

## EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR IRROMPIDO EM ÍNTIMO CONTATO COM CANAL MANDIBULAR: RELATO DE CASO

*ERROPPED THIRD MOLAR EXTRACTION IN CLOSE CONTACT WITH THE MANDIBULAR CANAL:  
CASE REPORT*

Maxwel Miranda MARQUES<sup>1</sup>

Stephanie Vieira BECK<sup>2</sup>

Maria Luiza PROSDÓCIMO<sup>3</sup>

Patrícia Tolentino da Rosa de SOUZA<sup>4</sup>

Bruno Eduardo Sant'Anna Falce de MACEDO<sup>5</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A exodontia de terceiros molares envolve inúmeros riscos, como algias intensas, associada ou não com sintomas como trismo, edemas, alveolites, hemorragia, fraturas, injurias periodontais, alterações sobre a articulação temporomandibular, infecções e parestesias. **Objetivo:** Reportar um caso de exodontia de terceiro molar irrompido, que apresenta íntimo contato com o canal mandibular. **Metodologia:** Paciente do gênero feminino, leucoderma, ASA (Classificação da Sociedade Americana de Anestesiologia) I, 26 anos, buscou atendimento na clínica escola de Odontologia da Faculdade Herrero, com queixa principal de dor e inflamação nos terceiros molares. Após a realização do exame clínico e radiografia periapical, foi observado que o terceiro molar inferior direito estava irrompido e havia a presença de um abscesso periapical no elemento 48. Foram realizados outros exames complementares de imagem, como radiografia panorâmica e tomografia computadorizada de feixe cônico. Constatou-se que o elemento 48 apresentava íntimo contato com o canal mandibular, área responsável por acomodar o nervo alveolar inferior. Foi elaborado um plano de tratamento que consistia na realização da exodontia do elemento 48 de forma menos traumática possível. **Conclusão:** Apesar do íntimo contato das raízes do terceiro molar inferior com o canal mandibular e a relação com o nervo alveolar inferior, é possível concluir que, por meio de um plano de tratamento bem executado, em soma a exames imagiológicos adequados e a experiência técnica, a realização de exodontias de terceiros molares, livre de intercorrências é possível.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terceiro molar; Nervo alveolar inferior; Canal mandibular.

### ABSTRACT

**Introduction:** The extraction of third molars involves numerous risks, such as severe pain, associated or not with symptoms such as trismus, edema, alveolitis, hemorrhage, fractures, periodontal injuries, changes in the temporomandibular Joint, infections and paresthesias. **Objective:** To report a case of extraction of an erupted third molar, which is in close contact with the mandibular canal. **Methodology:** Female patient, Caucasian, ASA (American Society of Anesthesiology Classification) I, 26 years old, sought care at the School of Dentistry clinic at Faculdade Herrero, with the main complaint of pain and inflammation in the third molars. After performing the clinical examination and periapical radiography, it was observed that the lower right third molar had erupted and there was a periapical abscess in element 48. Other complementary imaging tests were performed, such as panoramic radiography and cone-beam computed tomography. It was found that element 48 was in close contact with the mandibular canal, the area responsible for

<sup>1</sup>Cirurgião-dentista Egresso Faculdade Herrero. Especializando em Harmonização Orofacial pela PUC-PR, Curitiba/PR.

<sup>2</sup>Cirurgiã-dentista Egressa Faculdade Herrero, Curitiba/ PR.

<sup>3</sup>Cirurgiã Dentista - Doutora em Odontologia. Docente do Curso de Odontologia da Faculdade Herrero, Curitiba/ PR.

<sup>4</sup>Cirurgiã-dentista, Doutora em Clínica Odontológica Integrada pela PUC-PR, Curitiba/ PR.

<sup>5</sup>Cirurgião-dentista, Mestrando em Clínica Odontológica Integrada – Estomatologia pela PUC-PR, Curitiba/ PR.

\* e-mail para correspondência: [bruno.falce@pucpr.edu.br](mailto:bruno.falce@pucpr.edu.br)

accommodating the inferior alveolar nerve. A treatment plan was drawn up that consisted of extracting element 48 in the least traumatic way possible. **Conclusion:** Despite the intimate contact of the lower third molar roots with the mandibular canal and the relationship with the inferior alveolar nerve, it is possible to conclude that, through a well-executed treatment plan, in addition to adequate imaging tests and technical experience, performing third molar extractions free of complications is possible.

