

## Dor orofacial pós-operatória persistente: o risco de iatrogenia. Relato de caso \*

### *Persistent postoperative orofacial pain: the risk of iatrogenesis. Case report*

José Tadeu Tesseroli de Siqueira<sup>1</sup>, Silvia Regina Dowgan Tesseroli de Siqueira<sup>2</sup>

\* Recebido da Equipe de Dor Orofacial, Divisões de Odontologia e de Neurologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP.

#### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** A dor persistente pós-operatória é considerada um importante problema, por diferir da dor pós-operatória clássica, após cirurgias orais, e por ser difícil ao cirurgião e ao paciente entender porque uma pequena intervenção possa causar tanta dor e sofrimento. O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de paciente que apresentou dor gengival intensa refratária ao tratamento habitual, que surgiu após cirurgia odontológica.

**RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 80 anos, com antecedentes de várias cirurgias na cavidade oral, sem quaisquer complicações, que ao receber mais um implante dentário, passou a ter dor intensa diária em crises que dificultavam o sono, a mastigação e a rotina.

**CONCLUSÃO:** Este relato mostrou a importância de considerar a individualidade da dor e a compreensão do sofrimento e angústia do paciente, mesmo quando ele se submete a cirurgias consideradas de pequeno porte, como as odontológicas, pois a dor e o sofrimento, não são obrigatoriamente decorrentes de grandes lesões ou de doenças graves.

**Descritores:** Dor orofacial, Dor pós-operatória persistente, Implante dentário, Osseointegração.

#### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Persistent postoperative pain is a major problem because it differs from classic postoperative pain after oral surgeries and because it is difficult for the surgeon and the patient to understand why a minor intervention may cause such pain and distress. This study aimed at presenting the case of a patient with severe gingival pain refractory to normal treatment, which started after dental surgery.

**CASE REPORT:** Male patient, 80 years old, with several previous oral cavity surgeries, without any complication, which after receiving another dental implant developed severe daily pain in crises impairing sleep, chewing and daily routine.

**CONCLUSION:** This report shows the importance of taking into consideration pain individuality and the understanding of patients' suffering and distress even when they are submitted to so-called minor surgeries, such as dental surgeries, because pain and distress are not compulsorily caused by major injuries or severe diseases.

**Keywords:** Dental implant, Orofacial pain, Osseointegration, Persistent postoperative pain.

#### INTRODUÇÃO

A dor faz parte da rotina clínica dos cirurgiões, independente de sua área de atuação, mas nem sempre é considerada prioritária, e muitas vezes ignorada e subtratada<sup>1</sup>. Por outro lado, queixas de dor persistente afetam emocionalmente os profissionais da área da saúde, os quais podem se defrontar com queixas repetidas de dor, refratária aos tratamentos convencionais, em pacientes nos quais não se evidenciam alterações macroscópicas causando dúvidas sobre a sua veracidade<sup>2</sup>.

A literatura científica mostra que após cirurgias de implantes dentários de titânio, atualmente conhecidos como osteointegráveis, a frequência de complicações pós-operatórias pode chegar a 36%, sendo que 23% são transi-

1. Cirurgião Dentista, Supervisor da Equipe de Dor Orofacial. Divisões de Odontologia e Neurologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil.

2. Cirurgiã Dentista, Professora Doutora da Escola de Artes, Ciência e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:  
Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira  
Rua Maria Cândida, 135 – Vila Guilherme  
02071-010 São Paulo, SP.  
E-mail: jtts@uol.com.br

tórias e 13% persistentes, levando a incapacitação para o trabalho e alteração da rotina diária em cerca de 14% dos pacientes, sendo que 8% afirmam que não fariam essa cirurgia se soubessem dos riscos e das complicações<sup>3</sup>.

