

Jessica Tiemi Ribeiro Ishii

**Terceiro Molar Ectópico em Incisura Mandibular: Relato de
Caso**

Brasília
2022

Jessica Tiemi Ribeiro Ishii

**Terceiro Molar Ectópico em Incisura Mandibular: Relato de
Caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Flaviana Soares Rocha

Brasília
2022

Às orações da minha família.

AGRADECIMENTOS

À minha querida avó, Dulcimar Bento, que foi um exemplo de amor, cuidado, generosidade e força. Gratidão por ter tido você ao meu lado, com seu jeito alegre e carinhoso, nos melhores momentos da minha vida. Carrego todos os seus ensinamentos e alimentarei em minha mente todas as nossas lembranças para que eu a tenha sempre presente em meu coração.

Aos meus pais, Patrícia Ishii e Édson Ishii, que são exemplos de resiliência, amor e alegria em minha vida. Sempre me apoiaram e me motivaram em todos os momentos. Vocês me ensinaram que a fé nos torna mais fortes e capazes, assim como a bondade nos torna merecedores e completos. Vocês são meus bens mais preciosos. É por vocês e com vocês que estarei sempre buscando melhorar e lhes orgulhar.

À minha querida irmã e melhor amiga, Gabriela Ishii, que esteve ao meu lado me ensinando e ajudando durante toda minha vida. Que eu possa estar sempre em sua companhia, pois você é e sempre será minha referência de bondade, lealdade e força.

Ao meu companheiro, Rodrigo Hoshino, por estar sempre presente e ser minha fonte de alegria, amor, companheirismo e cuidado. Eu te amo.

À todos meus familiares que estiveram comigo e me ajudaram durante minha jornada acadêmica.

À minha dupla, Caroline Matsunaga, que me acompanhou desde o início e se tornou imprescindível em minha vida. Sempre estarei torcendo por seu sucesso e alegria, minha querida amiga.

EPÍGRAFE

“A coisa mais bela que o homem pode experimentar é o mistério. É essa emoção fundamental que está na raiz de toda ciência e toda arte”.

Albert Einstein

RESUMO

ISHII, Jessica T. R. Terceiro Molar Ectópico em Incisura Mandibular: Relato de Caso. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Dentes ectópicos são frequentemente encontrados, entretanto, terceiros molares inferiores ectópicos são incomuns, com etiologia obscura e pouco descritos na literatura pertinente. Sua localização já foi relatada nas regiões condilar, subcondilar, incisura mandibular, ângulo e borda inferior da mandíbula. Devido a importância do planejamento terapêutico, manejo adequado e variedade das manifestações clínicas desta condição, este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de terceiro molar inferior ectópico na região de incisura mandibular, com radiolucência aumentada ao redor da coroa, em um paciente do gênero masculino, de 28 anos de idade e sem sintomatologia. Acompanhamento radiográfico pode ser indicado, no entanto, em pacientes sintomáticos ou com alterações patológicas associadas, a extração deve ser considerada. Diante disso, o tratamento de escolha foi a extração do dente 38 sob anestesia geral, por via intraoral, tendo em vista a posição dentária, radiolucência e morbidade associada à cirurgia. O tecido mole circundante foi enviado para análise anatomopatológica. O paciente evoluiu sem intercorrências durante avaliação pós-operatória.

ABSTRACT

ISHII, Jessica T. R. Ectopic Third Molar in the Mandibular Notch: Case Report. 2022. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Ectopic teeth are frequently found, however, ectopic lower third molars are uncommon, with obscure etiology and little described in the pertinent literature. Its location has been reported in the condylar, subcondylar, mandibular notch, angle and lower edge of the mandible. Due to the importance of therapeutic planning, adequate management and variety of clinical manifestations of this condition, this study aimed to report a clinical case of an ectopic lower third molar in the region of the mandibular notch, with increased radiolucency around the crown, in a male gender patient male, 28 years old and without symptoms. Radiographic follow-up may be indicated, however, in symptomatic patients or patients with associated pathological changes, extraction should be considered. Therefore, the treatment of choice was the extraction of tooth 38 under general anesthesia, intraorally approach, considering the dental position, radiolucency and morbidity associated with the surgery. The surrounding soft tissue was sent for anatomopathological analysis. The patient evolved uneventfully during the postoperative evaluation.

SUMÁRIO

Artigo Científico	17
Folha de Título	19
Resumo	20
Abstract	22
Introdução.....	23
Relato do Caso Clínico.....	25
Discussão	29
Conclusão.....	35
Referências	36
Anexos	41
Normas da Revista.....	41
Decisão Editorial	47

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

ISHII, Jessica T. R.; BATISTA, Jonas D.; GONDO, Roberto M.; MELO, Plínio E. C.; SILVA, Clovis M.; ROCHA, Flaviana S. Terceiro Molar Ectópico em Incisura Mandibular: Relato de Caso. Apresentado sob as normas de publicação do **Revista Medicina (Ribeirão Preto)**

FOLHA DE TÍTULO

Terceiro Molar Ectópico em Incisura Mandibular: Relato de Caso*Ectopic Third Molar in the Mandibular Notch: Case Report*Jessica Tiemi Ribeiro Ishii¹Jonas Dantas Batista²Roberto Massayoshi Gondo³Plínio Eduardo Celiac de Melo⁴Clovis Martins Silva⁵Flaviana Soares Rocha⁶

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília (UnB).

² Professor Adjunto de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU).

³ Cirurgião traumatologista Buco-Maxilo-Facial pela Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU).

⁴ Professor Adjunto de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Anápolis (FOA).

⁵ Professor Adjunto de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Anápolis (FOA).

