

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ODONTOLOGIA**

WIVIANI CARDOSO ZAPELINI

DOR NEUROPÁTICA OROFACIAL: RELATO DE CASO

**CRICIÚMA
2019**

WIVIANI CARDOSO ZAPELINI

DOR NEUROPÁTICA OROFACIAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel no curso de Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador: Prof. Felipe Cechinel Veronez

CRICIÚMA

2019

DOR NEUROPÁTICA OROFACIAL: RELATO DE CASO

OROFACIAL NEUROPATHIC PAIN: CASE REPORT

Wiviani Cardoso Zapelini *, Felipe Cechinel Veronez**

*Acadêmica de Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

**Professor do curso de Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

RESUMO

A dor orofacial é a dor na face e ou cavidade oral, sua causa pode ser por processos inflamatórios, lesões, doenças ou distúrbios das estruturas da região por disfunção do sistema nervoso ou por dores referidas de fontes distantes. O cirurgião dentista e o dentista especialista em disfunção temporomandibular e dor orofacial são os responsáveis por tratar esses pacientes com dor de fundo odontogênico ou não. Diversos tipos de lesões na periferia e no sistema nervoso central podem causar uma dor neuropática. Embora relativamente raro, a natureza da dor e sua localização causam um impacto considerável na qualidade de vida e no cotidiano diário do paciente. No presente estudo será explicado como a doença atua, avaliando as possíveis causas, o manejo do paciente ao chegar ao consultório e como o cirurgião dentista pode tratá-la, além de relatar o caso ocorrido em uma clínica odontológica.

Palavras-chave: Dor facial. Neuropatia facial. Dor crônica.

ABSTRACT

Orofacial pain is pain in the face and / or oral cavity. It can be caused by inflammatory processes, lesions, diseases or disturbances of the region structures by dysfunction of the nervous system or by referred pains from distant sources. The dental surgeon and dentist specialist in temporomandibular dysfunction and orofacial pain are responsible for treating these patients with pain of odontogenic origin or not. Several types of lesions on the periphery and in the central nervous system can cause neuropathic pain. In spite of relatively rare, the nature of pain and its location have a considerable impact in patient's quality of life and daily life. In this study it will be explained how the disease acts, evaluating the possible causes, the patient's management when arriving at the dentist's office and how the dental surgeon can treat it, in addition to reporting the case occurred in a dental clinic.

Keywords: Facial pain. Facial neuropathy. Chronic pain.

INTRODUÇÃO

De acordo com a International Association for the Study of Pain, 2016 (IASP), o dentista especializado em DTM (disfunção temporomandibular) e dor orofacial tem a responsabilidade de realizar o diagnóstico e tratamento das odontalgias de origem não odontogênicas, dentre elas as neuropatias, que muitas vezes podem ser crônicas e persistentes, complexas e multifatoriais, angustiantes e debilitantes.

Para começar a falar sobre neuropatia, antes é necessário entender o conceito de dor; essa é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual atual, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (IASP- International Association for the Study of Pain, 2016).

Os fisiologistas diferenciam as definições de dor e nocicepção, na qual a nocicepção se atribui aos sinais que chegam ao sistema nervoso central resultante da ativação dos receptores sensoriais especializados, denominados nociceptores, que fornecem informações sobre a lesão tecidual ocasionada por estímulos nocivos, daí a origem da nomenclatura. Conseqüentemente, a dor é uma experiência emocional desagradável, que geralmente acompanha a nocicepção (FEIN, 2011).

A dor pode ser classificada em diferentes categorias, tais como as dores nociceptivas, dores somáticas, dores viscerais, e dores neuropáticas: a nociceptiva é a dor que ocorre como resultado da ativação do sistema nociceptivo por estímulos nocivos que produzem dano ou lesão nos órgãos somáticos ou viscerais. Origina-se da ativação dos nociceptores, os quais poderão encontrar-se em um estado normal ou sensibilizados. Quando se encontram normais, nenhuma disfunção sensorial é observada. A somática é aquela que se inicia na pele, músculos, articulações, ligamentos e ossos. Geralmente é uma dor bem localizada, circunscrita à área lesada e caracteriza-se por sensações claras e precisas. A visceral é a forma de dor que surge das vísceras ou órgãos, mais frequentemente como consequência de enfermidades. É vaga, mal localizada e se estende além do órgão lesado. Vem sempre acompanhada de intensas reações reflexas motoras e vegetativas. Pode irradiar para as correspondentes regiões cutâneas de referência (“dor referida”). A neuropática resulta de lesão das fibras nervosas, é o resultado de enfermidade, lesão ou disfunção do sistema nervoso periférico ou central. É uma dor anormal ou

patológica. Felizmente surge somente em uma minoria de indivíduos (FILHO; BRAUN, 2004).

