



CURSO DE ODONTOLOGIA

**ALICE MATIAS ARAÚJO AFONSO, DANIEL MAGNO CARDOSO LEÃO E
EMANUELLY SOUSA MORAIS**

**CORONECTOMIA COMO ALTERNATIVA
À EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES: UM RELATO DE
CASO**

**Belo Horizonte
2026**

A decorative blue L-shaped graphic element located in the bottom right corner of the page.

**ALICE MATIAS ARAÚJO AFONSO, DANIEL MAGNO CARDOSO LEÃO E
EMANUELLY SOUSA MORAIS**

**CORONECTOMIA COMO ALTERNATIVA
À EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES: UM RELATO DE
CASO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Odontologia da Faculdade de
Minas, como requisito parcial para elaboração
do Caso Clínico de Trabalho de Conclusão de
Curso.

Prof. Orientador: Bruno Sérgio Bahia Lopes.

**ALICE MATIAS ARAÚJO AFONSO, DANIEL MAGNO CARDOSO LEÃO E
EMANUELLY SOUSA MORAIS**

**CORONECTOMIA COMO ALTERNATIVA
À EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES: UM RELATO DE
CASO**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Me. Bruno Sérgio Bahia Lopes

Prof. Eryksson Souza de Souza

Prof. Bruno César Parpinelli

Belo Horizonte, 23 de junho de 2026

A large, stylized blue L-shaped graphic located in the bottom right corner of the page.

AFONSO, Alice Matias Araújo

Coronectomia como alternativa à exodontia de terceiros molares inferiores : um relato de caso / Alice Matias Araújo Afonso; Daniel Magno Cardoso Leão ; Emanuely Sousa Moraes; Bruno Sérgio Bahia Lopes (orient.). - Belo Horizonte, MG, 2026.
29p.

Orientador: Prof. Me. Bruno Sérgio Bahia Lopes.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) –
Centro Universitário FAMINAS, 2026.

1. Coronectomia. 2. terceiros molares inferiores. 3. nervo alveolar inferior. 4. exodontia. 5. cirurgia bucomaxilofacial. I. LOPES, Bruno Sérgio Bahia, Prof. Me., orient. II. Título.

Catálogo da Publicação

orada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica do Centro Universitário FAMINAS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a). Bibliotecária Cristina de Souza Maia CRB6- 2294

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho vai muito além do esforço acadêmico; ela é o reflexo de união, fé e resiliência. Primeiramente, agradecemos a Deus, a força maior que guiou nossos passos, renovou nossas energias nos momentos de cansaço e nos deu sabedoria para superar cada obstáculo. Sem a Sua proteção e os caminhos que Ele iluminou, esta jornada não teria sido possível.

Ao nosso professor orientador, expressamos nossa mais profunda admiração e gratidão. Obrigado por ser muito mais do que um tutor acadêmico; sua dedicação, paciência e apoio incondicional foram fundamentais para o nosso crescimento. Sua firmeza nos conduziu com segurança, enquanto sua generosidade e crença no nosso potencial nos inspiraram a ir além. Esta conquista também é sua.

Por fim, agradecemos a nós mesmos, os autores deste trabalho. Mais do que um grupo de pesquisa, fomos uma verdadeira rede de apoio. Olhar para trás e ver tudo o que superamos juntos nos enche de orgulho. Obrigado a cada um de nós pela paciência mútua, pelas palavras de incentivo nos dias difíceis e por nunca termos permitido que o outro desistisse. Nossa união e o suporte que demos uns aos outros transformaram as noites em claro e os desafios em aprendizado e cumplicidade.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta caminhada, o nosso muito obrigado.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de coronectomia como alternativa à exodontia convencional de terceiro molar inferior em íntima relação com o canal mandibular, visando reduzir o risco de lesão do nervo alveolar inferior. A impaction dos terceiros molares inferiores é frequente na prática odontológica e pode gerar complicações importantes, sobretudo quando há proximidade com estruturas nobres. Nesses casos, a exodontia total pode aumentar a chance de parestesia, justificando abordagens mais conservadoras.

O caso descrito refere-se a uma paciente de 35 anos com dor no elemento 48. A avaliação por radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de feixe cônico confirmou contato íntimo entre raízes e canal mandibular. Diante disso, optou-se pela coronectomia, com remoção da coroa e manutenção das raízes. O procedimento foi realizado sem intercorrências e seguiu protocolo cirúrgico adequado. No pós-operatório, não houve alterações neurosensoriais, infecção ou exposição radicular, observando-se apenas migração radicular discreta e assintomática.

Conclui-se que a coronectomia é uma alternativa segura e eficaz em casos selecionados, dependendo de planejamento criterioso e correta indicação baseada em exames de imagem. Além disso, o acompanhamento clínico e radiográfico é fundamental para monitorar a cicatrização e possíveis complicações. A técnica demonstra boa previsibilidade quando executada corretamente, contribuindo para preservação da função neurosensorial e qualidade de vida do paciente. Contudo, sua indicação não deve ser indiscriminada, exigindo análise individualizada de cada caso, conforme evidências científicas atuais. Dessa forma, reforça-se a importância de decisões clínicas fundamentadas e seguras na cirurgia bucomaxilofacial, visando melhores resultados clínicos e menor risco cirúrgico.

Palavras-chave: Coronectomia; terceiros molares inferiores; nervo alveolar inferior; exodontia; cirurgia bucomaxilofacial.

ABSTRACT

This study aims to report a clinical case of coronectomy as an alternative to conventional extraction of a lower third molar in close proximity to the mandibular canal, with the goal of reducing the risk of injury to the inferior alveolar nerve. Impaction of lower third molars is common in dental practice and may lead to significant complications, especially when there is proximity to critical anatomical structures. In such cases, complete extraction may increase the likelihood of paresthesia, thereby justifying more conservative approaches.

The reported case involves a 35-year-old patient presenting with pain in tooth 48. Evaluation through panoramic radiography and cone-beam computed tomography confirmed intimate contact between the roots and the mandibular canal. In view of this, coronectomy was chosen, involving removal of the crown while preserving the roots. The procedure was performed without complications and followed an appropriate surgical protocol. In the postoperative period, no neurosensory changes, infection, or root exposure were observed; only slight, asymptomatic root migration was noted.

It is concluded that coronectomy is a safe and effective alternative in selected cases, provided there is careful planning and proper indication based on imaging exams. Furthermore, clinical and radiographic follow-up is essential to monitor healing and potential complications. The technique demonstrates good predictability when properly executed, contributing to the preservation of neurosensory function and the patient's quality of life. However, its indication should not be indiscriminate, requiring individualized analysis of each case in accordance with current scientific evidence. Thus, the importance of well-founded and safe clinical decision-making in oral and maxillofacial surgery is reinforced, aiming for better clinical outcomes and reduced surgical risk.

