

Neuralgia Idiopática do Trigêmeo: Diagnóstico Diferencial com Dor de Origem Dentária

Trigeminal Neuralgia and Dental Pain: Differential Diagnosis

José Tadeu Tesseroli de SIQUEIRA*
Lin Hui CHING**

SIQUEIRA, J.T.T.de; CHING, L.H. Neuralgia idiopática do trigêmeo: diagnóstico diferencial com dor de origem dentária. *JBA*, Curitiba, v.3, n.10, p.131-139, abr./jun. 2003.

O diagnóstico diferencial é fundamental para o tratamento e o controle da dor orofacial. Neste estudo, é feita uma revisão dos critérios diagnósticos que diferenciam a dor dentária da dor paroxística da neuralgia trigeminal. Ambas são de intensidade forte a fortíssima e podem confundir profissionais menos experientes. Intensidade da dor não é patognômico de causa da dor, pois pode ser a reação à dor e uma resposta individual que expressa componentes afetivos e emocionais. Para o diagnóstico clínico, a qualidade da dor é mais importante.

Assim, este artigo discute cinco casos clínicos de odontalgias que foram confundidas com neuralgia, dor facial atípica e DTM – reforçando alguns aspectos importantes sobre a abordagem clínica. O uso indiscriminado de fármacos, analgésicos e antibióticos deve ser considerado devido ao risco do uso prolongado de alguns deles. A troca de medicamentos apenas pelos nomes comerciais, sem considerar o princípio ativo, merece reflexão por parte do profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Odontalgia; Dor de dente; Neuralgia trigeminal; Trigêmeo; Dor facial atípica.

INTRODUÇÃO

Odontalgias provocam dor difusa devido à sua grande frequência. Como existem várias odontalgias é indispensável o diagnóstico correto. Além disso, pode-se confundir principalmente as pulpites com outras dores faciais como neuralgias e algumas cefaléias primárias. A anestesia local é extremamente útil para o alívio da dor e serve como teste terapêutico para identificar a fonte. A terapêutica é operatória e consiste na eliminação do agente causal: cárie, polpa dentária, foco infeccioso, tártaro ou o próprio dente. Analgésicos e antibióticos são frequentemente utilizados.

Sinais e sintomas de dor provenientes de fontes diferentes podem se superpor, e a face tem algumas características que a tornam apropriada para os fenômenos de dor referida. Fenômenos secundários decorrentes da dor são frequentes, ampliam a área dolorosa e dificultam a localização da dor (HARDY *et al.*, 1950; INGLE *et al.*, 1979). A dor somática profunda, a exemplo da dor de dente, caracteriza-se por ser

*Integrante da Equipe de Dor Orofacial/ATM da Divisão de Odontologia e Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Rua Maria Cândida, 135, Vila Guilhermina – CEP 02071-010, São Paulo, SP; e-mail: jitts@uol.com.br

**Integrante da Equipe de Dor Orofacial/ATM da Divisão de Odontologia e Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

difusa e de localização pobre (BELL, 1991; SANTOS JR., 1980; SESSLE, 1987). Além disso, estudos experimentais demonstram a possibilidade de inervação mandibular acessória de origem cervical (BOLDING & HUTCHINS, 1993). É indispensável o conhecimento dos critérios para o diagnóstico diferencial entre odontalgias, neuralgias, disfunções temporomandibulares e cefaléias primárias (IASP, 1986; IHS, 1988), para um diagnóstico mais correto e, conseqüentemente, uma terapêutica adequada.

NEURALGIAS X ODONTALGIAS

As neuralgias idiopáticas do trigêmeo são diferentes das odontalgias. No entanto, algumas vezes elas podem se assemelhar, favorecendo procedimentos iatrogênicos devido à falta de conhecimento do comportamento clínico destas duas entidades.

É obrigação do investigador fazer um quadro bem estruturado das hipóteses diagnósticas para facilitar o eventual encaminhamento e evitar desinformações.

Neuralgia idiopática do trigêmeo tem um quadro clínico típico e característico, praticamente patognômico, e difícil de ser confundido com odontalgias (LOESER, 1985; TEIXEIRA, 1997). A dor é em choque, paroxística, de curtíssima duração, e normalmente provocada por toque não nociceptivo em uma zona-gatilho que pode ser na pele, na mucosa e até no próprio dente. Geralmente, acomete um dos três ramos do nervo trigêmeo. Procedimentos corriqueiros, como os atos de maquiarse, barbear-se, enxugar o rosto, mastigar e até escovar os dentes, podem provocar a crise. O tratamento das neuralgias típicas da face é relativamente bem definido na atualidade e, portanto, é dever do profissional esclarecer corretamente os pacientes e evitar desinformações.

As odontalgias, por sua vez, seguem um curso inflamatório, podendo ser latejantes, em pontadas ou em choque, provocadas ou espontâneas e de duração mais longa. Enquanto a neuralgia típica do trigêmeo pode ter o quadro inalterado, episódico e crônico, as odontalgias têm um quadro progressivo e em sua maioria absoluta são de natureza aguda.

