

A TECNICA DA CORONECTOMIA PARA TERCEIROS MOLARES MANDIBULARES: UM RELATO DE CASO

Luan Heber Cerqueira Leão¹

Marcos Denilson Freire Ramos¹

Vinicius Rabelo Torregrossa²

RESUMO

A coronectomia é uma técnica cirúrgica que implica na remoção da coroa de molares inferiores impactados e/ou inclusos que estejam em íntima proximidade com o canal mandibular. A coronectomia permanece ainda pouco divulgada no meio odontológico, apesar de apresentar vantagens consideráveis na prevenção de complicações relacionadas à parestesias pós-cirúrgicas. Este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico onde foi utilizada a técnica de coronectomia em terceiros molares mandibulares em proximidade com o nervo alveolar inferior, dando ênfase à descrição da técnica em si, indicações e contraindicações. A técnica da coronectomia em terceiros molares mandibulares pode ser indicada nos casos em que os ápices radiculares estejam em íntimo contato com estruturas anatômicas nobres, sendo indicada quando há elevado risco de injúria nervosa. A opção pela coronectomia deve considerar riscos e benefícios desta técnica, e essa decisão deve ser tomada em comum acordo com o paciente e o cirurgião-dentista.

Palavras-chave: Terceiro-Molar, Coronectomia e Nervo Alveolar Inferior

¹Alunos de graduação do curso de Odontologia Centro Universitário UNIFTC, Salvador-BA

E-mail: luanheber14@hotmail.com / marco_denny@hotmail.com

²Docente do curso de Odontologia do Centro universitário UNIFTC, Salvador-BA

E-mail: viniciusrabelotorregrosa@gmail.com

ABSTRACT

CORONECTOMY TECHNIQUE FOR MANDIBULAR THIRD MOLARS: ACASE REPORT

Coronectomy is a surgical technique that involves removing the crown of impacted and/or impacted lower molars that are near the mandibular canal. Coronectomy remains little publicized in dentistry, despite having considerable advantages in preventing complications related to postsurgical paresthesia. This study aimed to report a clinical case where the coronectomy technique was used in mandibular third molars in proximity to the inferior alveolar nerve, emphasizing the description of the technique itself, indications and contraindications. The coronectomy technique in mandibular third molars can be indicated in cases where the root apices are in close contact with noble anatomical structures, being indicated when there is a high risk of nerve injury. The option for coronectomy must consider the risks and benefits of this technique, and this decision must be made in agreement with the patient and the dentist.

Keywords: Third Molar, Coronectomy and Inferior Alveolar Nerve

INTRODUÇÃO

Coronectomia, ou Odontectomia Parcial Intencional, é uma técnica cirúrgica que consiste na remoção da coroa de molares inferiores inclusos e/ou impactados que estejam em íntimo contato com o nervo alveolar inferior, sendo mais utilizada em terceiros molares (SILVA, 2018). Essa técnica foi inicialmente descrita na década de 70 em estudos onde raízes foram sepultadas com o objetivo de preservar a altura do rebordo para a confecção de próteses convencionais. Entretanto, na década de 90, a técnica da coronectomia foi descrita em cirurgias com o intuito de se evitar o risco de lesão ao nervo alveolar inferior (DIAS et al, 2015).

A coronectomia pode ser indicada com a intenção de se evitar parestesias quando um dente apresenta proximidade do nervo alveolar inferior. Outras indicações consistem na intenção de se evitar complicações cirúrgicas em casos específicos, evitando-se cirurgias mais invasivas em casos de rebordo atrófico com risco de fratura, sob circunstâncias preventiva ou paliativa. Em casos preventivos é feito o procedimento de maneira em que, visto a possibilidade de doença periodontal ou carie extensa em raízes com íntimo contato com o nervo é realizada a técnica antes que o dente em questão seja comprometido. O paliativo é indicado quando dentes elegíveis à coronectomia encontram-se ulcerando a mucosa jugal, fragilizando ou com risco de fratura mandibular, crescimentos neoplásicos, periocoronarite ou celulites e com isso deve ser realizado a remoção do dente com urgência (ARAUJO et al, 2019).

