UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): Gabriel Chiquito Minutti

Orientador(a): Profa Dra. Célia Marisa Rizzatti Barbosa

Ano de Conclusão do Curso: 2009

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

Assinatura do(a) Orientador(a)

TCC/UNICAMP
M668u
1290004963 FOP

Gabriel Chiquito Minutti

Uso da Gabapentina no controle da dor em odontologia, uma revisão bibliográfica.

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, para obtenção do Diploma de Cirurgião-Dentista.

Orientador (a): Profa. Dra. Célia Marisa Rizzatti Barbosa.

Piracicaba, 2009.

Unidade - FOP/UNICAMP
TCC/ UNICAMP
M668u Ed.
Vol. Ex.
Tombo 4963
C☐ D☒
Proc. 16P. 134/10
Preço R$ 11,00
Data 13/08/10
Registro 771523

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

M668u

Minutti, Gabriel Chiquito.
Uso da Gabapentina no controle da dor em odontologia, uma revisão bibliográfica. / Gabriel Chiquito Minutti. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2009.
27f.: il.

Orientador: Célia Marisa Rizzatti Barbosa.
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Dôr intratável. 2. Disfunção temporomandibular. I. Rizzatti-Barbosa, Célia Marisa.. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedicatória:

Dedico este trabalho à minha família que sempre teve plena confiança e acreditou em mim todos esses anos, nos momentos de dificuldade e de alegria.

Agradecimentos:

A Profa. Dra. Célia Marisa Rizzatti Barbosa, que me deu a oportunidade de escrever minha monografia nesta área e sua habilidade de me orientar tanto neste trabalho, como no meu dia a dia de clinica.

Aos Profs desta instituição que me capacitaram, e de forma indireta, me ajudaram na elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos que sempre incentivaram e ajudaram-me todos esses anos que estive presente nesta Faculdade.

A minha família que sempre tentou mostrar o melhor caminho a seguir.

E por fim, um agradecimento especial a Dra Maria Lúcia Chiquito Minutti que me incentivou e mostrou o quanto a Odontologia é gratificante apesar de muitos mostrarem o contrário.

Sumário

P.
Lista de abreviaturas e siglas..... 5
Resumo..... 6
Introdução.....7
Desenvolvimento.....13
Discussão.....20
Conclusões.....25
Referências Bibliográficas.....26

Lista de abreviações e siglas:

AINE= Antiinflamatório não esteroidal.

ATM= Articulação Temporomandibular.

DTM= Disfunção Temporomandibular.

et al= e companhia.

EVA= Escala de Visualização Analógica.

GBP= Gabapentina.

GABA= ácido gama-aminobutírico.

Resumo:

Introdução: A dor é a principal queixa das pessoas que procuram os atendimentos de saúde. A dor aguda é um mecanismo de alerta para a defesa do organismo quando as coisas não vão bem. Entretanto a dor crônica é uma das principais causas de incapacitação física, psicológica, afastamento social-familiar e de aumento do estado depressivo dos indivíduos. Na Odontologia nos deparamos com pessoas que sofrem de dor crônica relacionada à DTM. Essa patologia é de difícil diagnóstico e conseqüentemente de se serem tratadas. Existem inúmeras formas de tratamento conservadores e invasivos para DTM. Entre eles encontram-se os relaxamentos/alongamentos, adoção de hábitos saudáveis, exercícios fisioterápicos, terapia medicamentosa, etc. Nos últimos anos cresceu o número de estudos voltado para a terapia farmacológica para o controle dos sintomas da dor crônica em DTM. Entre os medicamentos mais utilizados têm-se os analgésicos, antiinflamatórios, ansiolíticos, relaxantes musculares e antidepressivos. Entretanto, na literatura atual encontram-se casos onde anticonvulsivantes, como a Gabapentina, estão apresentando bom controle da dor crônica e apresentam-se como tratamento de futuro promissor. Portanto realizou-se uma revisão bibliográfica sobre o uso da Gabapentina no controle da dor crônica, com o objetivo de se obterem resultados que demonstrem sua eficácia, doses recomendadas, efeitos colaterais, período de tratamento e modo de ação.

Resultados: Foram revistos artigos que melhores se relacionassem com a odontologia, já que especificamente não foi encontrado nenhum artigo diretamente ligado com a área de odontologia. Nessa revisão observou-se que a Gabapentina se mostrou eficaz no controle da dor crônica e aguda. Porém as doses e o tempo de tratamento variaram de forma direta com a patologia envolvida. As doses encontradas variaram de 300mg a 1800mg/dia, podendo chegar a 3600mg por dia. O tempo de tratamento variou de seis a doze meses, e ela mostrou ser uma droga segura, apresentando efeitos colaterais leves, como tontura, instabilidade e sonolência excessiva.

Conclusão: A Gabapentina parece ser efetiva no controle da dor crônica, podendo ajudar nas terapias comuns, onde o controle da dor é modesto. Porém, estudos na área odontológica devem ser realizados para que se defina a dose e o período de tratamento adequado para o controle da dor crônica agravada por DTM.

