

DESLOCAMENTO ACIDENTAL DAS RAÍZES DO DENTE TERCEIRO MOLAR INFERIOR PARA O ESPAÇO SUBMANDIBULAR

ACCIDENTAL DISPLACEMENT OF LOWER THIRD MOLAR TOOTH ROOTS TO THE SUBMANDIBULAR SPACE

LAIZ MOREIRA DE PAULA^{1*}, LILIANE CECILIA DA SILVA¹, LEONARDO VITOR MAGRI¹, DEYVID DE CAMARGO SANTANA¹, MAIOLINO THOMAZ FONSECA OLIVEIRA²

1. Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), Goiânia, Goiás, Brasil.; 2. Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), Goiânia, Goiás, Brasil.

* Rua T-33, 125, Like Bueno Residence, Setor Bueno, Goiânia, Goiás, Brasil. CEP: 74215-140. laizmoreira@gmail.com

Recebido em 06/12/2021. Aceito para publicação em 20/12/2021

RESUMO

O deslocamento do dente terceiro molar inferior ou de parte dele para o espaço submandibular é uma complicação rara, imprevisível e que pode causar graves danos ao paciente e conflitos médico-legais. A decisão em relação ao tratamento conservador ou a intervenção cirúrgica deve ser baseada em um correto processo de diagnóstico, exame de imagem adequado e na avaliação clínica do paciente. O objetivo desse artigo é relatar o caso clínico de um paciente do sexo masculino, 24 anos de idade, que apresentou a queixa de algia intensa em região mandibular do lado direito, dormência na língua e trismo progressivo após ser submetido a um difícil procedimento de exodontia dos dentes terceiros molares. As imagens da Tomografia Computadorizada concluíram a presença da fratura da tábua óssea mandibular lingual associada ao deslocamento medial das raízes do dente 48 para o espaço submandibular direito. O tratamento proposto foi a abordagem extraoral que ofereceu um resultado satisfatório ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Complicações intraoperatórias, cirurgia bucal, extração dentária, dente serotino, anestesia geral.

ABSTRACT

Displacement of the lower third molar tooth or part of it to the submandibular space is a rare, unpredictable complication that can cause serious harm to the patient and medico-legal conflicts. The decision of regarding conservative treatment or surgical intervention must be based on a correct diagnostic process, adequate imaging and clinical assessment of the patient. The aim of this article is to report the clinical case of a 24-year-old male patient who complained of severe pain in the right mandibular region, tongue numbness and progressive trismus after undergoing a difficult third molar tooth extraction procedure. Computed Tomography images concluded the fracture of the lingual mandibular bone plate associated with the medial displacement of the roots of tooth 48 to the right submandibular space. The proposed treatment was the extraoral approach that offered a satisfactory result to the patient.

KEYWORDS: Intraoperative complications, surgery, oral, tooth extraction, molar, third, anesthesia, general.

1. INTRODUÇÃO

A exodontia dos dentes terceiros molares é o procedimento cirúrgico mais realizado pelos cirurgiões-dentistas generalistas e cirurgiões bucomaxilofaciais¹. Apesar de raras, algumas complicações são inerentes a esse procedimento, como dor, edema, alveolite, infecção, sangramento, lesões nervosas, fraturas maxilares ou mandibulares^{2,3}. O deslocamento do dente terceiro molar inferior ou de parte dele para os espaços fasciais, como sublingual, submandibular e pterigomandibular é uma complicação ainda mais rara, imprevisível e que pode causar graves danos ao paciente e conflitos médico-legais^{4,5}.

O espaço submandibular está localizado inferiormente ao músculo milo-hióideo, medialmente a borda lingual da mandíbula e superiormente ao músculo platíma e ao osso hióideo⁶. Os fatores de risco comumente associados ao deslocamento do terceiro molar inferior para o espaço submandibular estão diretamente relacionados às características anatômicas do paciente e às habilidades do profissional e incluem: dentes em posição lingualizada ou profundamente impactados, cortical óssea lingual delgada, deiscência, perfuração ou fratura da cortical lingual, uso de força excessiva ou descontrolada, ausência de avaliação de exames de imagem, acesso cirúrgico insuficiente, pouca visibilidade e falta de habilidade ou experiência por parte do profissional⁷.

