

CORONECTOMIA EM TERCEIROS MOLARES INFERIORES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Inaê Palosque Grosso¹, Marcela Ferranti Esteves², Guilherme Sanches Humel³

1 Graduanda do curso de Odontologia do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva (IMES)

2 Graduanda do curso de Odontologia do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva (IMES)

3 Professor Orientador do curso de Odontologia do Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva (IMES)

Autor de correspondência:

Inaê Palosque Grosso

[E-mail: inaepalosque22@gmail.com](mailto:inaepalosque22@gmail.com)

Avenida Daniel Dalto s/nº (Rodovia Washington Luis – SP 310 – Km 382) | Caixa Postal 86 | 15.800-970 | Catanduva – SP.

RESUMO

Os terceiros molares inferiores podem apresentar íntima relação com o nervo alveolar inferior (NAI), principal responsável pela neurotransmissão sensorial na região labial, nasal e dental. A técnica denominada coronectomia, ou odontotectomia parcial intencional (OPI), foi desenvolvida em 1984, por Ecuyer e Debieen como uma alternativa à exodontia total, tendo a finalidade de evitar lesões ao nervo alveolar inferior (NAI). Para que a relação entre NAI e elemento dental seja identificada, faz-se necessária a solicitação de exames de imagem como radiografia panorâmica e tomografia computadorizada Cone Beam – que é capaz de mostrar a correlação de forma muito clara, mas é somente indicada em casos em que haja a possibilidade de alto risco de envolvimento do NAI durante a cirurgia, devido aos altos níveis de radiação. Essa técnica é contraindicada em dentes que possuam cárie ativa atingindo a polpa, demonstrando anormalidade periapical, em dentes impactados de forma horizontal, dentes associados a grandes tumores e cistos e dentes com mobilidade. Sendo descrita como desvantagem a mobilidade radicular pós cirúrgica, que consiste na movimentação das raízes remanescentes e, em alguns casos, necessita de reintervenção cirúrgica.

Palavras-chave: exodontia, nervo alveolar inferior, terceiro molar.

ABSTRACT

Lower third molars may have a close relationship with the inferior alveolar nerve (IAN), which is primarily responsible for sensory neurotransmission in the labial, nasal and dental regions. The technique called coronectomy, or intentional partial odontectomy (IPO), was developed in 1984 by Ecuyer and Debieen as an alternative to total tooth extraction, with the aim of preventing injuries to the IAN. In order for the relationship between IAN and dental element to be seen, it is necessary to request imaging tests such as panoramic radiography and Cone Beam computed tomography – which is capable of showing the correlation very clearly but is only indicated in cases where there is a possibility of a high risk of IAN involvement in the surgery due to high levels of radiation. This technique is contraindicated in teeth that have active caries reaching the pulp, demonstrating periapical abnormality, horizontally impacted, teeth associated with large tumors and cysts, and teeth with mobility. Post-surgical root mobility is described as a disadvantage, which consists of moving the remaining roots and, in some cases, requires surgical reintervention.

Keywords: extraction, inferior alveolar nerve, third molar.

INTRODUÇÃO

A exodontia de terceiros molares inferiores é um dos procedimentos mais realizados em consultórios odontológicos atualmente. Estes dentes erupcionam na fase adulta, entre 17 e 25 anos de idade. Segundo as orientações descritas pela Associação Americana de Cirurgiões Orais e Maxilofaciais no ano de 2016, devem ser extraídos terceiros molares que estejam associados a doenças ou apresentem risco significativo de desenvolver enfermidades. Entre as doenças que podem acometer os terceiros molares, a mais incidente é denominada pericoronarite e consiste na infecção em torno de um elemento parcialmente irrompido e/ou impactado – e de tecidos moles e ósseos adjacentes (ALI et al., 2018).

