www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/h18a5n03

Necrose de palato por excesso de anestésico local: relato de caso clínico.

Palatal necrosis induced by local anesthetic overdose: a clinical case report.

Ana Maria Albuquerque de Oliveira[1]
Claudia Regina Barros Silva[2]
Orientador: Prof. Rodrigo Jacon Jacob[3]
Profa. Regina Marcia Serpa Pinheiro[4]

RESUMO

A necrose no palato duro é uma complicação pouco comum, mas significativa, que pode ocorrer devido ao uso inadequado de anestésicos locais durante procedimentos odontológicos. O objetivo será apresentar um relato de caso clínico de um paciente atendido na clínica odontológica do Afya Centro Universitário São Lucas apresentando quadro clínico de necrose asséptica do palato com relato de cirurgia extensa com intercorrências. É um caso de uma lesão necrótica na região palatina após receber muitas anestesias locais em um tratamento dentário. Clinicamente, foi observada uma ulceração,

[1] Acadêmica do curso de Odontologia do Centro Universitário São Lucas / Afya – Porto Velho. Artigo apresentado à IES como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia, Porto Velho/RO, 2026. E-mail: oliveiraanamaria2009@hotmail.com

[2] Acadêmica do curso de Odontologia do Centro Universitário São Lucas / Afya – Porto Velho. Artigo apresentado à IES como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia, Porto Velho/RO, 2026. E-mail: claudinhavelasques@gmail.com

[3] Orientador e Professor do Centro Universitário São Lucas / Afya – Porto Velho. Cirurgião Bucomaxilofacial da Secretaria de Saúde do Governo de Rondônia. E-mail: rodrigo.jacob@saolucas.edu.br

[4] Docente do Centro Universitário São Lucas / Afya – Porto Velho/RO. E-mail: regina.pinheiro@saolucas.edu.br.

acompanhada de perda de tecido e exposição do osso no palato duro. O diagnóstico foi realizado por meio de análise das características clínicas e exclusão de possíveis causas infecciosas ou sistêmicas. O tratamento incluiu a administração de medicamentos para aliviar a dor, seguido por sessões de laserterapia de baixa intensidade a cada dois dias, que levou a uma cicatrização completa em duas semanas. Concluímos que o tratamento com laserterapia tem grande eficácia, excluindo a necessidade cirúrgica, juntamente com a utilização de técnicas corretas de anestesia, respeitando a dose máxima recomendada, a fim de evitar complicações induzidas por profissionais e expandir o conhecimento e a conscientização a respeito das intercorrências com uso inadequados dos anestésicos locais.

Palavras-chave: Anestésicos locais. Necrose. Cirurgia bucal. Maxila. Palato.

ABSTRACT

Necrosis of the hard palate is an uncommon yet significant complication that can occur due to the improper use of local anesthetics during dental procedures. The objective is to present a clinical case report of a patient treated at the dental clinic of the Afya Centro Universitário São Lucas presenting with a clinical presentation of aseptic necrosis of the palate with a history of extensive surgery involving complications. This is a case of a necrotic lesion in the palatal region after receiving multiple local anesthetic injections during dental treatment. Clinically, an ulceration was observed, accompanied by tissue loss and exposure of the bone in the hard palate. The diagnosis was made through the analysis of clinical features and the exclusion of possible infectious or systemic causes. Treatment included the administration of medications to relieve pain, followed by low-level laser therapy sessions every two days, which led to complete healing in two weeks. We conclude that laser therapy is highly effective, eliminating the need for surgical intervention, alongside the use of proper anesthetic techniques respecting the recommended maximum dose, to avoid iatrogenic complications and expand knowledge and awareness regarding complications arising from the improper use of local anesthetics.

Keywords: Local anesthetics. Necrosis. Oral surgery. Maxilla. Palate.

INTRODUÇÃO

Na rotina da odontologia o anestésico local é um elemento crucial. De modo geral, ocorrem menos problemas relacionados à anestesia local; no entanto, é inegável que essa forma de anestesia pode levar a complicações em procedimentos dentários (Chaurasia, Archana et al., 2021). Conforme (Vínicius Fabris et al., 2018), o refluxo de sangue para o tubete anestésico é o único indicativo, mencionado por autores, que permite ao cirurgião-dentista confirmar a presença da agulha de anestesia no vaso sanguíneo e prevenir sua injeção intravascular. Assim, em pacientes com condições sistêmicas especiais, a aspiração ou refluxo se torna ainda mais relevante.