É importante salientar que muitos pacientes com dor facial crônica, e de difícil controle, relatam seu início com procedimentos operatórios considerados simples, como exodontias, restaurações dentárias ou cirurgia periodontal. Pacientes que se queixam de dor persistente não esclarecida, no fim sofrem iatrogenia, usam mais medicamentos na tentativa de controlar a dor e têm mais morbidades psicológicas e/ou psiquiátricas. (SIQUEIRA; SIQUEIRA, 2010). Segundo Siqueira e Teixeira (2012), quase metade dos pacientes com até um ano de história de dor neuropática já haviam passado por algum procedimento iatrogênico como tentativa de curar a dor, e ainda todos os doentes com mais de 10 anos de dor se submeteram a tratamentos dentários, incluindo exodontias e cirurgia ósseas, em busca de uma cura, mesmo quando já tinham o diagnóstico correto. Portanto, para o cirurgião dentista é de extrema relevância saber qual será o papel da dor bucal aguda na cronificação da dor orofacial.

Como pergunta de pesquisa elencou-se: Que critérios podem ser utilizados pelo CD como parâmetros de diagnóstico, tratamento, seguimento e alta de pacientes com dor neuropática orofacial?

Para que se pudesse responder a pergunta estabeleceu-se como objetivo geral: analisar critérios que podem ser utilizados pelo CD como parâmetros de diagnóstico, tratamento, seguimento e alta de pacientes com dor neuropática orofacial.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa foi qualitativa, descritiva, transversal, retrospectiva, documental, de campo, do tipo relato de caso e revisão integrativa.

O estudo foi realizado na clínica Veronez Odontologia, endereço Rua 15 de Novembro, nº 95, Centro, Morro da Fumaça – SC, e teve como sujeito do estudo um paciente com diagnóstico de dor neuropática orofacial e artigos científicos publicados conforme critérios de inclusão e exclusão. Por se tratar de um relato de caso e uma pesquisa de revisão elencou-se critérios de inclusão e exclusão segundo o sujeito e a seleção seguiu os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão:

Dos artigos:

- Ser publicado na base de dados Scielo, Pubmed e/ou Lilacs durante os anos de 2000 a 2018;
- Constar as palavras chave no mesmo artigo: **dor facial, neuropatia facial, dor crônica;**
- Ter relação com a temática;
- Estar em língua portuguesa e/ou inglesa.

Critérios de Exclusão:

- Duplicidade de artigos (permanece o primeiro encontrado);

Do caso:

- Ser atendido na clínica Veronez Odontologia
- Ter diagnóstico de dor neuropática orofacial;
- Aceitar participar da pesquisa;
- Assinar o TCLE.

Critérios de exclusão:

- Ser de menor idade.

Para coleta dos dados foi solicitado ao proprietário da clínica de odontologia mencionada a permissão para desenvolvimento do estudo, confirmada mediante assinatura da carta de aceite. Após aceite foi identificado o paciente do estudo segundo critérios de inclusão, que seguiu o seguinte itinerário:

- Análise do prontuário onde conste dados sociodemográficos e epidemiológicos, exames complementares e histórico do paciente.

Os dados só foram colhidos após assinatura do paciente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Serão obedecidos os preceitos éticos do estabelecido na Resolução 580/2018/CNS no que diz respeito a Pesquisa que envolve seres humanos, respeitando o anonimato e sigilo tendo como parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC com seguinte número 3.344.697.

E a discussão dos resultados foi realizada a partir da análise de conteúdo proposto por Minayo (2001) que propõe o estabelecimento de categorias ou pré-categorias.

