

DOR



orofacial

Fascículo 01

DOR OROFACIAL

José Tadeu T. de Siqueira

- Cirurgião-Dentista
- Coordenador da Equipe de Dor Orofacial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
- Autor do Livro "Dor Orofacial: Diagnóstico, Terapêutica e Qualidade de Vida"
- Diretor Administrativo da SBED 2004/2006
- Diretor Administrativo da SBED 2007/2008
- Diretor Tesoureiro da SBED 2009/2010



INTRODUÇÃO

O controle da dor e o alívio do sofrimento fazem parte do cotidiano da Odontologia e são objetivos primários da atividade do cirurgião dentista. Muitas doenças odontológicas manifestam-se através do sintoma dor e exigem diagnóstico preciso, quer para seu tratamento, quer para o controle da dor. Além disso, existe um grande número de procedimentos cirúrgicos em odontologia, e a dor deve ser controlada tanto no trans como no pós-operatório, atitudes que dão conforto para o paciente e contribuem para reduzir complicações pós-operatórias.

Conhecer as características dessa área é indispensável aos cirurgiões dentistas, e necessária aos médicos que atuam no segmento crânio-cérvico-facial, ou que tratam pacientes com dor crônica. Boa parte das causas de dor orofacial é de origem odontológica e deve ser reconhecida para o diagnóstico diferencial de cefaléias e algias craniofaciais, por exemplo.

Para melhor compreensão sobre o tratamento da dor em odontologia é fundamental considerar algumas particularidades sobre a região orofacial:

- 1- A face abriga funções que são a essência da nossa humanidade, pois nos permitem falar, sorrir, ver, beijar, cheirar, saborear, alimentar, chorar e transmitir emoções (Department of Human Health, 2000). A importância dessa estrutura para a sobrevivência

Apoio



é realçada pelos diversos reflexos que permitem a integração das suas funções e que contribuem para a sobrevivência, como demonstra a sua extensa representação no córtex cerebral (Miyamoto et al., 2006);

- 2- A boca alberga uma microbiota abundante que contribuiu para nossos mecanismos de defesa e com a qual vivemos em simbiose, entretanto também pode causar infecções ou ser fator de risco para doenças sistêmicas, como as cardiovasculares, metabólicas (diabetes mellitus) ou reumatológicas (Ford et al., 2007);
- 3- Os dentes são órgãos complexos e fonte frequente de dor referida e incapacitante; podem ser afetados por doenças locais ou sistêmicas e a manifestação clínica da dor dentária pode ser muito variável;
- 4- A mandíbula é um osso único movimentado por duas articulações diartrodiais (articulações temporomandibulares - ATM), o que torna essa estrutura móvel bem específica e nem sempre fácil de compreender funcionalmente, principalmente quando o segmento craniofacial é afetado por doenças;
- 5- A face é inervada principalmente pelo sistema trigeminal, reconhecidamente complexo e que se distribui amplamente por todo o segmento cefálico, incluindo estruturas faciais e cranianas (Sessle, 2000), o que explica o fato de as dores orofaciais serem frequentemente difusas, referidas e mal localizadas.

A epidemiologia demonstra que a dor aguda odontogênica é uma das mais comuns que afetam a humanidade, enquanto as dores crônicas orofaciais são importantes causas de sofrimento e incapacitação (Merskey, Bogduk, 1994; Okeson, 2006).

ORIGEM DA DOR EM ODONTOLOGIA

Embora os próprios cirurgiões dentistas considerem que a inflamação é a principal origem da dor odontológica, não deve ser desconsiderada a dor neuropática, principalmente a que se segue às cirurgias ou tratamentos odontológicos (exs.: pós-endodontias, pós-traumáticas, pós-implantodontia ou após cirurgia ortognática). Então vamos considerar que também em odontologia a dor pode ser:

- 1- *Inflamatória ou nociceptiva*, a qual geralmente é aguda e relaciona-se ao traumatismo mecânico ou cirúrgico dos tecidos. Para controlar essa dor é fundamental controlar a inflamação; felizmente cessa à medida que o tecido cicatriza. Este tipo de dor é o mais encontrado na Odontologia. Exs.: pulpites, dor pós-cirúrgica oral ou maxilar, infecções odontogênicas ou maxilares.
- 2- *Neuropática*, quando a dor decorre de lesão neuronal, periférica ou central. Normalmente torna-se crônica, exige tratamento por tempo prolongado ou permanente e seu controle pode exigir tratamento multidisciplinar. Os exemplos mais conhecidos em Odontologia são: neuralgia idiopática do trigêmeo, “dor facial atípica” ou “odontalgia atípica”, síndrome da ardência bucal e dor pós-operatória persistente.

