



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**VITÓRIA NADINNI LOPES LACERDA**

**ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR  
APRESENTANDO ÍNTIMA RELAÇÃO COM CANAL MANDIBULAR: UM RELATO  
DE CASO**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2023**

VITÓRIA NADINNI LOPES LACERDA

**ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR  
APRESENTANDO ÍNTIMA RELAÇÃO COM CANAL MANDIBULAR: UM RELATO  
DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Coordenação/  
Departamento do Curso de Odontologia da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Cirurgiã-dentista.

**Orientadora:** Prof. Dra. Priscilla Guimarães Silva Vasconcelos

**CAMPINA GRANDE**

**2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L131o Lacerda, Vitória Nadinni Lopes.  
Odontectomia parcial intencional de terceiro molar inferior apresentando íntima relação com canal mandibular [manuscrito] : um relato de caso / Vitória Nadinni Lopes Lacerda. - 2023.  
27 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Priscilla Guimarães Silva Vasconcelos, Departamento de Odontologia - CCBS. "

1. Terceiro molar. 2. Procedimentos cirúrgicos bucais. 3. Nervo alveolar inferior. I. Título

21. ed. CDD 617.4

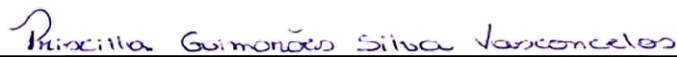
VITÓRIA NADINNI LOPES LACERDA

**ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR  
APRESENTANDO ÍNTIMA RELAÇÃO COM CANAL MANDIBULAR: UM RELATO  
DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Coordenação/  
Departamento do Curso de Odontologia da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Cirurgiã-dentista.

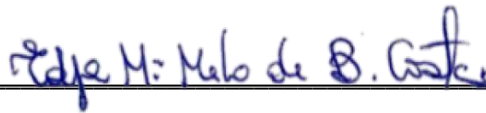
Aprovado em 14/11/2023

**BANCA EXAMINADORA**



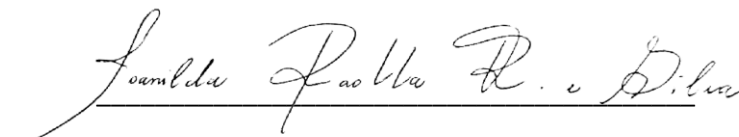
---

Profa. Dra. Priscilla Guimarães Silva Vasconcelos (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profa. Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profa. Joanilda Paolla Raimundo e Silva  
Universidade Estadual da Paraíba

A Deus, a toda minha família que me incentivou durante toda a graduação, em especial ao meu pai, meu herói, amigo e mentor, eu dedico.

“É justo que muito custe o que muito vale”.

Santa Tereza D'Ávila

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1: Radiografia panorâmica com imagem sugestiva de íntima relação das raízes do dente 48 com o canal mandibular; ..... 12*
- Figura 2: A e B, Cortes coronais da tomografia com seta vermelha mostrando o canal mandibular; C, Corte axial da tomografia; D, Imagem em 3D..... 13*
- Figura 3: A, acesso cirúrgico ao dente 48, com exposição do dente e do tecido ósseo adjacente; B, osteotomia para exposição do nível cervical da coroa; C, após a odontosecção parcial da coroa, a alavanca foi utilizada; D, coroa do dente 48 cuidadosamente removida..... 14*
- Figura 4: Radiografia panorâmica pós-operatória, evidenciando raízes infra-ósseas e mantidas no alvéolo, com preservação da posição e prevenção de lesão ao NAI. .. 15*
- Figura 5: Cicatrização após 7 dias da cirurgia. .... 15*
- Figura 6: Radiografia panorâmica após três meses de intervenção cirúrgica, evidenciando pequena movimentação das raízes mantidas no alvéolo. .... 16*
- Figura 7: Radiografia panorâmica após seis meses de intervenção cirúrgica ..... 16*

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

NAI	Nervo Alveolar inferior
CBTC	Tomografia computadorizada Cone Bean
TC	Tomografia Computadorizada
OPI	Odontectomia Parcial Intencional
TCFC	Tomografia Computadorizada Feixe Cônico



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 RELATO DE CASO.....</b>	<b>12</b>
<b>3 DISCUSSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>20</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)...</b>	<b>22</b>
<b>ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>24</b>

## ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR APRESENTANDO ÍNTIMA RELAÇÃO COM CANAL MANDIBULAR: UM RELATO DE CASO

Vitória Nadinni Lopes Lacerda<sup>1</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** O presente relato apresenta um caso clínico de odontectomia parcial intencional de terceiro molar inferior com íntima relação de suas raízes com o canal mandibular. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 20 anos, ASA I, compareceu a Clínica Escola de Cirurgia da Universidade Estadual da Paraíba para exodontia de terceiro molar inferior impactado (48). Ao exame clínico, o dente apresentava-se semi-incluso, sem sinais de inflamação ou drenagem de secreção purulenta ativa e ao exame radiográfico, a panorâmica sugeriu íntima relação da raiz do dente com o canal mandibular, que foi confirmada através da tomografia computadorizada. Diante disto, foi realizada Odontectomia Parcial Intencional, com o intuito de preservação de feixe vaso-nervoso adjacente. O procedimento cirúrgico foi feito sob anestesia local, com acesso cirurgico realizado por meio de incisão de Mead e retalho tipo envelope. A osteotomia nas faces vestibular e distal foi realizada com caneta de alta rotação e broca cirúrgica e a clivagem da parte coronal do dente foi realizada com auxílio de uma alavanca reta. Por conseguinte, realizou-se a regularização e alisamento do remanescente radicular, deixando até 3mm infraósseo, seguido de irrigação abundante com soro fisiológico da cavidade e sutura local. Após a odontectomia parcial intencional foi realizada uma radiografia panorâmica para verificar a posição das raízes remanescentes, acompanhar a cicatrização da ferida cirúrgica. O acompanhamento pós-cirúrgico foi feito até 3 meses da cirurgia, no período citado a paciente evoluiu satisfatoriamente sem sinais de infecção ou alteração sensorial de nervo alveolar inferior. **Conclusão:** A Odontectomia Parcial Intencional se apresentou como um método viável trazendo segurança na preservação da integridade do Nervo Alveolar Inferior.

