

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

GESSICA ALVES DE SOUSA

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRANSMIGRAÇÃO DE CANINO RETIDO EM
MENTO: RELATO DE DOIS CASOS**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

GESSICA ALVES DE SOUSA

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TRANSMIGRAÇÃO DE CANINO RETIDO EM
MENTO: RELATO DE DOIS CASOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador: Prof. Esp. Vilson Rocha Cortez Teles de Alencar.

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida mãe, Maria do Socorro de Sousa (in memoriam), que foi o meu anjo na terra, e fez de tudo para que eu conseguisse chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me guardou embaixo das suas asas em todos os dias da minha vida e não me deixou cair no pior momento dela, pela saúde e pelo dom da minha vida.

A minha eterna gratidão a minha mãe, Socorro Sousa (in memoriam), que foi e sempre será o meu porto seguro, por nunca ter desistido de mim e lutar até o último momento por nós, e pelo meu futuro.

Ao meu irmão José Luiz, por estar ao meu lado em todos os momentos e ser o meu alicerce quando a nossa querida mãe partiu para o céu.

Ao querido Danilo Alécio, por está sempre presente em todos os momentos da minha vida desde o início da minha jornada acadêmica, e não me deixar quando eu mais precisei, por ser o meu alicerce, e por toda a compreensão.

Aos meus amigos, o meu muito obrigada por todas as vezes que estiveram ao meu lado, me apoiando, mesmo aos que estavam distantes, Amanda Souza, Ravenna Cabral, Ana Biatríz, Raquel Sabóia, Joédson Lima, Tarcila Angelim. Em especial Laíza Vasconcelos, um anjo que Deus me deu e eu ao menos sabia, obrigada por está comigo nas noites em que passamos em claro, por compartilhar toda a ansiedade da apresentação, por não ter me deixado nos momentos em que mais precisei de um ombro amigo, minha eterna gratidão a ti.

A minha dupla, Alyne Cavalcante por toda a paciência e compreensão.

Ao meu professor e orientador, Vilson Alencar obrigada por dividir um pouco do seu conhecimento, e ajudar no meu crescimento profissional e pessoal. Aos membros da banca examinadora, professora Claudia Suzuki e professor Isaac Araújo, agradeço pelo tempo que tiveram para se aprofundarem no trabalho e por todas as dicas dadas, foi de suma importância.

A quem não mencionei mas fez parte do meu percurso, deixo o meu agradecimento porque com toda a certeza tiveram um papel fundamental nesta etapa da minha vida.

RESUMO

A transmigração é definida como a migração pré-eruptiva de um dente ao longo da linha média, ultrapassando no mínimo 50% do seu tamanho através da linha mediana da mandíbula. Existem classificações para cada tipo de migração ocorrida sendo elas: Tipo I: Canino impactado mesio angulado através da linha média, vestibular, lingual ou para os dentes anteriores com a parte de coroa do dente cruzando a linha média. Tipo II: Canino impactado horizontalmente na borda inferior da mandíbula abaixo dos ápices dos incisivos. Tipo III: Canino erupcionado no lado contralateral. Tipo IV: Canino horizontalmente impactado perto da borda inferior da mandíbula abaixo dos ápices dos dentes posteriores sobre o lado oposto. Tipo V: Canino posicionado verticalmente na linha média com o longo eixo do dente cruzando a linha média. O objetivo desse trabalho é apresentar dois casos clínicos de transmigração de canino retido em mento. Discutindo sobre a incidência, etiologia, sequelas e diagnóstico da transmigração de canino retido em mento, além da descrição dos seus aspectos clínicos, radiográficos e o tratamento instituído. O tratamento instituído foi a remoção cirúrgica do elemento transmigrado, havendo ainda outras opções de tratamento, porém menos eficazes como a escolhida para os casos em questão.

Palavras-chave: Cirurgia bucal. Mandíbula. Procedimentos cirúrgicos bucais.

ABSTRACT

Transmigration is defined as the pre-eruptive migration of a tooth along the midline, ultra-passing at least 50% of its size across the median line of the mandible. There are many classifications for each type of occurring migrations: Type I: mesioangulated canine impaction across the midline. Type II: horizontally impacted canine in the lower edge of the mandible, below the apex of the incisors. Type III: erupted canine in the contralateral side. Type IV: horizontally impacted canine near the lower edge of the mandible below the apexes of the posterior teeth on the opposite side. Type V: vertically positioned canine at the midline with the long axis of the tooth crossing the midline. The purpose of the paper is to present two case reports on the transmigration of a retained mandibular canine in the mental. Discussing its incidence, etiology, sequelae and diagnosis of the transmigration of a retained mandibular canine in the mental, in addition to describing its clinical and radiographic aspects and the established treatment. The established treatment was the surgical removal of the transmigrated tooth, with other treatment options, but are less effective as the one chosen for the cases in question.

Keywords: Oral surgery. Mandible. Oral surgical procedures.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Radiografia panorâmica – caso I.....	11
FIGURA 2 – Tomografia – caso II.....	12
FIGURA 3 – Acesso intraoral – caso I.....	15
FIGURA 4 – Acesso intraoral – caso II.....	15
FIGURA 5 – Osteotomia – caso I.....	15
FIGURA 6 – Osteotomia - caso II.....	15
FIGURA 7 – Odontosecção – caso I.....	16
FIGURA 8 – Odontosecção – caso II.....	16
FIGURA 9 – Remoção do dente – caso I	16
FIGURA 10 – Remoção do dente – caso II.....	16
FIGURA 11 – Alvéolo após extração – caso I.....	17
FIGURA 12 – Alvéolo após extração – caso II.....	17
FIGURA 13 – Sutura interna do músculo – caso I.....	17
FIGURA 14 – Sutura interna do músculo – caso II.....	17
FIGURA 15 – Sutura externa da mucosa – caso I.....	18
FIGURA 16 – Sutura externa da mucosa – caso II.....	18
FIGURA 17 – Dente 33 após retirada do alvéolo – caso I.....	18
FIGURA 18 – Dente 43 após retirada do alvéolo – caso II.....	18
FIGURA 19 – Cicatrização após 30 dias – caso I.....	19
FIGURA 20 – Cicatrização após 12 dias – caso II	19

