

CORONECTOMIA VERSUS EXODONTIA COMPLETA EM TERCEIROS MOLARES INFERIORES DE ALTO RISCO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

CORONECTOMY VERSUS COMPLETE EXTRACTION IN HIGH-RISK MANDIBULAR THIRD MOLARS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Caroline Santos de Oliveira¹
Gabriella Moraes Silva²
Vitória Santana Ribeiro de Melo³
João Victor dos Reis Rodrigues⁴
Ronald Rojas Concepción⁵
Rafael Bezerra dos Santos⁶

RESUMO: Introdução: terceiros molares inferiores impactados que mantêm íntima relação radiográfica com o canal mandibular representam desafio relevante para a cirurgia bucomaxilofacial, em razão do risco aumentado de lesão do nervo alveolar inferior (NAI) durante a exodontia convencional. A coronectomia, técnica que consiste na remoção da coroa dentária com manutenção intencional das raízes, consolidou-se como alternativa cirúrgica para reduzir esse risco. Objetivo: comparar a ocorrência de lesão do NAI entre a coronectomia e a exodontia completa de terceiros molares inferiores de alto risco, analisando também os principais desfechos clínicos associados a cada abordagem. Métodos: revisão integrativa da literatura, conduzida segundo o referencial metodológico de Whittemore e Knafl, com busca nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science e Cochrane Library. Foram selecionados estudos primários e revisões sistemáticas publicados majoritariamente entre 2021 e 2026, complementados por referências anteriores consideradas fundamentais para a contextualização histórica do tema, entre elas o ensaio clínico randomizado pioneiro de Renton et al. (2005) e o estudo radiográfico de Rood e Shehab (1990). Resultados: os estudos analisados, incluindo ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas com amostras agregadas amplas, apresentaram resultados consistentes quanto à menor ocorrência de lesão do NAI após coronectomia em comparação à exodontia completa. Observou-se, contudo, possibilidade de falha intraoperatória da coronectomia, com necessidade de conversão para exodontia em parcela dos casos, além de migração radicular da raiz remanescente, fenômeno mais pronunciado em pacientes jovens e eventual necessidade de reintervenção cirúrgica, que se mostrou proporcionalmente menos frequente que a própria migração. A evidência relativa à infecção pós-operatória mostrou-se heterogênea entre os estudos; algumas amostras de maior porte relataram proporção numericamente superior de infecção após coronectomia em comparação à exodontia, achado que não deve ser interpretado como aumento comprovado do risco, já que nem todos os estudos relataram significância estatística para essa diferença. Dor, alveolite e lesão do nervo lingual não mostraram padrão consistente de superioridade de uma técnica sobre a outra. Estudos preliminares sugerem possível aplicabilidade da coronectomia em pacientes idosos e em terceiros molares com patologia associada, como cistos e lesões cariosas, embora o pequeno número de estudos nesses subgrupos ainda não permita generalização. Observou-se, ainda, sobreposição relevante dos estudos primários utilizados pelas diferentes revisões sistemáticas incluídas, o que reduz o grau de independência entre as estimativas agregadas apresentadas na literatura. Conclusão: a evidência disponível indica que a coronectomia está associada a menor ocorrência de lesão do NAI em terceiros molares inferiores de alto risco, podendo constituir alternativa à exodontia completa em casos selecionados. Sua indicação

¹ Graduada em Odontologia pela Universidade do Grande Rio (Unigranrio) Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil.

² Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Goyazes - UNIGOYAZES. Trindade, GO, Brasil.

³ Graduanda em Odontologia pela instituição UNIFIPMoc Afya Montes Claros Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário - FacUnicamps Goiânia, GO, Brasil.

⁵ Graduando em odontologia pela Faculdade Estácio São Paulo de Rondônia. Campus: Estácio FSP. Rolim de Moura, RO, Brasil.

⁶ Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA. Teresina, PI, Brasil.

deve ser individualizada, considerando a possibilidade de migração radicular, eventual reintervenção e a necessidade de acompanhamento clínico-radiográfico prolongado, além da heterogeneidade da evidência sobre infecção. São necessários estudos clínicos randomizados multicêntricos e acompanhamento de longo prazo para consolidar essas observações.

Descritores: Coronectomia. Terceiro Molar. Nervo Alveolar Inferior. Canal Mandibular. Cirurgia Bucal.

ABSTRACT: Introduction: impacted mandibular third molars in close radiographic relationship with the mandibular canal pose a relevant surgical challenge due to the increased risk of inferior alveolar nerve (IAN) injury during conventional extraction. Coronectomy, a technique consisting of crown removal with intentional retention of the roots, has become an established surgical alternative to reduce this risk. Objective: to compare the occurrence of IAN injury between coronectomy and complete extraction of high-risk mandibular third molars, also analyzing the main clinical outcomes associated with each approach. Methods: an integrative literature review was conducted following the methodological framework of Whitemore and Knafl, with searches in PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science and the Cochrane Library. Primary studies and systematic reviews published mostly between 2021 and 2026 were selected, complemented by earlier references considered fundamental for the historical contextualization of the topic, including the pioneering randomized controlled trial by Renton et al. (2005) and the radiographic study by Rood and Shehab (1990). Results: the studies analyzed, including randomized controlled trials and systematic reviews with large pooled samples, presented consistent results regarding a lower occurrence of IAN injury after coronectomy compared with complete extraction. However, coronectomy may fail intraoperatively, requiring conversion to extraction in a subset of cases, and is also associated with migration of the remaining root a phenomenon more pronounced in younger patients and occasional need for surgical re-intervention, which proved proportionally less frequent than migration itself. Evidence regarding postoperative infection was heterogeneous across studies; some larger samples reported a numerically higher proportion of infection after coronectomy compared with extraction, a finding that should not be interpreted as a proven increase in risk, since not all studies reported statistical significance for this difference. Pain, alveolar osteitis and lingual nerve injury showed no consistent pattern of superiority of one technique over the other. Preliminary studies suggest possible applicability of coronectomy in elderly patients and in third molars with associated pathology, such as cysts and carious lesions, although the small number of studies in these subgroups does not yet allow generalization. Relevant overlap of primary studies used by the different systematic reviews included was also observed, which reduces the degree of independence among the pooled estimates reported in the literature. Conclusion: the available evidence indicates that coronectomy is associated with a lower occurrence of IAN injury in high-risk mandibular third molars and may constitute an alternative to complete extraction in selected cases. Its indication should be individualized, taking into account the possibility of root migration, eventual re-intervention, and the need for prolonged clinical and radiographic follow-up, in addition to the heterogeneity of the evidence on infection. Multicenter randomized clinical trials and long-term follow-up are needed to consolidate these observations.

Keywords: Coronectomy. Third Molar. Inferior Alveolar Nerve. Mandibular Canal. Oral Surgery.

1 INTRODUÇÃO

A exodontia de terceiros molares inferiores impactados está entre os procedimentos mais frequentemente realizados na cirurgia bucomaxilofacial, respondendo por parcela expressiva dos procedimentos cirúrgicos orais realizados por cirurgiões bucomaxilofaciais (PÓVOA et al., 2021; RICO-BARROSO et al., 2026). Quando as raízes desses dentes mantêm relação

radiográfica íntima com o canal mandibular, a exodontia completa carrega risco aumentado de lesão do nervo alveolar inferior (NAI), complicação capaz de gerar parestesia, disestesia ou anestesia labiomentoniana, com impacto funcional, psicossocial e, não raramente, médico-legal relevante para o paciente, a lesão do NAI figura entre as causas mais comuns de litígio em odontologia (RICO-BARROSO et al., 2026).