Considerar que dor “inflamatória” e dor “neuropática” são quadros algícos diferentes, embora possam parecer clinicamente similares e, algumas vezes, podem estar associadas o que pode dificultar mais ainda o diagnóstico. Todavia, o tratamento de ambas difere substancialmente.

POR QUE É IMPORTANTE CONTROLAR A DOR EM ODONTOLOGIA?

Certamente para dar conforto e qualidade de vida ao paciente. Entretanto, existem muitas outras razões. Eis algumas delas:

- 1- Alguns pacientes com dor orofacial crônica, como a “dor facial atípica” relatam que sua dor iniciou após procedimentos odontológicos relativamente simples, como: exodontia, cirurgia periodontal ou colocação de um implante osteointegrável.

- 2- Pacientes com dor persistente ou crônica relatam que tudo começou com uma cirurgia oral ou facial e que a dor nunca foi controlada durante o pós-operatório imediato.
- 3- Pacientes crônicos, com dor neuropática pós-cirúrgica orofacial nem sempre recebem o diagnóstico precoce dessa condição; desse modo o tratamento específico é adiado e a condição clínica agrava-se ainda mais pela deterioração da condição emocional, incluindo quadros depressivos.
- 4- Existe uma variabilidade genética ampla para a dor orofacial, então não sabemos quais dos nossos pacientes são mais susceptíveis a desenvolver dor crônica.

Portanto, o controle da dor aguda em todos os pacientes pode ser importante fator de prevenção de dor crônica e de futuros transtornos ao paciente.

CLASSIFICAÇÃO DAS DORES OROFACIAIS

As dores orofaciais têm múltiplas origens, são frequentemente difusas e, embora sejam principalmente de origem local, também podem ser decorrentes de estruturas cranianas, cervicais ou torácicas. Variam da conhecida e temida dor de dente à incapacitante neuralgia do trigêmeo. São primordialmente de origem não oncológica, porém não devem ser esquecidas as causadas pelo câncer de boca (Siqueira, 2007). As dores orofaciais odontológicas são oriundas de doenças ou distúrbios funcionais que envolvem o aparelho mastigatório, particularmente a cavidade oral, dentes, maxilares, articulação temporomandibular (ATM) e os músculos da mastigação. Essas estruturas albergam as causas mais comuns das dores orofaciais (American Academy of Orofacial Pain, 1996) e também estão relacionadas no item 11 da Classificação Internacional de Cefaléias (International Headache Society, 2004).

Podem ser **agudas**, como as pulpites, as infecções odontogênicas, a dor pós-operatória e os traumatismos musculoesqueléticos temporomandibulares ou **crônicas**, como a dor e disfunção mandibular decorrentes de distúrbios temporomandibulares (DTM), a síndrome da ardência bucal e a dor neuropática oral (ex.: dor neuropática pós-cirúrgica, odontalgia atípica ou dor facial atípica).

A seguir serão apresentadas resumidamente algumas das condições mais frequentes de dor aguda ou crônica em odontologia: Odontalgias, Dor pós-operatória oral ou maxilar, Dor neuropática oral, Dor na mucosa oral, Dor e disfunção temporomandibular (DTM) e Dor orofacial no câncer.

1. ODONTALGIAS / DOR DE DENTE

As odontalgias são muito frequentes e são as principais causas de dor orofacial aguda. Têm múltiplas etiologias, sendo a maioria decorrente de doenças que afetam primariamente o dente e seus anexos, como a cárie e a doença periodontal.

As doenças pulpares e periodontais são principalmente inflamatórias, geralmente progressivas e apresentam diferentes estágios evolutivos que permitem sua diferenciação clínica. As principais doenças ou afecções que causam odontalgias ou dor de dente são: sensibilidade dentinária, pulpites, gengivites, periodontites, pericementites, pericoronarite e alveolite.

