

Coronectomia: percepção dos buco-maxilo-faciais em hospitais do Recife-PE

Coronectomy: perception of bucco-maxillofacials in hospitals in Recife-PE

Lenilza de Oliveira Rodrigues

Graduada em Odontologia na Universidade Federal de Pernambuco UFPE, Recife, PE, Brasil

Alberto dos Santos Fragoso

Mestre em Bioquímica e Biotecnologia na Universidade Federal de Pernambuco UFPE, Recife, PE, Brasil

Rhyan Dinoá Ibiapina Medeiros

Graduado em Medicina na Universidade Federal de Pernambuco UFPE, Recife, PE, Brasil

Vanessa Kelly Rodrigues de Araujo

Doutora em Botânica na Universidade Federal Rural de Pernambuco UFRPE, Recife, PE, Brasil

Martinho Dinóia Medeiros Júnior

Doutor em Medicina/Cirurgia Clínica e Experimental, docente do Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial na Universidade Federal de Pernambuco UFPE, Recife, PE, Brasil

Elizabeth Arruda Carneiro Ponzi

Doutora em Ciências Farmacêuticas, docente do Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial na Universidade Federal de Pernambuco UFPE, Recife, PE, Brasil

INSTITUIÇÃO ONDE FOI REALIZADO O TRABALHO

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lenilza de Oliveira Rodrigues
Av. João Pessoa Guerra, nº3440, Rio
Âmbar, Ilha de Itamaracá - PE, Brasil.
CEP: 53900-000/
Telefone: +55 81 9.8875.9893. E-mail:
lenilza.rodrigues@gmail.com

ABSTRACT

Introdução: A Coronectomia é um tratamento alternativo à remoção total do terceiro molar inferior impactado/incluído, removendo apenas a região coronária do dente, preservando suas raízes. O objetivo desta pesquisa é mensurar o nível de conhecimento e percepção dos Cirurgiões e Residentes Buco-Maxilo-Faciais, em três hospitais da rede pública da cidade do Recife, Pernambuco, sobre a técnica da Coronectomia. **Metodologia:** A amostra foi composta por 40 profissionais, dentre os quais 50% de todos os entrevistados declararam não realizar a técnica da Coronectomia na remoção de terceiros molares. Foi realizado o Teste Exato de Fisher que não apontou dependência entre as categorias de participante da entrevista quanto ao grau de conhecimento sobre a técnica de Coronectomia. **Resultados:** Os entrevistados conhecem a técnica de Coronectomia, mas a sua indicação não é frequente e as contra-indicações mais citadas foram lesões neoplásicas e terceiros molares com patologia apical. Consideram muito importantes e importantes as vantagens do procedimento em relação à remoção total dos terceiros molares. 70% dos entrevistados veem a necessidade de reintervenção como a maior desvantagem na técnica, porém, estudos dizem que raramente ocorrem erupções dessas raízes. **Conclusão:** A técnica da Coronectomia é eficaz quando corretamente indicada e realizada, pois, reduz o risco de uma lesão ao nervo alveolar inferior. **Palavras-chave:** coronectomia; cirurgia, lesão ao nervo; terceiro molar.

RESUMO

Introduction: Coronectomy is an alternative treatment to the total removal of the impacted / included lower third molar, removing only the coronary region of the tooth, preserving its roots. The objective of this research is to measure the level of knowledge and perception of Surgeons and Buco-Maxillofacial Residents, in three public hospitals in the city of Recife, Pernambuco, on the technique of Coronectomy. **Methodology:** The sample consisted of 40 professionals, among whom 50% of all respondents stated that they did not perform the Coronectomy technique in the removal of third molars. Fisher's Exact Test was performed, which did not show any dependence between the interviewee categories regarding the degree of knowledge about the Coronectomy technique. **Results:** The interviewees are familiar with the Coronectomy technique, but its indication is not frequent and the most frequently mentioned contraindications were neoplastic lesions and third molars with apical pathology. The advantages of the procedure in relation to the total removal of third molars are considered very important and important. 70% of respondents see the need for reintervention as the biggest disadvantage in the technique; however, studies say that eruptions of these roots rarely occur. **Conclusion:** The

Coronectomy technique is effective when correctly indicated and performed, as it reduces the risk of injury to the lower alveolar nerve.

