



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MILENA DE MELO DARÓS

Falhas em coronectomia: relato de caso e revisão da literatura

Florianópolis

2024

MILENA DE MELO DARÓS

Falhas em coronectomia: relato de caso e revisão da literatura

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de cirurgiã-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Gil.

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

de Melo Darós, Milena

Falhas em coronectomia: relato de caso e revisão da literatura / Milena de Melo Darós ; orientador, Luiz Fernando Gil, 2024.

37 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Coronectomia. 3. Falha. I. Gil, Luiz Fernando. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Odontologia. III. Título.

Milena de Melo Darós

Falhas em coronectomia: relato de caso e revisão da literatura

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Cirurgiã-Dentista e aprovado em sua forma final pelo curso de graduação em Odontologia.

Florianópolis, 11 de novembro de 2024.

Prof. Ana Maria Hecke Alves
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Luiz Fernando Gil, Dr.
Orientador

Prof. José Nazareno Gil, Dr.
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Patrícia dos Santos Cé, Dra.
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir viver e ter a chance de poder estudar em busca de um futuro próspero. A minha Mãe, que soube ser amiga, protetora, e meu maior incentivo. Tudo o que sou hoje, e o que ainda serei, devo a ela. Gostaria de agradecer também a meu padrasto, Valtair, que está sempre disposto a me ajudar e é uma pessoa de coração imenso.

Aos meus avós, que são sinônimo do maior amor que conheço, agradeço por todo o apoio, por entender meus momentos de ausência e por me esperarem felizes em todas as voltas para a casa. Especialmente, agradeço a minha maior apoiadora, minha avó Albertina, que infelizmente não vai estar nesse plano para poder assistir a minha formatura, mas tenho certeza que vai vibrar junto comigo, como fez em cada conquista minha. Tudo o que estou fazendo, e o que ainda irei alcançar, é dedicado a você.

Agradeço também ao meu tio Maversom, por toda base e palavras de incentivo, por acreditar em mim e nos meus sonhos. Agradeço também por me dar um dos presentes mais valiosos, minha afilhada Ísis Vitória, que me mostrou o lado mais colorido da vida.

Aos amigos que fiz ao longo da vida, em especial aos próximos: Hellen, Yuri e Stefani, obrigada por serem casa, e por não deixarem a distância da minha escolha mudar nossa amizade e cumplicidade. Obrigada por não me deixarem desistir dos meus objetivos, e por todas as palavras de conforto e risadas que me proporcionaram.

Aos amigos que fiz na faculdade, todos foram importantes de diversas maneiras para eu chegar até aqui. Meu agradecimento especialmente a Marina, Isabela, Luana e Sofia, que desde 2019 foram amparo em uma cidade desconhecida, em uma vida diferente, elas fizeram eu entender novamente o quão importante é ter amigos por perto.

Agradeço a Liga Acadêmica de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFSC, por me abrir portas e me levar por caminhos em que pude entender meu real objetivo dentro da Odontologia. Meu profundo agradecimento também, a todos que me deram oportunidade para aprender mais sobre a profissão que escolhi, que me ensinaram algo diferente, que tiraram minhas dúvidas e acreditaram que eu poderia ser uma boa profissional.

Por fim, agradeço ao meu Orientador, Prof Luiz Fernando, por me direcionar não apenas nesse trabalho de conclusão de curso, mas também em diversos outros momentos ao longo da minha jornada acadêmica, sendo inspiração na profissão que escolhi seguir.

RESUMO

A coronectomia é uma técnica cirúrgica que consiste na remoção apenas da coroa do dente, geralmente um terceiro molar inferior, que apresenta sua raiz em íntima relação com nervo alveolar inferior, objetivando a diminuição do risco de parestesia. Os exames complementares de imagem são de extrema importância para o diagnóstico correto, indicação e planejamento da técnica cirúrgica. Contudo, a coronectomia é susceptível a falhas, sendo as mais comuns a migração da raiz com exposição ao meio bucal, infecção da raiz retida e dor persistente. O presente trabalho tem como objetivo descrever o caso de um paciente submetido ao procedimento de coronectomia pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC/EBSERH), que apresentou infecção no sítio após cinco meses de preservação, com necessidade de reabordagem, além de discuti-lo sob a luz da literatura vigente, através de uma revisão de literatura.

Palavras-chaves: coronectomia; terceiro molar; falha.

ABSTRACT

Coronectomy is a surgical technique that involves the removal of only the crown of a tooth, usually a lower third molar, where the root is in close proximity to the inferior alveolar nerve, aiming to reduce the risk of paresthesia. Complementary imaging examinations are extremely important for accurate diagnosis, indication, and planning of the surgical technique. However, coronectomy is susceptible to failures, the most common being root migration with exposure to the oral cavity, infection of the retained root, and persistent pain. The present work aims to describe the case of a patient who underwent the coronectomy procedure by the Maxillofacial Surgery and Traumatology team at the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (HU/UFSC/EBSERH), who presented with an infection at the site after five months of follow-up, requiring re-intervention, and to discuss it in light of current literature through a literature review.

Keywords: coronectomy; third molar; failure.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CM	Canal Mandibular
CEPSH	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU	Hospital Universitário
NAI	Nervo Alveolar Inferior
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
RS	Revisão sistemática
TC	Tomografia Computadorizada
TCFC	Tomografia Computadorizada do Feixe Cônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	11
2.1	COMPARAÇÃO ENTRE CORONECTOMIA E EXODONTIA.....	11
2.2	INDICAÇÕES DA TÉCNICA	12
2.3	CONTRA-INDICAÇÕES	13
2.4	TÉCNICA CIRÚRGICA.....	13
2.5	SITUAÇÃO DAS RAÍZES RETIDAS	14
2.6	FALHAS DA TÉCNICA.....	15
2.7	POSSÍVEL SEGUNDA INTERVENÇÃO	16
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	OBJETIVO GERAL.....	18
4	RELATO DE CASO	19
5	DISCUSSÃO.....	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS.....	29
	ANEXO 1: ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO.....	32
	ANEXO 2: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA PESQUISA EM SERES HUMANOS.....	33

1 INTRODUÇÃO

A exodontia de terceiros molares é a modalidade cirúrgica mais realizada na cavidade oral. Assim, se desenvolveram técnicas adicionais à sua extração, entre elas, a coronectomia (Monaco et al., 2023). Esta surgiu com o objetivo de diminuir os riscos de lesão ao nervo alveolar inferior (NAI). Caracterizada como apenas a remoção da coroa do dente, é uma alternativa em casos onde se pode perceber indicativos suficientes para presumir um contato íntimo do NAI com as raízes do terceiro molar inferior (Progel; Lee; Muff, 2004). Uma lesão ao NAI pode acarretar em parestesia transitória ou permanente do lábio inferior e mento, risco esse que deve ser apresentado ao paciente susceptível (Hamad, 2023).

Uma anamnese detalhada, acompanhada de exames complementares de imagem, são os pontos chave para a indicação correta da coronectomia (Matzen et al., 2013). A radiografia panorâmica ainda é a ferramenta diagnóstica inicial mais importante para promover a correta indicação cirúrgica, contudo, há necessidade da tomografia computadorizada do feixe cônico (TCFC) para relacionar o posicionamento tridimensional das raízes dentárias em relação ao NAI (Ghaeminia et al., 2009).

