

PARESTESIA DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR PÓS CIRURGIA DE TERCEIROS MOLARES IMPACTADOS

AUTORES

Maria Eduarda Cardoso de ANDRADE

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

Silvia Messias Bueno

Carolina Felix Santana Kohara LIMA

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

A extração dos terceiros molares inferiores inclusos é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na odontologia, podendo ocasionar complicações como a parestesia do nervo alveolar inferior. Essa condição se caracteriza pela perda ou alteração da sensibilidade na região innervada, decorrente de lesões traumáticas, compressões ou inflamações do nervo durante o ato cirúrgico. Este trabalho tem como objetivo revisar a literatura sobre as principais causas, métodos de diagnóstico e formas de tratamento da parestesia. A metodologia utilizada foi uma revisão narrativa, com pesquisa em bases de dados científicas, incluindo PubMed, Google Acadêmico e Medline. Os resultados demonstram que o diagnóstico precoce e o planejamento cirúrgico adequado são essenciais para prevenir danos neurológicos. As terapias mais empregadas incluem o uso de vitaminas do complexo B, laserterapia de baixa intensidade e, em casos severos, microneurocirurgia. Conclui-se que a prevenção é o meio mais eficaz de evitar a parestesia, sendo indispensável o conhecimento anatômico e a execução cuidadosa da técnica cirúrgica para garantir segurança e sucesso no tratamento odontológico.

PALAVRAS - CHAVE

Parestesia; Nervo alveolar inferior; Terceiros molares; Cirurgia odontológica.

1. INTRODUÇÃO

A cirurgia dos terceiros molares inclusos está sendo a cada dia amplamente aplicada aos consultórios odontológicos, esses fatos se dão pela falta de espaço na arcada dentária e o mau posicionamento, por vezes esses procedimentos podem apresentar diversas complicações no pós-operatório (CASTRO et al., 2018).

O Nervo Alveolar Inferior é uma ramificação do quinto par do nervo trigêmeo, sendo uma estrutura muito importante, principalmente quando se trata de anestesia em região mandibular, é relatada na literatura que pode ocorrer alterações de sensibilidade nesta estrutura, decorrentes de alguns procedimentos odontológicos. A extração de terceiros molares é comumente realizado sendo um dos principais métodos que desencadeiam uma parestesia do nervo alveolar inferior (MATOS, LADEIA JUNIOR, LADEIA, 2019).

A parestesia é uma lesão nos nervos sensitivos devido à algum trauma, que interrompe a transmissão de impulsos nervosos, prejudicando a sensibilidade da área atingida. Fisgadas, alterações na percepção de frio e calor, formigamento, dor e dormência são alguns desconfortos que podem ser percebidos pelo paciente, também pode causar sensação de queimação na língua, alteração de paladar, lesões nos lábios e língua pelo trauma da mordida e queimaduras dos lábios com líquidos quentes. De acordo com o grau de agressão do nervo, essas sensações podem ter sua duração transitória ou se tornarem permanentes (BENEVIDES et al., 2018).

De acordo com Rosa, Escobar, Brusco (2007) os traumas relacionados à parestesia podem ser: mecânico (compreensão e ruptura do nervo); químico (aplicação de anestésico local e outras substâncias em determinado procedimento odontológico); físico (excesso de calor); patológico (presença de patologias benignas ou malignas que provoca a compreensão e destruição dos nervos da região) e microbiológico (infecção decorrente de necrose pulpar de lesão periapical que atinge as proximidades do canal mandibular por exemplo).

Ao diagnóstico além do levantamento dos primeiros sintomas e do histórico médico, ressaltar a área comprometida mesmo que de forma subjetiva é de importante relevância para diagnosticar, e principais métodos diagnósticos de imagem tais como radiografias periapicais, panorâmicas e tomografias computadorizadas onde se observa um alto padrão de qualidade de imagem (SILVA et al., 2023).

