

Peculiaridades sobre a Odontectomia Parcial Intencional: Relato de caso clínico

Peculiarities about Intentional Parcial Odontectomy: A clinical case report

Déborah Rocha Seixas¹; Nathalie Murielly Rolim de Abreu²; Anderson Maikon de Souza Santos³;
Thalles Moreira Suassuna⁴; Tácio Candeia Lyra⁵; José Wilson Noieto⁶.

¹Mestranda em Ciências da Reabilitação, Universidade de São Paulo, Bauru–São Paulo– Brasil

²Mestranda em Clínica Odontológica, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande– Paraíba–Brasil

³Doutorando em Clínica Odontologia (área de Cirurgia Bucomaxilofacial), Universidade Estadual Paulista, Araçatuba – São Paulo – Brasil;Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – Paraíba – Brasil

⁴Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – Hospital Getúlio Vargas; Mestre em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa- Paraíba, Brasil.

⁵Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – Paraíba – Brasil.

⁶Professor Associado do Curso de Odontologia e do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–Paraíba–Brasil

Autor e endereço para correspondência:

José Wilson Noieto –Universidade Federal da Paraíba - Campus I – Departamento de Odontologia Restauradora - Castelo Branco

CEP: 58051900 - João Pessoa - PB - Brasil. Email: drjosewilsonnoieto@gmail.com

Resumo

Introdução: A odontectomia parcial intencional (OPI) visa a remoção da porção coronária do dente, deixando a raiz intacta e vital no interior do alvéolo. Sua principal indicação se dá na abordagem de terceiros molares em íntimo contato com estruturas nobres, principalmente o canal mandibular, diminuindo o risco de lesão ao nervo alveolar inferior (NAI). O objetivo deste trabalho é relatar e discutir tal técnica, e também apresentar um caso clínico. **Relato de caso:** Paciente do gênero feminino, 31 anos de idade, procurou o Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Paraíba para avaliação e conduta em relação ao dente 48, o qual encontrava-se incluso. O exame radiográfico sugeria intimidade da raiz com o canal mandibular, a qual foi confirmada em exame tomográfico. Optou-se pela realização da OPI sob anestesia local, que ocorreu sem intercorrências. O exame radiográfico de acompanhamento de dois anos após a cirurgia demonstrou neoformação óssea entre a crista óssea alveolar e o segmento radicular, além da migração desta última na direção superior de aproximadamente 5mm. **Comentários:** O relato apresentado, assim como os descritos na literatura, sugere que a OPI é uma técnica eficaz e segura, sendo indicada em casos onde há intimidade entre as raízes de terceiros molares inferiores com o canal mandibular, diminuindo as chances de lesão ao NAI e/ou fratura de mandíbula.

Descritores: Odontectomia. Nervo alveolar inferior. Terceiro molar. Dente impactado.



Abstract

Introduction: Intentional partial odontectomy (IPO) aims to remove the coronary portion of the tooth, leaving the root intact and vital inside the socket. Its main indication is third molars in close contact with noble structures, mainly the mandibular canal, decreasing the risk of injury to the lower alveolar nerve. The aim of this paper is to report and discuss intentional partial dentistry, through a clinical case. **Case report:** A 31-year-old female came to the Residency Program in Oral and Maxillofacial Surgery for evaluation and management of tooth 48, which was wisdom. The radiographic examination suggested the intimacy of the root with the mandibular canal. It was decided to perform intentional partial dentistry under local anesthesia, which occurred without complications. The two-year follow-up radiographic examination after surgery showed bone neoformation between the alveolar bone crest and the root segment, in addition to the migration of the latter in the upper direction of approximately 5 mm. **Comments:** The report presented in this paper, as well as the reports described in the literature, suggests that IPO is an ineffective and safe technique, indicated in cases that there is intimacy of the roots of lower third molars with the mandibular canal, decreasing the chances of injury to the lower alveolar nerve and/or mandible fracture.

Keywords: Odontectomy. Inferior alveolar nerve. Thirdmolar. Impacted tooth.

Introdução

A remoção de terceiros molares inferiores sempre foi motivo de muita preocupação pelos cirurgiões devido à relação de proximidade com estruturas nobres peculiares da região, principalmente o nervo alveolar inferior (NAI)¹. As exodontias convencionais apresentam uma incidência de lesão nervosa que varia de uma parestesia temporária (8,1%) a um dano permanente (3,6%)².