Keywords: Coronectomy; mandibular third molars; inferior alveolar nerve; tooth extraction; oral and maxillofacial surgery.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1. TERCEIROS MOLARES INFERIORES: PREVALÊNCIA E INDICAÇÕES PARA EXODONTIA	11
2.2. O RISCO DE LESÃO DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR (NAI) EM EXODONTIAS	12
2.3. CORONECTOMIA (ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL): CONCEITO E FUNDAMENTAÇÃO	13
2.4. PROTOCOLO CIRÚRGICO, INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES E COMPLICAÇÕES DA CORONECTOMIA... ..	13
3. OBJETIVOS	15
3.1. OBJETIVO GERAL	15
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	15
4 RELATO DE CASO.....	16
4.1 IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE	16
4.2 PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO	16
4.3 PERÍODO TRANS-OPERATÓRIO	16
4.4 PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO	20
5. DISCUSSÃO.....	22
6. CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A remoção de terceiros molares inferiores em íntima relação com o canal mandibular impõe um dilema cirúrgico: a exodontia completa pode ser indicada para eliminar dor, infecção ou risco patológico, mas a manipulação das raízes próximas ao nervo alveolar inferior aumenta a possibilidade de alterações neurossensoriais, como parestesia, disestesia ou anestesia do lábio inferior, mento e dentes inferiores (RENTON et al., 2005; POGREL; LEE; MUFF, 2004). Nesse contexto, a coronectomia surge como uma alternativa conservadora para casos selecionados, pois remove a porção coronária do dente e mantém as raízes no alvéolo, com o objetivo de reduzir a manipulação direta do complexo raiz–canal mandibular e preservar a integridade funcional do nervo alveolar inferior (POGREL; LEE; MUFF, 2004; LEUNG; CHEUNG, 2009).

Na prática odontológica, é comum observar a condição de inclusão ou impactação dentária, particularmente em relação aos terceiros molares inferiores. Segundo Quek et al. (2003), a prevalência de terceiros molares impactados varia entre 24,4% e 68,6%. A impactação ocorre quando o dente não consegue erupcionar de maneira funcional até o plano oclusal, permanecendo total ou parcialmente retido no osso alveolar. Essa condição pode estar associada a fatores locais, como falta de espaço no arco dentário, posição ectópica do germe dentário, densidade óssea aumentada e interferências anatômicas (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2014).

Dentes inclusos ou impactados estão associados a diversas complicações anatômicas, patológicas e cirúrgicas, tornando fundamental a compreensão das relações anatômicas envolvidas para um planejamento terapêutico eficaz. Entre essas relações, destaca-se a proximidade com estruturas anatômicas nobres, como o canal mandibular, o nervo alveolar inferior e, em molares superiores, a tuberosidade maxilar e o seio maxilar. A literatura enfatiza que a avaliação tridimensional dessas estruturas é determinante para a prevenção de complicações trans e pós-operatórias. A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) constitui método diagnóstico essencial para a avaliação da relação entre as raízes dentárias e o canal mandibular, possibilitando planejamento cirúrgico mais seguro. (ALMENDROS-MARQUES et al., 2008; WHITE; PHAROAH, 2014)

Entre as complicações associadas à exodontia de terceiros molares inferiores, a parestesia do nervo alveolar inferior destaca-se por sua relevância clínica e impacto na qualidade de vida do paciente. Renton et al. (2005) descrevem que essa condição pode se manifestar como perda

parcial ou total da sensibilidade em lábio inferior, mento, gengiva e dentes inferiores, com incidência relatada de até 8% nos procedimentos de exodontia de terceiros molares inferiores.

Estudos adicionais demonstraram que fatores como a proximidade anatômica raiz–canal, a técnica cirúrgica empregada, a experiência do cirurgião e os achados radiográficos e tomográficos influenciam diretamente o risco de lesão nervosa (GHAEMINI et al., 2012; HASEGAWA et al., 2013).

Visando minimizar esses riscos, a coronectomia surge como uma alternativa cirúrgica conservadora. Pogrel et al. (2004) descreveram a coronectomia, também denominada odontectomia parcial intencional, como uma técnica que consiste na remoção apenas da coroa dentária, preservando as raízes no alvéolo em casos de íntima relação com o canal mandibular. Cilasun et al. (2011) demonstraram que essa abordagem reduz significativamente a incidência de parestesia em comparação à exodontia completa. O objetivo da técnica é evitar a manipulação direta do nervo alveolar inferior, mantendo sua integridade funcional em casos de alto risco anatômico.

Nesse contexto, a coronectomia consolida-se como uma estratégia terapêutica baseada nos princípios da odontologia minimamente invasiva, com o objetivo de reduzir riscos cirúrgicos e preservar a integridade neurossensorial do paciente. Assim, o presente trabalho tem como finalidade relatar um caso clínico de coronectomia em terceiro molar inferior com íntima relação com o canal mandibular, descrevendo o planejamento diagnóstico, a técnica cirúrgica empregada e o acompanhamento pós-operatório, com ênfase nos desfechos clínicos e neurossensoriais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Terceiros molares inferiores: prevalência, etiologia e indicações para exodontia

A impação dos terceiros molares inferiores representa uma condição amplamente descrita na literatura odontológica, caracterizada pela incapacidade parcial ou total do elemento dentário de erupcionar adequadamente na cavidade oral, permanecendo retido no osso alveolar ou sob tecidos moles. Tal condição constitui uma das indicações mais frequentes para intervenções cirúrgicas em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (MILORO et al., 2014).

Estudos epidemiológicos demonstram elevada prevalência dessa condição. QUEK et al. (2003) relataram que até 68,6% dos indivíduos apresentam pelo menos um terceiro molar impactado, sendo a mandíbula mais frequentemente acometida. Resultados semelhantes foram observados por KALAISELVAN et al. (2020), reforçando a relevância clínica e a necessidade de adequada avaliação diagnóstica.

A etiologia da impação dos terceiros molares é multifatorial, envolvendo fatores anatômicos, genéticos e ambientais. A principal causa está relacionada à deficiência de espaço na região retromolar, decorrente da discrepância entre o comprimento da mandíbula e o tamanho dos dentes. Padrões de crescimento craniofacial desfavoráveis, como mandíbula curta ou crescimento predominantemente vertical, também contribuem significativamente para essa condição (BJÖRK, 1963; HATTAB, 1997).

Adicionalmente, fatores genéticos influenciam o desenvolvimento e posicionamento dos terceiros molares, sendo observada associação entre histórico familiar e ocorrência de impação ou agenesia dentária. Mudanças nos hábitos alimentares ao longo da evolução humana, com dietas mais macias, também têm sido relacionadas à redução do estímulo mastigatório e, conseqüentemente, ao menor desenvolvimento mandibular, favorecendo a retenção dentária (VENTÄ et al., 2004; CAPELLI JÚNIOR et al., 2014).

