

O desafio para o diagnóstico da odontalgia atípica. Relato de caso

The challenge of diagnosing atypical odontalgia. Case report

André Hayato Saguchi^{1,2}, Adriana Lira Ortega¹, Ângela Toshie Araki¹

DOI 10.5935/2595-0118.20200035

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A odontalgia atípica caracteriza-se por dor contínua que persiste por mais de três meses em um ou mais dentes ou no alvéolo após extração, sem causas dentárias e neurológicas aparentes, com alívio transitório, e piora da dor dentro de poucos dias ou até semanas, em pacientes com amplo tratamento odontológico. A dificuldade para o diagnóstico pode levar a procedimentos odontológicos desnecessários e mutiladores, com piora e/ou cronificação da dor. Este artigo tem como objetivo relatar um caso de difícil diagnóstico de odontalgia atípica em paciente submetida a extenso tratamento odontológico.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 57 anos, apresentava queixa de dor lancinante em região maxilar direita cuja origem não identificava. Após retratamento endodôntico dos dentes 14 e 16, houve piora da dor sugerindo pericementite traumática ou reação a fármaco intracanal. Como a dor não melhorou foi realizada uma pulpectomia no dente 13. Entretanto, a dor aumentou e após tomografia computadorizada volumétrica foi realizada cirurgia parendodôntica, porém a dor irradiou para fundo do olho direito e região maxilar. A ausência de alterações neurológicas, oftalmológicas e otorrinolaringológicas permitiram diagnosticar a odontalgia atípica.

CONCLUSÃO: O diagnóstico é difícil, sendo recomendada a abordagem multidisciplinar, valorizar a queixa do paciente e, em casos de dúvida, evitar quaisquer procedimentos para não piorar e cronificar a dor.

Descritores: Diagnóstico, Endodontia, Odontalgia.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Atypical odontalgia is characterized by continuous pain that persists for more than three months in one or more teeth or in the socket after extraction, without apparent dental and neurological causes, with transient pain relief and worsening within a few days or even weeks in patients undergoing extensive dental treatment. These patients are at risk of going through unnecessary dental/surgical procedures, which would worsen their pain. This article aims to report a difficult case of atypical odontalgia diagnosis of a patient that underwent extensive dental treatment accompanied by severe pain.

CASE REPORT: A 57-year-old female patient with severe and excruciating pain in the right maxillary region of no identified source. After an endodontic retreatment on teeth 14 and 16, the pain worsened suggesting traumatic pericementitis or reaction to the intracanal drug used. Since the pain did not improve, a pulpectomy on 13 was performed. However, the pain increased significantly, and after an evaluation by volumetric computed tomography, a paraendodontic surgery was performed, but the pain irradiated to the ocular fundus and the maxillary region. The absence of neurological, ophthalmological, and otorhinolaryngological alterations led to the diagnosis of atypical odontalgia.

CONCLUSION: The diagnosis of atypical odontalgia is difficult, requiring a multidisciplinary approach listening to the patient's complaint, and, in case of doubt, avoid any procedures not to worsen pain and turn it chronic.

Keywords: Diagnosis, Endodontics, Toothache.

INTRODUÇÃO

A odontalgia atípica (OA), subtipo da dor facial idiopática persistente ou subforma da neuropatia dolorosa pós-traumática do trigêmeo, caracteriza-se por dor contínua em um ou mais dentes ou no alvéolo após extração, sem quaisquer causas dentárias ou neurológicas aparentes. Tem duração superior a duas horas diárias, persistente por mais de três meses associada ou não a histórico de trauma dental¹. Comumente, os pacientes apresentam extenso tratamento odontológico² que alivia a dor de maneira transitória, que geralmente aumenta em poucos dias ou semanas³.

A fisiopatologia não é completamente esclarecida, embora haja fortes evidências de mecanismos neuropáticos envolvidos⁴⁻¹⁰ e os estudos buscam determinar se há envolvimento de sensibilização central e/ou periférica¹⁰⁻¹⁴. Não existe padrão-ouro de protocolo diagnóstico^{14,15} e os existentes não são totalmente confiáveis⁴. Como a fisio-

André Hayato Saguchi – <https://orcid.org/0000-0002-1903-4986>;
Adriana Lira Ortega – <https://orcid.org/0000-0001-7295-803X>;
Ângela Toshie Araki – <https://orcid.org/0000-0003-4402-7531>.

