

Odontalgia de Origem Miogênica em Paciente com Disfunção Craniocervicomandibular: Relato de Caso

Toothache of Myogenic Origin in a Patient with Craniocervicomandibular Dysfunction: a Case Report
Odontalgia de Origen Miogénico en Paciente con Disfunción Craneocervicomandibular: Reporte de Caso

Yamille de Lima **SOUZA**
Graduanda em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas, UEA, 69065-001, Manaus - AM, Brasil
<https://orcid.org/>

Lioney Nobre **CABRAL**

Professor da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas-UEA, 69065-001 Manaus-AM, Brasil
Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal do Amazonas-UFAM
<https://orcid.org/0000-0002-0505-4070>

Resumo

As odontalgias miogênicas são dores orofaciais de origem muscular que, pela convergência de impulsos sensitivos no sistema trigeminal resultam em manifestações dolorosas nos órgãos dentários hígidos. Este trabalho relata caso de paciente do gênero feminino, 34 anos, com queixa de dor acentuada na região de pré-molares e molares superiores e inferiores direitos há cerca de 2 anos. Relatou que foi submetida a tratamento endodôntico nos elementos 14 e 15, porém sem remissão da dor, que também possuía dores de cabeça recorrentes e desvio na coluna diagnosticado há 5 anos. Ao exame físico, observou-se assimetria postural e sinais de comprometimento muscular cervical, massetérico e temporal. Após diagnóstico de disfunção craniocervicomandibular e odontalgia miogênica, a paciente realizou sessões de laserterapia de baixa intensidade, fisioterapia, crioterapia e uso de dispositivo interoclusal para controle do processo inflamatório muscular, reestabelecimento de seu potencial aeróbico e reorganização do sistema manducatório (sistema muscular mastigatório-cervical). Após 36 meses de acompanhamento a paciente encontra-se com melhora significativa da sintomatologia. Concluiu-se que é pertinente que o profissional diferencie as odontalgias não odontogênicas a fim de promover tratamentos efetivos, evitando condutas desnecessárias, como a indicação de tratamentos endodônticos em dentes hígidos.

Descritores: Odontalgia; Transtornos Craniomandibulares; Dor Facial; Diagnóstico.

Abstract

Myogenic odontalgias are orofacial pains of muscular origin that, due to the convergence of sensitive impulses in the trigeminal system, result in painful manifestations in the healthy dental organs. This work reports a case of a female patient, 34 years old, with severe pain complaint in the region of premolars and right upper and lower molars for about 2 years. She reported that she underwent endodontic treatment in elements 14 and 15, but without remission of pain, who also had recurrent headaches and spinal deviation diagnosed 5 years ago. On physical examination, postural asymmetry and signs of cervical, masseteric and temporal muscle involvement were observed. After a diagnosis of craniocervicomandibular dysfunction and myogenic toothache, the patient underwent sessions of low-level laser therapy, physiotherapy, cryotherapy and use of an interocclusal device to control the muscle inflammatory process, reestablish her aerobic potential and reorganize the manducatory system (masticatory-cervical muscular system). After 36 months of follow-up, the patient has a significant improvement in symptoms. It was concluded that it is pertinent for the professional to differentiate non-odontogenic odontalgias in order to promote effective treatments, avoiding unnecessary conducts, such as the indication of endodontic treatments on healthy teeth.

Descriptors: Toothache; Craniomandibular Disorders; Facial Pain; Diagnosis.

Resumen

Las odontalgias miogénicas son dolores orofaciales de origen muscular que, debido a la convergencia de impulsos sensibles en el sistema trigémino, resultan en manifestaciones dolorosas en los órganos dentales sanos. En este trabajo se reporta el caso de una paciente de 34 años, con dolor severo en la región de premolares y molares superiores e inferiores derechos desde hace aproximadamente 2 años. Refirió que se sometió a tratamiento de endodoncia en los elementos 14 y 15, pero sin remisión del dolor, quien además presentaba dolores de cabeza recorrentes y desviación espinal diagnosticada hace 5 años. En la exploración física se observó asimetría postural y signos de afectación de los músculos cervical, masetero y temporal. Tras diagnosticar disfunción craneocervicomandibular y odontalgia miogénica, la paciente se sometió a sesiones de láser de baja intensidad, fisioterapia, crioterapia y uso de un dispositivo interoclusal para controlar el proceso inflamatorio muscular, restablecer su potencial aeróbico y reorganizar el sistema manducativo (sistema muscular masticatorio-cervical). Después de 36 meses de seguimiento, el paciente tiene una mejoría significativa de los síntomas. Se concluyó que es pertinente para el profesional diferenciar las odontalgias no odontogénicas para promover tratamientos efectivos, evitando conductas innecesarias, como la indicación de tratamientos endodónticos en dientes sanos.

