



ULECTOMIA / ULOTOMIA

Autora: Lívia Beatriz Sampaio de Almeida

Orientador: Prof^a. Me. Nathália Sampaio de Almeida

Curso: Odontologia Período: 9º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde

Resumo: Ulectomia e Ulotomia são procedimentos realizados em crianças ou adolescentes. Quando o dente está em processo irruptivo e surge algum obstáculo (gengival ou óssea), impedindo o surgimento do dente na cavidade. Necessitando então de uma intervenção, através de um procedimento cirúrgico, removendo esse obstáculo e permitindo então a correta erupção do dente.

Palavras-chave: Odontopediatria. Ulotomia. Ulectomia. Atraso na erupção. Dente impactado.

1. INTRODUÇÃO

O termo erupção derivado do latim *erupptione*, significa a saída com ímpeto. Contudo, representa uma das etapas de todo um fenômeno que se estabelece particularmente com o rompimento do pedículo que une o germe dentário à lâmina dentária na fase de campânula e acompanha por toda a vida o órgão dentário, passando pela migração intraóssea até a posição final na cavidade oral (FERREIRA, 2015).

De acordo com Nelson e Ash (2012) a erupção dos dentes decíduos ocorre entre o sexto mês de vida até o trigésimo, podendo levar de 2 a 3 anos para que a dentição se complete, iniciando pela calcificação inicial do incisivo central até a conclusão das raízes do segundo molar. As crianças podem apresentar retardo ou precocidade nas erupções dentárias.

A ruptura dos dentes, decíduo ou permanente, na cavidade oral é um desenvolvimento fisiológico conhecido como erupção dentária. Nela, ocorre o evento do afastamento do pedículo, que une o germe dentário à lâmina dentária, e a partir dos seis anos de idade os dentes permanentes começam a evoluir (GUEDES-PINTO, 2010).

Tendo sua origem na lâmina dentária, Issáo e Guedes-Pinto (2012) explicam que o germe dentário passa por várias transformações morfológicas, que se dividem em fase de botão, fase de capuz, fase de campânula, fase de coroa ou campânula avançada e fase de raiz. A ausência de dentes ou a presença de supranumerário, bem como tumores, cisto de erupção, hipotireoidismo e fibrose gengival podem modificar este desenvolvimento fisiológico.

Em razão da implicação estética, a impacção de incisivos superiores na fase da dentição mista está entre as maloclusões que mais afligem pais e crianças, o que o torna um grande desafio clínico (SOUZA *et al.*, 2021).

Quando ocorre algum impedimento para um dente irromper, grande parte das vezes o cirurgião-dentista utiliza de recursos cirúrgicos no intuito de facilitar a erupção dos dentes decíduos e permanentes, os mais usuais são a ulectomia e a ulotomia (ISSÁO; GUEDES-PINTO, 2012).

O objetivo deste trabalho é apresentar a relevância do diagnóstico correto, nos casos de atraso na erupção dentária, por meio das principais características clínicas e radiográficas, e as formas de tratamento para se obter resultados favoráveis e a correta acomodação do dente impactado na cavidade bucal.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

O conhecimento do processo evolutivo dos dentes e dos arcos dentários desde a fase embrionária até a sua completa formação é necessária para a compreensão do desenvolvimento da dentição decídua, pois com o conhecimento do desenvolvimento embrionário normal, é possível identificar as alterações fisiológicas que podem ocorrer durante o desenvolvimento e crescimento humano (FERREIRA, 2015).

Historicamente, o termo erupção era usado para indicar a emergência do dente através da gengiva, mas passou a definir de forma mais completa, a movimentação dentária contínua do germe dentário, até o contato oclusal (NELSON; ASH, 2012).

Os períodos de crescimento do germe dentário podem ser organizados nos seguintes estágios: iniciação, etapa do broto dentário ou botão dentário; proliferação, quando ocorre a formação do germe dentário, conhecida como fase de capuz; histodiferenciação e morfodiferenciação, início da formação do esmalte e da dentina; e aposição, caracterizada pela etapa da coroa (FERREIRA, 2015).

A erupção dentária ocorre a partir da formação do dente, migrando da sua posição intraóssea para a posição funcional na cavidade bucal. E o processo de erupção dentária se estende por três fases: a primeira, é a fase pré-eruptiva, em que se dá a formação da coroa dentária, a segunda fase, é a fase eruptiva pré-funcional, onde se inicia a formação radicular, ocorrendo movimentos intraósseo do dente até à superfície da cavidade oral. Por fim, a terceira fase, definida como fase eruptiva funcional, que inicia quando se estabelece o contato com os antagonistas e o dente oclui na cavidade oral (DOMINGUES, 2018).

A irrupção da dentição decídua ocorre entre o sexto e o trigésimo mês de vida pós-natal. Leva-se de 2 a 3 anos para que essa dentição se complete, começando com a calcificação inicial do incisivo central até a conclusão das raízes do segundo molar (NELSON; ASH, 2012).

Porém, não é possível definir um tempo exato para essa formação, calcificação e irrupção dos dentes, esse evento sofre diversas influências: genética, condições (pré-termo, a termo e pós-termo), aleitamento, sexo, nutrição, nível socioeconômico, etnia, síndrome, condições sistêmicas, região geográfica, surgindo assim diferentes períodos de erupção dentária entre cada indivíduo (ALVES, 2020).

Segundo Patrício *et al.* (2021) crianças que apresentam atraso na correta cronologia da erupção dentária geralmente são crianças, prematuras, baixo peso, desnutridas e crianças alimentadas com mamadeira com fórmulas. Podendo também alguns fatores sistêmicos, étnicos e distribuição geográfica afetar no retardo da erupção dos dentes humanos. Fatores locais que podem atrasar a erupção dos dentes se dá pela presença de

“dentes supranumerários, tumores odontogênicos e não odontogênicos, fenda palatina, maxilares atróficos, anquilose dos dentes decíduos, traumatismo dentário, erupção ectópica e inexistência de reabsorção dos dentes decíduos”.

