

## Dor orofacial odontogênica e a importância do diagnóstico diferencial. Relato de caso \*

*Odontogenic orofacial pain and the importance of differential diagnosis. Case report*

Priscila Brenner Hilgenberg<sup>1</sup>, Carolina Ortigosa Cunha<sup>2</sup>, Luana Menezes de Mendonça<sup>2</sup>, Paulo César Rodrigues Conti<sup>3</sup>

\* Recebido do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB) da Universidade de São Paulo, Bauru, SP.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** O tratamento do paciente com dor facial deve ser multidisciplinar e o diagnóstico deve ser feito com bastante cautela. Os profissionais envolvidos devem considerar todas as doenças que podem acometer a região facial, para não sub ou sobre tratar o paciente.

**RELATO DO CASO:** Paciente do sexo feminino, 46 anos, com queixa principal de dor no lado direito da face, na região de molares inferiores e pré-molar superior. A dor relatada era de grande intensidade, descrita com intensidade “8”, numa escala de “0” a “10”, diária e contínua. Após ser avaliada por dois Cirurgiões-Dentistas e um Otorrinolaringologista, a paciente buscou atendimento na Faculdade de Odontologia de Bauru. Após anamnese detalhada, e exame extraoral, incluindo da musculatura mastigatória e articulação temporomandibular (ATM), não foram encontrados sinais de disfunção temporomandibular (DTM). No exame intraoral foram encontradas restaurações dentárias extensas com infiltração nos dentes 46 e 47, possivelmente re-

lacionando-se com a queixa principal da paciente. Radiografias periapicais detectaram imagens compatíveis com a presença de cáries nos dentes 14, 46 e 47. Após a restauração dos dentes envolvidos, obteve-se remissão total dos sintomas.

**CONCLUSÃO:** No presente caso, houve necessidade de excluir-se, independentemente do profissional envolvido no processo, dor de origem dentária como causa de dor orofacial.

**Descritores:** Cárie dentária, Dor orofacial, Transtorno da articulação temporomandibular.

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Management of facial pain patients should be multidisciplinary and diagnosis should be very careful. Professionals involved should consider all diseases which may affect face in order not to under or over treat patients.

**CASE REPORT:** Female patient, 46 years old, with primary complaint of pain on right face side, at the region of lower molars and upper pre-molar teeth. Pain was reported as severe, daily and continuous, and was described as intensity “8”, on a scale from “0” to “10”. After being evaluated by two dentists and one ENT specialist, patient looked for treatment at the Dentistry School of the city of Bauru. After a detailed history and extraoral evaluation including masticatory muscles and temporomandibular joint (TMJ), no signs of temporomandibular (TMJ) dysfunction were found. Intraoral evaluation showed extensive dental restorations with infiltrations in teeth 46 and 47, possibly related to patient’s primary complaint. Periapical X-rays showed images compatible with the presence of decays in teeth 14, 46 and 47. After

1. Mestre e Doutoranda em Reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia de Bauru (USP). Departamento de Prótese, Bauru, SP, Brasil.

2. Mestranda em Reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia de Bauru (USP). Departamento de Prótese. Bauru, SP, Brasil.

3. Professor Associado da Faculdade de Odontologia de Bauru (USP). Departamento de Prótese. Bauru, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:  
Dra. Priscila Brenner Hilgenberg  
Rua Brigadeiro Franco, 289 - Mercês  
80430-210 Curitiba, PR.  
Fone: (41) 3335-1330  
E-mail: priscilabrenner@hotmail.com

restoration of such teeth, there has been total remission of symptoms.

**CONCLUSION:** In this case, regardless of the professional involved in the process, there has been the need to exclude dental-related pain as the cause of orofacial pain.