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 RELATO DE CASO	11
3 DISCUSSÃO.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO	
Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNILEÃO.....	29

1 INTRODUÇÃO

No processo de erupção dentária, os dentes, quando em suas posições normais, são importantes tanto do ponto de vista estético quanto funcional, no entanto, por razões multifatoriais, os dentes podem permanecer retidos ou impactados, dentre os dentes mais acometidos por essa anomalia, encontram-se os caninos permanentes (QARADAGHI, 2012).

A má posição do germe dentário e a perda prematura do canino decíduo são as principais causas etiológicas de caninos impactados, embora diversas condições estejam envolvidas nesse processo (CANDEIRO, TAVARES, 2010). Não há uma causa específica para justificar, mas estudos referem envolvimento com os seguintes aspectos: trauma, fator hereditário, tamanho das coroas e odontomas. Geralmente esses casos são diagnosticados em exames odontológico de rotina durante avaliação prévia ao início de tratamento ortodôntico (GUTIÉRREZ-ROJO *et al.*, 2014).

Na sua pesquisa Taguchi (2012) estabeleceu a relação da ocorrência de caninos impactados mandibulares, e mostrou que a não erupção dentária estava mais associada com anquilose e dentes supranumerários. Em 10 dos seus 15 pacientes, foram encontrados anomalias do germe dentário permanente, nas radiografias os caninos mostraram a presença do folículo pericoronário, radiolúcido ao redor da coroa, acreditando ainda que exista relação no desenvolvimento de cistos ou tumores odontogênicos (GAETTI-JARDIMA *et al.*, 2012).

Pode ocorrer ainda, a transmigração dentária, que é o deslocamento e a migração de um dente impactado através da linha mediana. Estudos relataram que o termo deve ser utilizado caso o dente ultrapasse a linha mediana no mínimo 50% do seu tamanho total (ASSIS *et al.*, 2009). Os relatos científicos referem a ocorrência de transmigração de forma mais frequente na mandíbula (QARADAGHI, 2012).

Os principais fatores causadores da transmigração dentária dos caninos na mandíbula são: traumas, a ausência de espaço no arco dentário, o grande trajeto de erupção do germe dentário do canino, a perda da dentição decídua prematuramente, o comprimento incomum da coroa, condições hereditárias, alguns distúrbios funcionais das glândulas endócrinas, e a ocorrência de tumores e de odontomas (HYPPOLITO *et al.*, 2011).

No seu estudo, Mesquita e Salgado (2015) citam a diversidade de padrões de migração, que podem variar entre cinco padrões de migração dos caninos impactados e ainda seu posicionamento na mandíbula.

Devem ser realizados todos os exames clínicos e radiográficos iniciais necessários que auxiliarão na localização, diagnóstico, planejamento e na definição do melhor tratamento para cada caso. A correta execução da técnica anestésica e cirúrgica é muito importante para o sucesso do tratamento, sendo a alternativa capaz de ser completamente resolutive no tratamento de caninos transmigrados retido em mento (CANDEIRO, TAVARES, 2010).

O objetivo desse trabalho é apresentar dois casos clínicos de transmigração de canino retido em mento. Discutindo sobre a incidência, etiologia, classificação e diagnóstico da transmigração de canino retido em mento, sequelas, além da descrição dos seus aspectos clínicos, radiográficos e o tratamento instituído.

2 RELATO DE CASO

Estes relatos de dois casos clínicos apresentam a remoção cirúrgica de dentes caninos transmigrados no mento aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, com parecer número: 3.241.107.

RELATO DE CASO I: Paciente de gênero feminino, 23 anos, feoderma, estudante de odontologia, procurou serviço de cirurgia Buco-Maxilo-Facial referindo necessidade se submeter a exodontia da unidade 33 inclusa em mento evidenciado em exame radiográfico de rotina (radiografia panorâmica dos maxilares – FIG. 1).



Figura 1: Radiografia panorâmica - caso I

RELATO DE CASO II: Paciente de gênero feminino, 46 anos, feoderma, dona de casa, foi encaminhada ao serviço de cirurgia Buco-Maxilo-Facial referindo a presença de um dente retido no mento, que se tratava da unidade 43 inclusa, já apresentando os exames imagenológico panorâmica e tomografia computadorizada (FIG. 2).