⁶ Professora Adjunta de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Profa. Dra. Flaviana Soares Rocha

Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: flavianasoares.rocha@gmail.com / Telefone: (61) 83408980

Resumo

Terceiro Molar Ectópico em Incisura Mandibular: Relato de Caso

Resumo

Dentes ectópicos são frequentemente encontrados, entretanto, terceiros molares inferiores ectópicos são incomuns, com etiologia obscura e pouco descritos na literatura pertinente. Sua localização já foi relatada nas regiões condilar, subcondilar, incisura mandibular, ângulo e borda inferior da mandíbula. Devido a importância do planejamento terapêutico, manejo adequado e variedade das manifestações clínicas desta condição, este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de terceiro molar inferior ectópico na região de incisura mandibular, com radiolucência aumentada ao redor da coroa, em um paciente do gênero masculino, de 28 anos de idade e sem sintomatologia. Acompanhamento radiográfico pode ser indicado, no entanto, em pacientes sintomáticos ou com alterações patológicas associadas, a extração deve ser considerada. Diante disso, o tratamento de escolha foi a extração do dente 38 sob anestesia geral, por via intraoral, tendo em vista a posição dentária, radiolucência e morbidade associada à cirurgia. O tecido mole circundante foi enviado para análise anatomopatológica. O paciente evoluiu sem intercorrências durante avaliação pós-operatória.

Palavras-chave

Terceiro Molar; Erupção Ectópica de Dente; Mandíbula.

Relevância Clínica

A presença de terceiros molares mandibulares ectópicos são raros, portanto, um correto diagnóstico, planejamento cirúrgico e técnica adequada são essenciais para se alcançar prognósticos adequados.

Abstract

Ectopic Third Molar in the Mandibular Notch: Case Report

Abstract

Ectopic teeth are frequently found, however, ectopic lower third molars are uncommon, with obscure etiology and little described in the pertinent literature. Its location has been reported in the condylar, subcondylar, mandibular notch, angle and lower edge of the mandible. Due to the importance of therapeutic planning, adequate management and variety of clinical manifestations of this condition, this study aimed to report a clinical case of an ectopic lower third molar in the region of the mandibular notch, with increased radiolucency around the crown, in a male gender patient male, 28 years old and without symptoms. Radiographic follow-up may be indicated, however, in symptomatic patients or patients with associated pathological changes, extraction should be considered. Therefore, the treatment of choice was the extraction of tooth 38 under general anesthesia, intraorally approach, considering the dental position, radiolucency and morbidity associated with the surgery. The surrounding soft tissue was sent for anatomopathological analysis. The patient evolved uneventfully during the postoperative evaluation.

Keywords

Molar, Third; Tooth Eruption, Ectopic; Mandible.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dental resulta de um complexo processo de interação entre o epitélio oral e os tecidos subjacentes, que se inicia com a formação da lâmina dentária e finaliza com a erupção dental¹. O desenvolvimento dentário ocorre em três estágios: botão, capuz e sino. Estes termos são descritivos da morfologia do germe dental em desenvolvimento¹, representado por um conjunto de células epiteliais e ectomesenquimais precursoras do dente. Uma interação tecidual anormal durante esse desenvolvimento pode resultar em alterações de número, forma e localização dos germes dentais e na formação de dentes ectópicos². Uma variedade de genes é expressa durante o desenvolvimento dentário. O fator de transcrição *Lef-1* é um elemento chave na formação de padrões e na determinação do destino celular durante o desenvolvimento embrionário sendo expresso pela primeira vez em espessamentos epiteliais dentais e durante a formação do botão¹. A expressão ectópica deste fator de transcrição no epitélio oral está relacionada à formação de dentes ectópicos¹.

As ectopias dentais consistem em dentes que se desenvolveram em uma região afastada de sua posição normal na arcada dental^{1,3}, podendo estar envolvidos dentes supranumerários, decíduos ou permanentes⁴. A etiologia dessa alteração ainda é incerta, embora várias causas sejam sugeridas na literatura, incluindo distúrbios do desenvolvimento, traumas, obstruções ao crescimento da dentição, osso extremamente denso, persistência da dentição decídua, fatores genéticos, além de infecções e cistos odontogénicos^{1,3,5-8}. Alguns autores sugerem que eles são resultado de um desvio inicial de posição dos germes dentários^{3,8} e que existe relação entre o tipo de dente envolvido e a região anatômica onde ele se encontra⁵.

A presença deste fenômeno pode ocorrer em localização diversa na cavidade oral e, até mesmo em outras regiões do corpo³. Foram relatados casos de dentes ectópicos presentes no seio maxilar, processo condilar, processo coronóide, cavidade nasal, órbita, palato e pele⁹. As erupções dentais ectópicas envolvem, mais comumente, os primeiros molares superiores e os incisivos laterais inferiores¹⁰. Contudo, apesar de serem raros, existem relatos de terceiros molares ectópicos em processo coronóide¹¹⁻¹⁵, processo condilar^{2,10,16-19}, e região de ramo mandibular^{5,20}. Com relação aos terceiros molares inferiores ectópicos, tal alteração pode ser decorrente à falta de espaço entre o segundo molar e o ramo da mandíbula²¹ e/ou de uma desproporção entre a base da mandíbula e a direção do crescimento dos terceiros molares²².

Os poucos relatos de terceiros molares inferiores ectópicos encontrados na literatura dificultam levantamentos epidemiológicos com predileção de sexo, localização, sinais, sintomas e manejo ideal. Entretanto, nota-se uma maior prevalência desta condição em mulheres, e localização condilar, seguido pelo processo coronóide, incisura e ramo mandibulares²⁰. Com relação à sintomatologia, é possível identificar casos assintomáticos, porém, comumente são descritos casos com presença dor, aumento volumétrico, febre, sinusite, trismo, dificuldade mastigatória e disfunção na articulação temporomandibular^{4,8,15,18,23-25}.

A conduta clínica para essa anormalidade ainda permanece discutível, no entanto, 4 opções de tratamento foram sugeridas: (1) observação quando não se tem nenhuma sintomatologia ou patologia evidente; (2) eliminar a impactação mediante intervenção ortodôntica ou remoção de dentes decíduos/permanentes; (3) reposicionamento do dente ectópico com o auxílio da terapia ortodôntica ou cirúrgica; (4) extração em casos sintomáticos, associados ou não à patologias e impossibilidade de realizar os tratamentos anteriores¹⁴.

