

# AVALIAÇÃO DE NOVA TÉCNICA PARA ANESTESIA DO NERVO LINGUAL

## EVALUATION OF A NEW TECHNIQUE FOR ANAESTHESIA OF LINGUAL NERVE

**Roberto BERNARDINO JÚNIOR<sup>1</sup>; Juliana Vasconcelos Santos RESENDE<sup>2</sup>;  
Daniela Cristina de Oliveira SILVA<sup>1</sup>**

1. Professor(a), Doutor(a), Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia, MG, Brasil; 2. Cirurgiã Dentista graduada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

**RESUMO:** Frequentemente os cirurgiões dentistas se veem diante de situações em que há necessidade de anestésiar a língua ou a mucosa lingual, as quais são inervadas sensitivamente pelo nervo lingual, ramo do trigêmeo. Para isso os mesmos utilizam de técnicas para anestesia do nervo alveolar inferior, que concomitantemente são também utilizadas para anestesia do nervo lingual. Este trabalho teve como objetivo avaliar uma nova técnica para anestesia específica do nervo lingual, na qual a dessensibilização do nervo alveolar inferior não é realizada. Foram selecionados 32 pacientes voluntários, sendo 16 pacientes do sexo masculino e 16 do sexo feminino, com idade entre 20 e 40 anos, que compareceram ao Pronto Socorro Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, com urgência de tratamento, no qual o nervo lingual seria anestesiado. O trabalho foi realizado em uma etapa, que consistia no emprego da técnica proposta para anestesia do nervo lingual em sessão única. A avaliação da eficácia da técnica foi realizada através da sensibilidade dolorosa. Os resultados foram submetidos aos testes teste T de *student* e o teste de Wilcoxon, havendo diferença estatística ( $p < 0,05$ ), quando comparados os intervalos de tempo (1', 2', 3', 4', 5'), numa mesma região, ápice (A), dorso (D) e raiz (R). Em relação ao sexo e antímero, não se observou diferença estatisticamente significativa. Conclui-se que a técnica anestésica proposta para anestesia do nervo lingual foi eficaz, possuindo menor tempo de latência e necessitando de menor quantidade de solução anestésica, o que contribui para o tratamento de pacientes com desordens sistêmicas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Técnica. Anestesia. Nervo lingual.

### INTRODUÇÃO

Os procedimentos odontológicos são, em geral, tecnicamente complexos e requerem boa dose de cooperação dos pacientes. E para obtenção deste controle comportamental do paciente, dentre outras condições necessárias, o manejo da sensação dolorosa é fundamental para se conquistar o êxito nos procedimentos odontológicos ambulatoriais.

A dor, de acordo com Pereira, Ramos e Crosato (1995), é uma experiência desagradável que está associada ao dano tecidual. Porém também é uma reação subjetiva que pode ser influenciada por questões culturais, afetivas, gênero e idade do indivíduo, (KREMER; HAMPTON ATKINSON; IGNELZI, 1981). Desta forma, a percepção e a intensidade da dor são multifatoriais, o que torna a sensação dolorosa uma variável difícil de ser avaliada e medida.

Não são raras as situações em que os cirurgiões dentistas se deparam com processos patológicos extensos e lesões em tecidos moles cuja causa é definida por um conjunto de fatores. Em diversas situações o plano de tratamento de condições patológicas diversa recai no tratamento cirúrgico. O controle da dor se faz essencial em situações como esta acima citada, as quais o

profissional enfrenta constantemente em sua prática clínica.

O ramo mandibular do nervo trigêmeo constitui um nervo misto, pois é o único a possuir, no seu interior, componentes funcionais sensitivos e motores. Dentre seus ramos sensitivos, o nervo lingual assume relevância na prática odontológica por ser responsável pela inervação sensitiva de dois terços anteriores da língua, mucosa da região sublingual e gengiva lingual de todos os dentes inferiores, do antímero do qual pertence (MADEIRA, 1997).

Existem várias técnicas anestésicas descritas na literatura para bloqueio do ramo lingual do nervo mandibular. Dentre as técnicas descritas por Malamed, (2001), destacam-se o bloqueio do nervo mandibular de Gow-Gates, técnicas de bloqueio mandibular com boca fechada de Vazirani-Akinosi, bloqueio do nervo alveolar inferior convencional por técnica direta ou indireta.

