

Diagnóstico e manejo da dor orofacial oncológica: relato de três casos clínicos

Diagnosis and management of orofacial pain in cancer: three clinical case reports

Aryane Nathália Guimarães¹, Mariane Ferrão Dias¹, Reviana Mayra de Castro Miranda¹, Thalita de Melo Aguiar¹, Diele Carine Barreto Arantes², Roberto Brígido de Nazareth Pedras²

RESUMO

Objetivo: Relatar a conduta semiológica de três casos clínicos de dor orofacial em pacientes com câncer de cabeça e pescoço e descrever a abordagem terapêutica utilizada, discutindo a escada analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS). **Material e Métodos:** Este estudo relata três casos clínicos que foram encaminhados para tratamento odontológico por um hospital referência em câncer. Os dados foram obtidos a partir dos prontuários e um anexo de disfunção temporomandibular (DTM). A intensidade da dor foi obtida através da escala visual analógica (EVA). **Resultados:** A dor foi a queixa mais relatada nos três pacientes do gênero masculino e acometidos por carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço. Após o diagnóstico e tratamento da dor oncológica, houve redução da sua intensidade e da medicação utilizada. **Conclusão:** Pelo diagnóstico preciso e individualizado da dor orofacial, é possível aplicar cuidados curativos e paliativos reduzindo a intensidade da dor, número de queixas e quantidade de medicação.

Descritores: Neoplasias - Diagnóstico. Dor facial. Percepção da dor. Relato de casos.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Internacional para o Estudo da Dor define a dor como um fator sensorial e emocional negativo, caracterizado a partir de lesões teciduais já realizadas ou em progressão. Dessa forma, é um fenômeno que ocorre de maneiras diferentes, pois depende do histórico social, físico, emocional e espiritual de cada indivíduo^{1,2}.

A dor orofacial na região de cabeça e pescoço é decorrente de doenças ou anormalidades em tecidos moles e mineralizados da cavidade bucal e da face³. Existe uma ampla variedade de causas de dores que acometem o seguimento facial, são elas: DTM, neuralgia do trigêmeo, síndrome da ardência bucal, odontalgia, doença periodontal, infecções bucodentais e câncer¹.

Dentre essas causas, destaca-se o câncer, cuja dor acomete 60% a 80% dos pacientes, sendo 25% a 30% na ocasião do diagnóstico como sintoma inicial do câncer e 70% a 90% em estágio de doença avançada. Esses dados levaram a OMS a declarar, em 1986, a dor associada ao câncer como uma emergência médica mundial⁴. Na maioria das vezes, as etiologias

são múltiplas e se potencializam, podendo ou não estar diretamente relacionadas com a doença. Os aspectos que podem influenciar na etiologia da dor são: o tipo e origem neoplásica, a localização, o estadiamento e o tratamento realizado^{5,6}.

A classificação neurofisiológica da dor é baseada nos mecanismos desencadeantes e divide-se em: nociceptiva, neuropática e complexa ou mista. A dor nociceptiva é resultado da ativação de nociceptores (fibras delta e C) podendo ser somática ou visceral. A dor somática é desencadeada ou exacerbada pelo movimento e aliviada pelo repouso, sua localização é precisa. A dor visceral é provocada por distensão de víscera oca, tem característica opressiva, constrictiva ou em cólicas, sua localização é difícil e pode ser acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese. Já a dor neuropática está relacionada a uma disfunção do sistema nervoso central ou periférico, persistente ou episódica, aguda ou crônica, pode não estar associada a qualquer lesão detectável. É descrita como queimação, ardor, ferroadas, choques e pode ser acompanhada ou não de parestesia e alodínia (estímulos que não gerariam dor, mas são percebidos

¹Curso de graduação em Odontologia, Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, MG

²Faculdade de Odontologia, Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, MG

Contatos: revinha0@hotmail.com; thalitaodontologia@hotmail.com; aryanenathalia@yahoo.com.br; marianeferrao@hotmail.com; dielebarreto@newtonpaiva.com.br; robertopedras@yahoo.com.br

como dolorosos). E por último, a dor complexa ou mista é mais comumente encontrada em pacientes com tumores cujo crescimento provoca inflamação e compressão das estruturas adjacentes. Ela consiste na associação entre as dores nociceptivas neuropática, sendo assim mais complexa de ser diagnosticada e tratada⁵.

