

**CORONECTOMIA COMO ESTRATÉGIA DE PRESERVAÇÃO ÓSSEA NA
REABILITAÇÃO ORAL: UM RELATO DE CASO CLÍNICO**

**CORONECTOMY AS A BONE PRESERVATION STRATEGY IN ORAL
REHABILITATION: A CLINICAL CASE REPORT**

**CORONESTOMÍA COMO ESTRATEGIA DE PRESERVACIÓN ÓSEA EN LA
REHABILITACIÓN ORAL: UN INFORME DE CASO CLÍNICO**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n9-266>

Data de submissão: 26/08/2025

Data de publicação: 26/09/2025

Dheison Fernandes da Costa
Cirurgião-dentista

Instituição: Universidade Federal do Pará
E-mail: dheisonfernandes.061@gmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3741431217234604>

Suelen Castro Lavareda Corrêa
Doutora

Instituição: Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic
E-mail: suelen_lavareda@hotmail.com
Orcid: 0000-0001-6289-9566
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6912710378393731>

Simone Soares Pedrosa
Doutora

Instituição: Universidade Federal do Pará
E-mail: sspedrosa@ufpa.br
Orcid: 0000-0002-5261-7702
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2931555797034516>

Hercules Bezerra Dias
Doutor

Instituição: Universidade Federal do Pará
E-mail: herculesdias@ufpa.br
Orcid: 0000-0002-5042-5782
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5797555584719625>

Laise Pena Braga Monteiro
Doutor

Instituição: Universidade Federal do Pará
E-mail: laisemonteiro@hotmail.com
Orcid: 0000-0003-1406-2969
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7719086470309584>

Andrea Dias Neves Lago

Doutor

Instituição: Universidade Federal do Pará

E-mail: andrealago@ufpa.br

Orcid: 0000-0003-4303-6399

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4289519113988271>

Geisa Cláudia Santos Cecim

Cirurgiã-dentista

Instituição: Universidade Federal do Pará

E-mail: geisa241103@gmail.com

Orcid: 0009-0005-2179-5142

Lurdete Maria Rocha Gauch

Doutor

Instituição: Universidade Federal do Pará

E-mail: lrgauch@ufpa.br

Orcid: 0000-0002-3750-8874

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2238987920402990>

RESUMO

A coronectomia, também denominada odontectomia parcial intencional ou sepultamento radicular intencional, consiste na remoção da coroa dentária mantendo-se as raízes no alvéolo, visando a preservação óssea e periodontal. O presente estudo relata um caso clínico que demonstra a aplicação da coronectomia como recurso auxiliar na reabilitação oral (RO), destacando suas vantagens funcionais e biológicas. Paciente do sexo masculino, 64 anos, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará para tratamento reabilitador em decorrência da ausência dos dentes 36, 37, 43, 46 e 47. O plano terapêutico indicou a confecção de prótese parcial removível (PPR) como primeira opção, porém o dente 35, inicialmente planejado como pilar, apresentava comprometimento periodontal e não possuía condições de receber grampo. Optou-se, portanto, pela realização de coronectomia parcial intencional no elemento 35, possibilitando a utilização do dente 34 como pilar da futura PPR. O procedimento ocorreu sem intercorrências intraoperatórias, e no acompanhamento pós-operatório de dois meses não foram observados sinais de infecção, exposição radicular ou reabsorção de tecidos moles e duros. A coronectomia demonstrou ser uma alternativa previsível e financeiramente acessível para preservar estruturas de suporte, manter estímulos proprioceptivos e assegurar estabilidade funcional na reabilitação oral. Conclui-se que, quando corretamente indicada, a técnica representa uma estratégia viável a longo prazo, contribuindo para o sucesso protético e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Coronectomia. Dente Pilar de Prótese. Reabilitação Oral. Planejamento de Prótese Dentária. Preservação de Tecido.

ABSTRACT

Coronectomy, also called intentional partial odontectomy or intentional root burial, consists of removing the dental crown while preserving the roots in the alveolus, aiming at bone and periodontal preservation. This study reports a clinical case demonstrating the application of coronectomy as an auxiliary resource in oral rehabilitation (OR), highlighting its functional and biological advantages. A 64-year-old male patient attended the Dental Specialties Center of the Faculty of Dentistry of the

Federal University of Pará for rehabilitative treatment due to the absence of teeth 36, 37, 43, 46, and 47. The therapeutic plan indicated the fabrication of a removable partial denture (RPD) as the first option; however, tooth 35, initially planned as an abutment, presented periodontal compromise and was not in a condition to receive a clasp. Therefore, it was decided to perform an intentional partial coronectomy on tooth 35, allowing the use of tooth 34 as an abutment for the future RPD. The procedure was uneventful during surgery, and no signs of infection, root exposure, or soft or hard tissue resorption were observed during the two-month postoperative follow-up. Coronectomy proved to be a predictable and financially accessible alternative for preserving supporting structures, maintaining proprioceptive stimuli, and ensuring functional stability in oral rehabilitation. It is concluded that, when correctly indicated, the technique represents a viable long-term strategy, contributing to prosthetic success and improving the patient's quality of life.

