

Planejamento ortodôntico e cirurgia de dentes não irrompidos: quando, quantos e quais suas conseqüências

por Alberto Consolaro*

Os dentes não irrompidos, especialmente os terceiros molares e caninos superiores, interferem direta e imediatamente no planejamento ortodôntico, mas nem sempre. Quando se têm espaço no arco dentário e antagonistas para uma relação oclusal harmoniosa os terceiros molares poderão estar incluídos no planejamento ortodôntico. Por que o ortodontista deve se preocupar com os dentes não irrompidos, especialmente os terceiros molares, quando não interferem direta e imediatamente no seu planejamento?

Há muito tempo sabe-se que a presença ou ausência dos terceiros molares inferiores não interfere no grau de apinhamento anterior, mas outras conseqüências muito importantes nos levam a refletir porque indicar ortodonticamente a remoção de dentes não irrompidos.

A possibilidade de um dente não irrompido dar origem a um cisto ou neoplasia odontogênica é muito pequena e estatisticamente representa uma ocorrência eventual e impossível de ser representada percentualmente, de tão pequena, mas o risco existe e deve ser considerado, principalmente se não há contra-indicações locais e sistêmicas para procedimentos cirúrgicos. Infelizmente quando se indica a exodontia para prevenir-se de cistos e tumores, na grande maioria das cirurgias dos dentes não irrompidos, deixa-se na loja cirúrgica o folículo pericoronário, o tecido mole que dá origem a estas lesões. *Em outras palavras, se não remover o folículo pericoronário e submetê-lo à análise microscópica, nada se preveniu quanto a cistos e tumores e o risco para o paciente continua!*

Os terceiros molares não irrompidos, parcial ou totalmente, podem dar origem a incomodativas pericoronarites agudas e crônicas que por fim evoluem para cistos paradentários: *praticamente é impossível a higienização adequada de dentes parcialmente irrompidos recobertos pelo capuz pericoronário que forma uma verdadeira "caverna" cujo piso será a face oclusal do molar, constituindo-se um meio ideal para a proliferação bacteriana e estabelecimento de biofilmes microbianos.* Soma-

se a isso, às vezes, a mordida dos tecidos moles pelos dentes antagonistas, promovendo dolorosas erosões e ulcerações na mucosa sobrejacente.

A persistência dos terceiros molares, com os vetores do crescimento terminal da mandíbula e do processo de remodelação óssea, pode promover a sua aproximação com força ativa sobre os segundos molares e conseqüente reabsorção radicular na face cervical e distal, inclusive com riscos de perda dentária.

A proximidade do terceiro molar com os tecidos periodontais, inclusive gengivais, do segundo molar pode promover penetração profunda e nicho microbiano entre o folículo pericoronário e o esmalte do terceiro molar, mesmo que aparentemente esteja "imerso" ou totalmente "incluso". Os danos periodontais distais no segundo molar podem ser severos e de difícil solução clínica, o melhor está no prevenir!

Em síntese: a remoção dos terceiros molares deve estar incluída no planejamento ortodôntico principalmente porque representa um seguro preventivo para a estrutura e função plena dos segundos molares.

O ortodontista responsável deve estar consciente e não ignorar os terceiros molares, mesmo quando não estejam interferindo direta ou imediatamente no planejamento efetuado a ser aplicado. Na indicação ortodôntica de extrações de dentes não irrompidos, e não apenas dos terceiros molares, dois aspectos devem ser considerados:

a) *deve-se remover todos os terceiros molares em um só momento ou cada um, ou dois dentes, em momentos cirúrgicos distintos?*

b) *quais os cuidados que se deve tomar durante e após a cirurgia para as mesmas não apresentarem conseqüências indesejáveis para o paciente e para o planejamento ortodôntico?*

REMOÇÃO DE TERCEIROS MOLARES POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA EM 1 OU EM 2 MOMENTOS CIRÚRGICOS?