A dor da neuralgia idiopática do trigêmeo é em choque, paroxística, de curtíssima duração, e normalmente provocada por toque não nociceptivo em uma zona-gatilho que pode ser na pele, na mucosa e até no próprio dente. Quando a dor é atribuída a um dente sem polpa, sem sensibilidade à percussão, sem dolorimento espontâneo e sem alterações clínicas que o apontem como a fonte de dor, deve-se suspeitar de dor referida, odontogênica ou não-odontogênica. Não se deve fazer manipulações irreversíveis nestas condições. Nestes casos, a anestesia

local não é suficiente para afirmar se é o dente o responsável pela dor, pois coincidentemente a zona-gatilho pode ser na gengiva ou na mucosa adjacente.

Deve-se evitar a remoção de dentes ou polpas dentárias somente como método de tentativa ou ainda insistir na mesma terapêutica quando esta não traz o resultado esperado.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1 - Dor em hemiface associada a sensibilidade dentária em geral

Mulher branca de 49 anos apresentava dor em choque na hemiface direita, inclusive nos dentes, os quais não conseguia identificar. O início foi três meses antes e, após curativo em dente 16 associado ao uso de carbamazepina (200 mg/dia), a dor sumiu por 30 dias. Narrava visitas frequentes ao dentista devido à dor por exposição de colos dentários e, por essa razão, fez endodontia em cinco dentes, sem todavia haver melhora das dores. Assim, voltou a tomar carbamazepina (200 mg/dia) havia sete dias, tratamento interrompido anteriormente, e as dores melhoraram. Fez exames de líquor e ressonância magnética da cabeça que não apresentaram quaisquer alterações.

O diagnóstico anterior era de neuralgia trigeminal.

Ao exame, o dente 46 tinha dor em pontada com ar, frio ou escovação. Nos dentes superiores ela tinha dor em choque, desencadeada por líquidos ou alimentos ao serem introduzidos na boca. Pela manhã sentia os dentes doloridos, principalmente três dos que já haviam sido submetidos ao tratamento de canal. Usava uma placa de mordida noturna, mas não sentia alterações no seu quadro de dor.

À percussão vertical ou horizontal, estavam sensíveis os dentes 14, 15, 25, 35 e 45. Apresentava bolsas periodontais acima de 6mm nos dentes 13, 14, 15, 16 e 17.

As hipóteses diagnósticas foram sensibilidade dentária por traumatismo oclusal, sensibilidade dentinária ou neuralgia típica de trigêmeo. O tratamento sintomático consistiu em tratamento periodontal, proteção dos colos expostos e ajuste da placa.

Com exceção de algumas "agulhadas", a paciente ficou sem dor por 15 dias. Com a administração de carbamazepina, elas desapareceram. Após 30 dias, o medicamento foi removido e a dor não retornou durante 12 meses de acompanhamento. Assim, o diagnóstico final foi de periodontite por traumatismo de oclusão e sensibilidade dentinária.

As dores dentárias são mais atípicas do que as dores nevrálgicas do trigêmeo, pois dependem da fase inflamatória e do local da dor – polpa, dentina ou periodonto. Além disso, são envolvidos vários dentes, o que confunde

o diagnóstico devido ao espalhamento da dor ou aos vários locais que a mesma pode envolver. Portanto, é mais difícil um diagnóstico de algumas odontalgias do que de muitas neuralgias.

A história de sensibilidade dentinária em vários dentes e dolorimento dentário, que persiste mesmo após as endodontias, é importante para o diagnóstico. Além disso, o estado emocional, a angústia pela persistência da dor e o fato de estar deprimida em decorrência dessa dor confundiram o quadro geral. A placa de mordida miorelaxante não lhe trouxe qualquer alívio. A presença de bolsas periodontais e o dolorimento dos dentes da região sugeriam causa periodontal. O tratamento visando eliminar essa doença foi realizado e as dores cessaram no pós-operatório enquanto os dentes estavam protegidos com cimento cirúrgico, ou seja, houve forte indicativo do periodonto como fonte da dor.

O traumatismo oclusal persistente é fator periférico de injúria que pode contribuir para o espalhamento da dor (RAMFJORD & ASH, 1984) e a paciente não poderia ter dor pulpar, já que os canais estavam tratados adequadamente. Sendo assim, a possibilidade odontogênica só poderia ser do componente periodontal. Além do próprio estresse pelo qual a paciente estava passando nos últimos meses, havia quadro infeccioso local típico, que reduzira o limiar de dor. Assim, o estresse funcionou como fator perpetuador e os choques por ingestão de líquidos ocorriam nos dentes vizinhos, vitais e com exposição de colo dentinário. Doentes queixosos de dor crônica pioram ao serem submetidos a cirurgia, pois há aumento de dor praticamente inevitável no pós-operatório imediato. Isto tem que ser compreendido tanto pelo paciente quanto pelo operador, e medidas terapêuticas devem ser tomadas para minimizá-la.

O traumatismo oclusal provoca uma dor na articulação pericementária – periodontite, periocementite. O estresse emocional e a depressão podem perpetuar esse trauma, aumentar a dor e provocar fenômenos secundários da dor: sensibilização periférica e central, além de atividade muscular secundária.