Descriptores: Odontalgia; Trastornos Craneomandibulares; Dolor Facial; Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Reconhecida mundialmente como quinto sinal vital, a dor é essencial para a sobrevivência dos seres humanos desde o princípio de sua existência. É um fenômeno perceptivo complexo e multidimensional que reflete a presença de disfunção fisiológica no organismo^{1,2}.

O controle e alívio da dor é uma das principais competências de todos os profissionais de saúde. Na clínica odontológica não é diferente, a dor está presente em grande parte dos pacientes e cabe ao Cirurgião-Dentista investigação de sua etiologia, através da anamnese, exame físico e complementar³.

As dores orofaciais podem ter diversas origens, destacando: aspectos psicogênicos, odontogênicos (em cavidade oral) e não odontogênicos (em face), que englobam principalmente estruturas como os músculos mastigatórios, ossos e articulações temporomandibulares (ATMs)^{4,5}.

Estas dores orofaciais estão presentes na grande parte dos pacientes que possuem disfunções temporomandibulares (DTM). As DTMs se estabelecem pela ultrapassagem da tolerância orgânica de músculos e/ou articulações temporomandibulares e todos os tecidos associados. Dentre alguns sintomas mais comuns estão: dor na ATM, crepitações

articulares, cefaléias, dor facial, dor cervical, limitação de abertura bucal, otalgias e cansaço muscular, cuja tensão destas estruturas podem se estender aos músculos do pescoço e ombro^{6,7}. Quando as disfunções temporomandibulares estão associadas a alterações cervicais, seja no espectro descendente ou mesmo ascendente de relação, denomina-se disfunção craniocervicomandibular (DCCM)⁸.

Há uma complexa correlação entre neurônios que conduzem os impulsos nervosos de diversas áreas da cabeça e pescoço. Em condições de dor profunda contínua como nas dores regionais miofasciais, comuns na DTM miogênica e também em sua potencial relação de contiguidade (DCCM), o córtex cerebral pode produzir dores referidas/ heterotópicas, ou seja, há percepção de dor num local sem estímulo presente. Logo, a origem e localização da dor serão interpretadas de forma diferentes pelo sistema nervoso central⁴.

As dores heterotópicas são constantes, podem ter origens espontâneas ou nas estruturas profundas do sistema musculoesquelético. Quando desencadeados por este sistema, as dores referidas são causadas pela estimulação de pontos gatilhos miofasciais, que são regiões que apresentam déficit metabólico localizadas nos músculos esqueléticos. Quando estas dores se localizam em dentes e/ou no periodonto denominam-se odontalgias musculares⁹.

A dor de dente heterotópica é questão de difícil diagnóstico e pode levar o profissional a indicação de tratamentos desnecessários por falta de conhecimento, experiência clínica e bom senso^{9,10}.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, melanoderma, 34 anos, procedente da cidade de Manaus/AM, compareceu a Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas – UEA, com queixa de dor acentuada na região de pré-molares e molares superiores e inferiores direitos há cerca de 2 anos. Durante anamnese, a paciente relatou que foi submetida a tratamento endodôntico nos elementos 14 e 15 por suspeita de dores de origem dentária (Figura 1), porém não houve regressão da sintomatologia, associada ao período noturno e com recorrentes cefaleias. Afirmou também, ser diagnosticada com desvio na coluna há 5 anos e atuar em profissão onde se faz necessária muita verbalização. Com auxílio de paquímetro foi realizada mensuração da abertura máxima de boca (distância interincisal) em 42 milímetros (Figura 2).

