



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG
ODONTOLOGIA

**CORONECTOMIA DE TERCEIROS MOLARES EM ÂMBITO HOSPITALAR:
RELATO DE CASO**

Tainá Dias Portes de Souza

Manhuaçu / MG

2023

TAINÁ DIAS PORTES DE SOUZA

**CORONECTOMIA DE TERCEIROS MOLARES EM ÂMBITO HOSPITALAR:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Superior de Odontologia do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Dr. Paulo Cezar de Oliveira

Coorientador: Dr. Carlos Victor Bissonho

Manhuaçu / MG

2023

TAINÁ DIAS PORTES DE SOUZA

**CORONECTOMIA DE TERCEIROS MOLARES EM ÂMBITO HOSPITALAR:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Curso de Superior de Odontologia do Centro
Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à
obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Dr. Paulo Cezar de Oliveira

Coorientador: Dr. Carlos Victor Bissonho

Banca Examinadora:

Data da Aprovação: 03/07/2023

Titulação e Nome do Professor – INSTITUIÇÃO (Orientador)

Titulação e Nome do Professor – INSTITUIÇÃO

Titulação e Nome do Professor – INSTITUIÇÃO

RESUMO

As extrações de terceiros molares são bem comuns na Odontologia, principalmente vindo de pedidos ortodônticos; para alguns casos temos a técnica de coronectomia, que ajuda nas extrações em que o dente se encontra em íntima relação com o canal mandibular, podendo causar dano ao nervo alveolar inferior caso seja uma extração total convencional, para ser mais seguro para essa técnica temos o Piezo, um equipamento que corta apenas tecido mineralizado, e caso ocorra alguma consequência no pós operatório, como uma parestesia, a laserterapia se mostra bastante eficiente com o passar das sessões. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de extração de quatro terceiros molares, onde foi feito a extração total dos superiores e usado a técnica de coronectomia nos inferiores, pois estavam com suas raízes em contato com o canal mandibular, consequentemente também ao nervo alveolar inferior, e os quatro dentes se encontravam impactados. O caso foi feito em hospital para melhor segurança e conforto à paciente, usando o equipamento Piezo, e no pós operatorio observou parestesia no lado esquerdo da língua, que foi resolvida com algumas sessões de laserterapia. Por isso, conclui-se que foi alcançado o resultado desejado, e que com isso podemos ver como a coronectomia é útil e mais eficiente nesses casos.

Palavras-chave: Canal mandibular. Extração. Nervo Alveolar Inferior. Terceiros molares.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. RELATO DE CASO	5
3. DISCUSSÃO.....	6
4. CONCLUSÃO.....	12
5. REFERÊNCIAS	12

1. INTRODUÇÃO

Os pedidos para realizações de cirurgias de extrações de terceiros molares são bem frequentes no dia a dia clínico dos cirurgiões dentistas, normalmente devido a cistos, tratamentos ortodônticos, tumores, reabsorções, cárie, doença periodontal (pericoronarite aguda ou crônica), lesões de tecidos e infecções, mas não são todos os cirurgiões dentistas que fazem, pois são dentes em que a cirurgia pode ser mais complicada, tanto em técnica operatória, quanto em pós operatório. Devido a localização em que estes dentes se encontram, complicações podem ocorrer na cirurgia, como hemorragia, alveolite, infecções, fratura radicular, fratura óssea, lesão aos dentes vizinhos, e a parestesia, que é quando a posição deles pode estar intimamente em contato com o canal mandibular, consequentemente com Nervo Alveolar Inferior também, e causar uma lesão nesse nervo (DEBONI et al., 2013; MARIANO et al., 2021; KATO et al., 2010).

Como uma opção de técnica de extração de terceiro molar, para quando o dente se encontra muito proximo do canal mandibular, temos a coronectomia, que é feita através da remoção apenas da coroa do dente, deixando as suas raízes e evitando que o Nervo Alveolar Inferior sofra algum tipo de lesão e o paciente corra o risco de ter uma parestesia (MARIANO et al., 2021).

Os Cistos dentígeros são um dos vários motivos que levam a extração de um terceiro molar não irrompido, sendo o tipo mais comum de cisto odontogênico, um tipo de lesão benigna, pequena e assintomática, ele surge devido a não erupção do dente em que ele se encontra, e mais comumente ele ocorre em terceiros molares inferiores (CALIENTO et al., 2013; MILORO et al., 2016).