O tratamento da parestesia depende da sua etiologia, alguns tratamentos no que se diz respeito a parestesia do nervo alveolar, alguns medicamentos como as vitaminas do complexo B tais como B1, B12 e corticoides como a dexametasona, auxiliam na regeneração das fibras neuronais. O laser de baixa intensidade se mostrou bastante eficaz por promover maturidade e regeneração das células nervosas lesadas, também atuando na diminuição de processos inflamatórios pela redução de mediadores relacionados ao ácido araquidônico (LEITE et al., 2023).

Assim, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura a respeito da parestesia do nervo alveolar inferior pós cirurgia de terceiro molar impactado, apresentando as principais causas, diagnósticos e seus respectivos tratamentos.

2. METODOLOGIA

A pesquisa em questão tratou-se de uma revisão narrativa da literatura. O critério de seleção dessa pesquisa foi textos completos, encontrados em plataformas digitais. A busca bibliográfica incluiu três bases de dados: PubMed, Google Acadêmico e MedLine. Os descritores utilizados foram: Parestesia, Cirurgia e Nervo Alveolar.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 TERCEIROS MOLARES IMPACTADOS

A impactação ou retenção dental é um problema cada vez mais freqüente e muitos fatores concorrem para que isto ocorra, dentre os quais podem ser considerados o crescimento da caixa craniana em detrimento dos maxilares, a dieta cada vez menos exigente do aparelho estomatognático e a consciência de uma odontologia preventiva, em que o paciente não mais sofre mutilações em seu período de infância e adolescência, adentrando a idade adulta com todos os elementos dentários no arco, podendo assim gerar falta de espaço (VASCONCELLOS et al., 2003).

Um dente impactado é a falha em irromper no arco dentário dentro do tempo previsto, o dente se torna impactado por causa de dentes adjacentes, osso de recobrimento denso, tecido mole excessivo, ou uma anormalidade genética que impede o irrompimento como dentes impactados não irrompem, eles ficam retidos a vida inteira do paciente a menos que seja removido cirurgicamente ou exposto devido à reabsorção de tecidos de recobrimento. O termo dente incluso abrange dentes impactados e dentes que estão no processo de erupção. A exodontia deve ser realizada assim que o dentista determinar que o dente é impactado. A remoção de dentes impactados torna-se mais difícil com o avanço da idade, pois os pacientes, respondem menos favoravelmente e com mais sequelas pós-operatórias (HUPP, TUCKER, ELLIS, 2015).

Todo elemento dentário que permanece impactado é propício a desenvolver condições adversas ao paciente ou, às vezes, estes permanecem impactados por toda a vida e, nada acontece. Na literatura, existem uma ampla discussão sobre a real necessidade de extração de terceiros molares impactados. Alguns autores defendem que a relação entre elemento impactado e patologias associadas é baixa e, que não há critérios que comprovem se o mesmo irá, de fato, erupcionar. Deve-se sempre levar em consideração indicações e contra-indicações de remoção de terceiros molares, não esquecendo da importância da prevenção. É importante levar em consideração se realmente valerá a pena removê-los. Seguindo esta filosofia, os dentes impactados devem ser removidos antes que complicações apareçam, levando sempre em consideração o custo/benefício da cirurgia (MATOS, VIEIRA, BARROS, 2017).

De acordo estudos realizados por Vasconcellos et. al. (2003) a freqüência de retenção dos terceiros molares é a maior entre todos os dentes, sendo a maior incidência de retenção dentária o terceiro molar inferior.

Normando (2015) descreve que a extração de terceiros molares é um dos procedimentos mais frequentes o dia a dia dos cirurgiões dentista, os motivos que levam ao diagnóstico de extração de terceiros molares incluem o risco de dente impactado, de cáries, pericoronite, problemas periodontais na face distal dos segundos molares, cistos odontogênicos e apinhamento, ao indicar a extração de terceiros molares o cirurgião dentista deve apresentar uma justificativa que considere a possibilidade de um tratamento futuro com abordagem ortodôntica, cirúrgica e ou protética, devem considerar as complicações cirúrgicas provenientes da extração de terceiros molares são comuns.

