

EXODONTIA DE ELEMENTO SUPRANUMERÁRIO PALATINO ADJACENTE AO SEIO MAXILAR: RELATO DE CASO

EXTRACTION OF A PALATAL SUPERNUMERARY TOOTH ADJACENT TO THE
MAXILLARY SINUS: CASE REPORT

Ciências da Saúde • 13/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/781227006](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/781227006)

Davi Barbosa Portela¹

Heloísa de Colo²

Maria Clara Fernandes³

Eugenio Esteves Costa⁴

RESUMO

A presença de dentes supranumerários é uma anomalia de desenvolvimento que pode acarretar diversas complicações, como impacção de dentes permanentes e interferências no tratamento ortodôntico, exigindo intervenção cirúrgica precisa. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de um paciente do sexo masculino, 39 anos, hígido, encaminhado para exodontia de um elemento supranumerário localizado na região palatina entre os dentes 24 e 25, em íntima relação com o seio maxilar. O planejamento cirúrgico baseou-se em tomografia computadorizada. Adotou-se um rigoroso protocolo de anestesia preemptiva com dipirona 1g, antibioticoterapia profilática e terapêutica com amoxicilina e clavulanato de potássio, além de infiltração de dexametasona intramuscular e prescrição de meloxicam oro dispersível no pós-operatório. A técnica cirúrgica envolveu bloqueios anestésicos específicos, descolamento intrasulcular palatino estendido, osteotomia delicada e luxação controlada, culminando em uma cirurgia sem intercorrências trans ou pós-operatórias. O paciente evoluiu com ausência absoluta de dor, edema ou sangramento, denotando que o planejamento criterioso e o controle farmacológico são pilares fundamentais para o sucesso em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.

Palavras-chave: Dente supranumerário; Cirurgia bucal; Analgesia preemptiva; Tomografia computadorizada.

ABSTRACT

The presence of supernumerary teeth is a developmental anomaly that can lead to various complications, such as impaction of permanent teeth and interference with orthodontic treatment, requiring precise surgical intervention. The objective of this study is to report the clinical case of a 39-year-old healthy male patient

referred for the extraction of a supernumerary tooth located in the palatal region between teeth 24 and 25, in close relationship with the maxillary sinus. Surgical planning was based on computed tomography. A rigorous preemptive anesthesia protocol with 1g dipyrone, prophylactic and therapeutic antibiotic therapy with amoxicillin and potassium clavulanate, in addition to intramuscular dexamethasone infiltration and prescription of Oro dispersible meloxicam postoperatively was adopted. The surgical technique involved specific anesthetic blocks, extended palatal intrasulcular detachment, delicate ostectomy, and controlled luxation, resulting in a surgery without trans- or postoperative complications. The patient progressed with an absolute absence of pain, edema, or bleeding, denoting that careful planning and pharmacological control are fundamental pillars for success in oral and maxillofacial surgery and traumatology.

Keywords: Supernumerary tooth; Oral surgery; Preemptive analgesia; Computed tomography.

1. INTRODUÇÃO

A presença de dentes supranumerários na maxila, frequentemente associada à região palatina, representa um desafio clínico e cirúrgico significativo na odontologia. Estes elementos extranumerários são frequentemente diagnosticados durante exames de rotina ou no planejamento de tratamentos ortodônticos, sendo a sua exodontia muitas vezes indicada para prevenir ou interceptar complicações como reabsorção radicular de dentes adjacentes, formação de cistos ou impedimento da movimentação ortodôntica.

A abordagem de elementos inclusos na maxila, especialmente aqueles em íntima relação com estruturas nobres como o seio

maxilar, exige um planejamento cirúrgico meticuloso. A proximidade com a cavidade sinusal impõe riscos de complicações, como o deslocamento de fragmentos radiculares ou de todo o elemento dentário para o interior do seio, uma intercorrência que requer técnicas de resgate complexas e pode gerar morbidade significativa. Dessa forma, a avaliação tridimensional por meio de Tomografia Computadorizada (TC) torna-se mandatória para a localização exata da coroa e do ápice radicular em relação às corticais ósseas e aos dentes vizinhos.

Além da precisão técnica, o conforto do paciente e o controle da resposta inflamatória são objetivos primordiais. O manejo de pacientes, desde aqueles com alto grau de ansiedade e fobias até pacientes hígidos submetidos a procedimentos eletivos, beneficia-se fortemente de protocolos farmacológicos estruturados. A utilização de medicações preemptivas e o controle farmacológico trans e pós-operatório (como o uso de corticosteroides e anti-inflamatórios não esteroidais) minimizam edemas, reduzem a necessidade de analgésicos de resgate e aceleram a recuperação tecidual.