Keywords: coronectomy; surgery; nerve injury; third molar.

INTRODUÇÃO

A Coronectomia ou Odontectomia parcial intencional, inicialmente descrita por Ecuyer e Debien no ano de 1984, consiste na remoção da coroa do dente e retenção das raízes no alvéolo. Ela vem sendo utilizada como alternativa para o tratamento de terceiros molares inferiores retidos ou impactados, com proximidade com o canal mandibular, afim de evitar lesões ao nervo alveolar inferior¹.

As complicações relacionadas à presença de um terceiro molar inferior impactado, como a cárie, doença periodontal e pericoronarite, tem levado a exodontia a ser um dos procedimentos cirúrgicos mais habituais nos consultórios de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - CTBMF. Pois, quando as raízes do terceiro molar estão próximas do nervo alveolar inferior, consequentemente, pode ocorrer um dano a esse nervo².

Uma das complicações mais comuns envolvendo a exodontia dos terceiros molares inferiores, com raízes próximas ao nervo alveolar inferior, é a parestesia. Em geral, a parestesia ocorre mais na forma temporária, resultando na perda da sensibilidade no local innervado por um curto espaço de tempo. Porém, ocorrem casos em que a perda de sensibilidade ultrapassa o período de um ano ou são permanentes, ressaltando-se, portanto, a importância dos cuidados preventivos na técnica de exodontia dos terceiros molares inferiores³.

De acordo com Pacci et al.⁴, características radiográficas, tais como escurecimento das raízes, desvio do canal mandibular ou interrupção de sua cortical, mostram a aproximação das raízes dos dentes com o nervo alveolar inferior, o que proporcionaria maior riscos de lesões a esse nervo durante a exodontia do terceiro molar inferior. Logo, a Coronectomia, mostra-se como uma opção à remoção completa do dente, reduzindo o risco de ocorrer complicações ao paciente, já que a técnica consiste apenas na remoção da porção coronária, com retenção proposital das raízes dentárias próximas ao nervo mandibular⁴.

Todavia, o êxito da técnica de Coronectomia depende da retirada do tecido pulpar da coroa, afim de permanecer apenas as raízes com tecido pulpar vital; da presença de tecido ósseo sadio circundando o dente, com ausência de comprometimento

inflamatório, e da mobilização das raízes. Sendo, portanto, contraindicada em casos de presença de cáries com risco de envolvimento pulpar, doenças periapicais, mobilidade, dentes associados a cistos com pouca probabilidade de resolução na permanência das raízes no local, tumores e doenças sistêmicas².

Ao analisar as complicações pós-operatórias a curto prazo e a longo prazo da Coronectomia, Patel et al.⁵, observou que em curto prazo uma média de 4,6 a 30,9% dos casos, quatro das complicações comumente relatadas pelos buco-maxilo-faciais foram: 1) osteíte alveolar localizada; 2) infecção; 3) sangramento e 4) parestesia⁵.

Já a análise das complicações pós-operatórias a longo prazo, observou-se que, ao logo de 6 anos em 50% dos casos, as raízes sofreram migração, afastando-se do nervo alveolar inferior (distância típica de 2 a 3mm), porém podia-se observar o osso intacto do canal mandibular e raramente necessitando de uma reintervenção⁵. Contudo, também foram observados casos, a longo prazo, que resultaram em infecção crônica tardia, ou em que os fragmentos migraram coronalmente e romperam a mucosa, causando uma inflamação localizada, evidenciando a necessidade de reintervenção para a remoção das raízes. Portanto, vale salientar que as remoções das raízes devem ser feitas sempre por causa dos sintomas, e não apenas pela sua presença⁵.

A técnica da coronectomia pode ser dividida em seis etapas: incisão; exposição; decoronação; acabamento da superfície da raiz; desbridamento da cavidade e fechamento².

A técnica inicia com uma incisão vertical anterior na distal do segundo molar inferior, e uma incisão de alívio distal, alguns milímetros ao longo da crista oblíqua externa, que deve ser elevada e retraída, afastando o retalho com um afastador de Minnesota^{2,3,4}. A aba lingual é levantada sem tensão no nervo lingual, onde são retraídos os tecidos linguais com um afastador lingual adequado^{2,3,4,5}.