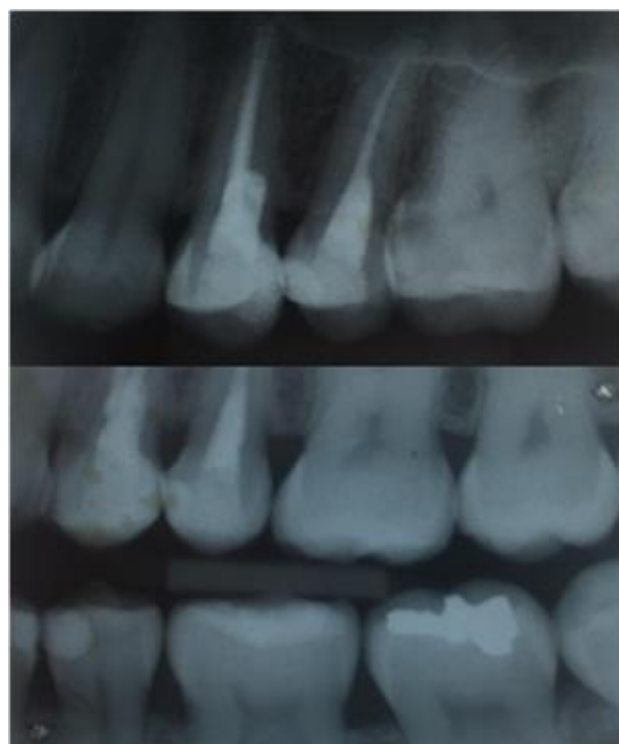


Figura 1: Radiografia periapical e interproximal dos elementos 14 e 15.



Figura 2: Avaliação de abertura máxima da boca (42mm).

No exame físico extraoral após análise visual no aspecto frontal (Figura 3) observou-se assimetria postural pelo desnível de altura entre os ombros, causados pelo desvio na coluna e presença de hábitos posturais deletérios. Através da palpação bilateral dos músculos temporal (feixe anterior, médio e posterior), masseter (feixe proximal, superficial e profundo), esternocleidomastóideo (porção esternal, mastóidea e clavicular) e cervicais posteriores notou-se a presença de pontos gatilhos locais, principalmente do lado direito, seguida de reação de fuga, dor, desconforto e episódios de lacrimejamento pela paciente. Para percepção do limiar de dor de cada ponto gatilho durante a palpação foram utilizados os

seguintes índices: (0) Paciente não relata desconforto nem dor, (1) paciente relata pouco desconforto ou dolorimento, (2) paciente relata desconforto ou dor considerável, (3) paciente tem reação de fuga à palpação, episódios de lacrimejamento ou verbaliza o desejo de não querer mais que a área seja palpada novamente (Figura 4). Com isso, a paciente foi diagnosticada com disfunção craniocervicomandibular e odontalgia miogênica na região de pré-molares e molares direitos.



Figura 3: Registro frontal da paciente.



Figura 4: Avaliação inicial do limiar de dor a palpação dos pontos gatilhos.

Foram inicialmente realizadas sessões de laser de baixa intensidade infravermelho de potência 4 Joules (J) nos pontos gatilhos dos músculos temporal, masseter, esternocleidomastóideo e trapézio bilateralmente (Figura 5). As sessões de fotobiomodulação foram executadas semanalmente durante 1 mês, com objetivo de reparação tecidual e regularização do potencial aeróbico muscular nos pontos de déficit metabólico. Foram instruídos também exercícios fisioterápicos três vezes ao dia e terapia com

compressa fria (crioterapia), preconizadas por Okeson⁴, para condicionamento muscular e reorganização postural da cintura escapular, visando a estabilização do sistema manducatório.



Figura 5: Sessões de laser de baixa intensidade infravermelho nos pontos gatilhos.

No primeiro exercício fisioterápico, com as mãos em palma e um material interposto entre a região lombar e o antebraço, como, por exemplo, um cabo de vassoura, a paciente inspirava inclinando a cabeça para trás e expirava no retorno da cabeça a posição, em 3 séries de 5 a 10 minutos diariamente (Figura 6A). O segundo exercício consistia nas mãos espalmadas em forma de concha abaixo da mandíbula, e realização de abertura mínima bucal de 1 centímetro contra a resistência causada pelas mãos, em 3 séries com 10 repetições, por 10 segundos diariamente (Figura 6B). No terceiro exercício, com dedos polegar e indicador entre os dentes superiores e inferiores, a paciente realiza abertura e fechamento bucal confortável e orientado, em 3 séries de 30 vezes diariamente (Figura 6C).



