

CAROLINE AKEMI DE ANDRADE ARAI

**DIAGNÓSTICO DE PARESTESIA DO NERVO ALVEOLAR
INFERIOR: RELATO DE CASO**

CAROLINE AKEMI DE ANDRADE ARAI

**DIAGNÓSTICO DE PARESTESIA DO NERVO ALVEOLAR
INFERIOR : RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Atili Brandini de Weert.

Às minhas avós Mitsuko e Iracy que
me ensinaram com muito carinho tudo
o que eu sou hoje e são meus
exemplos de mulheres guerreiras.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente à Deus por me proporcionar uma das melhores fases da minha vida com muita saúde e desafios para me tornar cada vez mais um pessoa melhor.

À Universidade Estadual Paulista “ Júlio de Mesquita Filho”, na pessoa do diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba Prof. Titular Glauco Issamu Miyahara e do vice diretor Prof. Titular Alberto Carlos Botazzo Delbem.

Aos meus pais, Maurício e Cláudia por serem meu suporte nos momentos de dificuldade, por me apoiarem e investirem na minha educação. Esse momento da minha formação é uma vitória nossa.

Aos meus irmãos Felipe e Valentina que mostram todos os dias sobre o amor puro e ao meu falecido avô Taiji Arai que sempre será lembrado com carinho.

Aos amigos/família de Araçatuba que fiz ao longo da graduação, Dr Dan, Dra Weglis, Letícia, Marina, Ana de Ávila, Ana Lima, Maria, Bruna, Ana Clara, Amanda, pelos momentos inesquecíveis que me fizeram evoluir profissionalmente e me acolheram nessa jornada que é a faculdade.

À minha orientadora Daniela Brandini pela paciência e sempre me receber de braços abertos. A pós-graduanda Luiza, pela gentileza nas orientações, pela graciosidade em me ensinar, tenho um carinho especial e admiração profissional. Aos professores e funcionários da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP que entregam de corpo e alma pelo nossa excelente formação.

“A verdadeira motivação vem de realização,
desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e
reconhecimento.”

(Frederick Herzberg)

ARAI, C. A. A. **Diagóstico de parestesia do nervo alveolar inferior**. 2022. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

RESUMO

A parestesia é denominada uma lesão neurossensorial, podendo ser causada por fatores locais e sistêmicos, apresentando sintomas como sensação de queimação, pontadas, dormência ou perda da sensibilidade local. O objetivo deste relato de caso é apresentar um caso clínico de parestesia do nervo alveolar inferior na região mentoniana direita e suas causas. Paciente do sexo masculino, 52 anos, procurou atendimento odontológico relatando parestesia na região mandibular direita. Após detalhado exame clínico, físico e anamnese, as hipóteses diagnósticas levantadas foram: disfunção temporomandibular, hábitos parafuncionais e lesão periapical. Com os dados do exame clínico e exames complementares, a disfunção temporomandibular foi descartada. Para os hábitos parafuncionais, foi realizada placa estabilizadora oclusal e acompanhamento. O paciente foi encaminhado para endodontia, contudo não realizou o tratamento. Em um primeiro momento foi diagnosticado por um médico neurologista, uma esofagite fúngica, propondo como diagnóstico a síndrome do queixo dormente, ministrando ETNA e antifúngicos, o que causou melhora na sensação de parestesia, mas pode ter mascarado real a causa. Com a melhora da parestesia o paciente abandonou o tratamento odontológico retornando três anos depois com um novo quadro de parestesia e aparecimento de uma lesão nodular próximo a região dos dentes pré-molares da região inferior direita, após exodontias e instalação de implantes. Após novo exame clínico e exames complementares, foi visto que a lesão periapical persistia, sendo então, realizada a endodontia do 1º pré-molar inferior direito, diminuindo a parestesia e sendo a mais provável causa da mesma. Com isso, para o diagnóstico de uma parestesia é preciso o envolvimento de várias especialidades dentro da odontologia e também da medicina, sempre aliado a uma boa anamnese, exame clínico e físico, e exames complementares.

Palavras-chaves: Neuropatia trigeminal, infecção, parestesia.

ARAI, C. A. A. Diagnosis of paresthesia of the inferior alveolar nerve. 2022. 33f. Course Completion Work (Undergraduate) - Faculty of Dentistry, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2022.

ABSTRACT

Paresthesia is called a sensorineural lesion and can be caused by local and systemic factors, presenting symptoms such as: burning sensation, stabbing, numbness or loss of local sensitivity. The aim of this case report is to present a clinical case of inferior alveolar nerve paresthesia in the right mental region and its diagnostic hypotheses. A 52-year-old male patient sought dental care reporting paresthesia in the right mandibular region. After a detailed clinical and physical examination and anamnesis, the diagnostic hypotheses raised were: temporomandibular disorders, parafunctional habits and periapical lesion. With the data from the clinical examination and complementary exams, temporomandibular disorders were ruled out. For parafunctional habits, an occlusal splint and follow-up was performed. The patient was referred for endodontics, but did not undergo the treatment. At first, a neurologist diagnosed fungal esophagitis, proposing the diagnosis of numb chin syndrome, administering ETNA and antifungals, which caused an improvement in the sensation of paresthesia, however, it may have masked the cause. With the improvement of the paresthesia, the patient abandoned the dental treatment, returning three years later with a new condition of paresthesia and the appearance of a nodular lesion near the premolar teeth region of the lower right region, after extractions and implant placement. After a new clinical examination and complementary exams, it was seen that the periapical lesion persisted, and endodontics of the 1st lower right premolar were performed, reducing paresthesia and being the most likely cause of it. Thus, for the diagnosis of paresthesia, it is necessary to involve several specialties within dentistry and medicine, always combined with a good anamnesis, clinical and physical exams, and complementary exams.

Keywords: Trigeminal neuropathy, infection, paresthesia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Fotografias intra-orais. Não há alteração da normalidade nos dentes e tecidos adjacentes, relação interoclusal tipo Classe I de Angle, sem intercuspidação adequada entre os dentes 16 e 46.	14
Figura 2:	Fotografias intra-orais. Movimentos excursivos da mandíbula.	15
Figura 3:	Radiografia panorâmica realizada em 05 de outubro de 2017. Observa-se área radiolúcida sugestiva de lesão periapical na região entre os dentes 45 e 46.	15
Figura 4:	Tomografia computadorizada, cortes transversais na região do elemento 46 e reconstrução panorâmica mandibular. Realizada em 05/10/2017.	16
Figura 5:	Tomografia computadorizada, cortes transversais na região do elemento 45 e reconstrução panorâmica mandibular. Realizada em 05 de outubro de 2017.	17
Figura 6:	Tomografia computadorizada da articulação temporomandibular bilateral em cortes transversais oblíquos. Realizada dia 05 de outubro de 2017.	18
Figura 7:	Placa estabilizadora oclusal.	19
Figura 8:	Fotografia realizada a partir do exame de videocolonosopia evidenciando a presença de pólipos na região de reto. Realizado no dia 16 de outubro de 2017.	20
Figura 9:	Fotografia realizada a partir do exame esôfagogastroduodenoscopia evidenciando úlceras rasas arredondadas com bordas discretamente elevadas. Realizada no dia 16 de outubro de 2017.	21
Figura 10:	Tomografia computadorizada e radiografia panorâmica realizada após as exodontias dos dentes 45, 46 e 47. Realizada em 21/08/2020.	23
Figura 11:	Fotografia frontal do paciente, evidenciando assimetria em região de ramo mandibular direita.	24

LISTA DE SIGLAS

DTM - Distúrbio temporomandibular.

