

Cefaléia e terceiro molar retido: revisão da literatura

Headache and retained third molar: literature review

Taís Weber Furlanetto de Azambuja¹
Francesca Bercini²
Fernando Alano³

Resumo

Os autores apresentam uma revisão da literatura sobre a relação existente entre a cefaléia e a presença de terceiros molares retidos. A importância da discussão sobre essa relação está no fato de que muitos pacientes, após terem investigado as causas possíveis de cefaléias, procuram o cirurgião-dentista para verificar a possibilidade de sua dor estar relacionada a patologias dentárias ou a terceiros molares retidos.

Palavras-chave: cefaléia, terceiro molar retido, dor referida.

Introdução

A cefaléia é um dos mais prevalentes distúrbios dolorosos que afetam o ser humano. A maioria dos indivíduos tem ou teve cefaléia de algum tipo e aceita isso como um fato normal, freqüentemente utilizando medicação sintomática sem avaliação prévia ou aconselhamento de um profissional. Porém, quando as dores são persistentes, intensas, freqüentes ou associadas e/ou coexistindo com dor bucofacial, torna-se necessária a orientação profissional na busca de um diagnóstico conclusivo e um plano de tratamento efetivo. Muitos pacientes, após terem descartado outras razões para justificar a ocorrência de cefaléia, como distúrbios neurológicos, patologias faringéias, vias aéreas ou otológicas, procuram o cirurgião-dentista para investigar a possibilidade de sua cefaléia ter relação com problemas dentários, mais especificamente com terceiros molares retidos. Buscam-se, nesta revisão de literatura, dados que fundamentem ou esclareçam tal relação.

Revisão de literatura

A dor, segundo Peterson et al. (2000), é definida como uma subjetiva e desagradável experiência sensorial e emocional que está normalmente associada a uma lesão tecidual. A sensação de dor é uma das causas mais freqüentes pela qual os pacientes consultam o médico ou o cirurgião-dentista.

A cefaléia é um dos mais prevalentes distúrbios dolorosos que afetam o ser humano pelo fato de poder ser causada por uma infinidade de fatores desencadeados por várias patologias, desde tumores cerebrais e sangramentos intracranianos até distúrbios puramente psicológicos. Por isso, muitas vezes o diagnóstico da origem da dor, ou seja, do fator causal (ou fatores causais) das cefaléias é difícil.

Descartadas as cefaléias causadas por neuropatias que ameacem a vida, ainda se podem encontrar cefaléias por contração muscular e as de origem vascular (enxaquecas, cefaléia em salva, arterite de células gigantes). Quando nenhuma dessas entidades é diagnosticada, busca-se uma ligação entre a cefaléia e outras patologias bucofaciais. A literatura cita casos

¹ Professora Adjunta das disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia II da FO/Ufrgs; especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e mestre em Educação.

² Professora Adjunta das disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia II da FO/Ufrgs; mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

³ Professor Substituto das disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia I da FO/Ufrgs.

clínicos de cefaléias relacionadas a terceiros molares retidos tanto superiores quanto inferiores.

É interessante ressaltar a definição de Peterson et al. (2000) para dente retido, como sendo aquele que não consegue erupcionar, não atingindo sua posição na arcada dentária dentro do tempo esperado. Esclarece que o dente torna-se retido, frequentemente, em razão de o comprimento total do arco ósseo alveolar ser menor do que o comprimento total do arco dentário, e que os dentes mais comumente retidos são os terceiros molares superiores e inferiores, seguidos pelos caninos e pelos pré-molares inferiores. Afirma que todos os dentes retidos devem ser removidos tão logo diagnosticados em razão da grande probabilidade de ocorrência de problemas relacionados a esses dentes, como, por exemplo, pericoronarites, reabsorções radiculares de dentes adjacentes, cistos e tumores odontogênicos, dor de origem desconhecida, entre outros.

