



# *CIRURGIA EM ODONTOPEDIATRIA*

*Frenectomia lingual - Ulectomia - Dentes  
anquilosados*

Professora: Daniela P. Raggio  
Tutora: Jenny Abanto

# Avaliação clínica



- História clínica sistêmica e pregressa
- Físico: crescimento / desenvolvimento
- Patologias bucais, cronologia de erupção, ausência e retenção de dentes, assimetria alveolar ou facial
- Exame local físico: Sinais X Sintomas

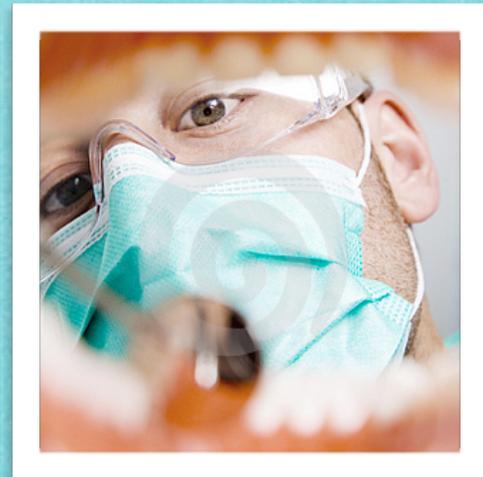




# Princípios básicos



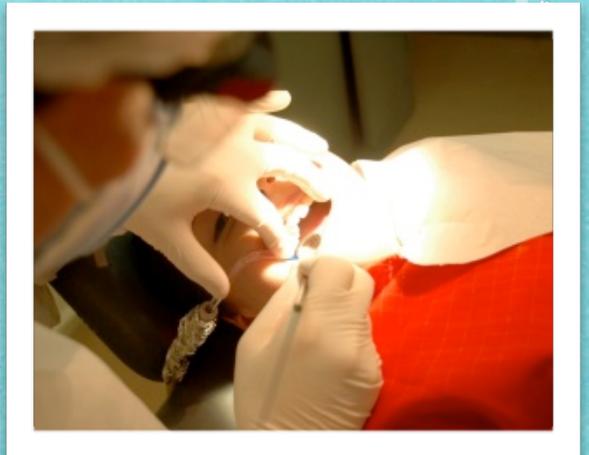
- **Condicionamento psicológico:** tanto da criança (muda a cada faixa etária) quanto dos pais.
- **Diagnóstico correto** por ser um processo irreversível.
- **Medidas de assepsia e antissepsia.**
- **Instrumental e técnica adequados.**
- **Necessidade e oportunidade cirúrgica.**



# Planejamento Cirúrgico



- Diagnóstico definido (necessidade cirúrgica).
- Exames complementares: imagem (Rx panorâmica, intra-extra bucais, tomografia, etc) e sanguíneos.
- Oportunidade cirúrgica: depende da saúde local, sistêmica e psicológica do paciente.
- Inoportunidade cirúrgica: cardiopatas, hepatopatas, diabéticos, herpes labial, gripe, febre, etc.





# FRENECTOMIA LINGUAL



▶ **ANQUILOGLOSSIA:** encurtamento anormal do freio lingual ou persistência da inserção próxima a ponta da língua.

**Indicação após dentição decídua completa quando:**

▶ **Problemas na fala (32%):**

- Falha na articulação das palavras.
- Afeta expressão de consoantes alvéolo-linguais e dento-linguais.
- Importante o diagnóstico interdisciplinar, odontológico e fonoaudiológico.

▶ **Problemas mecânicos (14%):**

- Inabilidade para efetuar autolimpeza oral interna/limitação de movimentos.
- Dificulta hábito de lamber os lábios e tocar instrumentos de sopro.

▶ **Problemas no crescimento mandibular:**

- Anquiloglossia severa pode causar mordida aberta ou prognatismo.

## ▶ TÉCNICA:

- Diagnóstico multiprofissional: dentista e fonoaudiólogo.
- Anestesia pterigomandibular unilateral (prévio anestésico tópico).
- Anestesia de complementação do lado oposto prévia transfixação pelo lado anestesiado.
- Imobilização da língua com fio de sutura ou tentacânula.
- Incisão do frênulo lingual na região media com tesoura de ponta fina.
- Debridamento perpendicular e paralelo ao plano oclusal com tesoura de ponta romba.
- Sutura com pontos isolados e começando entre assoalho e dorso lingual





# ULECTOMIA



- ▶ **ULECTOMIA:** remoção cirúrgica da mucosa gengival que recobre dentes não irrompidos.
  
