

PARESTESIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: REVISÃO DE LITERATURA

POSTOPERATIVE PARESTHESIA IN DENTAL PROCEDURES: A LITERATURE REVIEW

GUSTAVO DELGADO VASCONCELOS¹, GUSTAVO CORREIA MACHADO^{2*}, RAFAEL MEIRA PIMENTEL³

1. Discente do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil; 2. Docente do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil; 3. Coordenador e Docente do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Universidade de Vassouras, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.

* Avenida Expedicionário Osvaldo de Almeida Ramos, 280, Centro, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, CEP: 27700-000. gustavocmachado@gmail.com

Recebido em 23/01/2026. Aceito para publicação em 03/02/2026

RESUMO

A parestesia é uma alteração sensitiva anormal caracterizada por sensações como formigamento, dormência ou queimação, sem estímulo externo. Pode ser desencadeada por condições como compressões nervosas, neuropatias, lesões traumáticas ou por intervenções iatrogênicas, como procedimentos odontológicos. Embora a maioria dos casos seja reversível, a recuperação depende de diagnóstico precoce e abordagem terapêutica adequada. O manejo dessa condição envolve o uso de tratamentos farmacológicos, fisioterapêuticos e, em casos graves, cirúrgicos. O prognóstico depende da causa subjacente, tempo de diagnóstico e intervenção. Este artigo revisa a literatura recente sobre as diferentes abordagens terapêuticas e prognósticas para a parestesia, com o objetivo de enfatizar a importância da identificação precoce da etiologia e do tratamento multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Parestesia; tratamento; fisioterapia; cirurgia; prognóstico.

ABSTRACT

Paresthesia is an abnormal sensory alteration characterized by sensations such as tingling, numbness, or burning without external stimuli. It can be triggered by conditions such as nerve compressions, neuropathies, traumatic injuries, or iatrogenic interventions, including dental procedures. Although most cases are reversible, recovery depends on early diagnosis and appropriate therapeutic management. The treatment of this condition involves pharmacological, physiotherapeutic, and, in severe cases, surgical approaches. The prognosis depends on the underlying cause, timing of diagnosis, and intervention. This article reviews the recent literature on the different therapeutic and prognostic approaches to paresthesia, aiming to emphasize the importance of early identification of etiology and multidisciplinary treatment.

KEYWORDS: Paresthesia; treatment; physical therapy; surgery; prognosis.

1. INTRODUÇÃO

A parestesia é uma condição caracterizada por sensações anormais na pele, incluindo formigamento,

dormência ou sensação de queimação, sem a presença de estímulos externos^{1,2}. Embora a maioria das manifestações seja temporária, a persistência dos sintomas pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, sendo uma das principais complicações em procedimentos odontológicos³. A etiologia da parestesia é variada e pode incluir compressões nervosas, lesões traumáticas, condições metabólicas, como diabetes, e causas iatrogênicas, associadas principalmente a intervenções odontológicas, como extrações dentárias ou inserção de implantes⁴. Este artigo visa fornecer uma revisão abrangente da classificação, tratamento, intervenções fisioterapêuticas, cirúrgicas e prognóstico da parestesia, com ênfase nas evidências atuais para o manejo clínico adequado. Além disso, discute as melhores práticas para diagnóstico precoce e estratégias de prevenção de lesões nervosas associadas a procedimentos odontológicos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura científica com o objetivo de reunir e discutir as principais abordagens clínicas e terapêuticas relacionadas à parestesia, com ênfase em suas causas, mecanismos fisiopatológicos e estratégias de tratamento conservador e cirúrgico. A busca foi conduzida entre maio e julho de 2025, por meio de consulta manual e eletrônica nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Scholar, além da triagem de capítulos de livros especializados. Foram utilizados os seguintes descritores em inglês combinados por operadores booleanos: “paresthesia” AND “treatment” AND “physical therapy” AND “surgical treatment” AND “prognosis”. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, ensaios clínicos, protocolos clínicos e capítulos de livros publicados entre 1966 e 2021, redigidos em inglês ou português, que abordassem diretamente temas como fisiopatologia da parestesia, lesões nervosas periféricas, manejo farmacológico, intervenções fisioterapêuticas (incluindo neurodinâmica e TENS) e abordagens cirúrgicas. Foram excluídos

estudos duplicados, relatos de caso isolados e publicações que não abordavam de forma direta o tema central. Ao final, foram selecionadas 12 fontes relevantes para compor a análise e discussão do presente trabalho.

