

Dor Orofacial - O Papel da Odontologia. Experiência em um Hospital Geral

Orofacial Pain and Dentistry. A Hospital Experience

SINOPSE

A variedade de casos e a complexidade das síndromes álgicas, de natureza local ou sistêmica, que acometem o segmento cefálico, exigem amplo conhecimento e experiência clínica para o tratamento dos doentes. Programas de residência odontológica no ambiente hospitalar permitem a integração multidisciplinar e aumentam a capacitação profissional na área da dor. Em consequência, melhora o atendimento à população menos favorecida economicamente.

A dor de cabeça é altamente prevalente na população em geral e motivo freqüente de procura assistencial à saúde. A presença predominante do aparelho mastigatório na estrutura facial faz com que doenças e anormalidades que acometem dentes, maxilares, músculos da mastigação e articulações temporomandibulares (ATM), sejam causas potenciais de dor e de cefaléias secundárias, como é reconhecido pela Sociedade Internacional de Cefaléias.

As dores músculo-esqueléticas conhecidas amplamente sob a denominação genérica de “disfunção de ATM” são grandes responsáveis por dores craniofaciais crônicas de origem odontológica, embora as dores dentárias difusas, as infecções buco-dentárias, as neuropatias, a síndrome da ardência bucal e os tumores, também sejam fontes freqüentes de dor recorrente.

A presença do Cirurgião-dentista no hospital geral, e em equipes multidisciplinares de tratamento à dor, contribui para o diagnóstico diferencial, para o tratamento das afecções e doenças específicas à sua área de atuação e contribui, na fase de reabilitação, para devolver a condição estrutural e funcional da face, com conseqüente melhora na qualidade de vida do doente.

Este artigo revisa algumas condições álgicas encontradas por uma equipe odontológica especializada em dor orofacial, e mostra a importância do convívio do Cirurgião-dentista em centros multidisciplinares de dor, em hospitais gerais.

José Tadeu Tesseroli de **SIQUEIRA**

*Doutor em Ciências - área de
Farmacologia*

*Cirurgião-dentista Responsável pela
equipe de Dor Orofacial/ATM da
Divisão de Odontologia*

*Membro do Centro de Dor do Hospital
das Clínicas da Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo*

*Diretor do grupo de estudos em Dor
Orofacial da APCD*

Unitermos

Dor Orofacial - Odontalgia
- ATM - DTM - Disfunção -
Cefaléia - Dor Crônica.

Key-Words

*Orofacial Pain - Dental Pain
- TMJ - TMD - Headache -
Chronic Pain.*

ABSTRACT

The diagnosis and treatment of the facial pain may be very difficult and frustrating. Patients presenting chronic facial pain, who undergone several treatments or had been assisted by many clinicians without any relief of their complaints, need a very careful clinical examination.

Dental pain, temporomandibular arthropaties, musculoskeletal pain, tumors, vascular pain and psychogenic diseases may also present symptoms and signs that can overlap. So, the correct diagnosis is necessary to define the primary source of pain.

Temporomandibular disorders (TMD) include several clinical problems that involve the masticatory musculature, the temporomandibular joint (TMJ) and, sometimes, both. Occlusal conditions can be perpetuating factors in many patients with chronic facial pain. In the last epidemiological study of the Brazilian people (1986) a high percentage used or needed a denture.

So, the participation of dentist in the pain multidisciplinary team contribute for a diagnosis phase, treatment and final rehabilitation of the patient.

Introdução

A procura por atendimento médico decorre primariamente do sintoma dor (TEIXEIRA & PIMENTA, 1994), sendo indispensável que todos os profissionais da área de saúde, independente de sua especialidade, conheçam os mecanismos biológicos envolvidos, bem como os princípios gerais do tratamento da dor. Estima-se que no Brasil a proporção entre pacientes com dor aguda e dor crônica é de 1:1 (TEIXEIRA *et al.*, 1998). Compreendê-las e diferenciá-las é fator fundamental para o estabelecimento de estratégias adequadas ao seu controle. Os serviços de atenção à saúde, através dos diversos profissionais envolvidos, devem se preocupar, também, com a melhora da qualidade de vida dos doentes, desafio que se inicia pela compreensão dos mecanismos neurais da dor e pelo conhecimento das condições ou síndromes dolorosas que mais freqüentemente afetam o ser humano.