Nessa técnica, o dente deve ser exposto até a junção amelocementária, usando uma broca de fissura com velocidade e torque adequados². Após, remove-se o osso alveolar apenas para facilitar a desimpactação da coroa e a recuperação fragmentada, na face vestibular com cerca de 1 a 2mm abaixo da junção amelocementária, com uma profundidade de três quartos da coroa para evitar a perfuração da cortical lingual, eliminando-se os riscos de lesão ao nervo lingual². O corte deve apresentar-se profundo, para permitir que a porção coronal seja levantada sem mobilizar as raízes, assim com o auxílio de uma alavanca apical

termina-se de seccionar a coroa, removendo-a com uma pinça hemostática ou com um fórceps, sem movimentar o terço radicular².

Outra opção para a realização da técnica de coronectomia é a utilização de uma broca carbide nº 701 tronco-cônica, com o objetivo de evitar a luxação do dente, seccionar toda extensão da coroa vestibulo-lingual, a um ângulo de 45 graus, não necessitando de alavanca apical para complementar a secção. Porém, há a necessidade da utilização do retrator lingual, durante a realização dessa secção, haja vista, pode ocorrer a perfuração no osso alveolar lingual, resultando em lesão ao nervo lingual^{6,7}. Por fim, com a remoção da parte coronária, utilizando uma broca carbide esférica, rebaixa-se o terço radicular ao nível das raízes, que fica a alguns milímetros abaixo do nível da crista óssea alveolar.

Estudos apontam que 3 mm de desgaste da raiz, abaixo da crista óssea, são suficientes para propiciar uma cicatrização e deposição óssea^{2,4,8}. Mas, antes de realizar a sutura do alvéolo é necessário curetar e remover todo tecido mole e infectado, sempre irrigando com solução salina, inspecionando toda raiz para não deixar nenhum fragmento ou espícula óssea². Conquanto, vale ressaltar que, se durante a cirurgia coronectomia as raízes apresentarem alguma mobilidade, elas devem ser removidas pelo profissional⁸.

Além da técnica cirúrgica abordada, outros meios de realizar a coronectomia são relatados por alguns autores, evidenciando a existência de diferentes procedimentos para cirúrgicas de coronectomia^{2,6,8}.

Renton et al⁸, por exemplo, observaram que o tecido pulpar da câmara não deve ser removido, já que um fragmento radicular não tratado endodonticamente e sepultado a pelo menos 3mm abaixo da crista óssea, parece estimular a regeneração óssea na região^{6,8}. No entanto, não existe consenso sobre a realização ou não do tratamento endodôntico², como também sobre a profilaxia antibiótica^{6,8}.

Todavia, atualmente, não existem normas quanto ao período de acompanhamento dos pacientes submetidos ao procedimento de coronectomia. Sendo, necessária a realização de exames radiográficos logo após o término do procedimento cirúrgico e seis meses do pós-operatório, fora dessas exceções, as radiografias só devem ser indicadas em caso que o paciente apresente um quadro sintomático^{6,8}.

Da mesma forma, Pogrel⁶ analisando mais de 300 pacientes, cuja a média e maior período de acompanhamento foram respectivamente de 7,5 e 5 anos. Evidenciou que o acompanhamento

radiográfico com seis meses, um e dois anos após as cirurgias, demonstrou em 30% dos casos, a migração e o afastamento do nervo alveolar inferior dos fragmentos radiculares, e que apenas em um caso foi preciso realizar a remoção do fragmento que migrou^{3,6}; e em outro houve uma leve parestesia lingual, provavelmente consequência da retração do tecido desta região, ou pela não utilização do afastador lingual, mas em nenhum caso foi relatado a ocorrência de parestesia permanente^{3,6,9}.

Nesse contexto, percebe-se que a Coronectomia, quando corretamente indicada e executada, é considerada por muitos autores uma técnica segura para ser usada na prática clínica, pois possui uma baixa incidência de reintervenção e exposições radiculares. Além disso, apresentam certos efeitos benéficos na exposição e migração radicular e proteção do nervo alveolar inferior em casos com alto risco de lesão ao nervo¹⁰.

