

## DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE DISTOMOLARES EM MAXILA: UM RELATO DE CASO

### DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DISTOMOLARS IN THE MAXILLA: A CASE REPORT

Aline Aparecida Bill ROSA<sup>1</sup>

Giulia Sartori NESI<sup>1</sup>

Maria Luiza PROSDÓCIMO<sup>2</sup>

Patrícia Tolentino da Rosa de SOUZA<sup>3</sup>

Bruno Eduardo Sant'Anna Falce de MACEDO<sup>\*4</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** A hiperdontia, caracterizada pela presença de dentes supranumerários, pode ocorrer de diferentes modos, com ocorrência mais comum em maxila. Sua etiologia permanece incerta, e pode envolver fatores genéticos e ambientais. **Objetivo:** relatar a exodontia de um distomolar em uma paciente de 20 anos do sexo feminino. **Discussão:** o diagnóstico de dentes supranumerários é frequentemente realizado por meio de exames clínicos e imaginológicos, a tomografia computadorizada de feixe cônico é o exame ideal, pois permite a avaliação anatômica tridimensional. A escolha da técnica cirúrgica deve considerar a condição sistêmica do paciente e os riscos associados ao procedimento. **Conclusão:** o cirurgião-dentista deve avaliar cuidadosamente a necessidade de intervenção, e orientar o paciente sobre os riscos e benefícios do tratamento. Além disso, é essencial saber manejar as possíveis complicações cirúrgicas, caso ocorram.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dente supranumerário; Terceiro molar; Dente incluso.

#### ABSTRACT

**Introduction:** hyperdontia, characterized by the presence of supernumerary teeth, can occur in different ways, with a more common occurrence in the maxilla. Its etiology remains uncertain and may involve genetic and environmental factors. **Objective:** to report the extraction of a distomolar tooth in a 20-year-old female patient. **Discussion:** diagnosing supernumerary teeth is often done through clinical and imaging examinations; cone beam computed tomography is the ideal examination, as it allows three-dimensional anatomical evaluation. The choice of surgical technique should consider the patient's systemic condition and the risks associated with the procedure. **Conclusion:** the dentist should carefully evaluate the need for intervention and advise the patient on the risks and benefits of treatment. In addition, it is essential to know how to manage possible surgical complications, should they occur.

**KEYWORDS:** Tooth supernumerary; Molar third; Tooth unerupted.

## 1. INTRODUÇÃO

<sup>1</sup> Cirurgiã-dentista Egressa Faculdade Herrero.

<sup>2</sup> Cirurgiã Dentista. Doutora em Odontologia. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero, Curitiba/ PR

<sup>3</sup> Cirurgiã-dentista. Doutora em Clínica Odontológica Integrada pela PUC-PR, Curitiba/ PR

<sup>4</sup> Cirurgião-dentista. Mestrando em Clínica Odontológica Integrada – Estomatologia pela PUC-PR, Curitiba/ PR.

\* e-mail para correspondência: [bruno.falce@pucpr.edu.br](mailto:bruno.falce@pucpr.edu.br)

Dentes supranumerários ou hiperdontia podem ser descritos como a presença de dentes ou estruturas semelhantes anatomicamente aos dentes normais, surgem na dentição permanente ou decídua, erupcionados ou não, em um ou ambos os arcos dentários (maxila ou mandíbula)<sup>1,2</sup>. Apresentam-se de diversos modos, tais quais únicos ou múltiplos, unilaterais ou bilaterais e morfológicamente apresentam-se como suplementar (incisiforme), rudimentar (cônico, tubercular, molariforme) ou odontomas<sup>1,3,4</sup>.