No bloqueio do nervo alveolar inferior recomenda-se o uso de uma agulha longa de calibre 25 para o paciente adulto. A área de introdução é a mucosa da face medial do ramo mandibular, na interseção de duas linhas: uma horizontal, representando a altura da injeção, e a outra vertical, representando o plano ântero-posterior da injeção. A

área alvo é o nervo alveolar inferior, no ponto em que desce em direção ao forame mandibular, mas antes de entrar no referido forame. Têm-se como alguns dos pontos de referência utilizados em várias técnicas a Fossa coronóide (maior concavidade na borda anterior do ramo), rafe pterigomandibular, plano oclusal dos dentes posteriores inferiores (MALAMED, 2004).

Algumas outras técnicas são propostas, como por exemplo, o bloqueio mandibular de Jorgen e Hayden e suas modificações, (MAGALHÃES et al, 2001). Estas técnicas têm suas vantagens e desvantagens, bem como diferentes taxas de sucesso. Contudo, tais técnicas realizam bloqueios regionais, que por vezes compreendem uma área extensa, incluindo regiões onde não há necessidade de se obter anestesia para o tipo de procedimento indicado.

Por esta razão frequentemente é necessário utilizar-se de técnicas inespecíficas de bloqueios anestésicos a fim de dessensibilizar por difusão, nervos anatomicamente próximos. As técnicas descritas, por consistirem no depósito da solução anestésica em maior quantidade, há um aumento no risco de toxicidade e desconforto devido à sensação anestésica em região distante do local a sofrer intervenção. O paciente pode sentir dificuldade para engolir e, devido à completa ausência de sensibilidade, é mais provável que haja a autolesão dos tecidos moles anestesiados e também incapacidade de pronunciar bem as palavras. Além disso, devido ao tempo de latência de algumas técnicas anestésicas, há necessidade de aguardar maior tempo para início do procedimento. Segundo Malamed, (2004) no bloqueio mandibular pela técnica indireta, são necessários 3 a 5 minutos para início do procedimento.

Em relação à anatomia loco-regional, Simões; Dias; Leite (1982) mediram, em 50 hemicabeças de cadáveres humanos, a distância que o nervo lingual mantém com o triângulo retromolar situado posterior ao 2º molar inferior. Obtiveram dados métricos que comprovam as estreitas relações topográficas que o referido nervo assume na região mencionada. Concluíram que ao nível do ângulo posterior do triângulo considerado, o nervo lingual mantém estreitas relações topográficas com a superfície óssea, tanto no sentido vertical como no horizontal, sendo que neste último sentido está, na maioria dos casos, ou em contato com a superfície óssea (46% dos casos), ou distante dela apenas 1 milímetro (40% dos casos). Quando em contato com a superfície óssea, na região retro citada, o nervo lingual situa-se, no máximo, a 6 milímetros e, mais frequentemente, a 3 milímetros (12% dos casos), no

sentido vertical; e quando afastado 1 milímetro da referida superfície, no sentido horizontal, localiza-se, no máximo, a 5 milímetros e, mais frequentemente, a 1 milímetro (12% dos casos), no sentido vertical.

Devido à sua localização anatômica, o nervo lingual pode ser traumatizado em diversos procedimentos, sendo a remoção do 3º molar inferior o procedimento dentário ambulatorial com maior risco de danos tanto com relação a traumas mecânicos quanto a acidentes anestésicos. Nesse procedimento, a prevalência de danos no nervo lingual varia de 0% (CHIAPASCO, M.; DE CICCIO, L.; MARRONE, G, 1993) à 23% (MIDDLEHURST R.J., BARKER, G.R., ROOD, J.P, 1988).

