

## **Dor Orofacial**

Carlo Coiro\*

### **RESUMO**

Descrevemos brevemente o mecanismo da dor orofacial e também a sua fisiopatologia. Estão relacionadas às desordens do sistema estomatognático, cujo componente mais conhecido é a articulação têmporo mandibular. Abordamos diagnósticos diferenciais, de patologias mais conhecidas, causadores de dor orofacial e indicamos, dentro de revisão da literatura, alguns tratamentos emergenciais.

**Descritor:** Dor Facial

**Key words:** Facial Pain

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.7, n.3. p. 1 -10, 2005

### **INTRODUÇÃO**

As dores, em especial as faciais e as cranianas, são um grande incômodo tanto para o paciente em nosso consultório como para nós mesmos para estabelecermos um diagnóstico preciso, já que envolvem uma gama grande de patologias e tratamentos diferenciados. Por experiência, vemos queixas de pacientes com grandes dores faciais e ou cranianas duradouras, com vários diagnósticos, muitos tratamentos, muitos exames, vários profissionais de diversas especialidades e, o principal, com a sintomatologia ainda presente sem nenhuma melhora. Temos que ter em mente que estamos diante de um processo multidisciplinar e que envolve uma série de profissionais de saúde, às vezes isolados, outros associados, com uma única finalidade: tratar a ou as patologias do paciente, devolvendo para ele uma qualidade de vida satisfatória. Temos o envolvimento de profissionais como neurologistas, otorrinolaringologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço, cirurgiões buco maxilo faciais, psiquiatras, ortodontistas, protesistas, fisioterapeutas etc.

Em 1934, Costen descreveu uma síndrome que leva seu nome, caracterizada por dor temporal e zumbido auricular, hipoacusia, tontura, dor de cabeça, sensações de queimação na língua e mastigação dolorosa. Hoje se sabe que as dores orofaciais são muito mais complexas que isso.<sup>1</sup>

O tratamento clínico da dor é uma preocupação fundamental dos profissionais. O tratamento satis-

fatório da dor cirúrgica pode ser considerado um fato realizado. Entretanto, o mesmo não pode ser dito a respeito da dor clínica ou patológica. Há razões para isto. A causa da dor cirúrgica é óbvia e seu tratamento consiste na supressão da passagem dos impulsos nociceptivos, ou em tornar o paciente insensível a eles. Entretanto, com a dor clínica prevalecem condições bem diferentes: os mecanismos da dor são pouco compreendidos, não é apenas uma questão de identificar e eliminar a causa, mesmo porque a causa inicial pode não estar mais presente, se é que realmente havia uma causa.

Para competir com a dor clínica, nós necessitamos de uma melhor compreensão da natureza da dor e do mecanismo que a origina. Nós necessitamos desta informação o mais cedo possível em nosso aprendizado.<sup>2</sup>

### **DOR**

Os termos incluídos na linguagem da dor deveriam ser definidos precisamente, o suficiente para evitar ambigüidade e má compreensão. Muitas das definições apresentadas estão baseadas na terminologia proposta pelo Subcommittee on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain.

DOR: “Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com dano real ou potencial ao tecido, ou descrita em termos de tal dano” (Obs. A dor é sempre subjetiva. Se a pessoa relata sua experiência como dor, ela deveria ser aceita como dor).

Dor é uma experiência que não pode ser dividida; ela é completamente pessoal, pertencendo somente ao sofredor. Pessoas diferentes, sentindo idêntica estimulação nociva, sentem dor de diversas maneiras e reagem a diferentes níveis de sofrimento. É impossível para uma pessoa sentir exatamente o que uma outra sente. Por isso, o examinador, conhecendo apenas como sente sua própria dor e o que tal sofrimento significa para ele, se defronta com a tarefa de obter do paciente informação suficiente para auxiliá-lo a imaginar como aquela pessoa sente a dor e qual o significado desta para ela. A habilidade para diagnosticar e tratar uma pessoa afligida pela

\*Dentista especializado em Ortodontia e Tratamento de Dores Faciais

Recebido em 11/08/2005. Aceito para publicação em 26/08/2005.

dor depende de grande conhecimento dos mecanismos, das características e do comportamento da dor em suas várias manifestações.