Dores abdominais, lombares, cranianas e da articulação temporomandibular (ATM), são relatadas em 63,5% de indivíduos entrevistados (VON KORFF *et al.*, 1988) e levantamento sobre as dores mais freqüentes na população brasileira indicou que: lombalgia (65,9%), dor de cabeça tensional (60,2%), dores musculares (50,1%), dor de estômago (43,2%) e dor de dente (38,4%), são as queixas mais comuns (CREMS, 1994). Estes dados confirmam, também entre os brasileiros, que o segmento cefálico é local

freqüente de dor, fato realçado pela sua complexidade morfofuncional, pela importância psicológica que lhe atribuímos e pela multiplicidade de especialistas dedicados às diversas sub-regiões que o compõem.

O diagnóstico diferencial em cefaléias secundárias ou algias craniofaciais difusas pode ser um desafio clínico e, independente da formação profissional ou da especialidade exercida, é fundamental a familiaridade do profissional com os critérios e diagnósticos das condições dolorosas mais comuns da região cefálica e, neste contexto, o papel da Odontologia assemelha-se ao das várias especialidades médicas envolvidas com afecções que provocam cefaléias ou algias craniofaciais (SIQUEIRA, 1999).

A dor facial aguda, quando associada a doenças rapidamente identificáveis como fraturas, tumores, cárie dentária, sinusopatias ou infecções, não se constitui em problema diagnóstico, independente das dificuldades terapêuticas pertinentes a cada caso. Da mesma forma algias faciais com sintomatologia característica, como a dor paroxística das neuralgias típicas (LOESER, 1985) ou a dor dentária desencadeada por líquidos, podem ser rapidamente identificadas, em sua maioria, embora ainda sejam motivo de confusão em iatrogenia. Todavia, doentes com dor recorrente, difusa ou crônica, sem anormalidades evidentes, e que não relatam melhora a tratamentos prévios, constituem a amostra mais difícil de abordar. O interessante é que muitos destes casos podem ter uma terapêutica incrivelmente simples após o correto diagnóstico.

A Classificação Internacional de Cefaléias relaciona as “disfunções oromandibulares” como condições dolorosas que se assemelham a cefaléias primárias, como a “cefaléia do tipo tensão”, e no seu item 11 enfatiza as fontes odontológicas como possíveis causas de cefaléias secundárias (IHS, 1997).

Esta revisão relata algumas condições relevantes, decorrentes da experiência de serviço odontológico especializado no atendimento de pacientes com dor, em um hospital geral.

Odontalgias Difusas

O desafio dos novos tempos em relação à dor mantém implícito que, independente de sua especialidade, o Cirurgião-dentista tem obrigação de fazer o diagnóstico e o tratamento, pelo menos sintomático, da dor de origem dentária. As odontalgias compõem elenco das dores mais comuns que afetam a humanidade (SESSLE, 1987); correspondem às queixas

habituais das dores odontológicas agudas; são causas importantes de faltas ao trabalho e têm grande variabilidade clínica, motivo que confunde o paciente e gera interpretações variadas pelos profissionais que o atendem.

A dor difusa de algumas pulpites dificulta o diagnóstico e confunde-as com neuralgias típicas da face, com dores neurovasculares de cefaléias primárias e até com dores provenientes de doenças da articulação temporomandibular. Pulpites podem ser confundidas com cefaléia em salvas (Horton), descrita nestes casos como neuralgia enxaquecosa periódica noturna, comum em homens, que pode acordar o paciente (BROOKE, 1978). A literatura relata periodicamente as dificuldades diagnósticas com hemicrania paroxística crônica (GRAFF-RADFORD, 1991), com hemicrania paroxística e dor facial atípica (CALDERARO *et al.*, 1997) e com neuralgias, dor facial atípica e dores miofaciais (SIQUEIRA & CHING, 1997). Estes autores relataram cinco casos clínicos de pacientes com dor fortíssima, de início recente, que acometia difusamente a face, os quais, após avaliação odontológica, foram encaminhados a médicos de diversas especialidades, mas cujo diagnóstico final foi de alguma odontalgia (Figura 1): fato importante e que corrobora para realçar a dificuldade do diagnóstico em dor dentária difusa.