O presente artigo tem como objetivo relatar, de forma detalhada, um caso clínico de exodontia de elemento supranumerário palatino adjacente ao seio maxilar, destacando a técnica cirúrgica empregada, os protocolos anestésicos e o rigoroso controle farmacológico que resultaram em um pós-operatório livre de dor e edema.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

A complexidade das cirurgias envolvendo dentes inclusos profundos na maxila exige do cirurgião bucomaxilofacial um arcabouço teórico

robusto, que integre farmacologia, anatomia aplicada e biomecânica.

O trauma tecidual cirúrgico desencadeia uma cascata inflamatória imediata, caracterizada pela conversão dos fosfolípidios da membrana celular em ácido araquidônico pela enzima fosfolipase A2. Em seguida, as ciclooxigenases (COX-1 e COX-2) convertem este ácido em prostaglandinas, prostaciclina e tromboxanos, que são mediadores cruciais da dor, do edema e da hiperalgesia.

A analgesia preemptiva é definida como uma intervenção antinociceptiva instituída antes do estímulo doloroso cirúrgico, com o objetivo de bloquear a sensibilização central e periférica, impedindo que o sistema nervoso central "memorize" a dor (ANDRADE, 2014; KISSELBACH et al., 2014). O uso da Dipirona no pré-operatório atua inibindo as vias da COX (especialmente as variantes no sistema nervoso central) e ativando vias inibitórias descendentes.

De forma complementar, a corticoide é o pilar do controle do edema cirúrgico. A Dexametasona, administrada intramuscularmente ou oralmente, inibe a fosfolipase A2, bloqueando a cascata inflamatória em seu estágio mais inicial. Como demonstrado na literatura, o controle estrito do pico inflamatório é imperativo em reabilitações extensas e em pacientes que requerem manejo avançado do estresse cirúrgico (PORTELA et al., 2026), garantindo conforto e minimizando a morbidade.

A cavidade oral abriga uma microbiota complexa. A incisão tecidual e a osteotomia abrem portas de entrada para bactérias oportunistas nos espaços fasciais profundos e no osso medular. Em cirurgias próximas ao seio maxilar, o desafio é duplo: além da flora oral

(Streptococcus do grupo viridans, anaeróbios estritos), há o risco de comunicação com a flora sinusal (Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis).

A administração pré-operatória e a manutenção pós-operatória de Amoxicilina associada ao Clavulanato de Potássio garantem uma cobertura de amplo espectro. O clavulanato atua como um inibidor suicida das betalactamases, protegendo o anel betalactâmico da amoxicilina e permitindo que esta atue na inibição da síntese da parede celular bacteriana, prevenindo infecções de sítio cirúrgico e rinosinusites odontogênicas iatrogênicas (HUPP et al., 2015).

O sucesso da cirurgia começa na neutralização absoluta da dor e no controle do sangramento perioperatório. Para intervenções no palato posterior e maxila profunda, as técnicas de bloqueio regional são superiores às infiltrações supra periosteais isoladas

Bloqueio do Nervo Maxilar (V2) proporciona anestesia profunda de toda a hemiarcada, incluindo dentes, periósteo, mucosa vestibular e palatina, e antro sinusal. A técnica via tuberosidade alta, consiste na inserção da agulha longa na altura da prega mucovestibular distal ao segundo molar superior. A agulha é avançada em direção superior, medial e posterior por cerca de 30 mm, depositando a solução anestésica no interior da fossa pterigopalatina, banhando o tronco do nervo maxilar antes de sua ramificação (MALAMED, 2013).

Bloqueio do Nervo Palatino Maior é essencial para o controle dos tecidos moles do palato duro. O forame palatino maior localiza-se na junção do processo alveolar maxilar e do osso palatino, geralmente distal ao segundo molar superior, cerca de 1 cm para medial da margem gengival. A agulha deve ser inserida ligeiramente anterior

ao forame sob pressão com o bisel voltado para o osso. Injeta-se um volume reduzido (0,4 a 0,6 ml) sob alta resistência tecidual, garantindo isquemia e anestesia até a região de caninos (MALAMED, 2013; HUPP et al., 2015).

A infiltração complementar de Articaina com epinefrina no local do retalho palatino é feita aproveitando a difusibilidade óssea ímpar desta molécula (devido ao seu anel tiofeno) e a potente ação vasoconstritora da epinefrina nos capilares periféricos, gerando um campo operatório exangue, vital para evitar a perfuração do seio maxilar.

