

Parestesia do nervo lingual após extração de terceiros molares: revisão de literatura e relato de caso
Lingual nerve paresthesia after extraction of third molars: review of literature and case report

ANGÉLICA CRISTIANE FARDIN¹
ELLEN CRISTINA GAETTI-JARDIM²
ELERSON GAETTI JARDIM JÚNIOR³
ALESSANDRA MARCONDES ARANEGA⁴

Autor para correspondência: Angélica Cristiane Fardin
Praça Getúlio Vargas, 33 Centro Araçatuba – SP - CEP 16010-420
Telefone: (18) 3621-2469/96061817 e-mail: angelicafardin@yahoo.com.br

1. Cirurgiã-dentista. Estagiária de Atualização da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, São Paulo, Brasil.
2. Mestranda Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, São Paulo, Brasil.
3. Professor Adjunto da Disciplina de Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, São Paulo, Brasil.
4. Professora Doutora da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba– UNESP, São Paulo, Brasil.

Resumo

A exodontia de terceiros molares vem se tornando uma prática rotineira na clínica odontológica seja ela realizada por especialistas ou não, bem como suas complicações que incluem dentre outras, a parestesia do nervo lingual. A parestesia é um distúrbio neuro-sensitivo causado por uma lesão no tecido neural seja esta direta ou indireta, caracterizado, pela alteração das sensações normais devido à lesão dos ramos nervosos. Sendo assim, este trabalho procura abordar as causas, formas de diagnóstico, tratamento e prevenção, relativas à parestesia do nervo lingual. Infelizmente ainda dispomos de um protocolo terapêutico realmente eficaz, sendo que a melhor forma de lidar com essa complicação é a prevenção.

Descritores: Anatomia; Parestesia; Diagnóstico

Abstract

The exodontia of third molars is becoming a routine practice in the dental clinic whether or not carried out by specialists, and its complications that include among others, the lingual nerve paresthesia. Paresthesia is a neuro-sensory disturbance caused by an injury in neural tissue is the direct or indirect, characterized by the change of normal sensations due to the injury of the nerve branches. Therefore, this work seeks to address the causes, forms of diagnosis, treatment and prevention on the lingual nerve paresthesia. Unfortunately still have a truly effective therapeutic protocol, and that the best way to deal with this complication is prevention.

Terms: Anatomy; Paresthesia; Diagnosis

Introdução

A remoção cirúrgica dos terceiros molares retidos vem se tornando cada vez mais freqüente sendo realizada por cirurgiões-dentistas buco-maxilo-faciais, bem como clínicos gerais. Dentre as diversas indicações temos: a pericoronarite, dor, cárie não restauráveis, problemas periodontais, patologias associadas, razões ortodônticas e protéticas (BRUCE; FREDERICKSON; SMALL, 1980; SANTOS NETO; LUZ; SANTIAGO, 1997). Por vezes o quadro clínico se exacerba aumentando o nível de dor e resultando em edema e disfunção que pode ser transitória ou permanente (ROBERT; BACCHETTI; POGREL, 2005; POGREL; 2003).

É de incontestável relevância o conhecimento da anatomia loco - regional para todo e qualquer procedimento que necessite de anestesia prévia seja ele, um procedimento de dentisteria ou mesmo um ato cirúrgico mais complexo. O reconhecimento da inervação dentária é essencial, sendo assim, segundo Madeira (1997) os nervos alveolar inferior e lingual são os ramos mais calibrosos do nervo mandibular. Vindo do forame oval, o nervo lingual separa-se do nervo alveolar inferior cerca de 5 a 10 mm abaixo da base do crânio localizando-se anteriormente a este, descendo entre os músculos pterigóideo medial e lateral, onde, na sua borda inferior recebe o nervo corda do tímpano, ramo do nevo facial que contem fibras associadas com a função gustativas .

