



UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA

CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE – CCTS

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

CURSO DE ODONTOLOGIA

SAULO MAGNO DE ALBUQUERQUE VILAR

**MANEJO CIRÚRGICO EM UM DENTE IMPACTADO USANDO A
CORONECTOMIA: RELATO DE CASO**

ARARUNA-PB

2023

SAULO MAGNO DE ALBUQUERQUE VILAR

**MANEJO CIRÚRGICO EM UM DENTE IMPACTADO USANDO A
CORONECTOMIA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduado em Odontologia.

Área de Concentração: Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Anderson Maikon de Souza Santos

ARARUNA-PB

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.

V697m Vilar, Saulo Magno de Albuquerque.
Manejo cirúrgico em um dente impactado usando a coronectomia [manuscrito] : relato de caso / Saulo Magno de Albuquerque Vilar. - 2023.
21 p. : il. colorido.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2023.
"Orientação : Prof. Dr. Anderson Maikon de Souza Santos, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS. "

1. Cirurgia. 2. Terceiro molar. 3. Odontologia. I. Título
21. ed. CDD 617.605

SAULO MAGNO DE ALBUQUERQUE VILAR

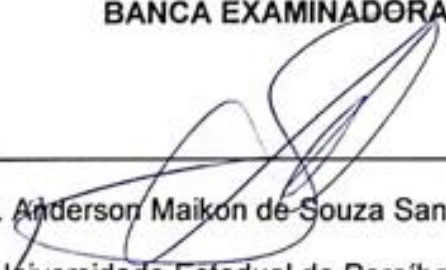
**MANEJO CIRÚRGICO EM UM DENTE IMPACTADO USANDO A
CORONECTOMIA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduado em Odontologia.


Área de Concentração: Odontologia

Aprovado em: 23/11/2023


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Anderson Maikon de Souza Santos (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Esp. Lucas Emmanuell de Moraes Neves
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Mø. Bruno da Silva Mesquita
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

DEDICATÓRIA

Dedico essa conquista aos meus pais, essas pessoas que sempre me apoiaram de uma forma incontestável e sempre fazendo o possível para me ajudar. A eles dedico todas as conquistas em minha vida, assim como esta. A Maria das Graças e José Ribamar vão os meus mais humildes agradecimentos e a minha mais profunda admiração e consideração.

A minha família como um todo, em especial a Ângela Raquel e Rosângela Cristina que foram fundamentais nessa caminhada e tiveram grande importância para que eu consiga me tornar cirurgião dentista.

“O sucesso nasce do querer, da
determinação e persistência
em se chegar a um objetivo”
José de Alencar

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Exame intrabucal evidenciando o dente 38 semi-incluso.....	11
Figura 2 – Corte panorâmico com imagem sugestiva de íntima relação das raízes do dente 38 com o canal mandibular.	12
Figura 3 - Corte tomográfico parasagital confirmando íntima relação das raízes do dente 38 com o canal mandibular.	12
Figura 4 - Acesso cirúrgico triangular do dente 38, com exposição do dente e tecido ósseo adjacente.	13
Figura 5 - Odontossecção da peça a nível cervical e remoção da porção coronária.	13
Figura 6 - Sutura com ponto simples separados.	14
Figura 7 - Radiografia panorâmica de 1 mês de pós-operatório, evidenciando raízes infra ósseas e mantidas no alvéolo, com preservação de sua posição e prevenção de lesão ao NAI.....	14

LISTA DE SIGLAS

CCTS	CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
UEPB	UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
NAI	NERVO ALVEOLAR INFERIOR
TCFC	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FEIXE CÔNICO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 RELATO DE CASO	11
3 DISCUSSÃO	15
4 CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS	17

**MANEJO CIRÚRGICO EM UM DENTE IMPACTADO USANDO A
CORONECTOMIA: RELATO DE CASO
SURGICAL MANAGEMENT OF AN IMPACTED TOOTH USING CORONECTOMY:
CASE REPORT**