**KEYWORDS:** Lower third molar; Lower alveolar nerve; Mandibular canal.

## 1. INTRODUÇÃO

O terceiro molar, trata-se do elemento dentário de maior variabilidade cronológica de desenvolvimento e apresenta, frequentemente, alterações sobre a porção coronária e a morfologia radicular, além do possível comprometimento de posição de erupção<sup>1,2</sup>. A literatura o define como o último elemento a irromper, porém é comum a sua agenesia. Quando irrompido, possui função complementar a dos segundos molares<sup>2-4</sup>.

Achados histológicos sugerem que a formação da cripta do terceiro molar, desenvolve-se em torno do quinto ao sétimo ano de vida, assim como a calcificação inicial das cúspides que se dá por volta do décimo segundo, podendo se estender ao décimo sexto ano de vida<sup>2,4</sup>. A exodontia do terceiro molar é um dos procedimentos mais comuns no atendimento odontológico, considerando as inúmeras variações que tendem acometer o desenvolvimento deste elemento, podendo gerar alterações locais e sistêmicas sobre as funções do paciente, além da intensa propensão ao surgimento de lesões cariosas, considerando a dificuldade de higienização<sup>4</sup>.

A ocorrência de cárie em terceiros molares é comum e quando não tratada, pode acometer o tecido pulpar, inicialmente de forma reversível e posteriormente de maneira irreversível, que pode ou não estar associada a abscessos periapicais<sup>5</sup>. É importante salientar que lesões de cárie extensas podem ser recorrentes, mesmo após a realização de procedimentos restauradores, seja pela remoção do tecido esclerosado de maneira inadequada ou pela ocorrência de lesão de cárie secundária, causada pela má adaptação do material restaurador<sup>6</sup>.

A indicação de exodontia dos terceiros molares está associada a alterações periodontais agudas e extensas lesões de cárie<sup>7</sup>. A exodontia de terceiros molares apresenta inúmeros riscos, como algias intensas, associadas ou não a sintomas como trismo, edemas, alveolites, hemorragia, fraturas, injúrias periodontais, alterações sobre a articulação temporomandibular, infecções e parestesias<sup>8,9</sup>.

O risco de parestesia relacionada à exodontia do terceiro molar inferior, associa-se com o íntimo contato da estrutura radicular ao canal mandibular, que acomoda o nervo alveolar inferior, responsável pela função sensorial e nociceptiva dos elementos dentários inferiores, gerando assim um comprometimento da fala e mastigação<sup>10</sup>. A parestesia pode ser originada pela compressão exercida pelas raízes do terceiro molar sobre a região do canal mandibular, ou gerada no transoperatório,

durante o bloqueio anestésico, osteotomia, ou na movimentação vestibulo-lingual durante a luxação do dente <sup>11</sup>.

Com o objetivo de minimizar os impactos e propiciar exodontias com maior segurança, pela prevenção de intercorrências, Winter<sup>11</sup> estabeleceu como protocolo uma classificação baseada na angulação do elemento em relação à mandíbula: posição vertical, horizontal, distoangular, e mesioangular. Pell e Gregory<sup>12</sup> classificam o terceiro molar de acordo com a posição do dente e o ramo mandibular, classificando-os em : classe I, II ou III. A realização de exames imaginológicos como radiografias panorâmicas e tomografias, são decisivas para minimizar os riscos e auxiliarem no processo de planejamento cirúrgico<sup>13,14</sup>.

Considerando a grande incidência de exodontias dos terceiros molares inferiores na rotina odontológica, e simultaneamente, os riscos relacionados às exodontias, somada à necessidade de um bom planejamento, é de grande relevância a oferta de conhecimento teórico-prático aos cirurgiões dentistas, no intuito de garantir a adequada conduta, assim como um transoperatório livre de intercorrências<sup>15</sup>.

O objetivo do presente estudo foi relatar um caso clínico de exodontia de terceiro molar inferior irrompido em íntimo contato com o canal mandibular, desde seu diagnóstico, até seu tratamento, e acompanhamento.

## 2. RELATO DE CASO

O presente estudo classifica-se como um relato de caso clínico, do tipo qualitativo descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Herrero, com o parecer consubstanciado número 6.013.798. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o Termo de Consentimento do Uso de imagem.