Ao nível da extremidade superior da linha milohioídea, o nervo faz uma curva fechada anteriormente para continuar-se numa linha horizontal na superfície superior do músculo milohioídeo e se localiza acima do ducto submandibular, seguindo em direção inferior sobre a face lateral do ducto e passando em direção mais superior em sua porção medial, sobre o músculo genioglossos. Prossegue em direção anterior ao longo da língua e inerva esta estrutura com fibras sensitivas gerais e gustativas nos seus dois terços anteriores. Seus ramos terminais se comunicam com aqueles do nervo hipoglossos. Autores descrevem o nervo lingual como originando ramos para o istmo da garganta, a glândula submandibular e a mucosa sobre a face lateral e dorso dos 2/3 anteriores da língua e assoalho de boca.

Na porção mais posterior da cavidade oral, o nervo lingual se mostra superficial e pode até ser visto através da mucosa que recobre a linha milohioídea ao nível dos segundos e terceiros molares inferiores (DUBRUL; 1991). Sendo assim, alto o risco de lesão ao nervo quando se estende retalhos nesta área, tendo como conseqüência a anestesia, parestesia, perda do paladar e redução da secreção salivar.

A parestesia, alvo deste estudo, é um distúrbio neurosensitivo causado por uma lesão no tecido neural, caracterizado por alteração das sensações normais em decorrência da lesão de ramos nervosos. Consiste em sensações desagradáveis, de caráter transitório ou permanente, de irritação de nervos periféricos sensitivos ou de raízes posteriores, que freqüentemente se associam à dor e sintoma de formigamento (SANVITO; 2000). Robinson e Smith (1996) mencionam que sensações de formigamento (ROWLAND; 2000), comichão, dormência, ardor, friagem, flacidez, inchaço e sensibilidade dolorosa na língua são sintomas comumente existentes em pacientes que sofreram trauma ao nervo lingual.

Quando temporárias, as parestesias podem não indicar uma lesão neurológica em contrapartida, quando persistentes, indicam anormalidade das vias sensoriais que podem ser por diferentes causas dentre as quais: (1) Agressão traumática; (2) Inflamação ou tumor comprimindo o nervo, ou mesmo invadindo o envoltório neural (situações encontradas nos tecidos circunvizinhos); (3) lesões vasculares; (4) inflamação neural (MACHADO; 1993).

As lesões aos nervos lingual e alveolar inferior são complicações bem reconhecidas de cirurgias de terceiros molares. Estudos precedentes revelam que a prevalência de danos a tais nervos durante exodontias foi de 0,4% a 8,4% ao nervo alveolar inferior e 0% a

23% ao nervo lingual (JERJES; SWINSON; MOLES, 2006). Schultze-Mosgau e Reich (1993) relataram que a frequência de distúrbios sensitivos pós-operatórios do nervo lingual varia de 0,1 % a 12 % dos casos analisados. Já Santos neto, Luz e Santiago (1997), encontraram incidências de trauma ao nervo lingual em cerca de 1,2% a 15% dos casos, sendo a parestesia geralmente provisória e com tendência à regressão dentro dos primeiros 6 meses pós-operatórios.

É evidente, que a melhor maneira de lidar com uma complicação cirúrgica é a prevenção, e esta deverá ser feita com o máximo de cuidado possível por meio de uma avaliação pré-operatória, um plano de tratamento abrangente e sempre utilizar-se de recursos complementares como o exame radiográfico que embora bidimensional, avaliar a posição dental e suas estruturas adjacentes como o canal mandibular. Tais cuidados podem não eliminar os problemas clínicos, ao menos os minimiza tornando a complicação ao menos controlável e se exime da culpa ou de qualquer problema de ordem legal que possa vir a surgir.

Em termos de terapêutica, o cirurgião dentista pode escolher, de acordo com o grau de dano ao nervo existente entre uma terapêutica não cirúrgica, como as vitaminas do complexo B que são famosas pelo caráter anti-nevrálgico (PINTO ET AL, 2001) e a utilização de laser-terapia (PINHEIRO ET AL, 2005), ou a terapêutica cirúrgica com a ressecção ou descompressão do nervo (ROSA; ESCOBAR; BRUSCO, 2007). Este estudo procura abordar as causas, formas de diagnóstico, tratamento e prevenção, das parestesias em especial a do nervo lingual por meio de revista da literatura e relato de caso clínico.