Saulo Magno de Albuquerque Vilar¹
Anderson Maikon de Souza Santos²

RESUMO

Introdução: A coronectomia é um protocolo cirúrgico que consiste na remoção da coroa dentária, proposta como uma alternativa para a extração completa quando as raízes dos terceiros molares estiverem próximas ao canal do mandibular. **Objetivo:** Descrever relato de caso de coronectomia em um terceiro molar inferior com íntima relação com o canal mandibular. **Relato de Caso:** Paciente do sexo masculino, 27 anos, compareceu à clínica escola de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus VIII - Araruna para exodontia dos terceiros molares. No exame intrabucal foi possível visualizar o dente semi-incluso. Após avaliação de imagem do tipo panorâmica dos maxilares, pode classificar o dente 38 em posição vertical (classificação de Winter) e posição A com Classe II de Pell e Gregory. Essa posição mais baixa do terceiro molar também implicou em íntima relação com o canal mandibular, sugerindo risco de lesão ao nervo mandibular. Foi decidido pela opção cirúrgica de coronectomia. Foi realizada a anestesia pela técnica direta com complementação na área a ser incisada. Foi confeccionado acesso triangular na região, seguido de osteotomia para exposição da porção coronária. Com a correta visualização da margem cervical, foi feita a odontosseção a nível cervical removendo a porção coronária sem luxação do remanescente radicular. **Discussão:** A coronectomia é indicada como conduta para reduzir o risco de lesão ao nervo alveolar inferior. Indo com base na literatura, no caso citado, devido a íntima relação do terceiro molar com o canal mandibular, foi realizado a coronectomia. **Conclusão:** A coronectomia se mostrou uma técnica efetiva para o tratamento dos terceiros molares inferiores, reduzindo o risco de lesão ao nervo alveolar inferior.

Palavras-chave: Coronectomia; Nervo alveolar inferior; Terceiro molar.

ABSTRACT

Introduction: Coronectomy is a surgical protocol that consists of removing the dental crown, proposed as an alternative to complete extraction when the roots of the third molars are close to the mandibular canal. **Objective:** To describe a case report of coronectomy in a lower third molar closely related to the mandibular canal. **Case Report:** Male patient, 27 years old, attended the dental school clinic of the State University of Paraíba, Campus VIII - Araruna for extraction of third molars.

¹Graduando em Odontologia pela UEPB, Campus VIII. E-mail: saulo.vilar@aluno.uepb.edu.br

²Docente do curso de Odontologia da UEPB, Campus VIII. E-mail: ams.santos@servidor.uepb.edu.br

During the intraoral examination, it was possible to visualize the semi-impacted tooth. After evaluating the panoramic image of the jaws, tooth 38 can be classified in a vertical position (Winter classification) and position A with Pell and Gregory Class II. This lower position of the third molar also implied an intimate relationship with the mandibular canal, suggesting a risk of injury to the mandibular nerve. It was decided to opt for the surgical option of coronectomy. Anesthesia was performed using the direct technique with supplementation in the area to be incised. A triangular access was created in the region, followed by osteotomy to expose the coronary portion. With the correct visualization of the cervical margin, odontosection was performed at the cervical level, removing the coronal portion without dislocating the root remnant. **Discussion:** Coronectomy is indicated as a procedure to reduce the risk of injury to the inferior alveolar nerve. Based on the literature, in the aforementioned case, due to the intimate relationship of the third molar with the mandibular canal, a coronectomy was performed. **Conclusion:** Coronectomy proved to be an effective technique for treating lower third molars, reducing the risk of injury to the inferior alveolar nerve.

Keywords: Coronectomy; Inferior alveolar nerve; Third molar.

1 INTRODUÇÃO

A Extração de terceiros molares inferiores obviamente não está isento de perigo. A lesão do nervo alveolar inferior é relatada como uma grave complicação após remoção de terceiros molares inferiores. A verdadeira estreita relação anatômica entre as raízes do terceiro molar e o canal mandibular aumenta o risco de lesão do nervo alveolar inferior (MICLOTTE *et al.*, 2015).