Palavras Chaves: Disfunção Temporomandibular, Gabapentina, Dor Crônica.

Uso da Gabapentina no controle da dor em odontologia, uma revisão bibliográfica.

Introdução:

A dor é uma das queixas principais das pessoas que procuram atendimentos de urgência na área de saúde. A dor tem uma função importante em nosso organismo: ela modula o estímulo e nos avisa quando algo errado está acontecendo. Porém, quando pensamos na dor crônica, notamos que as pessoas que apresentam essa sintomatologia, acabam se afastando de suas atividades rotineiras, sociais, do trabalho e entram num estado emocional muito complexo. Muitas dessas pessoas perdem o afeto, sono, lazer e a felicidade, com expressa redução na sua qualidade de vida. Essa dor é a principal causa de incapacidade física, funcional, de afastamento crônico e de aumento do quadro depressor desses pacientes. A associação dela com ansiedade, depressão e fobias pode agravar o sofrimento, comprometer a adesão do paciente ao tratamento, na resposta aos analgésicos, acarretar isolamento social, desesperança e privação de cuidados (Yeng, 2004).

As cefaléias, síndromes miofascias, as fibromialgias e as artropatias são as causas principais desse tipo de dor (Yeng, 2004).

Na prática odontológica podemos nos deparar com pacientes com dores crônicas, e em muitos casos essas dores são

localizadas na face, podendo ser influenciada pela oclusão dental, a Articulação Temporomandibular, músculos da face e de todo o complexo vásculo-nervoso.

Quando citamos Disfunção Temporomandibular (DTM), envolvemos todos os componentes responsáveis pela dor crônica que envolve a face. Ou seja, são alterações patológicas relacionadas à articulação Temporomandibular, parte da musculatura mastigatória, ligamentar e nervosa localizada na região buco-facial ou cervical (Pereira, 2005).

As conseqüências podem ser cefaléias e dores cervicais, ruídos articulares, zumbidos, limitação de abertura bucal e desgastes dentais. A etiologia ainda é pouco conhecida, mas acredita-se que o fator piscico-social seja o principal desencadeante de DTM. Também estão envolvidos os traumas, hábitos deletérios (ex: bruxismo) e má- oclusões, que podem atuar como fatores predisponentes e perpetuantes da DTM.

É encontrada com maior freqüência nas mulheres, na proporção de 9 mulheres para 1 homem. Esta alta incidência pode ser justificada pelo fato das mulheres estarem expostas ao estresse emocional, às mudanças hormonais durante o ciclo menstrual, a gravidez e às alterações anatômicas (Rizzatti-Barbosa, Ribeiro da Silva, 2009). Em relação à idade, pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas é mais comum entre 21e 40 anos (Pereira, 2005).

O diagnóstico é dado pelos achados clínicos, exames de imagem, e relatos do paciente. Portanto uma boa anamnese deve ser realizada a fim de conseguirmos o máximo de informações do pacientes, principalmente os sintomas e história da doença (Nogueira, 2005). Os exames por imagem que geralmente ajudam no diagnóstico são: as radiografias transcraniana, tomografias computadorizadas, ressonância magnética, cintilografia, entre outras. Em alguns casos a eletro-miografia também é empregada.

As DTMs podem ser classificadas em 3 grandes grupos: muscular, a forma mais comum, caracterizando-se pelo desconforto ou dor dos músculos da mastigação, ou até mesmo dos músculos do pescoço e ombro; desordens articulares, como os deslocamentos de disco e injurias do côndilo mandibular; e por fim, as doenças degenerativas da ATMs, como a osteoartrite e a artrite reumatóide(Eduardo, 2006).

Devido às várias conseqüências da DTM, houve um grande aumento nos estudos nessa área nos últimos anos a fim de, instituir novas e mais efetivas terapias, na tentativa de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

A abordagem terapêutica dessa Disfunção ainda é muito discutida, sendo hoje a interdisciplinidade mais aceita, conciliando a interação ente cirurgião-dentista, médico, fisioterapeuta, psicólogo e fonoaudiólogos. Uma vez detectado o problema, o cirurgião-dentista seria o principal responsável pelo tratamento, mostrando a importância em entendermos muito do assunto (Eduardo 2006, Okesson, 2000).

A maioria dos casos é tratada pela promoção do repouso do sistema através de placas estabilizadoras oclusais, medicamentos, dietas específicas, exercícios fisioterápicos, compressas, técnicas de relaxamento, além da aquisição de hábitos saudáveis. Ainda são recomendados o laser e o tens como terapia auxiliar (Eduardo, 2006). A intervenção cirúrgica é necessária em raríssimos casos, sendo geralmente empregada quando as outras terapias não dão certo.

O tratamento da DTM, muitas vezes é muito difícil e longo, devido à complexidade do sistema estomatognático. Em muitos casos os pacientes sofrem de mais de uma desordem, onde uma acaba contribuindo para o agravamento ou o surgimento de outra desordem. (Okesson, 2000). Isso tudo leva a um baixo índice

de adesão ao tratamento pelo paciente, que está emocionalmente abalado (Yeng, 2004). Em alguns casos a terapêutica medicamentosa acaba sendo a principal alternativa de intervenção conservadora.

