



Protocolo Clínico para a Realização da Técnica Anestésica de Bloqueio do Nervo Alveolar Inferior

1) Introdução

A anestesia pulpar bem sucedida é mais difícil no osso mandibular do que no osso maxilar. Na mandíbula, a maior densidade da cortical óssea vestibular impede que as injeções suprapariosteais dos anestésicos locais sejam clinicamente eficazes. A realização da técnica anestésica de bloqueio do nervo alveolar inferior é muito frequente na prática clínica diária dos cirurgiões-dentistas. Entretanto, a taxa de sucesso dessa técnica é de oitenta por cento. Isto é, um em cada cinco pacientes anestesiados por bloqueio do nervo alveolar inferior precisará de outra injeção.

2) Indicações

- 2.1) Anestesia clinicamente eficaz de um dente mandibular.
- 2.2) Procedimentos em múltiplos dentes mandibulares num mesmo quadrante.
- 2.3) Anestesia dos tecidos moles bucais anteriores ao primeiro molar.
- 2.4) Anestesia dos tecidos moles da língua.

3) Nervos Anestesiados

Alveolar inferior, mental e incisivo (estes últimos são ramos terminais do alveolar inferior). O nervo lingual usualmente é anestesiado com a técnica citada, mas não é ramo do nervo alveolar inferior.

4) Alternativas à Realização da Técnica

- 4.1) Bloqueio do nervo mandibular de Gow-Gates.
- 4.2) Bloqueio do nervo alveolar inferior pela técnica de Vazirani-Akinosi.
- 4.3) Bloqueio do nervo mental para anestesia dos tecidos moles anteriores ao primeiro molar.
- 4.4) Bloqueio do nervo incisivo para anestesia da polpa e tecidos moles anteriores ao forame mental.
- 4.5) Injeção suprapariosteal ou bloqueio de campo para anestesia pulpar dos incisivos centrais e laterais mandibulares.
- 4.6) Técnicas anestésicas complementares (injeção no ligamento periodontal, injeção intra-septal e injeção intra-óssea).

5) Técnica Anestésica

- 5.1) Recomenda-se a utilização de agulha longa, de aproximadamente 35 mm de comprimento e calibre 27.
- 5.2) Máxima abertura de boca do paciente.
- 5.3) Palpar a borda anterior do ramo mandibular, localizada lateralmente e posteriormente aos molares inferiores.
- 5.4) Seringa carpule apoiada nos pré-molares do lado oposto e agulha 1 cm acima do plano oclusal dos dentes mandibulares posteriores.

5.5) Área alvo: rafe pterigomandibular, estrutura ligamentar que tem trajeto súpero-inferior, estende-se do hâmulos pterigóideo à região posterior do terceiro molar, e se localiza entre os músculos bucinador e constrictor superior da faringe.

5.6) Profundidade de penetração da agulha: 20 a 25 mm, até que a extremidade da agulha toque suavemente a borda medial do ramo mandibular.

5.7) Recuar a agulha 1 ou 2 mm.

5.7) Injetar um tubete anestésico.

5.8) Aguardar 10 minutos para que a anestesia se torne clinicamente eficaz.

6) Aspectos Relevantes da Técnica

6.1) A seringa carpule utilizada deve ter mecanismo de aspiração ou refluxo de sangue para evitar injeção intravascular do anestésico local.

6.2) A extremidade da agulha longa deve tocar a borda medial do ramo mandíbula para evitar injeção de anestésico local posteriormente ao osso mandibular. Alisituam-se a glândula parótida e o nervo facial. Esse acidente acausa paralisia facial transitória.

6.3) A técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior anestesia um lado inteiro da mandíbula, com exceção da mucosa vestibular dos molares inferiores. Para manipulação dessa área, é necessário bloqueio do nervo bucal.

6.4) Há relatos na literatura de parestesia do nervo alveolar inferior após bloqueio com Articaina. Deve-se evitar a utilização desse sal anestésico na técnica descrita.

7) Conclusões Finais do Autor

7.1) As agulhas curtas, que têm em média 20 mm de comprimento, são comumente utilizadas para bloqueio do nervo alveolar inferior. Essa escolha impede a penetração de agulha preconizada na técnica, que é de 20 a 25 mm, e contribui para as altas taxas de insucesso.

7.2) Injeções muito baixas e muito anteriores são causas comuns de insucesso da técnica. A profundidade de penetração da agulha é um bom parâmetro para o sucesso da mesma.

7.3) As relevantes taxas de insucesso relatadas no bloqueio do nervo alveolar inferior podem ser evitadas quando há obediência à técnica anestésica descrita.



Autor: Rodrigo Alvitos (CRO-RJ 24.954)

- Cirurgião buco-maxilo-facial (UERJ)
- Staff do serviço de cirurgia buco-maxilo-facial da UERJ
- Especialista em estomatologia
- Mestre em radiologia

E-mail: ralvitos@terra.com.br