O presente relato de caso teve aprovação bioética por parte do Comitê de Ética em Pesquisa cujo número do CAAE 47136821.0.0000.0030 foi aprovado mediante parecer número 4.758.411. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de terceiro molar ectópico em região de incisura mandibular, enfatizando aspectos relevantes para o manejo dessa alteração e sua possível etiologia.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 28 anos de idade do sexo masculino buscou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial para remoção de dente 38 ectópico localizado em região de incisura mandibular esquerda, encontrado durante avaliação radiográfica de rotina para tratamento ortodôntico. Durante a anamnese, o paciente apresentou-se assintomático e nenhum sinal de alteração extra e/ou intraoral foi encontrado. A história médica não forneceu dados relevantes ao caso, o paciente não relatava traumas ou problemas odontológicos, senão a alteração de alinhamento dental e a não erupção dos dentes 28 e 38. Nenhum outro familiar apresentou história odontológica ou médica relevante.

Na radiografia panorâmica observou-se imagem compatível com o germe dental do elemento 38 invertido envolvido por uma área radiolúcida unilocular e localizado entre a incisura mandibular e a entrada do canal mandibular (Fig. 1). Considerando estas informações foram levantadas hipóteses de diagnóstico de folículo dental hiperplásico para a área radiolúcida, e ectopia para a localização do germe do dente 38. Diante disso, devido à possível alteração patológica associada ao germe do dente 38, foi indicada a remoção cirúrgica do dente 38 além do folículo dental com a finalidade de evitar complicações futuras como fraturas na região e danos às estruturas nervosas adjacentes.

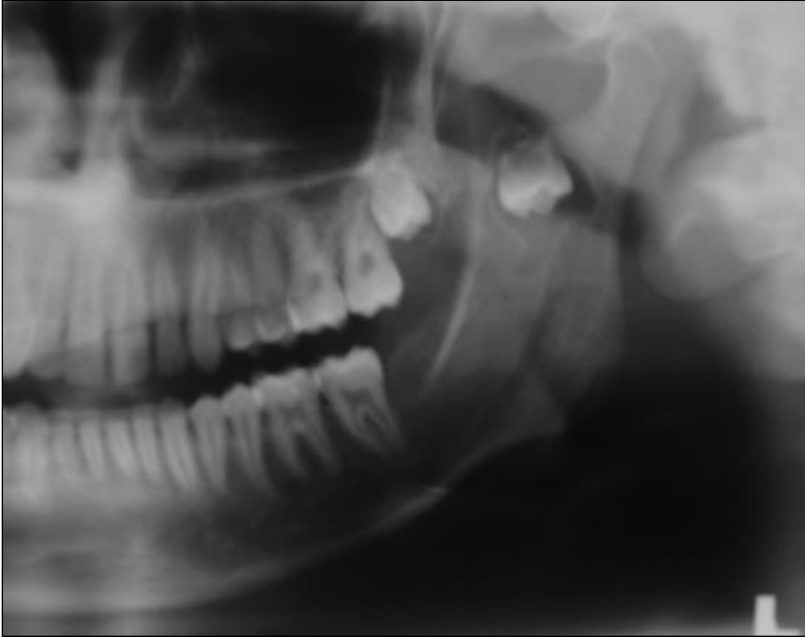


Fig.1. Exame radiográfico

Evidenciação em radiografia panorâmica de dente 38 invertido envolvido por área radiolúcida unilocular em região de incisura mandibular.

Devido à posição dentária de difícil acesso, radiolucência e morbidade associada à cirurgia, bem como à solicitação do paciente, uma vez que esse se apresentava muito apreensivo com o ato cirúrgico proposto, optou-se pela remoção sob anestesia geral por acesso intraoral. Realizou-se então uma incisão linear de aproximadamente 4 cm desde a porção mais superior do ramo ascendente da mandíbula até a distal do dente 37 com descolamento do retalho mucoperiosteal na porção lateral da mandíbula, expondo o ramo ascendente e parte do processo coronóide (Fig. 2A e B).

Após o afastamento do tecido mole na região, foi possível observar o dente, o qual foi removido juntamente com um tecido mole, localizado na região pericoronária, utilizando um descolador Molt e pinça hemostática curva seguido pela sutura (Fig. 2C, E e F). O

tecido mole removido foi encaminhado para avaliação anatomopatológica, e o diagnóstico definitivo foi de folículo pericoronário hiperplásico (Fig. 3). Não houve intercorrências no período pós-operatório imediato. O paciente realizou acompanhamento durante 12 meses após o procedimento, sem queixas.

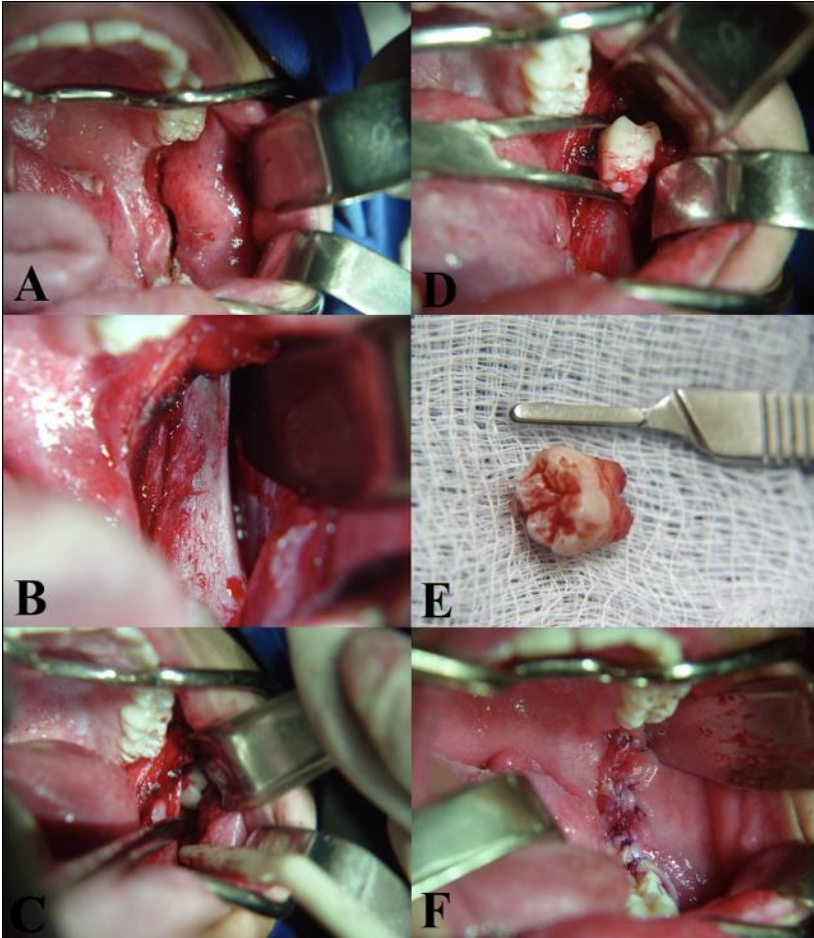


Fig. 2. Técnica cirúrgica.