Por outro lado, o cirurgião-dentista deve se precaver com as contraindicações da técnica, tais como mobilidade dental, pacientes com idade avançada e/ou sistemicamente comprometidos, ponderando assim o risco de complicações como infecção, fratura óssea ou necessidade de nova intervenção cirúrgica. Cabe-se também a análise de casos onde há a presença de patologias locais, como cistos ou abscessos periapicais, além de riscos de lesões pós-operatórias, cabendo ao cirurgião analisar até onde deve ser utilizada a técnica, tendo em mente os riscos e benefícios que a mesma promove quando comparada à exodontia tradicional (SILVA et al., 2018).

O sucesso da coronectomia deve-se à neoformação óssea sob a raiz remanescente após a remoção da coroa, que deve seguir um protocolo cirúrgico. A técnica consiste na etapa da diérese, onde nela é feita a exposição do dente incluso, em seguida é feita a etapa da exérese, onde nela será realizada a osteotomia em comunhão à odontosecção. A secção da coroa será realizada de maneira horizontal a 45° na face vestibular, 1 a 2 mm da junção amelocementaria, que será realizada de maneira a dividir a coroa das raízes em $\frac{3}{4}$. Em seguida é feita a clivagem com a alavanca apical, enquanto as raízes devem ser mantidas a 3 mm da coroa aquém ao nível da crista óssea. Por último, é realizado a etapa de síntese, fazendo a sutura do alvéolo, buscando o fechamento em primeira intenção da ferida. Durante os próximos 6-12 meses é feito o acompanhamento do paciente para análise do fragmento radicular, que tende a sofrer migração no sentido coronal, afastando-se do canal mandibular. A presença de migração, exposição da raiz na cavidade oral, infecção, ou sintomatologia dolorosa são fatores determinantes se haverá necessidade ou não, de uma segunda sessão da cirurgia para a remoção da raiz (SILVA, 2018).

OBJETIVOS

GERAL:

- Relatar um caso clínico onde foi empregada a técnica cirúrgica de coronectomia em terceiros molares mandibulares em proximidade do canal mandibular.

ESPECÍFICOS:

- Evidenciar a coronectomia como alternativa cirúrgica em casos complexos onde há elevado risco de sequelas cirúrgicas advindas de intervenções tradicionais;
- Demonstrar o procedimento cirúrgico de coronectomia discutindo as suas etapas clínicas de forma reproduzível.

METODOLOGIA

Seleção do voluntário

Foi selecionado um paciente que atendia aos critérios de inclusão do estudo. A seleção e atendimento clínico do voluntário que aceitou participar do estudo ocorreu na clínica-escola do Centro Universitário Faculdade de Tecnologia e Ciências (UNIFTC), no Campus de Salvador/Bahia.

Critérios de Inclusão

- Apresentar terceiro molar inferior incluído e/ou impactado em proximidade com o canal mandibular evidenciado através de exame de imagem específico;
- Disposição em participar do estudo;
- Ter mais de 18 anos de idade.

Critérios de Exclusão

- Não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Não possuir molares inferiores incluídos e/ou impactados;
- Ter idade inferior a 18 anos.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 19 anos de idade, leucoderma, residente em Salvador, Bahia, buscou atendimento na clínica-escola da UNIFTC Salvador com a queixa principal de “retirar os sisos”. Durante a anamnese o paciente não relatou ser portador de quaisquer alterações sistêmicas e/ou estar em uso de medicamentos. Ao exame físico intrabucal foi possível observar os dentes 48 e 38, que se encontravam total e parcialmente erupcionados em boca, respectivamente (**Figura 1**). Os terceiros molares inferiores encontravam-se clinicamente hígidos e sem histórico de traumatismos, infecções e/ou sintomatologia dolorosa. Para o planejamento cirúrgico do caso foram solicitados exames hematológicos como hemograma, coagulograma e glicemia em jejum, além de uma radiografia panorâmica em topo. Devido à proximidade das raízes dos terceiros molares inferiores com o canal mandibular, observada através da radiografia panorâmica (**Figura 2**), foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico(TCFC) (**Figura 3**), com o intuito de caracterizar anatomicamente em detalhes essa relação de proximidade e assim estratificar o risco cirúrgico para o possível desenvolvimento da parestesia como complicação pós-operatória.



Figura 1: Imagem clínica da unidade 48 erupcionada.



Figura 2: Radiografia panorâmica mostrando a proximidade das unidades 48 e 38 com o canal mandibular.