ETNA - Fosfato dissódico de citidina, trifosfato trissódico de uridina, acetato de hidroxocobalamina, cloridrato de lidocaína.

CEA - antígeno carcinoembrionário.

SQD - Síndrome do queixo dormente.

CA 19.9 - O antígeno de câncer 19-9.

PSA - Antígeno Específico da Próstata.

LDH - Lactato desidrogenase.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 RELATO DE CASO	13
3 DISCUSSÃO	25
4 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXOS	31

1. INTRODUÇÃO

O nervo trigêmeo ou quinto nervo craniano, é assim denominado por possuir três ramos calibrosos distribuídos por áreas extensas da face, tanto superficiais como profundas. Esses três ramos formam a porção maior ou sensitiva, que recebem denominações conforme seus territórios de distribuição principais. O primeiro ramo denomina-se nervo oftálmico, o segundo é o nervo maxilar e o terceiro, nervo mandibular.¹

A porção menor é essencialmente motora, e distribui-se com o nervo mandibular assim que ele deixa o crânio pelo forame oval. O nervo oftálmico sai do crânio pela fissura orbital superior, e o nervo maxilar, pelo forame redondo. Esta divisão do trigêmeo faz com que ele seja caracterizado como nervo misto, pois é o único a possuir, em seu interior, componentes funcionais sensitivos e motores. Os axônios que estão agrupados na porção mais volumosa do nervo mandibular pertencem a neurônios sensitivos alojados no seu interior do gânglio trigeminal.¹

Os ramos mais calibrosos do nervo mandibular são o nervo alveolar inferior e o nervo lingual, dispostos respectivamente, posterior/lateral e anterior/medial. A sensibilidade proveniente da polpa dos dentes de cada lado da mandíbula, bem como das papilas interdentais, periodonto e tecido ósseo vizinho aos dentes, é difundida através do nervo alveolar inferior e seus ramos, o nervo mentoniano e o nervo incisivo.¹

Alguns fatores locais e sistêmicos podem levar a uma lesão neurosensorial, denominada parestesia, possuindo como característica a sensação de queimação, pontadas, dormência ou perda da sensibilidade local.² Existem quatro tipos de variações de parestesias, primeiro, a anestesia é a perda total de sensação provocada por um medicamento como os mais usados em consultórios odontológicos por exemplo a lidocaína, prilocína, articaína e mepivacaína, depois do seu tempo de ação que depende da quantidade injetada durante o procedimento, o sentido normaliza. O segundo são as distesias, tendo a sensibilidade anormal, como queimação ou formigamento ou sensação que causa desconfortos sem a presença de um fator externo causal. O terceiro é a alodinia, é a percepção da dor bastante debilitante em resposta a um estímulo normalmente não nocivo. Por último a hiperestesia, aumento

da dor em resposta a qualquer estímulo provocado.³

Os danos aos nervos são divididos em neuropraxia (lesão amena que não interfere na funcionalidade e sensibilidade), axonotmese (lesão que atrapalha a função por compressão interrompendo a continuidade da transmissão do impulso nervoso no axônio) e neurotmese (agressão parcial ou completa do axônio sendo a maior injúria tecidual provocando a invalidez funcional total).⁴

Os fatores sistêmicos e locais que podem levar a parestesia incluem infecções bacterianas e virais, leucemia, esclerose múltipla, sarcoidose, linfomas, metástases, entre outros. Já os fatores locais abrangem fraturas, lesões traumáticas, infecções locais, terapia endodôntica, lesões iatrogênicas e efeitos colaterais de medicamentos anestésicos.²

Dentre os fatores locais, o tratamento endodôntico pode ser um dos fatores que leva a parestesia com certa frequência, devido à grande proximidade do nervo alveolar inferior e seus ramos com a região do ápice periapical dos dentes inferiores.⁵

As possíveis causas de danos ao nervo alveolar inferior pelo tratamento de canal, podem ser a excessiva instrumentação, extravasamento de material do conduto, compressão do nervo devido a presença da lesão, possibilidade de extrusão de microorganismos infecciosos potenciais de agressão biológicas, químicas e mecânicas.⁵

O forame do nervo mentoniano possui proximidade com o ápice dos pré-molares inferiores, assim normalmente se relaciona com as complicações de tratamento endodôntico nesses dentes. Do mesmo modo, na região dos molares inferiores, há íntima relação entre os ápices o canal mandibular, sendo assim qualquer infecção ou lesão periapical de qualquer tamanho pode envolver o nervo.⁵

Os tratamentos são variados e não existe um protocolo concreto para a parestesia, os mais recorrentes nas clínicas odontológicas são os medicamentosos, desde o uso de complexos vitamínicos B aos corticóides, laserterapia de baixa intensidade, acupuntura, tratamento endodôntico, extrações, curetagem apical e manobras cirúrgicas como a microneurocirurgia, quando ocorre a ruptura dos feixes vasculo-nervosos.^{4,6}

Existe a possibilidade da autoresolução da parestesia, o nervo demora um tempo para se regenerar e depende do grau de agressão, seja da forma direta ou indireta ao nervo, esse tempo pode ser de 4 semanas até 24 meses. Levando em conta que a parestesia é uma sensação descrita pelo paciente totalmente subjetiva.⁶

O cirurgião-dentista geralmente é o primeiro profissional a ter contato com os pacientes que apresentam parestesia em mandíbula, desse modo o conhecimento dos fatores locais e sistêmicos, assim como os métodos diagnósticos são de extrema importância a esse profissional, devendo estar preparado para uma conduta correta do caso de origem benigna e propor todos os tratamentos convencionais e alternativos antes de qualquer terapêutica mais agressivas como extrações e microcirurgias.

2. RELATO DE CASO

Paciente LGBF, sexo masculino, caucasiano, 52 anos de idade e ausência de problemas sistêmicos, procurou o cirurgião-dentista relatando "dormência" e ligeiro "formigamento" na região mentoniana do lado direito e dor na região da face, no dia 12 de setembro de 2017. O sintoma havia início há 1 mês, com aparecimento abrupto, mantendo-se constante até o dia da consulta.

Ao exame clínico não foi observada nenhuma alteração da normalidade nos dentes, tecidos adjacentes e língua (Figura 1). Diante do estímulo tátil, foi observada a parestesia dos tecidos (pele e mucosa oral) da região de inervação do nervo mentoniano direito. Por meio da palpação dos músculos do sistema estomatognático, foi constatada dor muscular nos músculos masseter (direito e esquerdo), pterigoideo medial (direito e esquerdo) e temporal (direito e esquerdo).

