



## **ANO MUNDIAL CONTRA A DOR OROFACIAL**

**OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014**

### **FICHA TÉCNICA**

**Dor Orofacial Neurovascular**

**Neurovascular Orofacial Pain**

#### **Introdução**

A dor orofacial de origem potencialmente neurovascular pode imitar dor odontogênica a ponto de grande parte da população de pacientes com enxaqueca e cefalgia autonômica buscar tratamento dentário. Devido à grande variedade de entidades de DON, e na ausência de uma única rubrica fisiopatológica distinta, esta ficha técnica discute as entidades mais comuns de DON, ou seja, dor odontogênica ou dental, enxaqueca, cefaléia tensional, cefalalgias trigeminais autonômicas, e outras cefaléias graves que imitam dor odontogênica e disfunções temporomandibulares.

Esta ficha técnica não pretende reproduzir classificações já aceitas das cefaléias, mas faz referência às classificações mais recentes e aceitas de cefaléias<sup>i,ii</sup> para efeitos de ganhar insight sobre as dificuldades diagnósticas quando há dor orofacial no mesmo local da dor dental.

### **Características Clínicas, Fisiopatologia, Critérios Diagnósticos**

As seções a seguir resumem as cefaléias ou condições neurovasculares com potencial para imitar dor dental ou orofacial. Esta seção foi adaptada da Ficha Técnica da IASP para o Ano Global de Combate à Cefaléia<sup>iii</sup>.

### **Epidemiologia da Cefaléia que Imita Dor Odontogênica**

As cefaléias são os distúrbios neurológicos mais comuns e estão entre os sintomas mais frequentes vistos na clínica geral. Metade da população em geral tem cefaléias durante um determinado ano, e mais de 90% têm histórico de cefaléia pela vida inteira.

### **Enxaqueca**

Os portadores de enxaqueca têm ataques recorrentes, graves e incapacitantes de cefaléia, em geral unilateral e pulsátil, seguidos de sintomas de distúrbio sensorial, como fotofobia, fonofobia e hiperosmia. Náusea e rigidez cervical são outros sintomas comuns. Os sintomas da enxaqueca podem ser agravados pelo movimento.

### *Diagnóstico Diferencial: Odontalgia*

De acordo com os dados disponíveis, cerca de 50% dos pacientes com DON são erroneamente diagnosticados como tendo distúrbios dentais primários, e um número significativo recebe tratamento ou medicamentos dentais erroneamente. A preponderância de queixas associadas à enxaqueca é incrivelmente semelhante à das dores dentais. Na verdade, enxaqueca sem aura afetando a segunda divisão do

nervo trigêmeo (dor unilateral latejante da face média) imita odontalgia ao ponto de os pacientes serem submetidos a terapia endodôntica ou extração.

*Diagnóstico Diferencial: Disfunção temporomandibular*

Sensibilidade pericraniana e alodínia, características comuns da enxaqueca com ou sem aura, podem ser malinterpretadas como dor da musculatura mastigatória secundária a uma disfunção temporomandibular, resultando em tratamentos ortopédicos que não têm base fisiológica. A sensibilização central que resulta em dor cervical pode se disseminar em direção cefálica e pode ser percebida como dor miofascial referida.

### **Cefaléia Tensional**

A cefaléia tensional (CT) é a forma mais comum de cefaléia. A prevalência por toda a vida de CT episódica é de praticamente 80% e de CT crônica de 3%. As mulheres são levemente mais afetadas do que os homens. A idade de início atinge seu pico entre 35 e 40 anos, e a prevalência diminui com a idade nos dois gêneros.

*Diagnóstico Diferencial: Disfunção temporomandibular*

Sensibilidade ou dor na musculatura mastigatória é uma característica comum das disfunções temporomandibulares. Dor ou sensação de rigidez muscular, principalmente da musculatura pericraniana, podem ser confundidos com distúrbio temporomandibular músculo-esquelético.

