



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Sem comunidade

Scielo

2012

Mapas de dor corporal aprimoram os relatos das queixas dolorosas em pacientes com dor orofacial

Rev. dor, v.13, n.1, p.9-13, 2012

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/40254>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

Mapas de dor corporal aprimoram os relatos das queixas dolorosas em pacientes com dor orofacial*

Body pain maps improve the report of painful complaints in patients with orofacial pain

Ana Lúcia Franco¹, Gabriel Henrique Farto Runho², José Tadeu Tesseroli de Siqueira³, Cinara Maria Camparis⁴

*Recebido do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Araraquara, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Identificar as queixas dolorosas dos pacientes é essencial para determinar diagnósticos e intervenções terapêuticas adequadas em dor orofacial (DOF). Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a frequência das queixas de dor relatadas comparando-as àquelas marcadas pelos pacientes em mapas de dor.

MÉTODO: Os dados foram coletados dos prontuários de 532 pacientes da Clínica de Dor Orofacial da Faculdade de Odontologia de Araraquara. Os indivíduos responderam a um questionário informando suas queixas de dor e completaram um mapa corporal indicando as áreas dolorosas. A frequência dos relatos foi comparada à frequência dos locais identificados nos mapas. Foram consideradas nove regiões anatômicas: cabeça, face, pescoço, ombros, braços, tórax, abdômen, costas e pernas. Também foram calculados sensibilidade, especificidade e valores *kappa* comparando os relatos de dor aos mapas, os últimos considerados padrão-ouro.

RESULTADOS: A média etária da amostra foi de 33,5

± 13,8 anos, 33,9 ± 13,9 anos para as mulheres e 31,7 ± 13,1 anos para os homens. Foi observada maior prevalência de dor entre as mulheres. Em ambos os gêneros, as regiões com mais queixas de dor estavam localizadas na parte superior do corpo e uma diferença significativa entre os relatos de dor e os desenhos de dor foi observada para as regiões abaixo do pescoço. Os mapas de dor corporal demonstraram superioridade sobre os relatos de dor na identificação das queixas dolorosas durante a anamnese.

CONCLUSÃO: O relato da queixa principal não foi um método eficiente para conhecer todas as queixas dolorosas, pois os mapas corporais evidenciaram a presença de dores adicionais em pacientes com DOF.

Descritores: Articulação temporomandibular, Autorrelato, Desenhos, Dor, Dor orofacial.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Assessing patients' pain complaints is essential for determining adequate diagnosis and therapeutic interventions in orofacial pain (OFP). Thus, the aim of this study was to verify the frequency of reported pain complaints compared to those marked on patients' body pain maps.

METHOD: Data was collected from the Orofacial Pain Clinic archives (532 patients) of Araraquara Dental School. All individuals answered a standardized clinical questionnaire to report their chief complaints and completed a body map indicating their pain areas. The frequency of reported pain complaints was compared to the frequency of painful sites identified on body maps. Nine anatomic regions were considered: head, face, neck, shoulders, arms, chest, abdomen, back, and legs. In addition, sensitivity, specificity and kappa values were calculated comparing the pain re-

1. Doutoranda em Reabilitação Oral. Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Araraquara, SP, Brasil.

2. Odontologista Geral. Araraquara, SP, Brasil.

3. Professor da Clínica de Dor Orofacial, Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil.

4. Professora do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese. Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Araraquara, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dra. Ana Lúcia Franco

Rua Humaita, 1680 – Centro

14801-903, Araraquara-SP.

Fone: 55 16 3301-6412. Fax: 55 16 3301-6406.

E-mail: analu.franco@hotmail.com

ports to body pain drawings, the latter being considered as gold standard.

RESULTS: The mean age of total sample was 33.5 ± 13.8 years, 33.9 ± 13.9 years for women and 31.7 ± 13.1 years for men. Higher prevalence of pain was observed among female patients. Overall, the regions of greater pain reports were located in the upper body areas, both for women and men. A significant difference between the pain reports and the pain drawings was observed for the body regions below the neck, in both genders. The body pain maps demonstrated superiority against pain reports in assessing patients' painful complaints during the anamnesis.

