

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

GUILHERME RONALDO XAVIER BUÉRI

**DOR ODONTOGÊNICA SECUNDÁRIA A DOR MIOFASCIAL:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

**SETE LAGOAS/MG
2023**

DOR ODONTOGÊNICA SECUNDÁRIA A DOR MIOFASCIAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

DENTAL PAIN SECONDARY TO MYOFASCIAL PAIN: CLINICAL CASE REPORT

Guilherme Ronaldo Xavier Buéri¹
Fernanda Chaves Almeida Jardim²

RESUMO

A Odontalgia Atípica (OA) é uma dor de difícil diagnóstico devido às similaridades com a dor de origem odontogênica. A parte mais importante do tratamento é o próprio diagnóstico. Para que possa realizá-lo de forma adequada, devem-se considerar, basicamente, a localização, a duração e a natureza da dor, assim como, quando necessário, bloqueios anestésicos para diagnóstico. O emprego de exames complementares não deve sobrepor à avaliação clínica global. Além disso, é importante que os profissionais tenham o conhecimento de sua existência para considerá-la no diagnóstico diferencial de dores em dentes aparentemente normais, a fim de evitar intervenções desnecessárias e, às vezes, contra indicadas. No caso relatado foi exatamente como descrito na literatura. O paciente se encontra em controle do uso da placa.

Palavras-chave: Odontalgia. Dor odontogênica. Dor miofascial.

ABSTRACT

Atypical Toothache (OA) is a pain that is difficult to diagnose due to its similarities with pain of odontogenic origin. The most important part of the treatment is the diagnosis itself. In order to perform it properly, the location, duration and nature of the pain must be considered, as well as, when necessary, anesthetic blocks for diagnosis. The use of complementary exams should not overlap with the overall clinical assessment. Furthermore, it is important that professionals are aware of its existence in order to consider it in the differential diagnosis of pain in apparently normal teeth in order to avoid unnecessary and sometimes contraindicated interventions. In the reported case, it was exactly as described in the literature. The patient is in control of the use of the plate.

Keywords: Toothache. Odontogenic pain. Myofascial pain.

INTRODUÇÃO

O odontólogo tem uma função muito importante na avaliação, no diagnóstico e no tratamento dos pacientes com dor orofacial (OKESON, 1998).

As dores, em especial as faciais e as cranianas, são um grande incômodo tanto para o paciente em nosso consultório como para nós mesmos

¹Especializando em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); Especialista em Saúde Pública e Vigilância Sanitária pela FAVENI, 2020; graduado em Odontologia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE), 2019.

²Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial pela Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, 2019; graduada em Odontologia pela UFMG, 2014. Orientadora.

estabelecermos um diagnóstico preciso, já que envolvem uma gama grande de patologias e tratamentos diferenciados. 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 (MONGINI, 1988).

A dor é uma sensação desagradável percebida pelo paciente a qual é o resultado de um estímulo nocivo ou nociceptivo que geralmente está associado como um dano real ou potencial sobre os tecidos envolvidos. Quando o resultado de tal fenômeno é a dor, ela pode ser classificada em aguda ou crônica. A dor é também definida como uma experiência multidimensional, que inclui elementos sensitivos, discriminativos, cognitivos, motivacionais e emocionais. A dor apresenta muitas dificuldades para o diagnóstico e tratamento (LIU, ROS, 2015).

As Desordens Temporomandibulares (DTM) são relatadas pela Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP), como uma associação de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que envolvem a articulação temporomandibular (ATM), os músculos da mastigação e os tecidos adjacentes (FERREIRA, SILVA, 2016).

Apesar deste assunto ser complexo, sabemos que a dor orofacial referida apresenta prevalência alta nos pacientes com problemas odontológicos e nos indivíduos de grupos portadores de distúrbios temporomandibulares e dor orofacial. Um dos exemplos mais comuns de dor referida é aquele no qual as dores intensas nos dentes podem ser referidas para a face, ouvido e cabeça (CHICHORRO *et al.*, 2017).