Neuralgias Trigeminiais

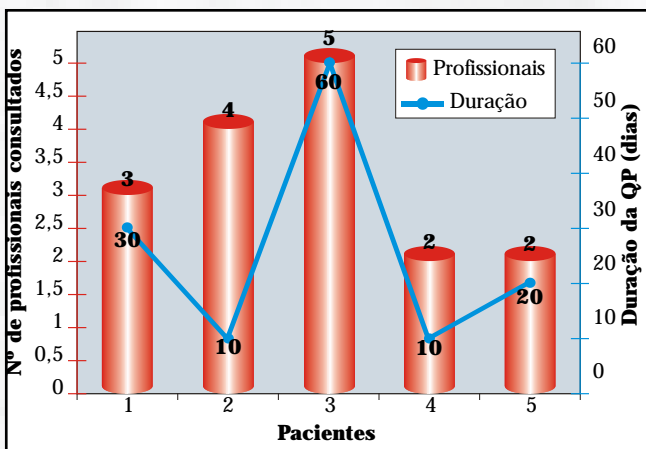


Figura 1: Este gráfico compara os casos de cinco pacientes com dor aguda, recorrente com diagnósticos iniciais de neuralgias. O diagnóstico final foi de odontalgia. A linha azul mostra as variações de duração da queixa principal (mínimo de 10 e máximo de 60 dias), enquanto as barras vermelhas mostram o número de profissionais previamente consultados: mínimo de 2 e máximo de 5 (SIQUEIRA & CHING, 1997).

Paroxísticas

Estas dores são fortíssimas e causam grande sofrimento ao doente. Entretanto, na maioria das vezes o diagnóstico é relativamente fácil. A dor é em choque, tipo paroxística, sempre localizada, de curtíssima duração e desencadeada por zona gatilho (LOESER, 1985). Algumas vezes assemelham-se a odontalgias quando a zona de disparo é na gengiva ou próxima ao dente, de tal forma que o paciente acha que é dor de dente. Deste fato decorre que muitos doentes relatam que perderam parcial ou totalmente seus dentes na tentativa de curar a dor. Portanto, não remover dentes, ou realizar procedimentos endodônticos, enquanto não houver certeza do diagnóstico. Na Figura 2 pode ser observado o gráfico que demonstra perda de dentes em metade de uma população clínica com neuralgia típica da face, atendida em um hospital geral (SIQUEIRA *et al.*, 2001).

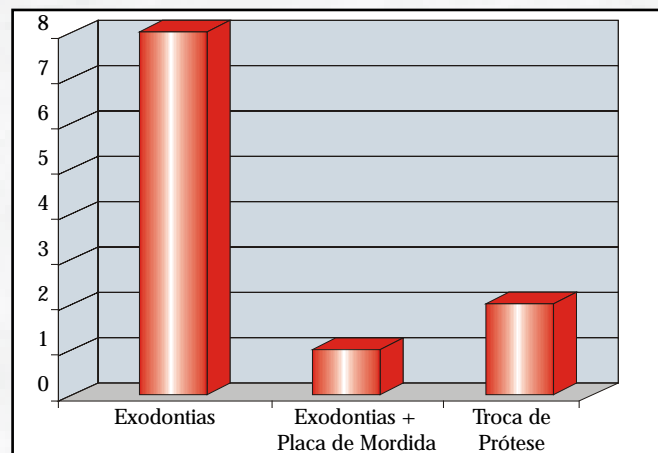


Figura 2: Este gráfico refere-se a estudo de 23 doentes com neuralgia típica da face. Metade dos doentes perdeu seus dentes, parcial ou totalmente, na tentativa de curar a dor, junto com procedimentos como troca de próteses ou placas de mordida. Essas "tentativas" são iatrogênicas e absolutamente inadequadas pois, além de não resolverem a dor da neuralgia, criam um problema adicional (SIQUEIRA *et al.*, 2001).

A Dor do Câncer

Em geral a dor como sintoma inicial do câncer não acomete mais que um terço desses doentes (fonte), pois grande parte das vezes a doença é assintomática e quando se iniciam as dores, a mesma se encontra em estágio avançado. Além disso, é freqüente a presença de assimetrias, alterações de natureza neurológica e lesões aparentes. Estima-se uma incidência internacional de casos novos de câncer da boca em 7,9:100.000 nos homens e 2,2:100.000 nas mulheres (JENSEN, 1991). No Brasil o câncer bucal é a oitava causa de

morte anual por câncer (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 1998). É indispensável a realização do diagnóstico precoce do câncer de boca, pois disto depende o prognóstico para o doente (ARAÚJO FILHO *et al.*, 1998).

A presença de 1% de doentes com dor por algum câncer de cabeça e pescoço, entre 635 pacientes novos atendidos pela Equipe de Dor Orofacial/ATM da Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, mostra a necessidade de preocupação com essa possibilidade. Estes doentes foram encaminhados com suspeita inicial de DTM e as queixas de dor não eram recentes (Figura 3). Daí a importância da investigação cuidadosa em dor, pela necessidade do diagnóstico precoce do câncer e o seu impacto no prognóstico do doente.



Figura 3: Radiografia convencional de cêndilo mandibular esquerdo. Neoplasia, provavelmente metastática, em doente com diagnóstico inicial de "disfunção de ATM". Note a diferença entre os dois cêndilos. O cêndilo esquerdo tem imagem radiolúcida não-compacta.

