

**UNIVERSIDADE CESUMAR UNICESUMAR**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**CORONECTOMIA: UMA ALTERNATIVA A EXTRAÇÃO DE TERCEIROS  
MOLARES INCLUSOS - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO**

**PAULO ISAÍAS VIEIRA**

PONTA GROSSA – PR

2021

PAULO ISAÍAS VIEIRA

**CORONECTOMIA : UMA ALTERNATIVA A EXTRAÇÃO DE TERCEIROS  
MOLARES INCLUSOS - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em ODONTOLOGIA da Universidade Cesumar – Ponta Grossa como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em ODONTOLOGIA, sob a orientação do Prof.<sup>a</sup>JESSICA BAUER.

PONTA GROSSA – PR

2021

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

PAULO ISAÍAS VIEIRA

### **CORONECTOMIA : UMA ALTERNATIVA A EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INCLUSOS - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em ODONTOLOGIA da Universidade  
Cesumar – Ponta Grossa como requisito parcial para a obtenção do título de  
Bacharel(a) em CIRURGIÃO DENTISTA, sob a orientação do Prof.<sup>a</sup>.  
JESSICA BAUER

Aprovado em: 06 de dezembro de 2021.

#### **BANCA EXAMINADORA**

##### **EVELYN LOPEZ SOARES**

Doutorado em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Mestrado em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Graduação em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Professora do Curso de Odontologia na Universidade Cesumar – Unicesumar Ponta  
Grossa

---

##### **JESSICA BAUER**

Graduada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Especialista em Implantodontia

Mestrado em Ciências da Saúde UEPG

Professora do Curso de Odontologia na Universidade Cesumar – Unicesumar Ponta Grossa

---

PRISCILA CAMARGO SMOLAREK FLORES

Graduação em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família Centro

Universitário Internacional, UNINTER

Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial Associação

Brasileira de Odontologia - Seção do Paraná, ABO/PR

Mestrado em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Doutorado em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Professora colaboradora da Universidade Estadual de Ponta Grossa nas disciplinas de Diagnóstico e Cirurgia Bucal II, Estomatologia e Clínica multidisciplinar

Professora do Curso de Odontologia na Universidade Cesumar – Unicesumar Ponta Grossa

# **CORONECTOMIA : UMA ALTERNATIVA A EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INCLUSOS - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO**

## **RESUMO**

A Coronectomia é um meio alternativo à cirurgia de terceiros molares inferiores onde ocorre um íntimo contato com o nervo alveolar inferior. Ela consiste na técnica de separação entre a coroa e as raízes do elemento dentário, assim, durante o procedimento se remove apenas a coroa e faz com que as raízes permaneçam no alvéolo minimizando as chances de lesão ao nervo alveolar inferior durante o procedimento. Essa cirurgia é indicada para elementos dentários inclusos, que possuem as raízes em íntimo contato com estruturas nobres, como o nervo alveolar inferior, desta forma, diminuindo as chances de lesar estas estruturas e causar complicações nos pacientes. Este estudo tem como objetivo descrever um relato de caso e realizar uma revisão de literatura sobre a técnica, mostrando suas indicações, contraindicações e descrição do procedimento, além de observar se a mesma possui bons resultados nos estudos analisados.

**Palavras-chave:** Nervo Mandibular, Nervo Alveolar Inferior, Radiografia Panorâmica

## **CORONECTOMY: AN ALTERNATIVE TO EXTRACTION OF UNERUPTED THIRD MOLARS - LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT**

### **ABSTRACT**

Coronectomy is an alternative to mandibular third molar surgery, where there is a close contact with the inferior alveolar nerve. It consists in the technique of crown and root separation from the dental element, thus, during the procedure only the crown is removed, and the roots remain in the alveolus, minimizing the chances of

lesion to the inferior alveolar nerve during the procedure. This surgery is indicated for unerupted dental elements, which have their roots in intimate contact with noble structures, such as the inferior alveolar nerve, thus reducing the chances of damaging these structures and causing complications to the patients. This study aims to define a case report and perform a literature review on the technique, show its indications, contraindications, and description of the procedure, in addition to observing whether it has good results in competency studies.

Keywords: Mandibular Nerve, Inferior Alveolar Nerve, Panoramic Radiography

## **INTRODUÇÃO**

A Coronectomia é um procedimento realizado em terceiros molares inferiores e elementos dentários inclusos que apresentam íntimo contato com o nervo alveolar inferior, é uma técnica cirúrgica indicada para remoção da coroa dentária de elementos inclusos, deixando suas raízes intactas intencionalmente, e representa uma terapia comum na clínica odontológica (FRENKEL; SAMANI; VIGNUDELLI; 2017).

De acordo com as atuais diretrizes essa técnica está indicada para procedimentos de extração de terceiros molares inferiores ou dentes impactados que apresentam risco de lesão ao nervo alveolar inferior. As contraindicações dependem da manutenção da vitalidade das raízes retidas e da formação de ósteo-cimento e osso sobre as raízes, bem como os elementos dentários que não apresentem contato com o nervo alveolar inferior, além de dentes com sinais de pulpíte ou lesão apical devem ser desconsiderados para a técnica, da mesma forma que quando identificado a presença de cistos e tumores associados aos dentes. Contraindica-se ainda dentes impactados horizontalmente, osteotomia futura na área (cirurgia ortognática), ou ainda condições sistêmicas que indique imunocomprometimento (AIDS, quimioterapia, radioterapia, drogas imunossupressoras, ou ainda pacientes diabéticos descompensados e outras) (GADY et al, 2013).

Segundo Samani et al (2016), defendem a técnica da coronectomia como um dos meios alternativos e de grande sucesso para extração de elementos dentários e outros dentes inclusos, que apresentem contato com o nervo alveolar inferior, relata ainda que a técnica apresenta altas taxas de sucesso e menos efeitos colaterais a longo prazo.