Apesar da sua localização anatômica, o trauma do nervo lingual por lesão direta da agulha durante a técnica anestésica é questionável, uma vez que o seu diâmetro de até 2mm, é menor do que o da agulha que tem 0,5mm no seu maior diâmetro. O que pode ocorrer é um efeito neurotóxico ao nervo, dependendo do tipo de solução anestésica, que pode ser por ligação direta do anestésico depositado dentro das fibras nervosas. Nesses casos, pode haver a perda da sensibilidade; temporária, podendo durar alguns dias, semanas ou meses; ou ser permanente. Os pacientes sempre devem ser orientados quanto aos riscos antes dos procedimentos (SAMBROOK, P.G.; GOSS, A.N, 2011).

Após uma revisão bibliográfica, não foi encontrada nenhuma citação em relação a uma técnica anestésica específica para o bloqueio do nervo lingual como aqui se propõe. Entretanto, através do conhecimento da topografia e trajetória do nervo lingual e da experiência clínica, observa-se que isto é possível.

Com isso, o objetivo desse trabalho foi avaliar uma nova técnica para anestesia específica do nervo lingual, na qual a dessensibilização do nervo alveolar inferior não é realizada.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionados 32 pacientes voluntários, sendo 16 pacientes do sexo masculino e 16 do sexo feminino, com idade entre 20 e 40 anos, que compareceram ao Pronto Socorro Odontológico (PSO) da Universidade Federal de Uberlândia, com urgência de tratamento, no qual o nervo lingual seria anestesiado necessariamente, por intervenção a ser realizada na língua ou por ser efeito da técnica convencionalmente utilizada para anestésias dentes e região adjacente inferior.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia e aprovado com o número de protocolo 160/10.

Os voluntários não apresentavam quaisquer alterações sistêmicas que contra indicassem a realização de anestésias.

Foi utilizada a técnica proposta abaixo para anestesia unilateral do nervo lingual em sessão única. Dos 16 pacientes masculinos, 8 foram anestesiados no antímero direito e 8 no antímero esquerdo, sendo que o mesmo procedimento foi realizado nos pacientes do sexo feminino. Foram utilizadas seringas tipo carpule previamente esterilizadas, com dispositivo para aspiração, e agulha longa 30G, padronizando a injeção em 1ml da solução por minuto. A solução anestésica utilizada foi lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000 (Figura 1). A anestesia e a coleta dos dados foram realizadas por um único examinador.



**Figura 1.** Instrumentais e materiais utilizados para a realização da técnica proposta.

### 1-Técnica anestésica

- Posiciona-se o paciente na cadeira odontológica com o encosto reclinado a 30° de acordo com o solo (Figura 2).



**Figura 2.** Cadeira odontológica com o encosto reclinado a 30° de acordo com o solo.

- Examina-se a anatomia bucal, dando ênfase á face lingual da região retromolar inferior, a 10 mm acima do assoalho na distal do segundo ou terceiro molar erupcionado (Figura 3), para que se possa eleger o local a se infiltrar a solução anestésica.



**Figura 3.** Local a se infiltrar a solução anestésica - face lingual da região retromolar inferior.

- Seca-se a mucosa a ser anestesiada e aplica-se o anestésico tópico (Figura 4), aguardando 2 minutos para dar início á punção e infiltração do anestésico.



**Figura 4.** Aplicação do anestésico tópico.

- Abaixa-se a língua do paciente com instrumental próprio do tipo afastador de língua.
- Para facilitar o acesso a área de punção pode-se dobrar a agulha em 90°, conforme a figura 5, não sendo esta curvatura obrigatória.



**Figura 5.** Agulha dobrada em 90°, para facilitar a punção anestésica.

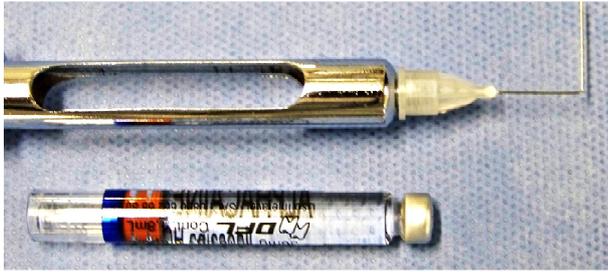
- Faz-se a punção na região escolhida, (Figura 6).



**Figura 6.** Punção anestésica na região escolhida.

- Aspiração prévia.