A relação de proximidade entre as raízes do terceiro molar e o canal mandibular constitui o principal fator de risco para essa complicação, o que torna a avaliação radiográfica pré-operatória etapa central do planejamento cirúrgico. Rood e Shehab (1990), em estudo clássico ainda hoje amplamente referenciado, descreveram sinais radiográficos panorâmicos associados a maior risco de lesão do NAI, relativos tanto à morfologia radicular (escurecimento, desvio, estreitamento e ápice bífido) quanto ao próprio canal mandibular (desvio, estreitamento e interrupção da linha branca cortical). A incorporação da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) à prática clínica permitiu, posteriormente, refinar essa avaliação de risco de forma tridimensional, sobretudo nos casos com sinais radiográficos positivos na radiografia panorâmica, contribuindo para decisões terapêuticas mais individualizadas.

Diante do risco neurossensorial associado à exodontia completa nesses casos, a coronectomia consolidou-se como alternativa cirúrgica amplamente estudada nas últimas duas décadas. A técnica consiste na secção da coroa dentária alguns milímetros abaixo do esmalte, com preservação intencional da polpa e das raízes no interior do alvéolo, sem qualquer manipulação direta da porção radicular mais próxima ao NAI —, permitindo a migração espontânea da raiz remanescente ao longo do tempo (RENTON et al., 2005). O ensaio clínico randomizado pioneiro de Renton et al. (2005) forneceu as primeiras evidências controladas de que a coronectomia poderia reduzir a ocorrência de lesão do NAI em comparação à exodontia completa em terceiros molares de alto risco radiográfico, achado posteriormente examinado por outros ensaios clínicos randomizados, como o de Leung e Cheung (2009), e por revisões sistemáticas com amostras agregadas mais amplas, que observaram resultados consistentes com essa redução de risco (PÓVOA et al., 2021; RICO-BARROSO et al., 2026).

Nos últimos cinco anos, observou-se produção científica particularmente intensa sobre o tema, com a publicação de múltiplas revisões sistemáticas, metanálises, overviews de revisões sistemáticas e estudos prospectivos, ampliando o escopo da evidência disponível para além da simples comparação de incidência de lesão nervosa, incluindo hoje desfechos relatados pelo paciente (AL-ALI et al., 2025), aplicação da técnica em pacientes idosos (SIMONS et al., 2025) e em terceiros molares com patologia associada, como cistos dentígeros e lesões cariosas

(BODEGRAVEN et al., 2025). Contudo, a coronectomia também apresenta complicações e limitações próprias, entre elas a possibilidade de falha intraoperatória com conversão para exodontia, a migração da raiz remanescente ao longo do tempo e a eventual necessidade de reintervenção cirúrgica.

Apesar dessa literatura recente e volumosa, permanecem lacunas relevantes quanto à magnitude real do benefício neurológico da coronectomia quando contraposto às suas potenciais desvantagens, em especial a heterogeneidade dos achados sobre infecção pós-operatória, o comportamento da raiz remanescente ao longo do tempo e a variabilidade dos protocolos peri-operatórios empregados, como o uso de antibioticoterapia (SILVA et al., 2026). Some-se a isso o fato de que boa parte das revisões sistemáticas disponíveis compartilha, em graus variados, o mesmo núcleo de estudos primários, o que limita a independência entre as estimativas agregadas publicadas. Diante disso, o objetivo desta revisão integrativa foi comparar a ocorrência de lesão do NAI entre a coronectomia e a exodontia completa de terceiros molares inferiores de alto risco, analisando também os principais desfechos clínicos associados a cada abordagem.

2 OBJETIVOS

4

2.1 Objetivo geral

Comparar a ocorrência de lesão do nervo alveolar inferior entre a coronectomia e a exodontia completa de terceiros molares inferiores de alto risco, bem como analisar os principais desfechos clínicos associados às duas abordagens.

2.2 Objetivos específicos

Sintetizar os desfechos clínicos associados a cada técnica, incluindo dor, infecção, alveolite, migração radicular, necessidade de reintervenção e exodontia tardia da raiz remanescente.

Descrever as taxas de sucesso e falha da coronectomia relatadas na literatura, e os fatores radiográficos e demográficos associados à falha.

Analisar a aplicabilidade da coronectomia em cenários clínicos específicos, como pacientes idosos e terceiros molares com patologia associada (cistos e cáries).

Discutir os critérios radiográficos utilizados para indicação da coronectomia e sua relação com o risco de lesão nervosa.

Analisar desfechos relatados pelo próprio paciente, incluindo dor, edema, qualidade de vida e tempo de recuperação, associados a cada técnica.

Avaliar criticamente a qualidade metodológica da evidência disponível.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de revisão integrativa da literatura, delineamento que permite reunir e sintetizar estudos de diferentes abordagens metodológicas (experimentais, observacionais e revisões prévias) sobre um mesmo fenômeno. O estudo seguiu as cinco etapas propostas por Whittemore e Knafl (2005): (1) identificação do problema; (2) busca da literatura; (3) avaliação dos estudos; (4) análise dos dados; e (5) apresentação dos resultados. Em razão do elevado número de revisões sistemáticas e metanálises publicadas especificamente sobre o tema, a síntese incorporou, além de estudos primários comparativos, revisões sistemáticas e metanálises anteriores, o que permitiu contextualizar os achados mais recentes à luz de estimativas já consolidadas na literatura, opção que introduz sobreposição parcial de estudos primários entre as fontes secundárias utilizadas, limitação retomada na Discussão.

Foram priorizadas, para a síntese narrativa contemporânea, publicações entre 2021 e 2026. Estudos anteriores a esse período foram utilizados quando considerados fundamentais para a contextualização histórica do tema, como o estudo radiográfico de Rood e Shehab (1990) e o ensaio clínico randomizado de Renton et al. (2005) ou quando seus dados primários compunham revisões sistemáticas e análises comparativas incluídas nesta síntese.

5

3.2 Estratégia de pesquisa e critérios de elegibilidade

Elemento	Definição
P — População	Pacientes com terceiro molar inferior impactado apresentando sinais radiográficos de íntima relação com o canal mandibular (sinais de Rood e Shehab, 1990), incluindo subgrupos como pacientes idosos e terceiros molares com patologia associada
I — Intervenção	Coronectomia (odontectomia parcial intencional)
C — Comparação	Exodontia completa (odontectomia convencional)
O — Desfechos	Incidência de lesão do NAI (desfecho primário); dor, infecção, alveolite, migração radicular, reintervenção e desfechos relatados pelo paciente (desfechos secundários)

Fonte: Elaborado pelos autores (2026)

Critérios de inclusão: ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte, estudos comparativos prospectivos ou retrospectivos, revisões sistemáticas e metanálises sobre

coronectomia em terceiros molares inferiores de alto risco, com dados quantitativos de incidência disponíveis, priorizando publicações entre 2021 e 2026 conforme critério explicitado na Seção 3.1.

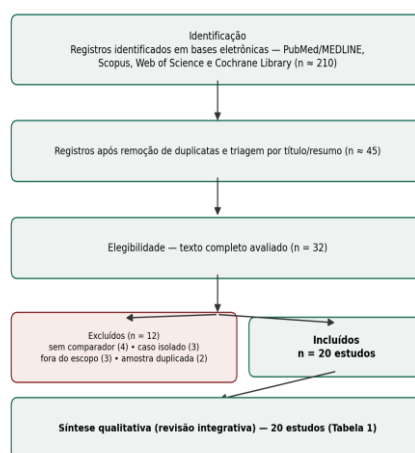
Critérios de exclusão: relatos de caso isolados e séries de casos sem grupo comparativo; estudos in vitro, em modelos animais ou puramente anatômicos; estudos sem desfecho relacionado à lesão do NAI ou aos desfechos secundários de interesse.

