Etiologia, Diagnóstico e Tratamento do Mesiodens – Relato de Caso Clínico Atípico

Etiology, diagnosis and treatment of mesiodens - case report atypical

Stephanie de Cássia Carvalho Rocha[1]

Bruno LadeiraVidigal[2]

Alexandre Costa Pereira[3]

Mário Sérgio Fonseca[3]

Flávio Ricardo Manzi[4]

[1] **Cirurgião-Dentista pela PUC – Minas,**

[2] **Mestrando em Clínica Odontológica – ênfase em Radiologia Odontológica e Imaginologia**
butvidigal@gmail.com

[3] **Professores Assistente da PUC – Minas, Área de Odontopediatria.**

[4] **Professor Adjunto da PUC – Minas, Professor Permanente dos Programas de Pós-Graduação em Clínicas Odontológica e Odontologia da PUC – Minas (Coordenador da ênfase em Radiologia Odontológica e Imaginologia)**
manzi@pucminas.br

RESUMO

Este trabalho descreve um caso clínico de uma criança, que apresentava um dente supranumerário entre os incisivos centrais superiores (mesiodens). Este trabalho aborda a etiologia, prevalência, os aspectos clínicos e radiográficos, além de relatar um caso clínico.
Palavras-chave: Dente supranumerário, Diagnóstico, Maloclusão.

ABSTRACT:

This paper describes a case of a child who had a supernumerary tooth between the maxillary central incisors (mesiodens). This paper discusses the etiology, prevalence, clinical and radiographic findings, and a case report.
Key-words: Supranumerary tooth, Diagnosis, Malocclusion.

INTRODUÇÃO

O mesiodens é o dente supranumerário mais freqüentemente encontrado e geralmente sua presença é observada em exame radiográfico da maxila[1]. A etiologia dos dentes supranumerários é ainda desconhecida[2,3]. O mesiodens parece ser transmitido como caráter autossômico dominante com falta de penetrância em algumas gerações[1,4,5,6,7].

Um dos fatores responsáveis por tal hiperdesenvolvimento é a mobilidade do processo facial durante o desenvolvimento da face, que pode resultar na ruptura da lamina dentária. Os prolongamentos epiteliais da lâmina dentária são responsáveis pelo desenvolvimento do órgão do esmalte,e algumas vezes,eles sofrem uma proliferação exagerada. Se estas estruturas penetrarem em uma região que permita o seu desenvolvimento, haverá a formação de um órgão do esmalte e assim teremos a formação de um dente supranumerário [1,2,3].

Sua forma mais comum é conóide, apresentando a raiz curta e na maioria dos casos encontra-se impactado. A sua maior freqüência ocorre na maxila, sexo masculino e na dentadura permanente ou mista e raramente em dentadura decídua.

A maioria dos problemas associados a presença de dentes supranumerários, esta associado a erupção normal e posição dos dentes adjacentes ,os quais incluem perda de vitalidade, formação de diastema,deslocamento e impactação, desenvolvendo-se durante as duas primeiras décadas de vida [5].

Para um diagnóstico precoce faz-se necessário exame clínico e radiografias panorâmica e periapical em todas as crianças na fase da dentadura mista, evitando,deste modo, problemas funcionais e estéticos aos dentes adjacentes. Quando impactados, a sua presença pode ser imperceptível,pois devido a sua forma diminuta eles normalmente não são detectados pela palpação,se mantêm assintomáticos,retidos no processo alveolar,sendo visualizados apenas pelas radiografias de rotina[15]. Para determinação da posição vestíbulo ou palatina do dente retido,usa-se a técnica de Clark ou radiografias oclusais[8,9].

Clinicamente suspeita-se de retenção quando há um atraso na cronologia de erupção em relação aos demais dentes, sendo o diagnóstico realizado pelo exame clinico,que consiste inicialmente em inspeção/palpação e complementado por radiografias, para se confirmar a presença e localização do dente[9].

A remoção cirúrgica em idade precoce, quando o dente da série normal não completou a rizogênese, determina, muitas vezes sua erupção espontânea[10,3].

A exodontia preventiva precoce pode por em risco o desenvolvimento do germe permanente, se houver lesão acidental. Alem disso, quando o dente supranumerário não acarreta problemas aos dentes vizinhos e/ ou o paciente é muito jovem, acompanhamentos clínico e radiográfico periódicos são recomendados, aguardando-se o término da rizogênese dos dentes adjacentes[10]. Recomenda-se a remoção cirúrgica precoce do mesiodens, a exposição cirúrgica da coroa do incisivo central quando este não irrompe espontaneamente após seis meses da remoção do supranumerário e, como última alternativa, o tracionamento ortodôntico[11]. Sendo assim, a extração do dente supranumerário associada ou não a outras formas de tratamento é proposta em 88,1 % dos casos[6].

O trabalho teve como objetivo a apresentação de um caso clínico, de uma menina de 06 anos de idade, portadora de um mesiodens na maxila entre os dois incisivos centrais decíduos.