Figura 6: Exercícios fisioterápicos. A: Organização postural com cabo de vassoura. B: Abertura bucal contra a resistência. C: Abertura e fechamento bucal guiado.

Em seguida foram realizados moldes dos dentes superiores e inferiores com alginato para confecção de modelo de estudo em gesso tipo IV, registro em arco facial, uso de articulador semiajustável e produção de um dispositivo interoclusal em resina acrílica para uso 3 vezes ao dia durante 1 hora após os exercícios e ao dormir (Figura 7). Logo após 3 semanas de acompanhamento, a paciente apresentou constante evolução do quadro, com regressão das dores de cabeça e nos dentes. A paciente encontra-se em acompanhamento há 36 meses com melhora significativa da sintomatologia (Figura 8).



Figura 7: Instalação da placa mio-relaxante em resina acrílica.

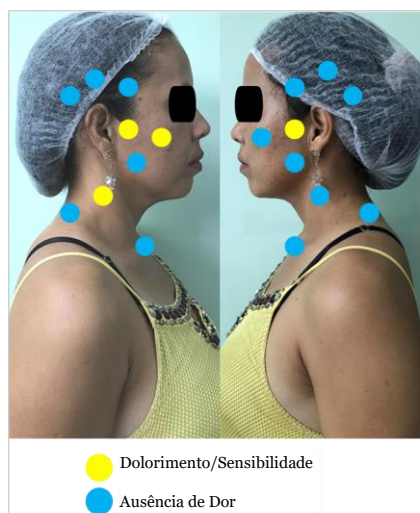


Figura 8: Avaliação final do limiar de dor a palpação dos pontos gatilhos.

DISCUSSÃO

As dores crônicas estão presentes na vida de grande número de indivíduos, além de serem situações de complexo diagnóstico e tratamento. Uma condição crônica de importância odontológica são as Disfunções Temporomandibulares (DTMs), consideradas a maior causa de dor não odontogênica orofacial⁴.

Dentre as origens da DTM destacam-se: fatores associados a articulação temporomandibular (ATM), razões psicossomáticos e/ou musculoesqueléticos^{11,12}. Autores como Grade et al.¹³ e Basso¹⁴ citam que a hiperatividade dos músculos mastigatórios são responsáveis por grande parte das DTMs e citam as inter-relações existentes entre as cadeias musculares, como por exemplo, na hiperatividade dos músculos mastigatórios que provocam a hiperatividade dos músculos cervicais e vice-versa, resultando em alterações no posicionamento de estruturas anatômicas como os ombros, cabeça e coluna cervical. Quando por contiguidade há alterações mastigatórias e cervicais denomina-se disfunção craniocervicomandibular (DCCM)^{8,15}.

Outro grande desafio são as influências dos fatores cognitivos e comportamentais nas disfunções craniocervicomandibulares (DCCMs). Entende-se que não é apenas resultado de alterações teciduais mas também de aspectos psicossomáticos. O estresse, ansiedade e depressão contribuem diretamente

na contração de músculos mastigatórios e na resposta do indivíduo ao quadro de dor¹⁶⁻¹⁸.

Dos sintomas relacionados à DCCM, as cefaleias são uma das mais citadas na literatura. Alguns levantamentos epidemiológicos mencionam que estão presentes em 75%-80% dos pacientes, sendo as mulheres mais vulneráveis. Ainda não há uma explicação bem definida desta relação mas acredita-se que os estímulos nociceptivos prolongados provenientes dos pontos gatilhos miofasciais sensibilizam o sistema nervoso central, em especial o corno dorsal no núcleo do trato espinhal trigeminal, podendo, assim, levar ao aumento da sensibilidade dolorosa e excitabilidade neuronal¹⁹.

No aspecto da dor orofacial proveniente das DCCMs, há aquelas que possuem origem e localização em locais distintos, as chamadas dores referidas/heterotópicas. São produzidas a partir do estímulo aferente constante proveniente da contração dos pontos gatilhos locais que por conexões com diversos interneurônios chegam até o cérebro, em especial na parte caudal do núcleo espinhal do nervo trigeminal. Neste local convergem informações de outros tipos de impulsos sensitivos da cabeça e pescoço. Logo, há uma dificuldade do córtex cerebral no processamento da localização da dor, principalmente em casos de dores profundas. Assim, dores provenientes de músculos mastigatórios podem referir por exemplo em dentes, olhos ou pescoço^{4,20-22}.

