

# TERCEIROS MOLARES IMPACTADOS EM INDIVÍDUOS COM FISSURA PALATINA: REVISÃO DE LITERATURA

Laura Becker Rodrigues Siqueira<sup>1</sup>, Marcela Marcos Ribeiro<sup>1</sup>, Sarah Rízia Lima Santos<sup>1</sup>, Talita Agostini Veiga<sup>1</sup>, Ruy César Camargo Abdo Filho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduação em Odontologia – Faculdade UNIFENAS, BH, MG, Brasil

<sup>2</sup> Cirurgião-Dentista. Professor da Faculdade de Odontologia – Faculdade UNIFENAS, BH, MG, Brasil

## Endereço correspondência

Laura Becker Rodrigues Siqueira  
R. São Miguel, 97 - Itapoã,  
31710-350 - Belo Horizonte - MG, Brasil.  
[laurasiqueira681@gmail.com](mailto:laurasiqueira681@gmail.com)

Recebido em 25 de agosto (2020) | Aceito em 06 de janeiro (2021)

## RESUMO

Por definição, dentes impactados são aqueles que não conseguem irromper na cavidade bucal, em sua cronologia eruptiva normal. Entre os fatores locais causadores dessa ocorrência, pode-se citar, retenção prolongada de um dente decíduo, germes dentais mal posicionados, discrepância entre o tamanho dos maxilares e dos dentes, e os de maior relevância no presente trabalho: fissuras lábio palatinas e espaço insuficiente no arco dentário. Como regra, dentes impactados devem ser extraídos ou se possível, reposicionados, analisando sempre as particularidades de cada caso. Dentes que permanecem nesta condição podem acarretar cárie, doenças periodontais, e em casos mais avançados, cistos e tumores. Entretanto, há algumas contraindicações, como por exemplo, o estado de saúde sistêmico do paciente, sua idade, ou possibilidade de algum dano. As fissuras lábio palatinas são más formações que afetam diretamente a formação do palato e/ou lábio, e são citadas como fatores locais que podem vir a influenciar a impacção de terceiros molares, devido à capacidade de causar alterações dimensionais no perímetro do arco dentário.

**Palavras-chave:** Fissuras lábio palatinas. Terceiro molar. Dente impactado..

## ABSTRACT

By definition, impacted teeth are those that fail to erupt in the oral cavity, in their normal eruptive chronology. Among the local factors that cause this occurrence, we can mention, prolonged retention of a deciduous tooth, poorly positioned dental germs, discrepancy between the size of the jaws and teeth, and those of greater relevance in the present work: cleft lip and palate and insufficient space in the dental arch. As a rule, impacted teeth should be extracted or, if possible, repositioned, always analyzing the

particularities of each case. Teeth that remain in this condition can lead to caries, periodontal diseases, and in more advanced cases, cysts and tumors. However, there are some contraindications, such as the patient's systemic health status, his age, or the possibility of damage. Cleft lip and palate are malformations that directly affect the formation of the palate and / or lip, and are cited as local factors that may influence third molar impaction, due to the ability to cause dimensional changes in the perimeter of the dental arch.

**Keyword:** Cleft lip and palate. Third molar. Impactedtooth

## 1. INTRODUÇÃO

Os dentes impactados são aqueles que não irrompem na cavidade bucal, no seu período correto de erupção. Vários podem ser os fatores causadores dessa impacção, porém destacam-se, a perda precoce de dente decíduo ou retenção prolongada de um dente decíduo, dentes supranumerários, fissuras palatinas, tumores, discrepância no tamanho de maxilares e dentes, anomalias dentárias, mal posicionamento do germe e o que vai se destacar neste trabalho que é a ausência de espaço no arco dentário. O dente mais acometido por essa condição são os terceiros molares[1].

As fissuras lábio palatinas, são más formações que afetam diretamente a formação do palato e/ou lábio, deixando uma fenda que altera a anatomia normal da região e gera interferências, como neste caso, a comunicação entre palato e a base do nariz. Essa interferência leva a diversos problemas, a título de exemplo: na alimentação (deglutição), dicção, respiração, auto-estima do paciente, dentre outros[2].

A etiologia das fissuras lábio palatinas está associada à etiologia multifatorial como deficiência no desenvolvimento dos processos maxilares, inibição da migração do mesênquima da crista neural na região pré maxilar durante a formação do palato primário, fusão defeituosa do palato primário devido à distorção no desenvolvimento dos processos faciais, entre outros[2].