Terceiros molares inferiores podem apresentar grande proximidade ao nervo alveolar inferior (NAI), que é uma ramificação da divisão mandibular do quinto nervo craniano e é considerado o principal responsável pela transmissão de sensações na boca, face, dentes e cavidade nasal. Tendo em vista esse fato, elementos que apresentem estreita relação com o NAI podem ser extraídos por meio de uma técnica denominada coronectomia, que corresponde à remoção cirúrgica da coroa, deixando-se cerca de 5 mm apicais de raiz dentro do osso alveolar, a fim de evitar danos diretos ou indiretos ao NAI. Dentes elegíveis para esta técnica cirúrgica devem ser vitais, com tecidos pulpare e periapicais sem inflamações, também com tecidos adjacentes saudáveis (tecidos duros e moles). Além disso, este método pode ser efetuado quando há possibilidade de fratura mandibular durante a exérese do elemento (ALI et al., 2018; BATISTA et al., 2020).

A coronectomia foi descrita na literatura, pela primeira vez, por Ecuyer e Debien através de estudos realizados em 1984 – como uma alternativa à exodontia total; em junho de 1997, no Congresso da Associação Britânica de Cirurgia Oral e Maxilofacial, o cirurgião dentista O’Riordan apresentou um estudo envolvendo 100 casos em que foi realizada a coronectomia, demonstrando que o risco de infecção era mínimo e a taxa de morte era menor comparada a uma cirurgia de exodontia tradicional, considerando essa uma alternativa válida (ESCUDEIRO et al., 2018).

Para que se obtenha um diagnóstico preciso sobre a localização do dente em relação ao nervo alveolar inferior, faz-se necessário o requerimento de exames de imagem, como a radiografia panorâmica – a qual mostrará sinais de proximidade entre elemento e nervo através de uma sombra, que consiste no próprio nervo, sobrepondo as raízes do elemento, além de estreitamento e desvio dos canais radiculares. A Tomografia Computadorizada Cone Beam é indicada para confirmar o diagnóstico, pois permite a análise da posição exata das raízes e sua distância em relação ao NAI (MOURA et al., 2020).

Para que este método cirúrgico seja considerado bem-sucedido, as raízes remanescentes devem apresentar tecido pulpar vital, sem comprometimento inflamatório, estarem circundadas por tecido ósseo sadio e não serem mobilizadas durante o procedimento cirúrgico (PACCI et al., 2014).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo abordar sobre a coronectomia, diagnóstico para a eleição do procedimento, bem como a técnica, com seus riscos e benefícios, contribuindo para melhorar a abordagem do cirurgião dentista na hora do planejamento e execução cirúrgica.

MATERIAL E MÉTODOS

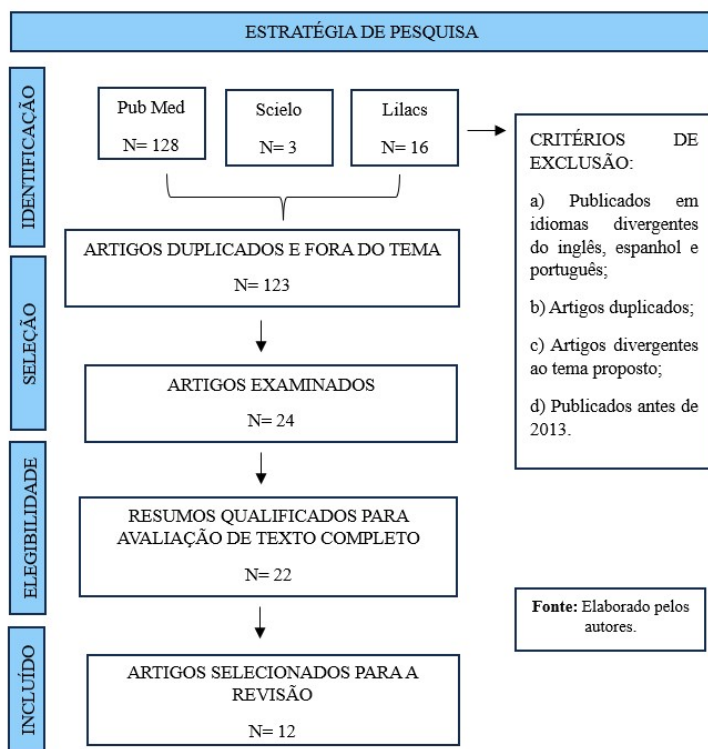
A busca bibliográfica foi realizada em bases de dados da literatura específica e correlata (*Pubmed, Scielo, Lilacs*), onde evidenciou-se artigos científicos que descrevem a aplicação da técnica denominada coronectomia na extração de terceiros molares inferiores.