Diagnóstico diferencial das odontalgias: No diagnóstico diferencial é necessário incluir a possibilidade de dor referida ao dente por estruturas adjacentes ou distantes, como de seios maxilares, crânio, pescoço ou tórax ou, raramente, pode ser decorrente de doenças sistêmicas, como a leucemia, que pode afetar secundariamente a polpa dentária ou o periodonto. A dor pulpar pode surgir bruscamente e confundir o paciente e o clínico por ser difusa e causar dor generalizada na face ou cabeça (Siqueira et al., 2004a). Deve ser diferenciada da neuralgia idiopática do trigêmeo (Siqueira et al., 2004b), da cefaléia primária, como a cefaléia em salvas e a hemicrania (Graaf-Radford, 1991), e da odontalgia atípica (Nóbrega et al., 2007). Eventualmente a dor torácica (infarto agudo do miocárdio e a angina instável) podem se manifestar como dor no dente ou na face (Franco et al., 2005; Kreiner et al., 2007).

Tratamento das odontalgias: O tratamento depende do diagnóstico e primariamente visa remover a causa. A remoção da cárie, as restaurações dentárias, o tratamento endodôntico, o tratamento periodontal e ou a remoção do dente são intervenções habituais que permitem a remoção da causa e o concomitante alívio da dor na maioria dos casos. O uso de fármacos pode ser importante medida no controle da dor de dente, principalmente quando moderada ou intensa, inclusive em associação, tanto de analgésicos de ação

periférica (exs.: acetaminofeno e dipirona), analgésicos anti-inflamatórios não-esteroidais (exs.: ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, meloxicam) ou analgésicos opióides (exs.: codeína, tramadol, morfina, metadona, oxicodona).

TIPOS MAIS COMUNS DE ODONTALGIAS / DOR DE DENTE

1.1. *Pulpite*

É a inflamação da polpa dentária, ou seja, do feixe vásculonervoso que se encontra no interior das paredes rígidas dos dentes (Marshall, 1993; American Academy of Orofacial Pain, 2008). Pode iniciar pela hiperemia e evoluir para a necrose ou infecção óssea. As crises algicas dependem do estado inflamatório da polpa e variam em qualidade e intensidade. Isso torna a dor pulpar extremamente variável e desconcertante, sendo frequente seu desencadeamento ou piora durante a ingestão de líquidos ou alimentos, principalmente em temperaturas extremas: ou frio ou quente. Pela posição da cabeça, é comum acordar o paciente durante o sono (Rode et al., 2000). Dor latejante ou pulsátil é o descritor mais frequente nessas circunstâncias e a intensidade geralmente é forte ou fortíssima. A dor geralmente é difusa e uma das principais causas de cefaléia secundária de origem odontológica.

1.2. *Sensibilidade dentinária*

É a terrível dor do “colo dentário”. É súbita, tipo paroxística, em pontada ou choque e desencadeada por temperaturas extremas, principalmente pelo frio, ar ambiente ou durante a escovação dos dentes. Deve ser considerada no diagnóstico diferencial das pulpites e da neuralgia do trigêmeo.

Tratamento: varia do uso de dentifrícios especiais à proteção da área com material restaurador até, excepcionalmente a remoção da polpa dentária.

1.3. *Fratura da coroa ou da raiz do dente*

Fraturas na coroa são facilmente diagnosticadas, na maioria dos casos, porém, a fratura radicular pode ser de difícil localização e aumentar a dificuldade clínica durante o diagnóstico. Histórias de traumatismos dentários ou restaurações extensas devem ser investigadas. A dor pode ser espontânea ou provocada pela

percussão do dente ou durante a mastigação. Pode também haver mobilidade dentária. É necessário o exame radiográfico do dente e, eventualmente a tomografia computadorizada para identificar o problema. A dor pode ser difusa na face e causar a síndrome do dente fraturado (Mesrkey & Bogduk, 1994). Diagnóstico diferencial com pulpites, periodontites e odontalgia atípica.

Tratamento: pode ser conservador ou radical por extração do dente. Analgésicos e antiinflamatórios são úteis para o controle da dor.

1.4. *Gengivite e Periodontite*

Gengivite é a inflamação gengival e periodontite é a inflamação da articulação alvéolo-dentária (periodonto) que liga o dente ao osso alveolar e que permite o limitadíssimo movimento dentário. O periodonto é ricamente vascularizado e innervado por mecanorreceptores (Marshall, 1993) e participa ativamente da sensibilidade tátil do aparelho mastigatório. Em geral a dor periodontal é do tipo artrítica e o dente fica bem dolorido ao toque e à mastigação. As causas mais frequentes são as infecciosas, como na doença periodontal, e a traumática, como no bruxismo. Eventualmente contribui para a dor difusa em pacientes que já apresentam dor crônica da face ou de cabeça. A dor é localizada, fraca a intensa e, não raras vezes, descrita como “coceira”. Impacção de alimentos na gengiva pode piorar a dor algum tempo depois da mastigação. Pode haver queixa de aumento do dente, e, eventualmente, edema gengival ou facial (Ishihara et al., 1991). Inflamação e sangramento gengival, mobilidade dentária, dor difusa na gengiva ou na face, principalmente após a mastigação de alimentos fibrosos, são algumas das possíveis manifestações das periodontopatias (Lindhe et al., 1999). O exame radiográfico pode mostrar lesão periodontal e óssea.