A decisão em relação ao tratamento conservador ou a intervenção cirúrgica deve ser baseada em um correto processo de diagnóstico, exame de imagem adequado e na avaliação clínica do paciente. O tamanho do fragmento deslocado e a presença de sintomas são fatores utilizados para a definição da conduta. O cirurgião responsável pela condução do caso deve estar ciente de que o deslocamento pode se tornar uma complicação séria para o paciente, portanto seu manejo não deve ser negligenciado.

O objetivo desse artigo é apresentar o caso de um

paciente que teve o fragmento de raízes do terceiro molar inferior deslocado para o espaço submandibular, durante tentativa sem sucesso de exodontia. O paciente evoluiu com restrições funcionais que foram cessadas pela remoção cirúrgica através da abordagem extraoral.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 24 anos de idade, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial de um hospital de urgências com queixa de algia intensa em região mandibular do lado direito, dormência na língua e trismo progressivo com evolução de onze dias. Ele relatou que os sintomas apareceram após ser submetido a um difícil procedimento de exodontia dos dentes terceiros molares e que o dentista o informou que não havia conseguido remover por completo o dente 48. O paciente negou dispneia, disfagia e disfonia.

Ao exame físico, foi possível observar um discreto aumento de volume na região mandibular à direita, trismo com distância interincisal de 20 mm, sutura dos alvéolos dos dentes 28, 38 e 48 em posição e ausência de sinais infecciosos. A radiografia panorâmica pré-operatória revelou a presença dos quatro terceiros molares inclusos. Após a tentativa de exodontia, a radiografia panorâmica sugeriu que foram realizadas a extração dos dentes 25, 28 e 38 e que havia uma ampla osteotomia na região do dente 48 e a presença de fragmento de raízes próximo ao ângulo mandibular direito (Figura 1). Foi solicitada uma Tomografia Computadorizada de face para avaliação da posição exata do fragmento dentário remanescente. As imagens concluíram a presença da fratura da tábua óssea mandibular lingual à direita associada ao deslocamento medial das raízes do dente 48 para o espaço submandibular direito (Figura 2).

Antibioticoterapia profilática foi prescrita e o paciente foi orientado a iniciar exercícios fisioterápicos de abertura bucal para que fosse possível realizar a tentativa de remoção do fragmento dentário por acesso intraoral. Após 20 dias da primeira intervenção, o paciente retornou com piora do quadro de trismo, apresentando distância interincisal de 9,1 mm. Não foi possível realizar a palpação do fragmento de raízes do dente 48 em cavidade oral, entretanto, a palpação na região de borda mandibular inferior estava presente.

Foi optado então pela remoção do fragmento dentário por abordagem extraoral, sob anestesia geral e intubação nasotraqueal com auxílio do broncofibroscópio. O paciente foi orientado sobre todas as possíveis complicações inerentes ao procedimento cirúrgico e quanto a necessidade de realização do mesmo. Foi realizado uma incisão na região submandibular direita, de aproximadamente 3 cm e dissecação romba dos tecidos por planos até a porção lingual da mandíbula (Figura 3). O fragmento de raízes do dente 48 foi localizado, liberado dos tecidos fibrosados e removido com auxílio de uma pinça hemostática curva (Figura 4). Foi realizada irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9% e sutura do acesso

cirúrgico com fios Vicryl 4-0 nos planos internos e fio Nylon 5-0 na pele. Antibiótico e analgésico foram prescritos no pós-operatório.

