

Odontalgia atípica mandibular: relato de caso

Atypical odontalgia of the mandible: case report

Odontalgia atípica de la mandíbula: reporte de un caso

Rodrigo Lorenzi **POLUHA**¹
Rafael dos Santos **SILVA**²

¹*Cirurgião Dentista, Mestrando em Odontologia Integrada. Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Maringá-UEM, 87080-000 Maringá-PR, Brasil*
Professor Adjunto do Departamento de Odontologia,

²*Universidade Estadual de Maringá –UEM, 87080-000 Maringá-PR, Brasil*

Resumo

Odontalgia atípica é uma condição neuropática álgica, de difícil diagnóstico, uma vez que o local da queixa, usualmente, não apresenta causas óbvias para a nocicepção. O presente trabalho objetiva relatar um caso clínico de odontalgia atípica. A paciente sofria com a condição em região bilateral de mandíbula há aproximadamente 19 anos, sem qualquer tratamento eficaz. Após a elucidação clínica da patologia, foi instaurada terapêutica farmacológica apropriada e o controle do caso neuropático. Pode-se concluir que o conhecimento das características dessa condição pelo cirurgião dentista, é fundamental para elaboração de um correto diagnóstico bem como um eficaz e apropriado tratamento.

Descritores: Dor Orofacial; Odontalgia; Neuralgia Facial.

Abstract

Atypical odontalgia is a form of neuropathic pain. The diagnostic is difficult; due to the location of the complaint usually has no obvious causes for nociceptive pain. This study reports a clinical case of atypical odontalgia. The patient suffered from the condition in the bilateral mandibular region for approximately 19 years, without any effective treatment. After the correct diagnose, was established appropriate pharmacological therapy for control of neuropathic case. It can be concluded that knowledge of the characteristics of this condition by a dentist, it is essential for the elaboration of a correct diagnosis and an effective and appropriate treatment.

Descriptors: Facial Pain; Toothache; Facial Neuralgia.

Resumen

La odontalgia atípica es una condición neuropática aguda. Es de difícil diagnóstico, una vez que el lugar de la queja, usualmente, no presenta causas óbvias para la nocicepción. El presente trabajo tiene por objeto relatar un caso clínico de odontalgia atípica. La paciente sufría con la condición en región bilateral de mandíbula hace aproximadamente 19 años, sin ningún tratamiento eficaz. Después del diagnóstico correcto, se estableció la terapia farmacológica adecuada para el control del caso neuropático. Se puede concluir que el conocimiento de las características de esta condición por el cirujano dentista, es fundamental para la elaboración de un correcto diagnóstico así como un eficaz y adecuado tratamiento.

Descriptores: Dolor Facial; Odontalgia; Neuralgia Facial.

INTRODUÇÃO

A sintomatologia dolorosa da cabeça, face e pescoço são vinculadas ao sistema nervoso trigeminal¹. Dos quadros álgicos, a dor orofacial neuropática é decorrente de danos ou lesões ao próprio sistema nervoso, seja ele periférico ou central, e está associada à falta de qualquer fonte óbvia de nocicepção².

A odontalgia atípica, decorrente da interrupção periférica de uma via aferente por lesão acidental ou deliberada^{1,2}, é uma condição dolorosa crônica e incomum, podendo acometer tanto mandíbula quanto maxila³. Está incluída na classificação da Sociedade Internacional de Cefaleia (IHS) na categoria dor facial idiopática persistente (IHS 13.18.4)⁴. Há na literatura outros termos sinônimos como odontalgia idiopática, dor fantasma e dor neuropática contínua³.

A dor é constante, de intensidade moderada a severa, não apresenta características paroxísticas, sua qualidade geralmente é palpitante ou dolorida⁵, algumas vezes até mesmo descrita como em queimação ou tração⁶. A ocorrência é maior no gênero feminino, usualmente vem precedida de um evento traumático^{2,6}. O diagnóstico diferencial inclui síndrome do dente rachado, neuralgia migranosa, periodontite apical sintomática, dores musculoesqueléticas, problemas neurológicos e sinusite⁷⁻⁹.

O presente trabalho objetiva relatar um caso clínico de odontalgia atípica, discutindo suas características e a importância do conhecimento dessa condição pelo cirurgião dentista.

CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 65 anos, melanoderma, normoreativa a todas as condições sistêmicas indagadas, procurou a clínica odontológica da Universidade Estadual de Maringá (UEM) em abril de 2014, queixando-se de dor em choque, continua, severa, incapacitante, sem características paroxísticas, associada a uma sensação de ardência nas estruturas mandibulares bilateral. Na história médica/odontológica foi relatado acidente doméstico em maio de 1995 com impacto facial, iniciando-se em seguida o quadro doloroso.