Assim, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre esta técnica explicando suas indicações e contraindicações, efeitos colaterais e taxas de sucesso, acompanhando um caso clínico em que tenha sido realizada a técnica a fim de avaliar os resultados.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

O principal nervo sensorial da face é o nervo trigêmeo também chamado de V (quinto) par nervo craniano, responsável por percepções sensoriais e motoras da região da face e couro cabeludo. Subdivide-se em nervo oftálmico, maxilar e nervo mandibular (WOELFEL; SCHEID, 2007). O nervo alveolar inferior presente na mandíbula em conjunto com o nervo lingual é responsável pelas ramificações sensoriais que derivam do nervo mandibular, que por sua vez permitem a inervação de todos os dentes mandibulares, região de mucosa, lábio inferior e pele do mento. (ZAGALO, 2010). Após o nervo mandibular atingir o forâmen mandibular, posiciona-se abaixo das raízes dentárias, onde subdivide-se em várias ramificações as quais vão se dissociar no interior do osso trabecular esponjoso da mandíbula inervando a região da gengiva labial e interior dos molares e segundos pré-molares penetrando pelo ápice radicular. (NETTER, 2010). Já o nervo alveolar inferior subdivide-se em dois ramos dando origem aos nervos terminais, sendo eles o nervo incisivo e nervo mentoniano, onde o nervo incisivo mantém seu curso no canal mandibular onde será o responsável pelo estímulo nervoso dos primeiros pré-molares inferiores, caninos, incisivos, ligamento periodontal e gengiva. (FEHRENBACH; HERRING, 1998). Com esse conhecimento das funções sensórias e motoras dos nervos, devemos avaliar possíveis riscos de lesão a este nervo em procedimentos cirúrgicos (ZAGALO, 2010 WOELFEL; SCHEID, 2007).

Assim, a Coronectomia se tornou uma alternativa a remoção de terceiros molares inferiores, visando a proteção do nervo alveolar inferior (ROSA et al, 2007).

## **TERCEIROS MOLARES INFERIORES**

Terceiro molar inferior ou dente do siso, é um dos últimos dentes a erupcionar, ao observar a sua anatomia o mais importante é a relação do elemento dentário com o nervo alveolar inferior. Inicia sua mineralização entre 9 e 10 anos de idade e entre 12 e 16 anos já apresenta sua coroa formada, sendo posicionado na arcada entre os 17 e 21 anos, e completando sua formação de raízes até os 25 anos de idade (ZAGALO et al, 2010).

Geralmente apresenta 4 raízes: sendo 2 vestibulares e 2 linguais, e a sua coroa assemelha-se ao primeiro ou segundo molar inferior com a diferença de tamanho e levemente arredondado. Na maioria das vezes, os terceiros molares apresentam suas raízes fusionadas e curtas, por esse fato geralmente estão inclusos e abaixo dos segundos molares realizando uma breve comparação (STANDRING et al, 2015).

## **PARESTESIA DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR**

A Parestesia é caracterizada por uma perda da sensibilidade ocasionada pela lesão ao nervo alveolar inferior, e pode ser causada por uma falha mecânica, onde a mais comum delas é ocasionada pelo trauma, compressão ou estiramento do nervo parcialmente ou totalmente de suas fibras. Situações como essa ocorrem devido à falta de conhecimento do profissional e da anatomia da região a ser anestesiada e ou, operada, principalmente na realização do bloqueio do nervo alveolar inferior (ROSA et al, 2007). A Parestesia tende a causar um desconforto ao paciente, como a perda da sensibilidade na região do lábio e região mentoniana do lado afetado, sendo ela parcial ou total. (ROSA et al, 2007).

Porém, maior preocupação dos Cirurgiões Dentistas em relação a parestesia, são as causadas por extrações de terceiros molares inferiores, onde apresentam um índice de prevalência 0,4% a 8,4%, devido a possibilidade de contato com o nervo alveolar inferior. (PETERSON, 2000) Uma vez que apresentem esse íntimo contato

com o nervo alveolar inferior, as chances de lesão durante o ato cirúrgico são elevadas, devido à falta de um planejamento cirúrgico e ou, preparo adequado do profissional. (VITOR, 2021). O tratamento da parestesia pode ser feito através de aplicações medicamentosas e utilização de laser em baixa intensidade, porém, mesmo com esses cuidados pós lesão, não há garantias que recupere totalmente a sensibilidade. Devido a esse fato, a melhor opção é evitar o dano ao nervo alveolar inferior empregando uma boa anamnese, exame clínico e radiográfico, aliado a um planejamento cirúrgico e técnica bem executados. (VITOR et al, 2021).

## TÉCNICA CIRÚRGICA DA CORONECTOMIA

Primeiramente deve-se determinar o risco de lesão ao nervo alveolar inferior via radiografia panorâmica ou tomografia (FIG.1), e após detectado esse risco a Coronectomia pode ser considerada como uma opção de tratamento (KANG, et al., 2019).

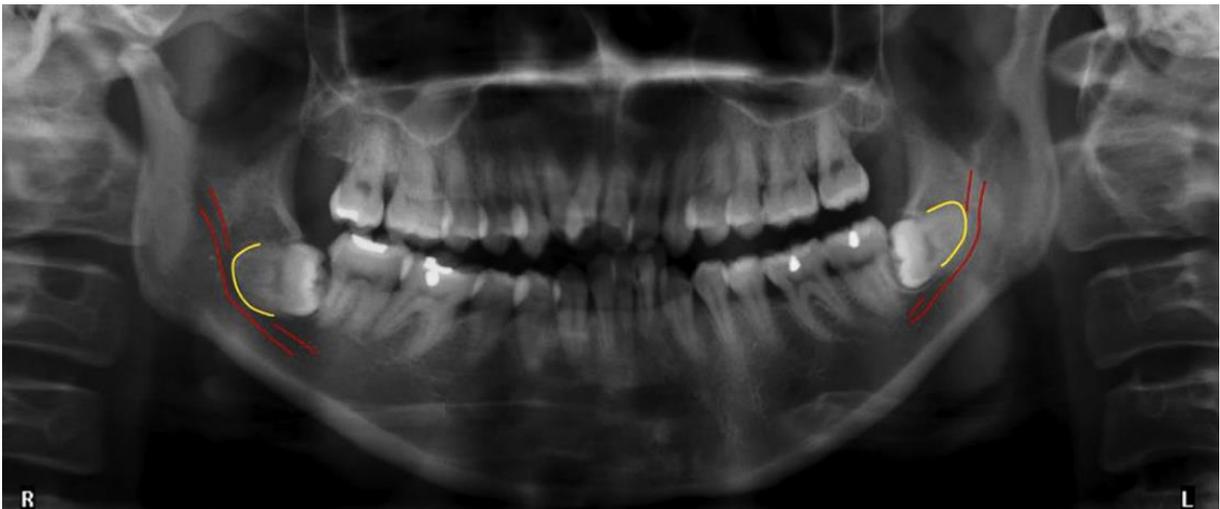


Figura 1: Imagem demonstrando relação de terceiros molares inferiores com nervo alveolar inferior. Fonte KANG, et al., 2019