Foi identificado, através de perguntas respondidas pelo paciente, o apertamento dentário em vigília e durante o sono.

Em máxima intercuspidação habitual, o paciente apresentava uma relação interoclusal tipo Classe I de Angle, mas sem intercuspidação adequada entre os dentes 16 e 46 (relação cúspide/fossa, cúspide/vertente triturante, cúspide/cúspide) (figura 2).

Foram realizados testes de vitalidade a frio nos dentes inferiores posteriores do lado direito, obtendo resposta positiva, exceto no elemento 45, que havia tratamento endodôntico, porém na região entre o dente 45 e 46 havia a presença de uma lesão periapical proveniente deste dente, observada na radiografia panorâmica (Figura 3), sendo realizada uma tomografia computadorizada em 05 de outubro de 2017, para confirmação da localização da lesão periapical, evidenciando que a lesão estava associada ao dente 45, no mesmo foi visto que o canal lingual não estava obturado e apresentava acentuada atresia (Figura 4 e Figura 5), sendo encaminhado para retratamento endodôntico deste dente, porém o paciente não realizou.

Figura 1. Fotografias intra-orais. Não há alteração da normalidade nos dentes e tecidos adjacentes, relação interoclusal tipo Classe I de Angle, sem intercuspidação adequada entre os dentes 16 e 46.



A: Fotografia frontal; B: Fotografia lateral esquerda; C: Fotografia oclusal inferior; D: Fotografia lateral direita.

Figura 2. Fotografias intra-orais. Movimentos excursivos da mandíbula.



A: Movimento protrusivo. B: movimento de lateralidade direto. C: movimento de lateralidade esquerdo. D: em oclusão.

Figura 3. Radiografia panorâmica realizada em 05 de outubro de 2017. Observa-se área radiolúcida sugestiva de lesão periapical na região entre os dentes 45 e 46.

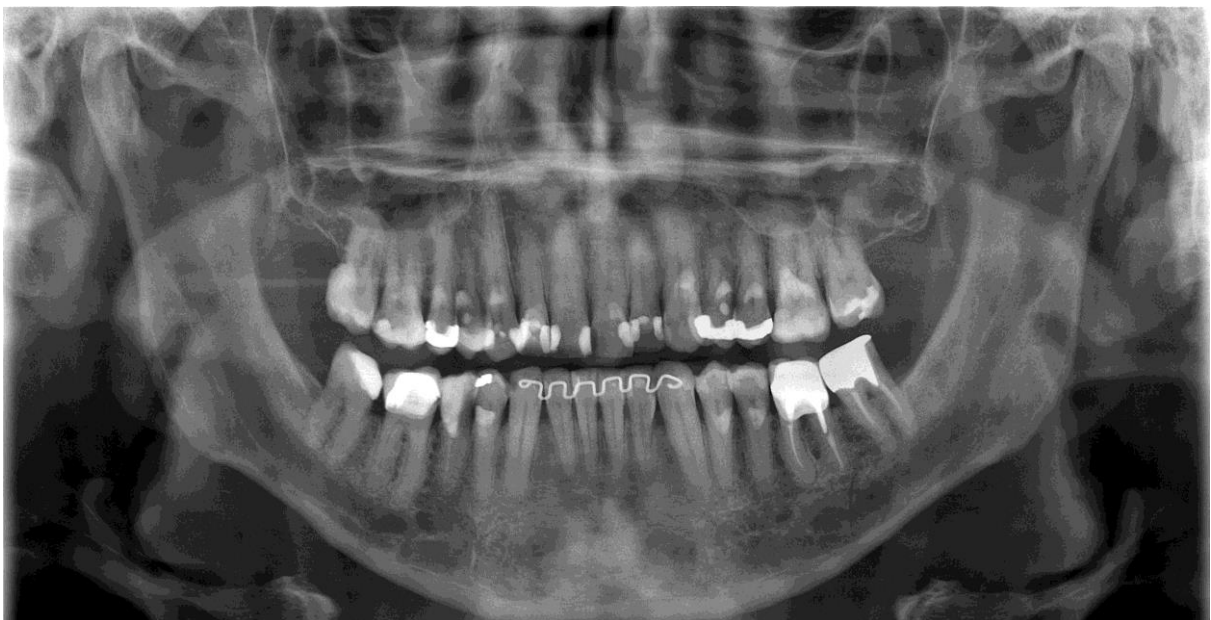
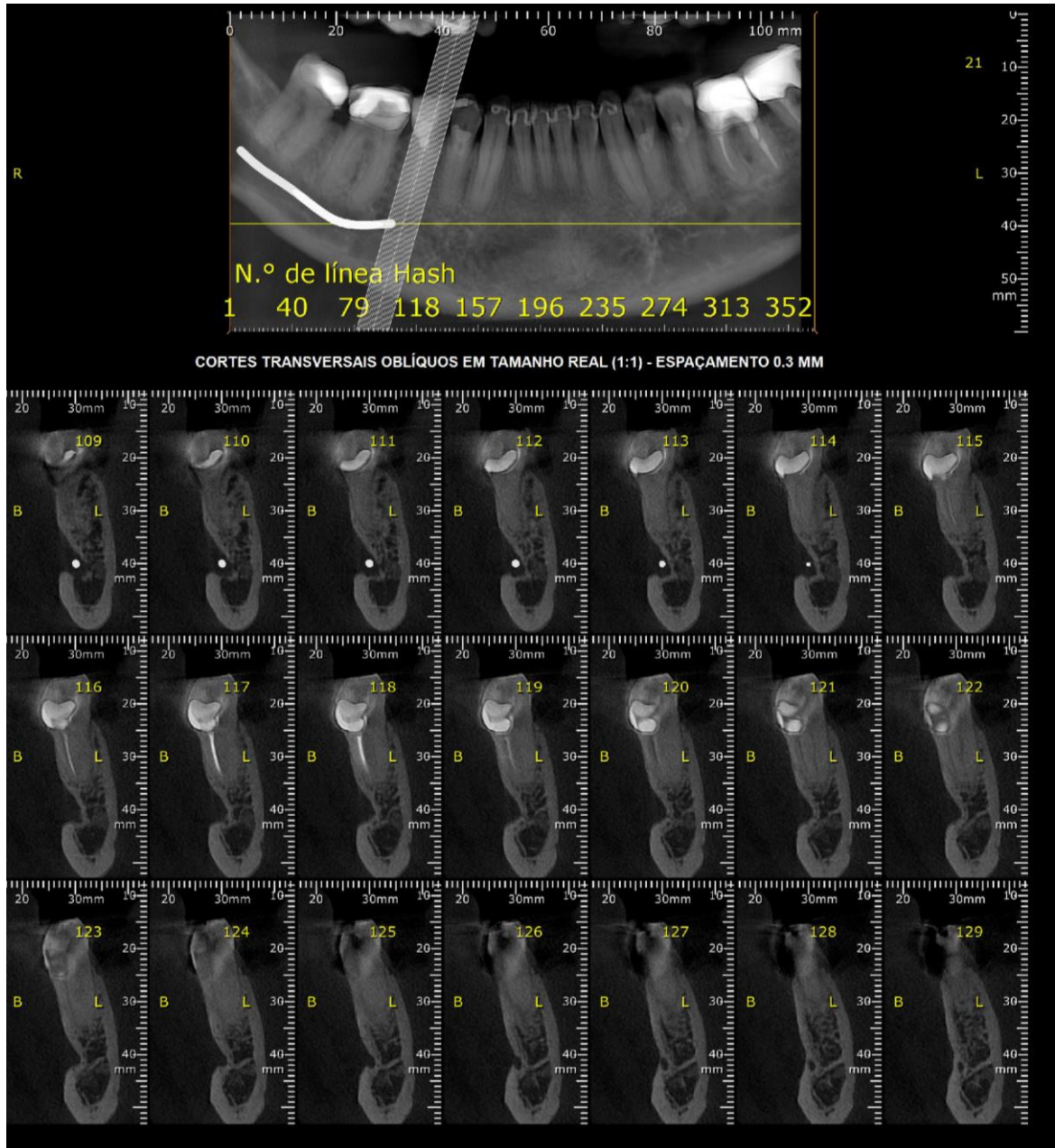