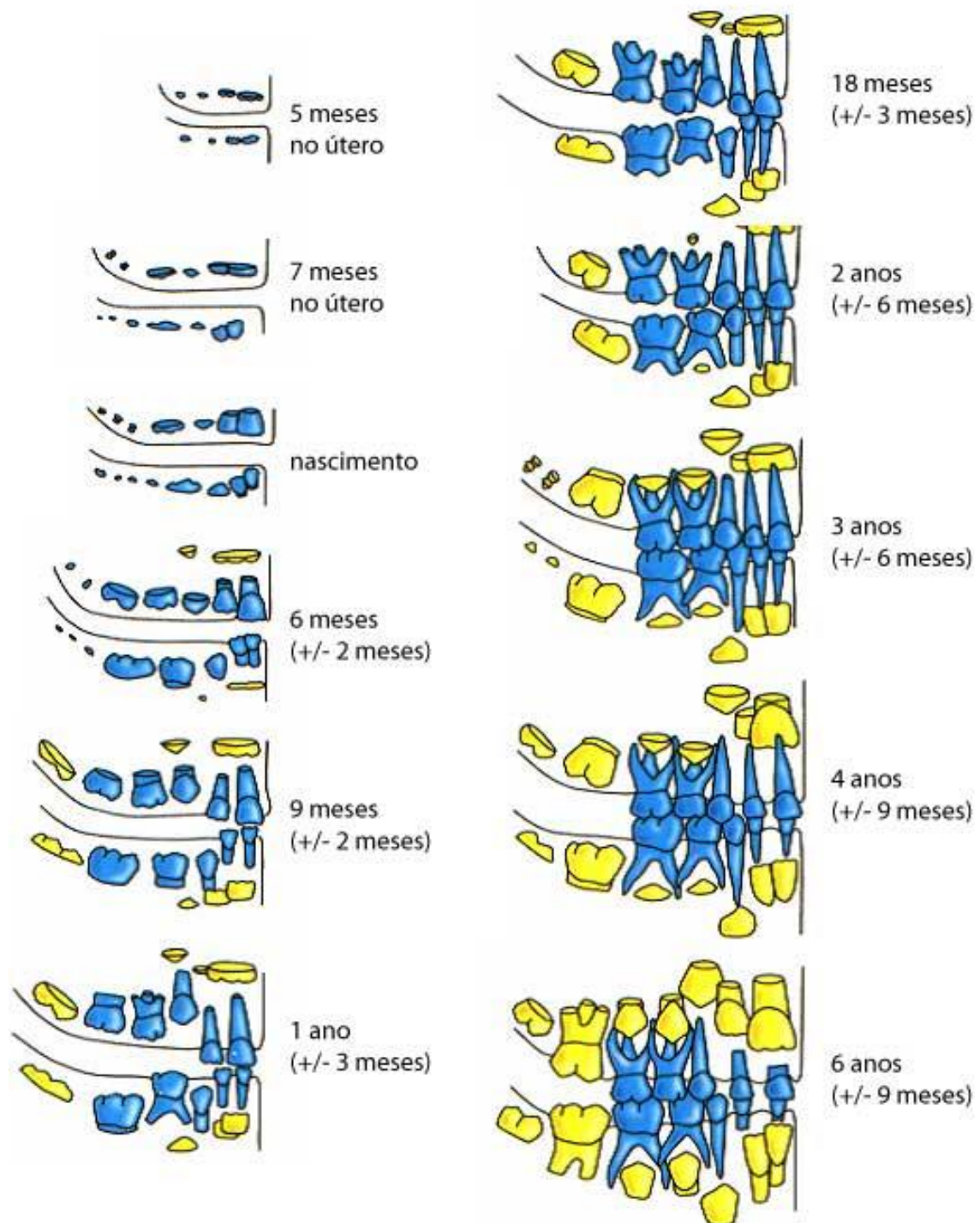
O conhecimento da erupção dos dentes decíduos é fundamental, os dentes decíduos são importantes para o bom desempenho das funções mastigatória, articulação, fonação e oclusão (Fig. 1). A participação dos dentes decíduos durante o crescimento e desenvolvimento da altura dos arcos dentais, na respiração e na harmonia estética da criança. Assim, é importante a sua manutenção até a época normal de esfoliação, para o desenvolvimento dos maxilares e músculos da face, atuando como guia para os dentes permanentes irromperem em posição correta (FERREIRA, 2015).

A irrupção da dentição decídua através da mucosa alveolar, é um momento importante para o desenvolvimento do comportamento motor oral e para a aquisição das habilidades mastigatórias. Neste período do desenvolvimento, a presença de problemas “nos dentes” sugere, podendo afetar o desenvolvimento de mecanismos neurocomportamentais futuros, incluindo os movimentos mandibulares e a mastigação (NELSON; ASH, 2012).

Quando algum problema ocorre durante a erupção dentária normal, é necessário a intervenção de um cirurgião dentista ou odontopediatra para realizar um procedimento cirúrgico (ulotomia ou ulectomia). De uma forma geral, os procedimentos cirúrgicos realizados em cirurgia em pacientes odontopediátricos,

seguem as mesmas normas que os procedimentos cirúrgicos em adultos. A especificidade e atenção que estes pacientes requerem, prende-se essencialmente com a ansiedade e medo associados à consulta no dentista, e, não ao procedimento propriamente dito, sendo necessário que o dentista esteja preparado para estas situações e apto a aplicar técnicas de controle de comportamento (PIRES, 2017).