Desta forma, passou-se a discutir a real necessidade da remoção integral desses dentes. Neste sentido, Knutsson et al. sugeriram pela primeira vez, em 1989, um procedimento idealizado para reduzir o risco de lesão ao NAI por meio da remoção da porção da coroa do dente, deixando a raiz in situ³, intitulado de odontectomia parcial intencional (OPI) ou coronectomia. A técnica também tem sido adotada em casos de dentes inclusos cuja remoção implique em risco de fratura da mandíbula^{1,2}.

Apesar das vantagens da OPI, existe ainda uma relutância em realizá-la com base no pressuposto de que as raízes residuais podem se tornar uma fonte de infecção no período pós-operatório¹. Desse modo, o presente trabalho tem por finalidade descrever um caso clínico de um terceiro molar inferior do lado direito que apresentava intimidade anatômica com o NAI, no qual a OPI foi adotada com sucesso, além de discutir as peculiaridades da técnica.

Relato de Caso

Paciente de 31 anos de idade, gênero feminino, normosistêmica, procurou o Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal da Paraíba (HULW), localizado na cidade de João Pessoa/PB, para avaliação e conduta do dente 48, o qual encontrava-se em inclusão horizontal. O exame radiográfico sugeriu intimidade da raiz do mesmo com o canal mandibular (figura 1A), pois havia perda da continuidade da cortical óssea do referido canal na região periapical. Para uma avaliação mais precisa, uma tomografia computadorizada de feixe cônico foi solicitada, a qual confirmou a relação íntima das estruturas. (Figura 1B).

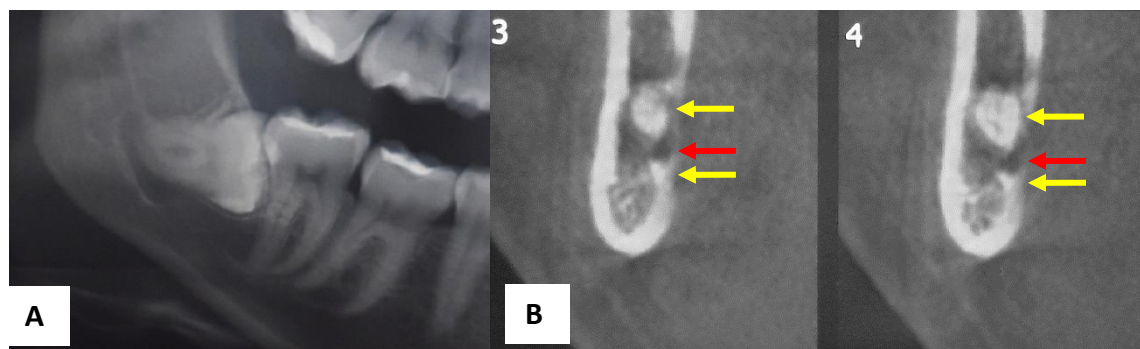


Figura 1. A) Detalhe da radiografia panorâmica sugerindo proximidade da raiz do dente 48 com o canal mandibular. B) Exame tomográfico evidenciando que o canal mandibular (seta vermelha) se encontrava envolvido pelo segmento apical da raiz do dente 48 (setas amarelas).

Diante do observado, optou-se pela realização da OPI, preservando uma distância de aproximadamente três mm entre o remanescente dentário e a crista óssea alveolar. Sob anestesia local, foi realizada uma incisão em “L” (de três pontas), seguida por descolamento mucoperiosteal, expondo o tecido ósseo da região. Com o auxílio de uma broca esférica cirúrgica nº 6 de haste longa (Beavers Dental®, Morrisburg, Canadá), realizou-se a ostectomia em volta da coroa, expondo a região cervical do dente, sob irrigação copiosa com solução salina a 0,9% (Figura 2A). Com uma broca Zekrya de haste longa (28 mm) (Maillefer®, Ballaigües, Suíça), posicionada em uma inclinação de 45°, foi realizada a odontosecção no nível do colo dentário (Figura 2B). Em seguida, a clivagem foi feita com uma alavanca do tipo apexo303 (Quinelato – código: QD415-23), completando a separação da coroa, concluindo em seguida sua remoção de dentro do alvéolo (Figura 2C). A síntese da ferida cirúrgica foi realizada com fio de seda preto 3-0 (Ethicon®, São Paulo, Brasil), com pontos intercalados. No período pós-operatório foram prescritos antibiótico (amoxicilina – 500mg – 8/8h durante 7 dias), anti-inflamatório (ibuprofeno – 600mg – 6/6h durante 4 dias) e analgésico (paracetamol – 750mg – 6/6h durante 4 dias).