Tratamento: intervencionista para eliminar a infecção. Antibióticos e analgésicos e anti-inflamatórios contribuem para o controle da doença e da dor. No caso do bruxismo as placas de mordida são indicadas, porém na fase aguda podem ser usados analgésicos.

1.5. *Infecções odontogênicas*

As infecções que causam dor orofacial são em geral de natureza aguda e exigem intervenção imediata para evitar complicações, risco de vida ou internações. As infecções dentárias crônicas geralmente são indolores, mas podem agravar a intensidade e a frequência da dor em doentes com afecções crônicas e comprometer a condição de imunossuprimidos (Ford et al., 2007). O risco é maior em casos de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus ou na gestação. Presença

de febre, mal estar, edema e infartamento ganglionar deve ser investigado, particularmente nos casos de dor súbita e intensa sem causa aparente. Alveolite e pericoronarite são infecções agudas que causam dor forte e exigem pronto atendimento.

Alveolite: é a infecção do alvéolo ósseo que ocorre após extração do dente. A dor pode ser fortíssima e difusa na face e cabeça..

Pericoronarite é a infecção gengival associada à erupção dental, normalmente dos terceiros molares.

Osteomielite maxilar é mais incomum na atualidade, é crônica e pode causar dor forte nos períodos de agudização. Parestesia e dor neuropática podem ocorrer pela doença ou decorrente do tratamento cirúrgico.

Tratamento das infecções: depende das características e gravidade da infecção, mas normalmente é intervencionista e farmacológico (antibióticos, analgésicos).

1.6. Pericementite ou periodontite apical aguda

Corresponde à inflamação aguda no periodonto, que pode ter origem pulpar ou periodontal, e causa dor contínua e fortíssima impossibilitando de tocar o dente comprometido. O paciente tem sensação de aumento do dente e evita tocá-lo. A dor é claramente irradiada do dente, mas espalha-se à face e cabeça..

Tratamento: quando infecciosa exige antibióticos. O controle da dor exige anti-inflamatórios e analgésicos de ação central. A injeção de corticóide intracanal ou periapical pode ser necessária para o controle da crise de dor. Não está indicado quando há infecção aguda.

2. DOR PÓS-OPERATÓRIA ORAL OU MAXILAR

O número de cirurgias odontológicas aumentou na atualidade, sendo ainda comuns as extrações dentárias, além de cirurgias para colocação de implantes osteointegráveis, cirurgias de fraturas e cirurgias ortognáticas. Embora existam medidas farmacológicas e não farmacológicas eficientes para o controle da dor pós-operatória moderada a intensa existem pacientes que reclamam de dor persistente após terem se submetido a cirurgias na boca ou na face. Esse grupo também merece atenção especial, pois parte deles pode ter dor neuropática pós-cirurgias orais (ver item a seguir).

Tratamento: visa o controle da inflamação e é realizado com medidas físicas e o uso de fármacos (ver acima no tratamento das odontalgias).

3. DOR NEUROPÁTICA ORAL

Neste item serão discutidas: Dor facial atípica (odontalgia atípica) e a síndrome da ardência bucal (SAB) e Dor pós-cirúrgica orofacial persistente. A neuralgia do trigêmeo não será discutida neste artigo, entretanto seu diagnóstico diferencial está descrito no Quadro 1.

3.1. Dor facial atípica (odontalgia atípica)

O termo dor facial atípica compreende condição álgica que ainda é motivo de controvérsias e de difícil classificação (Zakrzewska, 2004). Pode apresentar-se como dor profunda localizada em uma área limitada da face, ou em ambos os lados, frequentemente na maxila e associada a dor mandibular ou cervical sem anormalidades neurológicas (Solomon & Lipton, 1991). Seguramente os pacientes com dor facial atípica têm longas histórias de dor, melhoras inadequadas, alto índice de intervenções, o que supõe iatrogenia, e têm alta prevalência de distúrbios emocionais (Woda et al., 2005; Nóbrega et al., 2007).