As fissuras podem acometer somente o lábio, somente o palato ou as duas estruturas ao mesmo tempo sendo mais agressivas ou menos agressivas. Essa alteração do crescimento crânio facial promove mudanças na morfologia dos ossos maxilares e conseqüentemente dos arcos dentários. Estudos mostram que a arcada dentária maxilar de indivíduos fissurados apresenta maiores alterações dimensionais no sentido transversal, podendo interferir na inclusão do terceiro molar[3].

O objetivo desse trabalho é analisar a incidência de terceiros molares impactados, visando estabelecer relação com a presença de fissuras lábio palatinas. Sabendo desta incidência, o tratamento em pacientes fissurados poderá ser mais específico quanto ao planejamento da extração dos terceiros molares e de seu diagnóstico. A importância científica também está relacionada à finalidade deste trabalho, possibilitando a todos os profissionais da área de saúde estarem cientes dessa incidência, podendo facilitar no planejamento cirúrgico destes pacientes.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

As buscas foram realizadas por meio do Google e Google acadêmico, sendo utilizado como descritores os termos: fissuras lábio palatinas, terceiro molar e dente impactado. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 1997 a 2017 e que no resumo foi possível identificar semelhança com o conteúdo proposto. Foram selecionadas as referências escritas em português e inglês.

**Fissuras lábio palatinas:** As fissuras lábio palatinas são más formações congênitas que acometem o terço médio da face, normalmente comprometendo a estética e boa parte das funções orofaciais, o que implica na necessidade de uma equipe multiprofissional, para que possam ser estabelecidas as bases de uma ampla reabilitação. O conhecimento dos diversos tipos de fissura e do comportamento das respectivas estruturas envolvidas é im-

prescindível para o profissional que se habilita a trabalhar com pacientes fissurados. Estas anomalias são diferenciadas pela extensão da lesão e podem ser classificadas utilizando, como ponto de referência anatômica, o forame incisivo, vestígio embrionário que demarca os limites entre o palato primário e o palato secundário[3].

As fissuras lábio palatinas são as fissuras de face mais frequentes na população humana, estima-se que a incidência no Brasil é de um fissurado para 650 nascimentos (1:650). Essa incidência cresce com a presença de familiares fissurados, e quando na presença de predisposição hereditária, acredita-se que a conjugação de fatores ambientais pode precipitar o aparecimento da anomalia.

Qualquer desvio que possa ocorrer no processo de formação e desenvolvimento dos seres humanos determinará malformações de causas diversas. No caso das estruturas craniofaciais, as fissuras que acometem as estruturas do palato primário ou secundário são as mais frequentemente encontradas. Nos casos de fissuras lábio palatinas, observamos uma alteração de velocidade migratória das células da crista neural, encarregadas de comandar o fenômeno de fusão das proeminências faciais[4].

As estruturas faciais de um indivíduo fissurado contêm potenciais de crescimento normais, tendo apenas a deformá-las a falta de continuidade do processo maxilar. Estando a musculatura interrompida, porém com sua força e contratilidade normais, irá provocar distorções das estruturas faciais[5].

A etiologia dessa alteração é considerada multifatorial, podendo ser pela ação de fatores químicos, físicos e biológicos, sendo congênita ou hereditária, entre eles, destacam-se estresse, fatores alimentares como deficiência de ácido fólico, uso de medicamentos que alteram a embriogênese normal como, por exemplo, a aspirina, e os corticoesteróides são responsáveis pela falta de fusão dos processos faciais e decorrente fissura labiopalatina[6]. As fissuras afetam os aspectos estético, funcional e emocional do paciente. Esteticamente, elas deformam o semblante do indivíduo. Quanto ao aspectofuncional, elas acarretam dificuldades para sucção, deglutição, mastigação, respiração, fonação e audição.

As fissuras lábio palatinas acarretam várias alterações no sistema estomatognático, entre elas a maloclusão, entretanto, sabe-se que as cirurgias para correção do lábio e palato acarretam uma redução progressiva nas dimensões da maxila. Essas forças restritivas alteram o crescimento maxilar principalmente no sentido trans-

versal e ântero-posterior, acarretando uma diminuição no perímetro do arco ideal para correta erupção da dentição[7].

