

AValiação CLÍNICA E RADIOGRÁFICA DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES SUBMETIDOS À CORONECTOMIA: RESULTADOS PRELIMINARES

**MATEUS DE AZEVEDO KINALSKI¹; KAROLINE VON AHN PINTO²; BIBIANA
DALSSASSO VELASQUES²; LETÍCIA KIRST POST²; MELISSA FERES DAMIAN²;
CRISTINA BRAGA XAVIER³**

¹Faculdade de Odontologia da UFPel – mateus_kinalsk@hotmail.com

²Faculdade de Odontologia da UFPel – kaaroline.pinto@gmail.com

²Faculdade de Odontologia, UFPel - bibidalve@gmail.com

²Faculdade de Odontologia da UFPel – letipel@hotmail.com

²Faculdade de Odontologia da UFPel – melissaferesd Damian@gmail.com

³Faculdade de Odontologia da UFPel – cristinabxavier@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A cirurgia para remoção de dentes inclusos e/ou impactados é considerada rotina na especialidade de Cirurgia Bucomaxilofacial. Os terceiros molares são os dentes que com maior frequência apresentam as situações de não irrupção e impatcação, ficando retidos no interior dos maxilares. (RENTON *et al.*, 2005; LEUNG, CHEUNG, 2008).

A exodontia de 3º molares inferiores (MI) é um procedimento que pode gerar considerável traumatismo e acarretar em complicações como lesão ao nervo alveolar inferior (NAI), dor intensa ou infecção pós-operatória. O grau de impatcação e a posição dentária, apresentam significativa importância nos casos relacionados à lesão ao NAI, devido às consequências de déficit sensorial que acarreta (RENTON *et al.*, 2005; LEUNG, CHEUNG, 2008; CLAUSER *et al.*, 2009).

A radiografia panorâmica é o exame de rotina para avaliar a relação anatômica entre os 3º MI inclusos e o NAI. Alguns sinais radiográficos devem ser avaliados criteriosamente, pois estão associados a íntima relação entre essas duas estruturas anatômicas, como a proximidade do 3º MI com o canal mandibular (CM).

Segundo POGREL (2007), após o diagnóstico da íntima relação das raízes dos 3º MI com o CM, existem três possibilidades a serem consideradas: não extrair o dente e realizar um tratamento de segunda indicação; remover o dente cirurgicamente com extremo cuidado para evitar danos ao NAI; realizar o procedimento de coronectomia, visando eliminação parcial do devido dente, podendo, assim, reduzir as chances de lesão ao NAI (CLAUSER *et al.*, 2009; LEUNG, CHEUNG, 2009; POGREL *et al.*, 2004; CILASUN *et al.*, 2011).

POGREL (2007) elencou seis fatores que devem ser considerados quando a coronectomia for a técnica cirúrgica de escolha no tratamento de terceiros molares inclusos/retidos: o dente não pode apresentar mobilidade periodontal; não deve haver deterioração ou infecção envolvendo as raízes do dente; o dente deve ser vital ou endodonticamente tratado; a coroa e parte considerável das raízes devem ser removidas até a profundidade de 2 a 3 mm a baixo do nível do alvéolo; não é necessário o tratamento da polpa exposta; a porção apical que será retida não deve ser movimentada durante o procedimento de coronectomia.

Assim, o objetivo com este estudo é apresentar os resultados preliminares da análise e acompanhamento, clínico e radiográfico, de 3ºMI submetidos ao procedimento de coronectomia, observando as possíveis complicações pós-operatórias e as taxas de sucesso desta técnica.

2. METODOLOGIA

Este estudo clínico prospectivo foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FM da UFPel (Parecer nº 909.276). Neste trabalho estão sendo apresentados apenas resultados preliminares, ou seja, o período de acompanhamento dos pacientes ainda não foi concluído, tampouco a amostra calculada para o estudo, que prevê período de realização de 5 anos, completada.