A classificação internacional de cefaléias classifica essa condição como dor facial idiopática persistente, de origem central, sem característica das neuralgias cranianas, que não tem evidências físicas ou demonstráveis de causas orgânicas (CIC, 2004).. Nos últimos anos, com o refinamento de métodos diagnósticos e treinamento mais apurado de profissionais de diversas áreas da saúde, o diagnóstico das rebeldes dores faciais atípicas reduziu significativamente. A odontalgia atípica refere-se à dor em dente ou região do rebordo com características semelhantes às das odontalgias, mas com etiologia possivelmente neuropática. A dor é persistente e insolúvel e continua após a extração do dente, ou parece ocorrer em outro dente adjacente. Frequentemente, os doentes relatam terem sofrido inúmeras cirurgias sem alteração do quadro doloroso. Alguns deles têm verdadeiras síndromes de dor crônica.

Tratamento: farmacológico preconizado para dor neuropática (p.ex.: antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, neurolépticos e opioides - metadona). A estimulação magnética transcutânea (TMS) é outro procedimento que parece ser promissor para o tratamento desse tipo de dor.

QUADRO 1

	Neuralgia do trigêmeo	Pulpite	Pericementite	Alveolite	Mialgia	Migrânea / Cefaléia em salvas
Dor	Choque	Latejante	Contínua, intermitente	Peso, latejante	Peso, pontada	Latejante, facada
Duração da dor	Segundos	Minutos	Horas	Horas	Minutos a horas	Minutos a horas
Intensidade	Forte	Leve a forte	Forte	Leve a forte	Moderada	Moderada a fortíssima
Localização	Ótima	Pobre a boa	Ótima	Ótima	Pobre	Boa
Característica	Zona gatilho	Cáries, sensibilidade à percussão, restaurações profundas	Dor ao toque, difícil remissão com analgésicos	Alvéolo seco	Músculo dolorido, dor à função, limitação de abertura bucal	Sinais associados (ex.: aura, náusea, vômito, fotofobia) ou autonômicos (ex.: lacrimejamento, rinorréia, edema, eritema conjuntival)
Tratamento local	Anestesia local só identifica a área	Dentística, endodontia, exodontia	Alívio oclusal, injeção de corticóides	Limpeza e proteção da cavidade	Calor, infiltrações	X
Tratamento geral	Anticonvulsivantes (carbamazepina)	AINES, analgésicos	AINES, analgésicos, antibióticos	Ainh, Analgésicos, antibióticos	AINES	Específico para cada uma delas. Oxigênio é indicada na CS
Provocada	Zona gatilho	Toque, frio, calor, doce	Toque	Toque	Função	X

Quadro 1. Critérios diagnósticos que auxiliam no diagnóstico diferencial entre algumas dores orofaciais (Siqueira, 2007). AINES - antiinflamatórios não esteroidais; CS - cefaléia em salvas. Obs.: migrânea e cefaléia em salvas são condições álgicas diferentes, foram colocadas no mesmo quadro apenas para facilitar a comparação com as demais.

3.2. Síndrome de ardência bucal (SAB)

É uma afecção intraoral dolorosa complexa, de origem multifatorial observada geralmente em mulheres durante a menopausa. Caracteriza-se pela ocorrência de ardor ou queimor na mucosa da língua, palato, gengiva ou bochecha na ausência de sinais de doença. A tomografia por emissão de pósitrons (PET) evidenciou que a função inibitória dopamimérgica é reduzida em doentes com SAB (Jaaskelainen et al., 2001).

A prevalência da SAB oscila de 0,7% e 18% das amostras adultas avaliadas (Grushka, 1987). O diagnóstico deve ser cuidadosamente elaborado, pois várias doenças produzem alterações na mucosa oral e se manifestam de forma semelhante, como o diabetes mellitus, depressão ou doenças reumatológicas (Nasri et al., 2007), inclusive o câncer bucal (Cuffari et al., 2006).

Tratamento: inclui antifúngicos, anti-histamínicos, antibacterianos, analgésicos, reposição vitamínica, mineral e hormonal, benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e gabaérgicos. O clonazepam mostrou-se eficaz em casos com menos de dois anos de história (Woda et al., 1998) e estudos experimentais realçam a importância dos fármacos agonistas do GABA no tratamento da ardência bucal. Capsaicina, medicação tópica e antidepressivos tricíclicos são consideradas medidas úteis no tratamento da ardência bucal. A hidratação contínua da boca é imprescindível quando há hipossalivação ou xerostomia.