(A) Incisão linear de aproximadamente 4 cm desde a porção mais superior do ramo ascendente da mandíbula até a distal do dente 37. (B) Descolamento do retalho mucoperiosteal na porção lateral da mandíbula, expondo todo ramo ascendente e parte do processo coronóide. (C) Afastamento do tecido mole na região onde se pode observar o dente. (D) Remoção do dente com auxílio do descolador Molt e pinça hemostática curva. (E) Elemento dentário ectópico. (F) Pós-operatório imediato.

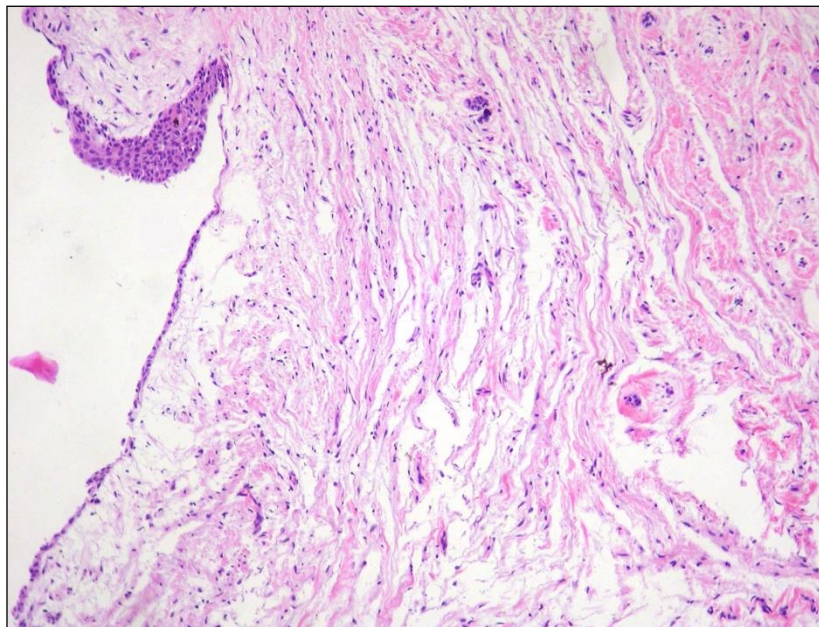


Fig. 3. Achados histopatológicos.

Aspectos histopatológicos do tecido mole mostrando a presença de epitélio reduzido do esmalte apresentando metaplasia escamosa e estroma fibroso contendo inúmeros cordões de epitélio odontogênico, quadro que somado aos achados radiográficos é compatível com folículo dentário hiperplásico (Hematoxilina & Eosina, aumento original 40x).

DISCUSSÃO

Os dentes ectópicos são definidos etimologicamente como “dentes fora de posição” e constituem um problema importante para o profissional da odontologia, uma vez que a ectopia associada a não erupção dental pode levar a alterações funcionais, reabsorções radiculares e formação de cistos, como o cisto dentífero e o cisto odontogênico ortoqueratinizado¹⁻³. Tendo em vista as consequências, torna-se necessário entender o

processo da ectopia para, inclusive, responder a diversos questionamentos sobre sua etiologia e a conduta clínica.

Os terceiros molares inferiores ectópicos foram localizados em diferentes regiões da mandíbula incluindo côndilo, subcôndilo, incisura mandibular, processo coronóide, ramo ascendente da mandíbula, ângulo da mandíbula e borda do corpo mandibular⁴. Devido a inexistência de uma classificação para a localização em casos de terceiros molares inferiores ectópicos, Wu et al.⁴ sugeriram uma nova classificação com base em suas localizações anatômicas em radiografias panorâmicas tornando a comunicação entre os profissionais da saúde mais clara e precisa. Para esta classificação, em uma radiografia panorâmica ou em imagens derivadas de tomografias computadorizadas de feixe cônico, quatro linhas são traçadas (a, b, c e d) para determinar quatro níveis diferentes (I, II, III e IV) relativos às localizações dos terceiros molares ectópicos (Fig. 4). As referências utilizadas para traçar as linhas foram distintas: (Linha a) é desenhada a partir do plano oclusal dos dentes mesiais ao terceiro molar ectópico, como segundo e/ou primeiro molar e o ponto de intersecção entre a esta linha e o ramo mandibular anterior foi definido como RMA (Ramo Mandibular Anterior); (Linha b) é desenhada em paralelo com a linha a e estendida a partir das pontas das raízes do segundo molar ou, em sua ausência, das raízes do primeiro molar; (Linha c) é desenhada perpendicular à linha b e tangenciando o longo eixo da face distal do dente mesial ao terceiro molar ectópico; (Linha d) é paralela à linha c e passa pelo ponto AMR. A área delimitada pelas quatro linhas foi definida como a região fisiológica para erupção do terceiro molar, portanto, terceiros molares que apresentam quaisquer partes dentro desta região são definidos como dentes impactados em vez de ectópicos e não são classificados segundo a nova classificação de Wu et al.⁴. Para a classificação de Wu et al.⁴ quanto nível do dente ectópico, a região mais superior da mandíbula que inclui as regiões condilar, subcondular, coronóide e incisura mandibular, delimitada pelas

linhas a e d, corresponde ao nível I (Fig. 4). A região que inclui o ramo mandibular, delimitada pelas linhas a, b e d, corresponde ao nível II (Fig. 4). A região abrangendo o ângulo da mandíbula, delimitada pelas linhas b e d, corresponde ao nível III e a região do corpo mandibular corresponde ao nível IV (Fig. 4). Assim sendo, no presente relato de caso o dente 38 localizava-se ao nível I.