3.3 Busca, seleção dos estudos e extração de dados

A busca foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science e Cochrane Library, combinando por operadores booleanos os descritores "coronectomy", "partial odontectomy", "intentional root retention", "third molar", "inferior alveolar nerve" e "mandibular canal", complementada por checagem manual das listas de referências dos estudos incluídos. Para cada estudo incluído foram extraídos: autor e ano de publicação, delineamento, tamanho amostral, técnica avaliada, incidência de lesão do NAI e principais desfechos clínicos. A Figura 1 apresenta, de forma esquemática, o fluxo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos; não há documentação suficiente para tratar os quantitativos representados como contagens prospectivamente registradas e auditáveis por terceiros, razão pela qual a figura deve ser interpretada como representação esquemática do processo, e não como fluxograma no formato de uma revisão sistemática registrada. Do mesmo modo, não há registro detalhado da data exata da busca, do número de revisores envolvidos na triagem ou de filtro de idioma aplicado de forma sistemática, o que constitui limitação metodológica explicitada na Seção 5.1.

6

Figura 1 — Fluxo esquemático do processo de seleção dos estudos.



Fonte: Elaborado pelos autores (2026)

3.4 Avaliação da qualidade metodológica

As avaliações de qualidade metodológica e risco de viés dos estudos primários apresentadas neste trabalho foram extraídas das revisões sistemáticas incluídas, conforme os instrumentos empregados pelos respectivos autores, e não resultam de nova avaliação independente conduzida por este autor sobre os artigos originais. Conforme relatado pelas próprias revisões-fonte, foram utilizados a ferramenta da Cochrane Collaboration para ensaios clínicos randomizados, a Newcastle-Ottawa Scale (NOS) para estudos de coorte e caso-controle, e as ferramentas de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute (JBI) para estudos de prevalência. Essa avaliação é sintetizada na Tabela 2.

3.5 Síntese dos dados

Em razão da heterogeneidade de delineamentos entre os estudos incluídos, optou-se por síntese narrativa, com apresentação comparativa das estimativas de efeito (razões de chances, riscos relativos e proporções agrupadas) tal como relatadas pelos autores originais. Para favorecer a leitura crítica dos achados, foram elaboradas três figuras de síntese visual (Figuras 2 a 4), construídas a partir dos dados numéricos extraídos das tabelas dos artigos-fonte.

7

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos estudos incluídos

Foram incluídos 20 estudos com caracterização individual detalhada na Tabela 1, organizados cronologicamente, dos quais a maioria foi publicada entre 2021 e 2026. Duas referências anteriores a esse período foram mantidas por sua relevância para a contextualização histórica do tema: o estudo de Rood e Shehab (1990), origem dos critérios radiográficos de risco, e o ensaio clínico randomizado pioneiro de Renton et al. (2005). Adicionalmente, cinco estudos primários Leung e Cheung (2009), Hatano et al. (2009), Kang et al. (2019), Yan et al. (2020) e James et al. (2023), são citados nominalmente no texto e na Figura 2 com dados extraídos de forma secundária a partir da Tabela 3 de Rico-Barroso et al. (2026), sem caracterização individual independente nesta síntese; suas referências completas constam na lista final.

Tabela 1 — Características e principais achados dos estudos incluídos, em ordem cronológica de publicação.

Autor / Ano	Delineamento	Amostra	Principais achados
Rood; Shehab (1990)	Estudo radiográfico observacional	Não comparativo	Descrição e validação de sinais radiográficos preditores de lesão do NAI (4 na raiz, 3 no canal); base dos critérios de risco ainda hoje utilizados.
Renton et al. (2005)	Ensaio clínico randomizado	128 pacientes / 196 dentes (94 coronectomia: 58 sucesso + 36 falha / 102 exodontia)	Lesão do NAI: 18,6% (exodontia) vs. 0% (coronectomia bem-sucedida) vs. 8,3% (coronectomia falha), $p=0,01$; $p=0,008$ sucesso vs. exodontia; alvéolo seco semelhante entre grupos (9,6–12,1%); nenhuma reintervenção em 25 meses; falha associada a sexo feminino ($p=0,03$) e raiz cônica.
Mann; Scott (2021)	Revisão sistemática com estudos de caso	Estudos diversos	Síntese qualitativa reforçando a coronectomia como alternativa segura em casos selecionados de alto risco.
Póvoa et al. (2021)	Revisão sistemática	16 estudos / 2.176 coronectomias	Lesão do NAI em 0,59%; lesão do nervo lingual em 0,22%; infecção em 3,95%; alveolite em 1,12%; exodontia tardia da raiz em 5,28%; reintervenção em 1,13%; dor relatada em 22,04% dos pacientes. Apenas 5 de 16 estudos com boa qualidade metodológica (NOS).
Abu-Mostafa et al. (2021)	Revisão sistemática	7 estudos (3 ECR + 4 ECC)	Nenhuma lesão permanente do NAI após coronectomia bem-sucedida; lesão transitória de 0–2,20% (sucesso) e 0–8% (falha); exodontia: transitória 0–16,66%, permanente 0–3,63%; migração radicular em 2–85,3% dos casos.
Almontashri et al. (2023)	Revisão sistemática	13 casos analisados	Coronectomia convencional vs. coronectomia com enxerto ósseo: sem diferença significativa na maioria das morbidades; o enxerto reduziu a migração radicular com necessidade de reoperação e a profundidade de bolsa periodontal distal ao 2º molar.
Bernabeu-Mira et al. (2024)	Série de casos retrospectiva, clínica e radiográfica	Seguimento de 2 a 9 anos	Avaliação de complicações intraoperatórias, de curto e de longo prazo (infecção, exposição, alterações sensoriais) e do comportamento radiográfico da raiz remanescente ao longo do tempo.
Peixoto et al. (2024)	Revisão sistemática / metanálise	Estudos observacionais agrupados	OR de lesão do NAI de 0,14 (IC95% 0,06–0,30; $I^2=0\%$; $p=0,0001$) favorável à coronectomia; menor incidência de alveolite localizada; maior necessidade de reintervenção cirúrgica no grupo coronectomia.
Hamad (2024)	Estudo comparativo prospectivo	220 dentes (coronectomia) vs. 218 dentes (exodontia)	Acompanhamento em 1 semana, 1, 3, 6, 12 e 24 meses; lesão do NAI 3,7% (exodontia, transitória) vs. 0,5% (coronectomia, 1 caso permanente); dor sem diferença estatística (VAS); infecção 6,4% (coronectomia) vs. dado não relatado; alveolite 4,5% (coronectomia) vs. 10,5% (exodontia).
Nowak et al. (2024)	Estudo retrospectivo	167 coronectomias (2017–2022)	Sucesso de 93%; falha intraoperatória em 3,6%; dor em 15%; infecção em 9%; alvéolo seco em 3,6%; reoperação em 1,8%; lesão nervosa em 12 pacientes (permanente: NAI 0,6%, nervo lingual 1,2%; demais transitórias).
Silveira et al. (2024)	Revisão sistemática / metanálise	Estudos agrupados sobre coronectomia	Coronectomia confirmada como alternativa segura e eficaz para terceiros molares inferiores de alto risco em relação ao canal mandibular.