A seguir, apresentam-se relatos de casos clínicos indicativos da relação entre terceiros molares retidos e cefaléia, os quais foram encontrados na literatura.

Romoli e Cudia (1988) relatam o caso de um paciente, 36 anos, que sofria com episódios de dor de cabeça desde os 15 anos e que fez parte de um estudo realizado pelos autores, buscando relacionar dores de cabeça sem causa aparente com terceiros molares superiores. Sua dor era severa, localizada no lado direito na região frontal, retroorbital, pré-auricular e acompanhada de vermelhidão da retina do mesmo lado. As crises aconteciam no início da tarde com duração de uma hora, persistiam por cerca de duas semanas e desapareciam. Não fazia uso de nenhum medicamento profilático, nem houve citação da realização de exames médicos. Foi realizada a extração do terceiro molar (18), que se localizava totalmente intra-ósseo, distovertido e projetado na fossa pterigopalatina, o que levou a que o paciente não mais sofresse com dores de cabeça.

Para justificar, os autores ressaltam que as crises de dor de cabeça não são bem explicadas ou não têm uma causa definida pela medicina, tendo, porém, muitas vezes relação com impulsos parasimpáticos em virtude da compressão do nervo facial (sétimo par). A localização anatômica do dente em questão, projetado na fossa pterigopalatina, poderia explicar por que a pressão e/ou irritação das fibras do sétimo e do quinto par causou as dores de cabeça.

Shah et al. (1967) afirmam que dores na região auricular são referidas por problemas na região onde o nervo trigêmeo se divide, dado que deve ser bem avaliado para se fazer o diagnóstico diferencial de dores causadas por terceiros molares retidos. Afirmam ainda que, sempre que não houver causa evidente para a dor, o médico deve dar atenção aos dentes do paciente. Apresentam nove casos clínicos de pacientes com terceiros molares retidos e com dores de cabeça sem causas específicas.

O primeiro caso clínico relatou sobre paciente com 18 anos, feminino, com dores de cabeça periódicas no lado direito. O exame clínico buscou possíveis patologias faringéias e de vias aéreas. A paciente tinha todos os terceiros molares retidos, mas o terceiro molar mandibular direito (48) estava numa posição horizontal e em íntima relação com o segundo molar. Os sintomas desapareceram totalmente após a extração do dente em questão.

O segundo caso é de paciente com 44 anos, masculino, com dores de ouvido e de cabeça que ocorriam de duas a três vezes por ano durante 25 anos. O paciente apresentava uma pequena perfuração no tímpano direito e os terceiros molares mandibulares retidos (38/48). Nada foi feito em relação à perfuração timpânica, mas com a extração desses dentes cessaram totalmente os sintomas dolorosos do paciente.

O terceiro caso clínico é de paciente do sexo masculino, 24 anos, com dores de cabeça frontoparietais do lado esquerdo durante oito

meses, com relato de “alfinetadas” do lado direito, três a quatro vezes por dia. O paciente foi tratado para desvio de septo e para sinusite sem sucesso. A extração do terceiro molar mandibular esquerdo, horizontal e retido fez cessar as dores.

O quarto caso apresentado tratou de paciente com quarenta anos, masculino, com dores intermitentes na região temporal direita durante oito anos. Tratado com remoção de cera do ouvido e a extração das amígdalas, não se resolveram as dores; já a extração do terceiro molar solucionou-as. Os demais casos clínicos apresentados pelos autores descrevem praticamente os mesmos sintomas e tiveram como solução a extração dos terceiros molares mandibulares. Como justificativa, os autores afirmam que as dores referidas na região trigeminal causadas por problemas dentários são bem conhecidas. Contudo, quando outros problemas dentários forem descartados, deve-se pensar nos terceiros molares inferiores (com maior incidência que nos superiores) retidos como agentes causadores (como mostram os casos clínicos), muito provavelmente pela pressão no periodonto (ou até mesmo na polpa) do segundo molar ou, ainda, pela compressão do nervo alveolar inferior. Devem-se tratar todos os problemas presentes no ouvido, nas vias aéreas, etc. Sugerem ainda que as dores dos terceiros molares inferiores são referidas via plexo timpânico do gânglio esfenopalatino através do nervo petroso superficial maior ou através da terceira divisão do trigêmeo no gânglio ótico.