Em diversas ocasiões, o ortodontista tem a necessidade de movimentar o segundo molar para a distal, mas a presença de uma unidade impactada pode impedir ou até mesmo inibir esse modo de procedimento. Assim a retirada do terceiro molar poderá favorecer o tratamento e permitindo respostas previsíveis (MILORO et al., 2016).

A extração de terceiro molar também está indicada como medida profiláctica para evitar a presença de cistos e consequentes defeitos ósseos. Para a correção destes defeitos, foi proposta a técnica de regeneração tissular guiada, mas está também apresenta complicações pós-operatórias como inflamação e rejeição do enxerto

ósseo (MATOS, VIEIRA, BARROS, 2017).

3.3 ANATOMIA DO NERVO TRIGÊMEO

Os nervos cranianos possuem uma divisão anatômica específica em 12 pares, de acordo com os órgãos e tecidos que inervam. O quinto par de nervos cranianos, chamado de nervo trigêmeo é subdividido em três ramificações com diferentes funções: nervo oftálmico, nervo maxilar e nervo mandibular (SILVA et al, 2022).

O nervo trigêmeo inerva estruturas anatômicas responsáveis pela mastigação, fonação, salivação e percepção sensorial da face. O masseter, pterigoideo medial e lateral, milo-hióideo, ventre anterior do digástrico e também tensores do tímpano e do véu palatino, são todos músculos responsáveis pela mastigação inervados pelo nervo trigêmeo. É considerado um nervo misto por possuir uma raiz motora e uma raiz sensitiva. É considerado o principal nervo sensitivo da cabeça, responsável pela parte motora da mastigação. Possui quatro ramos, no ramo mandibular possui função mista, ou seja, sensorial e motora. Os ramos sensoriais inervam os dentes inferiores, a mucosa oral, articulação temporomandibular, dois terços anteriores da língua e da pele abaixo da boca. Divide-se em nervo temporal, nervo lingual, nervo bucal, nervo milo-hióideo e nervo alveolar inferior. Os ramos motores recebem suas denominações de acordo com os músculos correspondentes. O nervo alveolar inferior é considerado o maior entre a divisão mandibular do nervo trigêmeo (ALMEIDA et al., 2024).

O nervo alveolar inferior, sendo um ramo do nervo mandibular, é responsável pela inervação sensorial das gengivas da mandíbula. Ramifica-se em nervo mio-hióideo e no nervo mental, visto que o nervo mio-hióideo proporciona inervação motora no músculo mio-hióideo e na barriga anterior do músculo digástrico (CARVALHO & KARAM, 2020).

3.2 PARESTESIA

Parestesia é caracterizada por uma sensação estranha, podendo ser espontânea ou estimulada. A sensibilidade alterada ao frio e ao calor é sua principal sintomatologia, porém o paciente também pode sentir dormência, fisgadas, coceira, formigamento, dor e sensação de endurecimento na pele, sendo essas sensações sinônimo de disestesia (CASTRO et al., 2015). Quando há lesão do nervo alveolar inferior, ocorre a perda da sensibilidade parcial ou total da pele do queixo, do lábio e da gengiva inferiores do lado atingido (SILVA et al., 2023).

Segundo Rosa, Escobar, Brusco (2007), a parestesia é em geral uma condição de insensibilização da região onde foram causados danos aos nervos, sendo os NAI e NL os mais lesados durante exodontias de terceiros molares inferiores inclusos. Seu principal sintoma é a ausência de sensibilidade alterada na região afetada.

