

Odontalgia associada à dor e à disfunção miofascial

Odontalgia associate to the myofascial pain and dysfunction

EDUARDO GROSSMANN¹, MARCUS VINÍCIUS MARTINS COLLARES²

RESUMO

O presente trabalho descreve o caso de um homem de 64 anos, com dor contínua e constante acometendo a articulação temporomandibular (ATM) esquerda e com uma dor pulsátil nos dentes inferiores e superiores do mesmo lado. Tal algia facial já perdurava cerca de dois anos, sendo apontada como 7 pela escala analógica-visual (EAV). Apresentava uma distância interincisal de 37,40 mm, sem presença de ruído articular, porém com deflexão da mandíbula, durante o movimento de abertura bucal à esquerda. No músculo masseter esquerdo, porção profunda, estava presente um ponto gatilho miofascial; quando pressionado, produzia um padrão de dor referida para a ATM esquerda. A fim de determinar a fonte da dor, foram instituídos testes de vitalidade pulpar sobre os molares inferiores, sendo que o 2º molar inferior esquerdo reproduziu um padrão de dor referida para os demais dentes superiores e inferiores do mesmo lado. A fim de confirmar tal hipótese diagnóstica, realizou-se um bloqueio anestésico do nervo alveolar inferior esquerdo, que prontamente debelou a dor dentária maxilo-mandibular esquerda, mas não a dor articular do mesmo lado. Após, procedeu-se novamente ao mesmo procedimento, todavia, no ponto-gatilho miofascial masseterino esquerdo, que eliminou totalmente a dor do paciente. A terapêutica empregada foi a confecção de um *front plateau*, seguido de endodontia do 2º molar inferior, nova restauração e, após, a confecção de um dispositivo interoclusal, termopolimerizável, de cobertura total de uso noturno. Decorridos 37 meses de acompanhamento, o paciente apresenta-se sem deflexão, sem dor e com uma distância interincisal de 41,17 mm.

Descritores: Odontalgia. Síndromes da dor miofascial. Anestésicos locais.

1. Professor of Cirurgia, Programa de Graduação em Medicina: Dor Facial Oral, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2. Professor of Cirurgia, Programa de Graduação em Medicina: Cirurgia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SUMMARY

The present paper describes a case of 64 year-old man, with continuous and constant pain attacking the left temporomandibular joint (TMJ) and with a pulsatile pain in the inferior and superior teeth on the same side. Such facial algia already lasted long about two years, being appointed as 7 by the analogical-visual scale (AVS). The patient presented a interincisal distance of 37.40 mm, without articular noise, however, with deflection of the jaw, during the movement of buccal opening to the left. In the left masseter muscle, deep portion, was present a miofascial trigger point; when pressed, it produced a pain pattern referred for left TMJ. In order to determine the source of the pain, tests of pulpar vitality were instituted on the inferior molars, and the 2nd left inferior molar reproduced a pain pattern referred for the other superiors and inferior teeth, on the same side. In order to confirm such diagnostic hypothesis, an anesthetic blockade of the left inferior alveolar nerve was performed, that quickly got off the left dental and maxillo-mandibular pain, but not the articular pain on the same side. After, it was proceeded again to the same procedure, though, in the left masseterino miofascial point-trigger, that totally eliminated the patient's pain. The instituted therapeutics was the making of a front plateau, followed by endodontology of the 2nd molar inferior, new restoration and, after, the making of a interoclusal device of total covering, thermopolymerizable, for night use. Elapsed 37 months of follow up, the patient comes without deflection, without pain and with a interincisal distance of 41.17 mm.

Descriptors: Toothache. Myofascial pain syndromes. Anesthetics, local.

Correspondência: Eduardo Grossmann

Corte Real, 513 – Bairro Petrópolis – Porto Alegre – RS – Brazil
CEP 90630-080.

E-mail: edugrmmn@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O odontólogo tem uma função muito importante na avaliação, no diagnóstico e no tratamento dos pacientes com dor orofacial¹. É necessário realizar o diagnóstico diferencial da dor mediante a sua localização, qualidade, natureza, bem como intensidade como a mesma se estabeleceu e seu comportamento temporal. Deve-se levar em conta, também, o relato cronológico da queixa, incluindo os resultados dos exames complementares, quando presentes na consulta inicial, assim como todas as medidas terapêuticas já realizadas a fim de controlar ou debelar tal quadro algíco. Some-se a tudo isso, os fatores desencadeantes da dor, ou que a alivia, história pessoal e médica prévias. Não se pode deixar de lado, também, o exame físico, que deve incluir a avaliação das articulações temporomandibulares, da oclusão, dos músculos da cabeça e do pescoço e exame dos nervos cranianos. Para que se possa estabelecer um diagnóstico adequado, pode ser necessário o emprego de bloqueios diagnósticos nervosos, regionais e, até mesmo, ganglionares. Persistindo ainda alguma dúvida, pode ser necessária a opinião de outro profissional da mesma especialidade ou de áreas correlatas. A parte mais importante do tratamento é um diagnóstico inicial correto²⁻⁷.