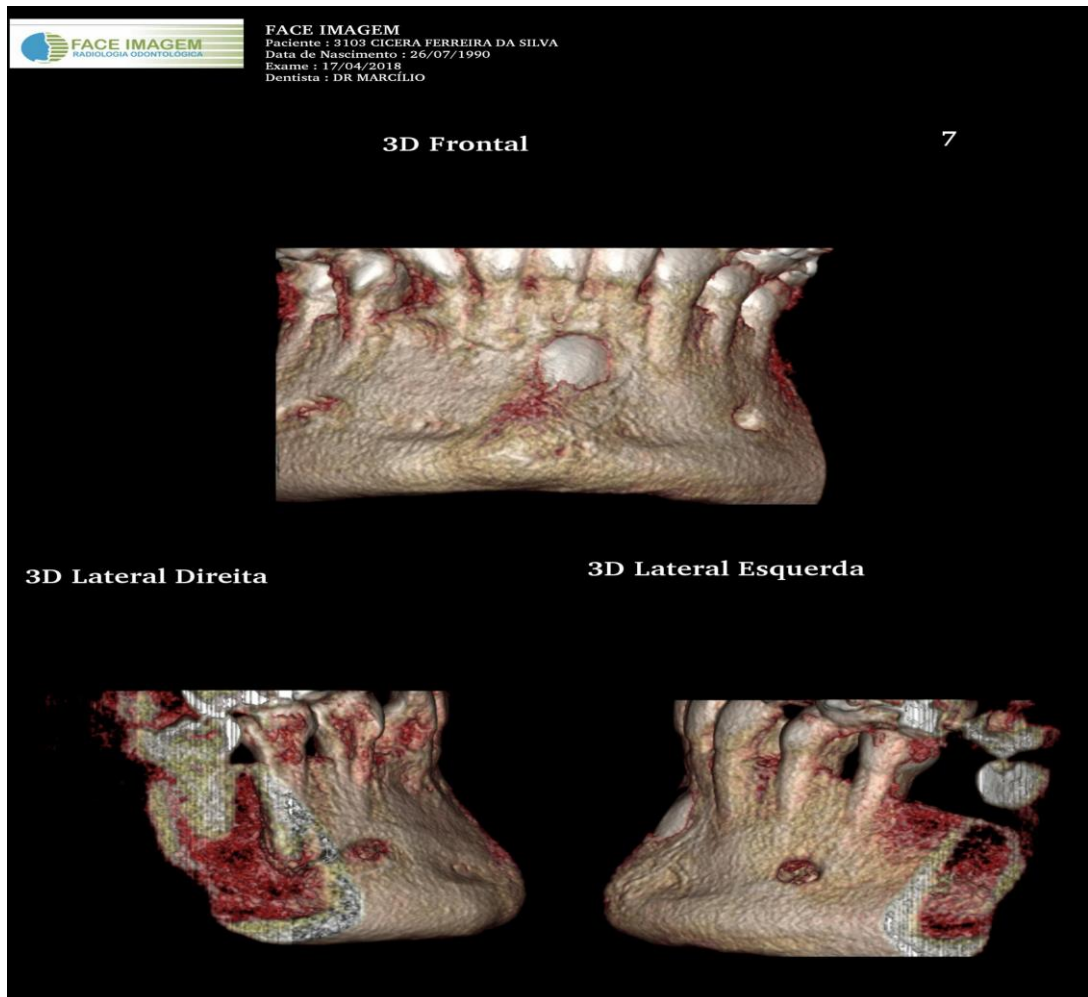


Figura 2: Tomografia - caso II

Em ambas as pacientes foram avaliados os aspectos extra e intra oral, e não foram percebidas alterações como, assimetrias faciais, presença de abaulamento na região vestibular ou lingual, perda de profundidade de vestibulo, observando-se linhas faciais preservadas inclusive na vista craniocaudal. Clinicamente observou-se a ausência das respectivas unidades 33 e 43, em cada paciente nas arcadas dentárias, respectivamente nos caso I e II, e na visão mais direcionada para o vestibulo mandibular não se notou nenhum tipo de alteração, e a palpação não percebeu-se alteração. Na radiografia panorâmica foi que se constatou a presença da unidade dentária na região basilar mandibular anterior de mento abaixo dos ápices do dentes anteriores, projetando-se mais de 50% do seu volume para o lado contralateral em ambos os casos.

Técnica anestésica: Assim a cirurgia proposta para remoção dos dentes foi realizada sob anestesia local, quando foi utilizada Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000 para bloqueio bilateral dos nervos alveolar inferior e mental, e infiltrações terminais supraperiosteais com objetivo de hemostasia local. Foram usados no total aproximadamente 4 tubetes para cada caso, envolvendo bloqueio bilateralmente, tanto do nervo alveolar inferior, quanto do nervo mental; e terminal infiltrativa na área de incisão. A técnica do bloqueio do nervo mental tem por objetivo anestésiar as áreas da membrana mucosa bucal, anteriormente ao forame mental até a linha média, e a pele do lábio inferior e queixo (MALAMED, 2013). A técnica terminal infiltrativa normalmente é feita em angulação de 45° e tem por objetivo fazer anestesia das regiões periapicais e tecidos superficiais, nessa situação ela foi utilizada principalmente para promover hemostasia local.

Técnica cirúrgica: Realizou-se um retalho dividido com incisão em mucosa de canino a canino, fazendo a dissecação do músculo do mento, após a exposição do músculo se incizou a musculatura deixando um comprimento de 5mm da inserção superior, descolando-se até a exposição da tábua óssea vestibular mandibular anterior, e assim se percebeu um discreto abaulamento que era imperceptível a palpação em função da sobreposição dos tecidos da região (FIG. 3 e 4). Em seguida iniciou-se a osteotomia para se obter uma loja óssea na região da coroa dentária até a junção amelo-cementária (FIG. 5 e 6). Então uma luxação leve foi executada para mobilizar o dente e logo após seccionou-se a coroa do dente (FIG. 7 e 8). Após remover-se a coroa, conseguiu-se fazer a remoção da raiz que já tinha sido luxada (FIG. 9 e 10). Quando finalizada a retirada completa do dente foram tomados todos os cuidados com o alvéolo, incluindo irrigação copiosa, regularização de arestas e espículas ósseas e