Assim, considerando a importância e benefícios da técnica de Coronectomia, em alguns casos, para o tratamento de terceiros molares inferiores retidos ou impactados, buscamos investigar a percepção de profissionais e residentes que atuam na especialidade Buco-Maxilo-Faciais nos principais hospitais da rede pública cidade do Recife-PE, acerca dos conhecimentos relacionados à indicação e contra-indicação da técnica de coronectomia, bem como das vantagens e desvantagens em relação a remoção total dos terceiros molares.

METODOLOGIA

ÁREA DE ESTUDO

O presente estudo de caráter descritivo foi desenvolvido através de pesquisas bibliográficas e entrevista estruturada, com profissionais cirurgiões dentistas especialistas em buco-maxilo-facial e estudante em residência buco-maxilo-facial, que atuam ou desenvolvem sua residência, em três dos principais hospitais da rede pública da cidade do Recife-PE: Hospital Getúlio Vargas, Hospital Geral de Areias e Hospital da Restauração.

COLETA DE DADOS

Esse estudo recebeu aprovação total do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, de acordo com a legislação vigente da Universidade e do Centro de Ciências Saúde (protocolo nº 2.652.165). E foi realizado entre os meses de março de 2017 a junho de 2018. Todos aqueles que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foram excluídos

deste estudo os Cirurgiões e residentes na área da CTBMF, que não trabalhavam nos hospitais selecionados.

Para a entrevista estruturada, utilizou-se um questionário adaptado, o qual é composto por perguntas de múltipla escolha, com preenchimento presencial e individualizado. Para o questionário utilizou-se como critério de classificação do participante: o tempo de especialista ou de residência em CTBMF, conhecimento sobre a técnica da Coronectomia, suas vantagens e desvantagens, suas indicações e se gostaria de receber maiores informações sobre esta técnica.

O questionário foi aplicado, no período de maio de 2018 a junho de 2018 por meio de 14 visitas a campo, para uma amostra de 40 profissionais (cirurgiões e residentes) na área da Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, de diferentes idades e ambos os gêneros, dos Hospitais da rede pública da cidade do Recife-PE.

A pesquisa foi dividida em dois grupos, e cada grupo foi subdividido em três subgrupos, tendo assim, um total de seis categorias estudadas. Para examinar se houve associação entre o tempo de Especialista e de Residentes Buco-Maxilo-Faciais com a indicação ou não da técnica, utilizou-se na análise apenas os participantes que conheciam a técnica e posicionaram-se quanto a sua indicação, excluindo os que nunca ouviram falar ou conheciam vagamente.

Além disso, o tempo de Especialista e de Residência dos participantes da entrevista não foi associado à característica de indicação eventual ou a não indicação da técnica.

ANÁLISE DE DADOS

As informações das entrevistas foram tabuladas em planilhas eletrônicas, do programa Excel versão 2010, e os resultados foram submetidos à análise estatística descritiva, por meio de gráficos e tabelas. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas, e, analítica, por meio dos testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$), com o auxílio do Biostat 5.0.

RESULTADOS

Foi entrevistado um total de 40 profissionais dos quais 72,5% (29 participantes) são especialistas (dos quais 32,5% são especialistas há menos de cinco anos, 5% de cinco a dez anos e 35% há mais de dez anos) e 27,5% (11 participantes) são residentes em

CTBMF (dos quais 15% são residentes há menos de um ano, 2,5% de um a dois anos e 10% de dois a três anos) (Tabela 1).

Tabela 1 - Percentuais dos participantes da pesquisa entrevistados de acordo com o nível profissional de especialistas e residentes da área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF), em três hospitais da rede pública da cidade do Recife, PE.

Tempo de especialista e residente em CTBMF	Percentuais
Especialistas menos de 5 anos	32,5%
Especialistas 5-10 anos	5%
Especialistas mais de 10 anos	35%
Residência menos de 1 ano	15%
Residência 1-2 anos	2,5%
Residência 2-3 anos	10%

Como resultado observou-se mais de dois terços (87,5% dos participantes) dos entrevistados conhecem a técnica e a indicam eventualmente. Todos os residentes e o grupo dos especialistas com menos de cinco anos (22,5% dos entrevistados) e os com mais de dez anos (22,5% dos entrevistados) tinham conhecimento da técnica. E que apenas 5% dos entrevistados, sendo eles da categoria de especialistas há mais de 10 anos, nunca tinha ouvido falar da técnica (Tabela 2).