Paciente T.S.O, sexo feminino, leucoderma, ASA I, 26 anos, buscou atendimento na clínica escola de Odontologia da Faculdade Herrero, com o objetivo de extrair os elementos 18 (terceiro molar superior direito) e 48 (terceiro molar inferior direito). A principal queixa relatada pela paciente foi descrita como: “Meus dentes do siso do lado direito estão inflamados e sinto muita dor”.

Durante exame clínico (figura 1) foi possível observar que os referidos elementos estavam irrompidos, o terceiro molar inferior apresentou uma extensa restauração em resina composta, envolvendo as faces mesio-oclusal. Após o exame clínico, foram realizados os exames complementares: radiografia periapical, radiografia panorâmica (figura 2), e tomografia computadorizada de feixe cônico (figura 3). Os exames indicaram que o elemento 48 apresentou

íntimo contato com o canal mandibular, além de apresentar uma lesão de abscesso periapical agudo em torno do nervo alveolar inferior.

Após a avaliação clínica e em posse dos exames complementares, foi traçado como plano de tratamento a realização da exodontia do elemento 48. Para o procedimento, foi adotada uma técnica conservadora, considerando a proximidade do elemento com o nervo alveolar inferior, além dos possíveis riscos relacionados a intercorrências durante o procedimento.

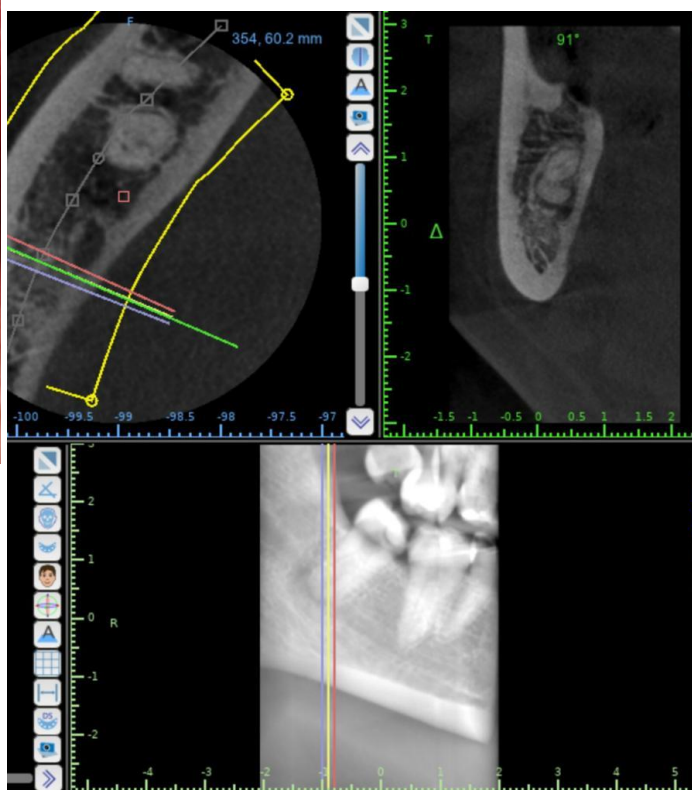
**Figura 1:** Condição clínica inicial da paciente.



**Figura 2:** Radiografia panorâmica.



**Figura 3:** Tomografia computadorizada.



Fonte: Ambiência da pesquisa.

## 2.1 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Previamente ao procedimento foram realizadas as devidas orientações pré-operatórias à paciente, além de prescrição de Amoxicilina 500mg a cada 8 horas, durante 7 dias, para controle da infecção. Foi prescrita também, uma dose única de dexametasona 8 mg, administrada no dia da cirurgia, uma hora antes do procedimento, com objetivo de prevenção de trismo e edema<sup>16</sup>.

Para a execução do procedimento, foi realizada a antisepsia intra oral com clorexidina 0,12% e a antisepsia extraoral com iodopovidona. Previamente a anestesia local, foi utilizado o anestésico tópico, para minimizar o desconforto. A anestesia local foi realizada através do bloqueio do nervo alveolar inferior, lingual e bucal, por meio da técnica pterigomandibular, com o uso do anestésico Mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000, considerando o alto limiar de duração do efeito anestésico. É importante salientar a realização da anestesia complementar infiltrativa intra papilar.

Após a anestesia, iniciou-se a realização de incisão intrasulcular e descolamento do tecido gengival circundante ao dente 48, por meio do uso do descolador de molt 2-4 (figura 4), com o objetivo de otimizar a visualização do campo operatório, além de propiciar uma melhor adaptação dos instrumentais sobre as porções proximais e cervicais do elemento no momento da luxação, evitando a dilaceração tecidual.