O Cirurgião-dentista participa ativamente de algumas etapas do preparo e tratamento do doente com câncer. Seqüelas decorrentes da radioterapia exigem intervenção e medidas profiláticas, a exemplo da eliminação de focos infecciosos dentários. A dor do câncer é de natureza múltipla e há necessidade de uma variedade de procedimentos terapêuticos para o seu controle. Conhecimento da escala terapêutica e de medicações adjuvantes, são indispensáveis para melhorar a qualidade de vida dos doentes, além, evidentemente, de melhorar suas condições orais.

Odontalgia Atípica/Dor

Facial Atípica

Alguns pacientes relatam dor constante em dente tratado, endodonticamente, inúmeras vezes, ou mesmo após a remoção do dente. Casos como estes merecem uma reflexão profissional, já que o local de dor nem sempre corresponde à fonte dolorosa (OKESON, 1996).

Muitos destes casos são conhecidos como odontalgia atípica, que pode ser dor por desaferentação (neuropática). Clinicamente, vários fatores contribuíram para diagnósticos de dor facial atípica; que é dor constante, difusa e com caráter depressivo. Cite-se, entre eles, a multiplicidade de componentes que determinam a expressão da dor pelo paciente: aspectos discriminativos, aspectos afetivos, efeitos secundários da dor como a hiperalgesia secundária e alodínea ou a atividade muscular secundária. A presença da mandíbula com suas duas articulações interdependentes, da oclusão dentária e dos músculos mastigatórios, são potenciais fontes de dor - unilateral, bilateral ou migratória -, sugerindo padrão atípico por não seguir um único trajeto neural. A própria polpa dentária dificulta, em algumas situações, o diagnóstico. A somatória destes fatores leva a dificuldades para o diagnóstico da dor facial difusa. Ainda assim, existem algumas situações de dor facial que, a despeito dos tratamentos multiprofissionais, não têm uma evolução adequada e permanecem indefinidas, constituindo-se na amostra real, até o presente momento, da dor facial atípica. Odontalgias atípicas e dor não-odontogênica estão relacionadas neste item e confundem muitos profissionais, induzindo-os a removerem dentes sem alteração da queixa.

Muitos diagnósticos obscuros e aparentemente atípicos, que sugerem "dor facial atípica", podem decorrer de doenças ou condições faciais avaliadas precariamente e, possivelmente, algumas delas podem ser de natureza odontológica (IASP, 1986).

Cefaléias Secundárias no

Paciente Edêntulo

A despeito da discussão sobre a participação da oclusão dentária nas DTMs, os pacientes edêntulos com queixa de dor músculo-esquelética são bons exemplos de que os fatores estruturais podem contribuir para a dor. Estudos sobre cefaléias recorrentes, mostram que dentaduras antigas ou alteradas influenciam na frequência e intensidade da dor (MAGNUSSON & CARLSSON, 1980; MERCADO & FAULKNER, 1991). A prevalência de pacientes portadores de próteses totais é alta entre os brasileiros, de acordo com censo do Ministério da Saúde (PINTO *et al.*, 1986), e suas condições de uso não são as melhores (SOUZA *et al.*, 1991). Este fato por si só não justifica imaginar que próteses inadequadas sejam causas de dor. É possível que ao interagir com outros fatores aumentem o risco para DTM ou contribuam para sua manutenção (PULLINGER *et al.*, 1993). Enquanto não se compreende exatamente seu envolvimento em dor, é neces-

sário que doentes com cefaléias crônicas recorrentes recebam avaliação odontológica, pois a experiência clínica reforça essa necessidade.

Amstras de pacientes desdentados totais queixosos de dor craniofacial recorrente, atendidos em um hospital geral, mostrou que 11% de 397 tiveram suas queixas controladas, por períodos de até 10 anos, após melhora das condições de uso de suas próteses totais (SIQUEIRA & CHING, 1999). O local mais comum de dor foi o ouvido (dor pré-auricular), embora houvesse uma multiplicidade de queixas iniciais, entre as quais cinco de cefaléia fronto-temporal, cuja causa primária era músculo esquelética (DTM) e trinta outros pacientes com cefaléia secundária ou associada, sendo que nove deles relataram alívio significativo da dor. Uma paciente com cefaléia crônica por seis anos, rebelde a outros tratamentos médico-odontológicos, manteve-se totalmente sem dor em acompanhamento que durou dez anos. Esta paciente também apresentava prognatismo mandibular (Figura 4).