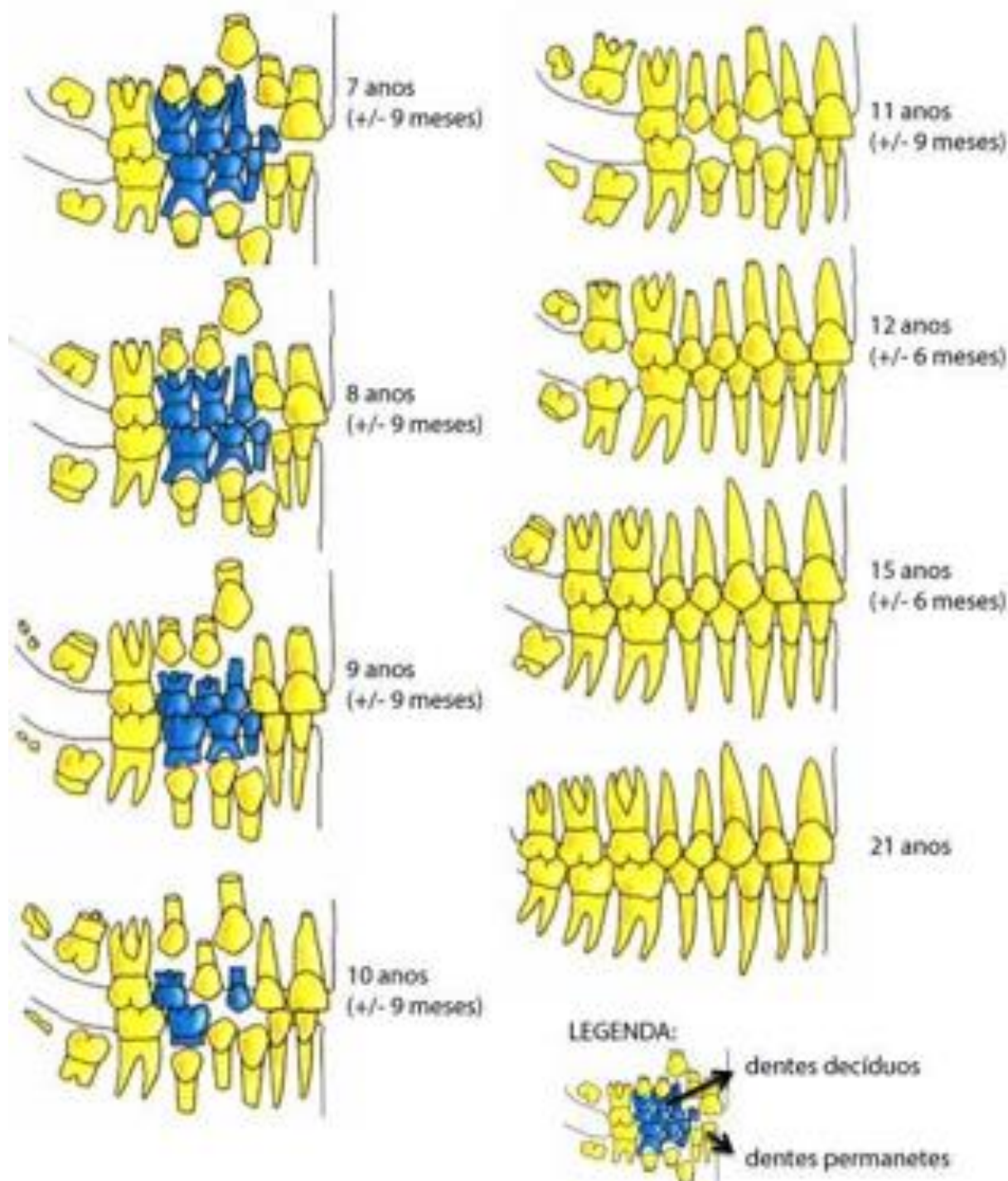
FIGURA 1 – Desenvolvimento da dentição humana até o sexto ano de idade



Fonte: Schour e Massler (1941).
Dentes decíduos em azul e permanentes em amarelo.

As fases e estágios da ordem eruptiva precisam ser obedecidas para haver uma oclusão normal, uma irregularidade pode provocar complicações na erupção dentária e, conseqüentemente, maloclusões no futuro (Fig. 2). É crucial apurar, através de anamnese e exames clínicos minuciosos, a razão da ausência de um ou mais dentes, ou o retardo em sua erupção. (ARNAUD *et al.*, 2014).

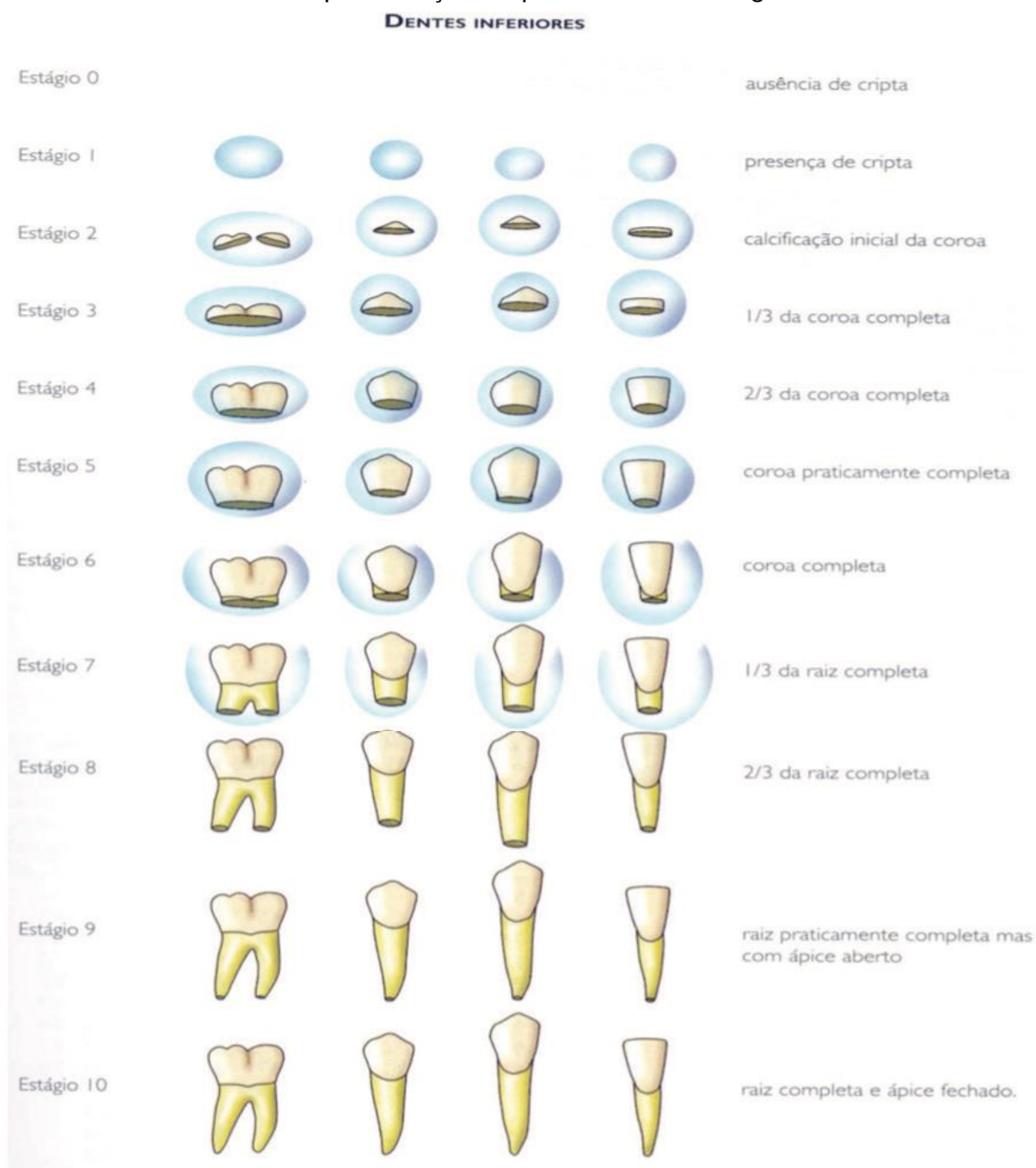
FIGURA 2 – Desenvolvimento da dentição humana até os 21 anos de idade