O procedimento inclui anestesia, confecção de retalho cirúrgico muco-periosteal, se necessário, osteotomia para expor a região amelo-cementária do dente, tomando o cuidado para manter a maior porção da crista óssea e tecido ósseo possível. Segue a odontosecção com corte na junção cimento-esmalte, seguido de

fratura da coroa de forma delicada, separando-a das raízes remanescentes, evitando a mobilização das raízes. O seccionamento da coroa é feito com uma inclinação de 45 graus no sentido vestibulo lingual, junto ao limite amelo-cementário, com broca 702 em movimentos de mesial para distal, cuidadosamente evitando o risco de lesão do nervo lingual. Conforme exemplificado na figura a seguir (FIG.2). (SENCIMEN et al., 2010).

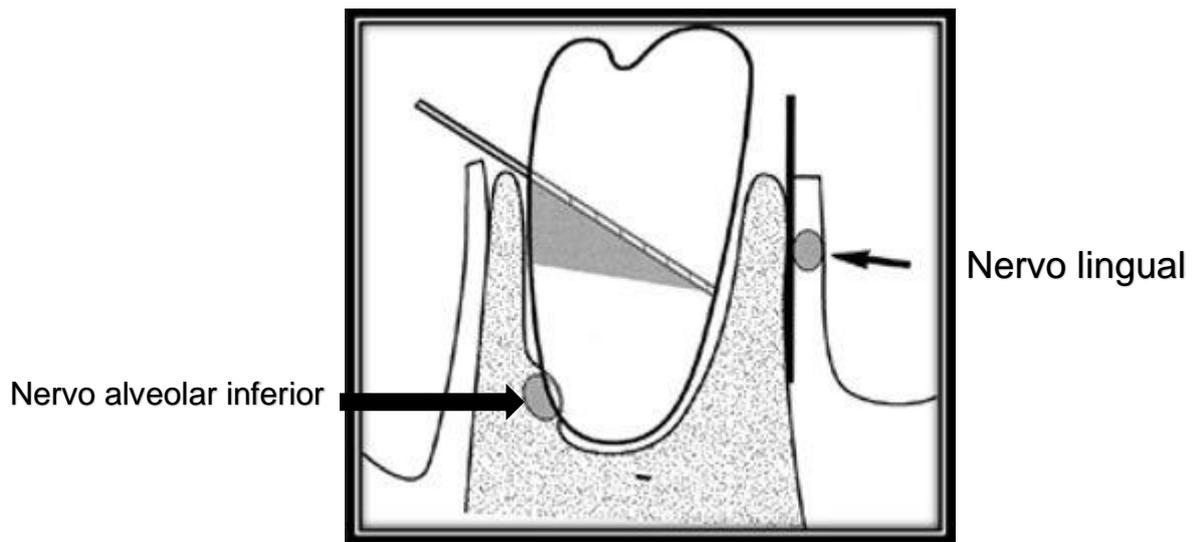


Figura 2: Demonstração da técnica de odontosecção da coroa durante a coronectomia. Fonte SENCIMEN et al., 2010, p. 387

Se necessário, cortes adicionais à coroa poderão ser feitos, sempre com copiosa irrigação com solução salina (soro fisiológico estéril). A raiz remanescente deve permanecer abaixo da crista óssea, cerca de 3 mm e se necessário deve ser rebaixada. Esmalte não deve ser mantido com as raízes. Se excessiva mobilização das raízes for percebida no trans cirúrgico, estas devem ser removidas (WOELFEL et al., 2007).

Após a remoção cuidadosamente da coroa, a remoção de tecido folicular deve ser realizada. Qualquer exposição grosseira de polpa deve ser curetada, seguida de leve arredondamento da crista óssea. A ferida cirúrgica deve ser cuidadosamente lavada com solução salina. Uma pequena quantidade de doxiciclina em pó (Doxiciclina 50 mg) deve ser aplicado topicamente sobre a ferida (OPCIONAL). A sutura deve buscar fechamento primário e se necessário deve-se confeccionar incisões relaxantes que promovam tal intuito. A radiografia panorâmica pós-operatória imediata deve ser

solicitada para fins comparativos e parâmetros iniciais da posição da raiz. Antibióticos são prescritos com o curso de uma semana sendo amoxicilina o padrão e clindamicina para pacientes alérgicos. Bochechos com clorexidina 0,12% por 10 dias e analgésico e anti-inflamatórios para o controle da dor. (GADY, 2013; LEUNG, 2016; MONACO, 2015).

## Complicações

As complicações após a Coronectomia, assemelham-se as cirurgias tradicionais de remoção de terceiros molares, tendo como similaridade as infecções, algias, sangramento, danos ao nervo alveolar inferior, má cicatrização, e complicações exclusivas de coronectomia onde inclui a mobilização das raízes durante o procedimento e a migração das raízes no pós-operatório (PATEL V, GLEESON CF, KWOK J, et al., 2013).

## INDICAÇÕES

De acordo com as atuais diretrizes essa técnica está indicada como alternativa para procedimentos de remoção de terceiros molares inferiores ou dentes impactados que apresentam risco de lesão ao nervo alveolar inferior (FIG.3) (JERJES et al., 2009).