Os tecidos do palato possuem uma característica relativamente densa, são limitados, rígidos e estão fortemente colados ao osso inferior. Quando o anestésico local é injetado de maneira rápida e/ou intensa nos tecidos palatinos que estão aderidos, ocorre a geração de alta pressão tecidual, resultando em dor e sensibilidade nessa região (Gogna N, Hussain S, Al-Rawi S. 2015).

Após a injeção rápida de soluções anestésicas locais, especialmente as que possuem vasoconstritor, podem surgir complicações como necrose tecidual. A descamação do tecido epitelial pode ser consequência da aplicação prolongada de um agente anestésico tópico (Gupta R, et al. 2016). Conforme (Malamed SF, 2013), uma alta concentração de um agente vasoconstritor em um anestésico local (1:50.000) ou a administração de várias injeções na mesma região durante a mesma consulta também significam um risco.

Segundo (Chaurasia, Archana et al., 2021), a mucosa do palato é bastante densa, bem fixa e rígida, estando firmemente presa ao osso palatino logo abaixo. Quando se aplica uma anestesia local de forma muito forçada, pode causar dor e sensibilidade nessa região. Isso acontece porque, às vezes, o procedimento bloqueia o fluxo de sangue na área, por meio de vasoconstrição, o que acaba privando o tecido de nutrientes e oxigênio. Essa falta de circulação adequada pode levar à morte do epitélio que cobre a mucosa.

Segundo (Sharma U, 2017), o trauma causado pela inserção da agulha ou pela solução em si pode resultar em queimaduras e inchaço dos tecidos, o que pode reativar vírus latentes, como o herpes, e provocar vasculopatia de artérias grandes ou pequenas, levando à isquemia. Nesse sentido, é fundamental aspirar antes de injetar o anestésico, realizar injeções lentas e manter contato verbal com o paciente, a fim de identificar qualquer sinal ou sintoma precoce de intoxicação ou injeção intravascular inadvertida (Santos 2012).

É possível afirmar que é fundamental ter entendimento acerca dos aspectos farmacológicos dos anestésicos locais, suas principais indicações e contraindicações, assim como as potenciais reações locais e sistêmicas decorrentes do uso desses agentes. Além disso, é essencial realizar uma anamnese detalhada, levando em conta os fatores de risco específicos de cada paciente, como aqueles relacionados à idade e às comorbidades, além de garantir um manejo apropriado da técnica selecionada, visando proporcionar ao paciente maior conforto e reduzir riscos associados ao uso dos anestésicos locais (Barbosa et al, 2018).

A necrose é um tipo sequente de morte celular acidental, marcado pelo inchaço das células e pela perda da totalidade da membrana, caracterizada pelo inchaço das células e ruptura da membrana plasmática, é o tipo mais frequente de morte celular acidental, geralmente em resposta a um estresse celular severo, seja ele químico ou físico (Vanlangenakker et al. 2012).

Segundo (Shibli, Faverani, Delanora, 2021), a presença de osso necrótico em ambiente contaminado, como a cavidade bucal, compromete significativamente a resposta dos tecidos, mesmo diante da terapêutica antimicrobiana. Em decorrência disso, muitos pacientes são submetidos a tratamentos medicamentosos prolongados, os quais podem acarretar efeitos adversos relevantes, incluindo danos severos e, em alguns casos, irreversíveis. Adicionalmente, as lesões necróticas tendem a estender-se aos tecidos moles, uma vez que agentes antirreabsortivos e antiangiogênicos reduzem a proliferação de fibroblastos e promovem a senescência de queratinócitos, prejudicando a regeneração tecidual.