O objetivo desse trabalho é relatar um caso que teve como plano de tratamento a extração dos quatro terceiros molares, sendo os inferiores dentes associados a cistos dentígeros, que foi utilizado a coronectomia como técnica de escolha para a extração desses dentes impactados com raízes em contato com o canal mandibular.

2. RELATO DE CASO

Paciente de 21 anos, sexo feminino, estava sob tratamento ortodôntico quando foi encaminhada pela sua Ortodontista ao Bucomaxilofacial com pedido de extração dos quatro terceiros molares.

Na primeira consulta com o Cirurgião Dentista Bucomaxilofacial, foi analisada a radiografia panorâmica (Figura 1) e feito o pedido de tomografia computadorizada apenas dos terceiros molares inferiores. Com a entrega das tomografias, foi feita uma segunda consulta, com anamnese e análise das tomografias (Figuras 2 e 3), e então decidido que pelas condições em que os terceiros molares inferiores se encontravam, com suas raízes em íntima relação com o Nervo Alveolar Inferior, era mais seguro e mais confortável para a paciente que a cirurgia fosse feita em âmbito hospitalar, com sedação endovenosa, anestesia local, e fazendo o uso do Piezoelétrico (Figura 8). Então, como exame pré operatório, foi solicitado hemograma completo, exame de urina, eletrocardiograma, radiografia do tórax, e ao cardiologista a avaliação de risco cirúrgico para cirurgia de exérese de cisto dentígero e sisos associados sob sedação endovenosa + anestesia local, também foi necessária consulta com o anesthesiologista. Sendo assim, não foi constatada nenhuma alteração sistêmica que contraindicasse a realização das extrações.

Então seguindo para a cirurgia, a paciente foi submetida a sedação endovenosa e anestesia local. Para os terceiros molares inferiores, foi feita a incisão com bisturi elétrico, a osteotomia com caneta de alta rotação sob irrigação constante, e a odontosecção (Figura 4) com o Piezoelétrico (Figura 8), utilizando a técnica da coronectomia. Nos superiores não foi necessária a osteotomia e nem a coronectomia, fazendo então a incisão com bisturi convencional, retalho (Figura 5), luxação e remoção do dente com o auxílio da alavanca, então, foi possível a extração completa (Figura 6). Em seguida, fez-se a sutura com fio absorvível na região do 18, 28 e 38, e no 48 foi utilizado fio de nylon para uma melhor união dos tecidos (Figura 7).

A paciente teve uma consulta no dia posterior a cirurgia para uma sessão de laser terapia, para melhor cicatrização do local. Mas, com o passar dos dias, ela percebeu parestesia no lado esquerdo da língua, que passou com 3 meses. Depois de 6 meses foi feito o pedido de uma radiografia panorâmica novamente (Figura 9).

3. DISCUSSÃO

No caso apresentado, vemos como os terceiros molares da paciente se encontram impactados (Figura 1) e que com isso foi decidido fazer as extrações a esperar mais pela erupção. Segundo estudos, os terceiros molares inferiores normalmente completam a sua erupção aos 20 anos de idade (podendo ocorrer após

essa idade), mas aqueles que estão na posição horizontal ou muito inclinados para a mesial, têm menores chances de erupção do que aqueles na posição vertical, e sendo esses os dentes com maior incidência de impações. Então um estudo feito em Belfast, capital da Irlanda do Norte, sugeriu que pode ter um crescimento diferente entre as raízes mesial e distal do terceiro molar, fazendo com que esse dente fique inclinado para a mesial caso a raiz mesial se desenvolva com atraso se comparado com a distal. Como um outro motivo de um terceiro molar não erupcionar, temos quando o comprimento do arco dentário não é suficiente para o tamanho desse dente, sendo que foi observado que terceiros molares impactados tinham um tamanho maior do que aqueles que não sofreram impação (MILORO et al., 2016).

O pedido das extrações, foi devido a esses terceiros molares estarem interferindo na movimentação dentária. Miloro et al. (2016) nos diz que o terceiro molar pode ser um obstáculo no tratamento ortodôntico quando o ortodontista precisa fazer a movimentação do segundo molar para a distal, mas o terceiro molar impactado está impedindo.

FIGURA 1: Radiografia panoâmica antes das extrações, pré tratamento ortodôntico.



Fonte: Odonto Radio, 2021.