limpeza de toda a ferida cirúrgica evitando-se a permanência de debrís originados do processo de remoção do dente (FIG. 11 e 12). Como a loja óssea foi limitada, não foi causado nenhum defeito de depressão perceptível à inspeção visual e à palpação, o que foi favorecido também em função da sobreposição das estruturas musculares e mucosa. Após a regularização final da loja óssea, foi feita uma limpeza muito criteriosa com bastante irrigação com soro fisiológico e aspiração para não deixar nenhum tipo de resíduo ou fragmento. Seguindo para a sutura foi realizada por planos, e que no plano muscular usou-se um fio reabsorvível vicryl 4-0 (FIG. 13 e 14), logo em seguida para o fechamento da mucosa foi feita sua sutura, fazendo um ponto de referência central para devolver o freio labial, e depois feita uma contínua para o lado direito e uma para o lado esquerdo no caso I, e com pontos simples interrompidos no caso II, com fio nylon 5-0 (FIG. 15 e 16). Finalizadas as suturas foi feito um curativo compressivo, que é importante porque a partir dessa compressão se consegue controlar o edema, e prevenir a ptose do lábio inferior, que pode ocorrer em função da secção da musculatura do mento, a qual dá sustentação ao lábio inferior. Então a ferida cirúrgica, que durante o processo inicial de cicatrização, se mantém posicionada inicialmente pela sutura e recebe suporte do curativo compressivo nos primeiros dias, o que se torna importante, porque também é quando ocorre a instalação do edema pós-operatório na região. Então inicialmente, por pelo menos 72 horas, o curativo deve ser mantido facilitando o reposicionamento dos tecidos, evitando-se a queda do lábio inferior. Durante a reavaliação clínica dos pacientes (no 30º e 12º dia pós-operatório dos casos I e II respectivamente), os mesmos se apresentaram sem edema referindo parestesia discreta em área limitada do lábio inferior e que regrediu posteriormente (FIG.19 e 20). Esta alteração pode ser considerada previsível função da manipulação dos tecidos moles e osteotomia, o que acaba causando algum dano ao ramos nervosos terminais do nervo incisivo e pela manipulação tecidual com proximidade ao mental, portanto é deixado previamente claro ao paciente essa ocorrência. Porém não ocorreram outras alterações além dessa. E assim seguiu-se sem serem observadas deformidades de perda de projeção facial no mento, queda do lábio inferior, mantendo-se aspecto intra oral normal, apenas com a presença de linha branca fibrótica cicatricial.