Uma vez determinada a relação entre o dente e o NAI, a coronectomia fica indicada. Embora apresente menor trauma ao NAI, a técnica só pode ser realizada em pacientes com condição sistêmica favorável, além de o dente não possuir cárie profunda, inflamação periapical e aumento de mobilidade (Mira; Oltra; Diago, 2023). O passo a passo da coronectomia já é descrito na literatura, visto que os cirurgiões-dentistas realizam passos semelhantes durante a extração de um terceiro molar, diferenciando na odontosseção, que na coronectomia, é realizada através da secção apenas da coroa do elemento dentário, com manutenção intencional das raízes no alvéolo (Progel; Lee; Muff, 2004; Matzen et al., 2013).

Entretanto, como toda técnica cirúrgica, a coronectomia é passível de falhas, que podem ocorrer anteriormente à cirurgia, no planejamento, no trans-operatório e após o procedimento cirúrgico. Quando se tratam de falhas durante o procedimento, como sangramento abundante e mobilização da raiz, o nível de preparação e estudo do caso, além da experiência do profissional, são fatores a se considerar como responsáveis (Patel et al., 2013; Monaco et al., 2023; Nowak et al., 2024).

No pós-operatório, as principais complicações relatadas são a infecção da raiz retida e a migração da raiz com posterior exposição em meio bucal, geralmente em conjunto com

sintomatologia dolorosa (Monaco et al., 2018). A migração das raízes vista radiologicamente, sem exposição ou sintomas, não é indicador de nova abordagem cirúrgica (Barcellos et al., 2019). Contudo, quando há sintomatologia, um segundo tempo cirúrgico pode ser necessário para a remoção das raízes, que por muitas vezes já não estão mais em contato com o NAI, diminuindo a chance de lesão nervosa (Nowak et al., 2024).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 COMPARAÇÃO ENTRE CORONECTOMIA E EXODONTIA

Comparações entre exodontia e coronectomia já apontam que a segunda é um procedimento que viabiliza a segurança do NAI em casos que este possua contato com as raízes dentárias. O trauma ao NAI é a complicação mais preocupante frente a técnica da exodontia do terceiro molar, o que justificaria a escolha de um procedimento de retenção radicular, que diminuiria o trauma cirúrgico, mitigando as chances de lesionar o nervo (Long et al., 2012).

A literatura apresenta revisões sistemáticas (RS) comparando as complicações entre coronectomia e exodontia de terceiros molares inferiores impactados. No que tange a parestesia decorrida da lesão ao NAI, o estudo realizado por Long et al. (2012) trouxe um índice de parestesia do nervo de 0,49% em coronectomia e de 7,7% em exodontia. Já a revisão sistemática de Abu-Mostafa et al. (2021), apresentou a porcentagem de 0,54% de lesão ao NAI em coronectomia e de 5,9% em exodontia. Em consonância com os trabalhos citados, Peixoto et al. (2024) mostrou um índice de parestesia de 0,06% em coronectomia e de 0,30% nos casos de exodontia. Considerando as três análises, pode-se afirmar que há diferença estatística significativa, considerando as maiores taxas de parestesia decorrentes da exodontia.

Levando em conta os relatos de dor pós-operatória, Long et al. (2012) apresentou um índice de 23,19% em coronectomia e de 25,97% em exodontia. Já no trabalho de Abu-Mostafa et al. (2021), o relato de dor foi encontrado em 9,27% dos casos de coronectomia e 7,84% em exodontias. Na RS de Peixoto et al. (2024), a dor foi visualizada em 0,33% dos casos de coronectomia e 2,86% nos relatos de exodontia. Para esse quesito, não houve diferença estatística em nenhum trabalho, quando comparada as duas técnicas.

Ainda, considerando o índice de infecção pós-operatória, na RS de Long et al. (2012), os percentuais de infecção em coronectomias foram de 3,49% e em exodontias de 3,33%. Já considerando o estudo de Abu-Mostafa et al. (2021), os indicadores de infecção foram de 3,69% em coronectomias e 2,08% em exodontias. Também levando em conta a RS de Peixoto et al. (2024), a porcentagem de infecção nos casos de coronectomia foi de 0,13% e em exodontia de 1,09%, destoando dos resultados dos outros trabalhos citados. Os valores encontrados nas três RS não determinaram diferença estatística.

Como foi visto, os estudos são claros no que tange os benefícios da coronectomia, porém, a literatura apresenta trabalhos que comparam as falhas decorrentes da técnica. Pode-se

afirmar que a migração da raiz a cavidade bucal, infecção e sintomatologia são as principais falhas decorridas da coronectomia. Embora a segunda intervenção geralmente ser capaz de resolver essas complicações, esses fatores devem ser levados em consideração e apresentados ao paciente (Long et al., 2012; Abu-Mostafa et al., 2021; Hamad, 2023; Peixoto et al., 2024).

2.2 INDICAÇÕES DA TÉCNICA

Como já é de conhecimento dos cirurgiões-dentistas, a impactação de terceiros molares inferiores é frequentemente encontrada na prática clínica, e pode estar associada a patologias, como cistos, tumores, pericoronarite e lesões de cárie nos elementos em questão e nos segundos molares adjacentes, justificando a extração dos terceiros molares inclusos. Contudo, quando exames de imagem apontam sinais de contato das raízes do terceiro molar com o NAI, a coronectomia oferece uma estratégia adequada para o manejo do caso, diminuindo as chances de lesão nervosa (Nowak et al., 2024).

Ainda, a literatura afirma que esse tipo de procedimento só deve ser considerado em casos selecionados, em que o acompanhamento do remanescente radicular represente um menor risco potencial ao paciente, quando comparado à extração total do elemento dentário (Storino; Faria; Oliveira, 2024).

A constatação da indicação correta da técnica se dá em casos onde sinais radiográficos presumem e os tomográficos indicam o contato íntimo das raízes de um terceiro molar inferior com o NAI. Para indicação desse tipo de cirurgia, alguns pontos são de importante avaliação (Barcellos et al., 2019).

No que tange a constatação dos sinais nos exames de imagem, o método radiográfico mais utilizado para a análise inicial da necessidade de uma coronectomia é a radiografia panorâmica. Além disso, o cirurgião-dentista pode lançar mão de outros métodos radiográficos intra-bucais que, em conjunto, dão diferentes meios de projeção do que se quer radiografar (Matzen et al., 2013).

Na radiografia panorâmica pode-se observar alguns sinais importantes, indicativos de um possível íntimo contato das raízes do dente com o NAI, tais como: estreitamento e desvio do canal mandibular (CM), além da sua interrupção cortical, estreitamento, curvatura e escurecimento das raízes do terceiro molar (Barcellos et al., 2019). Assim, quando existe mais de um sinal radiográfico presente, para confirmação e melhor planejamento cirúrgico, é de responsabilidade do profissional a solicitação de uma TCFC, onde se pode analisar o real

posicionamento tridimensional das raízes do terceiro molar inferior e sua relação com o NAI (Gil; Gil, 2012).

Sklavos et al. (2021) trouxeram uma análise da importância dos fatores visualizados na TCFC para indicação da coronectomia. Nesse trabalho, características como o estreitamento ou fenestração do CM, ausência de corticalização entre o dente e o CM e posição do NAI para lingual ou entre as raízes dentárias, aumentaram significativamente a parestesia pós-operatória.