Tabela 2 - Percepção do grau de conhecimento sobre a técnica de Coronectomia para dentes retidos/inclusos de acordo com o nível profissional de especialistas e residentes da área Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (CTBMF), em três hospitais da rede pública da cidade do Recife, PE.

Categorias de entrevistados	Nunca ouvi falar	Conheço vagamente	Conheço, mas não indico	Conheço e indico eventualmente	Conheço e indico com bastante frequência
Especialistas menos de 5 anos	0%	2,5%	7,5%	22,5%	0%
Especialistas 5-10 anos	0%	0%	0%	5%	0%
Especialistas mais de 10 anos	5%	0%	7,5%	22,5%	0%
Residência menos de 1 ano	0%	2,5%	0%	10%	2,5%
Residência 1-2 anos	0%	0%	0%	2,5%	0%
Residência 2-3 anos	0%	2,5%	0%	7,5%	0%

Quanto à indicação de realização da técnica, 50% dos entrevistados declararam não realizar a técnica da Coronectomia na remoção de terceiros molares, dos quais a maior parte era especialista há mais de dez anos (20%) e especialista com menos

de cinco anos (17,5%). Contudo observamos que todos os residentes de um a dois anos que foram entrevistados já realizaram a técnica (Tabela 3). Apesar dessa divergência, a análise do Teste Exato de Fisher não apontou dependência entre as categorias de participante da entrevista (especialista e residente) quanto ao grau de conhecimento sobre a técnica de Coronectomia para dentes retidos/ inclusos na remoção do terceiro molar ($p = 0,6022$).

Tabela 3 - Percentuais especialistas e residentes da área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (CTBMF), em três hospitais da rede pública da cidade do Recife, PE, que já realizaram a técnica da Coronectomia na remoção do terceiro molar.

Categoria de entrevistados	Não realizaram a técnica da coronectomia	Realizaram a técnica da coronectomia
Especialistas menos de 5 anos	17,5%	15%
Especialistas 5-10 anos	0%	5%
Especialistas mais de 10 anos	20%	15%
Residência menos de 1 ano	7,5%	7,5%
Residência 1-2 anos	0%	2,5%
Residência 2-3 anos	5%	5%
Total	50%	50%

Quanto a análise da concepção das vantagens da coronectomia em relação à remoção total dos terceiros molares observamos que 55% dos entrevistados consideram “menor trauma cirúrgico” como um aspecto importante. Com relação ao uso da técnica em favorecer um “menor risco de uma parestesia ao nervo alveolar inferior” 57,5% dos entrevistados consideram como muito importante, dos quais a maioria compreende a categoria de especialista há menos de cinco anos (22,5%) e especialista há mais de dez anos (17,5%) (Figura 1).

Já com relação à concepção do menor tempo de duração da cirurgia através da técnica da Coronectomia, 35% dos entrevistados são indiferentes, dos quais a maioria está dentro do grupo de especialista há menos de cinco anos (10%). Quanto aos riscos aceitáveis de complicação da técnica, 57,5% dos entrevistados acreditam ser importante, dos quais a maioria compreende ao grupo de especialista há menos de cinco anos (17,5%) e os residentes com menos de um ano na residência (15%) (Figura 1).



Figura 1 - Gráficos da Percepção de especialistas e residentes quanto a Importância das vantagens da Coronectomia em relação à remoção total dos terceiros molares. (a) especialistas menos de 5 anos; (b) especialistas entre 5 e 10 anos; (c) especialista com mais de 10 anos; (d) residência com menos de 1 ano; (e) residência entre 1 e 2 anos; (f) residência com mais de 2 anos.

Sobre a concepção das desvantagens da técnica, o estudo revelou que 70% dos entrevistados acreditam ser necessário uma reintervenção e que 50% têm receio de infecção pós-operatória, sendo a maior parte dos entrevistados compreendendo a categoria de especialista há mais de dez anos (27,5%) e (20%), respectivamente (Figura 2).

