

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Cristina Ribeiro de Souza

**COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DE TERCEIRO
MOLAR EM POSIÇÃO ECTÓPICA:
revisão de literatura**

**Taubaté-SP
2020**

Cristina Ribeiro de Souza

**COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS DE TERCEIRO
MOLAR EM POSIÇÃO ECTÓPICA:
revisão de literatura**

Trabalho de Graduação, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia

Orientação: Prof.Dr. Afonso Celso Souza de Assis

**Taubaté-SP
2020**

SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

S729c

Souza, Cristina Ribeiro de
Complicações cirúrgicas de terceiro molar em posição ectópica /
Cristina Ribeiro de Souza. – 2020.
37f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento
de Odontologia, 2020.
Orientação: Prof. Dr. Afonso Celso Souza de Assis, Departamento
de Odontologia.

1. Cirurgia oral. 2. Complicações cirúrgicas em odontologia. 3.
Terceiro molar ectópico. I. Universidade de Taubaté. III. Título.

CDD – 617.522

Cristina Ribeiro de Souza

Complicações Cirúrgicas de Terceiro Molar em Posição Ectópica:revisão de literatura

Data: __27/08/2020_____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.Afonso de Assis Universidade de Taubaté

Assinatura

Prof.Mario Celso Peloggia_____Universidade de Taubaté

Assinatura

Prof.Nivaldo André Zöllner_____Universidade deTaubaté

Assinatura

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a todos que oraram por mim neste período de aprendizado, que foi muito difícil. Graças a Deus consegui concluir mais esta etapa da minha vida.

Aos meus familiares e amigos, que sempre acreditaram no meu potencial.

Em especial, ao meu marido, pois se não fosse por ele e com ele, eu não teria conseguido chegar até o fim.

Também ao meu orientador Dr. Afonso Celso Souza de Assis.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é uma palavra linda que uso aqui para expressar o quanto eu sou grata à Professora Isabel R.S. Amaral pela disponibilidade demonstrada durante a elaboração do meu Trabalho de Graduação. A ela, todo meu carinho e admiração. Também agradeço ao corpo docente da Faculdade de Odontologia da Universidade de Taubaté, que contribuiu para minha formação acadêmica.

RESUMO

O presente, por meio de revisão de literatura, tratou sobre a etiologia e as complicações cirúrgicas de terceiro molar em posição ectópica. A ectopia que se caracteriza como um mal posicionamento no arco dental pode ocorrer na maxila ou na mandíbula. Sua etiologia não está ainda devidamente esclarecida, porém a literatura descreve como causas mais relevantes as anomalias e os traumas; podem ou não estar associadas aos cistos dentígeros. A literatura pesquisada asseverou a importância de um bom planejamento cirúrgico em todos os casos de procedimentos invasivos; de modo especial, quando se trata de terceiro molar inferior, é importante atentar para a ocorrência de parestesia do nervo alveolar inferior como uma das complicações mais frequentes, com índices de frequência variando de 0,4% a 8,4%. Mostrou ainda que há casos que demandam procedimento em ambiente hospitalar, devido à alta complexidade do procedimento cirúrgico a ser realizado.

Palavras-chave: Terceiro molar ectópico. Cirurgia de terceiros molares. Complicações cirúrgicas em odontologia.

ABSTRACT

The present, through a literature review, dealt with the etiology and surgical complications of the third molar in an ectopic position. Ectopia that is characterized as a poor positioning in the dental arch can occur in the maxilla or mandible. Its etiology is not yet properly clarified, but the literature describes anomalies and traumas as the most relevant causes; may or may not be associated with dentigerous cysts. The researched literature asserted the importance of good surgical planning in all cases of invasive procedures; in a special way, when it comes to the lower third molar, it is important to note the occurrence of paresthesia of the lower alveolar nerve as one of the most frequent complications, with frequency rates ranging from 0.4% to 8.4%. It also showed that there are cases that require a procedure in a hospital environment, due to the high complexity of the surgical procedure to be performed.

Keywords: Ectopic third molar. Third molar surgery. Surgical complications in dentistry.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 PROPOSIÇÃO E JUSTIFICATIVA	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
3 DISCUSSÃO	27
4 CONCLUSÕES.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

INTRODUÇÃO

Terceiros molares ectópicos são dentes mal posicionados em relação ao osso alveolar, pois seu desenvolvimento se dá com interação complexa entre o epitélio bucal e o tecido mesenquimal subjacente. Terceiros molares inferiores ectópicos são considerados uma condição rara, acometendo apenas 1% da população (MARTINS et al., 2012).

Os terceiros molares ectópicos podem permanecer assintomáticos ou, em algum momento, passarem a causar desconforto ao paciente, que se queixa de dificuldade de abrir a boca, de mastigar, ou apresenta dores de ouvido e ou dor difusa e irradiada na região posterior da mandíbula ou da maxila, inclusive na gengiva.

Assim, os terceiros molares ectópicos devem ser removidos, mediante um planejamento adequado, o que exige exposição radiográfica para localização exata do elemento dentário, especialmente de suas raízes, que podem estar em íntimo contato com o nervo alveolar. Para tanto, a tomografia computadorizada cone beam é a mais e melhor indicada.

As complicações mais comuns nas cirurgias de terceiro molar incluem edemas, hematomas, trismo, nos pós-operatório imediato; cicatrizes irregulares e bridas artificiais, e parestesia da região, que podem se estender por bom tempo depois da cirurgia.

A proposta da presente pesquisa foi a de, por meio de revisão da literatura, verificar a prevalência da ocorrência dos terceiros molares ectópicos e os riscos cirúrgicos das cirurgias propostas para cada caso.

A metodologia da pesquisa compreendeu revisão de literatura em artigos de revistas e livros físicos e digitais, bem como nas bases de dados Google acadêmico, PUB MED, Scileo, CAPES, Medline, entre outras, sobre a cirurgia de terceiros molares ectópicos, observando com especial vigor as questões relativas à etiologia de tais dentes, além das complicações que podem se fazer presentes em decorrência de intervenção cirúrgica, especialmente as convencionais.

1 PROPOSIÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente estudo propôs uma revisão da literatura em bases de dados científicos, PUBMED, Scielo, Lilacs e Artigos do Google Acadêmico a respeito do tema complicações cirúrgicas de terceiro molar em posição ectópica, tendo em vista a importância do assunto, especialmente para profissionais de odontologia em formação.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Rosa et al. (2007) estudaram, em revisão de literatura, sobre a parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual em decorrência de cirurgia do terceiro molar, destacando etiologia, sintomatologia, prevenção, forma de tratamento e prognóstico. A parestesia de um nervo pode ser decorrência de trauma; da ação de tumor que cresce afetando e comprimindo esse nervo; do excesso de calor quando do uso de instrumentos rotatórios; de ação química do anestésico; e de infecções que possam atingir o canal mandibular. Nas cirurgias de molares inferiores, os índices de parestesia do nervo alveolar inferior variam de 0,4% a 8,4%. Segundo os autores, a experiência do cirurgião-dentista e os recursos radiográficos adequados para uma boa imagem radiográfica são fatores que interferem grandemente em todas as fases de uma cirurgia (pré, trans e pós-operatório). Quando a remoção completa do elemento dentário está contra indicada, existem técnicas alternativas das quais se pode lançar mão, a fim de evitar ou minimizar as complicações de uma cirurgia radical. Uma delas é a coronectomia – procedimento que compreende a retirada de somente uma parte do dente, deixando outra parte ainda submersa no osso alveolar. Após a cirurgia, aguarda-se o retorno espontâneo da sensibilidade nervosa; caso seja necessário, recomenda-se o uso da vitamina B associada a 1 miligrama por ampola de estricnina, em 12 dias de injeções intramusculares. Outra possibilidade é 100mg de cortisona a cada 6 horas durante os dois ou três primeiros dias. Sessões de aplicação local de laser também podem ser indicadas. Quanto à parestesia, ainda que não haja tratamento específico, pode haver uma melhora com o uso de histamina ou medicamentos vasodilatadores.