A dor orofacial aguda pode estar associada a um processo inflamatório nos dentes e em suas estruturas suporte – periodonto. Frequentemente, a odontalgia é proveniente de cárie; quando essa está confinada à dentina, a dor é produzida devido a mudanças de temperatura ou exposição a substâncias doces. Quando essa lesão penetra profundamente no dente, a dor produzida por esse estímulo torna-se extremamente forte e de longa duração⁸. Por isso, uma boa regra para qualquer profissional que examine um paciente com dor orofacial é considerar a possibilidade de a dor orofacial ter uma origem odontogênica, até que se prove o contrário⁹. Não significa afirmar que devemos hipervalorizar os dentes, mas não podemos desprezá-los como uma importante fonte de tal algia¹⁰.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, de 64 anos, foi avaliado, diagnosticado, tratado e acompanhado no Centro de Dor e Deformidade Orofacial (CENDDOR), na cidade de Porto Alegre, RS, no período de 2003 a 2006. Apresentava como queixa principal uma dor contínua e constante na região da articulação temporomandibular

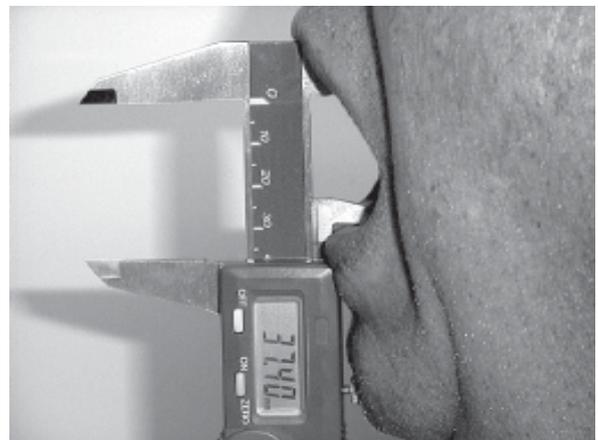
(ATM) esquerda e pulsátil em todos os dentes inferiores do mesmo lado. Relatava, ainda, odontalgia no 2º e 1º molares superiores também à esquerda. Tal quadro algíco era desencadeado pela função, como mastigar, e exarcebado por mudanças de temperatura intrabucal (frio e calor). Tal algia facial já perdurava cerca de dois anos, sendo apontada como 7 pela escala analógica-visual (EAV). O paciente mencionou que a dor teve início após uma profilaxia bucal, onde foi empregado, além de raspadores e curetas, ultra-som. Já que a algia orofacial não melhorou frente à automedicação (piroxicam 20mg, 1 cápsula ao dia), consultou outros profissionais da área da saúde, dentre eles, cirurgiões-dentistas e médicos, que indicaram como medidas terapêuticas outros medicamentos, dentre eles; analgésicos, antiinflamatórios não-esteroidais e antibióticos, sem eliminação do quadro algíco presente.

Mencionava, ainda, que hábitos parafuncionais, como onicofagia e bruxismo cêntrico e excêntrico, faziam parte do seu dia-a-dia.

O exame clínico intrabucal revelou a presença de dentição natural, tanto maxilar, quanto mandibular. Estavam presentes, também, várias restaurações de amálgama, tanto nos molares quanto pré-molares, bilateralmente. Observava-se a presença de facetas de desgaste nos dentes anteriores inferiores.

A distância interincisal era de 37,40mm (Figura 1), sem presença de ruído articular, porém com deflexão da mandíbula, durante o movimento de abertura bucal à esquerda.

Figura 1 – Mensuração da distância interincisal



Na musculatura mastigatória, mais precisamente no músculo masseter esquerdo, porção profunda, estava presente um ponto gatilho miofascial. Quando pressionado, produzia um padrão de dor referida para a ATM esquerda.