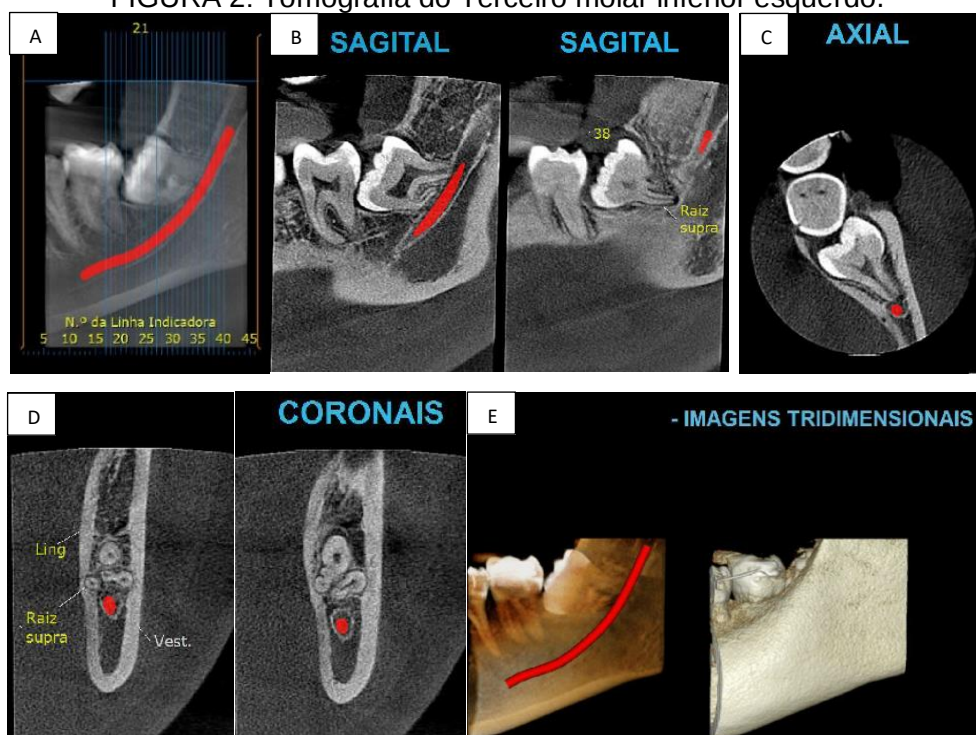
Devido aos terceiros molares inferiores apresentarem contato com o canal mandibular, foi feito o pedido de tomografia, e Escudeiro et al. (2018) explica que a coronectomia pode sim ser feita a partir de apenas uma radiografia panorâmica, mas que a tomografia computadorizada nos dá um diagnóstico mais preciso, mostrando melhor a morfologia das raízes e a relação delas com o canal mandibular, para assim

poder decidir a técnica correta e segura a ser utilizada no caso em questão, apesar de ter um custo mais alto.

Com essa tomografia (Figura 2 e Figura 3), foi possível identificar um área radiolúcida entre os terceiros e segundo molares, sendo um indicativo de cisto dentígero, devido a isso, de acordo com Consolaro e Hadaya (2021), quanto maior for o espaço folicular, maior a possibilidade de ser um cisto dentígero, nesses casos, até microscopicamente tem-se dificuldade de distinguir os folículos pericoronários dos cistos odontogênicos.