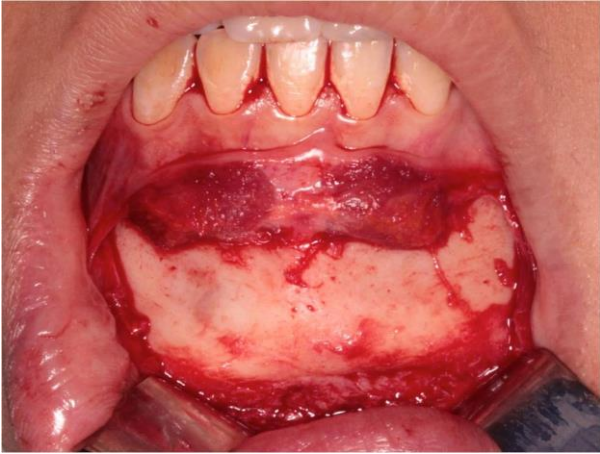


Figura 3: Acesso intraoral – caso I



Figura 4: Acesso intraoral – caso II

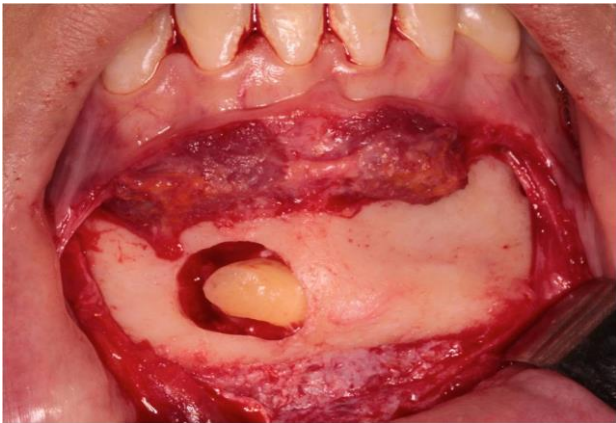


Figura 5: Osteotomia – caso I



Figura 6: Osteotomia – caso II

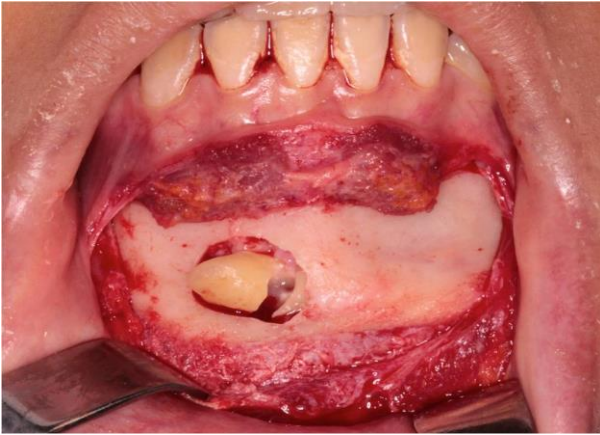


Figura 7: Odontosecção – caso I

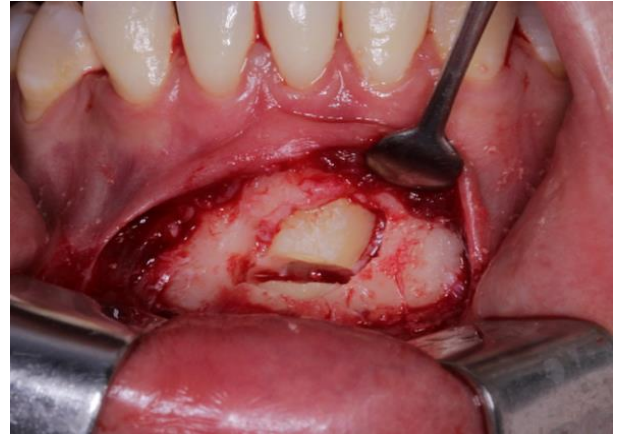


Figura 8: Odontosecção – caso II

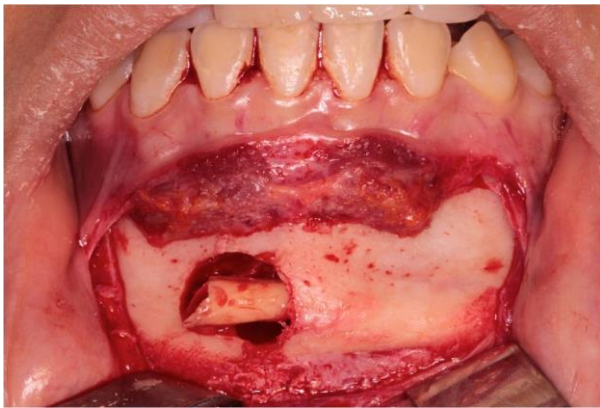


Figura 9: Remoção do elemento – caso I

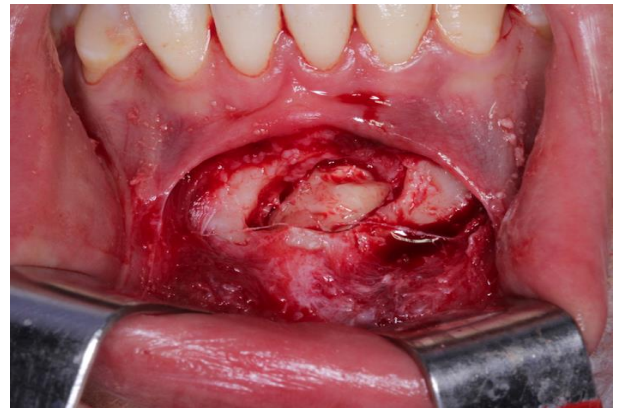


Figura 10: Remoção do elemento – caso II

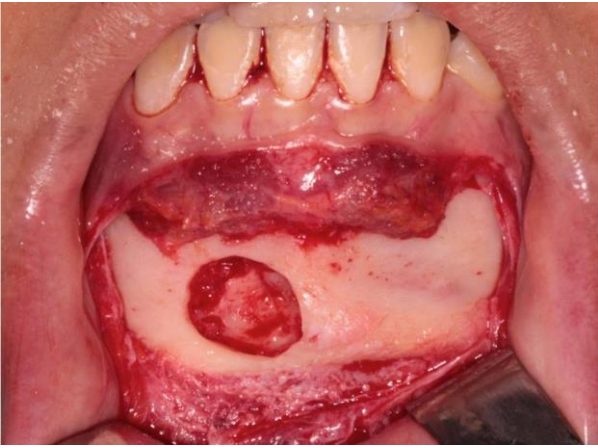


Figura 11: Alvéolo após extração – caso I

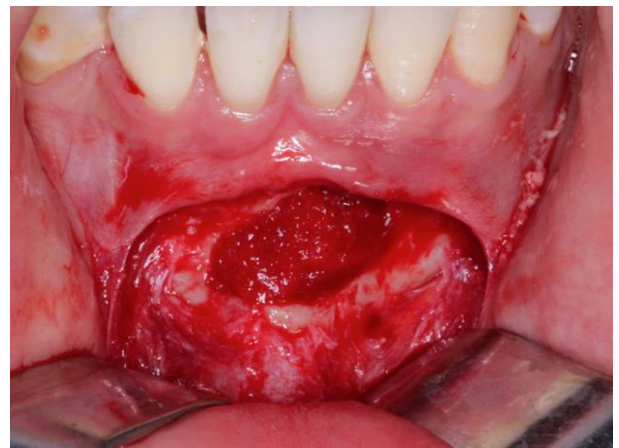


Figura 12: Alvéolo após extração – caso II

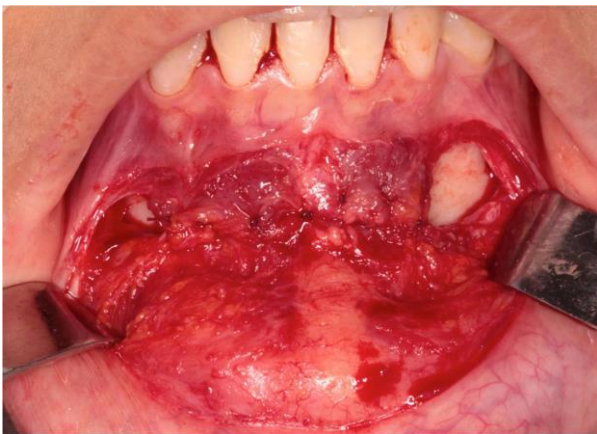


Figura 13: Sutura interna do músculo – caso I



Figura 14: Sutura interna do músculo – caso II



Figura 15: Sutura externa da mucosa – caso I

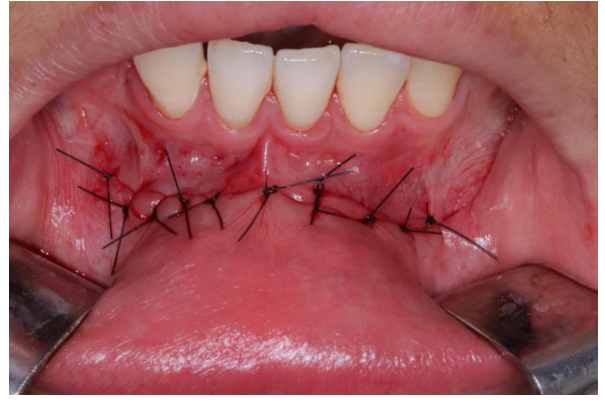


Figura 16: Sutura externa da mucosa – caso II

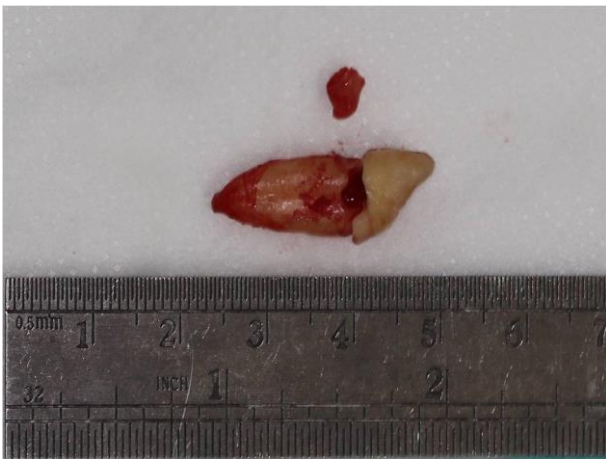


Figura 17: Elemento após retirada do alvéolo – caso I

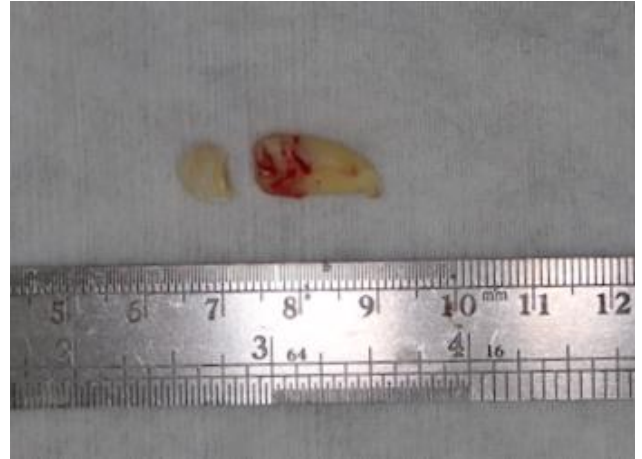


Figura 18: Elemento após retirada do alvéolo – caso II



Figura 19: Cicatrização após 30 dias – caso I



Figura 20: Cicatrização após 12 dias – caso II

3 DISCUSSÃO

3.1 DEFINIÇÃO

A transmigração é definida como a migração pré-eruptiva de um dente ao longo da linha média, no entanto foi identificada uma variedade de definições na literatura que deixam o seu conceito exato controverso. Corsi *et al.* (2012) mencionaram que uma grande parte das publicações não pode ser considerada como casos verdadeiros de transmigração, pois para isso, o dente deve ultrapassar a linha média em mais da metade do seu comprimento.

Esta migração dentária segue sentido mesial, resultando em cruzamento para o lado oposto através da sínfise mandibular. A incidência de transmigração canina foi maior que a sua ocorrência em outros dentes, sendo mais frequente em caninos mandibulares, seguido dos caninos maxilares (HYPPOLITO *et al.*, 2011).

Na transmigração, Joshi (2001) cita que, a tendência de um canino de ultrapassar a barreira da sutura mediana mandibular é mais importante do que a distância da migração percorrida após atravessar a linha média. Na maioria dos casos, esse dente transmigrado permanece impactado ao osso, não obstante, podem ainda erupcionar mais tarde em uma nova posição (CORSI *et al.*, 2012).

A transmigração é um fenômeno extremamente raro da dentição permanente, no entanto, pode ainda ocorrer à chamada transmigração bimaxilar: migração de ambos os caninos maxilares e mandibulares de um mesmo lado para o outro lado da linha média (QARADAGHI, 2012).