De acordo com suas origens, as dores referidas acompanham padrão definido: no músculo masséter, por exemplo, há dores nos dentes posteriores superiores e inferiores, ângulo e corpo mandibular, ATM e orelha. No músculo temporal existem dores referidas nos dentes incisivos, pré-molares e molares superiores e na região occipital. No músculo pterigoideo medial, manifestam-se dores em estruturas da boca, língua, palato duro posterior e ATM. No músculo pterigoideo lateral observam-se dores profundas nas regiões maxilares, temporomandibulares e principalmente na ATM. No músculo esternocleidomastóideo surgem dores difusas da face: testa, rebordo supraorbital, mento, faringe, orelha média, olhos e abaixo do esterno²³.

Para o diagnóstico da DCCM é importante criteriosa avaliação clínica, englobando anamnese e exame físico direcionado, com palpação muscular digital para identificação do limiar de dor, edema, pontos gatilhos e tonicidade dos músculos além do uso de paquímetro na mensuração de dimensões

como abertura máximo bucal, distância interincisal e restrição mandibular excêntrica, e se necessário avaliação radiográfica da ATM^{7,24}. Para os casos de odontalgia miogênica, é necessário que o Cirurgião-Dentista avalie a clínica da dor e as radiografias dos elementos dentários para excluir causas odontogênicas²⁵.

Há diversos tratamentos disponíveis para a DCCM, entre eles: terapia medicamentosa, crioterapia, dispositivos interoclusais, fisioterapia e laser de baixa intensidade. Estas terapias são mais efetivas quando associadas concomitantemente²⁶.

Na conduta medicamentosa são prescritos analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares e ansiolíticos para auxílio na dor, condicionamento muscular e psicológico. A crioterapia realizada através de compressas de água gelada, tem a finalidade de diminuição da dor, miorelaxamento e redução do espasmo muscular²⁷.

Outra alternativa terapêutica é a confecção de placas interoclusais em resina acrílica para o estabelecimento de oclusão ideal com aumento da dimensão vertical de oclusão, relaxamento muscular inicial e posicionamento condilar mais estável. Os exercícios fisioterápicos são realizados para o condicionamento muscular e reorganização postural, especialmente da região mastigatória e cervical⁴.

O uso do laser de baixa intensidade (laserterapia) tem demonstrado grande efetividade na literatura. As principais justificativas estão em seu efeito anti-inflamatório, analgésico e reparador tecidual progressivo dos pontos gatilhos locais. A fotobiomodulação diminui a demanda por medicamentos ou tratamentos invasivos, apresentando resultados minutos após sua aplicação^{28,29}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor é uma das principais queixas dos pacientes odontológicos. Logo, é necessário que o profissional diferencie as dores odontogênicas e não-odontogênicas a fim de promover tratamentos mais efetivos e conservadores, evitando a indicação de tratamentos endodônticos ou cirúrgicos desnecessários.

