



Cirurgia de ulectomia em paciente pediátrico com retardo eruptivo relacionado a incisivos centrais superiores permanentes: relato de caso.

Sócrates de França Lins¹, Gabriel Ramos Alexandre¹, Gabriel Ronnier de Alencar Oliveira¹, Camilla Beatriz Ramos¹, Andressa Santiago¹, Rafaella Juliana Bezerra dos Santos², Ana Luísa Miranda Pinheiro³, Rafaela Brito Vasconcelos⁴



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n12p3072-3082>

Artigo recebido em 10 de Novembro e publicado em 30 de Dezembro

RESUMO

O processo de erupção dentária se inicia na fase embrionária, onde promove várias etapas até o seu completo irrompimento na cavidade oral. Durante a cronologia dentária, o dente pode ser influenciado por diversos fatores, entre eles, pode-se destacar a erupção tardia devido ao excesso do tecido gengival fibroso que recobre a região de coroa do dente. Sendo assim, faz-se necessária a cirurgia de ulectomia, o qual consiste na remoção da fibrose gengival dos dentes permanentes não erupcionados. O presente artigo tem como objetivo relatar um caso clínico de ulectomia em paciente pediátrico com retardo eruptivo em incisivos centrais permanentes. Paciente do sexo masculino de 7 anos de idade, compareceu à clínica de odontopediatria do centro Universitário Brasileiro-UNIBRA acompanhado pela responsável, com queixa de que os dentes anteriores “não nasciam”. Na anamnese, constatou-se ausência de alterações sistêmicas e não houve relato de fatores extrínsecos que pudessem resultar em tal retardo, como traumatismo dento alveolar local ou perda precoce do dente decíduo. Ao exame clínico, notou-se a presença de espessa faixa de tecido gengival com coloração mais pálida no elemento 11 e, ao toque, evidenciava-se que a coroa do dente não havia erupcionado. Para análise radiográfica do caso, foi realizada a técnica periapical modificada, assim como a panorâmica, onde foi possível observar a presença do elemento dentário correspondendo ao estágio 8 da classificação de Nolla, o que constata a real necessidade da cirurgia, uma vez que, mesmo com a formação radicular de $\frac{2}{3}$ o dente não estava em boca. Após 19 dias de proervação, observou-se um adequado posicionamento do dente 11. Entretanto, este relato de caso teve como diferencial, a exodontia dos dentes 52 e 62, que foram necessárias para que houvesse abertura de espaço ao dente 21 irromper na cavidade oral. Conclui-se, com este caso, que a abordagem cirúrgica da ulectomia é eficaz para o tratamento dos elementos dentários retidos, a fim de possibilitar características estético-funcionais satisfatórias.

Palavras-chave: Odontopediatria, Erupção dentária, Dentes permanentes.

Ulectomy surgery in a pediatric patient with delayed eruption related to permanent upper central incisors: case report.

ABSTRACT

The process of tooth eruption begins in the embryonic stage, where it goes through several stages until it completely erupts into the oral cavity. During the dental chronology, the tooth can be influenced by various factors, including late eruption due to excess fibrous gingival tissue covering the crown region of the tooth. This makes ulectomy surgery necessary, which consists of removing gingival fibrosis from unerupted permanent teeth. The aim of this article is to report a clinical case of ulectomy in a pediatric patient with delayed eruption of permanent central incisors. A 7-year-old male patient came to the pediatric dentistry clinic at the Centro Universitário Brasileiro-UNIBRA, accompanied by his guardian, complaining that his anterior teeth were “not erupting”. Anamnesis revealed no systemic alterations and there were no reports of extrinsic factors that could result in this delay, such as local alveolar trauma or early loss of the deciduous tooth. On clinical examination, the presence of a thick band of gingival tissue with a paler color was noted on element 11 and, to the touch, it was evident that the crown of the tooth had not erupted. For radiographic analysis of the case, a modified periapical technique was performed, as well as a panoramic view, where it was possible to see the presence of the tooth corresponding to stage 8 of the Nolla classification, which shows the real need for surgery, since, even with $\frac{2}{3}$ root formation, the tooth was not in the mouth. After 19 days of observation, tooth 11 was properly positioned. However, this case report was differentiated by the extraction of teeth 52 and 62, which was necessary in order to make room for tooth 21 to erupt into the oral cavity. The conclusion of this case is that the ulectomy surgical approach is effective for the treatment of retained dental elements, in order to provide satisfactory esthetic-functional characteristics.