3.2 INCIDÊNCIA

A evidência clínica e a literatura têm demonstrado que a incidência de caninos transmigrados é maior no sexo feminino confirmando com os achados de Assis *et al.* (2009), Candeiro e Tavares (2010), Mesquita e Salgado (2015), que apresentaram relatos de casos de caninos mandibulares impactados em mulheres, ocorrendo de forma unilateral, tendo ainda o lado esquerdo mais comumente acometido que o direito.

Os locais mais relatados de permanência dos caninos inferiores, são eles: região de linha média em posição horizontal, região de corpo mandibular e de processo coronóide (CANDEIRO, TAVARES, 2010).

O relato de caso parece concordar com a incidência relatada na literatura, uma vez que ambas as pacientes são do sexo feminino, no entanto uma apresenta canino inferior esquerdo incluso cruzando a linha média, e a outra o canino direito.

3.3 ETIOLOGIA

Os caninos inclusos transmigrados ocorrem devido a condições ambientais, sistêmicas ou locais, possuindo variadas combinações etiológicas. Hyppolito *et al.* (2011) citam que existem muitos e variados fatores envolvidos na transmigração dos dentes, como crescimento ectópico do broto, retenção ou perda prematura de um dente primário, espaço de erupção inadequado e comprimento excessivo da coroa. Fatores genéticos, distúrbios endócrinos e trauma também foram propostos como fatores etiológicos.

A má posição do germe dentário e a perda prematura do canino decíduo são as principais causas de caninos impactados, resultando em espaço insuficiente na arcada ou pela maior dimensão coronária em relação ao espaço existente, embora diversas condições possam contribuir (CANDEIRO, TAVARES, 2010).

3.4 CLASSIFICAÇÃO

Segundo Mesquita e Salgado (2015), Mupparappu definiu cinco critérios para classificar o canino transmigrado de acordo com seus padrões de transmigração intraóssea e o seu posicionamento na mandíbula.

Tipo I: Canino impactado mesio-angulado através da linha média, vestibular, lingual ou para os dentes anteriores com a parte de coroa do dente cruzando a linha média.

Tipo II: Canino impactado horizontalmente na borda inferior da mandíbula abaixo dos ápices dos incisivos.

Tipo III: Canino erupcionado no lado contralateral.

Tipo IV: Canino horizontalmente impactado perto da borda inferior da mandíbula abaixo dos ápices dos dentes posteriores sobre o lado oposto.

Tipo V: Canino posicionado verticalmente na linha média com o longo eixo do dente cruzando a linha média.

