




USO DE TERAPIA MEDICAMENTOSA COMO COADJUVANTE NA ESTABILIZAÇÃO DA DOR EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Use of drug therapy as an adjunct in the stabilization of the pain in patients with temporomandibular disorders

Access this article online	
Quick Response Code:	Website: https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/56262
	DOI: 10.22409/ijosd.v2i61.56262

Autor:

Isabela Souza Nascimento da Silva

Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profª Dr.ª Daisilene Baena Castillo

Professora Adjunta na UFMS, na Faculdade de Odontologia. Coordenadora do Projeto de Extensão: SERDOF-DTM - Serviço de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular

Instituição na qual o trabalho foi realizado: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)

Endereço para correspondência:

Isabela Souza Nascimento da Silva

Rua Alfa, 1047- Vila Base Aérea- Campo Grande- MS; CEP 79090-300

Telefone:(21)98256-2889;

E-mail: isabela_souza@ufms.br

RESUMO

A dor é a queixa principal dos pacientes com disfunção temporomandibular – DTM- e seu controle deve ter prioridade absoluta no tratamento das DTM. A intervenção farmacológica tem sido utilizada por muitos anos. A escolha de um medicamento para o alívio da dor está diretamente relacionada ao estágio e a intensidade relatada pelo paciente, determinando que classes de drogas são



eficazes, o período de utilização e efeitos colaterais. As principais classes medicamentosas utilizadas incluem: analgésicos, relaxantes musculares, anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, corticosteroides. O objetivo desta revisão é de abordar os principais agentes farmacológicos utilizados como coadjuvantes no tratamento de pacientes com sintomatologia dolorosa decorrente da DTM, além de analisar o raciocínio farmacológico envolvido na prescrição de cada classe de fármaco em cada tipo dor. Artigos entre 1955 e 2021, foram selecionados através das principais bases de dados como BV Salud, Scielo e Pubmed. Foram incluídos na lista de elegibilidade, artigos relacionados ao tema terapia medicamentosa no controle de dor em pacientes com DTM, dando ênfase às classes medicamentosas anteriormente mencionadas. Artigos que não possuíam texto completo ou o resumo não se referia diretamente ao tema foram excluídos. Em síntese, essa análise serve como forma de agregar conhecimento do ponto de vista teórico e auxiliar o prescritor na escolha do melhor fármaco para cada paciente, levando em consideração o tipo, duração e intensidade de cada caso, para que posteriormente, haja uma tratativa definitiva do caso.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular, Conduta do Tratamento Medicamentoso, Dor Facial.

ABSTRACT

Pain is the main complaint in patients with temporomandibular disorders - TMD - and its control should have absolute priority in the treatment of TMD. Pharmacological intervention has been used for many years. The choice of medication that will be used for pain relief is directly related to the stage and intensity reported by the patient, and these will determine which classes of drugs are effective, the period of use and the adverse effects. The usual drug classes used includes: analgesics, muscle relaxants, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), antidepressants, anxiolytics, anticonvulsants, corticosteroids. The objective of this review is to approach the most common pharmacological agents used as adjuncts in the treatment of patients with painful symptoms resulting from TMD, and further to analyze the pharmacological logic. Articles between 1955 and 2021 were selected through the BV Salud, Scielo and Pubmed databases. Articles related to the topic "drug therapy in pain control in patients with TMD" will be included in the eligibility list, emphasizing the previously mentioned drug classes. Articles that didn't have full text or the abstract didn't directly refered to the topic were excluded. In this way, this literature review serves as a way of adding knowledge from a theoretic point of view and help the prescriber on choosing the best drug for each patient,



taking into account the type, duration and intensity of each case, so that later, there is a definitive treatment of the case.

Keywords: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome , Medication Therapy Management, Facial Pain

INTRODUÇÃO

A Disfunção temporomandibular - DTM é uma nomenclatura atribuída à um subgrupo de dores orofaciais. Ela possui uma terminologia que não aponta só para um problema na articulação temporomandibular, mas também nos músculos da mastigação que fazem os movimentos da boca, como temporal, masseter, pterigoideo medial, pterigoideo lateral, músculos acessórios e supra hioideos - e estruturas adjacentes como ligamentos (AAOP, 2008).