A terapia farmacológica mostra-se efetiva como complemento das outras medidas no manejo da dor crônica relacionada à DTM. Entretanto o uso prolongado de alguns fármacos pode causar efeitos adversos, ocasionalmente de maior significância clinica (Eduardo, 2006). Além disso, o uso rotineiro de fármacos pode causar dependência química e uma baixa resposta a dor com o passar do tempo (Okesson, 2000).

Antes de se prescrever qualquer tipo de medicamento o clínico precisa estar ciente de que outras terapias podem, por si só, ter altas taxas de sucesso, e que a terapia medicamentosa é muito mais paliativa do que curativa (Eduardo, 2006).

Entre os medicamentos mais utilizados para o controle das DTMs temos: os relaxantes musculares, antiinflamatórios não-esteróides, os corticosteróides, antidepressivos tricíclicos e analgésicos (Rizzatti-Barbosa et al, 2003).

Vários autores têm demonstrado a efetividade dos antidepressivos tricíclicos no controle da dor crônica em pacientes com DTM (Rizzatti-Barbosa et al, 2003). Os mesmo apresentaram grande sucesso com essa terapia.

Pensa-se que o efeito terapêutico dessas drogas esteja relacionado à sua habilidade de aumentar a disponibilidade da serotonina amínica biogênico e norepirnefrina na junção simpática no SNC. Eles são benéficos em doses tão baixas (10mg) tanto no tratamento de enxaqueca com contração muscular como em dores músculo-esqueletal (Rizzatti-Barbosa et al, 2003). Também diminuem o número de despertares, aumentado o estagio IV de sono, e notoriamente diminui o tempo de movimento dos

BIBLIOTECA

olhos durante o sono (sono REM). Por estas razões, podem ter potencial no tratamento de certos tipos de bruxismo noturno, melhorando a qualidade do sono. (Okesson, 2000)

Estudos com antidepressivo tricíclicos têm aumentado nos últimos anos, com o intuído de efetivar o controle da dor crônica relacionado à DTMs.

Outros tipos de fármacos vêem sendo estudados no controle da dor crônica, entre eles os anticonvulsivantes de segunda geração, como Gabapentina (Vida et al, 2005).

Por isso, nesse referido estudo, realizaremos uma revisão literária sobre o uso da Gabapentina no controle da dor crônica e a DTM na odontologia.

Essa droga tem se monstrado efetiva como terapia adjuvante em convulsões parciais e no tratamento de algumas neuralgias e fibromialgias, assim como em algumas afecções psiquiatricas.

Seu mecanismo de ação ainda é desconhecido. A hipótese atual é que sua ação ocorra em múltiplos locais, por um ou mais mecanismos, como a indução da síntese de GABA no cérebro. Estruturalmente, relaciona-se ao nerotransmissor GABA, mas difere do mecanismo de ação de outros fármacos que interagem com a sinapse GABA. Além disso, acredita-se que influencie na modulação dos canais de sódio e de cálcio, e indução de aumento da produção de serotonina, entre outros. (Eduardo, 2006; Vida et al 2005).

Sua absorção é boa após administração oral e independente da ingestão de alimentos. A concentração plasmática máxima ocorre após duas a três horas. A ligação a proteínas é baixa (menor que 3% a 5%) e sua distribuição ocorre amplamente, envolvendo quase todos os tecidos. Não é metabolizada, não provoca indução enzimática e atravessa com facilidade a barreira hematoencefálica. Sua eliminação é renal, sob forma inalterada e

uma pequena porção ocorre pelas fezes. A meia-vida de eliminação é de cinco a nove horas. (Vida et al, 2005)

Na dor neuropática em adulto, a dose inicial é de 900 mg/dia, administrada em três doses igualmente divididas e aumentada se necessário com base na resposta ao tratamento até uma dose máxima de 3600 mg/dia. Deverá ocorrer um ajuste da dose em pacientes com problemas de disfunção renal e que fazem hemodiálise.(www.neurolab.com.br/neuro_cln/farmc/pac/gabapentina.ph)

A Gabapentina é contra-indicada em mulheres grávidas e lactentes, crianças abaixo de 12 anos e pessoas hipersensíveis à droga (www.neurolab.com.br/neuro_cln/farmc/pac/gabapentina.ph).

Em geral, a Gabapentina é muito bem tolerada. Os efeitos colaterais mais freqüentemente relatados são fadiga, sonolência, tontura e ataxia, mas esses sintomas cedem dentro de duas semanas. Outros efeitos colaterais relatados com maior freqüência do que com placebo incluem: nistagmo, tremor e diplopia. Ademais, têm sido registrados efeitos como nervosismo, irritabilidade, cefaléia, agressão, psicose, alterações da memória, reação paradoxal com aumento na freqüência das crises, aumento de peso e distúrbios gastrointestinais. Em crianças, podem ocorrer excitação e agitação. Seus efeitos no SNC são menores ou iguais àqueles provocados por outras drogas antiepiléticas (www.neurolab.com.br/neuro_cln/farmc/pac/gabapentina.ph).