Como critérios de inclusão, foram incluídos, no presente estudo, artigos completos publicados entre: 2013 a 2023, usando como termo de busca: coronectomy. Como restrição apenas na busca, foram incluídos artigos científicos em Inglês e Português. Critérios de exclusão estabelecidos foram mediante a língua original da publicação do artigo, excluindo aqueles que não se apresentaram na língua portuguesa, espanhola e inglesa, artigos duplicados e divergentes ao tema proposto.

Após a seleção dos artigos relevantes para esta pesquisa, foram incluídos os artigos descritos ao longo desse trabalho, lidos na íntegra, sendo estes parte do desenvolvimento desta revisão.

RESULTADOS

A pesquisa inicial encontrou 165 artigos na base de pesquisa *Pubmed*, 3 no *Scielo*, 18 no *Lilacs*. Após restringir a busca entre 2013 e 2023, como também apenas artigos em inglês, espanhol e português, restou 128, 3 e 16 respectivamente. Após leitura do título, foram removidos artigos duplicados e que não abrangiam o tema. Dos 24 artigos restantes, após a leitura do resumo e materiais e métodos, selecionamos através dos critérios de inclusão 22 artigos para leitura completa. Após leitura completa e análise, 12 artigos foram selecionados e incluídos nesse estudo, conforme demonstrado abaixo no fluxograma de metodologia de pesquisa (figura 1).



Segue abaixo, tabela resumo (tabela 1) dos artigos selecionados e incluídos nesta revisão:

Autor, Ano	Objetivo	Material e Métodos	Resultados	Conclusões
1.Pinto, et al; 2022. Resultados Preliminares.	O objetivo deste estudo prospectivo, com resultados preliminares, foi avaliar os fatores relacionados a migração radicular após a coronectomia de terceiros molares inferiores, especialmente a densidade óssea radiográfica.	Vinte e dois pacientes foram submetidos a 31 coronectomias de terceiros molares inferiores. A avaliação clínica e radiográfica de todos os pacientes foi realizada no pré-operatório e aos 7, 90 e 365 dias de pós-operatório.	Os resultados mostram que, após acompanhamento, nenhum paciente apresentou parestesia, sintomas ou necessitou de reintervenção. Porém, todas as raízes apresentaram migração.	Foi possível concluir, com base nos resultados preliminares, que todas as raízes apresentaram migração durante o período de acompanhamento pós cirúrgico, a densidade óssea aumentou e, consequentemente, a taxa de migração radicular diminuiu com o tempo.