O nervo alveolar inferior (NAI) é ramo do nervo mandibular, que é ramo do nervo trigêmeo. O NAI percorre o interior do canal mandibular, o qual possui uma direção ínfero lateral descrita como uma curva descendente de concavidade ântero-superior. Sendo assim, este possui uma relação muito próxima com os ápices dos molares inferiores, já que é responsável pela sensibilidade da polpa dos dentes inferiores e também das suas estruturas de suporte. A posição do canal mandibular, em relação a proximidade de onde será realizado o procedimento cirúrgico, é de grande interesse para o cirurgião-dentista (VIDIGAL *et al.*, 2017).

O dano ao nervo alveolar inferior NAI durante a extração dos terceiros molares inferiores é frequentemente causado pela relação íntima entre o nervo e as raízes dos dentes. A decisão de extrair terceiros molares inferiores impactados cujas raízes são consideradas próximas ao NAI é um dilema para o cirurgião-dentista.

Nesses casos, o dente é seccionado de tal forma que as raízes dos terceiros molares inferiores impactados são deixados *in situ*. (SINGH *et al.*, 2018).

A extração de terceiros molares é o procedimento cirúrgico mais realizado na cavidade oral, e a coronectomia é um protocolo cirúrgico que consiste na remoção da coroa dentária apenas. Ela foi proposta como uma alternativa para extração completa quando as raízes dos terceiros molares estiverem próximo ao canal mandibular, e o risco de dano neurológico pós-operatório é alto. (MONACO *et al.*, 2019).

Muito embora já existam conceitos claros mencionados na literatura de que a coronectomia é segura, o procedimento é discutível. Pogrel *et al* (2016), afirma que a coronectomia está contraindicada nos casos em que: 1) o dente se encontra horizontalmente ao longo do trajeto do NAI, pois poderá acarretar mais riscos ao nervo durante o seccionamento da coroa do que durante a extração do dente por completo; 2) quando não é possível remover todo o esmalte, pois a retenção de esmalte está associada a um maior insucesso da técnica; 3) quando houver infecção que envolva a raiz do dente em questão; 4) quando os segundos molares precisam ser distalizados durante tratamento ortodôntico; 5) quando a raiz do dente está contaminada por cárie; e 6) quando a raiz foi luxada durante o procedimento cirúrgico.

A literatura disponível não fornece evidências fortes indicando que a coronectomia seja superior à extração cirúrgica completa de terceiros molares da mandíbula, para evitar lesões ao NAI, especialmente dadas às preocupações relacionadas aos resultados pretendidos (ALI, BENTON, YATES 2017).

Diferentes técnicas têm sido sugeridas para minimizar o risco de lesão do NAI, incluindo extrusão ortodôntica, ostectomia pericoronar e coronectomia. Porém após uma coronectomia, sangramento, infecção e alvéolos secos são observados com menos frequência do que a remoção completa do dente. A coronectomia também acelera o reparo ósseo distal aos segundos molares adjacentes (HAMAD, 2023).

Portanto, o objetivo deste trabalho é descrever um relato de caso de coronectomia em um dente terceiro molar inferior, no qual a radiografia panorâmica realizada durante o pré-operatório, mostrava uma íntima relação das raízes do dente com o NAI, com enorme risco de ruptura do mesmo.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 27 anos de idade, compareceu à clínica escola de odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campus VIII, Araruna, para realizar exodontia dos terceiros molares. O paciente buscou o tratamento após encaminhamento de ortodontista para posterior início de tratamento ortodôntico. Não foi relatado histórico de doenças de base e nem alergias, além disso, também não havia quadros de pericoronarite prévios.

O exame físico extrabucal não evidenciou nenhuma alteração digna de nota, no exame intrabucal foi possível visualizar o dente sem-incluso (FIGURA 1). O exame imaginológico foi solicitado e foi observado que o dente 38 se apresentava em posição vertical (classificação de Winter) e posição A com Classe II de Pell e Gregory (FIGURA 2).