1. Universidade Cruzeiro do Sul, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, São Paulo, SP, Brasil.
2. Faculdade Anhanguera de Osasco, Curso de Odontologia, Osasco, SP, Brasil.

Apresentado em 21 de novembro de 2019.

Aceito para publicação em 25 de março de 2020.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Rua Galvão Bueno, 868

01506-000 São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: andre_saguchi@yahoo.com.br

patologia não é bem definida^{12,16}, o diagnóstico ocorre por exclusão^{15,17}. Antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, anestésicos e toxina botulínica reduzem a dor¹⁸⁻²⁰, porém têm atividade limitada e não apresentam efetividade comprovada²⁰⁻²².

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de OA, destacando o desafio e a importância do diagnóstico para evitar procedimentos desnecessários e irreversíveis.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 57 anos, normorreativa, procurou a clínica odontológica com queixa de dor contínua e intensa na arcada superior direita, cuja origem não era identificada. Ao exame clínico apresentava prótese parcial fixa tendo como pilares os dentes 14 e 16, que responderam negativamente aos testes de percussão horizontal e vertical e à palpação apical. A qualidade radiográfica da obturação dos dois elementos não era satisfatória, sendo feito diagnóstico de periodontite apical sintomática (Figura 1).

Após a remoção da prótese e cimentação definitiva da prótese parcial fixa provisória, foi realizado o acesso às câmaras pulpares após perfuração da oclusal do provisório, reduzindo o risco de soltura e consequente contaminação dos canais radiculares. Foi removida a guta percha com casca de laranja seguido de instrumentação manual, com hipoclorito de sódio a 1%, EDTA-T a 17% (Fórmula e Ação, São Paulo, SP, Brasil). Como fármaco intracanal, foi utilizado o hidróxido de cálcio pró-análise (PA) associado ao veículo viscoso paramonoclorofenol + rinossoro + polietilenoglicol (PRP) Fórmula e Ação, São Paulo, SP, Brasil).

Três dias após o início dos retratamentos houve piora da dor, com sensibilidade positiva à percussão horizontal e vertical, sem edema. A hipótese para a piora da dor foi reação ao óleo de casca de laranja e/ou ao paramonoclorofenol presente no fármaco utilizado como veículo do hidróxido de cálcio. Os canais foram irrigados com hipoclorito de sódio a 0,5% para remoção do fármaco intracanal e os canais foram obturados (Figura 2).

Diante da intensa dor na região dos dentes 12 e 13 e resposta alterada ao teste térmico com gás refrigerante, realizou-se a pulpectomia do dente 13, após diagnóstico de pulpíte irreversível sintomática. Duas