Caso clínico 2 - Dor fortíssima, crônica, intratável e de curta duração no dente 44

Homem branco, 55 anos, com dor no dente 44 havia três anos e meio. Inicialmente o paciente não apresentava nenhum tipo de dor e, numa avaliação de rotina, foi-lhe sugerido tratamento endodôntico no dente 44 que não estava adequado. Em seguida, o paciente viajou e choques muito fortes surgiram nesse dente. No retorno após uma semana, seu Dentista retratou o canal e, não encontrando alterações nem no dente e nem na melhora do quadro de dor, sugeriu-lhe que era um problema psicológico. A dor continuou em

choque. Procurou outro centro odontológico onde foi avaliado por uma equipe de Dentistas e o canal do dente 44 foi retratado por mais duas vezes sem apresentar qualquer alteração no quadro de dor. Depois de algum tempo começou a sentir dor também no dente 42. Nesse período mudou-se para o interior, mas as dores continuavam. Em desespero, foi a um pronto-socorro e implorou para que esses dois dentes fossem extraídos. Ficou decepcionado, ao término das exodontias e principalmente da anestesia, quando percebeu que os choques continuavam. Em desespero, procurou outro profissional que se propôs a estudar o caso com seu professor. Este indicou uma cirurgia para cauterização do nervo mentoniano. Resolveu voltar a São Paulo, onde procurou um centro especializado em dor orofacial que lhe receitou carbamazepina 200 mg/dia e “como por encanto” (sic), a dor passou.

O diagnóstico anterior era de odontalgia (pulpite). O paciente relatava dor fortíssima na região gengival vestibular do dente 44, em choque, paroxística, de curtíssima duração e com intervalos de remissão entre uma crise e outra.

A hipótese diagnóstica levantada foi neuralgia típica do trígêmeo. Foi efetuado tratamento sintomático, com indicação de carbamazepina (anticonvulsivante) 200 mg/dia. Não houve dor imediatamente após o uso do medicamento que se manteve no controle de 3 meses.

O diagnóstico final foi de neuralgia típica de trígêmeo.

A neuralgia típica de trígêmeo é uma dor paroxística, fortíssima, de curtíssima duração, desencadeada por zona-gatilho (apenas por leve toque), que pode ser na pele, dente, gengiva ou mucosa. É unilateral e sempre obedece a um território nervoso, localizando-se na mesma região. O tratamento medicamentoso é através de anticonvulsivantes, havendo boas opções cirúrgicas quando há indicação. Na atualidade, as seqüelas são bem reduzidas para estes casos.

Como algumas vezes a dor se manifesta em um dente com doença preexistente – como cárie, traumatismo de oclusão ou sensibilidade dentinária – é importante avaliar a história e realizar exame clínico minucioso para estabelecer o diagnóstico e tratamento específico.

Portanto, não se deve remover dentes ou realizar procedimentos endodônticos, enquanto não houver certeza do diagnóstico. Estudo realizado em serviço de dor orofacial demonstra perda de dentes em metade de uma população clínica com neuralgia típica da face, atendida em um hospital geral (SIQUEIRA *et al.*, 2001).

A atribuição de causas psicogênicas, bem como iatrogenia, são comuns em casos semelhantes. Sensibilização central e neuroplasticidade facilitam o espalhamento da dor orofacial. Conhecer os critérios

de diagnóstico das neuralgias típicas da face é obrigação do Cirurgião-dentista ao atender pacientes em urgência por queixa de dor dentária. Quando não há melhora ao tratamento endodôntico, ou retratamento, não adianta repeti-lo quando não existem sinais que indiquem comprometimento do mesmo. É importante lembrar a possibilidade de dor referida. É cômodo simplesmente tirar o dente a pedido do paciente, mas não é ético.

Só o fato de local e fonte de dor coincidirem não significa envolvimento do dente em questão. O que impressiona neste caso foi o número de atendimentos profissionais diferentes (oito), sem ter sido cogitada a possibilidade de dor não-pulpar. Por outro lado, odontalgias podem ser aliviadas com carbamazepina, já que este é um fármaco estabilizador de membranas. Assim, embora seja importante como teste terapêutico para neuralgia trigeminal paroxística, deve-se fazê-lo quando existem critérios que justificam esse diagnóstico. A boa conduta, em casos de neuralgia trigeminal, após o diagnóstico, é encaminhar os doentes ao Neurologista ou Neurocirurgião para exames complementares, a fim de descartar causas sintomáticas da neuralgia, como tumor intracraniano.

A paciente com odontalgia permaneceu sem dor no acompanhamento de 12 meses, eventualmente

apresentava dor por sensibilidade dentinária, sintoma que foi controlado com o uso contínuo de pastas dentais à base de cloreto de estrôncio e potássio, além de flúor tópico. Ela fizera inúmeros exames sofisticados por imagens (ressonância magnética e tomografia computadorizada da cabeça) na tentativa de elucidar seu problema. Exames complementares são importantes, mas o profissional de saúde envolvido em diagnóstico de dor tem que saber o momento de solicitá-los e não fazê-lo só como método de tentativa na esperança de “alguma novidade”.

Os critérios para o diagnóstico diferencial entre odontalgias e neuralgias típicas podem ser observados no Quadro 1 que mostra os dados comparativos entre estes casos clínicos (SIQUEIRA & TEIXEIRA, 2001).