- ▶ **INDICAÇÕES:**
  - atraso na erupção sem causa aparente;
  - fibrose gengival (por alteração na cronologia de erupção, seqüela de trauma, roce com antagonista);
  - dentes parcialmente irrompidos ou erupção lenta;
  - após cirurgia de supranumerários;
  - cistos de erupção (opção por ulotomia - incisão).
  - **OBS.** Avaliar uso de medicamentos que produzam fibrose, relatos de trauma, avaliar cronologia e seqüência de erupção, presença de corpo estranho na Rx ou imagem sugestiva de anquilose.

## ▶ TÉCNICA:

- Anestesia infiltrativa vestibular, intrapapilar e palatina/lingual (prévia tópica) e afastada da circunferência que limita o dente.
- Demarcação da incisão: sonda periodontal ou hollenback ou explorador (microperfurações por vestibular e palatina)
- Incisão: circunferencial ou elíptica, expondo o bordo incisal ou face oclusal (bisturí número 15).
- Guiar-se pela margem gengival dos dentes vizinhos. Nunca incisar na mucosa livre que é lisa.
- Expor somente o bordo incisal todo ou face oclusal do dente, nunca a face vestibular já que seria iatrogênico e pode depois ocasionar perda gengival óssea.
- Osteotomia com cinzel goiva só se necessário, se apresentar camada óssea.
- Curetagem (limpeza da ferida) e proteção com cimento cirúrgico (min. 48hs).





# DENTES ANQUILOSADOS



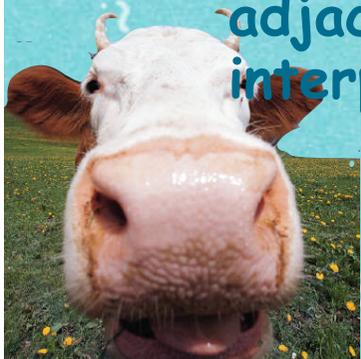
- ▶ **Conceito:** fusão anatômica do cimento ou dentina radicular ao osso alveolar, causando interrupção no ritmo de erupção do dente. Maior prevalência em molares decíduos inferiores.
- ▶ **Características clínicas/radiográficas:**
  - Localização abaixo do plano normal de oclusão, ausência de mobilidade, som característico à percussão / diminuição do espaço pericementário.
- ▶ **Classificação:**
  - Leve: coroa 1 a 2mm abaixo do plano oclusal.
  - Moderada: metade da coroa abaixo do plano oclusal.
  - Severa: coroa parcialmente coberta por tecido mole.
  - Quanto mais precoce se apresenta a anquilose na erupção, mais severa será a anquilose.

## ▶ Tratamento:

- Conservador: aumento da coroa clínica com resina composta para estimular a rizólise. Geralmente em anquilose leve a moderada.
- Cirúrgico: exodontia, em anquiloses severas.
- O tratamento depende do tipo de anquilose e estágio de desenvolvimento do germe do sucessor permanente. Se o sucessor permanente estiver em um estágio de Nolla avançado é melhor o cirúrgico.

