

MANEJO DE FRATURA MANDIBULAR TRANSOPERATÓRIA NA EXODONTIA DE MOLARES INCLUSOS DE ALTO RISCO: RELATO DE CASO

MANAGEMENT OF AN INTRAOPERATIVE MANDIBULAR FRACTURE
DURING EXTRACTION OF HIGH-RISK IMPACTED MOLARS: A CASE REPORT

Ciências da Saúde • 06/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/791102550](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/791102550)

Davi Barbosa Portela¹

Maria Clara Fernandes²

Alissa dos Santos Coelho³

Heloísa de Colo⁴

Eugênio Esteves Costa⁵

RESUMO

A exodontia de molares mandibulares inclusos que ocupam grande parte do corpo e do ângulo da mandíbula expõe o paciente ao risco de fratura mandibular iatrogênica e de lesão do nervo alveolar inferior (NAI). Este artigo relata o manejo de uma fratura mandibular transoperatória ocorrida na exodontia do segundo molar inferior direito (47), semi-incluso e com cárie extensa, associado ao terceiro molar (48) incluso, em paciente do sexo feminino, 38 anos, hígida. A tomografia computadorizada de feixe cônico evidenciou impactação profunda, lesões periapicais, dilaceração radicular, íntima relação com o canal mandibular e redução da altura óssea basal. O planejamento incluiu biomodelo impresso em 3D, para dimensionar a área de fragilidade e pré-modelar placas, e cirurgia sob anestesia geral com intubação nasotraqueal. Durante a luxação dentária, ocorreu fratura incompleta do corpo mandibular, tratada no mesmo tempo cirúrgico com bloqueio maxilomandibular e fixação interna rígida com duas placas do sistema 2.0. Em seguida, concluiu-se a exodontia e o alvéolo recebeu xenoenxerto bovino. A paciente recebeu alta em 24 horas, com radiografia panorâmica mostrando as placas em posição e a continuidade mandibular preservada. Parestesia no território do NAI e trismo foram conduzidos com complexo de nucleotídeos e vitamina B12, fotobiomodulação e fisioterapia; o trismo regrediu em 20 dias e a parestesia, em 90 dias. O caso mostra que a antecipação do risco permitiu tratar a fratura de imediato, com estabilidade oclusal e óssea, e sugere que, em casos de risco muito elevado, a fixação antes da luxação dentária merece ser considerada.

Palavras-chave: Dente impactado; Fraturas mandibulares; Complicações intraoperatórias; Fixação interna de fraturas; Impressão tridimensional.

ABSTRACT

Extraction of impacted mandibular molars that occupy a large portion of the mandibular body and angle exposes the patient to the risk of iatrogenic mandibular fracture and inferior alveolar nerve (IAN) injury. This article reports the management of an intraoperative mandibular fracture that occurred during extraction of a semi-impacted mandibular right second molar (47) with extensive caries, associated with an impacted third molar (48), in a healthy 38-year-old female patient. Cone-beam computed tomography showed deep impaction, periapical lesions, root dilaceration, close contact with the mandibular canal, and reduced basal bone height. Planning included a 3D-printed biomodel, used to assess the area of weakness and to pre-bend plates, and surgery under general anesthesia with nasotracheal intubation. During tooth luxation, an incomplete fracture of the mandibular body occurred and was treated in the same surgical session with maxillomandibular fixation and rigid internal fixation using two 2.0 plates. The extraction was then completed and the socket was grafted with bovine xenograft. The patient was discharged after 24 hours, with a panoramic radiograph showing the plates in position and preserved mandibular continuity. IAN paresthesia and trismus were managed with a nucleotide and vitamin B12 complex, photobiomodulation, and physiotherapy; trismus resolved within 20 days and paresthesia within 90 days. The case shows that anticipating the risk allowed the fracture to be treated immediately, with occlusal and bone stability, and suggests that, in very high-risk cases, fixation before tooth luxation should be considered.

Keywords: Tooth; Impacted; Mandibular Fractures; Intraoperative Complications; Fracture Fixation; Internal; Printing; Three-Dimensional.