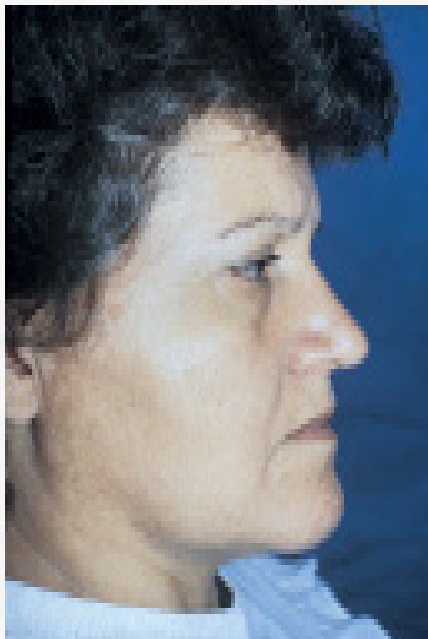


Figura 4: Paciente com histórico de cefaléia crônica. Edêndula maxilar e prognata, permaneceu 10 anos assintomática após tratamento convencional de dor muscular por DTM. Neste caso os fatores locais foram preponderantes para perpetuar a dor.

A presença de dentaduras inadequadas, antigas ou ausentes, associada às características da dor, sugeriu o diagnóstico. A terapêutica básica consistiu em tratamento estrutural reabilitador odontológico. Em uma população carente, atendida em serviço público, nem sempre há a possibilidade da confecção de novas próteses; fato que não impede a adoção de medidas que identifiquem e controlem a dor. Assim, medidas imediatas que restaurem provisoriamente as próteses, podem auxiliar no diagnóstico diferencial, evitando perda de tempo quando a causa não é odontológica

ou em caso de tumores que podem provocar sintomatologia semelhante.

É boa conduta que os pacientes edêntulos com dor craniofacial crônica recebam avaliação odontológica. Só a presença de próteses mal-adaptadas não é suficiente para conclusões precipitadas e, antes de qualquer terapia definitiva, deve ser realizado o diagnóstico diferencial adequado que permita identificar a participação do fator oclusal. Quando o diagnóstico for confirmado, a utilização de protocolo básico para reabilitação postural e oral é indispensável para o controle da dor.

Doenças da ATM

Em relação às anormalidades da própria ATM é relevante lembrar a discussão entre operar ou não operar. Talvez seja mais realístico discutirmos o problema em termos de diagnóstico e prognóstico. Neste aspecto não se discute a formação original do profissional (cirurgia, por exemplo) mas a indicação precisa do procedimento. Todo Cirurgião-dentista envolvido no diagnóstico e tratamento de DTM deve estar preparado para avaliar condições que justifiquem ou indiquem necessidade cirúrgica, independente de ele a realizar ou não. Da mesma forma, deve-se ter precaução no uso de procedimentos considerados não invasivos como “tentativa” de tratamento. A expressão “última tentativa” para uso cirúrgico do controle da dor em anormalidades da ATM merece revisão. Embora existam dificuldades clínicas, o estágio atual da ciência mostra que há condições relativamente seguras para as indicações cirúrgicas, as quais são adotadas, principalmente, quando há restrição da função mandibular e não, propriamente dito, para o tratamento da dor.

A identificação de doença articular deve esclarecer o grau de comprometimento de seus componentes e, embora os tratamentos conservadores com terapia física, fármacos e aparelhos oclusais, sejam formas habituais de tratamento, a abordagem cirúrgica é indicada em anquiloses, tumores e algumas luxações tardias ou recidivantes.

Pacientes em tratamento psiquiátrico podem apresentar discinesia mandibular secundária ao uso de fármacos (BASSET *et al.*, 1986), correspondente à dor e disfunção mandibular. Luxação mandibular secundária a acidente vascular cerebral (AVC) podem ocorrer, exigindo redução imediata. Luxações tardias ou decorrentes de lesões neurológicas centrais, exigem procedimentos mais invasivos e uso de relaxantes musculares.

Disfunção

Temporomandibular - Dor

Crônica

A dor músculo-esquelética da face ocupa lugar de destaque e desempenha papel importante como causa de cefaléia secundária. Principalmente aquelas de natureza crônica, tendem a ser agrupadas sob a denominação geral de Disfunção Temporomandibular (DTM). As DTMs englobam vários subgrupos diferentes entre si e que também devem ser devidamente avaliados. Como condições crônicas dolorosas, exigem diagnóstico dos fatores físicos envolvidos, bem como das condições comportamentais do doente (psicológicas, cognitivas e sociais). Quadros de depressão e ansiedade são comuns nesta população e devem ser interpretados cuidadosamente na condição geral do paciente, necessitando, muitas vezes, tratamento especializado (DWORKIN, 1995).