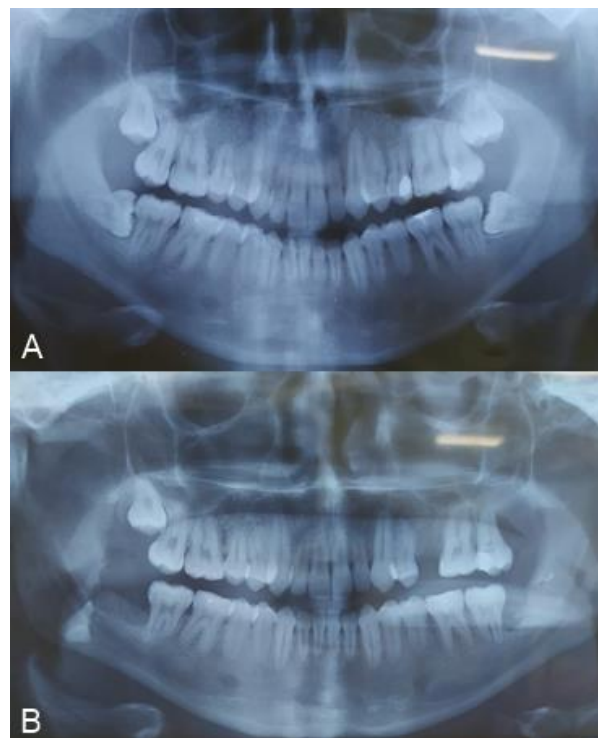


Figura 1. (A) Radiografia panorâmica prévia a tentativa de exodontia do dente 48. (B) Radiografia panorâmica pós-operatória sugerindo uma ampla osteotomia na região do dente 48 e a presença de fragmento de raízes próximo ao ângulo mandibular direito.

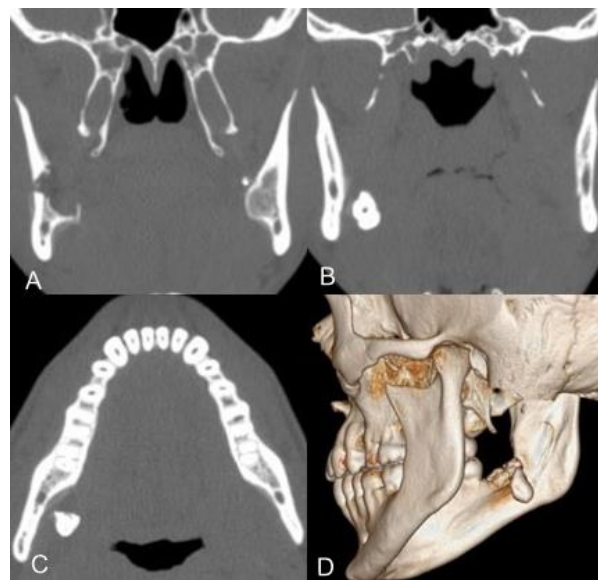


Figura 2. As imagens da Tomografia Computadorizada concluíram o deslocamento medial das raízes do dente 48 para o espaço submandibular direito. (A) Corte coronal sugerindo a fratura da tábua óssea lingual. (B) Corte coronal. (C) Corte axial. (D) Vista posterior da reconstrução tridimensional.

No acompanhamento pós-operatório de 2 meses, o paciente apresentou abertura bucal satisfatória, com distância interincisal de 33,4 mm, satisfatória cicatrização do acesso cirúrgico, ausência de déficits motores durante a mímica facial e relatou melhora na parestesia do nervo lingual à direita (Figura 5).



Figura 3: Imagem intra-operatória. (A) Abordagem extraoral e dissecação romba através dos tecidos. (B) Recuperação do fragmento de raízes do dente 48.



Figura 4: Fragmento de raízes do dente 48 recuperado.



Figura 5. Follow up de 2 meses. (A) Abertura bucal satisfatória, com distância interincisal de 33,4 mm. (B) Acesso cirúrgico extraoral submandibular apresentando bom aspecto de cicatrização e ausência de déficits motores durante a mímica facial.

3. DISCUSSÃO

O deslocamento de um dente ou de suas raízes para o espaço submandibular durante a exodontia de terceiros molares apresenta uma incidência relatada de menos de 1% entre os procedimentos realizados⁸. Essa eventualidade é bem conhecida didaticamente, mas foi pouco descrita na literatura, o que justifica a ausência de consenso em relação a melhor forma de tratamento⁶. Alguns pacientes permanecem assintomáticos após o deslocamento, especialmente quando o fragmento é menor que 5 mm. Portanto, alguns autores defendem que o tratamento conservador associado ao acompanhamento periódico pode ser uma opção viável^{8,9}. Entretanto, nos casos em que o paciente desenvolver sintomas como dor, inchaço, trismo, infecção, disfagia e dispneia, a abordagem cirúrgica e recuperação do dente ou fragmento deve ser realizada⁹.

