

Coronectomia em terceiro molar superior – relato de caso

Maxillary third upper molar coronectomy – case report

RESUMO

Introdução: A extração de terceiros molares é um dos procedimentos mais realizados em cirurgias orais. As indicações para esse procedimento estão ligadas à doença cárie, doença periodontal, pericoronite, entre outras. **Objetivo:** O objetivo deste artigo é apresentar um relato de caso e discussão com a técnica aplicada a um terceiro molar superior com risco de comunicação oroantral, demonstrando os benefícios deste procedimento. **Relato de Caso:** Paciente sexo masculino, 49 anos, ausência de comorbidades, encaminhado para remoção de terceiro molar superior por dificuldade de higienização e acúmulo de placa bacteriana, ao exame tomográfico, apresentou proximidades das raízes com o seio maxilar, onde foi optado pela contra indicação de extração devido a grande chance de comunicação oroantral e sugerido coronectomia para resolução do caso. **Conclusão:** A coronectomia é uma técnica bastante difundida nos casos em que o terceiro molar está intimamente relacionado ao nervo alveolar inferior, com chances de parestesia. Não há relatos na literatura dessa técnica aplicada ao terceiro molar superior.

Palavras-chaves: Terceiro Molar, Cirurgia Bucal, Dente Impactado.

ABSTRACT

Introduction: Extraction of third molars is one of the most commonly performed procedures in oral surgeries. The indications for this procedure are linked to caries disease, periodontal disease, pericoronitis, among others. **Case Report:** Male patient, 49 years old, absent from comorbidities, referred for removal of the upper third molar due to difficulty in cleaning and bacterial plaque accumulation, on tomographic examination, proximity of the roots to the maxillary sinus, where it was opted for the contraindication of extraction due to great chance of oroantral communication and suggested coronectomy to resolve the case. **Objective:** The purpose of this article is to present a case report and discussion with the technique applied to a maxillary third molar at risk of oroantral communication, demonstrating the benefits of this procedure. **Conclusion:** Coronectomy is a widespread technique in cases where the third molar is closely related to the lower alveolar nerve, with chances of paresthesia. There are no reports in the literature of this technique applied to the upper third molar.

Key-words: Third Molar, Oral Surgery, Impacted Tooth.

Felipe Daniel Burigo dos Santos

Residente em Cirurgia e Traumatologia
Bucamaxilofacial – UFSC, Florianópolis

Jonathas Daniel Paggi Claus

Cirurgião Bucamaxilofacial, Phd, Instituto
Bucamaxilofacial, Florianópolis, Brasil

Matheus Spinella de Almeida

Cirurgião Bucamaxilofacial, Instituto Bu-
comaxilofacial, Florianópolis, Brasil, Dou-
torando pela Universidade Federal de
Pelotas (UPF)

Otacílio Chagas Júnior

Cirurgião Bucamaxilofacial, Doutor em
Cirurgia Bucamaxilofacial Pontifca Cató-
lica Universidade do Rio Grande do Sul

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Felipe Daniel Burigo dos Santos, Rua Pio
Duarte Silva 1070 – córrego, Ap 304 B,
88037-000, Florianópolis.
Tel: (48) 9 9612-5628.
E-mail: felipe_b@hotmail.com.br

INTRODUÇÃO

A coronectomia tem sido amplamente utilizada como alternativa para a extração convencional de terceiros molares inferiores apresentando uma relação de risco entre as raízes e o nervo mandibular.^{1,2}

Ecuyer e Debien, em 1984, descreveram pela primeira vez a técnica para reduzir os riscos de distúrbios neurossensoriais do nervo alveolar inferior. Atualmente, estima-se que a parestesia ocorra em cerca de 1% após a extração convencional dos terceiros molares inferiores.³

Com o advento da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) e sua ampla utilização na odontologia, o diagnóstico da relação entre os dentes e o nervo mandibular tornou-se mais preciso^{1,3}. Com isso, vários estudos têm sido publicados discutindo as indicações e resultados da coronectomia em terceiros molares inferiores. Não há relato na literatura do uso de coronectomia em terceiros molares superiores.

A técnica está hoje bem estabelecida e difundida entre os cirurgiões, visando a possibilidade de tratamento com menor morbidade aos pacientes. No entanto, nunca houve relatos de aplicação da técnica em molares superiores que também apresentem riscos cirúrgicos, como possíveis comunicações orais bucais ou deslocamento dentário para o seio maxilar.^{1,4,5}

O objetivo deste trabalho é relatar um caso e acompanhamento de um terceiro molar superior retido com alto risco de comunicação oroantral com extração convencional que foi tratado alternativamente com coronectomia.

METODOLOGIA

Paciente do sexo masculino, 49 anos, sem comorbidades sistêmicas relatadas, com história de sinusopatia e gengivite em região maxilar esquerda, foi encaminhado para exodontia do terceiro molar superior esquerdo. A TCFC mostrou um dente impactado com uma projeção arriscada das raízes no seio maxilar (Figura 1).