A idade não parece ser fator de risco; entretanto, mulheres e pacientes diabéticos fazem parte do grupo de risco para as complicações pós-operatórias. Felizmente as complicações podem ser minimizadas, pois parte delas é de natureza iatrogênica e cuidados com o planejamento, uso dos protocolos cirúrgicos e avaliação crítica dos riscos e benefícios de cada cirurgia têm efeito preventivo<sup>4</sup>. A ocorrência de dor crônica que segue a procedimentos cirúrgicos ainda é a maior fonte de morbidade decorrente em diversas especialidades. São estes pacientes que devem receber maior atenção do cirurgião e, eventualmente, necessitam de consulta com profissionais experientes quando ocorre a dor persistente. As cirurgias bucais geralmente são de pequeno ou médio porte e a dor pode ser bem controlada mesmo quando é de intensidade moderada a intensa<sup>5</sup>. Entretanto, nem sempre o cirurgião compreende os aspectos relacionados à própria experiência da dor ou o comportamento do paciente, e nem sempre tem uma explicação clara da fisiopatologia e tratamento da dor. Além disso, os estímulos periféricos geram fenômenos de sensibilização central que podem perpetuar o quadro álgico<sup>6</sup>, inclusive trigeminal<sup>7</sup>.

O objetivo deste foi relatar um caso clínico de paciente que apresentou dor gengival de forte intensidade, refratária aos tratamentos e que surgiu após ser submetido a cirurgia odontológica de pequeno porte.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, caucasiano, 80 anos, apresentando queixa de dor contínua na gengiva superior do lado direito da face, na região correspondente aos dentes pré-molares, uma vez que era desdentado superior. A intensidade da dor avaliada pela escala numérica de dor (END) era 5. O problema maior eram as crises episódicas e fortíssimas no local e na face, que ocorriam principalmente à noite após se deitar ou durante a alimentação. A intensidade da dor nas crises, avaliada pela END era 10. As dores iniciaram há quatro meses após a realização de cirurgia oral para colocação de um implante dentário, devendo ser destacado que o paciente já havia sido submetido nos últimos dois anos, a seis implantes na maxila (Sistema INP, São Paulo), sem nenhuma intercorrência dolorosa, e esse era o sétimo implante. No período de 12 meses removera duas vezes implantes colocados na mesma área em que agora sentia a dor; a dor piorou e tornou-se refratária ao tratamento habitual. Era hipertenso e havia sido submetido à cirurgia de

revascularização do miocárdio, com boa saúde mantida sob controle médico.

Fato muito importante, evidenciado durante a primeira consulta, era o quadro emocional do paciente, que denotava grande sofrimento e que afirmava: “*Gostaria que todo dentista que fizesse cirurgia de implantes passasse pela minha experiência. Fiquei quatro meses com dor na boca, praticamente não dormia, a dor vinha em pontadas e ‘latejadas’ e não tinha remédio que desse conta. Fiz seis implantes no maxilar superior e não tive problemas, mas, neste último do lado direito foi um inferno. Meu dentista removeu duas vezes os implantes e colocou este que está aqui; depois cortou minha gengiva umas três vezes. Sofri horrores; cada cirurgia era pior que a outra. No fim ele disse que não era possível eu ter essa dor; que eu devia estar muito nervoso e ser coisa psicológica. Como é possível isso, doutor? Ele é que estava nervoso. Ele esqueceu que tenho mais de 80 anos, já fiz grandes cirurgias, até operei o coração, e nunca tive dor igual a esta. Psicológico! só na boca dos outros!*” Ao exame físico intraoral observou-se uma prótese fixa de acrílico presa nos seis implantes iniciais, que estava funcionalmente adequadamente, e alguns dentes remanescentes inferiores em boas condições clínicas. A gengiva ao redor do implante que era apontado como a fonte da dor, e que por sua vez estava rígido, indolor e osteointegrado, estava hiperêmica e com intensa alodínia. Não apresentava outras alterações intra ou extraorais ao exame físico, inclusive nas articulações temporomandibulares, músculos da mastigação, mucosa oral, ou nos gânglios da face e pescoço. A dor era gengival, desencadeada durante a mastigação, contato mecânico ou escovação, com dor em pontada de forte intensidade que se espalhava para a face e a cabeça (Figura 1).