A exposição do osso necrótico, associada à contaminação pela microbiota oral e às alterações nos tecidos moles adjacentes, exige a consideração de abordagem cirúrgica, bem como a adoção de condutas terapêuticas que visem à otimização da resposta tecidual. O objetivo principal dessas intervenções é alcançar a resolução sintomática e o fechamento completo da ferida, favorecendo a reparação funcional e morfológica da região acometida (Shibli, Faverani, Delanora, 2021). Conforme afirma (Shibli, Faverani, Delanora, 2021), mesmo com o uso de antibióticos, a presença de osso necrótico em um ambiente contaminado, como a cavidade bucal, limita a resposta dos tecidos. Como resultado, muitos pacientes usam medicamentos que podem causar danos graves e irreversíveis por longos períodos.

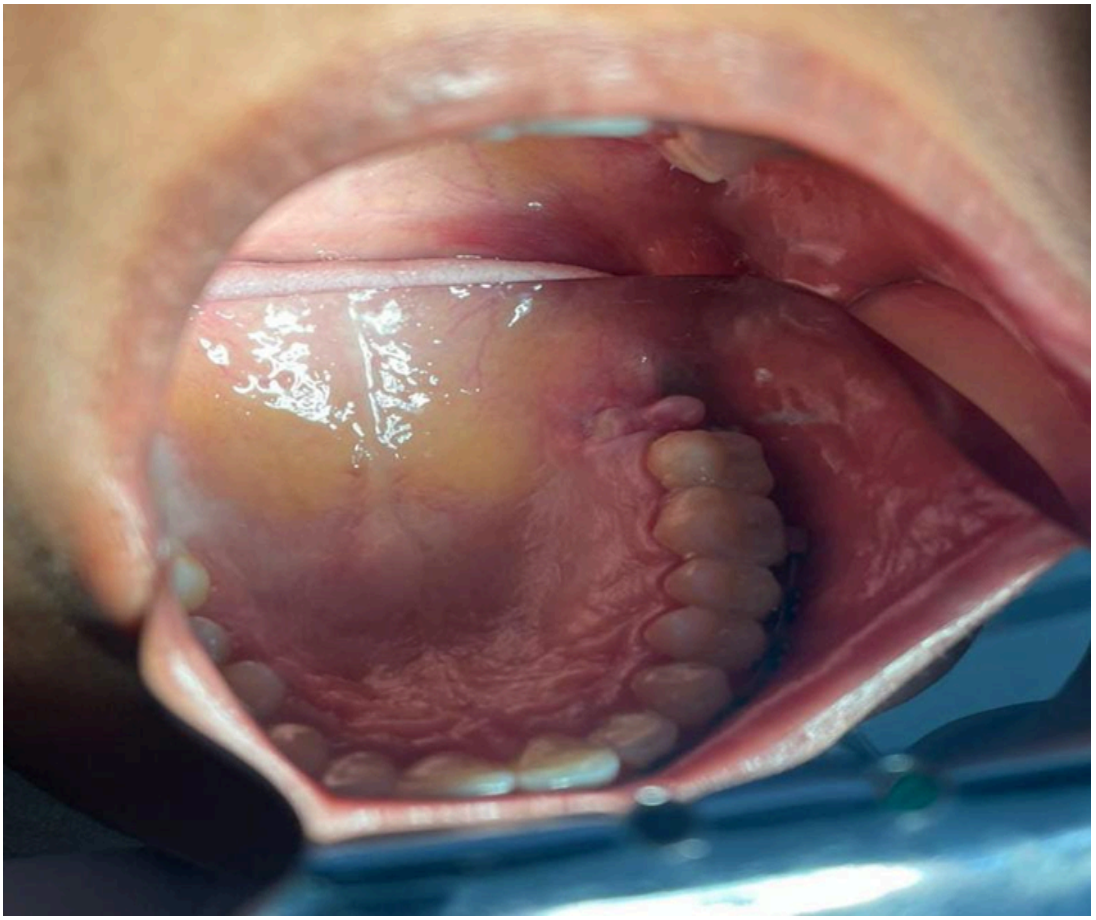
Diante desse contexto, apresentamos um relato de caso clínico de uma paciente que foi atendida na urgência da clínica acadêmica de odontologia Afya São Lucas Porto Velho apresentando quadro clínico de necrose asséptica do palato com relato de cirurgia recente de extração de terceiro molar superior ipsilateral com intercorrências.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 24 anos de idade, compareceu ao Centro Odontológico Afya Porto Velho/RO, relatando desconforto na região do palato duro, local previamente submetido à exodontia do dente 28. Durante a anamnese, informou não apresentar doenças sistêmicas diagnosticadas, como diabetes mellitus ou hipertensão arterial, bem como negou o uso contínuo de medicamentos. Na avaliação física, todos os parâmetros se mantiveram dentro da normalidade.