Figura 5. Tomografia computadorizada, cortes transversais na região do elemento 45 e reconstrução panorâmica mandibular. Realizada em 05 de outubro de 2017.



Além da área radiolúcida no periápice entre os dentes 45 e 46, foi observado na radiografia panorâmica (Figura 3) a presença de reabsorção óssea horizontal generalizada, assim como presença de sinal de descontinuidade da parede cortical do canal mandibular. A primeira hipótese diagnóstica levantada consistiu na compressão do nervo mentoniano pela lesão periapical do dente 45 e compressão de vasos sanguíneos e nervos, devido ao hábito parafuncional de apertamento dentário, representando fatores locais de parestesia.

Outra hipótese levantada foi a presença de disfunção temporomandibular associada à problemas articulares (DTM articular), para isso foi solicitado a tomografia computadorizada da articulação temporomandibular para investigação (Figura 6). Foi visto que os côndilos mandibulares se apresentam remodelados, com os espaços articulares preservados, corticais regulares, porém com discreto desgaste, não caracterizando DTM articular.

Figura 6. Tomografia computadorizada da articulação temporomandibular bilateral em cortes transversais oblíquos. Realizada dia 05 de outubro de 2017.



Na busca de um diagnóstico definitivo, foi indicado o uso de uma placa estabilizadora oclusal (Figura 7), para estabilizar a oclusão e reduzir a força de mordida. Também foi realizada uma sessão de agulhamento seco para relaxamento do músculo masseter e temporal, bem como estimulação nervosa da região do mento. Este tratamento de suporte desencadeou uma resposta imediata positiva, contudo que durou um curto período de tempo (15 dias).

Figura 7. Placa estabilizadora oclusal.

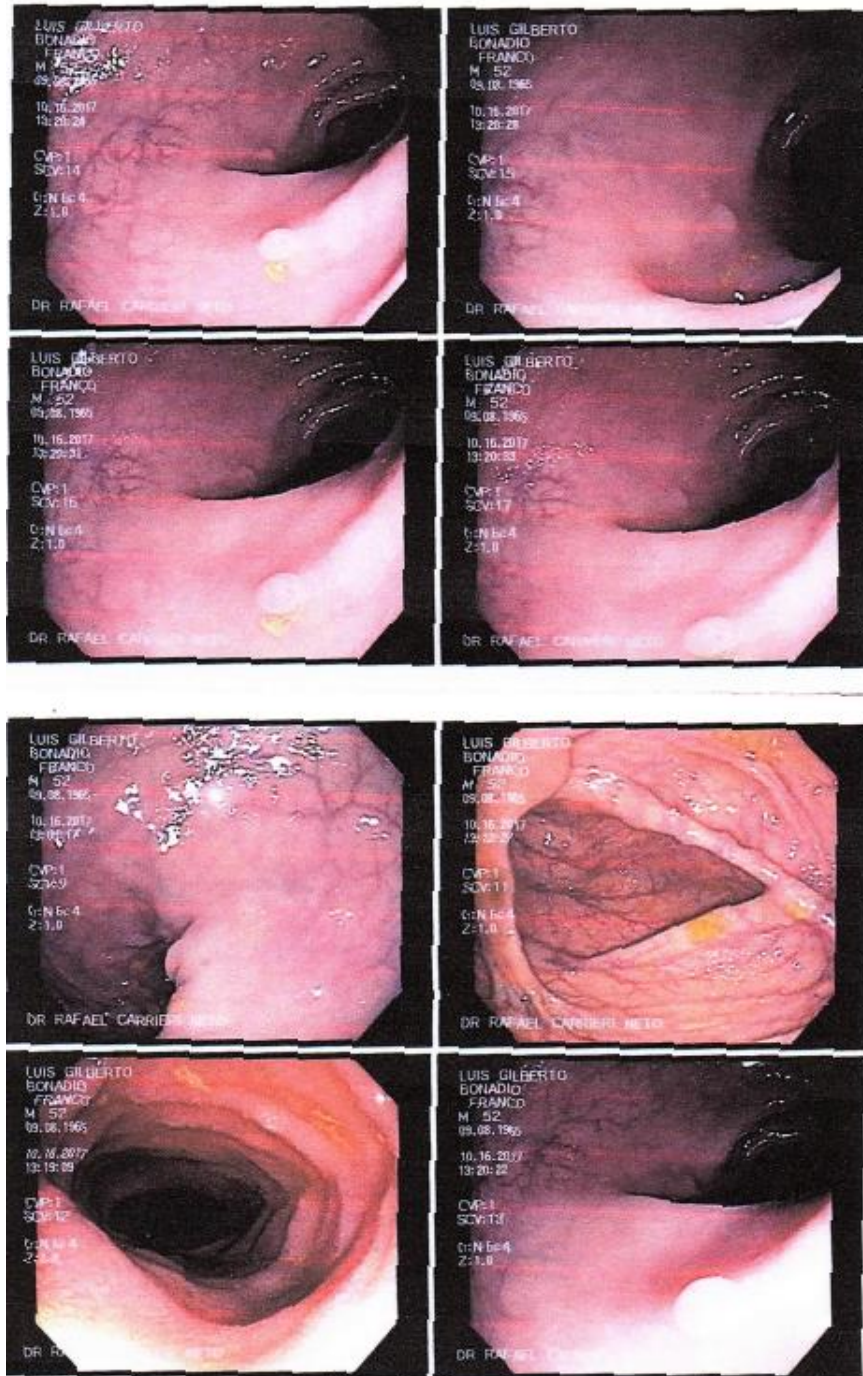


O paciente foi encaminhado para um médico neurologista, que solicitou os exames complementares de endoscopia digestiva alta e videocolonoscopia, tomografia do tórax e abdômen com contraste, CEA, CA 19.9, LDH, Beta microglobulina, eletroforese de proteínas e PSA, para investigar a presença da SQD (síndrome do queixo dormente).