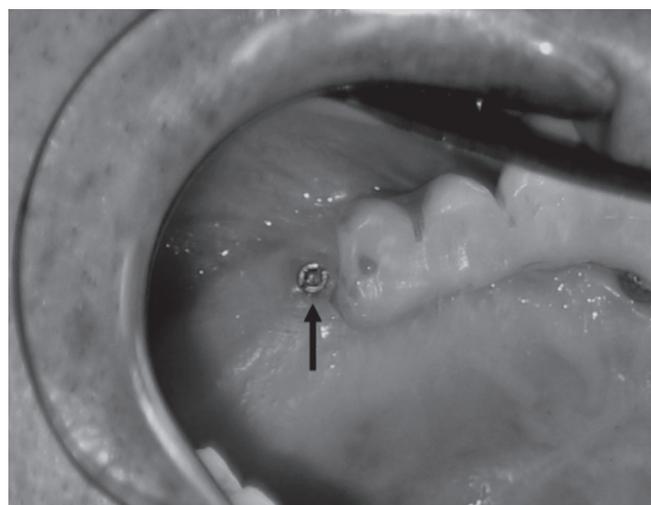


Figura 1 – A seta mostra a cabeça do cicatrizante envolvido por gengiva hiperêmica e o implante osteointegrado sem mobilidade.

A hipótese diagnóstica foi de dor neuropática pós-traumática com sensibilização central. A repetição de cirurgias na área causou sensibilização neuronal e piorou o quadro clínico compatível com dor pós-operatória crônica, responsável pelo estado emocional do paciente.

Pelas suas condições sistêmicas, optou-se por um tratamento com laser terapêutico, anestésico local (benzocaina a 20%) por via tópica e bochechos episódicos com água fenicada a 2%. Além disso, foi confeccionada uma peça cicatrizante de titânio, sob medida, para permitir a acomodação gengival ao seu redor e diminuir a possibilidade de traumatismo local durante a mastigação (Figura 2).

O tratamento produziu melhora gradativa da dor, com controle total em quatro meses, quando então foi confeccionada uma prótese com características especiais sobre o implante. O acompanhamento de 12 meses mostrou controle da dor, com eventuais desconfortos gengivais, dependendo do alimento mastigado ou do tipo de escovação realizada.

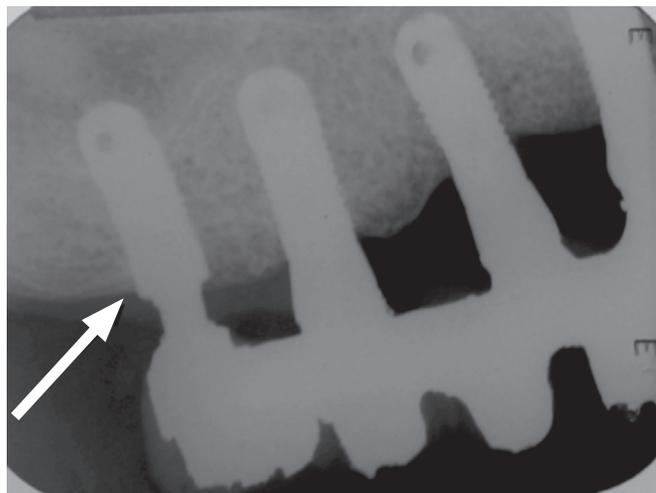


Figura 2 – A seta mostra o implante (Sistema INP, São Paulo), cinco anos após, sem queixa de dor pelo paciente.

O diagnóstico final foi de dor pós-operatória persistente, devido à inflamação gengival e que causava intensa sensibilização central devido às manipulações cirúrgicas frequentes no local. Pode ser considerada dor pós-operatória iatrogênica com componentes inflamatórios e neuropáticos.

## DISCUSSÃO

A história da dor foi apresentada em forma narrativa para que seja mostrado o sofrimento do paciente e a busca profissional de uma resposta tipo causa-efeito em termos puramente estruturais. É crucial considerar que a dor apresentada por este paciente deveria ser diferenciada

da dor pós-operatória relacionada à inflamação. Esta é maior no início e diminui com a cicatrização dos tecidos e pode ser bem controlada por métodos farmacológicos e não farmacológicos<sup>5</sup>; já a dor crônica ou persistente, pode surgir de imediato ou algum tempo após a cirurgia, quando já houve a cicatrização tecidual<sup>1</sup>.

Esta diferenciação nem sempre é realizada pelos profissionais da saúde, que são treinados para identificar e tratar a dor aguda e de curta duração. Certamente a persistência da dor, principalmente na boca, não é admitida como de outra origem que não inflamatória, como a neuropática. A repetição de cirurgias para a substituição do implante, ainda que osteointegrado aumenta o risco de lesão tecidual e iatrogenia.