3. DESENVOLVIMENTO

A literatura analisada permite classificar a parestesia em duas formas clínicas principais: Parestesia Aguda: Geralmente resultante de lesões traumáticas ou compressões nervosas temporárias, com duração de dias a semanas. A recuperação é frequentemente espontânea. Parestesia Crônica: Persiste por meses ou anos e está associada a condições neurológicas subjacentes, como neuropatias diabéticas ou compressão nervosa crônica. A gravidade pode ser variável, com a recuperação dependente da gravidade da lesão e do tempo de intervenção^{2,3,5}.

Causas Comuns de Parestesia:
Traumas cirúrgicos: Lesões nervosas causadas por procedimentos odontológicos invasivos, como extração de dentes, implantes e cirurgias ortognáticas^{4,5,6}. Compressões nervosas: Como no caso da síndrome do túnel do carpo, onde a compressão do nervo mediano leva a sintomas de parestesia nas mãos^{2,7}.

Neuropatias metabólicas: Doenças como diabetes mellitus, que afetam os nervos periféricos, aumentando a predisposição para parestesias crônicas^{2,3,8}. Deficiência de vitaminas: Deficiências de vitaminas do complexo B, particularmente B12, podem resultar em neuropatias e parestesias⁹.

Tratamento Farmacológico:

Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs): Utilizados para controle da dor e inflamação associadas a lesões nervosas.

Anticonvulsivantes: Como gabapentina e pregabalina, para controle da dor neuropática¹⁰.

Antidepressivos tricíclicos: Como amitriptilina, são eficazes na modulação da dor neuropática^{8,10}.

Suplementação de vitaminas B: Em casos de deficiência nutricional, a reposição de vitaminas, especialmente B12, é essencial para a recuperação dos nervos periféricos⁹.

Intervenção Fisioterapêutica:

Mobilização neural: técnicas para aliviar a compressão e restaurar a função nervosa¹¹.

Eletroterapia (TENS): Utilizada para controle da dor e promoção da regeneração nervosa^{10,12}.

Treinamento sensorial: Focado na reabilitação das funções sensoriais perdidas devido a lesões nervosas^{10,12}.

Tratamento Cirúrgico:

Em casos refratários, onde as terapias conservadoras não são eficazes, o tratamento cirúrgico pode ser necessário, e feito através de: Descompressão nervosa: Indicado para síndromes

compressivas, como o túnel do carpo, que afetam a função do nervo⁷.

Microneurocirurgia e neurólise:

Técnicas cirúrgicas avançadas para reparar nervos danificados ou comprimidos, especialmente após traumas^{5,6}.

Prognóstico:

O prognóstico da parestesia depende de vários fatores, incluindo a etiologia, o tempo de diagnóstico e a rapidez da intervenção. Casos de parestesia aguda, quando tratados precocemente, geralmente têm um bom prognóstico, com recuperação completa. No entanto, em neuropatias crônicas ou lesões nervosas graves, a recuperação pode ser limitada, e os sintomas podem se tornar permanentes^{3,5,6,10}.

4. DISCUSSÃO

O tratamento da parestesia é mais eficaz quando iniciado de forma precoce e direcionada à etiologia da lesão. A escolha da abordagem terapêutica deve ser individualizada, considerando a natureza da lesão nervosa, a duração dos sintomas e a resposta às intervenções iniciais. Quando a parestesia decorre de compressões ou traumas mecânicos reversíveis, como neuropraxias, há grande possibilidade de recuperação espontânea com suporte clínico adequado⁵.

As intervenções farmacológicas têm papel importante no controle da dor neuropática associada à parestesia, principalmente nos casos crônicos. Fármacos como gabapentina e pregabalina, anticonvulsivantes com ação moduladora da excitabilidade neuronal, mostraram eficácia significativa na redução da sintomatologia neuropática em pacientes diabéticos e em outras neuropatias periféricas⁸. Antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, também demonstram resultados satisfatórios na modulação central da dor¹⁰, sendo frequentemente utilizados como coadjuvantes no tratamento conservador.

A suplementação de vitamina B12 é essencial nos casos em que há deficiência diagnosticada, dado seu papel crucial na manutenção da bainha de mielina e no metabolismo axonal⁹. A reposição adequada contribui para a reversão dos sintomas, especialmente em quadros iniciais.

No campo da reabilitação funcional, as intervenções fisioterapêuticas vêm ganhando destaque. A mobilização neural, conforme demonstrado por Coppieters e Butler, atua na melhoria do deslizamento do nervo e na redução de aderências e compressões periféricas, com benefícios comprovados na amplitude de movimento e no alívio da dor¹¹. A eletroterapia por TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), por sua vez, tem sido reconhecida como uma técnica segura e eficaz para o controle da dor crônica e estímulo à neuroplasticidade¹².