Sua localização tende a nomear a estrutura, sendo classificados em: mesiodente (localizado em região ântero-superior, entre os incisivos centrais superiores), paramolares (localizados vestibularmente, lingualmente ou interproximal aos molares) e distomolar (localizado distalmente em relação aos molares)<sup>4</sup>. Um dente supranumerário pode surgir em ambas as arcadas e em qualquer região, entretanto, a maxila apresenta maior predisposição, na proporção de 8:1 quando comparado à mandíbula, a região anterior superior corresponde a 90% dos casos<sup>5</sup>. A localização de maior ocorrência é, especificamente, a região dos incisivos centrais superiores, seguida por regiões como incisivos laterais superiores, pré-molares inferiores, e região localizada a distal de terceiros molares<sup>6</sup>. Os supranumerários apresentam prevalência de 0,15 a 3,8% e predileção pelo sexo masculino<sup>7</sup>. Além dos quartos molares, há relatos na literatura de quinto, sexto e até sétimo molares<sup>8</sup>.

Sua etiologia, apesar de amplamente estudada, ainda permanece incerta e são hipóteses aceitas a hiperatividade da lâmina dentária, restos de células epiteliais, predisposição genética e fatores ambientais. Além disso, pode haver a ocorrência de dentes supranumerários em casos de síndromes e patologias<sup>9,10</sup>, como Gardner, Ehler-Danlos, Apert, Down, e Displasia Cleidocraniana<sup>11</sup>. O diagnóstico de dentes supranumerários é obtido através de um exame clínico de rotina ou exames complementares como radiografia panorâmica, radiografia oclusal e tomografia de feixe cônico, imprescindível a sua utilização, pois corrobora para a escolha do tratamento, formas de intervenção ou apenas acompanhamento da anomalia<sup>1</sup>. A intervenção é justificada apenas se o diagnóstico evidenciar a necessidade<sup>3</sup>. A presença de dentes supranumerários pode ocasionar complicações como atrasos na erupção dos dentes, desenvolvimento de cistos odontogênicos, reabsorção dos dentes adjacentes, alterações na posição dos dentes permanentes, alteração oclusal, sequência anormal de erupção dentária, apinhamento, cárie, inflamação gengival e abscessos periodontais<sup>5</sup>, nesses casos, a exodontia é recomendada<sup>2</sup>.

A exodontia deve ser executada com cuidado e sempre por um cirurgião-dentista com experiência na área, a fim de evitar danos ao folículo dentário ou redução do epitélio do esmalte das raízes dos dentes permanentes adjacentes, além de ser extremamente importante evitar a anquilose ou erupção desses dentes<sup>12</sup>.

O objetivo do presente estudo foi relatar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de um caso clínico de distomolar em maxila.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo classifica-se como um relato de caso clínico, do tipo qualitativo descritivo, aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Faculdade Herrero, sob o parecer de nº6.066.386. A paciente foi informada sobre o risco-benefício de cada opção de plano de tratamento, mediante assinatura de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

## 3. RELATO DE CASO

Paciente com 20 anos, sexo feminino, procurou por avaliação clínica no curso de extensão em cirurgia de terceiros molares da Faculdade Herrero. Ao analisar o exame radiográfico, foi observada uma sobreposição de imagem no quadrante superior direito em região de terceiro molar, com diagnóstico sugestivo de um distomolar (Figura1). A paciente não apresentava comprometimento sistêmico, logo, o plano de tratamento foi a exodontia de ambos os elementos dentários. O aspecto clínico intra-oral e pré-operatório é apresentado na figura 2.

**Figura 1** – Radiografia panorâmica



**Figura 2** – Aspecto clínico intra-oral e pré-operatório



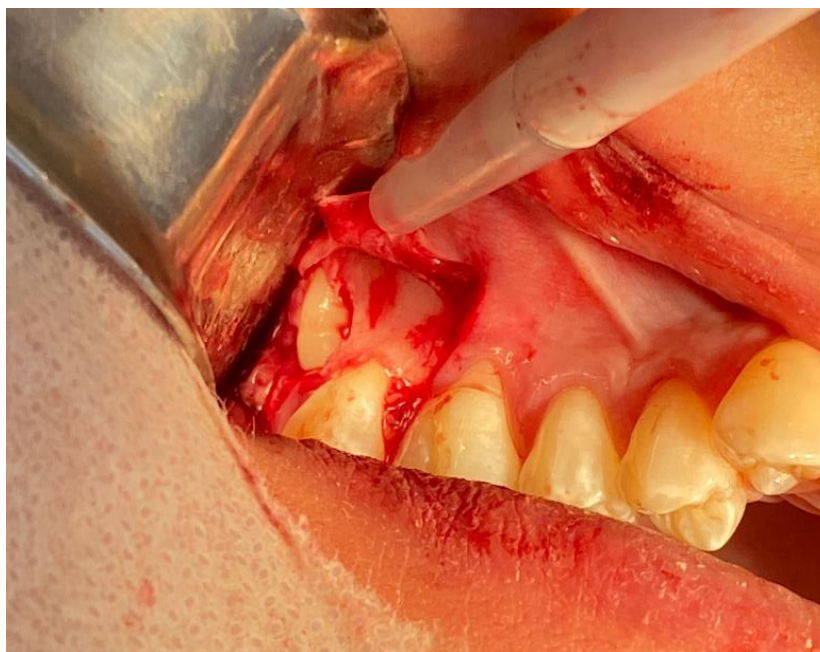
Fonte: Ambiência da pesquisa.