Então, através da análise da TCFC, e com a confirmação dos sinais de risco a lesão neural, os profissionais podem indicar a coronectomia, além de ter uma melhor dimensão de planejamento cirúrgico seguro, evitando-se submeter o NAI a pressões durante o procedimento (Ghaemini et al., 2009).

2.3 CONTRAINDICAÇÕES

Em relação as contraindicações da coronectomia, muitas se assemelham a exodontia. O histórico médico de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos deve ser avaliado para constatar condições sistêmicas e tratamentos de saúde em curso, já que fatores como imunossupressão, abordagem com radioterapia de cabeça e pescoço ou diabetes mellitus descompensada podem ser acometimentos que contraindiquem ou posterguem a cirurgia. Ademais, fatores sociais também podem influenciar na contraindicação da coronectomia, visto que, diferente da exodontia, ela é um procedimento que necessita de acompanhamento prolongado, e alguns pacientes podem não ter condições para retornar para essa supervisão (Nowak et al., 2024).

Localmente a coronectomia é contraindicada em situações onde o terceiro molar possua cárie extensa com presumido envolvimento pulpar, mobilidade aumentada ou uma infecção aguda associada (Gil; Gil, 2012).

As condições descritas, tanto em relação a saúde do paciente, quanto a fatores locais, são levadas em consideração na escolha em realizar ou não o procedimento, para diminuir as taxas de falhas trans e pós-operatórias (Nowak et al., 2024).

2.4 TÉCNICA CIRÚRGICA

A cirurgia é realizada geralmente com anestesia local. O procedimento parte de uma incisão, comum a realizada nas extrações de terceiros molares, seguida de um descolamento do

tecido mole. Posteriormente, é realizada a ostectomia necessária, deixando exposta a junção cimento-esmalte, que será o ponto de partida para a odontosecção. A secção da coroa é realizada, sem mobilizar o complexo radicular. Ao final dessa etapa este deve estar a 4 mm da crista óssea alveolar e, em caso negativo, o desgaste da porção radicular se faz necessário.

A toailete da cavidade, com limagem das margens ósseas e curetagem do capuz pericoronário é necessariamente realizada, além da irrigação abundante do alvéolo com soro fisiológico (Progel; Lee; Muff, 2004; Gil; Gil, 2012; Matzen et al., 2013). Após inspeção rígida, a sutura por primeira intenção é priorizada (Gil; Gil, 2012).

2.5 SITUAÇÃO DAS RAÍZES RETIDAS

Após a coronectomia, existe a preocupação dos profissionais de que as raízes retidas no osso alveolar se tornem foco de infecção ou de possível sintomatologia tardia. Quando se percebe essas complicações pós-operatórias, estudos levam a crer que a explicação pode ser a ausência de formação óssea na área que era ocupada pela coroa dentária, o que facilitaria a migração da raiz retida e posterior contaminação do canal radicular (Storino; Faria; Oliveira, 2024). Contudo, quando a recuperação óssea é favorável, as complicações após o procedimento cirúrgico são diminuídas, já que o complexo radicular que fica retido, geralmente, apresenta meios propícios para cicatrização, pois está selado e sem contato com a cavidade oral (Hamad, 2023).

São poucos os estudos que relatam histologicamente as raízes que ficam retidas no osso alveolar após a coronectomia. No entanto, a literatura existente aponta que na maioria dos casos não é encontrado infiltrado inflamatório agudo ou crônico, e que a polpa radicular e seus tecidos se encontravam vascularizados. Em contrapartida, quando existe a infecção das raízes sepultadas após a coronectomia, a literatura leva a compreender que as falhas intra-operatórias podem ser parte da justificativa do seu desenvolvimento dessa infecção tardia (Patel et al., 2014).

Ainda assim, pode-se dizer que a ocorrência da infecção das raízes remanescentes é de difícil previsão, pois leva em conta também, fatores inerentes a técnica e a situação das raízes retidas, como por exemplo, a resposta fisiopatológica do organismo e a qualidade da higiene oral do paciente após o procedimento cirúrgico (Barcellos et al., 2019).

2.6 FALHAS DA TÉCNICA

A coronectomia, como todo procedimento cirúrgico, não está livre de complicações e falhas em diferentes etapas da técnica. Inicialmente, um planejamento pré-operatório ineficiente pode ser a primeira falha a ser cometida por profissionais com pouca experiência na execução da cirurgia. Nesses casos, pontua-se a falta de estudo das imagens radiográficas e tomográficas, além do não conhecimento das condições de saúde do paciente, levando a ausência da construção de um protocolo cirúrgico adequado (Monaco et al., 2023).

Seguindo as etapas do procedimento, existe a possibilidade de complicações no transoperatório. A hemorragia durante o procedimento é um acontecimento possível, entretanto, pode ser minimizada com o conhecimento do histórico médico do paciente, como a presença de doenças e medicamentos de uso contínuo que interfiram na coagulação sanguínea, podendo assim, lançar mão de meios para evitar e controlar esse quadro (Nowak et al., 2024). Além disso, a mobilização das raízes é outra falha que ocorre durante a intervenção cirúrgica, geralmente justificada por falta de experiência profissional ou também por alguma dificuldade durante a técnica. Outra falha transoperatória, é a manutenção de esmalte, o que dificulta o reparo (Patel et al., 2013).

Contudo, complicações tardias em decorrência da coronectomia não devem ser desconsideradas, uma vez que são descritas na literatura (Al-Raisi; Shah; Bailey, 2022). Na RS de Long et al. (2012), as falhas mais frequentes citadas foram dor pós-operatória (23,19%), infecção (3,49%) e alveolite (2,24%). Já no trabalho de Barcellos et al. (2019), as falhas com maior percentual compreenderam a exposição radicular devido a migração (53,33%), infecção (10,47%) e dor pós-operatória (9,52%).

A infecção das raízes retidas pode ocorrer devido à exposição do complexo pulpar após a retirada da coroa. Com isso, a câmara pulpar se encontra rompida, e o remanescente do terceiro molar pode ser reconhecido pelo organismo como um corpo estranho, aumentando as chances de uma infecção e ativação do sistema imunológico (Al-Raisi; Shah; Bailey, 2022). Sempre que for constatado que a raiz retida é o foco de infecção, deve ser realizada a remoção da mesma (Patel et al., 2013).

Ademais, quando consideramos a migração radicular do remanescente, é importante salientar que a movimentação vista radiograficamente não é indicativo de necessidade de nova intervenção. Entretanto, quando acompanhada de exposição e sintomatologia, a reoperação é considerada (Barcellos et al., 2019).

O complexo radicular tende a ficar retido no osso mandibular, contudo, a migração dessas raízes pode ocorrer, principalmente quando existe uma falha na formação óssea de reparo na área antes ocupada pelo complexo coronário (Mira; Oltra; Diago, 2023). A RS de Cervera-Espert et al. (2016), trouxe uma análise considerando um ano de pós-operatório de coronectomias, em que a migração radicular teve uma média de 2,9 mm. Já no trabalho de Abu-Mostafa et al. (2021), a migração radicular foi em média de 2,48mm no período específico de cada trabalho incluso na revisão.