Embora a etiologia da dor advinda da disfunção temporomandibular possa ser multifatorial, tem-se que na maioria dos casos, um tratamento inicial com metodologia conservadora e não cirúrgica pode proporcionar redução significativa da dor e desconforto do paciente (SASSI et al., 2018). Tal metodologia compreende a utilização isolada ou em conjunto de outras especialidades como a fisioterapia, terapias oclusais, terapia psicológica e farmacoterapia (DA SILVA, 2011).

O controle da dor deve ter prioridade absoluta no tratamento das DTMs, evitando com isso que o processo agudo seja cronificado, dificultando a posterior conduta estabilizadora, assim a terapia medicamentosa é recomendada para aliviar o desconforto, controlar o processo inflamatório e possibilitar a realização de procedimentos odontológicos em casos de necessidade (OKESON, 2008)

As principais classes medicamentosas utilizadas incluem: analgésicos, relaxantes musculares, anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, corticosteroides (RIZZATTI-BARBOSA, 2015; VILLELA, 2018) e, a escolha de um medicamento para o alívio da dor está diretamente relacionada ao estágio e a intensidade relatada pelo paciente (VILLELA, 2018). Desta forma, este trabalho objetiva discorrer sobre o raciocínio lógico envolvido na prescrição de um fármaco para o controle da sintomatologia dolorosa em pacientes com disfunção temporomandibular.



- **ANALGÉSICOS NÃO-OPIÓIDES:** são prescritos na tentativa de estabilização de dores de leves à moderadas. Eles agem no sítio da dor, não causam dependência e não alteram a percepção individual. Seu mecanismo de ação ainda não está claramente elucidado, entretanto pairam hipóteses sobre seu efeito analgésico advir da seletividade sobre a COX-3, outra isoforma da enzima cicloxigenase (COX), produtora de autacoides, responsáveis pelo estado de hiperalgisia – o efeito inibitório da COX-3 leva a redução da síntese de prostaglandinas E2, diminuindo a sensibilidade dos nociceptores dolorosos, assim sua excitabilidade também diminui e o efeito analgésico é alcançado (JASIECKA et al., 2014).
- **MIORRELAXANTES:** são fármacos usados para relaxar os espasmos que acompanham as síndromes musculares crônicas dolorosas (KOROLKOVAS, 2015). Os relaxantes musculares de ação central são fármacos usados como coadjuvantes do repouso, da fisioterapia e de outras medidas para o alívio do desconforto associado a condições musculoesqueléticas dolorosas (BARBOSA et al., 2014). O mecanismo de ação dos mesmos não depende de uma ação periférica, mas sim do efeito no SNC (DA SILVA, 2011). A utilização desses fármacos induz a um relaxamento dos músculos devido à supressão de uma porção dos impulsos nervosos para os músculos estriados, assim, são fármacos que deprimem seletivamente a parte do sistema nervoso central que controla o tônus muscular. (ARAÚJO et al., 2020).
- **ANSIOLÍTICOS:** são especialmente úteis no tratamento de distúrbios temporomandibulares, podendo ser receitados como coadjuvantes nos tratamentos de fenômenos miofasciais dolorosos e crônicos, além de possuir ação sedativa, visto que, a DTM pode ter uma íntima relação com aspectos psíquicos (VILLELA, 2018). Seu mecanismo de ação se dá pela potencialização dos efeitos inibitórios de um neurotransmissor (GABA), produzido pelo próprio organismo (ANDRADE, 2014).
- **AINES:** Os antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) são os medicamentos mais receitados pelos cirurgiões dentistas devido ao seu poder analgésico e anti-inflamatório (ARAÚJO et al., 2020). Seu mecanismo de ação se dá pela inativação das cicloxigenases constitutivas - COX 1, presente em vários tecidos, responsável pelos efeitos fisiológicos das prostaglandinas em sítios gástricos e renais e COX 2, que surge nos locais de inflamação - e o efeito analgésico é obtido devido à redução da síntese de mediadores inflamatórios do tipo prostaglandinas e tromboxanos a partir do ácido araquidônico (KOROLKOVAS, 2015).