- Infiltra-se 1/3 do tubete da solução anestésica (0,6ml), conforme a figura 7.



**Figura 7.** Tubete anestésico contendo os 2/3 restantes de solução anestésica e seringa carpule utilizada

- Inicia-se, após 1 minuto, o teste de sensibilidade dolorosa abaixo descrita.

**2. Avaliação da eficácia da técnica**

A avaliação da eficácia da técnica anestésica foi realizada através da análise da sensibilidade dolorosa. Foi usada agulha de insulina descartável para puncionar as diferentes regiões da língua (ápice, dorso e raiz) e mucosa lingual do antímero anestesiado, para testar a sensibilidade dolorosa. Os testes foram realizados antes, após 1', 2', 3', 4' e 5 minutos da realização da punção anestésica.

Em cada minuto no qual o teste foi realizado, avaliou-se a intensidade da sensibilidade dolorosa, por meio da escala em caixa (EC) de 11 pontos adaptada. Esta escala caracteriza-se por 11 números escritos dentro de uma caixa. O paciente foi orientado de que o número 0 representa uma extremidade da escala (ausência de dor) e o número 10 a outra extremidade, sendo esta a sensação dolorosa sentida antes da punção anestésica. O paciente então marcava um “x” na caixa que continha o número que expressava sua dor, e o

pesquisador na região da língua puncionada pela agulha de insulina descartável (Anexo 01).

**3. Análise estatística**

Os resultados foram submetidos inicialmente ao teste Kolmogorov-Smirnov para análise da normalidade entre as amostras. Em seguida foram usados os testes T pareado ou teste T de *student* para amostras normais e o teste de Wilcoxon para as amostras não normais.

Após a aplicação da metodologia descrita, foi avaliada a eficácia da técnica anestésica, através da análise da sensibilidade dolorosa após a técnica anestésica descrita, nas três regiões da língua (Ápice, Dorso e Raiz), do antímero anestesiado (Direito e Esquerdo).

No questionário utilizado, inicialmente os pacientes eram questionados se já haviam sido anestesiados em outras situações e após o teste, se essa técnica de anestesia causou desconforto maior do que as outras técnicas.

**RESULTADOS**

Na coleta de dados, seguindo a metodologia apresentada, quando os voluntários foram questionados se já haviam sido anestesiados em outras situações antes do teste, 100% (32) responderam que sim, e se essa técnica de anestesia causou desconforto maior do que as outras técnicas, 100% (32) responderam que não.

Após agrupar as possíveis sensibilidades apresentadas na escala utilizada, em 0 a 3, 4 a 6, e 7 a 10, para avaliação da eficácia da técnica aqui proposta, percorrendo os cinco minutos de análise, encontrou-se uma progressiva dessensibilização que ocorreu de forma semelhante em ambos gêneros (QUADROS 1 e 2).

**Quadro 1.** Número de pacientes no gênero masculino, antímero direito (D) e esquerdo (E) com sensibilidade nas regiões do ápice (A), dorso (D) e raiz (R).

Tempo: Minutos	Ápice						Dorso						Raiz					
	0-3		4-6		7-10		0-3		4-6		7-10		0-3		4-6		7-10	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
1 minuto	4	3	1	3	3	2	3	3	1	2	4	3	2	3	0	0	6	5
2 minutos	4	4	2	2	2	2	3	4	2	2	3	2	2	4	1	2	5	2
3 minutos	4	5	2	0	2	3	4	6	3	0	1	2	1	5	3	1	4	2
4 minutos	4	6	1	1	3	1	5	5	2	1	1	2	2	5	2	2	4	1
5 minutos	4	7	2	0	2	1	6	6	1	1	1	1	3	7	1	0	4	1

**Quadro 2.** Número de pacientes no gênero feminino, antímero direito (D) e esquerdo (E) com sensibilidade nas regiões do ápice (A), dorso (D) e raiz (R).