### **Cefaléias Trigêmeo-Autonômicas**

Cefaléia em salvas, hemicrânias paroxísmicas e hemicrânia contínua pertencem a um grupo de cefaléias idiopáticas que envolvem a ativação das vias nociceptivas trigeminovasculares seguida de ativação autonômica craniana reflexa denominada cefaléia trigêmeo-autonômica (CTA). Todas essas síndromes têm duas

características em comum: ataques de cefaléia de curta duração e unilateral, e sintomas autonômicos típicos.

#### *Diagnóstico Diferencial: Odontalgia*

A dor localizada e intensa associada a várias cefalgias trigeminais autonômicas, principalmente dor periorbital ou maxilar, frequentemente leva a intervenções dentárias e finalmente a perda de dentes. Recentemente, a IHS classificou a hemicrânia contínua como CTA. Essa dor crônica e unilateral também pode se apresentar como odontalgia ou disfunção temporomandibular.

#### *Diagnóstico Diferencial: Neuralgia do Trigêmeo*

Consulte a próxima seção: Neuralgia do Trigêmeo e Dor Facial Idiopática Persistente.

### **Cefaléia por Excesso de Medicação**

A cefaléia por excesso de medicação é crônica e pode ocorrer em pacientes que sofrem de cefaléia primária (principalmente enxaqueca). O excesso de medicação é um grande fator de risco para o aumento da frequência das cefaléias; pode piorar de cefaléia episódica para cefaléia crônica.

#### *Diagnóstico Diferencial: Disfunção temporomandibular*

Sensibilidade ou dor da musculatura mastigatória é uma característica comum das disfunções temporomandibulares. Semelhante a outras CT, pode haver uma sensação de rigidez muscular, principalmente da musculatura pericraniana, que pode ser malinterpretada como dor orofacial músculo-esquelética.

## **Neuralgia do Trigêmeo e Dor Facial Idiopática Persistente**

A neuralgia do trigêmeo (NT) é um distúrbio unilateral e doloroso caracterizado por dores breves em choque elétrico, com início e término abruptos, e limitada à distribuição de uma ou mais divisões do nervo trigêmeo<sup>viii</sup>. A TN pode ser provocada por estímulo não nocivo da mucosa, como escovar os dentes ou introduzir alimentos ou líquidos na cavidade bucal.

*Diagnóstico Diferencial: Odontalgia e disfunções temporomandibulares<sup>i</sup>*

*Diagnóstico Diferencial: Dor Alveolar Persistente Crônica*

A dor facial idiopática persistente (DFIP), antes denominada dor facial atípica, é uma dor facial persistente que não tem características de neuralgias cranianas e não pode ser atribuída a um distúrbio diferente. A DFIP, forma de neuropatia dolorosa, pode ocorrer secundária a lesão ou patologia do sistema trigeminal. Como a odontologia costuma realizar procedimentos com potencial para lesar a inervação trigeminal, podem ocorrer neuropatias dolorosas pós-tratamento. Estatisticamente, a incidência é baixa; no entanto, deve-se resistir à tendência de realizar intervenções dentárias adicionais em casos de DFIP sem um diagnóstico claro.

Dor alveolar persistente crônica<sup>ix</sup>, antes denominada odontalgia atípica (OA) é considerada uma DFIP e é difícil de diagnosticar e tratar. Surge nos dentes ou locais de extração dentária de dentes tipicamente dolorosos que foram submetidos a vários tratamentos ou procedimentos. A dor pode variar de enfadonha e leve a contínua e grave. Tipicamente é resistente a analgésicos e bloqueios anestésicos.

## **Cefaléias Lancinantes Breves**

### **Short Stabbing Headaches**

“Cefaléias lancinantes durando poucos segundos são de três tipos diferentes: (1) cefaléia lancinante primária e sintomática, (2) cefaléia primária e

sintomática da tosse, e (3) cefaléias breves unilaterais e neuralgiformes com hiperemia conjuntival e lacrimejamento.”