Ferreira et al. (2007) relataram estudo sobre análise da topografia axial dos terceiros molares inclusos em relação à classificação de Winter, utilizando 200 radiografias panorâmicas de terceiros molares inclusos, de pacientes de 16 a 30 anos, de ambos os sexos. Segundo Punwutikorn et al. (1999), citados pelos autores, este tipo de radiografia permite uma visão mais ampla, o que possibilita ao cirurgião-dentista classificar os terceiros molares em sua relação com a estrutura

anatômica. Os resultados mostraram que a posição vertical foi a mais frequente (66,7%), seguida da mesioangular (24,3%), da distoangular (5,4%), da horizontal (3,5%), da invertida (0,2%), e da ectópica (0,0%). Os pesquisadores ressaltam que em seu estudo encontraram citações que afirmam que a avaliação radiográfica é de suma importância, pois dará maior segurança ao cirurgião-dentista.

Martorelli et al. (2007) relataram dois casos clínicos associados à inclusão ectópica em apófise coronoide. Tratou-se de caso de mãe e filha que apresentaram o mesmo problema de dente 48 em inclusão no referido lugar. Tal semelhança chama a atenção, pois pode evidenciar uma relação genética. Diante da sintomatologia clínica, propôs-se a realização da cirurgia que foi conduzida sem nenhum problema.

Wong et al. (2007) relataram um caso de molar ectópico próximo ao processo coronoide. A ectopia de molares é resultado de distúrbios do desenvolvimento de erupção, impactação ou anquilose; pode ser causada também por processos patológicos ou atividade iatrogênica (deslocamento do dente durante a extração). Existem quatro opções de tratamento para ectópicos ou dentes impactados: observação, intervenção, realocação ou extração. No caso relatado pelos autores, uma mulher de 62 anos foi encaminhada para o exame maxilo-facial por causa de um inchaço facial acompanhado de dor e desconforto e um cheiro ruim na boca que persistia por muitos anos. No exame clínico, um leve inchaço da face direita foi observado. Uma ortopantomografia foi realizada com um ponto de guta-percha colocado no local da lesão. A radiografia mostrou um dente em vizinhança do processo coronoide da mandíbula; a mandíbula exibiu alguns pontos de reabsorção possivelmente por causa de infecção crônica. Os pesquisadores afirmam que um molar ectópico no processo coronoide é raro. Diante de um caso assim, deve ser feito exame clínico e radiográfico, para identificar o que está causando a dor e proceder a remoção cirúrgica, a qual é indicada apenas quando o dente está associado a patologias e infecções.

Paulesini Junior et al. (2008), por meio de revisão de literatura, buscaram informação sobre cirurgia de remoção de terceiro molar (CRTM), procedimento mais realizado por cirurgiões bucomaxilofaciais e praticado por muitos clínicos, de acordo com Muñoz-Guerra et al. (2006). A remoção cirúrgica de terceiros molares,

de modo especial os impactados, pode resultar em uma série de complicações, frequentemente observadas, que, embora transitórias, são fontes de ansiedade e desconforto para o paciente. Tais complicações incluem dor, trismo, edema, sangramento abundante e alveolite. A fratura mandibular em CRTM é considerada um evento raro e pode ocorrer durante ou após o procedimento cirúrgico; decorre da diminuição da porção óssea secundária à intervenção cirúrgica e forças excessivas para elevação do elemento dentário. Consideram-se, ainda, como fatores de risco: dentes impactados profundamente, osteoporose, lesões associadas como cistos ou tumores, atrofia mandibular ou infecção envolvendo o osso na região do terceiro molar. Além da fratura, ainda pode acontecer o deslocamento de dentes durante a CRTM, uma complicação classicamente descrita em livros de cirurgia oral. Um fragmento da raiz, coroa, ou mesmo um dente inteiro, podem ser deslocados. Desta forma, as complicações associadas à CRTM são muitas e podem gerar diferentes graus de morbidade. As complicações consideradas menores incluem dor, edema, trismo e na maioria das vezes evoluem satisfatoriamente, mesmo sem tratamento específico.

Pereira et al. (2008), por meio de pesquisa de campo, buscaram estabelecer a prevalência de inclusão na população em estudo, tomando por base o fato de que o terceiro molar é o último dente a erupcionar, no fim da adolescência e no início da idade adulta. Também avaliaram em que circunstância se deu a erupção do terceiro molar e quais foram as patologias que se encontravam associadas se que poderiam ter impedido a erupção do terceiro molar. Segundo os autores, a inclusão dentária pode estar relacionada às diferenças inerentes à localização anatômica, se maxilar ou mandibular. As condições ósseas e mucosas dos terceiros molares raramente permitem uma erupção assintomática e normal na arcada. Muitas vezes o elemento fica semi-incluso, o que vai explicar a frequência elevada de casos infecciosos e inflamatórios. As informações advindas dos exames complementares, como radiografias retroalveolares, ou oclusais, permitem avaliar o posicionamento do dente, seno sentido vestibulo-palatino ou vestibulo-lingual. Para estudar a prevalência dos terceiros molares, os pesquisadores recorreram à análise de processos clínicos de indivíduos com idade superior a nove anos, que foram assistidos na consulta médico-dentária na clínica dentária da C.E.S.P.U em Gandra. Na análise imaginológica dos terceiros molares, era identificada a sua

posição na arcada dentária e sua relação com as estruturas vizinhas. E assim os resultados da investigação na população mostraram que a faixa etária com maiores percentagens de indivíduos com molares retidos na amostra vai dos 16 aos 25 anos, com a prevalência é de 15,6%no sexo feminino e 11,8% do sexo masculino; na faixa dos 26 aos 35 anos, a prevalência foi de 13,1%no sexo feminino e 9,8% no sexo masculino. O posicionamento dos sisos mais frequente foi em situação normal de erupção com 39,5%; os examinados com sisos ausentes totalizaram 36,1%. A posição mais prevalente dos sisos na arcada é a vertical, com 53,6%. Os autores concluíram que os terceiros molares, apesar de estarem presentes na grande maioria da população, apenas numa pequena percentagem da população se apresentam na sua globalidade – ou seja,poucas pessoas têm os quatro dentes presentes e erupcionados. Os dados recolhidos a partir da análise permitiram ainda chegar a uma segunda conclusão: a cárie dentária do dente adjacente está associada à inclinação e à posição dos terceiros molares, sendo mais elevada a ocorrência desta patologia dentária quando o terceiro molar tem inclinação mesiovestibular.

Lima et al. (2009) relataram um caso clínico de um paciente, do sexo masculino, leucoderma, 24 anos, que procurou atendimento odontológico para um dente supranumerário em posição transversal; tratava-se de um quarto molar (dente supranumerário),na região inferior direita, que no início foi visualizado por exame radiográfico convencional, quando o paciente realizou uma radiografia panorâmica de rotina. Como não foi possível verificar a formação radicular, na radiografia panorâmica,e também pela falta de nitidez, foi sugerida radiografia periapical de Miller-Winter. Com essa técnica, foi possível confirmar a posição transversal. Mas, por outro lado, não se pôde observar o elemento na técnica oclusal, pois o dente em questão estava em posição bastante posterior e assim foi realizada a modificação de Donovan. Desse modo, tornou-se possível observar a posição transversa do dente supranumerário, estando a coroa voltada para lingual; a formação radicular se encontrava no estágio de 9 de Nolla, ou seja, a raiz completa e com ápice aberto. Para o plano de tratamento e para a remoção do dente foi necessária uma Tomografia computadorizada feixe cônico (TCFC), a fim de se observar de forma tridimensional, em corteaxial e reconstrução panorâmica, a relação do supranumerário incluso com o terceiro molar. Com o exame TCCB foi