Keywords: Pediatric Dentistry, Tooth Eruption, Dentition Permanent

Instituição afiliada – Centro universitário brasileiro (UNIBRA)-PE, Centro universitário brasileiro (UNIBRA)-PE, Centro universitário brasileiro (UNIBRA)-PE, Centro universitário brasileiro (UNIBRA)-PE, UNINASSAU- PE, Faculdade de Odontologia do Recife (FOR), Universidade de Pernambuco (UPE).

Autor correspondente: Sócrates de França Lins socrateslins10@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A erupção dentária é um processo complexo e prolongado, onde se inicia com a formação dos dentes de forma intra-óssea, até sua posição funcional, na cavidade oral. Os processos de irrompimento e esfoliação dos dentes podem ser influenciados por diversos fatores, tanto para decíduos como para permanentes. Dentre os gerais estão a etnia, condições hereditárias, síndromes e desordens endócrinas. Como também fatores locais do nível socioeconômico, o mau posicionamento do germe dentário, traumatismos, perdas dentárias precoce e fibromatose (GUEDES PINTO, 1999 *apud* RODRIGUES, *et al.*, 2021).

A falha no processo eruptivo, pode ser categorizada como primária, quando há um comprometimento no mecanismo responsável pelo erupção, ou secundária, quando existe a condição de anquilose, onde o dente perde a capacidade de progredir no movimento eruptivo. Para a dentição permanente, a ausência de erupção no tempo cronológico esperado dos incisivos centrais superiores, é motivo de maior preocupação, pois impacta diretamente na estética do sorriso infantil, como também pelo aspecto psicológico. Evidências científicas apontam que a fibrose gengival é o fator local mais frequente associado ao atraso eruptivo, e que as condições mais prevalentes estão entre os dentes incisivos e caninos (GIGLIO; GURGEL, 2010 *apud* SANCHES, *et al.*, 2021).

Uma vez que a erupção dentária espontânea não ocorre, uma alternativa viável é a realização do procedimento cirúrgico denominado ulectomia. Este procedimento tem como propósito criar um caminho sem obstrução, para que o dente possa alcançar sua posição na

cavidade oral. A técnica consiste na remoção do tecido, onde recobre a face incisal ou oclusal da coroa do dente que ainda não irrompeu (GUEDES PINTO, 1998 *apud* SOUZA, *et al.*, 2021).

No entanto, para uma indicação adequada do procedimento, é fundamental a associação dos exames clínicos e radiográficos da região afetada. Durante o exame clínico, pode-se observar uma área com aumento de volume, coloração mais pálida e marcas contornadas que indicam presença do dente não irrompido. Radiograficamente, observa-se na rizogênese dentária o qual deve atingir no máximo dois terços de seu estágio de desenvolvimento (ISSAO M.; GUEDES PINTO, 1994 *apud* SOUZA, *et al.*, 2021).

Por conseguinte, a técnica cirúrgica da ulectomia tem execução simples, a qual consiste na remoção de uma faixa de mucosa em formato elíptico que permite assim, a exposição completa da borda incisal do dente em questão. Após a intervenção, o elemento dentário pode irromper espontaneamente na cavidade oral, ou caso necessário, pode ser auxiliado por aparelhos ortodônticos com força extrusiva (CALVACANTE; PAIVA, 2006 *apud* SANCHES, *et al.*, 2021).

Desta forma, é fundamental que o dente possa irromper e ocupar sua posição na cavidade oral dentro do tempo adequado, visto que o atraso ou a retenção da erupção pode ocasionar complicações tanto na dentição mista quanto na dentição decídua, sendo a maloclusão um exemplo de consequências negativas (BIAGI E.; BUTTI A., 2011 *apud* SANCHES, *et al.*, 2021).

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de ulectomia como opção cirúrgica para o retardo eruptivo na

dentição permanente, em um paciente pediátrico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 7 anos de idade, compareceu após encaminhamento do cirurgião-dentista clínico geral para a clínica de odontopediatria do Centro universitário brasileiro-UNIBRA, acompanhado pela sua avó, com queixa de ausência dos dentes incisivos centrais superiores permanentes, os quais “não nasciam”. Na anamnese, constatou-se ausência de alterações sistêmicas, bem como, não houve relato de fatores extrínsecos que pudessem resultar em tal retardo, como traumatismo dentoalveolar local ou perda precoce do dente decíduo.