Keywords: Coronectomy. Denture Abutment Tooth. Oral Rehabilitation. Dental Prosthesis Planning. Tissue Preservation.

RESUMEN

La coronectomía, también llamada odontectomía parcial intencional o entierro radicular intencional, consiste en retirar la corona dental preservando las raíces en el alvéolo, con el objetivo de preservar el hueso y el periodonto. Este estudio reporta un caso clínico que demuestra la aplicación de la coronectomía como recurso auxiliar en la rehabilitación oral (OR), destacando sus ventajas funcionales y biológicas. Un paciente masculino de 64 años acudió al Centro de Especialidades Odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Pará para tratamiento rehabilitador debido a la ausencia de los dientes 36, 37, 43, 46 y 47. El plan terapéutico indicó la fabricación de una prótesis parcial removible (RPD) como primera opción; sin embargo, el diente 35, inicialmente planeado como pilar, presentó compromiso periodontal y no estaba en condiciones de recibir un gancho. Por lo tanto, se decidió realizar una coronectomía parcial intencional en el diente 35, permitiendo el uso del diente 34 como pilar para la futura RPD. El procedimiento transcurrió sin incidentes durante la cirugía y no se observaron signos de infección, exposición radicular ni reabsorción de tejidos blandos ni duros durante el seguimiento postoperatorio de dos meses. La coronectomía demostró ser una alternativa predecible y económicamente accesible para preservar las estructuras de soporte, mantener los estímulos propioceptivos y asegurar la estabilidad funcional en la rehabilitación oral. Se concluye que, correctamente indicada, la técnica representa una estrategia viable a largo plazo, que contribuye al éxito protésico y mejora la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Coronectomía. Diente Pilar de Prótesis. Rehabilitación Oral. Planificación de Prótesis Dentales. Preservación de Tejidos.

1 INTRODUÇÃO

O edentulismo constitui um problema de saúde pública que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Suas causas mais comuns estão relacionadas a deficiências na higiene oral, resultando em cárie dentária e doenças periodontais. No entanto, fatores como traumas, neoplasias e condições sistêmicas também podem contribuir significativamente para a perda dentária (SILVA et al., 2022). A ausência de dentes compromete a mastigação, a fonética e a estética, além de impactar negativamente a autoestima e a qualidade de vida dos indivíduos, ampliando os desconfortos sociais e funcionais (PAULUS et al., 2022).

Entre as alternativas terapêuticas disponíveis, destacam-se as próteses implanto-suportadas (PIS) e as próteses removíveis convencionais, sejam elas totais (PT) ou parciais (PPR). Ambas promovem a reabilitação oral e contribuem para a melhoria da qualidade de vida, mas apresentam limitações. Enquanto as PIS podem estar associadas a alto custo e à necessidade de suporte ósseo adequado para a instalação de implantes, as próteses removíveis dependem da presença de dentes pilares saudáveis e de boa adaptação do paciente ao dispositivo (LINN et al., 2024; BASTOS et al., 2021). No caso das PTs, retenção e estabilidade são fatores determinantes para o desempenho mastigatório, diretamente relacionados ao suporte ósseo e mucoso remanescente (JAYARAMAN et al., 2018). Já nas PPRs, além da manutenção do rebordo alveolar, a integridade periodontal dos dentes pilares é essencial para o sucesso do tratamento (PAULUS et al., 2022).

Nesse contexto, estratégias que visem não apenas a substituição dos dentes ausentes, mas também a preservação e o ganho de tecidos ósseos e gengivais, tornam-se fundamentais para favorecer futuras reabilitações com implantes (PASSANEZI et al., 2010). A Odontectomia Parcial Intencional (OPI), também conhecida como coronectomia ou “sepultamento radicular”, apresenta-se como uma técnica cirúrgica conservadora que consiste na remoção da coroa dentária, mantendo-se o remanescente radicular no alvéolo (GOMES et al., 2019). Essa abordagem contribui para a preservação das paredes alveolares e da arquitetura óssea e gengival, reduzindo ou prevenindo a remodelação óssea que comumente ocorre após a exodontia. Dessa forma, a OPI favorece a manutenção das condições necessárias para reabilitações protéticas subsequentes (OLIVEIRA et al., 2019).