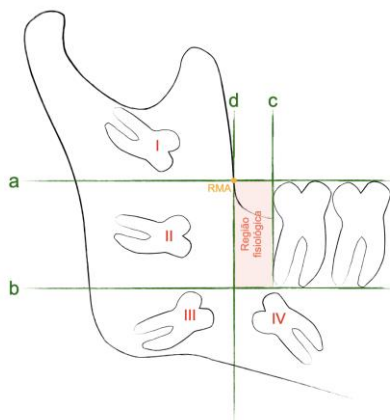


Fig. 4. Classificação para a localização em casos de terceiros molares inferiores ectópicos.

A linha a foi desenhada a partir do plano oclusal dos dentes adjacentes ao terceiro molar inferior ectópico. O ponto RMA foi obtido a partir da intersecção entre a linha a e o ramo mandibular anterior. A linha b foi desenhada a partir das pontas das raízes do segundo molar e paralela à linha a. A linha c foi desenhada perpendicular à linha b e tangenciando o longo eixo da face distal do dente mesial ao terceiro molar ectópico. A linha d foi desenhada paralela à linha c e passa pelo ponto AMR. A partir das áreas delimitadas pelas linhas foi possível determinar a região fisiológica para erupção do terceiro molar (delimitada pelas quatro linhas) e quatro níveis (I-IV) de localizações ectópicas para o terceiro molar inferior.

A etiologia das ectopias ainda não foi completamente esclarecida, e em muitos casos, não pode ser identificada¹⁴. É sugerido que eles seriam resultado de um desvio de posição dos germes dentários^{3,8}, existindo uma relação entre o tipo de dente envolvido e a região anatômica onde ele se encontra⁵. Com relação aos terceiros molares tal alteração pode ser decorrente à falta de espaço entre o segundo molar e o ramo da mandíbula²¹ e/ou de uma desproporção entre a base da mandíbula e a direção do crescimento dos terceiros molares²².

As teorias para explicar a localização ectópica dos terceiros molares inferiores incluem distúrbios no desenvolvimento do dente, deslocamento devido a condições patológicas, traumas ou atividades iatrogênicas¹². As causas deste quadro parecem ser diferentes e individuais, contudo a presença de cistos dentígeros e inflamações crônicas parecem ter um papel importante para seu aparecimento¹⁵, porque a pressão do fluido cístico, bem como a expansão causada podem provocar a migração do terceiro molar, que se torna ectópico¹². Outra teoria relacionada ao processo migratório do terceiro molar inferior refere-se à incorporação do germe dentário pelo tecido de crescimento ósseo do processo coronóide¹⁵. No presente relato de caso observamos a ausência radiográfica de um túnel radiolúcido assemelhando-se à uma via de migração anormal, que é característico de dentes ectópicos associados a patologias como cistos odontogênicos e quadros inflamatórios crônicos. Além disso, obtivemos o diagnóstico histopatológico de folículo pericoronário hiperplásico do tecido mole circunjacente ao dente 38. Dessa forma, possivelmente, a etiologia da ectopia deste relato caso está mais associado a distúrbio de desenvolvimento em detrimento de condições patológicas.

Sinais e sintomas são relatados na maioria dos casos de terceiros molares inferiores ectópicos, tais como: dor, tumoração, febre, sinusite, trismo, dificuldade na mastigação e disfunção na articulação temporo-mandibular^{8,18,23,24}, uma vez que a posição

anatômica do terceiro molar ectópico parece provocar pressão e irritação das fibras do músculo temporal e da mucosa oral durante a mastigação⁵. Entretanto há relatos de pacientes assintomáticos²⁶ como no presente relato, em que a alteração foi identificada ao acaso, durante exame radiográfico de rotina²⁵.

A remoção cirúrgica dos terceiros molares ectópicos na mandíbula deve ser criteriosamente indicada e cuidadosamente planejada^{16,26}. Os riscos de danos às estruturas nervosas, a componentes articulares, preocupações estéticas, defeitos de reconstrução pós-cirúrgico, e idade do paciente devem ser avaliados antes do tratamento visto que há um aumento significativo da morbidade cirúrgica à medida que os pacientes envelhecem²⁷. As possibilidades quanto as estratégias cirúrgicas incluem a execução de acessos intraorais ou extraorais, sendo que a via intraoral oferece campo suficiente, evitando a formação de cicatrizes extraorais, danos aos componentes da articulação e risco às estruturas neuronais, como o nervo facial¹⁶. Uma estratégia pré-operatória criteriosa é de suma importância para a segurança do procedimento²⁸. O exame de ressonância magnética (RM) pode ser um diferencial para avaliação pré-operatória da relação entre o terceiro molar ectópico e estruturas nervosas adjacentes com a finalidade de evitar iatrogenias aos nervos, contudo existe uma grande dificuldade quanto ao acesso aos aparelhos de RM e ao elevado custo do exame. Okuyama et al.²⁸ por meio de imagens tridimensionais usando o sistema SIMPLANT® conseguiu avaliar as vias nervosas, vasculares e dos tecidos duros. Tendo em vista as dificuldades inerentes à extração de um terceiro molar inferior ectópico e os riscos de lesão aos nervos adjacentes²⁸, tanto em abordagens intraorais quanto em abordagens extraorais a radiografia panorâmica, como exame complementar inicial, associada a imagens tridimensionais, a partir de tomografias computadorizadas, são essenciais para o diagnóstico, avaliação pré-operatória e planejamento cirúrgico. Situações em que não é possível realizar avaliações

tridimensionais, como no presente relato de caso, radiografias panorâmicas são indispensáveis para avaliação posicional do terceiro molar ectópico, identificar possíveis lesões patológicas adjacentes e avaliar a relação de proximidade do dente com o canal mandibular. Contudo, nos casos em que a radiografia panorâmica não apresenta informações suficientes, é possível solicitar outras radiografias extraorais planas, como a radiografia lateral oblíqua e a radiografia pósterio-anterior de mandíbula, para avaliar a relação dos terceiros molares ectópicos e estruturas adjacentes sob diferentes angulações com a finalidade de auxiliar no planejamento cirúrgico e aumentar a segurança dos procedimentos.

Para ectopias associadas a processos inflamatórios agudos ou lesões císticas é recomendada a remoção visando prevenir complicações futuras como: osteólise difusa, deformidades no processo condilar, ou reabsorções ósseas^{18,23}.