O tratamento da dor orofacial no câncer deve ser voltado para a origem da condição dolorosa, e de acordo com a escada analgésica e os cinco princípios da OMS. Esta escada é formada por três degraus, que orientam a terapia medicamentosa baseada na intensidade da dor. Quando a dor é de leve a moderada, devem-se utilizar analgésicos não opiáceos e/ou AINES (anti-inflamatório não esteroide) associados à medicação adjuvante. Na dor moderada, orienta-se prescrever analgésico e/ou AINES, mais opiáceo fraco e mais adjuvante. Na dor intensa recomenda-se opiáceos fortes mais adjuvantes. Os cinco princípios do controle da dor consistem inicialmente em medicação via oral, em horários regulares, de acordo com a escada analgésica da OMS, de forma individualizada e com reavaliações frequentes.^{7,8}

A natureza da dor do câncer é múltipla, podendo necessitar de vários procedimentos terapêuticos, como terapias antineoplásicas, técnicas anestésicas, procedimentos cirúrgicos, procedimentos intervencionistas, técnicas psicológicas e técnicas de reabilitação para seu controle. Portanto, o correto diagnóstico e o conhecimento de medicações adjuvantes são indispensáveis, não só para melhorar as condições bucais, mas a qualidade de vida dos pacientes^{4,9}.

O objetivo desse trabalho foi relatar a conduta semiológica de três casos clínicos de dor orofacial em pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço e descrever a abordagem terapêutica, discutindo a escada analgésica da OMS.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi realizado na clínica de extensão em estomatologia do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, no período de março a junho de 2015. Os sujeitos da pesquisa foram pacientes adultos diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço que apresentavam dor orofacial associada ao câncer ou ao tratamento do mesmo. Eles estavam em tratamento odontológico e aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Os pacientes que apresentaram dor na sua queixa principal foram submetidos ao exame clínico completo e a uma análise detalhada em relação aos aspectos da dor.

A anamnese foi revisada com o objetivo de identificar a história do câncer, história odontológica e características da dor, como: início, localização,

qualidade, frequência, duração, intensidade (através da EVA), fatores desencadeantes, fatores de melhora e piora, presença de fenômenos autonômicos e presença de hábitos parafuncionais. A história familiar e psicossocial, bem como todos aspectos subjetivos relevantes e associados à dor foram coletados.

O exame físico extrabucal consistiu na palpação das cadeias linfáticas cervical, avaliação musculoesquelética, utilizando-se o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)*¹⁰ e avaliação neurológica¹¹. O exame neurológico foi utilizado para complementar o diagnóstico de dor, pelo qual realizou-se uma avaliação a sensibilidade facial pelo nervo trigêmeo com um cotonete em ambos os lados da face. O exame intrabucal incluiu avaliação dos dentes, periodonto, mucosa oral, língua, soalho de boca, palato duro, palato mole, gengiva, área retromolar e glândulas salivares.

A pesquisa foi aprovada sob protocolo nº 904.529 pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Newton Paiva de Belo Horizonte.

RELATO DOS CASOS

Relato de caso 01:

História clínica

Paciente E.C.P, gênero masculino, 56 anos de idade, foi encaminhado para tratamento odontológico em abril de 2015, com queixa de dor orofacial, pós-radio e quimioterapia de um carcinoma de células escamosas na cavidade bucal.

Durante a anamnese, o paciente relatou que a dor havia iniciado há aproximadamente dez meses, após o diagnóstico do câncer e antes do tratamento oncológico que ocorreu em 18 de novembro de 2014 a 12 de janeiro de 2015. A dor era difusa na região infratemporal, paratideomassétera, bucal e trígono submandibular do lado esquerdo, coincidente com a região do carcinoma. A dor era viva, contínua, com exacerbação à noite, em ferroadas e intensa (EVA 8). O paciente também relatou uma dor latejante nos dentes inferiores do lado esquerdo que piorava com mastigação, água gelada, alimentos condimentados e fibrosos. Essa dor apresentava fatores de melhoras como: com analgésico (dipirona sódica 500 mg) e compressa de água fria no local. Na história médica pregressa, o paciente relatou acidente vascular encefálico em 2008, comprometendo sua audição esquerda.