CONCLUSION: Pain reports were not an efficient method for diagnosing all patient's painful complaints, because body pain maps evidenced additional pain complaints in OFP patients.

Keywords: Drawings, Facial pain, Pain, Self-report, Temporomandibular joint.

INTRODUÇÃO

A dor orofacial (DOF) é um problema comum e apresenta alta incidência na população. A etiologia da DOF crônica ainda não está clara e o tratamento de pacientes com DOF crônica, por exemplo, por disfunção temporomandibular (DTM), é influenciado pela sua avaliação clínica¹. Assim, é essencial identificar as queixas principais do paciente para se determinarem diagnósticos e intervenções terapêuticas adequadas. Enquanto os protocolos de triagem de pacientes com DOF incluem perguntas sobre a presença de dor em áreas faciais adjacentes como cabeça, pescoço, orelhas, ombros, as outras áreas corporais são raramente consideradas pelos odontologistas.

Estudos relataram uma associação entre DOF e algumas condições de dor generalizada²⁻⁷. Um exemplo desses relacionamentos é a fibromialgia que, quando desconhecida, pode dificultar o tratamento bem sucedido da DOF⁸. Uma informação importante a ser identificada em pacientes com dores crônicas é sobre a distribuição da dor e a forma com que a mesma é sentida⁹. Esquemas do corpo humano, nos quais o paciente desenha a localização e distribuição específica das suas áreas de dor, tem sido bastante úteis no diagnóstico e tratamento de diversas condições dolorosas crônicas^{2,9,10}. Sugere-se que, com o uso dos mapas de dor, há maior possibilidade dos pacientes indicarem áreas adicionais de dor – fora da face – que poderiam não ter sido relatadas na queixa principal.

Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a frequência das queixas de dor relatadas comparando-as àquelas marcadas

pelos pacientes nos seus respectivos mapas de dor corporal. Também se investigaram se os mapas de dor constituem uma ferramenta importante para o aprimoramento da avaliação das áreas de dor nos pacientes com DOF.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (CAAE 0019.199.000-5), realizou-se este estudo em que os dados foram coletados dos prontuários de pacientes tratados na Clínica de Dor Orofacial da Escola de Odontologia de Araraquara de 2000 a 2004.

Estudantes pós-graduandos treinados aplicaram questionários padronizados que consistiram em uma entrevista e uma avaliação sistemática de estruturas cervicais, cranianas, dentárias e outras estruturas orais, de acordo com um protocolo clínico para detalhar: (a) a queixa principal; (b) as características gerais da dor quando ela era a queixa principal (localização, intensidade, qualidade, duração, momento em que a dor piorava); (c) presença de cefaleia e outras queixas de dor corporal; e (d) histórico médico do paciente.

Após a entrevista, foi solicitado aos pacientes que marcassem todos os seus locais dolorosos em um mapa do corpo humano. Podiam ser distinguidos nove locais de dor: cabeça, face, pescoço, ombros, braços, tórax, abdômen, costas e pernas. Esse critério de avaliação e diagnóstico tem sido bastante usado para classificar pacientes com dor^{2,9,10}.

Os dados foram coletados de duas partes dos prontuários clínicos. As áreas da queixa principal foram coletadas com base no relato dos pacientes e as áreas de dor corporal foram marcadas pelos pacientes nos mapas corporais. Análises descritivas foram usadas para comparar a frequência das queixas dolorosas relatadas com os locais de dor identificados nos mapas corporais, ao todo e por gênero, em todas as regiões anatômicas. Além disso, foram realizados testes de sensibilidade, especificidade e índice *kappa* para comparar a efetividade dos relatos contra os desenhos de dor, os últimos considerados padrão-ouro.