3.3. Dor orofacial pós-cirúrgica persistente

Frequentemente é de origem neuropática, entretanto não é rapidamente reconhecida pelos cirurgiões. Muitas vezes é acompanhada de parestesia de lábios, embora possa ocorrer independente dessa condição.

Tratamento: em geral é o mesmo utilizado para o tratamento das dores neuropáticas, ou seja: antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes e, eventualmente, opióides (metadona).

4. DOR NA MUCOSA ORAL

Próteses dentárias podem causar traumatismo na mucosa oral; as lesões são ulceradas e variam de tamanho e quando infectadas acentuam as queixas. A dor pode ser difusa, mas a lesão é facilmente identificável; pode ser súbita,

desencadeada durante a mastigação. Diversas doenças sistêmicas podem causar lesões na mucosa oral, seja como manifestação inicial, seja no próprio curso da doença. Entre elas merecem destaque o lúpus eritematoso sistêmico, algumas doenças hematológicas, o pênfigo e o herpes zoster.

Tratamento: remoção da causa e uso de enxaguantes e antissépticos orais e de analgésicos para alívio da dor.

5. DOR E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

O termo “Distúrbios Temporomandibulares” ou “Disfunção Temporomandibular” (DTM), como é conhecido no Brasil, é genérico e engloba problemas músculo esqueléticos mastigatórios que nem sempre causam dor. Dores na articulação temporomandibular (ATM) têm diferentes causas (por exemplo: inflamação, osteoartrite, tumores, fraturas) e seu tratamento depende da doença que a provoca. As mais frequentes são as artrites e os desarranjos do disco articular.

As mialgias mastigatórias são as principais causas de dor facial e de cefaléias secundárias de origem mandibular e, depois das odontalgias, são as principais causas de dores orofaciais. Seu tratamento depende do nível de complexidade, podendo ser usadas desde placas de mordida, medidas físicas, acupuntura, infiltrações ou fármacos. Alterações emocionais são frequentes nesses pacientes e eventualmente têm morbidades médicas que devem ser tratadas concomitantemente, como fibromialgia ou depressão.

Sempre houve controvérsia sobre o papel da oclusão dentária na etiologia das DTM, entretanto sabe-se que é multifatorial, embora alterações oclusais não deveriam ser desconsideradas entre seus fatores perpetuantes.

Dor facial ou na cabeça é uma das queixas mais frequentes atribuída ao bruxismo do sono; cerca de 6% destes pacientes queixam-se de dor de dente e cerca de 76% deles reclamam de sensibilidade ou desconforto dental ao acordar, queixa que também ocorre em cerca de 26% das pessoas que rangem ou apertam os dentes mas não se queixam de dor crônica crânio-facial (Camparis & Siqueira, 2006). Atualmente não se considera que o bruxismo seja o único fator para dor musculoesquelética mastigatória (Lavigne et al., 2003), embora quando presente deve ser devidamente avaliado.

Tratamento de DTM: depende da origem do problema e, sempre que possível deve ser eliminada a causa, porém o tratamento é múltiplo e inclui desde aconselhamento, medidas físicas, fármacos para dor crônica (ex.: antidepressivos tricíclicos), manipulação, acupuntura até, em pouquíssimos casos, a cirurgia.

6. DOR OROFACIAL NO CÂNCER

A dor pode ser o sintoma inicial que leva ao diagnóstico do câncer (Cuffari et al., 2006; Siqueira, 2007). Esse diagnóstico deve ser considerado sempre que a dor for persistente e não responder aos tratamentos. O câncer bucal ocorre em cerca de 40% dos cânceres de cabeça e pescoço (Instituto Nacional do Câncer, 1998) e corresponde a cerca de 3% dos cânceres que acometem o ser humano (INCA). A dor é queixa frequente em todos os estágios de evolução do câncer em geral e também do câncer bucal. Ocorre em cerca de 58% dos pacientes que aguardam tratamento e em cerca de 30% dos pacientes já tratados (Cassia et al., 2003) e afeta muito as função orais (Epstein et al., 2005). Tumores alojados em qualquer região do corpo podem produzir metástases na cavidade oral, sendo que em tecidos moles a gengiva (50%) e a língua (25%) são os sítios mais comuns (Nevile, 1995). Nos casos avançados de câncer de cabeça e pescoço, os problemas mais comuns são: perda de peso, disfagia, dificuldade de alimentação, alterações respiratórias, xerostomia, candidíase, alteração do paladar, higiene oral deficiente, cáries rampantes e dor (Paunovith et al., 2000; World Health Organization, 1990). É indispensável diagnóstico precoce do câncer de boca, pois disto depende o prognóstico do doente (Department of Human Health, 2000).

