

ANO MUNDIAL CONTRA A DOR OROFACIAL

OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

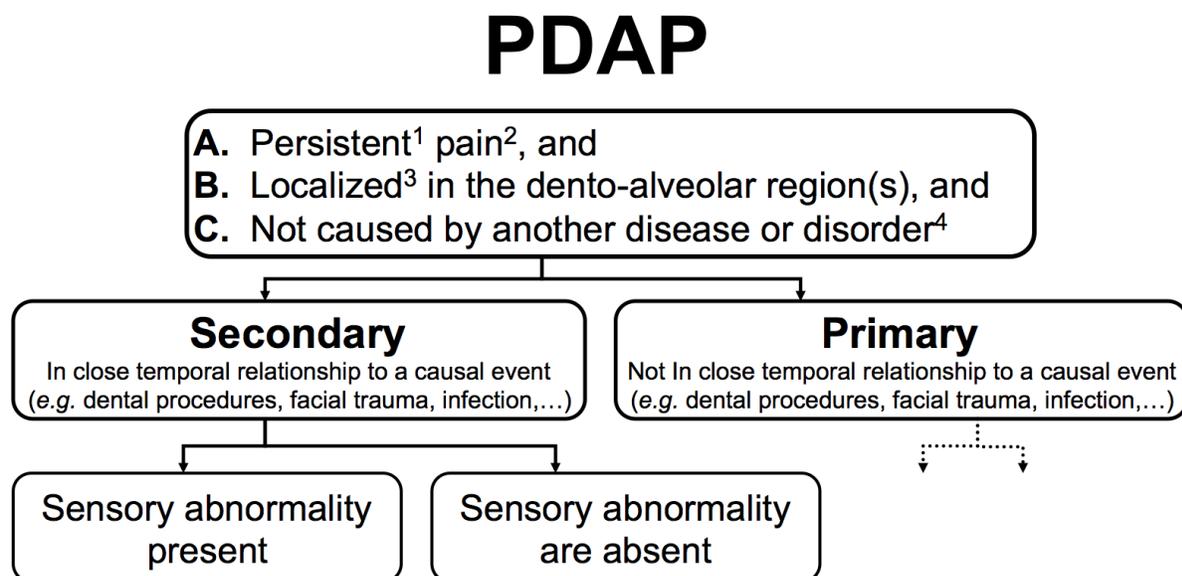
FICHA TÉCNICA

Distúrbio de Dor Dento-Alveolar Persistente (DDAP) **Persistent Dento-Alveolar Pain Disorder (PDAP)**

Definição

Os dentistas concordam com a existência de uma entidade clínica distinta que se manifesta com sintoma de dor persistente (crônica) e contínua localizada na região dento-alveolar e que não pode ser explicada no contexto de outras doenças ou distúrbios (Nixdorf e col., 2012). Esta entidade, com ambiguidade, já foi chamada de odontalgia atípica, dor do dente fantasma, e dor dental neuropática, e também já foi considerada um subgrupo dentro de dor idiopática persistente ou facial atípica. Durante um recente consenso envolvendo especialistas e metodologistas clínicos, a entidade foi denominada distúrbio de dor dento-alveolar persistente (DDAP), e foram propostos critérios diagnósticos (vide Figura 1) (Nixdorf e col., 2012).

Figura 1: Critérios diagnósticos para distúrbio de dor dento-alveolar persistente (DDAP)



Legenda da figura

PDAP = DDAP

A. Persistent pain, and = A. Dor persistente, e

B. Localized in the dento-alveolar region(s), and = B. Localizada na(s) região (ões) dento-alveolar, e

C. Not caused by other disease or disorder = C. Não causada por outra doença ou distúrbio

Secondary = Secundária

In close temporal relationship to a causal event (e.g., dental procedure, facial trauma, infection ... = em estreito relacionamento temporal com um evento causal (por ex., procedimento dentário, trauma facial, infecção ...