O paciente já havia realizado, por solicitação de outro profissional, uma radiografia panorâmica em oclusão, sem qualquer alteração que pudesse justificar tal quadro de dor orofacial presente. A seguir, com intuito de determinar a fonte da dor, foram instituídos testes de vitalidade pulpar, onde a percussão vertical sobre o 2º molar inferior esquerdo e frio produziram um padrão de dor referida para os demais dentes superiores e inferiores do mesmo lado. A fim de confirmar tal hipótese diagnóstica, realizou-se um bloqueio anestésico do nervo alveolar inferior esquerdo com cloridrato de lidocaína, 1,8 ml, sem vasoconstritor, a 2%. Esse, por sua vez, prontamente debelou a dor dentária maxilo-mandibular esquerda, mas não a dor articular do mesmo lado. Em face desse resultado, realizou-se anti-sepsia da face e, novamente, procedeu-se a uma infiltração anestésica com o mesmo tipo de anestésico, porém com um volume de 1ml. Aguardou-se cerca de 3 minutos e questionou-se o paciente sobre sua dor facial e articular. O mesmo relatou que se apresentava sem dor (EAV=0). Baseado na história, idade, localização, duração e natureza da dor (condições clínicas presentes), estabeleceu-se a hipótese diagnóstica de uma odontalgia associada a um quadro de dor e disfunção miofascial.

A terapêutica empregada foi inicialmente a confecção de um *front plateau* (Figura 2), para diminuir a sobrecarga dentária e muscular, seguida de encaminhamento ao endodontista, para reavaliação do caso, que confirmou tratar-se de uma pulpíte do 2º molar inferior esquerdo. Tal profissional realizou, no mesmo dia, o início da endodontia, finalizando a mesma em 72 horas (Figuras 3 e 4). Após, o paciente procurou o seu cirurgião-dentista, que realizou nova restauração de amálgama (Figura 5). Após, confeccionou-se um dispositivo interoclusal, termopolimerizável, de cobertura total, com contatos simultâneos e bilaterais para uso noturno. Procedeu-se ao respectivo ajuste do mesmo com papel *accu film*. Decorridos 37 meses de acompanhamento, o paciente apresenta-se sem deflexão, sem dor e com uma distância interincisal de 41,17 mm (Figura 6).

Figura 2 – *Front plateau* empregado para diminuir a sobrecarga dentária e muscular



Figura 3 – Radiografia realizada, durante tratamento endodôntico, para tratamento de pulpíte em 2º molar inferior esquerdo

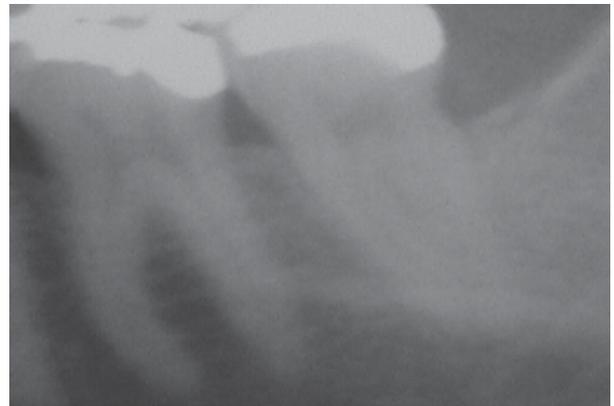


Figura 4 – Radiografia, durante tratamento endodôntico, para tratamento de pulpíte em 2º molar inferior esquerdo

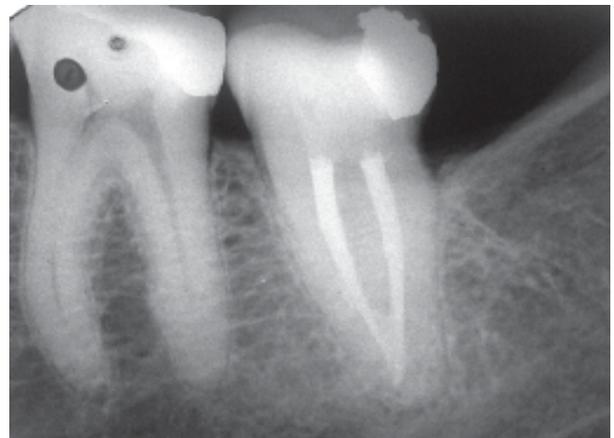


Figura 5 – Nova restauração de amálgama no 2º molar inferior esquerdo



Figura 6 – Mensuração da distância interincisal pós-tratamento



DISCUSSÃO

A dor proveniente da polpa dentária é difícil de ser localizada por parte do paciente, a ponto do mesmo ter dificuldade de identificar o dente envolvido no quadro álgico bucofacial, ou até mesmo determinar se esse é maxilar ou mandibular^{1,2,9,11}.