Tempo: Minutos	Ápice						Dorso						Raiz					
	0-3		4-6		7-10		0-3		4-6		7-10		0-3		4-6		7-10	
	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
1 minuto	2	2	3	1	3	5	3	2	1	2	4	4	2	1	2	2	4	5
2 minutos	4	4	0	2	4	2	4	2	1	4	3	2	4	3	1	2	3	3
3 minutos	5	6	1	1	2	1	5	6	0	0	3	2	5	6	0	1	3	1
4 minutos	6	7	1	0	1	1	4	6	0	1	4	1	7	7	0	0	1	1
5 minutos	6	7	0	0	2	1	4	7	0	0	4	1	7	6	0	0	1	2

Quando comparados os antímeros direito e esquerdo de um mesmo indivíduo em todas as regiões (Ápice, Dorso e Raiz), em ambos os sexos, não houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Ao se comparar o mesmo antímero, de indivíduos diferentes, sendo um do sexo masculino e outro do feminino também não foi encontrada diferença estatisticamente diferente, em nenhuma das regiões.

Foi encontrada diferença estatisticamente diferente ( $p < 0,05$ ), quando comparados os intervalos de tempo (1', 2', 3', 4', 5'), numa mesma região (Ápice (A), Dorso (D) e Raiz (R)), sendo que quando analisado o sexo masculino, antímero esquerdo, região do ápice, a diferença foi encontrada entre o 1' e 4' (1AME x 4AME) e 1' e 5' (1AME x 5AME). Na região do dorso entre 1' e 5' (1DME x 5 DME) e 2' e 4' (2DME x 4DME) e na região da raiz entre 1' e 4' (1RME x 4RME), 1' e 5' (1RME x 5RME), 2' e 4' (2RME x 4RME) e 2' e 5' (2RME x 5RME). No antímero direito, as diferenças foram estatisticamente significantes apenas na região do ápice entre o 1' e 4' (1AMD x 4AMD).

No sexo feminino, antímero esquerdo, houve diferença estatística na região do ápice entre 1' e 3' (1AFE x 3AFE) e 1' e 4' (1AFE x 4AFE) e na região da raiz, 1' e 3' (1RFE x 3RFE), e 1' e 4' (1RFE x 4RFE) e 2' e 4' (2RFE x 4RFE). E no antímero direito, apenas na região da raiz, entre 1' e 4' (1RFD x 4RFD) e 1' e 5' (1RFD x 5RFD).

Em relação ao sexo e antímero, não se observou diferença estatisticamente significante.

## DISCUSSÃO

Após uma revisão bibliográfica, não foi encontrada nenhuma citação em relação a uma técnica anestésica específica para o bloqueio do nervo lingual. Para a dessensibilização do referido nervo são utilizadas as técnicas para bloqueio do nervo alveolar inferior, onde se destacam o bloqueio

do nervo mandibular de Gow-Gates, técnicas de bloqueio mandibular com boca fechada de Vazirani-Akinosi, bloqueio do nervo alveolar inferior convencional por técnica direta ou indireta, (MALAMED, 2001). Outras técnicas propostas foram citadas por Magalhães ET AL, (2001), como o bloqueio mandibular de Jorgen & Hayden e suas modificações. Estas técnicas têm diferentes taxas de sucesso, bem como suas vantagens e desvantagens.

Segundo Malamed (2004), o bloqueio do nervo alveolar inferior convencional (BNAI), é a técnica de injeção mais usada e, possivelmente, a mais importante em odontologia. E infelizmente, também é a técnica que possui maior porcentagem de insucessos clínicos, aproximadamente 15% a 20%.

De acordo com Kaufman E, Weinstein P, Milgrom P (1984), existem muitas razões que podem justificar os insucessos para anestesia do nervo alveolar inferior (NAI). Uma delas é o erro na técnica cometido pelos dentistas, como injeção muito baixa do anestésico (abaixo do forame mandibular), que poderá ser corrigida reinjetando em um local mais alto ou injeção de anestésico muito anteriormente no ramo. Para sua correção deve-se redirecionar a extremidade da agulha posteriormente. E ainda a presença de inervação acessória para os dentes inferiores e anestesia incompleta dos incisivos centrais e laterais.