A mucosa palatina é espessa, fibrosa e firmemente aderida ao osso subjacente, não possuindo a elasticidade da mucosa vestibular.

O suprimento sanguíneo primário do palato duro deriva da artéria palatina maior, que emerge do forame homônimo e cursa anteriormente. Incisões relaxantes transversais no palato são contraindicadas, pois seccionam os vasos principais, levando invariavelmente à isquemia e necrose do retalho.

O descolamento deve ser estritamente subperiosteal e de espessura total. O uso de descoladores rombos (como o Molt) e a extensão ântero-posterior adequada do retalho intrasulcular em envelope garantem amplo acesso cirúrgico sem tensão, permitindo a retração tecidual sem lacerações. O trauma mecânico desnecessário ao tecido mole predispõe a hemorragias pós-operatórias tardias e cicatrização retardada (PORTELA et al., 2025).

A exodontia não tolera força excessiva, mas sim mecânica inteligente. A remoção de dentes inclusos profundos, especialmente

sem apoio alveolar vestibular, exige o uso das alavancas sob os princípios da física clássica (HUPP et al., 2015):

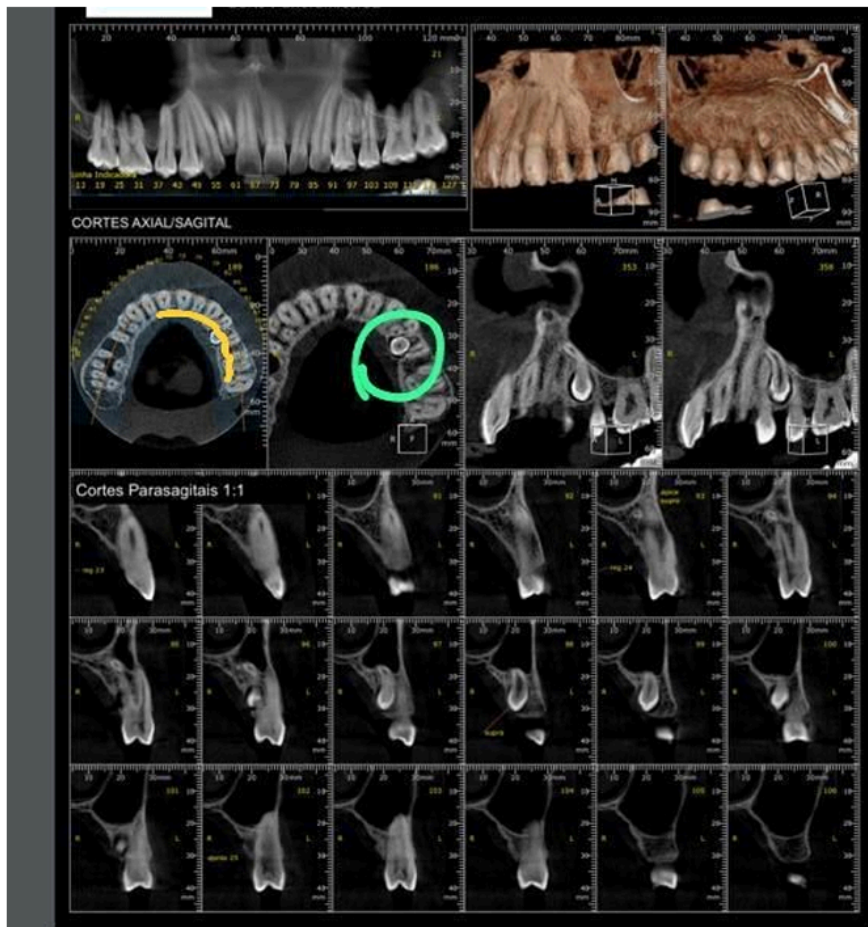
O fulcro (ponto de apoio) é estabelecido na crista óssea e a força é aplicada no cabo. Isso transforma um pequeno movimento longo no cabo em um movimento curto, porém de extrema potência, na ponta ativa, deslocando o dente, empregado quando o cabo do instrumento (roda) é rotacionado em torno do seu próprio eixo, e a ponta ativa se insere no espaço do ligamento periodontal. Este movimento contínuo e suave produz expansão óssea milimétrica e secção das fibras periodontais, permitindo a luxação sem compressão vertical, eliminando o risco de impulsionar o dente para o interior do espaço sinusal. (PORTELA et al., 2025).