**Keywords:** Decay, Orofacial pain, Temporomandibular joint dysfunction.

## INTRODUÇÃO

A dor orofacial pode ser definida como a especialidade da Odontologia que estuda as dores na face, cabeça, articulações temporomandibulares, pescoço, região de ouvidos e garganta. Para a maioria dos casos, especialmente aos portadores de dores crônicas, exige atendimento multidisciplinar, realizado basicamente por médicos e dentistas, além da atuação conjunta de fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outras áreas da saúde. As dores dentárias podem apresentar-se de diversas maneiras e em diversas condições. De uma maneira geral, as odontalgias podem ser de origem pulpar e/ou periodontal. Dentre as diversas subclassificações existentes, a dor de dente é classificada como dor somática, profunda e visceral. Já a dor periodontal é dita como somática profunda e musculoesquelética<sup>1</sup>.

A dor pulpar pode ser aguda ou crônica. Normalmente é de difícil localização, responde a estímulos locais, pode apresentar as seguintes características: depressiva, difusa, latejante ou em queimação, e normalmente consegue-se melhora da dor com bloqueio anestésico. Uma característica importante das dores odontogênicas é sua variação com o tempo, sendo esta uma condição que a diferencia de outras manifestações que acometem o dente. Modificam-se pela resolução ou progressão do processo, ou seja, apresentam melhora gradual, ou progridem para dores espontâneas, levando à necessidade de extirpação do órgão pulpar e tratamento endodôntico. Muitas vezes, a própria extração do órgão dental pode estar indicada, dependendo do grau de comprometimento das estruturas. As radiografias interproximais e periapicais podem auxiliar no diagnóstico, mas este não é definitivo. A odontalgia pode, ainda, apresentar efeitos secundários, tais como: hiperalgesia secundária na região gengival, sensibilidade à palpação dos músculos masseter e temporal e dor referida para outras áreas de inervação trigeminal ou anatomicamente relacionadas ao nervo trigêmeo. Além disso, tais dores podem induzir sintomas autonômicos secundários como congestão na-

sal, lacrimejamento e edema na face, sendo confundida com sinusite ou neuralgias faciais<sup>1</sup>.

O objetivo principal do tratamento de uma queixa de dor foi identificar a sua causa e eliminá-la. Para isso é necessário que se faça uma completa avaliação diagnóstica inicial, baseada nas características da dor apresentada. Apesar do diagnóstico das dores orofaciais basicamente ser dado com base na anamnese, exames complementares como radiografias, podem ser necessários para confirmação de um quadro clínico.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 46 anos, do lar, casada, procurou atendimento na Clínica de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP. A queixa principal era dor no lado direito da face, na região de molares inferiores e pré-molar superior. A dor relatada era de grande intensidade (= 8), numa escala de e zero a 10, de frequência diária e qualidade pulsátil. A paciente não se lembrava de eventos relacionados ao início da dor. Os sintomas foram notados inicialmente havia 30 dias da data da consulta, tendo sido agravada desde o seu início. Dois dias depois do seu início, a paciente buscou atendimento em um cirurgião-dentista em clínica particular, que radiografou os dentes na região e afirmou não ter encontrado nada de anormal com os seus dentes e a encaminhou para um Otorrinolaringologista, acreditando que rino-sinusite era um possível diagnóstico. Este por sua vez, após seu exame clínico, solicitou uma radiografia de seios da face, que não revelou quaisquer anormalidades e prescreveu um bloqueador neuromuscular, alegando que o problema da paciente era bruxismo e que ela deveria ir a um cirurgião-dentista para confeccionar um dispositivo inter-oclusal para uso noturno. No dia seguinte, ainda sem alívio dos sintomas, a paciente foi a um segundo cirurgião-dentista, também em clínica particular, que radiografou os dentes superiores e inferiores, alegando ausência de alterações. Este profissional, após exame clínico, diagnosticou a paciente como portadora de neuralgia facial e confeccionou um dispositivo inter-oclusal de silicone superior, além de prescrever fármacos de ação central para controle de neuralgia trigeminal, além de anti-inflamatórios esteroides injetáveis. Sem melhora no quadro de dor, a paciente se automedicou com Spidufen (400 mg), e observou pequena melhora na dor.