2. AlRejaie et al.; 2021. Artigo de revisão.	Este estudo tem como objetivo revisar a literatura que avaliou a eficácia da coronectomia como alternativa para exodontias de terceiros molares inferiores que possuem alto risco de trauma no NAI.	Uma pesquisa informatizada na literatura foi realizada nos bancos de dado PubMed, SCOPUS e ScienceDirect e foram analisados um total de 97 artigos, onde 7 estudos foram incluídos para realização da análise qualitativa.	Nenhum estudo relatou lesão do NAI em relação a coronectomia, no entanto lesão transitória do NAI foi relatada em 20% de coronectomias bem-sucedidas e 8% em coronectomias mal-sucedidas.	A coronectomia é uma alternativa eficiente para manejo de terceiros molares impactados com alto risco de lesão ao NAI. Pacientes que receberam antibióticos pós procedimento apresentaram taxa de infecção mais baixa.
3. Moura et al.; 2020 Caso clínico.	O objetivo dessa análise de casos é descrever 4 resultados diferentes da coronectomia em pacientes tratados pelo mesmo protocolo.	Foi realizado o mesmo protocolo cirúrgico em 4 pacientes diferentes a fim de analisar os resultados.	Os resultados variaram de assintomáticos a migração, infecção e remoção da raiz. Nenhum dos pacientes apresentou comprometimento ao NAI.	A coronectomia é um método eficaz e técnica alternativa para exodontia de terceiros molares inferiores que apresentam estreita relação com o NAI.
4. Batista et al.; 2020. Relato de Caso Clínico.	Analisar resultados de coronectomia realizada em paciente masculino, de 24 anos, ASA 1, com terceiro molar inferior apresentando íntima relação com o NAI.	Foi realizada a coronectomia após análise radiográfica onde o dente apresentava-se semi-incluso, com intuito de preservação de feixe vaso-nervoso adjacente.	Coronectomia foi realizada com sucesso, sem sinais de lesão nervosa ou alteração sensorial.	A coronectomia apresentou-se como técnica cirúrgica eficiente, segura e previsível diante da necessidade de preservação do NAI.
5. Rodrigues et al.; 2020 Revisão de literatura e pesquisa de campo.	Mensurar o nível de conhecimento e percepção de cirurgiões bucomaxilares em 3 hospitais da rede pública da cidade de Recife – PE sobre a técnica de coronectomia.	Estudo composto por 40 profissionais, dentre os quais, 50% de todos os entrevistados declararam não realizar coronectomia com alternativa à extração de terceiros molares inferiores.	Os entrevistados conhecem a técnica coronectomia, porém sua indicação não é frequente e as contraindicações mais citadas foram lesões neoplásicas e terceiros molares com patologia apical.	A técnica de coronectomia é eficaz quando corretamente indicada e realizada pois reduz o risco de lesão ao NAI.
6. Escudeiro et al.; 2018 Relato de caso	O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de um paciente do sexo masculino, 28 anos, leucodermia, submetido à técnica cirúrgica de coronectomia.	Foi realizada a coronectomia no elemento dentário 37 posicionado abaixo da linha amelocementaria dos elementos 38 e 36, ocasionando a reabsorção radicular distal.	Procedimento foi realizado sem intercorrências no transoperatório, no controle pós-operatório de 24 meses não houve presença de infecções ou exposição de coto radicular do elemento dentário na cavidade bucal, além da ausência de parestesia ou fratura mandibular no pós-operatório.	Essa técnica é um recurso válido tanto para o cirurgião quanto para o paciente pois apresenta alta taxa de sucesso e baixa incidência de risco ao NAI ou fratura mandibular.
7. Ali; 2018. Revisão de literatura.	Revisão sistêmica com objetivo de comparar o efeito da coronectomia vs. Extração cirúrgica completa de terceiros molares inferiores.	Estudos foram identificados por meio de pesquisas nos bancos de dados embase (1980 – 2016) e Ovid MEDLINE (1946 – 2016_	Tanto Leung e Cheung quanto Renton et al concluíram que a coronectomia foi associada a uma menor incidência de déficit neurosensorial do que a remoção completa de terceiros molares inferiores	A qualidade de evidências é insuficiente para fornecer conclusões definitivas sobre a tecnologia preferida.