3. METODOLOGIA

Paciente do sexo masculino, 39 anos de idade, sistemicamente hígido, procurou atendimento com encaminhamento para avaliação de exodontia de elemento supranumerário, visando liberar espaço para futuro tratamento ortodôntico.

A avaliação por Tomografia Computadorizada (TC) de feixe cônico revelou um dente supranumerário incluso na região palatina profunda, localizado entre as raízes dos dentes 24 e 25. As imagens mostraram uma relação de extrema proximidade do ápice e da coroa do supranumerário com a cortical do assoalho do seio maxilar (evidenciado na marcação tomográfica do O planejamento eleito foi a exodontia completa.

Figura 1: TC corte axial e parasagital



Fonte: Autores 2026.

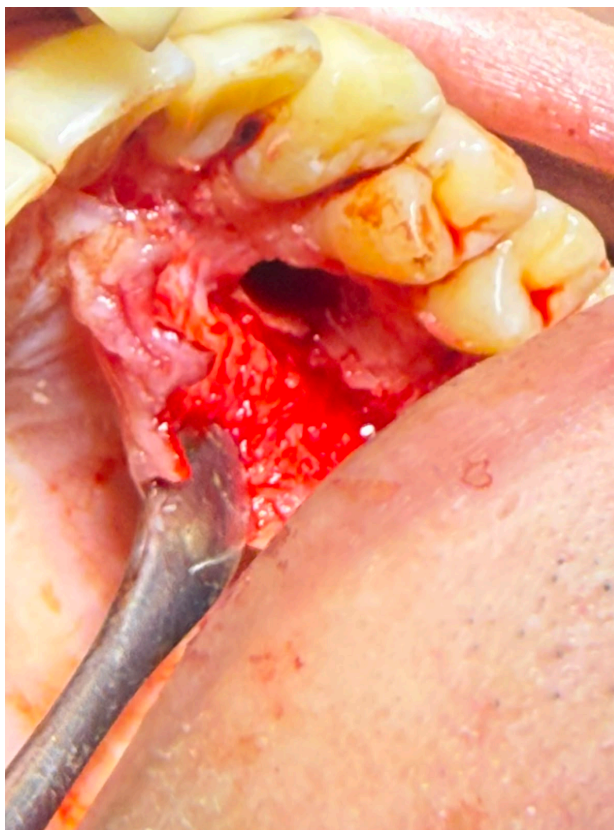
Para blindagem antimicrobiana, prescreveu-se Sinot Clav (Amoxicilina 875 mg + Clavulanato 125 mg), 1 comprimido a cada 12 horas, iniciado 24 horas antes do procedimento e mantido por 7 dias. Para a analgesia preemptiva e bloqueio da neuroplasticidade dolorosa periférica, o paciente recebeu 1 comprimido de Dipirona 1g exatamente 1 hora antes da incisão.

Em ambiente de consultório, a técnica anestésica foi conduzida: Bloqueio do Nervo Maxilar e Palatino Maior: Realizou-se o bloqueio do nervo maxilar (via tuberosidade alta) com inserção de agulha longa distal ao dente 27, avançando profundamente na fossa pterigopalatina para depositar 1/2 tubete de Mepiadre® (Mepivacaína 2%). Em seguida, para garantir anestesia palatina suplementar sem dor associada à injeção sob pressão, realizou-se o bloqueio do forame palatino maior com mais 1/2 tubete.

Para maximizar a hemostasia do retalho, infiltrou-se infiltração hemostática palatina: 1 tubete de Articaína com epinefrina (Articaine®) subperiostealmente em toda a extensão palatina dos dentes 21 ao 27.

A incisão consistiu em um retalho em envelope intrasulcular palatino estendido do dente 21 ao 27, evitando incisões relaxantes que pudessem comprometer a artéria palatina maior. A manipulação foi extremamente delicada, utilizando descoladores rombos para elevar um retalho mucoperiosteal de espessura total, garantindo sua viabilidade vascular

Figura 2: Retalho descolado e loja cirúrgica.



Fonte: Autores 2026.

Após a identificação visual da coroa, realizou-se osteotomia perimetral liberadora com broca cirúrgica Zekrya®, sob irrigação abundante com Soro Fisiológico (SF). A remoção óssea perimetral evitou trauma às raízes dos dentes hígidos adjacentes. A extração

prosseguiu utilizando a biomecânica de força controlada: empregaram-se alavancas curvas e tipo Seldin combinando o Primeiro Princípio (Alavanca Interfixa) e o Terceiro Princípio (Roda e Eixo), realizando movimentos rotacionais lentos e firmes. O dente foi luxado lateralmente e avulsionado, protegendo o fino teto ósseo que o separava do seio maxilar.