Autor / Ano	Delineamento	Amostra	Principais achados
Simons et al. (2025)	Estudo prospectivo	30 pacientes > 60 anos (idade média 71,2 anos)	Escore de OHIP-14 e dor mais elevados no primeiro dia pós-operatório, com declínio gradual ao longo da semana; impacção total associada a maior impacto na qualidade de vida no 1º dia que a impacção parcial.
Bodegraven et al. (2025)	Coorte prospectiva	115 pacientes / 121 molares com cisto dentífero ou cárie	Sem diferença significativa na ocorrência de complicações pós-operatórias (dor persistente, lesão do NAI, infecção, alveolite, sangramento, retratamento) entre coronectomia e exodontia completa em terceiros molares com patologia associada.
Rico-Barroso et al. (2026)	Revisão sistemática	16 estudos / 2.551 pacientes (2.280 coronectomias vs. 841 exodontias)	Falha da coronectomia em 6,22%; lesão do NAI: 6,53% (exodontia) vs. 0,56% (coronectomia); lesão permanente: 1,18% vs. 0,13%; dor semelhante (15,69% vs. 14,21%); infecção 2,61% (exodontia) vs. 3,94% (coronectomia); alvéolo seco 6,06% vs. 1,09%; nervo lingual raro em ambos (0,12% vs. 0,26%); reintervenção em 3,55% (mediana).
AlQahtani et al. (2025)	Overview de revisões sistemáticas	8 revisões sistemáticas agrupadas	Reintervenção em 2,95% (IC95% 0,17–5,73%); falha da coronectomia em 3,00%; lesão do NAI em 0,55%; lesão do nervo lingual em 0,086%.
Al-Ali et al. (2025)	Estudo prospectivo, unicego, transversal	70 pacientes (19–55 anos)	Coronectomia evitou lesão do NAI, porém associada a maior tempo de recuperação (40% vs. 28,6% com recuperação ≥5 dias), maior uso prolongado de medicação (34,3% vs. 14,3%) e maiores escores de dor/edema no pós-operatório imediato (escala PoSse), sobretudo em mulheres acima de 25 anos.
Di Spirito et al. (2025)	Revisão sistemática de revisões sistemáticas	6 RS / 5.896 pacientes / 7.913 coronectomias bem-sucedidas	Taxa global de reintervenção de 4,45% (intervalo de 6 meses a 10 anos; média de 10,4 meses); causas principais: exposição radicular (16,76%), infecção (4,55%) e dor (2,84%); migração radicular em 12,20%; lesão do NAI em 0,76%.
Sharif et al. (2025)	Estudo retrospectivo	63 coronectomias (2014–2020) / 44 pacientes avaliados	Migração radicular significativamente mais frequente em pacientes ≤25 anos; 4 complicações pós-operatórias (2 resolvidas com antibioticoterapia, 2 exigiram reoperação); nenhum caso de alteração neurosensorial transitória ou permanente relatado.
Silva et al. (2026)	Revisão de escopo	50 estudos / aproximadamente 2.126 pacientes	Heterogeneidade substancial nos protocolos de antibioticoterapia pré- e pós-operatória empregados nos procedimentos de coronectomia, com lacunas relevantes na padronização da literatura atual.
Derbishi et al. (2026)	Revisão sistemática / metanálise	ECRs e coortes prospectivas agrupados	Síntese de desfechos primários (lesão do NAI, alveolite, infecção) e secundários (dor, migração radicular, taxa de reoperação); avaliação de risco de viés com Cochrane RoB 2 (ECRs) e ROBINS-I (estudos não randomizados).

Fonte: Elaborado pelos autores (2026)

NAI = nervo alveolar inferior; ECR = ensaio clínico randomizado; ECC = estudo caso-controle; RS = revisão sistemática; OR = razão de chances; IC95% = intervalo de confiança de 95%; VAS = escala visual analógica; NOS = Newcastle-Ottawa Scale.

4.2 Avaliação da qualidade metodológica e risco de viés

Conforme relatado pelos próprios autores das revisões-fonte, os estudos apresentaram qualidade metodológica heterogênea, com fragilidades relacionadas ao tamanho amostral e à ausência de grupo controle em parte das publicações. Póvoa et al. (2021), utilizando a Newcastle-Ottawa Scale para os estudos de coorte e caso-controle, classificaram apenas 5 dos 16 estudos avaliados (31,3%) como de boa qualidade metodológica ($NOS \geq 6/9$), ao passo que Rico-Barroso et al. (2026), utilizando as ferramentas do Joanna Briggs Institute para estudos de prevalência, classificaram 15 dos 16 estudos incluídos (93,8%) como de baixo risco de viés, divergência que impede comparação direta entre as duas avaliações e provavelmente reflete, ao menos em parte, diferenças entre os instrumentos empregados. A Tabela 2 resume esses achados.

Tabela 2 — Síntese da avaliação de qualidade metodológica e risco de viés nas principais revisões-fonte incluídas, conforme relatado pelos próprios autores originais.

Fonte / instrumento	Estudos avaliados	Principal achado de qualidade
Póvoa et al. (2021) — Newcastle-Ottawa Scale (coorte/caso-controle) e Cochrane RoB (ECRs)	16 estudos (2.176 coronectomias)	Apenas 5/16 (31,3%) com boa qualidade metodológica; ambos os ECRs (Leung & Cheung, 2009; Renton et al., 2005) bem classificados pela ferramenta Cochrane
Rico-Barroso et al. (2026) — Joanna Briggs Institute (estudos de prevalência)	16 estudos (2.551 pacientes)	15/16 (93,8%) classificados como baixo risco de viés ($\geq 70\%$ "Sim"); apenas 1 estudo com risco moderado (55,5%)
Derbishi et al. (2026) — Cochrane RoB 2 (ECRs) e ROBINS-I (não randomizados)	ECRs e coortes prospectivas agrupados	Avaliação combinada de risco de viés para desenhos randomizados e observacionais na mesma síntese

Fonte: Elaborado pelos autores (2026)

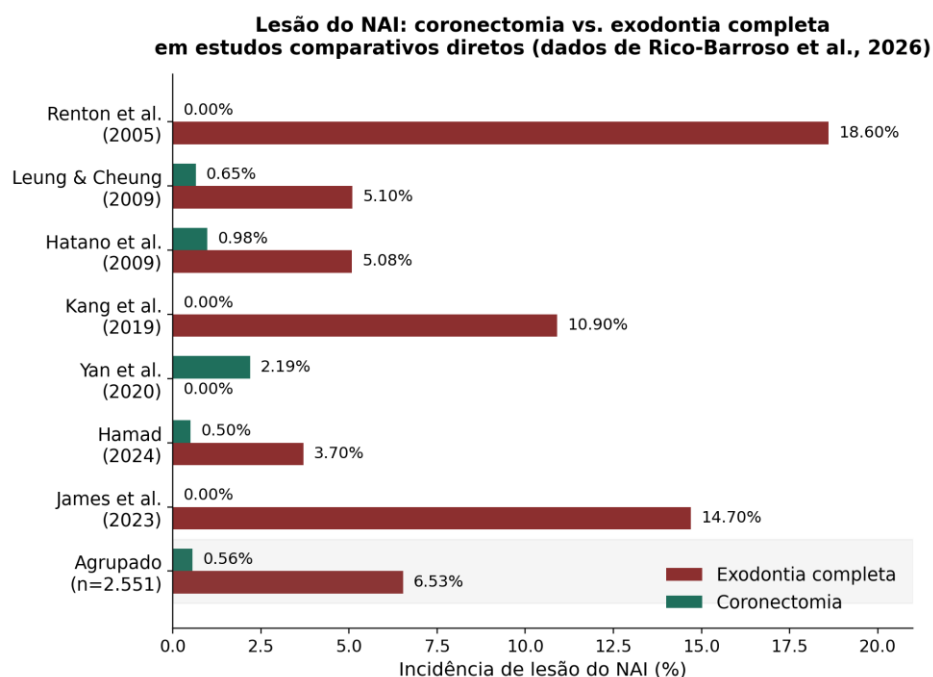
4.3 Incidência de lesão do nervo alveolar inferior

No ensaio clínico randomizado pioneiro sobre o tema, Renton et al. (2005) observaram lesão do NAI em 18,6% (19/102) dos pacientes submetidos à exodontia completa, contra nenhuma lesão entre os pacientes com coronectomia bem-sucedida (0/58) e 8,3% (3/36) entre os pacientes cuja coronectomia falhou intraoperatoriamente ($p=0,01$; $p=0,008$ na comparação direta sucesso vs. exodontia). Considerando a coronectomia por intenção de tratar, ou seja, todos os 94 dentes randomizados para essa técnica, incluindo os 36 convertidos intraoperatoriamente para exodontia, a incidência agregada foi de 3/94 (3,2%). A duração média da parestesia foi de 3 semanas, mas em dois pacientes os sintomas persistiram por mais de 6

meses, caracterizando neuropatia permanente, ambos os casos ocorridos no grupo tratado por exodontia convencional; não houve nenhum caso de neuropatia do nervo lingual em todo o estudo. Achados semelhantes foram relatados por outro ensaio clínico randomizado, o de Leung e Cheung (2009), que também observou menor ocorrência de déficit neurossensorial após coronectomia em comparação à exodontia completa.