Levando em conta esses fatores, quando a migração da raiz é seguida de exposição em meio bucal com distúrbios a mucosa e posterior sintomatologia, considera-se a técnica como falha e a intervenção necessária deve ser realizada (Storino; Faria; Oliveira, 2024). Os índices de migração das raízes retidas são vistos nos estudos com um maior percentual no sexo feminino, por possuírem osso cortical mandibular mais fino quando comparado ao sexo masculino (Carbonare et al., 2017).

Barcellos et al. (2019), trouxe uma média da janela de tempo para ocorrência de falhas após a coronectomia, com um período médio de 10,4 meses. Sendo assim, se faz necessário o acompanhamento a longo prazo de um paciente submetido à técnica, já que a migração das raízes e o aparecimento de processos infecciosos podem ser detectados radiograficamente e, caso seja necessário, o profissional pode abordar precocemente (Monaco et al., 2015).

Ademais, é importante realizar um acompanhamento clínico em concomitância com o radiográfico, já que dentre as complicações da coronectomia, a sintomatologia dolorosa persistente é um fator de importante consideração. Assim, se a dor persistir após dias consideráveis do pós-operatório, e não ceder a analgésicos, deve-se investigar se não existe alguma falha decorrida do procedimento realizado (Barcellos et al., 2019).

2.7 POSSÍVEL SEGUNDA INTERVENÇÃO

O sucesso cirúrgico da coronectomia depende da imobilização dos fragmentos radiculares retidos, além da formação óssea sobre o sítio cirúrgico, sem presença de sintomatologia. Quando esses fatores não são mantidos, a reoperação é considerada como solução para o caso (Mira; Oltra; Diago, 2023). O acompanhamento a longo prazo vai mostrar ao profissional a necessidade de intervir novamente e, para isso, a literatura aponta quais falhas regem a necessidade de reoperação (Leung; Cheung, 2016).

Os principais motivos de uma segunda intervenção são a exposição da raiz ao meio bucal e a infecção periapical (Agbaje et al., 2015). Contudo, outros fatores, como a presença de restos de esmalte do elemento dentário podem causar sintomatologia dolorosa e ser motivo suficiente para uma segunda intervenção cirúrgica. Os pacientes podem apresentar sintomatologia variada, como por exemplo em uma infecção, onde podem surgir dor, secreção purulenta, febre e aumento de volume, além do risco da infecção se disseminar (Nowak et al., 2024). Em contrapartida, a maioria dos pacientes que estão com a raiz exposta em meio bucal não tem sintomatologia dolorosa, porém, pelo risco de infecção, a cirurgia para remoção das raízes é bem indicada (Leung; Cheung, 2018).

As RS de Barcellos et al. (2019) e Abu-Mostafa et al. (2021) trazem, respectivamente, um percentual de reoperação de 5,1% e 6,5%, sendo considerado um índice de reintervenção baixo, resultado esse que deve ser de relevância ao indicar a técnica da coronectomia. Além disso, em um segundo procedimento cirúrgico para extrair as raízes residuais, o dano neurológico ao NAI é mitigado, o que soluciona o problema sem maiores complicações (Barcellos et al., 2019; Monaco et al., 2023).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar o caso de um paciente atendido no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago-HU/EBSERH/UFSC, que apresentou necessidade de remoção da raiz dentária pós coronectomia.

4 RELATO DE CASO

O projeto de relato de caso clínico foi submetido previamente e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 79284224.9.0000.0121 (Anexo 2).

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 26 anos de idade, foi encaminhada pela Unidade Básica de Saúde para a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HU/UFSC/EBSEH, em decorrência de pericoronarite recorrente nos terceiros molares. Na história médica, a paciente revelou possuir asma de grau leve e bronquite, utilizando sulfato de salbutamol para controle. Quanto aos hábitos deletérios, referiu fazer o uso de um cigarro de maconha.

Ao exame físico extraoral, não foi possível observar alterações e qualquer tipo de sintomatologia na palpação da face. Ao exame físico intraoral, notou-se a ausência do 18, 28 e 38, e o 48 semi-erupcionado com sinais de pericoronarite de repetição. Analisando a radiografia panorâmica, percebeu-se o 18, 28 e 38 inclusos e impactados (Figura 1). Além disso, foi constatada presença de alteração no formato das raízes, perda de contorno do canal mandibular e escurecimento das raízes nos elementos 38 e 48, sinais que indicam proximidade das estruturas dentárias com o NAI, o que justificou o pedido de uma TCFC para análise do contato dos terceiros molares inferiores com o canal mandibular, para posterior planejamento cirúrgico.

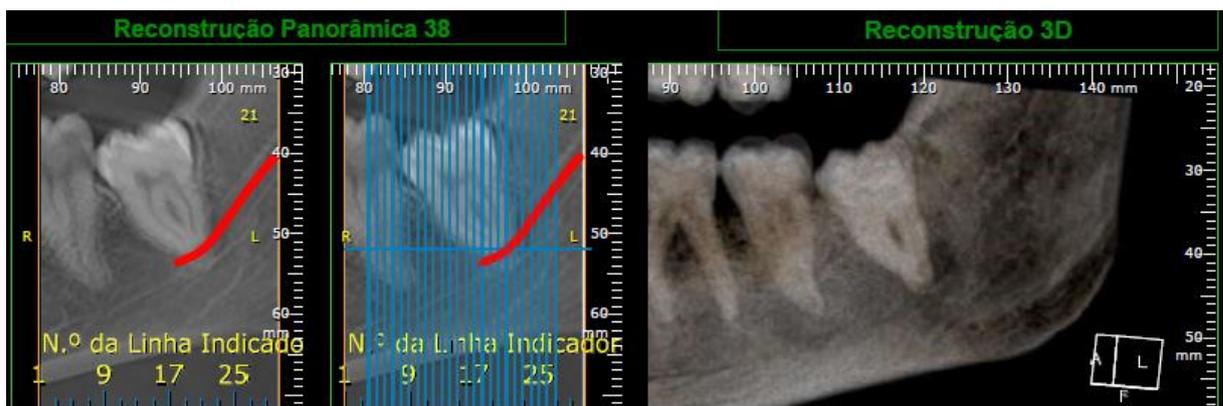
Figura 1 – Radiografia panorâmica inicial demonstrando sinais de proximidade do NAI com os dentes 38 e 48



Fonte: prontuário da paciente, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