Essa posição mais baixa do terceiro molar também implicou em íntima relação dele com o canal mandibular, sugerindo risco de lesão ao nervo mandibular durante a exodontia (FIGURA 3). O paciente foi informado do risco e após discussão do plano de tratamento com o paciente e o ortodontista foi decidido pela opção cirúrgica de Coronectomia.

Figura 1 – Exame intrabucal evidenciando o dente 38 semi-incluso.



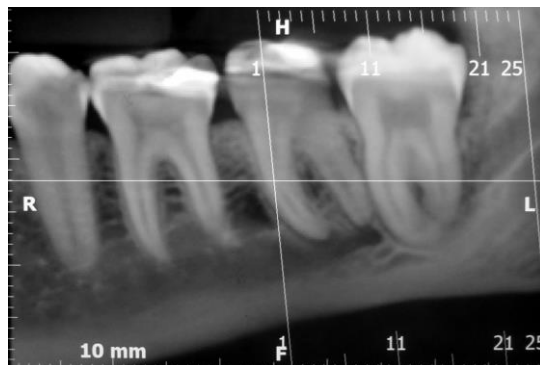
FONTE: Elaborado pelo autor, 2023.

Figura 2 – Corte panorâmico com imagem sugestiva de íntima relação das raízes do dente 38 com o canal mandibular.



FONTE: Elaborado pelo autor, 2023.

Figura 3 - Corte tomográfico parasagital confirmando íntima relação das raízes do dente 38 com o canal mandibular.



FONTE: Elaborado pelo autor, 2023.

O paciente recebeu 8mg de dexametasona no pré-operatório (1 hora antes), foi realizada antissepsia intra e extrabucal com clorexidina à 0,12 e 2%, respectivamente, seguido de aposição dos campos cirúrgicos. A anestesia do nervo alveolar inferior foi obtida por técnica direta usando 1 tubete de mepivacaína 2% com adrenalina 1:100.000, com complementação na região a ser incisada com cerca de meio tubete do mesmo anestésico. Foi então confeccionado acesso triangular na região, seguido de osteotomia para exposição da porção coronária, com broca 702 em alta rotação sob constante irrigação (FIGURA 4).

Com a correta visualização da margem cervical, foi feita odontosseção a nível cervical removendo a porção coronária sem luxação do remanescente radicular (FIGURA 5). Neste momento a área operada foi inspecionada para evitar permanência de tecido de esmalte na porção radicular, além de irrigação abundante

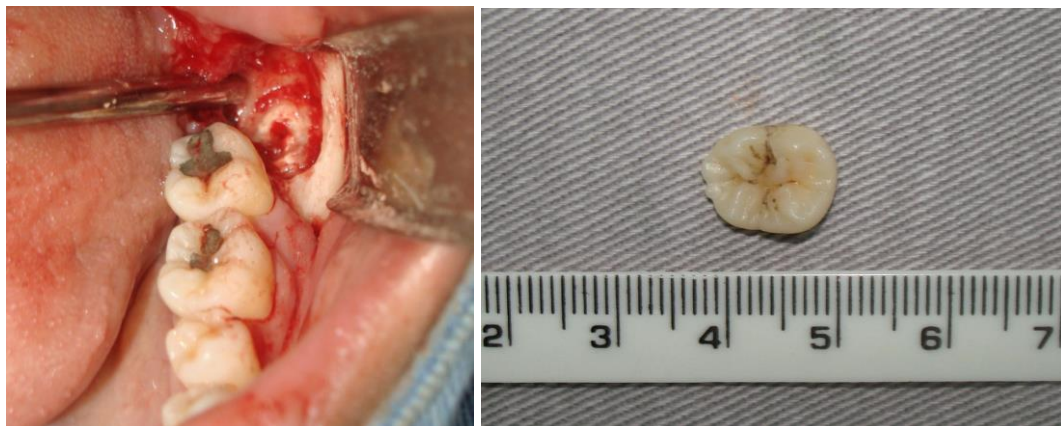
com soro fisiológico à 0,9% do alvéolo e do retalho. Em seguida foi realizada sutura com ponto simples separados com fio de nylon 5.0 (FIGURA 6)

Figura 4 - Acesso cirúrgico triangular do dente 38, com exposição do dente e tecido ósseo adjacente.



