

CAPSAICINA UMA EVIDÊNCIA PARA ODONTALGIAS ATÍPICAS

Caroline Galvão Lopes
Eduardo Grossmann
NAIR NARUMI ORITA PAVAN
Universidade Estadual de Maringá
Maringá- Paraná- Brasil
E-mail: narumiopavan@gmail.com.br
narumiopavan@wnet.com.br

INTRODUÇÃO

A dor é uma sensação desagradável, variável em intensidade e em extensão de localização, que atinge milhões de pessoas, muitas vezes reduzindo ou até mesmo incapacitando as atividades corriqueiras e funcionais do indivíduo.

As condições dolorosas nos consultórios odontológicos são frequentes sendo que a maioria das dores dentárias é de natureza odontogênica, originadas dos tecidos pulpaes e periodontais, no entanto, ocorrem também as odontalgias não-odontogênicas, sendo que uma dessas condições é a odontalgia atípica.

O termo odontalgia atípica é aplicado à dor contínua em dente ou região de alvéolo dentário, na ausência de qualquer causa dentária identificável¹.

Não há um consenso sobre um protocolo terapêutico que seria mais adequado ao tratamento da dor neuropática, por ser de diagnóstico difícil e pela ausência de estudos bem elaborados de controle clínico para avaliar a eficácia dos medicamentos prescritos para OA².

Várias drogas têm sido utilizadas no tratamento da odontalgias atípicas, dentre elas destacam-se os antidepressivos tricíclicos³. Além desses há associação com anticonvulsivantes orais⁴ e estudos mais recentes^{5,6,7}, trazem como uma alternativa de tratamento a aplicação tópica da capsaicina.

O objetivo desse artigo é revisar a literatura para fornecer informações com relação a odontalgia atípica quanto às características clínicas, diagnóstico e tratamento com capsaicina. Para isto utilizou-se de busca em base de dados, PUBMED, Lilacs e Medline, assim como uma busca manual de referências bibliográficas na língua inglesa e portuguesa.

DISCUSSÃO

A odontalgia atípica (OA) foi primeiramente descrita por McElin e Horton em 1947⁸. É definida pela International Headache Society como um subgrupo de dor facial idiopática persistente⁹. Porém segundo Baad – Hansen et al¹⁰ é melhor definida como uma condição neuropática, sustentada no fato de que, a maioria dos pacientes com OA já passaram por procedimentos dentários invasivos ou cirúrgicos, e esses procedimentos podem causar desafferentação das fibras trigeminais aferentes primárias. É também conhecida como dor dental fantasma^{10,11,12}.

Pacientes com OA frequentemente tem dor contínua localizada no dente, gengiva ou no sítio de extração^{11,13,14}. A área mais comumente afetada é a de pré-molares ou molares superiores^{9,11,15}.

Apesar da dor ser sentida no dente ou processo alveolar, não há condições patológicas locais que a explique, assim como não há achados radiográficos¹³. Um tratamento incorreto ou ineficaz pode perpetuar ou gerar a dor crônica¹⁰. Em um estudo feito por List et al¹³ 83% dos pacientes com odontalgia atípica declararam que a dor começou juntamente com um tratamento dental.

Ambos os gêneros podem ser acometidos, porém é mais comumente encontrada em mulheres por volta dos 40 anos de idade^{9,10,16,17}. Segundo Woda et al¹⁷, provavelmente essa prevalência esteja relacionada com os hormônios femininos, pois em um estudo

retrospectivo realizado em mulheres que faziam uso de suplementos hormonais, descobriu-se que as mesmas tinham de 20% a 30% mais condições dolorosas crônicas comparadas com as mulheres que não faziam uso desse tipo de suplemento.

Essa prevalência é confirmada por vários estudos^{11,12,18,19}, no entanto March²⁰ e Woolf²¹ relatam que a prevalência aumenta com a idade. Estima-se que 18% das mulheres e 9,6% dos homens acima de 60 anos possuem sintomatologia de OA²². Porém de acordo com Craff-Radford et al⁹ ainda não foi totalmente elucidada essa questão e mais estudos precisam ser feitos.

O diagnóstico diferencial deve ser norteado em muitos fatores incluindo a presença de distúrbios emocionais, como a depressão e ansiedade e na exclusão de patologias dentárias^{8,23}. Dores que não tem origem odontogênica como enxaqueca^{23,24}, neuralgia do trigêmeo^{25,24}, artrite da articulação temporomandibular²⁵ e artrite do temporal²⁴, síndrome da ardência bucal²⁶, neuralgia pós-herpética^{25,27,28}, sinusite^{23,24} herpes zoster²⁵, devem ser descartadas.