Relato de caso clínico

Paciente de 23 anos, sexo feminino, melanoderma foi encaminhada serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP queixando-se de dor no lado direito do rosto em região correspondente ao dente 48.

Ao exame físico extrabucal nada digno de nota foi observado. Ao exame intrabucal, observou-se ausência clínica dos dentes 18, 28, 38 e 48. Ao exame radiográfico do tipo ortopantomográfico, observou-se que os referidos dentes se encontravam em inclusão parcialmente intra-óssea. Notou-se também a presença de 3 dentes supranumerários, um na maxila ao lado do dentes 18 e os outros dois adjacentes aos dentes 38 e 48 respectivamente. Como a condição sistêmica da paciente não contraindicava o procedimento cirúrgico o mesmo foi realizado (Figura 1).

Após antissepsia intrabucal com clorexidina a 0,12% e iodo extrabucalmente fez-se a aposição dos campos cirúrgicos na paciente. Em seguida optou-se pela anestesia regional para desensibilização dos nervos alveolar inferior, bucal e lingual do lado correspondente a exodontia (lado direito inicialmente).

Foi realizado incisão triangular na porção oclusal, descolamento do retalho muco-periosteal, ostectomia restrita a área da coroa para visualização do dente retido supranumerário. Em seguida, exodontia do supranumerário e, odontosecção do dente 48 paralela ao longo eixo dental. Lembrando que todos os procedimentos foram feitos com o máximo de cuidado para se evitar trauma ao feixe vaso-nervoso.

Posteriormente realizou-se curetagem, irrigação com solução fisiológica 0,9% e sutura com fio de nylon em pontos interrompidos simples que foram removidos 7 dias após.

No pós-operatórios a paciente relatou insensibilidade da língua no lado correspondente a exodontia com leve formigamento. A paciente foi muito bem

orientada a cerca do problema e informada da necessidade de prescrição de vitaminas do complexo B por um período mínimo de 30 a 60 dias. A paciente relatou não querer extrair por hora os outros terceiros molares e supranumerários.

No retorno de 3 meses, a paciente relatou que não havia feito uso de vitaminas do complexo B. A sensação de formigamento continuara acrescida da presença de “leves choques” no local, como a paciente relatara.

Discussão

Devido ao aumento significativo no número de exodontias de dentes retidos realizadas por especialistas ou não, é comum encontrar casos de acidentes e complicações, como traumas ao nervo e parestesias. A parestesia consiste em perda de sensações normais no local de inervação e o advento de sintomas desagradáveis permanentes ou não que traduzem irritação dos nervos periféricos ou de raízes posteriores. Frequentemente se associam à dor e costumam traduzir principalmente por formigamento da região (SANVITO, 2000).

De acordo com a literatura, quanto mais complexa a técnica cirúrgica, em que haja necessidade de ostectomias profundas e/ou odontotomias múltiplas, com conseqüente aumento do trauma, maiores as chances de complicações pós-operatórias como alveolites, trismo e parestesias (GOLDBERG; NEWMARICH; MARCO, 1985; CHILES; CONSENTINO, 1987; CARMICHAEL; MCGOWAN, 1992; GREGORI, 1996; MARZOLA, 1995; VENTA; LINDQVIST; YLIPAAVALNIEMI, 1998; WALTERS, 1995). Como causas comuns foram citadas também, traumas por agulhas durante anestésias, uso de instrumentos rotatórios ou de corte, descolamento e afastamento dos tecidos, falta de cuidado, habilidade e experiência do profissional (CHIAPASCO; CICCIO; MARRONE, 1993; GREENWOOD; LANGTON; ROOD, 1994; FEIFEL; RIEDIGER; GUSTORF-AECKERLE, 1994).