Na busca por sanar os eventos álgicos, a paciente procurou diversos profissionais de saúde como neurologista, psiquiatra e cirurgião-dentista, submetendo-se a variados tratamentos, inclusive a extração seriada de todos os elementos dentários, não resultando em melhora. Na inspeção clínica e radiográfica não se constatou qualquer alteração patológica, as áreas de alodínia foram delimitadas por uma linha contínua e as regiões hiperálgicas através de linha tracejada (Figuras 1 a 4). O uso de anestésico tópico, benzocaína, na mucosa mandibular, não resultou em alteração da sensação dolorosa. A paciente usava apenas uma prótese total superior. A prótese inferior não era usada em virtude da acentuação dos estímulos de choque, que também limitavam sua alimentação e dicção, refletindo em baixo peso da paciente, além de reclusão social. Com base na história relatada e nas características clínicas, o diagnóstico atribuído ao quadro foi de odontalgia atípica pós-traumática.



Figura 1: Exame panorâmico evidenciando estruturas ósseas mandibulares dentro do padrão de normalidade.



Figura 2: Imagem frontal. Linha contínua: áreas de alodínia. Linha tracejada: regiões hiperalgésicas.

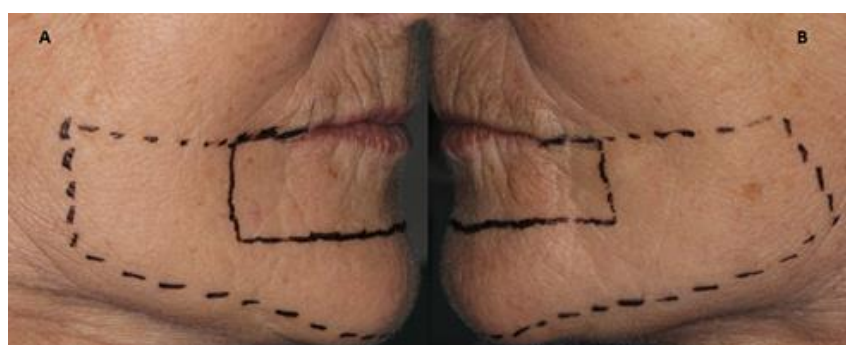


Figura 3: Lateral direita (A) e Lateral esquerda (B). Linha contínua: áreas de alodínia. Linha tracejada: regiões hiperalgésicas.

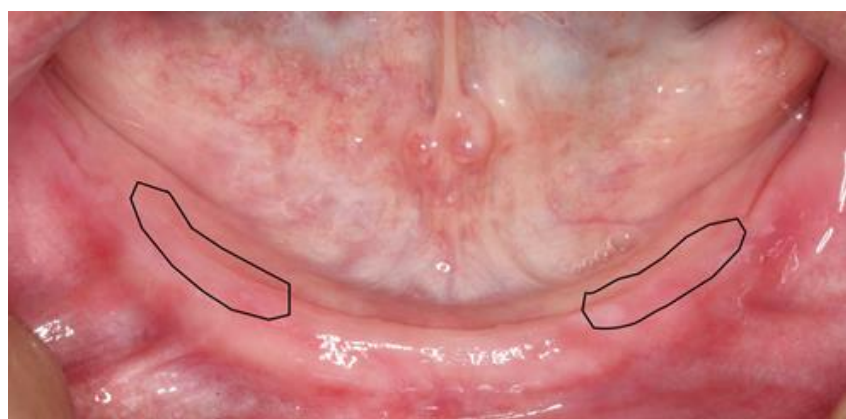


Figura 4: Oclusal mandibular. Áreas de alodínia demarcadas.

O tratamento medicamentoso instituído fez uso de um anticonvulsivante, Gabapentina 300mg, um comprimido ao dia, a qual resultou, em 08 dias, na completa supressão do quadro doloroso. Este esquema posológico foi mantido igual por 03 meses, com controle do caso e adaptação da paciente a sonolência, principal efeito colateral relatado. A partir do quarto mês iniciou-se a retirada gradual da medicação, sem o retorno dos sintomas algícos. O delineamento terapêutico empregado foi de 01 comprimido do mesmo medicamento a cada 48 horas pelos 03 meses subsequentes. No sétimo mês de tratamento, o intervalo entre as doses foi estendido para 72 horas nos primeiros 15

dias e 96 horas por mais 15 dias, a partir de então a medicação foi totalmente suspensa, sem qualquer manifestação do quadro neuropático.