**Palavras chaves:** Terceiro molar; Nervo alveolar inferior; Procedimentos cirúrgicos bucais.

### ABSTRACT

**Objective:** Herein we present a clinical case of Intentional Partial Odontectomy of a lower third molar with an intimate relationship between its roots and the mandibular canal. **Case report:** Female patient, 20 years old, ASA I, attended the Clinic of Dental Surgery of the State University of Paraíba for extraction of an impacted lower third molar (48). At clinical examination, the tooth appeared semi-impacted, with no signs of inflammation or drainage of active purulent secretion. Radiographic examination

---

<sup>1</sup> Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Departamento de Odontologia. Campina Grande, PB. Brasil  
vitorianlopesln@gmail.com

(panoramic and computed tomography) showed an intimate relationship between the tooth root and the mandibular canal. Thus, an Intentional Partial Odontectomy was performed, aiming to preserve the adjacent vascular-nervous bundle. The surgical procedure was performed under local anesthesia, with surgical access performed using a Maurel incisor and an envelope flap. The osteotomy on the buccal and distal surfaces was performed with a high-speed handpiece and surgical drill and the cleavage of the coronal part of the tooth was performed with the aid of a straight elevator. Thereafter, the remnant root was regularized, leaving it in a infrabony distance of 3mm, followed by cavity cleaning and local suturing. After the coronectomy, a panoramic x-ray was performed to check the position of the remaining roots and monitor the healing of the surgical wound. Post-surgical follow-up was carried out up to 3 months after surgery, during the aforementioned period the patient evolved satisfactorily without signs of infection or sensory changes in the inferior alveolar nerve. **Conclusion:** Intentional Partial Odontectomy proved to be an effective, reliable, and predictable method, providing security in preserving the integrity of the Lower Alveolar Nerve.

**Keywords:** Molar, third; Mandibular Nerve; Oral Surgical Procedures.

## 1 INTRODUÇÃO

A exodontia de terceiros molares consiste em um procedimento clínico de ampla ocorrência na clínica odontológica. No entanto a execução de tal procedimento pode ser indicada devido a complicações prévias, tais como cárie, pericoronarite, doença periodontal, cistos odontogênicos ou o acometimento da raiz do dente vizinho (FERREIRA et al., 2020). Além disto, a exodontia de terceiros molares inclusos pode apresentar riscos devido ao posicionamento dos dentes em relação às estruturas anatômicas importantes. Sendo uma das principais complicações associadas a esse procedimento, o dano ao nervo alveolar inferior, podendo provocar parestesia temporária ou permanente a depender do nível do trauma (MARIANO et al., 2021).

A parestesia ocorre geralmente na forma temporária, ocasionando perda da sensibilidade no local inervado por um pequeno intervalo de tempo. Porém, podem ocorrer casos em que essas perdas de sensibilidade sejam prolongadas ou permanentes, demonstrando a importância dos cuidados preventivos na técnica de exodontia (RODRIGUES et al., 2020). Por conseguinte, quando as raízes dos terceiros molares inferiores apresentam associação importante com o canal mandibular, há um alto risco de dano neurossensorial pós operatório. Diante disso, a odontectomia parcial intencional surge como uma opção à extração completa de dentes impactados quando há íntima relação com o Nervo Alveolar Inferior (NAI). (BATISTA et al., 2020).

Essa técnica cirúrgica, também denominada como coronectomia, consiste na extração da parte coronária do dente, deixando intencionalmente, dentro do alvéolo dentário, as raízes intactas, diminuindo, dessa forma, as chances de lesão nervosa ao NAI e risco de parestesia (MASCARENHAS, et al., 2020). A coronectomia foi descrita inicialmente por Ecuyer e Debien em 1984 como uma alternativa às extrações completas de terceiros molares. Em junho de 1997, durante o Congresso da Associação Britânica de Cirurgia Oral e Maxilofacial, O'Riordan apresentou um estudo sobre 100 casos de coronectomia, demonstrando que a morbidade era menor e o risco

de infecção era mínimo quando comparada à cirurgia tradicional de exodontia, considerando esta uma alternativa válida (ESCUDEIRO et al., 2018).

A escolha pelo procedimento deve ser baseada nos exames pré operatórios, visto que o íntimo contato do NAI com as raízes dos terceiros molares pode ser notado através da radiografia panorâmica, observando-se alguns indícios como a sombra do nervo sobrepondo as raízes do terceiro molar inferior, desvio do canal e estreitamento do canal. Contudo, como a radiografia panorâmica pode apresentar distorções, a Tomografia Computadorizada ConeBeam (CBTC) é mais indicada para confirmar esse diagnóstico, uma vez que possibilita a análise do real posicionamento das raízes ao canal mandibular, possibilitando a previsão dos riscos e complicações que poderão surgir durante o procedimento (MOURA et al., 2021).