Quando a dor é causada pela falha da cicatrização do implante de titânio, a boa avaliação clínica permite o diagnóstico preciso e existem critérios para o diagnóstico diferencial com outras causas de dor. A tentativa de eliminar ou controlar a dor pós-operatória por método cirúrgico, só deve ser tentada quando houver diagnóstico preciso de complicações que exijam intervenção cirúrgica, a exemplo da infecção, o que não ocorreu no presente caso.

Na dor persistente, a despeito de iniciar com procedimentos periféricos, normalmente estão presentes fenômenos centrais, como a sensibilização central e a neuroplasticidade, as quais devem ser compreendidas clinicamente, inclusive para a aplicação de adequada terapêutica<sup>6</sup>. Nesses pacientes, além da lesão inicial, interferem outros fenômenos, como: atenção, antecipação, humor e ansiedade, que contribuem para o aprendizado e para a criação da memória da dor no sistema nervoso central<sup>7,8</sup>. Infelizmente, dor crônica ocorre entre 10% e 50% dos pacientes com dor pós-cirúrgica e a dor é de intensidade moderada a intensa entre 2% e 10% deles<sup>9</sup>. Na área de inervação trigeminal, que inerva o local de atuação do dentista, cerca de 10% de pacientes submetidos à cirurgia desenvolvem dor persistente neuropática, que persiste em cerca de 5% deles após um ano da cirurgia<sup>10</sup>, a ocorrência de dor crônica continua sendo uma grande causa de morbidade em diferentes procedimentos cirúrgicos<sup>11</sup>.

Outro aspecto relevante a considerar é que muitos pacientes com dor facial crônica, e de difícil controle, relacionam seu início com procedimentos operatórios considerados simples, como exodontias, restaurações dentárias ou cirurgia periodontal<sup>2,12-14</sup>. Além disso, pacientes que se queixam de dor persistente não esclarecida sofrem mais iatrogenia, usam mais fármacos na tentativa de controlar a dor e têm mais morbidades psicológicas e/ou psiquiátricas<sup>15,16</sup>. Portanto, para o cirurgião dentista também é importante saber qual será o papel da dor bu-

cal aguda na cronificação da dor orofacial. Em centros especializados no tratamento da dor crônica, até 20% dos casos são considerados de origem iatrogênica<sup>9</sup>; e muitos deles decorrem de lesões do tecido nervoso periférico<sup>10</sup>. A questão da cronificação da dor não está devidamente esclarecida, mas estudos prospectivos indicam que vários fatores parecem estar envolvidos, como complicações cirúrgicas, lesões nervosas trans-operatórias, aspectos afetivo-comportamentais, dor pré-operatória, traumatismo trans-operatório extenso e fatores psicossociais, e há evidências que a suscetibilidade à dor tem origem genética e a Organização Mundial da Saúde alerta para grandes variações à resposta aos opioides, fato nem sempre entendido pelos clínicos, que nem sempre controlam adequadamente a dor<sup>9,16</sup>; comprovam esta possibilidade alguns estudos que avaliam imagens cerebrais, mostrando diferenças inter-individuais marcantes frente ao mesmo estímulo nociceptivo<sup>17</sup>. Estes dados reforçam a importância de ouvir e acreditar nos relatos dos pacientes, pois, além de serem certamente subjetivos também são variáveis e existem inúmeras causas para a dor facial e algumas delas são neuropáticas, outras ainda consideradas sem causa identificável ou idiopáticas<sup>13,18,19</sup>.

O laser terapêutico tem sido usado para o tratamento da dor, embora ainda existam controvérsias quanto à sua indicação, entretanto alguns estudos indicam que é possível controlar a disestesia em pacientes com lesão de nervo após cirurgias orais, embora não seja claro seu efeito na regeneração do nervo comprometido<sup>20</sup>. No presente caso o laser terapêutico contribuiu para reduzir a sensibilização periférica e induziu alívio da dor, tendo sido auxiliado por outras medidas locais, como o uso do anestésico tópico. Pacientes idosos fazem uso de múltiplos medicamentos, e, quando possível, medidas semelhantes a essa são úteis.