Em casos sem sintomatologia ou sem quadro de urgência, acompanhamento anual e o monitoramento do desenvolvimento da lesão são recomendados^{16,26}. Entretanto, deve-se considerar a possibilidade de infecções secundárias no terceiro molar, principalmente se impactado, e o possível surgimento de lesões como: cisto dentígero, cisto odontogênico ortoqueratinizado, queratocisto odontogênico ou ameloblastomas que podem causar sérias complicações, em especial a pacientes com desordens sistêmicas²⁹. No presente caso a remoção do dente ectópico e acompanhamento radiográfico foi indicada pela não viabilidade de erupção do dente, assim como para a realização da avaliação histopatológica para obter-se o diagnóstico definitivo para a área radiolúcida presente ao redor do dente⁵ e pela possibilidade de fratura do processo coronóide devido ao enfraquecimento dos pilares de força mandibulares pela presença da lesão¹⁶.

O método de remoção cirúrgica para terceiros molares inferiores ectópicos inclui conduta extraoral ou intraoral^{16,18} e, mais recentemente via endoscópica, embora este último necessite de

treinamento e instrumentação específica¹⁰. A abordagem mais comum para dentes próximos ao processo condilar é o acesso extraoral onde o acesso submandibular e pré-auricular é realizado¹⁹. Estes acessos externos têm a vantagem de apresentar um bom campo de visão no transcirúrgico, mas podem resultar em prejuízo estético pela formação de cicatriz e complicações tais como: dano a componentes da articulação, injúria ao nervo facial em casos de acesso pré-auricular, ou danos a ramificação marginal do sétimo nervo craniano no acesso submandibular¹⁸.

A conduta intraoral evita os problemas já citados, mas provê um campo cirúrgico pequeno se comparado ao acesso extraoral. Porém a remoção de lesões em região de processo coronóide é beneficiada pela conduta intraoral^{16,18} uma vez que há possibilidade de uma incisão maior ao longo do ramo ascendente da mandíbula fornecendo acesso suficiente à incisura mandibular, como menor possibilidade de gerar complicações ao paciente.

CONCLUSÃO

Em conclusão, terceiros molares ectópicos são incomuns e geralmente descobertos devido a sintomas, sinais clínicos ou ainda, acidentalmente, durante procedimentos de rotina. A etiologia das ectopias permanece obscura, visto que nenhum consenso foi alcançado. As principais causas estão: traumas, iatrogenias, infecções, condições patológicas e anomalias de desenvolvimento. O acompanhamento anual por meio de radiografias panorâmicas é necessário em casos assintomáticos, contudo, para casos sintomáticos ou com associação à condições patológicas, a remoção do elemento dentário é preconizada. O tratamento deve ser cuidadosamente planejado de acordo com a posição do dente e as possíveis sequelas cirúrgicas do

tratamento. Para um planejamento minucioso além das radiografias panorâmicas, imagens tridimensionais podem ser benéficas se disponíveis. No presente relato o acesso intraoral foi utilizado por ser mais conservador e menos traumático para o paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 Nanci A. Ten Cate's Oral Histology: Development, Structure, and Function. vol. 9. 9th ed. 2017.
- 2 Shivashankara C, Manjunatha BS, Tanveer A. Ectopic mandibular third molar in subcondylar region: Report of a rare case. *Oral Maxillofac Surg* 2012;16:153–5. <https://doi.org/10.1007/s10006-011-0284-7>.
- 3 Andreasen J, Petersen J, Laskin D. *Textbook And Color Atlas of Tooth Impaction: Diagnosis, Treatment And Prevention*No Title. Blackwell; 1997.
- 4 Wu Y, Song Y, Huang R, Hu J, He X, Wang Y, et al. Comprehensive analysis of ectopic mandibular third molar: A rare clinical entity revisited. *Head Face Med* 2017;13. <https://doi.org/10.1186/s13005-017-0157-x>.
- 5 Wang CC, Kok SH, Hou LT, Yang PJ, Lee JJ, Cheng SJ, et al. Ectopic mandibular third molar in the ramus region: report of a case and literature review. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology* 2008;105:155–61. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2007.04.009>.
- 6 Vij R, Goel M, Batra P, Vij H, JCDR SS research., 2015 undefined. Heterotopic tooth: an exceptional entity. *NcbiNlmNihGov* n.d.
- 7 Procacci P, Albanese M, Sancassani G, Turra M, Morandini B, Bertossi D. Ectopic mandibular third molar: report of two cases by intraoral and extraoral access. *Minerva Stomatol*

- 2011;60:383–90.
- 8 Fernandez MT, Terrones Meraz MA. Infected cyst in the coronoid process. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol* 1992;73:768. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(92\)90028-O](https://doi.org/10.1016/0030-4220(92)90028-O).
- 9 Yaseen S, Naik S, Uloopi K. Ectopic eruption - A review and case report. *Contemp Clin Dent* 2011;2:3. <https://doi.org/10.4103/0976-237x.79289>.
- 10 Suarez-Cunqueiro MM, Schoen R, Schramm A, Gellrich NC, Schmelzeisen R. Endoscopic approach to removal of an ectopic mandibular third molar. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003;41:340–2. [https://doi.org/10.1016/S0266-4356\(03\)00111-6](https://doi.org/10.1016/S0266-4356(03)00111-6).
- 11 Törenek K, Akgül HM, Bayrakdar IS. Ectopic Premolar Tooth in the Sigmoid Notch. *Case Rep Dent* 2016;2016:1–4. <https://doi.org/10.1155/2016/6426523>.
- 12 Chen CY, Chen YK, Wang WC, Hsu HJ. Ectopic third molar associated with a cyst in the sigmoid notch. *J Dent Sci* 2018;13:172–4. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2017.08.005>.
- 13 Adachi M, Motohashi M, Nakashima M, Ehara Y, Azuma M, Muramatsu Y. Ectopic Third Molar Tooth at the Mandibular Notch. *J Craniofac Surg* 2015;26:e455–6. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000001636>.
- 14 Wong YK. Ectopic molar near the coronoid process: Case report. 2007.
- 15 Hanisch M, Fröhlich LF, Kleinheinz J. Ectopic third molars in the sigmoid notch: Etiology, diagnostic imaging and treatment options. *Head Face Med* 2016;12:36. <https://doi.org/10.1186/s13005-016-0133-x>.
- 16 Wassouf A, Eyrieh G, Lebeda R, Grätz KW. Surgical removal of a dislocated lower third molar from the condyle region: case report. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 2003;113:416–20. <https://doi.org/10.5167/uzh-1568>.
- 17 Iglesias-Martin F, Infante-Cossio P, Torres-Carranza E,