O espaço submandibular está intimamente comunicado com os espaços cervicais profundos, visto que não há barreira anatômica que o separe do espaço parafaríngeo¹⁰. Após o deslocamento de dentes ou raízes, o cirurgião-dentista deve tentar recuperá-los apenas se estiverem claramente visíveis. Adversamente, se a tentativa de recuperação imediata evoluir para o insucesso, devido à dificuldade cirúrgica ou inabilidade do cirurgião, a intervenção deve ser interrompida para evitar o deslocamento para espaços profundos e possíveis lesões a estruturas vitais. O paciente deve ser imediatamente encaminhado a um cirurgião bucomaxilofacial, que é o profissional mais capacitado para realizar esse procedimento¹¹.

A ocorrência de infecção relacionada aos deslocamentos dentários é uma complicação relatada em alguns casos. É recomendado que antibióticos sejam prescritos logo após o diagnóstico, visto que patógenos orais são introduzidos para os tecidos durante o deslocamento^{2,7}, o que pode alterar a microbiota e aumentar a virulência no espaço acometido. No momento em que o processo infeccioso está instalado, deve-se imediatamente iniciar o tratamento em caráter de urgência para evitar que ocorra a disseminação para espaços fasciais profundos e a evolução para graves complicações, como comprometimento das vias aéreas, sepse e óbito¹².

Os trabalhos de Chubb (2020)⁷ e de Aznar-Arasa (2012)⁸ propuseram algoritmos para auxiliar os

cirurgias a decidirem qual a melhor conduta a ser realizada nos casos em que houver o deslocamento dentário. Ambos os autores sugeriram que o fragmento deve ser removido se for maior do que 5mm e/ou se o paciente apresentar algum sintoma. Em relação ao momento ideal para realizar a recuperação do dente ou fragmento, Chubb (2020)⁷ sugeriu que se sintomas graves não forem diagnosticados, a recuperação deve ser adiada para que haja tempo para a formação de fibrose e estabilização do dente ou fragmento dentro do espaço para o qual foi deslocado e que nos casos em que há infecção, sintomas graves ou fatores psicológicos envolvidos, a recuperação deve ser imediata. Em contrapartida, o trabalho de Jolly realizado em 2014³, concluiu que um atraso maior que 24 horas pode resultar em uma resposta inflamatória e conduzir a dor intensa, inchaço, trismo, infecção, movimentação do dente ou fragmento para outros espaços e iniciar uma reação de corpo estranho. O paciente do presente caso relatado apresentou trismo severo e intensa algia após onze dias do procedimento inicial, sintomas esses que poderiam ter sido evitados com a recuperação precoce, visto que o fragmento de raízes do terceiro molar era maior do que 5 mm.

O exame de Tomografia Computadorizada permitiu uma melhor e mais detalhada avaliação da posição do fragmento de raiz deslocada, quando comparada com os dados obtidos pela radiografia panorâmica, no presente caso relatado. Esse exame é considerado padrão-ouro para o planejamento de complicações e deve ser realizado próximo à data da cirurgia para avaliar a real posição, devido a possibilidade de movimentação do dente dentro dos espaços anatômicos⁹. A abordagem intraoral, sob anestesia local, é a técnica mais utilizada para recuperação do fragmento deslocado⁴, entretanto, pode dificultar a realização do procedimento por proporcionar um campo operatório estreito e uma visibilidade inadequada^{3,12}. No caso apresentado, optou-se pelo acesso extraoral, realizado sob anestesia geral, pois o paciente encontrava-se com trismo severo, o que impossibilitava a abordagem intraoral e pelo fato de que o fragmento estava claramente palpável na borda inferior da mandíbula. A anestesia geral garantiu um melhor conforto ao paciente e suporte ao cirurgião.

O dano neurológico causado ao nervo lingual pelo deslocamento do dente ou fragmento, ou pela abordagem intraoral, pode ser permanente ou transitório². Essa complicação é explicada pela proximidade do nervo com o espaço submandibular e é frequentemente relatada nos estudos de séries de casos⁸. O paciente do caso relatado, queixou-se de parestesia na região lateral direita da língua anteriormente ao procedimento cirúrgico de recuperação das raízes e relatou que não houve piora do quadro de dormência posteriormente.