Não existem evidências de que há um perfil psicológico dos pacientes com disfunção temporomandibular (SPECULAND & GROSS, 1985) pois, em dor crônica são freqüentes as alterações de humor, os quadros ansiosos ou depressivos e não se pode afirmar que existem diferentes perfis psicológicos entre os subgrupos de disfunções temporomandibulares, embora fatores psicológicos sejam importantes na evolução de casos clínicos (GRZESIAK, 1991). As controvérsias existentes na literatura provavelmente decorrem das diferenças na metodologia aplicada e nos critérios de seleção, sendo indicado uso de questionários validados e aceitos universalmente, para aplicação em estudos prospectivos de médio e longo prazo. BEATON *et al.* (1991) mostram maior número de sintomas psicológicos em pacientes com DTM que em indivíduos saudáveis controle, enquanto SCHNURR *et al.* (1990) não encontra diferença entre doentes com DTM e indivíduos saudáveis. Eles avaliaram características de personalidade, habilidades de enfrentamento das situações e atitudes relacionadas à preservação da saúde. RUDY *et al.* (1995) sugerem que existem diferentes grupos psicológicos que podem apresentar a mesma doença e desse fato decorrem as diferenças na evolução da condição e no enfrentamento da dor em doentes com DTM, cefaléias ou lombalgias.

A terapia cognitivo-comportamental melhora a qualidade de vida de doentes com dor crônica da face. Quando associada ao uso de antidepressivos tricíclicos reduz o grau de interferência da dor na vida do doente e aumenta o controle sobre sua vida

(HARRISON *et al.*, 1997).

Historicamente, os pacientes com “disfunção de ATM” eram considerados ansiosos e sugeria-se que a dor e a disfunção decorriam dessa condição. Conceitos que são revistos na atualidade, pois alterações neurovegetativas, de humor ou depressivas, podem ocorrer em doentes crônicos, sendo consequência e não causa da sua dor. É fundamental o diagnóstico correto em dor, para evitar o risco de designar como “psicológicas” as dores decorrentes de doenças não-identificadas, como tumores ou infecções. O cirurgião-dentista deve reconhecer as alterações comportamentais que acompanham o doente crônico com DTM (TEIXEIRA, 1995; AMARAL *et al.*, 1996).

Síndrome da Ardência Bucal

(SAB)

A Síndrome da Ardência Bucal é uma condição dolorosa em que nem sempre há sinais de doença - a presença de doenças exclui esse diagnóstico. Sua característica é a sensação de queimação em uma ou mais regiões da boca, sendo prevalente em mulheres no período da menopausa (NASRI *et al.*, 2000) (Figura 5). Alterações de comportamento como irritabilidade, depressão, cancerofobia e redução da sociabilidade, estão freqüentemente presentes e a terapêutica atual consiste na proteção dos tecidos bucais na tentativa de reduzir a queixa dolorosa. Em consequência, os resultados são pobres (GRUSHKA & SESSLE, 1991; SHIP *et al.*, 1995).

A manipulação excessiva, a falta de atenção e o descrédito de muitos profissionais sobre as queixas desses doentes, contribuem para ampliar o descontentamento e frustração. Eventualmente, a dor pode trazer ganhos secundários ao mesmo.

Não são incomuns queixas de ardência bucal associadas à redução de fluxo salivar, dor difusa e depressão. Nestes casos é fundamental um exame clínico cuidadoso para identificar os diversos componentes e estabelecer uma estratégia de tratamento que envolva todos os fatores (SIQUEIRA *et al.*, 1998). Manifestações de estresse pioram algumas dessas queixas, embora alterações sistêmicas hormonais, metabólicas ou nutricionais possam estar envolvidas. Quadros de depressão primária podem se manifestar, inicialmente, com sintomas de ardência bucal ou dolorimento dentário generalizado, os quais também podem ser decorrentes de atividade parafuncional mandibular - secundária, nestes casos.

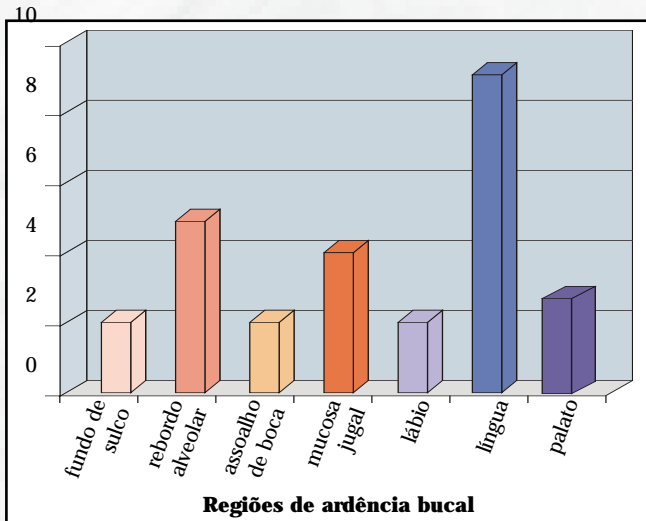


Figura 5: Neste gráfico observam-se áreas relacionadas por um grupo de doentes queixosos de ardência bucal. A ponta da língua é a região mais afetada (NASRI et al., 2000).