## ▶ Principais seqüelas:

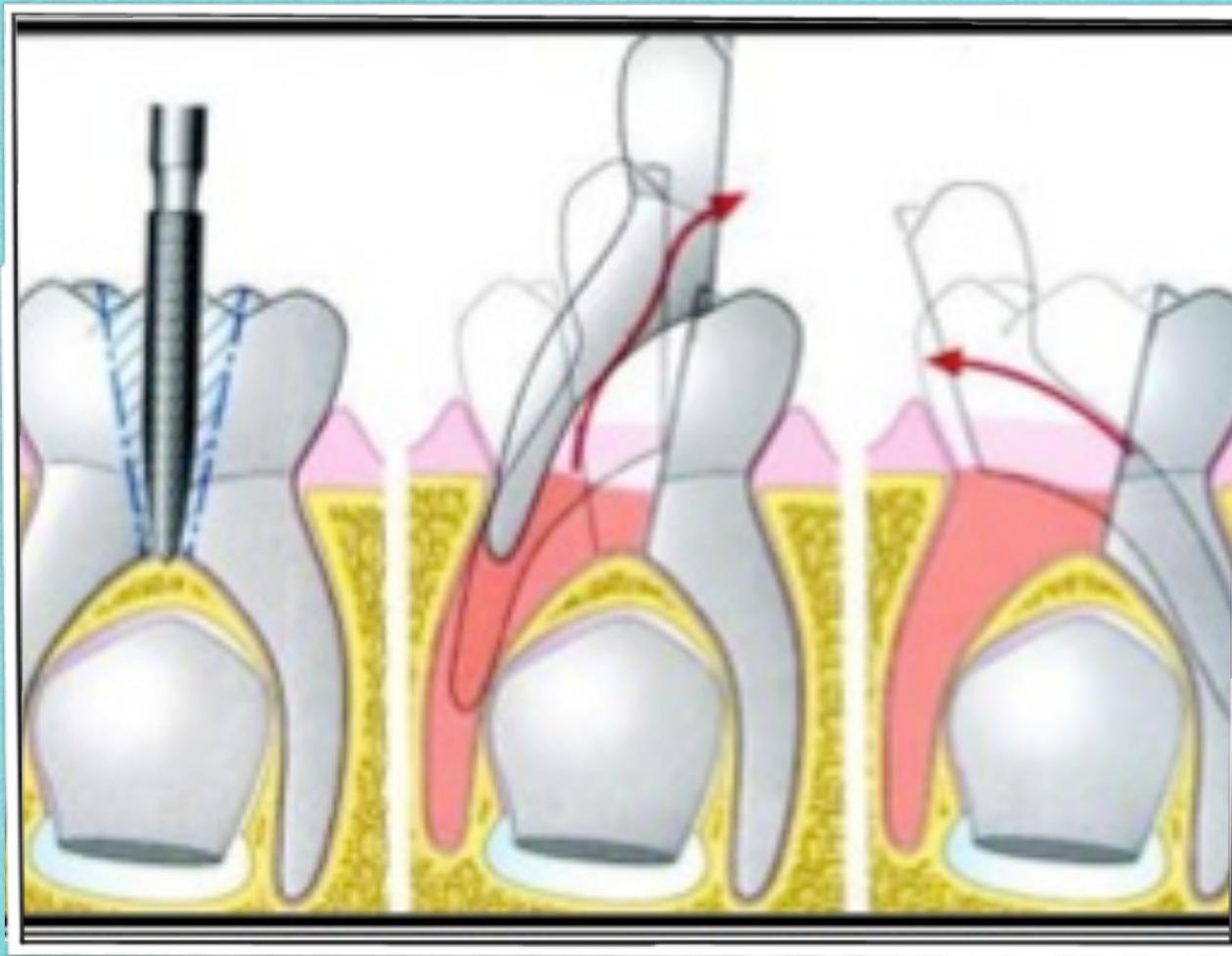
- atraso da esfoliação do decíduo e na erupção do permanente sucessor; alteração da trajetória de erupção do permanente sucessor; desenvolvimento da maloclusão; inclinação de dentes adjacentes; extrusão do elemento antagonista; hábitos de interposição da língua; retenção de placa; impactação alimentar.



## ▶ TÉCNICA EM MOLAR INFERIOR DECÍDUO:

- Primeiramente devemos fazer o diagnóstico e solicitar Rx Panorâmica e periapical.
- Anestesia pterigomandibular com complementação bucal se necessário (prévia tópica).
- Se as raízes do decíduo estão abraçando o germe do permanente, o melhor é fazer a odontosseção com acesso sempre por vestibular, onde é feita também a osteotomia, para não colocar em risco a integridade do permanente. Do contrário pode ser optar por uma exodontia convencional.
- A osteotomia é feita com broca redonda multilaminada por vestibular com movimentos pendulares expondo a coroa inteira.
- Posteriormente, usar uma broca tipo ponta de lápis diamantada e fazer a odontosseção (irrigar sempre com soro fisiológico).
- Clivagem: separar as raízes do dente com o elevador infantil reto, som de quebramento.
- Sutura simples e acompanhamento clínico e Rx.





ODONTOSSECÇÃO