Paralelamente a terapia farmacológica, a paciente foi encaminhada há um neurologista a fim de descartar patologias secundárias, sendo nenhuma anormalidade encontrada. Uma vez estabilizado o quadro, foi realizada nova reabilitação bucal por meio de próteses totais, buscando restabelecer dimensão vertical de oclusão e proporcionar maior conforto mastigatório e estético. A promoção de saúde bucal repercutiu em ganho de peso, aumento da autoestima e reinserção da paciente no convívio social, com expressivo ganho de qualidade de vida. A paciente ainda se encontra em acompanhamento, sem medicação, com quadro estável, sem qualquer manifestação algíca da odontalgia atípica.

DISCUSSÃO

A odontalgia atípica é uma dor crônica constante que se torna muito agonizante e dolorosa para o paciente, com duração de meses até anos^{3,10}. No caso relatado, o intervalo de tempo entre o início do acometimento dos eventos dolorosos até o controle do quadro, foi em torno de 19 anos; aproximadamente quatro vezes mais que a média encontrada, de 4,9 anos, por Vickers et al.³, em 1998. Quanto a região facial de acometimento, divergindo da prevalência literária¹¹⁻¹³, a paciente apresentava queixa em região mandibular de extensão bilateral, provavelmente por ser a área que recebeu o impacto traumático de seu acidente doméstico.

Um estímulo nocivo a qualquer estrutura periférica, ativa nociceptores, produzindo impulsos da periferia até o cérebro onde são interpretados como dor. Essas injúrias podem iniciar uma resposta de desafferentação, onde os nervos periféricos se tornam hipersensíveis. A fibra nervosa se torna sensibilizada e impulsos nervosos são disparados espontaneamente. Por meio desse mecanismo o paciente é acometido por dor espontânea, mesmo na ausência de um processo patológico original na região¹⁰. Além da sensibilização central e plasticidade neuronal, uma deficiência nos mecanismos de modulação de dor contribui para a manutenção da dor neuropática^{14,15}.

O exame físico da odontalgia atípica deve buscar a análise do comprometimento da patologia, seja periférico ou mais central, podendo ser realizado através do uso anestésico, tópico ou por bloqueio, das fibras periféricas¹⁶. Caso esse procedimento reduza a intensidade da dor, pode-se entender que o comprometimento periférico é significativo e um tratamento tópico com pomadas compostas de anestésicos e capsaicina deve ser instituído¹⁷. Em nosso caso, o padrão da dor se manteve mesmo com anestésico tópico e o bloqueio não pode ser realizado em virtude da hiperalgesia e acentuada alodínia no local da queixa, exacerbados durante abertura bucal.

Essas alterações somatossensoriais de alodínia, hiperalgesia no local e exacerbação da dor por fatores mecânicos, térmicos e/ou químicos^{13,18}, ocorrem devido ao brotamento de novas terminações nervosas, dentro do quadro de desafferentação. Os campos receptivos são então aumentados, o que leva à interpretação de estímulos tácteis como dolorosos^{16,18,19}.

É preciso que inicialmente se estabeleça o correto diagnóstico antes da instauração de procedimentos, a fim de evitar abordagens ineficazes, a exemplo da extração de elementos dentários do caso apresentado. Sendo que o

tratamento farmacológico, tópico ou sistêmico, dessa condição deve preceder medidas irreversíveis^{20,21}. Entre as medicações sistêmicas, a literatura descreve a validade do uso de antidepressivos tricíclicos, antiespasmódicos e anticonvulsivantes^{21,22}. Na terapêutica empregada, foi utilizado Gabapentina, que atua em canais de cálcio dependentes de voltagem na subunidade alfa2-delta e inibem a liberação de neurotransmissores^{23,24}. A posologia foi mantida uniforme por 03 meses, período no qual indícios da sensação dolorosa se manifestavam apenas quando a paciente se esquecia de ingerir a medicação. Embora a dose utilizada fosse considerada baixa, houve a redução gradual do anticonvulsivante, a fim de evitar a precipitação de um estado de mal epiléptico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude de área de acometimento, características algicas e influência na qualidade de vida, é imprescindível ao cirurgião dentista ter conhecimentos a respeito de quadros neuropáticos, incluindo a odontalgia atípica, afim de poder realizar um diagnóstico diferencial preciso e só então instituir terapêutica apropriada, evitando tratamentos mutiladores e sem fundamento.