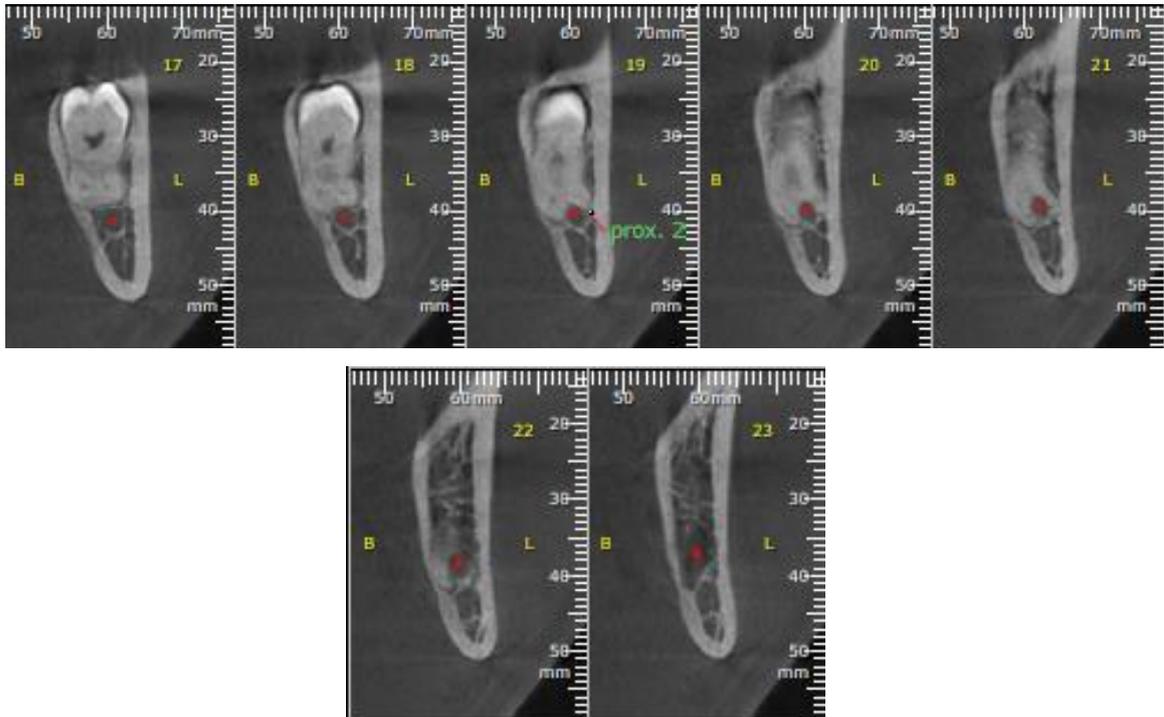
A análise da TCFC do elemento demonstrou o dente 48 com contato apenas com a cortical superior do o canal mandibular. Já o elemento 38 possuía a bifurcação da raiz mesial com íntima relação dos ápices com as corticais superior, vestibular e lingual do canal da mandíbula. Além disso, pode-se analisar na TCFC a mudança no formato do CM, em que ocorreu a diminuição do diâmetro do mesmo (Figuras 2, 3).

Figura 2 – Reconstrução panorâmica e 3D da TCFC do elemento 38



Fonte: prontuário da paciente, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

Figura 3 – Cortes parasagitais de TCFC do elemento 38 apresentando níveis de proximidade do elemento com o canal mandibular



Fonte: prontuário da paciente, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

Após análise dos exames de imagem foi optado pelas exodontias do 18, 28 e 48 e pela coronectomia no elemento 38, que foram realizadas sem intercorrências, com pós-operatório imediato favorável. Contudo, após 5 meses, a paciente retornou ao atendimento relatando sintomatologia dolorosa na região que foi realizada a coronectomia. Referiu que a dor havia iniciado há uma semana, com característica latejante, irradiando para o ouvido, além de dificuldade na abertura bucal.

Ao exame extraoral, constatou-se linfadenopatia ipsilateral. Ao exame físico intraoral, observou-se a região do dente 38 sem sinais flogísticos associados, ausência de supuração e um discreto aumento de volume vestibular. A paciente já tinha recebido medicações na unidade de pronto atendimento para a fase aguda do caso, com analgésico, anti-inflamatório e antibiótico.

Ao analisar nova tomada radiográfica panorâmica, foi constatada área de radiolucidez apical no remanescente radicular do elemento 38, associado à migração radicular de aproximadamente 2,5 mm, com o ápice posicionado acima do canal mandibular, sugerindo a comunicação da parte mesial da raiz com a cavidade oral (Figura 4). Com isso, foi proposta uma nova intervenção cirúrgica para a remoção da raiz residual.

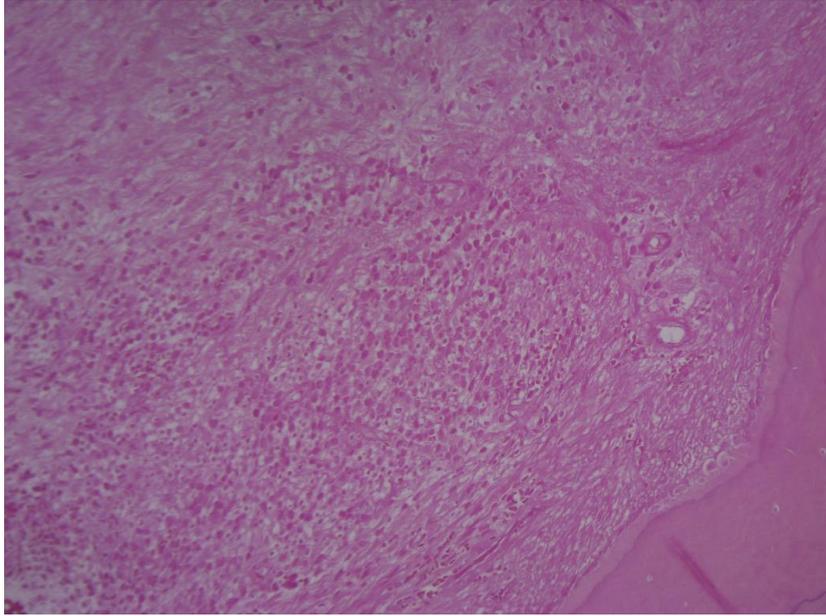
Figura 4 – Radiografia panorâmica indicando migração radicular do elemento 38



Fonte: prontuário da paciente, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC/EBSERH.

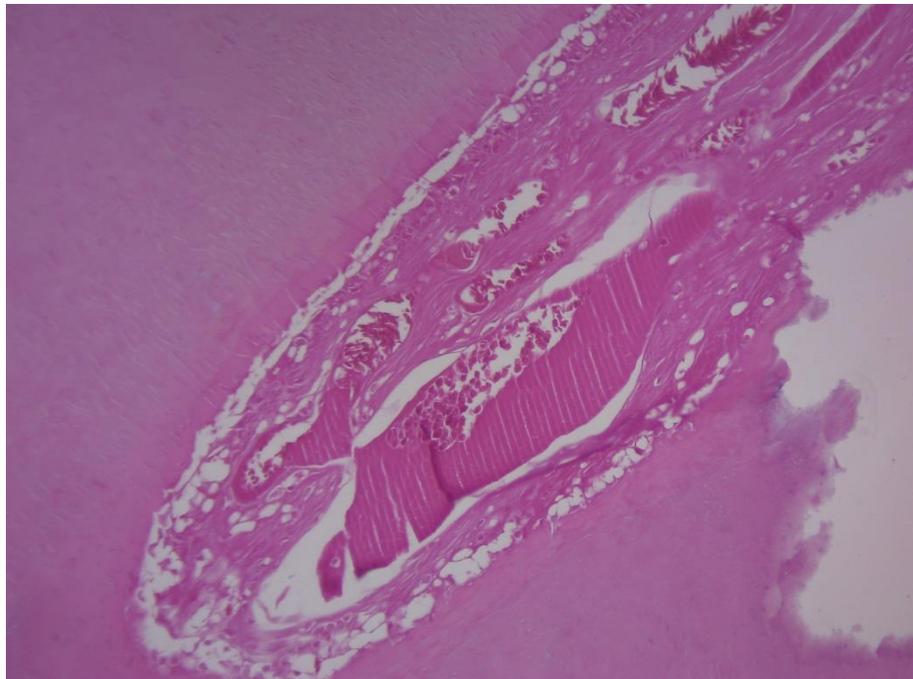
Foi realizada, então, a remoção do remanescente dental, em ambiente ambulatorial, sob anestesia local. O procedimento foi realizado sem intercorrências. Na sequência, a peça cirúrgica foi fixada com formol 10% e enviada para análise histopatológica no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina. A partir dos recortes das lâminas histológicas, pode-se perceber na polpa coronária um extenso infiltrado inflamatório (Figura 5), bem como, em menor grau, na polpa radicular (Figura 6).