Além de biologicamente favorável, a técnica se apresenta como uma alternativa financeiramente viável quando comparada a procedimentos de regeneração óssea guiada, já que possibilita resultados clínicos satisfatórios com menor custo (VALVERDE et al., 2024; LINN et al., 2024). Assim, o objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico que evidencia o papel da coronectomia como recurso coadjuvante na reabilitação oral com Prótese Parcial Removível,

destacando suas vantagens funcionais e biológicas. A literatura e a experiência clínica reforçam que, quando bem indicada, a coronectomia é uma técnica previsível e aplicável a longo prazo, contribuindo para a preservação das estruturas de suporte, a manutenção dos estímulos proprioceptivos e a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

2 RELATO DE CASO

Paciente D.I., sexo masculino, 64 anos de idade compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, devido à queixa de que seus dentes estavam “curtos e sensíveis” e com ausência de dentes na arcada inferior (Figura 1A). Durante a anamnese, o paciente relatou desconforto com relação a estética de seus dentes. No exame clínico foi observado o comprometimento do sorriso por lesões cervicais não cariosas nos elementos: 17,15,14,13,23,24,25,26,34,44,45, identificou-se ausência dos dentes:16,28,36,37,46,47,48: placa e biofilme nos 6 sextantes; facetas de desgastates nos elementos: 12,11,21,22,23,31,32,33,41,42; na face oclusal restauração com amalgama:15,17,26,27; presença de raiz residual dente 35. Porém, no geral, o paciente apresentava periodonto sadio, favorecendo o tratamento reabilitador protético/restaurador funcional, com exceção do elemento 35, que apresentava destruição coronária e um leve grau de mobilidade, contraindicando o recebimento de grampo para prótese parcial removível (Figura 1B).

Nos exames radiografias periapicais, foi possível observar a presença do elemento 35 com bom suporte ósseo, sem presença de espaçamento dos ligamentos periodontais, raiz bem inserida, tratado endodonticamente (Figura 1C-D). Com isso, foi proposto ao paciente a realização da técnica de odontectomia parcial intencional sob anestesia local, em ambiente ambulatorial. A avaliação clínica do paciente foi realizada, constatando que ele não apresentava nenhuma contraindicação local ou sistêmica para a realização do procedimento. Com isso, foi esclarecido todo o procedimento a ser realizado, e o paciente foi convidado a assinar um termo, autorizando a divulgação do caso clínico.

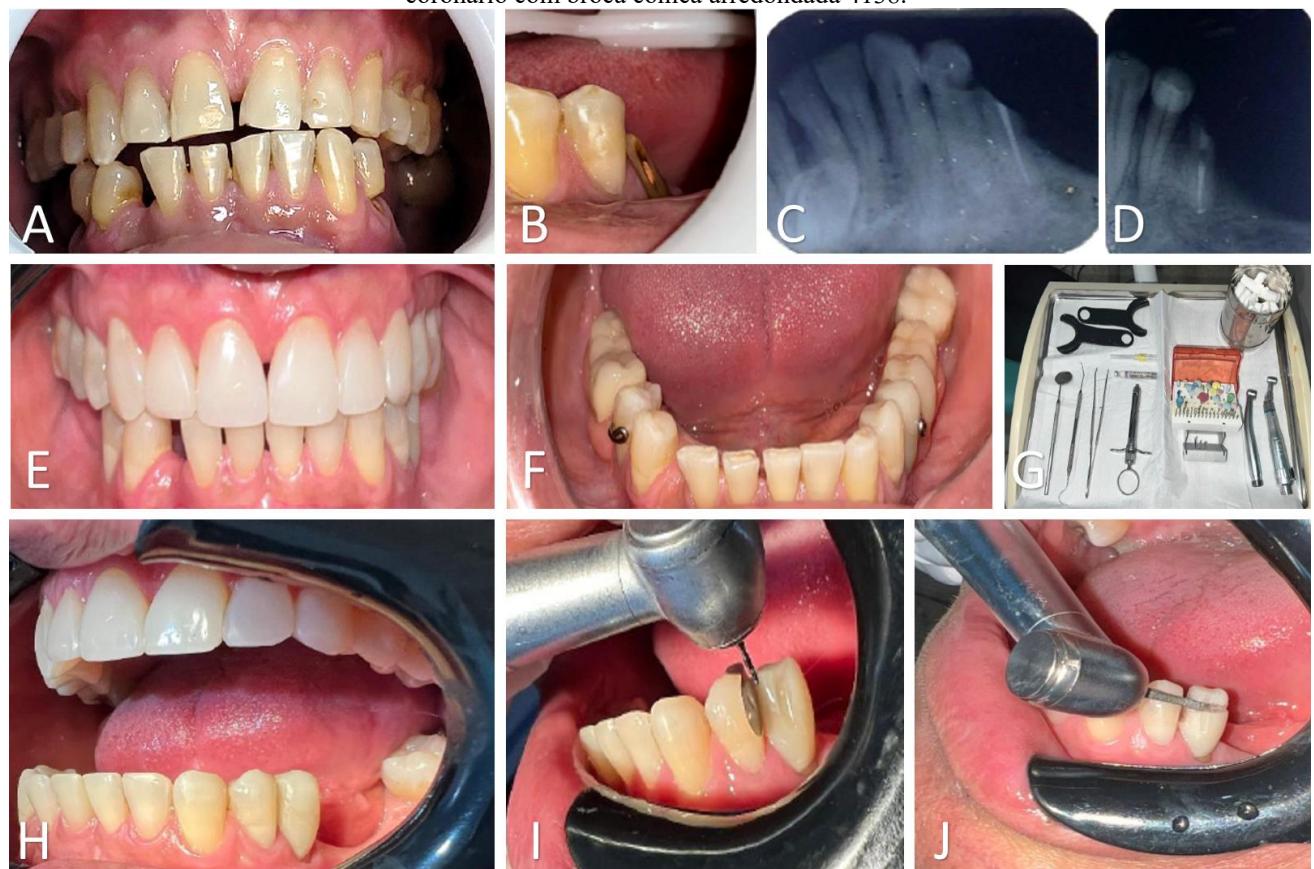
O paciente foi encaminhado para realizar adequação do meio bucal através da realização raspagem supra gengival e profilaxia, seguido do retratamento endodôntico do elemento 35. Além disso, foi realizado a reabilitação com núcleo intra-radicular e coroa provisória em resina composta, seguido de uma prótese parcial removível provisória em acrílico através de planejamento reverso, em que a coroa do elemento 35 foi removido do modelo de gesso e confeccionado uma PPR provisória com evolvimento do mesmo, antes do procedimento cirúrgico (Figura 1E-F).

