da ulectomia na clínica infantil: relato de caso. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde [Internet]. 2006 [acesso em: 18 jun 2020]; 12(3):39-42. Disponível em: https://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/438/439.

6 Santos PRGF. Ulectomia como opção de tratamento em dentes anteriores com atraso de erupção: como e quando realizar [monografia]. Curitiba: UFPR; 2016.

7 Candeiro GTM, Correia FC, Candeiro SALM. Ulectomia como opção cirúrgica no retardo da erupção dentária: relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba [Internet]. 2009 [acesso em: 18 jun 2020]; 30(2):45-9. Disponível em: https://apcdaracatuba.com.br/revista/Volume_30_02_2010/trabalho%208.pdf

8 Nolla CM. The development of the permanente teeth. J Dent Child. 1960; 27(2):254-66.

9 Albuquerque YE, Danelon M, Lodi CS, Delbem ACB. Solução alternativa para incisivo superior impactado em paciente odontopediátrico: relato de caso. Rev Odontol UNESP [Internet]. 2014 [Acesso em 16 jun 2020]; 43(N Especial):304. Disponível em: https://www.revodontolunesp.com.br/article/588019c07f8c9d0a098b5305/pdf/rou-43-Especial-588019c07f8c9d0a098b5305.pdf

10 Mesquita LRC. Utilização de expansão rápida da maxila assistida por miniparafusos em paciente com falha primária de erupção: relato de caso [monografia]. Fortaleza: UFC; 2018.

11 Santos VR, Castro LP, Danelon M, Lodi CS, Delbem ACB. Conduta cirúrgica paradentes impactados através da ulectomia emclínica infantil: relato de caso. Arch Health Invest [Internet]. 2013 [Acesso em 16 jun 2020]; 2(Especial2). Disponível em: http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/367

12 Moura MM. Soluções estéticas para alterações da odontogênese. [monografia]. Belo Horizonte: UFMG; 2012.

13 Poricelli E, Ponzoni D. Cirurgia bucal pediátrica.In: Toledo OA. Odontopediatria: fundamentos paraa prática clínica. 3.ed. São Paulo: Premier; 2005.p.315-30.