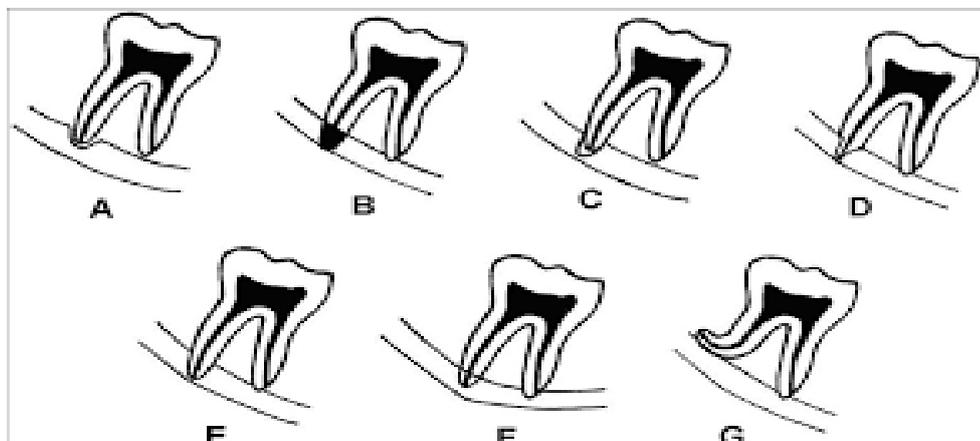


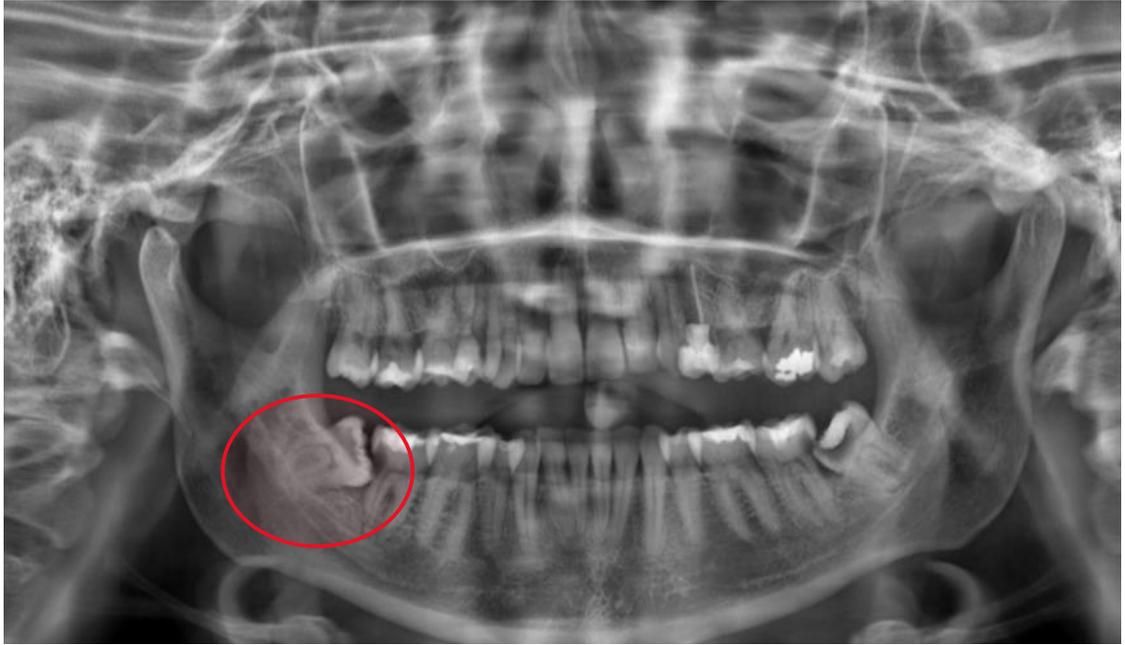
Figura 3: Variações das relações entre os terceiros molares e canal mandibular. Fonte: JERJES et al. 2009.

## **CONTRAINDICAÇÕES**

São contraindicados para o procedimento dentes em que a manutenção da vitalidade das raízes retidas e da formação de ósteo-cimento e osso sobre as raízes é duvidosa, bem como os elementos dentários que não apresentem contato com o nervo alveolar inferior, além de dentes com sinais de pulpíte ou lesão apical. Da mesma forma que quando identificado a presença de cistos e tumores associados aos dentes. Contraindica-se ainda em dentes impactados horizontalmente, osteotomia futura na área (cirurgia ortognática), ou ainda condições sistêmicas que indique imunocomprometimento (AIDS, quimioterapia, radioterapia, drogas imunossupressoras, ou ainda pacientes diabéticos descompensados e outras) (GADY, 2013).

## **RELATO DE CASO**

Paciente S. AP<sup>a</sup>. A. do sexo feminino, 37 anos de idade, compareceu à Clínica para avaliação Odontológica geral. Na anamnese a paciente relatou ser hipertensa, (faz uso de losartana 50mg 1 vez ao dia) porém, apresentava-se controlada através do uso de medicamentos (pressão arterial entre 120/80mmHg). Também relatou ter finalizado tratamento para ansiedade a dois meses antecedente ao atendimento odontológico, sem possuir demais alterações. No exame físico, percebeu-se os terceiros molares em cavidade bucal com os inferiores em posição desfavorável, onde os segundos molares adjacentes a estes dentes apresentavam lesão cariosa em região distal. Na radiografia panorâmica percebeu-se o elemento 48 em posição semi-inclusa, mesio-angulado, com íntima relação com o nervo alveolar inferior e provocando lesão cariosa na distal do elemento 47. (FIG. 4).



*Figura 4: Radiografia panorâmica inicial evidenciando terceiros molares inferiores com íntima relação com nervo alveolar inferior.*

Diante deste quadro indicou-se a cirurgia de extração do dente 48 para a paciente, porém à mesma foi orientada quanto ao alto risco de parestesia. Para evitar que essa complicação se desenvolvesse na paciente foi dado como opção o tratamento através da Técnica da Coronectomia. Sendo que o elemento 47 foi tratado endodonticamente e realizado restauração posterior ao procedimento cirúrgico, já o elemento 38 foi realizado planejamento para extração e restauração do dente 37.