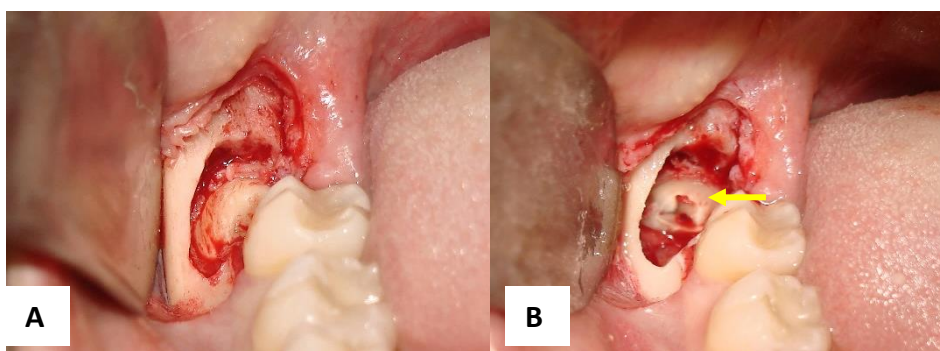


Figura 2. A) Foto do período transoperatório mostrando a ostectomia realizada em volta da coroa do dente 48. B) OPI realizada com a coroa do dente em questão removida, evidenciando o segmento radicular no interior do alvéolo (seta amarela).

O exame radiográfico de acompanhamento após dois anos da cirurgia demonstrou neoformação óssea entre a crista óssea alveolar e o segmento radicular, além da migração da raiz na direção superior de aproximadamente 5mm (Figura 4A), em comparação ao exame radiográfico realizado na semana seguinte ao procedimento cirúrgico (Figura 4B).

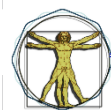


Figura 4. A) Detalhe radiográfico cerca de dois anos após a cirurgia, salientando a migração do segmento coronário em direção da crista óssea alveolar. Notar que a distância do mesmo com o canal mandibular aumentou. B) Detalhe radiográfico no período pós-operatório imediato de uma semana.

Comentários

A OPI vem ganhando popularidade devido à preocupação por parte dos profissionais com distúrbios neurossensoriais relacionados ao NAI após cirurgias de remoção de terceiros molares. Todavia, embora a literatura ressalte o sucesso da técnica, considerando-a previsível, alguns cirurgiões ainda manifestam algum receio em adotá-la^{2,4,5}.

Apesar da existência de outros métodos para a exodontia dos elementos dentários em íntimo contato com o NAI, os mesmos são poucos utilizados. A extração ortodôntica, por exemplo, exige aparelhos complexos e um tratamento ortodôntico-cirúrgico de alta complexidade e pouca previsibilidade⁶. No caso relatado, esta técnica estaria contraindicada devido à dificuldade de ancoragem e tracionamento em razão da impacção horizontal, optando-se pela OPI.

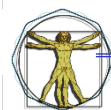


Quando os princípios da odontectomia são obedecidos, o procedimento reduz o risco de lesão nervosa em até 84% dos casos. Ademais, ao contrário do que alguns profissionais especulam, a literatura revela que a OPI apresenta um menor risco de alveolite e sangramento, além de taxas de infecção semelhantes as extrações convencionais⁴. Outros autores⁶ corroboram com tais resultados, e acrescentam ainda como ponto favorável os índices de desconforto pós-operatório menores. A paciente descrita não apresentou complicações pós-operatórias.