Fonte: Schour e Massler (1941).
Dentes decíduos em azul e permanentes em amarelo.

A classificação clássica e mais empregada na determinação da idade dentária é a de Nolla, publicada em 1960 (Fig. 3). A medida de maturação é baseada no estágio médio de classificação dentária e indica um índice, determinado pelos estágios de desenvolvimento de cada dente (escores de zero a 10): 0 – ausência de cripta; 1 – presença de cripta; 2 – classificação inicial; 3 – um terço de coroa completa; 4 – dois terços de coroa completa; 5 – coroa praticamente completa; 6 – coroa completa; 7 – coroa completa, um terço de raiz formada; 8 – coroa completa, dois terços de raiz formada; 9 – coroa completa, raiz praticamente completa, ápice aberto; 10 – dente totalmente formado com ápice radicular completo (Lima *et al.*, 2008).

FIGURA 3 – Representação esquemática dos estágios de Nolla



Fonte: Móra *et al.* (2016) *apud* Almeida (2009).

Nos primeiros anos de vida já é possível que as alterações bucais se manifestem de formas variadas, tornando imprescindível que um cirurgião-dentista acompanhe a criança. Isso é necessário para um diagnóstico correto e evita que o tratamento inicie tardiamente, especialmente nos casos de impatações por fibrosamento gengival, em que a ulectomia se mostra como ótima opção (SOUZA *et al.*, 2021).

É importante realizar um bom exame clínico e radiográfico, para escolher a técnica mais adaptada à situação que temos em mãos. Esta avaliação ganha uma importância acrescida quando estamos perante pacientes com dentição decídua/mista, pois a probabilidade de lesão do germe dentário do dente permanente não pode ser desconsiderada e as consequências que podem advir desta lesão podem ser graves e ter repercussões na dentição permanente irá irromper na cavidade oral (PIRES, 2017).

Segundo Pavoni *et al.* (2012) é crucial que o clínico determine a exata etiologia e formule um plano de tratamento para a resolução precoce dos atrasos de erupção, mas realça que o diagnóstico deve ser pautado pelo exame clínico e radiográfico e deve se levar em consideração o detalhamento do problema em suas três dimensões.

O diagnóstico e tratamento de uma retenção de um dente por fibrose gengival quando feita no período correto torna-se um procedimento simples e com ótimo resultado (SOUZA *et al.*, 2021). Com um correto diagnóstico e tratamento o dente se acomodará em seu espaço na arcada dentária, acarretando funções estéticas e funcionais satisfatórias (MARINHO; SILVA, 2017).

Pavoni *et al.* (2012) relatam o atraso na erupção dentária e sua etiologia. Diante desse aspecto clínico desenvolvem uma sequência diagnóstica com exame clínico e suas peculiaridades. No exame físico a palpação é de fundamental importância. O exame radiográfico sequencial é vital para o diagnóstico sobre as possíveis causas de atraso na erupção. Nesse exame de imagem os autores ainda adicionam a mensuração dos ângulos e posicionamentos ortodônticos.

Para detectar em qual estágio está a formação dentária, examinar a camada óssea que possa estar recobrimo a coroa do dente ou até mesmo a agenesia dentária, é essencial que sejam realizados exames complementares, como radiografia periapical ou panorâmica, para que seja realizado o correto planejamento e execução do tratamento de maneira segura (ARNAUD *et al.*, 2014).

Um exame radiográfico periapical foi realizado, onde constatou-se a presença dos germes dentário 11 e 21, além da inexistência de tecido ósseo da região (Fig. 4). O tratamento de escolha foi o procedimento cirúrgico, denominado de ulectomia, com intuito de remover o tecido gengival que recobre o dente, a fim de promover sua erupção (SOUZA *et al.*, 2021).