A classificação da posição dos terceiros molares, como proposta por Winter (1926), permanece amplamente utilizada, sendo a posição mesioangulada a mais prevalente, frequentemente associada à limitação de espaço distal ao segundo molar (SUSARLA; DODSON, 2004).

As indicações para exodontia dos terceiros molares inferiores incluem a presença de patologias ou risco significativo de seu desenvolvimento, tais como pericoronarite recorrente, cárie irreparável, comprometimento periodontal do segundo molar adjacente, reabsorções

radiculares, cistos e tumores odontogênicos. Entretanto, a remoção profilática de dentes assintomáticos permanece controversa, sendo recomendada uma avaliação individualizada baseada em critérios clínicos, radiográficos e sistêmicos do paciente (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

2.2 Risco de lesão do nervo alveolar inferior em exodontias de terceiros molares

A exodontia de terceiros molares inferiores está associada a um risco significativo de complicações, destacando-se a lesão do nervo alveolar inferior (NAI), devido ao impacto funcional e sensorial que essa condição pode acarretar (POGREL, 2014; RENTON, 2009).

O NAI é um ramo do nervo mandibular que percorre o interior do canal mandibular, sendo responsável pela inervação sensitiva dos dentes inferiores, lábio inferior e mento. Sua relação anatômica com as raízes dos terceiros molares inferiores apresenta grande variabilidade, podendo o canal localizar-se vestibular, lingual ou interradicularmente, o que influencia diretamente o risco cirúrgico (RENTON, 2013).

A incidência de alterações neurossensoriais após a exodontia varia entre 0,35% e 8,4%, dependendo de fatores como complexidade do caso, técnica cirúrgica empregada e experiência do operador. Tais alterações podem manifestar-se como parestesia, disestesia ou anestesia, podendo ser transitórias ou permanentes (LEUNG; CHEUNG, 2016; POGREL, 2011).

A proximidade entre as raízes dentárias e o canal mandibular constitui o principal fator de risco para lesão do NAI. Sinais radiográficos clássicos descritos por Rood and Shehab radiographic signs, como escurecimento radicular, desvio do canal e interrupção da cortical óssea, são amplamente utilizados na identificação de casos de alto risco.

Nesse contexto, a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) destaca-se como método de escolha para avaliação tridimensional da relação canal-raiz, permitindo identificar com maior precisão a posição vestibular ou lingual do canal, a perda da cortical óssea e o grau de contato entre as estruturas, contribuindo significativamente para o planejamento cirúrgico seguro (GHAEMINIA et al., 2011; HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

A avaliação neurossensorial pós-operatória constitui etapa fundamental no acompanhamento dos pacientes, podendo ser realizada por meio de testes clínicos como estímulo tátil leve, discriminação de dois pontos e avaliação da sensibilidade dolorosa superficial, permitindo a detecção precoce de alterações do NAI.

2.3 Coronectomia (odontectomia parcial intencional): conceito e fundamentação

A coronectomia configura-se como uma abordagem cirúrgica conservadora indicada para terceiros molares inferiores com alto risco de lesão do nervo alveolar inferior, sendo uma alternativa à exodontia completa. O procedimento consiste na remoção da porção coronária do dente, mantendo-se as raízes no interior do alvéolo, desde que não apresentem sinais de patologia (POGREL, 2007).

Essa técnica fundamenta-se nos princípios da odontologia, visando reduzir o risco de lesões neurosensoriais associadas à manipulação das raízes em íntima relação com o canal mandibular (RENTON et al., 2005).

Estudos clínicos e revisões sistemáticas demonstram que a coronectomia está associada a uma menor incidência de lesão do NAI quando comparada à exodontia completa, sendo considerada uma alternativa segura e eficaz em casos selecionados (LONG et al., 2012; AGBaje et al., 2015).

Do ponto de vista biológico, a manutenção das raízes favorece a cicatrização óssea ao redor dos remanescentes radiculares, reduzindo o risco de exposição do canal mandibular e de complicações neurosensoriais. Entretanto, a técnica não é isenta de intercorrências.

A migração radicular é a complicação mais frequentemente observada, ocorrendo principalmente nos primeiros meses após o procedimento. Na maioria dos casos, essa migração é limitada e assintomática, não necessitando de intervenção. Contudo, situações como exposição radicular, infecção ou sintomatologia dolorosa podem demandar reintervenção cirúrgica (LEUNG; CHEUNG, 2009; POGREL, 2015).

Dessa forma, a coronectomia consolida-se como uma abordagem baseada em evidências científicas, indicada para minimizar riscos cirúrgicos em casos de alta complexidade anatômica.

2.4 Protocolo cirúrgico, indicações, contraindicações e complicações da coronectomia

A realização da coronectomia requer planejamento criterioso e execução técnica precisa. O protocolo cirúrgico inclui anestesia local adequada, confecção de retalho mucoperiosteal, osteotomia seletiva e secção da coroa dentária ao nível da junção amelocementária, com redução da porção radicular a aproximadamente 2–3 mm abaixo da crista óssea, evitando exposição na cavidade oral (HATANO et al., 2009; HUPP; ELLIS; TUCKER, 2015).

A técnica é indicada principalmente em casos que o terceiros molares inferiores inclusos ou semi-inclusos que apresentam íntima relação com o canal mandibular, evidenciada por exames radiográficos e tomográficos, e que, de alguma forma, apresentam alguma questão quanto ao impacto psicossomático que uma eventual parestesia poderá causar no paciente. Por outro lado, contraindica-se em casos de infecção ativa, mobilidade radicular, presença de lesões periapicais, cárie extensa envolvendo as raízes ou impossibilidade de estabilização dos remanescentes radiculares (CAPELLI JÚNIOR et al., 2014).

Embora apresente menor taxa de complicações neurosensoriais em comparação com a exodontia completa, a coronectomia pode estar associada a eventos adversos, como migração radicular, infecção residual, exposição tardia das raízes e necessidade de reintervenção cirúrgica (CILASUN et al., 2011; DOLANMAZ et al., 2009).

O acompanhamento clínico e radiográfico periódico é fundamental para monitorar a cicatrização, avaliar a posição dos remanescentes radiculares e identificar precocemente possíveis complicações. A literatura indica que a maioria das migrações radiculares ocorre nos primeiros meses após o procedimento, estabilizando-se com a neoformação óssea ao redor das raízes (POGREL, 2015).