A revisão sistemática com maior amostra agregada dentre as incluídas nesta síntese, de Rico-Barroso et al. (2026), reuniu 2.551 pacientes (2.280 coronectomias e 841 exodontias) e observou lesão do NAI em 6,53% no grupo exodontia contra apenas 0,56% no grupo coronectomia, com lesão permanente em 1,18% e 0,13%, respectivamente. A metanálise de Peixoto et al. (2024), reunindo estudos observacionais, relatou razão de chances de 0,14 (IC95% 0,06-0,30; $I^2=0\%$; $p=0,0001$) associada à coronectomia.

Figura 2 — Incidência de lesão do nervo alveolar inferior (NAI) em estudos comparativos diretos entre coronectomia e exodontia completa, com dados extraídos da Tabela 3 de Rico-Barroso et al. (2026), exceto Renton et al. (2005), aqui apresentado por intenção de tratar.



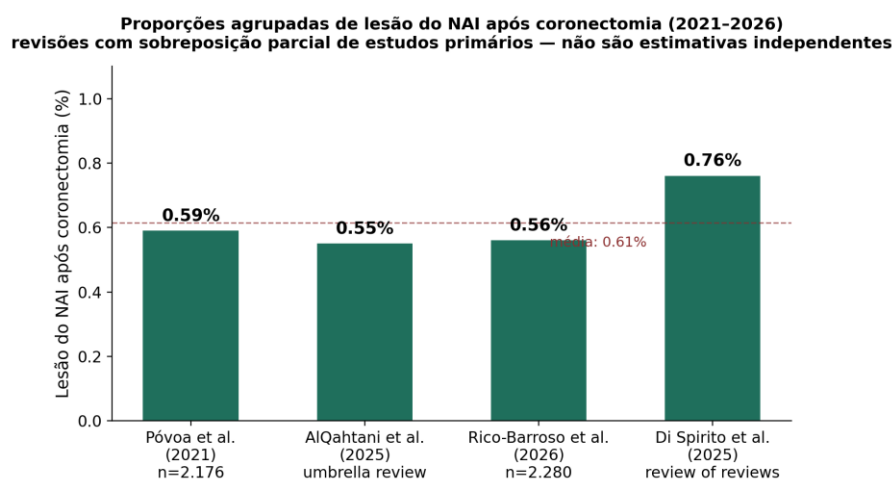
Fonte: Elaborado pelos autores (2026)

A checagem estudo a estudo, apresentada na Figura 2, confirma que a superioridade numérica da coronectomia em relação à preservação do NAI não se restringe a um único estudo ou população: em seis dos sete estudos comparativos diretos disponíveis, a incidência de lesão do NAI foi numericamente menor no grupo coronectomia, com a única exceção sendo Yan et

al. (2020), no qual a coronectomia apresentou incidência de 2,19% contra 0% na exodontia, dado isolado, proveniente de amostra de apenas 91 coronectomias e 49 exodontias, sem significância estatística relatada e compatível com variação ao acaso dado o número reduzido de eventos.

Quando consideradas as proporções agrupadas de lesão do NAI relatadas por diferentes revisões sistemáticas e overviews de revisões sistemáticas publicados ao longo de cinco anos consecutivos (2021 a 2026), os valores mantiveram-se sempre abaixo de 1%: 0,59% em Póvoa et al. (2021, n=2.176 coronectomias), 0,55% em AlQahtani et al. (2025, overview de 8 revisões sistemáticas), 0,56% em Rico-Barroso et al. (2026, n=2.280 coronectomias) e 0,76% em Di Spirito et al. (2025, revisão de revisões, n=7.913 coronectomias bem-sucedidas), como ilustrado na Figura 3. É importante notar, contudo, que essa aparente convergência não equivale a quatro confirmações independentes: revisões sistemáticas sobre um tema relativamente concentrado como a coronectomia tendem a identificar e incorporar, em grande medida, o mesmo núcleo de estudos primários (Renton et al., 2005; Leung e Cheung, 2009; Hatano et al., 2009; entre outros), de modo que a semelhança entre as proporções agrupadas reflete, em parte substancial, a reutilização dos mesmos dados de base por diferentes equipes de síntese, e não quatro amostras populacionais inteiramente distintas.

Figura 3 — Proporções agrupadas de lesão do NAI após coronectomia relatadas por quatro revisões sistemáticas/overviews publicados entre 2021 e 2026. As revisões comparadas compartilham parcialmente os mesmos estudos primários e não constituem, portanto, confirmações inteiramente independentes entre si.



Fonte: Elaborado pelos autores (2026)

Estudos individuais recentes também corroboraram esse achado: Nowak et al. (2024), em 167 coronectomias, relataram lesão permanente do NAI em apenas 0,6% dos casos; Sharif et al. (2025), em 63 coronectomias acompanhadas por até seis anos, não identificaram nenhum

caso de alteração neurossensorial transitória ou permanente; e Hamad (2024), em estudo prospectivo comparativo com 220 coronectomias e 218 exodontias, registrou lesão do NAI transitória em 3,7% do grupo exodontia contra apenas 0,5% (um único caso, permanente) no grupo coronectomia.

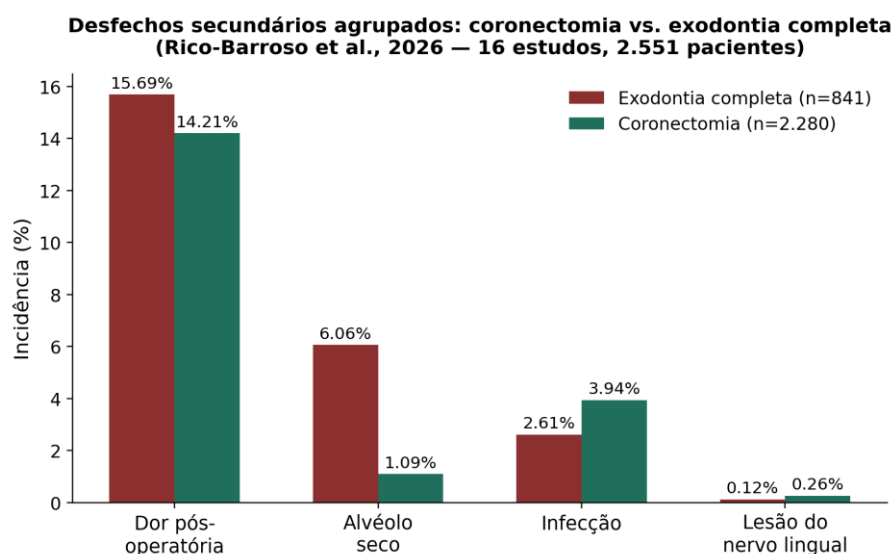
4.4 Desfechos secundários

4.4.1 Dor, infecção e alveolite

Os achados quanto à dor pós-operatória permaneceram heterogêneos mesmo na literatura mais recente. Rico-Barroso et al. (2026) relataram incidências semelhantes de dor entre as técnicas (15,69% na exodontia vs. 14,21% na coronectomia, com durações médias de 3,40 e 2,61 dias, respectivamente), enquanto Al-Ali et al. (2025), utilizando a escala PoSSe, identificaram escores de dor e edema significativamente mais elevados após coronectomia no pós-operatório imediato. Nowak et al. (2024) relataram dor em 15% e infecção em 9% das 167 coronectomias analisadas.