A alteração do crescimento craniofacial destes indivíduos é relatada como resultado natural da presença da fissura, promovendo mudanças na morfologia dos ossos maxilares e conseqüentemente dos arcos dentários. O paciente portador de fissura lábio palatina apresenta alterações no complexo maxilofacial que são atribuídas a uma série de fatores. Além de condições pré-estabelecidas, como a gravidade da fissura e os padrões genéticos de crescimento, há um conjunto de outros fatores que podem produzir alterações nas dimensões de seus arcos dentários, podendo ou não atuar simultaneamente[3].

**Terceiros molares:** Dentes impactados ou não irrompidos são aqueles que chegada à época normal de erupção, permanecem sob o tecido. Como possível causa dessa retenção dental destaca-se o mau posicionamento do germe dental, perda precoce de dentes decíduos, anomalias dentárias, tendência evolutiva, alterações patológicas, traumatismos, alterações sindrômicas e sistêmicas, porém a falta de espaço do arco é o principal fator etiológico, como também a hereditariedade. Os dentes que apresentam maiores taxas de não irrompimento e retenção dental são os terceiros molares, principalmente os inferiores[8]. Um dente impactado é aquele que não consegue irromper na cavidade bucal, dentro do tempo esperado, até a sua posição normal na arcada, sendo, portanto, patológico e requer tratamento. Existem dois fatores que fazem com que o dente se torne impactado, são eles, fatores locais e sistêmicos. As causas sistêmicas poderão ser: Síndrome da Displasia Cleidocraniana, deficiência endócrina, Síndrome de Down, dentre outras. Já as causas locais incluem: discrepância entre o tamanho dos maxilares e dentes, retenção prolongada do dente decíduo, supranumerários, germes dentais mal posicionados e fissuras lábio palatinas.

Comumente os dentes mais afetados pela impacção são os terceiros molares, posteriormente os caninos superiores, mas isto não extingue os demais dentes da cavidade bucal, podendo qualquer um deles ser afetado[1]. Normalmente os dentes de siso são os mais acometidos, pois são os últimos dentes a nascer/irromper na cavidade bucal, não sobrando espaço, muitas vezes, para se desenvolverem corretamente. Caso o cirurgião dentista chegue à conclusão que aquele dente não irá conseguir irromper na cavidade, será necessário ocorrer um tracionamento ortodôntico ou remoção deste dente, podendo ser inserido um implante no local. Portanto, a extração deste den-

te impactado precocemente, entre os 16 e 18 anos, evita problemas futuros como a Doença Periodontal, cárie, reabsorção das raízes dos dentes vizinhos e a Pericoronarite, podendo posteriormente, acarretar na extração dos demais dentes adjacentes[1].

Dentes retidos e impactados podem também dar origem a cistos e tumores, levando a fraturas de mandíbula e afetar a estética facial, tendo poucas contra-indicações para a extração destes dentes tais como, pacientes com a saúde comprometida, extremos de idade (pacientes muito jovens ou após os 40 anos) e quando há a possibilidade de causar danos excessivos as estruturas[1].

É extremamente importante a obtenção do conhecimento pelo cirurgião dentista quanto: técnicas cirúrgicas, custo benefício de cada procedimento, interpretação radiográfica, complicações pós operatórias, classificações de inclusões dentárias e, avaliação crítica quando for realizar o procedimento cirúrgico. É necessário sempre avaliar a indicação ou não de exérese profiláticas de dentes assintomáticos impactados/retidos. A exérese cirúrgica de terceiros molares é um dos procedimentos diários mais frequentes na vida profissional do cirurgião dentista[9].

O diagnóstico de impacção dos terceiros molares, é feito através de uma inspeção clínica, juntamente ao exame radiográfico, que irá detalhar a condição que esse dente se encontra. Na maioria das vezes, quando se observa a impacção do terceiro molar, devido á uma barreira física (dente vizinho) ou outra condição que indique sua remoção, o tratamento indicado é a exodontia. A contra-indicação para cirurgias de remoção do terceiro molar, envolvem a saúde geral do paciente, condições sistêmicas e locais, e até mesmo a idade. Sendo assim, a extração desse dente entre os 16 e 18 anos proporciona uma melhor cicatrização, e melhores resultados pós operatórios pelo paciente. Caso o dente nessa condição permaneça impactado, podem-se desenvolver problemas, tais como: doenças periodontais, pericoronarite, cárie, reabsorção da raíz dos dentes vizinhos, e em casos mais severos, cistos e tumores[1].