possível confirmar o diagnóstico sugerido por meio das radiografias convencionais e fazer um bom planejamento cirúrgico para a remoção do supranumerário. A nova técnica de tomografia abrange apenas a região maxilo-facial e permite a visualização de todas as estruturas anatômicas importantes desta área, bem como sua relação com os dentes. Além disso, fornece imagens menos distorcidas do que as radiografias odontológicas convencionais e a tomografia. Esta TCCB usa um feixe em cone com um campo de radiação limitado à altura de 29mm e largura de 38mm no centro da rotação. A aplicação da TCCB para obtenção de imagens tridimensionais fornece informações adicionais para auxiliar diversos diagnósticos. Dentre as informações estão o tamanho, forma e posição dos côndilos; largura da coroa de dentes não irrompidos; morfologia, inclinação, deslocamento, ou desvio das superfícies laterais e mediais do ramo e corpo mandibulares; posicionamento das raízes dos dentes; localização de dentes impactados e supranumerários; morfologia palatal e morfologia das regiões onde serão colocados implantes ou realizadas osteotomias. Com a TCCB, imagens correspondentes a todas as radiografias craniofaciais convencionais podem ser observadas em menos de 1min, dando diagnósticos com qualidade de periapicais, panorâmicas, cefalométricas, oclusais e de ATM. Os autores concluíram que ambas as formas de aquisição de imagem contribuem para o adequado planejamento, evitando complicações tanto no trans quanto no pós-operatório.

Santos et al. (2009), por pesquisa de campo do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria, avaliaram radiografia e prontuário de pacientes atendidos no período de 2004 a 2007. Os terceiros molares, por apresentarem maiores prevalências de inclusão, atraíram a atenção dos estudiosos. Os autores explicam que para facilitar a comunicação entre profissionais, além de melhorar a elaboração de um planejamento satisfatório, foram criadas classificações distintas destes elementos dentais, como a de Winter, que em 1926 classificou esses dentes quanto às suas angulações. Por essa classificação: quando o longo eixo do terceiro molar estiver paralelo ao segundo molar estará em posição vertical; quando sua coroa estiver mais próxima da raiz do segundo molar do que sua raiz, estará na posição mesio-angular; quando distalmente angulado será disto-angular; caso a angulação seja tão acentuada que ele fique perpendicular ao longo eixo do segundo molar, estará na posição

horizontal. Pell e Gregory que em 1933 classificaram esses dentes quanto à profundidade de inclusão e, nos inferiores, as suas relações com o ramo mandibular, ou seja, na primeira, eles compararam a altura da face oclusal do terceiro molar em relação à oclusal e cervical do segundo molar que serviu como referência. Classificaram como classe A, se a oclusal do terceiro estiver no mesmo nível ou acima da mesma face do dente vizinho; classe B, se essa face aparecer entre a oclusal e cervical do dente referência e, finalizando, classe C, se essa face estiver mais apical que a cervical do segundo molar. Já a outra classificação proposta por eles relaciona o diâmetro mesio-distal do terceiro molar em relação ao ramo mandibular. Portanto, quando este diâmetro estiver totalmente à mesial da borda anterior do ramo da mandíbula, será denominado como classe I; a classe II será quando o prolongamento da borda anterior do ramo mandibular estiver dentro do diâmetro mesio-distal dessa estrutura anatômica, ficando uma parte interior ao ramo e outra mesializada. Por fim, um terceiro molar inferior totalmente incluso ao ramo pertence à classe III. Dessarte, Santos et al. (2009) avaliaram 232 radiografias panorâmicas, da clínica de Cirurgia e Traumatologia da Universidade Federal de Santa Maria-RS, de pacientes com idades de 8 a 85 anos. As radiografias foram analisadas por apenas um observador, utilizando como auxílio um negatoscópio e uma lupa. O observador registrou em uma tabela a presença ou não de terceiros molares inclusos, assim como sua classificação, segundo Winter e segundo Pell e Gregory. Do total de radiografias analisadas, 137, o equivalente a 59,05%, foram de pacientes que realizaram, ao menos, uma exodontia de terceiro molar. Outrossim, conforme a classificação de Winter, Pell e Gregory quanto aos terceiros molares superiores, as posições mais prevalentes foram: angulação Vertical e Classe A. Já em relação aos terceiros molares inferiores, as classificações de maior prevalência foram: angulação Vertical, Classe A e Classe I.

Segundo Speculand (2012), os terceiros molares inferiores ectópicos são raros e apenas 1% da população é acometida. Os mesmos autores explicam que a etiologia da ectopia do terceiro molares ainda não está bem esclarecida. Eles relataram um caso clínico e as formas de diagnóstico e de tratamento, incluindo o planejamento cirúrgico e pós-cirúrgico. Os autores concluíram que trismo, com dificuldade de mastigação e edema no local afetado são complicações bastante frequentes no pós-cirúrgico imediato.

Martins et al. (2012) relataram através de caso clínico de terceiro molar inferior ectópico: extração por acesso extraoral. Os terceiros molares podem estar associados a uma lesão cística e ocupar posição ectópica na mandíbula. As inclusões ectópicas são condições raras e esses dentes geralmente permanecem assintomáticos; no entanto, quando o dente está associado a um cisto, os pacientes podem apresentar morbidade significativa, pois a pressão exercida pelo cisto pode causar o deslocamento do dente para as regiões condilar, coronoide, ramo e ângulo da mandíbula, dificultando sua remoção. Os autores apresentaram um caso de um paciente de 28 anos com queixa de inchaço na região do terceiro molar inferior esquerdo. O exame intraoral não revelou a presença desse elemento na arcada. A radiografia panorâmica permitiu observar a presença do terceiro molar deslocado para o ângulo mandibular, estando associado a uma lesão radiolúcida e delimitada ao redor da coroa do dente, estendendo-se para a crista alveolar, próximo à distal do segundo molar. Optou-se pela cirurgia com acesso extraoral, o que permitiu uma boa visualização do campo cirúrgico e enucleação da lesão cística com maior eficácia sob anestesia geral. A incisão, com cinco centímetros, ocorreu na região do ângulo submandibular, seguida de divulsão dos tecidos (tecido subcutâneo, músculo platíma, músculo masseter e perióstio); osteotomia no local da perfuração do osso cortical, para expandir o acesso e expor totalmente a coroa; odontosecção, remoção de dentes, enucleação da lesão, tratamento de osso e sutura de planos e pele suturada com nylon 5-0 intradérmica. Dessarte, o terceiro molar ectópico, localizado no ângulo mandibular, associado a uma lesão cística, foi removida por acesso extraoral, numa abordagem cirúrgica não rotineira e muito difícil. Os autores esclarecem ainda que, diante do perigo de lesão do nervo alveolar inferior, foi necessária imagem mais precisa como a oferecida pela tomografia computadorizada.

Fabris et al. (2013) apresentaram um caso clínico sobre remoção cirúrgica de dente deslocado acidentalmente para o interior do seio maxilar. O seio maxilar situa-se no corpo do osso maxilar, sendo ele o maior dos seios paranasais. Possui íntima relação com as raízes dos pré-molares e molares superiores, proporcionando uma série de complicações cirúrgicas. Dentre essas, uma das mais frequentes é a acidental introdução de corpos anormais para o interior da cavidade sinusal. Definida como uma iatrogenia, que pode ser ocasionada pelo emprego de

técnicas ou instrumentais incompatíveis com a anatomia do seio maxilar. Em casos em que ocorre tal adversidade, o diagnóstico geralmente é imediato, sendo de fundamental importância exames de imagiologia (radiografia panorâmica, Waters, oclusal e lateral de crânio) para a correta localização do elemento. Citam casos ou relatos em que o profissional responsável inadvertidamente deslocou o dente para dentro do seio maxilar. Um deles, paciente de 29 anos, sexo masculino, que procurou atendimento odontológico, visando melhor qualidade e saúde bucal. O exame radiográfico inicial diagnosticou a presença de um terceiro molar impactado. O paciente foi então submetido à cirurgia, na qual acidentalmente o elemento foi deslocado para o seio maxilar. O paciente foi encaminhado a um cirurgião bucomaxilo facial para a retirada do antrólito. Após tomografia computadorizada e planejamento da segunda cirurgia, esta foi realizada com sucesso, com anestesia local com bloqueio do nervo maxilar e infiltrativas supraperiostais por vestibular e palatina. Os autores afirmam na conclusão que é necessário um planejamento antes de qualquer cirurgia para estabelecer medidas preventivas a acidentes durante a condução dos tratamentos odontológicos. Da mesma forma, em caso de acidentes ou complicações, é preciso indicar tratamento adequado e coerente para a resolução do problema, diminuindo o impacto na saúde e qualidade de vida do paciente.