Figura 1. Radiografia periapical dos dentes 14 e 16



Figura 2. Radiografia final da obturação dos dentes 14 e 16

semanas após a pulpectomia, a dor estava mais intensa com origem em fundo de olho direito. Os dentes 12 e 13 apresentavam sensibilidade exacerbada ao toque e palpação apical e a dor se estendia da região da asa do nariz em direção ao olho. Foi realizada a terapia fotodinâmica com laser de 660nm e azul de metileno, e 6 dias depois os dentes 12 e 13 ainda apresentavam sensibilidade exacerbada à percussão vertical e a dor refletia em toda a bochecha. A palpação apical do dente 14 previamente retratado causou muita dor em região de inervação do nervo ótico, sugerindo que a dor não tinha origem odontogênica. A paciente foi encaminhada ao neurologista, que não diagnosticou cefaleia ou quaisquer outros distúrbios. Um otorrinolaringologista e um oftalmologista também foram consultados, e não identificaram anormalidade ou doença. Como a dor diminuiu, o 13 foi obturado. Depois de poucos dias, a paciente apresentou dor na região do olho e músculo temporal esquerdo. Foi realizado o retratamento endodôntico do dente 26 sem intercorrências e dor. No mesmo período, a paciente relatou sensibilidade no dente 46 ao morder, e após avaliação complementar radiográfica foi indicado retratamento endodôntico. Depois de 2 meses da obturação do dente 13, a paciente voltou a ter crises de dor intensa e o exame tomográfico evidenciou imagem radiolúcida em região de periápice (Figura 3), sendo feito diagnóstico de periodontite apical sintomática e indicada apicectomia (Figura 4). Após a cirurgia, a dor piorou com alodínia e hiperalgesia ao toque em mucosa e epiderme próximos à região da área operada. A dor era muito intensa e a remoção da sutura não foi completada. Foi aplicado laser infravermelho no periápice do 13 para reduzir a dor e controlar o processo inflamatório. Cinco dias depois, a dor se concentrava na asa do nariz direito e irradiava até a base do olho, como pontada de faca. Houve boa cicatrização, sem edema, mas a região se tornou muito sensível ao toque. Foi prescrito 8 mg/dia de dexametasona por 7 dias. Depois de 2 meses a sensibilidade dolorosa à percussão vertical e à palpação apical estava presente. A paciente foi encaminhada para acupunturista, que embora tenha diagnosticado a fibromialgia, não realizou tratamento algum. Em outra consulta odontológica, a paciente solicitou que não fosse apalpada a região periapical, pois teve sensação de pressão nos três dias subsequentes.

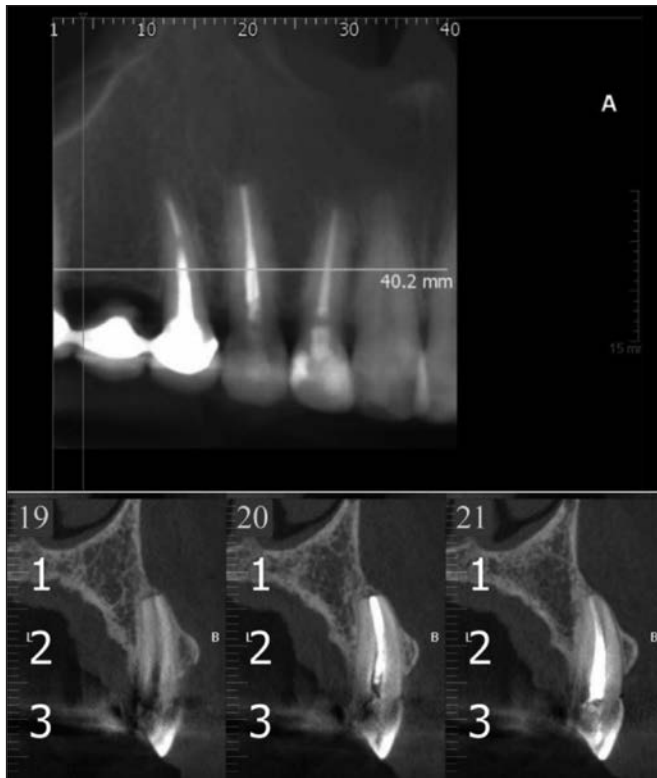


Figura 3. Cortes transaxiais da tomografia computadorizada volumétrica do dente 13



Figura 4. Radiografia periapical do dente 13, após procedimento de apicectomia

Passados mais de 12 meses, houve redução da dor, e 6 anos depois, a paciente se encontra assintomática, relatando dor na região maxilar direita com frequência irregular e esporádica, com intensidade leve a moderada.

DISCUSSÃO

A OA representa um desafio clínico para a maioria dos dentistas⁴, pois quando o paciente apresenta queixa de dor, a origem geralmente é odontogênica e é possível identificar e tratar a sua causa. Apesar de existir um critério diagnóstico bem definido para a OA¹, no presente caso, três fatos foram determinantes para não fazer diagnóstico inicial de OA: 1) de acordo com a história odontológica na anamnese não havia nenhum procedimento odontológico prévio recente que justificasse o início da dor contínua e intensa em hemiarcada superior direita; 2) o exame clínico e radiográfico complementar forneceram informações suficientes para diagnosticar periodontite apical sintomática de causa odontogênica nos dentes 14 e 16. 3) A paciente não referia nenhuma doença, uso de fármacos e alergia que, de acordo com o estudo¹², poderiam trazer informações importantes relativas à dor.