REFERÊNCIAS

1. Souza FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002; 10(3):446-47.
2. Heinen AC, Goulart C da L, Sudbrack AC, Fleig TCM, da Silva ALG. Avaliação da dor como quinto sinal vital: uma escolha profissional de intervenção fisioterapêutica. RPC.2016;6(4): 379-86.
3. Pereira LHMC, Ramos DLP, Crosato E. Ansiedade e dor em Odontologia: enfoque psicofisiopatológico. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1995;49(4):285-90.
4. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
5. Rabello GD. Dores orofaciais. In: Mangello LC, Silveira ME, Silva AA. Cirurgia da articulação temporomandibular. São Paulo: Santos; 2014.
6. Hoffelder A, Milani CL, Schneider W, Boff D, Zago LF, Steil VM et al. A relação entre as disfunções temporomandibulares e a dor crônica orofacial. Ação Odonto. 2018;1:25.
7. Santos PP, Santos PR, Souza LB. Características gerais da disfunção temporomandibular: conceitos atuais. Rev Naval Odontol. 2009;13(5):686-91.
8. Lima BNM, Cabral LNC. Disfunção craniocervicomandibular ascendente de origem postural: relato de caso. Arch Health Invest. 2021;10(1):163-69.
9. Silva ROF, Contti PCR, Silva RS, Araújo CRP. Quantidade de pressão e padrão de dor referida em pacientes portadores de dor miofascial. Robrac. 2007;16(42).
10. Konzelman JL Jr, Herman WW, Comer RW. Pseudo-dental pain and sensitivity to percussion. Gen Dent. 2001;49(2):156-58.
11. Donnarumma MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nemr K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. Rev CEFAC. 2010;12(5):788-94.
12. Pozzebon D. Dor e disfunção craniocervicomandibular, ansiedade e depressão em profissionais da Enfermagem sob estresse no trabalho [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); 2015.
13. Grade R, Caramês J, Pragosa A, Carvalhão J, Sousa S. Postura e disfunção temporomandibular: controvérsias atuais. Rev port estomatol cir maxilofac. 2008;49(2):111-17.
14. Basso DBA. Atividade muscular, alinhamento corporal e avaliação clínica de indivíduos com disfunções temporomandibulares e com desvios posturais antes e após reeducação postural global (RPG) [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); 2009.
15. Ribeiro IBR, Cabral LNC. Tratamento de paciente com disfunção miofascial craniocervicomandibular ascendente associada à alteração vestibuloclear. Arch Health Invest. 2021;10(1):31-7.
16. Braga AC, Souza FD. Transtornos psicológicos associados à disfunção temporomandibular. Rev Psicol Saúde e Debate. 2016;2(1):100-20.
17. Bezerra BPN, Ribeiro AIAM, Farias ABL, Farias ABL, Fontes LBC, Nascimento SR et al. Prevalência da disfunção temporomandibular e diferentes níveis de ansiedade em estudantes universitários. Rev Dor. 2012;13(3):235-42.
18. Ferreira KDM et al. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares – revisão de literatura. RFO UPF. 2009;14(3).

19. Franco AL, Godoi DA, Castanharo SM, Camparis CM. Interação entre cefaléias e disfunção temporomandibular: uma revisão da literatura. Rev Odontol UNESP. 2008;37(4): 401-6.
20. Albuquerque JP. Pontos-gatilho dos músculos da cabeça e pescoço e suas áreas de referência [dissertação]. Campinas: Centro de Pós- Graduação São Leopoldo Mandic; 2008.
21. Grossmann E, Collares MVM. Odontalgia associada à dor e à disfunção miofascial. Rev Soc Bras Cir Bucomaxilofac. 2006;9(1):19-24.
22. Arruda JAA, Silva LVO, Moreno A, Mesquita RA, Callou G. Odontalgia não odontogênica: levantamento e revisão de literatura atual. Arch Health Invest. 2017;6(12):593-97.
23. Godinho GV, Cabral LN. Disfunção craniocervicomandibular e alterações vestibulocolleares: revisão de literatura. Arch Health Invest. 2019; 8(8): 405-12.
24. Silva RS, Conti PCR, Araújo CRP, Rubo JH, Santos CN. Palpação muscular: sensibilidade e especificidade. Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial. 2003; 3(10):164-69.
25. Saguchi AH, Yamamoto ATA, Cardoso CAB, Ortega AOL. Odontalgia atípica: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. BrJP. 2019; 2(4): 368-73.
26. Sassi FC, Silva AP, Santos RKS, Andrade CRF. Tratamento das disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática. Audiol Commun Res. 2018; 23.
27. Stechman JN. Protocolo para diagnóstico e tratamento das disfunções temporomandibulares (DTM). Jbo: Jornal Brasileiro de Ortodontia & Ortopedia Facial. 2001; 6(24): 317- 24.
28. Catão MHCV, Oliveira PS, Costa RO, Carneiro VSM. Avaliação da eficácia do laser de baixa intensidade no tratamento das disfunções têmporo-mandibular: estudo clínico randomizado. Revista CEFAC. 2013; 15(6): 1601-8.
29. Netto BP, Maior BSS, Oliveira RG, Texeira ML, Miranda ME. Laserterapia de baixa intensidade no tratamento de desordens temporpmandibulares. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre. 2007; 48(1/3): 88-91.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Yamille de Lima Souza

Rua Raimundo Nonato de Castro, 685.
Cond Gran Vista, B-402. Ponta Negra
69037-042 Manaus – AM, Brasil
Email: ydls.odo16@uea.edu.br

Submetido em 04/05/2021

Aceito em 04/11/2021