Após a montagem da mesa operatória (Figura 1G), inicialmente foi realizada antisepsia da cavidade oral por meio de bochecho com solução de digluconato de clorexidina a 0,12% (Periogard -

Colgate-Palmolive Industrial Ltda®, São Paulo, Brasil) por um minuto e extraoral com a utilização de digluconato de clorexidina 2% (Riohex 2% - Rioquímica®, São Paulo, Brasil). O dente 35 apresentava bom estado estético após o tratamento endodôntico, seguido de instalação de pino de fibra de vidro e restauração semi-direta. Entretanto, este elemento permanecia com mobilidade significativa na coroa, o que contraindicaria o recebimento de grampo para PPR (Figura 1H).

Diante disso, realizou-se a individualização do dente 35 com a matriz de Aço Unimatrix Grande 4125G (TDV). Em sequência disto, iniciou-se a separação por mesial do elemento até desestabelecer o ponto de contato com o dente vizinho (Figura 1I), utilizando a broca Carbide FG 25 mm Nº0702 (Jota). No terço médio da coroa por vestibular, foi realizado o desgaste da coroa com a broca côncava arredondada 4138, até a porção sub gengival (KG Sorensen) (Figura 1J).

Figura 1. Aspectos clínicos e radiográficos relacionados ao caso. (A) aspecto clínico intraoral inicial; (B) aspecto clínico da região posterior; (C) radiografia inicial do dente 35 antes do retratamento endodôntico; (D) radiografia final após o retratamento endodôntico; (E-F) cavidade oral adequada para o futuro procedimento de coronectomia; (G) montagem da mesa operatória; (H) condição clínica do dente 35 antes da intervenção; (I) desgaste inicial com broca 702; (J) desgaste coronário com broca côncava arredondada 4138.

