

# Dor por Desaferentação: Protocolo Terapêutico

## *Deafferentation Pain: Therapeutic Protocol*

### **SINOPSE**

Este artigo descreve o protocolo terapêutico para o tratamento da dor por desaferentação utilizado na clínica de diagnóstico oral da UFRJ e apresenta os resultados de dois casos clínicos.

### **ABSTRACT**

*This paper describes the therapeutic protocol for the treatment of deafferentation pain utilized in the oral diagnosis clinic of Federal University of Rio de Janeiro and presents the results of two clinical cases.*

### **INTRODUÇÃO**

O entendimento da dor neuropática é fundamental no tratamento das dores orofaciais, uma vez que são de ocorrência comum na região da cabeça e pescoço (OKESON, 1995).

A dor neuropática mais importante na prática odontológica é a desaferentação (OKESON, 1995), definida como a perda parcial ou total da atividade neural aferente em uma região específica do corpo devido à remoção de parte de uma via neural (GRAFF-RADFORD, 1995; PERTES & HEIR, 1995; OKESON, 1995; OKESON, 1996).

O diagnóstico da desaferentação representa um desafio ao Cirurgião-dentista, visto que o exame clínico pode não revelar alterações nos tecidos somáticos (OKESON, 1995) e não existe nenhum teste diagnóstico específico (GRAFF-RADFORD, 1995), sendo exames laboratoriais e radiográficos negativos para a causa da dor (OKESON, 1996).

Os efeitos da desaferentação foram identificados após a exodontia de dente permanente, cirurgia bucal menor e tratamento endodôntico (REMICK, 1983; GRAFF-RADFORD, 1995; PERTES & HEIR, 1995; OKESON, 1995). Por este motivo, é considerada um importante problema médico legal (OKESON, 1995; MARBACH, 1996), responsável

Braz Campos **DURSO**

*Professor Convidado do Curso de  
Especialização em Estomatologia/  
Disciplina Estudo das Dores Orofaciais  
- UFRJ*

*Especialista em Estomatologia - UFRJ*

*Mestrado em Patologia Bucal - FOB/  
USP*

Karin Soares Gonçalves **CUNHA**

*Especialista em Estomatologia - UFRJ*

William Corrêa **NAPOLITANO**

*Especialista em Estomatologia - UFRJ*

Maria Elisa Rangel **JANINI**

*Professora-assistente de Patologia  
Bucal - UFRJ*

Abel Silveira **CARDOSO**

*Professor Titular de Patologia Bucal  
- UFRJ*

### **Unitermos**

Desaferentação - Dor  
Neuropática - Odontalgia  
Atípica.

### **Key-Words**

*Deafferentation - Neuropathic  
Pain - Atypical Odontalgia.*

por um grande número de processos, particularmente envolvendo os endodontistas (MARBACH, 1996).

A desafferentação reduz significativamente as influências inibitórias normais e aumenta os campos receptores (PERTES & HEIR, 1995; OKESON, 1995) e, normalmente, é altamente resistente aos tratamentos. O grande número de tratamentos descritos na literatura médica atesta esta dificuldade (MARBACH, 1978; MARBACH *et al.*, 1982; MARBACH, 1993).

O objetivo deste trabalho é, através de dois casos clínicos, apresentar o protocolo terapêutico para o tratamento da dor por desafferentação, utilizado pela disciplina de estudo das dores orofaciais do curso de especialização em Estomatologia da UFRJ.

## Protocolo Terapêutico

Capsaicina a 0,025% misturada com anestésico tópico - aplicar topicamente:

- Utilizar uma moldeira de acrílico recobrimdo a região afetada;
- Na primeira semana aplicar cinco vezes por dia, por 10 minutos;
- Da segunda à quarta semanas aplicar três vezes por dia, por 10 minutos.

Cloridrato de amitriptilina - tomar 1 hora antes de dormir:

- Iniciar com uma dose baixa (10-25mg);
- Aumentar lentamente, se necessário (50-75mg).