Desenvolvimento:

Como já descrevemos, vários estudos com antidepressivos tricíclicos vêem sendo desenvolvidos no controle da dor crônica. Alguns estudos com Amitriptilina já mostraram alguns resultados positivos no manejo da dor. (Rizzatti- Barbosa et al, 2003).

Mas quando investigamos os anticonvulsivantes, como a Gabapentina, o seu uso na odontologia não é significante, e há poucos trabalhos na área sobre seu uso no controle da dor crônica de forma geral.

Por isso, no referido trabalho, realizamos uma revisão bibliográfica sobre o uso da Gabapentina no controle da dor crônica, na tentativa de obtermos resultados que demonstrem o seu grau de efetividade, a dose recomendada, efeitos colaterais, período de utilização e modo de ação.

A pesquisa de revisão da bibliografia foi desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Segundo Gil (2002), tratam-se de fontes secundárias, como livros de referência, também denominados livros de consulta, que têm por objetivo possibilitar a rápida obtenção das informações requeridas, ou então a localização de obras que as contêm.

Esta forma de trabalho tem por finalidade "colocar o pesquisador em contato direto com o que já foi descrito, dito ou estudado sobre determinado assunto, [...]" e que a "[...] pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras. (LAKATOS; MARCONI, 1991).

Visam esclarecer a importância do tema quanto às descobertas atuais, perspectivas futuras e as esperanças quanto às suas aplicações clínicas.

Portanto, foram analisados alguns trabalhos sobre o uso da Gabapentina e obtiveram-se algumas informações relatadas no decorrer do texto.

Segundo os autores Wiffen et al (2005), os anticonvulsivantes (Gabapentina) têm sido utilizados no tratamento da dor desde 1960, e são úteis para controle da dor neuropática crônica, especialmente quando a dor é lancinante ou de queimação. Realizaram uma revisão bibliográfica onde foram eleitos 15 trabalhos sobre o uso da Gabapentina, sendo que um deles estava relacionado com a dor aguda. O restante incluía as seguintes condições: neuralgia pós-herpética (dois estudos), neuropatia diabética (sete estudos), um cancro relacionados com a dor neuropática (um estudo) a dor do membro fantasma (um estudo), sobre a corda de Guillain Barré (um estudo), a dor da coluna vertebral (um estudo) e diversos tipos de dores neuropáticas (um estudo).

No estudo da dor aguda pós-operatória com 70 participantes, a Gabapentina não mostrou nenhum benefício para a redução da dor, quando comparada ao placebo. Já na dor neuropática, a Gabapentina mostrou bons resultados, sendo que quarenta e dois por cento dos participantes melhoraram através do uso do fármaco em comparação a 19% com placebo (Wiffen et al, 2005),

Portanto há evidências que mostram a eficácia da Gabapentina no controle da dor neuropática. Mas há poucas evidências para confirmar se ela é eficaz ou não na dor aguda. (Wiffen et al, 2005),

Outro estudo foi realizado para investigar o uso da Gabapentina no controle da dor relacionada à fibromialgia (Acín et al, 2005). Essa alteração é uma das causas mais comuns de dor musculoesquelética crônica, localizada ou generalizada, caracterizada pela presença de dor em pontos anatômica, rigidez matinal, fadiga fácil, distúrbios do sono e outros sintomas

associados. Alguns autores relacionam a um processamento anormal da dor a nível central. Há presença de déficit na secreção de serotonina e outras substâncias envolvidas na regulação dos processos nociceptivos (Acín et al, 2005).

Foram estudados 24 pacientes, todos do sexo feminino, de idade média de 45 anos. Antes de passarem pela mono terapia com Gabapentina, alguns pacientes haviam sido tratados com: AINEs (15 pacientes); Tramodol (12 pacientes); TTS Fentanil (2); Ansiolíticos (9); antidepressivos (9); TDS Buprenorfina (1); fisioterapia (14);injeção do ponto de gatilho com anestésico local (13); iontoforese (1).Estes Tratamentos mostraram alguma melhora no controle da dor.

A intensidade da dor foi avaliada através da EVA, do teste Lattinen, de atividade física e sono, antes do início e após nove meses de tratamento com Gabapentina.

Os resultados obtidos foram baseados no EVA: com valores médios inicias de 5,2 ± 1,5 (R 3-8) e final de 3,2 ± 1,3 (R 2-7). Oito pacientes (33,33%) relataram melhora na atividade física e 10 (41,6%) na qualidade do sono. Trinta e sete por cento (9) dos pacientes obtiveram bom controle da dor. O tratamento foi interrompido pelos efeitos colaterais em apenas um paciente. As doses médias de Gabapentina administradas por dia foram de 300mg. O tratamento durou cerca de sete a nove meses. Alguns efeitos colaterais foram observados em nove pacientes. Os efeitos colaterais mais comuns formas tontura, instabilidade e sonolência excessiva (que levou a interrupção do tratamento).

Portanto o uso da Gabapentina em doses baixas permitiu bom controle da dor, podendo ajudar em tratamentos onde a terapia comum apresenta um controle modesto (Acín et al,2005).