A resolução da dor necessita do diagnóstico correto. A neuralgia típica de trigêmeo, na maioria das vezes é fácil de diagnosticar, desde que se conheçam seus critérios diagnósticos. A dor referida, envolvendo vários dentes e eventual neuralgia, é bem mais complicada, depende da análise de vários fatores como duração da dor e influência de tratamentos realizados anteriormente. É necessária uma rotina para abordagem de pacientes com dor crônica ou recorrente, possibilitando um diagnóstico mais elaborado e reduzindo riscos de iatrogenias. Enfim,

QUADRO 1: Dados gerais comparativos entre os pacientes com odontalgia e neuralgia típica da face. Observem-se as diferenças sutis entre odontalgias e neuralgias e como é possível identificá-las (SIQUEIRA & CHING, 1999).

	Caso 1 - Odontalgia	Caso 2 - Neuralgia trigeminal
Sexo	F	M
Idade	49	55
Queixa principal	Dor dentária múltipla, dentes doloridos	Dor no dente 44
Qualidade da dor	Choque, peso	Choque
Local da dor	Face direita	Dente 44
Fator desencadeante	Líquidos, mastigação	Toque
Início da dor	Três meses	3,5 anos
Duração da crise	Minutos	Segundos
Dor à percussão	Vários dentes	Sem dor
Tratamentos realizados anteriormente sem melhora	Cinco endodontias, carbamazepina placa de mordida	Quatro retratamentos do canal do dente 44, exodontias dos dentes 42 e 44
Diagnóstico anterior	Neuralgia	Odontalgia
Diagnóstico final	Odontalgia (periodontite traumática, sensibilidade dentinária)	Neuralgia típica do trigêmeo
Terapêutica	Cirurgia periodontal, dessensibilizantes dentinários	Carbamazepina 200mg/dia
Evolução final	Sem dor	Sem dor

é de suma importância repetir que diagnóstico em dor dentária e orofacial em geral, continua sendo essencialmente clínico. Exames complementares, principalmente sofisticados, só se justificam após história e exame clínico bem conduzidos.

Deve-se seguir uma estratégia de abordagem ao paciente com dor referida ou recorrente, bem como valorizar os achados clínicos.

Como profissional da área de saúde, o Cirurgião-dentista deve receber aprimoramento e educação continuada em dor: fisiopatologia da dor, compreender seus aspectos discriminativos e afetivos, conhecer os critérios de diagnóstico das dores mais comuns em sua especialidade, incluindo áreas adjacentes, e não esquecer que cada paciente tem uma característica individual, herdada ou adquirida. Deve-se seguir uma estratégia de atendimento menos estressante aos próprios profissionais

e com maiores benefícios aos doentes. Mesmo que as dores dentárias não sejam letais, elas são incômodas, produzem sofrimento e maltratam. Trazem transtornos pessoais, familiares e nas relações de trabalho. Além disso, muitas vezes oneram o doente, a família, a sociedade e o Estado.

A seguir serão descritos alguns casos clínicos de pacientes com queixa de dor craniofacial aguda, difusa, de origem indefinida, recorrente e que não melhoravam aos tratamentos previamente recebidos; embora as causas odontogênicas fossem excluídas inicialmente, o diagnóstico definitivo foi de alguma odontalgia (SIQUEIRA & CHING, 1997). Ver Quadros 1 a 4 e Gráfico 1.

QUADRO 2: Características gerais da amostra discutida no texto (SIQUEIRA & CHING, 1997).

P	Id	S	Oclusão	Queixa principal	Duração	Características da dor
1.	35	F	Dentição completa	dor mandibular e facial (D)	30 dias	dia e noite, contínua
2.	41	F	Dentição completa	dentes superiores, face e cabeça (D)	10 dias	dia e noite, contínua
3.	39	F	Dentição completa	dor de dente e face (E)	60dias	dia e noite
4.	60	M	Dentição incompleta	dor craniofacial (D) superior com dentes da área sensíveis	10 dias	dia e noite, contínua
5.	50	F	Dentição saudável - mordida aberta	parestesia lábio inferior e dor nos dentes inferiores (E)	20 dias	dia e noite, contínua

Id: idade, S: sexo, M: masculino, F: feminino, D: direita, E: esquerda

QUADRO 3: Tratamentos previamente realizados e número de profissionais consultados (SIQUEIRA & CHING, 1997).

P	Diagnóstico anterior	Profissionais consultados	Tratamentos realizados anteriormente
1.	Neuralgia, dor miofascial	CD, Neurologista, Fisiatra	placa de mordida + diclofenaco de potássio
2.	Neuralgia	2 CD, 2 Neurologistas	carbamazepina + diclofenaco de potássio
3.	Neuralgia, dor facial atípica	4 CD, Neurologista	exodontia 35 + endodontia 33 e 34 + placa de mordida + ampicilina + cefalosporina
4.	Neuralgia, dor facial atípica	CD e Médico	diclofenaco de potássio
5.	Neuralgia, odontalgia ou DTM	CD e Médico	curativo de fosfato de zinco em dente 35

DTM: disfunção temporomandibular. CD: Cirurgião-dentista

QUADRO 4: Diagnóstico correto, terapêutica sintomática aplicada para o alívio da dor e avaliação após um ano do tratamento endodôntico (SIQUEIRA & CHING, 1967).