Conclusão

A dor é experiência multidimensional e, independente do local em que ocorre, pode apresentar-se com expressão semelhante; compreensão indispensável ao se discutir dor orofacial, entendendo que a dor afeta o indivíduo em seu todo, e é nele que se dá a sua resposta. É inevitável que alterações emocionais sejam permanentemente relacionadas às queixas de

dor, cabendo ao profissional avaliar a participação do comportamento doloroso do doente. Hábitos, como de ranger os dentes a noite (bruxismo noturno), não se constituem obrigatoriamente em doença, e as terapêuticas empregadas para eliminá-los nem sempre têm bons resultados. Por outro lado, a atividade do bruxismo pode ser significativamente aumentada por problemas locais ou gerais, constituindo-se em fatores contribuintes de atividade muscular, que podem levar à dor orofacial e, neste aspecto, devem ser controlados para reduzir seqüelas do aparelho mastigatório. Mas de forma alguma devemos confundir estas seqüelas com quadros depressivos, comuns no doente com dor crônica.

A dor orofacial recorrente, como em algumas DTMs, necessita de abordagem cuidadosa que investigue fatores físicos, psicossociais e comportamentais. De forma imparcial, sem sobrevalorização deste ou daquele fator. Este é um grande desafio que está sendo gradativamente vencido, graças à atuação de equipes multidisciplinares em dor, em que a compreensão do fenômeno doloroso é o fato comum e o desenvolvimento de habilidades peculiares a cada profissão ou especialidade mantém a individualidade e a responsabilidade de cada profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, T.G.F.S. et al. The need of precise diagnosis for treatment of craniofacial pain. Abstracts of the 8th World Congress on Pain, IASP, August 17-22, Vancouver, p.158, 1996.
- ARAÚJO FILHO, V.J.F. et al. Perfil de incidência do câncer oral em um hospital geral em São Paulo. *Rev Hosp Fac Med S Paulo*, v.53, n.3, p.110-13, 1998.
- BASSET, A. et al. Tardive dyskinesia: a unrecognized cause of orofacial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.61 p.570-2, 1986.
- BROOKE, R.I. Periodic migrainous neuralgia: A cause of dental pain. *Oral Med*, n.46, p.511, 1978.
- CREMS - Centro Rhodia de Estudos Médicos Sociais e Limay Bernard Krief. 1o. Estudo master em dor. São Paulo: 1o. SIMBIDOR, 1994.
- CALDERARO, M. et al. Odontalgia mimetizando dor facial atípica e hemicrania paroxística episódica. In: SIMBIDOR, 3., São Paulo: Simbidor, p.34, 1997.
- DWORKIN, S. Behavioral characteristics of chronic temporomandibular disorders: Diagnosis and assessment. In: SESSLE, B.J. et al. *Temporomandibular disorders and related pain conditions, progress in pain research and management*. Seattle: IASP Press, v.4, p.175-92, 1995.
- GRAFF-RADFORD, S.B. Cranialgias que podem apresentar-se como odontalgias. *Odont Clin North Am*, v.1, p.159-76, 1991.
- GRZESIAK, R.C. Considerações psicológicas na disfunção temporomandibular. Abordagem biopsicossocial para a formação de sintomatologia. *Odont Clin North Am*, v.1, p.217-35, 1991.
- GRUSHKA, N.Y. & SESSLE, B.J. Síndrome da ardência bucal. *Odont Clin North Am*, v.1, p.177, 1991.
- HARRISON, S.D. et al. Comparison of antidepressant medication alone and in conjunction with cognitive behavioral therapy for chronic idiopathic facial pain. In: *Proceedings of the 8th World Congress on Pain, progress in pain research and management*, 8o., Ed TS Jensen, JA Turner and Z Wiesenfeld-Hallin. Seattle: IASP Press, p.663-72, 1997.
- IASP - International Association for the study of pain subcommittee on taxonomy: classification of chronic pain, descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. [s.l.]:Pain (Suppl) n.3, p.1-225, 1986.