## Caso Clínico 1

O paciente A.J.C., homem, 69 anos, procurou o ambulatório de Diagnóstico Oral da UFRJ queixando-se de dor na região de canino superior esquerdo em região de fundo de vestibulo estendendo-se para a região infra-orbitária (Figura 1).

A dor, presente há aproximadamente um ano e meio, teve seu início após a realização de um procedimento de exodontia do elemento 23. A dor apresentada pelo paciente era do tipo “queimação”, constante, profunda, sendo que a mesma não atrapalhava o sono do paciente. Disestesia, hiperalgesia e alodínia foram constatadas diretamente na região de queixa do paciente.

Não se encontrou nenhuma alteração à oroscopia e ao exame radiográfico, os quais eram negativos para a causa da dor (Figuras 2 e 3).

Foi estabelecido o diagnóstico de dor por desafferentação e o protocolo terapêutico foi iniciado (Figuras 4 e 5).

Após o final do tratamento o paciente apresentou uma melhora de 90% no quadro algico, utilizando-se uma escala visual como parâmetro de comparação.



Figura 1: Paciente apontando a localização da dor (paciente número um).

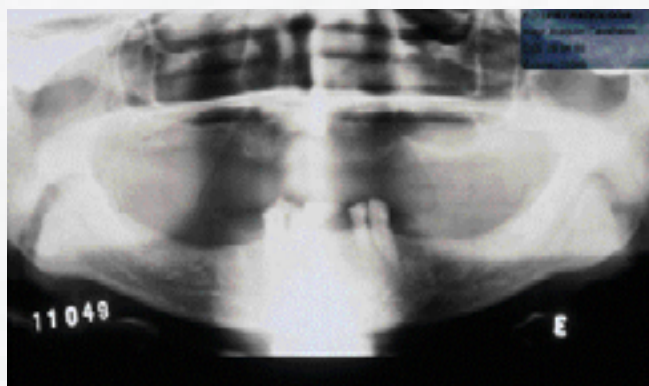


Figura 2: Radiografia panorâmica negativa para a causa da dor.

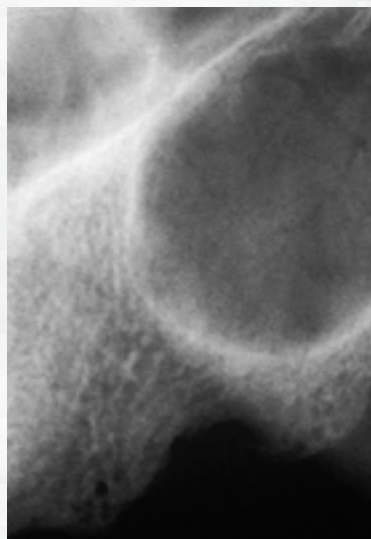


Figura 3: Radiografia periapical negativa para a causa da dor.





Figura 4: Oroscofia negativa para a causa da dor.



Figura 6: Localização clínica da dor (paciente número dois).



Figura 5: Aplicação da capsaicina tópica através de uma moldeira na região da dor. Nota-se a extensão da aplicação por vestibular e palatina.

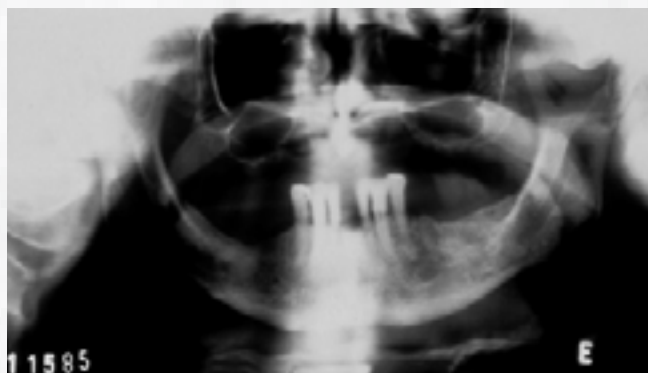


Figura 7: Radiografia panorâmica negativa para a causa da dor.