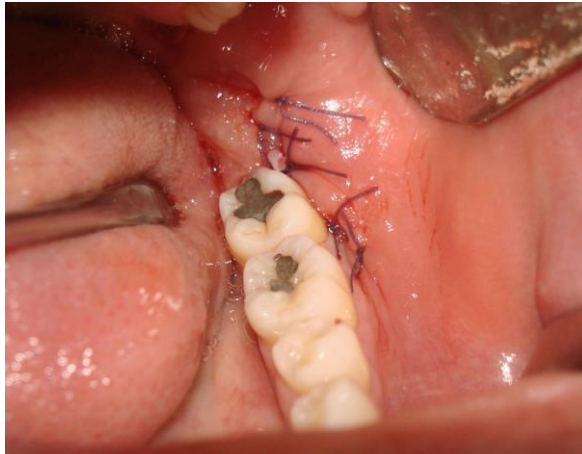
FONTE: Elaborado pelo autor, 2023.

Figura 5 - Odontosseção da peça a nível cervical e remoção da porção coronária.



FONTE: Elaborado pelo autor, 2023.

Figura 6 - Sutura com ponto simples separados.



FONTE: Elaborado pelo autor, 2023.

O paciente recebeu as orientações pós-operatórias e prescrição medicamentosa, sendo optado por segunda dose de dexametasona 8mg 12 horas após a cirurgia, associada com uso de dipirona sódica (500mg a cada 6 horas em caso de dor), bem como uso de bochechos de digluconato de clorexidina a 0,12% (2 vezes ao dia, por 7 dias), sendo iniciado a partir do 3º dia pós-operatório. O paciente retornou após 7 dias para remoção de sutura e não apresentou complicações pós-operatórias. No momento ele segue em acompanhamento para avaliar possibilidade de migração radicular, a partir do sexto mês de pós-operatório (FIGURA 7).

Figura 7 - Radiografia panorâmica de 1 mês de pós-operatório, evidenciando raízes infra ósseas e mantidas no alvéolo, com preservação de sua posição e prevenção de lesão ao NAI.



FONTE: Elaborado pelo autor, 2023.

3 DISCUSSÃO

As exodontias de terceiros molares inclusos e impactados são um dos procedimentos mais comuns na cirurgia oral e maxilofacial (BATISTA *et al.*, 2020). Segundo Herrera-Briones FJ *et al* (2013), a administração preventiva de corticosteróides para cirurgia de remoção de terceiro molar inferior impactado reduz efetivamente o trismo e a inflamação pós-operatória. Falci SGM *et al* (2017), afirmam que a dexametasona foi mais eficaz do que outros anti-inflamatórios orais para reduzir o inchaço e o trismo após a cirurgia do terceiro molar inferior impactado. No presente relato, indo de acordo com o que preconiza a literatura, foi administrado dexametasona ao paciente no pré e no pós-operatório, visando o controle de dor, edema e trismo no pós-operatório.

Estas condições são complicações esperadas para o pós-operatório, todavia, outras alterações como comprometimento de função neurológicas, são complicações menos comuns e que são frequentemente associadas ao íntimo contato das raízes dos terceiros molares inferiores com o nervo alveolar inferior.