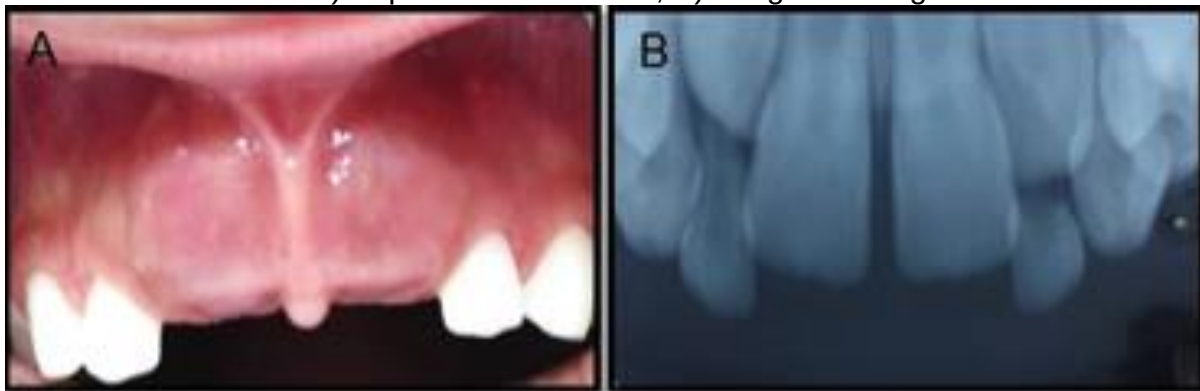
Um dente só está pronto para irromper na cavidade bucal quando se encontra no estágio 8 de Nolla, por isso a análise radiográfica é tão importante para avaliar se um dente está ou não atrasado em seu irrompimento. A remoção precoce do elemento dental decíduo, pode promover um aceleração da formação e consequentemente erupção do dente sucessor permanente (MARINHO; SILVA, 2017).

Shakra *et al.* (2014) reportaram que problemas na erupção tem prevalência 1:10.000, porém quando se trata dos incisivos superiores pode causar efeitos psicológicos, problemas de fala e de mastigação.

A impatcação dos incisivos centrais causa problemas preocupantes aos pais, pois, uma vez que o paciente possui entre 8 e 10 anos de idade a demanda estética é importante para o desenvolvimento social. Assim, acarreta preocupação aos pais e

por sua vez procura ajuda do dentista, pois a autoestima e o sorriso confiante dos pacientes nessa situação são o mais importante (SANTOS, 2016).

FIGURA 4 – A) Aspecto clínico inicial; B) Imagem radiográfica inicial



Fonte: Souza *et al.* (2021).

Em seu estudo, Gatto *et al.* (2017) explicou que o comprometimento estético repulsivo do dente pode prejudicar a autoestima de uma pessoa. Em um paciente com idade pré-escolar, a retenção dos dentes superiores e anteriores causa angústia nos pais e vergonha na criança por afetar a aparência e bloquear seu desenvolvimento psicossocial.

Para que o dente possa irromper na cavidade oral se faz necessário que haja espaço suficiente para essa erupção. Devemos avaliar a presença de dentes supranumerários, odontomas e outros empecilhos. Devemos desobstruir o caminho para elemento dental erupcionar na cavidade. Pode parecer que apenas eliminar a causa dessa impação dos incisivos levará a uma resolução espontânea, mas esta resolução está longe de ser suficiente na maioria dos casos (SANTOS, 2016).

Por conseguinte, muitas vezes é necessário tratar incisivos superiores impactados com um aparelho ortodôntico. A ordem proposta de tratamento é a seguinte: Antes do procedimento clínico deve-se obter espaço para o dente não irrompido, assim, incentivar e reforçar a erupção natural. No momento da cirurgia, remover qualquer obstrução de tecido duro ou mole e expor o dente incluso. Colocar um dispositivo sobre o dente, seja no momento da cirurgia ou pouco depois. Acelerar o processo de erupção natural, fornecendo tração direcional. Alinhar os dentes e posicionar as raízes dos incisivos no osso alveolar. (SANTOS, 2016).

Nos episódios de empecilho de erupção verificou-se clinicamente um aumento da gengiva com coloração pálida, que ocorre pela camada queratinizada do epitélio. É conveniente a execução de alguns dos tratamentos disponíveis se forem os incisivos superiores: exposição cirúrgica com tracionamento dentário, tracionamento, abertura de espaço para que o dente erupcione sozinho, conciliação do tratamento ortodôntico e cirúrgico e o uso de forças eletromagnéticas depois da exposição cirúrgica do dente, em razão da função estética (MARINHO; SILVA, 2017).

Giglio e Gurgel (2010) veem o tracionamento de um dente não irrompido como um procedimento que ainda gera muita discussão entre os profissionais, pois muitas vezes é difícil decidir entre tracionar ou extrair e, quando se escolhe a primeira opção, diverge-se quanto a melhor forma de execução.

É importante deixar claro que não existe um protocolo definitivo sobre a forma de tratamento, sendo este baseado em um planejamento de caráter multidisciplinar, baseado em exames clínicos e radiográficos, além da preferência ou experiência dos profissionais envolvidos com as técnicas e materiais disponíveis (SANTOS, 2016).

É recomendada a cirurgia de ulectomia quando houver obstáculo à erupção dentária em virtude de fibrose gengival, que corresponde à exérese dos tecidos que revestem a face incisal do dente não irrompido, permitindo que este dente ocupe a sua posição na arcada dentária (MARINHO; SILVA, 2017).

Santos (2016) apresenta o procedimento da ulectomia como um protocolo simples e barato para que os dentes que com dificuldade de erupção e que se enquadre no minucioso exame clínico e radiográfico possam seguir o caminho eruptivo e após 30 dias estar em curso normal de erupção.

Sendo a ulectomia um procedimento terapêutico cirúrgico que consiste na exérese (remoção) dos tecidos que revestem a face oclusal da coroa dentária de um dente que não irrompeu ou encontra-se parcialmente irrompido de forma a permitir-lhe um caminho desimpedido para vir a ocupar a sua posição no arco dentário (SOUZA *et al.*, 2021). Já a ulotomia o tratamento é apenas a diérese (incisão) do capuz mucoso que recobre os dentes não-erupcionados, sem a exérese do capuz mucoso (SANTOS, 2016).