Nenhuma cirurgia de exodontia deve ser subestimada, mesmo que aparente ser simples. Todos os procedimentos cirúrgicos devem estar acompanhados de uma minuciosa avaliação pré-

operatória, solicitação de exames de imagens e planejamento cirúrgico, de acordo com as características do dente e do seu posicionamento⁵. A melhor forma de lidar com uma complicação cirúrgica é por meio da prevenção. O paciente deve estar orientado e consentido de que a segunda intervenção cirúrgica comumente causa complicações adicionais, como hemorragia, cicatrizes e lesões nervosas³.

4. CONCLUSÃO

A remoção cirúrgica do dente ou de um fragmento dentário é essencial para o tratamento das complicações causadas pelo seu deslocamento e de preferência, deve ser realizada o mais breve possível. O paciente deve ser imediatamente encaminhado para um cirurgião capacitado para realizar o diagnóstico, localizar o espaço acometido e realizar o procedimento planejado de acordo com o caso. A abordagem extraoral, quando corretamente realizada, é uma excelente escolha quando o paciente se encontra com trismo e o fragmento pode ser palpável na região inferior da mandíbula.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira MMM, da Franca Acioly R, de Souza DD, da Silva BA, Carvalho DDC. Third Molar Displacement into Submandibular Space. *Case Rep Dent*. 2019 Sep 17; 2019:6137868.
- [2] Di Nardo D, Mazzucchi G, Lollobrigida M, Passariello C, Guarnieri R, Galli M, De Biase A, Testarelli L. Immediate or delayed retrieval of the displaced third molar: A review. *J Clin Exp Dent*. 2019 Jan 1; 11(1):e55-e61.
- [3] Jolly SS, Rattan V, Rai SK. Intraoral management of displaced root into submandibular space under local anaesthesia -A case report and review of literature. *Saudi Dent J*. 2014 Oct; 26(4):181-4.
- [4] Chattopadhyay A, Hossain MA, Chatterjee A, Hussain M, Barman S, Raha A. Intraoral Management of Iatrogenic Tooth Displacement: A Report of Two Cases and a Brief Review of Literature. *Contemp Clin Dent*. 2021 Apr-Jun; 12(2):187-190.
- [5] Solanki R, Khangwal M, Kumar D, Goel M. Retrieval of mandibular third molar tooth accidentally displaced in submandibular space: Series of two cases. *Indian J Dent*. 2016 Apr-Jun; 7(2):105-8.
- [6] Torul D, Kazan D, Bereket MC, Karli R. Persistent lingual paresthesia caused by a displaced tooth fragment: a case report and literature review. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2017 Dec; 43(Suppl 1):S9-S13.
- [7] Chubb DWR, Kang B, Tong N. Accidental displacement of mandibular Third molars into the submandibular space - Two case reports, a suggested surgical approach and management algorithm. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2021 Apr; 122(2):203-207.
- [8] Aznar-Arasa L, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Iatrogenic displacement of lower third molar roots into the sublingual space: report of 6 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Feb; 70(2):e107-15.
- [9] Alexoudi VA, Tatsis D, Zamani K, Zelkas D, Paraskevopoulos K, Vaxtsevanos K. Iatrogenic

displacement of impacted mandibular third molars or their roots into adjacent soft tissues and spaces: A report of three cases. *Natl J Maxillofac Surg.* 2020 Jul-Dec; 11(2):275-279.

- [10] Nusrath MA, Banks RJ. Unrecognised displacement of mandibular molar root into the submandibular space. *Br Dent J.* 2010 Sep 25; 209(6):279-80.
- [11] Kose I, Koparal M, Güneş N, Atalay Y, Yaman F, Atilgan S, Kaya G. Displaced lower third molar tooth into the submandibular space: Two case reports. *J Nat Sci Biol Med.* 2014 Jul; 5(2):482-4.
- [12] Nogueira EF de C, Souza AL de, Moraes BC de, Vasconcellos RJ de H, Leite Segundo AV. Remoção de dente deslocado para espaço submandibular: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2019; 19(3):35-8.