Figura 5 – Recorte histológico apresentando polpa coronária do elemento 38 sugerindo extenso infiltrado inflamatório



Fonte: Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC/EBSERH.

Figura 6 – Recorte histológico apresentando polpa radicular inflamada do elemento 38



Fonte: Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina - HU/UFSC/EBSERH.

Em retorno pós-operatório de 7 dias foram constatadas ausência de queixas dolorosas e de parestesia, sanidade dos tecidos moles e um bom reparo da área, compatível com a cirurgia realizada e o tempo transcorrido.

5 DISCUSSÃO

No que tange a Odontologia, a exodontia de terceiros molares e suas técnicas adjuntas são procedimentos amplamente realizados. Como em todo procedimento cirúrgico, existem riscos relacionados e, no caso dos terceiros molares inferiores, seu contato íntimo com o NAI pode gerar uma lesão transitória ou permanente a essa estrutura caso seja removido completamente (Monaco et al., 2023; Al-Raisi; Shah; Bailey, 2022). De acordo com a literatura, o risco de parestesia varia de 0,30-7,7% (Long et al., 2012; Abu-Mostafa et al., 2021; Peixoto et al., 2024).

Para minimizar esse risco, pode-se lançar mão da coronectomia. Descrita por Progel; Lee; Muff (2004), consiste na remoção da coroa e manutenção intencional das raízes do terceiro molar em contato com o NAI. Essa técnica demonstra menor índice de parestesia (0,06-0,54%), quando relacionado à exodontia convencional, além de apresentar resultados semelhantes em relação à dor e infecção (Long et al., 2012; Abu-Mostafa et al., 2021; Peixoto et al., 2024).

A indicação da técnica inicia a partir de uma análise em radiografia panorâmica onde se detecte sinais de proximidade do terceiro molar inferior com o NAI, como estreitamento e desvio do canal mandibular, além da sua interrupção cortical, estreitamento, curvatura e escurecimento das raízes do terceiro molar (Barcellos et al., 2019; Monaco et al., 2023). Desses, no presente caso, foi constatado o estreitamento, desvio e interrupção da cortical do canal mandibular, além do escurecimento das raízes do terceiro molar. A presença de dois ou mais fatores são suficientes para indicar uma TCFC para confirmar a relação da raiz dentária com o NAI (Ghaeminia et al., 2009; Matzen et al., 2013).

Assim, uma TCFC foi solicitada no presente caso, que demonstrou uma relação de retenção do NAI pela raiz dentária, além da diminuição do diâmetro do canal mandibular, o que de acordo com o trabalho de Sklavos et al. (2021), aumentam o risco de parestesia. Desse modo, a coronectomia foi indicada para o dente 38.

Apesar do menor índice de lesão ao NAI utilizando essa técnica, ela não é isenta de falhas e complicações, que podem ocorrer devido a planejamento deficiente, problemas no trans-operatório, como mobilização das raízes, sangramento não controlado e manutenção de esmalte e, principalmente, complicações que acontecem após a cirurgia, como a migração das raízes, infecção, dor persistente, entre outros (Monaco et al., 2023; Nowak et al., 2024; Patel et al., 2013; Barcellos et al., 2019).

Leung; Cheung (2018) analisaram o padrão de migração radicular a longo prazo e, constataram que até 90% das raízes migram, sendo que tal processo ocorre em maior magnitude nos dois primeiros anos pós-operatórios. Além disso, Cervera-Espert et al. (2016) e Abu-Mostafa et al. (2021), trouxeram estudos que afirmam que a migração média das raízes residuais é de 3-4mm. Apesar de não ser considerada uma falha, a migração fisiológica da raiz retida associada a uma possível ausência de formação óssea adequada na área cirúrgica poderia favorecer a comunicação com o meio bucal, deixando a área propensa a uma infecção (Storino; Faria; Oliveira, 2024).

Levando em conta o presente caso, a paciente retornou após 5 meses do procedimento relatando sintomatologia dolorosa na região operada, relacionada à infecção local. Na radiografia panorâmica, observou-se uma migração da raiz de aproximadamente 2,5 mm, o que está de acordo com os trabalhos de Cervera-Espert et al. (2016) e Abu-Mostafa et al. (2021), que indicam uma migração média compatível. Além disso, o tempo transcorrido no caso descrito se assemelha aos estudos que investigaram essa janela de tempo, em que foi visto que a maioria dos casos de reoperação aconteciam nos 6 primeiros meses após a primeira intervenção (Barcellos et al., 2019; Hamad, 2023; Nowak et al., 2024).

Na análise radiográfica pós-operatória do caso, pode-se concluir que com a migração radicular, o ápice já se encontrava acima do limite do canal mandibular, especulando-se que a parte mesial da raiz estabeleceu comunicação com a boca, favorecendo a instalação bacteriana. Assim, indicou-se uma nova intervenção cirúrgica, realizada com sucesso, não provocando parestesia pós-operatória.

Esses achados estão em consonância com as RS realizadas por Long et al. (2012) e Barcellos et al. (2019), que consideram a sintomatologia dolorosa e a infecção como causas para reoperação. Além disso, tais estudos ainda consideram a segunda intervenção uma desvantagem técnica, mas não um fracasso, pois o objetivo de não lesionar o NAI ainda se mantém alcançado e a infecção gerada pela manutenção da raiz é muitas vezes resolvida, assim como ocorreu no presente caso.

A evidência histológica aqui apresentada mostrou um extenso infiltrado inflamatório na polpa coronária e, em menor grau, na radicular. Levando em conta o citado por Patel et al. (2014), acredita-se que as falhas intra-operatórias, como ineficiência da remoção de esmalte residual, prejudicando a correta formação óssea, podem ser uma justificativa plausível ao desenvolvimento dessa infecção tardia, pois nos trabalhos analisados, geralmente os tecidos do remanescente dental se encontravam vascularizados. Além disso, fatores como a resposta

fisiopatológica do organismo e qualidade de cuidados com a higiene oral podem ser referenciados no caso como possíveis preditores da falha.