Primary = Primária

Not in close temporal relationship to a causal event (e.g., dental procedure, facial trauma, infection ... = sem estreito relacionamento temporal com um evento causal (por ex., procedimento dentário, trauma facial, infecção ...

Sensory abnormality present = presença de anomalia sensorial

Sensory abnormalities are absent = ausência de anomalias sensoriais.

Critérios

¹Persistente – significando presença de dor pelo menos durante 8 horas por dia ≥15dias por mês, por ≥ 3 meses.

²Dor – conforme definido nos critérios da IASP (inclui disestesia).

³Localizada – significando o máximo de dor definida em uma área anatômica.

⁴Extensão da avaliação não especificada (exame dentário, neurológico +/- imagens, como CT e/ou IRM intraoral).

Epidemiologia

Não existe uma estimativa precisa da prevalência de DDAP porque os estudos publicados usaram amostra de conveniência para populações clínicas. Uma revisão sistemática determinou a frequência de dor não dental após tratamento de canal (endodontia), que foi 3,4%, dando portanto uma estimativa do limite superior (Nixdorf e col., 2010). Uma outra revisão dos dados disponíveis restringiu a pesquisa a artigos relatando informações consistentes com DDAP e sugeriu uma frequência de 1,6% após tratamento dentário envolvendo remoção do nervo sensorial, como exodontia ou tratamento de canal (Nixdorf&Moana, 2011).

Um trabalho na literatura fornece dados sobre fatores potenciais de risco para DDAP após tratamento de canal, identificando o período de duração da dor perioperatória, a presença de outros problemas de dor crônica, sexo feminino, e histórico de tratamento doloroso da região orofacial com fatores de risco estatisticamente significantes para DDAP (Polycarpou e col., 2005).

Fisiopatologia

Os mecanismos propostos como envolvidos na DDAP são de natureza psicológica ou neuropática. Os fatores psicossociais em pacientes com DDAP só foram investigados usando estudos caso-controlados (Jacobs e col., 2002; List e col., 2007; Takenoshita e col., 2010). Esses estudos relataram valores mais altos de várias medidas de sofrimento psicológico em pacientes com DDAP, observação esperada em pacientes com dor crônica. Os fatores neuropáticos em pacientes com DDAP também só foram investigados em estudos caso-controlados usando avaliações psicofísicas (por ex., Jacobs e col., 2002; List e col., 2009; Zagury e col., 2012; Baad-Hansen e col., 2013).

Usando uma bateria de testes psicofísicos, pacientes com DDAP têm respostas altamente variáveis. Pelos dados disponíveis, parece haver uma

tendência a limiar mais baixo de dor para estímulos, além de aumento da intensidade e duração da dor com estímulos supralimbiares. A função do tronco cerebral, via reflexo palpebral, demonstrou resposta retardada (Baad-Hansen e col., 2005), e o bloqueio anestésico local de inervação somática periférica não reduziu significativamente a dor em metade dos pacientes com DDAP (List e col., 2006).

Dada a variação, é provável que a DDAP envolva alterações heterogêneas da função nervosa afetando tanto o sistema nervoso periférico quanto o central.

Tratamento

Não existe estudo aleatório controlado avaliando os desfechos do tratamento; portanto, o tratamento é baseado no parecer do especialista e em observações empíricas. Dados de séries de casos sugerem que a redução da intensidade da dor com medicamentos orais antiepilépticos e antidepressivos tricíclicos foi eficaz (Pigg e col., 2013). Relatos de medicamentos aplicados periféricamente nos tecidos orais mostraram alguma promessa (Heir e col., 2008), mas não existem dados pré-clínicos suficientes sobre segurança. Além das abordagens farmacoterápicas para o tratamento, as abordagens multidisciplinares, que incluem tratamentos psicológicos da saúde, tais como terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal e regulação autonômica (por ex., atenção, relaxamento) são consideradas úteis.