O processo cirúrgico da ulectomia é dividido em: - Passo 1: anestesia local: anestésico tópico e após anestesia infiltrativa em vários pontos contornando o local das coroas dentárias; - Passo 2: incisão: incisão é feita com o bisturi em forma elíptica removendo todo o capuz gengival; - Passo 3: divisão e exérese do tecido; - Passo 4: hemostasia: irrigação com soro fisiológico e tamponamento com gaze estéril (SANTOS, 2016).

A ulectomia está indicada em casos de crianças que apresentem alteração na cronologia da erupção dentária, nomeadamente um atraso na correta erupção dos dentes, se o dente estiver 12 ou mais meses atrasado em relação à sua data de erupção. Além disso esta técnica deve realizar-se quando os dentes permanentes iniciaram a erupção na cavidade oral, mas não conseguiram completá-la, ou apresentam uma erupção lenta, comparativamente aos restantes dentes da arcada (regra geral, dentes iguais na mesma arcada têm potencial de erupção semelhante). Neste último caso, esta técnica revela especial importância, não só pela vantagem direta na erupção do dente, mas pela prevenção de infeções secundárias a este processo de implantação dentária, como a pericoronarite (PIRES, 2017).

A ulectomia admite pequenas variações na sua técnica. Podem ser realizadas incisões elípticas, circulares ou ovais que limitam as áreas para exérese tecidual, além disso, pode ser realizada com bisturi e lâmina, laser ou eletrocautério. O uso do bisturi e lâmina, em alguns casos, dá-se pela simplicidade e custo reduzido do material, associado ao uso de um anestésico com vasoconstritor que contribui para a diminuição do fluxo sanguíneo local (SOUZA *et al.*, 2021).

A ulectomia é uma técnica cirúrgica de fácil execução, cujos procedimentos envolvem: a anestesia local da mucosa gengival, a incisão circunferencial e exposição da coroa dentária, remoção da mucosa e hemostasia (SANTOS, 2016).

Nos casos de fibrose gengival acentuada o primeiro passo será encaminhar o paciente para a execução da cirurgia. O tratamento de escolha é a ulectomia, sendo a borda incisal do incisivo central superior esquerdo exposta clinicamente. Não se utilizou sutura ou colocação de cimento cirúrgico, apenas a irrigação com soro fisiológico e a hemostasia por tamponamento, com gaze estéril. Nestes casos, a melhor conduta é realizar a ulectomia e aguardar a erupção natural do dente impactado, o que irá facilitar o procedimento clínico-ortodôntico posterior (SANTOS, 2016).

Após a assepsia e antissepsia, realiza a anestesia tópica da mucosa seguida na técnica infiltrativa do nervo alveolar superior anterior e do nervo nasopalatino. Faz-se uma incisão elíptica com o auxílio de um bisturi e lâmina 15C, na vestibular e na palatina, removendo o tecido fibroso que recobria a incisal dos dentes (Fig. 5 e 6) (SOUZA *et al.*, 2021).

FIGURA 5 – A e B) Anestesia tópica e infiltrativa; C e D) Incisão elíptica; E) Final



Fonte: Souza *et al.* (2021).

FIGURA 6 – A) Resultado após 7 dias; B) Após 3 meses; C) Após 12 meses



Fonte: Souza *et al.* (2021).

As aplicações gerais da ulotomia apresentam em regra um quadro assintomático, mas esta técnica pode também estar indicada em casos com sintomatologia dolorosa, de que são exemplo, os cistos de erupção (Fig. 7, 8 e 9).

Nestes casos o objetivo é drenar o fluido do cisto, e, conseguir assim que a coroa do dente envolvido no processo cístico, consiga atingir a cavidade oral (PIRES, 2017).

FIGURA 7 - Tratamento cirúrgico de ulotomia



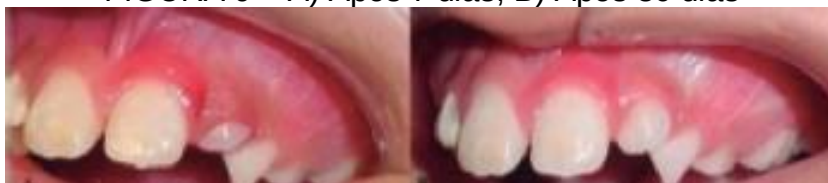
Fonte: Ribeiro e Esteves.

FIGURA 8 – A) Anestesia infiltrativa local; B) Incisão elíptica com exposição da borda incisal; C) Exérese do tecido gengival; D) Exposição da borda incisal



Fonte: Arnaud *et al.* (2014).

FIGURA 9 – A) Após 7 dias; B) Após 30 dias



Fonte: Arnaud *et al.* (2014).

2.2. Metodologia

Para a elaboração desta revisão bibliográfica, buscou-se o conhecimento com levantamento bibliográfico, a qual consiste na pesquisa em materiais já publicados como livros, periódicos, fotos, documentos, nas seguintes plataformas de pesquisa acadêmica: Google Acadêmico, *PubMed*, *LILACS*, *SciELO*, os quais para o desenvolvimento desde estudo utilizou-se a busca.

Foi utilizado como instrumento de trabalho a pesquisa entre 20 trabalhos científicos, entre, artigos, livros, teses, publicados em revistas como base, utilizando palavras chave como: odontopediatria, ulotomia, ulectomia, atraso na erupção, cirurgia e germe dentário. Os elementos de pesquisa foram qual técnica cirúrgica é realizada na ulotomia e ulectomia, quando será necessário a intervenção cirúrgica, e, se a cirurgia não for realizada pode acarretar em algum dano ao paciente. A pesquisa foi realizada em artigos publicados entre 2010 a 2021.