Um achado que merece destaque específico nesta síntese é a proporção de infecção pós-operatória observada na maior amostra agregada já publicada: Rico-Barroso et al. (2026) relataram infecção em 3,94% (90/2.280) das coronectomias contra 2,61% (22/841) das exodontias, ou seja, uma proporção numericamente maior no grupo coronectomia quando consideradas todas as coortes agrupadas, sem que os autores relatassem significância estatística para essa diferença. Esse achado é compatível, na mesma direção, com a observação pontual de Renton et al. (2005), em que a infecção foi mais frequente na coronectomia bem-sucedida do que na exodontia (5,2% vs. 0,98%). Ainda assim, a evidência comparativa sobre infecção permanece heterogênea entre os estudos, e essa proporção numericamente maior não deve ser interpretada como aumento comprovado do risco infeccioso associado à coronectomia. Em compensação, a incidência de alvéolo seco mostrou-se consistentemente menor após coronectomia (1,09% vs. 6,06% na exodontia, segundo Rico-Barroso et al., 2026), e a lesão do nervo lingual, desfecho raro em ambas as técnicas, foi discretamente mais frequente após coronectomia (0,26% vs. 0,12%), sempre de caráter transitório. A Figura 4 sintetiza visualmente esses quatro desfechos agrupados.

Figura 4 — Desfechos secundários agrupados (dor, alvéolo seco, infecção e lesão do nervo lingual): coronectomia vs. exodontia completa, segundo dados de Rico-Barroso et al. (2026).



Fonte: Elaborado pelos autores (2026)

Bodegraven et al. (2025), ao comparar diretamente as duas técnicas em terceiros molares com patologia associada (cistos dentígeros e lesões cariosas), não encontraram diferença estatisticamente significativa entre coronectomia e exodontia quanto a dor persistente, infecção ou alveolite, achado relevante por ampliar a indicação da coronectomia para além dos casos estritamente não patológicos.

14

4.4.2 Migração radicular e fatores associados

A migração da raiz remanescente em direção coronal, afastando-se do canal mandibular, é evento conhecido e frequente após a coronectomia, tendo sido relatada na maioria dos casos acompanhados radiograficamente; Di Spirito et al. (2025) descreveram incidência de 12,20% quando considerada clinicamente relevante o suficiente para motivar reintervenção. É importante destacar que a ocorrência de migração radicular não implica, por si só, necessidade de nova cirurgia: a taxa de reintervenção relatada pela literatura é consistentemente menor que a frequência de migração observada, o que reforça a relevância do acompanhamento radiográfico programado como estratégia de conduta, e não a indicação automática de reoperação diante de sinais de migração. No próprio ensaio original de Renton et al. (2005), cinco dos 58 segmentos radiculares acompanhados por pelo menos 13 meses já mostravam sinais de migração inferior a 2 mm, sem necessidade de remoção ou nova cirurgia, um dos primeiros registros longitudinais desse fenômeno na literatura. Um achado particularmente relevante da

literatura mais recente foi identificado por Sharif et al. (2025): a migração radicular mostrou-se significativamente mais frequente em pacientes com 25 anos ou menos, sem associação com sexo, anatomia radicular ou padrão de impacção, achado com implicações diretas para o aconselhamento pré-operatório de pacientes jovens. Bernabeu-Mira et al. (2024), em série de casos com seguimento de 2 a 9 anos, reforçaram a importância do acompanhamento radiográfico prolongado para caracterizar adequadamente esse comportamento a longo prazo.

4.4.3 Reintervenção, falha e exodontia tardia da raiz remanescente

A necessidade de reintervenção cirúrgica após coronectomia variou conforme a fonte consultada: 1,13% em Póvoa et al. (2021), 1,8% em Nowak et al. (2024), 2,95% no overview de AlQahtani et al. (2025), 3,55% (mediana) em Rico-Barroso et al. (2026) e 4,45% no overview de Di Spirito et al. (2025), que identificou a exposição radicular (16,76% dos casos de reintervenção) como principal indicação, seguida de infecção (4,55%) e dor (2,84%). A taxa de falha intraoperatória da coronectomia, conversão para exodontia completa durante o próprio procedimento, foi de 6,22% em Rico-Barroso et al. (2026) e de 3,6% em Nowak et al. (2024), valores mais baixos e mais consistentes entre si do que os relatados por Renton et al. (2005), cuja taxa de falha foi de 38,3% (36/94). Uma hipótese explicativa para essa diferença seria uma curva de aprendizado técnico da coronectomia ao longo das últimas duas décadas; trata-se, contudo, de hipótese não testada diretamente pelos estudos aqui reunidos, e não de mecanismo comprovado, já que diferenças de critério para definição de "falha" e de seleção de casos entre os estudos também poderiam explicar, total ou parcialmente, essa variação.

15

Almontashri et al. (2023) acrescentaram um dado técnico relevante ainda pouco explorado: o preenchimento do alvéolo com material de enxerto ósseo após a coronectomia (coronectomia enxertada) reduziu a necessidade de reoperação por exposição radicular em comparação à técnica convencional, sem aumento de morbidade.

4.5 Desfechos relatados pelo paciente e populações especiais

O estudo prospectivo unicego de Al-Ali et al. (2025), utilizando a escala PoSSe em 70 pacientes, constatou que, embora a coronectomia tenha evitado a ocorrência de lesão do NAI no grupo avaliado, essa técnica associou-se a maior proporção de pacientes com recuperação prolongada (≥ 5 dias: 40% na coronectomia vs. 28,6% na exodontia) e maior uso prolongado de medicação analgésica (> 5 dias: 34,3% vs. 14,3%). De forma complementar, Simons et al. (2025) avaliaram especificamente pacientes idosos (> 60 anos, idade média de 71,2 anos) por meio do

instrumento OHIP-14, observando impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal no primeiro dia pós-operatório, sobretudo em casos de impacção total, com declínio progressivo ao longo da primeira semana. Já Bodegraven et al. (2025) avaliaram a técnica em terceiros molares com patologia associada (cistos dentígeros e lesões cariosas), sem identificar diferença estatisticamente significativa em relação à exodontia completa nesses casos específicos. Considerando o pequeno número de estudos disponíveis em ambos os subgrupos, um único estudo primário para cada cenário, esses achados fornecem evidências preliminares de possível aplicabilidade da coronectomia em pacientes idosos e em terceiros molares com patologia associada, mas ainda não permitem generalização ampla.

5 DISCUSSÃO

A revisão desta literatura, com ênfase em publicações recentes, apresenta resultados consistentes com os achados históricos sobre a coronectomia. A redução na ocorrência de lesão do NAI, inicialmente observada por Renton et al. (2005) em amostra de pouco mais de cem pacientes por grupo, foi acompanhada de resultados semelhantes na revisão de Rico-Barroso et al. (2026), que reuniu 2.551 pacientes, a maior amostra agregada entre os estudos aqui analisados, e na metanálise de Peixoto et al. (2024), que relatou razão de chances de 0,14 (IC95% 0,06–0,30) associada à coronectomia. A convergência entre o ensaio clínico randomizado pioneiro, a maior revisão sistemática já publicada sobre o tema e uma metanálise conduzida por outro grupo de pesquisa constitui um dos achados mais consistentes reunidos nesta síntese, ainda que não permita, por si só, o estabelecimento de relação causal definitiva, dada a natureza predominantemente observacional de parte expressiva dos estudos incluídos.