Assim, a coronectomia se estabelece como uma alternativa terapêutica segura e previsível quando indicada de forma criteriosa, alinhada aos princípios da odontologia minimamente invasiva e baseada em evidências científicas consolidadas. (AL-ALI, Khalid; *et al.*)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Relatar um caso clínico de coronectomia em terceiro molar inferior (elemento 48) em íntima relação com o canal mandibular, como alternativa à exodontia convencional.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o protocolo de diagnóstico e planejamento cirúrgico por meio de radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), destacando os achados que indicaram risco de lesão do nervo alveolar inferior.
- Detalhar o passo a passo da técnica cirúrgica de coronectomia empregada, evidenciando os cuidados intraoperatórios adotados para a preservação do canal mandibular e das estruturas neurosensoriais adjacentes.
- Documentar a evolução clínica e radiográfica no pós-operatório, com acompanhamento periódico, avaliar alterações neurosensoriais e a migração radicular observada nos exames de controle radiográfico realizados a cada dois meses.
- Avaliar clinicamente a sensibilidade do lábio inferior e da região mentoniana no período pós-operatório, por meio de exame clínico neurosensorial.
- Descrever o processo de cicatrização tecidual e possíveis complicações pós-operatórias, como infecção, exposição radicular, dor persistente ou necessidade de reintervenção cirúrgica.
- Identificar os critérios tomográficos que fundamentaram a indicação da coronectomia, como contato íntimo entre raízes e canal mandibular, perda da cortical óssea, estreitamento ou desvio do canal.
- Discutir as indicações, contraindicações, vantagens, limitações e complicações da coronectomia em comparação com a exodontia convencional de terceiros molares inferiores, à luz da literatura científica atual.

4.RELATO DE CASO

4.1 Identificação da paciente

Paciente do sexo feminino, 35 anos, compareceu ao atendimento odontológico com queixa principal de dor associada ao elemento 48 (terceiro molar inferior direito), previamente indicado para exodontia pelo cirurgião-dentista

4.2 Período pré-operatório

Na anamnese, a paciente não apresentou alterações sistêmicas relevantes, sendo classificada como ASA I, de acordo com a American Society of Anesthesiologists. Os sinais vitais aferidos previamente ao procedimento apresentaram-se dentro dos padrões de normalidade, com pressão arterial de 120/80 mmHg, frequência cardíaca dentro da normalidade, frequência respiratória sem alterações e a saturação de oxigênio dentro dos padrões fisiológicos.

A avaliação por imagem foi inicialmente realizada por meio de radiografia panorâmica, a qual evidenciou sinais sugestivos de íntima relação entre as raízes do elemento 48 e o canal mandibular. Para melhor análise tridimensional, foi solicitada tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), que confirmou o contato direto entre as raízes dentárias e o canal mandibular, indicando alto risco de lesão do nervo alveolar inferior em caso de exodontia convencional (WHITE; PHAROAH, 2014; HUPP; ELLIS; TUCKER, 2019).

Diante desses achados, a paciente foi orientada quanto aos riscos, benefícios e alternativas terapêuticas, incluindo a exodontia convencional e a coronectomia. Foi esclarecido o risco de lesão do nervo alveolar inferior, possibilidade de parestesia e necessidade de acompanhamento pós-operatório. Após esclarecimentos, a paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e optou-se pela realização da coronectomia, técnica conservadora indicada para minimizar o risco de lesão neurossensorial em situações de íntima relação entre o dente e o canal mandibular (POGREL, 2007; RENTON et al., 2005).

Como protocolo medicamentoso pré-operatório, foi instituída a profilaxia antibiótica com Amoxicilina 500 mg (2 comprimidos, via oral, 1 hora antes do procedimento, com manutenção de 8/8 horas por 7 dias), considerando a complexidade cirúrgica e o risco de infecção pós-operatória (HUPP; ELLIS; TUCKER, 2019). Para controle da dor e inflamação, foi prescrita Nimesulida 100 mg (1 comprimido, 1 hora antes do procedimento, com continuidade de 12/12 horas por 3 dias), associada à Dipirona sódica 500 mg (2 comprimidos, 1 hora antes, com manutenção de 6/6 horas por 3 dias).

4.3 Período trans-operatório

Durante o atendimento, a paciente foi devidamente acolhida, sendo realizada a aferição dos sinais vitais, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio. Todos os parâmetros avaliados encontravam-se dentro dos padrões de normalidade, não havendo contraindicações clínicas para a realização do procedimento cirúrgico. Dessa forma, após a

confirmação do bom estado geral de saúde da paciente, foi possível dar seguimento às etapas subsequentes do planejamento e execução da cirurgia de forma segura e controlada.

O preparo do campo operatório foi realizado com rigorosa assepsia, incluindo antisepsia intra oral com digluconato de clorexidina 0,12% por meio de bochecho durante 1 minuto, e antisepsia extra oral com clorexidina a 2%.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Figuras 1, 2 e 3 - Organização do equipo, mesa e campo operatório com barreiras estéreis para proteção do paciente e diminuição da carga bacteriana presente.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local, por meio de bloqueio dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal, utilizando articaina 4% com epinefrina 1:100.000, conforme preconizado por Malamed (2013) (Figura 4).

Após a indução anestésica procedeu-se com a incisão para exposição do campo operatório. Optou-se pelo retalho triangular de Newmann (incisão sulcular acrescida de uma incisão de alívio/relaxante distal), de espessura total, realizado com lâmina de bisturi número 15C. Seguiu-se com o descolamento e deslocamento do retalho mucoperiosteal com auxílio do descolador de Molt nº 9, proporcionando adequada exposição do campo cirúrgico (Figuras 5 e 6).

A osteotomia foi realizada com broca esférica de nº 2 sob irrigação abundante com solução fisiológica estéril, para evitar necrose óssea por aquecimento, promovendo desgaste ósseo nas regiões vestibular e distal do elemento dentário até o osso medular, permitindo acesso controlado à coroa e preservando estruturas adjacentes. Em seguida, procedeu-se à odontosecção com broca tipo Zecrya, permitindo a separação da coroa (Figuras 7 e 8).

A remoção da porção coronária foi realizada com auxílio de alavanca, preservando-se as raízes no interior do alvéolo, sem qualquer tentativa de luxação. Em seguida, procedeu-se ao desgaste dos remanescentes radiculares até aproximadamente 3 mm abaixo do nível da crista óssea,

conforme preconizado pela técnica de coronectomia, utilizando a broca esferica multilaminada nº4. Destaca-se que, durante todo o procedimento, evitou-se rigorosamente a mobilização das raízes, uma vez que sua manipulação pode resultar na transmissão de forças ao canal mandibular e, conseqüentemente, aumentar o risco de lesão do nervo alveolar inferior. (POGREL, 2007). (Figuras 9 e 13).

Foi realizada a exérese do folículo pericoronário, procedimento justificado pela necessidade de remoção de tecidos potencialmente patológicos, uma vez que remanescentes foliculares podem estar associados ao desenvolvimento de alterações como cistos odontogênicos inflamatórios ou de desenvolvimento, além de contribuírem para processos infecciosos locais. Em seguida de irrigação abundante do leito cirúrgico com solução fisiológica estéril para remoção de debris, evitando assim possíveis complicações. A síntese foi realizada com fio de nylon 5-0, utilizando três pontos simples e um colchoeiro, promovendo adequada coaptação dos tecidos da borda da ferida cirúrgica. (POGREL, 2007) (Figuras 11 e 15).

