REABSORÇÃO CORONÁRIA IDIOPÁTICA EM TERCEIRO MOLAR INCLUSO: RELATO DE CASO

Júlia Pinheiro de Almeida Euphrásio, Ivan José Moreira Oliveira, Jorge Luiz Reis de Oliveira.

Universidade do Vale do Paraíba/Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Avenida Shishima Hifumi, 2911, Urbanova - 12244-000 - São José dos Campos-SP, Brasil,
julia.euphrasio@gmail.com, ivan@drivanoliveira.com.br, jorgelro@hotmail.com.

Resumo – A reabsorção coronária idiopática é uma condição rara, geralmente assintomática e diagnosticada incidentalmente em exames de imagem. O objetivo deste trabalho é relatar e discutir um caso clínico incomum de reabsorção coronária idiopática em terceiro molar incluso. A metodologia utilizada é de um estudo observacional, descritivo, longitudinal, do tipo relato de caso clínico de um paciente de 64 anos que relatava parestesia no lábio inferior, em decorrência de um terceiro molar impactado com sinais de reabsorção extensa e comprometimento ósseo mandibular. Exames radiográficos e tomográficos confirmaram o diagnóstico e orientaram a conduta cirúrgica em ambiente hospitalar, com remoção do elemento dentário, odontosecção com lâmina piezocirúrgica e instalação de mini-placa de titânio para estabilização mandibular. O acompanhamento pós-operatório demonstrou evolução satisfatória, com cicatrização adequada, porém, sem melhora do quadro neurossensorial. O relato evidencia a importância do diagnóstico precoce e do planejamento cirúrgico criterioso na prevenção de complicações relacionadas a casos de reabsorção coronária idiopática.

Palavras-chave: Reabsorção coronária idiopática. Terceiro molar impactado. Lesão óssea mandibular.
Área do Conhecimento: Odontologia

Introdução

A reabsorção dentária é um processo biológico patológico que resulta na perda progressiva dos tecidos mineralizados do dente (esmalte, dentina e cemento) por meio da atividade de células clásticas (odontoclastos e osteoclastos) (LIN *et al*., 2022). Em condições normais, o dente é protegido pela camada de cementoblastos externamente e por odontoblastos internamente, sendo necessária uma injúria para ativação do processo clástico e início da destruição dentária (KOEHNE *et al*., 2020).

Historicamente, a classificação e a compreensão da etiopatogenia da reabsorção evoluíram a partir de marcos como os estabelecidos por Andreasen e Hjørting-Hansen em 1966, que definiram padrões de reabsorção radicular pós-trauma. No entanto, o presente trabalho se concentra em uma manifestação mais rara e pouco elucidada: a Reabsorção Coronária Idiopática Pré-Eruptiva (RCIPE). A RCIPE é caracterizada pela perda de estrutura dentária na coroa de dentes não-erupcionados, sem uma causa inflamatória ou traumática facilmente identificável, sendo por isso classificada como idiopática (Zhu *et al*., 2014). Embora incomum, estudos retrospectivos indicam que essa patologia pode afetar uma parcela de pacientes, sendo os terceiros molares os dentes mais comumente envolvidos (Gurdán *et al*., 2023; Gultekin *et al*., 2024). Clinicamente assintomática, a RCIPE é geralmente um achado em exames de rotina, manifestando-se como uma radioluscência na coroa, frequentemente em terceiros molares inclusos (Szalma *et al*., 2022; Lenzi *et al*., 2017).

No contexto dos dentes inclusos, o terceiro molar inferior é de especial atenção devido à sua íntima relação anatômica com o nervo alveolar inferior (NAI). A complicação mais comum associada à inclusão é a reabsorção radicular externa do segundo molar adjacente, causada pela pressão crônica do folículo (Lacerda-Santos *et al*., 2018). Contudo, a patologia do próprio terceiro molar, como a RCIPE, exige atenção redobrada. A progressão destrutiva da reabsorção pode comprometer a fina camada óssea adjacente ao NAI. Lesões nesse nervo são o principal fator de parestesia (alteração da sensibilidade na região do lábio inferior e mento), condição que gera alta morbidade ao paciente (Silva *et al*., 2023).