O procedimento cirúrgico iniciou-se com a montagem da mesa cirúrgica e preparo da paciente: antisepsia da face com PVPI - Povidona-iodo (Riodeine®, Rioquímica, São José do Rio Preto – Sp, Brasil), e a utilização de solução clorexidina 0,12% (Perioplak®, Reymer, Aparecida de Goiânia – GO) para a realização do bochecho intraoral. Seguiu-se com o bloqueio anestésico do nervo alveolar

superior posterior, palatino maior e anestesia terminal infiltrativa em região do terceiro molar, com a utilização de dois tubetes de Cloridrato de Mepivacaína 2% com Epinefrina 1:100.000 (Mepivalem®AD, DLA Pharma, Catanduva – SP, Brasil) através da utilização de uma agulha curta (Unoject®, DFL, Rio de Janeiro – RJ) de 25mm.

Com um cabo de bisturi (Quinelato®, Rio Claro – SP, Brasil) e lâmina 15 (Descarpak®, São Paulo – SP, Brasil), foi realizado um retalho triangular: incisão relaxante intrasulcular de 1mm próxima a mesial do segundo molar superior, com a base do retalho maior que o ápice, a fim de proporcionar suprimento sanguíneo aos tecidos. Em seguida, com um descolador de molt (Quinelato®, Rio Claro – SP, Brasil) foi realizada a sindesmotomia (Figura 3).

**Figura 3** – Aspecto clínico após a sindesmotomia (visualização do dente 18)



Fonte: Ambiência da pesquisa.

Após a sindesmotomia, foi realizada a osteotomia, para a criação de um ponto de apoio (através da construção de uma canaleta), uma vez que ambos os elementos dentários estavam inclusos. Logo em seguida com a alavanca apexo 303 deu-se início à luxação do dente 18, e exérese com a utilização do fórceps 18R. Com as alavancas seldin N° 1L, e 1R foi realizada a luxação do distomolar, e exérese com o auxílio de uma pinça Kelly. (Figuras 4 e 5). Todos os instrumentais (Quinelato®, Rio Claro – SP, Brasil).

**Figura 4** – Dente 18 e distomolar extraídos

**Figura 5** - Distomolar extraído



Fonte: Ambiência da pesquisa.

Foi realizada a curetagem do alvéolo com cureta de Lucas Nº 84 (Quinelato®, Rio Claro – SP, Brasil), e irrigação abundante com soro fisiológico (JP Indústria Farmacêutica S.A®, Ribeirão Preto – SP, Brasil). Para realizar a hemostasia da região foi realizada a sutura com a utilização de fio de nylon 4-0 (Procare®, Labor Import©, Osasco – SP, Brasil) através das técnicas de sutura simples, e em “X”. Novamente a região foi irrigada com soro fisiológico, e a paciente orientada a morder levemente uma gaze estéril (Hérika®, *American Medical Indústria Têxtil LTDA*, Curvelo – MG, Brasil) umedecida com soro fisiológico.