REVISÃO

A revisão do presente artigo foi realizada referente aos manuscritos encontrados e analisados e ao caso descrito. Foi utilizado as pré-categorias dor neuropática orofacial, dor e tratamento como norteador da análise.

a) Dor:

A dor pode ser relatada como uma experiência em que cada indivíduo pode interpretar de maneiras diferentes, levando em conta que cada um pode ter passado por experiências, histórias de vidas, traumas, alterações psicológicas diferentes. Pode ser dividida em duas categorias, a aguda e a crônica. A dor aguda é uma experiência sensorial e emocional que é protetora, proporcionando um sinal de alerta do que é ou não uma ameaça para a nossa saúde. Em geral, ela pode ser controlada com sucesso. Entretanto a dor crônica é mais complexa. Muitas vezes é persistente, mesmo após a causa da dor sendo identificada e corrigida. Em alguns casos, torna-se uma doença em si, refletindo disfunção no sistema nervoso (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012).

De acordo com Lavigne e Sessle (2016), os locais mais comuns de dor aguda ou crônica são o rosto, boca e mandíbula, sendo que a dor orofacial crônica muitas vezes é mais difícil de diagnosticar e controlar por várias razões: 1) ela abrange o sistema sensorial discriminativo, cognitivo, afetivo (emocional), as dimensões motivacionais e é uma experiência complexa; 2) há vários tipos de dor orofacial crônica; 3) a sua patogênese e etiologia não são claras; e 4) muitos casos são complicados por ter comorbidades, tal como problemas psicossociais (por exemplo, depressão, stress), outras condições de dor crônica relacionadas (por exemplo, do intestino irritável, fadiga crônica), e, também sono perturbado. A dor crônica em especial pode instituir tensões emocionais, físicas e sociais graves em pacientes que podem reduzir a sua qualidade de vida e que pode variar muito entre a população, dependendo de seu conhecimento para lidar com a doença e também sobre a capacidade dos médicos para conduzir a sua condição. Esses recursos e sua

variabilidade entre os indivíduos ressaltam a complexidade da dor e sua natureza biopsicossocial (RANDALL et al., 2016) (LAVIGNE; SESSLE, 2016) (DUBNER, 2016).

Randall et al., (2016) relatam que os fatores psicossociais são importantes na experiência de dor orofacial aguda e crônica. O medo representa um desses fatores, como ele é o principal para a etiologia, experiência e gestão da dor. Em geral, maiores níveis de medo estão associados à experiência mais intensa dor aguda e crônica. Não é surpresa que o medo da dor pareça ser um determinante emocional especialmente importante de dor. O medo da dor envolve a apreensão irracional de nocicepção resultante a partir de qualquer fonte. Este medo pode funcionar para manter a dor crônica ao longo do tempo e está associada com intensidade percebida da dor, redução da atividade física e ocorrência de comportamentos de fuga de má adaptação em pacientes com dor crônica.

De acordo com Marquez (2004), o estímulo doloroso, através de um mecanismo de transdução é transcodificado, pelos receptores sensoriais ocorre uma transformação dos estímulos nocivos ou químicos em potencial elétrico, captado periféricamente pelos receptores do tipo nociceptores (receptores para dor). Na inflamação, os nociceptores se sensibilizam por diversas substâncias, como histamina, bradicinina, prostaglandinas, leucotrienos, acetilcolina, serotonina; neuropeptídeos são liberados pelos terminais nervosos como a substância P e o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina e prolongam a sensibilização que lá ocorre, além de induzirem liberação de peptídeos vasoativos. O processo de aumento da resposta aos estímulos dolorosos é chamado de hiperalgesia. Essa ampla quantidade de mediadores químicos leva à diminuição do limiar de sensibilidade e aumento da sensibilidade das terminações nervosas vizinhas. Acontecendo isso, é criado um processo de hiperalgesia que se estende progressivamente às regiões não envolvidas pelo estímulo nociceptivo inicial. Saber que os receptores estão conectados às terminações nervosas livres (nociceptores) e às chamadas terminações nervosas especializadas é de importância para o entendimento da dor. As fibras nervosas realizam o processo de transmissão dessas mensagens da periferia até a medula espinhal, que são originadas de neurônios localizados nos gânglios espinhais da cadeia para vertebral, sendo as fibras A-delta e C já referidas, envolvidas inicialmente na nocicepção e, também pelas fibras mielinizadas, de condução rápida A-beta, relacionadas à sensação do tato, envolvidas na modulação

do sinal doloroso e em algumas situações, participando de forma absolutamente anormal no processo doloroso.