*Diagnóstico Diferencial: Odontalgia*

Devido à localização e intensidade, além do potencial de aumentar o desconforto com pressão intracraniana aumentada (tosse), CTAs e NT são facilmente confundidas com odontalgia, de forma muito parecida à enxaqueca.

**Arterite Temporal (Células Gigantes)**

A arterite temporal ou de células gigantes não é uma cefaléia neurovascular, mas é mencionada nesta ficha técnica como cefaléia de origem vascular com complicações graves se não for corretamente diagnosticada e tratada.

*Diagnóstico Diferencial: Mialgia do músculo mastigatório, dor miofascial, disfunção temporomandibular*

Essa condição é comumente associada ao início de uma nova cefaléia em uma ou ambas as regiões temporais.

O paciente em geral tem 50 anos ou mais, com queixa de dor temporal enfadonha, fadiga dos músculos mastigatórios, dor articular, e cefaléia de início recente que é crônica e possivelmente progressiva.

Pode haver cefaléia moderada a grave, polimialgia e claudicação dos músculos mastigatórios. Pode existir uma artéria do couro cabeludo inchada e sensível, em geral a artéria temporal superficial, uma taxa elevada de sedimentação eritrocitária e proteína C-reativa. A biópsia de artéria temporal pode ser positiva para arterite de células gigantes<sup>x</sup>.

Esta forma de cefaléia não deve ser negligenciada, porque tem potencial para consequências graves. Não tratada, a arterite temporal pode resultar em perda da visão, AVE ou morte. A cefaléia desaparece ou melhora muito com três dias de terapia esteróide em altas doses.

Tradução: Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED

## Referências

---

<sup>1</sup>Drangsholt M, Truelove E. Trigeminal neuralgia mistaken as temporomandibular disorder. *J Evid Base Dent Pract* 2001;1:41-50.

<sup>2</sup>Olesen J, et al; *The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition*, Headache Classification Committee of the International Headache Society, *Cephalalgia*, 33(9) 629-808 2013.

<sup>3</sup>IASP Global Year Against Headache Fact Sheet 2011-2012: [www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/GlobalYearAgainstHeadache/FactSheets/default.htm](http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/GlobalYearAgainstHeadache/FactSheets/default.htm)

<sup>4</sup>[www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/GlobalYearAgainstHeadache/default.htm](http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/GlobalYearAgainstHeadache/default.htm)

<sup>5</sup>Nilsson IM, List T, Drangsholt M, Headache and Co-morbid Pains Associated with TMD Pain in Adolescents, *J Dent Res*. 2013 Sep;92(9):802-7. doi: 10.1177/0022034513496255. Epub 2013 Jun 27.

<sup>6</sup>da Silva Junior AA, Krymchantowski AV, Gomes JB, Leite FM, Alves BM, Lara RP, Gómez RS, Teixeira AL. Temporomandibular disorders and chronic daily headaches in the community and in specialty care. *Headache*. 2013 Sep;53(8):1350-5. doi: 10.1111/head.12130. Epub 2013 May 15.

<sup>7</sup>Schiffman E, Ohrbach R, List T, et al. Diagnostic criteria for headache attributed to temporomandibular disorders. *Cephalalgia* 2012;32:683-92.

<sup>8</sup>Zakrzewska JM. Differential diagnosis of facial pain and guidelines for management. *Br J Anaesth* 2013;111:95-104.

<sup>9</sup>Drangsholt M, Truelove E. Trigeminal neuralgia mistaken as temporomandibular disorder. *J Evid Base Dent Pract* 2001;1:41-50.

<sup>10</sup>Durham J, Exley C, John MT, Nixdorf DR. Persistent dentoalveolar pain: the patient's experience. *J Orofac Pain*. 2013 Winter;27(1):6-13. doi: 10.11607/jop.1022.

<sup>11</sup>Olesen J, et al; *The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition*, Headache Classification Committee of the International Headache Society, *Cephalalgia*, 33(9) 629-808 2013.