No estudo feito por Saravanan Ram et al¹¹ 80% dos pacientes com OA sofreram procedimentos odontológicos que não resolveram a dor e em alguns casos tornou-a pior. Ainda nesse estudo nos tratamentos endodônticos 3% a 6% ocorreram desaferentação, corroborando com estes resultado Matwychuk et al⁸ 3% a 6% dos pacientes desenvolvem OA após o tratamento endodôntico.

A dor não é somente uma preocupação para a pessoa que sofre, mas também para a sociedade, ela prejudica seriamente a vida de milhões de pessoas ao redor do mundo, incapacitando-as, muitas vezes, do trabalho e vida social¹⁵.

Além do fato de que algumas dores sofrem maior influência psicológica que outras. Várias drogas têm sido utilizadas no tratamento da odontalgia atípica, dentre elas destacam-se os antidepressivos tricíclicos^{3,19,29}. O efeito benéfico da droga não está ligado ao tratamento da depressão, mas sim ao seu efeito analgésico, e a terapia com opióides^{6,30}. O uso é ainda controlado e é somente indicado para pacientes com dor crônica de moderada a severa.

Além desses, há associação com anticonvulsivantes orais^{6,10} e também a utilização tópica da capsaicina^{5,10}. Entretanto, com a administração desses fármacos há redução, mas raramente há um controle total da dor^{10,30}.

A capsaicina é irritante e produz uma sensação de queimação em qualquer tecido que entre em contato³¹. Foi primeiramente isolada por Thresh, por volta do ano de 1846³² e somente no ano de 1919 foi determinada sua exata estrutura química³³.

Ela é tida como o único composto farmacologicamente hábil para agir em específicos neurônios e fibras nociceptoras, inicialmente ela despolariza esses neurônios, mas na presença contínua da capsaicina eles perdem a habilidade de despolarização^{34,35}.

De acordo com Philip et al²⁷ aplicações tópicas iniciais da capsaicina causa um aumento da sensação de queimação, mas aplicações repetidas resultam em dessensibilização das fibras nervosas epidermais amielínicas, ocorrendo assim a redução da hiperalgesia.

A capsaicina é disponível na forma de creme na concentração de 0,025% usada 3-4 vezes ao dia, ou 8% usada uma vez ao dia³⁶.

Mason et al⁷ avaliaram a eficácia da capsaicina tópica em indivíduos com dor neuropática músculo-esquelética, verificaram que 57% obtiveram significativa analgesia utilizando capsaicina 0,075%. Quando utilizaram capsaicina 0,025% o resultado foi de 38% de melhora. O efeito analgésico foi de 4-8 semanas. Estes resultados são semelhantes ao de Derry et al³⁸, onde observaram melhora na dor neuropática dentro de 6-12 semanas com uso repetido de capsaicina 0,075% e aplicação única de capsaicina 8%.

Corroborando com estes trabalhos, Altman et al³⁹ verificaram em estudo de 12 semanas, redução de 53% da dor em comparação ao placebo, no entanto no estudo de Deal⁴⁰ em 4 semanas a redução da dor foi de 33%.

De acordo com Spruce et al⁴¹, a aplicação tópica de capsaicina na concentração de 0,075% durante 4-6 semanas e de 3 a 4 vezes por dia têm dificultado a adesão dos pacientes ao tratamento

Silva et al⁴², realizaram uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados de pacientes portadores de OA, utilizando a medicina alternativa complementar (CAM) em comparação com outros tratamentos ou com o placebo. Nessa revisão os autores encontraram evidências consistentes^{39,40,43,44,45} de que a capsaicina gel a 0,025% 4 vezes ao dia durante 12 semanas e capsaicina 0,015% 1 vez ao dia durante 6 semanas e capsaicina 0,075% durante 4 semanas foram eficazes na AO.

Hargreaves et al⁴⁶ postularam que agonistas adrenérgicos inibem a ativação dos terminais periféricos das fibras pulpares sensíveis à capsaicina e sugerem que essas drogas podem ser usadas no tratamento da dor pós-operatória.

CONCLUSÕES

As dores crônicas são, geralmente, doenças de difícil diagnóstico e tratamento, devido a tratamentos ineficazes e muitas vezes desnecessários.

A odontalgia atípica é uma dor crônica de moderada a forte, que pode ser acompanhada de cefaleia, hiperestesia e alodinia. O diagnóstico é clínico e deve ser considerado o fator emocional.