As odontalgias são classificadas como dores somáticas profundas, portanto, capazes de produzir efeitos

excitatórios centrais secundários. A hiperalgesia secundária também é comum nas odontalgias, se manifestando como dentes adjacentes superiores e/ou inferiores doloridos. A hiperalgesia secundária profunda pode ser expressa com sensibilidade muscular, acometendo, principalmente, as áreas temporal e masseterina, podendo resultar em disfunção muscular mastigatória, como observado no presente caso. Se tal condição muscular vier a se instalar e tornar-se crônica, independe do fator etiológico, podendo induzir a formação de pontos-gatilho miofasciais nos músculos inervados pelo trigêmeo⁹. Nesse caso, é necessário tratar tanto a causa como a consequência, ou seja, a odontalgia e a dor e disfunção miofascial, a fim de tentar eliminar todo o quadro álgico presente. Nos casos mais resistentes, onde tal dor bucofacial apresenta um caráter crônico, com uma medição central, deve-se controlá-la através de meios físicos, químicos e de terapia voltada para o eixo II (condições psicológicas), com o intuito de oferecer ao paciente uma melhor qualidade de vida.

A dor mastigatória do tipo miofascial pode ser confundida com a odontalgia, principalmente quando a última envolve um ou mais órgãos dentais^{1,2, 6,7,9,12-15}. A primeira se caracteriza por pontos-gatilho miofasciais (PGM), que produzem um padrão de dor local ou referida. Podem, também, estar presentes fenômenos autonômicos, como sudorese, lacrimejamento, rinorréia, hiperemia facial, entre outros^{9,12-16}. A dor tem uma característica não-pulsátil, constante, não exacerbada frente à provocação local do dente envolvido. A anestesia local do dente não altera o padrão da dor miofascial e a anestesia local do músculo envolvido, quando presente um ponto-gatilho miofascial, que produz um padrão de dor referida para um dente, elimina ou reduz a odontalgia (fonte da dor). O diagnóstico se estabelece frente à anamnese e ao exame clínico propriamente dito. O meio mais empregado para identificar os PGM é o de palpação, desde a origem do músculo até a sua inserção, excetuando-se os músculos pterigóideo medial e lateral (com suas duas cabeças, superior e inferior), cujas origens se processam no osso esfenóide, conseqüentemente, impossíveis de serem examinadas. Dessa maneira, há necessidade de se estabelecer testes funcionais para cada um deles^{9,12,14,17}.

Como recursos terapêuticos adicionais, pode-se empregar o spray vapocolante de fluormetano, quando existir vários pontos-gatilho miofasciais em um ou mais grupos musculares e/ou associar a tal técnica o bloqueio analgésico local com cloridrato de lidocaína a 1% ou bupivacaína 0,5%^{1,2,9,12}.

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial entre odontalgia (dor pulpar) e a dor e disfunção miofascial.		
	Odontalgia (dor pulpar)	Dor e disfunção miofascial
Classificação da dor	Somática profunda visceral	Somática profunda músculo esquelética
Tipo de dor	Pulsátil, em queimação e, eventualmente, em choque	Contínua, eventualmente, em pressão, em peso
Intensidade	Leve a forte	Moderada a forte
Duração da dor	Segundos, minutos e até horas	Horas a dias
Sexo	Ambos	Ambos
Idade	Qualquer	Qualquer
Localização	Pouco precisa quanto à localização. É difícil precisar o dente envolvido, podendo irradiar-se para dentes adjacentes superiores e/ou inferiores, à mandíbula, maxila, face e pescoço. Não se limitando ao território trigeminal	Pouco precisa, sendo normalmente unilateral, podendo acometer qualquer músculo mastigatório, facia e/ou cervical
Características locais	Podem estar presente: mudança de coloração do dente, mobilidade dentária, cáries, fratura coronária e/ou radicular, prótese, ou restaurações mal adaptadas ou, aparentemente, o dente estar clinicamente normal	Presença de pontos-gatilho miofasciais (sensíveis à palpação mono ou bidigital)
Fatores que aumentam a dor	Podem ocorrer espontaneamente ou serem induzidas por estímulos térmicos, alimentos doces, líquidos, toque, pressão, percussão e/ou mastigação	Movimentos mandibulares, mastigação, tensão, mudanças da temperatura local (frio e/ou calor)
Fatores que diminuem a dor	Analgésicos, AINES, Corticosteróides. Em alguns casos, emprego de um dispositivo interoclusal. Primordialmente, deve-se identificar a origem da dor, com o seu respectivo fator etiológico	Identificar os fatores etiológicos e predisponentes. Diminuir ou eliminar a sobrecarga do sistema muscular
Estratégias diagnósticas	Bloqueio anestésico local e/ou regional e testes de vitalidade pulpar	Palpação muscular ou testes funcionais para identificar o(s) músculo (s) envolvidos; bloqueio analgésicos do(s) ponto(s)-gatilho miofascial(is) pode produzir uma melhora significativa do quadro de dor, independente do tempo de duração do anestésico (é uma forma de tratamento também)
Exames complementares	Radiografia periapical, interproximal panorâmica e, eventualmente, tomografia simples ou computadorizada	Termografia
Terapêutica clínicas	Analgesicos e encaminhamento e tratamento direcionado à causa; como dentística, endodontia, cirurgia	Calor local, frio, dispositivo interoclusal, infiltração anestésica, agulhamento seco, LASER, AINES, antidepressivos em baixas doses, bloqueios ganglionares, RPG, microcorrentes, toxina botulínica