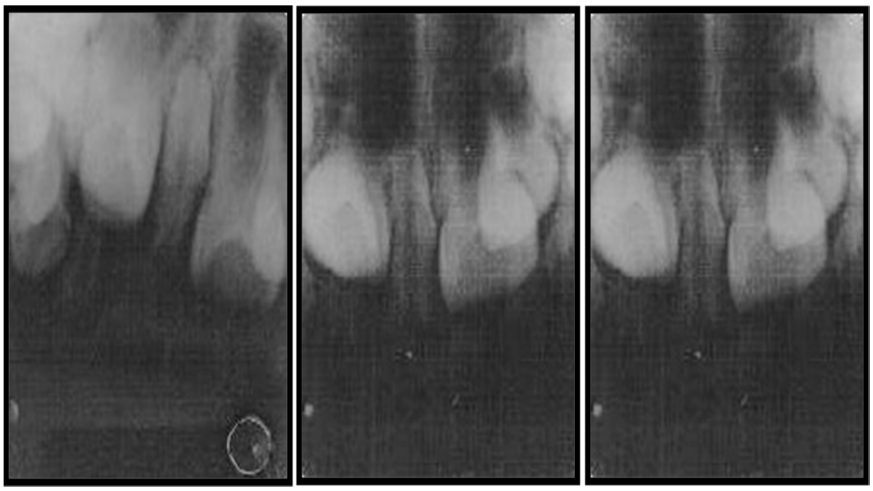
CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, seis anos de idade, feoderma , procurou a Clínica de Pronto Atendimento Infantil (PAMP) da

Faculdade de Odontologia da PUC-Minas acompanhada de seu responsável queixando-se de sensibilidade enquanto comia alimentos frios e quentes. Durante a anamnese o responsável relatou que a paciente possuía bronquite e nenhuma alteração mais na saúde.

No exame clínico foi possível observar que a paciente se encontrava na dentição mista,e com o elemento 61 em momento de esfoliação. Verificou-se também que havia espaço suficiente para acomodar o elemento 21 que estava impactado e que a gengiva tinha aspecto saudável, firme e com aspecto de "casca de laranja".

Foi realizado radiografias periapicais dos incisivos (região da sensibilidade relatada). No exame radiográfico periapicais com mudança de angulação horizontal (técnica de Clark) foi notada a presença de um mesiodens incluso e impactado em posição invertida com coroa voltada por vestibular, uma vez que a imagem da coroa do mesiodens acompanhou o movimento da fonte de raios X (Figura1). Logo depois de uma analise clínica e radiográfica, foi decidido que a melhor conduta clinica seria a realização de uma cirurgia, no Bloco Cirúrgico da PUC-Minas (Figura 2). Na consulta de retorno e realização de exame radiográfico de controle foi notada a boa cicatrização no local onde foi realizada a cirurgia, e o elemento 21 já havia irrompido (Figura 3).



Figuras 1- Radiografias periapicais onde foi realizada a Técnica de Clark, concluindo que o mesiodens se localizava por vestibular.

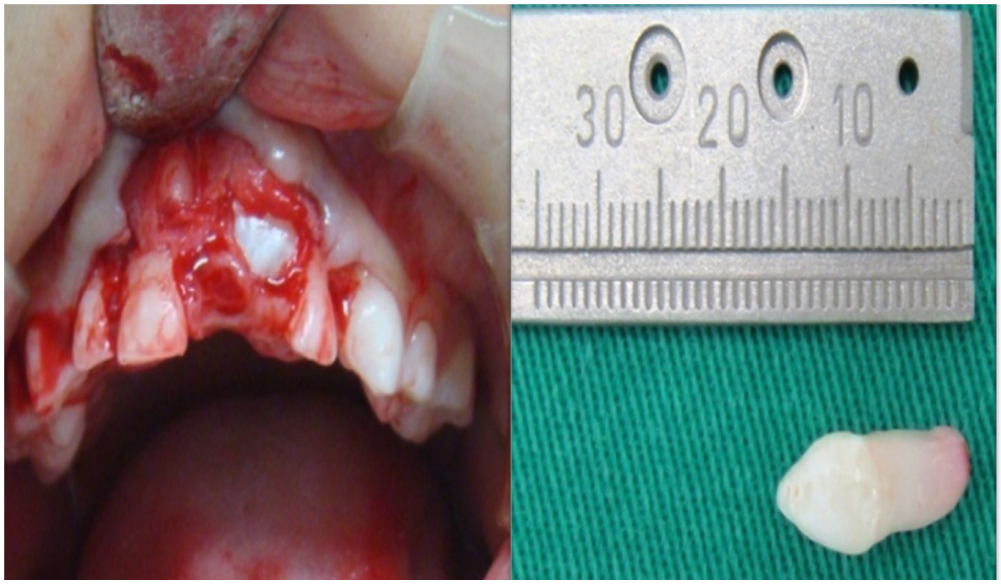


Figura 2 – Descolamento total do retalho e exodontia do elemento 61 e presença do mesiodens invertido. O mesiodens mede aproximadamente 15 mm.