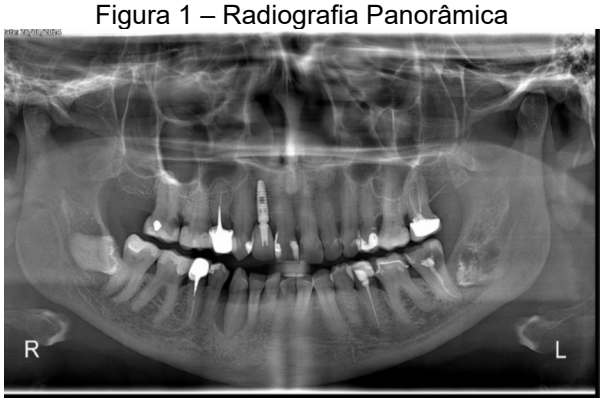
O diagnóstico e o planejamento para esses casos demandam alta precisão. A avaliação da relação entre o terceiro molar e o canal mandibular é de importância crítica, sendo a Tomografia

Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) a ferramenta de escolha para determinar a exata proximidade entre a patologia destrutiva e o NAI, guiando a decisão terapêutica e minimizando os riscos (Botelho *et al*., 2022). Em virtude da raridade da reabsorção coronária idiopática e da gravidade de sua complicação neurossensorial, o objetivo deste trabalho é relatar e discutir um caso clínico incomum de reabsorção coronária idiopática em terceiro molar incluso, onde a destruição da estrutura dentária resultou em um quadro de parestesia do nervo alveolar inferior, trazendo uma contribuição acadêmica sobre o diagnóstico e a conduta terapêutica dessa rara interação patológica.

Metodologia

Esse é um estudo observacional, descritivo, longitudinal, do tipo relato de caso clínico. Ele foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo número 8.514.088 e consentido pela paciente a divulgação do caso clínico**.** Paciente do gênero feminino, 64 anos de idade, se apresentou ao consultório clínico com queixa principal de perda de sensibilidade na região de lábio inferior esquerdo, sem sinais de melhora ao longo do tempo. Durante o exame físico intraoral não foram observadas condições inflamatórias ou infecciosas na mucosa oral. Para melhor investigação do quadro, foram solicitados exames de imagem complementares. A radiografia panorâmica revelou a presença de um terceiro molar inferior esquerdo incluso, como é possível observar na Figura 1, posicionado horizontalmente, com a coroa em íntimo contato com a porção radicular do dente adjacente e apresentando grande proximidade com o canal mandibular e a base óssea da mandíbula.

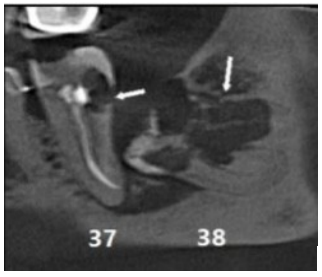
Figura 1 – Radiografia Panorâmica

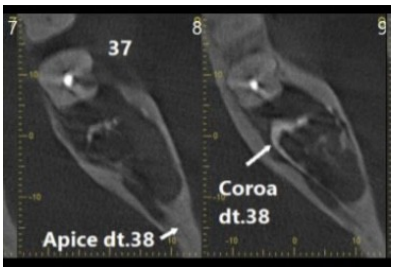


Fonte: Autor

Para uma avaliação mais precisa da relação anatômica do elemento incluso com as estruturas adjacentes, foi realizada uma tomografia. O exame confirmou a posição transversal do elemento incluso e evidenciou alterações morfológicas significativas, incluindo intenso processo reabsortivo, acometendo as porções coronária e apical do elemento dentário, possível de analisar na Figura 2(a). Além de acentuada rarefação óssea na região pericoronária, e reabsorção da cortical óssea na face vestibular com reação periosteal associada às faces vestibular e lingual figura 2(b). Observou-se ausência do ligamento periodontal ao exame tomográfico.

Figura 2 (a) – Tomografia computadorizada corte oblíquo (b) – Tomografia computadorizada corte axial





Fonte: Autor

Diante do quadro apresentado, optou-se pela remoção cirúrgica do elemento incluso, com instalação de mini-placa de titânio na região mandibular para prevenir fratura patológica no período pós-operatório. Considerando a extensão do processo absortivo, a idade da paciente e a condição do elemento dentário em proximidade ao nervo alveolar inferior, optou-se por realizar o procedimento em ambiente hospitalar sob anestesia geral, visando maior segurança e conforto para a paciente.

A paciente foi posicionada em decúbito dorsal e submetida à anestesia geral. Após realização da antissepsia extraoral com digluconato de clorexidina 2% e a instalação de campos cirúrgicos estéreis, foi realizada a infiltração local com lidocaína + epinefrina 1/200.00, com o objetivo de obter hemostasia da região e garantir analgesia intraoperatória eficaz.