- Prats-Golczer VE, Garcia-Perla-Garcia A. Ectopic third molar in the mandibular condyle: A review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012;17:1013–7. <https://doi.org/10.4317/medoral.17864>.
- 18 Medici A, Raho MT, Anghinoni M. Ectopic third molar in the condylar process: Case report. *Acta Biomed l'Ateneo Parm* 2001;72:115–8.
- 19 Tümer C, Eset AE, Atabek A. Ectopic impacted mandibular third molar in the subcondylar region associated with a dentigerous cyst: A case report. *Quintessence Int (Berl)* 2002;33:231–3.
- 20 Diana C, Bodh R, Sharma P, Verma A. High lingual split access osteotomy for ectopic third molar in mandibular ramus region – A case report and literature review. *J Oral Biol Craniofacial Res* 2019;9:187–9. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2018.06.004>.
- 21 Capelli J. Mandibular growth and third molar impaction in extraction cases. *Angle Orthod* 1991;61:223–9. [https://doi.org/10.1043/0003-3219\(1991\)061<0223:MGATMI>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1043/0003-3219(1991)061<0223:MGATMI>2.0.CO;2).
- 22 Richardson ME. The early developmental position of the lower third molar relative to certain jaw dimensions. *Angle Orthod* 1970;40:226–30. [https://doi.org/10.1043/0003-3219\(1970\)040<0226:TEDPOT>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1043/0003-3219(1970)040<0226:TEDPOT>2.0.CO;2).
- 23 Szerlip L. Displaced third molar with dentigerous cyst--an unusual case. *J Oral Surg* 1978;36:551–2.
- 24 Anagnostopoulou S. Ectopic third molar. *Oral Surgery, Oral Med. Oral Pathol.*, vol. 71, Mosby; 1991, p. 522–3. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(91\)90449-M](https://doi.org/10.1016/0030-4220(91)90449-M).
- 25 Findik Y, Baykul T. Ectopic third molar in the mandibular sigmoid notch: Report of a case and literature review. *J Clin Exp Dent* 2015;7:e133–7. <https://doi.org/10.4317/jced.51871>.
- 26 Chongruk C. Asymptomatic ectopic impacted mandibular

- third molar. *Oral Surgery, Oral Med. Oral Pathol.*, vol. 71, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 1991, p. 520. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(91\)90446-J](https://doi.org/10.1016/0030-4220(91)90446-J).
- 27 Bruce RA, Frederickson GC, Small GS. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. *J Am Dent Assoc* 1980;101:240–5. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1980.0183>.
- 28 Okuyama K, Sakamoto Y, Naruse T, Kawakita A, Yanamoto S, Furukawa K, et al. Intraoral extraction of an ectopic mandibular third molar detected in the subcondylar region without a pathological cause: A case report and literature review. *Cranio - J Craniomandib Pract* 2017;35:327–31. <https://doi.org/10.1080/08869634.2016.1240466>.
- 29 Burton DJ, Scheffer RB. Serratia infection in a patient with bilateral subcondylar impacted third molars and associated dentigerous cysts: Report of case. *J Oral Surg (Chic)* 1980;38:135–8.

Anexos

NORMAS DA REVISTA

Revista Medicina (Ribeirão Preto)

3.3 RELATO DE CASO

As submissões para esta seção deverão ser feitas seguindo a diretriz [CARE](#).

Deve-se inicialmente apresentar o caso, descrever os procedimentos diagnósticos e apresentar as imagens relativas a exames complementares histopatológicos ou de imagem.

Os autores devem enfatizar os aspectos inovadores ou inusitados do caso, que o diferenciam de alguma forma e justificam sua publicação, como nos exemplos a seguir:

1. Apresentação clínica incomum de uma doença comum que tenha dificultado o seu diagnóstico;
2. Doença rara na qual o diagnóstico diferencial deve ser apontado;
3. Doença comum de tratamento ainda não consolidado.

A CONEP deliberou [documento](#) obrigando a presença de TCLE previamente aprovado para relato de caso. Nos casos de óbito, mesmo assim deverá ser aprovado pelo CEP tal pedido solicitando formalmente dispensa do TCLE.

4. SEÇÕES DO MANUSCRITO

Apresentamos abaixo os requisitos gerais para todos os tipos de manuscritos a serem submetidos à revista Medicina (Ribeirão Preto).

4.1 FOLHA DE ROSTO/PÁGINA INICIAL

Incluir os itens abaixo:

a. Título do artigo no idioma da submissão e em língua inglesa – sucintos, chamativos e representativos do conteúdo do manuscrito (não há um limite rígido para o tamanho do título);

b. Título abreviado/resumido no idioma da submissão (limitado a até 50 caracteres incluindo letras e espaços);

c. Nome completo dos autores, separados por vírgula, na ordem em que devem aparecer na versão final, com indicação de afiliação por meio de número sobrescrito;

d. Afiliação (Instituição, cidade, estado, país) dos autores, precedidos de números sobrescritos correspondentes;

Ex: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Pediatria, Ribeirão Preto, SP, Brasil;

e. Titulação (título máximo de pós-graduação, atividade profissional e/ou acadêmica relevante) e URL completa do registro no ORCID ID;

f. Indicação sobre as contribuições específicas de cada autor para o trabalho submetido, inserindo as iniciais dos autores envolvidos em cada uma das tarefas listadas, Conforme descrito em *REQUISITOS DE AUTORIA*

g. Informar as fontes de apoio ou financiamento que tenham contribuído para o desenvolvimento do trabalho;

h. Na seção de agradecimentos incluir os "não autores" Informando abaixo do seu(s) nome(s) uma breve descrição das contribuições específicas à pesquisa.

Observação: Será considerado para indexação o vínculo profissional mais forte para autores com mais de uma afiliação institucional.