Quando se apresentou para diagnóstico e terapia, a paciente foi sujeita, após a anamnese, ao exame extraoral, que consistiu, entre outros procedimentos, de avaliação da



Figura 1 – Ilustração intra-bucal.

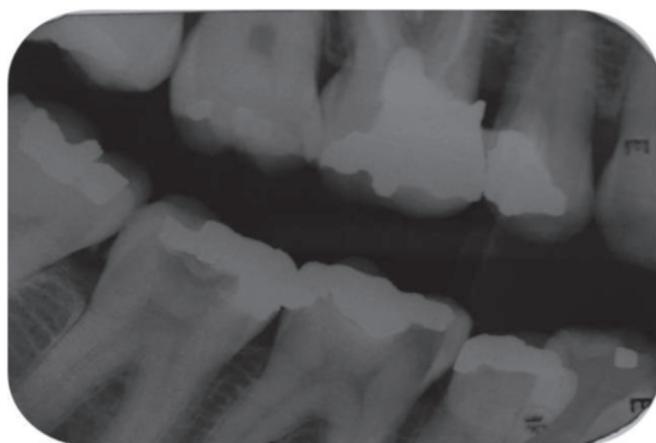


Figura 2 – Radiografia interproximal evidenciando a presença de cárie dentária nos elementos 14, 46 e 47.

musculatura mastigatória, sendo que o músculo masseter direito apresentou, frente à palpação, sensibilidade grau 1, numa escala de zero a 3 (dor leve, desconforto) na sua origem e inserção e grau 2 (dor moderada) no corpo. Não foram detectadas quaisquer outras alterações com a palpação das articulações temporomandibulares, os músculos temporais (anterior e médio e posterior), masseter profundo e inserção do pterigoide medial, todos bilateralmente. No exame intraoral foram encontradas restaurações dentárias extensas com infiltração nos dentes 46 e 47, apontando a possível fonte de dor relatada. A mucosa oral apresentava aspecto e coloração normais (Figura 1). Foi realizada uma radiografia interproximal da região dolorida (Figura 2), para descartar-se qualquer causa odontogênica para a dor. No entanto, a radiografia apresentou imagem compatível com a presença de cáries recorrentes nos dentes 14, 46 e 47. A paciente foi encaminhada para a clínica de Dentística Restauradora da FOB. Após a remoção das cáries e restauração adequada dos dentes, a paciente não apresentava mais sintomatologia dolorosa.

## DISCUSSÃO

A educação dos profissionais de saúde de diferentes áreas permite melhor atendimento dos pacientes, reduz custos e impede que pacientes sejam sobre ou subtratados por falta de correto diagnóstico<sup>6</sup>. Isso se faz verdade principalmente quando se menciona os cirurgiões dentistas, pois a maior causa de dor orofacial é de origem odontogênica.

De acordo com Locker e Grushka<sup>2</sup>, a queixa de dor facial mais prevalente é a dor dentária provocada com frio e calor (28%), sendo que dor na mandíbula foi relatada por menos de 10% dos indivíduos avaliados. Um estudo feito em 2007 avaliou a prevalência de dor orofacial entre indivíduos idosos e o sintoma mais comumente relatado foi dor de dente (58%), enquanto dor na face ou nos músculos foi reportado somente por 6% dos pacientes<sup>3</sup>. Em 2008, foi realizado um estudo com 3353 indivíduos, dentre os quais a prevalência de dor de dente nos últimos seis meses foi de aproximadamente 17,7%, diminuindo conforme aumentava a idade dos sujeitos<sup>4</sup>. Um ano mais tarde, foram avaliados 1805 indivíduos, com idade variando entre 20 e 59 anos. A prevalência de dor de dente foi de 28,7%<sup>5</sup>.