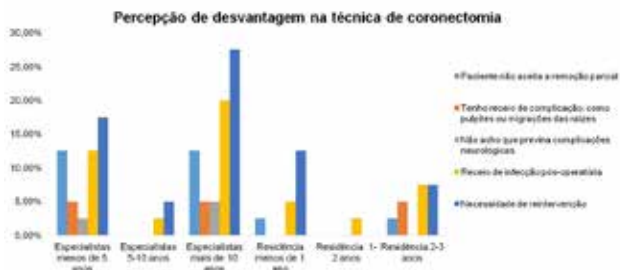


Figura 2 - Gráficos da Percepção de especialistas e residentes quanto a Importância das vantagens da Coronectomia em relação à remoção total dos terceiros molares. (a) especialistas menos de 5 anos; (b) especialistas entre 5 e 10 anos; (c) especialista com mais de 10 anos; (d) residência com menos de 1 ano; (e) residência entre 1 e 2 anos; (f) residência com mais de 2 anos.

Já, quanto a contraindicações da técnica, os entrevistados consideraram as lesões neoplásicas (72,5%), sendo a maioria correspondente aos especialistas há menos de cinco anos (27,5%) e os residentes há menos de um ano (12,5%); outra contraindicação bastante comentada foi terceiros molares com patologia apical (68%) (Figura 3).



Figura 3 - Gráfico das atribuições de especialistas e de residentes da área da Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (CTBMF), em três hospitais da rede pública da cidade do Recife, PE. Acerca das contraindicações na técnica da Coronectomia.

Além disso, também podemos verificar que a maioria dos participantes aceitaria ou indicaria a técnica da Coronectomia em casos de raízes do terceiro molar tocando ou abraçando a cortical superior do canal mandibular (52,5%) e em casos de ausência da cortical óssea entre o terceiro molar e o canal mandibular (52,5%), baseando-se em características radiográficas (Figura 4).

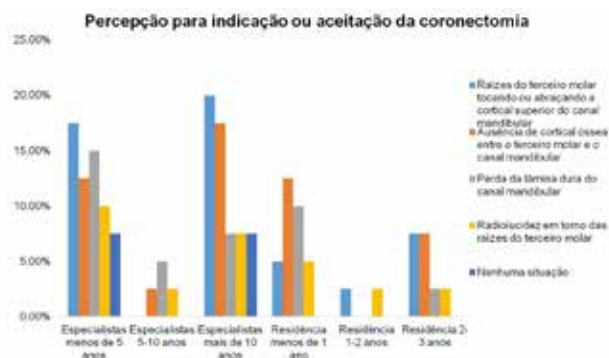


Figura 4 - Gráfico da percepção quanto à indicação (ou aceitação de indicação) da Coronectomia, baseando-se em características radiográficas do terceiro molar, por especialistas e residentes da área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (CTBMF), em três hospitais da rede pública da cidade do Recife, PE.

E constatamos, que a luxação das raízes durante a remoção da coroa (58%) e a lesão do nervo lingual durante a realização da técnica (63%) são as principais complicações e intercorrências durante a realização desta técnica, na concepção da maioria dos entrevistados (Figura 5).

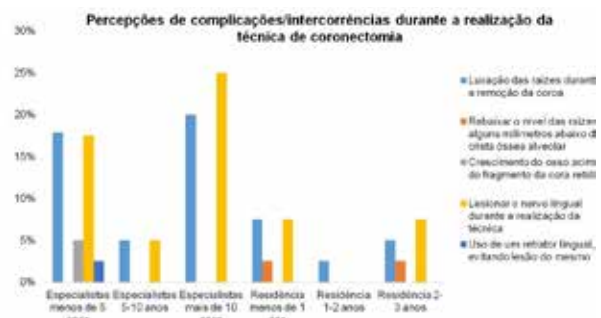


Figura 5 - Gráfico da percepção de complicações/intercorrências durante a realização da técnica de Coronectomia de especialistas e residentes da área da Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (CTBMF), em três hospitais da rede pública da cidade do Recife, PE.