**Dentes impactados em portadores de fissuras lábio palatinas:** Em pacientes portadores de fendas orofaciais, frequentemente são encontrados dentes girovertidos, fusões dentárias e a falta de uma base óssea, dentro da qual o dente possa se mover. Na região da fissura pode ser notado um grande número de dentes atópicos, conóides, retidos e anquilosados, e também uma maior incidência de hipoplasias dentárias quando comparadas a

populações normais<sup>10</sup>. As maloclusões são comuns em clientes com fissuras de palato, apresentando discrepâncias esqueléticas entre o tamanho, formato e posição dos maxilares.

Um achado comum entre os fissurados é a prognatismo mandibular causado mais pela retrusão da maxila e/ou da protusão da mandíbula. As maloclusões estão em 86% dos pacientes, sendo a de mordida cruzada presente em 75% dos casos examinados. Em relação às doenças bucais mais prevalentes nesse grupo de crianças fissuradas estão as maloclusões (86%), cárie (75%), anomalias dentárias (53%), doenças periodontais (42%) e traumatismos (11%)[10].

De acordo com alguns autores, em uma Análise da oclusão dentária em crianças portadoras de fissura lábio palatina bilateral, por meio de análise de modelo em gesso. A amostra selecionada constituiu-se de modelos das arcadas dentárias de 30 pacientes submetidos a cirurgias reparadoras primárias[11]. As cirurgias reparadoras primárias, a queiloplastia e a palatoplastia que são realizadas nos primeiros anos de vida com objetivos estéticos e funcionais. Entretanto, essas cirurgias têm um efeito deletério no crescimento maxilar, promovendo uma deficiência progressiva tridimensional, com repercussão na oclusão e na convexidade facial.

Particularmente nas fissuras lábio palatinas transforame incisivo, após a reparação cirúrgica, existe a tendência de atresia maxilar, em geral de manifestação discreta na dentição decídua e que se torna mais significativa na dentição mista, resultando em um dano progressivo na relação esquelética e no perfil facial, devido a mordidas cruzadas anteriores e/ou posteriores[11].

As alterações faciais mais frequentes em quase todos os tipos de fenda, provavelmente resultantes dos atos cirúrgicos, são a retrusão da face média, distorção das estruturas alveolares e alterações na postura da mandíbula. Os pacientes submetidos à cirurgia sem assistência ortodôntica, na maioria das vezes, chegam à idade adulta apresentando alterações dos seguimentos maxilares, ocasionando o desenvolvimento de más oclusões de difícil tratamento e prognóstico desfavorável. As especialidades odontológicas, em especial a ortodontia, representam papel de grande importância para controle e tratamento durante o crescimento da face e dos arcos dentários, para a recuperação das dimensões transversais e anteroposteriores da face e da cavidade bucal. A reabilitação ortodôntica dos pacientes fissurados portadores de sequelas, está diretamente relacionada ao grau de gravidade do traumatismo provocado pelas cirurgias. O orto-

donatista deve participar do planejamento da reabilitação, com o objetivo de estabelecer o melhor protocolo de tratamento avaliando a adequação da idade para as intervenções ortodônticas e ortopédicas que possibilitem o crescimento da boca e da face, dentro dos padrões de normalidade[12].

Os dentes podem sofrer impacção devido a fatores sistêmicos e locais, dentre os primeiros, podemos citar: Síndrome de Down, Síndrome da Displasia Cleidocraniana, deficiência endócrina e irradiação. Já em relação aos fatores locais que podem influenciar essa condição, destacam-se a retenção prolongada de um dente decíduo, germes dentais mal posicionados, discrepância entre o tamanho dos maxilares e dentes, tumores e fissuras lábio palatinas. Qualquer dente pode ser acometido por essa condição, entretanto, os dentes com maiores índices de impacção, são os terceiros molares, seguidos pelos caninos. A média de erupção dos terceiros molares, é por volta dos 20 anos, entretanto a idade pode variar em média, até os 25 anos. Os terceiros molares são os últimos dentes a irromperem na cavidade bucal, seguindo a cronologia eruptiva normal, assim sendo, os mesmos podem não encontrar espaço suficiente para sua erupção[1].

Alguns autores, verificaram que as fissuras afetam o desenvolvimento dos dentes decíduos e permanentes e ainda pode ocorrer a ausência congênita desses elementos e a presença de dentes supranumerários. Deve-se considerar que as anomalias dentárias constituem 53% das doenças bucais de crianças fissuradas e que a incidência de agenesia na dentição permanente é maior que a de dentes supranumerários e na dentição decídua ocorre o inverso, sendo o incisivo lateral o dente mais suscetível a danos na área da fissura[10].