O termo cirurgia vem da conjunção de duas palavras gre-

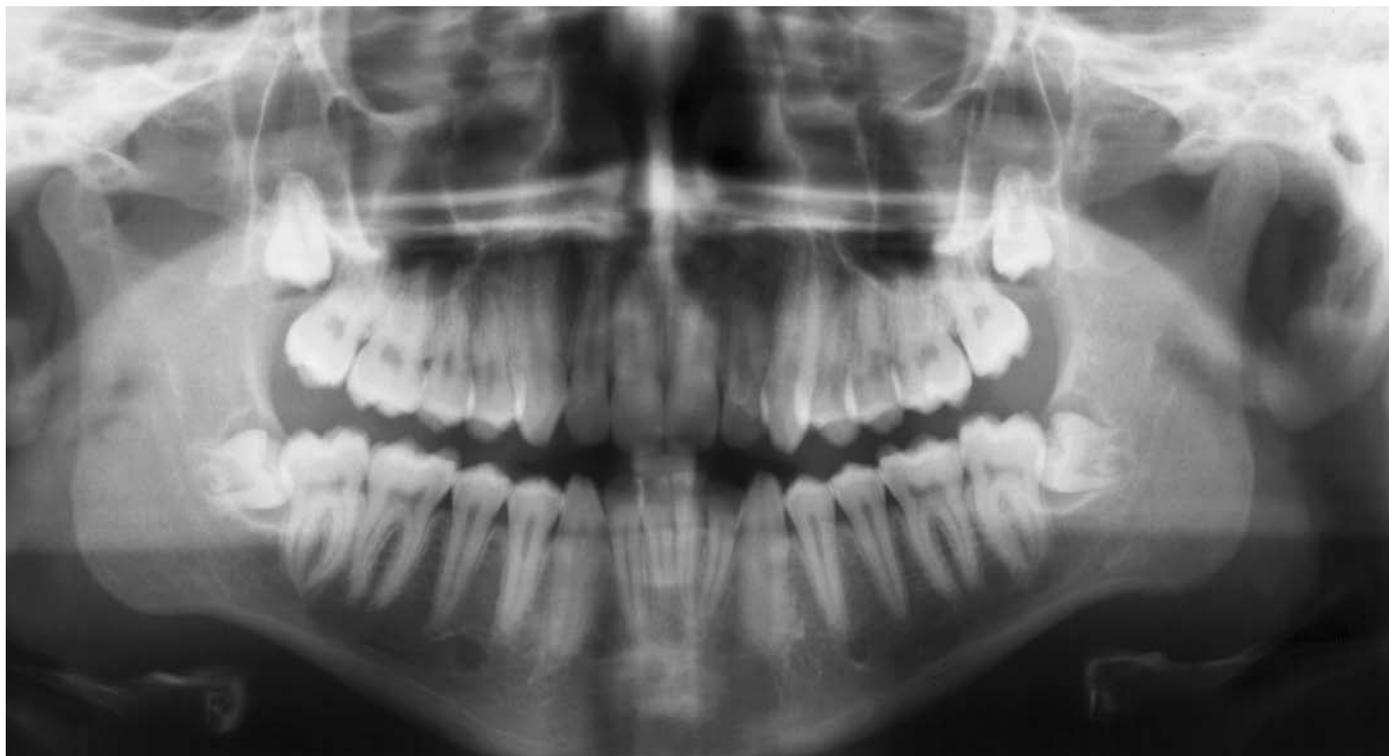


FIGURA 1 - Quatro terceiros molares - as conseqüências em potencial e ao longo do tempo são: reabsorção radicular cervical e distal dos segundos molares, cisto paradentário nos terceiros molares inferiores e, remotamente, outras lesões originárias do folículo pericoronário. A remoção cirúrgica seria uma conduta preventiva pertinente e responsável com o paciente. As exodontias dos terceiros molares em único momento cirúrgico para este caso representam a melhor opção para o paciente e para o cirurgião bucomaxilofacial.