A utilização da capsaicina tópica em mucosa nas diferentes concentrações, como um tratamento para a dor crônica é viável e foi amplamente estudada obtendo resultados que motivam novos estudos com relação a uma outra via de administração, pois nesta apresenta alguns efeitos colaterais limitando o seu uso. É uma alternativa barata, de fácil aplicação clínica e com efetividade no combate à dor crônica.

PALAVRAS-CHAVE: capsaicina, dor orofacial, odontalgia atípica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Travassos RMC, Santos Neto-Júnior FE, Genú RKP. Avaliação da eficiência de três modalidades técnicas para introdução da pasta de hidróxido de cálcio no preenchimento do canal radicular. **Rev Endod Pesq Ensino**, v.6, jul./dez, 2007.
2. Chong MS, Bajwa ZH. Diagnosis and treatment of neurophatic pain. **J pain Symptom manage**, v.25,n.5,supplement, p. s4-s11, Maio 2003.
3. Macdonald AD, Woolfe G, Bergel F, Morrisin AL, Rinderknecht H. Analgesic actin of pethidine and related compounds. **British Journal of Pharmacology**, v.1, n.1, p.4-14, Março 1946.
4. Okeson JP, Falace DA. Nonodontogenic toothache. **Dent. Clin. North Am**, 1997; 41: 367-383.
5. Epstein JB, Marcoe JH. Topical application of capsaicin for treatment of oral neuropathic pain and trigeminal neuralgia. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.77,n.2,p.135-140, Fevereiro 1994.

6. Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. Recent advances in pharmacological treatment of neuropathic pain. **Medicine Reports**, v.2,p.52-54,Julho 2010.
7. Mason L et al. Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain. **BMJ**, v.328,p.991–995,Março 2004.
8. Matwychuk MJ. Diagnostic challenges of neuropathic tooth pain. **J Can Dent Assoc**, v.70,n.8,p.542-546,Setembro 2004.
9. Graff-Radford SB, Solberg WK. Is atypical odontalgia a Psychological problem? **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.75,n.5,p.579-582,Maio 1993.
10. Baad-Hansen L. Atypical odontalgia – pathophysiology and clinical management .**J Oral Rehabil** , v.35,n.1,p.1–11,Janeiro 2008.
11. Ram S et al. Clinical Characteristics and Diagnosis of Atypical Odontalgia: Implications for Dentists. **J Am Dent Assoc**, v.140,n.2,p.223-228,Feveiro 2009.
12. Oshima K et al. Clinical Investigation of Patients Who Develop Neuropathic Tooth Pain After Endodontic Procedures. **J Endod**, v.35,n.7,p.958-961,Julho 2009.
13. List T et al. Effect of local anesthesia on atypical odontalgia – A randomized controlled trial. **Pain**, v.122,n.3,p.306–314,Junho 2006.
14. Berge TI et al. Incidence of chronic neuropathic pain subsequent to surgical removal of impacted third molars. **Acta Odontol Scand**, v.60,n.2,p.108–112, 2002
15. Okeson JP. **Dor orofacial: guia para avaliação, diagnóstico e tratamento**. Editado por Jeffrey P. Okeson. 1º Ed. São Paulo: Quintessence, 1998.
16. List T et al. Clinical Findings and Psychosocial Factors in Patients with Atypical Odontalgia: A Case-Control Study. **J Orofac Pain**, 2007; v.21,n.2,p.89–98, 2007
17. Woda A, Pionchon P. A Unified Concept of Idiopathic Orofacial Pain:Pathophysiologic Features. **J Orofac Pain**, v.14,n.3,p.196-212,summer 2000.
18. Baad-Hansen L et al. Increased Pain Sensitivity to Intraoral Capsaicin in Patients with Atypical Odontalgia. **J Orofac Pain** ,v.20,n.2,p.107-114, 2006.
19. Lilly JP, Law AS. Atypical Odontalgia Misdiagnosed as Odontogenic Pain:A case report and Discussion of treatment. **J Endod**, v.23, n.5,p.337-339, Maio 1997.
20. March LM, Bagga H. Epidemiology of osteoarthritis in Australia. **Med J Australia**, v.180,supplement 5, p.s6-s10,Maio 2004.
21. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. **Bull world Health Organ**, v.8, n.9, p.646-656, Setembro 2003.
22. Murray CJL, Lopez AD. **“The global burden of disease”**. **A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990**

and projected to 2020. Cambridge (MA): Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.

23. Kreisberg MK. Atypical Odontalgia: Differential Diagnosis and treatment. **J Am Dent Assoc**, v.104,n.6,p.852-854, Junho 1982.

24. Brooke RI et al. Atypical odontalgia. A report of twenty-two cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.49,n.3,p.196-199,1980.