Foi realizada a incisão da mucosa, com o auxílio de um eletrocautério, a fim de promover uma incisão limpa e com hemostasia controlada, estendendo-se posteriormente até a região retromolar associada ao descolamento mucoperiostal conduzido de forma cuidadosa com um descolador Molt, permitindo a exposição completa da área operada, foi possível visualizar o tecido na figura 3.

Figura 3 - Exposição da área sob cirurgia após diérese



Fonte: Autor

A exposição da coroa dentária exigiu a realização de uma osteotomia marginal com a broca n702 acoplada à peça reta de alta rotação, sob irrigação abundante com soro fisiológico estéril 0,9% para minimizar aquecimento ósseo e reduzir o risco de necrose tecidual. A remoção do tecido ósseo foi conduzida de forma meticulosa, respeitando as respectivas estruturas anatômicas.

Em virtude da posição horizontal do elemento dentário incluso e de sua íntima relação com o canal mandibular, foi realizada a odontosecção com lâmina piezocirúrgica. Essa técnica foi escolhida por oferecer maior precisão nos cortes e minimizar o risco de lesão nervosa. A odontosecção permitiu a separação segura da porção coronária em relação à porção radicular, facilitando a remoção do elemento incluso de forma fragmentada e com menor trauma ósseo.

A remoção das porções dentárias foi realizada com o auxílio de alavancas de Seldin e Potes, aplicando forças controladas para evitar danos adicionais ao tecido ósseo fragilizado. Após a exodontia, o alvéolo foi cuidadosamente curetado para remoção de possíveis fragmentos ósseos. A área foi abundantemente irrigada com soro fisiológico 0,9% promovendo a limpeza adequada do sítio cirúrgico e favorecendo o processo de cicatrização. A remoção completa do elemento incluso permitiu a exposição clara do alvéolo cirúrgico, confirmando a rarefação óssea previamente observada nos exames tomográficos. A área operada, livre de fragmentos dentários e ósseos, está ilustrada na Figura 4. A reabsorção induzida pelo elemento incluso resultou em comprometimento do segundo molar adjacente, condição já descrita na literatura como consequência da pressão crônica e atividade clástica associada a dentes impactados. Tal condição justificou a exodontia do elemento, visando eliminação do fator etiológico e prevenção da progressão da lesão.

Figura 4 - Leito cirúrgico evidenciando cavidade óssea pós-exodontia



Fonte: Autor

Perante a fragilidade do remanescente ósseo mandibular, identificado durante o procedimento, deliberou-se pela instalação de uma mini-placa de titânio com miniparafusos monocorticais na zona de resistência mandibular. Essa intervenção visou reforçar a estabilidade óssea e prevenir fraturas patológicas durante o processo de cicatrização. A mini-placa foi cuidadosamente adaptada à superfície óssea e fixada com quatro parafusos, sendo dois anteriores e dois posteriores ao sítio cirúrgico.

Finalizado o procedimento, o retalho mucoperiosteal foi reposicionado e suturado com fio absorvível Vicryl 3-0, promovendo adequado fechamento primário da ferida cirúrgica.

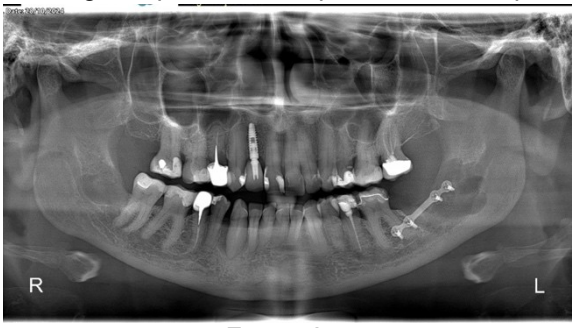
No período pós-operatório imediato, a paciente apresentou edema facial moderado, hematoma local e discreto desconforto, sintomas que foram prontamente controlados com medicação analgésica, anti-inflamatória e antibiótica. A terapia medicamentosa determinada com antibiótico (amoxicilina 500mg, a cada 8 horas, por 7 dias), anti-inflamatório esteroidal (Dexametasona 4mg, a cada 12 horas, por 3 dias), anti-inflamatório não-esteroidal (Ibuprofeno 600mg, a cada 12 horas, por 5 dias) e analgésico (paracetamol 750mg, a cada 6 horas, por 7 dias). Foi esclarecido quanto aos cuidados pós-operatório como higiene bucal adequada e complementar com bochecho de antisséptico clorexidina 0,12% 2 vezes ao dia, por 7 dias, repouso e orientação sobre dieta líquida ou pastosa.