1. INTRODUÇÃO

A exodontia de molares mandibulares inclusos está entre os procedimentos mais realizados na Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Embora seja, em geral, um procedimento previsível, pode resultar em complicações como infecção, trismo, lesão do nervo alveolar inferior (NAI) e, mais raramente, fratura da mandíbula (Chrcanovic; Custódio, 2010). A lesão do NAI após a remoção de terceiros molares inferiores tem incidência entre 0,35% e 8,4%, e a maior parte dos casos regride espontaneamente (Sarikov; Juodzbaly, 2014).

A fratura mandibular iatrogênica associada à remoção de terceiros molares tem incidência estimada entre 0,0034% e 0,0075% (Libersa *et al.*, 2002; Cankaya *et al.*, 2011). Pode ocorrer no transoperatório ou, com maior frequência, de forma tardia, sobretudo entre a segunda e a terceira semana pós-operatória, quando o paciente retoma a mastigação sobre um osso ainda em remodelação (Ethunandan; Shanahan; Patel, 2012). Entre os fatores de risco descritos estão idade acima de 25 anos, impaction profunda, lesões associadas, atrofia óssea, ostectomia extensa, técnica cirúrgica com aplicação de força excessiva e volume dentário superior a cerca de 50% da altura mandibular na região (Chrcanovic; Custódio, 2010; Cankaya *et al.*, 2011).

Quando o segundo e o terceiro molares estão simultaneamente retidos no corpo e no ângulo da mandíbula, o volume de osso a ser removido tende a ser maior, e a resistência do segmento remanescente pode ficar criticamente reduzida. Nesses casos, a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) supera a radiografia panorâmica na avaliação da relação das raízes com o

canal mandibular e da espessura das corticais (Sarikov; Juodzbaly, 2014), e tem sido a base do planejamento cirúrgico de dentes inclusos em posições complexas (Portela *et al.*, 2026c). A impressão tridimensional de biomodelos, por sua vez, permite visualizar a área de fragilidade e pré-modelar placas de fixação antes da cirurgia, com ganho de precisão e redução do tempo operatório (Louvrier *et al.*, 2017).

Para prevenir a fratura, recomendam-se odontosseção, remoção óssea conservadora e controle das forças aplicadas; quando ela ocorre, o tratamento segue os princípios das fraturas mandibulares, com restabelecimento da oclusão e estabilização dos segmentos (Chrcanovic; Custódio, 2010). Em casos de risco elevado, a instalação profilática de placas de titânio tem sido descrita como medida complementar, com bons resultados em relatos e séries de casos (Feniar *et al.*, 2019; Onică *et al.*, 2025). Ainda assim, faltam critérios objetivos para indicar essa conduta e definir o momento da fixação, o que justifica o registro detalhado de casos clínicos.

Este artigo tem como objetivo relatar o manejo de uma fratura mandibular incompleta ocorrida durante a exodontia dos elementos 47 e 48, em caso previamente classificado como de alto risco, com ênfase no planejamento tridimensional, no bloqueio maxilomandibular e na fixação interna rígida no mesmo tempo cirúrgico, bem como na condução das alterações neurosensoriais e funcionais pós-operatórias.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de caso clínico, redigido de acordo com as diretrizes CARE

(*CAse REport*) (Gagnier *et al.*, 2013). Os dados foram obtidos do prontuário, dos exames de imagem e da documentação fotográfica da paciente.

A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o procedimento cirúrgico e autorizou, por escrito, o uso de seus dados clínicos e de suas imagens para fins científicos, com preservação de sua identidade, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Para fundamentar a discussão, realizou-se busca não sistemática nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Google Acadêmico, com os descritores “dente impactado”, “fraturas mandibulares”, “complicações intraoperatórias”, “fixação interna de fraturas” e “impressão tridimensional”, e seus equivalentes em inglês. Priorizaram-se revisões, ensaios clínicos e relatos de caso sobre prevenção e tratamento da fratura mandibular iatrogênica e sobre o manejo das lesões do NAI.