- IHS - Comitê de classificação das cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia. *Classificação e critérios diagnósticos para cefaléias, nevralgias cranianas e dor facial*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. In: *Globo Ciências*, ano 7, n.81, p.42, 1998.
- JENSEN, O.M. International variation in the incidence of cancer of the upper digestive and respiratory tract. *Adv Otorinolaryngol*, n.46, p.124-33, 1991.
- LOESER, J.D. Tic douloureux and atypical facial pain. *J Can Dent Assoc*, n.51, p.917-23, 1985.
- MAGNUSSON, T. & CARLSSON, G.E. Changes in recurrent headaches and mandibular dysfunction after various types of dental treatment. *Acta Odontol Scand*, v.12, p.311-20, 1980.
- MERCADO, M.D.F. & FAULKNER, K.D.B. The prevalence of craniomandibular disorders in completely edentulous denture-wearing subjects. *J Oral Rehabil*, n.18, p.231-42, 1991.
- NASRI, C. et al. Ardência bucal. Avaliação de uma amostra clínica. *Rev Simbidor*, v.1, n.2, p.75-82, 2000.
- OKESON, J.P. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management. Chicago: Quintessence, 1996.
- PINTO, V.G. et al. Levantamento epidemiológico em saúde bucal, Brasil, zona urbana. [s.l.]: MS Brasil, p.110-15, 1986.
- PULLINGER, A.G. et al. A multiple regression analysis of the risk and relative odds of temporomandibular disorders as a function of common occlusal features. *J Dent Res*, n.72, p.968-79, 1993.
- SCHNURR, R.F. et al. Psychosocial correlates of temporomandibular joint pain and dysfunction. *Pain*, n.42, p.153-65, 1990.
- RUDY, T.E. et al. Differential treatment responses of TMD patient as a function of psychological characteristics. *Pain*, n.61, p.103-12, 1995.
- SESSLE, B.J. The neurobiology of facial and dental pain: present knowledge, future directions. *J Dent Res*, n.66, p.962-81, 1987.
- SHIP, J.A. et al. Burning mouth syndrome: An update. *JADA*, n.126, p.842-3, 1995.
- SIQUEIRA, J.T.T. & CHING, L.H. Dor orofacial em pacientes desdentados totais com disfunção temporomandibular: estudo retrospectivo longitudinal. *Rev Paul Odontol*, n.3, p.32-7, 1999.
- SIQUEIRA, J.T.T. & CHING, L.H. Dificuldades no diagnóstico diferencial de dores dentárias referidas à face. Conduta clínica e considerações sobre uma amostra. *J Bras Clin Estet Odontol*, ano.1, n.2, p.11-18, 1997.
- SIQUEIRA, J.T.T. et al. Dor facial aguda associada a alteração motora mandibular: considerações sobre uma amostra clínica. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo*, v.5, n.3, p.114-6, 1998b.
- SIQUEIRA, J.T.T. et al. Dor orofacial em pacientes com disfunção temporomandibular e segura bucal: Necessidade de diagnóstico diferencial - discussão clínica. *J Bras Ortod Ortop Facial*, v.3, n.14, p.39-45, 1998c.
- SIQUEIRA, J.T.T. Disfunções temporomandibulares - diagnóstico e tratamento sintomático. In: SIQUEIRA, J.T.T. & CHING, L.H. (Eds). *Dor Orofacial/ATM, bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba: Maio, p.209-33, 1999.
- SIQUEIRA, S.R.D.T. et al. Frequência de pacientes com neuralgia típica da face em serviço odontológico de dor orofacial. *Arg Simbidor*, n.5, p.292, 2001.
- SOUZA, J.C.F. et al. Prótese dental. Execução - iatrogenia (I). *Odonto*, v.1, n.3, p.78-82, 1991.
- SPECULAND, B. & GOSS, A.M. A review of psychological factors in temporomandibular joint dysfunction pain. *Int J Oral Surg*, n.14, p.131-7, 1985.
- TEIXEIRA, M.J. Fisiopatologia da dor. *Rev Med S Paulo*, v.73, n.2, p.55-64, 1995.
- TEIXEIRA, M.J. et al. Epidemiologia clínica da dor. In: NITRINI, R. & MACHADO, L.R. *Pré-congresso, Academia Brasileira de Neurologia*, v.3, p.32-3, 1998.
- TEIXEIRA, M.J. & PIMENTA, C.A.M. Epidemiologia da dor. In: TEIXEIRA, M.J. *Dor: conceitos gerais*. São Paulo: Limay, p.57-61, 1994.
- VON KORFF, A. et al. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, n.32, p.173-83, 1988.

Endereço para Correspondência
Rua Maria Cândida, 135, Vila Guilherme
02071-010 São Paulo, SP
Brasil
E-mail: jts@uol.com.br