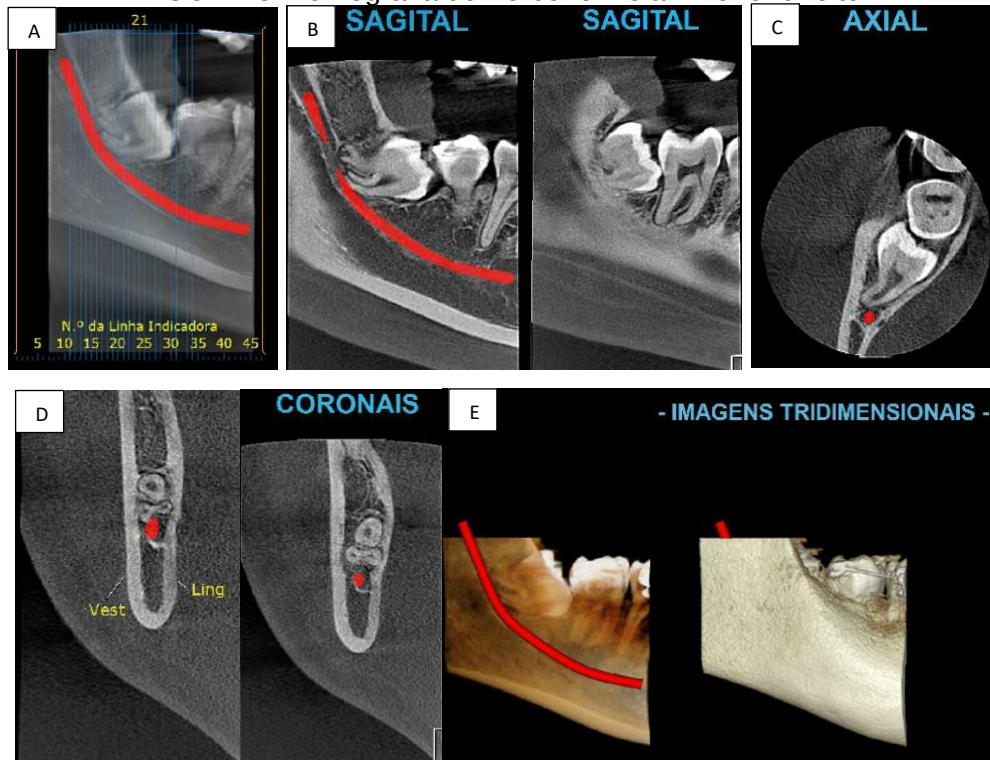
Miloro et al. (2016) e Moraes et al. (2014) dizem que, o cisto dentígero geralmente pode aparecer associado a um dente que não erupcionou (como o dente impactado), normalmente são os terceiros molares inferiores, sendo pequenos e assintomáticos (exceto se ocorrer uma infecção secundária), são descobertos em radiografias de rotina ou durante o exame de um dente incluso, quando o cisto cresce ao ponto de causar dor e expansão óssea que se pode notar os sinais e sintomas.

FIGURA 2: Tomografia do Terceiro molar inferior esquerdo.



Fonte: Odonto Radio, 2021.

FIGURA 3: Tomografia do Terceiro molar inferior direito.



Fonte: Odonto Radio, 2021.

Analisando as tomografias, optou-se pela coronectomia nos inferiores (Figura 4 e Figura 6) e remoção total dos superiores (Figura 6). Moura et al. (2020) relata que, a extração de terceiros molares inclusos é um procedimento comumente realizado, quando se há riscos de lesionar o Nervo Alveolar Inferior, a técnica de coronectomia é uma alternativa para esses casos específicos e mais complicados, para saber se houve sucesso deve-se analisar a formação óssea ao redor das raízes que ali continuaram, bem como a sobrevivência delas, e se essas raízes migrarem não é uma falha, mas sim um processo fisiológico.

FIGURA 4: Foto de etapas da cirurgia.



Fonte: Acervo do autor, 2021.

FIGURA 5: Retalho para remoção do terceiro molar superior.



Fonte: Acervo do autor, 2021.

FIGURA 6: Dentes 18 e 28, e coroa dos dentes 38 e 48.



Fonte: Acervo do autor, 2021.

FIGURA 7: Região de terceiro molar com sutura.



Fonte: Acervo do autor, 2021.

Rodrigues et al. (2020) fizeram uma pesquisa que mostrou que a maioria dos participantes especialistas e/ou residentes em buco-maxilo-facial concordam que a reintervenção é uma das maiores desvantagens da coronectomia, devido aos casos de migração das raízes à direção oposta ao canal mandibular, mas essas raízes raramente erupcionam, normalmente continuam abaixo do nível ósseo, fazendo com que com o passar do tempo tenha uma nova formação óssea em cima. A infecção no pós operatório deve ser levada em consideração, sendo então necessária a antibioticoterapia, para diminuir esse risco. Mas nos estudos de casos de Dias-Ribeiro et al. (2015), Rosa et al. (2018) e Dallaserra et al. (2020), viram que se comparar o número de infecções pós operatórias das coronectomias com as extrações totais dos terceiros molares inferiores, não conseguiram observar se a coronectomia aumenta esse risco, pois é pequeno o número de pacientes que tiveram infecção nas raízes que foram sepultadas após a coronectomia para poder levar em consideração esse número, e também pôde se observar que a taxa de alveolite foi quase igual nos grupos

analisados, e viram que sentir uma dor até o nível médio é comum entre os pacientes após uma cirurgia de extração.