Até o momento fazem parte da amostra oito 3ºMI de seis pacientes submetidos ao procedimento de coronectomia, atendidos pelo Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da FO UFPel. Todos estes 8 dentes enquadraram-se nos critérios de inclusão do estudo: (1) visualização, em radiografia panorâmica pré-operatória, da íntima relação entre o 3ºMI incluso ou impactado com o CM; (2) ausência de patologia periodontal, infecção ou perda de vitalidade deste dente.

Antes de serem submetidos ao procedimento cirúrgico, os pacientes realizaram exames clínico e radiográfico (radiografia panorâmica). Clinicamente coletou-se: (1) dados epidemiológicos do paciente, como gênero e idade; (2) o 3ºMI a ser extraído; (3) patologias de base apresentada pelo paciente e se o mesmo usava medicação de uso contínuo; (4) presença de dor, edema, infecção, parestesia ou trismo; (5) exposição do 3ºMI ao meio bucal; (6) medicação pré operatória prescrita. Já no exame radiográfico avaliou-se: (1) sinal da relação entre 3ºMI e o CM; (2) posição dentária, de acordo com as classificações de Pell & Gregory e Winter.

O protocolo utilizado para técnica cirúrgica foi o descrito por Pogrel (2004), que recomenda a secção do dente (odontosecção) à 3mm da junção cimento esmalte. Nesta etapa coletou-se os dados acerca do (1) tipo e quantidade de anestésico utilizado; (2) medicação pós operatória prescrita; (3) exposição pulpar e (4) outras intercorrências.

Sete dias após a cirurgia, os pacientes foram submetidos novamente à avaliações clínica e radiográfica. Clinicamente, avaliou-se: (1) presença de sintomatologia dolorosa, edema, hemorragia, infecção, trismo, exposição óssea, deiscência de sutura, parestesia e exposição do fragmento; (2) necessidade de reintervenção. Radiograficamente, verificou-se: (1) forma de odontosecção; (2) profundidade do remascente em relação à crista óssea alveolar.

Após 90 dias pós operatórios, os pacientes foram reavaliados clínica e radiograficamente. A avaliação clínica obedeceu aos mesmos critérios de 7 dias pós cirúrgicos, enquanto que na radiografia panorâmica verificou-se: (1) a migração do fragmento; (2) neoformação óssea regional; (3) perda óssea na distal do 2ºM adjacente.

Adicionalmente, quando houve a necessidade de reintervenção verificou-se qual a porção do fragmento removida (coronário ou radicular) e nos casos de remoção de fragmentos radiculares, estes foram submetidos à avaliação histológica.

Os dados foram tabulados em planilha específica do *Microsoft Excel 2013*, e por tratar-se de um estudo preliminar, a avaliação dos dados foi apenas descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os 6 pacientes da amostra foram do gênero feminino, com média de idade de 25,3 ($\pm 3,5$) anos. Dos 8 dentes submetidos a coronectomia, 5 eram 3ºMI esquerdos e 3, direitos. Medicação de uso contínuo foi relatada por 3 pacientes, e

no pré operatório foi prescrito analgésico (4 dentes), antiinflamatório (7 dentes), antibiótico (3 dentes) e ansiolítico (2 dentes). Dois dentes estavam associados à dor pré operatória, sendo que um destes também apresentava edema e trismo. Dos 8 dentes submetidos ao procedimento, 3 estavam expostos ao meio bucal, 4 submucosos e 1 intra ósseo. Na radiografia panorâmica verificou-se que 3 CM apresentavam alteração anatômica, 3 apresentavam sobreposição com o 3ºM e 2 apresentavam perda de contorno do CM. Pela classificação de Pell & Gregory, 6 dentes encontravam-se em classe II, posição B e 2 em classe II, posição A; enquanto que pela classificação de Winter, 4 eram mesioangulados, 2 horizontais e 2 verticalizados.

Na avaliação de 7 dias, observou-se clinicamente que, dos 7 dentes submetidos ao procedimento, 3 apresentaram dor; 4 edema; 2 trismo; 1 parestesia e 1 necessitou de reintervenção cirúrgica para remoção de fragmento coronário. Nos demais dentes não foram observadas ou relatadas quaisquer sinais ou sintomas. Radiograficamente, pode-se observar que 7 dos 8 dentes sofreram secção completa e apenas 1, incompleta. Este dente com secção incompleta foi o que necessitou de reintervenção cirúrgica. Na avaliação do tipo de secção observou-se que em 5 a mesma foi oblíqua; 2 vertical e 1 horizontal. Sete, dos 8 dentes avaliados, apresentavam remanescentes distantes da crista óssea alveolar.

