



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Dor Odontogénica/Dentária

A dor facial de origem odontogénica não deve ser negligenciada como uma possível fonte de dor orofacial crónica ou complexa. A premissa de que um paciente goza de boa saúde dentária pode não ser sempre verdade. A dor decorrente dos dentes e estruturas de suporte deve ser sempre considerada em qualquer análise de um paciente com dor facial.¹

As fontes comuns de dor odontogénica incluem:

- Cárie dentária na dentina
- Cárie dentária na polpa dentária
- Infeção pulpar
- Necrose pulpar
- Abcesso Periapical / Periodontal
- Dentes fraturados
- Trauma dentário

O tecido pulpar responde com dor a qualquer estimulação direta. O início da dor pode ser provocada ou é aparentemente espontânea, muitas vezes apresentando-se como um problema de diagnóstico quando não se observa nenhuma fonte dentária óbvia. Por exemplo, a estimulação de um dente fraturado muitas vezes resulta em, dor de curta duração, aguda, tipo choque mediante estimulação. Isto pode ser difícil de diagnosticar. A qualidade e a duração deste tipo de dor odontogénica pode apresentar-se com uma qualidade semelhante à nevralgia do trigémio . A cárie dentária que penetra na dentina subjacente é muitas vezes visível por simples inspeção e pode tornar um dente sensível à estimulação térmica ou química. Uma cárie superficial pode causar sensibilidade ao calor, ao frio ou a químicos (ou seja , doce ou ácida). A dor é geralmente localizada, intensa, e transitória. A cárie profunda pode provocar uma dor mais significativa, intensa e prolongada. A dor pulpar secundária a inflamação, quando estimulada, pode resultar em desconforto prolongado e significativo . Embora a dor pulpar seja geralmente percebida como localizada, a dor referida para outras regiões orofaciais é comum. A pulpite transitória pode ter características semelhantes à enxaqueca, ou seja, unilateral, pulsátil, e episódica.



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

O tecido pulpar inflamado pode eventualmente tornar-se necrótico ou infetado.

O exsudado pode drenar para o espaço periodontal através do ápice dentário, resultando em sensibilidade durante a mastigação, dor latejante, dor referida para outras zonas da cabeça e/ou pescoço. Como o ligamento periodontal (a ligação entre a raiz dos dentes e do osso alveolar) é ricamente inervado, o exsudato inflamatório ou purulento de um dente infetado para este espaço periodontal pode causar extrema sensibilidade provocada por qualquer manipulação do dente. Além da dor, edema, muitas vezes acompanha a infeção das estruturas periodontais. As infeções dentárias deste tipo, especialmente na maxila anterior, têm características semelhantes à de uma cefaleia trigeminal autonómica, ou seja, dor ao redor ou sob o olho.

Ao considerar a localização, duração, qualidade, frequência, intensidade, estimulação, e melhorando os fatores de dor odontogénica primária, torna-se evidente que todos os pacientes com dor orofacial devem ser submetidos a uma avaliação odontológica completa antes de passar para outras considerações de natureza mais complexa. Dito isto, quando se considera a grande semelhança de queixas da dor odontogénica a outras entidades de dor orofacial, se a patologia dentária não estiver presente, o clínico deve avançar para outras etiologias.

i Heir GM. Facial Pain of Dental Origin--A Review for Physicians. Headache. 1987;27(10):540-