## Caso Clínico 2

Paciente R.S., homem, 74 anos, procurou o ambulatório de Diagnóstico Oral da UFRJ queixando-se de dor em região mandibular esquerda edêntula. Os sintomas tiveram início há três anos e, desde então, o paciente apresenta dificuldade para alimentar-se (Figura 6).

A dor era do tipo “queimação”, constante, com exarcebação durante a alimentação, sendo que a mesma não interferia no sono do paciente. Constatou-se disestesia, hiperalgesia e acentuada alodínia no local.

Não se encontrou alteração à oroscofia bem como ao exame radiográfico, que eram negativos para a causa da dor (Figura 7).

O tratamento foi iniciado (Figura 8) e ao final observou-se melhora de 70% no quadro álgico (através da escala visual), persistindo, contudo, disestesia local.



Figura 8: Aplicação da capsaicina tópica através de uma moldeira na região da dor.

## Discussão

Até o momento, o tratamento da dor por desafferentação é uma área de estudo tanto excitante quanto frustrante (OKESON, 1995). Os pacientes frequentemente recebem tratamentos dentários e cirúrgicos ineficazes para suas dores (MARBACH, 1978; REMICK *et al.*, 1983; CAMPBELL *et al.*, 1990;

MARBACH, 1993; PERTES & HEIR, 1995; LILLY & LAW, 1997; VICKERS *et al.*, 1998).

O grande número de tratamentos descritos na literatura médica atesta as dificuldades em tratar as dores por desafferentação (MARBACH, 1978; MARBACH *et al.*, 1982; MARBACH, 1996).

A terapia farmacológica mostra-se como o tratamento clínico mais amplamente utilizado (MARBACH, 1993) e deve ser a primeira opção (MARBACH, 1978; GRAFF-RADFORD & SOLBERG, 1992; EPSTEIN & MARCOE, 1994; OKESON, 1995; LILLY & LAW, 1997).

A capsaicina depleta a substância P (RAYNER *et al.*, 1989; EPSTEIN & MARCOE, 1994; GRAFF-RADFORD, 1995; PERTES & HEIR, 1995; OKESON, 1995; VICKERS *et al.*, 1998) e suprime a transmissão da fibra C (RAYNER *et al.*, 1989; EPSTEIN & MARCOE, 1994; SZOLCSÁNYU, 1996; VICKERS *et al.*, 1998; PADILLA *et al.*, 2000). Devido a esta característica, tem sido utilizada no tratamento da dor neuropática (EPSTEIN & MARCOE, 1994; VICKERS *et al.*, 1998; PADILLA *et al.*, 2000), principalmente a neuralgia pós-herpética (RAYNER *et al.*, 1989; EPSTEIN & MARCOE, 1994; GRAFF-RADFORD, 1995; OKESON, 1995; VICKERS *et al.*, 1998; PADILLA *et al.*, 2000). Sua utilização tópica no tratamento da dor por desafferentação tem se mostrado benéfica (VICKERS *et al.*, 1998; PADILLA *et al.*, 2000), a aplicação em mucosa não provoca nenhuma reação tecidual local clinicamente visível (EPSTEIN & MARCOE, 1994) e é livre de efeitos colaterais sistêmicos (RAYNER *et al.*, 1989). Contudo, o limitado conhecimento da patofisiologia (MARBACH, 1993; VICKERS

*et al.*, 1998) dessa condição pode ser responsável pela falta de resultados consistentes com drogas aplicadas topicamente (MARBACH, 1993).

Os efeitos analgésicos das doses relativamente baixas dos antidepressivos tricíclicos podem ajudar a reduzir a dor (OKESON, 1995; PADILLA *et al.*, 2000), mas raramente a controlam totalmente (OKESON, 1995).