b) Dor neuropática orofacial:

A dor neuropática é definida pela IASP como “dor iniciada ou causada por uma lesão primária ou disfunção do sistema nervoso”. Ela geralmente se apresenta como uma dor persistente, intensa e, em alguns casos, espontânea, associada a sensações de queimação, ardência, formigamento, coceira, choque e alfinetadas, acompanhada frequentemente por hiperalgesia e/ou alodínia. Nas diferentes regiões do mundo, países e comunidades, a ocorrência de neuropatias é muito variada. A ocorrência dessas doenças pode ser mediada por fatores genéticos, constitucionais, ambientais, sexuais e etários, entre outros (LUIZ, 2011).

As manifestações acontecem principalmente devido a alterações morfofuncionais ocorridas na medula espinhal. O dano ou disfunção neural pode manifestar-se por sintomas negativos (perda sensorial), assim como por sintomas positivos (parestesia, hiperalgesia). Geralmente, a dor neuropática se manifesta dias ou meses após a lesão inicial, ainda na inexistência de anomalias clínicas ou radiográficas identificáveis, e sua intensidade pode variar de pessoa para pessoa, de nervo para nervo, entre homens e mulheres e com a idade. Em alguns casos, a dor neuropática pode se expandir para além dos limites do campo receptivo dos nervos lesados, manifestando-se bilateralmente, o que propõe alterações nos mecanismos centrais de processamento da informação nociceptiva (CHONG; BAJWA, 2003).

A dor neuropática pode ter várias causas, as principais são: lesões traumáticas de nervos, infecção por Herpes zoster, diabetes, radioterapia, quimioterapia, álcool, AIDS, doenças auto-imunes (esclerose múltipla, mielopatias infecciosas e degenerativas), deficiência de vitamina do complexo B, lesões isquêmicas, compressão neural, tumores, degeneração distal e doença de Parkinson. Uma vez diagnosticada, a dor neuropática pode ser classificada de acordo com as seguintes características: 1) Localização, podendo ser central; 2) Etiologia, podendo ser através de isquemia ou hemorragia, trauma, metabólica, inflamação, neurotóxica, câncer, neurodegenerativa, deficiência de vitamina; 3) Sintomas/sinais: perda ou ganho sensorial, tipo de dor, polineuropatias ou mononeuropatias; 4) Mecanismos envolvidos: perda da inibição, descargas ectópicas, sensibilização central ou

periférica. Pacientes com dor neuropática geralmente são refratários ao tratamento, quando os mesmos são utilizados com frequência, com anti-inflamatórios não esteroidais e resistentes ou insensíveis aos opióides (LUIZ, 2011).

Nem sempre as indicações farmacológicas descritas na literatura e disponíveis comercialmente para o tratamento da dor neuropática funcionam para todos os pacientes ou apresentam efeitos colaterais que limitam sua dosagem ou impedem a continuidade do tratamento. Dessa forma, para a escolha de um fármaco específico para um paciente com dor neuropática, vários outros fatores devem ser considerados, dentre eles: potencial interação medicamentosa; os potenciais efeitos colaterais associados à medicação; comorbidades que podem ser melhoradas pelo efeito não analgésico do fármaco (distúrbios do sono, depressão, ansiedade); potencial risco de abuso da medicação; custo associado à terapia; risco de sobredosagem intencional. Todas essas condições devem ser priorizadas de acordo com a necessidade de cada paciente (LUIZ, 2011).

Sharav e Benolieil (2016) em seu livro relatam que a neuropatia trigeminal pós-traumática é considerada quando um dano ou doença no sistema nervoso sensitivo que pode induzir alterações sensitivas (neuropatias) que podem, em alguns casos, vir acompanhada por dor (neuropatia dolorosa). Um dano ou uma doença neural podem induzir dor originada em um nervo periférico, em um gânglio, em uma raiz posterior, ou do sistema nervoso central. Em clínicas de dor orofacial, o relato inicial na maior parte das vezes tem associação específica com traumatismo oral ou craniofacial, porém a dor pode começar após uma intervenção dental pequena, como um bloqueio nervoso, um tratamento de canal e extrações de terceiros molares. É de extrema importância ressaltar que tal doença não reflete, na maioria dos casos, a particularidade de intervenção cirúrgica.