Oliveira et al (2009) estudaram o uso da Gabapentina e outros antidepressivos em neuralgia do trigêmeo bilateral. Esse tipo de patologia é uma afecção incomum, caracterizada por ataques paroxísticos e quadros recorrentes de

dores lancinantes, súbita, tipo choque, que geralmente duram de poucos segundos a dois minutos, envolvendo mais freqüentemente o ramo maxilar. Tipicamente, a dor é desencadeada por falar, beber, escovar os dentes, barbear-se, mastigar, tocar levemente no rosto ou por brisa e pode ocorrer repetidamente ao longo do dia. O diagnóstico é eminentemente clínico, embora estudos de imagem ou testes especializados possam ser necessários (Oliveira et al, 2009).

Os autores procuraram relatar o caso clinico e a melhor conduta farmacológica. No caso o paciente já havia usado: clorpromazina (3mg a cada oito horas) durante um ano, e tinha suspendido a terapia havia oito meses; carbamazepina (200mg a cada oito horas) durante seis meses, e tinha interrompido a terapia havia cinco meses. O tratamento que estava em andamento era com a Gabapentina (1.200mg ao dia) havia cinco meses, com melhora parcial do quadro. Foi aumentada a dose de GBP para 1500mg ao dia, introduzida Amitriptilina 12,5mg ao dia e solicitados exames de imagem do encéfalo (tomografia e ressonância magnética), os quais não apresentaram alterações. Evoluiu bem ao longo de 10 meses de tratamento, cursando apenas com dor leve e esporádica durante o frio. Foi feita redução progressiva da Gabapentina para 600mg ao dia e mantida Amitriptilina com 12,5mg à noite. Após um ano de acompanhamento, iniciou queixa de dor semelhante em região mandibular (V3) na hemi-face contralateral, tendo melhora do quadro com aumento de Gabapentina para 900mg ao dia.

Caso o alívio da dor seja incompleto com o uso de carbamazepina, é possível adicionar um segundo agente ou trocar por outro fármaco. A Gabapentina tem sido usada como tratamento de primeira linha ou em casos de neuralgia do trigêmeo resistente à terapia tradicional, com remissão completa ou quase total em 27% dos casos. Sua dose clinicamente efetiva como mono terapia geralmente varia de 900 a 1200mg por dia, podendo chegar a 3.600mg ao dia (Oliveira et al, 2009).

Quando pensamos na dor pós-operatória, ela apresenta dois componentes: um nocepitivo e outro neuropático. O componente nociceptivo resulta da ativação de receptores periféricos e condução dos impulsos pelas vias da dor e percepção na região supra-espinal. Esse tipo de componente pode ser controlado com antiinflamatórios e opióides. Já o componente neuropático é causado pela lesão de fibras nervosas que modulam a dor e sensibilização central, que cria um aumento na sintomatologia (Clivatti et al ,2009). Os medicamentos mais utilizados no controle da dor são os antiinflamatórios, opióides e os anestésicos locais.

A Gabapentina com o seu componente de ação anti-hiperálgica e mecanismo de ação diferente dos fármacos classicamente utilizados, cria nova perspectiva no tratamento da dor pós-operatória. (Clivatti et al, 2009)

Pensando nisso, dois trabalhos distintos realizaram uma revisão sobre o uso da Gabapentina no controle da dor pós-operatória.

No primeiro, Ho et al (2006) realizaram uma revisão bibliográfica e observaram os seguintes resultados.

Foram estudados 20 trabalhos de 2002 a 2006. Todos em língua inglesa. Quatro foram excluídos, dois não estavam clinicamente válidos e um foi publicado apenas o resumo.

Dezesseis ensaios foram válidos, com 20 tratamentos diferentes. No total foram estudadas 1151 pessoas, sendo que 614 receberam Gabapentina. As doses variavam, e a freqüência também, de um trabalho para o outro, sendo que ela estava sendo utilizada em dose única em 11 tratamentos. E nos demais, duas doses por dia. As doses variavam entre 300 a 1200mg por dia.

Os estudos foram divididos em três grupos. Os que tomavam 1200mg pré-cirurgico, os que tomavam doses inferiores a 1200mg antes da cirurgia e os que tomavam mais de uma dose, uma no pré-operatório e outras depois da cirurgia.

No primeiro grupo, a combinação de dados mostrou ter uma significante redução na dor intensa em comparação ao grupo controle. E no pós-operatório tardio entre 6 a 24 horas, também mostrou a mesma significância.

No segundo grupo a combinação também mostrou uma significante redução da dor intensa e uma baixa dor média no pós-operatório.

Já no terceiro grupo não se observou alteração significante na dor intensa.

Chegaram à conclusão que a administração pré-operatória de Gabapentina é eficaz em reduzir as médias de dor no pós-operatório. E a prescrição de opióides, associados a ela, tem tido efeitos adversos nas primeiras 24h após a cirurgia. A sedação foi associada com seu uso, mas sem efeitos adversos sérios (Ho et al, 2006).