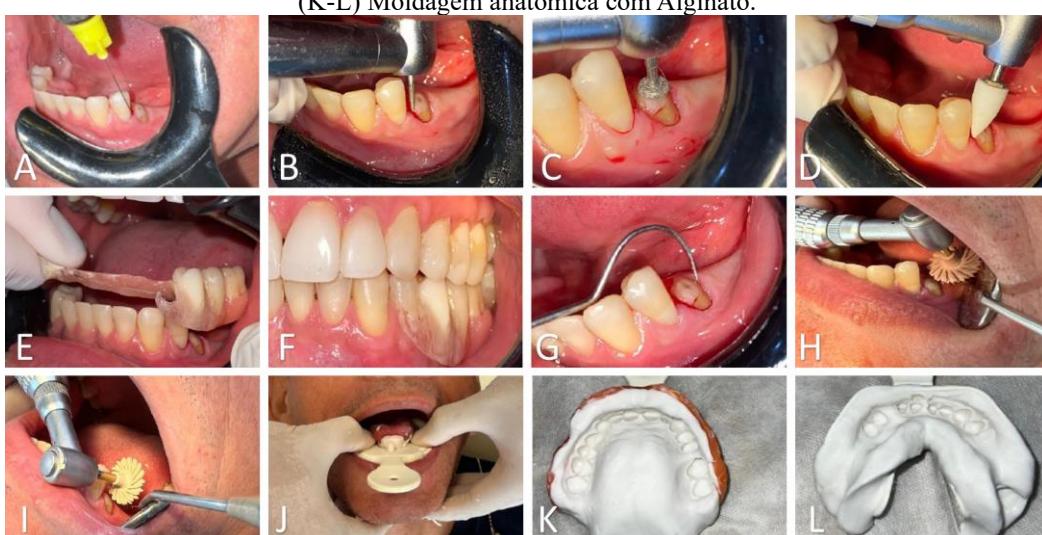


Durante o procedimento o paciente relatou incômodo na gengiva, sendo necessário intervir com anestesia infiltrativa, no qual utilizou-se aproximadamente 1 tubete de Lidocaína a 2% + Epinefrina 1:100.000, aguardando cerca de quinze minutos para iniciar a fase de pré-acabamento

(Figura 2A). Outrossim, com a broca cônica ponta de lápis 3203 FF (KG Sorensen), deu-se início ao pré-acabamento em torno de todo o contorno sub gengival (Figura 2B). Para aplainar a superfície, foi utilizada broca Ponta Diamantada Roda 3053 FG (Jota) (Figura 2C), seguida de Pedra Chama Fina FG (American Burrs) (Figura 2D). Além disso, foi ajustada a prótese provisória do paciente de acordo com o novo dente de suporte (Figura 2E). Após tais procedimentos, o paciente foi liberado, e aguardou 7 dias o retorno (Figura 2F). Na sessão seguinte foi realizado o polimento e acabamento com polidores dentários (Eve Diacomp Plus), seguindo a sequência de aspirais, da mais granulosa e menos granulosa (Figura 2G-I).

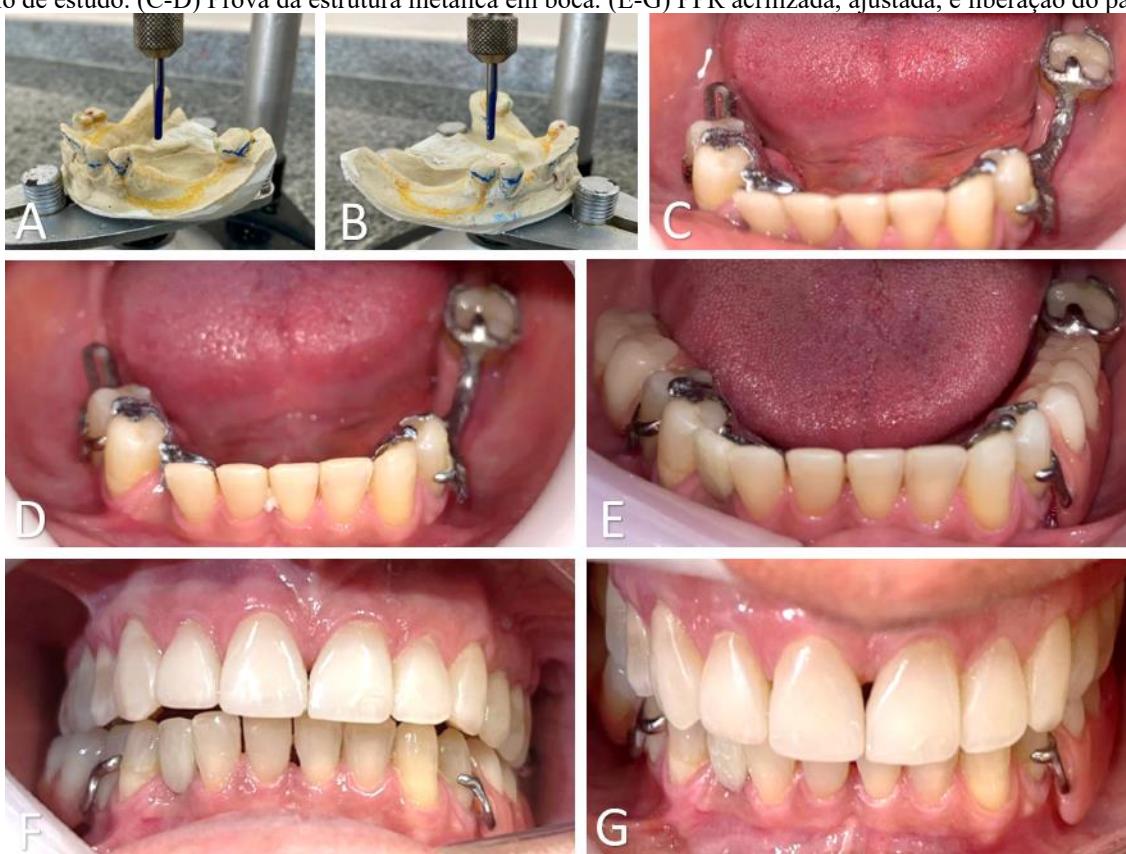
O controle pós-operatório do caso foi realizado após sete dias. Durante o exame clínico, observou-se uma boa recuperação na área trabalhada, correspondente e ao dente 35. Para iniciar o polimento final, utilizou-se uma sonda exploradora nº 5 (Ice) para identificar possíveis áreas retentivas que poderiam causar complicações futuras. O acabamento e polimento foram realizados com o sistema de polidores dentários Eve Diacomp Plus, seguindo a sequência recomendada de abrasivos, iniciando pelos de granulação mais grossa e finalizando com os de granulação mais fina. Assim como as orientações e reforço de higiene bucal, foi realizada uma reavaliação da oclusão e orientações ao paciente, quanto a higienização da área e necessidade de acompanhamento. Após 15 dias do procedimento realizado, retornou-se com o planejamento para a prótese parcial removível, utilizamos alginato para fazer a moldagem anatômica (Figura 2J-L) e logo em seguida a confecção do modelo de gesso.