**Figura 4:** Descolamento do tecido gengival



Fonte: Ambiência da pesquisa.

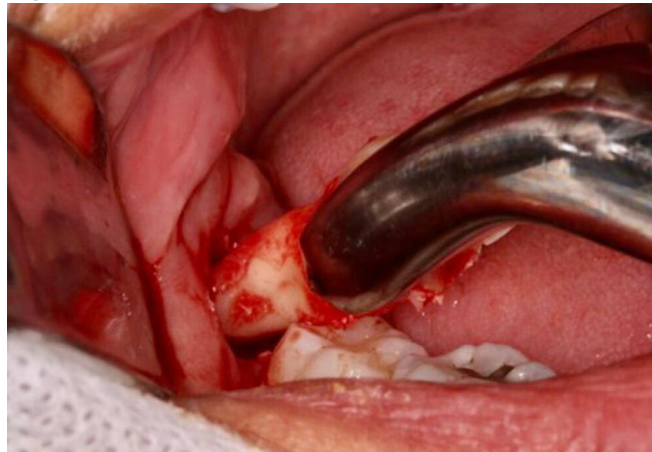


Foi iniciada a luxação do dente, de forma cautelosa considerando o íntimo contato das raízes com o canal mandibular. Os movimentos vestibular-lingual foram discretamente aplicados, após as tentativas de avulsão por meio do uso das alavancas apexo nº303 e reta nº301 (Quinelato, Rio Claro – SP, Brasil) (figura 5) em movimentação méso-distal. A técnica de luxação com o fórceps nº17 (Quinelato, Rio Claro – SP, Brasil) por meio da movimentação vestibulo-lingual, que visou promover a exérese do dente preservando a tábua óssea circundante (figura 6).