Foi ainda relatado pela avó, que a criança sentia desconforto ao sorrir devido a ausência dos dentes incisivos centrais. Pois o mesmo tinha dificuldade de se relacionar com os outros indivíduos. Dessa forma, o paciente se tornou tímido, perdendo vontade de socializar com outras crianças da mesma idade. Ao exame clínico, foi verificado que o referido dente apresentava-se coberto por uma espessa lâmina de tecido gengival, possuindo coloração mais pálida na área correspondente à borda incisal do dente 11 (Figura 1) e, que ao toque, evidenciava a coroa do dente não erupcionado. No entanto, o dente 21 apresentava ausência de coloração esbranquiçada.

Figura 1- Aspecto clínico inicial do sorriso.



Fonte: Autores

Para a avaliação radiográfica do caso, foi realizada a técnica periapical anterior modificada (Figura 2). Adicionalmente, a panorâmica também foi solicitada e analisada (Figura 3). Onde foi possível observar a presença do dente retido apenas por tecido gengival e rizogênese incompleta. Isso corresponde ao estágio 8 da classificação de Nolla, o que constata a real necessidade da cirurgia, uma vez que, mesmo com a formação radicular de 2/3, o dente em questão não apresentava força eruptiva suficiente para irromper. Desta forma, a opção sugerida para o tratamento foi a ulectomia seguida da proervação da erupção dos dentes em questão.

Figura 2- Radiografia periapical anterior modificada.



Fonte: Autores.

Figura 3- Radiografia panorâmica dos maxilares.



Fonte: Autores

Mediante a avaliação clínica e radiográfica, foi planejado e proposto o tratamento cirúrgico da ulectomia, para a responsável do paciente, cuja assinatura foi realizada mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-(TCLE), anexado ao prontuário para a plena realização do plano de tratamento proposto e respeitando os aspectos éticos.

Procedimento cirúrgico

Após a anti-sepsia da cavidade oral com gluconato de clorexidina 0,12% (Periogard®, Colgate Palmolive Ind. Bras., São Bernardo do Campos, Brasil) fez-se o uso de anestesia tópica com gel de Benzocaína (Benzocaína® interstate Drug Exchange, IL, EUA), seguida da aplicação da anestesia terminal infiltrativa, usando apenas 1 tubete anestésico injetável a base de Cloridrato de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 (Alphacaine®, DFL LTDA, Rio de Janeiro, Brasil), sendo aplicado em vários pontos no tecido gengival da borda incisal e vestibular até a isquemia de toda região referente aos incisivos centrais 11 e 21 (Figura 1). Com o auxílio de bisturi n°15 (Lunamed, São Paulo, Brasil), realizou-se uma incisão elíptica ao redor da mucosa gengival a ser removida (Figura 2).

Figura 1- Aspecto de isquemia após anestesia infiltrativa.



Fonte: Autores

Após divulsão com tesoura iris reta (Golgran®, Golgran millennium, São Paulo, Brasil) e exérese das fibras gengivais com auxílio de cureta gracey de periodontia (Duflex UL®, S.S. White artigos Dentários S/A, Ind Bras., Minas Gerais, Brasil), expôs a borda incisal no sentido méso-distal dos dentes 11 e 21 (Figuras 3 e 4).

Figura 2- Incisão elíptica com lâmina de bisturi.



Fonte: Autores

Figura 3 - Divulsão com tesoura iris reta.



Fonte: Autores

Figura 4- Resultado final após exérese.



Fonte: Autores

A região foi cuidadosamente irrigada com soro fisiológico seguida de hemostasia por tamponamento com gaze estéril e não foi realizada sutura ou cimento cirúrgico. Foi realizada também prescrição medicamentosa pós-operatória com antiinflamatório Ibuprofeno, mediante injúria tecidual provocada pelo procedimento.

Após 19 dias, foi observada transição da erupção do elemento dentário 11 (Figura 5), o qual se encontrou com estética e função

plenamente restabelecidas em um período de dois meses (Figura 6).

Figura 5 -Transição da erupção com 19 dias do dente 11.



Fonte: Autores

Figura 6- Erupção completa no período de dois meses.