Na parestesia do nervo alveolar inferior a sensibilidade dos locais onde ele inerva é alterada, ou seja, pode acontecer uma diminuição na sensibilidade dos dentes, do lábio inferior e da região cutânea do queixo. Infecções, formação de fibrose cicatricial em volta do tecido nervoso, hemorragias, microfraturas e movimentações de fragmentos ósseos são causas possíveis para a parestesia, que pode ter seus sintomas percebidos imediatamente após a cirurgia, ou dias ou semanas após a cirurgia se desenvolvendo de forma tardia (TOLSTUNOV & PORCEL, 2009).

A cirurgia de terceiros molares inferiores inclusos vem apresentando um aumento na ocorrência, devido a não irrupção espontânea desses dentes. Tal procedimento pode trazer diversas complicações pós-operatória.

Dentre estas está a parestesia do nervo alveolar inferior (NAI) e do nervo lingual (NL), graças à proximidade anatômica dessas estruturas com o dente em questão (CASTRO et al, 2015). De acordo com Nagara e Chitre (2009), o risco da parestesia dos NAI e NL aumenta significativamente quando há uma íntima relação entre o nervo e a raiz do dente.

Devido a grande quantidade de sais anestésicos, a prilocaína e a articaína podem produzir um efeito neurotóxico nas fibras nervosas alveolares inferiores, especialmente se a agulha da anestesia penetra na bainha neuronal, ou pela pressão hidrostática da injeção. O trauma a partir do contato com a agulha e a rápida inserção do anestésico são situações que precisam ser evitadas durante a aplicação da anestesia, considerando que isso implica no trauma direto sobre o nervo, se manifestando como anestesia persistente ou sensações alteradas que vão desde queimação completa, formigamento, insensibilidade ou dor permanente (ALVES, 2016).

3.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico se baseia no histórico do paciente, além de exames clínicos e laboratoriais. O exame físico é uma parte essencial do processo de diagnóstico da parestesia, pois permite uma avaliação completa e cuidadosa (COSTA, 2024). O exame do local afetado pode ser complementado por estímulos térmicos, ação mecânica, testes elétricos ou químicos (SEN & KAPLAN, 2015).

A radiografia periapical, panorâmica e a tomografia computadorizada realizadas com um alto padrão de qualidade se faz vital para uma interpretação diagnóstica assertiva, tendo em visto que, estruturas e lesões grandes e pequenas, rotineiramente, passam despercebidas em exames de imagens (GLUSKIN, 2005).

Nem sempre um diagnóstico será definido apenas pelos exames radiográficos convencionais. Uma Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico se apresenta como um método eficaz e preciso, podendo superar as limitações encontradas nas radiografias convencionais, fornecendo imagens tridimensionais (sagital, coronal e axial), precisas e sem distorções (BENTO, FERRANTE, PASSOS 2023).

Dois tipos de testes neurosensitivos podem ser efetuados, de acordo com o receptor específico que é estimulado por meio do contato da pele: mecanoceptivo e nociceptivo. O teste mecanoceptivo se embasa em um toque estático leve e o teste de direção da escova, enquanto o teste nociceptivo é baseado na observação da sensação térmica experienciada quando grupos específicos de fibras sensoriais são estimulados, além da sensação de toque com instrumentos pontiagudos (FLORES et al., 2011; ALVES; COUTINHO; GONÇALVES, 2014)

3.5 TRATAMENTO

Na maioria dos casos de parestesia a recuperação ocorre espontaneamente em poucas semanas. Todavia em uma minoria de casos pode ser preciso que uma cirurgia reparatória do nervo afetado seja realizada. Para que haja uma recuperação neurosensorial, as fibras do nervo precisam passar por uma regeneração, e isso significa muitas vezes a necessidade de eliminação de causas secundárias como um edema, uma hemorragia, uma infecção, uma inflamação local, uma lesão tumoral compressiva ou até mesmo um corpo estranho que esteja comprimindo o nervo (ROSA, ESCOBAR, BRUSCO, 2007).