RESULTADOS

Ao todo, 532 pacientes foram avaliados, com maior prevalência de mulheres na amostra (84%). A idade média total da amostra foi $33,5 \pm 13,8$ anos, sendo $33,9 \pm 13,9$ anos para mulheres e $31,7 \pm 13,1$ anos para homens. O diagnóstico mais comumente observado foi de DTM (90,8%), seguido de cefaleia (2,6%) e bruxismo sem dor (2,6%), dor dentária (2,1%), dor neuropática (0,4%) e

dor no pescoço (0,4%). O diagnóstico não foi esclarecido em seis pacientes (0,9%). Conforme indicado no gráfico 1, foi observada maior prevalência de queixas

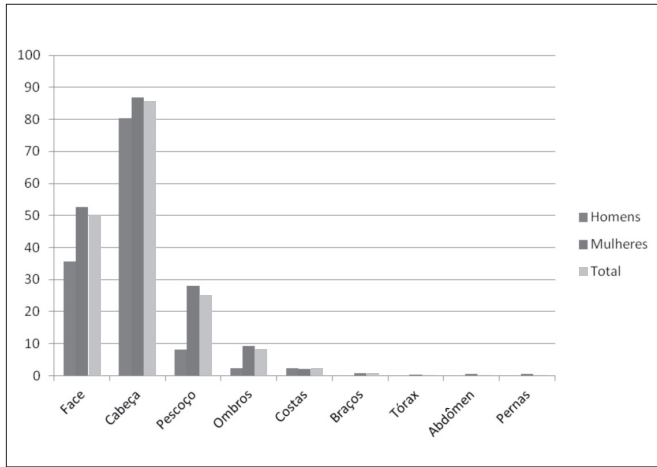


Gráfico 1 – Frequência dos relatos de dor em cada região corporal identificável, ao todo e por gênero.

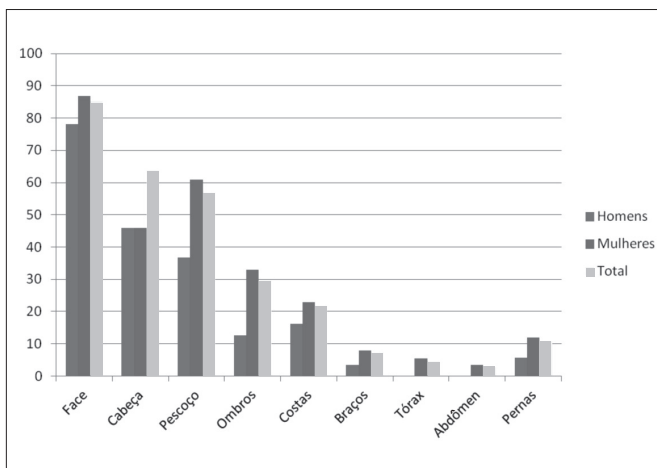


Gráfico 2 – Frequências das áreas de dor em marcadas cada região corporal identificável, ao todo e por gênero.

de dor entre as mulheres. No geral, as regiões com mais relatos de dor foram: cabeça (85,71%), face (49,81%), pescoço (24,81%) e ombros (8,08%). Os outros relatos de dor corporal variaram de 0% a 2%.

O gráfico 2 mostra os mapas de dor corporal dos pacientes. Como observado nos relatos de dor, as regiões mais marcadas nos desenhos foram face (85,34%), cabeça (63,72%), pescoço (56,95%) e ombros (29,70%). As outras áreas variaram de 2% a 21%, principalmente costas (21,80%), pernas (10,90%) e braços (7,14%).

Os valores de sensibilidade e especificidade dos relatos de dor comparados aos mapas de dor, assim como seus respectivos índices *kappa*, estão descritos na tabela 1. A maioria das áreas relatadas não se relacionou ou se relacionou fracamente com as áreas marcadas nos mapas (valores *kappa* variaram de -0,32 a 0,3). Como pode ser observado, o relato das queixas de dor não atingiu valores satisfatórios para um efetivo diagnóstico das queixas dolorosas dos pacientes.