Fonte: Autores

Ao exame radiográfico, verificou-se retardo eruptivo significativo do dente 21, uma vez que o dente 62 se encontrava impactando o mesmo, além disso, apresentava mobilidade e rizólise avançada. Logo, não erupcionando no tempo esperado quando comparado ao dente 11. Com isso, foi analisada e sugerida a exodontia dos incisivos laterais decíduos 62, e também o 52 (Figura 7), onde este se encontrava rizólise avançada (Figura 8).

Figura 7- Exodontia dos dentes 52 e 62.

62



Fonte: Autores

Figura 8 - Radiografia periapical anterior modificada evidenciando a rizólise dos dentes.



Fonte: Autores

Após 1 mês e 19 dias de preservação, o dente 21 deu início ao processo de erupção na cavidade oral (Figura 9).

Figura 9- Início da erupção do dente 21 no período de um mês e dezenove dias.



Fonte: Autores

Dente 21 em processo avançado de

erupção para atingir o plano oclusal no período de 3 meses, desde o momento da realização das exodontias dos incisivos laterais decíduos (Figura 10).

Figura 10- Processo de erupção do dente 21 no período de três meses.



Fonte: Autores

DISCUSSÃO

Em relação a um dos principais fatores locais para o retardo eruptivo está a fibrose gengival. O tecido fibroso gengival se trata de uma alteração do tecido conjuntivo, sendo caracterizado pela proliferação excessiva do mesmo. Essa estrutura densa desse tecido é reforçada devido a causa do atrito dos alimentos na região edêntula durante a mastigação, podendo assim ocasionar uma barreira mecânica para o processo de erupção dentária (RODRIGUES, *et al.*, 2021).

Segundo Al Bitar ZB *et al.*, 2013, é fundamental entender que este retardo eruptivo gera consequências negativas, no que se refere às questões comportamentais da criança e sua socialização escolar. Onde o mesmo aponta que das razões para o bullying, 47% está relacionado à estética do sorriso, gerando um impacto negativo significativo na fase da infância.

No que se refere aos exames

radiográficos para diagnóstico e confirmação da indicação da ulectomia, no presente relato de caso, o paciente portava a radiografia panorâmica, o que facilitou a visualização ampla das estruturas presentes. O que corrobora com o estudo de Sanches, *et al.*, 2021, o qual aponta que, o exame radiográfico para avaliação do estágio de rizogênese dentária se faz extremamente importante, devendo corresponder ao estágio 8 de Nolla ($\frac{2}{3}$ da raiz formada) para indicação da técnica cirúrgica da ulectomia, que é o caso em questão.

Ainda no tocante, a importância do exame radiográfico existe um ponto divergente importante de ser destacado, em relação ao presente relato. No estudo de Rodrigues, *et al.*, 2021, foi utilizada somente a radiografia oclusal da maxila o que possibilitou apenas a visualização dos incisivos centrais da face palatina. Entretanto, apenas uma radiografia não é suficiente para uma completa e ampla visualização do dente em questão, bem como, das estruturas adjacentes, como afirmam Sanches, *et al.*, 2021; Candeiro *et al.*, 2009; Arnaud *et al.*, 2014. Desta forma, é de suma importância, um exame de imagem com ampla visualização, como a panorâmica, bem como à associação com outro tipo de exame radiográfico, que permita visualização em detalhes para um bom planejamento. Logo, este fato se configura em um ponto forte do presente relato de caso, onde foram utilizadas associações de mais de um tipo de exames radiográficos, a panorâmica e a técnica intrabucal periapical anterior modificada.

Segundo MARINHO, AENIA; SILVA, KARLA; 2017 e STUANI *et al.*, 2003, no caso dos incisivos superiores, é

importante que se tenham opções de alguns dos tratamentos disponíveis, tais como: exposição cirúrgica com tracionamento dentário, tracionamento, abertura de espaço para que o dente erupciona sozinho, ou ainda, combinação do tratamento ortodôntico e cirúrgico. O manejo cirúrgico do paciente do presente relato, visou adotar uma abordagem mais conservadora para a erupção do dente sucessor, dente 21, que se encontrava com retardo eruptivo através da condição de mobilidade encontrada nos incisivos laterais decíduos 52 e 62, cuja interferência foi constatada para a erupção do referido dente permanente. Logo, fez-se necessário a exodontia destes laterais decíduos para liberação e abertura de espaço dessa região de impactação. Adicionalmente, como sugestão, em caso de que o elemento dentário não erupcionar, foi cogitada a realização de tracionamento ortodôntico, como opção de tratamento. O que é similar aos autores supracitados.