2.3. Discussão de resultados

De acordo com Ferreira (2015) os períodos de crescimento do germe dentário podem ser organizados em: iniciação, etapa do broto dentário; proliferação, quando ocorre a formação do germe dentário, fase de capuz; histodiferenciação e morfodiferenciação, início da formação do esmalte e da dentina; e aposição, caracterizada pela etapa da coroa. Domingues (2018) complementa dizendo sobre as fases da erupção dentária que ocorre a partir da formação do dente, migrando da sua posição intraóssea para a posição funcional na cavidade bucal por três fases: a fase pré-eruptiva, fase eruptiva pré-funcional, fase eruptiva funcional

Nelson e Ash (2012) afirma que a irrupção da dentição decídua ocorre entre o sexto e o trigésimo mês de vida pós-natal. Porém, Alves (2020) nos diz que não é possível definir um tempo exato para essa formação, calcificação e irrupção dos dentes, esse evento sofre diversas influências: genética, condições, aleitamento, sexo, nutrição, nível socioeconômico, etnia, síndrome, condições sistêmicas, região geográfica, surgindo assim diferentes períodos de erupção dentaria entre cada indivíduo. Patrício *et al.* (2021) complementa dizendo que, crianças que apresentam atraso na correta cronologia da erupção dentária geralmente são crianças, prematuras, baixo peso, desnutridas e crianças alimentadas com mamadeira com fórmulas.

Nelson e Ash (2012) afirma que a irrupção decídua, é um momento importante para o desenvolvimento do comportamento motor oral e para a aquisição das habilidades mastigatórias. Neste período do desenvolvimento, a presença de problemas “nos dentes” sugerem, podendo afetar o desenvolvimento de mecanismos neurocomportamentais futuros, incluindo os movimentos mandibulares e a mastigação. Ferreira (2015) em concordância e complementando Nelson e Ash (2012), diz que o conhecimento da erupção é fundamental, pois os dentes decíduos são importantes para o bom desempenho das funções mastigatória, articulação, fonação e oclusão. A participação dos dentes decíduos durante o crescimento e desenvolvimento da altura dos arcos dentais, na respiração e na harmonia estética da criança. Sua manutenção é importante até a época normal de esfoliação, para o desenvolvimento dos maxilares e músculos da face, atuando como guia para os dentes permanentes irromperem em posição correta.

Arnaud *et al.* (2014) afirmam que as fases e estágios da ordem eruptiva precisam ser obedecidas para haver uma oclusão normal, uma irregularidade pode

provocar complicações na erupção dentária e, conseqüentemente, maloclusões no futuro. É crucial apurar, através de anamnese e exames clínicos minuciosos, a razão da ausência de um ou mais dentes, ou o retardo em sua erupção. Pires (2017) em concordância diz da importância da realização de um bom exame clínico e radiográfico, para escolher a técnica mais adaptada à situação que temos em mãos. Complementando, Pavoni *et al.* (2012) diz ser crucial que o clínico determine a exata etiologia e formule um plano de tratamento para a resolução precoce dos atrasos de erupção, mas realça que o diagnóstico deve ser pautado pelo exame clínico e radiográfico e deve se levar em consideração.

O diagnóstico e tratamento de uma retenção de um dente por fibrose gengival quando feita no período correto torna-se um procedimento simples e com ótimo resultado (SOUZA *et al.*, 2021). Com um correto diagnóstico e tratamento o dente se acomodará em seu espaço na arcada dentária, acarretando funções estéticas e funcionais satisfatórias (MARINHO; SILVA, 2017). Pires (2017) diz que quando algum problema ocorre durante a erupção dentária normal, é necessário a intervenção de um cirurgião dentista ou odontopediatra para realizar um procedimento cirúrgico (ulotomia ou ulectomia).

Shakra *et al.* (2014) reportaram que problemas na erupção tem prevalência 1:10.000, porém quando se trata dos incisivos superiores pode causar efeitos psicológicos, problemas de fala e de mastigação. Santos (2016) concorda dizendo que a impação dos incisivos centrais causa problemas preocupantes aos pais, pois, uma vez que o paciente possui entre 8 e 10 anos de idade a demanda estética é importante para o desenvolvimento social. Complementando, Gatto *et al.* (2017) mostrou que o envolvimento estético desagradável do dente pode rotular uma pessoa e prejudicar sua autoestima.

Marinho e Silva (2017) diz que nos episódios de empecilho de erupção verificou-se clinicamente um aumento da gengiva com coloração pálida, que ocorre pela camada queratinizada do epitélio. É conveniente a execução de alguns dos tratamentos disponíveis se forem os incisivos superiores: exposição cirúrgica com tracionamento dentário, tracionamento, abertura de espaço para que o dente erupcione sozinho, conciliação do tratamento ortodôntico e cirúrgico e o uso de forças eletromagnéticas depois da exposição cirúrgica do dente, em razão da função estética. Já Giglio e Gurgel (2010) veem o tracionamento de um dente não irrompido como um procedimento que ainda gera muita discussão entre os profissionais, pois muitas vezes é difícil decidir entre tracionar ou extrair e, quando se escolhe a primeira opção, diverge-se quanto a melhor forma de execução.

Santos (2016) e Souza *et al.* (2021) ensinam que as etapas para o tratamento devem ser: assepsia e antisepsia, realizando a anestesia tópica da mucosa seguida da técnica infiltrativa do nervo alveolar superior anterior e do nervo nasopalatino. Depois, fazer uma incisão elíptica com a ajuda de um bisturi e lâmina 15C, na vestibular e na palatina, retirando o tecido fibroso que recobria a incisal dos dentes.

Santos (2016) relata que nos casos de fibrose gengival acentuada o primeiro passo será encaminhar o paciente para a execução da cirurgia. Nestes casos, a melhor conduta é realizar a ulectomia e aguardar a erupção natural do dente impactado, o que irá facilitar o procedimento clínico-ortodôntico posterior. Marinho e Silva (2017) concordam e completam dizendo que a ulectomia, consiste na exérese dos tecidos que revestem a face incisal do dente não irrompido, permitindo que este dente ocupe a sua posição na arcada dentária.