- **CORTICOSTEROIDES:** são indicados no tratamento de dores agudas e crônicas, podendo ser utilizado como coadjuvante no tratamento de disfunções temporomandibulares por ter propriedades antiinflamatórias (DA SILVA, 2011), desta forma, após uma lesão tecidual ocorrer, os corticosteroides induzem a síntese de lipocortinas, proteínas responsáveis pela inibição da fosfolipase A2, assim ocorre a inibição da mesma, que reduz a produção de ácido araquidônico. Já este sintetiza prostaglandinas (PGs), que causam a sensação de dor, além de atuar nesta enzima, eles também agem inibindo indiretamente a ação enzimática da COX-2 e da 5-lipoxigenase, logo, há a diminuição da síntese de substâncias pró-inflamatórias (ANDRADE, 2014).
- **ANTICONVULSIVANTES:** podem ser utilizados isoladamente ou associados a outros fármacos para tratar dores agudas e crônicas - neuropatia diabética, neuralgia pós-herpética, neuralgia trigeminal, síndrome de fibromialgia e dor neuropática (BOULOUX, 2011). Seu mecanismo de ação não está perfeitamente determinado. Entretanto, é muito provável que a ação de muitos deles - como clonazepam, diazepam, fenobarbital e ácido valproico- seja proveniente da potencialização da ação inibitória do neurotransmissor ácido gama-aminobutírico (GABA) (MELO, 2011; KOROLKOVAS, 2015).
- **ANTIDEPRESSIVOS:** os antidepressivos tricíclicos (TCAs) têm sido utilizados em protocolos farmacológicos para controle da dor crônica - moderadas à severas- associada à DTM. A observação que esses são úteis mesmo quando não há presença de depressão, sugere que estas drogas têm atividade analgésica em dores crônicas, incluindo dores miofasciais crônicas (BENDTSEN and JENSEN, 2000) independente dos efeitos antidepressivos propriamente ditos (MELO, 2011). Todavia, o mecanismo de ação analgésico exato dos antidepressivos tricíclicos é desconhecido. Autores demonstram que o efeito analgésico da amitriptilina, um TCA, utilizado na dor miofascial crônica, pode surgir de uma possível ação combinada em locais periféricos e centrais. (BENDTSEN and JENSEN, 2000).
- **OPIÓIDES:** são resultantes da simplificação molecular da morfina. Esses possuem efeito analgésico e age modulando a liberação da dopamina, um neurotransmissor da sensação de prazer, agindo potencialmente na diminuição da dor (ALMEIDA and FÉLIX, 2016; FERREIRA et al., 2019).

DISCUSSÃO

A terapia medicamentosa é uma das vias mais utilizadas para o controle da dor, é imprescindível ter conhecimentos dos fármacos com os seus respectivos mecanismos de ação, para a eficácia do tratamento. A dipirona age de forma em que há a prevenção da sensibilização dos nociceptores ou minimização da sensibilização de nociceptores já sensibilizados, assim, ela tem uma boa eficácia de analgesia em dor já instalada. Já o paracetamol atua promovendo um efeito analgésico (não agindo em nociceptores já sensibilizado) e pequeno poder antiinflamatório. Ambos são empregados para tratamento da dor, tanto aguda quanto crônica (PEDICO et al., 2012).

Os opióides são normalmente indicados em dor de intensidade moderada a intensa e que não respondam aos analgésicos não-opioides ou quando os antiinflamatórios estão contraindicados (VILLELA, 2018). Eles possuem a vantagem de um início mais rápido, e a capacidade de controlar melhor a dor crônica. Entretanto, seu uso crônico é controverso e geralmente não recomendado visto o seu risco de tolerância e de dependência física, sendo sua prescrição reservada à pacientes que não obtiveram alívio da dor com outros medicamentos (BOULOUX, 2011; ALMEIDA, and FÉLIX, 2016; DA SILVA, 2011).