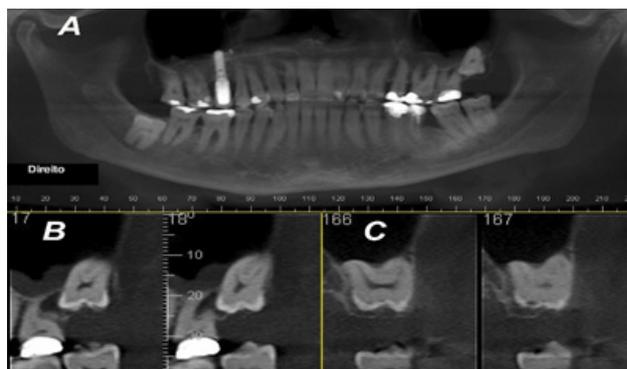


Figura 1 - **1.A** - Radiografia panorâmica sugerindo dente 28 em contato íntimo com o seio maxilar. **B** - TCFC coronal mostrando o elemento 28 em contato íntimo com o seio maxilar sem presença de osso cortical alveolar. **C** - TCFC sagital mostrando o elemento 28 em contato íntimo com o seio maxilar sem presença de cortical óssea alveolar.

O procedimento foi inicialmente contra-indicado devido ao risco de comunicação oroantral. Durante o controle periodontal, o clínico assistente indicou novamente os dentes para extração devido à retenção local da placa bacteriana, causando doença periodontal e dificuldade de higiene apontada pelo paciente. Após a avaliação dos riscos e benefícios com o paciente, a técnica de coronectomia foi oferecida e escolhida.

O procedimento foi realizado ambulatorialmente com sedação intravenosa, anestesia local baseada em Mepivacaína 2% com epinefrina 1: 100.000. No acesso venoso, 1g de Kefazole® (cefazolina) e 10mg de dexametasona foram realizados no pré-operatório. Um retalho regular com duas incisões verticais foi realizado no tubérculo e na porção anterior do segundo molar, seguido pela elevação do periósteo.

O osso alveolar foi removido até a exposição total da porção coronal do dente. A coroa foi cortada das raízes com uma broca 703 manual com irrigação abundante com solução salina. A separação da coroa seguiu os princípios descritos para coronectomia dos terceiros molares inferiores. A porção radicular foi reduzida a aproximadamente 3mm abaixo da crista óssea alveolar distal com broca esférica diamantada (Figura 2). Após regularização final e irrigação exaustiva com solução salina, foi realizada sutura regular com fio de náilon 5-0. No pós-operatório foi prescrita dexametasona 8mg a cada 12/12 horas por 3 dias associada a analgésicos e bochechos com clorexidina 0,12% por 7 dias.

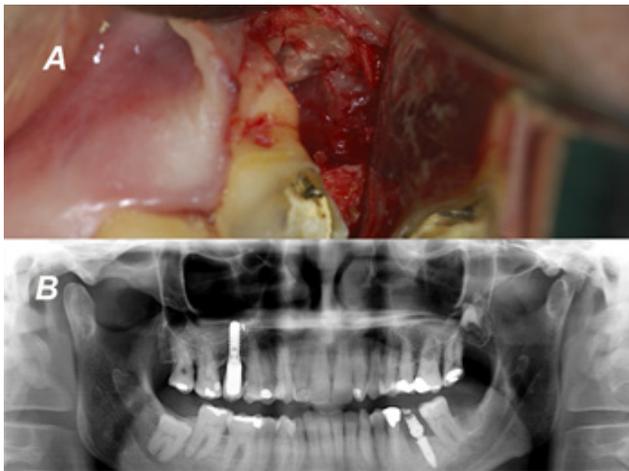


Figura 2 - **A** aspecto transoperatório do elemento 28 após coronectomia. **B** - Radiografia panorâmica pós-operatória imediata.

No seguimento pós-operatório imediato, a paciente apresentou quadro de cicatrização totalmente compatível com a extração convencional. No controle periodontal houve remissão da gengivite, sem novos episódios de sinusopatia. A TCFC de controle após 12 meses revelou estabilização da raiz intraóssea, com neoformação óssea abaixo da porção radicular, sem sinais de reabsorção ou processo inflamatório. Também foi observada migração da raiz alveolar de aproximadamente 2 mm (Figura 3).