Muitos problemas de dor são tão grandes que é necessário um controle interdisciplinar. Tais problemas necessitam de uma boa relação de trabalho entre os profissionais. É importante que o profissional compreenda suas responsabilidades no caso, de modo que ele possa conduzir eficazmente sua parte na terapia. Ele deveria ter cuidado para não tentar mais do que sua parte da responsabilidade requer, nem deveria abandonar a que seria legitimamente dele.<sup>2</sup>

### MODIFICAÇÃO DOS CONCEITOS DE DOR

A definição de dor, encontrada nos dicionários médicos, resume muito bem a tradicional compreensão de que dor é como: “Uma sensação mais ou menos localizada de desconforto, angústia ou agonia, resultando da estimulação de extremidades nervosas especializadas. Ela serve como um mecanismo protetor, assim como induz o sofredor a removê-la ou retirá-la da origem”. Esta definição identifica a dor como uma sensação localizada, que ocorre como um resultado de estimulação - estimulação nociva. Ela é intermediada por estruturas neurais especializadas, que são produzidas para esta finalidade. Ela serve como um mecanismo protetor contra a injúria, sendo externo ao corpo, o suposto agente nocivo poderia ser evitado pela correta ação evasiva. Tal definição descreve realmente apenas um tipo de dor: a dor somática superficial - aquela que ocorre como o resultado da estimulação nociva das estruturas cutâneas, por um agente circunstancialmente localizado que afeta os nociceptores exteroceptivos.

Durante os últimos anos, um conceito bastante diferente de dor tem evoluído. Embora a utilidade da dor como um mecanismo protetor seja reconhecida com respeito à estimulação nociva puramente exteroceptiva, a maioria das dores ocorre muito tarde para ter tal valor protetor. Ela tem a ver com acontecimentos que já aconteceram.

Atualmente, a dor é considerada mais do que uma sensação. Ela constitui uma experiência que envolve sensação e emoção. A dimensão sensorial registra a natureza do estímulo, o caráter emocional interrompe o comportamento e conduz a pessoa à atividade para aliviá-la. A dor também envolve os processos neocorticais (atenção, ansiedade, sugestão) que asseguram controle sobre ambos os sistemas. Isto é consideravelmente mais complexo do

que a pura sensação, tal como o toque. Ela é mais semelhante a estados de necessidade, tais como a fome e a sede; ela inicia uma atividade para a ação. A dor não pode ser sentida de uma maneira separada; ela vem junto com aversão, ansiedade, medo e urgência. Embora a dor resulte de uma estimulação nociva, ela também ocorre de estímulos não nocivos, assim como espontaneamente, quando não há nenhum estímulo. A fonte de estimulação não precisa ser externa ao corpo.

Pela definição da dor já descrita, a dor é compreendida como a representação de um estado psicológico subjetivo, mais do que uma atividade induzida unicamente por estimulação nociva. Deveria ser frisado que, se a pessoa considera esta experiência como dor, ela deveria ser aceita como dor.

Quando a causa da dor pode ser identificada, o controle geralmente exige medidas para eliminar tal causa, se possível. Entretanto, algumas dores são de comportamento e, por isso, são aprendidas. Tais dores podem confundir o profissional, que está orientado no sentido reação-estímulo e pensa em termos de causa. Entretanto, muitas vezes, as conseqüências da experiência se tornam o fato mais importante no controle do problema da dor. Em tais casos, a correta manipulação de vários fatores ambientais pode auxiliar o paciente a não aprender o comportamento de sua dor. É interessante notar que, quanto mais severa a dor, e mais angustiado o paciente, mais emocionais são suas reações e maior o impacto em sua habilidade para a função. A pressão para buscar ajuda para o problema da dor aumenta quando o paciente está sob tensão maior que a usual. Parece mais razoável supor que a pessoa tenta escapar da tensão usando o comportamento da doença, do que a tensão causar tal comportamento. Parece que aqueles que encontram sua situação de vida satisfatória tendem a ignorar os sintomas. Os seres humanos são mais do que pacientes que precisam ser tratados. Loren Pilling disse: “Eu não trato a dor. Eu trato a pessoa”.<sup>2</sup>

### CARÁTER DE EMERGÊNCIA DA DOR

A dor cria uma emergência para o paciente e, por isso, se torna a principal causa da motivação para procurar ajuda. A verdadeira localização do sintoma pode ser bem determinada por quem inicialmente vê o paciente. Contudo, a localização da dor pode enganar o paciente e o médico, assim como sua verdadeira fonte e importância. No caso de dor obscura, o paciente pode visitar vários médicos e receber opiniões e tratamentos conflitantes. O alarme com o

qual o paciente geralmente olha seu próprio desconforto é aumentado, quando o médico falha para dar um alívio rápido e duradouro, de modo que a terapia ineficaz pode intensificar a dor e aumentar a tarefa do próprio clínico a ser consultado. Por isso, cabe a todo médico se familiarizar com os mecanismos da dor e a técnica para examinar paciente com queixa de dor.