No exame clínico foi evidenciada extensa área de necrose na mucosa palatina, localizada na região correspondente à extração do dente 28, sem sinais de comunicação oronasal (Figura 1).

Figura 1 – Aspecto clínico intraoral inicial da paciente evidenciando ulceração extensa em palato duro, com bordas eritematosas, leito central recoberto por tecido fibronecrótico esbranquiçado e áreas de exposição do osso palatino subjacente.



Fonte: Prof. Rodrigo Jacon Jacob (2026).

A complicação foi atribuída a um planejamento inadequado das incisões palatinas, associado ao uso do anestésico com vasoconstritor.

Diante do quadro, procedeu-se para avaliação da eficácia da laserterapia no manejo da necrose palatina, foram realizadas sessões de laser de baixa intensidade sobre a lesão, com intervalos de 48 horas entre as aplicações (Figura 2).

Figura 2 – Constata-se a resposta tecidual favorável, caracterizada pela redução linear e volumétrica do diâmetro da úlcera, eliminação quase completa do halo fibrinoso central e intensa proliferação de tecido de granulação jovem a partir das margens da lesão.



Fonte: Prof. Rodrigo Jacon Jacob (2026).

Após 15 dias, observou-se redução significativa da área necrótica e do processo inflamatório, evolução que se manteve e constatou-se melhora clínica expressiva, com remissão completa das lesões (Figura 3).

Figura 3 – Ao término de duas semanas, observou-se a reparação morfológica completa e reepitelização íntegra da mucosa palatina, sem a necessidade de intervenção cirúrgica.



Fonte: Prof. Rodrigo Jacon Jacob (2026).

Dessa forma, este relato demonstra que a laserterapia de baixa potência constitui uma alternativa terapêutica viável, capaz de promover analgesia e acelerar o processo de cicatrização em casos de necrose de palato.

DISCUSSÃO

A necrose no palato duro é uma complicação pouco comum, mas altamente significativa dentro da rotina odontológica, podendo ocorrer devido ao uso inadequado de anestésicos locais durante procedimentos cirúrgicos ou restauradores (Chaurasia; Archana et al., 2021). Conforme abordado por Barbosa et al. (2018), o entendimento aprofundado acerca dos aspectos

farmacológicos das soluções anestésicas, suas indicações, contraindicações e reações locais é indispensável para garantir o manejo apropriado da técnica selecionada, reduzindo os riscos associados ao uso desses agentes.

A justificativa para o acometimento dessa região reside no fato de que os tecidos do palato possuem uma característica relativamente densa, sendo limitados, rígidos e fortemente colados ao osso inferior (Gogna; Hussain; Al-Rawi, 2015). Chaurasia e Archana et al. (2021) corroboram que a mucosa do palato é bastante densa e bem fixa. Dessa forma, quando o anestésico local é aplicado e injetado de maneira rápida, forçada e/ou intensa nos tecidos palatinos aderidos, ocorre a geração de uma alta pressão tecidual, resultando em dor, sensibilidade e isquemia local por microcompressão mecânica (Gogna; Hussain; Al-Rawi, 2015; Chaurasia; Archana et al., 2021).

Além do fator de pressão, a incorporação de vasoconstritores nas soluções anestésicas exige atenção. Conforme afirma Malamed (2013), a administração de uma alta concentração de um agente vasoconstritor (como 1:50.000) ou a aplicação de várias injeções consecutivas na mesma região durante a mesma consulta significam um sério risco para a integridade dos tecidos moles. Essa ação bloqueia o fluxo de sangue na área por meio de uma vasoconstrição prolongada, privando temporariamente o tecido de nutrientes essenciais e oxigênio (Chaurasia; Archana et al., 2021). Esse estresse celular químico severo e a falta de circulação adequada rompem a homeostase tecidual, levando à morte do epitélio que cobre a mucosa através do processo de necrose, marcado pelo inchaço das células e ruptura da membrana plasmática (Vanlangenakker et al., 2012).