gas: “cheir” (χειρ) ou mão, adicionando a ela outra palavra “ergon” (εργον) ou ação e trabalho. O cirurgião representa aquele que faz com as mãos. Inicialmente os cirurgiões aprendiam seu ofício com um outro mais velho ou experiente; haviam os aprendizes ou discípulos de cirurgiões. Estes profissionais não freqüentavam as escolas de Medicina. A palavra médico vem de “medein” ou “cuidar de” e eram aqueles que freqüentaram as escolas de Medicina e não intervinham diretamente com as mãos nos pacientes. Com a revolução industrial e valorização do trabalho manual os cirurgiões passaram a freqüentar as escolas de Medicina e os cirurgiões e médicos passaram com o tempo a serem considerados quase sinônimos perfeitos.

Os melhores cirurgiões sempre foram os mais rápidos e que conseguiam em curtos espaços de tempo os melhores resultados. O menor tempo de cirurgia sempre foi o objetivo mais perseguido; no início não havia anestesia e menor tempo era sinônimo de menor sofrimento para pacientes e familiares. Ainda hoje é assim: quanto menor o tempo de cirurgia, menor o sofrimento do paciente, ainda que apesar da tecnologia.

O menor tempo de cirurgia abrevia o sofrimento físico e psi-

cológico. Mas, podemos detalhar mais: quanto menor o tempo de uma cirurgia, menor o grau de manipulação indevida dos retalhos e tecidos, menor a chance de desidratação dos tecidos, menor o risco de hemorragias, edemas e de infecções. O reparo tecidual será mais rápido e a sintomatologia pós-operatória reduzida.

Uma alegação que os menos habilidosos ou menos preparados podem imediatamente utilizar: do que adianta ser rápido, mas fazer mal feito! Estamos nos pautando e tendo como referência um profissional habilitado e habilidoso. O que irá trabalhar mais lentamente está ainda em formação, treinamento, ainda não está completamente formado. Ao nos referirmos ao tempo menor como uma vantagem, estamos comparando-o com uma situação de tempo maior, mas ambas sob as mesmas condições de trabalho e de preparo do paciente e de ambiente onde a cirurgia será realizada.

Na Ortodontia, além dos terceiros molares, os pré-molares e os caninos não irrompidos são comumente indicados para cirurgias, ora exodontias, ora para tracionamentos. Muitos casos são bilaterais, quando não envolvem os quatro quadrantes maxilares. Não raro, especialmente fora do ambiente próprio dos cirurgiões



FIGURA 2 - A proximidade do terceiro molar inferior com o segundo molar inferior pode levar à morte dos cementoblastos radiculares, exposição dos *gaps*, com exposição de dentina, próprios da junção amelocementária e conseqüente reabsorção radicular e ou cervical externa, podendo levar à perda dentária. Por outro lado, a cirurgia deve ser muito bem planejada e realizada pois pode levar à perda da crista óssea distal do segundo molar, exposição direta ou indireta da superfície radicular ao meio bucal, hipersensibilidade, formação de bolsa periodontal e perda dentária por falta de suporte ósseo em casos mais extremos ou tardiamente diagnosticados. A opção mais pertinente para este caso corresponde à cirurgia imediata bem planejada e realizada habilidosamente. Caso haja necessidade, o cirurgião lançará mão de membrana e material implantar como, por exemplo, enxerto ósseo autógeno, preferencialmente.

bucamaxilofaciais, há questionamentos como: *qual o melhor para o paciente, remover os quatro terceiros molares de uma única vez ou remover primeiro os dois de um dos lados e depois, em um segundo momento cirúrgico, os outros dois?*

Entre não cirurgias bucomaxilofaciais é comum afirmar-se que o melhor seria utilizar-se de dois momentos cirúrgicos, mas a literatura pertinente e a experiência clínica dos cirurgiões bucomaxilofaciais revelam que não. E desde que devidamente explicado aos pacientes, eles também preferem fazer um único procedimento cirúrgico e isto têm sido demonstrado em entrevistas de pacientes que passaram pelos dois tipos de decisão de um ou dois momentos cirúrgicos para se remover os quatro terceiros molares.