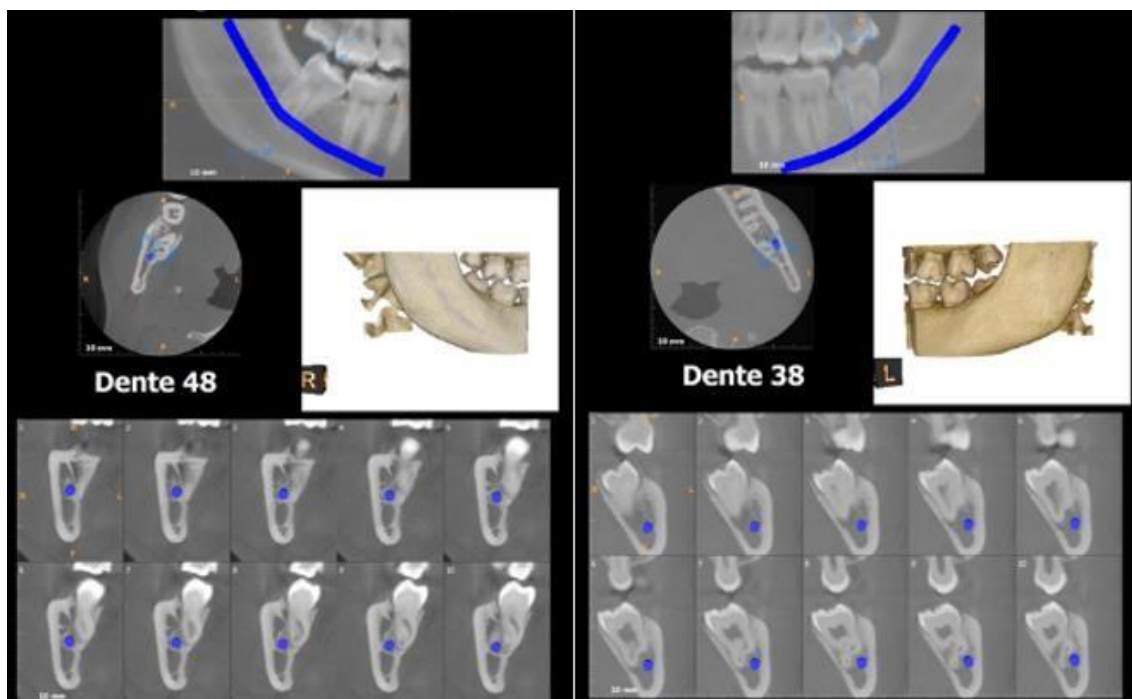


Figura 3: Tomografia computadorizada de feixe cônico demonstrando com maior precisão a íntima relação da raiz com o canal mandibular.

Na consulta de retorno do paciente foi possível avaliar a TCFC previamente solicitada, que confirmou o íntimo contato dos ápices radiculares dos dentes 38 e 48 com o canal mandibular. O paciente foi devidamente informado sobre o risco de desenvolvimento da parestesia pós-operatória. Diante do receio apresentado pelo paciente em virtude deste risco, foi oferecida como alternativa terapêutica a coronectomia para os dentes em questão. O planejamento consistiu em duas sessões, sendo que a primeira etapa inclui a remoção dos terceiros molares superiores e coronectomia propriamente dita dos terceiros molares inferiores. Para o procedimento de coronectomia foram bloqueados os nervos alveolar inferior, bucal, lingual, além das técnicas anestésicas infiltrativas regionais. Posteriormente, foi confeccionado um retalho em espessura total tipo Newman (**Figura 4a**) e iniciada a osteotomia periférica ao redor do dente 48 com a broca cirúrgica 702 montada em uma peça de alta rotação, seguida da remoção da coroa através da odontoseção utilizando a broca numa inclinação de 45° na face vestibular, 1 a 2 mm da junção amelocementária, no sentido vestibulo-lingual, de maneira a dividir a coroa das raízes em $\frac{3}{4}$ (**Figura 4b**). Em seguida é feita a clivagem do fragmento coronário com a alavanca seldin reta. Após isto, foi realizado um desgaste do remanescente dental com vistas a remover todo o esmalte restante, deixando a

dentina radicular a três milímetros aquém do nível da crista óssea (**Figura 4c**). Por último, foi realizada a etapa da síntese com um fio de Seda 3-0, sendo realizada a técnica da sutura festonada para o fechamento completo da ferida cirúrgica (**Figura 4d**). O mesmo procedimento foi realizado no dente 38.