Ao exame musculo esquelético, foram observados: dor na região de músculos do lado esquerdo da face, padrão de abertura reto, ausência de limitação abertura bucal, ausência de ruídos na abertura e fechamento, presença de linfonodo palpável submandibular lado esquerdo que estava infartado, enrijecido e sem mobilidade, dor acentuada durante

palpação extra-oral na região de masseter e temporal, dor moderada durante palpação extra-oral na região submandibular, dor moderada durante palpação articular na região de polo lateral e ligamento posterior. Na avaliação neurológica observou-se uma sensação diferente no lado esquerdo na região próxima ao ramo de ângulo da mandíbula. A avaliação sensorial mostrou: V1 maior sensibilidade lado esquerdo, V2 maior sensibilidade lado esquerdo, V3 sem alterações e maior sensibilidade e dor na região do fundo de vestibulo e rebordo do lado esquerdo quando tocado com sonda periodontal na região descrita. Esta dor era intensa e simulava a dor de dente que o mesmo se queixava. Durante o exame intrabucal foi observada uma lesão na região de fossa amigdalina esquerda, local do carcinoma de células escamosas, previamente diagnosticado. Tal lesão era caracterizada por um aumento submucoso no lado esquerdo nas regiões de mucosa jugal, soalho bucal, palato duro, palato mole, e área retromolar. Além disso, foram observados: lesões de abfração e atrição, bruxismo, recessões gengivais, lábios ressecados, saburra lingual e gengiva edemaciada. Foram realizados testes de vitalidade pulpar no hemi-arco inferior esquerdo devido às muitas recessões e desgastes com dor que não simulava a queixa do paciente. Diante do diagnóstico de dor mista (nociceptivomusculoesquelética neuropática), foi proposto um tratamento com Carbamazepina 200 mg de 12 em 12 horas e Nimesulida 100 mg de 12 em 12 horas durante sete dias. Após 21 dias o paciente foi reavaliado e verificou que houve melhora da dor mista (EVA 1), porém ainda relatava as ferroadas com intensidade leve.

Relato de caso 02:

História clínica

Paciente G.C.O, gênero masculino, 66 anos de idade, foi encaminhado para tratamento odontológico em outubro de 2014, com queixa de dor orofacial pós-radio, quimioterapia e hemimandibulectomia de um carcinoma de células escamosas na cavidade bucal.

Durante a anamnese, o paciente relatou que a dor havia iniciado após o tratamento oncológico que ocorreu em novembro de 2013. A dor era bem localizada na região infratemporal, paratideomassetérica, bucal e trígono submandibular do lado direito, coincidente com a região do carcinoma. A dor era intermitente, em fincadas e moderada (EVA 4). O paciente também relatou dor latejante nos dentes 16 e 17 e uma sensação de parestesia e zumbido no ouvido do lado direito. Essa dor apresentava fatores de melhora com o uso anti-inflamatório (Diclofenaco de sódio 50 mg) e fator de piora com a ingestão de alimentos ácidos. Além disso, o paciente fazia uso de Carbamazepina 200 mg a cada 12 horas e Codeína 30 mg + Paracetamol 500 mg a cada 4 horas. Durante

a anamnese o paciente relatou fazer o uso de bebida alcoólica e de cigarro sem fumaça e não ter uma boa qualidade de sono. Ao exame músculo-esquelético foram observados: dor na musculatura do lado direito, padrão de abertura padrão de abertura com desvio lateral direito não corrigido, laterognatismo, ausência de abertura bucal, ausência de ruídos na abertura e fechamento, ausência de linfonodos palpáveis, dor severa durante palpação extrabucal no masseter superior direito, porém a dor sentida durante o exame se diferenciava da condição dolorosa de sua queixa. A avaliação sensorial mostrou: V1 e V2 sem alterações e V3 apresentou maior sensibilidade do lado direito e maior sensibilidade e dor na região do fundo de saco do vestibulo e rebordo do lado direito e diminuição da sensibilidade do lado esquerdo, durante o teste sensorial realizado com auxílio de sonda periodontal. Durante o exame intrabucal foram observados lábios ressecados e ausências dentárias. Os dentes 16 e 17 já haviam sido extraídos e a queixa dolorosa permanecia após a medicação. Diante do diagnóstico de dor mista (nociceptiva musculoesquelética e neuropática), foi proposto um tratamento com Amitriptilina 25 mg 2 horas antes de dormir. Após 21 dias o paciente foi reavaliado e verificou-se que estava sem dor constante, porém ainda se queixava das fincadas (EVA 2). Foi então prescrito Gabapentina 300 mg de 12 em 12 horas um adjuvante para o controle da dor neuropática.

Relato de caso 03:

História clínica

Paciente J.V.C, gênero masculino, 59 anos de idade, foi encaminhado para tratamento odontológico em setembro de 2014, com queixa de dor orofacial pré-rádio e quimioterapia de um carcinoma de células escamosas na cavidade bucal.