3. RELATO DE CASO

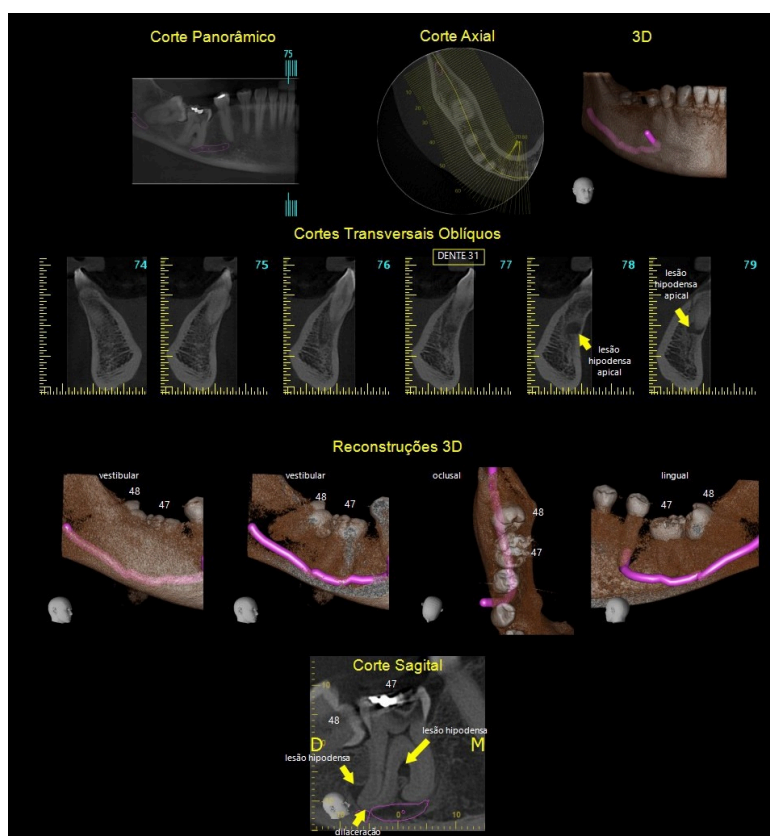
3.1. Diagnóstico e Planejamento

Paciente do sexo feminino, 38 anos, sistemicamente hígida, procurou atendimento de urgência com queixa de dor intensa na região posterior direita da mandíbula. Ao exame clínico, observou-se o elemento 47 semi-incluso, com lesão cariosa extensa e sem possibilidade de tratamento conservador, associado ao elemento 48 incluso.

A TCFC mostrou os elementos 47 e 48 retidos no corpo e no ângulo mandibular, com lesões hipodensas periapicais em ambos,

dilaceração radicular e ápices em íntimo contato com o canal mandibular (Figura 1). Coroas e raízes ocupavam grande parte da altura do corpo mandibular, com cortical basal remanescente delgada. A associação entre impactação profunda de dois molares adjacentes, lesões periapicais e necessidade prevista de ostectomia extensa configurou alto risco de fratura mandibular trans e pós-operatória.

Figura 1. Tomografia computadorizada de feixe cônico pré-operatória dos elementos 47 e 48, com o canal mandibular destacado em rosa

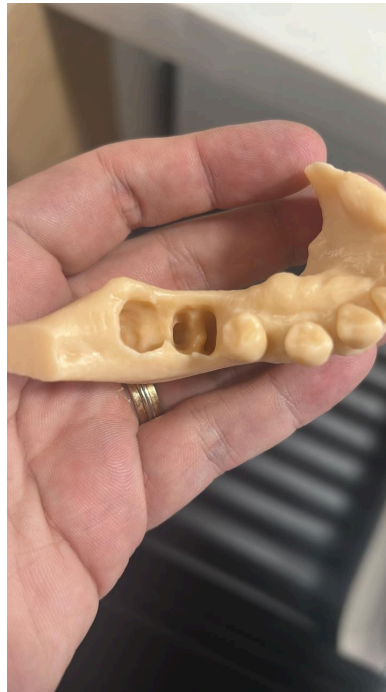


Fonte: acervo dos autores (2026).