**Figura 5:** Uso da alavanca para exodontia do elemento 48



**Figura 6:** Exérese elemento 48

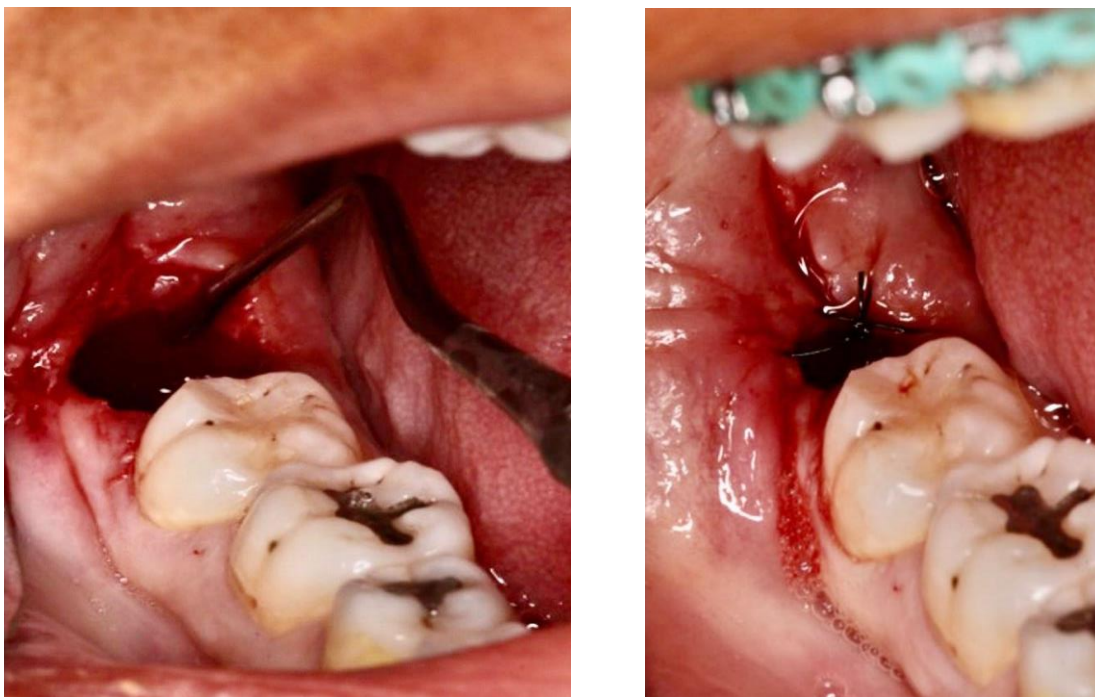


Fonte: Ambiência da pesquisa

De forma subsequente a luxação, foi realizada a etapa de hemostasia, por meio de compressão com gaze. Nessa etapa foram ofertados os devidos cuidados ao alvéolo por meio da curetagem com a cureta de Lucas nº86 (Quinelato, Rio Claro – SP, Brasil) (figura 7), assim como a irrigação com soro fisiológico (JP Indústria Farmacêutica S.A, Ribeirão Preto – SP, Brasil) por meio do uso de agulha hipodérmica (Descarpack, São Paulo – SP, Brasil) e seringa de 10 ml (Descarpack, São Paulo – SP, Brasil), objetivando promover a coagulação sanguínea.

**Figura 7:** Curetagem com cureta de Lucas.

**Figura 8:** Sutura ponto simples



Fonte: Ambiência da pesquisa

Após os procedimentos descritos foi realizada a etapa de sutura em ponto simples, com fio de seda (Tecnohfio, Goiânia – GO, Brasil) (figura 8).

Foram prescritos Ibuprofeno 600 mg a cada 12 horas durante cinco dias, e Amoxicilina 500 mg a cada 8 horas durante 3 dias. Após o período de sete dias a paciente retornou, foi observada boa recuperação tecidual, e não houve queixas que evidenciassem a ocorrência de uma parestesia ou nervomialgia tardia (figura 9). A paciente foi submetida a uma nova radiografia panorâmica, que demonstrou a efetividade do procedimento realizado (figura 10).

**Figura 9:** Evolução após 7 dias.



Fonte: Ambiência da pesquisa.

**Figura 10:** Radiografia panorâmica após exodontia.



### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O nervo alveolar inferior é um dos elementos de maior relevância do nervo mandibular, considerando as suas ramificações para dentes, tecidos periodontais e lábio inferior<sup>15,18</sup>. A exodontia de terceiros molares inferiores, é uma das mais realizadas no consultório odontológico, assim como, a ocorrência de lesões sobre o nervo alveolar inferior são geralmente consequência de uma complicação após a exodontia deste elemento<sup>17</sup>. Deste modo, faz-se necessária a devida cautela afim de prevenir possíveis intercorrências trans e pós-operatórias, considerando o alto fluxo clínico e os riscos associados a essa modalidade cirúrgica.

A solicitação de exames imaginológicos como radiografias e tomografias, podem ser considerados como a primeira ação profilática a intercorrências, haja vista que tais recursos permitem a visualização das estruturas envolvidas no procedimento, permitindo um planejamento clínico adequado<sup>15,17</sup>. A panorâmica deve ser adotada como a principal alternativa para visualizar a proximidade das raízes com o canal mandibular<sup>17</sup>. Quando este recurso não for suficiente, deve-se indicar a realização da tomografia computadorizada de feixe cônico como exame de contra prova<sup>15</sup>.

Uma das principais intercorrências decorrentes da realização de exodontias de terceiros molares, são fraturas mandibulares, o maior acometimento está relacionado a exodontias de terceiros molares, em posicionamento classe II e III, B e C de Pell e Gregory<sup>17</sup>.

O terceiro molar inferior é definido como um elemento que possui íntimo contato com o nervo alveolar inferior, considerando proximidade com o arca-bouço, que é o canal mandibular, nestes casos a probabilidade de gerar lesões sobre este nervo é mais intensa<sup>18</sup>. Assim como não só a realização de exames imaginológicos, mas também a experiência profissional, o investimento em cursos de aperfeiçoamento e atualizações, e os instrumentais utilizados, são de grande relevância para determinar o sucesso do procedimento<sup>18</sup>. Por vezes as intercorrências ocorrem pela aplicação excessiva de forças e o mau uso dos instrumentais durante a cirurgia, ou pelo fato de que os procedimentos de exodontia de terceiros molares são realizados por profissionais da clínica geral, quando na verdade deveriam ser realizados por um especialista da área<sup>19</sup>.

A parestesia é definida como ausência de sensibilidade na região acometida, algia excessiva na ingestão de alimentos frio ou quente, sensação de formigamento, físgadas e coceiras<sup>17</sup>. A parestesia tende a ser revertida após um período médio de 24 meses, porém é possível utilizar medicamentos como a vitamina B1, somada a esterectina, injeções intramusculares de cortisona, fotobiomodulação com laser de baixa potência, e como última escolha a terapia invasiva, micro neurocirurgia, indicada quando existirem rompimento dos vasos<sup>17,18</sup>. A intervenção deve ocorrer de forma precoce, para que seja obtido sucesso com a proposta terapêutica<sup>17,18</sup>.