REFERÊNCIAS

1. De Leeuw R, Klasser GD (eds). Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. 5th ed. Chicago: Quintessence; 2013.
2. Okeson JP. Bell's orofacial pains: ed 6. Chicago: Quintessence, 2005
3. Vickers ER, Cousins MJ, Walker S, Chisholm K. Analysis of 50 patients with atypical odontalgia. A preliminary report on pharmacological procedures for diagnosis and treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998; 85(1):24-32.
4. Headache classification subcommittee of the international headache, S. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia, 24 Suppl. 2004; 1(9): 160.
5. Gaul C, Ettl D, Pfau DB. Persistent idiopathic facial pain and atypical odontalgia. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2013; 107(4-5):309-13
6. Matwychuk MJ. Diagnostic challenges of neuropathic tooth pain. J Can Dent Assoc. 2004; 70(8):542-6.
7. Campbell RL, Parks KW, Dodds RN. Chronic facial pain associated with endodontic therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1990; 69(3):287-90.
8. Pigg M, List T, Petersson K, Lindh C, Petersson A. Diagnostic yield of conventional radiographic and cone-beam computed tomographic images in patients with atypical odontalgia. Int Endod J. 2011; 44(12):1092-101.
9. Nixdorf DR, Drangsholt MT, Ettl DA, Gaul C, De Leeuw R, Svensson P et al. Classifying orofacial pains: a new proposal of taxonomy based on ontology. J Oral Rehabil. 2012; 39 (3): 161-9.
10. Greene CS, Murray GM. Atypical odontalgia: an oral neuropathic pain phenomenon. J Am Dent Assoc. 2011; 142(9):1031-2.
11. Baad-Hansen L, List T, Jensen TS, Svensson P. Increased pain sensitivity to intraoral capsaicin in patients with atypical odontalgia. J Orofac Pain. 2006; 20(2):107-14.
12. Baad-Hansen L, Juhl GI, Jensen TS, Brandsborg B, Svensson P. Differential effect of intravenous S-ketamine and fentanyl on atypical odontalgia and capsaicin-evoked pain. Pain. 2007; 129(1-2):46-54.
13. List T, Leijon G, Svensson P. Somatosensory abnormalities in atypical odontalgia: A case-control study. Pain. 2008; 139(2):333-41.
14. Zhuo M, Wu G, Wu LJ. Neuronal and microglial mechanisms of neuropathic pain. Mol Brain. 2011; 4:31.
15. Pigg M, Svensson P, Drangsholt M, List T. Seven-year follow-up of patients diagnosed with atypical odontalgia: a prospective study. J Orofac Pain. 2013;27(2):151-64.
16. Vickers ER, Cousins MJ. Neuropathic orofacial pain part 1- prevalence and pathophysiology. Aust Endod J. 2000; 26(1):19-26.
17. Stuginski-Barbosa J. Odontalgia Atípica: características clínicas, diagnóstico diferencial e tratamento. Rev dor. 2006; 7(1):729-34.
18. Zagury JG, Eliav E, Heir GM, Nasri-Heir C, Ananthan S, Pertes R et al. Prolonged gingival cold allodynia: a novel finding in patients with atypical odontalgia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011; 111(3):312-9.
19. Conti PC, Pertes RA, Heir GM, Nasri C, Cohen HV, Araújo Cdos R. Orofacial pain: basic mechanisms and implication for successful management. J Appl Oral Sci. 2003; 11(1):1-7.
20. Goel R, Kumar S, Panwar A, Singh AB. Pontine infarct presenting with atypical dental pain: a case report. Open Dent J. 2015; 9:337-9.
21. Graff-Radford SB, Solberg WK. Atypical odontalgia. J Craniomandib Disord Facial Pain. 1992; 6(4):260-5.
22. Porporatti AL, Costa YM, Stuginski-Barbosa J, Bonjardim LR, Conti PCR, Svensson P. Quantitative methods for somatosensory evaluation in atypical odontalgia. Braz Oral Res. 2015; 29(1):1-7.
23. Melis M, Secci S. Diagnosis and treatment of atypical odontalgia: a review of the literature and two case reports. J Contemp Dent Pract. 2007; 8(3):81-9.
24. Porporatti AL, Costa YM, Stuginski-Barbosa J, Bonjardim LR, Duarte MA, Conti PC. Diagnostic Accuracy of Quantitative Sensory Testing to Discriminate Inflammatory Toothache and Intraoral Neuropathic Pain. J Endod. 2015;41(10):1606-13.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Rodrigo Lorenzi Poluha
rodrigopoluha@gmail.com

Submetido em 22/10/2017

Aceito em 07/12/2017