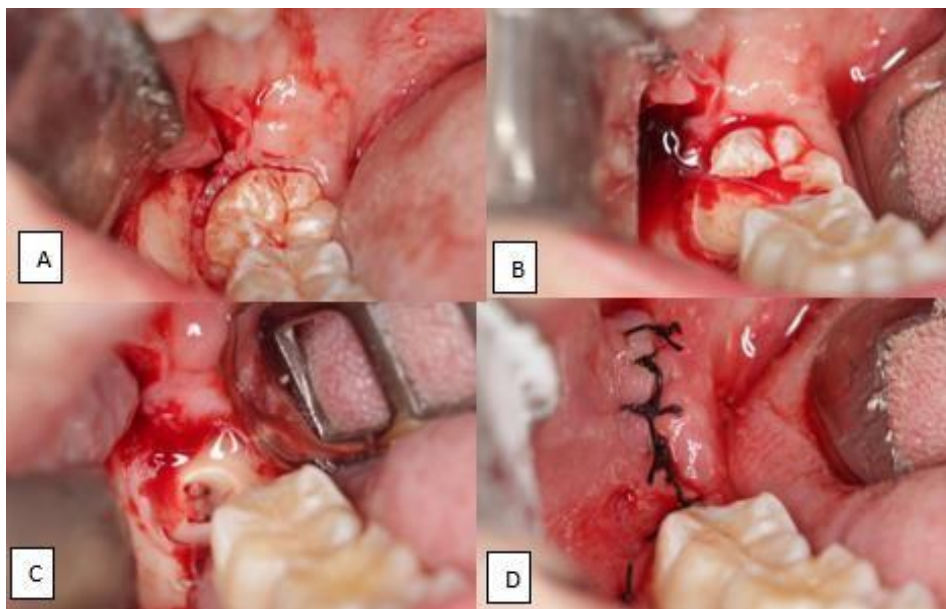


Figura 4 a) Descolamento do tecido mole, evidenciando o ramo da mandíbula b) Coronectomia parcialmente realizada c) Alvéolo com o resto radicular d) Sutura realizada para fechar a ferida.

Foi recomendado que o paciente realizasse uma nova radiografia panorâmica (**Figura 5**) seis meses após a cirurgia para acompanhamento radiográfico dos remanescentes radiculares, que deverá ser repetida periodicamente a cada seis meses para que possa ser avaliada as raízes remanescentes. Adicionalmente, o paciente foi informado sobre a possibilidade de uma nova cirurgia, caso os remanescentes fiquem expostos no meio bucal, ou causem dor e/ou infecção. A partir da análise da radiografia panorâmica feita seis meses após a cirurgia somado à avaliação clínica, foi optado pela realização das exodontia das raízes remanescentes em uma nova sessão, visto que as raízes migraram coronalmente e ficaram exposta no meio bucal (**Figura 6**). Sendo assim, o mesmo protocolo anestésico da primeira sessão foi aplicado e, em seguida, foi feita uma incisão relaxante, a fim de descolar o tecido mole que parcialmente recobria a raiz remanescente. Foi realizada a osteotomia com a broca esférica nº 8 para que fosse criado um ponto de apoio para a alavanca seldin reta, onde, com o movimento de roda e eixo, o dente foi luxado e assim feita a sua remoção com o fórceps nº 69. Na etapa de síntese foram realizadas suturas simples.



Figura 5: Na radiografia é mostrada a ausência dos terceiros molares superiores e a presença apenas das raízes dos terceiros molares inferiores. Nota-se ainda que o ápice das raízes está mais afastado por conta da migração coronal dos restos radiculares



Figura 6: Na fotografia é mostrada de maneira clínica o fragmento radicular remanescente parcialmente em boca

DISCUSSÃO

Devido às complicações pós-cirúrgicas que podem acontecer em exodontias de dentes inclusos e/ou impactados, a utilização de métodos cirúrgicos alternativos vem sendo cada vez mais discutida com o intuito de se amenizar ou mesmo evitar potenciais complicações, como a parestesia. Este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico onde foi empregada a técnica cirúrgica de coronectomia para terceiros molares mandibulares, elucidando e discutindo as indicações desta técnica, que pode ser uma alternativa eficaz em terceiros molares com íntima proximidade do canal mandibular.