A partir da TCFC, foi impresso um biomodelo da mandíbula (Figura 2), que reproduziu as lojas ósseas dos elementos 47 e 48 e permitiu dimensionar a área de fragilidade e pré-modelar as placas de fixação antes da cirurgia. Planejou-se a exodontia sob anestesia geral, em ambiente hospitalar, com fixação interna rígida no mesmo tempo

cirúrgico. A paciente foi informada dos riscos de fratura e de parestesia e assinou o TCLE.

Figura 2. Biomodelo mandibular impresso em 3D, utilizado no planejamento e na pré-modelagem das placas



Fonte: acervo dos autores
(2026).

3.2. Procedimento Cirúrgico

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral com intubação nasotraqueal, que mantém a cavidade bucal livre e permite a oclusão dentária durante o procedimento. Utilizou-se acesso exclusivamente intrabucal. Após incisão e descolamento de retalho mucoperiosteal, o nervo mental foi identificado e protegido. Realizaram-se ostectomia e odontosseção e, durante a luxação dos elementos com alavanca, ocorreu fratura incompleta do corpo mandibular, na área de fragilidade identificada no planejamento.

A conduta foi imediatamente convertida para o tratamento da fratura. Realizou-se bloqueio maxilomandibular (BMM) com

parafusos e fios de aço, para estabelecer a oclusão como referência e impedir o deslocamento dos segmentos, e a fratura foi fixada com duas placas do sistema 2.0, pré-modeladas no biomodelo e dispostas paralelamente na cortical vestibular do corpo mandibular (Figura 3).

Figura 3. Fixação da fratura com duas placas do sistema 2.0, parafuso de bloqueio maxilomandibular e nervo mental preservado



Fonte: acervo dos autores
(2026).

Com a mandíbula estabilizada, concluiu-se a remoção dos elementos 47 e 48. A dissecação confirmou a proximidade das raízes com o NAI, que foi preservado mediante manipulação cuidadosa. O alvéolo foi preenchido com xenoenxerto bovino particulado (Bio-Oss®) (Figura 4), e a síntese foi realizada por planos com fio absorvível (Vicryl®). O BMM foi utilizado apenas no transoperatório.

Figura 4. Fratura fixada e alvéolo preenchido com xenoenxerto bovino (Bio-Oss®)



Fonte: acervo dos autores
(2026).

3.3. Evolução Pós-Operatória

A paciente permaneceu internada por 24 horas. A radiografia panorâmica de controle mostrou as placas em posição e a continuidade da basilar mandibular preservada (Figura 5).

Figura 5. Radiografia panorâmica de controle 24 horas após a cirurgia



Fonte: acervo dos autores (2026).

No pós-operatório, a paciente apresentou trismo e parestesia no território do NAI direito (lábio inferior e mento). Foram instituídos:

complexo de nucleotídeos associado à vitamina B12 (ETNA®: fosfato dissódico de citidina, trifosfato trissódico de uridina e acetato de hidroxocobalamina), por via oral, a cada 8 horas, durante 90 dias; fotobiomodulação com laser de baixa intensidade no espectro infravermelho, com 4 J por ponto ao longo do trajeto do NAI, em dias alternados; e encaminhamento para fisioterapeuta com atuação em reabilitação bucomaxilofacial, para o tratamento do trismo.

A paciente evoluiu com estabilidade oclusal e óssea. O trismo regrediu completamente em 20 dias, com recuperação da abertura bucal, e a parestesia regrediu completamente em 90 dias.

4. DISCUSSÃO

A fratura mandibular iatrogênica é uma complicação rara da exodontia de molares inclusos, mas sua probabilidade aumenta quando se somam fatores de risco (Chrcanovic; Custódio, 2010; Cankaya *et al.*, 2011). No presente caso, estavam presentes idade acima de 25 anos, impaction profunda de dois molares adjacentes, lesões periapicais e volume dentário que ocupava grande parte da altura do corpo mandibular. A ostectomia necessária à remoção dos dentes reduziu ainda mais a resistência do segmento, e a fratura ocorreu na luxação com alavanca, etapa em que a força aplicada incide sobre um osso já enfraquecido. O controle dessa força é, justamente, uma das principais medidas de prevenção da fratura transoperatória (Chrcanovic; Custódio, 2010).