Tratamento: depende da complexidade da lesão, entretanto o controle da dor deve ser considerado em todas as fases do tratamento, ou após o tratamento. Analgésicos opióides são preconizados nestes casos.

CONCLUSÕES

O tratamento da dor em odontologia depende do tipo de afecção ou doença, sendo as de origem inflamatórias as mais frequentes. Como as pulpites são muito frequentes, elas se constituem em uma das principais fontes de dor aguda. Outra causa frequente é a dor oral pós-operatória que atualmente conta com medidas farmacológicas e não-farmacológicas de controle. O cirurgião

dentista também deve considerar a dor neuropática pós-cirurgias orais ou maxilares como um importante problema que pode exigir tratamento prolongado, permanente ou multidisciplinar.

Educação continuada em dor, incluindo tópicos como dor crônica, dor neuropática e farmacologia da dor é uma necessidade permanente aos profissionais da odontologia, especialmente aos envolvidos com cirurgias ou com o tratamento de dores orofaciais.

BIBLIOGRAFIA

1. American Academy of Orofacial Pain. Orofacial pain: guidelines for assessments, diagnosis and management. Chicago: Quintessence, 1996.
2. American Academy of Sleep Medicine. The international classification of sleep disorders. Diagnostic and coding manual. 2th ed. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
3. Bonica, J.J. The management of pain with especial emphasis on the use of analgesic block in diagnosis, prognosis and therapy. Philadelphia, 1953. 1318p.
4. Camparis CM, Siqueira JTT. Sleep bruxism: Clinical aspects and characteristics in patients with and without chronic orofacial pain. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006; 101:188-93.
5. Cassia Ribeiro RK, Kowalski LP, Latorre M R. Perioperative complications, comorbidities, and survival in oral or oropharyngeal cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2003; 129(2):219-28.
6. Cuffari L, Siqueira JTT, Nembr K, Rapaport A. Pain complaint as the first symptom of oral cancer: a descriptive study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006; 102(1):56-61.
7. Curi MM, Dib LL, Kowalski G, Mangini C. Opportunist actinomycosis of the jaws in patients affect by head and neck cancer: incidence and clinical significance. Oral Oncology 2000; 36:294-99.
8. Department of Health and Human Services. EUA. Oral health in America: A report of the General Surgeon. Executive Summary. EUA, 2000.
9. Epstein JB, Lunn R, Le ND, Stevenson-Moore P, Gorsky M. Patients with oropharyngeal cancer: a comparison of adults living independently and patients living in long-term care facilities. Spec Care Dentist 2005; 25(2):124-30.
10. Ford PJ, Yamazaki K, Seymour GJ. Cardiovascular and oral disease interactions: what is the evidence? Prim Dent Care 2007; 14(2): 59-66.
11. Franco AC, de Siqueira JT, Mansur AJ. Bilateral facial pain from cardiac origin. A case report. Br Dent J. 2005 Jun 11;198(11):679-80.
12. Graff-Radford SB. Headache that can present as toothache: Dental Clinic North America 1991; 35:155-170.
13. Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 1987; 63:30-36.
14. Instituto Nacional do Câncer - INCA. O Câncer no Brasil Disponível em: <<http://www.inca.org.br>. In: Globo Ciências, ano 7, Nº81, 1998. P. 42.
15. International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia; 24 Suppl 1: 9-160, 2004.
16. Iihara Y, Nichihara T, Maki E, Noguchi T, Koga T. Role of interleukin-1 and prostaglandin in vitro bone resorption induced by Actinobacillus actinomycetemcomitans lipopolysaccharide. J Periondontol Res 1991; 26:155-60.