Os exames de imagens são essenciais para que o profissional dentista avalie a relação entre o canal mandibular e os terceiros molares inferiores, e assim, optar pela técnica mais adequada. Segundo a Classificação de Rood e Shehab (1990), há sinais radiográficos que sugerem a proximidade do terceiro molar inferior com o NAI: escurecimento dos ápices, estreitamento dos ápices, ápices bífidos sobre o canal mandibular, ápice em ilha, curvatura das raízes, desvio ou estreitamento do canal, interrupção das paredes do canal e perda da lâmina dura sobre a parede do canal mandibular (OLIVEIRA; MORAES, 2023; PACCI *et al.*, 2014). No caso citado, foi possível observar curvatura das raízes, interrupção das paredes do canal e perda da lâmina dura sobre a parede do canal mandibular.

A Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) permite aos clínicos um diagnóstico mais preciso e uma escolha de terapia mais apropriada. Além disso, em casos que ocorram a movimentação radicular transoperatória, a TCFC permite melhor avaliação da morfologia radicular e da relação raiz-canal mandibular, o que ajuda na remoção das raízes, apresentando risco um pouco mais reduzido (ESCUDEIRO *et al.*, 2018). No presente caso, a tomografia permitiu melhor avaliação da morfologia radicular e da relação entre as raízes do dente com o canal mandibular.

A coronectomia reduz significativamente a lesão do nervo alveolar inferior, mesmo em casos de alto risco, com redução da morbidade e outras complicações associadas, em contraste com a técnica convencional. No entanto, complicações potenciais da coronectomia, como bolsas periodontais na superfície distal do segundo molar, migração radicular com possível necessidade de um segundo procedimento, alveolites, infecções locais pós-operatórias, dor pós-operatória, remoção inadvertida de raízes ou saída radicular, danos intra-operatórios e do nervo alveolar inferior ou lingual (MUKHERJEE *et al* (2016)).

A odontectomia parcial intencional, também descrita como coronectomia ou sepultamento intencional, é indicada como conduta para reduzir o risco de lesão ao NAI, por outro lado, esta técnica é também indicada em casos nos quais exista a possibilidade de fratura mandibular e no manejo de terceiros molares associados a cistos dentígeros que apresentem um risco real de prejuízo para o NAI, ressaltando que a técnica é de grande valor para esses casos (BORGES; FONTANA; PAIARDI, 2022; ESCUDEIRO *et al.*, 2018; PACCI *et al.*, 2014).

A técnica da coronectomia consiste em remover apenas a coroa (na junção cimento-esmalte) do terceiro molar inferior, deixando a raiz e a polpa sem perturbação, evitando assim o dano direto ou indireto ao NAI (BATU *et al.*, 2020). No que consiste às raízes remanescentes, Pogrel *et al.*, (2016) afirmam que deve-se ter certeza de que esmalte não foi deixado para trás e de que é necessário realizar um desgaste com broca esférica caso exista um remanescente. De acordo com Batu *et al.*, (2020), o esmalte deve ser removido pois se trata de um tecido de origem ectodérmica que impede a fixação do tecido conjuntivo gengival à sua superfície, facilitando infecções e formação de alveolites. Indo de acordo com a literatura, no caso foi realizada a odontosseção a nível cervical, removendo a porção coronária sem luxação da porção radicular e garantindo a remoção de todo o tecido de esmalte.

Segundo Oliveira; Moraes, (2023) presença de dor é constante em 10 a 20% dos casos após a coronectomia, podendo chegar até a 41,9% dos casos, sendo comparáveis as extrações totais destes dentes. Já no que se refere ao edema, este é raro, sendo presente em 4,6% dos casos. Ainda de acordo com os autores, a taxa de infecção pós-operatória é baixa e sua incidência é de 0 a 5,8%. Além disso, há uma menor incidência de alveolite nas coronectomias se comparada às extrações

totais. No caso citado, o paciente retornou após 7 dias para remoção da sutura e não apresentou complicações pós-operatórias.

A mobilização transoperatória da porção retida da raiz é uma condição frequentemente relatada, com incidência de 3 a 9% dos casos. Todas as raízes móveis devem ser removidas para evitar a reação de corpo estranho e má cicatrização. A dificuldade de visualização da superfície da raiz em dentes mesioangulados ou distoangulados para realização do acabamento da mesma é relatada e influencia no sucesso da técnica (BATU *et al.*, 2020; PACCI *et al.*, 2014).