25. Marbach JJ. Is phantom tooth pain a deafferentation (neuropathic) syndrome? Part I: Evidence derived from pathophysiology and treatment. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.75,n.1,p.95-105, Janeiro 1993.

26. Marino R, Torretta R, Capaccio P, Pignataro L, Spadari F. Different therapeutic strategies for burning mouth syndrome: preliminary data. **J Oral Pathol Med**, v.39,n.8,p.611–616,Setembro 2010.

27. Philip A, Thakur R. Postherpetic Neuralgia. **J Palliat Med**, v.14,n.6,p.765-773, Junho 2011.

28. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. **Bull world Health Organ**, v.81,n.9,p.646-656,Setembro 2003.

29. Siqueira JTT de et al. Clinical Study of Patients with Persistent Orofacial Pain. **Arq Neuropsiquiatr**, v.62,n.4,p.988-996,2004.

30. Toblin RL et al. A population-based survey of chronic pain and its treatment with prescription drugs. **Pain**, v.152,p.1249-1255, Março 2011.

31. Hautkappe M et al. Review of the effectiveness of capsaicin for painful cutaneous disorders and neural dysfunction. **Clin Journ of Pain**, v.14,n.2,p.97-106, 1998.

32. Agarwal P et al. Capsaicin-fighting fire with fire. **Indian Acad Oral Med Radiol**, v.21,n.2,p.51-54,Abril/Junho 2009.

33. Szallasi A, Blumberg PM. Vanilloid (Capsaicin) Receptors and Mechanisms. **Pharmacol Rev**, v.51,n.2,p.160-202,Junho 1999.

34. Spears R, Hutchins B, Hinton RJ. Capsaicin Application to the Temporomandibular Joint Alters Calcitonin Gene-Related Peptide Levels in the Trigeminal Ganglion of the Rat. **J Orofac Pain**, v.12,n.2,p.108-115,Spring 1998.

35. Lee YS et al. Influence of topical capsaicin on facial sensitivity in response to experimental pain. **J Oral Rehabil**, v.34,n.1,p.9–14, Janeiro 2007

36. Brunton LL, Lazo JS, Parker KL, editors. Goodman and Gilman's. **The Pharmacological Basis of Therapeutics**. 11th ed. New York, NY: McGraw-Hill 2006

37. Pershing LK et al. Effects of vehicle on the uptake and elimination kinetics of capsaicinoids in human skin in vivo. **Toxicol Appl Pharmacol**, v.200,n.1,p.73-81,Outubro 2004.

38. Derry S et al. Topical capsaicin for chronic neuropathic pain in adults. **Cochrane Database Syst Rev**, 2009; 4: 73-93.

39. Altman RD et al. Capsaicin cream 0.025% as monotherapy for osteoarthritis: a double-blind study. **Semin Arthritis Rheum**, v.23,n.6, supplement 3,p.25-33, Junho 1994.
40. Deal CL, Schnitzer TJ, Lipstein E et al. Treatment of arthritis with topical capsaicin: a double blind trial. **Clin Ther**, v.13,n.3,p.383-395, Maio/Junho 1991.
41. Spruce MC, Potter J, Coppini DV. The pathogenesis and management of painful diabetic neuropathy: a review. **Diabet Med**, v.20,n.2,p.88-98, Fevereiro 2003.
42. Silva De V et al. Evidence for the efficacy of complementary and alternative medicines in the management of osteoarthritis: a systematic review. **Rheumatology**, v.50,n.5,p.911-920, Junho 2011.
43. Gemmell HA, Jacobson BH, Hayes BM. Effect of a topical herbal cream on osteoarthritis of the hand and knee: a pilot study. **J Manipulative Physiol Ther** v.26,n.5,p.315-323, Junho 2003.
44. McCleane G. The analgesic efficacy of topical capsaicin is enhanced by glyceryl trinitrate in painful osteoarthritis: a randomized, double blind, placebo controlled study. **Eur J Pain**, v.4,n.4,p.355-60,2000.
45. McCarthy GM, McCarty DJ. Effect of topical capsaicin in the therapy of painful osteoarthritis of the hands. **J Rheumatol**, v.19,n.4,p.604-607, 1992.
46. Hargreaves KM, Jackson DL, Bowles WR. Adrenergic Regulation of Capsaicin-sensitive Neurons in Dental Pulp. **J Endod**, v.29,n.6,p.397-399, Junho 2003.

Nair Narumi Orita Pavan
Av: Dom Manoel da Silveira D'elboux, nº 1149
Zona 5
Maringá- Paraná- Brasil
Telefones: (44) 3262-0773
(44) 9973- 3415
E-mail: narumiopavan@gmail.com
narumiopavan@wnet.com.br