No seu estudo, Qaradaghi (2012) ainda classificou em um tipo 6, sendo definido como a migração paralela de ambos os caninos com a mesma taxa para os lados laterais contradições. Pela raridade de casos de dentes caninos transmigrados na maxila não existe definida uma classificação.

Em linhas gerais, a transposição dentária pode ser classificada em completa, na qual a coroa e ápice mudam sua posição ou em incompleta/parcial/pseudotransposição, quando apenas a coroa ou o ápice muda a sua posição (BARBOSA et al.,2011).

O relato de caso apresenta como classificação o tipo II sendo o canino impactado horizontalmente na borda inferior da mandíbula abaixo dos ápices dos incisivos.

3.5 DIAGNÓSTICO: ASPECTOS CLÍNICOS E RADIOGRÁFICOS

Clinicamente, a maioria dos caninos impactados encontra-se assintomáticos, não sendo relatada dor ou desconforto pelo paciente. Em geral é pressuposto a presença de um canino impactado, pela ausência ou pelo atraso na erupção, sendo muitas vezes observada uma discreta elevação na mucosa palatina ou vestibular (CANDEIRO, TAVARES, 2010).

Segundo Mesquita e Salgado (2015) a presença prolongada de um canino decíduo deve sempre ser investigada através de uma radiografia panorâmica. O diagnóstico precoce pode possibilitar uma intervenção menos invasiva sendo favorável na estética e na função da dentição.

Os exames por imagem mais solicitados, são: radiografia panorâmica, radiografias periapicais (Técnica de Clark), oclusais e lateral de face. Também contribuíram para o planejamento e execução do tratamento a utilização da tomografia computadorizada cone beam (CANDEIRO, TAVARES, 2010).

O planejamento é uma etapa muito importante para se alcançar um objetivo de maneira eficiente. Em uma cirurgia o planejamento clínico e radiográfico muito auxilia no estabelecimento do tratamento mais adequado (CANDEIRO, TAVARES, 2010).

No relato de caso foram utilizados exame clínico, físico e exames por imagem: radiografias panorâmica e oclusal, concordando com a literatura no auxílio ao diagnóstico.

3.6 ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

As opções de tratamento são variadas dependendo do caso paciente. Sendo:

I. Tratamento cirúrgico:

Remoção cirúrgica do dente retido.

II. Tratamento ortodôntico:

É realizado um tratamento dos dentes adjacentes, criando um espaço para futuramente a colocação de um implante unitário. Caso venha ocorrer uma falha estética e mastigatória do paciente.

III. Transposição cirúrgica:

Na literatura não se fala muito sobre essa escolha de tratamento, pois pode haver alteração no periodonto e no feixe vâsculo-nervoso. Essa técnica só poderia ser usada, caso o dente fosse removido e colocado na sua posição no arco. A técnica do deslocamento cirúrgico é uma exposição cirúrgica da coroa de um dente retido com ou sem osteotomia e logo após luxação com extratores, redirecionando-o para a posição alveolar. Essa conduta é limitada, mas pode ser indicada para pacientes mais novos do que 14 anos.

IV. Transplante:

Ele pode ser indicado para dentes permanentes com ápice fechado, porém a maior dificuldade deste tipo de tratamento é a sua localização anatômica. Vários autores relatam que após a extração do canino retido, ele deverá ser submetido à pulpectomia e preenchendo o canal com hidróxido de cálcio para logo após o dente ser reimplantado.

V. Acompanhamento clínico:

Nenhum tratamento, mas com acompanhamento: Neste caso será feito o acompanhamento radiográfico do caso (GAETTI-JARDIMA *et al.*, 2012).

3.7 TRATAMENTO INSTITUÍDO

No que diz respeito ao tratamento, a literatura é controversa a depender do correto diagnóstico do paciente, levando em consideração fatores como: tipo facial do paciente, idade, alterações induzidas pelo crescimento e desenvolvimento do paciente, o perfil psicológico, os padrões de estética, a função e características específicas do paciente, o estado de saúde dentário e periodontal (BARBOSA *et al.*, 2011).

Embora a extração é feita no local onde o contralateral canino transmigrou foi formado, ele retém a inervação nervosa do lado em que a semente foi formado. Isso deve ser levado em conta se a extração sob anestesia local é realizada (LAGARES *et al.*, 2008).

A anestesia do dente transmigrado deve ser realizada do lado de onde se origina, pois os mesmos mantêm a sua inervação do lado original. Em alguns casos, ambos os nervos mandibular pode ser bloqueado (FORTUNA *et al.*, 2017).

A extração de um dente transmigrado deve ser realizada, sempre que possível através de uma abordagem intraoral. No entanto, se necessário, pode ser adotada uma abordagem extraoral em casos de caninos impactados perto da borda inferior da mandíbula, porque proporciona melhor acesso cirúrgico e requer menos remoção de osso em comparação com uma abordagem intraoral (FORTUNA *et al.*, 2017).

As opções de tratamento dependem do estágio de desenvolvimento e distância da migração no momento em que são identificados, no entanto extração do dente transmigrado é a escolha mais comum de tratamento (FORTUNA *et al.*, 2017).

Caso ocorra uma queixa estética do paciente, pode-se instituir o tratamento ortodôntico associado à colocação de um implante unitário na região edêntula (GAETTI-JARDIMA *et al.*, 2012).

O tratamento realizado no caso clínico, foi à extração dental. Sendo esta forma indicada quando o elemento não puder ser aproveitado, tais como quando houver: reabsorção dos dentes vizinhos, se na radiografia houver alguma suspeita de cisto ou tumor, presença de supranumerários (GAETTI-JARDIMA *et al.*, 2012). Ambas as pacientes estavam cientes e compreendendo os riscos e benefícios optaram pela realização da cirurgia.