Souza *et al.* (2021) diz que a ulectomia admite pequenas variações na sua técnica. Podem ser realizadas incisões elípticas, circulares ou ovais que limitam as

áreas para exérese tecidual, além disso, pode ser realizada com bisturi e lâmina, laser ou eletrocautério. O uso do bisturi e lâmina, em alguns casos, dá-se pela simplicidade e custo reduzido do material, associado ao uso de um anestésico com vasoconstritor que contribui para a diminuição do fluxo sanguíneo local. Já Santos (2016) discorda, pois diz que é importante deixar claro que não existe um protocolo definitivo sobre a forma de tratamento, sendo este baseado em um planejamento de caráter multidisciplinar, baseado em exames clínicos e radiográficos, além da preferência ou experiência dos profissionais envolvidos com as técnicas e materiais disponíveis.

Pires (2017) fala que a técnica de ulotomia é utilizada em quadros normalmente, assintomático, mas esta técnica pode também está indicada em casos que apresentam sintomatologia dolorosa, como os cistos de erupção. Nestes casos o objetivo é drenar o fluido do cisto, e, conseguir assim que a coroa do dente envolvido no processo cístico, consiga atingir a cavidade oral. E Santos (2016) complementa falando que o tratamento ulotomia é apenas a diérese (incisão) do capuz mucoso que recobre os dentes não-erupcionados, sem a exérese do capuz mucoso.

Pires (2017) diz que a ulectomia está indicada em casos de crianças que apresentem alteração na cronologia da erupção dentária, nomeadamente um atraso na correta erupção dos dentes, se o dente estiver 12 ou mais meses atrasado em relação à sua data de erupção. Santos (2016) enfatiza que por conseguinte, muitas vezes é necessário tratar incisivos superiores impactados com um aparelho ortodôntico. Colocando um dispositivo sobre o dente, seja no momento da cirurgia ou pouco depois. Acelerando o processo de erupção natural, fornecendo tração direcional. Alinhar os dentes e posicionar as raízes dos incisivos no osso alveolar.

3. CONCLUSÃO

O diagnóstico preciso do cirurgião-dentista, com o auxílio dos exames clínicos e radiográficos são indispensáveis para um prognóstico favorável, e jamais deve ser negligenciado que, podendo empregar a ulectomia ou ulotomia como alternativa terapêutica devido à sua simplicidade de técnica, baixo custo e um pós-operatório favorável. Esta intervenção, devolve a função e a oclusão fisiológica normal, e também restitui ao paciente a autoestima, proporcionando diante da sociedade uma sadia recuperação do seu psicoemocional.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. **Correlação entre a mineralização dos segundos molares permanentes e idade cronológica numa amostra populacional de Paraíba.** Monografia (Especialização) – Universidade Federal Da Paraíba, João Pessoa, 2009.

ALVES, Winnie Nascimento Silva Alves. **Padrão de irrupção dentária de bebês nascidos no hospital universitário de Brasília.** Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

ARNAUD, R. R. *et al.* Ulotomia: Coadjuvante do Tratamento de Má Oclusão. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, v.19, n.2, p.234-8, 2014.

DOMINGUES, Rita Ferreira. **Sinais e sintomas da erupção dentária – Coincidência ou consequência?** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2018.

FERREIRA, Lorena. **Fatores relacionados à cronologia de erupção da dentição decídua.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

GATTO, R. C. J. *et al.* Nível da autoestima de adolescentes brasileiros vítimas de bullying e sua relação com a necessidade de tratamento ortodôntico. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.65, n.1, p.30-6, 2017.

GIGLIO, F. P. M.; GURGEL, J. A. Abordagem cirúrgico-ortodôntica de dentes não irrompidos. **Revista OrtodontiaSPO**, v.43 n.2, p.169-75, 2010.

GUEDES-PINTO, A. C. *et al.* **Odontopediatria.** 8 ed. São Paulo: Santos, 2010.

ISSÁO, M.; GUEDES-PINTO, A. C. **Manual de odontopediatria.** 12 ed. São Paulo: Santos, 2012.

LIMA, E. M. S. *et al.* Velocidade de erupção de caninos permanentes superiores e segundos pré-molares inferiores de acordo com os estágios de Nolla. **Revista de Ortodontia Gaúcha**, v.12, n.1, p.5-11, 2008.

MÓRA, G. A. *et al.* Avaliação da mineralização dos segundos molares inferiores como parâmetro para a classificação da idade biológica. **Revista de Odontologia de São Bernardo do Campo**, v.24, n.48, p.15-24, 2016.

NELSON, S. J.; ASH, M. M. **Wheeler, anatomia dental, fisiologia e oclusão.** [Trad. Andrea Favano *et al.*]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PAVONI, C. *et al.* Impacted maxillary incisors: Diagnosis and predictive measurements. **Annali di Stomatologia**, v.3, n.3, p.100-5, 2012.

PATRÍCIO, F. B. *et al.* Fatores associados à cronologia de erupção dos dentes decíduos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.2, p.1-8, 2021.

PIRES, Cláudia Esteves. **Ulotomia, ulectomia e germectomia em pacientes odontopediátricos.** Dissertação (Mestrado) – Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, 2017.

RIBEIRO, A. S.; ESTEVES, J. **Ulotomia e ulectomia em pacientes odontopediátricos.** Porto: Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto. Disponível em: <http://www.paediatric-dentistry.com/odp-trabalhos_dos_alunos.php>. Acesso em: 24 jun. 2021.

SANTOS, Paulo Ricardo Gomes Fernandes dos. **Ulectomia como opção de tratamento em dentes anteriores com atraso de erupção:** Como e quando realizar.

Monografia (Especialização) – Curso de Especialização em Odontopediatria, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

SCHOUR, I.; MASSLER, M. The development of the human dentition. **Journal of American Dental Association**, v.28, p.1153-60, 1941.

SHAKRA, K. A. Management of unerupted maxillary deciduous central incisor: A case report. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v.7, n.1, p.58-60, 2014.

MARINHO, Aênia Maria Silva; SILVA, Karla Mariano da. **Ulectomia**: Relato de caso clínico. TCC (Graduação) – Curso de Odontologia, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, Porto Nacional, 2017.

SOUZA, C. M. *et al.* Ulectomia uma alternativa cirúrgica no retardo da erupção dentária: Relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v.10, n.3, p.392-95, 2021.