Segundo Zuning e Labanc (1993), as indicações da microneurocirurgia incluem: observação ou suspeita de transecção ou laceração no nervo, parestesia continuada três meses após a lesão, dor provocada pela presença de corpo estranho ou deformidade do canal, diminuição progressiva da sensibilidade ou aumento progressivo da

dor. As contra indicações incluem: dor neuropática central, prova de melhora dos sintomas, parestesia aceitável, paciente clinicamente comprometido, extremos da idade, tempo excessivo depois da lesão.

Os procedimentos medicamentosos básicos para a parestesia são baseados na vitamina B1, com associação da estricnina. A vitamina B1 atua na função neurotransmissora e na condução nervosa. A Vitamina B12 é essencial para o metabolismo do nervo, por meio da remetilação da homocisteína em metionina para a síntese de novo da s-adenosil metionina (CASTRO et al., 2015; GOLDBERG et al., 2017).

A uridina e a citidina são medicamentos pertencentes à família de nucleotídeos da pirimidina, que por sua vez incluem uma das quatro principais classes de moléculas biológicas, juntamente com carboidratos, lipídios e proteínas, que representam diversas ações indispensáveis no metabolismo celular. Embora sejam componentes do DNA e compartilhar da transcrição e tradução do genoma, a serventia desses nucleotídeos compreendem na transferência de energia para ligação química, sinalização intracelular, neurotransmissão e transferência de radicais bioquímicos do metabolismo intermediário (GOLDBERG et al., 2017).

Na literatura a laserterapia de baixo nível encontra-se inúmeros efeitos terapêuticos, como aceleração da cicatrização de feridas, redução da dor, trismo, edema, estimulação da liberação de endorfina, modulação do sistema imunológico e reparo neural, possibilitando possíveis objetivos e melhorias subjetivas, na percepção sensorial em um período pós-operatório de curto e longo prazo (BITTENCOURT, PARANHOS, MARTINS-FILHO, 2017).

A aplicação do laser de baixa intensidade na região afetada têm obtido resultados amplamente satisfatórios. Acredita-se que a laserterapia promove uma indução de reparação no tecido lesionado, que tem como objetivo a formação de novas fibras colágenas, assim como a reestruturação dos tecidos de revascularização, além de reduzir o edema localizados e os pontos de inflamação (SILVA et al., 2022).

O laser de baixa potência de Arsenieto de Gálio e Alumínio. Ele atua modulando as respostas inflamatórias, e seu efeito analgésico previnem a formação de prostaglandina o que conseqüentemente atua na sua ação inibidora sobre a enzima ciclooxigenase, contudo com a diminuição da concentração de prostaglandinas no tecido que está inflamado alivia a dor. A ferramenta de ação regeneradora pode restaurar a função neural normal, sendo benéfico por não causar dor e nem ser traumático (CASTRO et al., 2015).

Após a remoção dos terceiros molares, procedimentos de cirurgia periodontal, tratamentos de dor facial crônica, sinusite crônica, gengivite e anormalidades sensoriais nervo alveolar inferior, pode-se utilizar a laserterapia como prevenção de inchaço e trismo, todavia a sua administração é abundante e seus resultados são controversos, quando se refere a prevenção; da dor, inchaço no pós-operatório e trismo, contudo isso é devido às diferenças metodológicas empregadas nos distintos estudos, sobre o tipo de laser, e fatores de aplicação dele (FARHADI et al., 2017).

A acupuntura tem sido utilizada na associação a outras técnicas visando o tratamento e a recuperação da parestesia após exodontia dos terceiros molares inferiores. Este método faz uso de agulhas de fino calibre, que em alguns casos são associadas à estímulos elétricos (OLIVEIRA et al. 2018). Renton, Yilman, Gaballah (2012) relatam que a crioterapia pode ser um grande aliado na prevenção de edemas localizados que podem vir a comprimir o NAI, levando-o a parestesia.

Assim, 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 vâsculo-nervosos (ARAI, 2022).