Por fim, perguntamos se os participantes tinham interesse em receber mais informações sobre a técnica da coronectomia e a comparação dela com a remoção total de terceiro molar, tendo obtido resposta satisfatória e positiva da maioria dos participantes (85%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Percentual dos especialistas e residentes da área Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (CTBMF), em três hospitais da rede pública da cidade do Recife, PE, entrevistados na pesquisa que gostaria ou não de receber mais informações sobre a técnica de Coronectomia e sobre a comparação de com a remoção total de terceiro molar.

Categoria de entrevistados	Sim	Não
Especialistas menos de 5 anos	30%	2,5%
Especialistas 5-10 anos	2,5%	2,5%
Especialistas mais de 10 anos	25%	10%
Residência menos de 1 ano	15%	0%
Residência 1-2 anos	2,5%	0%
Residência 2-3 anos	10%	0%
Total	85%	15%

DISCUSSÃO

O conhecimento da técnica de Coronectomia é de grande importância para os profissionais da área da Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, pois tem como objetivo evitar um dano ao nervo alveolar inferior na remoção dos terceiros molares com raízes muito próximas ao canal mandibular, tais como a parestesia, complicação mais comum envolvendo à exodontia dos terceiros molares inferiores com raízes próximas ao nervo alveolar inferior^{2,3}.

Assim, com relação ao risco aceitável de complicações, estudos como os de Deboni et al.¹² e Long et al.¹⁰, reforçam a preocupação com lesões ao nervo alveolar inferior e os principais efeitos adversos que podem ocorrer tais como: falha da coronectomia; reintervenção; migração radicular e exposição radicular. Dentre as complicações relatadas, a de maior prevalência observada após o procedimento de Coronectomia foi à migração radicular¹³. Esta complicação foi mais prevalente em pacientes mais jovens¹⁴.

Com relação à realização da técnica da Coronectomia existem algumas divergências na remoção do tecido pulpar. Os autores^{3,4,6,8} constataram que não há necessidade de tratar endodonticamente o dente ou o fragmento de raiz que será sepultado, durante o procedimento da Coronectomia. Entretanto, Gleeson et al.² sugeriram que durante a redução da superfície das raízes, haja a remoção da polpa coronária, a fim de reduzir o desconforto pós-operatório. Não existe consenso sobre a realização ou não do tratamento endodôntico, nem normas quanto ao período de acompanhamento dos pacientes submetidos à técnica da Coronectomia^{2,3,6,8}.

Em relação a evidências sobre a relação entre menor trauma cirúrgico entre coronectomia e remoção total de terceiros molares inferiores a maioria dos participantes desta pesquisa consideraram importante ou muito importante a técnica da Coronectomia, resultado similar aos estudos de Long et al.¹⁰, que ainda sugeriram que a coronectomia reduz a dor uma semana após a cirurgia entre os pacientes sem cobertura de antibióticos.

A presente pesquisa também mostrou que a maior parte dos participantes da entrevista veem a necessidade de reintervenção como a maior desvantagem na técnica da Coronectomia, circunstância também presente no trabalho de Patel et al.⁵, que mostra que em 14% a 81% dos casos a migração das raízes, a uma distância típica de 2 a 3 mm, sempre se afastando do canal mandibular. Essas raízes dificilmente erupcionam para a cavidade oral, ou seja, permanecem submersas, ocorrendo formação de um novo osso acima das raízes ao longo do tempo, revelando que a erupção das raízes raramente acontece e pode levar mais de 10 anos.

Outra desvantagem bastante citada pelos entrevistados foi de receio de infecção pós-operatória, em que estudos de Patel et al.⁵ mostraram que cerca de 4,2% dos casos houve infecção pós-operatória. Patel et al.⁵ e Monaco¹⁵ concordaram sobre a necessidade de realizar uma antibioticoterapia para evitar uma infecção pós-operatória, administrando 2g de amoxicilina e ácido clavulânico uma hora antes da cirurgia e 1g a cada oito horas durante quatro dias após a cirurgia, sendo capazes de minimizar o número de infecções pós-operatórias.

Os especialistas e residentes apontam lesões neoplásicas e terceiros molares com patologia apical, como a principal contraindicação da técnica da coronectomia, concordando com Gleeson et al.². Logo, os entrevistados apresentaram conhecimento sobre as contraindicações.