DISCUSSÃO

Vários aspectos podem interagir no corpo humano para determinar o aparecimento e a progressão de doenças e também o aparecimento de dores persistentes. Parâmetros ambientais, como etnia, cultura, estresse e gênero também são variáveis essenciais^{3,11}. Em relação ao gênero, neste estudo, houve prevalência mais alta de mulheres buscando tratamento para DOF. Além disso, uma prevalência mais alta de dor também foi observada nas mulheres, sugerindo que as mesmas apresentam maior probabilidade de desenvolver condições dolorosas¹². Evidências recentes sugerem que os hormônios masculinos e femininos podem contribuir para as marcantes diferenças relativas ao gênero na ocorrência de dor musculoesquelética¹³. As

Tabela 1 – Valores de sensibilidade, especificidade e índice *kappa* para relatos de dor comparados aos mapas de dor corporal (padrão-ouro), considerando os pacientes que responderam a ambos.

Região	Sensibilidade	Especificidade	Índice <i>Kappa</i>
Face (n = 495)	52,1	43,2	-0,016
Cabeça (n = 497)	87,3	10,1	-0,032
Pescoço (n = 496)	39,4	95,4	0,300
Ombros (n = 495)	19,1	96,8	0,198
Costas (n = 497)	8,7	99,7	0,123
Braços (n = 497)	7,9	100,00	0,137
Tórax (n = 496)	4,4	100,00	0,080
Abdômen (n = 497)	6,7	99,8	0,111
Pernas (n = 494)	3,5	100,00	0,059

diferenças entre os gêneros também podem ser expressas no processamento da dor nas vias nociceptivas, assim como em fatores ambientais e culturais¹¹.

Os resultados deste estudo confirmam achados anteriores de que as regiões com mais relatos de dor estão localizadas na parte superior do corpo, tanto para homens quanto para mulheres. Porém, 69% a 76% dos pacientes com DTM também apresentam dor fora da cabeça e das regiões faciais^{2,14}. A literatura também descreve uma correlação entre DOF e dor em outras partes do corpo. A dor referida é considerada um fator de risco para o desencadeamento de DTM entre as mulheres e também pode influenciar a manutenção de DTM em ambos os gêneros¹⁴.

Além disso, também foram identificados alguns preditores de DOF, sendo um deles a presença de dor generalizada¹⁵. Por exemplo, foi observada maior prevalência de sintomas na coluna cervical em pacientes com DTM¹⁶. A sensibilização central, as convergências neurais, a neuroplasticidade e a disfunção do sistema descendente inibitório da dor são alguns fenômenos que podem contribuir para a manutenção e a propagação da dor nesses pacientes¹⁷. Assim como outras condições de dor crônica, a DTM pode causar estados de depressão comórbida e ansiedade, piorando as manifestações dolorosas dos pacientes^{1,10,14}. Achados recentes observaram que o sofrimento psicológico é comum em pacientes com dor orofacial, principalmente naqueles com dor generalizada¹⁸.

Foi observada diferença significativa entre os relatos de dor e os desenhos de dor nas regiões abaixo do pescoço, tanto para homens quanto para mulheres, o que pode ser devido ao fato que as pessoas acreditam que sinais e sintomas fora da boca não devem ser informados aos odontologistas¹⁰. A única exceção foi para a cabeça, cujas queixas relatadas foram superiores aos desenhos nos mapas. Isso pode ser devido à má interpretação do local da dor, porque tanto a dor facial quanto a cefaleia estão no contexto da DOF. Enquanto as cefaleias são definidas como dor acima da linha orbitomeatal, a dor facial ocorre anteriormente à linha e abaixo da linha orbitomeatal, acima do pescoço¹⁹.

Os pacientes que consultam os profissionais de cuidados primários costumam ser tratados pelas síndromes que apresentam, sendo frequentemente ignoradas as queixas coexistentes²⁰. A atenção do odontologista é em geral voltada para a região orofacial. Os pacientes, por sua vez, também costumam limitar suas descrições de dor à área facial, porque não esperam receber tratamento de sintomas fora da boca ou da face. Destacam-se algumas falhas nessa abordagem profissional, como a presença concomitante de condições de dor genera-

lizada que podem estar envolvidas na manutenção da dor do paciente e, se desconhecidas, podem dificultar o tratamento da DOF¹⁰.