Um dos fatores determinantes para a escolha da coronectomia como uma alternativa cirúrgica pode ser a classificação de Winter e a de Pell e Gregory. A Classificação de Winter é utilizada para uma análise da angulação do dente, classificando o terceiro molar de acordo com a angulação do seu longo eixo em relação à angulação do longo eixo do segundo molar já a classificação de Pell e Gregory classifica os terceiros molares de acordo com dois fatores: A relação do terceiro molar com o ramo mandibular e a profundidade de impacção (MARTINS, 2019). Winter classificou quando o longo eixo do terceiro molar estiver paralelo ao segundo molar, estará em uma posição vertical, se estiver medial será Mesioangular, quando estiver voltado para distal será distoangular, contudo, se o dente estiver perpendicular a sua posição será horizontal. Além disso o dente pode ser classificado como vestibuloversão e linguoversão, se estiverem voltados para vestibular e lingual, respectivamente (Gomes, 2022). A classificação de Pell e Gregory, em 1933, foi baseada na relação do terceiro molar incluso com a superfície oclusal do segundo molar adjacente (posição A, B e C) e a relação do terceiro molar com a borda anterior do ramo mandibular (classe I, II e III) (Farias, 2003; Freitas et al., 2020). Nesse relato as unidades 48 e 38 respectivamente, foram classificados como mesioangular e vertical de acordo com Winter e de acordo com Pell e Gregory as duas unidades foram classificados como classe I e classe A.

A parestesia é uma das complicações pós-operatórias possíveis em extração de terceiros molares mandibulares (PEREIRA, 2018). Ela pode ocorrer durante uma exodontia, em casos onde há uma injúria nervosa majoritariamente durante a cirurgia (MOURA, 2020). A partir dessa injúria, o sintoma normalmente apresentado pelo paciente é a perda transitória ou definitiva da sensibilidade de tecidos moles e duros, a depender no nervo comprometido. A grande incidência

de complicações cirúrgicas, como a parestesia, foi relatada em técnicas cirúrgicas empregadas em dentes com proximidade ao canal mandibular, como terceiros molares. Esta complicação pode chegar a ter grande impacto na qualidade de vida dos pacientes, influenciando suas atividades diárias, como alimentação e sensibilidade aos alimentos (PALMERA, 2021). Nos casos em que houver a parestesia, pode-se optar por alguns tratamentos que variam de acordo com sua etiologia. A principal delas é a acupuntura, que pode ser aplicado isoladamente ou juntamente com outros medicamentos, um deles é a ETNA que pode ser utilizado para tratar parestesia do nervo alveolar inferior, quanto do nervo lingual (CASTRO et al., 2015). Em casos que for necessário e houver a indicação, apresentar ao paciente a opção de técnicas cirúrgicas alternativas como ferramenta para minimizar os riscos de parestesia, como foi realizado nesse relato.

De acordo com Mascarenhas e outros autores (2020), a técnica da coronectomia é uma alternativa eficaz em casos de terceiros molares com aproximação ao nervo alveolar inferior e que pode se esperar uma migração considerável da raiz e a realização de uma segunda sessão cirúrgica. No presente trabalho, os autores utilizaram a técnica de coronectomia devido ao risco de parestesia pós-operatória, atingindo sucesso neste quesito, mesmo com a necessidade de uma segunda intervenção cirúrgica para remover as raízes que migraram coronalmente.

Na técnica da coronectomia é necessária a secção e remoção da coroa, seguida da regularização da raiz remanescente com a remoção de arestas para que a mesma fique cerca de 3 a 4 mm aquém da margem óssea dos dentes com proximidade ao canal mandibular sendo assim, a raiz remanescente é sepultada no alvéolo (PACCI, 2014). Em alguns casos, onde há uma neoformação óssea considerável, havendo uma grande migração das raízes remanescentes, se afastando assim do canal mandibular, pode ser necessária uma nova cirurgia sem o risco de parestesia ao paciente (LEE, 2021). Segundo Leung, (2018) a taxa de erupção dessas raízes em boca é de até 36 meses, e após esse período a migração das raízes é praticamente nula. No presente trabalho, foi observado que durante os primeiros seis meses houve uma migração considerável, sendo necessário uma segunda cirurgia para remoção do resíduo radicular