Raízes do terceiro molar tocando ou abraçando a cortical superior do canal mandibular e em casos de ausência da cortical óssea entre o terceiro molar e o canal mandibular são os sinais radiográficos que mais foram aceitas pelos entrevistados para indicação da técnica, corroborando com estudo de Leung et al.¹⁶.

Assim, durante a realização da técnica da Coronectomia deve-se ter cautela para não luxar as raízes, pois, uma vez sendo luxadas, devem ser removidas, interrompendo assim a técnica^{2,3}.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, podemos concluir que, os especialistas e residentes em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais conhecem a técnica da Coronectomia, com exceção de 12,5% que declararam nunca ter ouvido falar ou conheciam vagamente a técnica; também foi observado que a indicação da técnica não é frequente e que as contraindicações mais citadas foram lesões neoplásicas e terceiros molares com patologia apical. Vale salientar que, dos Cirurgiões e Residentes Buco-Maxilo-Faciais a maioria achou muito importante as vantagens da Coronectomia em relação à remoção total dos terceiros molares; E como desvantagens, foram citadas, principalmente, a necessidade de reintervenção e o receio de infecção pós-operatória.

REFERÊNCIAS

1. Samani M, Hienien M, Sproat C. Coronectomy of mandibular teeth other than third molars: a case series. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2016; 54(7):791-795.
2. Gleeson CF, Patel V, Kwok J, Sproat C. Coronectomy practice. Paper 1. Technique and trouble-shooting. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2012; 50(1): 739-744.
3. Moreira Filho EA. Coronectomia: técnica cirúrgica para menor risco de lesão do nervo alveolar inferior - Revisão da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia), Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2013.
4. Pacci RC, Pacci RW, Melzer RS, Milani CM. Coronectomia em terceiros molares inferiores: Relato de dois casos. *Bjscr Odonto*. 2014; 22(43):101-106.
5. Patel V, Gleeson, CF, Kwok J, Sproat C. Coronectomy practice. Paper 2: complications and long term management. *Br J Oral and Maxillofac Surg*. 2013; 51: 347-352
6. Pogrel MA, Goldman KE. Lingual flap retraction for third molar removal. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62(1):1125-1130.
7. Pogrel MA, Lee JS, Muff DF. Coronectomy: A technique to protect the inferior alveolar nerve. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62 (12): 1447-1452.
8. Renton T, Hankins M, Sproate C, McGurk M. A randomized controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. *J Maxillofac Surg*. 2005; 43(1): 7-12.
9. Martins LS, Sartori B, Giongo CC, Baraldi CE. Percepção dos cirurgiões bucomaxilofaciais do estado do Rio Grande do Sul sobre a técnica da coronectomia: Perception of oral maxillofacial surgeons from Rio Grande do Sul on coronectomy. *Rfo*. 2015; 20(1):75-80.
10. Long H, Zhou Y, Liao L, Pyakurel U, Wang Y, Lai W. Coronectomy vs. total removal for third molar extraction: a systematic review. *J Dent Res*. 2012; 9 (7): 659-665.
11. Dias-Ribeiro E, Rocha JF, Corrêa APS, Song F, Sonoda CK, Noletto JW. Coronectomia em terceiro molar inferior: relato de casos. *Rev. Cir. Traumatol. Buco Maxilo*. 2015; 15(2): 49-54.
12. Deboni MCZ, Traina AA, Brozoski MA, Souza DFM, Naclério HMG. Coronectomia de terceiro molar inferior. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013; 67(1): 18-21.
13. Silva LTL, Danieletto-zanna CF, Martins JPT, Ferreira GZ, Aita TG, Cerqueira GF. Coronectomia como técnica alternativa: Revisão de literatura. *BJSCR*. 2018; 21(3): 91-94.
14. Frenkel B, Givol N, Shoshaniy Y. Coronectomy of the Mandibular Third Molar: A Retrospective Study of 185 Procedures and the Decision to Repeat the Coronectomy in Cases of Failure. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015; 73(4):587-594.
15. Monaco G, Vignudelli E, Diazzi M, Marchetti C. Coronectomy of mandibular third molars: A clinical protocol to avoid inferior alveolar nerve injury. *J Cran Maxillofac Surg*. 2015; 43:1694-1699.
16. Leung YY, Cheung LK. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: a randomized controlled trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009; 108(6): 821-827.