O termo Dor Orofacial Atípica é usado para abranger qualquer condição dolorosa que tenha uma inesperada apresentação clínica (BROOKE, 1980; MARBACH, 1982). Pode induzir a tratamentos odontológicos desnecessários que não auxiliam a debelar o quadro doloroso. O Cirurgião-dentista deve ter conhecimento de suas características para não cometer um erro diagnóstico, que resulte em um dano ao paciente, uma vez que o tratamento adequado não estaria sendo instituído. Mediante a literatura, o objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de um paciente que apresentava dor odontogênica secundária a dor miofascial no curso de Especialização de Disfunção Temporomandibular e dor Orofacial da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE).

DESENVOLVIMENTO

Revisão de Literatura

De acordo com a International Association for the Study of the Pain (2013) a dor é definida como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial, mas também uma componente emocional, que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.

É impossível saber exatamente o que um paciente está a sentir, visto que cada pessoa descreve e sente a dor de maneira diferente e não existe necessariamente uma relação entre causa e dor, ou seja, a mesma lesão pode causar dores distintas em diferentes indivíduos ou até dores variáveis no mesmo indivíduo. A dor orofacial é causada por doenças ou distúrbios de estruturas regionais, por disfunção do sistema nervoso ou através de dor referida, ou seja, originada por uma dor distante da região de origem (IASP, 2013).

Desta forma, segundo Okeson (2013), a dor chega através de 4 processos:

1. Transdução - processo pelo qual os estímulos nociceptivos são convertidos em atividade elétrica nas terminações nervosas sensoriais adequadas. Este processo ocorre na periferia quando o estímulo nódico (estímulo que é prejudicial ou ameaça um prejuízo para tecidos normais) causa uma lesão no tecido. As células lesadas vão libertar substâncias que, por sua vez, vão ativar ou sensibilizar os nociceptores. Esta ativação resulta na geração de um potencial de ação;
2. Condução - processo através do qual a informação nociceptiva é transportada pelo neurónio através de um potencial de ação gerado para o neurónio terminal;
3. Transmissão - refere-se aos eventos neurais que levam os impulsos nociceptivos através das junções sinápticas entre neurónios. Assim, o nervo periférico sensorial (neurónio primário aferente) recebe o impulso do órgão sensorial e envia-o à medula espinal. Seguidamente, o neurónio de segunda ordem recebe o estímulo e envia-o para os níveis mais altos, através da interação de vários neurónios até ao tálamo. Por fim, ocorre uma interação entre neurónios do tálamo, córtex e sistema límbico (sistema responsável pelo controle emocional e atividades comportamentais);

4. Percepção - quando o input nociceptivo atinge o córtex, inicia-se uma complexa interação entre os neurónios dos centros superiores, originando uma experiência consciente de dor que é influenciada por outros fatores.

O uso de dispositivos inter-oclusais, objetiva estabilizar a oclusão, reorganizar a função da ATM e dos músculos mastigatórios e reduzir ou eliminar os sintomas dolorosos. Após a confecção dos dispositivos, são realizados ajustes dos contatos oclusais, configuração com contatos bilaterais simultâneos durante o fechamento e desocclusão lateral por guia canina, protrusão realizada pelos dentes anteriores e desocclusão pelos dentes posteriores (MARTINS *et al.*, 2016).

Segundo Berretta *et al.*, em 2017, o sucesso clínico do tratamento proposto depende diretamente da motivação do paciente e sua cooperação, evitando a progressão das lesões e permitindo o restabelecimento da função. O cirurgião dentista tem condições de abranger estes pacientes e há a necessidade de encaminhar o paciente a um tratamento multidisciplinar para o seu sucesso.

Os sinais e sintomas da DTM são relatados como sintomatologia dolorosa na região da ATM e nos músculos mastigatórios, dor no ouvido e outros sinais otológicos, ruídos articulares, desvios mandibulares, limitação da abertura bucal, cansaço, fadiga muscular, dor na cabeça, entre outros (PAULINO *et al.*, 2018).

Não existe uma forma mais concreta e precisa para tratamento de pacientes que possuem DTM. Uma correta avaliação individualizada do profissional vai definir qual tratamento é o mais indicado para cada caso. Existem inúmeras formas de tratamento como dispositivos interoclusais, contenção mandibular, toxina botulínica tipo A, psicoterapia, tratamento invasivo por meio de cirurgia na ATM, agulhamento seco, exercícios terapêuticos, entre outros (COSTA *et al.*, 2018).