A paciente foi orientada quanto aos riscos e benefícios da técnica e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando o procedimento. (anexo)

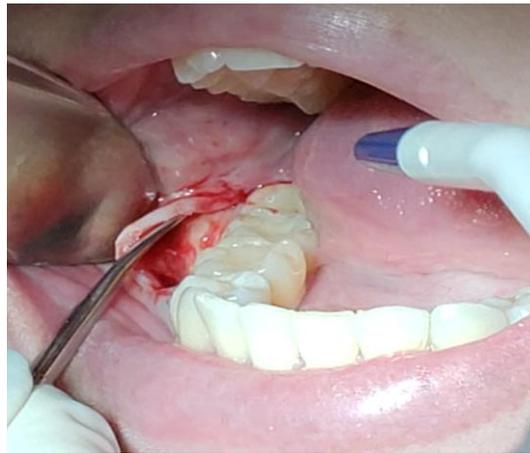
A cirurgia foi realizada sob anestesia local com Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000UI, com bloqueio do nervo alveolar inferior e bucal (FIG. 5).





*Figura 5: Técnica anestésica de bloqueio do nervo alveolar inferior, nervo bucal.*

Após anestesia foi realizado o acesso ao dente através do retalho em envelope na região de dente 48 (FIG.6). Como o elemento dentário estava semi-incluído necessitou-se de osteotomia na região com broca esférica nº 2 em peça reta (FIG.7). Após exposta a coroa, foi realizada a odontosseção, separando a coroa das raízes com uso da broca zecrya. (FIG.8).



*Figura 6: Descolamento para acesso ao dente 48.*



*Figura 7: Osteotomia para exposição total da coroa.*

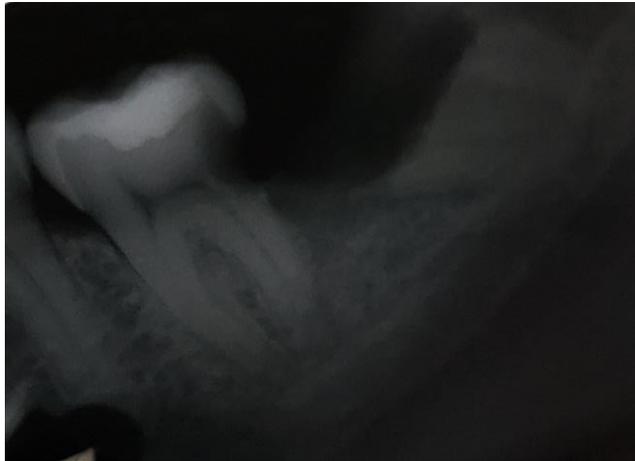


*Figura 8: Odontossecção para separação da coroa das raízes.*

Após a remoção da coroa, foi realizada a regularização dental e óssea na região a fim de remover espículas ósseas (FIG.9). E realizado uma radiografia periapical para confirmar o sucesso da técnica (FIG.10).



*Figura 9: Regularização do remanescente radicular para remoção de espículas.*



*Figura 10: Radiografia periapical tirada durante o transoperatório para verificar total remoção da coroa.*

A sutura foi realizada através de ponto simples, cicatrização por primeira intenção (FIG.11). Onde a paciente foi orientada quanto aos cuidados pós-operatórios, e prescrita com Amoxicilina 500mg de 8/8h, Paracetamol 750mg de 6/6h e Ibuprofeno 600mg de 8/8h. Além disso, para higiene oral prescreveu-se digluconato de clorexidina 0,12% de 12/12h por 5 dias.



*Figura 9: Sutura em posição.*

Na avaliação de 7 dias de pós-operatório a paciente apresentou bom estado geral, com boa cicatrização (FIG.12), sem queixas de parestesia, onde a radiografia pós-operatória evidenciando boa técnica cirúrgica (FIG.13). Até o presente momento paciente apresenta boa evolução e sem queixas. (reavaliada 2 meses após o procedimento cirúrgico).



*Figura 10: Aspecto clínico de 7 dias de pós-operatório da Coronectomia.*



*Figura 11: Panorâmica pós-operatória evidenciando boa execução da técnica.*

## **DISCUSSÃO**

A Odontectomia parcial ou Coronectomia como é chamada, pode ser considerada uma técnica recente na Odontologia, vindo a surgir na década de 1980. A partir de então, a Coronectomia é tema de diversas pesquisas, relacionando -se estudos clínicos e revisões de literatura. No contexto geral, esses estudos buscam observar e avaliar a eficácia do procedimento da Coronectomia, levando em conta suas taxas de sucesso a curto e longo prazo, considerando suas complicações e migração da raiz ao longo do tempo, e necessidade de extração das raízes, caso necessário. Todos os estudos clínicos têm apresentado altos índices de efetividade na técnica e segurança no procedimento de coronectomia, com baixos índices de complicações (POGREL e LEE, 2004; HATANO et al., 2009; LEUNG e CHEUNG, 2009; SENCIMEN et al., 2010; LEUNG e CHEUNG, 2016; HENIEN et al., 2017; PEDERSEN et al., 2018; PITROS et al., 2019; SHOKOUHI et al., 2019; KANG et al., 2019).

Considerando anamnese e exame clínico radiográfico panorâmico de terceiros molares inferiores que apresentem íntima relação com o nervo alveolar inferior, a Coronectomia pode ser indicada como uma técnica alternativa na remoção apenas da coroa do terceiro molar inferior, preservando as raízes e evitando riscos de lesão do nervo alveolar inferior, e possíveis sequelas como parestesia ou alterações de sensibilidade. (LEUNG, 2009; RENTON, 2005; CILASUN, 2011).