P	Diagnóstico final	Tratamento de urgência (sintomático)	Avaliação(12meses)
1.	Dente 47 – periodontite apical aguda (pericementite)	Alívio oclusal e pulpectomia	SD
2.	Dente 17 - pulpite irreversível	Alívio oclusal e abertura da câmara pulpar	SD
3.	Dente 34 – pericementite e dor miofascial mandibular	Curativos endodônticos e Aines	SD
4.	Dente 43 – pulpite irreversível (cárie)	Pulpectomia	SD
5.	Dente 35 - pulpite purulenta	Pulpectomia	SD

Aines: antiinflamatório não-esteroidal, SD: sem dor

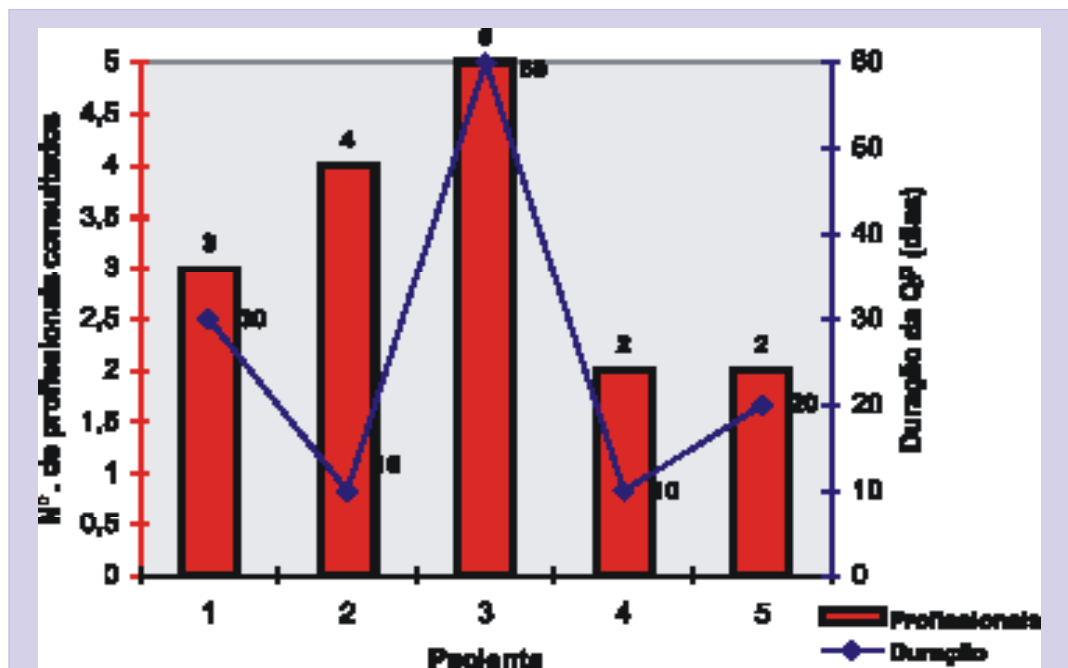


GRÁFICO 1: Pacientes da amostra discutida no texto, comparativamente entre o tempo de duração da dor e o número de profissionais (Cirurgiões-dentistas e Médicos) previamente consultados. A linha azul mostra as variações de duração da queixa principal (mínimo de 10 e máximo de 60 dias), enquanto as barras vermelhas mostram o número de profissionais previamente consultados - mínimo de dois e máximo de cinco (SIQUEIRA & CHING, 1997).

Caso clínico 3 – Dor facial aguda difusa, forte, diária que exacerbou após viagem de avião (barodontalgia)

Mulher relatando dor na face direita por 30 dias, incluindo os dentes molares e a mandíbula, e estendendo-se a toda hemiface correspondente. A característica da dor era diária, contínua, agravando-se nos últimos dias. Era exacerbada pelo frio, calor ou toque no dente 47. Esse dente havia tido uma fratura coronária e foi preparado para receber uma restauração fundida, sem qualquer intercorrência. A paciente tinha feito uma longa

viagem de avião num período muito frio, época em que a dor começou. Por apresentar dor muscular, recebeu uma placa de mordida associada a antiinflamatórios não-hormonais, mas não houve nenhum alívio.

Foi encaminhada ao Neurologista que, por sua vez, encaminhou-a a um Médico Fisiatra devido à suspeita de dor miofascial, pois toda a musculatura mastigatória apresentava-se hiperálgica. O diagnóstico anterior era de neuralgia de trigêmeo, com dor miofascial.

À avaliação odontológica, houve uma crise de dor aguda após jato de ar frio no dente 47, que foi aliviada após bloqueio anestésico pterigomandibular. A hipótese

diagnóstica foi odontalgia do dente 47 por baro-dontalgia, sendo indicada terapêutica sintomática de abertura da câmara pulpar.

Quando foi aberta a câmara pulpar, a polpa mostrou-se viva e isquêmica, sendo que o espaço do teto dentinário era maior que 1mm, o que pode sugerir a presença de trauma oclusal como um fator etiológico e mantenedor da dor. Foi realizada a pulpectomia por técnica convencional e, após o término da anestesia, a dor não retornou. Foi encaminhada para endodontia.

O diagnóstico final foi, portanto, pulpíte irreversível do dente 47.