Na maioria das vezes, os tratamentos para DTM são realizados de maneira não invasiva. Existem diversas formas de tratamento citados na literatura, tais como aplicação de toxina botulínica tipo A, laserterapia de baixa intensidade, massoterapia, hipnose, termoterapia, agulhamento seco, terapia medicamentosa, acupuntura, dispositivos interoclusais, aparelhos ortopédicos e acompanhamento multidisciplinar. Em alguns casos, os pacientes podem ser tratados com cirurgia na articulação, artrocentese, viscosuplementação da ATM, etc. (ZAVANELLI *et al.*, 2018).

De acordo com os 3rd edição da International Headache Society (ICHD-3) (IHS, 2018), o critério diagnóstico de odontalgia atípica (AO) é descrito por dor contínua em um ou mais dentes ou alvéolo após a extração, sem quaisquer causas dentárias e neurológicas aparentes. A dor tem duração superior a duas horas diárias e persiste por mais de três meses, podendo ou não estar associada a uma história de trauma dentário (Tabela 1).

Um.	Dor facial ou oral que atenda aos critérios B ou C.
B.	Dor diária recorrente por mais de 2h/dia por mais de 3 meses.
C.	A dor tem ambas as características: 1. Mal localizada, e não segue o trajeto do nervo periférico; 2. Doloroso, "chato", leve.
D.	O exame clínico neurológico é normal.
E.	A causa dentária é excluída após a devida investigação.
F.	As características não se enquadram em nenhum outro critério diagnóstico da CIDH-3.
G.	Dor facial ou oral na distribuição/trajeto de um ou ambos os ramos do nervo trigêmeo que atende ao critério I.
H.	História de um evento traumático identificável do nervo trigêmeo, com evidência de sinais clínicos positivos de disfunção do nervo trigêmeo (hiperalgesia, alodínia) e/ou negativos (hipoestesia, hipoalgesia).
Eu.	Evidência de causa demonstrada por: 1. A dor está localizada no trajeto do nervo trigêmeo afetado pelo evento traumático; 2. A dor desenvolveu-se dentro de um período inferior a seis meses a partir do evento traumático.
J.	As características não se enquadram em nenhum outro critério diagnóstico da CIDH-3.

De A a F quando a odontalgia atípica cai em um subtipo de dor facial idiopática persistente. G a J: quando a odontalgia atípica está relacionada ao trauma do nervo trigêmeo.

Tabela 1: Critérios diagnósticos da "International Headache Society 3"

A disfunção temporomandibular (DTM) é a causa mais prevalente de dor orofacial não odontogênica. É uma expressão que define um conjunto de distúrbios agudos ou crônicos que acometem os músculos mastigatórios, as

articulações temporomandibulares ou uma combinação destas estruturas. Seus sintomas mais comuns podem incluir limitação do movimento mandibular, dor muscular mastigatória, dor na ATM, limitação ou desvio da abertura bucal e ruídos articulares. No Brasil, estima-se que aproximadamente 37% da população apresente ao menos um sintoma de DTM. Contudo, nem todos os portadores de sinais positivos necessitam de tratamento. Somente aquelas disfunções que motivem queixas devem ser abordadas, o que atinge cerca de 15% da população. Mulheres são quase cinco vezes mais afetadas que homens e a idade mais frequente varia entre 19 e 45 anos. Sua etiologia é variada e pode compreender desarranjos articulares, distúrbios dos músculos mastigatórios, doenças sistêmicas ou tumores (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2019).

No que se refere ao diagnóstico, Zapelini (2019) explicou que um bom clínico deve sempre verificar se há outras áreas que podem estar referindo dor, pois tratar o local da dor referida não resolverá o problema. Os autores acrescentam que existem alguns exemplos de dor referida que é fácil de ser diagnosticada. Como exemplo, tem-se o paciente com irritação no pescoço, como problemas em uma das articulações cervicais, sentindo dor no ombro; problemas na região lombar que causam dor nas pernas, às vezes, até na panturrilha ou nos dedos dos pés (por exemplo, ciática) e alguém com artrite de quadril, sentindo dor no joelho e pensando que o problema principal está acontecendo no joelho.