A Coronectomia é uma alternativa segura para prevenir riscos de lesão ao nervo alveolar inferior. Conforme indicações de vários autores, recomenda-se a realização de exame radiográfico logo após o procedimento para confirmar o resultado do procedimento cirúrgico imediato, e acompanhamento radiográfico após 12 meses e até 36 meses da cirurgia (FRENKEL B, GIVOL N, 2015).

Está indicado o procedimento da coronectomia na prevenção de lesões iatrogênicas ao nervo alveolar inferior, quando se remove o terceiro molar inferior inclusos, em pacientes maiores de 25 anos com dentes vitais e apresentando boa saúde geral. São contraindicadas quando o paciente apresenta: infecção ativa na raiz dentária, raízes com mobilidade, dentes com cárie ativa na polpa ou que apresente alterações periapicais, tumores ou cistos de grande volume, e doenças sistêmicas não controladas e imunocomprometidos. (SCHROEDER et al., 2011; DEBONI et al., 2013; GADY et al., 2013; PITROS et al., 2019)

Em estudos clínicos comparando a técnica de Coronectomia em relação a extração tradicional, revelaram essa técnica como a mais eficaz na preservação do nervo alveolar inferior, evitando riscos de lesão ao nervo e sequelas relacionados ao procedimento cirúrgico. (RENTON et al., 2005; HATANO et al., 2009; LEUNG e CHEUNG, 2009; KANG et al., 2019). Conforme a avaliação dos estudos e literaturas apresentadas, a Coronectomia se posicionou como uma técnica segura e eficaz em relação a técnica tradicional, ressaltando baixos índices de complicações pós-operatórias e reoperação para remoção das raízes. (MARTIN et al, 2015; CERVERA-ESPERT et al, 2016; BARCELLOS et al, 2019).

De acordo com POGREL (POGREL, 2015) observando os resultados de coronectomias realizadas em seu programa de residência, em que foram realizados 742 procedimentos, com uma taxa de infecção de 0,8% (seis casos), sendo que 0,8% dos casos necessitaram a remoção das raízes, 2 por infecção e 4 por migração. A migração coronal das raízes ocorreu em 31% dos casos (230). Segundo o autor, o número de falhas por mobilização das raízes durante o procedimento cirúrgico foi de 12 casos, e em nenhum desses ocorreu o dano ao nervo (LEUNG e CHEUNG et al, 2016) relatando 612 casos de Coronectomia, a incidência de dano ao nervo alveolar inferior ocorreu em um caso, sendo que a lesão promoveu parestesia temporária que se resolveu em dois meses (POGREL et al, 2015).

De acordo com KOHARA et al. (2015), as raízes remanescentes após a coronectomia de terceiros molares inferiores não levaram a complicações do tipo infecção ou desenvolvimento de outras patologias, após 36 meses de acompanhamento (Kohara et al, 2015).

## **CONCLUSÃO**

Podemos concluir que a Coronectomia, apesar de ser uma técnica recente, apresenta bons resultados e que possui altas taxas de sucesso nas cirurgias de terceiros molares inferiores e dentes impactados. Onde apresentam íntimo contato com nervo alveolar inferior, assim como apresenta poucas complicações. Já com o procedimento realizado no estudo, a paciente apresenta boa recuperação pós cirúrgica, não relatando parestesia ou qualquer sintoma referente a cirurgia. Conclui-se que a indicação da Odontectomia apresenta grandes taxas de sucesso, tornando-se uma opção considerável durante a anamnese em avaliações clínicas de terceiros molares inclusos que apresentam íntimo contato com o nervo alveolar inferior.

## **REFERÊNCIAS**

BARCELLOS, B., VELASQUES, B., MOURA, L. and XAVIER, C., 2019. What Are the Parameters for Reoperation in Mandibular Third Molars Submitted to Coronectomy? A Systematic Review. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 77(6), pp.1108-1115

VITOR, G. AND VIEIRA LEÃO, A., 2021. Relação da exodontia de terceiros molares e a ocorrência de parestesia do nervo alveolar inferior: uma revisão narrativa. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, 25(2), pp.272-277.

CERVERA-ESPERT, J., PEREZ-MARTINEZ, S., CERVERA-BALLESTER, J., PENARROCHA-OLTRA, D. AND PENARROCHA-DIAGO, M., 2016. Coronectomy of impacted mandibular third molars: A meta-analysis and systematic review of the literature. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, pp.0-0.

FEHRENBACH, M. and HERRING, S., 2005. *Anatomia ilustrada da cabeça e do pescoço*. Barueri, SP: Editora Manole.

FRENKEL, B., GIVOL, N. and SHOSHANI, Y., 2015. Coronectomy of the Mandibular Third Molar: A Retrospective Study of 185 Procedures and the Decision to Repeat the Coronectomy in Cases of Failure. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 73(4), pp.587-594.

GADY, J. and FLETCHER, M., 2013. Coronectomy. *Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*, 21(2), pp.221-226.

HATANO, Y., KURITA, K., KUROIWA, Y., YUASA, H. and ARIJI, E., 2009. Clinical Evaluations of Coronectomy (Intentional Partial Odontectomy) for Mandibular Third Molars Using Dental Computed Tomography: A Case-Control Study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 67(9), pp.1806-1814.

HENIEN, M., SPROAT, C., KWOK, J., BENENG, K. and PATEL, V., 2017. Coronectomy and dentigerous cysts: a review of 68 patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 123(6), pp.670-674.

JERJES, W., UPILE, T., KAFAS, P., ABBAS, S., ROB, J., MCCARTHY, E., MCCARTHY, P. and HOPPER, C., 2009. Third molar surgery: the patient's and the clinician's perspective. *International Archives of Medicine*, 2(1), p.32.

KANG, F., XUE, Z., ZHOU, X., ZHANG, X., HOU, G. and FENG, Y., 2019. Coronectomy: A Useful Approach in Minimizing Nerve Injury Compared With Traditional Extraction of Deeply Impacted Mandibular Third Molars. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 77(11), pp.2221.e1-2221.e14.

KOHARA, K., KURITA, K., KUROIWA, Y., GOTO, S. and UMEMURA, E., 2015. Usefulness of mandibular third molar coronectomy assessed through clinical evaluation over three years of follow-up. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 44(2), pp.259-266.