Os AINES têm em comum a capacidade de controlar a inflamação e ainda ter poder de analgesia. BERGAMASCHI et al. (2006) afirma que o desempenho do antiinflamatório não esteroidal é efetivo em qualquer nível de dor odontogênica (desde leve à severa). Nesse contexto de analgesia, o tratamento à base de antiinflamatórios não esteroidais deve ser estabelecida por um período máximo de 48 a 72h (ANDRADE, 2014) visto que sua ingestão de forma crônica pode criar tolerância e contribuir com o aparecimento de efeitos adversos cardiovasculares e problemas gastrointestinais (ARAÚJO et al., 2020).

O uso de glicocorticoides por via oral é feito fundamentalmente para diminuir quadros de edema ou para pacientes que não têm indicação de uso de antiinflamatórios não esteroidais (AINES), como nefropatas e alérgicos (FERREIRA et al., 2019). Seu uso também se estende para pacientes com inflamação aguda articular e muscular generalizada associada às poliartrites. Entretanto, os corticosteroides não devem ser comumente prescritos para uso sistêmico no tratamento de DTM devido a seus efeitos colaterais (DA SILVA, 2011; OKESON, 2008).

A amitriptilina ou seu metabólito, nortriptilina – dois medicamentos da classe dos antidepressivos - são as opções farmacológicas mais bem aceitas pela literatura biomédica, em casos em que outros tratamentos para a DTM tenham



falhado ou se o paciente, além de ter uma sintomatologia dolorosa, também está imerso em um quadro depressivo (CLARK, 2013). Okeson (2008) afirma que os antidepressivos tricíclicos podem reduzir o bruxismo noturno, ser eficaz no tratamento da cefaleia tensional e no da dor musculoesquelética visto que antidepressivos tricíclicos também podem ser utilizados para a obtenção de um efeito miorrelaxante, onde uma dose menor é administrada (FERREIRA et al, 2019).

Já os agentes ansiolíticos podem ser úteis no controle dos sintomas agudos, porém seu uso prolongado pode causar efeitos sedativos, dependência física, psíquica, além de tolerância assim, estes devem ser prescritos apenas por períodos limitados de tempo (OKESON, 2008).

Atualmente, a classe dos anticonvulsivantes também vem sendo utilizada na tentativa de alívio da dor advinda da disfunção temporomandibular. Estas apresentam um papel preponderante no alívio da dor, podendo ser utilizadas no tratamento de dor muscular proveniente da disfunção temporomandibular de cunho musculoesquelético, porém devem ser administradas com cautela em pacientes com função renal comprometida (MELO, 2011).