Na anamnese, o paciente relatou que a dor havia iniciado há aproximadamente dois anos e foi piorando gradativamente, antes do diagnóstico do câncer e antes do tratamento oncológico, que ocorreu no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015. A dor era na região infratemporal paratideomassetérica e trígono submandibular do lado esquerdo, coincidente com a região do carcinoma. A dor era intensa (EVA 9), contínua, em fincada com períodos de exacerbação. Essa dor apresentava fator de melhora com analgésico (Codeína 7,5 mg + paracetamol 500 mg) e fator de piora com a mastigação, escovação e alimentos quentes e frios. Durante a anamnese, o paciente relatou ser fumante há mais de 30 anos e não ter uma boa qualidade de sono. No exame músculo-esquelético foram observados dor na musculatura do lado esquerdo, padrão de abertura bucal com desvio lateral corrigido (“S”), ausência de limitação de abertura bucal, ausência de ruídos na abertura e

fechamento, ausência de linfonodos palpáveis, dor leve durante palpação extrabucal no músculotemporal médio e anterior, masseter superior, região mandibular posterior e submandibular. Na avaliação neurológica observou-se uma sensação diferente no lado esquerdo na região frontal. A avaliação sensorial mostrou: V1 maior sensibilidade no lado esquerdo, V2 e V3 sem alterações. Durante o exame intrabucal foi observada uma lesão eritematosa na região de orofaringe, local do carcinoma de células escamosas, previamente diagnosticado e aumento submucoso na região de soalho bucal. Além disso, foi observado que o paciente apresentava lesões cáries e doença periodontal. Diante do diagnóstico de dor mista (nociceptiva, musculoesquelética e neuropática), foi proposto um tratamento com Tramadol 50 mg a cada 12 horas e Carbamazepina 200 mg a cada 12 horas. O paciente retornou a clínica em abril de 2015 com o relato de melhora da dor (EVA 0), porém apresentava queixa de ardência bucal cuja causa foi diagnosticada como candidose eritematosa atrófica. Para tal condição foi prescrita suspensão oral de Nistatina 100.000 UI/ml. Após uma semana de uso, o paciente apresentou melhora.

DISCUSSÃO

A dor é o sintoma mais frequente em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, podendo ocorrer em cerca de 63,65% dos casos, antes do diagnóstico e antes ou após o tratamento oncológico^{6,12}. A queixa de dor foi o sintoma inicial presente nos pacientes desse estudo e uma das principais causas que levou ao diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço.

O carcinoma de células escamosas (CCE) de boca é uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento, sendo um dos tipos de câncer mais frequentes da cavidade bucal^{13,14,15,16}. Esse foi o tipo histológico dos casos do presente estudo. A idade e gênero dos pacientes relatados nos casos clínicos também corroboram os já existentes na literatura, que mostram maior incidência de CCE de boca em homens entre a quinta e sexta décadas de vida^{13,14,15,16}.

O presente estudo utilizou dados semiológicos dos prontuários odontológicos e um anexo de dor orofacial padronizado e utilizado, na clínica escola, para o diagnóstico de casos de dor orofacial. Por esse anexo foi possível localizar e avaliar os aspectos da dor com a finalidade de estabelecer um diagnóstico preciso e uma terapia farmacológica adequada. Os três pacientes apresentaram diagnóstico neurofisiológico de dor mista, entrando em concordância com a literatura, que afirma que a dor mista é a mais frequente em pacientes oncológicos⁵. Observou-se uma hiperestesia em todos os casos relatados e a parestesia foi observada em um paciente que havia passado por uma hemimandibulectomia. O exame

neurológico também pôde evidenciar alodínia, hiperpatia, hipoestesia, de forma assimétrica em relação ao lado normal, sendo relatos comuns em casos de câncer de cabeça e pescoço¹⁷. Os pacientes relataram serem tristes e com humor deprimido, concordando com a literatura, que mostra frequentes morbidades associadas com câncer, inclusive a depressão^{18, 19, 20}.

Embora não se tenha preconizado o tratamento de acordo com a escada analgésica da OMS, observou-se uma melhora na dor em todos os casos, isto foi possível devido a um correto e eficiente diagnóstico da dor. Ressalta-se também que dos cinco princípios do controle da dor, quatro foram seguidos, deixando de seguir apenas o princípio da escada analgésica da OMS.

Em um dos casos, o uso associado do Tramadol e da Carbamazepina teve uma boa resposta ao tratamento, em contrapartida, em outro a Carbamazepina e a Codeína foram substituídas pela Amitriptilina, devido à sonolência que o paciente sentiu com o uso da Carbamazepina. Isso reitera o princípio do tratamento individualizado da dor preconizado pela OMS¹¹.