KOUWENBERG, A., STROY, L., RIJT, E., MENSINK, G. and GOORIS, P., 2016. Coronectomy of the mandibular third molar: Respect for the inferior alveolar nerve. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 44(5), pp.616-621.

LEUNG, Y. and CHEUNG, L., 2009. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: A randomized controlled trial. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 108(6), pp.821-827.

LEUNG, Y. and CHEUNG, L., 2016. Long-term morbidities of coronectomy on lower third molar. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 121(1), pp.5-11.

LEUNG, Y., 2016. Coronectomy of lower third molars with and without guided bony regeneration: a pilot study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 54(2), pp.155-159.

NETTER, Frank H.. Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MARTIN, A., PERINETTI, G., COSTANTINIDES, F. and MAGLIONE, M., 2015. Coronectomy as a surgical approach to impacted mandibular third molars: a systematic review. *Head & Face Medicine*, 11(1).

MONACO, G., VIGNUDELLI, E., DIAZZI, M., MARCHETTI, C. and CORINALDESI, G., 2015. Coronectomy of mandibular third molars: A clinical protocol to avoid inferior alveolar nerve injury. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 43(8), pp.1694-1699.

PEDERSEN, M., BAK, J., MATZEN, L., HARTLEV, J., BINDSLEV, J., SCHOU, S. and NORHOLT, S., 2018. Coronectomy of mandibular third molars: a clinical and radiological study of 231 cases with a mean follow-up period of 5.7 years. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 47(12), pp.1596-1603.

PEDRAS, R.B.N; NORONHA, V.R. A. S.; Tratamento da parestesia do nervo alveolar inferior e lingual no pós operatório de 3º molar: revisão de literatura. Belo Horizonte: R. CROMG, 2015.

PETERSON, L.; ELLIS, E.; HUUP, J.; TUCKER, M. Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea. 3ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. p.267- 268. 2000.

PITROS, P., JACKSON, I. and O'CONNOR, N., 2019. Coronectomy: a retrospective outcome study. *Oral and Maxillofacial Surgery*, 23(4), pp.453-458.

POGREL, M., LEE, J. and MUFF, D., 2004. Coronectomy: A technique to protect the inferior alveolar nerve. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 62(12), pp.1447-1452.

RENTON, T., HANKINS, M., SPROATE, C. and MCGURK, M., 2005. A randomised 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. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 43(1), pp.7-12.

ROSA FM, ESCOBAR CAB, BRUSCO LC. Parestesia do nervo alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. *RGO* 2007 ; 55 (3): 291 - 95

SAMANI, M., HENIEN, M. and SPROAT, C., 2016. Coronectomy of mandibular teeth other than third molars: a case series. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 54(7), pp.791-795.

SENCIMEN, M., ORTAKOGLU, K., AYDIN, C., AYDINTUG, Y., OZYIGIT, A., OZEN, T. and GUNAYDIN, Y., 2010. Is Endodontic Treatment Necessary During Coronectomy Procedure?. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 68(10), pp.2385-2390.

SHOKOUHI, B., THAVARAJ, S., SPROAT, C., KWOK, J., BENENG, K. and PATEL, V., 2019. Coronectomy root retrievals: a review of 92 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 127(3), pp.200-209.

STANDRING, S., Borley, N. R., Collins P., Crossman, A. R., Gatzoulis, M. A., Healy, J. C., Johnson D. (2015). *Gray's Anatomy International Edition: The Anatomical Basis of Clinical Practice*. St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences.

DESHPANDE, P., V. GULEDGUD, M. and PATIL, K., 2012. Proximity of Impacted Mandibular Third Molars to the Inferior Alveolar Canal and Its Radiographic Predictors: A Panoramic Radiographic Study. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 12(2), pp.145-151.

WOELFEL, J. B., & Scheid, R. C. (2007). *Anatomie dentaire: Application à la pratique de la chirurgie dentaire*.

ZAGALO C., Santos J., Cavacas A., Silva A., Envagelista J., & Oliveira P. (2010). *Anatomia da cabeça e pescoço e anatomia dentária (1st ed.)*. Monte da Caparica.

## **ANEXOS**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) PARA  
TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS**

Eu Suzi Drª Onícius

\_\_\_\_\_, RG 9486.053.9, CPF:  
047.382.042.00

declaro que fui informada sobre a participação no projeto de TCC do acadêmico de Odontologia da UNICESUMAR Paulo Isaías Vieira e, que estou de acordo com o tratamento proposto.

Nesta técnica será realizado o procedimento que CORONECTOMIA, que consiste na remoção da coroa do dente 48 (terceiro molar inferior direito) permanecendo as raízes do mesmo no local, isto a fim de evitar maiores lesões ao nervo alveolar inferior.

Todo procedimento da área da saúde corre o risco de intercorrências visto que não é uma ciência exata e depende das condições do corpo de cada indivíduo, assim as complicações que podem estar associadas a este procedimento são: infecção, edema, dor, hemorragia, parestesia do nervo alveolar inferior (perda da sensibilidade em toda a região), lesão aos dentes adjacentes, reações alérgicas (incluindo choques anafiláticos), necessidade de novas intervenções cirúrgicas, problemas com a cicatrização, além de problemas respiratórios e cardiovasculares.

Além dos fatores acima, fui esclarecido(a) que o tratamento tem um índice de insucesso e, como todos os procedimentos de saúde, o resultado esperado também poderá não se concretizar devido a fatores individuais, como a resposta biológica, e limitações da ciência, além de outras variações de ordem local ou sistêmica

Tenho plena ciência que estou em tratamento em uma Instituição de Ensino, assim sendo, sei que o procedimento será supervisionado por uma profissional formada, porém quem realizará o procedimento é o acadêmico que está em fase de formação.

Declaro que não omiti nenhuma informação relativa ao meu estado de saúde sistêmico durante a entrevista da anamnese, sabendo que ao fazê-lo posso pôr em risco a cirurgia e a minha saúde geral.