Um dos exames complementares que mais faz parte do dia a dia clínico em um consultório odontológico são as radiografias panorâmicas e as

tomografias (SANTOS, 2020). É a partir da radiografia panorâmica que a arcada do paciente é avaliada como um todo, incluindo a análise para planejamento cirúrgico dos casos que deverá incluir o estudo da anatomia radicular, assim como a proximidade do seu ápice com inervações adjacentes (FERRAZ, 2019). Quando essa proximidade é identificada, a requisição da TCFC pode ser necessária com o intuito de se analisar em maior detalhes através de cortes transversais a área desejada (VIEIRA, 2020). Para o acompanhamento clínico-radiográfico pós-coronectomia apenas a radiografia panorâmica pode ser requisitada para a avaliação do remanescente radicular. Neste relato de caso clínico foi utilizado a radiografia panorâmica para se dar início ao diagnóstico, e em seguida foi realizada a TCFC para que com maior precisão pudesse ser identificado a localização do nervo, após a cirurgia foram solicitadas novas radiográficas panorâmicas a cada seis meses para que pudesse ter uma avaliação mais apurada do caso.

Após o período da cirurgia em que ocorre a remoção da coroa e o sepultamento da raiz deve ser feito o acompanhamento do paciente durante 7, 90, 360 e 720 dias, onde ao final desse período, uma nova radiografia panorâmica deve ser requisitada, onde nela é avaliada a neoformação óssea e o estado em que se encontra o resto radicular (MOURA, 2020). O autor ainda afirma que por conta da migração, o resto radicular pode chegar a erupcionar, permanecendo em posição onde antes a coroa dentária se estabelecia, no caso em questão, após primeira sessão cirúrgica, houve a necessidade uma segunda sessão cirúrgica, para que a raiz não ficasse exposta no meio bucal.

Apesar dos grandes benefícios da coronectomia como técnica cirúrgica alternativa, ela pode ser contraindicada em algumas situações específicas. Segundo Pogrel (2007) em casos que após a remoção da coroa é perceptível uma mobilidade nas raízes ou se ocorrer uma luxação das raízes no momento da coronectomia propriamente dita, o seu sepultamento estará contraindicado, pois o organismo pode identificar as raízes como um "corpo estranho" e causar um processo inflamatório com formação de tecido de granulação, dificultando a cicatrização pós - cirúrgica. Onde não é possível a remoção total do esmalte dentário, a coronectomia também é contraindicada, pois o esmalte dificulta a neoformação óssea sobre as raízes e está associada a um maior risco de falha na técnica (BORGES, 2021). As raízes remanescente também não podem estar com nenhum tipo de comprometimento como cáries, periodontites e lesões periapicais (PACCI, 2014). Outros motivos para a não utilização da técnica é o

estado de saúde do paciente, fatores como diabetes mellitus descompensado, ser portador de HIV, infecções sistêmicas e problemas neuromusculares (SILVA, 2018). Em casos em que os dentes encontram-se em classe III de Pell e Gregory, a técnica está contraindicado pois teria que realizar uma osteotomia mais extensa para ter visualização da unidade, tornando o procedimento mais invasivo. No caso em questão foi visto que o paciente se encontrava apto, uma vez que durante o seu exame clínico, foi visto que o mesmo não apresentava quaisquer risco para uma possível complicação cirúrgica.

CONCLUSÃO

- A coronectomia em terceiros molares mandibulares inclusos e/ou impactados com íntima relação com o nervo alveolar inferior é uma técnica alternativa que, com bom planejamento, pode ser indicada em casos específicos onde há um risco de lesão ao NAI.
- O cirurgião dentista deve esclarecer o paciente com relação a possibilidade de uma segunda sessão cirúrgica e sobre o resto radicular que permanecerá
- A migração coronária das raízes pode acontecer, podendo ocorrer uma segunda sessão cirúrgica para a remoção do resto radicular antes sepultado
- Outras complicações pós-operatórias e o estado sistêmico do paciente podem pesar negativamente na decisão pela realização desta técnica.
- O profissional deve interpretar corretamente os exames para que assim seja visto quando de fato há a necessidade ou não do uso da técnica.