No que tange aos sintomas, Dutra (2020) aduziu que é muito difícil encontrar a fonte específica da dor referida. De vez em quando, pode gerar a sensação de alfinetes e agulhas ou de dormência, e ser sentida bilateralmente, em ambos os lados do corpo.

Gimenes *et al.* (2020), explicaram que ao examinar o local afetado pela dor, o paciente pode não ver nenhum sinal de lesão ou de inflamação. Embora não haja dano no local, é comum o paciente apresentar movimentos ativos restritos e sensibilidade à palpação. Se conviveu com a dor referida por um longo período, os músculos ao redor do local afetado podem desenvolver uma rigidez ou um espasmo, restringindo ainda mais a facilidade de movimento.

A dor referida, como explicou Sessle (2021), consiste em reconhecer a sensação de dor em áreas que ocorrem em estruturas diferentes daquelas que realmente provocam a dor. A dor referida pode ocorrer a partir de estruturas

viscerais e somáticas. A dor referida somática é reconhecida como o local como apresenta inervação segmentária da mesma forma que a fonte da dor. Qualquer que for a causa dos sintomas, a hiperalgesia ou muita dor secundária ocorre frequentemente na área de referência, ou seja, na área anatômica para a qual a dor é dirigida ou ocorre.

Reis *et al.* (2021), acrescentaram que o Cirurgião Dentista tem importante papel tanto na terapêutica quanto no diagnóstico diferencial da dor referida. Dessa forma, os clínicos gerais deveriam ser, pelo menos, capazes de identificar a origem da dor e encaminhar o paciente para os especialistas competentes.

Relato de caso clínico

Paciente G.B., sexo masculino, idade 25a 3m, compareceu à clínica odontológica do curso de Especialização em DTM e Dor Orofacial se queixando de muita dor na região dos dentes primeiro pré-molar (34) ao segundo molar (37) inferiores esquerdos.

Relatou que no ano de 2021, em meados de julho, começou a sentir uma dor de dente forte na região dos elementos 34 a 37. Após avaliação clínica e testes de percussão e palpação, não foi percebido nenhuma alteração que pudesse estar causando essa dor, fazendo com que o cirurgião responsável solicitasse algumas radiografias dessa região (panorâmica e periapical) (Figs 1 e 2). Após realização das radiografias solicitadas, foi feita avaliação das mesmas. Não foi constatado nenhuma alteração radiológica nos elementos dentários. Diante disso, o Endodontista realizou o tratamento endodôntico do elemento dentário 37 (Fig. 3), que possuía uma pequena restauração. Após a realização do procedimento, a dor nesta região aumentou, sugerindo que a dor não era referente a esse dente.

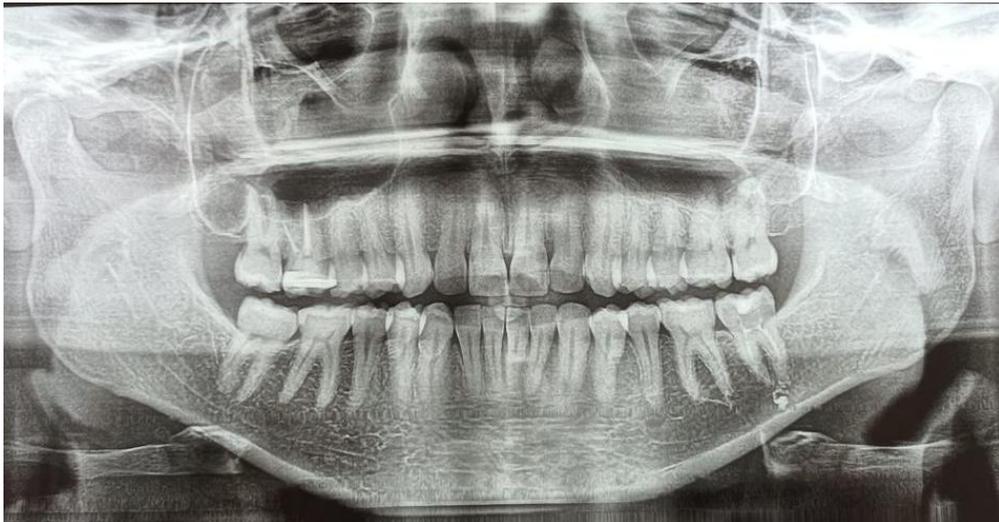


Figura 1: Radiografia panorâmica inicial.