Caso clínico 4 - Dor hemifacial esquerda, forte, diária em paciente com histórico de dor facial crônica (pericementite aguda)

Mulher, começou a sentir uma dor leve e difusa na face esquerda dois meses antes. Como usava placa de mordida e esta tinha quebrado, trocou-a, havendo então uma piora do quadro, espalhando-se para toda a hemiface, incluindo os dentes 33, 34 e 35. Estes dois últimos tinham coroas de jaqueta para retenção de prótese removível de encaixe. O dente 33 foi aberto sem melhora, seguindo-se os dentes 34 e 35 que já tinham tratamento endodôntico, e finalmente o 35 foi extraído. Nesse período, a dor foi piorando e tornando-se contínua, diuturna, principalmente no dente 34. Tomou duas caixas de amoxicilina 500mg, uma caixa de ampicilina 500mg, três vidros de cloridrato de ciprofloxacina 500mg, uma caixa de cafexina monohidratada, além de Aines com diclofenacos de sódio e potássio, sempre em associação a curativos endodônticos. Não houve alteração no quadro dentário. Foi afastada do trabalho e não conseguia dormir devido à dor. A suspeita de dor facial atípica foi sugerida pelo Neurologista e começou a tomar indometacina 25mg e cloridrato de nortriptilina 25mg, havendo uma melhora da dor dentária.

O diagnóstico anterior era de neuralgia atípica da face, disfunção temporomandibular, dor facial atípica.

Durante a consulta odontológica, queria remover o dente 34, que pelo exame clínico tinha uma periodontite apical aguda (pericementite). A dor espontânea da face passou com bloqueio anestésico pterigomandibular. A hipótese diagnóstica foi periodontite apical aguda do dente 34. Foi indicada terapêutica sintomática de desinfecção endodôntica associada a analgésico.

O tratamento realizado foi local para limpeza e desinfecção endodôntica do dente 34, com o mínimo de trauma, associada à medicação analgésica (mantida medicação do Neurologista). A dor espontânea foi reduzindo gradativamente, havendo melhora de 80% em sete dias. O uso de uma placa de mordida trouxe o alívio completo. A endodontia foi completada, bem como a

reabilitação protética. A paciente está controlada, embora eventualmente tenha episódios de dor facial, agora na face direita. O diagnóstico final foi periodontite apical aguda (pericementite) do dente 34.

Deve-se salientar que o uso de antibióticos pressupõe quadro infeccioso, indefinido no caso apresentado. O histórico e o exame clínico da paciente não sugeriam quadro infeccioso agudo e sim dolorimento dentário exacerbado pela tentativa de retratamento do canal. A periodontite apical aguda (pericementite) apresentava-se com um quadro clínico quase patognomônico, de fácil diagnóstico, embora de difícil controle da dor. Mesmo após a extração do dente, a dor pode permanecer devido ao processo inflamatório (INGLE *et al.*, 1979).

Embora não seja um sinal patognomônico de dor dentária, o traumatismo oclusal persistente é um fator periférico de injúria que contribui para o espalhamento da dor (RAMFJORD & ASH, 1984; KVINNSLAND *et al.*, 1992; KOLTZENBURG, 1995).

Caso clínico 5 - Dor facial aguda difusa, forte, diária em paciente com histórico de fratura mandibular (pulpíte irreversível)

Mulher, relatando dor na mandíbula esquerda, principalmente noturna, iniciada havia 20 dias. Foi ao Dentista, que fez um curativo de fosfato de zinco no dente 35, e recebeu o diagnóstico de disfunção de ATM ou neuralgia, pois apresentava mordida aberta e parestesia do lábio inferior esquerdo por seqüela de fratura mandibular havia um ano.

O diagnóstico anterior era de neuralgia, odontalgia ou disfunção de ATM. O dente 35 estava sensível ao toque e à anestesia infiltrativa cessava a dor.

A hipótese diagnóstica era odontalgia do dente 35, e foi indicada pulpectomia do dente 35 como terapêutica sintomática. A abertura da câmara pulpar apresentou pequena supuração seguida de sangramento abundante. Após a remoção da polpa, a dor não retornou. Exemplo de caso em que a presença de histórico de fratura mandibular e maloclusão sugestionou o profissional a diagnóstico incorreto. A condição dentária foi relegada a segundo plano.

O diagnóstico final foi de pulpíte supurativa do 35.

Deve-se respeitar o sofrimento do paciente, mas sem se deixar influenciar pelo mesmo. Não se deve realizar extrações em atendimento a pedidos desesperados, pois é possível que a dor permaneça, ficando o paciente sem o dente.

Os casos apresentados mostram dores difusas de origem dentária referidas às estruturas adjacentes no segmento cefálico, em contraste a descrições de casos de dores irradiadas aos dentes, decorrentes de tumores (KANT, 1989; AMARAL *et al.*, 1996) ou músculos (TRAVELL, 1981). Essa incrível semelhança entre algu-

mas odontalgias e diversas dores crânio-cérvico-faciais exemplifica a dificuldade de diagnóstico da dor dentária. Inúmeros fatores contribuem para esse fenômeno, como a convergência de neurônios nociceptivos provenientes da cavidade oral, face e vasos cranianos (SESSLE *et al.*, 1986; DAVIS & DOSTROVSKY, 1986; SESSLE, 1987) para o núcleo caudal do trato espinal do nervo trigêmeo, a sensibilização central e o aumento da atividade muscular secundária, decorrente da própria dor (BELL, 1991; DUBNER & RUDA, 1992; OKESON, 1998).