Uma das características da OA é o aumento da intensidade da dor após a realização de procedimentos endodônticos e cirúrgicos³. Neste caso, houve piora da dor após o início dos retratamentos, que se tornou lancinante. A partir do momento em que havia uma causa odontogênica diagnosticada, a periodontite apical sintomática, a piora da dor foi interpretada como dor pós-operatória, pericementite decorrente da manipulação endodôntica. Contato oclusal prematuro, presença de dor pré-operatória, presença de lesão periapical e tipo de dente explicariam a dor após procedimentos endodônticos²³. Por isso, a substância química foi trocada e substituído o fármaco intracanal, se bem que a piora da dor ocorreu após o início do tratamento endodôntico do dente 13 e após a apicectomia.

A literatura evidencia que extensos tratamentos odontológicos realizados na tentativa de diminuir a dor apenas a pioram. A pulpectomia do dente 13 causou piora significativa da dor, que irradiou para a asa do nariz e fundo do olho, e a apicectomia causou alodínia ao toque em mucosa e epiderme próxima à área operada. Porém, eram procedimentos necessários pois a pulpectomia foi indicada com diagnóstico de pulpíte irreversível e a apicectomia após tomografia computadorizada volumétrica detectar lesão periapical, coerente com estudos que enfatizam a necessidade de exame clínico minucioso para descartar todas as causas odontogênicas^{5,6,24,25}.

A análise das características da dor e a ausência de causa neurológica permitiram diagnosticar a OA, especialmente a exacerbação após os procedimentos cirúrgicos quando pode ocorrer sensibilização central ou periférica^{11,16,18,26}. Importante destacar que a prevalência é alta no sexo feminino^{3,27}.

A avaliação neurológica, oftalmológica e otorrinolaringológica foi correta^{5,12,28}, e a ausência de anormalidade neurológica coincide com um dos critérios diagnósticos definidos pela *International Classification of Headache Disorders* (ICHD)¹, corroborando para o diagnóstico de OA.

A dor crônica superior a 6 meses é outro dos critérios diagnósticos da ICHD¹ para OA. É comum ocorrer desmotivação e perda de credibilidade nos profissionais, sendo recomendado dar atenção à queixa

do paciente e à história de tratamentos realizados, e não realizar terapêutica apenas técnica, sendo correta a abordagem holística e psicossocial adotada durante o tratamento^{29,30}. A dor diminuiu e após 6 anos a paciente encontra-se assintomática sem uso de antidepressivos tricíclicos, antiépiléticos, anestésicos e toxina botulínica¹⁸⁻²¹.

CONCLUSÃO

A presença de dor sem causas odontogênicas foi importante para o diagnóstico, e o acolhimento do paciente durante o tratamento foi fundamental e determinante para o seu sucesso. O diagnóstico da OA é difícil, sendo recomendada a abordagem multidisciplinar, valorização da queixa do paciente e, em casos de dúvida, evitar quaisquer tratamentos odontológicos para não piorar e cronificar a dor.