8. Pogrel; 2015. Revisão de literatura.	Discutir as diferenças de indicação e técnicas utilizadas baseando-se na experiência pessoal, além de analisar o grau de aceitação da técnica.	Comparação de artigos analisados em relação a técnica desenvolvida pelo autor.	A maioria dos artigos publicados descrevem resultados bem-sucedidos com baixas taxas de complicações.	A taxa de infecção é realmente menor em casos em que foi realizada a coronectomia comparação aos casos em que foi realizada exodontia total
9. Martins et al.; 2015. Pesquisa de campo.	Verificar conhecimentos sobre coronectomia por parte dos especialistas em cirurgia bucomaxilo facial registrados no Conselho Nacional de Odontologia do Rio Grande do Sul.	Pesquisa realizada por meio de um questionário por correio eletrônico com 6 questões sobre coronectomia	De 376 profissionais com endereço eletrônico válido, 39 responderam ao questionário. Desses, 41,02% eram especialistas a mais de 5 e menos de 10 anos.	Segundo os resultados obtidos, ainda que se trate de uma técnica conhecida pelos profissionais, sua indicação não foi frequente.
10. Martin et al.; 2015 Revisão sistêmica.	Avaliar a eficácia clínica da cirurgia de coronectomia para extração de terceiros molares em estreita proximidade com o NAI.	As revisões sistêmicas sintetizam as evidências de estudos científicos para fornecer respostas informativas a questões científicas, incluindo resumo abrangente das evidências disponíveis.	O sucesso das coronectomias variou de um mínimo de 61,7% a um máximo de 100%, onde foi associada a uma baixa incidência de complicações em termos de lesões ao NAI.	A coronectomia pode ser indicada para dentes muito próximos ao NAI; se for necessária uma reintervenção para as raízes remanescentes, as mesmas podem ser removidas com baixo nível de parestesia.
11. Pacci et al.; 2014 Relato de Caso.	Apresentar relato de dois casos clínicos de coronectomia no manejo de terceiros molares inferiores cuja radiografia panorâmica evidenciava íntima relação das raízes com o NAI.	Foi utilizada a mesma técnica cirúrgica em ambos os casos.	A coronectomia ocorreu sem intercorrências trans ou pós-operatórias nos dois casos relatados. A radiografia pós-operatória demonstrou a conservação das raízes localmente, e as radiografias após 3 meses evidenciaram a neoformação óssea local.	A coronectomia é uma opção para cirurgia de terceiros molares inferiores próximos ao NAI sendo uma técnica eficaz quando corretamente indicada e realizada.
12. Gady et al.; 2013 Revisão de literatura e Estudo de caso.	Discutir as indicações da coronectomia e os resultados desse procedimento.	Realização da técnica descrita por Pogrel et al em 4 pacientes, sendo 3 mulheres entre 41 e 69 anos e um homem de 41 anos.	Existem poucos estudos de longo prazo; nos estudos publicados, não foi encontrado aumento da incidência de infecções, dor ou desenvolvimento de anormalidades. Além disso, 75% das raízes pararam de migrar entre 12 e 14 meses.	É de opinião dos autores que a coronectomia é uma alternativa razoável e segura no tratamento de pacientes que demonstram risco elevado de lesão ao NAI.

DISCUSSÃO

O procedimento cirúrgico denominado coronectomia foi descrito na literatura, pela primeira vez, em 1984 por Ecuyer e Debieu como uma forma alternativa de realizar a exodontia de terceiros molares inferiores. Estudos demonstram que este procedimento diminui significativamente o risco de lesões iatrogênicas no nervo alveolar inferior (NAI), que é um ramo da divisão mandibular do quinto (V) nervo craniano, o trigêmeo, e é o principal transmissor sensorial na área da boca, face, dentes, cavidade nasal e músculos mastigatórios. Sua lesão pode causar perda ou alteração de sensibilidade sensorial no lábio ipsilateral, queixo, gengiva inferior e dentes anteriores de forma permanente ou não. Muitos autores recomendam a realização deste procedimento em terceiros molares inferiores que apresentam confinidade com o nervo alveolar inferior (GADY et al., 2013; ALI et al., 2018).

Este método cirúrgico, também conhecido como odontotectomia parcial intencional (OPI), apresenta-se como uma alternativa à remoção completa do dente, reduzindo o risco de complicações, à vista que a técnica consiste apenas na remoção da porção coronária, com retenção proposital das raízes próximas ao nervo alveolar inferior. O êxito deste método depende diretamente da retirada do tecido pulpar presente na coroa, a fim de conservar-se apenas as raízes com tecido pulpar vital; depende, também, da presença de tecidos ósseos saudáveis adjacentes ao elemento dental, com ausência de comprometimentos inflamatórios, além de ser diretamente correlacionado a mobilização das raízes (RODRIGUES et al., 2020; BATISTA et al., 2020).

Tem-se por verdade que fragmentos quebrados de dentes vitais não infectados podem ser deixados *in situ* sem causar complicações. A coronectomia explora este princípio (MARTIN et al., 2015).

Barcellos et. Al propuseram as principais causas que poderiam carecer reintervenção cirúrgica. Apesar de apresentar uma pequena taxa de reoperação – apenas 5,1% dos casos estudados – os autores concluíram que os fatores relacionados a uma segunda intervenção compreendiam sintomatologia persistente, exposição radicular e presença de esmalte residual após a execução técnica – fatores que são apresentados pelo autor como desvantagens (BATISTA et al., 2020).