Como já descrito, a dor odontogênica é profunda e visceral. A dor de dente pode confundir o paciente ou o profissional, pois é muito variada, não permanece sempre igual e pode assumir diversas características semelhantes a outras dores. A odontalgia pode ser descrita como uma dor monótona ou em queimação, de difícil localização, podendo irradiar por toda face ou cabeça e sabe-se que muitas vezes podem ocorrer convergências de impulsos neuronais<sup>8,9</sup>, ou alterações específicas nos neurônios aferentes, capazes de estimular outros neurônios, mesmo sem haver a continuidade do estímulo nocivo<sup>8-10</sup>, gerando as dores referidas ou reflexas<sup>9,11</sup>. Ainda, quando um estímulo é persistente, neurotransmissores podem difundir-se nos tecidos e ativar outros neurônios aferentes, gerando o espalhamento da dor, clinicamente definida como difusa<sup>12</sup>.

Essa dor facial geralmente é decorrente de efeitos excitatórios e centrais secundários. Segue um padrão vertical laminado ascendente, raramente cruzando a linha média. Por exemplo, uma dor em molar inferior pode irradiar para molares superiores do mesmo lado, mas não para incisivos. Pode acontecer também o processo de hiperalgesia secundária, sentida como uma área dolorosa, sensível à palpação e função. Isso ocorre devido à sensibilização do neurônio de segunda ordem ou pelo processo de inflamação neurogênica. Além de tudo,

também pode ocorrer contração protetora da musculatura mastigatória, frente à agressão presente. Essa dor é considerada um tipo de DTM, que é profunda e musculoesquelética. A dor presente é provocada, classificada como leve a moderada, piora com a função muscular e sensível à palpação<sup>1,7</sup>.

O diagnóstico do caso apresentado, foi realizado com base na anamnese, exame físico e radiografia odontológica interproximal. Além disso, o exame físico não demonstrou quaisquer sinais ou características relativas às DTM, como era esperado por parte da paciente, de acordo com sua expectativa criada pelas análises dos profissionais previamente consultados.

As queixas de dor orofacial são naturalmente complexas, devido, principalmente, a grande variedade de possibilidades diagnósticas, além da existência de diversas condições coexistentes, o que torna o diagnóstico uma tarefa difícil. Um diagnóstico detalhado e preciso é fundamental para o estabelecimento de técnicas terapêuticas adequadas, além de evitar que o paciente tenha que percorrer inúmeros profissionais, antes de encontrar auxílio.

## REFERÊNCIAS

1. Okeson JP. Dores odontogênicas. In: Okeson JP, (editor). Dores bucofaciais de Bell tratamento clínico da dor bucofacial. 6ª ed. São Paulo: Quintessence; 2006. p. 259-86.
2. Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987;15(3):169-72.
3. Luo Y, McMillan AS, Wong MC, et al. Orofacial pain conditions and impact on quality of life in community-dwelling elderly people in Hong Kong. *J Orofacial Pain* 2007;21(1):63-71.
4. Bastos JL, Gigante DP, Peres KG. Toothache prevalence and associated factors: a population based study in southern Brazil. *Oral Dis* 2008;14(4):320-6.
5. Kuhnen M, Peres MA, Masiero AV, et al. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health* 2009;9:7.
6. Brotman SG. Managed health care and orofacial pain. *Dent Clin North Am* 1997;41(2):297-307.
7. de Leeuw R. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management. 4<sup>th</sup> ed. Quintessence; 2008.
8. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
9. Pertes RA, Gross SG. Tratamento clínico das disfunções temporomandibulares e da dor orofacial. 1ª ed. São Paulo: Quintessence; 2005.
10. Zhang S, Chiang CY, Xie YF, et al. Central sensitization in thalamic nociceptive neurons induced by mustard oil application to rat molar tooth pulp. *Neuroscience* 2006;142(3):833-42.
11. Romero-Reyes M, Graff-Radford S. Is there hope for chronic pain and headache? *Headache* 2007;47(8):1262-71.
12. Sessle BJ. Peripheral and central mechanisms of orofacial pain and their clinical correlates. *Minerva Anestesiol* 2005;71(4):117-36.

Apresentado em 05 de abril de 2010.

Aceito para publicação em 17 de junho de 2010.