Adicionalmente, foi indicado terapia fisioterápica para favorecer a recuperação temporomandibular e auxiliar na recuperação do edema. A paciente foi orientada quanto aos cuidados domiciliares, incluindo higiene bucal adequada e restrição de atividades físicas intensas nas semanas subsequentes.

O acompanhamento clínico foi realizado posteriormente, no qual a paciente apresentou boa evolução clínica, com cicatrização satisfatória e ausência de complicações infecciosas. Devido a utilização de fio de sutura absorvível, não foi necessário o retorno para retirada, mas para acompanhamento. Posteriormente a resolução completa do quadro inicial e a confirmação da cicatrização óssea adequada, a paciente segue de alta melhorada.

Observa-se na Figura 5 a presença de alvéolo pós extração em fase de regeneração óssea, não ocorrendo fragmentos ósseos ou restos radiculares em seu interior e podendo ser notado o trajeto do canal mandibular preservado. Ainda ocorre a presença de material de fixação interna estável de forma a garantir a resistência do remanescente ósseo e evitando-se a ocorrência de fratura mandibular patológica.

Figura 5 – Radiografia panorâmica após 2 meses de pós-operatório



Fonte: Autor

A paciente ainda apresenta o quadro de parestesia do nervo alveolar inferior, condição já esperada uma vez que já ocorria de forma prévia ao procedimento cirúrgico. Foi prescrita a medicação Etna e

terapia fisioterápica com eletroestimulação e aplicação de laser de baixa potência para o auxílio da recuperação nervosa e melhora da perda da sensibilidade no lábio inferior.

A mesma encontra-se em acompanhamento pós-operatório periódico.

Resultados

A paciente, 64 anos, apresentou-se com parestesia persistente na região do lábio inferior esquerdo, caracterizando o quadro neurossensorial como a queixa principal. O exame clínico não revelou sinais inflamatórios ou infecciosos na mucosa, direcionando a investigação para uma etiologia associada a estruturas profundas.

A radiografia panorâmica (Figura 1) evidenciou um terceiro molar inferior esquerdo incluso em posição horizontal. Notou-se uma grande proximidade da coroa dentária com o dente adjacente e do ápice radicular com o canal mandibular e a base da mandíbula.

A tomografia computadorizada evidenciou a presença de um terceiro molar inferior esquerdo (38) incluso em posição transversal, com extenso processo de reabsorção coronária e apical. Observou-se rarefação óssea na região pericoronária, reabsorção da cortical vestibular e reação periosteal associada às faces vestibular e lingual. Além disso, o ligamento periodontal não foi visualizado, o que sugeria ausência de vitalidade. A relação íntima do elemento com o canal mandibular justificou a escolha por abordagem cirúrgica hospitalar sob anestesia geral. A técnica cirúrgica adotada incluiu odontosecção com piezocirurgia e instalação de mini-placa de titânio para estabilização mandibular.

Discussão

A reabsorção coronária e radicular idiopática é uma condição rara, de etiologia ainda não completamente esclarecida, que acomete preferencialmente dentes impactados, como os terceiros molares inferiores. Essa alteração é geralmente detectada de forma incidental em exames radiográficos de rotina e caracteriza-se pela perda progressiva de estrutura dentária na região da coroa, sem sinais de trauma, infecção ou doença sistêmica evidente (Zhu *et al*., 2014).

A literatura demonstra que, embora sua prevalência não seja alta, a reabsorção intracoronal pré-eruptiva deve ser considerada um achado clínico significativo devido ao seu potencial destrutivo e risco de comprometimento de estruturas adjacentes (Gurdán *et al*., 2023). No caso apresentado, a lesão foi suficientemente extensa a ponto de comprometer a cortical óssea vestibular, levando à necessidade de intervenção cirúrgica com estabilização mandibular por meio de mini-placa, o que corrobora os achados de Szalma *et al*. (2022), que alertam para a relação entre reabsorções severas e riscos de fratura patológica.

A ausência do espaço do ligamento periodontal e a rarefação óssea pericoronária também foram descritas por Lenzi *et al*. (2017) como indicativos de um processo patológico crônico, que pode evoluir de forma assintomática até atingir estruturas nobres, como o nervo alveolar inferior. Esse envolvimento neurossensorial, manifestado clinicamente pela parestesia relatada pela paciente, é uma complicação documentada por Silva *et al*. (2023), que destaca a importância de diagnósticos precoces para evitar sequelas irreversíveis.