Há uma falsa idéia de que facilitaria a alimentação do paciente no pós-operatório se removêssemos os terceiros molares de um dos lados, mas os trabalhos revelam que os pacientes ressaltam que dois momentos cirúrgicos são duas situações ruins se repetindo sem necessidade. Operar a boca, mesmo que de um lado, atrapalha a alimentação inevitavelmente, tal como se realizada a cirurgia nos dois lados.

O tempo cirúrgico, com exposição do meio interno ao meio contaminado da boca, somando-se os dois momentos cirúrgicos e comparando quando se remove todos os quatro de uma vez, é muito menor. Em outras palavras, o risco de infecção é muito menor, bem como de hemorragias e edemas quando se opta por um único momento.

O menor tempo também implica em cuidar da crista óssea alveolar distal ao segundo molar, não manipular desnecessaria-

mente a junção amelocementária do segundo molar e inclui ainda fazer a odontosecção se for necessário, afinal tirar o dente por inteiro não significa vantagem alguma, a não ser que se queira utilizá-lo posteriormente como pingente em colares.

A medicação utilizada o será uma única vez, diminuindo-se tempo de administração, dose, possibilidade de resistência bacteriana, custos e sofrimento por parte do paciente e familiares. Os custos básicos da cirurgia se reduzem quase que pela metade já que anestésicos, agulhas, lâminas, fios, anti-sépticos, esterilização e muitas outras situações se limitam a um único momento cirúrgico.

O mais interessante nos dados da literatura se refere ao número de desistência do segundo momento cirúrgico por parte dos pacientes, um número considerável, em torno de 10%. O grau de satisfação do paciente operado dos quatro terceiros molares comparado com os submetidos a dois procedimentos cirúrgicos se apresenta muito mais elevado. Ainda mais se considerarmos que o paciente ficará afastado de suas atividades normais apenas uma vez, reduzindo prejuízos de afastamento do trabalho, perda de oportunidades, restrição de atividades esportivas, lazer e pessoais decorrentes do pós-operatório.

Para esta comparação do maior ou menor benefício de um ou dois momentos cirúrgicos na remoção dos quatro terceiros molares se faz fundamental considerarmos que o cirurgião bucomaxilofacial seja habilidoso, habilitado e tenha as melhores condições de trabalho.

Caso não haja as melhores condições de trabalho como falta de sala com oxigênio, desfibrilador e outros equipamentos,

o melhor para prevenir-se de problemas está na realização de uma anamnese minuciosa, avaliação das condições sistêmicas do paciente, exame clínico radiográfico detalhado do caso a ser operado, avaliação dos riscos possíveis e planejamento adequado. E mesmo nestas condições não ideais, quando se realizar o procedimento em um único momento, o risco é bem menor que em dois momentos, pois o tempo cirúrgico se reduz no total.

Do ponto de vista técnico, biológico, físico, social e financeiro, o melhor para o paciente entre remover os quatro terceiros molares por indicação ortodôntica em um ou dois momentos cirúrgicos, todas as evidências indicam que um único momento traz menores riscos e mais benefícios.

Por fim, faça a pergunta para si mesmo: *“você quer sofrer uma única vez ou prefere sofrer duas vezes em tempos diferentes?”*

CONSEQÜÊNCIAS CLÍNICAS DE CIRURGIAS POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA: HÁ COMO EVITÁ-LAS?

Em um tempo remoto, década de 60 e 70, quase todos os profissionais atuavam em todas as áreas, sem especialidades definidas. Posteriormente se especializaram e apareceram as clínicas de especialidades múltiplas. No dias atuais o perfil do profissional muda rapidamente; poucos conseguem sobreviver dignamente exercendo restritivamente apenas uma especialidade e por necessidade acabam abordando procedimentos de outras especialidades!