A comparação com os achados de Renton et al. (2005) permite, ainda, qualificar melhor a origem histórica de alguns achados hoje frequentemente citados na literatura. A taxa de falha intraoperatória de 38,3% relatada naquele ensaio pioneiro, numericamente superior aos 6,22% descritos por Rico-Barroso et al. (2026) e aos 3,6% de Nowak et al. (2024), poderia sugerir uma curva de aprendizado técnico da coronectomia ao longo das últimas duas décadas; trata-se, porém, de hipótese não testada diretamente pelos estudos aqui reunidos, e não de mecanismo comprovado, uma vez que diferenças de critério para definição de "falha", de seleção de casos e de experiência dos cirurgiões entre os estudos comparados também poderiam explicar, total ou parcialmente, essa diferença. De modo semelhante, a ausência de qualquer necessidade de reintervenção no acompanhamento de 25 meses de Renton et al. (2005) contrasta com as taxas de 1,13% a 4,45% relatadas por revisões mais recentes com seguimento mais longo, sugerindo

que o comportamento tardio da raiz remanescente, sobretudo a migração e a eventual exposição ao meio bucal, é um fenômeno que se manifesta mais plenamente com anos de acompanhamento, tal como ilustrado pela série de Bernabeu-Mira et al. (2024), com seguimento de até nove anos.

Merece discussão específica o achado, quantificado na Figura 4, de que a proporção de infecção pós-operatória foi numericamente maior no grupo coronectomia quando consideradas as amostras mais robustas (3,94% vs. 2,61% em Rico-Barroso et al., 2026). Esse dado, na mesma direção da observação já registrada por Renton et al. (2005), em que a infecção foi numericamente mais frequente na coronectomia bem-sucedida do que na exodontia (5,2% vs. 0,98%) é compatível com a hipótese de que a manutenção intencional de tecido dentário radicular no interior do alvéolo represente um sítio discretamente mais suscetível a colonização bacteriana do que um alvéolo submetido à remoção completa da estrutura dentária; trata-se, contudo, de hipótese explicativa, e não de mecanismo comprovado pelos estudos aqui reunidos, e a evidência comparativa sobre infecção permanece heterogênea entre os estudos disponíveis. Esse achado reforça a relevância prática do mapeamento de Silva et al. (2026) sobre a heterogeneidade dos protocolos de antibioticoterapia empregados na coronectomia: apesar do volume expressivo de estudos publicados sobre a técnica, ainda não há consenso sobre o regime antibiótico ideal, o que representa lacuna concreta para pesquisas futuras.

17

A literatura mais recente também trouxe contribuições que vão além da simples comparação de ocorrência de lesão nervosa. O achado de Sharif et al. (2025) de que a migração radicular é significativamente mais frequente em pacientes jovens (≤ 25 anos) tem implicação prática direta: pacientes mais jovens, população em que os terceiros molares impactados são mais frequentemente diagnosticados, podem se beneficiar de acompanhamento radiográfico mais próximo após a coronectomia, sem que isso implique necessidade automática de reintervenção. Da mesma forma, os estudos preliminares conduzidos em pacientes idosos (Simons et al., 2025) e em terceiros molares com patologia associada (Bodegraven et al., 2025) fornecem evidências iniciais de possível aplicabilidade da coronectomia nesses cenários antes pouco estudados, embora o pequeno número de estudos disponíveis para cada subgrupo ainda não permita generalização ampla.

Merece destaque também a contribuição de Almontashri et al. (2023), que sugere que o preenchimento do alvéolo com material de enxerto ósseo após a coronectomia pode reduzir a necessidade de reoperação por exposição radicular, achado técnico ainda baseado em número limitado de casos, mas que aponta para uma possível linha de refinamento da técnica nos

próximos anos, potencialmente também relevante para mitigar o risco infeccioso discutido acima.

Como em revisões anteriores sobre o tema, o benefício associado à coronectomia não é isento de contrapartidas. A necessidade de reintervenção cirúrgica, variando de aproximadamente 1% a 4,45% conforme a fonte consultada e a possibilidade de exodontia tardia da raiz remanescente permanecem como principais desvantagens documentadas mesmo na literatura mais recente. O achado de Al-Ali et al. (2025), de maior morbidade subjetiva (dor, edema, tempo de recuperação) associada à coronectomia no pós-operatório imediato, é particularmente relevante para o processo de decisão compartilhada com o paciente, pois indica que a ausência de lesão nervosa não significa, necessariamente, uma recuperação pós-operatória mais confortável.

5.1 Limitações

Este trabalho apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus achados

Delineamento, por se tratar de revisão integrativa, e não de revisão sistemática registrada, não houve protocolo prospectivo publicado, dupla seleção independente de estudos por revisores nem avaliação formal de viés de publicação (ex.: gráfico de funil).

Sobreposição de estudos primários entre fontes secundárias, as quatro revisões sistemáticas comparadas na Figura 3 (Póvoa et al., 2021; AlQahtani et al., 2025; Rico-Barroso et al., 2026; Di Spirito et al., 2025) compartilham parcialmente os mesmos estudos primários em seus respectivos conjuntos de dados. A convergência numérica entre elas, portanto, não deve ser lida como quatro confirmações populacionais independentes, mas como estimativas parcialmente correlacionadas derivadas de uma base de evidência primária ainda relativamente concentrada.

Base de evidência comparativa ainda limitada, apesar da existência de estudos randomizados sobre coronectomia, como os de Renton et al. (2005) e Leung e Cheung (2009), a base de evidência comparativa permanece relativamente restrita e inclui número expressivo de estudos observacionais, o que reduz a certeza de alguns desfechos e limita o nível de evidência máximo alcançável por esta e por qualquer outra síntese atual sobre o tema.

Divergência entre instrumentos de avaliação de qualidade, a comparação entre Póvoa et al. (2021) e Rico-Barroso et al. (2026) na Tabela 2 revelou diferença expressiva na proporção de estudos classificados como de boa qualidade (31,3% vs. 93,8%), o que impede comparação direta

de "qualidade metodológica" entre revisões que utilizaram instrumentos distintos (NOS vs. JBI).

Ausência de literatura cinzenta e possível restrição idiomática, não há registro, no processo conduzido, de busca sistemática em teses, anais de congresso ou bases de literatura cinzenta, nem de filtro de idioma aplicado de forma documentada, o que pode ter deixado de fora estudos relevantes.

Tamanho amostral limitado em subgrupos específicos, os achados sobre populações especiais (pacientes idosos, terceiros molares com patologia associada) baseiam-se, cada um, em um único estudo primário (Simons et al., 2025; Bodegraven et al., 2025, respectivamente), não permitindo ainda generalização robusta.

Heterogeneidade de desenhos e de instrumentos entre os estudos incluídos, que reuniram ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais e revisões sistemáticas/metanálises, o que limitou a síntese a uma abordagem predominantemente narrativa.

Para a prática clínica, os achados reunidos nesta revisão são consistentes com a indicação da coronectomia como alternativa capaz de reduzir a ocorrência de lesão do NAI em terceiros molares inferiores de alto risco radiográfico, inclusive em populações e cenários ainda pouco estudados, desde que o paciente seja adequadamente informado sobre, a possibilidade de reintervenção futura, sobretudo além dos dois primeiros anos de acompanhamento; o comportamento esperado da raiz remanescente conforme sua faixa etária, com maior migração radicular em pacientes jovens, sem que isso implique necessidade automática de nova cirurgia; a possibilidade de morbidade pós-operatória imediata comparável ou até superior à da exodontia completa; e a heterogeneidade da evidência sobre infecção pós-operatória, o que reforça a importância de protocolos peri-operatórios bem definidos, incluindo o uso criterioso de antibioticoterapia.

6 CONCLUSÃO

A evidência disponível indica que a coronectomia está associada a menor ocorrência de lesão do nervo alveolar inferior em comparação à exodontia completa de terceiros molares inferiores de alto risco, podendo constituir alternativa nesses casos selecionados, inclusive em cenários ainda pouco estudados, como pacientes idosos e terceiros molares com patologia associada, para os quais a evidência disponível ainda é preliminar. Os resultados sugerem convergência entre o ensaio clínico randomizado pioneiro de Renton et al. (2005), a maior

revisão sistemática já publicada sobre o tema e a metanálise de Peixoto et al. (2024), o que fortalece a credibilidade do achado, ainda que a certeza dessa conclusão permaneça limitada pela base de evidência comparativa relativamente restrita e pela sobreposição parcial de estudos primários entre as revisões sistemáticas disponíveis, conforme discutido na Seção 5.1.