3.8 SEQUELAS

Os pacientes devem ser avisados que pode ocorrer alguma alteração de sensibilidade (parestesia dos nervos mental e incisivo) no pós-operatório, relacionada à remoção do dente (ASSIS *et al.*, 2009). A parestesia é uma alteração da sensibilidade resultante de uma lesão ao nervo sensitivo responsável pela inervação da área, caracterizada como uma sensação desagradável pelo paciente. Podendo ser relatado: sensibilidade alterada ao frio, calor e dor, sensação de dormência, formigamento e coceira (MELO *et al.*, 2018). Ainda pode se identificar como sequela a ptose do lábio inferior, e um defeito ósseo significativo que se faz necessário exerto ósseo (NÓIA *et al.*, 2012).

Diversos tratamentos têm sido propostos, dentre eles: administração de medicação sistêmica, fisioterapia local, estimulação elétrica e aplicação de laser de baixa intensidade (MELO *et al.*, 2018). Nos casos estudados, não houveram quaisquer tipos de sequelas, nem sequelas sensoriais permanentes, ocorrendo apenas a parestesia transitória que se resolveram em até 90 dias.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo apresentar dois casos clínicos de transmigração de canino retido em mento, e, tendo em vista todas as opções terapêuticas, chegou-se a conclusão que o tratamento mais adequado para a transmigração de caninos retidos em mento é a remoção cirúrgica, pois a mesma se mostrou a única opção capaz de ser completamente resolutive. Esses relatos de caso deixaram como contribuição no âmbito cirúrgico uma alternativa de tratamento para caninos transmigrados retido em mento.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, N.M.S.P.; ALVES, F.W.; CARVALHO, F.N.; Transmigração de caninos mandibulares: relato de dois casos clínicos; **REV. BRAS. ODONTOL.**; RIO DE JANEIRO; 2009;
- BARBOSA, C.B.; PINHO, M.; BARROSO, J.; ALMEIDA, R.F.; Tratamento da transposição dentária de canino e primeiro pré-molar superiores - Revisão bibliográfica; **REV PORT ESTOMATOL MED DENT CIR MAXILOFAC**; PORTUGUAL; 2011;
- CANDEIRO, G.T.M.; TAVARES, R.N.; Tratamento cirúrgico em transmigração de canino inferior impactado – relato de caso; **REV. FAC. ODONTOL.**; PORTO ALEGRE; 2010;
- CORSI, J.R.; MORAES, P.C.; TACCHELLI, D.P.; JODAS, C.R.P.; JUNQUEIRA, J.L.C.; TEIXEIRA, R.G.; Transmigrated teeth; **REV GAÚCHA ODONTOL.**; PORTO ALEGRE; 2012;
- FORTUNA, T.; REBOUÇAS, D.S.; NETO, W.C.; CERQUEIRA, L.S.; ZERBINATI, L.P.S.; ASSIS, A.F.; Transmigrant impacted mandibular canine: a case report; **REVISTA BRAZ DENT SCI**; 2017;
- GAETTI-JARDIMA, E.C.; FARIA, K.M.; JUNIOR, J.F.S.; JUNIOR, E.G.J.; NETO, M.S.; ARANEGA, A.M.; PONZONIA, D.; Condutas terapêuticas para caninos inclusos; **CIENT CIÊNC BIOL SAÚDE**; UNOPAR; 2012;
- GUTIÉRREZ-ROJO, J.F.; ROJAS-GARCÍA, A.R.; GARCÍA-RIVERA, R.N.; GUTIÉRREZ-ROJO, M.F.; Transmigración dental; **REVISTA TAMÉ**; Guadalajara, Jalisco; 2014;
- HYPPOLITO, J.O.P.; PAIES, M.B.; VERAS-FILHO, R.O.; FLORIAN, F.; HOCHULI-VIEIRA, E.; Surgical treatment of an impacted canine in the menton: case report; **REV ODONTOL**; UNESP; 2011;
- JOSHI, M.R.; Transmigrant mandibular canines: a record of 28 cases and a retrospective review of the literature; **ANGLE ORTHOD**; 2001;
- LAGARES, D.T.; RUIZ, R.F.; COSSÍO, P.I.; CALDERÓN, M.G.; PÉREZ, J.L.G.; Transmigración del canino inferior incluido. Presentación de un caso y revisión de la literatura; **MED ORAL PATOL ORAL CIR BUCAL**; SEVILLA; 2006;
- MALAMED, S.F.; **MANUAL DE ANESTESIA LOCAL**; 6º ed. Los Angeles. Elsevier editora Ltda. 2013.
- MELO, P.B.G.; LARUSSA, L.G.; RASTELLI, A.N.S.; ABI-RACHED, F.O.; PIZZOL, K.E.D.C.; FRANCO-MICHELONI, A.L.; Parestesia do nervo mentoniano: otimizando a conduta terapêutica com medidas não invasivas; **REV ODONTOL**; UNESP; 2018;
- MESQUITA, P.; SALGADO, H.; Transmigrant mandibular canine – case report; **REV.PORT.ESTOMATOL.MED.DENT.CIR.MAXILOFAC**; PORTO, PORTUGAL; 2015;

NOIA, C.F.; RODRIGUEZ-CHESSA, J.G.; ORTEGA-LOPES, R.; CABRAL-ANDRADE, V.; BARBEIRO, R.H.; MAZZONETTO, R. Prospective study of soft tissue contour changes following chin bone graft harvesting; **INT. J. ORAL AND MAXILLOFAC. SURG.**; 2012

QARADAGHI, I.F.M.T.; First case of bimaxillary transmigration of impacted canines: report of a rare case and review of literature; **ARCH ORAL RES.**; KURDISTAN – IRAQ; 2012;

TAGUCHI, Y.; KUROL, J.; KOBAYASHI, H.; NODA, T.; Eruption disturbances of mandibular permanent canines in Japanese children; **INT J PAEDIATR DENT**; 2001;

ANEXOS