O aspecto central deste caso é que a fratura havia sido antecipada no planejamento. A cirurgia em ambiente hospitalar, sob anestesia geral com intubação nasotraqueal, e a disponibilidade de placas já modeladas no biomodelo permitiram converter a exodontia em

tratamento de fratura no mesmo tempo cirúrgico. Em contraste, Pinho *et al.* (2023) descreveram uma fratura transoperatória em exodontia de terceiro molar na qual a paciente apresentou dor, edema, má oclusão e mobilidade do segmento fraturado, tratada por redução aberta intrabucal e fixação com placas de titânio. Aqui, o reconhecimento imediato da fratura, ainda incompleta, permitiu estabilizá-la antes de qualquer deslocamento dos segmentos ou alteração oclusal. O mesmo princípio vale para outras intercorrências na remoção de dentes inclusos, como a comunicação nasossinusal selada no mesmo ato cirúrgico durante a exodontia de caninos maxilares inclusos relatada por Portela *et al.* (2026c). A fixação também protegeu o período pós-operatório, no qual se concentra a maior parte das fraturas associadas às exodontias e em que uma fratura incompleta poderia se completar sob carga mastigatória (Ethunandan; Shanahan; Patel, 2012).

O BMM estabeleceu a oclusão como referência para a redução e a fixação, princípio consolidado no tratamento das fraturas mandibulares para prevenir má oclusão pós-operatória (Portela *et al.*, 2026b). Como o tubo orotraqueal impede a oclusão dentária, o BMM sob anestesia geral depende da intubação nasotraqueal ou, quando esta é contraindicada, da intubação submentoniana (Brinhole *et al.*, 2005). A escolha antecipada da via nasotraqueal foi, portanto, parte do preparo para a eventual fratura.

O biomodelo permitiu visualizar a espessura da cortical remanescente e pré-modelar as placas fora do campo operatório, o que facilitou a fixação no momento da fratura. Louvrier *et al.* (2017) relatam ganho de precisão e redução do tempo cirúrgico com modelos 3D e placas pré-modeladas, e experiências nacionais descrevem benefícios semelhantes em cirurgias maxilofaciais

extensas (Nascimento, F. *et al.*, 2025). O custo e o tempo de produção, entretanto, ainda limitam o uso rotineiro dessa tecnologia, que tende a ser reservada a casos complexos (Louvrier *et al.*, 2017).

O caso também levanta uma questão prática sobre o momento da fixação. Feniar *et al.* (2019) instalaram uma miniplaca do sistema 2.0 após a exodontia de um terceiro molar profundamente impactado, para não obstruir o campo operatório, sem fratura em três anos de acompanhamento. Onică *et al.* (2025), por sua vez, instalaram placas de titânio personalizadas antes da odontectomia em 18 pacientes, e nenhum apresentou fratura. No presente caso, a fratura ocorreu antes da fixação, durante a luxação. Esse desfecho sugere que, quando a fixação já está indicada no planejamento, a instalação das placas antes da luxação pode proteger a mandíbula na etapa de maior risco, desde que a posição dos parafusos preserve a via de remoção dos dentes, as raízes e o canal mandibular — aspecto que o biomodelo ajuda a planejar.

A enxertia com osso bovino desproteínizado no mesmo tempo cirúrgico teve finalidade reabilitadora: limitar a reabsorção do rebordo e preservar volume ósseo para futura instalação de implantes (Nascimento, J., 2025). Revisão sistemática da Cochrane indica que a preservação alveolar reduz as alterações dimensionais do rebordo após a exodontia, embora com evidência de certeza muito baixa e sem diferença clinicamente relevante entre os biomateriais (Atieh *et al.*, 2021). Cabe ressaltar que o enxerto particulado não confere resistência mecânica imediata à mandíbula, função que coube à fixação interna, e que, por se tratar de alvéolo com lesões periapicais adjacente ao traço de fratura, essa conduta requer curetagem criteriosa do leito e acompanhamento quanto a sinais de infecção.