REFERÊNCIAS

- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. Cephalgia. 2018;38(1):1-211.
- Marbach JJ. Phantom tooth pain. J Endod. 1978;4(12):362-72.
- Rees RT, Harris M. Atypical odontalgia. Br J Oral Surg. 1979;16(3):212-8.
- Malacarne A, Spierings ELH, Lu C, Maloney GE. Persistent dentoalveolar pain disorder: a comprehensive review. J Endod. 2018;44(2):206-11.
- Forsell H, Jääskeläinen S, List T, Svensson P, Baad-Hansen L. An update on pathophysiological mechanisms related to idiopathic oro-facial pain conditions with implications for management. J Oral Rehabil. 2015;42(4):300-22.
- Porporatti AL, Costa YM, Stuginski-Barbosa J, Bonjardim LR, Duarte MA, Conti PC. Diagnostic accuracy of quantitative sensory testing to discriminate inflammatory toothache and intraoral Neuropathic Pain. J Endod. 2015;41(10):1606-13.
- Porporatti AL, Costa YM, Stuginski-Barbosa J, Bonjardim LR, Conti PC. Effect of topical anaesthesia in patients with persistent dentoalveolar pain disorders: a quantitative sensory testing evaluation. Arch Oral Biol. 2015;60(7):973-81.
- Porporatti AL, Costa YM, Stuginski-Barbosa J, Bonjardim LR, Conti PC, Svensson P. Quantitative methods for somatosensory evaluation in atypical odontalgia. Braz Oral Res. 2015;29.
- Baad-Hansen L, Pigg M, Ivanovic SE, Faris H, List T, Drangsholt M, et al. Intraoral somatosensory abnormalities in patients with atypical odontalgia—a controlled multicenter quantitative sensory testing study. Pain. 2013;154(8):1287-94.
- Rafael B, Sorin T, Eli E. Painful traumatic trigeminal neuropathy. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2016;28(3):371-80.
- List T, Leijon G, Svensson P. Somatosensory abnormalities in atypical odontalgia: a case-control study. Pain. 2008;139(2):333-41.
- Tarce M, Barbieri C, Sardella A. Atypical odontalgia: an up-to-date view. Minerva Stomatol. 2013;62(5):163-81.
- Tinastepe N, Oral K. Neuropathic pain after dental treatment. Agri. 2013;25(1):1-6.
- Baad-Hansen L, Benoliel R. Neuropathic orofacial pain: facts and fiction. Cephalgia. 2017;37(7):670-9.
- Tait RC, Ferguson M, Herndon CM. Chronic orofacial pain: burning mouth syndrome and other neuropathic disorders. J Pain Manag Med. 2017;3(1). pii: 120.
- Bosch-Aranda ML, Vázquez-Delgado E, Gay-Escoda C. Atypical odontalgia: a systematic review following the evidence-based principles of dentistry. Cranio. 2011;29(3):219-26.
- Thorburn DN, Polonowita AD. Atypical odontalgia—a diagnostic dilemma. N Z Dent J. 2012;108(2):62-7.
- Baad-Hansen L. Atypical odontalgia - pathophysiology and clinical management. J Oral Rehabil. 2008;35(1):1-11.
- Abiko Y, Matsuoka H, Chiba I, Toyofuku A. Current evidence on atypical odontalgia: diagnosis and clinical management. Int J Dent. 2012;2012:518548.
- García-Sáez R, Gutiérrez-Viedma Á, González-García N, Gómez-Mayordomo V, Porta-Etessam J, Cuadrado ML. OnabotulinumtoxinA injections for atypical odontalgia: an open-label study on nine patients. J Pain Res. 2018;11:1583-8.
- Cuadrado ML, García-Moreno H, Arias JA, Pareja JA. Botulinum neurotoxin type-A for the treatment of atypical odontalgia. Pain Med. 2016;17(9):1717-21.
- Yatani H, Komiya O, Matsuka Y, Wajima K, Muraoka W, Ikawa M, et al. Systematic review and recommendations for nonodontogenic toothache. J Oral Rehabil. 2014;41(11):843-52.
- Arias A, de la Macorra JC, Hidalgo JJ, Azabal M. Predictive models of pain following root canal treatment: a prospective clinical study. Int Endod J. 2013;46(8):784-93.
- Durham J, Stone SJ, Robinson LJ, Ohrbach R, Nixdorf DR. Developing and preliminary evaluation of a new screening instrument for atypical odontalgia and persistent dentoalveolar pain disorder. Int Endod J. 2019;52(3):279-87.
- Pigg M, List T, Petersson K, Lindh C, Petersson A. Diagnostic yield of conventional radiographic and cone-beam computed tomographic images in patients with atypical odontalgia. Int Endod J. 2011;44(12):1092-101.
- 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(2):151-64.
- Schnurr RF, Brooke RI. Atypical odontalgia. Update and comment on long-term follow-up. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1992;73(4):445-8.
- Benoliel R, Gaul C. Persistent idiopathic facial pain. Cephalgia. 2017;37(7):680-91.
- Zakrzewska JM. Facial pain: an update. Curr Opin Support Palliat Care. 2009;3(2):125.
- Saguchi AH, Yamamoto AT, Cardoso CA, Ortega AO. Odontalgia atípica: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. BrJP. 2019;2(4):368-73.