A indicação da coronectomia deve ser individualizada, considerando a possibilidade de migração radicular, mais pronunciada em pacientes jovens e de eventual reintervenção cirúrgica, ambas devendo ser explicadas ao paciente no processo de decisão compartilhada, assim como a necessidade de acompanhamento clínico-radiográfico de médio e longo prazo. A heterogeneidade da evidência sobre infecção pós-operatória reforça a importância de protocolos peri-operatórios bem definidos. São necessários estudos clínicos randomizados multicêntricos, com acompanhamento de longo prazo, para consolidar essas observações e ampliar a certeza da evidência disponível sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ABU-MOSTAFA, N. et al. Evaluation of the Outcomes of Coronectomy Procedure versus Surgical Extraction of Lower Third Molars Which Have a High Risk for Inferior Alveolar Nerve Injury: A Systematic Review. *International Journal of Dentistry*, v. 2021, p. 9161606, 2021. DOI: 10.1155/2021/9161606.

AL-ALI, K. et al. Standardized coronectomy versus total extraction for impacted mandibular third molars: a single-blinded prospective analysis of patient-reported outcomes. *Frontiers in Oral Health*, v. 6, 2025. DOI: 10.3389/froh.2025.1647852.

ALMONTASHRI, S. M.; ALDOSSARY, N. M.; ASSYRIA, A. A. Comparing the Outcomes of Conventional Coronectomy and Graft Coronectomy: A Systematic Review. *The Open Dentistry Journal*, v. 17, p. e187421062301060, 2023. DOI: 10.2174/18742106-v17-e230111-2022-55

ALQAHTANI, F. A. M. et al. Clinical Outcomes of Coronectomy: An Overview of Systematic Reviews. *Oral Surgery*, 2025. DOI: 10.1111/ors.70016.

BERNABEU-MIRA, J. C.; PEÑARROCHA-OLTRA, D.; PEÑARROCHA-DIAGO, M. Coronectomy of impacted mandibular third molars: a clinical and radiological retrospective case series study with 2-9 years of follow-up. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 29, n. 2, p. e180-e186, 2024. DOI: 10.4317/medoral.26159

BODEGRAVEN, A. van et al. Coronectomy of mandibular third molars with dental pathology: a prospective cohort study of 121 molars. *Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 29, p. 44, 2025. DOI: 10.1007/s10006-025-01340-8.

DERBISHI, A. A. et al. Coronectomy Versus Total Extraction for Third Molar Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, v. 18, n. 3, p. e105646, 2026. DOI: 10.7759/cureus.105646

DI SPIRITO, F. et al. Re-Intervention Rate, Timing, and Indications Following Coronectomy of the Mandibular Third Molar: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Journal of Clinical Medicine*, v. 14, n. 11, p. 3877, 2025. DOI: 10.3390/jcm14113877.

HAMAD, S. A. Outcomes of Coronectomy and Total Odontectomy of Impacted Mandibular Third Molars. *International Dental Journal*, v. 74, n. 2, p. 195-198, 2024. DOI: 10.1016/j.identj.2023.07.015.

HATANO, Y.; KURITA, K.; KUROIWA, Y.; YUASA, H.; ARIJI, E. Clinical evaluations of coronectomy (intentional partial odontectomy) for mandibular third molars using dental computed tomography: a case-control study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 67, n. 9, p. 1806-1814, 2009. DOI: 10.1016/j.joms.2009.04.018.

JAMES, O.; OYENEYIN, A. O.; ADEYEMI, M. O.; ERINOSO, O. A.; ADEKUNLE, A. A.; ADEYEMO, W. L. Neurosensory Deficits of Inferior Alveolar Nerve Following Impacted Mandibular Third Molar Extraction: Comparison of One-Stage Extraction with Two-Stage Coronectomy. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, v. 22, n. 1, p. 178-186, 2023. DOI: 10.1007/s12663-021-01601-5.

KANG, F.; XUE, Z.; ZHOU, X.; ZHANG, X.; HOU, G.; FENG, Y. Coronectomy: A Useful Approach in Minimizing Nerve Injury Compared With Traditional Extraction of Deeply Impacted Mandibular Third Molars. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 77, n. 11, p. 2221.e1-2221.e14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2019.06.186>

LEUNG, Y. Y.; CHEUNG, L. K. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: a randomized controlled trial. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, v. 108, n. 6, p. 821-827, 2009. DOI: 10.1016/j.tripleo.2009.07.004.

MANN, A.; SCOTT, J. Coronectomy of Mandibular Third Molars: A Systematic Literature Review and Case Studies. *Australian Dental Journal*, v. 66, n. 2, p. 136-149, 2021. DOI: 10.1111/adj.12825

NOWAK, S. M.; JUSTICE, J.; ASLAM, A.; SUIDA, M. I. The success rates and outcomes of mandibular third molar coronectomy: 167 cases. *Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 28, n. 3, p. 1227-1239, 2024. DOI: 10.1007/s10006-024-01244-z.

PEIXOTO, A. O. et al. Benefits of Coronectomy in Lower Third Molar Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 82, n. 1, p. 73-92, 2024. DOI: 10.1016/j.joms.2023.09.024.

PÓVOA, R. C. S. et al. Does the Coronectomy a Feasible and Safe Procedure to Avoid the Inferior Alveolar Nerve Injury during Third Molars Extractions? A Systematic Review. *Healthcare*, v. 9, n. 6, p. 750, 2021. DOI: 10.3390/healthcare9060750.

RENTON, T.; HANKINS, M.; SPROATE, C.; MCGURK, M. A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 43, n. 1, p. 7-12, 2005. DOI: 10.1016/j.bjoms.2004.09.002.

RICO-BARROSO, L.; BARROSO-MEDEL, M. E.; GUTIÉRREZ-PÉREZ, J. L.; SERRERA-FIGALLO, M. A.; TORRES-LAGARES, D. Coronectomy as an alternative technique to complete extraction of mandibular third molars with risk of nerve injury. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 31, n. 1, p. e19-e30, 2026. DOI: 10.4317/medoral.27459.

ROOD, J. P.; SHEHAB, B. A. A. N. The radiological prediction of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 28, n. 1, p. 20-25, 1990. DOI: [https://doi.org/10.1016/0266-4356\(90\)90005-6](https://doi.org/10.1016/0266-4356(90)90005-6)

SHARIF, U.; FINNE, J.; FADUL, N.; LIE, S. A.; GJERDE, C. G. A retrospective study analysing outcomes of the coronectomy procedure at a university dental teaching clinic in Norway. *Acta Odontologica Scandinavica*, v. 84, p. 284-291, 2025. DOI: 10.2340/aos.v84.43759.

SILVA, L. J. da et al. Prophylactic and postoperative antibiotic therapy for coronectomy procedures in mandibular third molars: mapping the evidence through a scoping review. *Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 30, 2026. DOI: doi.org/10.1007/s10006-026-01516-w

SILVEIRA, I. T. da et al. Coronectomy as an alternative for lower third molars: systematic review and meta-analysis. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, v. 24, n. 4, p. 13-21, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n3-170

SIMONS, R. N. et al. Mandibular third molar coronectomy in older adults and its effects on oral health-related quality of life. *Gerodontology*, v. 42, n. 2, p. 269-276, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/ger.12794>

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x 22

YAN, Z. Y.; YAN, X. Y.; GUO, C. B.; XIE, Q. F.; YANG, G. J.; CUI, N. H. Somatosensory changes in Chinese patients after coronectomy vs. total extraction of mandibular third molar: a prospective study. *Clinical Oral Investigations*, v. 24, n. 9, p. 3017-3028, 2020. DOI: 10.1007/s00784-019-03169-4.