A parestesia do NAI era um risco previsível, dado o contato das raízes com o canal mandibular (Sarikov; Juodzbaly, 2014). A preservação do nervo, identificado e manipulado com cautela, reforça que cirurgias em regiões anatomicamente complexas exigem profundo conhecimento anatômico e cirúrgico, como também se observa no manejo de lesões do assoalho bucal (Portela *et al.*, 2026a). A fotobiomodulação tem sido associada à aceleração da recuperação neurossensorial em publicações nacionais (Rodrigues *et al.*, 2023; Pontes *et al.*, 2024), mas um ensaio clínico randomizado duplo-cego não encontrou diferença significativa entre os grupos tratado e controle após três meses (Miloró; Criddle, 2018). O complexo de nucleotídeos e vitamina B12 tem racional biológico ligado à síntese da bainha de mielina, porém ainda é pouco estudado nas lesões do NAI (Castro *et al.*, 2015). Como grande parte dessas lesões regride espontaneamente (Sarikov; Juodzbaly, 2014), a regressão completa da parestesia em 90 dias, compatível com neuropraxia, não pode ser atribuída exclusivamente às terapias empregadas. O encaminhamento precoce à fisioterapia teve como objetivo restabelecer a abertura bucal e a função mastigatória, e o trismo regrediu completamente em 20 dias.

Este relato apresenta as limitações próprias do desenho: por se tratar de um único caso, sem grupo de comparação, não é possível afirmar se a fixação antes da luxação teria evitado a fratura. Além disso, a conduta acrescenta custos (anestesia geral, internação, biomodelo e material de síntese) e pode exigir a remoção das placas antes da instalação de implantes na região. Estudos com maior número de pacientes são necessários para definir critérios objetivos de indicação e o momento ideal da fixação, como a relação entre a altura óssea remanescente e o volume dentário.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exodontia de molares mandibulares inclusos com extenso comprometimento da altura óssea pode resultar em fratura transoperatória mesmo sob planejamento criterioso. A antecipação desse risco — com tomografia, biomodelo impresso, placas pré-modeladas e cirurgia sob anestesia geral com intubação nasotraqueal — possibilita tratar a fratura no mesmo tempo cirúrgico, com bloqueio maxilomandibular e fixação interna rígida, e preservar a estabilidade oclusal e óssea. No caso relatado, o tratamento conservador resulta em regressão completa do trismo em 20 dias e da parestesia em 90 dias. Em casos de risco muito elevado, a instalação das placas antes da luxação dentária merece ser considerada, e estudos controlados são necessários para estabelecer critérios objetivos para essa indicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATIEH, M. A. *et al.* Interventions for replacing missing teeth: alveolar ridge preservation techniques for dental implant site development. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], n. 4, CD010176, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD010176.pub3.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 28 set. 2026.

BRINHOLE, M. C. P. *et al.* Intubação submental: evitando a traqueostomia em cirurgia bucomaxilofacial. **Revista do Instituto**

de Ciências da Saúde, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 169-172, abr./jun. 2005.

CANKAYA, A. B. *et al.* Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal. **International Journal of Medical Sciences**, [S. l.], v. 8, n. 7, p. 547-553, 2011. DOI: 10.7150/ijms.8.547.

CASTRO, A. L. F. *et al.* Tratamento da parestesia do nervo alveolar inferior e lingual no pós-operatório de 3º molar: revisão de literatura. **Revista do CROMG**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 34-42, 2015.

CHRCANOVIC, B. R.; CUSTÓDIO, A. L. N. Considerations of mandibular angle fractures during and after surgery for removal of third molars: a review of the literature. **Oral and Maxillofacial Surgery**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 71-80, 2010. DOI: 10.1007/s10006-009-0201-5.

ETHUNANDAN, M.; SHANAHAN, D.; PATEL, M. Iatrogenic mandibular fractures following removal of impacted third molars: an analysis of 130 cases. **British Dental Journal**, London, v. 212, n. 4, p. 179-184, 2012. DOI: 10.1038/sj.bdj.2012.135.

FENIAR, J. G. *et al.* Extraction of impacted third molar with preventive installation of titanium miniplate: case report. **Annals of Medicine and Surgery**, London, v. 49, p. 33-36, 2019. DOI: 10.1016/j.amsu.2019.11.014.