Já os autores Clivatti et al (2009) analisaram 26 artigos. Em 17 estudos os pacientes receberam dose única pré-operatória que variou de 300 a 1.200mg entre 30 minutos e duas horas antes dos procedimentos. Nos demais estudos a medicação foi iniciada entre uma e 24 horas antes dos procedimentos, e continuada por dois a dez dias na dose de 1.200 a 1.800mg por dia.

Eles observaram que tanto os procedimentos cirúrgicos como as posologias variaram bastante. Observou-se desde laqueadura até laminectomia. Já as doses variaram desde 300mg em dose única até 1.800 mg/dia fracionado por quatro dias. (Clivatti et al, 2009).

Na grande maioria dos trabalhos houve uma melhora significativa no controle da dor pós-operatória e uma redução no consumo de analgésicos (Clivatti et al, 2009).

O uso da Gabapentina em doses maiores e durante um período maior de tempo causa aumento dos efeitos colaterais, como náuseas e tontura. (Clivatti et al, 2009)

Como citamos, estudos mostram que a Amitriptilina vem tendo efetividade no controle da dor crônica (Rizzatti-Barbosa et al, 2003). Em nossa pesquisa encontramos um trabalho que associou a Gabapentina e a Amitriptilina na dor neuropática em diabético" (Vidal et al, 2004), realizando uma comparação entre os fármacos.

A dor neuropática é um tipo de dor crônica que tem um grande impacto sobre os pacientes. O diabetes mellitus é uma da suas principais causas (Vidal et al, 2004). Através de uma pesquisa na base de dados Medline, revisaram tratamentos controlados que estudaram a eficácia da Amitriptilina e Gabapentina (GBP) para o controle da dor neuropática diabética.

Os antidepressivos foram estabelecidos para o tratamento da dor crônica a mais de 30 anos, sendo a Amitriptilina muitas vezes a droga de primeira escolha dentro de sua classe farmacológica (Vidal et al, 2004).

Há dois estudos randomizados controlados que examinar o efeito da Gabapentina, em comparação com Amitriptilina.

DALLOCCHIO et al (2000) comparou a eficácia e a tolerância da Gabapentina e Amitriptilina para o controle dor neuropática do diabético. Vinte e cinco pacientes foram utilizados na amostra, sendo 13 tratados com Gabapentina com doses variando de 1200 a 2400mg dia por 12 semanas. Já as doses de Amitriptilina variaram de 30 a 90mg dia. Os resultados mostraram que a Gabapentina apresentou maior redução na dor e na parestesia. E os efeitos adversos foram mais freqüentes nos pacientes que utilizaram Amitriptilina.

Morello et al (1999) realizaram um estudo randomizado duplo-cego em 25 pacientes. A Gabapentina foi utilizada em doses que variaram de 900 a 1800mg dia durante seis meses. As doses de Amitriptilina variaram de 25 a 75mg dia. Eles observaram que houve redução da dor, mas estatisticamente não

houve diferença entre ambas. Os efeitos adversos foram similares. Os resultados deste estudo são limitados porque a dose de Amitriptilina utilizado foi menor do que é a indicada para o controle da dor crônica.

Vidal et al (2004) concluíram que tanto a Amitriptilina e Gabapentina provaram ser eficazes no tratamento da dor neuropática diabética. Apenas dois estudos foram publicados comparando ambos os tratamentos. No entanto, esses estudos não podem ser considerados conclusivos devido ao pequeno tamanho da amostra.

A GBP pode ser considerada a primeira escolha no tratamento da dor neuropática diabética. Há evidência da eficácia da Amitriptilina, mas dada a alta incidência de efeitos colaterais e interações medicamentosas, recomendou-se o uso da Gabapentina como tratamento de primeira linha para pacientes idosos. Com ela, há menores incidências de efeitos colaterais e o risco de interações medicamentosas é baixo. Entretanto, o custo da Gabapentina é 30 vezes maior em comparação com a Amitriptilina. A escolha de um ou outro medicamento deve ser feita individualmente, com base na relação risco / benefício (Vidal et al, 2004).

Discussão:

A dor crônica é um grande problema na vida das pessoas, sendo a grande responsável pela privação nos diversos setores e fases que envolvem a vida dos indivíduos (Yeng, 2004). A um grande déficit na função física, emocional, nos relacionamentos sócio-familiares e de toda a qualidade de vida dessas pessoas.

Por isso o seu tratamento é muito discutido em todas as áreas da saúde. O modelo integrado de assistência inter e multiprofissional mostra a complexidade em realizar diagnósticos e tratamentos específicos para cada individuo. O tratamento, geralmente esta ligado ao controle da dor e não em sua eliminação total. De forma que haja uma melhora na qualidade de vida e a reintegração biopsicossocial dos doentes. Sempre que possível deve-se eliminar os fatores desencadeantes e perpetuastes. Entretanto, nem sempre isso é possível, então se deve priorizar o tratamento sintomático da dor (Yeng, 2004).