A loja cirúrgica foi lavada com SF 0,9% gelado e preenchida com esponja hemostática absorvível de colágeno liofilizado Hemospon®. O retalho foi suturado com fio Vicryl®, com pontos isolados fixados nas papilas vestibulares, restabelecendo a tensão normal. Imediatamente após a sutura, administrou-se uma injeção intramuscular de 2ml de Decadron® 4mg/ml (Fosfato dissódico de dexametasona), visando o bloqueio da fosfolipase A2 e controle de edema. Foi prescrito Melocox ODT 15 mg (Meloxicam orodispersível) por 5 dias, e recomendada a Dipirona 1g comprimido para dor a cada 6 horas, se dor.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento ocorreu sem intercorrências. O amplo conhecimento anatômico e o uso da articaína com epinefrina resultaram em um campo exangue. A ausência de sangramento profuso foi vital para a visualização da interface entre o osso, a raiz do supranumerário e a membrana de Schneider. O respeito absoluto à dinâmica circulatória da artéria palatina maior evitou necroses, permitindo que a extensa área descolada mantivesse seu trofismo ao final da sutura.

O risco de atuar em áreas maxilares com íntima relação sinusal é imperativo na literatura cirúrgica. Uma técnica de luxação

descontrolada pode facilmente fraturar a parede e deslocar estruturas sólidas para o interior do seio, exigindo complexas abordagens reconstrutivas e de resgate, como frequentemente discutido em cirurgias de implantes dentários avançados e levantamentos de seio (PORTELA et al., 2025). A escolha da osteotomia com broca Zekrya® aliada aos princípios da alavanca (roda/eixo) demonstrou ser a técnica padrão-ouro para avulsão atraumática de retenções maxilares.

Em relação ao manejo farmacológico, o paciente evoluiu com resultados clínicos formidáveis: escore zero para dor (não utilizou resgate analgésico) e ausência total de edema facial detectável nos retornos. Este desfecho valida integralmente a literatura vigente sobre analgesia preemptiva e controle anestésico (Andrade, 2014; Malamed, 2013). O bloqueio duplo da cascata inflamatória – periféricamente e centralmente pela dipirona prévia, e a potente inibição da fosfolipase A2 pela dexametasona intramuscular logo após a agressão tecidual – impediu que o corpo gerasse o edema típico de um amplo descolamento mucoperiosteal maxilar. Esse rigor medicamentoso é o que possibilita a realização de procedimentos extensos até mesmo em pacientes sistemicamente comprometidos ou fóbicos, elevando o padrão de conforto da cirurgia bucomaxilofacial contemporânea (PORTELA et al., 2026).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Eduardo Dias de. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

FERREIRA, J. H. P. et al. **Aplicação da Inteligência Artificial na análise de imagens radiológicas para aprimoramento do**

diagnóstico em patologias ortopédicas: revisão sistemática.

CADERNOS CAJUÍNA, v. 11, p. e3057, 2026.

HUPP, James R.; ELLIS, Edward; TUCKER, Myron R. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

KISSELBACH, C. et al. **Preemptive analgesia in oral surgery: a literature review. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery,** v. 72, n. 4, p. 661-669, 2014.

MALAMED, Stanley F. **Manual de anestesia local.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PORTELA, DAVI BARBOSA, et al. **REABILITAÇÃO ORAL COM TÉCNICA ALL-ON-FOUR EM MANDÍBULA SOB ANESTESIA GERAL EM PACIENTE FÓBICO: RELATO DE CASO CLÍNICO.** Revista Tópicos, v. 4, p. 1-19, 2026.

PORTELA, DAVI BARBOSA. et al. **Remoção de Implante Dentário Deslocado para o Seio Maxilar Após Protocolo All-On-Four: Relato de Caso.** Brazilian Journal of Dentistry Oral Radiology, v. 4, p. bjd59, 2025.

¹ Mestrando Clínica Odontológica FACPP, Fortaleza, Ceará.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-3859-5763>.

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4461882823116367>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Acadêmico em Odontologia PUC, Curitiba, Paraná. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Acadêmico em Odontologia PUC, Curitiba, Paraná. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Orientador. Doutor Clínica Odontológica Universidade Positivo, Curitiba, Paraná. Coordenador Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial IPPEO.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8166-827X>. E mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)