4. CONCLUSÃO

A parestesia do nervo alveolar inferior representa uma complicação significativa e relativamente frequente nas cirurgias de extração de terceiros molares inferiores inclusos, podendo comprometer a qualidade de vida do paciente devido à perda parcial ou total da sensibilidade em determinadas regiões da face. A análise da literatura demonstra que a principal causa dessa intercorrência está relacionada à íntima proximidade entre as raízes dos terceiros molares e o canal mandibular, tornando o planejamento pré-operatório um fator decisivo para a prevenção de danos neurológicos. Dentre os tratamentos existentes, destacam-se o uso de medicamentos à base de vitaminas do complexo B, a laserterapia de baixa intensidade e, em casos mais severos, a microneurocirurgia.

Conclui-se que a parestesia do nervo alveolar inferior, embora possua diferentes alternativas de tratamento, deve ser principalmente evitada por meio de um manejo clínico e cirúrgico adequado. O avanço das técnicas de imagem e o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas contribuem para uma prática odontológica mais segura, eficaz e humanizada.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, D. E. O. Tratamentos de parestesia do nervo alveolar inferior após exodontias de terceiros molares impactados. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 9, e7713946889, 2024.

ALVES, A. et al. Parestesia, por que o endodontista deve se preocupar. **Full Dentistry in Science**; v.8, n.29, p. 33-140, 2016.

ALVES, F. R.; COUTINHO, M. S.; GONÇALVES, L. S. Endodontic-related facial paresthesia: systematic review. **J Can Dent Assoc.**, v. 80, 2014.

ARAI, C. A. A. **Diagnóstico de parestesia do nervo alveolar inferior: relato de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso. UNESP, 2022.

BENEVIDES, R.R. et al. Parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia de terceiros molares inferiores: da prevenção ao tratamento. **Full Dent. Sci.** p.66-71. 2018.

BENTO, M. E. O. S.; FERRANTE, R. S.; PASSOS, M. P. Parestesia associada ao tratamento endodôntico. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 12, e19121243847, 2023.

BITTENCOURT, M. A. V.; PARANHOS, L. R.; MARTINS-FILHO, P. R. S. Laserterapia de baixo nível para tratamento de distúrbios neurosensoriais após cirurgia ortognática: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v.22, n.6, p.780-787, 2017.

CARVALHO, A. C. G.; KARAM, F. K. **Parestesia do nervo alveolar inferior e possíveis tratamentos: revisão de literatura**. 2020. Disponível em: <https://www.unirv.edu.br/conteudos/fckfiles/files/ANA%20CLARA%20GOMES%20DE%20CARVALHO.pdf>. Acesso em: out. 2025.

CASTRO, A. L. F.; MIRANDA, F. P.; PEDRAS, R. N.; NORONHA, V. A. Tratamento da parestesia do nervo alveolar inferior e lingual no pós-operatório de 3º molar: revisão de literatura. **Revista do Cromg.** v.16, n.2, 2018.

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 Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais**, v.16, n.2, p.34-42, 2015.

COSTA, J. Parestesia: confira um guia completo sobre! 2024. Disponível em: <https://www.codental.com.br/blog/parestesia-confira-um-guia-completo-sobre/#:~:text=Diagn%C3%B3stico,identificar%20a%20origem%20do%20problema>. Acesso: out. de 2025.

FARHADI, F. et al. Avaliação do efeito adjuvante da terapia a laser de baixa intensidade na dor, inchaço e trismo após a remoção cirúrgica do terceiro molar inferior impactado: um estudo clínico randomizado, duplo-cego. **Journal of Laser Surgery, Phototherapy and Photobioactivation**, v.26, n.3, p.181-187, 2017.

FLORES, J. A. et al. Parestesia do nervo alveolar inferior após exodontia de terceiros molares inferiores inclusos. **International Journal of Dentistry**, Recife, v.10, n.4, p.268–273, 2011.