Ademais, ainda sobre a análise pré operatória, os pacientes que serão submetidos à coronectomia devem passar por uma avaliação cuidadosa, uma vez que não podem ser imunocomprometidos, pois eles têm maior potencial de infecção pós operatória ou cicatrização prejudicada. Além disso, nem todos os terceiros molares são indicados para essa técnica, devendo estar livre de cárie e apresentar um tecido pulpar vital e não inflamado. Portanto, são contraindicações da coronectomia dentes cariados, associados a infecção ou lesões císticas e a presença de tumor (PITROS et al., 2020). Por conseguinte, a coronectomia é mais indicada para dentes verticais ou mesioangulados, pois pode ocorrer a transecção do nervo alveolar inferior em dentes posicionados horizontalmente ao longo do nervo (MARIANO et al., 2021).

Apesar de ser uma abordagem cirúrgica invasiva, ela diminui intencionalmente o trauma cirúrgico e, conseqüentemente, reduz o risco, apresentando sucesso a longo prazo, indicando a utilidade dessa técnica em casos determinados. A justificativa da coronectomia está no fato de que se a raiz não apresentar sintomatologia e não estiver relacionada a nenhuma patologia, ou não for exposta pelo padrão de reabsorção normal do osso, então ela deve ser mantida no alvéolo para evitar complicações pós-operatórias (SINGH et al., 2018).

A respeito das complicações pós-operatórias a longo prazo, Da Silva (2018) observou em seu estudo que dentre as complicações avaliadas, a de maior prevalência é a migração radicular em uma distância de 2 a 3 mm, elas constantemente se afastam do canal mandibular. Essas raízes raramente emergem na cavidade oral, uma vez que há a formação de novo tecido ósseo ao longo do tempo. Contudo, de acordo com Cosola (2020), mesmo que haja indicação da necessidade de reintervenção para a remoção das raízes, quando houver migração radicular, ainda assim, há menos riscos cirúrgicos envolvidos, visto que a raiz migrou, se distanciando do nervo alveolar inferior, portanto o procedimento da odontectomia parcial intencional deve ser considerado como uma opção válida (RODRIGUES et al., 2020).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de terceiro molar inferior apresentando íntima relação de suas raízes com o canal mandibular, no qual o método de tratamento escolhido foi a odontectomia parcial intencional.

## 2 RELATO DE CASO

O presente caso clínico foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, sob registro de 75095823.0.0000.5187. A intervenção cirúrgica seguiu os princípios éticos de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos presentes na Resolução CNS 510/2016 e conforme a declaração de Helsinque.

Paciente do sexo feminino, 20 anos, compareceu à Clínica Integrada I do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I, Campina Grande/PB, em maio de 2023, para exodontia de terceiro molar inferior (48).

Sua queixa principal era de “dor e desconforto na região da mandíbula”, o desconforto havia surgido há poucos dias e durante anamnese, a paciente negou possuir qualquer alergia medicamentosa ou doenças sistêmicas. Ao exame físico não foi detectada nenhuma desordem local. Não houve, portanto, nenhum fator que contraindicasse um possível o tratamento cirúrgico. Ao exame físico intraoral, observou-se que o dente 48 apresentava-se semi-incluso, sem sinais de inflamação ou drenagem de secreção purulenta ativa. Ao exame radiográfico, notou-se que o dente estava posicionado horizontalmente, sendo classe II de acordo com a classificação de Winter (1926), além disso, o dente apresentava sinais sugestivos de íntima relação do dente 48 com o NAI (Figura 1).



*Figura 1: Radiografia panorâmica com imagem sugestiva de íntima relação das raízes do dente 48 com o canal mandibular;*

Por isto, foi solicitada uma Tomografia Computadorizada Cone Beam (CBTC), onde se confirmou esta relação de proximidade, em que a mecânica da exodontia possivelmente comprometeria o feixe vâsculo-nervoso adjacente. (FIGURA 2).