A utilização de agentes farmacológicos como os relaxantes musculares objetiva diminuir a dor e a inflamação na ATM e nos músculos. Eles são utilizados comumente como medicações iniciais nos quadros de dor com menos de um ano e que apresente contratura e fadiga muscular (MELO, 2011). Okeson (2008) relata que a grande maioria dos relaxantes musculares apresenta um efeito central que seda o paciente, sendo essa talvez principal explicação para a resposta positiva de alguns pacientes, visto que para que se obtenha efeitos terapêuticos nos músculos da mastigação, a dose de um miorrelaxante deve ser elevada a um nível que não permita que o paciente continue suas atividades normais. Apesar disso, para Rodrigues et al. (2018) o uso crônico de miorrelaxantes é indevido, visto que o agente causal não é eliminado. Assim, apesar de possíveis benefícios relacionados à diminuição da contratura muscular facial, os miorrelaxantes não constituem o padrão ouro para o tratamento das dores faciais crônicas, sendo essas preferencialmente manejadas com analgésicos não opióides e agentes antiinflamatórios não esteroidais (AINES) e, em dores não responsivas às primeiras medidas ou em dores severas, usam-se associações entre analgésicos opióides e não-opióides (DA SILVA, 2011).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, essa análise serve como forma de agregar conhecimento do ponto de vista teórico e auxiliar o prescritor na escolha do melhor fármaco para cada paciente, levando em consideração o tipo, duração e intensidade de cada caso, para que posteriormente, haja uma tratativa definitiva do caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy Of Oral Pain. The American Academy of Orofacial Pain [Internet]. 2008 [cited 2021 Jun 23]. Disponível em: <http://www.aaop.org/>
2. Sassi FC, Pagliotto Da Silva A, Kelly R, Santos S, Furquim De Andrade CR. Oral motor rehabilitation for temporomandibular joint disorders: a systematic review. *Audiol - Commun Res* [Internet]. 2018;23(0):1871–2. Available from: <http://www.scielo.br/j/acr/a/HRPRxY75HPWL6fswX333kKk/abstract/?lang=em>
3. Da Silva HF. Farmacoterapia como coadjuvante no tratamento da disfunção temporomandibular. Universidade Estadual da Paraíba; 2011
4. Maísa Soares G, Rizzatti-Barbosa CM. Chronicity factors of temporomandibular disorders: a critical review of the literature. *Braz Oral Res*. 2015;29(1):1–6.
5. Villela C. Disfunções temporomandibulares: atualização farmacológica. *Rev Flum Odontol* [Internet]. 2018 Jul 5; Available from: <https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/30515>
6. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 2008. p.
7. Jasiocka A, Maślanka T, Jaroszewski JJ. Pharmacological characteristics of metamizole. *Pol J Vet Sci*. 2014;17(1):207–14.
8. Korolkovas A. Dicionário Terapêutico Guanabara- DTG. Ed Guanabara Koogan LTDA. 2015;961.
9. Barbosa B, Nardi A, Caroline B, Ferri C, Rivadeneira C de L, Tomazi K. Relaxantes musculares de ação central. 2014;2014



10. Araújo OSM de, Cruz JH de A, Oliveira Filho AA de, Alves MASG. Tratamento farmacológico e não farmacológico da disfunção temporomandibular: uma revisão da literatura. Arch Heal Investig. 2020;10(2):192–9.
11. ANDRADE ED. Terapeutica medicamentosa em odontologia. 2014.
12. Melo GM De. Terapia farmacológica em disfunções temporomandibulares: uma breve revisão. Rev Dentísticaonline. 2011;21:35–40.
13. Bendtsen L, Jensen R. Amitriptyline reduces myofascial tenderness in patients with chronic tension-type headache. Cephalalgia. 2000;20(6):603–10.
14. Bouloux GF. Use of opioids in long-term management of temporomandibular joint dysfunction. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. Elsevier Inc.; 2011;69(7):1885–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2010.12.014>
15. Almeida, AMF J, Félix S. Dor orofacial e disfunções temporomandibulares. Sociedade. 2016.
16. Ferreira JNB, Cecchetti MM, Prada SG, Ashoury YN de F. Manual de dor orofacial e disfunção temporomandibular para cirurgiões-dentistas do município de São Paulo. 2019. p. 122.
17. Pedico DM, Victorelli G, Bergamasch C de C, Ramacciato JC, Motta RHL. Considerações sobre a dipirona sódica e o paracetamol para a clínica odontológica Revista Naval de Odontologia. Rev Nav Odontol. 2012;6.
18. Bergamaschi C de C, Montan MF, Cogo K, Franco GCN, Groppo FC, Volpato MC, et al. Interações medicamentosas: analgésicos , antiinflamatórios e antibióticos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-facial. 2006;5458(Parte II):9–18.
19. Clark GT. Top 60 Most Important Medications Used in an Orofacial Pain Treatment Center. Orofac Pain A Guid to Medicat Manag. 2013;29–46.
20. Rodrigues IRA, Cabral LC, Lima LB, Simamoto Júnior PC, Fernandes Neto AJ, Ribeiro da Silva M. Avaliação dos diferentes protocolos de



tratamento da Disfunção Temporomandibular miogênica: Revisão de Literatura. Rev Faculdade Odontol Lins. 2018;28(2):39