Na avaliação de 90 dias, o exame clínico informou que, exceto pela presença de cavidade localizada na distal de um elemento, os demais fragmentos não apresentaram sintomatologia. Houve remissão da parestesia do dente que apresentou esta complicação no exame de 7 dias pós operatório. Na avaliação das radiografias panorâmicas observou-se que todos os remanescentes apresentaram migração em direção ao rebordo alveolar e, também, que em todos os casos houve neoformação óssea regional. Na avaliação de perda óssea adjacente ao 2ºMI, apenas 3 apresentaram o nível ósseo abaixo da junção cimento esmalte.

Mesmo que todos os fragmentos submetidos ao procedimento até o presente momento tenham apresentado migração, nenhum foi necessitou de remoção. Assim, não há resultados parciais quanto à avaliação histológica dos fragmentos.

Os resultados obtidos até o presente momento vão ao encontro dos estudos que citam que a coronetomia é uma técnica viável para prevenção de lesões ao nervo alveolar inferior (LEUNG, CHEUNG, 2009; MALDEN, D'ACOSTA E REGO, 2010; AUYONG, LE, 2011), pois apenas 1 dos dentes submetidos ao procedimento apresentou sinais e sintomas de parestesia nas reavaliações clínicas correspondentes à 7 e 90 dias após a cirurgia.

Outro dado coletado que tem se mostrado relevante até o momento é a migração dos fragmentos radiculares em direção ao rebordo alveolar, já observada no exame radiográfico de acompanhamento de 90 dias de todos os 8 dentes da amostra. De acordo com RENTON ET AL. (2005), a migração radicular pode ocorrer até 5 anos após a coronectomia e os fragmentos radiculares que apresentam migração e eventual erupção deveriam ser extraídas, pois podem desenvolver um processo inflamatório por apresentarem vitalidade pulpar. Isto significa que, possivelmente, parte dos 3ºMI deste estudo irão necessitar de uma reintervenção cirúrgica para serem totalmente removidos. Todavia, da mesma forma que DEBONI ET AL. (2013), acreditamos que a reintervenção cirúrgica não representa um insucesso da técnica, pois quando o fragmento é removido após migração, o ápice do mesmo já não apresenta íntima relação com o CM, diminuindo a chance de lesão ao NAI.

4. CONCLUSÕES

Os resultados preliminares deste estudo mostram que a coronectomia é um procedimento viável na prática cirúrgica e atinge o objetivo de evitar acidentes e complicações trans e pós operatórias, uma vez que apenas um dos pacientes apresentou parestesia transitória dos nervos alveolar inferior e lingual, até o momento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUYONG, T.G.; LE, A. Dentoalveolar nerve injury. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am**, v.23, n.3, p.395-400, 2011.

DEBONI, M.C.Z. et al. Coronectomia de terceiro molar inferior. **Rev assoc paul cir dent**, v.67, n.1, p.18-20, 2013.

CILASUN U. Et al. Coronectomy in patients with high risk of inferior alveolar nerve injury diagnosed by computed tomography. **J Oral Maxillofac Surg**, v.69, p.1557-1561, 2011.

CLAUSER B. et al. Complications in surgical removal of mandibular third molars. **Min stomatol**, v.58, p.359-366, 2009.

LEUNG, Y.Y.; CHEUNG, L.K. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: a randomized controlled trial. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.108, p.821-827, 2009.

MALDEN, N.; D'COSTA E REGO, A. Coronectomy of a third molar with cyst lining nucleation in the management of a dentigerous cyst. **Dental update**, v.37, n.9, p.622-624, 2010.

POGREL M.A. Partial Odontectomy. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am**, v.19, n.1, p.85-91, 2007.

RENTON, T. et al. A randomized controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. **Brit J Oral Maxillofac Surg**, v.43, p.7-12, 2005.