REFERÊNCIAS

- Borges, L. G., Fontana, T. P., & Piardi, C. C. (2022). Coronectomia: uma Técnica Cirúrgica Conservadora-Revisão da Literatura. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 11(2), 215-219.
- Castro, A.L.F. *Parestesia do nervo alveolar inferior pós cirurgia de terceiros molares impactados*. 2014. 45f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014.
- Cervera-Espert J, Pérez-Martínez S, Cervera-Ballester 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*, (2016), e505-e513, 21(4).
- Dias-Ribeiro E, Ferreira Rocha J, Paula Simões Corrêa A, et al. Coronectomia em terceiro molar inferior: relato de casos. *Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery-BrJOMS*, (2015), 49-54, 15(2).
- Ferraz, T. M., Carneiro, L. S., Stecke, J., Rayes, N., & de Oliveira, G. B. (2019). Achados na radiografia panorâmica indicam tomografia computadorizada no pré-operatório de terceiro molar inferior: relato de caso. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 28(84).
- Filho M, Neto I, Melo L, et al. A importância da odoncossecção em exodontia de terceiros molares: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, (2021), 13100-13112, 7(2).
- Lee N, Jung S, Park K, Choi Y, Huh J, Park W. Factors affecting root migration after coronectomy of the mandibular third molar. *Medicine*, (2021), e25974, 100(20).
- Leung, Y. Y., & Cheung, K. Y. (2018). Root migration pattern after third molar coronectomy: a long-term analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 47(6), 802-808.
- Mascarenhas C, Andrade G, Gaspar B, Laranjeira L, Martins Neto J. Coronectomia em terceiro molar inferior: uma alternativa cirúrgica. *Brazilian Journal of Health Review*, (2020), 5562-5575, 3(3).
- Moura L, Velasques B, Barcellos B et al. Outcomes after mandibular third molar coronectomy. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, (2020), 68.
- Pacci, R. C., Pacci, R. W., Melzer, R. S., & Milani, C. M. (2014). Coronectomia em terceiros molares inferiores: Relato de dois casos. *Odonto*, 22(43-44), 101-106.
- Palmeira, Júlia Tavares et al. Parestesias associadas com procedimentos odontológicos: uma revisão integrativa de

literatura. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, v. 22, n. 1, p. 245-252, 2021.

- Pereira, Estéfany Louíse et al. Extração cirúrgica de terceiro molar com septo ósseo inter-radicular espesso: relato de caso. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, v. 7, 2018.
- Pogrel, M. A. (2007). Partial odontectomy. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics*, 19(1), 85-91.
- Santos, L. T. O., Oliveira, P. S. A., Carvalho, L. P., Santos, L. O., Castro, K. M. A. S., & de França, M. M. C. (2020). Exames de imagens como diagnóstico complementar na odontologia. *Scientia Generalis*, 1(S1), 57-57.
- Silva W. Coronectomia: Um relato de caso. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, (2018), 7.
- Vieira, Aline Lisboa et al. Influência de diferentes exames por imagem no planejamento cirúrgico de terceiros molares inferiores: uma revisão de literatura. *HU Revista*, v. 46, p. 1-8, 2020.

ANEXO

(Aceite do Comitê de Ética em Pesquisa)



INSTITUTO MANTENEDOR DE
ENSINO SUPERIOR DA BAHIA
- IMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TÉCNICA DA CORONECTOMIA PARA TERCEIROS MOLARES MANDIBULARES:
UM RELATO DE CASO

Pesquisador: Vinicius Rabelo Torregrossa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63769222.8.0000.5032

Instituição Proponente: Faculdade de Tecnologia e Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.730.857

Apresentação do Projeto:

A coronectomia é uma técnica cirúrgica que implica na remoção da coroa de molares inferiores impactados e/ou inclusos que estejam com grande proximidade ao canal mandibular. A coronectomia foi recentemente descoberta e permanece pouco conhecida por alguns cirurgiões dentistas, apesar de apresentar vantagens consideráveis no meio odontológico. A técnica é utilizada com o intuito de diminuir consideravelmente as chances de parestesia, trismo ou de um procedimento cirúrgico mais invasivo.

Objetivo da Pesquisa:

Relatar um caso clínico onde foi empregada a técnica cirúrgica de coronectomia em terceiros molares mandibulares em proximidade do canal mandibular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pode-se destacar os riscos inerentes ao tratamento cirúrgico proposto, comuns a procedimentos executados na região maxilofacial, assim como o risco inerente à administração de medicamentos prescritos no período perioperatório, que poderão incluir a presença de: sangramentos, hematomas, edema, dor e desconforto na região operada, risco de lesões temporárias e/ou permanentes de feixes nervosos, parestesias transitórias ou permanentes, infecções pós-operatórias, retardo cicatricial e reações medicamentosas