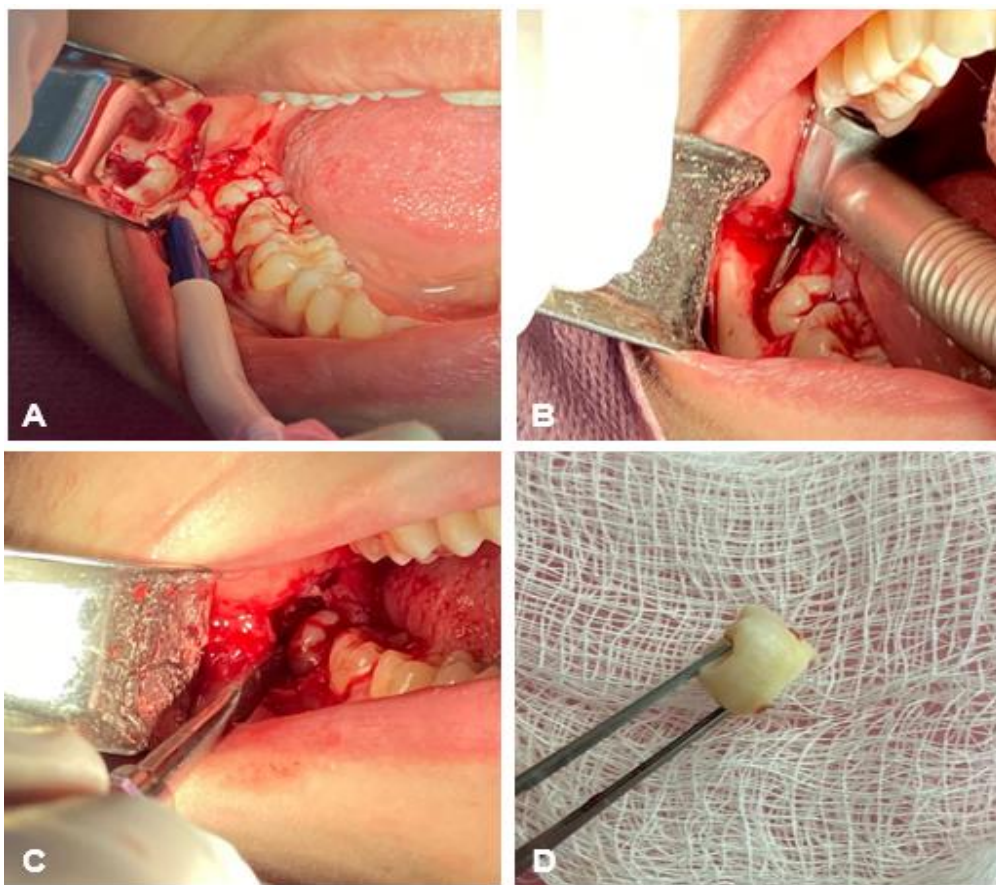


*Figura 2: A e B, Cortes coronais da tomografia com seta vermelha mostrando canal mandibular; C, Corte axial da tomografia; D, Imagem em 3D.*

Posteriormente, foram apresentados à paciente os riscos-benefícios entre a técnica exodôntica convencional e a odontectomia parcial intencional, sendo esta adotada, em comum acordo, para minimizar os riscos de possível lesão à estrutura nervosa adjacente. O paciente também foi informado sobre a possibilidade da existência de um segundo tempo cirúrgico, caso houvesse migração e exposição das raízes.

Para a terapia medicamentosa pré-operatória, foram utilizadas 2g de amoxicilina – 4 cápsulas (1h antes do início do procedimento).

O procedimento cirúrgico foi feito sob anestesia local e seguiu as diretrizes da técnica indicada (OPI). Para isto, foi realizada anestesia por bloqueio regional do nervo alveolar inferior, lingual e bucal e infiltrações locais próximas à região; foram utilizados 4 tubetes de Cloridrato de Mepivacaína a 2% com Adrenalina 1:100.000 (DFL, Brasil). O acesso cirúrgico foi por meio de incisão de Mead, até a face mesial do segundo molar, com retalho do tipo envelope, seguido de descolamento mucoperiosteal, até exposição do dente e do tecido ósseo adjacente (Figura 3A). A osteotomia para exposição cervical da coroa foi realizada com caneta de alta rotação e broca cirúrgica Zecrya, 28 mm, sendo realizada ao nível cervical. Após isso, foi realizada a odontosecção parcial na linha amelo-cementária, no sentido vestibulo-lingual. A porção da coroa próxima a região lingual foi mantida e, posteriormente, uma alavanca reta foi utilizada para auxiliar a clivagem da parte coronária do dente, afim de evitar alguma injúria ao nervo lingual. Por conseguinte, realizou-se a regularização e alisamento do remanescente radicular, deixando até 3mm infraósseo, sempre com o cuidado de evitar que as raízes remanescentes se movam no alveólo (Figura 3C). Após irrigação com soro fisiológico e limpeza da cavidade, foi realizada síntese de tecido mole através de sutura simples com fio nylon 4-0.



*Figura 3: A, acesso cirúrgico ao dente 48, com exposição do dente e do tecido ósseo adjacente; B, osteotomia para exposição do nível cervical da coroa; C, após a odontosecção parcial da coroa, a alavanca foi utilizada; D, coroa do dente 48 cuidadosamente removida.*

Após a coronectomia foi realizada uma radiografia panorâmica (FIGURA 4) para verificar a posição das raízes remanescentes, acompanhar a cicatrização da ferida cirúrgica ao nível ósseo e para garantir que não haja complicações imediatas visíveis. Adicionalmente, a radiografia foi útil para confirmar se a técnica foi executada com sucesso, se as raízes estão estáveis em sua posição e configura uma importante etapa no acompanhamento pós-operatório a longo prazo. As imagens subsequentes feitas em intervalos regulares, como 1 mês, 3 meses e 6 meses após o procedimento, podem ajudar a identificar qualquer migração ou movimentação das raízes, bem como verificar a cicatrização completa da área cirúrgica.



*Figura 4: Radiografia panorâmica pós-operatória, evidenciando raízes infra-ósseas e mantidas no alvéolo, com preservação da posição e prevenção de lesão ao NAI.*

A terapêutica medicamentosa pós operatória prescrita foi: Dipirona 500mg a cada 6h, para analgesia; Nimesulida 100mg a cada 12h, para controle da inflamação e Amoxicilina 500 mg a cada 8h, para diminuir a possibilidade de infecções. O procedimento não apresentou intercorrências trans e pós-operatórias e o paciente evoluiu sem queixas dolorosas ou alterações sensoriais em região do nervo alveolar inferior. A sutura foi removida após 7 dias, evidenciando boa cicatrização (FIGURA 5).



*Figura 5: Cicatrização após 7 dias da cirurgia.*



A avaliação da paciente após 7 dias, 1 mês, 3 meses e 6 meses não revela quaisquer queixas ou sinais de inflamação, e os exames de acompanhamento por imagem mostram sutil movimentação das raízes (FIGURA 6). A paciente está satisfeita, não apresenta qualquer alteração na sensibilidade nervosa e não manifesta sinais de lesão no nervo ou infecção.