O uso da tomografia computadorizada de feixe cônico foi essêncial para o diagnóstico e planejamento cirúrgico. Botelho *et al*. (2022) reforçam a superioridade desse exame em relação à radiografia panorâmica para avaliar a relação entre terceiros molares inclusos e o canal mandibular, sendo decisivo para definir a abordagem minimamente invasiva e segura. Além disso, a odontosecção com piezocirurgia mostrou-se benéfica para minimizar o risco de lesões ao nervo, conforme sugerido por Koehne *et al*. (2020), que destacam a importância de técnicas conservadoras em procedimentos com envolvimento de estruturas anatômicas críticas.

A instalação da mini-placa de titânio foi uma medida preventiva, diante da fragilidade óssea observada durante o transoperatório. Essa conduta, ainda que não seja rotineira em exodontias simples, encontra respaldo na literatura quando há risco de fratura como discutido por Szalma *et al*. (2022).

Dessa forma, a associação de métodos diagnósticos precisos e a técnica cirúrgica adequada contribuiu significativamente para o sucesso do tratamento e a reabilitação da paciente. Este caso reforça, portanto, a necessidade de vigilância radiográfica em terceiros molares inclusos e destaca a importância da TCFC para o diagnóstico precoce e a gestão de técnicas cirúrgicas seguras diante de patologias destrutivas que comprometem a integridade neural e estrutural da mandíbula.

Conclusão

À luz da abordagem metodológica empregada, conclui-se que a reabsorção coronária idiopática em terceiros molares inclusos, embora de ocorrência incomum, pode acarretar complicações neurossensoriais e estruturais de significativa relevância clínica. O presente relato evidencia a relevância dos exames de imagem avançados e do planejamento cirúrgico individualizado, os quais se mostraram determinantes para a preservação da função mandibular e para recuperação satisfatória da paciente. Além disso, o caso ressalta acerca da relevância do acompanhamento clínico e radiográfico periódico como parte essencial da rotina diagnóstica e terapêutica.

Ademais, destaca-se a necessidade de novos estudos que aprofundem a compreensão da etiopatogenia dessa condição e subsidiem a elaboração de protocolos clínicos-cirúrgicos mais consistentes e padronizados.

Referências

BOTELHO, T. L.; COSTA, L. F.; RODRIGUES, C. D.; REGE, I. C. C. Avaliação da relação do terceiro molar inferior com o canal mandibular por meio da tomografia computadorizada de feixe cônico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 31, n. 90, p. 307-320, 2022. DOI: https://doi.org/10.36065/robrac.v31i90.1550

GULTEKIN, I. M.; EYMIRLI, P. S.; KARAHAN, S. Prevalence of pre-eruptive intra-coronal resorption in pediatric population: a retrospective analysis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 24, p. e230190, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/pboci.2024.086

GURDÁN, Z. et al. Reabsorção intracoronal pré-eruptiva em pacientes ortodônticos: análise retrospectiva de 3.143 pacientes. **Heliyon**, v. 9, n. 8, e18699, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e18699

KOEHNE, T.; ZUSTIN, J.; AMLING, M.; FRIEDRICH, R. E. Radiological and histopathological features of internal tooth resorption. **In Vivo**, v. 34, n. 4, p. 1875-1882, jul./ago. 2020. DOI: https://doi.org/10.21873/invivo.11983

LACERDA-SANTOS, J. T. et al. External root resorption of second molars caused by impacted third molars: an observational study in panoramic radiographs. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 47, n. 1, p. 25-30, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rounesp/a/cFt9JyfQ67m4fJLY38FJRRj/. Acesso em: 26 set. 2025.

LENZI, R. et al. Pre-eruptive intracoronal resorption in a third upper molar: clinical, tomographic and histological analysis. **Australian Dental Journal**, v. 62, n. 2, p. 223-227, jun. 2017. DOI: https://doi.org/10.1111/adj.12444

LIN, S.; MOREINOS, D.; KAUFMAN, A. Y.; ABBOTT, P. V. Tooth Resorption – Part 1: The evolvement, rationales and controversies of tooth resorption. **Dental Traumatology**, v. 38, n. 4, p. 253-266, 2022. DOI: 10.1111/edt.12757

SILVA, A. et al. Parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia de terceiros molares inferiores: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Saúde**, v. 6, n. 4, p. 14349-14357, 2023.

SZALMA, J. et al. Pre-eruptive intracoronal resorption in “high-risk” impacted third molars: a report of four cases. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 50, n. 10, p. 798-805, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jcms.2022.09.004

ZHU, Z. et al. Idiopathic coronal resorption of an impacted tooth: a case report and literature review. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 6, n. 2, p. e184-e188, 2014. DOI: https://doi.org/10.4317/jced.51647