Na Odontalgia, não estão presentes pontos-gatilho, a dor tem um caráter pulsátil, em queimação e, eventualmente, em choque. Os testes de vitalidade, como percussão, corrente elétrica, frio ou calor, podem aumentar a dor. Quando a odontalgia é a origem primária da dor bucofacial, anestesiando-se o dente, a dor será eliminada enquanto perdurar o efeito do anestésico^{1,2,6,9,14}.

Para que se possa realizar o diagnóstico diferencial, devem ser conhecidas as características clínicas de cada uma dessas dores. O Quadro 1 descreve, detalhadamente, suas diferenças e semelhanças^{1,2,4-14}.

Considerações Finais

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. Deve-se, inicialmente, procurar a(s) fonte(s) da dor, dirigindo o tratamento à causa. Nos casos de dores orofaciais crônicas, deve-se tratar a causa, quando for possível identificá-la, a consequência, a dor e o próprio paciente. Muitas vezes, o sucesso terapêutico só pode ser obtido mediante a uma avaliação, diagnóstico e tratamento envolvendo uma equipe inter ou multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

- Okeson JP. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 1ª ed. São Paulo:Quintessence;1998.
- Grossmann E. O papel do cirurgião-dentista na clínica de dor. In: Castro AB, ed. A clínica de dor: organização, funcionamento e bases científicas. 1ª ed. Curitiba:Maio;2003. p.163-201.
- Cambeier J, Masson M, Dehen H. Manual de Neurologia. 9ª ed. Rio de Janeiro:Meds;1999.
- Bonica JJ. The management of pain. Vol.1. 2ª ed. Philadelphia:Lea e Febinger;1990.
- Bush FM, Dolkwick MF. The temporomandibular joint and related orofacial disorders. Philadelphia:Lippincott Company;1995.
- Lund JP, Lavigne GJ, Dubner R, Sessle BJ. Dor orofacial: da ciência básica à conduta clínica. 1ª ed. São Paulo: Quintessence;2002.
- Pertes RA, Gross SH. Tratamento clínico das disfunções temporomandibulares e da dor orofacial. São Paulo: Quintessence;2005.
- Sharav Y. Orofacial pain: dental, vascular, and neuropathic. An updated review. Pain. 2002;433-46.
- Okeson JP. Dores bucofaciais de Bell. 6ª ed. São Paulo:Quintessence;2006.
- Mongini F. ATM e músculos craniocervicais, fisiopatologia e tratamento. 1ª ed. São Paulo:Santos;1998.
- Alencar Jr. FGP, Friction J, Hathaway K, Decker K. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo:Santos;2005.
- Davidoff RA. Trigger points and myofascial pain: toward understanding how they affect headaches. Cephalalgia. 1998;18(7):436-48.
- Brown CR. Myofascial trigger points of pain. Pract Periodontics Aesthet Dent. 1997;9(3):310-3.
- Simons DG, Travell JG, Simons LS. Dor e disfunção miofascial: manual dos pontos-gatilho, VI- parte superior do corpo. 2ª ed. Porto Alegre:Artmed;2005.
- Konzelman Jr. JL, Herman WW, Comer RW. Pseudo-dental pain and sensitivity to percussion. Gen Dent. 2001;49(2)156-8.
- Yeng LT, Kaziyama HHS, Teixeira MJ. Síndrome dolorosa miofascial. In: Teixeira MJ, Braum JL, Márquez JO, Yeng LT, eds. Dor contexto interdisciplinar 1ª ed. Curitiba:Maio;2003. p.271-87.
- Santos Silva R, Conti PCR, Araújo RP et al. Palpação muscular: sensibilidade e especificidade. JBA. 2003;3 (10):164-9.

Trabalho realizado no Centro de Dor e Deformidade Orofacial (CENDDOR), Porto Alegre, RS.