A importância emocional da terapia rápida e efetiva não deveria ser subestimada, pois nesta área o terapeuta comprova a sua hipótese, ou falha completamente. Considerando que a terapia competente tem como seu principal atributo os meios de fornecer consolo ao paciente sofredor, pode ser dito, ao contrário, que a incompetência pode intensificar o alarme do paciente. Talvez não haja área onde isto seja mais provável do que no diagnóstico e tratamento da dor obscura. Nem é qualquer queixa mais adversamente afetada pela falha profissional. O pequeno desconforto assume maior importância se o paciente sente que ele tem um problema tão terrível que escapa mesmo “às mágicas habilidades do médico”.<sup>2,3,4</sup>

## CATEGORIAS DE DOR OROFACIAL

As síndromes de dor próxima à boca e face podem ser divididas, por suas características, em três categorias: (1) dor somática, (2) dor neurogênica e (3) dor psicogênica. A dor somática resulta da estimulação nociva das estruturas neurais que inervam os tecidos do corpo. A dor neurogênica é produzida dentro do próprio sistema nervoso e é causada pela anormalidade das estruturas neurais que inervam os tecidos do corpo. A dor psicogênica não resulta de estimulação nociva, nem de anormalidade neural, mas de causas psíquicas.<sup>2</sup>

### Dor somática

As dores somáticas ocorrem em resposta à estimulação de receptores neurais ou fibras periféricas. As condições locais, incluindo inflamação e hiperemia, aumentam a receptividade das estruturas neurais, de modo que a estimulação menos intensa se torna mais nociva. O reduzido controle inibidor central da passagem de impulsos periféricos para outros mais altos também ocasiona que a estimulação periférica menos intensa se torne mais nociva. Por isso, o grau de dor não se relaciona, necessariamente, à intensidade do estímulo. As características clínicas da dor que se origina nas estruturas superficiais são distintamente diferentes daquelas de origem profunda. É por estas diferenças que os

dois tipos de dor somática são distinguidos.

### *Dor somática superficial*

A superfície externa do corpo é ricamente inervada com fibras receptoras e sensoriais de diferentes tipos. Estas suprem constantemente a informação ao córtex somatossensorial, no que diz respeito ao ambiente do organismo. Esta sensação não apenas estabelece completo contato consciente entre o organismo e seu ambiente, mas também supre o ímpeto para a atividade reflexa involuntária. A sensação superficial fornece uma função protetora, de modo que o organismo possa reagir corretamente ao constante e variado perigo ambiental ao seu bem-estar, conforto e sobrevivência.

As características clínicas são as seguintes:

- A dor tem uma qualidade viva, estimulante.
- A localização subjetiva da dor é anatomicamente precisa.
- O local da dor identifica a correta localização de sua fonte.
- A resposta à provocação no local da dor é exata em incidência, intensidade e localização.
- A aplicação de anestésico tópico, no local da dor, detém a dor temporariamente.<sup>2,3</sup>

### *Dor somática profunda*

A inervação sensorial das estruturas mais profundas do corpo supre o córtex somatossensorial com um constante afluxo de informação, monitorando todo o funcionamento interno do corpo. Sem dúvida, a informação tem uma certa precisão de definição quanto às características físicas do estímulo, incluindo sua modalidade, localização, duração e intensidade, mas esta informação normalmente está abaixo dos níveis conscientes, a menos que a força de vontade a traga para a atenção da pessoa. As funções que requerem definição precisa do estímulo, tal como a ação dos músculos esqueléticos, são respondidas por alguma sensação consciente razoavelmente precisa para localização. As funções que operam em um nível involuntário, tal como a ação dos músculos lisos, são respondidas pela sensação que permanece abaixo dos níveis conscientes, a menos que condições incomuns predominem, tais como distensão, pressão, hiperemia mantida, ou inflamação. Em tais casos, a sensação consciente geralmente é de desconforto ou dor difusamente localizada e deficientemente definida.

As características clínicas são as seguintes:

- A dor tem qualidade surda, depressiva.
- A localização subjetiva da dor é variável e, de alguma forma, difusa.

- O local da dor pode ou não identificar a correta localização de sua verdadeira fonte.
- A reação à provocação no local da dor é razoavelmente fiel em incidência e intensidade, mas não em localização.
- Os efeitos excitantes centrais secundários que a acompanham freqüentemente são revelados.

Há dois tipos distintos de dor profunda somática, a saber: dor músculo esquelético e dor visceral. A dor músculo esquelético envolve a ação dos receptores que respondem a graus variados de estimulação. Por isso, tal dor permite uma resposta graduada à estimulação. A dor músculo esquelético se relaciona intimamente à função. Ela pode estar localizada a um tal grau que o senso de localização é necessário no curso do funcionamento normal. A dor músculo esquelético é subdividida em: (1) dor muscular; (2) dor na articulação temporomandibular; (3) dor óssea e periosteal; (4) dor do tecido conectivo mole e (5) dor dental de origem periodontal. As dores musculares incluem contenção muscular protetora, dor no ponto de desencadeamento miofascial, dor de espasmo muscular e dor de inflamação muscular. A dor da articulação temporomandibular inclui a dor do ligamento do disco, dor retrodiscal, dor capsular e dor artrítica.