Considera-se útil abordar distúrbios comórbidos de humor e personalidade, quando presentes, dada a sua eficácia em outras condições de dor crônica. Isso se estende para disfunções temporomandibulares (DTM), que são comórbidas com DDAP em metade dos pacientes (List e col., 2007). Também é recomendado evitar tratamentos invasivos e irreversíveis que envolvam lesão de tecido local (isto é, tratamento de canal, exodontia, colocação de implantes) porque imagina-se que aplicações repetidas de tais procedimentos dentários possa perpetuar a dor. Além disso, recomendações de auto-cuidado não devem ser negligenciadas; elas incluem aconselhamento otimista, diminuição do estímulo dos tecidos afetados, e modificações nas práticas de higiene bucal.

Prognóstico

Os resultados do tratamento empírico têm respostas variadas, significando que alguns pacientes conseguem alívio significativo da dor e outros nenhum. Dados de longo prazo, embora limitados, sugerem que até um terço dos pacientes têm melhora considerável e 10% ficam livres de dor por um período de sete anos (Pigg e col., 2013). Procedimentos dentários repetidos na área dento-alveolar dolorosa não aliviam a dor do paciente e tais intervenções cirúrgicas estão associadas a persistência continuada da dor.

Tradução. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED

Referências

Baad-Hansen L, List T, Jensen TS, Leijon G, Svensson P. Blink reflexes in patients with atypical odontalgia. *J Orofac Pain* 2005;19:239-247.

Baad-Hansen L, Pigg M, Ivanovic SE, Faris H, List T, Drangsholt M, Svensson P. Intraoral somatosensory abnormalities in patients with atypical odontalgia--a controlled multicenter quantitative sensory testing study. *Pain* 2013;154:1287-1294.

Heir G, Karolchek S, Kalladka M, et al. Use of topical medication in orofacial neuropathic pain: A retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Path Oral Rad and Endod* 2008;105:466-469.

Jacobs R, Wu CH, Goossens K et al. A case-control study on the psychophysical and psychological characteristics of the phantom tooth phenomenon. *Clin Oral Investig* 2002;6:58-64.

List T, Leijon G, Helkimo M, Oster A, Svensson P. Effect of local anesthesia on atypical odontalgia-A randomized controlled trial. *Pain* 2006;122:306-314.

List T, Leijon G, Helkimo M, Oster A, Dworkin SF, Svensson P. Clinical findings and psychosocial factors in patients with atypical odontalgia: A case-control study. *J Orofac Pain* 2007;21:89-98.

List T, Leijon G, Svensson P. Somatosensory abnormalities in atypical odontalgia-A case-control study. *Pain* 2009;139:333-341.

Nixdorf DR, Moana-Filho EJ, Law AS, McGuire LA, Hodges JS, John MT. Frequency of nonodontogenic pain after root canal therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Endod* 2010;36:1494-1498.

Nixdorf D, Moana-Filho E. Persistent dento-alveolar pain disorder (PDAP): Working towards a better understanding. *Review Pain* 2011;5:18-25.

Nixdorf DR, Drangsholt MT, Ettlin DA et al. Classifying orofacial pains: A new proposal of taxonomy based on ontology. *J Oral Rehabil* 2012;39:161-169.

Pigg M, Svensson P, Drangsholt M, List T. Seven-year follow-up of patients diagnoses with atypical odontalgia: A prospective study. *J Orofac pain* 2013;27:151-164.

Polycarpou N, Ng YL, Canavan D, Moles DR, Gulabivala K. Prevalence of persistent pain after endodontic treatment and factors affecting its occurrence in cases with complete radiographic healing. *Int Endod J* 2005;38:169-178.

Takenoshita M, Sato T, Kato Y, et al. Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010;13:699-705.

Zagury JG, Eliav E, Heir GH, et al. Prolonged gingival cold allodynia: A novel finding in patients with atypical odontalgia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;111:312-319.