Ao final do procedimento, foi realizada radiografia periapical de controle, para certificar que o esmalte foi removido. Como terapia adjuvante, foi aplicado laser de baixa potência, protocolo L3 9J com finalidade analgésica e bioestimuladora, visando acelerar o processo de cicatrização tecidual.



Figura 4



Figura 5

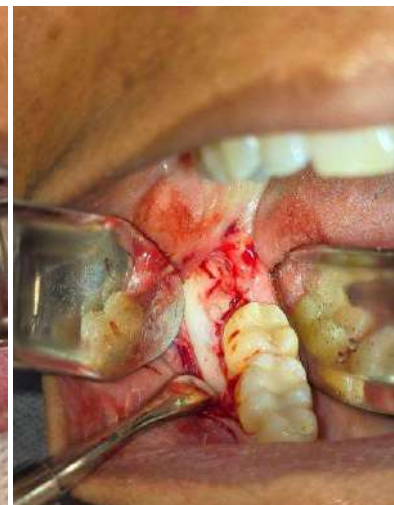


Figura 6

Figura 4 - Realização da técnica anestésica do bloqueio do Nervo Alveolar Inferior / Figura 5 - Diérese - Incisão com bisturi e lâmina 15C / Figura 6 - Abertura de retalho com descolador de Molt nº 9



Figura 7



Figura 8



Figura 9

Figura 7 - Realização de osteotomia seguindo da face vestibular para a face distal formando uma canaleta até o tecido ósseo medular com a broca esférica nº4 em constante irrigação com o soro fisiológico / Figura 8 - Realização de odontosseção com a broca Zecrya sentido vestibulolingual/ Figura 9 - clivagem da coroa com a alavanca Seldin reta, para separação da coroa das raízes sem luxação das mesmas.



Figura 10

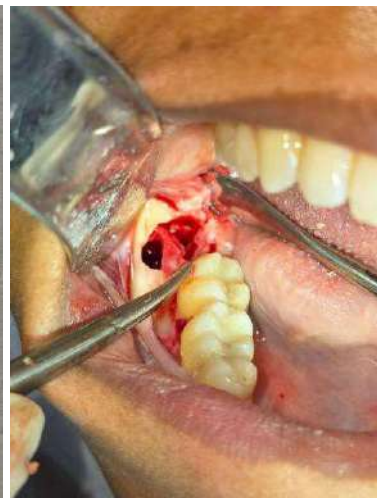


Figura 11

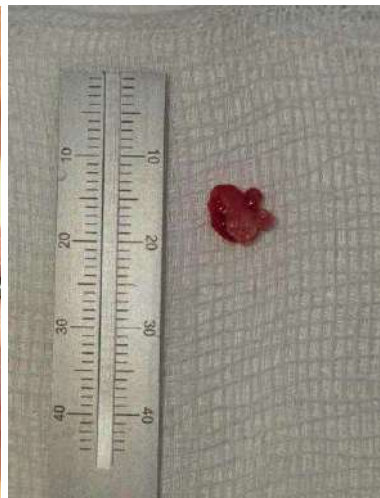


Figura 12

Figura 10 - Coroa seccionada / Figura 11 - Remoção do folículo pericoronário com uma pinça hemostática Kelly / Figura 12 - Folículo pericoronário



Figura 13



Figura 14



Figura 15

Figura 13 - Desgaste radicular para reduzir o fragmento 3mm abaixo do nível ósseo / Figura 14- Formação do coágulo / Figura 15 - Síntese com pontos simples e colchoeiro com fio de Nylon 5-0

4.4 Período pós-operatório

Foram fornecidas orientações pós-operatórias por escrito, incluindo cuidados com higiene oral, dieta e uso correto das medicações prescritas.

A paciente foi acompanhada clínica e radiograficamente em consultas periódicas mensais. A avaliação neurosensorial foi realizada por meio de testes clínicos, incluindo estímulo tátil leve e avaliação da sensibilidade dolorosa, com o objetivo de monitorar possíveis alterações do nervo alveolar inferior (RENTON, 2009).

Durante o acompanhamento, não foram observados sinais de complicações, como infecção, exposição radicular ou alterações neurosensoriais. Observou-se migração radicular discreta ao longo do tempo, compatível com o esperado na técnica de coronectomia.

O processo de cicatrização ocorreu de forma satisfatória, sem intercorrências, evidenciando o sucesso da abordagem cirúrgica conservadora adotada.



Figura 16



Figura 17

Figura 16- Radiografia periapical imediata após a cirurgia, para análise do fragmento intra-ósseo.
Figura 17 - Radiografia periapical de acompanhamento data 17/03/2026.



Figura 18



Figura 19



Figura 20

Figura 18 - Radiografia periapical de acompanhamento data 17/04/2026.

Figura 19 - Radiografia periapical de acompanhamento data 17/05/2026.

Figura 20 - Cicatrização pós um mês.

5 DISCUSSÃO

A escolha da técnica permitiu a remoção da porção coronária do dente sem mobilização dos remanescentes radiculares, com evolução pós-operatória favorável e ausência de alterações neurossensoriais no período acompanhado. Esse achado é clinicamente relevante porque o principal objetivo da coronectomia, em casos selecionados, é reduzir a manipulação das raízes próximas ao nervo alveolar inferior e, consequentemente, diminuir o risco de parestesia quando comparada à exodontia completa de terceiros molares inferiores de alto risco anatômico (POGREL; LEE; MUFF, 2004; RENTON et al., 2005; LEUNG; CHEUNG, 2009)

Os achados do caso clínico descrito, especialmente a confirmação tomográfica da íntima relação entre as raízes do elemento 48 e o canal mandibular, estão em consonância com estudos que ressaltam a importância da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) no planejamento cirúrgico. Segundo Ghaeminia et al. (2011) e Gomes et al. (2021), a TCFC permite avaliação tridimensional precisa da relação canal-raiz, sendo superior à radiografia panorâmica na identificação de fatores de risco para lesão do NAI. No presente caso, a utilização desse exame foi determinante para a indicação da coronectomia, evitando uma abordagem potencialmente e de maior risco.

Além da confirmação da relação anatômica, a literatura descreve sinais tomográficos específicos associados ao aumento do risco de lesão do nervo alveolar inferior, como perda da cortical óssea do canal mandibular, estreitamento ou desvio do canal e contato direto entre raiz e canal, assim como foi observado nesse caso clínico. Esses achados são considerados determinantes na escolha da abordagem cirúrgica e frequentemente indicam a coronectomia como alternativa mais segura em relação à exodontia completa (GHAEMINIA et al., 2011; HUPP; ELLIS; TUCKER, 2019).