A dor visceral envolve a ação de receptores de alto limiar, do tipo introceptivo. Tal dor geralmente não é sentida até que o limiar seja alcançado, e não apresenta uma resposta graduada à estimulação. Ela tem pouca ou nenhuma relação com a função biomecânica e quase não é localizada pela pessoa.

A dor visceral é subdividida em: (1) dor dental de origem pulpar, (2) dores vasculares, (3) dores de mucosa visceral, (4) dores glandulares, oculares e auriculares. As dores vasculares incluem a neuralgia de enxaqueca, odontalgia atípica, enxaqueca comum, enxaqueca clássica e dor de inflamação vascular.

### Dor neurogênica

As dores neurogênicas são aquelas originadas dentro do próprio sistema nervoso. A estimulação de receptores e fibras nervosas é, portanto, desnecessária. A estimulação pode causar efeitos de adição, de modo que a reação despertada pode ser completamente desproporcional ao estímulo. São característicos os tipos de dor espontânea, desencadeada e incessante.

As características clínicas são as seguintes:

- A dor tem uma qualidade viva, estimulante, abrasadora.

- A localização subjetiva da dor é fácil.
- O local da dor (exceto nos casos de neuroma traumático) não identifica a correta localização da sua fonte.
- A reação à provocação no local da dor é totalmente inexata em incidência, intensidade e localização. Os efeitos de adição podem ser revelados.

Outros sintomas sensoriais motores e/ou autônomos podem acompanhar algumas síndromes de dor neurogênica. Os efeitos excitantes centrais comumente não são revelados.

A dor neurogênica pode ser classificada como dor neuropática, ou dor de deafferenciação. A dor neuropática pode ser dividida em dor de neuroma traumático, neuralgia paroxísmica e neuralgia neurítica. A neuralgia paroxísmica é subdividida em neuralgia idiopática e neuralgia sintomática. Por sua vez, a neuralgia neurítica pode ser dividida em neurite periférica, herpes zoster e neuralgia pós-herpética. A dor de deafferenciação pode ser manifestada como distrofia simpática reflexa, anestesia dolorosa e algumas formas de dor fantasma.

### Dor psicogênica

A dor psicogênica é representada como a intensificação psicogênica da dor somática ou neurogênica, ou como uma manifestação de psiconeurose. A intensificação psicogênica de dor pode ocorrer até que o sofrimento seja completo, ente desproporcional ao *input* nociceptivo periférico. Embora a queixa da dor original possa ter revelado as características clínicas usuais da dor somática ou neurogênica, quando a intensificação a converte em síndrome de dor crônica da face, os sintomas clínicos tomam aspectos que a identificam como psicogênica. Tal dor necessita de uma fonte adequada de *input* que está anatomicamente relacionada ao local da dor. Ela pode ser sentida em múltiplos e, muitas vezes, variados locais. A bilateralidade da dor pode se tornar evidente na ausência de fontes bilaterais de *input* nocivo. A queixa pode revelar reações incomuns ou inesperadas à terapia, podendo reagir muito rapidamente ou muito lentamente. Pode reagir de um modo exagerado, ou com efeitos colaterais incomuns, ou complicações. A reação pode ser acompanhada pela reincidência sem justificção orgânica, ou a condição pode permanecer refratária, a despeito de diferente terapia efetiva. A dor psicogênica pode revelar alteração em localização, intensidade, ou procedimento temporal, sem causa orgânica razoável identificável. Ocasionalmente, a intensificação psicogênica pode

ser manifestada na forma de dor fantasma.

A dor psicogênica é subdividida em dor histérica e dor ilusória.

As características clínicas são as seguintes:

- O local da dor necessita de uma fonte de *input* nociceptivo adequado, anatomicamente relacionado.
- Seu comportamento clínico e sua susceptibilidade para terapia racional são incomuns, inesperados e não fisiológicos.

## CLASSIFICAÇÃO DE DORES OROFACIAIS

I - Dor Somática:

A - Dor somática superficial

1 - Dor cutânea

2 - Dor mucogengival

B - Dor somática profunda

1 - Dor músculo-esquelético

A - Dor muscular

- (1) Dor de contenção protetora (splinting)
- (2) Dor no ponto de desencadeamento miofascial
- (3) - Dor de espasmo muscular
- (4) - Dor de inflamação muscular

B - Dor da articulação temporomandibular

- (1) Dor no ligamento do disco
- (2) Dor retrodiscal
- (3) Dor capsular
- (4) Dor artrítica