Corroborando a literatura, os resultados do estudo sugerem que um exame minucioso pode revelar regiões coexistentes de dor. Os autorrelatos só foram bons para detectar dor na face e na cabeça, mas não para detectar dor em outras áreas do corpo. Portanto, tanto as informações dos autorrelatos quanto as dos mapas corporais parecem ser essenciais durante uma consulta em DOF, porque os primeiros parecem complementar os segundos e vice-versa. Esse método permite que os odontologistas colem informações mais completas que permitam melhor diagnóstico e, conseqüentemente, levam a um tratamento global dos pacientes.

De maneira geral, os pacientes marcaram mais áreas dolorosas no mapa do que relataram nas queixas principais. Neste estudo, os mapas de dor foram superiores aos relatos de dor na identificação das áreas dolorosas dos pacientes. Portanto, sugerimos que os odontologistas usem os dois métodos na anamnese de pacientes com DOF.

CONCLUSÃO

O relato da queixa principal não foi um método eficiente para conhecer todas as queixas dolorosas do paciente, pois os mapas corporais evidenciaram a presença de dores adicionais em pacientes com DOF.

REFERÊNCIAS

1. Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, et al. Are reports of mechanical dysfunction in chronic oro-facial pain related to sensitization? A population based study. *Eur J Pain* 2008;12(4):501-7.
2. Türp JC, Kowalski CJ, O'Leary N, et al. Pain maps from facial pain patients indicate a broad pain geography. *J Dent Res* 1998;77(6):1465-72.
3. Macfarlane TV, Glenny AM, Worthington HV. Systematic review of population-based epidemiological studies of oro-facial pain. *J Dent* 2001;29(7):451-67.
4. Macfarlane TV, Gray RJM, Kincey J, et al. Factors associated with the temporomandibular disorder, pain dysfunction syndrome (PDS): Manchester case-control study. *Oral Dis* 2001;7(6):321-30.
5. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, et al. Oro-facial pain: just another chronic pain? Results from a population-based survey. *Pain* 2002;99(3):453-8.
6. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, et al. Predictors of outcome for orofacial pain in the gene-

- ral population: a four-year follow-up study. *J Dent Res* 2002;83(9):712-7.
7. Macfarlane TV, Worthington HV. Association between orofacial pain and other symptoms: a population-based study. *Oral Biosci Med* 2004;1(1):45-54.
8. Yunus MB. Central Sensitivity Syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum* 2008;37(6):339-52.
9. Wenngren A, Stalnacke BM. Computerized assessment of pain drawing area: a pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2009;5:451-6.
10. Türp JC, Kowalski CJ, Stohler CS. Temporomandibular disorders-pain outside the head and face is rarely acknowledged in chief complaint. *J Prosthet Dent* 1997;78(6):592-5.
11. Benoliel R, Svensson P, Heir GM, et al. Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis* 2011;17(1):23-41.
12. Sa KN, Baptista AF, Matos MA, et al. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain* 2008;139(3):498-506.
13. Cairns BE, Gazerani P. Sex-related differences in pain. *Maturitas* 2009;63(4):292-6.
14. John MT, Miglioretti DL, LeResche L, et al. Widespread pain as a risk factor for dysfunctional temporomandibular disorder pain. *Pain* 2003;102(3):257-63.
15. Aggarwal VR, Macfarlane GJ, Farragher TM, et al. Risk factors for onset of chronic oro-facial pain – Results of the North Cheshire oro-facial pain prospective population study. *Pain* 2010;149(2):354-9.
16. Bevilaqua-Grossi D, Chaves TC, de Oliveira AS. Cervical spine signs and symptoms: perpetuating rather than predisposing factors for temporomandibular disorders in women. *J App Oral Sci* 2007;15(4):259-64.
17. Sarlani E, Greenspan JD. Evidence for generalized hyperalgesia in temporomandibular disorders patients. *Pain* 2003;102(3):221-6.
18. Mcmillan AS, Wong MCM, Zheng J, et al. Widespread pain symptoms and psychological distress in southern Chinese with orofacial pain. *J Oral Rehabil* 2010;37(1):2-10.
19. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24(1):9-160.
20. Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, et al. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol* 2006;35(2):468-76.
- Apresentado em 12 de setembro de 2011.
Aceito para publicação em 02 de janeiro de 2012.