Figura 2. Procedimentos clínicos. (A) Anestesia infiltrativa 1 tubete; (B) Acabamento sub gengival com broca ponta de lápis 3203 FF; (C) Aplainamento com broca Ponta Diamantada Roda nº 3053G; (D) Pré- polimento com pedra Arkansas Chama Fina FG ; (E) Prova da prótese provisória no dente 34 pilar; (F) Prótese provisória adaptada e ajustada; (G) Sondagem com sonda exploradora No5; (H) Polimento com aspiral Eve Diacomp Plus: GRANULAÇÃO GROSSA; (I) Polimento com aspiral Eve Diacomp Plus: GRANULAÇÃO EXTRA FINA; (J) Moldagem anatômica com Alginato; (K-L) Moldagem anatômica com Alginato.



A partir desse modelo de gesso, foi feita o estudo do caso e definição em modelo dos futuros apoios, nichos, conectores maior/menor, braços de retenções/oposições, tipo de sela (Figura 3A-B). Ademais, foi realizado os nichos nos dentes da paciente, em seguida uma nova moldagem e a confecção do modelo de gesso, após o modelo inferior obtido foi enviado para o protético e retornou com a estrutura metálica da PPR para prova em boca (Figura 3C-D). Foram montados os modelos no articulador, feito a escolha da forma, tamanho e cor do dente e enviado ao laboratório para acrilização da PPR. Após o retorno do protético, foi feito a prova e instalação das próteses e liberação do paciente (Figura 3E-G). Desse modo, no controle pós-operatório de 2 meses, não houve presença de infecções e/ou exposição do coto radicular do elemento dentário na cavidade bucal, além da ausência de reabsorção dos tecidos moles e duros.

Figura 3. Protocolo protético de confecção da prótese final. (A-B) Planejamento da Prótese Parcial Removível em modelo de estudo. (C-D) Prova da estrutura metálica em boca. (E-G) PPR acrilizada, ajustada, e liberação do paciente.



3 DISCUSSÃO

A manutenção de raízes endodonticamente tratadas com desgaste coronário tem sido amplamente descrita como um recurso auxiliar em reabilitações com próteses totais (PTs), sendo considerada uma estratégia eficaz para preservação do rebordo alveolar (OLIVEIRA et al., 2019). O sepultamento intencional da raiz, por meio da descoronação no nível ósseo, é capaz de minimizar

alterações morfológicas da crista alveolar, favorecendo a manutenção das dimensões do volume ósseo existente. Ademais, a conservação radicular até a fase de instalação de implantes dentários constitui uma abordagem simples, previsível e economicamente viável. A preservação alveolar mostra-se especialmente relevante quando a instalação imediata do implante não é possível devido a limitações locais ou condições clínicas específicas do paciente (CHAPPUIS et al., 2017).

A importância dessa preservação está relacionada ao processo fisiológico de remodelação óssea pós-extração, no qual ocorre perda acentuada do rebordo alveolar. Estudos demonstram que, no período de um ano, aproximadamente 50% da largura da crista óssea é perdida em regiões posteriores, sendo que dois terços dessa reabsorção ocorrem nos primeiros três meses. Alvéolos cicatrizados apresentam perda de 2,6 a 4,5 mm em largura e de 0,4 a 3,9 mm em altura, enquanto regiões anteriores podem apresentar reduções médias de até 4,56 mm em largura e 1,5 mm em altura em apenas seis meses, quando técnicas de preservação não são aplicadas (PASSANEZI et al., 2010). Nas últimas décadas, consolidou-se a compreensão de que tais alterações são inevitáveis, uma vez que a ausência de estímulo funcional e a perda do suprimento sanguíneo periodontal desencadeiam a reabsorção do feixe ósseo (CHAPPUIS et al., 2017).