Apesar dos avanços no tratamento conservador, casos refratários ou associados a lesões nervosas severas podem exigir abordagem cirúrgica, como

descompressão, neurólise ou microcirurgia reconstrutiva⁶. Estudos mostram que o tempo até a intervenção cirúrgica é um dos principais determinantes do prognóstico funcional⁵, reforçando a importância do diagnóstico precoce e do monitoramento contínuo da evolução clínica. A prevenção da parestesia em procedimentos odontológicos envolve o domínio anatômico da região operada, técnicas cirúrgicas minimamente invasivas e a identificação de fatores de risco individuais. Lesões do nervo alveolar inferior, lingual ou mental podem ser evitadas com planejamento adequado, uso de exames de imagem e manobras conservadoras durante exodontias ou instalação de implantes^{4,6}. Além disso, o treinamento técnico e anatômico das equipes odontológicas é fundamental para reduzir a incidência de eventos iatrogênicos⁵. Do ponto de vista fisiopatológico, a parestesia pode resultar tanto de alterações periféricas quanto de mecanismos centrais de sensibilização e plasticidade mal adaptativa^{1,2}. Com o avanço do entendimento das bases moleculares da dor neuropática, novas abordagens terapêuticas vêm sendo propostas, incluindo o uso de agentes neuroprotetores e estratégias de neuromodulação³.

Portanto, o manejo da parestesia exige uma abordagem multidisciplinar e escalonada, que contemple diagnóstico precoce, controle da dor, restauração da função sensitiva e estratégias preventivas. A escolha adequada das intervenções e o acompanhamento contínuo são essenciais para garantir a qualidade de vida e funcionalidade neurológica dos pacientes.

5. CONCLUSÃO

A parestesia de origem odontológica configura uma condição potencialmente reversível, desde que diagnosticada precocemente e conduzida por meio de um plano terapêutico individualizado e multidisciplinar.

O manejo clínico deve contemplar estratégias farmacológicas, intervenções fisioterapêuticas e, nos casos indicados, abordagem cirúrgica. A compreensão aprofundada dos fatores etiológicos e a escolha criteriosa das intervenções são determinantes para a obtenção de um prognóstico favorável. Nesse contexto, a prevenção de lesões nervosas durante procedimentos odontológicos, aliada à intervenção precoce, constitui a base para uma recuperação neurológica eficiente e para a preservação da qualidade de vida dos pacientes.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Baron R. Mechanisms of disease: neuropathic pain—a clinical perspective. *Nat Clin Pract Neurol*. 2006;2(2):95-106. doi:10.1038/ncpneuro0113.
- [2] England JD, Asbury AK. Peripheral neuropathy. *Lancet*. 2004;363(9427):2151-61. doi:10.1016/S0140-6736(04)16508-2.
- [3] Zochodne DW. The challenges and beauty of peripheral nerve regrowth. *J Peripher Nerv Syst*. 2012;17(1):1-18. doi:10.1111/j.1529-8027.2012.00378.

- [4] Shacklock M. Clinical neurodynamics: a new system of musculoskeletal treatment. Oxford: Butterworth-Heinemann/Elsevier; 2005.
- [5] Campbell WW. Evaluation and management of peripheral nerve injury. *Clin Neurophysiol*. 2008;119(9):1951-65. doi:10.1016/j.clinph.2008.03.018.
- [6] Kim DH, Kline DG. Management and results of peroneal nerve lesions. *Neurosurgery*. 1996;39(2):312-9.
- [7] Phalen GS. The carpal-tunnel syndrome: seventeen years' experience in diagnosis and treatment of six hundred fifty-four hands. *J Bone Joint Surg Am*. 1966;48(2):211-28.
- [8] Backonja M, Beydoun A, Edwards KR, Schwartz SL, Fonseca V, Hes M, *et al.* Gabapentin for the symptomatic treatment of painful neuropathy in patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998;280(21):1831-6. doi:10.1001/jama.280.21.1831.
- [9] Reynolds E. Vitamin B12, folic acid, and the nervous system. *Lancet Neurol*. 2006;5(11):949-60. doi:10.1016/S1474-4422(06)70598-1.
- [10] Johnson MI, Bjordal JM. Transcutaneous electrical nerve stimulation for the management of painful conditions: focus on neuropathic pain. *Expert Rev Neurother*. 2011;11(5):735-53. doi:10.1586/ern.11.39.
- [11] Coppieters MW, Butler DS. Do “sliders” slide and “tensioners” tension? An analysis of neurodynamic techniques and considerations regarding their application. *Man Ther*. 2008;13(3):213-21. doi:10.1016/j.math.2006.12.008.
- [12] Johnson MI, Jones G, Paley CA, Wittkopf PG. The clinical efficacy of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain: a protocol for a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2019;9(10):e029999. doi:10.1136/bmjopen-2019-029999.