Fatores como sexo, posicionamento do dente, técnicas cirúrgicas e habilidades do operador, são fatores de risco para sucesso ou não do procedimento, logo, há necessidade de elaboração do plano de tratamento, assim como há relevância na solicitação de exames complementares, considerando a necessidade de avaliar o risco de intercorrências<sup>18</sup>.

Uma alternativa à exodontia de terceiros molares em íntimo contato com o canal mandibular, é a técnica denominada coronectomia, a qual consiste em um tipo de exodontia em que se extrai parcialmente a raiz ou se realiza a odontectomia parcial<sup>17</sup>. Ao avaliar o risco de lesão ao nervo alveolar inferior, comparando a coronectomia com a exodontia, a parestesia transitória ocorre 19% a mais nas exodontias do que quando realizada a coronectomia<sup>17</sup>. A técnica de coronectomia deve ser empregada em dentes vitalizados e em pacientes com boas condições de saúde sistêmica, além disso, o paciente deve ser esclarecido acerca do risco de um novo procedimento para resgate da raiz<sup>18</sup>. A técnica é contraindicada em elementos que apresentem foco de infecção ou mobilidade<sup>18</sup>.

As indicações para exodontia de terceiros molares incluem tratamento ortodôntico, elementos impactados, ausência de espaço no arco dentário, pericoronarite, reabsorção radicular, cistos, tumores, comprometimento no nervo alveolar inferior, alterações periodontais e alterações pulpares que inviabilizem a manutenção deste dente, assim como seu tratamento<sup>19</sup>. O abscesso apical é definido como uma complicação decorrente de um processo infeccioso na cavidade pulpar, fator que o inclui como uma alteração periodontal de origem pulpar<sup>20</sup>. Para o tratamento de abscessos apicais, as possibilidades são tratamento endodôntico e drenagem ou exodontia do elemento envolvido para remoção do foco infeccioso<sup>21</sup>. Outrossim, a adoção da antibioticoterapia somada à exodontia, é uma alternativa viável e uma conduta de sucesso<sup>21</sup>.

A técnica empregada no presente estudo envolveu uma estratégia conservadora, sem desgaste ósseo. A indicação para osteotomia, envolve a necessidade em otimizar o acesso cirúrgico, principalmente em dentes impactados, diminuir a resistência óssea, permitir a luxação, facilitar o apoio para inserção da alavanca, otimizar a visibilidade<sup>22</sup>. O quadro da paciente, relatado no presente estudo, não apresentava as características mencionadas como indicação, considerando o total irrompimento do elemento o que facilitou o uso de alavancas e fórceps para a exodontia, além disso a osteotomia poderia comprometer o procedimento, causando uma intercorrência sobre o nervo alveolar inferior.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do íntimo contato das raízes do terceiro molar inferior com o canal mandibular e a relação com o nervo alveolar inferior, é possível concluir que por meio de um plano de tratamento

bem executado, em soma a exames imaginológicos adequados e a experiência técnica, é possível a realização de exodontias de terceiros molares, livre de intercorrências. Ademais, as possíveis complicações geradas após a exodontia dos terceiros molares inferiores podem ser controladas mediante o domínio de técnicas e condutas que restabeleçam as condições de normalidade.