Pelo alívio da dor, nota-se que a qualidade de vida desses pacientes tem melhorado, uma vez que o sofrimento é diminuído. Contudo, para se ter efetividade no manejo da dor, o diagnóstico deve ser realizado com cautela, a fim de conduzir para a sua real origem e um tratamento mais adequado^{9,11}.

CONCLUSÃO

É necessário o diagnóstico preciso da dor orofacial de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, pelo conhecimento aprofundado e individualizado do paciente. Uma vez estabelecido o diagnóstico, é possível aplicar cuidados paliativos reduzindo a intensidade da dor, número de queixas e quantidade de medicação.

ABSTRACT

Aim: To report the semiological conduct taken in three clinical cases of orofacial pain in patients with head and neck cancer and to describe the therapeutic approach adopted, discussing the analgesic ladder as set forth by the World Health Organization (WHO). **Methods:** This study presents three clinical case reports of patients referred for dental treatment by a renowned cancer hospital. The data were collected through medical records and attachments concerning temporomandibular disorders (TMD). Pain intensity was evaluated through the visual analogic scale (VAS). **Results:** The most commonly reported complaint was orofacial pain in the three male patients with head and neck squamous cell carcinoma. After the diagnosis and treatment of orofacial pain, the pain intensity and drug intake were reduced. **Conclusion:** The precise

and individual diagnosis of orofacial pain allows for a more effective pain management, thus reducing the pain intensity, the number of complaints, and the amount of medicine.

Uniterms: Mouth neoplasms-Diagnosis. Facial pain. Pain perception. Case reports.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira JTT. As dores orofaciais na prática hospitalar - experiência brasileira. *Prát Hosp.* 2006;48(7):85-9.
2. Sampaio LR, Moura CV, Resende MA. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2005;51(4):339-46.
3. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º consenso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Dental Press J Orthod.* 2010;15(3):114-20.
4. Rangel O, Telles C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ.* 2012 abr-jun, Ano11:32-7.
5. Thomaz A. Dor oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico. *Revista Onco.* 2010; ago-set:24-9.
6. Siqueira JTT, Jales S, Vilarim RCB. Dor orofacial e cuidados paliativos orais em pacientes com câncer. *Revista Onco.* 2013; mai-jun:25-8.
7. Amar A, Rapoport A, Franzi AS, Bisordi C, Lehn CN. Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002; 68(3):400-3.
8. Morete MC, Minson FP. Instrumentos para avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Rev Dor.* 2010; 11(1):74-80.
9. Siqueira JTT. Dor orofacial: o papel da Odontologia. Experiência em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial.* 2001; abr-jun;1(2):158-64.
10. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord.* 1992; 6(4):301-55.
11. Siqueira JTT, Jales S, Vilarim RCB, Siqueira SRDT, Teixeira MJ. Dor orofacial e cuidados paliativos orais em doentes com câncer. *Prát Hosp.* 2009; mar-abr; 62 (11):127-33.
12. Campos JLG, Chaga JFS, Magna LA. Fatores de atraso no diagnóstico do câncer de cabeça e pescoço e sua relação com sobrevida e qualidade de vida. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2007; 36(2):65-68.
13. Carvalho AL, Pintos J, Schlecht NF, Oliveira BV, Fava AS, Curado MP, Kowalski LP, et al. Predictive factors for diagnosis of advanced-stage squamous cell carcinoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002; 128(3):313-18
14. Gervásio OL, Dutra RA, Tartaglia SM, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MC. Oral squamous cell carcinoma: A retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz Dent J.* 2001; 12(1):57-61.
15. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Rev Bras Cancerol.* 2007; 53(1): 63-9.
16. Monti LM, França DCC, Castro AI, Soubhia AMP, Aguiar SMHCAS. Carcinoma escamoso oral: análise retrospectiva de 185 casos. *Rev Odontol Araçatuba.* 2010; 31(1):34-7.
17. Carvalho AMC, Koifman RJ, Koifman S. Caracterização da demanda de atenção para neoplasias de cabeça e pescoço no Hospital do Câncer de Rio Branco, AC. 2008-2009. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2010; 39(4):255-60.
18. Bottino SMB, Fráguas R, Gattaz WF. Depressão e câncer. *Rev Psiquiatr Clín.* 2009; 36(3):109-15.
19. Osvaldo JMN. Avaliação neurológica. *Revista 8º SIMBIDOR.* 2007; 15:32-3.