A terapia medicamentosa acaba sendo muito útil na administração dos sintomas associados à DTMs. (Okesson, 2000). Deve-se tomar cuidado com o tipo e modo como são prescritas essas drogas. Essa administração encoraja o seu uso, porque promovem um período breve de euforia, bem estar e em alguns casos podem se tornar uma recompensa pela dor. Os tipos mais comuns de drogas que causam essa sensação são os analgésicos narcóticos, tranqüilizantes e antidepressivos. Os pacientes acabam ficando propícios a dependência física, psicológica e química. Além disso, o seu uso continuo diminui sua efetividade e aumenta os ciclos de dor (Okesson, 2000).

Tomando-se os devidos cuidados e sabendo indicá-las de forma correta, elas são de excelente utilidade em odontologia no controle da dor.

Estudos com medicamentos que propiciam o controle da dor crônica em odontologia cresceram muito nos últimos anos, mas temos algumas dificuldades em localizar trabalhos que estudem sua posologia, dose, o período e sua efetividade no controle da dor.

Alguns autores, com base em ensaios clínicos, têm demonstrado bons resultados com o uso de Amitriptilina (Rizzatti-Barbosa et al, 2003).

O uso da Gabapentina ainda é recente no controle da dor crônica em odontologia. Por isso realizamos essa revisão bibliográfica para podermos entender um pouco mais sobre o seu uso, mecanismo de ação e efetividade no controle da dor crônica.

Com essa revisão, pudemos observar que ela foi efetiva no controle da dor crônica (Acín et al, 2005). Essa efetividade foi analisada principalmente nos casos de dor crônica de origem neuropática.

Além disso, ela se mostrou muito eficiente no controle da fibromialgia, podendo ajudar na terapia onde os medicamentos comumente utilizados apresentam controle modesto da dor (Acín et al, 2005). Esse achado bibliográfico mostra-se muito importante para correlacionarmos com a odontologia. Certamente, a queixa comum feita pelos pacientes com DTMs é a dor de origem muscular (Okesson, 2000). Mialgia mediada centralmente e fibromialgia são exemplos de desordens miálgicas crônicas (Okesson, 2000). Daí a importância em utilizarmos essa droga no controle nesse tipo de sintomatologia. Mas vale lembrar que a fibromialgia não é primariamente uma alteração mastigatória. Portanto o clinico deve ser capaz de reconhecer o problema e indicar terapias alternativas (Okesson, 2000).

Também pudemos ver que ela foi eficaz no controle da dor de um paciente que apresentava neuralgia do trigêmeo (Oliveira, 2009). Embora seja uma patologia que acometa pequena parte da população, com uma incidência de 4,3 por 100.000 na população geral, com discreta predominância no sexo feminino

(3:2). Ela se caracteriza por apresentar dor esporádica e lacinante que acomete principalmente o ramo maxilar, se enquadrando nas patologias que acometem a face, e que, portanto abrange uma importante área de estudo da odontologia (Oliveira, 2009).

Quanto ao seu uso no controle da dor aguda não há evidencias que ela seja eficaz ou ineficaz (Wiffen et al, 2005). Entretanto Ho et al (2006) e Clivatti et al (2009) observaram que a Gabapentina se mostrou eficaz no controle da dor pós-operatória, principalmente nas primeiras 24 horas. Mas se levarmos em conta que o principal problema de dor, nos casos de DTM, é a crônica, e esses trabalhos estudaram o controle da dor nas primeiras horas do pós-cirúrgica, os mesmos devem servir como referência, mas não como base para um futuro estudo no controle da dor crônica em odontologia.

A dose e a posologia indicadas para o controle da dor mostraram-se um pouco divergente. As doses diárias de Gabapentina variaram de 300mg a 1200mg, podendo chegar a 3600mg. (Clivatti et al, 2009; Wiffen et al, 2005)

As doses utilizadas no controle da fibromialgia eram de 300mg por dia, e mostraram- se efetiva no controle desta patologia nesta dosagem (Acín et al, 2005). Podendo servir de base em casos de DTM, quando a correlacionarmos com a odontologia.

Já no tratamento da neuralgia do trigêmeo e das dores neuropáticas as doses recomendadas foram em torno de 900mg a 1200mg, podendo chegar a 3600mg por dia (Oliveira, 2009; Wiffen et al, 2005),

Portanto a dosagem ideal para o controle da dor não esta muito bem definida e varia de forma direta com a patologia associada, levando a um difícil consenso entre os autores e mostrando ser este um assunto interessante para estudos futuros.

O período de tratamento variou também, sendo de 6 a 12 meses, nos trabalhos que estavam relacionados à dor crônica. No trabalho de Acín et al (2005) que relatou sua

efetividade no controle da fibromialgia o tempo de tratamento durou cerca de 7 a 9 meses. Já no tratamento da neuralgia do trigêmeo bilateral, o tempo de tratamento durou em torno de 12 meses (Olivera, 2009). Isso nos mostra que, nos casos de dor crônica, o período da terapia farmacológica é mais extenso, sendo de no mínimo seis meses.