A literatura demonstra que a proximidade entre as raízes dos terceiros molares e o canal mandibular é o principal fator de risco para lesão do NAI durante exodontias. A incidência de alterações neurossensoriais pode variar de 0,35% a 8,4%, podendo resultar em parestesia temporária ou permanente. No presente relato, não foram observadas alterações neurossensoriais no pós-operatório, resultado que reforça a aplicabilidade da coronectomia como alternativa em casos selecionados, em consonância com Pogrel et al. (2004)

e Renton et al. (2005). (RENTON, 2013; LEUNG; CHEUNG, 2016; SARIKOV; JUODZBALYS, 2014)

A coronectomia tem sido amplamente estudada como alternativa segura à exodontia total em casos de alto risco. Estudos como os de Long et al. (2012) e Khadgha et al. (2022) demonstram, por meio de revisões sistemáticas e meta-análises, que essa técnica reduz significativamente a incidência de lesões do NAI. Os resultados obtidos neste trabalho corroboram esses achados, evidenciando evolução clínica favorável e ausência de déficits neurosensoriais, o que reforça a previsibilidade da técnica quando corretamente indicada.

Outro aspecto relevante refere-se à migração radicular observada no acompanhamento pós-operatório. No presente caso, essa migração foi discreta e assintomática, não exigindo intervenção adicional. Esse achado está de acordo com a literatura, que aponta a migração radicular como uma das complicações mais frequentes da coronectomia, ocorrendo principalmente nos primeiros meses após o procedimento. Entretanto, na maioria dos casos, essa migração é limitada e clinicamente irrelevante (LEUNG; CHEUNG, 2009; POGREL, 2015).

A ausência de complicações infecciosas ou exposição radicular tardia no caso relatado também merece destaque. Estudos como os de Cilasun et al. (2011) e Dolanmaz et al. (2009) relatam que, embora a coronectomia apresente menor risco neurosensorial, podem ocorrer complicações como infecção, exposição das raízes e necessidade de reintervenção cirúrgica. No entanto, tais complicações estão frequentemente associadas a falhas técnicas ou seleção inadequada dos casos. No presente estudo, o planejamento criterioso e a execução adequada do protocolo cirúrgico contribuíram para o sucesso clínico observado.

Apesar de suas vantagens, a coronectomia não é indicada em todos os casos. A literatura contraindica sua realização em situações de infecção ativa, mobilidade radicular, presença de lesões periapicais ou cárie extensa envolvendo as raízes, uma vez que tais condições podem comprometer o prognóstico e aumentar o risco de complicações (POGREL, 2007; HUPP; ELLIS; TUCKER, 2019).

A técnica cirúrgica empregada seguiu os princípios descritos por Hatano et al. (2009) e Hupp, Ellis e Tucker (2019), incluindo a redução das raízes abaixo do nível da crista óssea e a ausência

de mobilização radicular. Esses cuidados são fundamentais para evitar exposição radicular e minimizar o risco de infecção ou falha da técnica.

A avaliação neurossensorial no pós-operatório constitui etapa fundamental no acompanhamento clínico. Testes como estímulo tátil leve, discriminação de dois pontos e avaliação da sensibilidade dolorosa são amplamente utilizados para monitorar a integridade do nervo alveolar inferior e detectar precocemente possíveis alterações (RENTON, 2009).

No que diz respeito ao controle da dor e inflamação, o protocolo medicamentoso adotado mostrou-se eficaz. O uso de laser de baixa potência como terapia adjuvante pode ter contribuído para a redução do desconforto e aceleração da cicatrização, embora a literatura ainda apresente resultados heterogêneos quanto à sua eficácia, sendo necessários mais estudos para padronização clínica (ARAÚJO et al., 2016).

Comparativamente à exodontia completa, a coronectomia apresenta vantagens significativas em casos de alto risco na preservação da integridade do NAI. No entanto, sua indicação deve ser criteriosa, baseada em evidências clínicas e radiográficas. A seleção adequada dos casos é considerada o principal fator determinante para o sucesso da técnica (CAPELLI JÚNIOR et al., 2014).

Como limitação inerente ao presente estudo, destaca-se o fato de se tratar de um relato de caso único, o que não permite generalização dos resultados. Dessa forma, os achados devem ser interpretados com cautela, sendo necessários estudos com maior nível de evidência para consolidação das indicações e prognóstico da coronectomia.

Os resultados do presente relato reforçam a importância de uma abordagem individualizada no manejo de terceiros molares inferiores impactados. A prática baseada em evidências, aliada à experiência clínica, é fundamental para a tomada de decisão segura e eficaz.

6 CONCLUSÃO

A partir do caso clínico apresentado e da literatura consultada, a coronectomia consolida-se como uma alternativa segura e eficaz quando há íntima relação entre as raízes dos terceiros molares inferiores e o canal mandibular. No presente trabalho, a abordagem permitiu a resolução da queixa clínica e a preservação do nervo alveolar inferior, sem déficits neurossensoriais pós-operatórios. A evolução favorável — caracterizada pela ausência de infecções e por uma migração radicular discreta e assintomática — corrobora os achados descritos na literatura como comportamentos esperados e de baixo risco de intercorrências. Contudo, a técnica não substitui universalmente a exodontia convencional; sua indicação exige critérios estritos, como ausência de infecção ativa, estabilidade radicular e planejamento tomográfico preciso (POGREL, 2007; CAPELLI JÚNIOR et al., 2014; HUPP; ELLIS; TUCKER, 2019).

Por fim, embora este relato de caso único demonstre de forma aplicada a segurança da abordagem conservadora, estudos com maior nível de evidência científica e acompanhamento a longo prazo são necessários para consolidar definitivamente o prognóstico e as limitações da coronectomia (LONG et al., 2012; KHADGHA et al., 2022).