DISCUSSÃO

É necessária a compreensão dos Mecanismos de dor referida e da razão da frequência desse fenômeno na face.

A sensibilidade muscular que todos os pacientes apresentaram – e que levou à sugestão de causa muscular – deve ser avaliada com cautela em casos de dor facial aguda. Aspectos qualitativos são importantes na anamnese, pois sugerem investigação de causa pulpar. Aspecto relevante da amostra refere-se ao fato de que todos os pacientes foram atendidos inicialmente por Cirurgião-dentista, sendo descartada fonte dentária como causa, principalmente em razão de a dor ser intensa, espalhada na face e não responder à terapia indicada.

O diagnóstico foi exclusivamente clínico, pois a história e o exame local eram muito sugestivos de dor dentária. As neuralgias típicas da face são claramente identificadas (LOESER, 1985; TEIXEIRA, 1995), embora possam, eventualmente, ser confundidas com algumas odontalgias.

O diagnóstico em dor, inclusive dentária, é essencialmente clínico. Deve haver um aprofundamento semiotécnico ao investigar dor difusa. É importante compreender o que é dor referida e fatores como sensibilização periférica e central, efeitos musculares secundários, convergência de aferentes nociceptivos dos nervos sensoriais da cabeça.

É importante, portanto, o diagnóstico apurado em dor orofacial, seja de causa dentária, muscular ou neurovascular (AUSTIN & CUBILLOS, 1991; BIJL, 1995; SIQUEIRA *et al.*, 1996).

É necessário que se conheça os critérios para o diagnóstico diferencial em dor para se estabelecer uma “estratégia terapêutica” de controle da dor e melhora emocional do paciente. O aumento da confiança na conduta profissional evita que seu sofrimento e des-

pero, embora respeitados, influenciem negativamente e induzam procedimentos inúteis, nocivos e iatrogênicos. Por exemplo, tirar o dente a pedido do paciente, mesmo não havendo evidências de anormalidades.

Pericementite tem um diagnóstico fácil, mas seu tratamento, e mais precisamente o controle da dor, nem sempre é fácil e imediato. A anestesia local controla a dor temporariamente. Antibióticos pressupõem infecção e devem ser usados a critério clínico.

CONCLUSÃO

O Cirurgião-dentista menos experiente no tratamento da dor recorrente não deve supor que dores muito fortes não são de origem odontogênica por serem difusas, pois existe também o componente afetivo-comportamental da dor (TEIXEIRA, 1995). Além disso, o fato de a dor ser no dente não significa que sua fonte seja dentária. Quando não há melhora ao tratamento instituído, o paciente deverá ser reavaliado e, se necessário, encaminhado a profissionais com experiência em dor. Só se deve aplicar terapia invasiva e irreversível quando houver convicção do diagnóstico e da eficiência da mesma. Algumas vezes, é necessário o atendimento multidisciplinar, tanto para o diagnóstico como para a terapêutica. Todavia, é de obrigação do investigador fazer um quadro bem estruturado das hipóteses diagnósticas, para facilitar o encaminhamento e evitar desinformações. Se o profissional não tiver experiência adequada, é conveniente encaminhar o paciente antes de qualquer terapia comprometedora, ou mesmo antes de dar um parecer profissional que possa confundir e prejudicar o paciente.

Deve-se evitar a remoção de dentes ou a realização de procedimentos endodônticos quando o dente não apresenta alterações clínicas que o indicam como portador de anormalidade inflamatória.

São listados a seguir alguns exemplos de conduta indicada ao profissional em casos de dor dentária.

- Não extrair dentes ou polpas dentárias enquanto não estiver certo do diagnóstico.
- Usar os testes clínicos para identificação das dores pulpares como calor, frio e ar.
- Usar o teste terapêutico com anestésicos locais para definir a fonte de dor.
- Usar carbamazepina para o teste terapêutico e definição da neuralgia.
- Encaminhar o paciente ao Neurologista para descartar eventuais tumores intra ou extracranianos.

may be an individual response related to affective and emotional factors. For clinical diagnosis purposes, the kind of pain is more important than intensity. Thus, this article describes 5 cases in which odontalgia was mistook for neuralgia, non-typical facial pain or temporomandibular dysfunction, focusing on some important aspects for clinical approach. The use of medicines, such as analgesics and antibiotics, should be considered carefully, for some of them are indicated for long-term treatments. Exchanging drugs for their commercial names without considering their active principles is something for the professional to question.