A migração radicular é um achado comum no pós-operatório e sua incidência pode variar de 8,6 a 97%. Isso ocorre pela neoformação óssea que acontece sobre a estrutura radicular retida. A maior parte das migrações, mais de 90%, ocorrem nos primeiros 6 meses após a coronectomia. A maioria das raízes não migram após 2 anos da coronectomia e não irrompem após esse período. Essa migração facilita o segundo procedimento cirúrgico e diminui o risco de lesão nervosa associada ao procedimento (ESCUDEIRO *et al.*, 2018; MASCARENHAS *et al.*, 2020; SILVA; SILVA; ALMEIDA, 2021). No presente relato, o paciente segue em acompanhamento para avaliar possibilidade de migração radicular.

O baixo índice de complicações associadas à coronectomia justifica a realização da mesma, a qual pode ser considerada muito mais segura do que a completa remoção do terceiro molar inferior, em casos de íntima relação com o canal mandibular (BATU *et al.*, 2020; PACCI *et al.*, 2014).

4 CONCLUSÃO

A coronectomia se mostrou uma técnica efetiva para o tratamento dos terceiros molares inferiores, reduzindo o risco de lesão ao nervo alveolar inferior.

REFERÊNCIAS

ALI, A. S.; BENTON, J. A.; YATES, J. M. Risk of inferior alveolar nerve injury with coronectomy vs surgical extraction of mandibular third molars—A comparison of two techniques and review of the literature. **Journal of oral rehabilitation**, v. 45, n. 3, p. 250-257, 2018.

BATISTA, Thálison Ramon de Moura et al. Odontectomia parcial integral: relato de caso clínico. **Rev. traumatol. buco-maxilo-fac** , p. 39-43, 2020.

BATU, V. C. et al. Coronectomia-alternativa à exodontia de terceiros molares inferiores. **Revista da faculdade de Odontologia de Passo Fundo**, n. 3, p. 467–473, 2020.

BORGES, L. G.; FONTANA, T. P.; PAIARDI, C. C. Coronectomia: uma Técnica Cirúrgica Conservadora - Revisão da Literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 11, n. 2, p. 215–219, 2022.

ESCUDEIRO, E. P. et al. Coronectomia: Quando indicar? Como realizar? Relato de Caso. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, v. 18, n. 2, p. 34–39, 2018.

FALCI SGM, LIMA TC, MARTINS CC, SANTOS CRR d, PINHEIRO MLP. Efeito preemptivo da dexametasona na cirurgia de terceiros molares: uma meta-análise. **Progresso da Anestesia**. 2017.

HAMAD, Shehab Ahmed. Outcomes of Coronectomy and Total Odontectomy of Impacted Mandibular Third Molars. **International Dental Journal**, 2023.

HERREARA-BRIONES FJ, PRADOS SÁNCHEZ E., REYES BOTELLA C., VALLECILLO CAPILLA M., CAPILLA MV. Atualização sobre o uso de corticosteróides em cirurgia de terceiros molares: revisão sistemática da literatura. **Cirurgia Oral, Medicina Oral, Patologia Oral e Radiologia Oral**. 2013.

MASCARENHAS, C. L. et al. Coronectomia em terceiro molar inferior: uma alternativa cirúrgica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5562–5575, 2020.

MICLOTTE, Annelie et al. The association between orthodontic treatment and third molar position, inferior alveolar nerve involvement, and prediction of wisdom tooth eruption. **Surgical and Radiologic Anatomy**, v. 37, p. 333-339, 2015.

MONACO, Giuseppe et al. Coronectomy: a surgical option for impacted third molars in close proximity to the inferior alveolar nerve. **The Journal of the American Dental Association**, v. 143, n. 4, p. 363-369, 2012.