Ademais, conforme os achados de Sharma (2017), o próprio trauma físico causado pela inserção repetida da agulha ou pela toxicidade da própria solução química pode resultar em queimaduras, inchaço dos tecidos e vasculopatia de artérias grandes ou pequenas, gerando áreas isquêmicas secundárias. Para mitigar essas intercorrências iatrogênicas ou induzidas por profissionais, Santos (2012) reforça a necessidade imperiosa de se realizar a aspiração prévia antes de injetar o líquido, além de proceder com injeções lentas e

manter constante contato verbal com o paciente para monitorar sinais precoces de toxicidade.

Diante de uma ferida aberta com presença de osso necrótico exposto em um ambiente contaminado pela microbiota oral, a resposta tecidual natural fica significativamente comprometida, limitando o potencial de reparação mesmo sob o uso de terapêutica antimicrobiana (Shibli; Faverani; Delanora, 2021). Embora a exposição óssea e as alterações nos tecidos moles adjacentes frequentemente levem à indicação de abordagens cirúrgicas de remoção tecidual, a adoção de condutas conservadoras adjuvantes mostra-se altamente superior para alcançar o fechamento completo da ferida e a reparação funcional (Shibli; Faverani; Delanora, 2021).

Nesse cenário, o uso complementar da laserterapia de baixa intensidade a cada dois dias demonstrou grande eficácia clínica. A terapia por laser modula a inflamação e acelera o processo regenerativo sem a necessidade de intervenções cirúrgicas, promovendo a resolução sintomática álgica da paciente e o restabelecimento da integridade morfológica da mucosa do palato duro em apenas duas semanas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o tratamento com laserterapia de baixa intensidade apresenta grande eficácia na resolução da necrose asséptica de palato duro, excluindo por completo a necessidade de intervenções cirúrgicas invasivas e acelerando o processo de cicatrização tecidual.

Ademais, este caso reforça a importância primordial da utilização de técnicas corretas de anestesia local pelo cirurgião-dentista, respeitando rigorosamente a dose máxima recomendada, realizando injeções lentas e evitando pressões excessivas em tecidos densos como o palato. O relato expande o conhecimento e a conscientização na comunidade odontológica a respeito das intercorrências induzidas por profissionais pelo uso inadequado dos anestésicos locais, servindo como guia preventivo na prática clínica diária.

REFERÊNCIAS

ADAM S, SAMA H, VOUREY G, KPÉMISSI E. Iatrogenic palatal necrosis: What is your approach to treatment? Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis [Internet]. 2015. Disponível em: doi.org. Acesso em: 20 set. 2025.

AMORIM, PHGH; AVELAR, RL; GASPAR, B. da S.; ALENCAR, PNB; PINHEIRO, CA da S.; NETO, RSM; SILVA, PG de B. Necrose da mucosa palatina tratada com plasma rico em fibrina / Necrose da mucosa palatina tratada com plasma rico em fibrina. Revista Brasileira de Revisão de Saúde, [S. l.], v. 3, pág. 4501–4510, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n3-048. Disponível em: brazilianjournals.com.br. Acesso em: 7 set. 2025.

BARBOSA, Bárbara Andrade et al. Intoxicação com anestésicos locais: revisão de literatura. Revista Intertox de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade, v. 2, 2018. Disponível em: revistarevinter.com.br. Acesso em: 10 set. 2025.

BECKER DE, REED KL. Anestésicos locais: revisão de considerações farmacológicas. Anesth Prog. 59:90–101, 2012.

CAGIMNIi P, GOVSA F, OZER MA, KAZAK Z. Computerized analysis of the greater palatine foramen to gain the palatine neurovascular bundle during palatal surgery. Surg RadiolAnat. Feb; 39(2):177-184, 2017.

CARROLL MJ. Necrose tecidual após infiltração bucal. Br Dent J. 1980; 149:209–10. Disponível em: nih.gov. Acesso em: 20 Ago. 2025.

CHAURASIA A, AIRAN M, MALL S, GUPTA S, SHARMA H, MOHINI A. Necrose Palatina Asséptica Pós-anestésica - Relato de caso. Ann Maxillofac Surg. Janeiro-junho; 11(1): 173-175 2021. Disponível em: nih.gov. Acesso em: 20 Ago. 2025.

