



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Dor Facial Idiopática Persistente (Antes “Dor Facial Atípica”)

Definição

Dor facial idiopática persistente (DFIP), antes denominada “dor facial atípica”, é uma dor facial persistente que não tem as características de nevralgias cranianas nem pode ser atribuída a um distúrbio diferente.

Epidemiologia

A prevalência de DFIP é muito menor do que da nevralgia do trigémio (NT). A sua prevalência na população geral é estimada em 0,03%. A sua incidência é desconhecida.

Fisiopatologia

A literatura sugere que a sensibilização anormal do sistema nociceptivo trigeminal pode ter um papel crucial no desenvolvimento de DFIP.

Características Clínicas

Localização, irradiação: em geral, no início da doença a DFIP é limitada a uma determinada área num lado da face, é profunda e mal localizada, e não segue uma distribuição neurológica.

Carácter: Lancinante, dolorosa e entorpecedora, mas às vezes pode ser aguda.

Gravidade: Costuma variar durante o dia entre ligeira a moderada.

Duração e periodicidade: Diária, e pode ser contínua ou intermitente.

Fatores suscetíveis de a influenciar: Stress, fadiga.

Fatores associados: Em geral associada a outras condições de dor crónica, como síndrome do colon irritável, dor crónica generalizada, cefaleia ou dor lombar. Não está associada a perda sensorial ou outros défices neurológicos. Costumam estar associadas a esta condição a ansiedade e depressão, alta catastrofização e má qualidade de vida.



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Investigações

Imagens radiográficas, tomografia computadorizada (TC) do crânio ou imagens de ressonância magnética (RM) da face e das mandíbulas não demonstram qualquer anomalia importante e são apenas indicadas se o histórico e o exame sugerirem a sua necessidade.

Terapêutica

Existem poucos estudos aleatórios controlados, e a maioria das opções de tratamento são baseadas em estudos abertos. Antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina (50-100 mg/dia) ou nortriptilina (20-50 mg) são eficazes se usados por muitos meses. Inibidores seletivos de serotonina e noradrenalina (duloxetina, venlafaxina e mirtazapina) são usados também, mas costumam ser ineficazes. Os pacientes beneficiam com a simultânea terapia cognitivo-comportamental para melhorar a sua qualidade de vida.

Referências

- [1] Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, Lunt M, Macfarlane GJ. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol* 2006;35:468–76.
- [2] Forssell H, Tasmuth T, Tenovuo O, Hampf G, Kalso E. Venlafaxine in the treatment of atypical facial pain: a randomized controlled trial. *J Orofac Pain* 2004;18:131–7.
- [3] Harrison SD, Glover L, Feinmann C, Pearce SA, Harris M. A comparison of antidepressant medication alone and in conjunction with cognitive behavioural therapy for chronic idiopathic facial pain. *Proceedings of the 8th World Congress on Pain*. Seattle: IASP Press; 1997. p. 663–723.
- [4] Taiminen T, Kuusalo L, Lehtinen L, Forssell H, Hagelberg N, Tenovuo O, et al. Psychiatric (axis 1) and personality (axis11) disorders in patients with burning mouth syndrome or atypical facial pain. *Scand J Pain* 2011;2:155–60.