

## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIGRÁFICA APÓS UM ANO DA REALIZAÇÃO DE CORONECTOMIA EM TERCEIROS MOLARES INFERIORES

KAROLINE VON AHN PINTO<sup>1</sup>; BIBIANA DALSASSO VELASQUES<sup>2</sup>; BHÁRBARA MARINHO BARCELLOS<sup>3</sup>; LUCAS BORIN MOURA<sup>4</sup>; MELISSA FERES DAMIAN<sup>5</sup>; CRISTINA BRAGA XAVIER<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [kaaroline.pinto@gmail.com](mailto:kaaroline.pinto@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [bibidalve@gmail.com](mailto:bibidalve@gmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas - [bharbarambarcellos@hotmail.com](mailto:bharbarambarcellos@hotmail.com)

<sup>4</sup>Unesp Araraquara - [lusasbmoura@gmail.com](mailto:lusasbmoura@gmail.com)

<sup>5</sup>Universidade Federal de Pelotas – [melissaferesdamian@gmail.com](mailto:melissaferesdamian@gmail.com)

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pelotas - [cristinabxavier@gmail.com](mailto: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 impactação, 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 impactação e a posição dentária, apresentam significativa importância nos casos relacionados à lesão ao NAI, devido às consequências de déficit neurosensorial que pode acarretar (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 distorção e escurecimento da raiz, curvatura do canal mandibular (CM) entre outros.

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 abaixo 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 deste estudo é apresentar os resultados da análise e acompanhamento, clínico e radiográfico, de 3ºMI submetidos ao procedimento da

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 Faculdade de Medicina da UFPel. Neste trabalho estão sendo apresentados apenas resultados preliminares que prevê um período de realização de 5 anos, completada.

Até o momento, fazem parte da amostra 14 3ºMI de 11 pacientes submetidos ao procedimento de coronectomia, atendidos pelo Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais da Faculdade de Odontologia UFPel. Todos estes 14 dentes enquadram-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 o procedimento cirúrgico foi a técnica alternativa ao uso do retrator lingual descrita por Pogrel (2004), que recomenda realização de osteotomia no terceiro molar e em seguida a odontosecção da coroa com ponta diamantada/broca tronco-cônica em 45º na junção amelocementária. Logo depois, é realizada a clivagem com alavancas Seldin reta e remoção da porção coronária. Por fim, o remanescente é desgastado com ponta diamantada esférica até 2 a 3 mm abaixo da crista óssea, sendo mantidas as raízes vitais dentro do osso alveolar. 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 remanescente 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).

Nas avaliações de 360 dias PO, foram mensurados os deslocamentos dos remanescentes de acordo com Leung e Cheung (2009), os quais medem a distância traçando um reta entre o ponto mais apical da raiz até a cortical óssea superior do canal mandibular levando em consideração o longo eixo das raízes.

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

Em 07 dias PO 4 pacientes relataram dor, 8 apresentaram edema, 4 trismo, 1 parestesia do NAI e 1 do nervo lingual o qual foi tratado com administração de complexo B e vitamina C. Aos 360 dias PO nenhuma alteração clínica foi observada nos pacientes avaliados. Ainda nessa mesma avaliação de 360 dias PO, treze raízes remanescentes migraram, com uma média de migração de 4,7 mm. A reintervenção foi realizada em 02 dentes para remoção de esmalte remanescente.

Os resultados obtidos até o presente momento vêm ao encontro dos estudos que citam que a coronectomia é uma técnica viável para prevenção de lesões ao NAI (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 do NAI e 1 do nervo lingual. Os dados a respeito de edema e trismo fazem parte da resposta inflamatória necessária para o reparo tecidual, dessa forma estão dentro dos sinais esperados, já que não se prolongaram durante os acompanhamentos. 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 dentes da amostra. De acordo com RENTON ET AL. (2005), a migração radicular pode ocorrer até 10 anos após a coronectomia e os fragmentos radiculares que apresentam migração podem ser extraídos de acordo com os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Em casos de eventual erupção, o remanescente deve ser extraído, pois pode desenvolver um processo inflamatório por apresentarem vitalidade pulpar. É importante ressaltar que essa eventualidade não ocorreu nos casos acompanhados nessa pesquisa. Isto significa que, possivelmente, os 3ºMI deste estudo irão necessitar de uma reintervenção cirúrgica caso apresentem sintomatologia com um índice de 0-6% de necessidade de segunda intervenção. 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 operatórias, uma vez que apenas um dos pacientes apresentou parestesia transitória dos nervos alveolar inferior e lingual até o momento.

Quando bem indicada, a técnica da coronectomia é eficaz para a prevenção de lesão ao NAI, pois mesmo que haja necessidade de segunda intervenção, a chance de lesão ao nervo é menor devido ao afastamento das raízes remanescentes do mesmo.

## 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. Coronectomy 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.