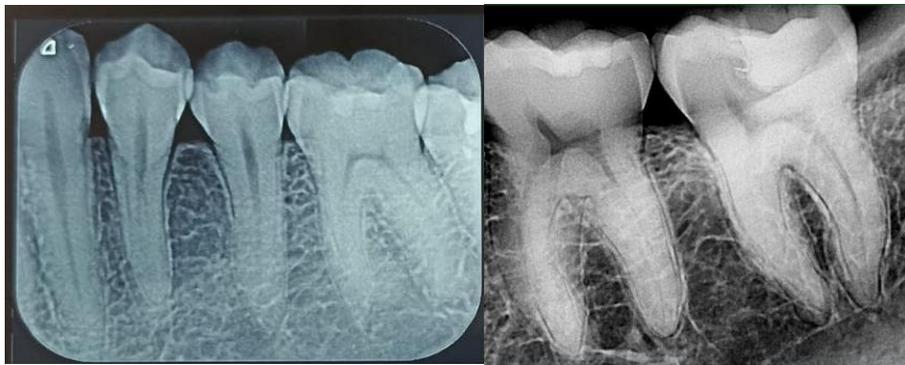


Figura 2: Radiografias periapicais.



Figura 3: Radiografia periapical dente 37 após a endodontia.

Diante do desespero e ansiedade visto que a dor não passava, o Endodontista também realizou o tratamento endodôntico do elemento 34 (Fig. 4), pois o paciente sentia uma dor mais intensa próximo a esse elemento. O profissional realizou o procedimento, e pelo fato do dente não apresentar

nenhuma alteração, sugeriu outros exames. Após um dia à realização da endodontia, a dor continuou, e foi intensificando.



Figura 4: Radiografia periapical do dente 34 após a endodontia.

Após o insucesso dos tratamentos anteriores, foi solicitado como última tentativa o tratamento endodôntico do segundo pré-molar inferior esquerdo (35) (Fig. 5), que apresentava ser a origem da dor após a realização dos outros canais. Novamente, o Endodontista realizou o tratamento endodôntico do dente 35 e, mesmo assim, a região ainda continuava doendo (Fig. 6).



Figura 5: Radiografia periapical do dente 35 após a endodontia.



Figura 6: Radiografia panorâmica após a realização das endodontias.

Diante do paciente conversar com inúmeros profissionais (clínicos gerais e outros endodontistas) e todos traçarem planos de tratamentos diferentes, o paciente achou viável conversar com um especialista de outra área, para ouvir a opinião e sugestão de estar com uma possível dor de origem não odontogênica.

Assim, procurou a FACSETE e foi direcionado para o curso de Especialização em Disfunção Temporomandibular e dor Orofacial.

Depois de ouvir todo o histórico do paciente e analisar as radiografias, sugeriu-se como plano de tratamento o uso de relaxante muscular: Cloridrato de ciclobenzaprina 5mg e uso da placa de bruxismo (recomendado uso durante o sono) (Fig. 7). Após uma semana, data em que a placa ficou pronta, iniciou-se a administração do relaxante muscular e utilização da placa oclusal estabilizadora. Dois dias após o início do tratamento, a dor simplesmente sumiu, fazendo com que chegasse ao diagnóstico de dor Miofascial decorrente do bruxismo, na região de masseter com irradiação nos dentes inferiores do lado esquerdo (dentes 34 ao 37).

O medicamento relaxante muscular foi usado por 3 meses e o uso da placa é contínuo à noite (para dormir).



Figura 7: Instalação e ajuste da placa oclusal estabilizadora.

CONCLUSÃO

A Odontalgia Atípica (OA) é uma doença de difícil diagnóstico devido às similaridades com dor de origem odontogênica. A parte mais importante do tratamento é o próprio diagnóstico. Para que se possa realizá-lo de forma adequada, devem-se considerar, basicamente, a localização, a duração e a natureza da dor, assim como, quando necessário, bloqueios anestésicos para diagnóstico. O emprego de exames complementares não deve sobrepor à avaliação clínica global. Além disso, é importante que os profissionais tenham o conhecimento de sua existência, para considerá-la no diagnóstico diferencial de dores em dentes aparentemente normais, a fim de evitar intervenções desnecessárias e, às vezes, contra indicadas. No caso relatado foi exatamente como descrito na literatura. O paciente se encontra em controle do uso da placa.