Lopes et al. (2013) realizaram uma revisão de literatura sobre a parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia de terceiro molar inferior, ressaltando que nesse tipo de procedimento aumentam as chances de lesão desse nervo durante o ato cirúrgico. Eles explicam que algumas medidas podem ser adotadas pelo profissional com o intuito de prevenir este tipo de intercorrência, como, por exemplo, a utilização de exames complementares de imagem, o investimento em capacitação profissional de qualidade e o uso de instrumental cirúrgico adequado. A literatura consultada evidenciou que a exodontia de terceiros molares vem se tornando um procedimento comum na Odontologia devido a uma série de fatores, dentre os quais, por exemplo, a falta de espaço para esse elemento dentário, fazendo com que não haja sua erupção espontânea na cavidade oral (retenção dentária). O conhecimento sobre a anatomia do nervo alveolar inferior, da posição do canal mandibular e das raízes dos terceiros molares é fator relevante para prevenir a ocorrência da parestesia. A parestesia do nervo alveolar

inferior é uma condição que pode afetar os pacientes submetidos à cirurgia de exodontia dos terceiros molares. Alterações de sensibilidade podem ocorrer em consequência de traumas diretos, incisão do nervo, ou indiretos, por compressão devida à hematoma e edema. Essa é uma condição que pode trazer um considerável grau de desconforto e incômodo ao paciente, o qual relata, algumas vezes, ausência de sensibilidade em determinada região, assim como outros sintomas, tais como formigamento, dormência, sensibilidade alterada ao frio ou ao calor, “fisgada” e coceira. A posição dos terceiros molares deve ser corretamente avaliada pelo profissional durante o planejamento cirúrgico pré-operatório. Para facilitar a comunicação entre os profissionais e realizar uma avaliação adequada, foram criadas diversas classificações. George Winter, em 1926, classificou os dentes quanto às suas angulações (vertical, horizontal, disto angular e mesio angular), enquanto Pell e Gregory, em 1933, classificaram-nos quanto à profundidade de inclusão (classes A, B e C) e relação com o ramo mandibular (classes I, II e III). Tal avaliação do posicionamento dentário, bem como do canal mandibular, é bastante eficiente quando se dispõe de exames de imagem auxiliares. Dentre os exames complementares mais utilizados estão as radiografias panorâmicas e tomografias, tendo suas indicações específicas para diferentes situações. A radiografia panorâmica é muito útil na identificação e classificação das variações anatômicas apresentadas pelo canal mandibular, mas tem limitações quando há estreita relação entre os terceiros molares e o canal mandibular. Nesses casos, a tomografia é mais eficiente e precisa, por fornecer a imagem com menor grau de distorção e em três dimensões. A avaliação de exames complementares de imagem – radiografia panorâmica e tomografia computadorizada – é muito importante para conferir a posição anatômica assumida pelo canal mandibular em relação aos terceiros molares e não deve ser deixada de lado pelos profissionais.

Pacci et al.(2014) relataram dois casos clínicos de coronectomia de terceiro molar inferior, em que haveria risco de parestesia e outras complicações decorrentes da cirurgia radical. Em ambos os casos foram utilizados exames complementares, como a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), para confirmar a posição do dente, cujas raízes estavam em íntimo contato com o canal mandibular.

Soares et al (2014), relataram um caso clínico de exodontia do terceiro molar ectópico no meio do seio maxilar. Dentes ectópicos são aqueles localizados nos ossos maxilares ou na mandíbula, ou em qualquer outra região fora dos ossos. Os dentes ectópicos não possuem etiologia definida. O desenvolvimento dos dentes compreende interações complexas entre o epitélio bucal e do tecido mesenquimal subjacente, e, caso ocorra anormalidade neste processo, o resultado é o desenvolvimento dentário ectópico. O tratamento de terceiros molares ectópicos e implantes dentários localizados no interior do seio é realizado através de remoção cirúrgica. Os autores relatam o caso de uma paciente de 43 anos com problemas decorrentes da ausência de elementos dentais na arcada superior, o que dificultava sobremaneira sua função mastigatória e estética. Foram solicitados exames radiográficos (tomografia feixe cônico) e laboratoriais, para a realização do plano de tratamento. O exame tomográfico revelou a presença do elemento dental 18 incluso no interior do seio maxilar, não apresentando sintomatologia, e posicionado horizontalmente no soalho. Em vista disso, optou-se pela remoção do elemento, o que foi feito com sucesso.

Amaral et al. (2014) relatam casos de dentes ectópicos e salientam a importância da TCFC como o método de diagnóstico por imagens mais preciso hoje amplamente utilizado na Odontologia, revelando com precisão a localização de elementos dentais ectópicos. No diagnóstico por imagens em 3D, abrem-se novas possibilidades de explorar com alto grau de detalhamento e sem sobreposições de imagens todas as dimensões e suas relações anatômicas, gerando reais perspectivas multiplanares, contribuindo de maneira significativa na identificação e nos planejamentos cirúrgicos para elementos dentais fora das localizações normais de sua odontogênese. No primeiro caso relatado, após o exame TCFC observou-se como diagnóstico incidental a presença de dente supranumerário em região de palato duro, posicionado adjacente à linha mediana. O dente encontrava-se horizontalmente ao longo do processo horizontal da maxila, lado esquerdo, tendo a porção coronária voltada para posterior com invasão do espaço de fossa nasal. E no segundo caso, após a TCFC diagnosticou-se como achado incidental a presença de dente supranumerário em região anterior de maxila, lado direito, posição vertical e invertida sobre a linha mediana, situado entre a espinha nasal anterior e o canal incisivo. A porção coronária do referido dente invadia o espaço de

fossa nasal. O tratamento dos dentes intranasais é cirúrgico, segundo a maioria dos autores, devido ao possível desenvolvimento de processos císticos e infecciosos. Em ambos os casos, o diagnóstico desses achados incidentais pode justificar tratamentos complementares. Salienta-se também que em função da localização anatômica desses supranumerários, a presença de falso negativo gerado apenas quando interpretado pela tomografia convencional pode dificultar planos de tratamentos mais completos. Essa é também a razão pela qual em ambiente tomográfico tem-se de realizar uma avaliação multiplanar em todos os planos de imagens, para assim obter uma visão tridimensional de todo o volume adquirido, favorecendo a interpretação correta de todos os planos que compõe uma imagem tomográfica. Os autores concluíram que o exame feito pela TCFC contribuiu sobremaneira para diagnosticar detalhadamente o incidente do dente ectópico e realizar-se o tratamento com sucesso.