Nesse contexto, a coronectomia, ou odontectomia parcial intencional, configura-se como uma alternativa de grande relevância clínica. A técnica é indicada para conservar tecidos moles e estruturas ósseas, podendo também ser empregada na manutenção do tecido gengival queratinizado sobre raízes com indicação de exodontia destinadas à futura instalação de implantes imediatos. Além disso, é considerada em situações de risco, como em exodontias de molares inferiores em íntima relação com o canal mandibular, em pacientes irradiados para tratamento oncológico de cabeça e pescoço, ou ainda quando o tratamento precisa ser adiado por razões médicas, sociais ou financeiras (BATISTA et al., 2020; BONATELLI, 2021; CHAPPUIS et al., 2017).

As contraindicações incluem raízes com cárie, inflamação aguda ou crônica, fraturas longitudinais, doença periodontal ativa ou anormalidades periapicais (CHAPPUIS et al., 2000; OLIVEIRA et al., 2019). Além disso, dentes impactados horizontalmente e associados a lesões císticas ou tumorais de grandes dimensões também não devem ser submetidos ao procedimento (GADY et al., 2013).

Entre as vantagens da coronectomia destacam-se: preservação da arquitetura óssea e gengival; eliminação da necessidade de retalhos para fechamento alveolar; obtenção de tecido gengival adicional capaz de corrigir deformidades; rápida cicatrização dos tecidos moles adjacentes; previsibilidade clínica; manutenção dos estímulos proprioceptivos; e elevada aceitação por parte do paciente (OLIVEIRA et al., 2019). Entretanto, a técnica apresenta limitações, como a dependência da

presença de remanescente radicular íntegro, o potencial de ganho de mucosa restrito ao perímetro radicular e o risco de complicações infecciosas (OLIVEIRA et al., 2019).

O papel do cirurgião-dentista, portanto, é fundamental na escolha criteriosa do tratamento reabilitador, considerando não apenas aspectos anatômicos e funcionais, mas também fatores sistêmicos, socioeconômicos e o perfil de higiene bucal do paciente (PAULUS et al., 2022). O acompanhamento pós-operatório deve ser rigoroso, com avaliações clínicas e radiográficas aos 7 dias, 1 mês, 3 meses, 6 meses e posteriormente em intervalos semestrais, a fim de monitorar possíveis complicações imediatas ou tardias (BATISTA et al., 2020).

Durante esses retornos, deve-se atentar para sinais de trauma tecidual decorrentes do uso de próteses, assim como para eventuais exposições radiculares. Nestes casos, intervenções complementares, como ajustes protéticos, reforço de higiene ou nova intervenção cirúrgica, podem ser necessárias para assegurar a estabilidade do tratamento e a saúde dos tecidos de suporte.

4 CONCLUSÃO

A coronectomia demonstra elevada relevância clínica, com taxas de sucesso consistentes e baixa incidência de complicações, sendo uma alternativa eficaz e financeiramente viável para preservação óssea e reabilitação oral. Pode ser empregada como recurso coadjuvante em reabilitações com PTs ou PPRs, bem como reservatório biológico para futuras reabilitações implantossuportadas (PSIs). Ressalta-se, entretanto, a necessidade de acompanhamento longitudinal rigoroso e de ensaios clínicos randomizados adicionais para fundamentar protocolos clínicos mais sólidos e melhorar a previsibilidade dos resultados.