No entanto, devido ao prognóstico favorável deste paciente e correta erupção do dente 21, logo após remoção dos fatores de impactação, não se fez necessário seu tracionamento ortodôntico, o que acarretaria maior tempo de tratamento e recuperação, podendo ainda interferir no convívio com outros indivíduos, atrapalhando seu desenvolvimento social por se tratar de um paciente infantil.

Dessa forma, torna-se claro, segundo os autores, que existem opções de manejo mais adequadas que serão indicadas para cada caso em particular. Uma vez que a conduta é uma linha de pensamento clínico, variável e multifatorial; deve-se considerar a idade



do paciente e sua cronologia eruptiva, a etiologia para o retardo eruptivo, bem como os exames de imagem, para assim, obter um correto diagnóstico, planejamento e manejo desse caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se assim, que a abordagem cirúrgica da ulectomia, configura-se em uma opção eficaz e resolutive para o tratamento dos elementos dentários não irrompidos, a fim de possibilitar a sua erupção. Após 19 dias de preservação, observou-se um adequado posicionamento do dente 11, onde repercutiu em características estético-funcionais satisfatórias. Pode-se concluir ainda, que o presente relato de caso, teve como diferencial, a exodontia dos dentes incisivos laterais decíduos 52 e 62, que se fez necessário para que houvesse abertura de espaço ao dente 21 irromper na cavidade oral, uma vez que o mesmo estava com significativa impactação.

REFERÊNCIAS

- AL-BITAR, Zaid B. *et al.* Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. **American Journal Of Orthodontics And Dentofacial Orthopedics**, New York, v. 144, n. 6, p. 872-878, dez. 2013.
- ARNAUD, R.R. *et al.* Ulotomia: Coadjuvante do Tratamento de Má Oclusão. **Rev@odonto**. RFO UPF vol.19 no.2 Passo Fundo Mai./Ago. 2014.
- BIAGI, R.; BUTTI, A. C. Premature loss of maxillary primary incisor and delayed eruption of its successor: report of a case. **European Journal of Paediatric Dentistry**, Italia, 12(3), p. 194-197, Set 2011.
- CANDEIRO, George Tácio de Miranda; CORREIA, Fabrícia Campêlo; CANDEIRO, Suyanne Arrais Leite de Miranda. Ulectomia Como Opção Cirúrgica no Retardo da Erupção Dentária: Relato de Caso. **Rev odontol.** 2009. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Ceará, Araújoatuba, 2009.
- CAVALCANTE, R.; PAIVA, P. Utilização da ulectomia na clínica infantil: relato de caso. **UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, 12(3), P.39-42, Out., 2006.
- GIGLIO, F.; GURGEL, J. Abordagem cirúrgico-ortodôntica de dentes não irrompidos. **Repositório Institucional Unesp**, São Paulo, 43(3), p. 279-285, 2010.
- GUEDES-PINTO, Antônio Carlos. **Odontopediatria**. 8. ed. São Paulo: Santos, 1999.
- ISSAC, M.; GUEDES-PINTO, A. C. **Manual de odontopediatria**. 9. ed. São Paulo: Pancast, 1994.
- MARINHO, S.M.A; SILVA, M.K. Ulectomia: Relato de caso clínico. **Revista Científica do ITPAC**. 2017. 12. Trabalho de conclusão de curso em odontologia- FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, Tocantins, 2017.
- RODRIGUES, A., *et al.* Ulectomia no tratamento de impactação dentária por fibrosamento gengival em paciente infantil: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, São Paulo, 10(9), p. 1368-1371, Jul., 2021.
- SANCHES, G., *et al.* Utilização da técnica de ulectomia em Odontopediatria no



auxílio da erupção dentária: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, São Paulo, 10(5), p.829-833, Mai., 2021.

SOUZA, C., *et al.* Ulectomia uma alternativa cirúrgica no retardo da erupção dentária: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, São Paulo, 10(3), p.392-395, Mar., 2021.

STUANI, A. S., *et al.* Solução Alternativa para Incisivo Superior Impactado. **Revista odontologia da UNESP**. 2004. 6 f. Caso Clínico - Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Usp, Ribeirão Preto, 2003.