Endereço: Avenida Luis Viana Filho. 8812. Mód I Nível III

Bairro: Paralela

CEP: 41.730-101

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3281-8214

Fax: (71)3281-8213

E-mail: cep@ftc.edu.br

Continuação do Parecer: 5.730.857

adversas. Caso haja intercorrências transoperatórias, serão tomadas todas as medidas para conter um possível agravamento delas através de suporte odontológico irrestrito pela equipe de Odontologia da UniFTC e, no caso de emergências de ordem médica, o paciente poderá ser encaminhado para uma unidade de referência de pronto-atendimento médico especializado. Na presença de complicações pós-operatórias, o paciente será prontamente orientado a retornar à clínica de Odontologia da UniFTC para que uma avaliação diagnóstica e terapêutica adequada sejam implementadas no intuito de se evitar sequelas cirúrgicas. Levando em consideração a preservação, o voluntário será orientado que deverá manter contato regular com os professores e alunos envolvidos no atendimento, caso não possa comparecer presencialmente às consultas de retorno que serão agendadas. Poderão ser solicitados novos exames de imagem intrabucais e extrabucais para controle da evolução clínica, assim como o agendamento de novas consultas extras em caso de evolução inesperada do processo cicatricial, ou no caso de complicações pós-operatórias inesperadas. Riscos inerentes ao constrangimento e quebra de confiabilidade serão minimizados, através do compartilhamento de informações clínicas apenas com os estudantes e professores envolvidos no atendimento e condução do caso.

Os benefícios relacionados à participação do paciente no estudo estarão relacionados à contribuição com informações clínicas valiosas e inéditas para a comunidade científica, que poderão ser apresentadas em congressos científicos, assim como através da publicação de artigos científicos em periódicos nacionais e/ou internacionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pertinente, já que relata uma técnica para minimizar riscos em um procedimento operatório.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a folha de rosto da CONEP com dados e assinatura da Pesquisadora Responsável e dados e assinatura do responsável da Instituição Proponente da proposta com carimbo.

Apresenta cadastro na Plataforma Brasil de todos os pesquisadores.

Apresenta declaração assinada de ciência aos termos da Resolução 466/12 do orientador e demais participantes.

Apresenta declaração de não iniciada a coleta de dados.

Apresenta projeto completo.

Cronograma e orçamento em conformidade.

Endereço: Avenida Luis Viana Filho, 8812, Mód I Nível III

Bairro: Paralela

CEP: 41.730-101

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3281-8214

Fax: (71)3281-8213

E-mail: cep@ftc.edu.br

Continuação do Parecer: 5.730.857

O TCLE apresenta conformidade com a resolução.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este parecer foi elaborado com base na versão do Projeto apresentado pelo pesquisador responsável ao CEP/IMES e não poderá ser alterado após a aprovação final.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1954489.pdf	25/09/2022 20:06:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_principal.pdf	25/09/2022 20:05:49	Vinicius Rabelo Torregrossa	Aceito
Cronograma	Cronograma_novo.docx	25/09/2022 20:03:38	Vinicius Rabelo Torregrossa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_assinado.pdf	23/08/2022 14:37:42	Vinicius Rabelo Torregrossa	Aceito
Outros	Prontuario_Lucas.pdf	23/08/2022 14:33:28	Vinicius Rabelo Torregrossa	Aceito
Outros	Questionario_Lucas_Baptista.pdf	23/08/2022 14:32:47	Vinicius Rabelo Torregrossa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_coordenador.pdf	28/06/2022 23:57:50	Vinicius Rabelo Torregrossa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Participacao.pdf	28/06/2022 23:57:21	Vinicius Rabelo Torregrossa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Orientador.pdf	28/06/2022 23:57:05	Vinicius Rabelo Torregrossa	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/06/2022 23:55:37	Vinicius Rabelo Torregrossa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/06/2022 23:54:18	Vinicius Rabelo Torregrossa	Aceito

Endereço: Avenida Luis Viana Filho, 8812, Mód I Nível III

Bairro: Paralela

CEP: 41.730-101

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3281-8214

Fax: (71)3281-8213

E-mail: cep@ftc.edu.br



INSTITUTO MANTENEDOR DE
ENSINO SUPERIOR DA BAHIA
- IMES



Continuação do Parecer: 5.730.857

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 30 de Outubro de 2022

Assinado por:
ROBINSON MORESCA DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Luis Viana Filho, 8812, Mód I Nível III

Bairro: Paralela

CEP: 41.730-101

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3281-8214

Fax: (71)3281-8213

E-mail: cep@ftc.edu.br