No exame de videocolonoscopia foi constatada a presença de pólipos em reto, sendo realizado polipectomia para o exame histopatológico. A biópsia concluiu adenoma tubular com displasia epitelial glandular de baixo grau. O exame de esôfagogastroduodenoscopia constatou na mucosa do estômago, úlceras rasas arredondadas com bordas discretamente elevadas, foi realizada biópsia da mucosa do corpo e do antro para estudo anatomopatológico e para pesquisa de *H. Pylori*. No exame de microscopia para conclusão diagnóstica relatou pangastrite crônica discreta não associada ao *H. pylori*, mas afirmou a esofagite fúngica. No material examinado da biópsia de pólipo em reto (figura 8), macroscopicamente apresentou

um fragmento irregular e macio, de coloração pardoacastanhada medindo 0,2 cm e na microscopia com conclusão diagnóstica, foi constatado adenoma tubular com displasia epiteliais glandular de baixo grau.

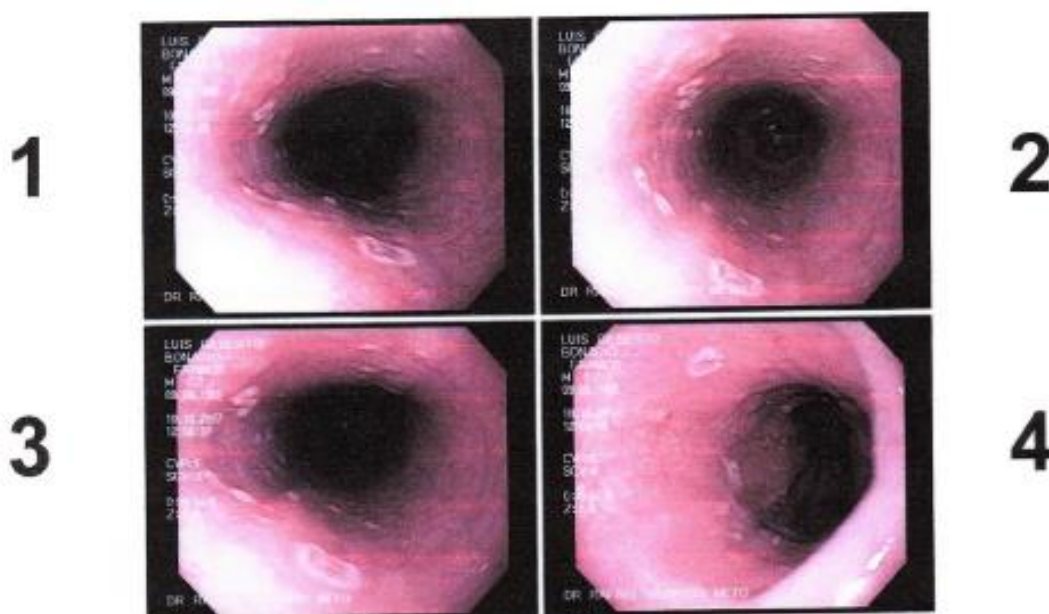
Figura 8. Fotografia realizada a partir do exame de videocolonosopia evidenciando a presença de pólipos na região de reto. Realizado no dia 16 de outubro de 2017.



Na vídeocolonoscopia, com o paciente sob sedação, foi realizado toque retal dilatador, no exame o íleo apresentou mucosa terminal com aspecto endoscópico preservado, o ceco com morfologia e distensibilidade conservadas, mucosa sem alterações, cólon ascendente com configuração circular típica, mucosa conservada, vasos normais, colón transverso com configuração triangular característica, mucosa conservada, lisa e brilhante, cólon descendente com configuração circular típica, mucosa e vascularização sem alterações, no cólon sigmoide apresentava configuração circular típica sem alterações.

A esôfagogastroduodenoscopia, mostrou o esôfago com calibre, motilidade e expansibilidade conservados a mucosa apresentando úlceras rasas arredondadas com bordas discretamente elevadas sendo realizadas biópsias para estudo anátomo patológico (figura 9). Transição esofagogástrica localizada ao nível do pinçamento diafragmático. O pinçamento diafragmático, se localiza a cerca de 40,0 cm da arcada dentária superior.

Figura 9. Fotografia realizada a partir do exame esôfagogastroduodenoscopia evidenciando úlceras rasas arredondadas com bordas discretamente elevadas. Realizada no dia 16 de outubro de 2017.



No estômago, mostrou-se motilidade preservada e expansibilidade conservada, presença de lago mucoso em fundo gástrico, fundo e cárdia com aspectos preservados. Pregueado mucoso do corpo com forma e coloração conservados. Incisura angularis sem deformidades. Mucosa antral não apresenta alterações e piloro entreaberto. Foram realizadas biópsias da mucosa do corpo e do antro para estudo anátomo patológico e para pesquisa de *H. Pylori*. O Duodeno apresentou bulbo duodenal com boa motilidade e expansibilidade, mucosa sem alterações e segunda porção de aspecto conservado.

Foram realizadas quatro biópsias endoscópicas de mucosa gástrica (antral e oxíntica) e mais cinco fragmentos de biópsia de esôfago. Na microscopia com conclusão diagnóstica, foi observada pangastrite crônica discreta não associada ao *H. pylori*. Ausência atrofia, metaplasia intestinal. Nos cinco fragmentos de biópsia de esôfago, constatou-se esofagite fúngica. A pesquisa de fungos pela coloração da Prata resultou positiva, ressaltando estruturas em formas de hifas e esporos compatíveis com *Candida sp.* Não apresentando indícios morfológicos de malignidade nestes materiais.

Com estes resultados e os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, o médico neurologista propôs como diagnóstico a Síndrome do Queixo Dormente, causada pela endofagite fúngica.

Foi prescrito ao paciente o medicamento ETNA, por 30 dias, para tratamento da parestesia e antifúngicos, para tratamento da esofagite fúngica. Ao final do tratamento, o paciente retornou com melhora da sensação de parestesia.