DIAGNÓSTICO

Estudos têm tentado correlacionar marcadores em radiografias panorâmicas que indiquem a posição do dente em relação ao NAI. As características radiográficas que podem ser encontradas incluem escurecimento da raiz, estreitamento do ápice, deflexão da raiz, desvio do canal do NAI, estreitamento do canal do NAI e interrupção ou desvio da linha branca que representa o nervo radiograficamente. A tomografia computadorizada Cone Beam (CTCB) fornece uma análise mais clara e precisa da relação entre raízes dentárias e canal mandibular, porém, seu custo é mais alto e o uso excessivo de CTCB não é recomendado devido às altas doses de radiação. Desta forma, seu uso deve ser aplicado apenas em casos com alto risco de envolvimento nervoso (ALREJAIE et al., 2021).

A partir da análise radiográfica da CTCB, a relação entre o dente e o nervo pode ser classificada a partir do risco de dano permanente no NAI após o procedimento cirúrgico. Em casos de baixo risco, há separação do nervo e da raiz com uma camada óssea entre eles; os casos diagnosticados como médio risco apresentam o nervo adjacente à raiz do dente ou levemente sulcado; os casos de alto risco ocorrem quando há sulcamento da raiz pelo NAI, de forma que essa o recobre (POGREL, 2015).

VANTAGENS E DESVANTAGENS

A incidência de neuropraxia no NAI, relatada na literatura, varia entre 1,3% e 5,3%, enquanto o envolvimento persistente do NAI (presente por mais de 06 meses) é de 0,9%. O risco desta complicação está diretamente ligado à posição do dente a ser extraído em relação ao nervo alveolar inferior, de forma que mais de 30% dos casos de lesão no NAI sucederam casos em que havia alto risco de envolvimento do nervo (ALREJAIE et al., 2021).

As lesões que acometem o nervo alveolar inferior podem acontecer de forma direta – o nervo pode ser seccionado por instrumentos rotatórios, alavancas, instrumentos cortantes ou durante a remoção de um dente que seja perfurado pelo NAI; ou de forma indireta – por forças transmitidas pela raiz durante a elevação do elemento dental (MARTIN et al., 2015).

O sucesso dessa técnica cirúrgica está diretamente relacionado à formação de osteocimento e camada óssea sobre os fragmentos radiculares conservados *in situ*. O esmalte residual atua como um dos principais obstáculos para a execução bem-sucedida desse método, pois age como uma obstrução à consolidação óssea. Dentes com cárie ativa atingindo a polpa, demonstrando anormalidade periapical, impactados de forma horizontal, dentes associados a grandes tumores e cistos e dentes com mobilidade não devem ser considerados para a realização de coronectomia. Os pacientes não considerados para a cirurgia por motivos sistêmicos incluem pacientes imunocomprometidos – abrangendo pacientes HIV positivos, diabéticos não controlados, pacientes submetidos a radioterapia ou quimioterapia nas regiões de cabeça e pescoço, pacientes acometidos por osteoesclerose ou osteopetose, pacientes com infecções sistêmicas e distúrbios neuromusculares, além de pacientes que tem intenção de fazer cirurgias ortognáticas futuramente. À vista

disso, são elegíveis dentes posicionados verticalmente, inclinados mesialmente e angulados distalmente que apresentem propinquidade com o nervo alveolar inferior, tendo em vista que esta é a maior indicação para a realização de uma coronectomia (GADY et al., 2013; RODRIGUES et al., 2020; MARTINS et al., 2015).

As possíveis complicações envolvendo a coronectomia são as mesmas presenciadas em uma exodontia total e consistem em dor, hemorragia, infecções, edema, trismo e parestesia. Entretanto, a coronectomia pode apresentar intercorrências pós-operatórias particulares, como a migração das raízes radiculares (RM), que apresenta incidência entre 14% e 18% dos casos. Além disso, Sencimen et al. concluíram, em 2010, que a realização de tratamento endodôntico nas raízes remanescentes aumenta consideravelmente as taxas de complicações e infecções, fazendo com que este procedimento pós cirúrgico seja contraindicado (ALREJAIE et al., 2021; PACCI et al., 2014).