C - Dor óssea e periosteia

D - Dor no tecido conjuntivo frouxo

E - Dor dental periodontal

2 - Dor visceral

A - Dor pulpar visceral

B - Dor vascular

- (1) Neuralgia de enxaqueca
- (2) Odontalgia atípica
- (3) Enxaqueca comum
- (4) Enxaqueca clássica
- (5) Dor de inflamação vascular

C - Dor da mucosa visceral

D - Dor glandular, ocular e auricular

II - Dor neurogênica:

A - Dor neuropática

1 - Dor de neuroma traumático

2 - Neuralgia paroxísmica

A - Neuralgia idiopática

B - Neuralgia sintomática

3 - Neuralgia neurítica

A - Neurite periférica

B - Herpes Zoster

C - Neuralgia pós herpética

B - Dor de deafferenciação

1 - Distrofia simpática reflexa (causalgia)

2 - Anestesia dolorosa

3 - Dor fantasma

III - Dor psicogênica

Dor crônica da face

Dor psiconeurótica

Dor histérica

Dor ilusória<sup>1,2,3,4,5</sup>

## EXAME E DIAGNÓSTICO

O objetivo especial do diagnóstico é identificar precisamente a queixa do paciente, assim como o que está errado, onde e por quê. O diagnóstico da dor apresenta problemas difíceis, pois nossa compreensão do mecanismo da dor é no máximo rudimentar; a dor é uma experiência dinâmica, que se modifica e envolve sensação, emoção e reação; a nocicepção é predominantemente subjetiva, em natureza; o comportamento objetivo da dor reflete conseqüências, assim como a causa; o complexo fenômeno de modulação da dor individualiza toda a experiência dolorosa. O diagnóstico e tratamento de um problema obscuro de dor pode ser uma experiência sombria - e às vezes humilhante - para o profissional, por mais culto que ele seja<sup>2,3,4</sup>.

Uma dificuldade é que a maioria de nós tem princípios orientados. O “porquê” em diagnóstico, importante como ele é, pode se tornar um obstáculo, quando se trata de dor obscura, pois pode não haver causa alguma. Se a condição parece relacionada a um estímulo real de alguma espécie, então a identificação da causa é essencial para um tratamento correto. Mas a dor sem causa não deveria ser considerada incomum. Na verdade, a maioria das dores humanas não tem causa identificável.

Uma outra dificuldade que nos deveria deixar alerta é a tentação para aceitarmos que, os sintomas, dos quais o paciente se queixa representam o verdadeiro problema que precisa ser investigado e tratado. O comportamento da dor consiste de sinais audíveis e visíveis, demonstrados pelo paciente, que indicam seu sofrimento. Estes sinais se filtraram por uma cadeia de influências moduladoras, de algum modo, quaisquer que sejam as conseqüências que, estão presentes em toda a experiência. Assim, a queixa, quando manifestada pelo sofrimento, pode sustentar pouca relevância para o real problema subjacente. Contudo, é o próprio sofrimento que o paciente apresenta para o tratamento.

Diagnosticar uma queixa de dor consiste, essencialmente, de três passos principais:

- Uma indicação precisa da localização da estrutura, da qual emana a dor. A localização da fonte de dor (ao contrário do local da dor) é o principal objetivo do exame clínico.

- A determinação da correta categoria da dor está representada na condição sob investigação. Esta é uma questão de reconhecimento das características clínicas que são reveladas. Estabelecer a correta categoria da dor depende da boa compreensão do iní-

cio e dos mecanismos da dor.

- A seleção da síndrome específica de dor que responde corretamente pela incidência e comportamento do problema do paciente. Isto necessita familiaridade com sintomas clínicos, apresentados pelas síndromes de dor que ocorrem na região orofacial.

### Descrição da queixa do paciente

Para obter um bom relato do problema da dor, a entrevista deveria ser orientada pelo profissional, uma vez que poucos pacientes saberiam de que informação descritiva ele necessita, realmente<sup>2,4,6</sup>.

Uma descrição da queixa de dor deveria ser tomada com detalhes, a respeito do seguinte:

- Descrição anatômica do local onde a dor é sentida;
- Intensidade da dor;
- Forma inicial;
- Espécie de fluxo da dor;
- Qualidade da dor;
- Comportamento temporal;
- Duração das dores individuais;
- Procedimento e localização;
- Efeitos de atividades funcionais;
- Sintomas neurológicos concomitantes.

### Musculatura regional

Todos os músculos na região maxilo facial deveriam ser palpados manualmente, para identificar os locais da dor muscular. Além dos músculos mastigatórios, este exame deveria incluir os músculos faciais, músculos sublinguais e supra-hióideos, músculos occipitais e músculos cervicais, especialmente o esternocleidomastoídeo e o trapézio. A confirmação de mialgia pelo bloqueio analgésico pode ser feita, se necessário, para a correta identificação e localização.

