
**Dor orofacial e as desordens da articulação temporomandibular:
perspectivas e terapêutica para dor****Alexandre Hashimoto Pereira Lopes ***

A dor é universalmente conhecida como uma experiência desagradável que causa profundo impacto na vida social das pessoas. A organização mundial da saúde estima que em torno de 2 bilhões de pessoas (1/3 da população) sofrem de algum tipo de dor aguda ou crônica. Dentre as desordens dolorosas, a dor orofacial é uma das disfunções considerada debilitante na área odontológica que acomete as regiões da cabeça e o pescoço. Pode ser classificada como um processo complexo, cujas causas se originam a partir de um dano ao sistema nociceptivo trigeminal, que compreende o sistema nervoso central e periférico. A classificação e epidemiologia da dor orofacial são bastantes desafiadoras devido à falta de consenso entre os odontólogos sobre os critérios de diagnóstico. Geralmente o problema é identificado após queixa primária do paciente de dores na face e/ou dores nos dentes.

O pesquisador Okeson classificou em duas vertentes a dor orofacial: a primeira como uma condição física patológica e a outra como psicológica. As condições físicas incluem distúrbios nas articulações temporomandibulares (ATM) e transtornos das estruturas músculo-esqueléticas com comprometimento dos músculos mastigatórios e da coluna cervical, representando uma das maiores causas da dor orofacial não odontogênica. Outros importantes fatores que podem contribuir para o aparecimento das dores orofaciais são as dores de dentes provenientes das inflamações do tecido pulpar e gengival; o aparecimento da dor neuropática episódica causada por infecções e trauma, denominada como nevralgia do trigêmio; e distúrbios neurovasculares / dores de cabeça (por exemplo, enxaqueca e arterite temporal). Os principais fatores fisiopatológicos associados ao desenvolvimento das disfunções temporomandibulares (DTM) são a dor nas articulações ocasionada pelo deslocamento e hiper mobilidade do disco articular; doenças da articulação, tais como artrites, reabsorção condilar idiopática, osteocondrite dissecante, osteonecrose, neoplasma, condromatose sinovial; e as desordens dos músculos mastigatórios, tais como mialgias, tendinites, miosites e espasmos.

Devido à interação da articulação temporomandibulares (ATM) com diversas estruturas anatômicas adjacentes, as causas das DTM são multifatoriais e complexas. As condições biopsicossociais geralmente envolvem crenças dos pacientes, expectativas do tratamento, estado emocional, ambiente familiar e contexto cultural. A associação desses fatores pode contribuir para o desenvolvimento e manutenção da dor orofacial persistente. Por isso identificar precocemente as causas envolvem não apenas mensurar a intensidade da dor, mas também o estado humoral, a ansiedade, comportamento parafuncional (aqueles anormais realizados involuntariamente, como o ranger de dentes noturno) e co-morbidades associadas. Assim, a avaliação dos pacientes com DTM é responsável por uma infinidade de possibilidades até a conclusão do diagnóstico correto.

Nos aspectos clínicos os cuidados com a saúde oral devem ser criteriosos no intuito de identificar claramente os problemas odontogênicos primários. Decifrar outros sinais e sintomas irá definir a base para um tratamento específico e efetivo visando um melhor prognóstico em longo prazo. Lancer e Gesell cunhou a frase "O manejo da dor: o quinto sinal vital" justamente por se tratar de aspectos multifatoriais que envolvem o sexo do paciente, idade, fatores físicos e fatores biopsicossociais. Identificar cada um deles prediz o risco do desenvolvimento das dores crônicas.

O tratamento para as DTM compreende terapias não farmacológicas, farmacoterapia e intervenção cirúrgica. Inicialmente consiste de gestão não farmacológica e tipicamente inclui evitar as crepitações, rangido de dentes e estalitos na sua fase precoce,

ajustando dieta, controle da dor, fisioterapia e compressa local quente. Os pacientes com bruxismo devem ser encaminhados ao dentista para descompressão do disco articular via instalação de uma placa oclusal.

A farmacoterapia sistêmica inclui anti-inflamatórios não-esteroidais, relaxantes musculares, analgésicos e em alguns casos antidepressivos tricíclicos. Outras intervenções como acupuntura ou terapia comportamental cognitiva são importantes no controle da dor e estagnação da doença. Para pacientes que sofrem de DTM de origem artrogênica estão indicados o tratamento com injeções intra-articular de corticosteroides, anestésicos locais ou cirurgia artroscópica. Apesar da eficácia dos analgésicos para a dor, a resposta à terapêutica opioide é muitas vezes incompleta em pacientes que sofrem de dor crônica persistente; neste sentido, terapias associativas contribuem para a cura das disfunções orofaciais. Recentemente, o emprego das injeções de toxina botulínica tornou-se uma opção atraente como terapia adjuvante em pacientes com DTM miofacial que não atingiram uma resposta completa com tratamento convencional e farmacoterápico. Outra abordagem terapêutica relevante inclui o uso de agentes neuromoduladores, tais como os benzodiazepínicos, gabapentina, amitriptilina e propranolol, para controle da dor de origem miogênica.

A associação internacional para estudo da dor (IASP) chama a atenção para o “Ano mundial contra as dores das articulações”, devido aos milhões de pessoas que sofrem desse tipo de dor debilitante. O alívio da dor orofacial crônica é um objetivo importante para a melhoria da qualidade de vida da população mundial. Esse desafio envolve capacitação profissional e intervenção prática baseada em evidências após um claro e determinado diagnóstico clínico. Identificar a presença de fatores de risco no desenvolvimento das DTM, tal como ansiedade, depressão, incapacitação e condições de dor crônica em outras partes do corpo, permitirá aos clínicos identificar que pacientes com DTM acima de tudo necessitam de um atendimento multidisciplinar. Por isso, uma abordagem holística para o tratamento das DTM no manejo da dor inclui terapias físicas, farmacoterapia e psicologia clínica.

Referências:

- Halpern L, Willis P. Orofacial Pain: Pharmacologic Paradigms for Therapeutic Intervention. *Dent Clin North Am*. 2016; 60(2):381-405.
- Ghurye S, McMillan R. Pain-Related Temporomandibular Disorder - Current Perspectives and Evidence-Based Management. *Dent Update*. 2015; 42(6):533-6, 539-42, 545-6.
- Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Am Fam Physician*. 2015; 91(6): 378-86.
- Soares A, Andriolo RB, Atallah AN, da Silva EM. Botulinum toxin for myofascial pain syndromes in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (7):CD007533.
- Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. *J Pain Res*. 2014; 7:99-115.
- Balasubramaniam R, Klasser GD. Orofacial pain syndromes: evaluation and management. *Med Clin North Am*. 2014; 98(6):1385-405.
- Badel T, Krapac L, Savi_c Pavi_cin I, et al. Physical therapy with topical ketoprofen and anxiety related to temporomandibular joint pain treatment. *Fiz Rehabil Med* 2013; 25(1-2):6-16.
- Lancer P., Gesell S. Pain management: the fifth vital sign. *Healthc Benchmarks* 2001; 8(6):68-70.
- Okeson JP. The classification of orofacial pain. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2008; 20(2):133-44.



Dor On Line

www.dol.inf.br

* Odontólogo, doutorando do Depto. de Farmacologia da FMRP-USP.