*Figura 6: Radiografia panorâmica após três meses de intervenção cirúrgica, evidenciando pequena movimentação das raízes mantidas no alvéolo.*



*Figura 7: Radiografia panorâmica após seis meses de intervenção cirúrgica*

### 3 DISCUSSÃO

A coronectomia é indicada principalmente para casos em que a extração de um dente representa um risco significativo para o nervo alveolar inferior, bem como em situações onde há possibilidade de fratura mandibular ou gerenciamento de terceiros molares associados a cistos dentígeros que possam prejudicar a inervação (BORGES 2021). As indicações para o uso dessa técnica devem ser estritamente respeitadas. A coronectomia só deve ser realizada em situações envolvendo dentes vitalizados, pacientes com boa condição de saúde geral e com o consentimento informado do paciente. É essencial que o paciente esteja ciente da possibilidade de uma cirurgia adicional, que pode ser realizada em um estágio precoce ou posterior, para a remoção da raiz (BRAGA et al., 2020). Existem contraindicações definitivas para a coronectomia em casos de dentes posicionados horizontalmente ao longo do trajeto do nervo alveolar inferior, quando não é possível remover completamente todo o esmalte dentário referente a parte coronária do dente (o que impediria a cicatrização óssea), em infecções que afetam as raízes do dente a ser extraído, quando há a necessidade de distalizar os segundos molares em tratamento ortodôntico, em casos de lesões cariosas na raiz do dente, quando há movimentação da raiz durante o procedimento, em dentes com mobilidade (que podem se tornar focos de infecção), e quando o dente está localizado em uma área que receberá uma prótese mucossuportada (BORGES 2021).

No presente caso, apesar do dente estar posicionado horizontalmente, optou-se pela coronectomia visto que a paciente estava apresentando sintomatologia dolorosa na região, possivelmente associada à pressão exercida pelo 3° molar no 2° molar. Ademais, o dente 48 estava gerando uma pressão na raiz distal do dente 47, podendo gerar uma reabsorção dessa raiz, o que não seria funcional e desejado para a paciente. Diante disso, como forma de evitar lesão ao NAI, foi escolhida esta técnica cirúrgica.

O planejamento para a abordagem da coronectomia começa antes da cirurgia, envolvendo avaliação por meio de exames de imagem, exames hematológico, exame clínico e físico. Isso inclui a observação, a análise dos movimentos da mandíbula e a palpação da articulação temporomandibular para diagnosticar a necessidade de realizar a coronectomia (Botelho et al., 2020; Mendes et al., 2020). Nessa fase, é crucial informar e guiar o paciente, assegurando que ele esteja de acordo com a técnica e compreenda as possíveis complicações e a eventual necessidade de uma segunda intervenção, se necessário (Steel et al., 2021).

Posto isto, para que haja redução das falhas associadas à técnica e a diminuição das incidências de complicações pós-operatórias, tanto imediatas quanto tardias, é crucial que a abordagem cirúrgica não dependa apenas da habilidade do cirurgião dentista e de um diagnóstico preciso, mas também da indicação adequada da odontectomia parcial intencional. Nesse contexto, o planejamento de casos cirúrgicos deve ser fundamentado em um diagnóstico por imagem preciso (BATISTA 2020).

Conforme as diretrizes europeias, a radiografia panorâmica é a principal opção de imagem recomendada para avaliar os terceiros molares inferiores. Isso auxilia o cirurgião dentista no diagnóstico e na tomada de decisões sobre o tratamento (MATZEN 2020). Para evitar possíveis problemas legais relacionados à prática médica, o uso da tomografia computadorizada de feixe cônica (TCFC) está disponível, possibilitando a obtenção de imagens tridimensionais que mostram a relação entre as

raízes do terceiro molar inferior e o canal do nervo alveolar inferior. Isso é particularmente útil quando os pacientes apresentam um maior risco de lesão no NAI, conforme indicado pelos resultados do exame panorâmico (BAQAIN 2020). No caso supracitado, um planejamento pré-operatório foi estabelecido com base no estudo radiográfico panorâmico pré-operatório e na tomografia computadorizada para avaliar a relação exata entre o canal mandibular e as raízes dos terceiros molares inferiores.

A coronectomia demonstrou estar vinculada a um baixo risco de ocorrência de dor, infecção ou complicações significativas. Contudo, para uma avaliação mais precisa dos resultados a longo prazo, é crucial realizar um acompanhamento pós-operatório para determinar a probabilidade de migração das raízes e monitorar as taxas de extração ou ocorrência de infecções (BERNABEU-MIRA 2023). De acordo com o estudo de Kang (2019), a complicação de maior ocorrência a longo prazo após a coronectomia foi a migração dos fragmentos de raiz remanescentes. Cada raiz apresentou um movimento, seguindo o seu eixo longitudinal. A média da distância de migração ao longo de 03 anos foi de 0,92 – 3,19 mm. Notavelmente, observou-se que as raízes migraram com maior rapidez nos seis primeiros meses após o procedimento e, posteriormente, estabilizaram-se em um ano de pós operatório. No caso supracitado, o pós operatório de três meses de preservação mostrou uma pequena movimentação das raízes remanescentes.