### Identificação da correta categoria da dor

Identificar corretamente o tipo de dor que constitui a queixa do paciente é um passo essencial para o diagnóstico. Várias questões auxiliam a estabelecer esta determinação:

- A dor é estrutural (orgânica) ou funcional (psicogênica)?
- Se estrutural, é somática ou neurogênica?
- Se somática, é primária ou secundária?
- Se primária, é superficial ou profunda?
- Se profunda, é músculo esquelético ou visceral?<sup>2</sup>

### Estrutural

- A ação da dor se relaciona razoavelmente ao

input periférico adequado;

- O local da dor torna o significado anatômico relativo à fonte do input;
- A reação da terapia é psicológica.

### Funcional

- Falta input periférico adequado;
- O local da dor não torna o significado anatômico relativo à presumida fonte do input;
- A reação à terapia não é razoável ou psicológica.

### Somática

- A incidência da dor se relaciona razoavelmente à estimulação das estruturas periféricas;
- A reação à provocação no local da dor está de acordo com o estímulo aplicado.
- A dor não é acompanhada por sintomas de deficiências neurais (anestesia, parestesia, paralisia etc).

### Neurogênica

- A incidência da dor não é dependente da estimulação das estruturas periféricas. A dor pode ser progressiva, espontânea ou desencadeada;
- A reação à provocação no local da dor é desproporcional ao estímulo aplicado;
- Pode ser acompanhada por outros sintomas sensoriais e motores.

### Primária

- O local da dor está localizado na fonte do input de dor;
- A provocação no local da dor a acentua;
- O bloqueio analgésico no local da dor a detém.

### Secundária

- O local da dor não está localizado na fonte do input;
- A provocação no local da dor não acentua a dor referida, mas inicia a hiperalgesia secundária;
- O bloqueio analgésico no local da dor não detém completamente a dor.

### Superficial

- A dor é viva, estimulante e precisamente localizável;
- A dor é “regular”, sem efeitos acompanhantes;
- A dor é detida pela aplicação de anestésico tópico no local da dor.

## Profunda

- A dor é surda, depressiva e variavelmente localizável;
- A dor pode ser acompanhada por efeitos excitantes centrais;
- A dor é detida por bloqueio analgésico no local da dor.

## Músculo esquelético

- A dor se relaciona razoavelmente à função biomecânica;
- Reage proporcionalmente à intensidade do estímulo aplicado no local da dor.

## Visceral

- A dor é independente da função biomecânica;
- Reage a nível de limiar ao estímulo aplicado no local da dor.

## TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOR

As condições que originam a dor são suscetíveis de modificação. O tratamento de pessoas que sofrem dor requer: (1) a manipulação daqueles fatores que iniciam e acentuam a dor, e/ou (2) a instituição de meios e métodos pelos quais os pacientes possam esclarecer melhor sua queixa. Por isso, as condições que os terapeutas da dor delimitam para manipular incluem fatores tais como a eliminação de estímulos nocivos etiológicos, a interrupção de circuitos nociceptivos e o aumento de nossos mecanismos naturais de inibição da dor. Sternbach demonstrou que enquanto “dor”, em dor aguda, é um sintoma de moléstia, “dor”, em dor crônica é a própria moléstia. Imediatamente, deveria ser óbvio que o tratamento da dor é um compromisso complexo. Infelizmente estamos apenas começando a aprender as regras do jogo.<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

## Modalidades de tratamento

Um paciente sofrendo de dor orofacial pode necessitar de um ou de vários tipos de tratamento. Para fins de discussão, as modalidades terapêuticas podem ser agrupadas da seguinte maneira:

- Terapia de causa-relacionada - consiste na identificação e eliminação dos fatores etiológicos.

- Estimulação sensorial - é a utilização de estimulação de efeitos inibidores de dor de determinados neurônios aferentes. Pode ser classificada como estimulação do nervo cutâneo, trascutâneo ou percutâneo.

- Bloqueio analgésico - é o uso de anestesia local para: (a) deter o *input* de dor, (b) interromper

o ciclo, (c) reduzir a atividade do ponto de desencadeamento miofascial, ou (d) induzir o bloqueio simpático.

- Fisioterapia - inclui massagem cutânea e profunda, exercícios, terapia profunda de calor, terapia do ponto de desencadeamento e atividade física para aumentar o “ritmo”.

- Educação para relaxamento - inclui auto-sedação, treino do biofeedback e desimpedimento ocular.

- Terapia de placebo.

- Psicoterapia - inclui consultas, hipnoterapia e tratamento de contato e psicoterapia formal.

- Neurocirurgia - tais processos incluem: (a) terapia periférica, (b) gangliolise, rizotomia e descompressão e (c) tractotomia do trigêmeo.