Por outro lado, a principal complicação pós-operatória é a migração da raiz em direção à crista óssea alveolar, levando a uma possível intervenção cirúrgica para sua remoção no futuro. Um estudo que avaliou durante quatro anos os resultados das odontectomias de 130 pacientes revelou que as raízes migraram em 31 dos casos. No entanto, a reoperação foi realizada apenas em quatro dos casos, por escolha do paciente⁵. No caso clínico relatado neste trabalho, a raiz migrou cerca de 5mm em um período de dois anos de acompanhamento, mantendo-se coberta com osso neoformado. A literatura evidencia que as raízes migram rapidamente durante os seis primeiros meses após o procedimento, tornando-se estáveis de um a dois anos após a cirurgia, não gerando complicações⁶. Essa desaceleração pode ser atribuída à neoformação óssea que se dá acima das raízes. Desta forma, é recomendado um acompanhamento de, pelo menos dois anos com o objetivo de monitorar a migração radicular. Caso haja a exposição da mesma na cavidade bucal, o procedimento de remoção será de menor complexidade e morbidade ao NAI, visto que o segmento radicular migrou, afastando-se do referido nervo⁷. Apesar dos relatos de migração da raiz, a taxa de reintervenção permanece baixa, com apenas 5% dos pacientes necessitando uma segunda cirurgia^{7,8}.

No entanto, a OPI não está indicada para todos os casos. Pogrel (2007) menciona que, para a realização da técnica, o dente não deve apresentar infecção associada ou mobilidade, visto o risco de reação de corpo estranho. Além disso, caso o dente esteja em uma impacção horizontal, não deve ter contato com o canal mandibular ao longo da raiz, visto o risco de lesão traumática ao NAI durante a odontosecção. Neste trabalho, o dente 48, apesar de apresentar impacção horizontal, não apresentava contato com o canal mandibular ao longo de sua raiz⁹.

Dessa forma, concluímos que a odontectomia parcial intencional mostra-se eficaz e segura, apresentando uma menor morbidade no período pós-operatório, diminuindo as chances de lesão ao NAI e/ou fratura de mandíbula em comparação a exodontia tradicional. No entanto, o paciente precisa de um período maior de acompanhamento visto que há a possibilidade de uma nova intervenção cirúrgica decorrente da migração radicular. Apesar disso, este risco é mínimo, pois a neoformação óssea local desfavorece tal exposição.



Referências

1. Kim H-S, Yun P-Y, Kim Y-K. Intentional partial odontectomy—a long-term follow-up study. *Maxillofac. Plast. Reconstr. Surg.* [Internet]. 2017 Dec;39(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29043245/>
2. O’Riordan BC. Coronectomy (intentional partial odontectomy of lower third molars). *Oral Surgery, Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endodontology* [Internet]. 2004 Sep;98(3):274–280. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15356463/>
3. Sarwar H, Mahmood-Rao S. Coronectomy; Good or bad? *Dent. Update* [Internet]. 2015 Nov 1;42(9):824–828. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26749790/>
4. Pitros P, O’Connor N, Tryfonos A, Lopes V. A systematic review of the complications of high-risk third molar removal and coronectomy: development of a decision tree model and preliminary health economic analysis to assist in treatment planning. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2020 Nov 1;58(9):e16–e24.
5. Cosola S, Kim YS, Park YM, Giammarinaro E, Covani U. Coronectomy of mandibular third molar: Four years of follow-up of 130 cases. *Med.* 2020 Dec 1;56(12):1–8.
6. Kang F, Xue Z, Zhou X, Zhang X, Hou G, Feng Y. Coronectomy: A Useful Approach in Minimizing Nerve Injury Compared With Traditional Extraction of Deeply Impacted Mandibular Third Molars. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2019 Nov 1;77(11):2221.e1-2221.e14.
7. Barcellos BM, Velasques BD, Moura LB, Xavier CB. What Are the Parameters for Reoperation in Mandibular Third Molars Submitted to Coronectomy? A Systematic Review. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2019 Jun 1;77(6):1108–1115.
8. Leung YY, Cheung LK. Coronectomy of the lower third molar is safe within the first 3 years. *J. Oral Maxillofac. Surg.* [Internet]. 2012 Jul;70(7):1515–1522. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22494507/>
9. Pogrel MA. Partial odontectomy. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2007 19(1):85-91.