Barcellos et al. (2019), identificaram os principais motivos que sugerem a necessidade de um segundo procedimento cirúrgico. Embora tenha sido observada uma baixa taxa de reoperação, ocorrendo em apenas 5,1% dos casos estudados, os autores concluíram que os fatores associados à realização de uma segunda intervenção incluíam a persistência de sintomas, exposição das raízes e presença de esmalte residual após a aplicação da técnica. É importante notar que, embora o segundo procedimento seja descrito pelos autores como uma “desvantagem técnica”, isso não deve ser interpretado como uma falha, uma vez que essa segunda intervenção traz menos riscos em comparação com a técnica convencional, pois devido à migração das raízes remanescentes, a retirada delas não acarretaria em maiores possibilidades de danos ao NAI.

De acordo com Mendes et al. (2020), as falhas não estritamente ligadas apenas às raízes que são movimentadas durante a cirurgia, mas também podem resultar de descobertas pós-operatórias, incluindo casos de infecção, presença de esmalte residual, migração ou exposição das raízes, abertura da ferida cirúrgica, ocorrência de pulpites ou raízes que se tornam móveis.

Certamente, os estudos mencionados demonstraram que a técnica cirúrgica é viável e efetiva na prevenção de lesões no nervo alveolar inferior. Como relatado anteriormente, até o presente momento, a paciente não manifestou qualquer disfunção sensorial, tanto imediatamente após o procedimento quanto em um período subjacente, que corresponde a 6 meses de acompanhamento. A técnica então se mostrou eficaz, preservando a integridade do NAI sem maiores complicações associadas à técnica cirúrgica. No entanto, após a realização bem sucedida dessa técnica, é imperativo manter um acompanhamento rigoroso por meio de avaliações clínicas e radiográficas contínuas dos casos em questão. Esse monitoramento é essencial para averiguar a estabilidade a longo prazo e para prevenir o desenvolvimento de complicações após o procedimento cirúrgico.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando o cenário clínico apresentado neste caso, a odontectomia parcial intencional emergiu como uma abordagem cirúrgica viável, eficaz e confiável, especialmente quando se trata de preservar a integridade do Nervo Alveolar Inferior. Vale ressaltar que a paciente não manifestou qualquer sintoma de distúrbio ou deficiência sensorial durante o período de observação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAQAIN, Zaid H. et al. Does the use of cone-beam computed tomography before mandibular third molar surgery impact treatment planning?. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 78, n. 7, p. 1071-1077, 2020.

BARCELLOS, Bharbara Marinho et al. What are the parameters for reoperation in mandibular third molars submitted to coronectomy? A systematic review. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 77, n. 6, p. 1108-1115, 2019.

BATISTA, Thálison Ramon de Moura; PIMENTEL, Alêssa Cristielle Santos; SILVA, Felipe Nicolau da; MEDEIROS NETO, Manuel Henrique de M; TORMES, Ana Karina de Medeiros. Odontectomia parcial intencional: relato de caso clínico. **Rev. cir. traumatol. bucomaxilo-fac**, p. 39-43, 2020.

BATISTA, Thálison Ramon de Moura; PIMENTEL, Alêssa Cristielle Santos; SILVA, Felipe Nicolau da; MEDEIROS NETO, Manuel Henrique de M; TORMES, Ana Karina de Medeiros. Odontectomia parcial intencional: relato de caso clínico. **Rev. cir. traumatol. bucomaxilo-fac**, p. 39-43, 2020.

BERNABEU-MIRA, J. C.; PEÑARROCHA-OLTRA, D.; PEÑARROCHA-DIAGO, M. Coronectomy of impacted mandibular third molars: a clinical and radiological retrospective case series study with 2-9 years of follow-up. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, p. 26159-26159, 2023.

BORGES, L. G.; FONTANA, T. P.; PIARDI, C. C. Coronectomia: uma Técnica Cirúrgica Conservadora - Revisão da Literatura. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, [S. l.]**, v. 11, n. 2, p. 215–219, 2021.

BOTELHO, Taynáh Cristina Araújo et al. Acidentes e complicações associados à exodontia de terceiro molar inferior impactado: Revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 96918-96931, 2020.

BRAGA, Gabriella Prates; REIS, Ana Luísa Moreira; BRAGA, Rafaella Prates; OLIVEIRA Uander de Castro. Coronectomia de terceiro molar inferior como alternativa de preservação do nervo alveolar inferior: uma revisão de literatura. **Revista em Saúde da Faculdade Evangélica de Goianésia**, v. 1, n. 1, p. 1-3, 2020.

COSOLA, Saverio et al. Coronectomy of mandibular third molar: four years of follow-up of 130 cases. **Medicina**, v. 56, n. 12, p. 654, 2020.

DA SILVA, LORENA THAINARA LEONI; DANIELETTO-ZANNA, J. O. ã. O. Coronectomia como técnica alternativa: revisão de literatura. 2018.

ESCUDEIRO, Emmanuel Pereira et al. Coronectomia: Quando indicar? Como realizar? Relato de Caso. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, p. 34-39, 2018.

FERREIRA FILHO, Mário Jorge Souza et al. Acidentes e complicações associados a exodontia de terceiros molares-Revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 93650-93665, 2020.

KANG, Feiwu et al. Coronectomy: a useful approach in minimizing nerve injury compared with traditional extraction of deeply impacted mandibular third molars. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 77, n. 11, p. 2221. e1-2221. e14, 2019.

MARIANO, Ronaldo Célio et al. Modified coronectomy procedure for mandibular third molar: association of platelet-rich fibrin. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 69, 2021.