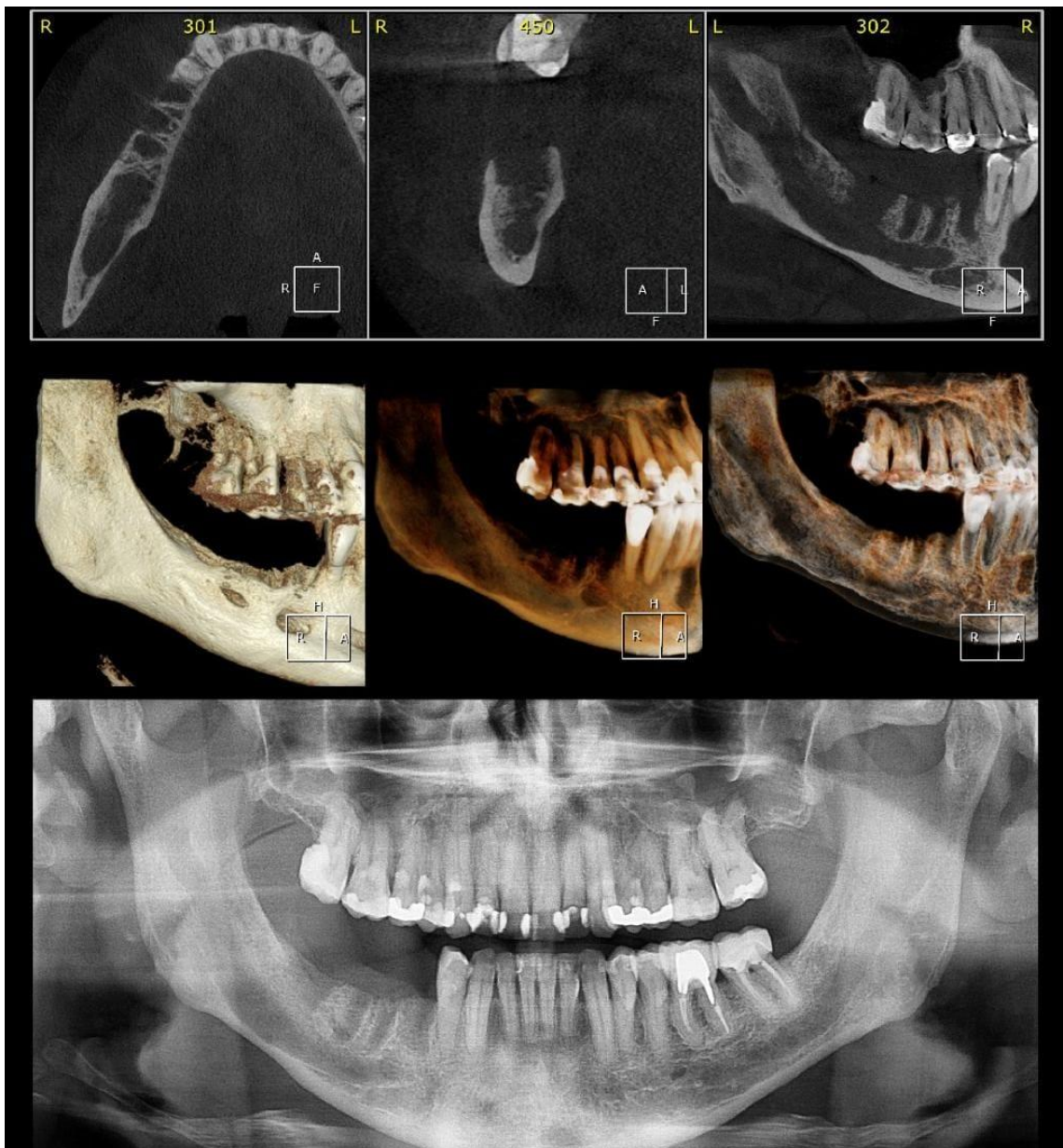
Após um ano o paciente não compareceu a consulta de retorno, então foi contatado via telefone e relatou não apresentar recidiva do sintoma. Depois desse período o paciente não compareceu mais as consultas de acompanhamento, abandonando o tratamento, retornando somente em 2021, relatando novamente a recidiva da parestesia na região mandibular direita, semelhante à de 2017.

Devido a um histórico familiar de câncer, o paciente sempre apresentou uma preocupação exagerada com o quadro, muitas vezes atropelando os passos e não

seguindo as condutas do cirurgião-dentista, como o encaminhamento para endodontia do dente 45, tendo também uma postura mais autônoma posteriormente, procurando outro profissional por conta própria.

O paciente relatou o aparecimento novamente da parestesia após ter realizado exodontias na região, dos dentes 45, 46 e 47 e instalação de três implantes na região das extrações, em agosto de 2020, realizadas por outro profissional, conforme visto na radiografia panorâmica e tomografia computadorizada (Figura 10).

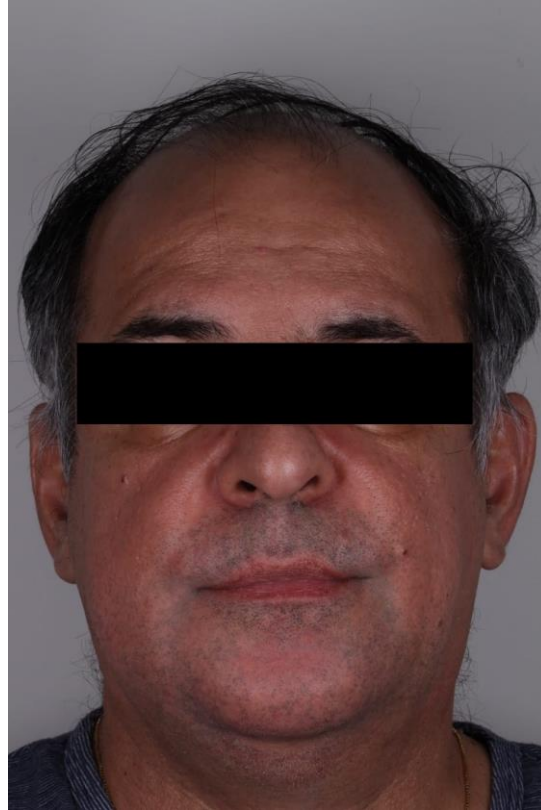
Figura 10. Tomografia computadorizada e radiografia panorâmica realizada após as exodontias dos dentes 45, 46 e 47. Realizada em 21/08/2020.



Em maio de 2021, o paciente retornou com sintomas de infecção local na região mandibular direita onde realizou os implantes, apresentando edema, vermelhidão, mas sem presença de dor, apresentando sensação de “choques” na região do lábio, que ao toque irradiavam para a região de ramo mandibular, sugerindo a recidiva do quadro de parestesia.

Foi prescrito ao paciente para tratamento dessa infecção, os medicamentos azitromicina di-hidratada 500mg, durante 5 dias e dexametasona 4mg, por 3 dias. Após o tratamento, o quadro de infecção apresentou melhora. Foi realizado novo exame clínico, em que se notou a presença de uma massa nodular na mucosa jugal a palpação, não visível intra-oral clinicamente, próximo a região do fórnix, paralelo a região dos ápices dos dentes e implantes do lado direito, media aproximadamente 2mm, com cor da mucosa normal, sem limites definidos, com consistência flutuante. Além disso, no exame extra-oral foi visto a presença de assimetria entre as regiões de ramo mandibular, mostrando discreto aumento volumétrico na região direita (figura 11).

Figura 11. Fotografia frontal do paciente, evidenciando assimetria em região de ramo mandibular direita.



Para melhor avaliação da lesão encontrada, o paciente foi encaminhado para um cirurgião buco-maxilo-facial, que solicitou novos exames de imagem e realizou a punção aspirativa da lesão nodular, na qual apresentou conteúdo sanguíneo. Foi levantado como hipótese diagnóstica abscesso crônico encapsulado. O cirurgião frente a esse quadro da lesão nodular, encaminhou o paciente ao endodontista para seu parecer acerca do dente 44.