GLUSKIN, A. H. Percalços e complicações graves na obturação endodôntica. **Endod Top.**, v.12, p.52-70, 2005.

GOLDBERG, H. et al. Estudo comparativo, duplo-cego, randomizado, do uso de uma combinação de uridina trifosfato trissódico, citidinamono-fosfatodissódico e hidroxocobalamina, versus tratamento isolado com hidroxocobalamina, em pacientes com neuralgias compressivas. **Journal of Pain Research**, v.10, p.397–404, 2017.

HUPP, J. R.; TUCKER, M. R.; ELLIS, E.; **Cirurgia Oral e Maxilo-facial Contemporânea**, 6º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

LEITE, M. C. S.; SANTOS, A. T.; GOMES, A. V. S. F.; SOUZA COSTA, V. L. Parestesia do nervo alveolar inferior decorrente de procedimentos cirúrgicos e suas formas de tratamento. **Revista Odontológica de Araçatuba**. 2023.

MATOS, A. F. S.; VIEIRA, L. E.; BARROS, L. Terceiros molares inclusos: revisão de literatura. **Rev. Psicol Saúde e Debate**, Minas Gerais, v.3, n.1, p.34-49, jan. 2017.

MILORO, M. et al. **Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson**. São Paulo. Ed. Santos. 2016.

MATOS, F. X.; LADEIA JÚNIOR, L. F.; LADEIA, F. G. Laserterapia para tratamento de parestesia do nervo alveolar inferior após extrações de terceiros molares inferiores. **ID Online Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.13, n.48, p.1–13, 2019.

NAGARA, M.; CHITRE, A. P. Mandibular Third Molar and Alveolar Inferior Canal. **J Maxillofac Oral Surg**. v.8, n.3, p.233–236, 2009.

NORMANDO D. Third molars: to extract or not to extract? **Dental Press J. Orthod**, Maringá, v. 20, n. 4, july-aug; 2015.

OLIVEIRA, K. D. C. M. D. **Eficácia da laserterapia e da laseracupuntura no tratamento de parestesia em pacientes submetidos à cirurgias de implantes e extração de terceiros molares inferiores**. Dissertação de doutorado, Universidade de São Paulo. 2018.

RENTON, T.; YILMAN, Z.; GABALLAH, K. Evaluation of trigeminal nerve injuries in relation to third molar surgery in a prospective patient cohort. Recommendations for prevention. **Int. J. Oralmaxillofac surg**, p.1509-1518. 2012.

ROSA, F. M.; ESCOBAR, C. A. B.; BRUSCO, L. C. Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós-cirurgia de terceiros molares. **RGO** (Porto Alegre), p. 291–295. 2007.

SEN, O.; KAPLAN, V. Temporary Mental Nerve Paresthesia Originating from Periapical Infection. **Hindawi Publishing Corporation**, v. 1, p.1–4, 2015.

SILVA, I. C. A. et al. Parestesia do nervo alveolar inferior e sua relação com a cirurgia de terceiro molar. **e-Acadêmica**, v. 3, n. 3, e0833254, 2022.

SILVA, A. B. S.; BARBOSA, D. S.; OLIVEIRA, A. P.; SANTOS, D. S.; SILVA, G. C. Parestesia do nervo alveolar inferior decorrente de tratamento endodôntico: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, v.6, n.4, p.17238–17248, 2023.

TOLSTUNOV, L.; POGREL, M. A. Parestesia tardia do nervo alveolar inferior após extração de terceiro molar mandibular: relato de caso e possível etiologia. **J Cirurgia Oral Maxilofacial**. v. 67, n.8, p.1764-6, 2009.

VASCONCELLOS, R. J. H. et al. Ocorrência de dentes impactados. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.3, n.1, 2003.

ZUNING, R. J.; LABANC, J. P. Advances in microsurgical nerve repair. **J Oral Maxillofac Surg.**; v.51, Suppl 1, p.62–68, 1993.