Foram prescritos Ibuprofeno 600mg, por três dias, a cada oito horas e Dipirona 500mg durante três dias a cada oito horas, se houvesse dor. As orientações pós cirúrgicas foram evitar a exposição solar, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, evitar esforço físico, e realizar compressas de gelo na face em caso de edema. A cirurgia foi realizada próximo ao final do semestre letivo, a paciente foi orientada para que as suturas fossem removidas após 7 dias, em uma Unidade de Saúde. No início do semestre seguinte a paciente foi avaliada novamente, e não houve complicações decorrentes da cirurgia.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora a frequência de distomolares seja maior em indivíduos do sexo masculino, no presente relato de caso, o distomolar apresentou-se em um indivíduo do sexo feminino em região de maxila, em formato cônico semelhante a um microdente<sup>7,14</sup>.

Dentes supranumerários tendem a ser diagnosticados clinicamente durante consultas de rotinas ou através de exames radiográficos, entretanto para uma melhor compreensão do caso, o

exame tomográfico pode ser realizado<sup>4</sup>. Em contrapartida, um recurso amplamente utilizado é a radiografia panorâmica, apesar de suas vantagens, em situações mais complexas não apresenta informações relevantes como a localização em três dimensões do elemento dentário, em relação às estruturas nobres<sup>15</sup>. Logo, é necessário recorrer à tomografia computadorizada de feixe cônico<sup>16</sup>, que possibilita a escolha adequada da técnica cirúrgica<sup>12</sup>. A tomografia computadorizada de feixe cônico é considerada um dos recursos que apresentam maior visualização dos detalhes anatômicos, menor distorção e menos artefatos de imagem, quando comparada à radiografia convencional<sup>15</sup>.

Apesar da paciente ser orientada sobre a necessidade da realização da tomografia, o exame não foi realizado devido a condições financeiras. Durante a avaliação de imagem radiográfica foi possível observar que o distomolar apresentava-se em um mesmo plano do terceiro molar. Optou-se pela exodontia do dente supranumerário e do terceiro molar, com o objetivo de prevenir futuras complicações que pudessem envolver os dentes adjacentes.

Dentes retidos ou impactados podem vir a acarretar diversas complicações como anquilose alveolodentária, calcificação pulpar, necrose pulpar asséptica, cicatrizes radiculares externas, danos a dentes adjacentes<sup>18</sup>, cistos e tumores odontogênicos<sup>2</sup>, além de reabsorção radicular de dentes adjacentes, desenvolvimento de patologias maxilomandibulares, perda óssea, danos às estruturas adjacentes, e dor crônica facial<sup>19</sup>. Molares supranumerários devem ser extraídos quando não erupcionam, quando estão desalinhados com os dentes permanentes ou quando causam lesões císticas, pericoronarite sub-aguda, inflamação gengival, abscessos periodontais, ameloblastoma, fístulas, ou reabsorção de raízes<sup>13</sup>.

É necessário ressaltar, que ao realizar a exodontia de terceiros molares, poderão surgir intercorrências como fraturas dentárias, comunicações buco-sinusais, laceração de retalhos, fratura de instrumentais com penetração total nos tecidos, fraturas mandibulares trans-operatórias e lesões em estruturas nobres, além de complicações tardias, como: alveolite, trismo, fraturas mandibulares tardias, parestesia permanente, deslocamentos dentários, e infecções<sup>17</sup>. Tais eventos também são passíveis de acontecer em casos de terceiros molares associados a molares supranumerários, como relatado pelo presente estudo.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentes supranumerários, em geral, surgem devido a diversos fatores que podem ter origem ambiental ou genética. É imprescindível que o cirurgião dentista saiba reconhecer esta condição, para que realize um diagnóstico preciso e estabeleça um plano de tratamento adequado; seja exodontia ou apenas acompanhamento do caso clínico. Independente do plano de tratamento adotado, o fator em

comum é minimizar ou prevenir complicações provenientes da presença e permanência tanto de molares supranumerários.