Considerando as técnicas para o BNAI e quando se objetiva a anestesia do nervo lingual para procedimentos localizados, algumas desvantagens podem ser observadas como a grande área de anestesia (desnecessária em procedimentos localizados), a taxa de anestesia inadequada (15% a 20%), os pontos de referencia intra-orais não confiáveis, aspiração positiva (10% a 15%, maior que todas as técnicas de injeção intra-oral), anestesia no lábio inferior, desconfortável para muitos pacientes e que pode ser perigosa para algumas pessoas, e ainda é possível que haja anestesia parcial quando há um nervo alveolar inferior bífido e canais mandibulares bífidos, (MALAMED, 2004).

A técnica anestésica proposta para anestesia do nervo lingual foi eficaz, conseguindo a dessensibilização apenas da região com a necessidade de se obter anestesia para o tipo de procedimento indicado, o que não é possível com a técnica para bloqueio do nervo alveolar inferior convencional. O desconforto nessa última técnica citada é gerado em virtude de anestesia dos tecidos moles linguais, que geralmente persiste por várias horas após a injeção (evidentemente, a duração depende do anestésico usado). O paciente sente-se incapaz de engolir e, devido à completa ausência de sensibilidade, é mais provável que haja autolesão dos tecidos moles anestesiados e também incapacidade de pronunciar bem as palavras, Malamed (2004).

Com a técnica aqui proposta para anestesia do nervo lingual o desconforto é reduzido por haver a dessensibilização apenas do local a sofrer a intervenção e ainda pelo efeito persistir por apenas alguns minutos, devido à reduzida quantidade de solução anestésica necessária.

As técnicas descritas consistem no depósito da solução anestésica em maior quantidade, sendo que para o bloqueio do nervo alveolar inferior convencional é necessário a infusão de 1,6 ml de solução anestésica, (MALAMED, 2004). Já para o bloqueio exclusivo do nervo lingual foi necessário 1/3 do tubete da solução anestésica (0,6ml), conforme a técnica aqui proposta. Essa menor quantidade de solução anestésica necessária reduz risco de toxicidade, traz mais conforto para o paciente e ainda permite que sejam realizados alguns procedimentos, em pacientes com alterações sistêmicas, onde se restringe a quantidade de anestésico utilizado.

Além disso, devido ao tempo de latência de algumas técnicas anestésicas, há necessidade de aguardar maior tempo para início do procedimento,

segundo Malamed (2001). No bloqueio mandibular pela técnica indireta, são necessários 3 a 5 minutos para início do procedimento, enquanto na técnica para anestesia do nervo lingual necessitou-se de um menor tempo, que em média foi menor do que 1 minuto, pois nesta segunda, o espaço onde o anestésico é depositado é pequeno, reduzindo a chance de dispersão da solução anestésica.

Durante a análise dos resultados, foi observado que alguns pacientes relataram no momento do teste, perda de sensibilidade na região posterior da língua, classificada como a raiz. Porém sabe-se que o nervo lingual é responsável pela inervação sensitiva dos 2/3 anteriores da língua (ápice e dorso). Tal situação pode ser justificada com a possibilidade de no momento do teste, o examinador ao fazer a punção na região posterior, não conseguir atingir a região da raiz, puncionando na região posterior do dorso.

Ao considerar que todos os pacientes voluntários já tinham sido anestesiados, em unanimidade, afirmaram ser a técnica aqui sugerida, menos desconfortável.

## CONCLUSÕES

A técnica anestésica proposta para anestesia do nervo lingual foi eficaz, sendo possível a anestesia apenas deste nervo, quando a necessidade for a dessensibilização da língua, da região sublingual ou da gengiva inferior lingual, não anestesiando outras estruturas, o que trás mais conforto para o paciente e menor risco de lesões labiais e da bochecha por trauma de mordida.

O tempo de latência é menor necessitando de menor quantidade de solução anestésica, quando comparado com as técnicas convencionais, resultando em benefícios sistêmicos e contribuindo para o tratamento de pacientes com distúrbios sistêmicos.