E então, para melhor segurança no procedimento, foi usado o Piezo (Figura 8), que de acordo com estudos feitos por Rajan et al. (2019), é um instrumento cirúrgico que pode ajudar muito em uma coronectomia, pois é um equipamento que emite vibrações e permite cortar apenas o osso, protegendo estruturas delicadas, evitando que o Nervo Alveolar Inferior seja danificado no momento de abrir espaço para a visualização do dente e executar a técnica.

Segundo estudos feitos por Aulestia-Viera et al. (2017), caso ocorra algum sintoma de dano ao nervo no pós operatório, a recuperação do nervo após o uso da utilização do piezoelétrico é melhor do que com as brocas convencionais, isso devido ao seu corte com frequências sônicas e ultrassônicas que corta apenas o tecido mineralizado, pois o tecido mole requer frequências acima das que o piezo transmite. Dito isso, ele tem como vantagem também a redução do sangramento devido a um efeito que cria bolhas nos fluidos levando a uma microcoagulação, e também uma sutil reparação do tecido ósseo segundo estudos histológicos. E como desvantagens, temos o alto custo do equipamento e a velocidade de corte inferior as brocas convencionais, mas a duração total da cirurgia quase não muda ou até mais rápida devido à segurança que ele traz no momento.

FIGURA 8: Piezoelétrico.



Fonte: Acervo do autor, 2021.

Devido a parestesia apresentada no pós operatório, foram feitas 3 sessões de laserterapia, e que em 3 meses a sintomatologia passou completamente. Temprano et al. (2017) fizeram testes e estudos a fim de comprovar a eficiência do laser de baixa intensidade, e viram que no tratamento de parestesias pós operatórias já desde a primeira sessão ele possui eficácia, acelerando a recuperação das fibras nervosas e da remodelação óssea; dando mais conforto ao paciente, reduzindo sinais de inflamação

e reparando o tecido afetado, isso se comparado a outros tratamentos, como medicação, fisioterapia e cirurgia reparadora. Mileto e Azambuja (2017), viram que a laserterapia como tratamento coadjuvante atua nos níveis celulares, como anti-inflamatório, restaurador tecidual e diminuindo o uso de analgésicos, ajudando na recuperação pós operatória de pacientes que fizeram a extração de terceiros molares.

FIGURA 9: Radiografia panoâmica após as extrações.



Fonte: Odonto Radio, 2022.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que, diante do caso relatado podemos ver que a coronectomia é uma técnica eficiente na remoção de terceiros molares que estão em contato com o canal mandibular, bem como a vantagem de se usar o Piezo e em casos como o apresentado, a possibilidade de extração de molares em âmbito hospitalar. Sendo que, não se teve infecção pós operatória, e apesar da parestesia ter ocorrido, as sessões de laserterapia foram suficientes para o reparo.

5. REFERÊNCIAS

AULESTIA-VIERA, Patricia Verónica; SOBRAL, Sérgio Sousa; MARINGOLI, Marcos José Barboni; PALMIERI, Michelle; NEGREIROS, Renata Matalon; JORGE, Waldyr Antônio. Comparación entre la piezocirugía y los instrumentos rotativos convencionales en la lateralización del nervio dentario inferior. **Revista Cubana de Estomatología**, São Paulo, v. 54, n. 4, out. 2017.

CALIENTO, Rubens; MANNARINO, Francesco Salvatore; HOCHULI-VIEIRA, Eduardo. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 458 – 462, dez. 2013.

CONSOLARO, Alberto; HADAYA, Omar. Ten reasons to not ignore the third molar. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 26, n. 1, jan. 2021.

DALLASERRA, Matías; CUÉLLAR, JAVIER; VILLANUEVA, JULIO. Coronectomía para cirugía de terceros molares inferiores. **Medwave**, v. 20, n. 6, jul. 2020.

DEBONI, Maria Cristina Zindel; TRAINA, Andreia Aparecida; BROZOSKI, Mariana Aparecida; SOUZA, Daniel Falbo Martins de; NACLÉRIO-HOMEM, Maria da Graça. Coronectomia de terceiro molar inferior. **Revista da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas**, São Paulo, v. 67, n. 1, p. 18 – 20, jan./mar. 2013.

