



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

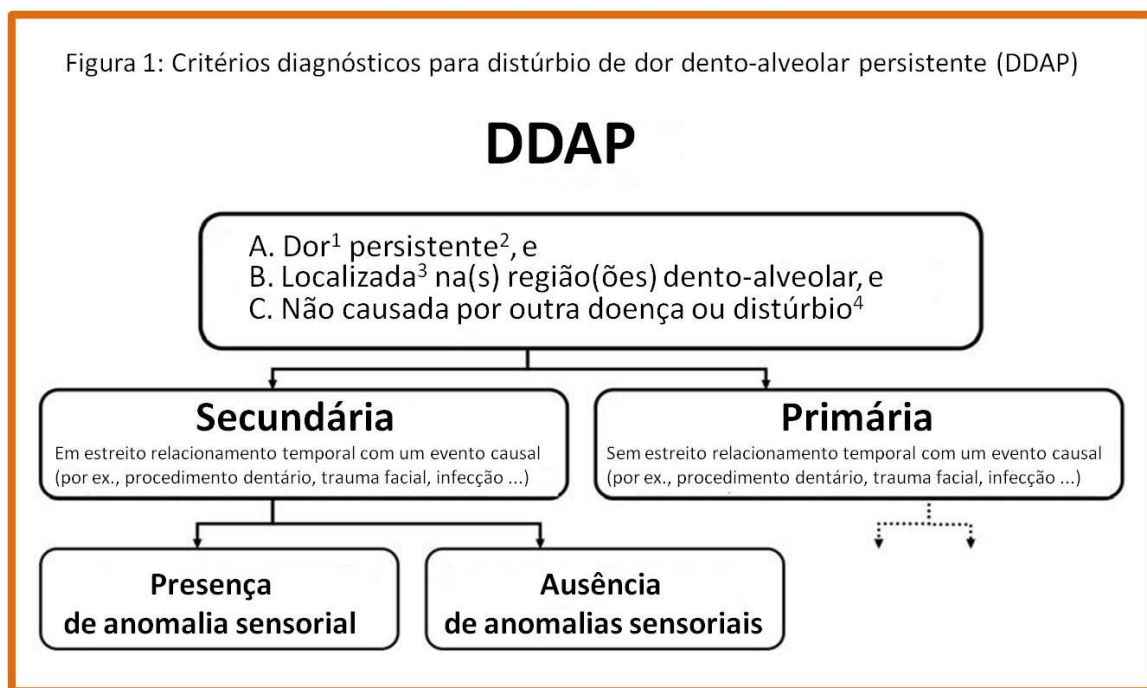
Distúrbio de Dor Dento-Alveolar Persistente (DDAP)

Definição

Os profissionais de medicina dentária concordam com a existência de uma entidade clínica distinta que se manifesta com sintoma de dor persistente (crónica) 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 neuropática dentária, 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 (ver Figura 1) (Nixdorf e col., 2012).

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





ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Critérios:

¹Dor – de acordo com o definido nos critérios da IASP (inclui disestesia).

²Persistente – significando presença de dor pelo menos durante 8 horas por dia ≥ 15 dias por mês, por ≥ 3 meses.

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

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

Epidemiologia

Não existe uma estimativa precisa da prevalência de DDAP porque os estudos publicados usaram amostragem por conveniência a partir de populações clínicas. Uma revisão sistemática determinou a frequência de dor não dentária 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).



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

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 supralimiais. 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 existem ensaios aleatórios controlados que avaliem 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 antiepiléticos e antidepressivos tricíclicos foi eficaz (Pigg e col., 2013). Relatos de medicamentos aplicados periféricamente nos tecidos orais mostraram-se promissores (Heir e col., 2008), mas não existem dados pré-clínicos suficientes sobre segurança. Além das abordagens farmacoterapêuticas para o tratamento, as abordagens multidisciplinares, que incluem tratamentos psicológicos, tais como terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal e regulação autonômica (por ex., atenção, relaxamento) são consideradas úteis.

Considera-se útil abordar distúrbios comórbidos do humor e personalidade, quando presentes, dada a sua eficácia noutras 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 pensa-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 nos tecidos afetados, e modificações nas práticas de higiene oral.



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Prognóstico

Os resultados do tratamento empírico têm respostas variadas, significando que alguns pacientes conseguem alívio significativo da dor e outros não. 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.

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 Pathol 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 diagnosed 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.