A migração radicular (RM) é mais frequentemente observada em pacientes jovens do sexo feminino, o que indica que sexo e idade podem impactar a taxa de migração. O fator da idade é explicado pela densidade óssea, que é menor em pacientes com menos idade; entretanto, faltam estudos sobre a correlação entre sexo e a consolidação óssea pós cirúrgica, tendo em vista que este tema é relativamente recente (PINTO et al., 2022).

Estudos recentes conduzidos por Yan et. al apontam que a migração radicular média registrada após a execução da coronectomia varia entre 1,98 e 4,05 mm. Além disso, esses estudos concluem que as condições do elemento dental antes da cirurgia, como profundidade de impactação, espaço retromolar e angulação influenciam a migração radicular no sentido ápice-coroa. A angulação pré-operatória foi o fator que mais influenciou a RM (migração radicular); a menor angulação é associada a uma rotação distalizada, enquanto a maior angulação resultou em uma rotação mesializada (ALREJAIE et al., 2021).

A migração radicular (RM) pode levar à exposição de raízes remanescentes na cavidade oral, e, quando ocorre, deve haver intervenção cirúrgica afim de evitar infecções correlacionadas ao acúmulo de placa bacteriana. A RM (migração radicular) torna a extração radicular mais segura, é um processo fisiológico contínuo e não deve ser considerada uma falha cirúrgica, como foi constado por Monaco et al, tendo em vista que o principal objetivo da coronectomia foi atingido – evitar lesões no NAI (RODRIGUES et al., 2020).

TÉCNICA

Com a maior incidência de coronectomias nos consultórios odontológicos, o número de variações da técnica cirúrgica aumentou. A técnica descrita originalmente pode ser dividida em seis etapas: incisão, exposição, descoronação, acabamento da superfície da raiz, desbridamento da cavidade e fechamento (RODRIGUES et al., 2020).

A execução da técnica se inicia com uma incisão vertical anterior na direção da face distal do segundo molar inferior, além de uma incisão de alívio distal a alguns milímetros da crista oblíqua externa que deve ser elevada e retraída, de modo que o retalho seja afastado com um afastador Minnesota. A aba lingual deve ser levantada sem tensão aplicada no nervo lingual, onde são retraídos os retalhos com um afastador lingual adequado (RODRIGUES et al., 2020).

Em seguida, o dente deve ser exposto até a junção amelocementaria ser localizada, usando uma broca de fissura com velocidade e torque apropriados. Após a realização desta etapa, remove-se o osso alveolar na face vestibular, com cerca de 1 a 2mm abaixo da junção amelocementaria, com uma profundidade de três quartos da coroa a fim evitar a perfuração da cortical lingual, eliminando-se o risco de lesão no NAI. Esta etapa tem o propósito de facilitar a desimpactação da coroa e possibilitar a recuperação de fragmentos. O corte deve ser profundo, a fim de permitir que a porção coronal seja levantada sem mobilizar as raízes; deste modo, com uma alavanca apical, termina-se o processo de seccionamento da coroa, removendo-a com uma pinça hemostática ou fórceps, sem movimentar o terço radicular (RODRIGUES et al., 2020).

Uma alternativa para a realização deste método consiste na utilização de broca carbide n ° 701 tronco-cônica, com o objetivo de evitar a luxação do dente, seccionar toda a extensão da coroa vestibulo lingual, com uma angulação de 45°, dispensando o uso de alavanca apical para complementar a secção. Nesta técnica, o uso de retrator lingual faz-se necessário a fim de evitar perfuração no osso alveolar lingual, o que resultaria

em lesão ao NAI. Após a remoção da parte coronária, utiliza-se uma broca carbide esférica, rebaixa-se o terço radicular ao nível das raízes - que deve ficar alguns milímetros abaixo da crista óssea (RODRIGUES et al., 2020).

Segundo a literatura, 3mm de desgaste abaixo da crista óssea são suficientes para propiciar uma cicatrização e deposição óssea. Antes de realizar a sutura no alvéolo, é necessário que ele seja curetado e todo o tecido mole e infectado seja removido, sempre irrigando com solução salina e inspecionando toda a raiz de modo que nenhum fragmento ou espícula óssea reste no alvéolo (RODRIGUES et al., 2020).