O endodontista evidenciou que o dente 44 não possuía mais vitalidade pulpar, realizando o tratamento endodôntico de necropulpectomia em duas sessões, em outubro de 2021. Logo após esse tratamento foi visto que já houve ligeira diminuição da lesão nodular, sugerindo assim que estava relacionada a esse elemento dentário, podendo também ser o fator local de compressão no nervo mentoniano, uma vez que a sensação de parestesia também diminuiu. O paciente segue em acompanhamento da lesão e a parestesia mandibular.

As informações obtidas para este relato de caso foram autorizadas pelo paciente por meio de termo de consentimento livre e esclarecido anexado ao seu prontuário clínico (ANEXO A).

3. DISCUSSÃO

O cirurgião dentista muitas vezes pode ser o primeiro a perceber os sinais e sintomas de uma parestesia em face, desse modo, é importante o conhecimento da mesma, assim como as hipóteses diagnósticas para esse quadro. O registro clínico e prontuário do paciente devem também ser criteriosamente preenchidos, como forma de armazenamento de dados para estudo de caso e também registro legal das condutas tomadas.

Na busca de um diagnóstico, devem ser formuladas hipóteses diagnósticas, descartadas a partir de um detalhado exame físico, clínico e anamnese, além dos exames complementares. A associação de especialidades tanto odontológicas, quanto médicas, é importante para abranger todas as possíveis causas, estabelecendo um diagnóstico em conjunto.

O principal fator para o diagnóstico é o acompanhamento visando anular presença de infecções ou descobrir logo no começo identificando o agente causador e fazer o reparo antes de se tornar uma lesão maior ou irreversível.

As principais hipóteses de diagnóstico para parestesia mandibular incluem história de trauma maxilofacial, cirurgia de aumento mandibular, terceiro molar e cirurgia ortognática, hábitos parafuncionais, patologias ósseas, abscesso dentário, cisto radicular, tumor dentário ou trauma do nervo mentoniano de próteses mal ajustadas, infecções e neuropatias. Sendo as causas mais comuns, as cirurgias orais e traumas.⁷

A parestesia inicialmente é associada a erros clínicos como pela extração de terceiros molares e terapia endodôntica. É importante estar atento aos mínimos sinais da parestesia que também pode ser um sintoma relacionado principalmente pela presença de infecção local, antes mesmo de quaisquer tratamentos iatrogênicos.⁷

No relato de caso apresentado, as principais hipóteses diagnósticas levantadas após o exame clínico, físico e anamnese e avaliação dos exames complementares, foram de disfunção temporomandibular, hábitos parafuncionais, síndrome do queixo dormente e lesão periapical.

A hipótese de disfunção temporomandibular foi descartada após análise clínica e das imagens tomográficas, em que não se notou alterações, além de anteriormente o paciente usar aparelho fixo para correção de má oclusão, sendo acompanhado pelos cirurgiões-dentistas. A hipótese de hábitos parafuncionais também foi descartada após o tratamento com a placa estabilizadora e agulhamento seco, onde houve leve melhora dos sintomas, mas por pouco tempo, permanecendo a parestesia.

Com isso, após o diagnóstico diferencial da síndrome do queixo dormente apresentado pelo médico neurologista, devido aos exames e sintomas do paciente, esta foi tratada como sendo a causa da parestesia. No entanto, como houve recidiva e após nova investigação, a lesão periapical foi definida como a causa principal da compressão do nervo, levando a parestesia. O tratamento proposto pelo médico, com o medicamento Etna, que é utilizado na recomposição de nervos periféricos lesados, pode ter mascarado a real causa da parestesia, assim, depois de passado o efeito, os sintomas retornaram.

No caso de parestesia causadas por lesões periapicais, esta ocorre porque o processo infeccioso pressiona os nervos locais, levando a isquemia e junto, liberação dos produtos da infecção que prejudicam a transmissão do impulso nervoso. O tempo do sintoma está relacionado proporcionalmente ao tempo da instalação do processo inflamatório. Por isso para a recuperação do estado de normalidade depende da rapidez do diagnóstico e correta indicação de tratamento.⁸

A literatura apresenta poucos casos de parestesia de origem patológica infecciosa periradiculares sem a influência de tratamento endodôntico. Isso nos mostra a dificuldade de relacionar o correto diagnóstico com essa patologia, portanto é necessário enfatizar uma anamnese detalhada e meticulosa.⁹

A anatomia do canal mandibular na maioria dos casos nem sempre contém a cortical densa, assim o conjunto neurovascular percorre sobre o osso esponjoso, dando maior susceptibilidade aos vários elementos mecânicos ou químicos que provém do canal.¹⁰

Pela literatura não há um protocolo de tratamento padronizado para parestesia de origem endodôntica, devido a existência de vários tipos de causas e a escolha de tratamento deve ponderar a causa, dimensão do dano e o tempo desde o surgimento do sintoma.⁸

Os pré-molares inferiores se destacam com mais frequência para essa complicação, devido a anatomia dos ápices serem muito próximos do canal do nervo alveolar inferior, mesmo que o tamanho da lesão seja pequena pode ter um efeito mais rápido sobre o nervo.¹¹

Esse caso apresentou como diagnóstico definitivo uma resposta de infecção local crônica derivada de necrose pulpar e de conduta insatisfatória do tratamento do canal.

O principal tratamento para essa patologia foi o tratamento endodôntico, que foi confirmada com a melhora no sintoma da parestesia após essa terapêutica. As indicações para cada paciente devem ser estudadas com os exames complementares e a avaliação clínica.

Outros tratamentos para parestesia também são utilizados na odontologia, como o uso de vitaminas do complexo B (B1, B6 e B12) sendo uma alternativa para o auxílio

da regeneração das fibras nervosas, a vitamina B1 pode ser associada com corticóides ou medicamentos vasodilatadores.¹²

A laserterapia de baixa potência na odontologia utiliza comprimento de onda ajudando na biomodulação das células, regulando o processo da inflamação, melhorando a microcirculação da região provocando a aceleração da regeneração através das aplicações de laser infravermelho em pontos extraorais e intrabucais de 660nm ao 820nm as sessões podem ter alternância no comprimento de onda, é indicado o tratamento com dose de 10 J/cm² ou 0,4 J por 10 à 40 segundo por ponto por um período de 30 dias de intervalo entre a aplicações.¹²

Acupuntura também é um método alternativo reconhecido positivamente na área da saúde promovendo a remissão dos sintomas de parestesia, com a aplicações de agulhas bem finas e estéreis em pontos específicos no tecido lesionado. Essa técnica tem uma abordagem mais natural e abrangente para reestabelecer o equilíbrio funcional desejado.⁶

Outra possibilidade mais invasiva seria uma microneurocirurgia por um cirurgião especializado para o reparo do nervo, sendo possível apenas quatro a seis meses após a injúria ocorrida ao nervo.¹³

No decorrer desse caso, houveram suposições que a parestesia estivesse ligada a uma origem sistêmica, como uma infecção fúngica, que com um conjunto de fatores e diagnosticada por um neurologista, indica a presença de uma síndrome, chamada síndrome do queixo dormente, muito relacionada a doenças malignas.¹⁵

Muitos relatos clínicos na literatura são observados que os pacientes que possuem essa síndrome têm o sistema imunocomprometido, favorecendo a instalação dessa doença infecciosa oportunista. Por isso é interessante a comunicação entre cirurgiões dentistas com o médico na avaliação clínica do paciente.