## REFERÊNCIAS

1. Leyland L, Batra P, Wong F, Llewelyn R. A retrospective evaluation of the eruption of impacted permanent incisors after extraction of supernumerary teeth. *J Clin Pediatr Dent.* 2006 Spring;30(3):225-31.
2. Martorelli SBF, Lacerda EPM, Andrade FBM. Microtooth supernumerary included in zygomatic root. *RGO.* 2018 Jan;66(1):82-87.
3. Amaral D, Muthu MS. Supernumerary teeth: review of literature and decision support system. *Indian J Dent Res.* 2013 Jan-Feb;24(1):117-22.
4. Anthonappa RP, King NM, Rabie AB. Aetiology of supernumerary teeth: a literature review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2013 Oct;14(5):279-88.
5. Anegundi RT, Tegginmani VS, Battepati P, Tavargeri A, Patil S, Trasad V, Jain G. Prevalence and characteristics of supernumerary teeth in a non-syndromic South Indian pediatric population. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2014 Jan-Mar;32(1):9-12.
6. Coelho A, Macho V, Andrade D, Macedo P, Areias C. Prevalência e distribuição de dentes supranumerários numa população pediátrica – Um estudo radiográfico. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2011 Oct;52(4):189-192.
7. Almeida HMS, Rocha ATM, Barboza AD, Fialho PV, Vieira TSL. Tratamento de dentes inclusos em proximidade à cavidade nasal e seio maxilar: relato de caso. *Rev Odontol Araçat.* 2021 Jan;42(1):33-37.
8. Dăguci C, Burlibaşa M, Mărgărit R, Tănăsescu LA, Dăguci L, Bătăiosu M, Scriciu M, Andrei OC. Maxillary distomolars: case reports, differential diagnosis and literature review. *Rom J Morphol Embryol.* 2017;58(4):1617-1622.
9. Khan MI, Ahmed N, Neela PK, Unnisa N. The Human Genetics of Dental Anomalies. *Glob Med Genet.* 2022 Feb 25;9(2):76-81.
10. Liu JF. Characteristics of premaxillary supernumerary teeth: a survey of 112 cases. *ASDC J Dent Child.* 1995 Jul-Aug;62(4):262-5.
11. Garvey MT, Barry HJ, Blake M. Supernumerary teeth--an overview of classification, diagnosis and management. *J Can Dent Assoc.* 1999 Dec;65(11):612-616.
12. Pereira VX, Silva AP, Carlesso JS, Campos MF. A rare case of a maxillary fourth molar: Case report. *J Hum Growth Dev.* 2019; 29(1): 125-128.
13. Arslan A, Altundal H, Ozel E. The frequency of distomolar teeth in a population of urban Turkish adults: a retrospective study. *Oral Radiol.* 2009 Aug;25(2):118-122.
14. Fernández Montenegro P, Valmaseda Castellón E, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Retrospective study of 145 supernumerary teeth. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006 Jul 1;11(4):E339-44.
15. Klimowicz T, Ziegler CA. Comparison between various radiological techniques in the localization and analysis of impacted and supernumerary teeth. *Indian Jour Dent Resear.* 2013 May-Jun;24(3):336-341.
16. Tantanapornkul W, Mavin D, Prapaiphittayakun J, Phipatboonyarat N, Julphantong W. Accuracy of Panoramic Radiograph in Assessment of the Relationship Between Mandibular Canal and Impacted Third Molars. *Open Dent J.* 2016 Jun 23;10:322-9.

17. Castanha DM, Andrade TI, Costa MR, Nunes JRRM, Vasconcelos RG. Considerações a respeito de acidentes e complicações em exodontias de terceiros molares: revisão de literatura. *Braz Jour Surger Clin Resear.* 2018 Sep;24(3):105-109.
18. Souto LAP, Santos DM, Rodrigues CMC, Silva CJ, Rocha FS, Silva MCP. Extra-buccal surgical access for canine removal included in mandibular symphysis: case report. *RGO.* 2020;68:e20200053.
19. Renz JP, Dotto GN, Antunes KT, Liedke GS. Tomografia computadorizada multidetectores de baixa dose de radiação para avaliação de canino incluso. *Rev. da Fac. de Odontologia, UPF.* 2018 Dez;23(3):291-299.
20. Araújo Júnior JL de, Abreu NMR de, Berutti LB. Múltiplos dentes supranumerários em paciente não síndrômico. *Arch Health Invest.* 2021 Mar;10(3):501-504.