Martins et al. (2015), através de revisão sistemática, avaliaram a eficácia da técnica da coronectomia como alternativa cirúrgica para terceiros molares inferiores impactados em estreita proximidade com o nervo alveolar inferior. A extração de um terceiro molar inferior impactado guarda o risco potencial de causar distúrbios neurológicos temporários ou permanentes do nervo alveolar inferior. O risco dessa complicação depende principalmente da posição do dente impactado em relação ao canal alveolar inferior antes da cirurgia. Se houver proximidade entre o nervo alveolar inferior e as raízes, a incidência pode chegar a 19%. Lesões no nervo alveolar inferior podem ocorrer pela compressão do nervo, indiretamente por forças transmitidas pela raiz durante a elevação ou diretamente por elevadores, e várias pesquisas tentaram correlacionar marcadores radiográficos com a relação entre nervo alveolar inferior e a raiz do dente. Esses sinais radiográficos indicam apenas aos cirurgiões que há um risco aumentado de danos nos nervos associados à remoção do dente do siso correspondente, mas eles não podem ajudar a prevenir o déficit de nervos se o dente for removido. Depois de definida uma indicação clara para extração, a remoção cirúrgica de um terceiro molar impactado com as raízes em contato próximo com o nervo alveolar inferior deve tentar minimizar o risco de complicações neurológicas irreversíveis. A coronectomia também tem sido apresentada na literatura como forma de reduzir as complicações neurológicas. Esse procedimento cirúrgico alternativo foi proposto pela primeira vez em 1984 e

continua sendo estudado. O método visa remover apenas a coroa de um terceiro molar inferior impactado, mantendo a raiz intacta, evitando danos diretos ou indiretos ao nervo alveolar inferior. Foram incluídos estudos nos quais os pacientes apresentavam alto risco de lesão do nervo dentário inferior, revelados por radiografia (radiografia panorâmica ou tomografia de feixe cônico). Especificamente, os critérios para alto risco de lesão nervosa incluíram: deslocamento do canal alveolar inferior pelas raízes; estreitamento do canal alveolar inferior; área radiolúcida periapical; estreitamento de raízes de terceiros molares; escurecimento das raízes dos terceiros molares; curvatura de raízes de terceiros molares; interrupção e perda da lâmina dura do canal nervoso. Os autores explicaram que seis estudos de caso consideraram a coronectomia como um procedimento confiável e uma alternativa eficaz à remoção total, em casos de grande proximidade entre terceiros molares e o nervo alveolar inferior. Outrossim, três estudos afirmaram que a coronectomia é um procedimento cirúrgico com menor risco de complicações do que a extração total de terceiros molares. Um estudo concluiu que a coronectomia é uma técnica segura e exige até 12 meses de acompanhamento. Os autores concluíram que a coronectomia parece ser um procedimento seguro, pelo menos a curto prazo, com uma incidência reduzida de complicações pós-operatórias, sendo indicada para dentes muito próximos do nervo alveolar inferior. Se uma segunda operação for necessária para as raízes remanescentes, elas podem ser removidas com baixo risco de parestesia, porque as raízes geralmente já não estarão tão próximas do nervo mandibular.

Apaylin et al. (2015) relataram dois casos clínicos de terceiro molar ectópico no ramo mandibular, que não são muito comuns e cuja etiologia permanece incerta. São classificados de acordo com o espaço ântero-posterior entre o segundo molar e o ramo mandibular, sua posição superior-inferior, sua medial-lateral no corpo da mandíbula e a posição do seu eixo longo. No primeiro caso, paciente com 38 anos queixava-se de dor e inchaço no lado esquerdo do rosto por duas semanas. O exame radiológico revelou seu terceiro molar inferior esquerdo, localizado no ramo ascendente esquerdo, com a coroa voltada para o pescoço do côndilo e o ápice voltado para baixo. Uma tomografia computadorizada (TC) expôs a relação do dente ectópico com a estrutura anatômica: para cima e para fora, próximo ao osso cortical externo do ramo. Também foi identificado

pequeno espaço folicular envolvendo a coroa do dente. Sob anestesia geral endotraqueal, o acesso intraoral foi obtido através de uma incisão na borda anterior do ramo ao longo da linha externa oblíqua. O ramo foi exposto e uma serra oscilante foi usada para fazer cortes no osso cortical no local estimado do dente ectópico; então, uma broca redonda com uma peça de mão reta foi usada para fazer uma janela óssea para expor o dente. O molar foi então elevado; os tecidos moles circundantes enucleados foram enviados para a patologia e a ferida foi fechada de maneira rotineira. No segundo caso, outra paciente, com 25 anos, queixava-se de dor e inchaço no lado direito do rosto. A paciente sofreu vários episódios de dor intensa na região pré-auricular e no ouvido. O exame extraoral revelou um edema no lado direito da face que se estendia do ângulo da mandíbula à região temporal. A aspiração do pus foi obtida por agulha. O segmento coroa do dente estava voltado para o lado lingual e o ápice estava voltado para o córtex vestibular do ramo mandibular. O dente foi impactado e deslocado superiormente no ramo, aproximando-se do córtex externo e anterior do ramo. Houve uma ligeira expansão dessa área. A remoção cirúrgica foi realizada sob anestesia geral, com acesso rotineiro. O osso foi removido ao redor do dente. O dente foi elevado cuidadosamente, a janela óssea aumentada, o epitélio do cisto enucleado e a cavidade do cisto irrigada com solução salina. Os autores concluíram que os dentes deslocados devem ser removidos se causarem sintomas. A rota cirúrgica deve ser projetada de acordo com a localização e posição do terceiro molar; ademais, no caso do tratamento dos dentes ectópicos, deve ser cuidadosamente planejado de acordo com o potencial de trauma causado pela cirurgia.

Zgur et al. (2017), por meio de revisão de literatura, constataram que o nervo trigêmeo é um dos pares de nervos cranianos de maior importância na odontologia, sendo indispensável ao cirurgião-dentista seu estudo de maneira aprofundada, essencialmente pela sua capacidade de inervação de diversas estruturas da cavidade oral e da face, como dentes, mucosa, músculos, pele e estruturas faciais profundas. O nervo mandibular é o único ramo misto do nervo trigêmeo, este composto pelos nervos aurículo temporal, bucal, lingual e alveolar inferior. O nervo alveolar inferior é um nervo sensitivo, em seu trajeto final, situa-se na fossa infratemporal onde une-se ao tronco posterior do nervo mandibular. Rood e NooraldeenShehab (1990) relataram que três sinais radiológicos indicam um risco

maior de lesão do nervo dentário inferior: desvio do canal mandibular, apagamento da raiz dentária e interrupção da linha radiopaca. Para Félez-Gutiérrez et al. (1997) os casos de sinal radiográfico positivo, verificados na ortopantomografia, podem determinar uma verdadeira relação entre os ápices do terceiro molar inferior com o canal mandibular. A proximidade das raízes dos terceiros molares inferiores com o canal mandibular é considerada o principal fator de risco para lesão do nervo alveolar inferior. A injúria ao nervo alveolar inferior pode ser direta ou indireta; a primeira é causada por injeção de anestésico, instrumentação cirúrgica (osteotomia, odontosecção, curetagem do alvéolo); já as lesões indiretas são resultado da movimentação das raízes em contato íntimo com as paredes do canal mandibular, compressão por edema ou hematoma. A maioria dos pacientes não recorre ao tratamento e em mais de 96% dos casos ocorre o retorno sensitivo espontâneo em 24 meses. Em 2012, Bagheri et al. mostraram que, além da cirurgia para remoção dos terceiros molares, havia outras práticas odontológicas que poderiam gerar lesão do nervo alveolar inferior. Devido à ineficiência dos tratamentos estipulados para as lesões nervosas mais severas, o melhor método de controle ainda é a prevenção às lesões por meio de estudo e conhecimento das estruturas anatômicas da face e a experiência profissional.