Uma vez que a capsaicina depleta o principal quimiomediador do impulso da dor da periferia para o sistema nervoso central (GRAFF-RADFORD, 1995; OKESON, 1995) e o antidepressivo tricíclico aumenta a eficácia do sistema inibitório descendente (OKESON, 1995), a associação de ambos parece ser benéfica no tratamento da dor por desafferentação.

## Conclusão

Após a revisão da literatura pertinente e de acordo com os resultados obtidos, parece lícito inferir que:

- o protocolo terapêutico empregado é de fácil aplicação e aceitação pelos pacientes e está ao alcance do clínico geral;
- a capsaicina, associada ao antidepressivo tricíclico, mostra-se eficaz na redução da sintomatologia dolorosa sem, contudo, conseguir uma resolução clínica total do quadro algico;
- o tratamento da dor por desafferentação oferece um amplo campo de pesquisa que necessita ser melhor explorado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPBELL, R.L. *et al.* Chronic facial pain associated with endodontic therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.69, p.287-90, 1990.

EPSTEIN, J.B. & MARCOE, J.H. Topical application of capsaicin for treatment of oral neuropathic pain and trigeminal neuralgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.77, p.35-40, 1994.

GRAFF-RADFORD, S.B. & SOLBERG W.K. Atypical odontalgia. *J Craniomandib Disord Facial Pain*, v.6, p.260-5, 1992.

GRAFF-RADFORD, S.B. Orofacial pain of neurogenous origin. In: PERTES, R.A. & GROSS, S.G. *Clinical management of temporomandibular disorders and orofacial pain*. Chicago: Quintessence Books, p.338-9, 1995.

LILLY, J.P. & LAW, A.L. Atypical odontalgia

misdiagnosed as odontogenic pain: a case report and discussion of treatment. *J Endod*, v.23, p.337-9, 1997.

MARBACH, J.J. *et al.* Incidence of phantom tooth pain: an atypical facial neuralgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.53, p.190-3, 1982.

MARBACH, J.J. Is phantom tooth pain a deafferentation (neuropathic) syndrome? Part I: evidence derived from pathophysiology and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.75, p.95-105, 1993.

MARBACH, J.J. Orofacial phantom pain: theory and phenomenology. *JADA*, v.127, p.221-9, 1996.

MARBACH, J.J. Phantom tooth pain. *J Endod*, v.4, p.362-72, 1978.

OKESON, J.P. *Bell's orofacial pain*. 5.ed. Chicago: Quintessence Books, 1995.

OKESON, J.P. *Orofacial pain - guidelines for assessment, diagnosis, and treatment*. 2.ed. 1996.

PADILLA, M. *et al.* Topical medications for orofacial neuropathic pain: a review. *JADA*, v.131, p.184-95, 2000.

PERTES, R.A. & HEIR, G.M. Differential diagnosis of orofacial pain. In: PERTES, R.A. & GROSS, S.G. *Clinical management of temporomandibular disorders and orofacial pain*. Chicago: Quintessence Books, p.309-10, 1995.

RAYNER, H.C. *et al.* *Lancet*, p.1276-7, 1989.

REMICK, R.A. *et al.* Ineffective dental and surgical treatment associated with atypical facial pain. *Oral Surg*, v.55, p.355-8, 1983.

SZOLCSÁNYU, J. Capsaicin-sensitive sensory nerve terminals with local and

systemic efferent functions: facts and scopes of an unorthodox neuroregulatory mechanism. *Prog Br Res*, v.113, p.343-59, 1996.

VICKERS, E.R. *et al.* Analysis of 50 patients with atypical odontalgia. A preliminary report on pharmacological procedures for diagnosis and treatment. *Oral Surg Oral Med Ora Pathol Oral Radiol Endod*, v.85, p.24-32, 1998.

### Endereço para Correspondência

Faculdade de Odontologia - UFRJ  
Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral  
Av. Brigadeiro Trompowsky s/n, Fundação  
21941-590 Rio de Janeiro, RJ  
E-mail: patologiabuca@yahoo.com.br