7 REFERÊNCIAS

1. AGBAJE, J. O.; *et al.* Risk factors for nerve injury during lower third molar surgery: a prospective clinical study. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 44(5), 713–718, 2015.
2. AL-ALI, Khalid; *et al.* Standardized coronectomy versus total extraction for high-risk mandibular third molars. **Frontiers review**. 2025. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/oral-health/articles/10.3389/froh.2025.1647852/full>. Acesso em: 30 set 2025.
3. AL-RAISI, S.; SHAH, Diva; BAILEY, Edmund. Analysis of outcomes and complications of 187 coronectomy procedures. **Avanços em Cirurgia Oral e Maxilofacial**, v 7, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.adoms.2022.100292>. Acesso em: 30 set 2025.
4. ARAÚJO, Rafael Zetehaku; JUNIOR, Aecio Abner Campos Pinto; RODRIGUEZ, Eder Alberto Sigua; OLATE, Sergio; ALVES, Luiz César Fonseca; CASTRO, Wagner Henriques de. Pain control in third molar surgery: Control del Dolor en Cirugía de Tercer Molar. **Int. J. Odontostomat**. 2016;10(3):385–391. doi: 10.4067/S0718-381X2016000300003;
5. BJÖRK, Arne. The face in profile: An anthropological X-ray investigation on Swedish children and conscripts. **Svenska Tandläkare Tidskrift**, v. 56, p. 1–68, 1963.
6. BLANCO, Guillermo; LORA, Dianorys; MARZOLA, Clovis. The different types of flaps in the surgical relations of the third impacted molars – literature review. **Dentistry**. 2017;7(4):1–10. doi: 10.4172/2161-1122.1000425;
7. BRIAN, C.; O’ RIORDAN, B.C. Coronectomy (intentional partial odontectomy of lower third molars). **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 2004;98(3):274–280. doi: 10.1016/j.tripleo.2003.12.040;
8. CAPELLI JÚNIOR, J.; *et al.* Coronectomia: alternativa à exodontia de terceiros molares inferiores com íntima relação com o nervo alveolar inferior. **Revista Brasileira de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 14, n. 3, p. 25–32, 2014.
9. CAPELLI JÚNIOR, J.; *et al.* Coronectomy as an alternative to total extraction of mandibular third molars: indications and limitations. **Revista Gaúcha de Odontologia**, 62(1), 45–51, 2014.
10. CILASUN, Ulkem; *et al.* Coronectomy as a surgical approach to impacted mandibular third molars closely related to the inferior alveolar nerve. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 49, n. 9, p. e72–e76, 2011.
11. CILASUN, Ulkem; *et al.* Coronectomy in patients with high risk of inferior alveolar nerve injury diagnosed by computed tomography. **Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 69, n. 6, p. 1557–1561, 2011.
12. DIAGO, María Peñarrocha.; *et al.* “Indications of the Extraction of Symptomatic Impacted Third Molars. A Systematic Review.” **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, 2021, pp. e278–e286. Disponível em: www.medicinaoral.com/medoralfree01/aop/56887.pdf, <https://doi.org/10.4317/jced.56887>. Acesso em: 15 set 2025.
13. DOLANMAZ, D. *et al.* Partial odontectomy (coronectomy) in cases with high risk of inferior alveolar nerve injury. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 47, n. 3, p. 215–218, 2009.

14. DOLANMAZ, D.; *et al.* Partial removal of impacted mandibular third molars: coronectomy technique. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 67(6), 1234–1238, 2009.
15. GARCIA, A., *et al.* Coronectomy of lower third molars: a retrospective study of 160 cases. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, 18(4), e638–e643, 2013.
16. GHAEMINIA, H., *et al.* Coronectomy may help avoid nerve injury during wisdom tooth removal. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 49(4), 312–316, 2011.
17. GHAEMINIA, H. *et al.* Coronectomy may reduce the risk of inferior alveolar nerve injury in high-risk third molars. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 69, n. 9, p. 2316–2322, 2011.
18. GHAEMINIA, H. *et al.* The use of cone beam CT for removal of wisdom teeth reduces the risk of inferior alveolar nerve injury. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, 112(1), e21–e27, 2011.
19. HADDAD, Zahra *et al.* Radiographic position of impacted mandibular third molars and their association with pathological conditions. **International journal of dentistry**, v. 2021, p. 8841297, 2021.
20. HATANO, Y.; KURITA, K.; KUROIWA, Y. Clinical evaluations of coronectomy for mandibular third molars with close proximity to the inferior alveolar nerve. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 67(5), 981–986, 2009.
21. HATTAB, Faiez N. Positional changes and eruption of impacted mandibular third molars in young adults: a radiographic 4-year follow-up study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 84, n. 6, p. 604–608, 1997.
22. HUPP, James R.; TUCKER, Myron R.; ELLIS, Edward. **Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery**. 7th ed. St. Louis: Elsevier, 2019.
23. KALAISELVAN, Sundarajan; *et al.* “Prevalence and Pattern of Impacted Mandibular Third Molar: An Institution-Based Retrospective Study.” **Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences**, vol. 12, no. 5, 2020, p. 462. Disponível em: https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_140_20. Acesso em: 19 out 2025.
24. KANG, Fei Wu; *et al.* “Coronectomy in Lower Third Molar Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis.” **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 1 Jan. 2025, <https://doi.org/10.1016/j.joms.2025.01.014>. Accessed 31 Mar. 2025.
25. KHADGHA, A. *et al.* Long-term outcomes of coronectomy versus total removal of mandibular third molars: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 51, n. 1, p. 25–34, 2022.
26. KHADGHA, R., *et al.* Coronectomy outcomes in lower third molar surgery: a clinical review. **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**, 123(6), 567–574, 2022.
27. LEUNG, Yiu. Yian; CHEUNG, Lim K. Coronectomy: review of the literature. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 74, n. 4, p. 702–714, 2016.
28. LEUNG, Yiu Yian; CHEUNG, Lim K. Long-term outcomes after coronectomy of impacted mandibular third molars. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 74(7), 1244–1252, 2016.

29. LEUNG, Yiu Yian; CHEUNG, Lim K. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: a randomized controlled trial. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 108, n. 6, p. 821–827, 2009.
30. LEUNG, Yiu Yian; CHEUNG, Lim K. Safety of coronectomy versus total removal of impacted mandibular third molars: a randomized controlled trial. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 74(7), 1244–1252, 2016.
31. LI, Yangjie; *et al.* Association of the inferior alveolar nerve position and nerve injury: A systematic review and meta-analysis. **Healthcare (Basel, Switzerland)**, v. 10, n. 9, p. 1782, 2022.
32. LONG, H.; *et al.* Coronectomy vs. total removal for third molar extraction: a meta-analysis. **PLoS ONE**, 7(1), e29338, 2012.
33. 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;91(7):659-665. doi: 10.1177/0022034512449346;
34. MARQUÉS, Nieves Almendros; AYTÉS, Leonardo Berini; ESCODA, Cosme Gay. Influence of lower third molar position on the incidence of preoperative complications. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, v. 102, n. 6, p. 725–732, 2006.
35. MEDEIROS, L. M. *et al.* Avaliação da prevalência e posição de terceiros molares impactados em pacientes submetidos a radiografias panorâmicas. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 17, n. 3, p. 9–16, 2017.
36. MOSTAFA, Nedal Abu; *et al.* Evaluation of the Outcomes of Coronectomy Procedure: A Systematic Review. **Revista Internacional de Odontologia**, 2021.
37. OLIVEIRA, M. G. *et al.* Relação entre espaço retromolar e impacção de terceiros molares inferiores: estudo radiográfico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 28, n. 87, p. 54–60, 2019. [OBJ]
38. PERALVO, A. *et al.* Coronectomy of lower third molars: a prospective study of 50 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 115, n. 5, p. e17–e25, 2013.
39. POGREL, M. Anthony. Anatomy and path of the inferior alveolar nerve. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 49, n. 6, p. 419–423, 2011.
40. POGREL, M. Anthony. Coronectomy: partial odontectomy or intentional root retention of wisdom teeth—why, when, and how. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 65, n. 6, p. 1218–1224, 2007.
41. POGREL, M. Anthony. Coronectomy partial odontectomy or intentional root retention. **Oral Maxillofac Surg Clin N Am.** 2015;27(3):373–382. doi: 10.1016/j.coms.2015.04.003;
42. POGREL, M. Anthony. Coronectomy: Partial odontectomy or intentional partial tooth removal. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, 19(1), 75–85, 2007.
43. POGREL, M. Anthony. Coronectomy to prevent nerve injury during third molar surgery: a review. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, 27(3), 385–392, 2015.
44. POGREL, M. Anthony. Damage to the inferior alveolar nerve as the result of root canal therapy. **Journal of the American Dental Association** (1939), v. 138, n. 1, p. 65–69, 2007.
45. POGREL, M. Anthony; GOLDMAN, K.E. Lingual flap retraction for third molar removal. **J Oral Maxillofac Surg.** 2004;62(9):1125– 1130. doi: 10.1016/j.joms.2004.04.013;