4.2 RESUMOS

Os autores precisam garantir que o resumo represente com precisão o conteúdo do texto.

Artigos originais, revisões sistemáticas e metanálises requerem resumos estruturados (objetivos, métodos, resultados e conclusões); ensaios clínicos incluirão os itens que o grupo [CONSORT](#) identifica como essencial. Relatos de caso requerem resumos "não-estruturados", que descrevem de forma sucinta e objetiva o artigo, sua importância clínica, desfechos e conclusão sumária em um único parágrafo. Recomendamos o limite de até **400 palavras** no resumo.

4.3 PALAVRAS-CHAVE / DESCRITORES

Incluir, após o resumo e abstract, entre 3 e 5 palavras-chave e keywords separadas por ponto e vírgula. Os descritores deverão ser obtidos, obrigatoriamente, no vocabulário [DeCS](#) e/ou [MeSH](#).

4.4 TEXTO (PADRONIZAÇÃO)

O texto de um manuscrito só pode ser aceito como um arquivo do Microsoft Word criado com o MS Word como um documento ".doc" ".docx" ou ".rtf".

No arquivo da versão a ser submetida use de preferência a fonte Arial, tamanho 12 com espaçamento simples; inclua o título, resumo e palavras-chave (no idioma da submissão e em língua inglesa), texto (estruturado conforme a categoria do manuscrito contendo as tabelas e figuras) e referências.

Não identifique no corpo do texto informações dos autores e instituição à qual pertencem de forma a assegurar uma revisão cega.

Observar os quantitativos de palavras recomendadas do texto principal no quadro de resumo.

4.5 TABELAS

As tabelas capturam informações de maneira concisa e as exibem eficientemente e não deverão conter dados previamente informados no texto. Sugerimos limitar o número máximo de tabelas conforme o quadro de resumo.

São inseridas no texto principal, numerando-as sequencialmente, juntamente com seus títulos e enviadas no Word (.doc) ou Excel (.xls), não como uma imagem.

O título da tabela deve ser claro, explicativo e deve ser colocado acima da mesma, no canto superior esquerdo, logo após a palavra "Tabela" acompanhada de sua numeração (Tabela 1, Tabela 2, etc).

Os marcadores (*, †, ‡, §, //, ¶, #, **, ††, etc) são indicados no rodapé da tabela.

Linhas verticais e diagonais não devem ser usadas em tabelas; em vez disso, recuo e espaço vertical ou horizontal devem ser usados para agrupar dados.

4.6 FIGURAS (FOTOGRAFIA, GRÁFICO, IMAGEM ENTRE OUTROS)

As Figuras incluem ilustrações, imagens, esquemas ou qualquer outro elemento gráfico que não seja uma tabela e devem ser numeradas de forma sequencial com chamadas no texto. Sugerimos limitar o número máximo de figuras conforme o quadro de resumo.

O título da figura deve fornecer explicação de maneira concisa de forma que o leitor compreenda do que se trata sem necessidade de se remeter ao texto. As legendas acrescentam informações sobre aspectos das figuras que necessitem detalhamento. Observe que não deve haver título na parte superior da figura.

É de responsabilidade do(s) autor(es) obter permissão do detentor dos direitos autorais para reproduzir figuras (ou tabelas) que foram publicadas anteriormente em outros lugares.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito.

Utilizar figuras em alta resolução (mínimo de 300 dpi), nos formatos JPG, GIF ou TIFF. Caso sejam enviadas figuras com resolução inadequada, os autores serão convidados a substituí-la por outra de melhor qualidade.

4.7 ABREVIACÕES E NOMENCLATURAS

Quando se mencionar pela primeira vez um termo a ser abreviado, deve-se descrevê-lo inteiramente e a seguir escrever a abreviação apropriada entre parênteses. Não use abreviações no título e limite seu uso no resumo e no texto.

Encorajamos o uso de unidades do sistema internacional de medidas (SI): s por segundo; min por minuto; h por hora; L por litro; m por metro; nomes de espécies (por exemplo, *Homo sapiens*), genes, mutações, genótipos e alelos devem estar em itálico.

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser relatadas em unidades métricas (metro, quilograma ou litro) ou em seus múltiplos decimais.

4.8 REFERÊNCIAS

Os autores devem fornecer referências diretas de fontes originais de pesquisas sempre que possível. Listas menores de trabalhos "originais-chave" muitas vezes servem tão bem quanto listas mais exaustivas de referências.

As citações ao longo do texto são feitas por números em sobrescrito antes da pontuação, sem espaços:

De acordo com Moura¹⁵, o índice de vacinação...

...de forma significativa¹. (detalhe importante: observar que o ponto é inserido após a citação).

...foi descrita considerando alérgenos inalados²², na ocasião... (a vírgula deverá ser inserida após a citação).

Se duas ou mais referências forem citadas em sequência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, separadas por um traço (exemplo:⁷⁻¹¹).

As referências ficam organizadas de acordo com a ordem em que são citadas no texto e padronizadas no estilo Vancouver.

Sugerimos limitar o número máximo de referências conforme o quadro de resumo.

4.9 QUADRO RESUMO

Tipo de artigo	Nº de autores	Título (nº max. Caracteres)	Resumo (nº máximo de palavras)	Texto principal (nº máximo de palavras)	Nº de tabelas / figuras	Referências
Artigo original	8	Sem limite	400	7000	8	40
Artigo de revisão	6	Sem limite	400	7000	8	80
Relato de caso	6	Sem limite	400	3000	6	20
Demais categorias	6	Sem limite	400	7000	10	50

Observação: estes valores indicados no quadro servem como referências para a redação dos artigos. Caso haja necessidade, os autores devem justificar em carta aos editores, quaisquer mudanças desses parâmetros.

Decisão Editorial

Notificações



[RMRP] Decisão editorial

2021-11-22 12:11

Jessica Ishii, Jonas Dantas Batista, Roberto Massayoshi Gondo, Plínio Eduardo Celiac de Melo, Clovis Martins Silva, Flaviana Soares Rocha:

Nós chegamos a uma decisão referente a sua submissão para o periódico Medicina (Ribeirão Preto), "Terceiro Molar Ectópico em Incisura Mandibular: Relato de Caso".

Nossa decisão é de: Aceitar a Submissão