A lesão de nervo ocorre mais frequentemente nas seguintes cirurgias: implantes, ortognática, extração de terceiros molares, periapical e endodontia. Sendo assim, o dentista tende a repetir o procedimento cirúrgico ou operatório na tentativa de encontrar a “causa” da dor persistente (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012).

Implantes dentais mostram risco de neuropatia secundária a um traumatismo neuronal direto ou indireto. Complicações neuronais comuns após a instalação de um implante são danos aos nervos adjacentes, percepção sensitiva alterada e possivelmente dor. O dano pode ser direto, ocorrendo durante o preparo do local, através de broca cirúrgica ou também indireto, causado por sangramento e

aumento da pressão ao redor do nervo ou de uma resposta inflamatória perineural. Normalmente, não existe histórico de lesão intraoperatória e não há evidências de que o implante por si só causou danos, mas tem proximidade entre o implante e o tronco nervoso. Em um nervo que está preso, como no canal alveolar inferior, ou localizado em um espaço bem fechado como nos outros ramos trigeminais, os mediadores inflamatórios locais e o aumento da pressão podem causar lesão nervosa secundária. (SHARAV; BENOLIEIL, 2016)

O desconhecimento deste tipo de problema acaba resultando em confusão com aqueles relacionados à dor pós-operatória inflamatória, gerando dúvidas sobre o implante e sua relação com os ramos trigeminais, principalmente com o nervo alveolar inferior. Parestesia, disestesia e dor neuropática pós-traumáticas podem ocorrer, sendo algumas reversíveis e outras de longa duração. Nesses casos, os pacientes podem ficar extremamente ansiosos e inconformados, principalmente quando não foram alertados da existência desse risco (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012).

c) Tratamento

A parestesia pós-operatória imediata pode ser reversível e o tratamento consiste em acelerar o processo inflamatório pela redução do edema. Inicialmente, é fundamental reconhecer o tipo de lesão do nervo. Distinguir complicações da lesão do nervo, como a dormência, de outra complicação, que é a dor neuropática. Felizmente, o percentual de pacientes que desenvolvem dor neuropática é pequeno, cerca de 10%. Entretanto, dadas as complicações e implicações biopsicossociais desse tipo de dor, ela altera a qualidade de vida do paciente e exige tratamento em diversos níveis de complexidade, do farmacólogo simples à neurocirurgia (SIQUEIRA; TEIXEIRA, 2012).

Segundo a literatura consultada na pesquisa, há várias formas de tratamento para a dor orofacial, um paciente que sofre desta doença pode necessitar de um ou vários tipos de tratamento. As modalidades terapêuticas podem ser agrupadas da seguinte maneira: 1) Terapia de causa-relacionada: consiste na identificação e eliminação dos fatores etiológicos. 2) Estimulação sensorial: é a aplicação de estimulação de efeitos inibidores de dor de determinados neurônios aferentes. Pode ser classificada como estimulação do nervo transcutâneo, cutâneo ou percutâneo. 3) Bloqueio analgésico: faz-se o uso de anestesia local para deter o input

de dor, interromper o ciclo, reduzir a atividade do ponto de desencadeamento miofascial, ou induzir o bloqueio simpático. 4) Fisioterapia: exercícios, massagem cutânea e profunda, terapia profunda de calor, terapia do ponto de desencadeamento e atividade física. 5) Educação para relaxamento: pode-se incluir auto-sedação, treino do biofeedback e desimpedimento oclusal. 6) Terapia de placebo. 7) Psicoterapia: faz-se consultas, hipnoterapia e tratamento de contato e psicoterapia formal. 8) Neurocirurgia: tais processos incluem: terapia periférica, gangliolise, rizotomia e descompressão e tractotomia do trigêmio. 9) Terapia medicinal: inclui-se: analgésicos, antiinflamatórios, pomadas analgésicas, antibióticos, anti-herpes, anestésicos locais, antiespasmódicos, medicamentos neuroativos, tranquilizantes e relaxantes musculares, medicamentos antidepressivos e agentes vasoativos. 10) Terapia de suplemento da dieta (COIRO, 2005).