---

**ABSTRACT:** Often dentists find themselves in situations where there is need anesthetize the tongue or the tongue mucosa, which are sensitively innervated by the lingual nerve, a branch of the trigeminal nerve. For this use the same techniques for anesthesia of the inferior alveolar nerve, which are also simultaneously used for anesthesia of the lingual nerve. This work aimed to evaluate a new technique for specific anesthesia of the lingual nerve, in which the desensitization of the inferior alveolar nerve is not performed. We selected 32 volunteer patients, 16 males and 16 females, aged between 20 and 40, who attended the Emergency Dental (PSO) of the Federal University of Uberlandia, with emergency treatment, in which the nerve lingual be anesthetized. The work was performed in one step, which consisted in the use of proposed technique for anesthesia of the lingual nerve in one session. Assessing the effectiveness of the technique was performed through the soreness. The results were tested by Student t test and the Wilcoxon test, a statistical difference ( $p < 0.05$ ) when comparing the time intervals (1', 2', 3', 4', 5'), a same region, the apex (A), dorsal (D) and root (R). In relation to sex and antimere, there was no statistically significant difference. It is concluded that the proposed anesthetic technique for anesthesia of the lingual nerve was effective, with lower latency and requiring less amount of anesthetic solution, which contributes to the treatment of patients with systemic disorders.

**KEY WORDS:** Technique. Anesthesia. Lingual nerve.

**REFERÊNCIAS**

CHIAPASCO, M.; DE CICCO, 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, Oct. 1993.

KAUFMAM, E.; WEINSTEIN, P.; MILGROM, P. Difficulties in achieving local anesthesia. **JADA** v. 108, n. 2, p. 205-208, 1984;.

KREMER, E.; HAMPTON ATKINSON, J.; IGNELZI, R. J. Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. **Pain**, Amsterdam, v. 10, n. 2, p. 241-248, Apr. 1981.

MADEIRA, M. C. **Anatomia de face**. Bases anátomo-funcionais para prática odontológica. Ed. Sarvier, São Paulo, 2º Ed., 1997.

MAGALHÃES, A. E. O.; PEREIRA, M. C.; MÁRQUIS, I. M.; EVARISTO, M. D. **Anais** vol. 21- Ano 2001 21º Jornada Acadêmica de Araçatuba e 3º Simpósio de Pós-Graduação em cirurgia e Traumatologia Buço-Maxilo-Facial, Araçatuba, de 24 a 26 de maio de 2001.

MALAMED, S. F. **Manual de anestesia local**. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 4º. Ed.2001.

MALAMED, S. F. **Techniques of mandibular anesthesia**. In: Handbook of Local Anesthesia. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2004:227, 237.

MIDDLEHURST, R. J.; BARKER, G. R.; ROOD, J. P. Postoperative morbidity with mandibular third molar surgery: a comparison of two techniques. **J Oral Maxillofacial Surg**, v. 46, n. 6, p. 474-6, Jun, 1988.

PEREIRA, L. H. M. C.; RAMOS, D. L. P.; CROSATO, E. Ansiedade e dor em odontologia- Enfoque psicofisiopatológico. **Rev. Assoc. Paul Cir. Dent**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 285-290, jul./ago.1995.

SAMBROOK, P. G.; GOSS, A. N. Severe adverse reactions to dental local anaesthetics: prolonged mandibular and lingual nerve anaesthesia. **Australian Dental Journal**, v. 56, p. 154–159, 2011.

SIMÕES, S.; DIAS, Z. T.; LEITE, H. F. Estudo da distância do nervo lingual á face medial do corpo da mandíbula. **Rev.odontol**, v. 11, n. 1/2, p. 27-35, jan-dez, 1982.

**ANEXO 1**

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

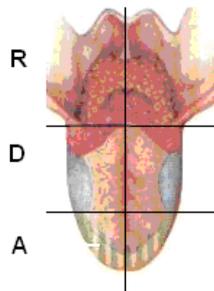
Idade: \_\_\_ anos.

Antímero anestesiado: ( ) esquerdo ( ) direito

1. Horário de infiltração \_\_\_\_:\_\_\_\_h.
2. Teste da sensibilidade dolorosa:

Sensibilidade  Tempo: Minutos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R

1- Áreas anestesiadas



2- Já foi anestesiado antes?

- ( ) Sim
- ( ) Não

3- Essa técnica de anestesia causou desconforto maior do que as outras técnicas?

- ( ) Sim
- ( ) Não