Os dentes tornam-se frequentemente impactados em função do comprimento inadequado do arco ósseo e do pouco espaço para a irrupção; isto é, o comprimento total do arco ósseo alveolar é menor do que o do arco dentário<sup>13</sup>. Por conta disso, a literatura sobre as características craniofaciais é unânime em demonstrar, nos indivíduos fissurados, uma maxila menor e retroposta. Este aspecto nem sempre está presente na dentadura decídua, mas torna-se marcante com a idade, principalmente no período pubertário<sup>14</sup>. Embora não tão acentuadamente como a maxila, a mandíbula nos portadores de fissura completa de lábio e palato também se apresenta em menor tamanho, com corpo e ramo diminuídos, ângulo goníaco aumentado e retroposicionamento[16]. Estando maxila e mandíbula retropostas, a relação entre as bases revela, no período de dentadura decídua, um perfil agradável, mas geralmente agrava-se em razão

diretamente proporcional com o crescimento, podendo tornar-se reto ou côncavo.

### 3. CONCLUSÃO

O trabalho proposto demonstrou, através de uma revisão da literatura nacional e internacional que, existe grande relação entre indivíduos portadores de fissuras lábio palatinas e terceiros molares impactados, sendo necessário um acompanhamento odontológico para a escolha do momento mais oportuno para o tratamento destas inclusões dentais.

### REFERÊNCIAS

- [1] CRO-SP - Conselho Regional de Odontologia do estado de São Paulo. Diagnóstico e tratamento dos dentes impactados. [publicação online]; 2010
- [2] Trindade IEK, Silva Filho OG. Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos, 2007.
- [3] Faraj JORA, André M. Alterações dimensionais transversas do arco dentário com fissura lábio palatina, no estágio de dentadura decídua – Revista Dental Press Ortodontia e Ortopedia Facial. 2007; 12(5):100-108.
- [4] Hussne RP. Estudo das necessidades, planejamento e prognóstico endodôntico em pacientes com fissuras de lábio e/ou palato submetidos ao tratamento cirúrgico. Araraquara. Dissertação [Mestrado em Odontologia]- Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araraquara; 2004.
- [5] Oliveira DFB, Capelozza ALA, Carvalho IMM. Alterações de desenvolvimento dentário em fissurados. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 1996; 50(1); 83-6.
- [6] Nasser C, Nobre C, Mesquita S, Ruiz JG, Carlos HR, Prouvot L et al . Semana da conscientização sobre a importânciado ácido fólico. J. epilepsy clin. neurophysiol. [Internet]. 2005; 11(4):199-203.
- [7] Brasil. Fissura labiolapatal no sistema único de saúde. Ministério da Saúde. [Internet]; 2017
- [8] Xavier CRG, Dias-Ribeiro E, Ferreira-Rocha J, Duarte BG, Ferreira-Júnior O, Sant’Ana E et al. Avaliação das posições dos terceiros molares impactados de acordo com as classificações de Winter e Pell & Gregory em radiografias panorâmicas. Rev. cir. traumatologia buco-maxilo-facial. 2010; 10(2):83-90.
- [9] Matos A, Vieira L, Barros L. Terceiros molares inclusos: revisão de literatura. Psicologia e Saúde em debate. 2017; 3(1):34-49.
- [10] Rosa AC, Serra CG. Fissuras orofaciais: revisão da literatura. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2011; 5(3):123-130.
- [11] Crepaldi JL, André M, Lopez MT. Análise da oclusão dentária em crianças portadoras de fissura labiopalatina bilateral. Revista Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. 2012;66(4):303-309.
- [12] Santos MHRC, Lima CAC, Silva TB. Fissuras Labiopalatinas, aspectos etiológicos e tratamento. Revista científica InFOC. 2017;2(2); 71-81.
- [13] Hupp JR. Cirurgia Oral e Maxilo Facial Contemporânea. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2015.
- [14] Han BJ, Suzuki A, Tashiro H. Longitudinal study of craniofacial growth in subjects with cleft lip and palate: from cheiloplasty of 8 years of age. Cleft Palate J. 1995
- [15] Aduss H. Craniofacial growth in complete unilateral cleft lip and palate. Angle Orthod. 1971; 41(3); 202-213.