MASCARENHAS, Clesley Liberato; ANDRADE, Gabriel Silva; GASPAR, Bruno da Silva; LARANJEIRA, Lia Mayra Araújo Laranjeira; MARTINS NETO, José de Deus Pereira. Coronectomia em terceiro molar inferior: uma alternativa cirúrgica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5562-5575, 2020.

MATZEN, Louise Hauge et al. Cone beam CT and treatment decision of mandibular third molars: removal vs. coronectomy—a 3-year audit. **Dentomaxillofacial Radiology**, v. 49, n. 3, p. 20190250, 2020.

MENDES, P. A.; NEIVA, I. M.; ARRUDA, J. A. A.; BRASILEIRO, C. B.; SOUZA, A. C. R. A.; MESQUITA, R. A.; SOUZA, L. N. Coronectomy of partially erupted lower third molars performed by an undergraduate dentistry student: a case series. **Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 24, n. 4, p. 417-422, 2020.

MENDES, P. A.; NEIVA, I. M.; ARRUDA, J. A. A.; BRASILEIRO, C. B.; SOUZA, A. C. R. A.; MESQUITA, R. A.; SOUZA, L. N. Coronectomy of partially erupted lower third molars performed by an undergraduate dentistry student: a case series. **Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 24, n. 4, p. 417-422, 2020.

MOURA, Lucas Borin et al. Outcomes after mandibular third molar coronectomy. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 68, 2020.

PITROS, P. et al. A systematic review of the complications of high-risk third molar removal and coronectomy: development of a decision tree model and preliminary health economic analysis to assist in treatment planning. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 58, n. 9, p. e16-e24, 2020.

RODRIGUES, Lenilza de Oliveira et al. Coronectomia: percepção dos buco-maxilo-faciais em hospitais do Recife-PE. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, p. 12-19, 2020.

RODRIGUES, Lenilza de Oliveira et al. Coronectomia: percepção dos buco-maxilo-faciais em hospitais do Recife-PE. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, p. 12-19, 2020.

SINGH, Kanika et al. Impacted mandibular third molar: Comparison of coronectomy with odontectomy. **Indian Journal of Dental Research**, v. 29, n. 5, p. 605, 2018.

STEEL, Ben J. et al. Current thinking in lower third molar surgery. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 60, n. 3, p. 257-265, 2022.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **ODONTOECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR APRESENTANDO ÍNTIMA RELAÇÃO COM CANAL MANDIBULAR: UM RELATO DE CASO**, sob a responsabilidade de: Vitória Nadinni Lopes Lacerda e da orientadora Priscilla Guimarães Silva Vasconcelos, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de coronectomia de terceiro molar inferior, destacando pontos a serem considerados no plano de tratamento e etapas clínicas que resultem em uma conduta terapêutica.

Os riscos deste relato de caso estariam relacionados com a quebra de confidencialidade mediante a divulgação de dados e identificação não autorizada pelo paciente, o qual resultaria em danos psicológicos, morais e/ou materiais ao paciente ou à terceiros. Porém, todos os cuidados serão tomados para que a identidade do paciente não seja revelada e a autorização para uso de imagens será obtida expressamente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo contribuirá para a validação da técnica da coronectomia, promovendo a evolução da prática clínica, auxiliar profissionais na tomada de decisões clínicas para cada paciente e servir como base para estudos futuros.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Há a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa além da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes;

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Vitória Nadinni Lopes Lacerda através do telefone (83)998813232

ou através dos e-mails: vitorianlopesln@gmail.com, ou do endereço: Rua Tomás Soares de Souza, 315. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

### CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

Jamily Paolla Raimundo e Silva eu autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, 04 de 05 de 2023.

Jamily Paolla Raimundo e Silva  
Assinatura do Participante



Princillo Guimarães Silva Jorjanculos  
Assinatura do Pesquisador



## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ODONTOTOMIA PARCIAL INTENCIONAL DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR APRESENTANDO ÍNTIMA RELAÇÃO COM CANAL MANDIBULAR: UM RELATO DE CASO

**Pesquisador:** PRISCILLA GUIMARAES SILVA VASCONCELOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 75095823.0.0000.5187

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

**Patrocinador Principal:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.480.227

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de relato de caso clínico de um paciente do sexo feminino, 20 anos, compareceu à Clínica Integrada I do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I, Campina Grande/PB, em maio de 2023, para exodontia de terceiro molar inferior.

#### Objetivo da Pesquisa:

Relatar um caso clínico de terceiro molar inferior apresentando íntima relação de suas raízes com o canal mandibular, no qual o método de tratamento escolhido foi a odontectomia parcial intencional.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O caso clínico apresenta riscos medianos relativos a infecção no transoperatório. Entretanto, todas as medidas de assepsia foram tomadas, com o intuito de evitar possíveis infecções. Além disso, o paciente foi monitorado e qualquer transtorno tivesse decorrido decorrente da cirurgia o paciente teria sido devidamente assistido pelos profissionais responsáveis pelo atendimento. Salienta-se que o paciente estava ciente do ato operatório e de possíveis riscos explicitados pelo profissional. Além disso, o paciente assinou o TCLE, o que já é previsto na Carta Circular nº 166/2018-CONEP/SECNS/MS. Os benefícios esperados superaram os possíveis riscos, uma vez houve sucesso no ato operatório sem qualquer intercorrência ao paciente devido ao procedimento.