REFERÊNCIAS

- AHN, Jae-jin; SHIN, Hong-in. Bone Tissue Formation in Extraction Sockets from Sites with Advanced Periodontal Disease: A Histomorphometric Study in Humans. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, v. 23, n. 6, 2008.
- BASTOS, Jordana Marques et al. Reabilitação oral com prótese imediata: relato de caso clínico. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 6, p. 63334-63346, 2021.
- BATISTA, Thálison Ramon De Moura et al. Odontectomia parcial intencional: relato de caso clínico. *Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 20, n. 3, p. 39-43, 2020.
- BONATELLI, Giullia. Técnica do sepultamento radicular como opção de tratamento em pacientes submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço: Uma revisão de literatura e relato de caso. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.
- CHAPPUIS, Vivianne; ARAUJO, Mauricio G.; BUSER, Daniel. Clinical relevance of dimensional bone and soft tissue alterations post-extraction in esthetic sites. *Periodontology 2000*, v. 73, p. 73-83, 2017.
- ESCUDEIRO, Emmanuel Pereira et al. Coronectomia: Quando indicar? Como realizar? Relato de Caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, p. 34-39, 2018.
- FERREIRA, Rafael et al. Os dentes estão em extinção? *Innov Implant Journal, Biomaterials and Esthetics*, v. 9, n. 6, p. 69-70, 2014.
- GADY, J.; FLETCHER, M. C. Coronectomy. *Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, v. 21, n. 2, p. 221–226, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cxom.2013.05.008>.
- GLEESON, C. F.; PATEL, V.; KWOK, J.; SPROAT, C. Coronectomy practice. Paper 1. Technique and trouble-shooting. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 50, n. 8, p. 739-744, 2012.
- GOMES, Lorena Mariz Borges; ARAÚJO, Luana Figueiredo. Odontectomia Parcial Intencional: Revisão de Literatura. Sete Lagoas: Faculdade de Odontologia de Sete Lagoas, 2019.
- HATANO, Y. et al. Clinical Evaluations of Coronectomy (Intentional Partial Odontectomy) for Mandibular Third Molar Using Dental Computer Tomography: A Case-Control Study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 67, n. 9, p. 1806-1814, 2009.
- JAYARAMAN, S. et al. Final-impression techniques and materials for making complete and removable partial dentures (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Local: John Wiley & Sons, 2018.
- LEUNG, Y. Y.; CHEUNG, L. K. Safety of coronectomy versus excision as wisdom teeth: a randomized controlled trial. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, v. 108, n. 6, p. 821-827, 2009.

LINN, Tin Thinzar et al. Oral-Health-Related Quality of Life in Elderly Edentulous Patients with Full-Arch Rehabilitation Treatments: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, p. 3391, 2024.

MONACO, G. et al. Coronectomy: A possible surgical option for impacted third molars in close proximity to the inferior alveolar nerve. *Journal of the American Dental Association*, v. 143, p. 363-369, 2012.

MARTINS, L. S. et al. Percepção dos cirurgiões bucomaxilofaciais do estado do Rio Grande do Sul sobre a técnica da coronectomia. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, v. 20, n. 1, 2015.

MA, Atieh et al. Interventions for replacing missing teeth: alveolar ridge preservation techniques for dental implant site development. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 4, 2024.

O'RIORDAN, B. C. Uneasey lies the head that wears the crown. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 35, p. 209, 1997.

OLIVEIRA, Daniene Divina Da Costa Melo; GEBRIM, Luciano Teles. Sepultamento e/ou preservação de restos radiculares com finalidade de ganho tecidual. Brasília: Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos, Faculdade de Odontologia, 2019.

PATEL, V. et al. Unerupted teeth associated with dentigerous cysts and treated with coronectomy: mini case series. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 51, n. 7, p. 644-649, 2013.

PASSANEZI, Euloi. Limites do tratamento periodontal e a indicação de implantes dentários. São Paulo: Ed. Napoleão, 2010.

PAULUS, Marília et al. Reabilitação Oral Com O Uso De Prótese Parcial Removível Após Cirurgia Pré-Protética: Relato de Caso Clínico. *RECIMA21*, v. 3, n. 11, 2022.

RENTON, T. et al. A randomized 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.

SEIXAS, Déborah Rocha et al. Peculiaridades sobre a Odontectomia Parcial Intencional: Relato de caso clínico. *Revista de Iniciação Científica em Odontologia*, v. 2, n. 19, p. 69-74, 2021.

SILVA, Amanda Larissa Oliveira da et al. Reabilitação Oral De Paciente Desdentado Com Prótese Total E Parcial Removível: Relato de Caso. *Revista de Iniciação Científica em Odontologia*, v. 20, n. 28, 2022.

TEIXEIRA, L. L.; LAURINDO, B. M. Reabilitação oral por meio de intervenções múltiplas: relato de caso clínico. *Scire Salutis*, v. 9, n. 3, p. 33-38, 2019. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2019.003.0005>.

VALVERDE, Nansi López; SOUSA, Bruno Macedo de; RUEDA, José Antonio Blanco. Changes of the Alveolar Bone Ridge Using Bone Mineral Grafts and Collagen Membranes after Tooth Extraction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Bioengineering*, v. 11, p. 565, 2024.

VILAÇA, G. M. C.; MESQUITA, C. C.; RAPOSO, M. J. Reabilitação Oral em Maxila Atrófica – Relato de Caso. *Archives of Health Investigation*, v. 11, n. 5, p. 786–794, 2022. DOI: 10.21270/archi.v11i5.5795. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/5795>. Acesso em: 12 nov. 2024.