A malignidade não deve ser removida do diagnóstico diferencial até que uma causa definitiva seja encontrada, por isso devemos suspeitar da presença de uma doença maligna, mesmo na ausência de qualquer história anterior relevante, porque a parestesia pode ser um aviso de metástase avançada e a primeira manifestação dessa causa e só pode ser descartada até que se prove o ao contrário.¹⁵

Diferentes fatores podem levar a uma parestesia e devido a esse grande leque de causas o diagnóstico final demanda muito conhecimento, estudo e investigação, pois o tratamento da parestesia dependerá do fator causal, necessitando de empenho tanto dos profissionais, como da adesão ao tratamento completo pelo paciente.

4. CONCLUSÃO

Após as investigações e descartadas as hipóteses diagnósticas para parestesia em região mandibular, a causa final principal da parestesia foi a compressão do nervo mentoniano pela lesão periapical do pré-molar. Desse modo, para o diagnóstico de uma parestesia em região de face, o cirurgião-dentista é um dos principais e primeiros profissionais a suspeitar e visualizar os sinais e sintomas, devendo alertar o paciente e estar preparado para conduzir o caso na busca pelo diagnóstico definitivo, sempre realizando um adequado registro clínico, para isso, é preciso o envolvimento também de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, além da correta adesão do paciente ao tratamento proposto.

REFERÊNCIAS

1. Divya, K., Moran, N. & Atkin, P. Numb chin syndrome: uma série de casos e discussão. *Br Dent J* 208,157–160 (2010). <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2010.157>
2. Alves, Flávio R., Mariana S. Coutinho, and Lucio S. Gonçalves. "Endodontic-related facial paresthesia: systematic review." *J Can Dent Assoc* 80.80 (2014): e13.
3. Moore, P. A., & Haas, D. A. (2010). Paresthesias in Dentistry. *Dental Clinics of North America*, 54(4), 715–730. doi:10.1016/j.cden.2010.06.016
4. Benevides, Ramon Rodrigues, et al. "Parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia de terceiros molares inferiores: da prevenção ao tratamento." *Rev. FullDent. Sci* 9.35 (2018): 66-71.
5. Mohammadi, Zahed. "Endodontics-related paresthesia of the mental and inferior alveolar nerves: an updated review." *J Can Dent Assoc* 76 (2010): a117.
6. Florian, Marcelo Rossiti, Maria Paula Maciel Rando-Meirelles, and Maria da Luz Rosário de Sousa. "Uso da acupuntura em um caso de parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual." *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas* 66.4 (2012): 312-315.
7. Alves ALRF, Marceliano-Alves MFV, Cicchi M, Alves FRF. Parestesia, por que o endodontista deve se preocupar?. *Full Dent. Sci.* 2016; 8(29):133-140.
8. Censi R, Vavassori V, Borgonovo AE, Re D. Infection Related Inferior Alveolar Nerve Paresthesia in the Lower Premolar Teeth. *Case Rep Dent.* 2016;2016:2623507. doi: 10.1155/2016/2623507. Epub 2016 Aug 11. PMID: 27597904; PMCID: PMC4997022.
9. Genc Sen, O., & Kaplan, V. (2015). Temporary Mental Nerve Paresthesia Originating from Periapical Infection. *Case Reports in Dentistry*, 2015, 1–4. doi:10.1155/2015/457645
10. Giuliani, M., Lajolo, C., Deli, G., & Silveri, C. (2001). Inferior alveolar nerve paresthesia caused by endodontic pathosis: A case report and review of the literature. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 92(6), 670–674. doi:10.1067/moe.2001.117269
11. SHADMEHR, Elham; SHEKARCHIZADE, Neda. Parestesia do nervo mentoniano induzida por lesão periapical endodôntica. *Revista de pesquisa odontológica*, v. 12, n.2, pág.192, 2015.
12. Girão Evangelista IG, Pontes Tabosa FB, Bezerra AV, de Araújo Neto EV Jr. Laserterapia de baixa potência no tratamento da parestesia do nervo alveolar inferior após exérese cirúrgica de odontoma complexo. *J Lasers Med Sci* . 2019;10(4):342-

345. doi:10.15171/jlms.2019.55.
13. Kraut RA, Chahal O. Management of patients with trigeminal nerve injuries after mandibular implant placement. *J Am Dent Assoc.* 2002 Oct;133(10):1351-4. doi: 10.14219/jada.archive.2002.0050. PMID: 12403537.
 14. Jerjes W, Swinson B, Banu B, Al Khawalde M, Hopper C. Paraesthesia of the lip and chin area resolved by endodontic treatment: A case report and review of literature. *Br Dent J.* 2005 Jun 25;198(12):743-5. doi: 10.1038/sj.bdj.4812412. PMID: 15980832.
 15. Zaheer F, Hussain K, Rao J. Apresentação incomum de 'síndrome do queixo entorpecido' como manifestação de adenocarcinoma metastático do pulmão. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4(12):1097-1099. doi:10.1016/j.ijscr.2013.08.024

ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. Luis Gilberto Benedito Franco está sendo consultado no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos, fotográficos, laboratoriais e/ou lâminas histológicas de seu caso clínico/cirúrgico e documentação radiológica que se encontram em seu prontuário, para apresentação do mesmo em encontro científico, trabalho de conclusão de curso de graduação e publicação do caso em revista científica como "Relato de caso". Nosso objetivo é discutir as características de sua patologia em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua doença e metodologia de diagnóstico. A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela equipe multiprofissional e pesquisadores. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr não será identificado em nenhuma publicação. A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, não gerando riscos ao disponibilizar seus dados. Os procedimentos adotados neste relato de caso clínico obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Ao consentir este relato de caso clínico, o Sr não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a sua patologia e ajude na elucidação do método de diagnóstico para a mesma, o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas. Em caso de danos decorrentes do relato de caso, será assegurado o seu direito à assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário por parte dos pesquisadores, além do seu direito de buscar indenização. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr. Eu, Luis Gilberto Benedito Franco, portador do documento de Identidade 15578458-4 fui informado a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que autorizo a utilização de meus dados clínicos, fotográficos, laboratoriais e/ou lâminas histológicas. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em compartilhar meus dados.



Luís Gilberto Benedito Franco

Nome do Participante

[Assinatura]

Assinatura do Participante

Caroline Arai

Assinatura do Pesquisador

[Assinatura]

Assinatura do Orientador

Pesquisador(a): Caroline Arai - (18) 99726-9311
Orientador(a): Daniela Atili Brandini de Weert - (18) 3636-2899
Coordenador(a) do Comitê de Ética em Pesquisa: Prof. Dr. Aldiéres Alves Pesqueira
Vice-Coodenador(a): Profª. Dra. Cristiane Duque
Telefone do Comitê: (18) 3636-3234
E-mail cep@foa.unesp.br