GAGNIER, J. J. *et al.* The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. **Headache**, [S. l.], v. 53, n. 10, p. 1541-1547, 2013. DOI: 10.1111/head.12246.

LIBERSA, P. *et al.* Immediate and late mandibular fractures after third molar removal. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, [S. l.], v. 71, n. 1, p. 10-15, 2013. DOI: 10.1097/00006123-201301000-00002.

I.], v. 60, n. 2, p. 163-166, 2002.

LOUVRIER, A. *et al.* How useful is 3D printing in maxillofacial surgery? **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**, [S. l.], v. 118, n. 4, p. 206-212, 2017. DOI: 10.1016/j.jormas.2017.07.002.

MILORO, M.; CRIDDLE, T. R. Does low-level laser therapy affect recovery of lingual and inferior alveolar nerve injuries? **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, [S. l.], v. 76, n. 12, p. 2669-2675, 2018. DOI: 10.1016/j.joms.2018.06.001.

NASCIMENTO, F. A. *et al.* Impressão 3D em cirurgias oncológicas extensas. **Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery**, [S. l.], p. 119, 2025. Resumo apresentado no COPAC.

NASCIMENTO, J. V. M. do. O estado da arte na preservação óssea alveolar com biomateriais. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 2273-2306, mar. 2025.

ONICĂ, C. A. *et al.* Customized titanium plates for preventing mandibular fractures in lower third molar extractions. **Journal of Functional Biomaterials**, Basel, v. 16, n. 2, 64, 2025. DOI: 10.3390/jfb16020064.

PINHO, J. N. A. *et al.* Accidental intraoperative mandibular fracture in a third molar surgery: when surgical skills are mandatory in the face of empiricism. **Case Reports in Dentistry**, [S. l.], v. 2023, 2263554, 2023. DOI: 10.1155/2023/2263554.

PONTES, L. S. *et al.* Uso do laser de baixa intensidade no tratamento de parestesia do nervo alveolar inferior: uma atualização de

literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. 4023-4034, out. 2024.

PORTELA, D. B. *et al.* Desafio diagnóstico e conduta cirúrgica em lesão de assoalho bucal: relato de caso com divergência clínico-patológica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 8, n. 8, p. 1525-1538, 2026a. DOI: 10.36557/2674-8169.2026v8n8p1525-1538.

PORTELA, D. B. *et al.* Relato de caso clínico: tratamento cirúrgico de fratura mandibular por agressão física. **Revista Cadernos Cajuína**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. 1-18, abr. 2026b. DOI: 10.52641/cadcajv11i5.2680.

PORTELA, D. B. *et al.* Remoção cirúrgica de caninos maxilares inclusos com acesso palatino e manejo de comunicação naso-sinusal. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 8, n. 7, p. 340-357, 2026c. DOI: 10.36557/2674-8169.2026v8n7p340-357.

RODRIGUES, T. A. *et al.* Laserterapia de baixa intensidade aplicado a parestesia do nervo alveolar inferior. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 1-10, 2023.

SARIKOV, R.; JUODZBALYS, G. Inferior alveolar nerve injury after mandibular third molar extraction: a literature review. **Journal of Oral & Maxillofacial Research**, Kaunas, v. 5, n. 4, e1, 2014. DOI: 10.5037/jomr.2014.5401.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Prof. José Carlos e ao Prof. Manoel Mello pela oportunidade de atuação na Clínica Escola Conexa e pelo ensino de referência em Implantodontia e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial no Ceará.

O primeiro autor agradece a Deus; à sua família — Camila, Alice, Clarice e Bianca — pelo apoio ao longo de sua formação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial; e ao Prof. Dr. Eugênio Esteves Costa pela preceptoria na especialização do IPPEO e pela orientação científica.

¹ Mestre Clínica Odontológica FACPP, Fortaleza, Ceará. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3859-5763>. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4461882823116367>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). Autor correspondente.

² Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Positivo (UP).

³ Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Positivo (UP).

⁴ Acadêmica do curso de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

⁵ Doutor Clínica Odontológica Universidade Positivo, Curitiba, Paraná. Coordenador Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial IPPEO. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8166-827X>