17. Jaaskelainen SK, Rinne JO, Forssell H, Tenovuo O, Kaaasinen V, Sonninen P, Bergman J. Role of the dopaminergic system in chronic pain – a fluorodopa-PET study. *Pain* 2001; 90:257-60.
18. Klieman C. Sensibilidade dentinária Lesão cervical não-cariosa. In: Siqueira, JTT & Teixeira (Eds). *Dor Orofacial: Diagnóstico, Terapêutica e Qualidade de Vida*. Curitiba: Ed Maio, 2002. p271-288.
19. Kreiner M, Okeson JP, Michelis V, Lujambio M, Isberg A. Craniofacial pain as the sole symptom of cardiac ischemia: a prospective multicenter study. *J Am Dent Assoc.* 2007; 138(1):74-9.
20. Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14 (1): 30-46.
21. Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Clinical periodontology and implant dentistry* (São Paulo: Guanabara Koogan) (Portuguese) 1999, 92-126.
22. Marshall Jr GW. Dentine: microstructure and characterization. *Quintessence Int* 24:606-617, 1993.
23. Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain*. 2ª. Ed. Seattle: IASP Press, 1994.
24. Miyamoto JJ, Honda M, Saito DN, Okada T, Ono T, Ohyama K, Sadato N. The representation of the human oral area in the somatosensory cortex: a functional MRI study. *Cereb Cortex* 2006; 16(5): 669-75.
25. Nasri C, Teixeira MJ, Okada M, Formigoni G, Heir G, Siqueira JTT. Burning mouth complaints: clinical characteristics of a brazilian sample. *Clinics*, 2007; 62:561-566.
26. Nóbrega JCM, Siqueira SRDT, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Differential diagnosis in Atypical Facial Pain. A clinical study. *Arq Neuropsiquiatr*; 2007; 65(2-A):256-261.
27. Okeson JP. *Dores Bucofaciais de Bell*. 6a. Ed. São Paulo: Quintessence. 2006. 567p.
28. Paunovich ED, Aubertin MA, Saunders MJ. The role of dentistry in palliative care of the head and neck cancer patient. *Texas Dental Journal*. 2000; 117:36-5.
29. Rode SM, Penna LAP, Cavalcanti BN. Desvendando os segredos da polpa. In: Feller C, Gorab R (eds), *Atualização na Clínica Odontológica*. Vol I. São Paulo: Artes Médicas, 2000, pp. 90-130.
30. Solomon S, Lipton RB. Criteria for the diagnosis of migraine in clinical practice. *Headache* 1991;31:384-7.
31. Sessle BJ. Acute and chronic craniofacial pain: brainstem mechanisms of nociceptive transmission and neuroplasticity, and their clinical correlates. *Crit Rev Oral Biol Med* 2000; 11(1):57-91.
32. Siqueira JTT. *Dores Mudadas. As Estranhas Dores de Boca*. São Paulo: Artes Médicas 2007. 288p.
33. Siqueira JTT, Ching LH, Nasri C, Siqueira SRDT, Teixeira MJ, Heir G, Valle LBS. Clinical study of patients with persistent orofacial pain. *Arq Neuropsiquiatr* 2004a; 62(4):988-996.
34. Siqueira SRDT, Nóbrega JCM, Valle LBS, Teixeira MJ, Siqueira JTT. Idiopathic trigeminal neuralgia: Clinical aspects and dental procedures. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics* 2004b; 98: 311-315.
35. Woda A, Navez ML, Picard P, Gremeau C, Pichard-Leandri E. A possible therapeutic solution for stomatodynia (burning mouth syndrome). *Journal of Orofacial Pain* 1998; 12(4):272-8.
36. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva, Switzerland: WHO, 1990.
37. Zakrzewska J. M. Classification issues related to neuropathic trigeminal pain. *J Orofac Pain* 2004;18.4:325-31.

Leitura adicional sugerida

Neto AO, Castro Costa CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor Princípio e Prática*. Porto Alegre: Artmed 2008.

Teixeira MJ. *Dor Manual para o clínico*. São Paulo: Atheneu 2006.

CRISTÁLIA. SEMPRE CONTRIBUINDO COM A EVOLUÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DA MEDICINA BRASILEIRA.



Fundado em 1972, com capital 100% nacional, o Cristália é um laboratório farmoquímico e biotecnológico, líder na produção e comercialização de anestésicos e adjuvantes de anestesia na América Latina. Foi a primeira empresa a disponibilizar o sulfato de morfina oral ao mercado brasileiro, marcando o avanço no tratamento da dor no país.

Seu posicionamento de mercado prioriza a inovação aberta, o incentivo à pesquisa e a produção de medicamentos a um preço justo. Foi considerada a empresa mais inovadora do país pela Sociedade Brasileira Pró-Inovação Tecnológica (Protec) em conjunto com o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) em outubro de 2009.

Com sua linha Dor & Inflamação, ocupa uma posição de destaque nas áreas de Ortopedia, Reumatologia, Neurologia, Oncologia e Dor, oferecendo opções terapêuticas da mais alta qualidade e confiabilidade.

Linha Dor & Inflamação
CRISTÁLIA
Valoriza a vida sem dor

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA.
www.cristalia.com.br

Sempre um passo à frente...