DIAS-RIBEIRO, Eduardo; ROCHA, Julierme Ferreira; CORRÊA, Ana Paula Simões; SONG, Fan; SONODA, Celso Koogi; NOLETO, José Wilson. Coronectomia em terceiro molar inferior: relato de casos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucod-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 15, n. 2, p. 49 – 54, abr./jun. 2015.

ESCUDEIRO, Emmanuel Pereira; JÚNIOR, Marlon Ribeiro do Amaral; LOURO, Rafael Seabra; UZEDA, Marcelo José; RESENDE, Rodrigo Figueiredo de Brito. Coronectomia: Quando indicar? Como realizar? Relato de Caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucod-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 18, n. 2, p. 34 – 39, abr./jun. 2018.

KATO, Rogério Bentes; BUENO, Renan de Barros Lima; NETO, Patrício José de Oliveira; MICHEL, Campos Ribeiro; AZENHA, Marcelo Rodrigues. Acidentes e complicações associadas à cirurgia dos terceiros molares realizada por alunos de odontologia. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucod-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 10, n. 4, p. 45 – 54, set./dez. 2010.

MARIANO, Ronaldo Célio; SILVA, Alexandre Augusto Ferreira da; GOMES, Guilherme Menali; ALVES, Luis Henrique Theodoro; OLIVEIRA, Marina Reis. Modified coronectomy procedure for mandibular third molar: association of platelet-rich fibrin. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas, v. 69, nov. 2021.

MILETO, Tiago Nascimento; AZAMBUJA, Fabiano Goulart. Low-intensity laser efficacy in postoperative extraction of third molars. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 65, n. 1, p. 13 – 19, jan./mar. 2017.

MILORO, Michael; GHALI, G.E.; LARSEN, Peter E.; WAITE, Peter D. Cistos e Tumores Odontogênicos. In: CARLSON, Eric R. **Princípios de Cirurgia Bucodmaxilofacial de Peterson**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA, 2016. 1329p.

MILORO, Michael; GHALI, G.E.; LARSEN, Peter E.; WAITE, Peter D. Dentes Impactados. In: NESS, Gregory M. **Princípios de Cirurgia Bucodmaxilofacial de Peterson**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan LTDA, 2016. 1329p.

MORAIS, Hécio Henrique Araújo de; DIAS, Tasiana Guedes de Souza; VASCONCELLOS, Ricardo José de Holanda; VASCONCELOS, Belmiro Cavalcanti do Egito; MELO, Auremir Rocha; GONDIM, David Alencar; CARVALHO, Ricardo Wathson Feitosa de. Bilateral mandibular dentigerous cysts: a case report. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 62, n. 3, p. 299 – 304, out./dez. 2014.

MOURA, Lucas Borin; VELASQUES, Bibiana Dalsasso; BARCELLOS, Bhárbara Marinho; DAMIAN, Melissa Feres; XAVIER, Cristina Braga. Outcomes after mandibular third molar coronectomy. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, Pelotas, v. 68, mar. 2020.

RAJAN, Jyotsna; KAMATH, Abhay Taranath; GADICHERLA, Arikant; BHAGANIA, Manish; PENTAPATI, Kalyana Chakravarthy. Application of Piezosurgery in Surgical Extraction of Impacted Mandibular Third Molars Versus Conventional Rotatory Technique: A Randomized Controlled Trial. **Association of Support to Oral Health Research – APESB**, abr. 2019.

RODRIGUES, Lenilza de Oliveira; FRAGOSO, Alberto dos Santos; MEDEIROS, Rhyann Dinoá Ibiapina; ARAUJO, Vanessa Kelly Rodrigues de; JÚNIOR, Martinho Dinóia Medeiros; PONZI, Elizabeth Arruda Carneiro. Coronectomia: percepção dos buco-maxilo-faciais em hospitais do Recife-PE. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 20, n. 3, p. 12 – 19, jul./set. 2020.

ROSA, Alessandra Akizuki Okimoto; FRANCIO, Luciano Andrei; MILANI, Cíntia Mussi. Complicações em coronectomia: estudo retrospectivo de 19 casos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 18, n. 1, p. 12 – 18, jan./mar. 2018.

TEMPRANO, Astrid Virginia Buysse; PIVA, Fábio Henrique; OMANA, Jenilee Omana; GUEVARA, Henry Garcia; PIMENTA E SOUZA, Denis. Laser therapy for neurosensory recovery after sagittal split ramus osteotomy. **Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial**, v. 39, n. 4, p. 191 – 198, out./dez. 2017.