Por exemplo, canais de dentes monorradiculados, clareação dentária, pequenos procedimentos periodontais, restaurações e implantes isolados são feitos por especialistas de várias áreas em seus consultórios. Muitos até não admitem, mas fazem menos por habilidade e muito mais por necessidade.

Quantos ortodontistas estão extraindo os terceiros molares e pré-molares de seus pacientes quando planejado em seus tratamentos? Quantos estão expondo os caninos para o tracionamento ser realizado? Se não ele mesmo, mas talvez o colega de clínica, que não é propriamente um especialista em cirurgia bucomaxilofacial. O pensamento está em não facilitar a “saída” do paciente daquele âmbito profissional.

Mas, *...e sempre haverá o mas...*, este tipo de decisão exige cuidados especialíssimos pois pode gerar danos ou custos biológicos irreparáveis aos dentes ou aos pacientes e por extensão aos profissionais. Alguns destes cuidados discorreremos a seguir:

1 - Nas exodontias dos pré-molares com finalidade ortodôntica

Ao remover os pré-molares não devemos nos preocupar com o tempo em que poderemos em seguida promover a mo-

vimentação dos dentes vizinhos em direção ao alvéolo recém desocupado. Este tempo pode ser pequeno, de 15 a 30 dias depois, e em alguns casos até antes. A preocupação maior deve estar relacionada com a tábua óssea alveolar externa e vestibular e com a quantidade de gengiva inserida que permanecerá na área operada. Se a tábua óssea for excessivamente luxada ou fraturada, o que ocorre geralmente em cirurgias mais longas, durante o reparo alveolar se perderá altura óssea indesejada. Ao mesmo tempo no reparo destas áreas com perda da tábua óssea vestibular se compromete também a presença de gengiva inserida na região que poderá ser substituída por mucosa alveolar. Como conseqüência desta situação quando o dente vizinho, pré-molar ou canino, for movimentado para a região do dente extraído poderá ocorrer uma severa recessão gengival de vários milímetros pela falta de espessura da tábua óssea vestibular e ausência de gengiva inserida.

Haverá necessidade de cirurgia periodontal para repor os tecidos gengivais no nível cervical e restabelecerem-se as funções e a estética. Estas providências porém demandam tempo, custos e riscos para o paciente.

Todos estes cuidados especiais leva-nos à seguinte recomendação: a extração aparentemente simples de pré-molares com finalidades ortodônticas não é tão simples quanto aparenta, pois o mais importante não é o que extraímos e sim o que e como deixamos os tecidos remanescentes na região.

Outro cuidado: procure não ancorar as alavancas cirúrgicas na região cervical dos dentes vizinhos como caninos e pré-molares. Ao longo dos meses e anos poderá ocorrer a Reabsorção Cervical Externa iniciada por lesão da junção amelocementária.

Os cuidados especiais requerem sutilezas nas manobras cirúrgicas e estas são coisas de especialistas ou de quem tem habilidades de especialistas em cirurgia bucomaxilofacial. Enfim, representam exodontias especiais!

2 - Nas remoções cirúrgicas de terceiros molares com finalidade ortodôntica

A remoção de terceiros molares pode afetar a altura da crista óssea alveolar do segundo molar. Se for manipulada excessivamente, a redução do nível ósseo distal do segundo molar pode expor a superfície distal externa da raiz, promovendo hipersensibilidade temporária ou permanente. No reparo alveolar, a redução da crista óssea distal pode promover a formação de bolsa gengival ou periodontal em uma região de difícil acesso para a limpeza, dificultada mais ainda pela sensibilidade aumentada, podendo-se inclusive, ao passo de alguns meses e anos, levar à perda do dente.