Gutting (1977) relata o caso de paciente de 18 anos de idade, masculino, que nunca havia consultado um cirurgião-dentista. Tinha como queixa principal dores de cabeça que se iniciavam ao acordar e só aliviavam com a utilização de analgésicos durante todo o dia. As dores eram bilaterais e limitadas à região pré-frontal e a intensidade não variava durante o dia. Exames neurológicos e otorrinolaringológicos haviam sido feitos sem que nenhuma explicação fosse encon-

trada. No exame clínico e radiográfico, foi constatada a presença de quatro terceiros molares retidos. A doença cárie estava controlada e o paciente não apresentava maloclusão. Os dentes foram extraídos e, após 15 meses da cirurgia, as dores não haviam voltado. O autor salienta que a literatura sobre o assunto é escassa e aponta dois fatores como causas de dores de cabeça relacionadas com terceiros molares: a posição ectópica desses dentes e a proximidade com o canal mandibular. Porém, não descarta a origem psicossomática das dores, ressaltando que a relação paciente profissional e o fato de o paciente acreditar que a cirurgia resolveria seu problema podem ter sido fatores decisivos no sucesso do caso.

Cardillo (1973) relata caso de paciente de 16 anos com queixa de dores de cabeça que se irradiavam para ombros, pescoço e lado esquerdo da face. O exame físico completo mostrou saúde geral ótima e o exame bucal revelou a ausência do segundo e do terceiro molar do lado esquerdo, evidenciadas pelo exame radiográfico. Foi levantada a hipótese de que a retenção desses dentes era a causa das dores, sendo indicada sua remoção, embora não necessariamente se garantisse que as dores sumiriam após a cirurgia. Dias após cirurgia, o paciente não relatava mais dores de cabeça.

Romoli e Cudia (1988) estudaram caso de 13 pacientes com cefaléias idiopáticas persistentes e que foram tratadas removendo-se terceiros molares superiores retidos unilaterais ou bilaterais (18/28). Constataram que, quando as dores eram localizadas no mesmo lado da retenção, a resposta ao tratamento foi de significativa melhora. Nos casos em que as dores eram bilaterais ou unilaterais, porém não coincidindo com o lado da retenção, o resultado dos procedimentos cirúrgicos não foi satisfatório.

Peterson et al. (2000) afirmam que o diagnóstico por bloqueio de nervos pode ajudar a apontar com precisão o nervo envolvido nos

casos de neurites ou neuralgias. Shah (1967) aponta como recurso para o diagnóstico diferencial a anestesia do nervo dentário inferior, que proporcionaria alívio imediato das dores de cabeça e de ouvido, quando forem de origem dentária.

Thoma (1963) afirma que dores de cabeça frontais e occipitais, com obscura e indefinida sensação de pressão, são alguns sintomas que podem cessar pela remoção de terceiros molares retidos. Argumenta que os sintomas neurológicos são mais comumente produzidos pela pressão durante o estágio de desenvolvimento das raízes em pessoas jovens. Acrescenta que otalgias dentais e zumbidos são, freqüentemente, causados por terceiros molares retidos.

Peterson et al. (2000) afirmam que todos os dentes retidos devem ser extraídos tão logo o diagnóstico tenha sido feito.

