

# Fratura mandibular como complicação tardia após coronectomia de um terceiro molar inferior

## Caso Clínico

Duarte Pereira da Cruz<sup>1</sup>; Francisco Gouveia<sup>1</sup>; Ana Filipa Augusto<sup>1</sup>; Rui Leal Félix<sup>1</sup>; Nuno Zeferino Santos<sup>2</sup>; Francisco Salgado e Silva<sup>3</sup>

1 – Médico Interno de Formação Específica em Estomatologia, ULS Santa Maria  
 2 – Assistente Hospitalar, G. Odontol. 5, Estomatologia, ULS Santa Maria  
 3 – Diretor do Serviço de Estomatologia, ULS Santa Maria

### Introdução

A coronectomia é uma técnica indicada para terceiros molares inferiores em íntima relação com o nervo alveolar inferior, permitindo minimizar o risco de parestesias. Apesar de serem poucos os riscos inerentes a esta técnica cirúrgica, podem ocorrer complicações, como infeção, migração radicular e, mais raramente, fratura patológica da mandíbula.

### Caso Clínico

C.M., sexo masculino, 61 anos, melanodérmico, fumador.

Motivo de ida ao SU: dor persistente na hemiface direita com 3 meses de evolução, após coronectomia de um siso, tendo estado assintomático até à cirurgia.

EO: limitação da abertura oral (~30 mm) com desvio mandibular para a direita e dor à palpação do corpo e ângulo mandibulares. Não se verifica interferência oclusal. Nega parestesias. Não se apura desalinhamento dos topos ósseos.

OPG (Fig. 3): ao nível dos fragmentos radiculares de 48, observa-se uma radiotransparência heterogénea com interrupção da linha cortical inferior da mandíbula.

Hipóteses diagnósticas:

- Fratura patológica da mandíbula;
- Osteomielite da mandíbula.



Fig. 4: Fotografia frontal em repouso



Fig. 5: Fotografia de perfil em repouso



Fig. 6: Aspecto intraoral da região posterior do 4º Q

Foi solicitada uma CBCT mandibular, instituída antibióterápia, e agendada reavaliação. Contudo, o doente ausentou-se do país nesse período, sendo-lhe diagnosticada fratura mandibular e realizado bloqueio intermaxilar (BIM) no estrangeiro.

À data do regresso - 2 semanas após BIM - foi efetuada CBCT da mandíbula (Fig. 7): fratura oblíqua do corpo mandibular direito, com afastamento dos topos ósseos, atingindo a cortical lateral, o bordo inferior e o rebordo alveolar entre 47 e 48, com envolvimento do canal do nervo alveolar inferior. Identificaram-se ainda fragmentos radiculares de 48 e sinais sugestivos de osteomielite.

OPG de reavaliação - 3 semanas após BIM (Fig. 8): radiotransparência heterogénea e sinais compatíveis com formação de calo ósseo.

Plano de tratamento:

- Analgesia e antibióterápia;
- Remoção de BIM às 4 semanas;
- Exodontia cirúrgica de 48 (Fig. 9, 10 e 11) - osteotomia, curetagem extensa e envio de material para anatomia patológica (Fig. 12).

Anatomia patológica: tecido de granulação e sequestros ósseos.

Pós-operatório: cicatrização completa; hipostesia do mento à direita, com melhoria clínica progressiva ao longo do seguimento.



Fig. 9: Incisão e descolamento do mucoperiósteo a distal de 47



Fig. 10: Abordagem cirúrgica dos fragmentos cororiais e radiculares



Fig. 11: Extração de fragmentos de 48 após osteotomia periférica e odontoseção

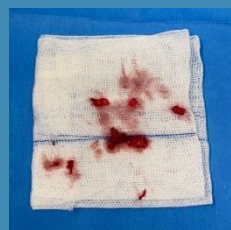


Fig. 12: Aspecto microscópico de fragmentos cororiais e radiculares de 48



Fig. 1: OPG pré-coronectomia de 48 incluído



Fig. 2: OPG 2 semanas após coronectomia de 48



Fig. 3: OPG 3 meses após coronectomia de 48



Fig. 7: CBCT da mandíbula



Fig. 8: OPG de reavaliação - 3 semanas após BIM

### Discussão e Conclusões

A fratura patológica tardia após coronectomia é uma complicação rara, mas potencialmente grave. Este caso evidencia fatores predisponentes como o tabagismo, a reabsorção óssea acentuada e o grau de retenção radicular, reforçando a importância de uma avaliação pré-operatória criteriosa, de um seguimento adequado e de uma ponderação rigorosa da relação risco-benefício. A decisão de intervir cirurgicamente deve ser particularmente prudente em doentes assintomáticos, evitando-se procedimentos sem indicação clínica clara e reduzindo o risco de complicações significativas.

Referências  
 1. Fragkos, FD. Oral Surgery. Berlin: Springer; 2007.  
 2. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Principles of Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, 2nd ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2004.  
 3. Zhao Y, et al. Pathological Fractures of the Mandible. A Report of 27 Cases. Clinics in Surgery. 2017;2:1839.