Através dessas informações, pode-se salientar que a coronectomia é considerada uma boa escolha, quando bem indicada. Contudo, não se deve negligenciar a possibilidade de ocorrer complicações devido a falhas decorridas da técnica ou do preparo do cirurgião-dentista. Com isso, pode se afirmar que o aperfeiçoamento na técnica cirúrgica e um maior conhecimento das possíveis complicações que podem vir a acontecer ainda são discutidos pela literatura, objetivando a necessidade do maior aperfeiçoamento dos profissionais da área (Mira; Oltra; Diago, 2023).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cirurgia de terceiros molares impactados é comum na prática odontológica, sendo assim, dominar formas de mitigar danos a estruturas vitais próximas aos elementos dentários são de suma importância. A coronectomia é descrita como um procedimento cirúrgico seguro e indicado nos casos de terceiros molares inferiores em contato com o NAI, com diminuição do risco de parestesia, sem aumentar a dor e infecção pós-operatórias. Todavia, as falhas e complicações que podem ocorrer nesse tipo de procedimento devem ser conhecidas pelo cirurgião-dentista para que possam ser discutidos previamente com o paciente e, quando presentes, identificadas e solucionadas.

REFERÊNCIAS

- ABU-MOSTAFA, Nedal, et al. “Evaluation of the Outcomes of Coronectomy Procedure versus Surgical Extraction of Lower Third Molars Which Have a High Risk for Inferior Alveolar Nerve Injury: A Systematic Review.” *International Journal of Dentistry*, vol. 2021, 2021, pp. 1–11, doi:10.1155/2021/9161606.
- AGBAJE, Jimoh Olubanwo, et al. “Coronectomy of Deeply Impacted Lower Third Molar: Incidence of Outcomes and Complications after One Year Follow-Up.” *Journal of Oral & Maxillofacial Research*, vol. 6, no. 2, 2015, doi:10.5037/jomr.2015.6201.
- Al-RAISI, Sanaa, et al. “Analysis of Outcomes and Complications of 187 Coronectomies” *Advances in Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 7, no. 100292, 2022, p. 100292, doi: 10.1016/j.adoms.2022.100292.
- BARCELLOS, Bhárbara Marinho, et al. “What Are the Parameters for Reoperation in Mandibular Third Molars Submitted to Coronectomy? A Systematic Review” *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, vol. 77, no. 6, 2019, pp. 1108–1115, doi: 10.1016/j.joms.2019.01.013.
- BERNABEU-MIRA, J. C., et al. “Coronectomy of Impacted Mandibular Third Molars: A Clinical and Radiological Retrospective Case Series Study with 2-9 Years of Follow-Up” *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 2020, pp. 0–0, doi:10.4317/medoral.26159.
- CARBONARE, M., et al. “Injury to the Inferior Alveolar and Lingual Nerves in Successful and Failed Coronectomies: Systematic Review.” *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, vol. 55, no. 9, 2017, pp. 892–898, doi:10.1016/j.bjoms.2017.09.006.
- CERVERA-ESPERT, J., et al. “Coronectomy of Impacted Mandibular Third Molars: A Meta-Analysis and Systematic Review of the Literature.” *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, pp. 0–0, 2016 doi:10.4317/medoral.21074.
- GHAEMINIA, H., et al. “Position of the Impacted Third Molar in Relation to the Mandibular Canal. Diagnostic Accuracy of Cone Beam Computed Tomography Compared with Panoramic Radiography” *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 38, no. 9, 2009, pp. 964–971, doi: 10.1016/j.ijom.2009.06.007.
- GIL, José Nazareno; GIL, Luiz Fernando. Exames Pré-operatórios: exames de imagem. In: GIL, José Nazareno; GIL, Luiz Fernando. *Cirurgia do terceiro molar impactado - passo a passo*. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 2012. Cap. 2, p. 15.
- HAMAD, Shehab Ahmed. “Outcomes of Coronectomy and Total Odontectomy of Impacted Mandibular Third Molars” *International Dental Journal*, 2023, doi: 10.1016/j.identj.2023.07.015.
- LEUNG, Yiu Yan, and Lim Kwong Cheung. “Long-Term Morbidities of Coronectomy on Lower Third Molar.” *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, vol. 121, no. 1, 2016, pp. 5–11, doi:10.1016/j.oooo.2015.07.012.

- LEUNG, Y. Y., and K. Y. Cheung. “Root Migration Pattern after Third Molar Coronectomy: A Long-Term Analysis.” *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 47, no. 6, 2018, pp. 802–808, doi:10.1016/j.ijom.2018.01.015.
- LONG, H., Zhou, Y., Liao, L., Pyakurel, U., Wang, Y., & Lai, W. (2012). Coronectomy vs. Total removal for third molar extraction: A systematic review. *Journal of Dental Research*, 91(7), 659–665. <https://doi.org/10.1177/0022034512449346>.
- MANOR, Yifat, et al. “How Patients Percept Their Recovery Following Impacted Mandibular Third Molar Coronectomy” *The Journal of Craniofacial Surgery*, vol. 27, no. 3, 2016, pp. 671–674, doi:10.1097/scs.0000000000002565.
- MATZEN, L. H., et al. “Influence of Cone Beam CT on Treatment Plan before Surgical Intervention of Mandibular Third Molars and Impact of Radiographic Factors on Deciding on Coronectomy vs Surgical Removal” *Dento Maxillo Facial Radiology*, vol. 42, no. 1, 2013, pp. 98870341–98870341, doi:10.1259/dmfr/98870341.
- MONACO, Giuseppe, MATTIA D’Ambrosio, et al. “Coronectomy: A Surgical Option for Impacted Third Molars in Close Proximity to the Inferior Alveolar Nerve—A 5-Year Follow-up Study” *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, vol. 77, no. 6, 2019, pp. 1116–1124, doi: 10.1016/j.joms.2018.12.017.
- MONACO, Giuseppe, Claudia Angelino, et al. “What Is the Incidence of Late Complications Associated with Lower Third Molar Coronectomy? 10-Year Follow-up Results” *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, vol. 81, no. 10, 2023, pp. 1279–1285, doi: 10.1016/j.joms.2023.06.011.
- MONACO, Giuseppe, et al. “What Are the Types and Frequencies of Complications Associated with Mandibular Third Molar Coronectomy? A Follow-up Study.” *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, vol. 73, no. 7, 2015, pp. 1246–1253, doi:10.1016/j.joms.2015.01.016.
- NOWAK, S. M., Justice, J., Aslam, A., & Suida, M. I. The success rates and outcomes of mandibular third molar coronectomy: 167 cases. *Oral and Maxillofacial Surgery*, 2024 <https://doi.org/10.1007/s10006-024-01244-z>
- PATEL, Vinod, et al. “Histological Evaluation of Mandibular Third Molar Roots Retrieved after Coronectomy” *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, vol. 52, no. 5, 2014, pp. 415–419, doi: 10.1016/j.bjoms.2014.02.016.
- PATEL, Vinod, et al. “Coronectomy Practice. Paper 2: Complications and Long Term Management.” *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, vol. 51, no. 4, 2013, pp. 347–352, doi:10.1016/j.bjoms.2012.06.008.
- PEIXOTO, Alexandre de Oliveira, et al. “Benefits of Coronectomy in Lower Third Molar Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *Journal of Oral and Maxillofacial*

Surgery: *Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, vol. 82, no. 1, 2024, pp. 73–92, doi:10.1016/j.joms.2023.09.024.

POGREL, M. A, LEE, J. S. and MUFF, D. F, “Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve.” *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 62, no. 12, pp. 1447–1452, 2004.