FABRIS, Vínicius et al. Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o uso de anestésicos locais em pacientes: diabéticos, hipertensos, cardiopatas, gestantes e com hipertireoidismo. Journal of Oral Investigations, Passo Fundo, vol. 7, n. 1, p. 33-51, Jan-Jun, 2018. Disponível em: researchgate.net. Acesso em: 18 Ago. 2025.

GARGI V, MOHAN RPS, KAMARTHI N, GUPTA S. Palatal Perforation: A Rare Complication of Postanesthetic Necrosis. Contemp Clin Dent. Jul-Sep; 8(3): 501-505, 2017. Disponível em: www.com. Acesso em: 20 Ago. 2025.

GOGNA N, HUSSAIN S, Al-RAWI S. Case reports: Palatal mucosal necrosis after administration of a palatal infiltration. Br Dent J 2015;219:560-1. Disponível em: nih.gov. Acesso em: 20 Ago. 2025.

GUPTA R, GARG M, PAWAH S, GUPTA A. Ulceração pós-anestésica do palato: uma complicação rara. Natl J Maxillofac Surg. 7:86–8, 2016. Disponível em: www.com. Acesso em: 15 ago. 2025.

MALAMED SF. Manual de Anestesia Local. 2004 5ª edição, St. Louis, CV Mosby Co.

MALAMED SF. Techniques of maxillary anaesthesia. In: Handbook of Local Anesthesia. 3rd ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2013. Disponível em: anestesia.org.ar. Acesso em: 18 Ago. 2025.

PAIVA, Amanda Corredato et al. ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS DA OSTEONECROSE DA MANDÍBULA: IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA ODONTOLÓGICA. Revista Foco, v. 17, n. 7, p. e5255, 2024. Disponível em: focopublicacoes.com.br. Acesso em: 22 set. 2025.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Manual de Padronização de Curativos. São Paulo. Janeiro/2021:61p, 2021. Disponível em: bvsalud.org. Acesso em: 21 Set. 2025.

RIBEIRO, G. H. et al. Osteonecrosis of the jaws: a review and update in etiology and treatment. Brazilian Journal of Otorhinolaryngol. v. 84, n.1, p. 102-108, 2018. Disponível em: doi.org. Acesso em: 19 set. 2025.

SANTOS, F.C. Intoxicação Anestésica: causa, efeito e tratamento. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

SANTOSH R. Patil. Proposed Classification for the Palatal Perforation. J Interdiscipl Med Dent Sci. 4:2, 2016. Disponível em: omicsonline.org. Acesso em: 20 set. 2025.

SECCHI, T. M. et al. Fotobiomodulação para prevenção e tratamento de osteonecrose induzida por bisfosfonato: estudo piloto em modelo animal. Revista Cereus, v. 15, n. 1, p. 120-132, 2023. Disponível em: unirg.edu.br. Acesso em: 19 set. 2025.

SHARMA, Urvashi. Úlcera palatina: uma complicação anestésica local. Indian Journal of Health Sciences and Biomedical Research KLEU: Vol. 10: Edição 1, Artigo 19, 2017. Disponível em: researchcommons.org. Acesso em: 15 set. 2025.

SHIBLI, J et al. Osteonecrose dos maxilares relacionada a medicamentos: otimização da resposta tecidual. Revistaimplantnews, Fev, 2021. Disponível em: revistaimplantnews.com.br. Acesso em: 18 Ago. 2025.

TAVELLI L, BAROOTCHI S, RAVIDA A, Oh TJ, WANGHL. What Is the Safety Zone for Palatal Soft Tissue Graft Harvesting Based on the Locations of the Greater Palatine Artery and Foramen? A Systematic Review. J Oral Maxillofac Surg. Feb;77(2):271.e1-271.e9, 2019.

VANLANGENAKKER N, VANDEN BERGHE T, VANDENDENABEELE P. Muitos estímulos acionam o gatilho necrótico, uma visão geral. Morte celular difere. 19 : 75–86, 2012. Disponível em: nih.gov. Acesso em: 15 Ago. 2025.