No caso apresentando, mesmo com o mínimo trauma gerado pelo procedimento cirúrgico não foi suficiente para evitar dano ao feixe vasculo-nervoso comprometendo a região inervada pelo nervo lingual com insensibilidade da região lingual e assoalho de boca do lado direito. A paciente foi orientada previamente a realização da cirurgia da possível parestesia aos nervos alveolar inferior, lingual e bucal.

Após a confirmação da parestesia do nervo lingual optou-se pela terapêutica não-invasiva com a prescrição de vitaminas do complexo B por pelo menos 30 a 60 dias. Tais vitaminas são promotoras do desenvolvimento da bainha de mielina dos nervos (PINTO ET AL, 2001). As células de Schwann, que formam a bainha de mielina, participam ativamente da regeneração dos feixes nervosos, já que quando cobertas por lâmina basal mantêm a continuidade do tubo neural mesmo após grandes traumatismos, favorecendo a renovação e condução de células nervosas. Esta terapêutica nem sempre promove recuperação total do feixe nervoso e esse processo pode perdurar por meses até anos (MACHADO, 1993).

De acordo com Jerjes, Swinson e Moles (2006) os danos aos nervos podem ser corrigidos cirurgicamente por meio de ressecções ou descompressões principalmente em situações em que o dano ao nervo provocou retração do mesmo. Tal terapêutica ainda promove resultados modestos sendo assim com o passar do tempo tem-se procurado alternativas menos invasivas e traumáticas como a aplicação de feixes de laser não-cirúrgico ou de baixa intensidade (LILT ou LLLT) seja em parestesias, dores articulares e nevralgias (PINHEIRO, 2005).

É de suma importância que todo cirurgião-dentista tenha consciência de que trata não apenas de um cliente e sim de uma pessoa com anseios, vontades, medos e dúvidas

(BRUCE; FREDERICKSON; SMALL, 1980; SANTOS NETO; LUZ; SANTIAGO, 1997; PINTO ET AL, 2001). O cirurgião deverá antes de tudo ser um bom clínico tendo pleno conhecimento de tudo que está diretamente ligado com as estruturas a intervir, para assegurar pleno andamento e finalização do que se propôs a realizar. A realização de um pré-operatório minucioso com um adequado plano de tratamento, com a eleição de técnicas cirúrgicas adequadas e não demasiadamente invasivas, que vise prevenir complicações e conhecimento anatômico da região a intervir sem esquecer que trata de um paciente uma pessoa e não apenas um dente a ser extraído (ROWLAND; 2000; (ROBERT; BACCHETTI; POGREL, 2005; POGREL; 2003; PINHEIRO, 2005).

Conclusão

Devido à cirurgia de remoção de terceiros molares ter se tornado cada vez mais rotineira e realizada, muitas vezes, por cirurgiões-dentistas inexperientes pode-se concluir que é de extrema importância o conhecimento das suas dificuldades, como a íntima relação com estruturas nobres, a angulação das coroas dos dentes retidos, além das complicações que podem ocorrer no trans e pós-operatório; e, como ainda não dispomos de um protocolo terapêutico realmente eficaz nos casos de parestesias, a melhor maneira de lidar com essa complicação é a prevenção, realizando um exame pré-operatório abrangente e planejamento adequado.