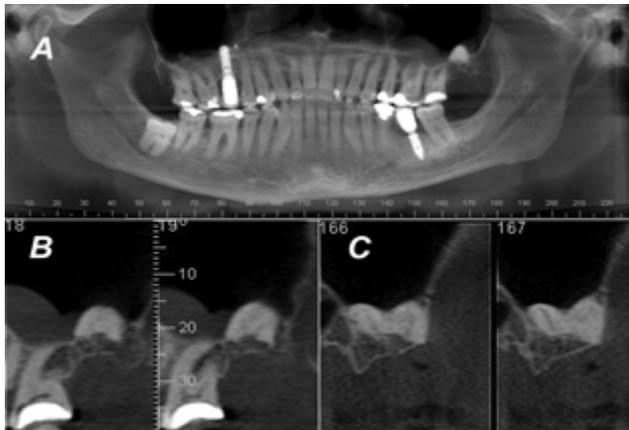


Figura 3 - **A** Radiografia panorâmica de 12 meses de acompanhamento. **B** - TCFC coronal pós-operatória de 12 meses, evidenciando neoformação óssea na região da coroa dentária e migração de aprox. 2mm do segmento radicular na direção alveolar. **C** - TCFC sagital pós-operatória de 12 meses, mostrando neoformação óssea na região da coroa dentária e migração de aprox. 2mm do segmento radicular na direção alveolar.

DESENVOLVIMENTO

A técnica de coronectomia apresenta-se como sugestão de tratamento quando os terceiros molares demonstram riscos cirúrgicos como parestesia ou comunicação orossinusal.

Oferecendo tratamento com menor possibilidade de morbidades na recuperação pós-cirúrgica.

Pogrel et al.² em 2004 publicaram uma discussão detalhada sobre a indicação e técnica de coronectomia para terceiros molares inferiores, como alternativa para evitar o risco de parestesia. Os autores relataram uma incidência de falha em apenas 2 dos 50 dentes tratados com coronectomia durante um acompanhamento de seis meses.

Posteriormente, surgiram várias publicações variando o tamanho da amostra e acompanhamento periodico et al.¹, Agbaje et al.⁶ e Leung, Cheung⁷ reforçaram o papel da coronectomia na prevenção de distúrbios neurossensoriais. Todos esses estudos relataram incidência de alvéolo seco, edema e dor semelhantes aos encontrados durante as exodontias convencionais de terceiros molares, com baixa frequência de necessidade de segunda cirurgia para remoção da raiz remanescente e taxa de migração radicular em torno de 2-3 mm após 1 ano.

Espert et al.⁸ concluíram que não há diferença estatisticamente significativa na incidência de dor e infecção entre a coronectomia e a extração completa dos terceiros molares. No entanto, foi relatada redução na avaliação da sensibilidade à dor e alveolite seca.

Del Rey Santamaría et al.⁹ analisaram a incidência de comunicação oro-sinusal após a extração de 389 terceiros molares superiores e encontraram a presença de comunicação em 20 casos, 80% (16 dentes) desses relatos ocorrendo em dentes parcialmente ou totais intraósseo impactado. Pourmand et al.¹⁰ relataram 38 casos de comunicação oroantral após exodontia de 1.562 terceiros molares superiores e encontraram o grupo de pacientes com mais de 40 anos com maior indicação para essa complicação.

É importante notar que a técnica de coronectomia não deve ser a primeira opção de tratamento para elementos que não apresentam risco de lesão do nervo alveolar inferior ou comunicação orossinusal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica de coronectomia tem amplo suporte para sua indicação nos terceiros molares inferiores, que apresentam risco de distúrbios neurossensoriais devido à proximidade das raízes ao nervo mandibular. O objetivo deste trabalho é relatar a coronectomia como uma opção para terceiros molares superiores com alto risco para comunicação oroantral: pacientes adultos e dentes com inclusão intraóssea.

REFERÊNCIAS

1. Monaco G, De Santis G, Pulpito G, et al.: What are the types and frequencies of complications associated with mandibular third molar coronectomy? A follow-up study. *J Oral Maxillofac Surg* 2015;73:1246-53.
2. Pogrel MA; Lee JS, Muff DF: Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:1447-52.
3. Ecuyer J, Debien J. [Surgical deductions] *Actual Odontostomatol (Paris)* 1984;38:695–702.
4. Alves F, Serpa M, Delgado-Azanero W, et al. Coronectomy - An alternative approach to remove impacted teeth in oncological patients. *J Clin Exp Dent*. 2018;10:992-5.
5. Pitros P, Jackson I, O'Connor N. Coronectomy: a retrospective outcome study. *Oral Maxillofac Surg* 2018
6. Agbaje JO, Heijsters G, Salem AS, et al.: Coronectomy of deeply impacted lower third molar: incidence of outcomes and complications after one-year follow-up. *J Oral Maxillofac Res* 2015;6(2):e1.
7. Leung YY, Cheung LK: Long term morbidities of coronectomy on lower third molar, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* 2015;121:5-11.
8. Espert J, Martínez S, Ballester J, et al. Coronectomy of impacted mandibular third molars: A meta-analysis and systematic review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21:505-13.
9. Del Rey Santamaría M, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, et al. Incidence of oral sinus communications in 389 upper third molar extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:334-38.
10. Sigron GR, Pourmand PP, Mache B, et al.: The most common complications after wisdom-tooth removal: part I: a retrospective study of 1,199 cases in the mandible. *Swiss Dental Journal* 2014;124:1047-51.