- Terapia medicinal - isto inclui: (a) analgésicos, (b) agentes antiinflamatórios, (c) pomadas analgésicas, (d) antibióticos, (e) anti-herpes, (f) anestésicos locais, (g) antiespasmódicos, (h) medicamentos neuroativos, (i) tranqüilizantes e relaxantes musculares, (j) medicamentos antidepressivos e (k) agentes vasoativos.

- Terapia de suplemento da dieta.

## Indicações terapêuticas

O tratamento da dor, no que diz respeito à dor somática, se aplica apenas às fontes primárias. A dor heterotópica, que se manifesta com dor referida espontânea, ou como hiperalgia secundária provocada, não pode ser tratada diretamente. Somente através da identificação da fonte primária e do tratamento daquela fonte, tais manifestações heterotópicas podem ser tratadas. Por isso, é necessário que todas as dores heterotópicas sejam reconhecidas e seja determinada a fonte primária do *input*.

Deveria ser compreendido que o tratamento da dor raramente está isolado de outro tratamento. Uma vez que a terapia de causa-relacionada é uma opção de tratamento para a maioria das síndromes de dor, torna-se responsabilidade do terapeuta integrar corretamente a terapia da dor no regime de tratamento total, necessário para resolver a queixa do paciente.<sup>2,3,4,6,7</sup>

## Dores de origem cutânea e mucogengival

### DIAGNÓSTICODIFERENCIAL

- Dor referida (espontânea);
- Hiperalgia secundária (provocada);
- Dores neurogênicas.

### OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- Terapia de causa-relacionada;
- Analgésicos, antiinflamatórios, pomadas anal-

- gésicas, antibióticos, anti-herpes, anestésicos tópicos, tranqüilizantes, saliva sintética;
- Eliminação de todos os irritantes de superfície;
- Terapia para deficiência salivar.

### *Dores de origem dental*

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dor referida e/ou hiperalgesia secundária de outras fontes de dor profunda;
- Dores vasculares (odontalgia atípica, neuralgia de enxaqueca).

#### OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- Terapia de causa relacionada;
- Estimulação sensorial (cutânea, transcutânea);
- Fisioterapia (calor profundo);
- Relaxamento (desprogramação oclusal);
- Analgésicos, pomadas analgésicas, antibióticos, tranqüilizantes.

### *Dores de origem muscular (incluindo dor muscular mastigatória)*

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hiperalgia secundária de dor do ponto de desencadeamento miofascial (especialmente dor de cabeça por tensão) e de outro *input* de dor profunda;
- Artralgia temporomandibular;
- Dores vasculares;
- Dores neurogênicas;
- Dor crônica da face;
- Histeria de conversão.

#### OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- Terapia de causa relacionada;
- Estimulação sensorial;
- Bloqueio analgésico (terapia do ponto de desencadeamento, interrupção cíclica);
- Fisioterapia (massagem, exercícios, calor profundo, terapia do ponto de desencadeamento);
- Relaxamento (auto sedação, biofeedback, desprogramação oclusal);
- Psicoterapia (consultas);
- Analgésicos, antiinflamatórios, antibióticos, anestésicos locais, (tranqüilizantes e relaxantes musculares).

### *Dores da articulação temporomandibular*

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Mialgia mastigatória;
- Dor referida de outras fontes de dor profunda;
- Pseudoanquilose;
- Patose adjacente;
- Dores vasculares;

- Dores neurogênicas;
- Dor crônica da face.

#### OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- Terapia de causa relacionada;
- Estimulação sensorial (cutânea, transcutânea);
- Fisioterapia (calor profundo);
- Relaxamento (auto-sedação, treino de hábito, desprogramação oclusal);
- Psicoterapia (consultas);
- Analgésicos, antiinflamatórios, antibióticos, tranqüilizantes.

### *Outras dores músculo esqueléticas (ósseas, perósteas, TC frouxo)*

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Mialgia;
- Artralgia;
- Tumores, cistos;
- Dores viscerais e vasculares;
- Dores neurogênicas.

#### OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- Terapia de causa relacionada;
- Estimulação sensorial (transcutânea);
- Fisioterapia (calor profundo);
- Analgésicos, agentes antiinflamatórios, pomadas analgésicas, antibióticos, tranqüilizantes.

### *Dores vasculares*

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dores de origem dental;
- Dores mastigatórias;
- Dor neurogênica (neuralgia paroxísmica);
- Dor crônica da face;
- Histeria de conversão.

#### OPÇÕES TERAPÊUTICAS

- Terapia de dor relacionada (se a dor é inflamatória);
- Estimulação sensorial (cutânea e transcutânea)
- Bloqueio analgésico (detenção clínica);
- Relaxamento (auto sedação, treino de biofeedback);
- Terapia de placebo;
- Psicoterapia (hipnoterapia, psicoterapia formal);
- Analgésicos, antiinflamatórios, anestésicos locais, tranqüilizantes, agentes antidepressores e vasoativos;
- Terapia de suplemento da dieta.