Dias et al. (2018) relatam caso clínico e revisão de literatura sobre terceiro molar ectópico em côndilo associado a um cisto dentígero. Ressaltam que a tomografia computadorizada permite detalhar a localização exata do elemento dental. Terceiros molares localizados no côndilo mandibular são considerados achados raros e poucos foram relatados na literatura. Constam de terceiros molares na região subcondilar, enquanto raramente são observados no côndilo propriamente dito. É considerável o número de pacientes assintomáticos, de modo que os dentes ectópicos são detectados por achados radiográficos de rotina e, em muitos casos, não é necessário tratamento, a não ser que apresentem sintomatologia ou lesão associada. Quando há relatos de sintomas, estes estão relacionados à cefaleia e dor na articulação temporomandibular. Os autores relatam caso clínico da localização do terceiro molar ectópico no côndilo mandibular de uma paciente de 61 anos, que se queixava de dor e inchaço no lado direito da face. O exame físico extraoral mostrou edema e fístula na região pré-auricular direita. Ao exame físico intraoral não foi verificada patologia significativa associada a dentes

ou tecidos bucais. Além desses exames, foi feita uma radiografia panorâmica, que revelou a presença de imagem compatível com terceiro molar ectópico, na região do côndilo mandibular direito, em posição vertical invertida, e presença de imagem radiolúcida de limites definidos e corticalizados envolvendo a coroa do molar, sugerindo cisto dentífero. A partir dessas informações, foi realizada a drenagem do conteúdo purulento e a instalação de um dreno de penrose; em seguida, tomografia computadorizada espiral para o planejamento cirúrgico. Na tomografia observou-se a localização do terceiro molar ocupando o interior do côndilo, tendo sua coroa voltada para o colo da cabeça da mandíbula e imagem hipodensa envolvendo a coroa com perda de continuidade na cortical da porção lateral do côndilo, coincidindo com a localização da fístula. A remoção do dente foi realizada sob anestesia geral e a abordagem cirúrgica foi extraoral com incisão retromandibular, a fim de obter acesso adequado tanto ao dente ectópico quanto ao cisto dentífero.

Moura et al (2020) relataram quatro casos clínicos e os desfechos diferentes da técnica de coronectomia. A coronectomia, descrita por Ecuier&Debien em 1984, é uma técnica alternativa eficaz para a remoção de terceiros molares inferiores, quando as raízes dentárias estão em estreita relação com o canal mandibular. O objetivo da técnica é evitar o comprometimento do nervo alveolar inferior. Para indicar e confirmar um diagnóstico concreto é preciso realizar uma TCFC para análise do posicionamento real das raízes dentárias no canal mandibular, possibilitando prever os possíveis riscos de complicações, como parestesia. Nos quatro casos clínicos em que os terceiros molares inferiores foram submetidos a um procedimento cirúrgico de coronectomia, os pacientes tinham raízes dentárias em estreita relação com o nervo alveolar inferior, confirmada pela TCFC; os resultados foram diferentes em cada uma das coronectomias de terceiro molar inferior. Desta forma, ao analisar os casos, pôde-se notar que no pós-operatório a migração significativa da raiz é um processo fisiológico contínuo e não significa falha. Porém, a migração de 10,5 mm encontrada no caso 2 é superior à média. No entanto, era inofensiva para o paciente, pois era assintomática e não exigia procedimento cirúrgico adicional. A coronectomia é uma técnica eficiente e alternativa à remoção dos terceiros molares inferiores, quando as raízes dentárias estão em estreita relação com o nervo alveolar inferior. Resultados específicos são

esperados, especialmente a migração da raiz. No entanto, em alguns casos de esmalte residual ou exposição, pode ser necessário um procedimento adicional.

Mascarenhas et al. (2020) relataram um caso clínico de coronectomia de terceiro molar inferior como uma alternativa cirúrgica, que consiste na remoção da porção coronária do dente incluso enquanto parte da raiz continua dentro do alvéolo dentário. Tal técnica reduz a chance de lesão ao nervo alveolar inferior. Para que a coronectomia venha a ser considerada como alternativa, o terceiro molar deve estar com vitalidade pulpar, deve estar incluso e em íntimo contato com o canal mandibular – condição sempre comprovada por meio de radiografias e de tomografia computadorizada. E ainda, o elemento dental não deve ter cisto e nem tumores; o paciente deve estar ciente da possibilidade de uma nova intervenção para a retirada das raízes que foram deixadas. Segundo os autores, a coronectomia é uma técnica cirúrgica muito comentada e relatada nas literaturas, uma técnica segura e de fácil execução quando ela se torna uma alternativa, todavia ainda existem dúvidas e receios por parte de alguns cirurgiões-dentistas.

3 DISCUSSÃO

Rosa et al. (2007) estudando sobre cirurgia de terceiros molares afirmaram que um procedimento com sucesso depende de diagnóstico e boa avaliação radiográfica. Ferreira et al. (2007), da mesma forma, enfatizam a relevância da análise radiográfica, inclusive ressaltando que existem classificações para os terceiros molares de acordo com seu posicionamento no osso e seu grau de impacção. Por exemplo, os autores citam a Classificação de Winter que leva em conta a posição axial do terceiro molar retido. Ainda, Wong et al. (2007) sobrealçam o papel do exame clínico e radiográfico como essenciais frente à decisão quanto ao procedimento cirúrgico ou preservação do caso. Em ambos os casos foram utilizados exames complementares, como a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), para confirmar a posição do dente, cujas raízes estavam em íntimo contato com o canal mandibular. Pereira et al. (2008) também ressaltaram a importância da radiografia para observar o posicionamento do terceiro molar na arcada dentária. Lima et al. (2009) afirmaram que a radiografia convencional é importante para o primeiro diagnóstico, pois na radiografia panorâmica é possível uma visualização inicial, mas advertem que a tomografia computadorizada garante o melhor planejamento cirúrgico. Martins et al. (2012), estudando sobre acesso cirúrgico extraoral, e Fabris et al. (2013), relatando a remoção cirúrgica de terceiro molar superior do interior do seio maxilar, enaltecem o valor da imagem mais precisa para cirurgias de difícil acesso. Lopes et al. (2013) e Pacci et al. (2014) relatam em seus estudos que dentre os exames complementares mais utilizados estão as radiografias panorâmicas e tomografias, tendo suas indicações específicas para diferentes situações. A radiografia panorâmica é muito útil nos casos em que há estreita relação entre os terceiros molares com o canal mandibular; a tomografia é mais eficiente e precisa, por fornecer a imagem com menor grau de distorção e em três dimensões. Amaral et al. (2014) salientam a importância da TCFC (Tomografia computadorizada feixe cônico), também conhecida como cone beam (Cone beam computed tomography), como o método de diagnóstico por imagens mais preciso na Odontologia atual, visto que proporciona ao cirurgião uma

imagem 3D, abrindo novas possibilidades de explorar com alto grau de detalhamento e sem sobreposições de imagens todas as dimensões e suas relações anatômicas, gerando reais perspectivas multiplanares, contribuindo de maneira significativa na identificação e planejamentos cirúrgicos para elementos dentais fora das localizações normais de sua odontogênese.

A respeito das posições mais comumente encontradas para os terceiros molares retidos, Cerqueira et al.(2007) explicam que em seus estudos a posição vertical foi a mais frequente (66,7%), seguida da mesioangular (24,3%), da distoangular (5,4%), da horizontal (3,5%), da invertida (0,2%), e da ectópica (0,0%).Pereira et al.(2008) e Santos et al.(2009) em suas pesquisas também mencionam a respeito das posições: os sisos ocupam mais frequentemente a posição vertical, Classe A e Classe I. Lopes et al. (2013) ressaltam a importância do planejamento cirúrgico com o conhecimento anatômico e mencionam a classificação de George Winter, em 1926.Martorelli et al. (2007) corroboram tais estudos quando relatam dois casos de terceiro molar retido localizado na apófise coronoide, encontrados em mãe e filha. Sugerem os autores que essa seja uma posição ectópica das mais raras e que pode ter um componente genético associado. Wong et al. (2007) também relatam um caso clínico de molar ectópico próximo ao processo coronoide e igualmente asseveram ser um tipo bastante raro de ectopia. Por sua vez, Speculand (2012) e Martins et al. (2012) concordam que os terceiros molares inferiores ectópicos são raros, acometendo apenas 1% da população. E que sua etiologia ainda é pouco conhecida. Amaral et al. (2014) relatam dois casos clínicos raros de dente supranumerário em região de palato duro: um posicionado adjacente à linha mediana horizontalmente ao longo do processo horizontal da maxila, lado esquerdo, tendo a porção coronária voltada para posterior com invasão do espaço de fossa nasal; o outro, em região anterior de maxila lado direito, posição vertical e invertida sobre a linha mediana, situado entre a espinha nasal anterior e o canal incisivo, com a porção coronária invadindo o espaço de fossa nasal. Dias et al (2018) relatam caso clínico sobre terceiro molar ectópico em côndilo associado a um cisto dentífero. Afirmam que terceiros molares localizados no côndilo mandibular são considerados achados raros e poucos foram relatados na literatura. Explicam que é considerável o número de pacientes assintomáticos, de modo que os dentes ectópicos são detectados por achados radiográficos de rotina e, em muitos casos, não é

necessário tratamento, a não ser que apresentem sintomatologia ou lesão associada. Quando há relatos de sintomas, estes estão relacionados à cefaleia e dor na articulação temporomandibular.