O implante pode ser ativado graças ao uso de prótese especialmente adaptada, pois mesmo havendo redução significativa da dor, ainda apresentava alodínia na área, embora sem as crises, e após 12 meses houve controle total da dor. Não é demais realçar a importância do esclarecimento desse tipo de problema ao paciente, concordando que existe, embora nem sempre seja prontamente reconhecido.

Como conclusão destaca-se a importância de considerar a individualidade da dor e a compreensão do sofrimento e a angústia do paciente, mesmo quando se submete a cirurgias consideradas de pequeno porte, como as odontológicas, pois a dor e o sofrimento, não são obrigatoriamente decorrentes de grandes lesões ou de doenças graves.

## REFERÊNCIAS

1. Merskey H, Bogduk N, eds. Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press; 1994. p. 222
2. Siqueira JTT. Diagnosticando e tratando a dor. In: Carvalho PSP (Org.). Gerenciando os riscos e complicações em implantodontia. São Paulo: Ed Santos; 2006. p.165-183.
3. Ellies LG. Altered sensation following mandibular implant surgery. A retrospective study. J Prosthet Dent 1992;68(4):664-71.
4. Worthington P, Bolender CL, Taylor TD. The Swedish system of osseointegrated implants: problems and complications encountered during a 4 year trial period. Int J Oral Maxillofac Implants 1987;2(2):77-84.
5. Dionne RA, Berthold CW. Therapeutic uses of non-steroidal anti-inflammatory drugs in dentistry. Crit Rev Oral Biol Med 2001;12(4):315-30.
6. Basbaum A, Bushnell C, Devor M. Pain: Basic mechanisms. In: Castro-Lopes N, Raja S, Schmelz M, (editors). Pain 2008. An updated review refresher course syllabus. Sattle: IASP Press; 2008. p. 3-10.
7. Sessle BJ. Peripheral and central mechanisms of orofacial pain and their clinical correlates. Minerva Anestesiol 2005;71(4):117-36.
8. Flor H. Extinction of pain memories: importance for the treatment of chronic pain. In: Castro-Lopes J, (editor). Current topics in pain. 122th World Congress on Pain. Seattle: IASP Press; 2009. p. 221-44.
9. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent post-surgical pain: risk factors and prevention. Lancet 2006;367(9522):1618-25.
10. Jaaskelainen SK, Teerijoki-Oksa T, Forssell H, et al. Sensory regeneration following intraoperatively verified trigeminal nerve injury. Neurology 2004;62(11):1951-7.
11. Reuben SS. Persistent postoperative pain: Pharmacological treatment strategies in the perioperative setting. In: Castro-Lopes J, Raja S, Schmelz N, (editors). Pain 2008: an updated review refresher course syllabus. Sattle: IASP Press; 2008. p. 159-69.
12. Pfaffenrath V, Rath M, Pollmann W, Keeser W. Atypical facial pain – application of IHS criteria. Cephalalgia 1993;13(Suppl 12):84-8.
13. Siqueira JT, Ching HC, Nasri C, et al. Clinical study of patients with persistent orofacial pain. Arq Neuropsiquiatr 2004;62(4):988-96.
14. Nobrega JC, Siqueira SR, Siqueira JT, et al. Differential diagnosis in atypical facial pain: a clinical study. Arq Neuropsiquiatr 2007;65(2A):256-61.
15. Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, et al. A comparative study of iatrogenesis, medication abu-



se, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain* 1998;76(3):417-26.

16. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003;106(1-2):127-33.

17. Coghill RC, McHaffie JG, Yen YF. Neural correlates of interindividual differences in the subjective experience of pain. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2003;100(14):8538-42.

18. Woda A, Tubert-Jeannin S, Bouhassira D, et al. Towards a new taxonomy of idiopathic orofacial pain. *Pain*

2005;116(3):396-406.

19. Siqueira SRDT, Almansa NK, Teixeira MJ, et al. Levantamento epidemiológico de dor da clínica odontológica do SESC Santo André, Brasil. *Rev Dor* 2008;9:1225-33.

20. Ladalardo TCC, Brugnera A Jr, Bologna ED, et al. Laserterapia no tratamento de déficit neurosensorial decorrente de procedimento cirúrgico em Implantodontia. *Implant News* 2004;1(2):155-8.

Apresentado em 22 de março de 2010.

Aceito para publicação em 18 de junho de 2010.