46. POGREL, M. Anthony; LEE, J. S.; MUFF, D. F. Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. **Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, v. 62, n. 12, p. 1447–1452, 2004.
47. POGREL, M. Anthony. Partial odontectomy (coronectomy) to prevent inferior alveolar nerve injury: a prospective study of 100 cases. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 53, n. 10, p. 997–1000, 2015.
48. POGREL, M. Anthony; THAMBY, S. Permanent nerve involvement following third molar surgery. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 72, n. 2, p. 340–345, 2014.
49. QUEK, S. L. *et al.* Pattern of third molar impaction in a Singapore Chinese population: A retrospective radiographic survey. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 32, n. 5, p. 548–552, 2003. Disponível em: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14759117/. Acesso em: 28 set. 2025.
50. RENTON, T.; HANKINS, M. A comparison of coronectomy and conventional surgical removal of wisdom teeth: a prospective study. **British Dental Journal**, 208(1), E1, 2010.
51. RENTON, T.; HANKINS, M.; SPROATE, C. 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**, v. 43, n. 1, p. 7–12, 2005. doi: 10.1016/j.bjoms.2004.09.002;
52. RENTON, T. Inferior alveolar nerve injury in relation to mandibular third molar surgery. **British Dental Journal**, v. 214, p. 193–199, 2013.
53. RENTON, T. Risk management in clinical practice. **British Dental Journal**, v. 206, n. 5, p. 235–240, 2009.
54. RENTON, T.; YILMAZ, Z. Profiling of patients with IAN injury and recovery. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 41(8), p. 924–931, 2012.
55. SARIKOV, R.; JUODZBALYS, G. Inferior Alveolar Nerve Injury after Mandibular Third Molar Extraction: a Literature Review. **Journal of Oral & Maxillofacial Research**, 5(4): e1, 2014.^[OBJ]
56. SILVA, Luara Souza; FILHO, Welton Rodrigues dos Santos; CARNEIRO, Nathalia Rocha Machado. Complicações após a extração de terceiros molares inclusos com risco de lesão no nervo alveolar inferior. **Revista Saúde dos Vales**, v. 6, n. 1, 2024.
57. SILVA, Thamires da; RIBEIRO, Igor Machado; ALMEIDA, Giovanna. Coronectomia como técnica alternativa à exodontia de terceiros molares impactados com risco de lesão ao nervo alveolar inferior. **International Journal of Science Dentistry**, v. 2, n. 64, p. 156–170, 2024.
58. SILVEIRA, Karoline Gomes da Silveira *et al.* Coronectomia de terceiros molares mandibulares como alternativa para prevenção do nervo alveolar inferior. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e18511528016, 2022.
59. SUSARLA, Srinivas. M.; DODSON, Thomas. B. Risk factors for third molar extraction difficulty. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 62, n. 11, p. 1363–1371, 2004.
60. TANTANAPORNKUL, W. *et al.* A comparative study of panoramic radiography and cone-beam CT in assessing the proximity of mandibular third molar to the inferior alveolar canal. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, 103(2), 253–259, 2007.
61. VENTÄ, I. *et al.* Genetic basis of third molar agenesis and impaction. **Journal of Dental Research**, v. 83, n. 7, p. 550–553, 2004.

62. WINTER, George. B. **Principles of Exodontia as Applied to the Impacted Third Molars**. St. Louis: American Medical Book Co., 1926.
63. YOAKUM, Caitlin; TERHUNE, Claire. The inferior alveolar nerve and its relationship to the mandibular canal. **Anatomical record** (Hoboken, N.J.: 2007), v. 307, n. 1, p. 97–117,
64. HUPP, James R.; ELLIS, Edward; TUCKER, Myron R. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
65. PETERSON, Larry J. et al. Cirurgia oral e maxilofacial. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
66. MALAMED, Stanley F. Manual de anestesia local. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
67. WHITE, Stuart C.; PHAROAH, Michael J. Radiologia oral: princípios e interpretação. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
68. MILORO, Michael et al. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 2. ed. São Paulo: Santos, 2016.
69. POGREL, Michael A. Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Philadelphia, v. 65, n. 8, p. 1622–1625, 2007.
70. RENTON, Tara; HANKINS, Matthew; SANDERS, Michael; MADAH, Suleiman. 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*, London, v. 43, n. 1, p. 7–12, 2005.
71. GHAEMINIA, Hamed et al. The use of cone beam CT for the removal of wisdom teeth changes the surgical approach compared with panoramic radiography. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Philadelphia, v. 69, n. 4, p. 998–1004, 2011.
72. LEUNG, Yiu Yan; CHEUNG, Lim Kwong. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: a randomized controlled trial. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Philadelphia, v. 67, n. 10, p. 2023–2030, 2009.
73. RENTON, Tara. Prevention of iatrogenic inferior alveolar nerve injuries in relation to dental procedures. *Dental Update*, London, v. 37, n. 6, p. 350–363, 2010.
74. HATANO, Yoshinori et al. Coronectomy for mandibular third molars with high risk of inferior alveolar nerve injury. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Philadelphia, v. 67, n. 11, p. 2314–2319, 2009.
75. CILASUN, Uğur et al. Coronectomy in impacted mandibular third molars: a prospective study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, Philadelphia, v. 69, n. 10, p. 2472–2477, 2011.
76. Parpinelli BC, Pinto Junior AAC, Sales SC, Maia LM, Freire BL, Alves LCF. Tratamento de terceiros molares inclusos através da técnica coronectomia – aspectos clínicos. *Full Dent. Sci.* 2021;12(47):60-66. DOI: 10.24077/2021;12476066.