Me comprometo a seguir todos os cuidados propostos pelo responsável da cirurgia e comparecer nos dias solicitados para acompanhamento.

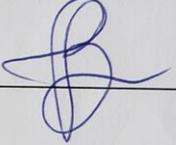
S.

Portanto, aceito e autorizo a execução do tratamento e participação no projeto TCC do acadêmico acima citado, comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações do(a) cirurgião(ã)-dentista, comunicando imediatamente qualquer alteração em decorrência dos procedimentos realizados e comparecer pontualmente às consultas marcadas. Tenho ciência de que o(a) acadêmico e cirurgião(ã)-dentista se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do tratamento.

PONTA GROSSA, DE OUTUBRO DE 2021

PACIENTE Susie Op? Onitrus

ACADÊMICO: Paulo Sérgio Vieira

CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA (ORIENTADOR<sup>a</sup>) 





**Fundação Municipal de Saúde**  
**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. ALFREDO BERGER**

Responsável Técnico: Rosana dos Santos (CRF-8496)  
 Rua Engenheiro Schamber, 668 - Fone: (42) 3220-1000 Rarnaí 4526  
 35.010-240 - PONTA GROSSA - PR "Este Laboratório Participa do Programa Nacional de Controle de Qualidade da CONTROLLAB"

Paciente	<b>Simone Aparecida Antunes</b>	idade	37 Anos
Médico	Profissional Não Informado	Convênio	1 - SUS
Local Atend.	Laboratório Geral Dr. Alfredo Berger	Prontuário	708.595
Prescrição	8.423.451 - Atendimento Ambulatorial	Nº Atend.	21.651.303

Hemograma Completo

Material: Sangue

Recebido em 20/09/2021 \* Liberado em 23/09/2021

ERITROGRAMA

Valores de Referência:

Hemácias.....	4,27	milhões/mm	3,90 a 5,10 /mm3
Hemoglobina.....	13,1	g/dL	12,0 a 15,5 g/dL
Hematócrito.....	38,0	%	35,0 a 45,0 %
Volume Corpuscular Médio.....	88,8	fL	80,0 a 99,0 fL
Hemoglobina Corpuscular Média.....	30,6	pg	26,00 a 34,00 pg
CHCM.....	34,5	g/dL	31,00 a 36,00 g/dL
RDW.....	12,9	%	11,00 a 16,00 %

Observações:

LEUCOGRAMA

Leucócitos.....	5.120	/mm3	3800 a 11000 /mm3
Eosinófilos.....	15	%	768 50 a 700 /mm3
Basófilos.....	1	%	51 0 a 100 /mm3
Linfócitos.....	33	%	1.690 900 a 4.500 /mm3
Linfócitos Atípicos.....	0	%	0
Monócitos.....	6	%	307 50 a 900 /mm3
Mielócitos.....	0	%	0
Metamielócitos.....	0	%	0
Bastonetes.....	0	%	0
Segmentados.....	45	%	2.304 0 a 900 /mm3
Neutrófilos.....	45	%	2.304 1.800 a 8.500 /mm3
	100	%	2.304 1.800 a 8.500 /mm3

Observações:

Contagem de Plaquetas..... 334.000 /mm3 150.000 a 450.000 /mm3

Observações:

BS: Em caso de dúvidas entrar em contato com o laboratório.  
 Impressão Original

Dr(a). Natália Gianine Bueno (CRF - 27662)  
 Ponta Grossa, 28/09/2021 08:33:48

IMPORTANTE: Este exame somente é válido com assinatura.

**FOLHA DE APROVAÇÃO****PAULO ISAIAS VIEIRA****CORONECTOMIA : UMA ALTERNATIVA A EXTRAÇÃO DE TERCEIROS  
MOLARES INCLUSOS - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em ODONTOLOGIA da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em CIRURGIÃO DENTISTA , sob a orientação do Prof.<sup>a</sup> JESSICA BAUER

Graduada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa

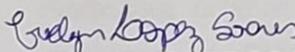
Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Especialista em Implantodontia

Mestrado em Ciências da Saúde UEPG

Aprovado em: 06 de 12 de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

  
**EVELYN LOPEZ SOARES**

Doutorado em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Mestrado em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Graduação em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Professora do Curso de Odontologia na Universidade Cesumar – Unicesumar

Ponta Grossa



JESSICA BAUER

Graduada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Especialista em Implantodontia

Mestrado em Ciências da Saúde UEPG

Professora do Curso de Odontologia na Universidade Cesumar – Unicesumar  
Ponta Grossa

*Priscila de C. S. Flores*

PRISCILA CAMARGO SMOLAREK FLORES

Graduação em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Aperfeiçoamento em Cirurgia Buco Maxilo Facial II Universidade Estadual de  
Ponta Grossa

Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família Centro  
Universitário Internacional, UNINTER

Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial Associação  
Brasileira de Odontologia - Seção do Paraná, ABO/PR

Mestrado em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

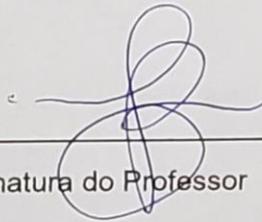
Doutorado em Odontologia Universidade Estadual de Ponta Grossa

Professora colaboradora da Universidade Estadual de Ponta Grossa nas  
disciplinas de Diagnóstico e Cirurgia Bucal II, Estomatologia e Clínica  
multidisciplinar

Professora do Curso de Odontologia na Universidade Cesumar – Unicesumar  
Ponta Grossa

**CARTA DE CIENCIA DA CORREÇÃO DA MONOGRAFIA/ARTIGO**

Eu professor (a) **JESSICA BAUER** estou ciente que meu aluno **PAULO ISAÍAS VIEIRA** do curso de **ODONTOLOGIA** fez as devidas correções após defesa do TCC intitulado com o nome **CORONECTOMIA: UMA ALTERNATIVA A EXTRAÇÃO DE TERCEIROS MOLARES INCLUSOS - REVISÃO DE LITERATURA E RELATO DE CASO** e encontra-se apto para envio no AVA até o dia 15 de dezembro as 22 horas.



---

Assinatura do Professor