De acordo com Andrade e Frare (2008), a laserterapia de baixa potência, que pode vir como uma auxiliar no tratamento, é uma radiação localizada na região visível do espectro das ondas eletromagnéticas entre o infravermelho e o ultravioleta, e o comprimento de onda depende do tipo de substância estimulada. A laserterapia de baixa potência é um tipo de tratamento não invasivo e de baixo custo que vem sendo bastante utilizado na prática clínica fisioterápica para o alívio de dor e regeneração tecidual. Dentre os efeitos terapêuticos podemos encontrar: anti-inflamatório, analgésico e modulador da atividade celular. O efeito analgésico desta modalidade terapêutica deve-se à sua ação em diversos níveis. Casualmente, ocorre redução da inflamação por meio da reabsorção de exsudatos e da eliminação de substâncias algio gênicas. Também há interferência na mensagem elétrica durante a transmissão do estímulo, atuando sobre as fibras nervosas grossas que, quando estimuladas pelo laser, provocam bloqueio das fibras finas mantendo o gradiente iônico em ambos os lados da membrana celular e evitando ou reduzindo a despolarização da mesma.

Atualmente, duas classes de fármacos são recomendadas para tratamento de dor neuropática, como primeira escolha: a) os antidepressivos tricíclicos (ATC; nortriptilina e desipramina) e inibidores da recaptção de serotonina ou de noradrenalina (ISRSN; duloxetina e venlafaxina); e b) os antiepiléticos (gabapentina e pregabalina). Para pacientes com dor localizada é recomendado a utilização tópica de lidocaína e capsaicina, embora sua eficácia em estudos que o comparam com placebo seja pequena. Quando se trata de crises de dores neuropáticas aconselha-se a

utilização de analgésicos opióides, como morfina, oxicodona, metadona, levorfanol ou tramadol. Apesar de recentemente ter muitos estudos e debates sobre a utilização continuada de opióides no alívio de dores neuropáticas, o uso crônico destes fármacos não é recomendado por causa dos seus múltiplos efeitos colaterais que incluem constipação intestinal, dependência física, tolerância farmacodinâmica e até mesmo em alguns casos hiperalgesia. Estudos demonstram que a combinação de fármacos de diferentes classes resulta em alívio mais eficaz da dor neuropática, associado a uma menor proporção de efeitos colaterais (O'CONNOR; DWORKIN, 2010). Convém mencionar ainda que novos fármacos para utilização na dor neuropática vêm sendo testados, entre os quais se destacam os “patches” de capsaicina, a toxina botulínica A e os agonistas de receptores canabinóides (LUIZ, 2011).

RELATO DE CASO

Paciente E.C.C de 55 anos, sexo feminino, hipertensa, com o uso de Indapen 1,5 mg e Angipress 25 mg, compareceu ao consultório odontológico no período de 2016, para controle de dor em região de elementos 24, 25, 26. Após a leitura do prontuário e história médica, foi observado que no exame clínico inicial foi constatado que a paciente era portadora de prótese fixa sobre raízes nesses elementos dentários.

Após exame radiográfico foi constatado fratura radicular do elemento 25, onde por um processo inflamatório, era justificado a dor aguda que a paciente sentia. Foi planejado a realização de exodontia dos dentes comprometidos, por ser inviável a realização de novas próteses fixas sobre os elementos, e instalação de implantes osseointegrados para nova reabilitação com próteses fixas sobre eles.

A cirurgia de exodontia e instalação dos implantes ocorreu sem nenhuma intercorrência clínica e foi iniciado a confecção e instalação de próteses sobre implantes.

Após a instalação dos implantes a mesma começou a sentir dores fortes, como queimação na região, parecendo como feridas abertas sobre a mucosa adjacente em região vestibular aos implantes, principalmente, na região de elemento 25, a área do dor é demonstrada na Figura 1. Foi perguntado para a paciente qual seria a intensidade de dor que ela sentia, de acordo com a escala visual analógica

(EVA) da dor (Figura 2) que vai de 01 a 10. Ela respondeu que no começo do dia a dor está geralmente entre 5 e termina no fim do dia com 9 ou 10, chegando a ser insuportável. Foi relatado também que essa dor pode alterar dependendo do estado emocional, quando ela está mais nervosa, agitada, acaba ficando com a boca seca e com isso, notou muita piora na dor, apesar que ao teste de salivação, esta se mostrou dentro da normalidade (2mL/min). Clinicamente a região se manteve sem sinal de inflamação nenhuma, porém com uma região de hiperalgesia e alodinia que vai da região de molar, se estendendo próximo ao canino.