SHOKOUHI, Bizhan, et al. “Coronectomy Root Retrievals: A Review of 92 Cases” *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, vol. 127, no. 3, 2019, pp. 200–209, doi: 10.1016/j.oooo.2018.09.001.

SKLAVOS, Anton, et al. “Degree of Compression of the Inferior Alveolar Canal on Cone-Beam Computed Tomography and Outcomes of Postoperative Nerve Injury in Mandibular Third Molar Surgery.” *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, vol. 79, no. 5, 2021, pp. 974–980, doi:10.1016/j.joms.2020.12.049.

STORINO, Rafael Jordão et al. “Reintervention in unsatisfactory coronectomy 7 months after procedure: case report” *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. Vol. 45, no. 3, 2024, pp. 24-27.

ANEXO 1: ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



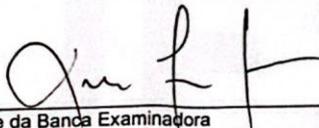
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

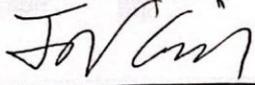
Aos 11 dias do mês de novembro de 2024, às 14 horas, em sessão pública no (a) auditório do CCB desta Universidade, na presença da Banca Examinadora presidida pelo Professor Luiz Fernando Gil e pelos examinadores:

- 1 – José Nazareno Gil,
- 2 – Patrícia dos Santos Cé,

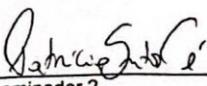
a aluna Milena de Melo Darós, apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado: Falhas em coronectomia: relato de caso e revisão da literatura, como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela APROVAÇÃO do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.



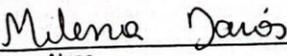
Presidente da Banca Examinadora



Examinador 1



Examinador 2



Aluno

ANEXO 2: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA PARA PESQUISAS EM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Falhas em coronectomia: relato de caso e revisão de literatura.

Pesquisador: Luiz Fernando GI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79284224.9.0000.0121

Instituição Proponente: Hospital Universitario Polydoro Ernani Santhiago

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.871.335

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_312016pdf, de 28/05/2024, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

RESUMO

¿A coronectomia é uma técnica cirúrgica que consiste na remoção apenas da coroa do dente, geralmente um terceiro molar inferior, que apresenta sua raiz em íntima relação com nervo alveolar inferior, objetivando a diminuição do risco de parestesia. Os exames complementares de imagem são de extrema importância para o diagnóstico correto, indicação e planejamento da técnica cirúrgica. Contudo, a coronectomia é susceptível a falhas, sendo as mais comuns a migração da raiz com exposição ao meio bucal, infecção da raiz retida e dor persistente. No entanto, a literatura carece de estudos clínicos, comparações e descrições no caso onde um segundo tempo cirúrgico é necessário devido a falha da técnica, o que contribuiria para os profissionais no sentido da prevenção e melhor tratamentos nesses casos. O presente projeto de relato de caso tem como objetivo, somente após aprovação do CEP/SH-UFSC, descrever o caso de um paciente submetido ao procedimento de coronectomia pela equipe de Cirurgia e

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.871.325

Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), que apresentou infecção no sítio após um ano de preservação, com necessidade de reabordagem. Além disso, pretende-se realizar uma revisão sistemática da literatura acerca da técnica da coronectomia e de suas possíveis falhas.

METODOLOGIA

O presente projeto de relato de caso só se efetivará após aprovação do CEP/SH/UFSC. O caso que será descrito é de um paciente submetido ao procedimento de coronectomia que apresentou infecção no sítio após um ano de preservação, com necessidade de reabordagem. O paciente ainda se encontra sob o monitoramento da equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago-EBSERH-UFSC. Ainda, será realizada uma revisão de literatura na plataforma Pubmed e Scielo com os seguintes termos: "coronectomy" AND "failure" e "coronectomy" AND "complication". Serão selecionados artigos em Inglês, espanhol e português, desde o ano 2000 até a presente data, englobando revisões sistemáticas, estudos retrospectivos com amostra superior a 20 dentes ou prospectivos. Em seguida será realizado um relato descritivo dos achados.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Objetivo Primário:

Este projeto de relato de caso tem como objetivo, se aprovado pelo CEP/SH/UFSC, apresentar o caso de um paciente atendida no serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago-EBSERH-UFSC, que apresentou necessidade de remoção das raízes dentárias pós coronectomia.

Objetivo Secundário:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.071.335

Riscos:

Os riscos deste relato de caso estariam envolvidos com a divulgação e identificação não autorizada pelo paciente. Esses riscos serão minimizados pela obtenção de autorização para uso de imagens por meio de TCLE. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados clínicos e tomarão todas as providências para manter o sigilo. Assim, não serão revelados nome, codinome, iniciais, registros individuais, informações postais, número telefone, endereços físicos ou eletrônicos e fotografias ou figuras de maneira que identifiquem o paciente.

Ainda, a realização desse trabalho poderá implicar para o paciente desconfortos, tais como aborrecimentos e fadiga com a leitura e assinatura de documentos, com retornos em consultas além dos previstos e por responder eventuais questionamentos para a escrita do trabalho.

Benefícios:

A divulgação deste relato de caso poderá proporcionar a disseminação de conhecimento na área em que se insere à comunidade científica e clínica. Esta pesquisa não trará nenhum benefício direto para o paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações retradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa, gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

Trabalho de conclusão de curso de Milena de Melo Daros no curso de graduação em Odontologia, orientada por Lutz Fernando Gil.

Estudo nacional e unicêntrico, retrospectivo.

Financiamento: próprio | R\$ 358,00

País de origem: Brasil

Países participantes: Brasil

Número de participantes no Brasil: 1

Número de participantes no mundo: 1

Previsão de início do estudo: 01/07/2024

Previsão de término do estudo: 05/09/2024

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 232, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.871.338

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As adequações apontadas no parecer anterior foram esclarecidas e resolvidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o CEP/SH/UFSC deverá receber, por meio de notificação, os relatórios parciais sobre o andamento da pesquisa e o relatório completo ao final do estudo.

Qualquer alteração nos documentos apresentados deve ser encaminhada para avaliação do CEP/SH. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e as suas justificativas.

Esclarecemos ainda que a partir de 2024 somente serão aceitos pedidos de prorrogação de prazo feitos dentro do cronograma aprovado, tal como consta no formulário de Informações básicas da Plataforma Brasil. Solicitações de prorrogação de prazo feitas após a última data especificada no cronograma serão sumariamente rejeitadas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P PROJETO_2312016.pdf	28/05/2024 19:14:44		Aceito
Outros	Resposta_Milenaassinado.pdf	28/05/2024 19:03:53	MILENA DE MELO DAROS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostopdf.pdf	19/05/2024 21:32:31	MILENA DE MELO DAROS	Aceito
Declaração de Instituição e	carta_anuenci_hu.pdf	18/04/2024 16:57:11	MILENA DE MELO DAROS	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.071.325

Infraestrutura	carta_anuencia_hu.pdf	18/04/2024 16:57:11	MILENA DE MELO DAROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/04/2024 16:51:17	MILENA DE MELO DAROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	18/04/2024 16:49:50	MILENA DE MELO DAROS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Junho de 2024

Assinado por:
Sharbel Weidner Maluf
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-600
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br