Vale ressaltar que, se as raízes apresentarem mobilidade durante a realização de qualquer técnica cirúrgica e suas variações, as mesmas devem ser removidas imediatamente pelo profissional (RODRIGUES et al., 2020).

Estudos baseados nesta técnica apresentam maior índice de insucesso, tendo em vista que as raízes são removidas na cirurgia inicial, não configurando uma coronectomia. No entanto, não há qualquer relato de maior envolvimento do NAI (PROGREL, 2015).

Atualmente não existem normas quanto ao período de acompanhamento dos pacientes submetidos à coronectomia, porém faz-se necessária a realização de exames de imagem imediatos à conclusão do procedimento cirúrgico e, em seguida, em seis meses de pós-operatório. Fora essas indicações, a radiografia só deve ser indicada em casos que o paciente apresente quadro sintomático. A prescrição médica é a mesma de uma exodontia total, podendo ser realizada profilaxia antibiótica em casos de periocoronarite e infecções dos tecidos adjacentes (PROGREL, 2015; RODRIGUES et al., 2020).

CONCLUSÃO

Diante a revisão apresentada, pode-se concluir que a coronectomia é uma alternativa válida e eficiente, com baixa taxa de complicações e relatos de dor pós cirúrgica comparada a cirurgia convencional de extração de terceiros molares, além de apresentar baixa incidência de lesão no NAI, o que é o intuito da realização desta técnica. Desta forma, a única intercorrência presenciada é a migração das raízes – o que não deve ser considerado um insucesso, pois o objetivo da aplicação da coronectomia foi alcançado – é apenas uma desvantagem em comparação a outros métodos.

REFERÊNCIAS

- ALI, A. S. *et al.* Risco de lesão do nervo alveolar inferior com coronectomia versus extração cirúrgica de terceiros molares inferiores- uma comparação de duas técnicas e revisão da literatura. **J Reabilitação Oral**, v. 45, p. 250-257, 2018.
- ALREJAIE.L. *et al.* Avaliação dos resultados do procedimento de coronectomia versus extração cirúrgica de terceiros molares inferiores que possuem alto risco de lesão do nervo alveolar inferior: Uma revisão sistemática. **International Journal of Dentistry**, 2021.
- BATISTA. T. *et al.* Odontectomia parcial intencional: Relato de caso clínica. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v. 20, n. 3, p. 39-43, jul./set. 2020.
- ESCUDEIRO, E. *et al.* Coronectomia: quando indicar? Como realizar? Relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v. 18, n. 2, p. 34-39, abr./jun., 2018.
- GADY, J. *et al.* Coronectomia indicações, resultados e descrição da técnica. **Atlas Oral Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 21, 2013, 221-226 p.
- MARTIN, A. *et al.* Coronectomia como abordagem cirúrgica para terceiros molares inferiores impactados: uma revisão sistemática. **Head & Face Medicine**, v. 11, p. 09, 2015.
- MARTINS, L. *et al.* Percepção dos cirurgiões bucomaxilofaciais do estado do Rio Grande do Sul sobre a técnica da coronectomia. **Revista Faculdade de Odontologia**, Passo Fundo, v. 20, n. 1, p. 75-80, jan./abr. 2015.
- MOURA, L. *et al.* Desfechos após coronectomia de terceiros molares inferiores. **Rev. Gaucha Odontol.**, v. 68, 2020.
- PACCI, R. *et al.* Coronectomia de terceiros molares inferiores: Relato de dois casos. **Odonto**, v. 22, n. 43-44, p. 101-106, 2014.

PINTO, K. *et al.* Fatores associados à migração radicular após coronectomia de terceiro molar inferior. **Dente de Braz Ciência**, v. 25, n. 2, p. e3055, abr./jun. 2022.

POGREL, A. Coronectomy partial odontectomy or intentional root retention. **Oral Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, 2015.

RODRIGUES, L. *et al.* Coronectomia: Percepção dos buco-maxilo-faciais em hospitais do Recife- PE. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v. 20, n. 3, p. 12-19, jul./set. 2020.