



ANO MUNDIAL CONTRA A DOR OROFACIAL

OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

FICHA TÉCNICA

Dor Facial Idiopática Persistente (Antes “Dor Facial Atípica”)

Persistent Idiopathic Facial Pain (Previously “Atypical Facial Pain”)

Definição

Dor facial idiopática persistente (DFIP), antes denominada “dor facial atípica”, é uma dor facial persistente que não tem as características de neuralgias cranianas e não pode ser atribuída a um distúrbio diferente.

Epidemiologia

A prevalência de DFIP é muito menor do que da neuralgia do trigêmeo (NT). Sua prevalência na população em geral é estimada em 0,03%. Sua incidência é desconhecida.

Fisiopatologia

A literatura sugere que a sensibilização anormal do sistema nociceptivo trigêmeo pode ter um papel crucial no desenvolvimento de DFIP.

Características Clínicas

Localização, irradiação: em geral, a DFIP é limitada a uma determinada área em um lado da face no início da doença, é profunda e mal localizada, e não segue uma distribuição neurológica.

Caráter: Enervante, doída e enfadonha, mas às vezes pode ser aguda.

Gravidade: Costuma variar durante o dia de leve a moderada.

Duração e periodicidade: Diária, e pode ser contínua ou intermitente.

Fatores que afetam: Estresse, fadiga.

Fatores associados: Em geral associada a outras condições de dor crônica, como síndrome do intestino irritável, dor crônica generalizada, cefaléia ou dor lombar. Não associada a perda sensorial ou outros déficits neurológicos. Ansiedade e depressão, catastrofização alta e qualidade de vida prejudicada costumam estar associadas a essa condição.

Investigações

Imagens radiográficas, tomografia computadorizada (TC) do crânio ou imagens de ressonância magnética (IRM) da face e das mandíbulas não demonstram qualquer anomalia importante e são apenas indicadas se o histórico e o exame sugerirem a necessidade.

Terapia

Existem poucos estudos aleatórios controlados, e a maioria das opções de tratamento são baseadas em estudos abertos. Antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina (50-100 mg/dia) ou nortriptilina (20-50 mg) são eficazes se usados por muitos meses. Inibidores seletivos de serotonina e noradrenalina (duloxetina, venlafaxina e mirtazapina) são usados também, mas costumam ser ineficazes. Os pacientes se beneficiam de terapia cognitivo-comportamental simultânea para melhorar sua qualidade de vida.

Referências

- [1] Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol* 2006;35:468–76.
- [2] Forssell H, Tasmuth T, Tenovuo O, Hampf G, Kalso E. Venlafaxine in the treatment of atypical facial pain: a randomized controlled trial. *J Orofac Pain* 2004;18:131–7.
- [3] Harrison SD, Glover L, Feinmann C, Pearce SA, Harris M. A comparison of antidepressant medication alone and in conjunction with cognitive behavioural therapy for chronic idiopathic facial pain. *Proceedings of the 8th World Congress on Pain*. Seattle: IASP Press; 1997. p. 663–723.
- [4] Taiminen T, Kuusalo L, Lehtinen L, Forssell H, Hagelberg N, Tenovuo O, et al. Psychiatric (axis 1) and personality (axis11) disorders in patients with burning mouth syndrome or atypical facial pain. *Scand J Pain* 2011;2:155–60.