Discussão

Neste estudo retrospectivo de casuística sobre cefaléia e sua relação com terceiros molares retidos, observa-se a apresentação de casos clínicos de pacientes com dores de cabeça relacionadas tanto com terceiros molares retidos superiores como com inferiores, conforme se esquematizou:

- Romoli e Cudia (1988): 13 retenções superiores;
- Lubart (1974): retenção do dente 28;
- Shah (1967): retenção de sisos inferiores, sendo quatro bilaterais;
- Cardillo (1973): retenção de segundos e terceiros molares inferiores (37 e 38);
- Gutting (1977): quatro terceiros molares (dois superiores, dois inferiores).

Todos os casos apresentaram o mesmo protocolo de tratamento: descartar todas as possíveis causas de cefaléia; evidenciar, através de exame radiográfico, a existência de retenção dentária e indicar a remoção destas. Em todos os casos apresentados, os sintomas doloro-

sos cessaram ou melhoraram significativamente após o tratamento cirúrgico para remoção do dente retido do lado homólogo ao da dor ou dos dentes retidos em caso de dor bilateral.

A maioria dos autores concorda que a relação entre dores referidas de cabeça e a retenção de terceiros molares é pouco descrita na literatura, não sendo encontrados estudos científicos do tipo caso-controle. Dentre as justificativas para tais dores encontram-se impulsos parassimpáticos, em virtude da compressão do nervo facial (sétimo par). No caso apresentado por Romoli e Cudia (1988) estão consideradas a localização anatômica do dente, projetado na fossa pterigopalatina e a pressão e/ou irritação por ele exercida sobre as fibras do sétimo e quinto pares como causa das dores de cabeça.

Para Shah (1967) a causa poderia ser a pressão no periodonto e/ou na polpa do segundo molar ou, ainda, a compressão do nervo alveolar inferior.

Gutting (1977) não descarta a origem psicossomática das dores, ilustrando com caso clínico no qual o paciente acreditava que a cirurgia era a solução.

Muitos pacientes procuram os cirurgiões-dentistas para investigação da relação entre retenção de terceiros molares e cefaléia. Na anamnese, deve-se procurar descartar condições como síndromes de dor, disfunção miofacial, desarranjos da articulação temporomandibular, bem como possíveis patologias faríngeas, vias aéreas e sinusais, o que, muitas vezes, é feito buscando-se a opinião de um especialista. Excluídas essas possibilidades e em presença de retenção dentária, com indicação de exodontia, a conduta tem sido realizá-la, esclarecendo ao paciente que, por tratar-se de uma hipótese, não necessariamente as dores cessarão.

Abstract

The authors present a literature review discussing the relation between headache and the presence of

retained third molars. The importance of this argument is related to the fact that many patients look for a dentist in order to investigate if their headache could be related to odontogenic diseases or retained third molars.

Key words: headache, retained third molar, referred pain.

Referências bibliográficas

CARDILLO, J. I. Head pain related to impacted second and third molar teeth. *New York State Dental Journal*, New York, v. 39, p. 233-234, 1973.

GUTTING, D. E. Headache and third molar impactions: case report. *Journal of the Missouri Dental Association*, Jefferson City, v. 57, n. 1, p. 18-20, 1977.

LUBART, J. Headache due to impacted molar. *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 27, n. 11, p. 1302, 1974.

PETERSON, L. J. et al. *Cirurgia oral e maxilo-facial contemporânea*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p.772.

ROMOLI, M.; CUDIA, R. Cluster headache due to an impacted superior wisdom tooth: case report. *Headache*, Saint Louis, v. 28, n. 2, p.135-136, 1988.

SHAH, K. U. et al. Referred pain due to impacted third molar. *Journal of Laryngology and Otology*, London, v. 81, n. 9, p.1053-1057, 1967.

THOMAS, K. H. *Oral surgery*. 4. ed. St. Louis: Mosby Company, 1963.

Endereço para correspondência

Taís Weber Furlanetto de Azambuja
Av. Taquara, 572, ap. 203
Bairro Petrópolis
CEP: 90460-210
Porto Alegre - RS
Tel.: (51) 3330-3384 ou 3330-3687
e-mail: azambuj@myway.com.br