Como vimos, o uso da Gabapentina no controle da dor mostrou-se muito interessante e promissor. Além disso, quando a comparamos com a Amitriptilina, ambas apresentaram boa redução da dor crônica (Vidal et al, 2004). Embora haja evidências da eficácia da Amitriptilina (Rizzatti-Barbosa, et al 2003), a Gabapentina acaba sendo mais indicada em pacientes idosos, porque ela apresenta baixos efeitos colaterais e pequena interação medicamentosa quando comparada com a Amitriptilina (Vidal et al, 2004). Devemos destacar que a Gabapentina apresenta um preço 30 vezes maior que a Amitriptilina, o que nos leva a pensar no seu risco/ benefício (Vidal et al, 2004).

São drogas que interagem diretamente no sistema nervoso central (Okesson, 2000), portanto deparamo-nos com uma séria pergunta: " Será que o cirurgião- dentista está apto a prescrever esse tipo de fármaco?". Esse seria um grande obstáculo, já que o dentista não esta acostumado a lidar com esse tipo de droga e tem muito pouco, ou praticamente, nenhum contato na sua prática clínica. Portanto, segundo Okenson (2000) esse tipo de droga deveria ser prescrita por clínicos que tenham treinamento especial em diagnóstico e tratamento.

Conclusão:

A Gabapentina parece ser efetiva no controle da dor crônica, podendo ajudar nas terapias comuns, onde o controle da dor não foi eficaz. Quando utilizada na dor pós-operatória ela também mostra bom resultados.

A dose ideal ainda é muito discutida, apresentando uma grande variação (de 300mg a 1800mg, chegando em alguns casos a 3600).

Portanto, estudos devem ser realizados na área odontológica para comprovarem a eficácia da Gabapentina no controle da dor crônica, sua respectiva posologia, dosagem ideal e período de uso. Uma vez estabelecidas, o clínico poderá dispor de mais um fármaco para o controle dos sintomas da DTM que acomete grande parte da população e é responsável por grande privação social, familiar e física.

Referencias Bibliográficas

1)- Acín, M. P; Escarpín, R: Gabapentina en el tratamiento de la fibromialgia/ Gabapentin for the management of fibromialgia. Rev. Soc. Esp. Dolor. May 2005;12(4): 211-216.

2)- Andrade, Eduardo dias de: Terapêutica medicamentosa em odontologia: procedimentos clínicos nas principais situações da prática odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 1998, 2º Edição (2006); páginas: 205 a 208.

3)- Vidal, M. A, Martínez-Fernández, E; Martínez V.C.J; Torres L. M: Eficacia de la gabapentina y de la amitriptilina en el dolor neuropático del diabético. Rev.Soc.Esp.Dolor. Jun. 2004; 11(5): 292-305.

4)- Dallocchio C, Buffa C, Mazzarello P, et al: Gabapentin vs. amitriptyline in painful diabetic neuropathy: an open- label pilot study. J Pain Symtom Manage2000; 20: 280-5.

5)- Gil, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

6)- Ho K-Y, Tong J. Gran, Ashraf S. Habib: Gabapentin and postoperative pain- a systematic review of randomized controlled trials; Pain 126 (2006); 91- 101.

7)- Jefferson Clivatti; Rioko Kimi K.S; Adriana M.I: Revisão sobre o uso de gabapentina para controle da dor pós-operatória: Rev. Bras. Anestesiol. Jan./Feb. 2009, vol.59

8)- Lakatos, E.; Marconi, M. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.

9)- Morello CM, Leckbrand SG, Stoner CP. Randomized double-blind study comparing the efficacy of gabapentin with amitriptyline on diabetic peripheral neuropathy pain. Arch Intern Med 1999; 159: 1931-7

10)- Oliveira C. M.B; Baaklini, L.G; Issy A.M; Sakata R. Kimiko: Neuralgia do trigêmeo bilateral: relato de caso. 2009 jul-ago; Rev. Bras. Anestesiol; 59(4): 476-480.

11)- Okesson J.P: Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. Artes Médicas 2000. 4º Edição; Páginas: 148, 149, 150, 248, 257, 287 e 301.

12)- Pereira K.N.F (1), Andrade L.L.S (2),Costa M.LG(3), Portal T.F: Sinais e sintomas de pacientes com Disfunção Temporomandibular. Rev CEFAC, São Paulo; 2005 abr-jun; v.7, n.2, 221-8

13)- Rizzatti- Barbosa CM, Nogueira MT, de Andrade ED, Ambrosano GM, de Barbosa Jr. Clinical evaluiton of amitriptyline for the controlo f chonic pain caused by temporomandibular joint disorders. Crânio 2003; 21(3): 221-5

14)-Site:Bulárioneurologico;http://www.neurolab.com.br/neuro_cln/farmc/pac/gabapentina.ph

15)-Yeng L.T, Teixeira M.J: Tratamento Multidisciplinar dos Doentes com Dor Crônica. Rev.pratica hospitalar.Set-Out2004;n:35.

16)- Wiffen P. J, McQuay H.J, Rees J, Moore R.A: Gabapentin for acute and chronic pain. 2005; Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD005452. DOI: 10.1002/14651858.CD005452.

UNI... FESP
BIBLIOTECA