### *Outras dores viscerais (mucosa, glandular, olho, ouvido)*

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Manifestações heterotópicas podem simular



“dor de dente”, “sinusite”, “dor de ATM”;

- Dores músculo-esqueléticas;
- Dores neurogênicas.

OPÇÃO TERAPÊUTICAS

- Terapia de causa relacionada;
- Bloqueio analgésico (tópico);
- Fisioterapia (calor profundo);
- Psicoterapia (consulta);
- Analgésicos, antiinflamatórios, pomadas analgésicas, antibióticos, anestésicos tópicos, tranqüilizantes, agentes vasoativos (anti-histamínicos).

*Dores neurogênicas (dores de neuropatia, dores de deafferenciação)*

DIAGNÓSTICODIFERENCIAL

- Dores somáticas heterotópicas;
- Dores de origem dental;
- Dores mastigatórias;
- Dores vasculares;
- Dor crônica da face;
- Histeria de conversão.

OPÇÃO TERAPÊUTICAS

- Terapia de causa relacionada;
- Estimulação sensorial (cutânea, transcutânea, percutânea);
- Bloqueio analgésico (deter o ciclo, bloqueio simpático);
- Terapia do placebo;
- Neurocirurgia;
- Analgésicos, antiinflamatórios, agentes anti-herpes, anestésicos, anticonvulsivos, drogas neuroativas, tranqüilizantes, antidepressores.

*Dores crônicas e psicogênicas*

DIAGNÓSTICODIFERENCIAL

- Dores estruturais, somáticas e neurogênicas.

OPÇÃO TERAPÊUTICAS

- Estimulação sensorial (cutânea, transcutânea, percutânea);
- Fisioterapia (atividade física);
- Relaxamento (auto sedação, treino de biofeedback);
- Psicoterapia (tratamento de contingência e terapia formal);
- Analgésicos, tranqüilizantes, antidepressores
- Terapia de suplemento de dieta.

## Mialgia mastigatória

O tratamento eficaz de dor muscular mastigatória depende da precisão da identificação de diagnóstico do tipo especial da mialgia presente: dor de *splint-*

*ting* muscular, dor do ponto de desencadeamento miofascial, dor de mioespaço, ou dor de inflamação muscular. Junto à terapia de causa relacionada, as seguintes instruções seriam úteis, no tratamento de diferentes tipos de dor muscular mastigatória:

*Dor de contenção muscular protetora*

- Mantém o músculo em repouso;
- Nenhuma terapia, além do relaxante muscular (para efeito de placebo).

*Dor do ponto de desencadeamento miofascial*

- Estiramento e spray;
- Injeção e spray;
- Compressão isquêmica;
- Massagens e emplastros;
- Ultra-som.

*Dor de espasmo muscular*

- Uso restrito dos limites indolores;
- Máximo uso normal, mas bem restrito dentro dos limites indolores;
- Desprogramação oclusal;
- Bloqueio analgésico e manipulação funcional;
- Exercício para relaxar reflexivamente o músculo espástico;
- Treino de biofeedback.

*Dor de inflamação muscular*

Até que os sintomas agudos diminuam:

- uso restrito dentro dos limites indolores;
- Sem exercícios, massagens, ou injeções;
- terapia antiinflamatória;
- Calor profundo, cuidadosamente aplicado, com o aumento de uso quando os sintomas agudos diminuem.

Quando os sintomas agudos já diminuíram:

- Cessar a terapia antiinflamatória;
- Fazer terapia de exercício ativo, aumentando vigorosamente quando ocorre a resolução.

Próximo ao término do período de resolução:

- Adicionar terapia para contrabalançar a atrofia muscular (exercícios isométricos) e contração miostática (exercícios de estiramento momentâneo).

## ABSTRACT

We describe, briefly, the mechanism of oral-facial pain, and also its physiopathology. They are related to disorders of the stomatognathic system, whose most known component is the temporal man-

dibular joint . We point out differential diagnosis of mainly known pathologies, wich cause oral-facial pain, and we suggest, within a revision of literature, some emergency treatments.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mongini F. O sistema estomatognático. Rio de Janeiro: Quintessence Book; 1988.
2. Bell W.E. Dores orofaciais. Rio de Janeiro: Quintessence Book; 1991.
3. Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial. Curitiba: Maio; 2001.
4. Molina OF. Fisiopatologia craniomandibular. São Paulo: Pancast; 1989.
5. Okeson JP. Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares. São Paulo: Artes Médicas; 1992.
6. Estrela C. Dor odontogênica. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
7. Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2002.



Tela em óleo - Casa de Campo  
Elisabeth Aparecida Pizzo  
1956-2002