Zgur et al. (2017) asseveram que o nervo trigêmeo é um dos pares de nervos cranianos de maior importância na odontologia, essencialmente pela sua capacidade de inervação de diversas estruturas da cavidade oral e da face, como: dentes, mucosa, músculos, pele e estruturas faciais profundas. O nervo mandibular é o único ramo misto do nervo trigêmeo, sendo representado pelos nervos aurículo temporal, bucal, lingual e alveolar inferior. A proximidade das raízes dos terceiros molares inferiores com o canal mandibular é considerada o principal fator de risco para lesão do nervo alveolar inferior. A injúria ao nervo alveolar inferior pode ser direta ou indireta: a primeira é causada por injeção de anestésico, instrumentação cirúrgica (osteotomia, odontosecção, curetagem do alvéolo). As lesões indiretas são resultado da movimentação das raízes em contato íntimo com as paredes do canal mandibular, compressão por edema ou hematoma. A maioria dos pacientes não recorre ao tratamento e em mais de 96% dos casos ocorre o retorno sensitivo espontâneo em 24 meses. Em 2012, Bagheri et al. mostraram que além da cirurgia para remoção dos terceiros molares há outras práticas odontológicas que poderiam gerar lesão do nervo alveolar inferior. Devido à ineficiência dos tratamentos estipulados para as lesões nervosas mais severas, o melhor método de controle ainda é a prevenção às lesões por meio de estudo e conhecimento das estruturas anatômicas da face e a experiência profissional.

Sobre ectopia de terceiro molar retido, Wong et al. (2007) entendem que tal condição possa ser resultado de distúrbios do desenvolvimento de erupção, impaction ou anquilose; pode ser causada por processos patológicos ou atividade iatrogênica (deslocamento do dente durante a extração). Pereira et al. (2008) relatam também em sua pesquisa que as condições de má formação e de distúrbios estão associadas a patologias. Speculand (2012) e Martins et al. (2012) concordam que os terceiros molares inferiores ectópicos são raros, acometendo apenas 1% da população. E que sua etiologia ainda é pouco conhecida.

Wong et al. (2007) ressaltam que há quatro opções de tratamento para ectópicos ou dentes impactados: observação, intervenção, realocação ou

extração. Devem ser feitos sempre exame clínico e radiográfico para avaliar cada caso e decidir com propriedade pela cirurgia ou pela preservação do caso, explicando que a remoção cirúrgica somente é indicada quando o dente está associado a patologias e infecções. Martins et al. (2012) em seus estudos relatam um caso em que o terceiro molar ectópico, localizado no ângulo mandibular, associado a uma lesão cística, foi removido por acesso extraoral, pois tal procedimento permite uma boa visualização do campo cirúrgico e enucleação da lesão cística com maior eficácia, sob anestesia geral. Os autores ressaltam que esse tipo de cirurgia em clínica odontológica não é rotineiro. Apaylin et al. (2015) relataram dois casos clínicos de terceiro molar ectópico no ramo mandibular, que não são muito comuns, e cuja etiologia permanece incerta. Para eles, os dentes deslocados devem ser removidos somente se causarem sintomas; a rota cirúrgica deve ser projetada de acordo com a localização e posição do terceiro molar e no caso do tratamento dos dentes ectópicos deve ser cuidadosamente planejada de acordo com o potencial de trauma causado pela cirurgia.

Martins et al. (2015) avaliaram a eficácia da técnica da coronectomia – método descrito por Ecuyer&Debien em 1984, que visa à remoção apenas da coroa de um terceiro molar inferior impactado, mantendo a raiz intacta – como forma alternativa de abordagem cirúrgica dos terceiros molares inferiores impactados em estreita proximidade com o nervo alveolar inferior, tendo em vista que a extração de um terceiro molar inferior impactado traz o risco potencial de causar distúrbios neurológicos temporários ou permanentes do nervo alveolar inferior. Se houver proximidade entre o nervo alveolar inferior e as raízes, a incidência pode chegar a 19%. Lesões do nervo alveolar inferior podem ocorrer pela compressão do nervo, indiretamente por forças transmitidas pela raiz durante a elevação ou diretamente por elevadores; várias pesquisas tentaram correlacionar marcadores radiográficos com a relação entre o nervo dentário inferior e a raiz do dente. Assim, os autores enfatizam que a coronectomia continua sendo estudada e apresentada na literatura como forma de reduzir tais complicações neurológicas. Pacci et al.(2014) relataram dois casos clínicos de coronectomia de terceiro molar inferior, em que haveria risco de parestesia e outras complicações decorrentes da cirurgia radical. Em ambos os casos foram utilizados exames complementares para confirmar a posição do dente, cujas

raízes estavam em íntimo contato com o canal mandibular. Moura et al (2020), por sua vez, relataram quatro casos clínicos de coronectomia, com desfechos diferentes: em um dos casos houve migração da raiz de 10,5 mm, o que facilitou a sua remoção em um segundo tempo cirúrgico; nos outros casos, a migração não ocorreu, o que não invalida a eficácia da técnica, pois o procedimento adicional, tardio, alcançou o objetivo esperado (remoção completa das raízes residuais). Mascarenhas et al. (2020) também relataram um caso clínico de coronectomia de terceiro molar inferior, como alternativa cirúrgica à remoção de dente incluso, em que parte da raiz continua dentro do alvéolo dentário, com vistas a reduzir a chance de lesão ao nervo alveolar inferior. Os autores explicam que a coronectomia somente deve ser realizada quando terceiro molar tiver vitalidade pulpar, estiver incluso e em íntimo contato com o canal mandibular – condição comprovada através de radiografias e de tomografia computadorizada. E mais: o elemento dental não deve ter cisto e nem tumores, e o paciente deve estar ciente da possibilidade de uma nova intervenção para a retirada das raízes que foram deixadas.

Fabris et al. (2013), em suas pesquisas, concluíram que é necessário um planejamento antes de qualquer cirurgia para estabelecer medidas preventivas de acidentes durante os procedimentos cirúrgicos. Pacci et al. (2014) relataram dois casos clínicos de terceiro molar inferior, em que haveria risco de parestesia e outras complicações decorrentes da cirurgia radical; os autores optaram por uma coronectomia – técnica eficaz, que reduz o risco de parestesia do nervo alveolar inferior, após a cirurgia de terceiro molar.

Quanto a acidentes e complicações, Lopes et al. (2013), investigando a respeito de parestesia do nervo alveolar inferior, afirmam ser esta uma condição que pode afetar os pacientes submetidos à cirurgia de exodontia dos terceiros molares. A parestesia se caracteriza por alterações de sensibilidade em consequência de traumas diretos por incisão do nervo, ou indiretos pela compressão devida à hematoma e edema. Essa é uma condição que pode trazer um considerável grau de desconforto e incômodo ao paciente, que relata, algumas vezes, ausência de sensibilidade em determinada região, assim como outros sintomas, tais como formigamento, dormência, sensibilidade alterada ao frio ou ao calor, “fisgada” e coceira. Speculand (2012) e Martins et al. (2012)

concluíram que trismo, com dificuldade de mastigação e edema no local afetado, é complicação bastante frequente no pós-cirúrgico imediato.