REFERÊNCIAS

- BRUCE, R.A.; FREDERICKSON, G.C.; SMALL, G.S. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery. **J Am Dent Assoc**, v.101, n.2, p.240-5, 1980.
- CARMICHAEL, F.A.; MCGOWAN, D.A. Incidence of nerve of Scotland Oral Surgery Research Group Study. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v.30, n.2, p.78-82, 1992.
- CHIAPASCO, M.; CICCIO, L.; MARRONE, G. Side effects and complications associated with third molar surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.76, n.4, p.412-20, 1993.
- CHILES, D.G.; CONSENTINO, B.J. The third molar questions: report of cases. **J Am Dent Assoc**, v.115, n.4, p.575-6, 1987.
- DUBRUL, E.L. **Anatomia Oral de Sicher e Dubrul**. 8. ed. São Paulo, Editora Artes Médicas, 1991.
- FEIFEL, H.; RIEDIGER, D.; GUSTORF-AECKERLE, R. High resolution computed tomography of the inferior alveolar and lingual nerve. **Neuroradiol**, v.36, p.236-8, 1994.
- GOLDBERG, M.H.; NEWMARICH, A.N.; MARCO, W.P. Complications after mandibular third molar surgery: a statistical analysis of 500 consecutive procedures in private practice. **J Am Dental Assoc**, v.111, n.2, p.277-9, 1985.
- GREENWOOD, M.; LANGTON, S.G.; ROOD, J.P. A comparison of broad and narrow retractors for lingual nerve protection during lower third molar surgery. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v.32, p.114-7, 1994.
- GREGORI, C. **Cirurgia Buco-Dento-Alveolar**. São Paulo: Sarvier, 1996.
- JERJES, W.; SWINSON, B.; MOLES, D.R. Permanent sensory nerve impairment following third molar surgery: a prospective study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.102, p.e1-7, 2006.
- LOPES, V. Third molar surgery: an audit of the indications for surgery, post-operative complaints and patient satisfaction. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v.33, n.1, p.33-5 1995.
- LYSSEL, L.; ROHLIN, M. A study of indications used for removal of the mandibular third molar. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v.17, n.3, p.161-4, 1988.
- MACHADO, A.V. **Neuroanatomia Funcional**. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Atheneu: 1993.
- MADEIRA, M.C. **Anatomia da face**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1997.
- MARZOLA, C. Retenção Dental. 2.ed. Porto Alegre: **Rev Gaúcha Odontol**, 1995. OSBORN, T.P. et al. A prospective study of complications related to mandibular third molar surgery. **J Oral Maxillofac Surg**, v.43, p.767-9, 1985.
- PETERSON, L.J. Rationale for removing impacted teeth: when to extract or not extract. **J Am Dent Assoc**, v.123, p.198-204, 1998.

PINHEIRO, A.L.B. et al. O laser não cirúrgico na cirurgia bucomaxilofacial. **Rev ATO**, v.5, n.4, p.399-413, 2005.

PINTO JR, R.S.O. et al. Trauma ao nervo lingual durante a cirurgia de terceiros molares mandibulares. **Ciênc Biol Saúde**, v.3, n.1, p.83-8, 2001.

POGREL, M. Coronectomy in lower third molar removal. **J Oral Maxillofac Surg**, v.61, p.25, 2003.

ROBERT, R.C.; BACCHETTI, P.; POGREL, M.A. Frequency of trigeminal nerve injuries following third molar removal. **J Oral Maxillofac Surg**, v.63, n.6, p.732-5, 2005.

ROBINSON, P.P.; SMITH, K.G. A study on the efficacy of late lingual nerve repair. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v.34, p.96-103, 1996.

ROSA, F.M.; ESCOBAR, C.A.B.; BRUSCO, L.C. Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. **Rev Gaúcha Odontol**, v.55, n.3, p.291-5, 2007.

ROWLAND, L.P. **Merritt Tratado de Neurologia**. 9. ed. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan: 2000.

SANTOS NETO, S.J.; LUZ, J.G.C.; SANTIAGO, J.L. Terceiro molar retido: indicações e benefícios da sua remoção. **BCI**, v.4, p.27-45, 1997.

SANVITO, W.L. **Propedêutica Neurológica Básica**. 6. ed. São Paulo, Ed. Atheneu: 2000.

SCHULTZE-MOSGAU, S.; REICH, R.H. Assessment of inferior alveolar and lingual nerve disturbances after dentoalveolar surgery, and of recovery of sensitivity. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v.22, p.214-7, 1993.

VENTA, I.; LINDQVIST, C.; YLIPAAVALNIEMI, P. Malpractice claims for permanent injuries related to third molar removals. **Acta Odontol Scand**, v.56, p.193-6, 1998.

WALTERS, H. Reducing lingual nerve damage in third molar surgery: a clinical audit of 1.350 cases. **BDJ**, v.178, p.140-4, 1995.

Enviado em: novembro de 2009.

Revisado e Aceito: janeiro de 2010.