Um dos problemas mais comuns como consequência da remoção do terceiro molar sem cuidados especiais está representado pela Reabsorção Cervical Externa distal do segundo molar. A manipulação indevida ou desnecessária da região cervical do segundo molar adjacente durante a cirurgia expõe a junção amelocementária e suas janelas de dentina ao meio tecidual do conjuntivo gengival iniciando-se assim este processo reabsortivo. Da mesma forma, o uso de alavancas que se ancorem na região cervical do segundo molar pode promover os mesmos danos. Muitos casos de segundo molar com Reabsorção Cervical Externa distal após exodontia de terceiros molares são por nós analisados, em sua maioria com grande perda de estrutura dentária, inviabilizando a permanência do dente no arco dentário, indicando-se a sua exodontia. Em alguns desses casos porém a reabsorção cervical externa pré-existia pela proximidade do terceiro molar e seu folículo pericoronário rico em mediadores.

3 - Na preparação cirúrgica de caninos para tracionamentos

Para expor o esmalte com a finalidade da colagem de braquete o cirurgião deve remover o folículo pericoronário, um tecido mole membranoso altamente especializado de tecido conjuntivo firmemente aderido ao esmalte por um epitélio reduzido do esmalte. Tanto o epitélio quanto o tecido conjuntivo fibroso do folículo pericoronário se inserem na região cervical, ou mais precisamente na junção amelocementária. Deve-se abrir somente uma janela no folículo para permitir a fixação do braquete, jamais desencapar toda a coroa e remover todo o tecido mole, manipulando-se indevidamente a junção. Esta manobra, se realizada, pode promover a indução posterior da Reabsorção Cervical Externa durante ou logo após o tracionamento. Por muito tempo se acreditou que esta reabsorção era culpa do tracionamento, mas na verdade decorre da manipulação cirúrgica indevida e desnecessária da região cervical do canino.

Em muitos casos de tracionamento, quando o canino chega no arco ou nas suas proximidades apresentam-se severas recessões gengivais. Muitos acreditavam, ou ainda acreditam, que isto decorre da presença do braquete que vai rasgando a

gengiva enquanto se aproxima do plano de oclusão pelo tracionamento. Na verdade a recessão decorre da falta de gengiva inserida e de tábua óssea externa vestibular e não da presença, tipo ou movimento do braquete. Durante a cirurgia, deve-se abrir uma janela óssea para expor o folículo e no folículo pericoronário uma janela no tecido mole para expor o esmalte. Não se deve remover a tábua óssea vestibular até a região cervical; sempre que possível deve-se privilegiar janelas e não “deiscências” cirúrgicas.

O ortodontista deve trocar informações e necessidades com seu cirurgião bucomaxilofacial, afinal as cirurgias com finalidades ortodônticas são realizadas em dentes geralmente hígidos e em pacientes conscientes da importância de sua dentição na sua vida; são pessoas minimamente diferenciadas e a situação especial. Estas informações não são repassadas aos cirurgiões nos seus cursos de formação; o ortodontista como parceiro deve dialogar e o cirurgião bucomaxilofacial aceitar as especificidades, afinal se algum problema houver após o procedimento cirúrgico o questionamento do paciente será:

... eu não tinha qualquer problema dentário e agora passei a ter; eu tinha todos os dentes saudáveis, agora estou com problemas; algo aconteceu comigo ou fui vítima de algum procedimento mal planejado ou inconseqüente?

Observações terminológicas sobre o tema: se faz necessário esclarecer que o uso do termo dente “incluso” é inapropriado já que se refere a tudo que espontânea ou forçosamente foi colocado em um lugar onde originalmente não fazia parte. No caso do dente ele não foi ali colocado, ali se originou e faz parte das estruturas locais desde o seu início, enfim não foi incluído no interior da mandíbula ou da maxila. O termo impactado por sua vez se aplica quando uma estrutura ou lesão impede a trajetória eruptiva, logo alguns dentes permanecem não irrompidos ao longo do tempo por estarem verdadeiramente impactados. Em relação ao termo erupção ele pode ser livre e corretamente utilizado, mas deve-se ter o cuidado para não usar o verbo “erupcionar” visto que não existe em nossa língua, podendo se substituí-lo pelo verbo irromper.



Prof. Dr. Alberto Consolaro

Professor Titular em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB-USP - e-mail: alberto@fob.usp.br