KEYWORDS: Odontalgia; Toothpain; Trigeminal neuralgia; Trigeminal; Non-typical facial pain.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, T.G.F.S. *et al.* The need of precise diagnosis for treatment of craniofacial pain. In: IASP – INTERNATIONAL ASSOCIATION OF STUDY OF PAIN, 8; Vancouver, 1996. Abstracts. Vancouver: IASP, 1996. p.158.
- AUSTIN, D.G.; CUBILLOS, L. Considerações especiais em dor orofacial. *Clínicas de Odontologia da América do Norte*, v.1, p.231-255, 1991.
- BELL, W.E. *Dores orofaciais, classificação, diagnóstico e tratamento*. 3. ed. Rio de Janeiro: Quintessence, 1991.
- BIJL, P. Psychogenic pain in Dentistry. *Compendium*, v.16, n.48-53, 1995.
- BOLDING, S.L.; HUTCHINS, B. Histochemical evidence for a cervical plexus contribution to the cat mandibular dentition. *Arch Oral Biol*, v.38, p.619-622, 1993.
- BURTON, R.C. The problem of facial pain. *JADA*, v.79, p.93-100, 1969.
- CREMS – Centro Rhodia de Estudos Médicos Sociais e Limay Bernard Krief. 1º *Estudo Master em Dor*. In: SIMBIDOR, 1. São Paulo, 1994.
- DAVIS, K.D.; DOSTROVSKY, J.O. Activation of trigeminal brainstem nociceptive neurons by dural artery stimulation. *Pain*, v.25, p.395-401, 1986.
- DUBNER, R.; RUDA, M.A. Activity-dependent neuronal plasticity following tissue injury and inflammation. *TINS*, v.15, p.96-103, 1992.
- HARDY, J.D.; WOLFF, H.G.; GOODELL, H. Experimental evidence on the nature of cutaneous hyperalgesia. *J Clin Invest*, v.29, p.115-140, 1950.
- INGLE, J.I.; GLICK, D.H. & SCHEFFER, D. Diagnóstico diferencial e tratamento das dores oral e perioral. In: INGLE, J.I. & BEVERIDGE, E.E. *Endodontia*. Supervisão da tradução: JCBTeles. São Paulo: Interamericana, 1979. p.450-517.
- 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. *Pain*, v.3, p.S1-S225, 1986. Supplement.
- INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY – Comitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia. Classificação e critérios diagnósticos para cefaléias, nevrálgias cranianas e dor facial. Trad. por E. Raffaelli Jr, W.F. da Silva e O.J. Martins. São Paulo: Lemos, 1997.
- KANT, K.S. Pain referred to teeth as the sole discomfort in undiagnosed mediastinal lymphoma: report of case. *JADA*, v.118, p.587-588, 1989.
- KVINNSLAND, I.; HEYERAAS, K.J.; BYERS, M.R. Effects of dental trauma on pulpal and periodontal nerve morphology. *Proc Finn Dent Soc*, v.88, p.125-132, 1992. Supplement I.
- KOLTZENBURG, M. Stability and plasticity of nociceptor function and their relationship to provoked and ongoing pain. *The Neurosciences*, v.7, p.199-210, 1995.
- LOESER, J.D. Tic douloureux and atypical facial pain. *J Canadian Dent Assoc*, v.51, p.917-923, 1985.
- OKESON, J.P. *Dores bucofaciais de Bell*. 5. ed. São Paulo: Quintessence, 1998.
- RAMFJORD, S. e ASH, M.M. *Oclusão*. 3. ed. São Paulo: Interamericana, 1984. p.228-246.
- SANTOS JR, J. *Oclusão, aspectos clínicos da dor facial*. 1. ed. São Paulo: Meddens, 1980. p.33-52.
- SESSLE, B.J.; HU, J.W., AMANO, N.; ZHONG, G. Convergence of cutaneous, tooth pulp, visceral, neck and muscle afferents onto nociceptive and non-nociceptive neurons in trigeminal subnucleus caudalis (medullary dorsal horn) and its implications for referred pain. *Pain*, v.27, p.219-235, 1986.
- SESSLE, B.J. The neurobiology of facial and dental pain: present knowledge, future directions. *J Dent Res*, v.66, p.962-981, 1987.
- SIQUEIRA, J.T.T. Dor facial: aspectos clínicos, diagnóstico diferencial e orientação terapêutica. In: SIMBIDOR, 2, 1995, São Paulo. *Anuário*. São Paulo: SIMBIDOR, 1995. p.42.
- SIQUEIRA, J.T.T.; VOLPE, A.; SALOMÃO, M.; DIAS, P.V. Cirurgia de implantes osteointegrados: a importância do diagnóstico diferencial no controle da dor pós-operatória. Considerações sobre 2 casos clínicos. *Rev Bras Implant*, p.11-14, maio/jun. 1996.
- SIQUEIRA, J.T.T.; CHING, L.H. Dificuldades no diagnóstico diferencial de dores dentárias referidas à face. Conduta clínica e considerações sobre uma amostra. *JBC – Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica*, v.1, n.2, p.11-18, mar./abr. 1997.
- SIQUEIRA, J.T.T.; CHING, L.H. Dificuldades no diagnóstico diferencial de dores dentárias referidas à face. Conduta clínica. In: Siqueira, J.T.T. e Ching, L.H. (Eds). *Dor Orofacial / ATM – Bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba: Maio, 1999. p.161-180.
- SIQUEIRA, S.R.D.T. *et al.* Frequência de pacientes com neuralgia típica da face em serviço odontológico de dor orofacial. *Arquivos SIMBIDOR*, 5, 2001. p.292.
- TEIXEIRA, M.J. Critérios de diagnóstico da dor facial atípica. In: SIMBIDOR, 3, 1997, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Simbidor, 1997. p.17-33.
- TRAVELL, J. Identification of myofascial trigger point syndromes: a case of atypical facial neuralgia. *Arch Phys Med Rehabil*, v.62, p.100-106, 1981.

Recebido para publicação em: 09/06/03

Enviado para análise em: 13/06/03

Aceito para publicação em: 24/06/03