Figura 3 - Paciente um mês após a cirurgia. Note a erupção do elemento 21.

DISCUSSÃO

Quando constatada a presença de um supranumerário, quer irrompido, quer retido, e que esteja interferindo no estabelecimentos normal da oclusão, o mesmo deve ser extraído, desde que não prejudique o desenvolvimento radicular dos dentes adjacentes. Este tratamento não deve ser realizado em época tardia, para favorecer melhor prognóstico[4].

Em média, 25% dos mesiodens irrompem, enquanto 6% dos impactados encontram-se na posição vestibular, 80% na palatino, e 14% encontram-se posicionados entre as raízes dos incisivos permanentes[5,11]. Este caso é mais incomum, uma vez que o mesiodens se encontrava por vestibular. Entre os incisivos centrais estão localizados 90% dos dentes supranumerários. Grande parte dos mesiodens (cerca de 75%) não irrompem, podendo estar impactado em variadas posições[3,7,8,11].

Todo dente retido é susceptível de produzir transtornos de origens diversas, apesar de que, muitas vezes, o diagnóstico não é realizado, não ocasionando nenhuma alteração ao seu portador[1,9,12]. Se o diagnóstico não for precoce as consequências podem ser danosas. Dentre os maiores problemas causados podemos citar as maloclusões, a desvitalização do dente vizinho, a reabsorção radicular, apinhamento e a formação de cistos com destruição óssea[4,8,10].

Depois de diagnosticada a presença de um supranumerário, a conduta de tratamento propõe uma avaliação individual de cada caso. Quando não há estão interferência na cronologia de erupção, deve-se optar por uma abordagem mais conservadora. Nestes casos, a remoção do supranumerário seria retardada até o fechamento dos ápices dos dentes permanentes vizinho[3,4,8,10]. Neste caso, a época de remoção foi muito boa, uma vez que logo após 1 mês já se observou a erupção do incisivo central superior esquerdo permanente (dente 21).

Diversos fatores irão determinar quando intervir, precoce ou tardiamente. O primeiro fator é a idade do paciente e a capacidade de tolerância a um tratamento cirúrgico. O segundo fator é o estágio de desenvolvimento dental e a proximidade do mesiodens às raízes dos incisivos permanentes, considerando o risco de trauma cirúrgico e a quantidade de remoção óssea[2,3,4,11]. Com esta conduta, o prognóstico do caso relatado foi excelente.

CONCLUSÃO

A intervenção e o diagnóstico precoce dos mesiodens, seja na dentição mista ou decídua, é importante para um tratamento conservador e melhor prognóstico e ainda podem evitar distúrbios estéticos, funcionais ou patológicos e diminuir consideravelmente a necessidade de tratamentos mais complexos, como tracionamentos dentários e ortodontia corretiva.

REFERÊNCIAS

1. Ursi WJS, Almeida RR , Almeida JV. Mesiodens, macrodontia e má-oclusão: relato de caso clínico. Rev Odontol Univ São Paulo, 1988; 2(2):109-14.

2. Stuani AS, Stuani AS, Stuani MBS et al. As complicações do diagnóstico tardio do mesiodens: revista de literatura e relato de caso clínico. Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia, 1999; 19(1): 61-67.

3. Stuani MBS, Stuani AS, Suzigan LC et al. Mesiodens: revisão da literatura e relato de caso clínico. J Bras Ortodon Ortop Facia, 2001; 35(6): 386-93.

4. Couto Filho CEG, Santos RL, Lima ARG. Supranumerários: revisão de literatura, relato de casos clínicos. Rev Bras Cirurg Implantodont, 2002; 9(34): 150-55.

5. Neville, BW, Damm, DD. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

6. Ono R et al. Mesiodens na dentição decídua. Biosci J, 2000; 16(1):45-52.

7. Shafer WG, Hine MK, Levy MB. Tratado de patologia bucal. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

8. Lobato AMR, Columbano JN, Souza MMG. Hiperdontia na região de incisivos superiores. J Bras Ortodon Ortop Facial, 2002; 7(41): 389-96.

9. Real MF, Santini F, Sá ACD et al. Tratamento ortodôntico cirúrgico dos incisivos centrais superiores retidos- caso clínico. J. Bras Ortodon Ortop Facial, 2002; 38(7): 127-31.

10. Cal Neto JAP, Cunha DL, Miguel JAM. Diastemas interincisais superiores associados a dentes supranumerários: considerações clínicas e relato de um caso. J Bras Ortodon Ortop Fac, 2002; 7 (39):239-44.

11. Coradazzi LF et al. Remoção cirúrgica de mesiodens para erupção tardia dos incisivos centrais superiores- Relato de caso clínico. BCI, 2000; 7(27): 6-10.

12. Brand A, Akhavan M, Tong H et al. Orthodontic, genetic, and periodontal considerations in the treatment of impacted maxillary central incisors: a study of twins. Am J Orthod DentofacialOrthop, 2000; 117(1): 68 -74.