Foram analisados sinais clínicos e radiográficos para justificar a dor da paciente, e o implante se mostra osseointegrado, sem profundidade de sondagem e sem sangramento. A prótese foi removida, para se analisar a continuidade da dor, e a mesma se manteve igual. Foram feitos exames de imagens e não foi constatado nenhuma anormalidade.

Para o tratamento, o cirurgião dentista responsável pelo caso optou por realizar sessões de laserterapia, por não envolver nenhum efeito colateral, no qual a paciente relatou que a dor no local em que foi aplicado diminuiu 50%. Foi optado por fazer acompanhamento após novas sessões de laserterapia e se observou que regiões de alodinia e hiperalgesia diminuíram. De acordo com o responsável pela aplicação do laser, antes de realizar a aplicação, essa região de alodinia e hiperalgesia era maior, sendo que ela não podia nem encostar na região. Apesar de a paciente ainda sentir sensibilidade, atualmente já é passível de toque.

Após o término das sessões de laserterapia, o relato da paciente foi de alívio da dor, que antes beirava o nível 10 na escala visual analógica, hoje não ultrapassa o valor de 5, sendo uma dor tolerável. Para continuidade do tratamento será sugerido, caso necessário a utilização de antidepressivos tricíclicos, para ajudar a modulação da dor, e acompanhamento da evolução do quadro da paciente.

Figura 1 – Zonas em que a paciente relatou existir dores.

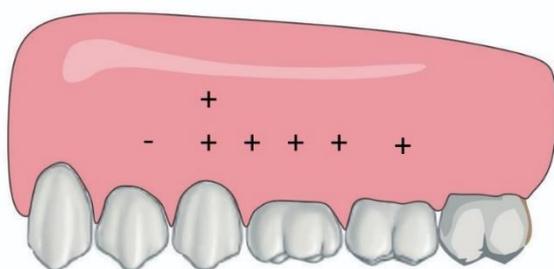


Figura 2 - Escala visual analógica (EVA).



Fonte: Jaime Olavo Marquez (2009)

Figura 3 - Tomografia da paciente em que fica visível que a mesma não possuía lesão alguma.



Fonte: Os Autores (2019).

DISCUSSÃO

O presente caso clínico se enquadra no diagnóstico de dor neuropática, por neuropatia trigeminal pós-traumática. Esse tipo de diagnóstico, por muitas vezes advém da eliminação de outras possíveis fontes de dor, tais como falha na osseointegração ou processos inflamatórios nos tecidos circunvizinhos. Como não foi constatado nenhum processo que possa estimular a nocicepção da região, esse foi um dos pontos iniciais para definição do diagnóstico (RANDALL et al., 2016) (MARQUEZ, 2004).

Outro ponto chave para o diagnóstico é a qualidade e quantidade da dor. Dores nociceptivas, oriundas de derivados inflamatórios não costumam ter como característica principal dor do tipo queimação, essas se mostram como latejamento ou pulsação. Dores inflamatórias não tem a predominância de depender do ciclo circadiano; a dor no presente relato de caso tinha como padrão não interromper o sono, ser menor ao acordar e ter o pico de dor no final da noite (MARQUEZ, 2004).

Apesar do diagnóstico não feito por um especialista da área, para alguma comorbidade de fundo psicológico, nota-se a íntima relação do estado emocional da paciente com a dor, onde a mesma relata que nos momentos de estresse ou ansiedade a dor se mostra mais relevante. Isso corrobora com diversos estudos onde há uma associação do padrão psicológico do paciente com a dor crônica (RANDALL et al., 2016).

A escolha pela laserterapia foi dirigida na intenção de se diminuir a dor da paciente com o mínimo de efeito colateral. Para o caso se mostrou de grande ajuda, pois tirou a paciente de uma dor lacerante, chegando a 9-10 na escala EVA, para uma dor tolerável. Isso vai de encontro ao que foi encontrado na literatura, onde pode ser escolhido essa modalidade de tratamento na tentativa de controle da dor. A escolha pela continuidade do tratamento com antidepressivos tricíclicos, também segue o padrão de escolher fármacos com menor potencial em relação aos efeitos colaterais (ANDRADE; FRARE, 2008) (COIRO, 2005).