De acordo com os autores que embasaram cientificamente esta monografia, foi possível entender que os molares ectópicos, não muito frequentes, constituem, na maioria das vezes, achados radiográficos. Por sua localização, especialmente os molares inferiores, oferecem uma série de riscos de acidentes e complicações. Assim, a decisão pela remoção dos elementos ectópicos, além de exigir radiografias diversas e um excelente planejamento, precisa considerar a real necessidade de fazê-lo. A coronectomia é um procedimento mais conservador, que pode, se bem indicado, evitar que uma cirurgia mais radical para remoção do terceiro molar inferior cause sequelas no nervo dentário inferior.

4 CONCLUSÕES

Após a análise da revisão da literatura e dos quesitos abordados na discussão, foi nos possível concluir que:

- Cirurgias de terceiro molar ectópico necessitam atenção no diagnóstico e boa avaliação radiográfica para um planejamento adequado, com vistas a evitar complicações cirúrgicas.
- É de fundamental importância observar o posicionamento do terceiro molar na arcada dentária, na radiografia panorâmica convencional, para o primeiro diagnóstico; entretanto todos os autores advertem que a tomografia computadorizada garante o melhor planejamento cirúrgico.
- A TCFC (Tomografia computadorizada feixe cônico), também conhecida como cone beam (Cone beam computed tomography) é o método de diagnóstico por imagens mais preciso na Odontologia atual, visto que proporciona ao cirurgião uma imagem 3D. Assim, essa nova possibilidade contribui de maneira significativa na identificação e planejamentos cirúrgicos para elementos dentais fora das localizações normais de sua odontogênese.
- Ainda que a cirurgia de remoção de terceiros molares esteja cada vez mais rotineira nos consultórios odontológicos, é preciso que os profissionais estejam cientes das suas dificuldades, pois o terceiro molar inferior ectópico poderá estar em íntima relação com o nervo alveolar inferior, causando complicações no trans e pós-operatório, como por exemplo as parestesias, que podem ser de pequena ou de longa duração.
- Se faz necessário que o cirurgião-dentista esteja ciente de que a prevenção é a melhor maneira de lidar com as complicações, realizando um exame pré-operatório responsável e eficiente, a fim de minimizar qualquer tipo de dano ao paciente. Em todos os casos, os pacientes que serão submetidos à remoção de terceiros molares devem ser orientados sobre os riscos e possibilidades de tais complicações.
- A respeito de técnicas seguras para os procedimentos cirúrgicos, a melhor escolha é sempre aquela que o cirurgião-dentista esteja apto a

realizar. Existem técnicas de cirurgia intraoral, extraoral e a coronectomia, cabendo ao cirurgião-dentista ter conhecimento a respeito delas e escolher a que melhor se aplica ao caso, ainda que isso implique encaminhar o paciente a um cirurgião bucomaxilofacial.

- A coronectomia é uma técnica eficaz, de fácil execução e segura; se bem indicada e realizada, reduz o risco de lesão do nervo alveolar inferior evitando assim a parestesia temporária ou permanente.

REFERÊNCIAS

- Rosa FM, Escobar CAB, Brusco LC. Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. Revisão de literatura. RGO. Porto Alegre, v.55, n.3, p.291-295, jul./set.2007.
- Ferreira CPR, Farias DLB, Silva FJP, Oliveira TQF. Análise da topografia axial dos terceiros molares inclusos através da radiografia panorâmica dos maxilares em relação à classificação de Winter. Revista. Odonto. Ciência-Fac. Odonto/PUCRS, v.22 n.55, jan./mar.2007.
- Martorelli SB de F, Albuquerque R da S, Marinho E von R, Coelho Junior E de C, Martorelli F de O, Mello JF. Inclusões ectópicas em apófise coronóide. Relato de casos geneticamente associados. Ver. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe, v.7, n.3, p.41-48, jul./set.2007.
- Wong YK, Liew JCK, Tsui SHC, Cheng JCF. Ectopic molar near the coronoid process: Case report. Quintessence internacional, v.38, n.7, p.597-600, jul./ago.2007.
- Paulesini Junior W, Caixeta Neto LS, Leporace AA, Rapoport A. Complicações associadas à cirurgia de terceiros molares: revisão de literatura. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, maio/ago.2008;20(2)181-5.
- Pereira RJ, Ferreira F. Estudo dos terceiros molares numa população de consulta clínica em Gandra. Rev. Port. Estomatologia. Cir Maxilofac. v.49, n.2.2008.
- Lima ILA, Silva ATV, Oliveira FJ, Cardoso FO, Manzi FR. Radiografias convencionais e tomografia computadorizada cone-Beam para localização de dentes inclusos: Relato de caso. Arq. Bras. Odontol. 2009;52:58-64.
- Santos DR, Quesada GAT. Prevalência de terceiros molares e suas respectivas posições segundo as classificações de Winter e de Pell e Gregory. Rev. Circ. Traumatologia. Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe, v.9, n.1, p.83-92, jan./mar.2009.
- Speculand ANM. Remoralofectopic mandibular thirdteeth. Oral Surgery. v.5p.39-44.2012.
- Martins LD, Osama HK, Takahashi A, Gonçalves RCG, Zardo M. Ectopic mandibular third molar: Extraction by extraoral access. Rev. Odontol. Ciência. v.27, n.4, p.344-348. 2012.
- Fabris V, Simon LS, Manfro R, Malmann F, Derech EDA. Remoção cirúrgica de dente deslocado acidentalmente para o interior no seio maxilar. Relato de caso. J. Oral Invest. 2(2).38-43.2013.
- Lopes GB, Freitas JB. Parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia de terceiros molares. Arquivo Brasileiro de Odontologia. v.9, n.2.2013.

PacciRC, Pacci RW, Melzer RS, Milani CM. Coronectomia em terceiro molar inferior. Relato de dois casos. *Odonto*. 2014; 22(43-44):101-106.

Soares AS, Meneses SAF, Bezerra MMP, Ribeiro DC, Jorge DLD, Silva WB. Exodontia de terceiro molar ectópico no seio maxilar. *Full Dent. Sci.* 2014; 5 (19): 429-432.

Amaral LFA, Silva AC, Mariano RC. Explorando o volume 3D em TCFC frente aos elementos dentais ectópicos. *Rev Bras Odontol. Rio de Janeiro*, v. 71, n. 2, p. 148-51, jul./dez. 2014

Martins A, Perinetti G, Constantinides F, Maglione M. Coronectomy as a surgical approach to impacted mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015; abril 62(12):1447-52

Apaylin A, Salahattin M. Ectopic third molar in ramus. *J Oral Dent Health*. v. 1, p. 1-5. 2015

Zgur NP, Farinha TA, Pimentel RM, Silva JR, Ferreira AA. Lesões ao nervo alveolar inferior em práticas de cirurgia oral menor. *Ciência. Atual. Rio de Janeiro*. v. 10, n. 2. 2017

Dias AM, Martins BV, Souza Junior FJ, Guedes LJA, Kataoka MSS. Terceiro molar ectópico em côndilo associado a um cisto dentigero: Relato de caso e revisão de literatura. *RDAP. Revista Digital da Academia Paranaense de Odontologia. Belém-PA*, v. 2, n. 1, jan./jun. 2018.

Moura LB, Velasques BD, Barcellos BM, Damian MF, Xavier CB. Desfechos após coronectomia de terceiros molares inferiores. *Gauch. Odontol.* vol. 68. Campinas, Mar 13, 2020.

Mascarenhas CB, Andrade GS, Gaspar BS, Laranjeira LMA, Martins Neto J de D. Coronectomia em terceiro molar inferior: uma alternativa cirúrgica. *Braz. J. Hea. Rev. Curitiba*. v. 3, n. 3, P. 5562-5575 maio/jun. 2020.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citadas as fontes.

Cristina Ribeiro de Souza

Taubaté, agosto de 2020.