MUKHERJEE, Subhadeep et al. Evaluation of Outcome Following Coronectomy for the Management of Mandibular Third Molars in Close Proximity to Inferior Alveolar Nerve. **Journal of clinical and diagnostic research : JCDR** vol. 10,8. 2016.

OLIVEIRA, B. N. K.; MORAES, R. B. CORONECTOMIA EM TERCEIROS MOLARES INFERIORES NA PREVENÇÃO DE PARESTESIA : RELATO DE CASO. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, v. 41, n. 1, p. 48–53, 2023.

PACCI, R. C. et al. Coronectomia em Terceiros Molares Inferiores: Relato de Dois Casos. **Odonto**, v. 22, n. 43–44, p. 101–106, 2014.

POGREL AM. Coronectomy: Partial Odontectomy or Intentional Root Retention. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am.** 2016.

ROOD, J. P., SHEHAB, B. A. The radiological prediction of inferior alveolar nerve during third molar surgery. **Br J Oral Maxillofac Surg.** v. 28, p. 20-25. 1990.

SILVA, M. E. L. DA; SILVA, I. M. B. DA; ALMEIDA, R. DE A. C. Coronectomia intencional como alternativa para evitar lesões ao nervo alveolar inferior: Relato de caso clínico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e46710918270, 2021.

SINGH, Anupam et al. Efficacy of Preemptive Dexamethasone versus Methylprednisolone in the Management of Postoperative Discomfort and Pain after Mandibular Third Molar Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The Scientific World Journal**, v. 2023, 2023.

VIDIGAL, Victor Laviola. **Relação Entre Terceiros Molares Inferiores e Nervo Alveolar Inferior (NAI): Revisão de Literatura.** 2017. Tese de Doutorado. Universidade Fernando Pessoa (Portugal).

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente a **DEUS**, pois sem a força dele a mim transmitida nada que aconteceu nesses anos seria possível. Obrigado por me capacitar e superar as dificuldades e adversidade que enfrentei durante essa trajetória acadêmica.

Aos meus familiares, em especial meus pais, **Maria das Graças** e **José Ribamar**, que me apoiaram e se mostraram interessados no meu crescimento. As minhas irmãs, **Ângela Raquel** e **Rosângela Cristina** que foram fundamentais nessa caminhada e tiveram grande importância para que eu consiga me tornar cirurgião dentista. *In memoriam* a minha professora, e minha avó, **Quitéria Gouveia**, e minha avó, **Maria Granjeiro**, técnica em enfermagem e minha referência familiar na saúde.

Agradeço ao meu orientador **Dr. Anderson Maikon de Souza Santos**, por me dar a oportunidade de enriquecimento acadêmico, por aceitar participar desse projeto, por todas as considerações, ponderações, paciência e incentivo proporcionado. Tenho muito apreço pelo profissional e, principalmente, ser humano que o senhor é.

Agradeço aos professores **Bruno Mesquita** e **Lucas Emmanuel** por aceitarem participar da banca, por todas as correções, apoio, incentivo e ponderações. Vocês são exemplos de profissionais e pessoas.

Aos meus **professores** que foram fundamentais para aprendizagem e ganho de conhecimento que tive no decorrer do curso de Odontologia, assim como a todos os outros funcionários, por toda atenção de me ensinar e ajudar a me desenvolver profissionalmente.

Aos meus **amigos** e **colegas** que estiveram comigo durante essa jornada, sofrendo juntos, mas vivendo bons e divertidos momentos destes bons anos. A todos que contribuíram direto e/ou indiretamente para essa realização. Obrigado pelo companheirismo, amizade, por todos os momentos compartilhados e por tornarem essa caminhada mais leve.

A todos os **funcionários**, **técnicos** que de forma indireta e/ou indiretamente contribuíram para a conclusão dessa jornada. Obrigado pela paciência e disponibilidade.

A todos os meus **pacientes** que passaram por mim. Obrigado por toda a confiança e por me permitir cuidar deles como um todo. A odontologia não trata apenas de cuidar de dentes, mas também de pessoas.

Muito obrigado!