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.480.227

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O caso clínico apresentado, está dentro da conduta ética determinada pela Carta Circular nº 166/2018- CONEP/SECNS/MS,.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: anexada;

Autorização Institucional: Anexada

Declaração de concordância com projeto de pesquisa: anexado

Termo de autorização para gravação: anexado

Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável: anexado

TCLE: anexado

**Recomendações:**

Todos os termos foram anexados. Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O caso clínico apresenta todos os documentos necessários e, desta forma, está aprovado salvo melhor entendimento.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2225031.pdf	17/10/2023 16:46:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	17/10/2023 16:45:00	PRISCILLA GUIMARAES SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_PB.pdf	17/10/2023 16:43:36	PRISCILLA GUIMARAES SILVA	Aceito
Outros	Justificativa_TCLE_assinado_Observar_Texto_grifado.pdf	17/10/2023 16:40:53	PRISCILLA GUIMARAES SILVA	Aceito
Outros	TAI.pdf	17/10/2023 16:29:38	PRISCILLA GUIMARAES SILVA	Aceito

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753

**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP



Continuação do Parecer: 6.480.227

Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PE SQUISADOR_RESPONSAVEL.pdf	17/10/2023 16:23:56	PRISCILLA GUIMARAES SILVA	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA. pdf	17/10/2023 16:22:45	PRISCILLA GUIMARAES SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CasoClinico_CEP.pdf	04/10/2023 13:36:09	PRISCILLA GUIMARAES SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 01 de Novembro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Patricia Meira Bento**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

## AGRADECIMENTOS

Começo estes, primeiramente, agradecendo a Deus e à Nossa Senhora por tamanha graça em minha vida, por sempre guiar o meu caminho, me dar forças nos momentos desafiadores e por ter me presenteado com familiares, amigos e professores maravilhosos, sem os quais eu não poderia concluir esse importante ciclo da minha vida.

Agradeço ao meu pai, José Adilson, por sempre ter feito o possível e o impossível para que eu chegasse até aqui, moldando minha personalidade, me passando seus princípios de vida e me ensinando a ser um ser humano melhor. Você é o homem que me inspira. Você é o meu maior exemplo de força, garra, fé e determinação, as suas escolhas são algumas das minhas maiores inspirações de vida. Obrigada por me amar incondicionalmente, por ser meu suporte e amigo desde o momento que eu nasci, e por me fazer sentir amada e especial toda vez que olha pra mim. És o grande responsável por todas as minhas vitórias.

Agradeço à minha mãe, Suênia, por acreditar em mim, por tanto cuidado e dedicação ao longo desses anos. Obrigada por tudo que você sacrificou para que hoje eu pudesse estar vivendo esse sonho. Muito obrigada pelas orações que me sustentaram até aqui e por abrir minhas asas para que voasse mais alto.

Meu muito obrigada à minha irmã, Amanda, por ser minha maior torcedora, cuidadora e incentivadora. É impossível eu olhar para você e não ver a bondade de Jesus comigo, não tenho palavras que possam resumir a sua importância em minha vida. O privilégio de sua convivência me fez um ser humano melhor.

Meu agradecimento especial aos meus tios Wenner e Daisy, pelo exemplo e amor que ajudaram em muito a definir o meu caráter e o meu caminho, seus conselhos estarão sempre na minha memória.

Às minhas avós, Socorro e Alzeni, meus maiores exemplos de mulheres fortes, obrigada por tanto apoio e carinho.

Agradeço à toda a minha família, que sempre acreditou, sonhou e comemorou comigo. Obrigada por alegrarem a minha vida com tanto amor, me dando forças para lutar pelos meus sonhos.

Agradeço à minha orientadora Priscilla, pela excelência, empenho e suporte em todo os momentos, por ter compartilhado conhecimentos importantes, pela atenção e incentivo com os quais me conduzia à realização deste trabalho. Pela paciência em me ensinar, por me guiar tão bem e tornar esse momento temido muito mais leve.

Meu sincero agradecimento à professora Edja, qualquer vaidade se destrona quando se conhece a simplicidade envolta do seu caminho na Odontologia. A sua vida me ensinou que é possível preservar a essência sem perder o aparato técnico. Obrigada pelo legado acadêmico e humano que me fora dado, obrigada pela oportunidade de crescer, por ser mais do que uma professora, por me escutar, consolar meus choros e aconselhar meu caminho. És digna de muito reconhecimento. É uma grande honra fazer parte do seu time.

Meu agradecimento à Paolla, que se tornou meu anjo da guarda desde a nossa primeira conversa no corredor da universidade. Obrigada por ter me dado a oportunidade de aprender e crescer ao seu lado, ouvir seus ensinamentos (que são tantos) e abrir portas para meu crescimento.

Agradeço à minha dupla, Ana Beatriz, que ao longo desses anos me acompanhou nessa trajetória. No caminho, das batalhas sem plateia e das clínicas arduamente vencidas, fico imaginando como tudo teria sido mais difícil sem você, muito obrigada por tanta partilha.

Aos amigos do curso, Luzia, Hysla, Túlio, Arthur, Caroline e Júlia, que de mãos dadas, atravessaram comigo, mares agitados e tempos turbulentos, viveram juntos os aprendizados, angústias e alegrias desses cinco anos. Obrigada por tornarem a caminhada mais leve, vocês foram essenciais no processo. Agradeço em especial a Caroline e Júlia, que foram além da amizade, se tornaram um ponto de apoio, escuta e risada, estenderam a mão e me puxaram para cima quando eu só queria desistir, obrigada por tudo e por tanto.

Às amigas Ana Célia, Eutália e Gabriela por fazerem parte dessa jornada e trazerem leveza ao meu dia-a-dia.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação acadêmica, meus sinceros agradecimentos.