## REFERÊNCIAS

1. Patel PS, Shah JS, Dudhia BB, Butala PB, Jani YV, Macwan RS. Comparison of panoramic radiograph and cone beam computed tomography findings for impacted mandibular third molar root and inferior alveolar nerve canal relation. *Indian J Dent Res.* 2020;31(1):91-102.
2. Ali AS, Benton JA, Yates JM. Risk of inferior alveolar nerve injury with coronectomy vs surgical extraction of mandibular third molars-A comparison of two techniques and review of the literature. *J Oral Rehabil.* 2018;45(3):250-257.
3. Sayed N, Bakathir A, Pasha M, Al-Sudairy S. Complications of Third Molar Extraction: A retrospective study from a tertiary healthcare centre in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2019; 19(3):230-235.
4. Del Llano NC, Ribeiro RA, Martins CC, Assis NMSP, Devito KL. Panoramic versus CBCT used to reduce inferior alveolar nerve paresthesia after third molar extractions: a systematic review and meta-analysis. *Dentomaxillofac Radiol.* 2020;49(4):20190265.
5. Singh K, Kumar S, Singh S, Mishra V, Sharma PK, Singh D. Impacted mandibular third molar: Comparison of coronectomy with odontectomy. *Indian J Dent Res.* 2018;29(5):605-610.
6. Kiencało A, Jamka-Kasprzyk M, Panaś M, Wszyńska-Pawełec G. Analysis of complications after the removal of 339 third molars. *Dent Med Probl.* 2021;58(1):75-80.
7. Bailey E, Kashbour W, Shah N, Worthington HV, Renton TF, Coulthard P. Surgical techniques for the removal of mandibular wisdom teeth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;7(7)35-44.
8. Bhardwaj P, Bhardwaj Y, Ram R, Parmar M, Ghezta N, Sinha A. Radiographic factors associated with inferior alveolar nerve exposure during mandibular third molar surgery and their influence on neurosensory deficit: A prospective study. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2022;12(6):818-822.
9. Deshpande N, Jadhav A, Bhola ND, Gupta M. The Comparative Evaluation of the Anesthetic Efficacy of 4% Articaine With 1:100,000 Adrenaline and 0.75% Ropivacaine for Inferior Alveolar Nerve Block in the Extraction of Impacted Lower Third Molar. *Cureus.* 2022;14(9):29-41
10. On SW, Cho SW, Byun SH, Yang BE. Clinical Significance of Intraoperative Exposure of Inferior Alveolar Nerve during Surgical Extraction of the Mandibular Third Molar in Nerve Injury. *J Clin Med.* 2020;10(19):43-79.
11. Winter, GB. Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar: a complete treatise on the operative technic with clinical diagnoses and radiographic interpretations. American medical book company, 1926.

12. Pell GJ, Gregory GT. Impacted mandibular third molars: classification and modified techniques for removal. *Dent Digest*, 1933, v. 39, n.1,p. 330-338
13. Khouri C, Aoun G, Khouri C, Saade M, Salameh Z, Berberi A. Avaliação da Distribuição e Padrões de Impactação do Terceiro Molar em uma Amostra da População Libanesa. *J Maxillofac Oral Surg*. 2022; 25(2):599-607.
14. Rivera-Herrera RS, Esparza-Villalpando V, Bermeo-Escalona JR, Martínez-Rider R, Pozos-Guillén A. Agreement analysis of three mandibular third molar retention classifications. *Gac Med Mex*. 2020;156(1):22-26.
15. Orchard A, Adatia A, Moore R, Prabhu S. Management of inferior alveolar nerve and lingual nerve injuries in the UK - a cross-sectional study. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2022;60(7):927-932.
16. Laureano Filho JR, Maurette PE, Allais M, Cotinho M, Fernandes C. Clinical comparative study of the effectiveness of two dosages of Dexamethasone to control postoperative swelling, trismus and pain after the surgical extraction of mandibular impacted third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(2):E129-32.
17. Sá LO, Spyrides KS, Villoria EM. Avaliação da prevalência de terceiro molar inferior em íntima relação com o canal mandibular por meio de tomografia computadorizada de feixe cônico: estudo retrospectivo transversal. *Rev Odontol do Brasil Central*. 2023;32(91):33-46.
18. Guillaumet-Claire, M. A., Juiz-Camps, A. M., & Gay-Escoda, C. Prevalence of intraoperative and postoperative iatrogenic mandibular fractures after lower third molar extraction: A systematic review. *Jour of Clinic and Experim Dent*, 2022;14(1): 85-93.
19. Rodrigues LO, Fragoso AS, Medeiros RDI, Araújo VKR, Medeiros Júnior MD, Ponzi EAC. Coronectomia: percepção dos buco-maxilo-faciais em hospitais do Recife-PE. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac*, 2020; 20(3)12-19.
20. Melo AP, Werpel R. A parestesia do nervo alveolar no pós-cirúrgico de exodontias de terceiros molares. *Rev Saúd Estác São Paulo*. 2022;1(1):1-14
21. Borges ECC, Maziero LFM. Lesões Endoperiodontais: classificação e diagnóstico. *PECIBES*. 2021;7(2):57-63.
22. Sobolevski C, Azevedo FG. Diagnóstico de abscesso periapical agudo: revisão da literatura. *Anais de Odontologia*, 2021;4(1), 64-69.