REFERÊNCIAS

BERRETTA, Fernanda et al. Centro Multidisciplinar de Dor Orofacial (CEMDOR) da UFSC: Relato de Experiência. Extensio: Revista Eletrônica de Extensão, Florianópolis, v. 14, n. 26, p.133-142, 9 nov. 2017. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

BROOKE, R.I. et al. Atypical Odontalgia. A Report of Twenty-two Cases. Oral Surg. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol Oral Med. Oral Pathol., St. Louis, v.49, Oral Med. Oral Pathol no.3, p. 196-199, Mar. 1980.

CHICHORRO J, PORRECHA F; SESSLE B.(2017). Mechanismos of craniofacial pain. Cephalalgia. 37(2) 37-613. 10.1177/0333102417704187.

COSTA, É.T. et al., TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR MIOFASCIAL: revisão de literatura. Rvacbo, Maceió, v. 27, n. 1, p.96-102, jan. 2018. Disponível em: <<http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/380/442>>. Acesso em: 13 nov. 2022.

DUTRA, L. B. (2020). A influência da técnica de Yamamoto na dor referida e qualidade de vida de estudantes. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro.

FERREIRA CLP, SILVA MAMR da, Felício CM de. Sinais e sintomas de desordem temporomandibular em mulheres e homens. CoDAS [Internet]. 2016;28(1):17–21. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822016000100017&lng=pt&tlng=pt.

GIMENES, A. B. et al. (2020). Recording acute pain in hospitalized patients. *BrJP*. 3(3), 245-248.

IASP (2013). Dor Odontogénica / Dentária. International Association for the Study of Pain, 1–2.

IASP (2013). Dor orofacial. International Association for the Study of Pain, 4–5.

IASP (2013). Nevralgia do Trigémio. International Association for the Study of Pain, 1– 4.

IHS - Headache Classification Committee of the International Headache Society The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

LIU X., ROS T. (2015). Neuroplasticity central sensitization and odontogenic referred orofacial pain. *J Pain and Relief*. 12(4) 1-5.

MARBACH, J.J. et al. Incidence of Phantom Tooth Pain: An Atypical Facial Neuralgia. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.53, no.2, , p.190-193, Feb. 1982.

MARTINS, Ana Paula Varela Brown et al. Counseling and oral splint for conservative treatment of temporomandibular dysfunction: preliminary study. *Rev. odontol. UNESP, Araraquara*, v. 45, n. 4, p. 207-213, ago. 2016.

MONGINI F. O sistema estomatognático. Rio de Janeiro: Quintessence Book; 1988.

OKESON JP. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 1ª ed. São Paulo: Quintessence;1998.

OKESON, J. P. (2013). *Bell's Oral and Facial Pain (Seventh Ed)*.

PAULINO, M.R. et al., Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 173-186, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100173&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov de 2022,

Prefeitura Municipal de São Paulo. Manual de Dor e Disfunção Temporomandibular para Cirurgiões-Dentistas do Município de São Paulo. Janeiro, 2019.

REIS, L. N. C et al. (2021). Terapia fotobiomoduladora para dor orofacial e trismo: relato de caso. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, 4(3), 13636- 13647. 10.34119/bjhrv4n3-307.

SESSLE, B. (2021). Chronic orofacial pain modes: mechanisms, and genetic and related environmental influences. Int J Molec SCI. 2(22), 1-27. 10.3390/ijms22137112.

ZAPELINI, W. C. (2019). Dor neuropática orofacial: relato de caso. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Cirurgião Dentista no curso de Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

ZAVANELLI, Adriana Cristina et al. Abordagem, diagnóstico e tratamento das disfunções temporomandibulares–relato de caso. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, v. 7, n. 12, 2019. Disponível em: <<http://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArcHI/article/view/3122>>. Acesso em: 13 nov. 2022.