Dores neuropáticas, como as dores crônicas, são de difícil manejo e resolução. O paciente deve estar ciente da possibilidade de recidivas e da necessidade da intervenção através de fármacos mais potentes, como os antiepiléticos. A literatura limita o uso desses fármacos, principalmente, ao limite tolerável pelo paciente aos efeitos adversos, esses que devem ser controlados pelo profissional que está manejando o caso (LUIZ, 2011) (COIRO, 2005).

CONCLUSÕES

Diante dos resultados obtidos podemos concluir que a dor orofacial interfere rotineiramente na vida dos pacientes. Portanto, é de extrema importância que o profissional saiba identificar e quando necessário encaminhar para um especialista, diminuindo assim o diagnóstico errôneo, evitando danos aos pacientes e iatrogenias, visto que ainda ocorre em até quase metade dos pacientes com até um ano de história de dor neuropática, sendo que os mesmos já haviam passado por algum procedimento iatrogênico como tentativa de curar a dor. É importante destacar também que o ideal é iniciar o tratamento através do meio menos agressivo, visando evitar diagnósticos que possam prejudicar a saúde bucal do paciente, evitando

tratamentos endodônticos e extrações desnecessárias. Essa patologia deve ser abordada de forma interdisciplinar e multiprofissional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T.N.C; FRARE, J.C. **Estudo comparativo entre os efeitos de técnicas de terapia manual isoladas e associadas à laserterapia de baixa potência sobre a dor em pacientes com disfunção temporomandibular.** Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 287-295. Set, 2008.

BRAUNN FILHO, Jose Luciano; BRAUNN, Leandro. **Dor aguda.** Dor: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo, Vol. 1, nº 02. Set, 2004.

CHONG, M.S.; BAJWA, Z.H. **Diagnosis and treatment of neuropathic pain.** J. Pain Symptom Manage, v.25, n.5 Suppl, p.S4-S11, 2003.

COIRO, Carlo. Dor Orofacial. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, p. 1-10, 5 jun. 2005.

DUBNER, R. **Emerging Research on Orofacial Pain.** Journal of Dental Research, [s.l.], v. 95, n. 10, p.1081-1083, 23 ago. 2016.

DWORKIN, R.H., O'CONNOR, A.B., AUDETTE, J., BARON, R., GOURLAY, G.K., HAANPÄÄ, M.L., et al. **Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update.** Mayo Clin Proc. 2010;85(3Suppl):S3-14.

FEIN, Alan. **NOCICEPTORES: As células que sentem dor.** Ribeirão Preto, 2011.

IASP. **Ano mundial contra a dor neuropática.** International Association For The Study Of Pain. Washington, 2014 – 2015.

LAVIGNE, G.j.; SESSLE, B.j. **The Neurobiology of Orofacial Pain and Sleep and Their Interactions.** Journal Of Dental Research, [s.l.], v. 95, n. 10, p.1109-1116, 21 jul. 2016.

LUIZ, Ana Paula. **Uma nova visão da participação dos receptores b1 e b2 para cininas na dor neuropática orofacial.** 2011. Tese (Centro de Ciências Biológicas Departamento de Farmacologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MARQUEZ, Jaime Olavo. **Bases de anatomia e fisiopatologia.** Dor: Diagnóstico e Tratamento. Uberaba, Vol. 1, nº 01. Jun, 2004.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Vozes. Petrópolis, 2001.

RANDALL, C.I. et al. **Fear of Pain Mediates the Association between MC1R Genotype and Dental Fear.** Journal Of Dental Research, [s.l.], v. 95, n. 10, p.1132-1137, 23 ago. 2016.

SBDOF. **Sobre DTM e Dor Orofacial.** Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Disponível em: < <http://sbdof.com/sobre-dtm-e-dor-orofacial/>> Acesso em: 23 nov. 2018.

SHARAV, Yair; BENOLIEL, Rafael. **Dor orofacial e cefaleias.** [S. l.]: Quintessence, 2016.

SIQUEIRA, J.T.T, TEIXEIRA, M.J. **Dores Ofaciais: diagnóstico e tratamento.** [S. l.]: Artes Médicas, 2012.

SIQUEIRA, José Tadeu Tesseroli de; SIQUEIRA, Silvia Regina Dowgan Tesseroli de. **Dor orofacial pós-operatória persistente: o risco de iatrogenia.** Relato de caso. Rev Dor 2010.