Pesquisa Multidisciplinar
EM SAÚDE
EDIÇÃO XXII

Capítulo 60

RECONHECIMENTO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DORES FACIAIS NÃO ODONTOGÊNICAS NA PRÁTICA ENDODÔNTICA

NARA SARMENTO MACEDO SIGNORELLI[1]
LAILA LEAL COSTA NUNES CHAMMA[2]
PAULO CÉZAR SIMAMOTO JÚNIOR[3]
CAMILLA CHRISTIAN GOMES MOURA[4]

1. Doutoranda, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
2. Mestranda, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
3. Docente, Departamento de Oclusão, Prótese Fixa e Materiais Odontológicos, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.
4. Docente, Departamento de Endodontia e Materiais Dentários, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Palavras-chave: *Dor Orofacial; Endodontia; Diagnóstico Diferencial.*

DOI 10.59290/2023069068

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A dor constitui elemento central da prática endodôntica. Pulpites, periodontites apicais, abscessos e outras alterações dos tecidos pulpares e perirradiculares estão entre as condições dolorosas mais frequentemente manejadas pelo endodontista. Consequentemente, existe uma tendência natural de interpretar uma queixa localizada em um dente como evidência de que aquele elemento representa a origem do processo doloroso. Essa associação, entretanto, nem sempre é válida. O local onde o paciente percebe a dor não necessariamente corresponde à estrutura em que a atividade nociceptiva se origina, especialmente na região orofacial, onde múltiplas aferências convergem no sistema trigeminal e podem produzir dor referida ou sobreposição de sintomas (RAJA *et al.*, 2020; ANANTHAN; BENOLIEL, 2020; PIGG *et al.*, 2021).

Esse problema é particularmente relevante na endodontia porque o especialista frequentemente recebe pacientes nos quais uma origem odontogênica já foi presumida. Um tratamento endodôntico prévio, uma restauração extensa, uma alteração radiográfica ou simplesmente o fato de o paciente apontar para determinado dente podem favorecer ancoragem diagnóstica. Estudos demonstram que endodontistas podem apresentar confiança elevada em sua capacidade de reconhecer dores não odontogênicas, embora o desempenho objetivo seja menor do que a autopercepção de conhecimento (LUIZ *et al.*, 2023). Paralelamente, a literatura sobre dor persistente após tratamento do sistema de canais radiculares mostra que parte dos pacientes permanece sintomática mesmo após tratamento tecnicamente adequado e que uma fração desses quadros apresenta causa não odontogênica (NIXDORF *et al.*, 2010; NIXDORF *et al.*, 2015; POLYCARPOU *et al.*, 2005; PHILPOTT *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a formação do endodontista precisa incluir não apenas a capacidade de diagnosticar e tratar doenças pulpares e periapicais, mas também a competência para reconhecer quando a hipótese odontogênica é insuficiente. O objetivo deste capítulo é discutir, de forma aplicada à prática endodôntica, os principais mecanismos, fenótipos, sinais e sintomas das dores faciais não odontogênicas que podem mimetizar dor dentária, propondo uma estratégia de raciocínio clínico que auxilie na decisão entre tratar, investigar, reconhecer condições coexistentes ou encaminhar o paciente.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa de caráter educacional, elaborada a partir do material bibliográfico previamente selecionado pelos autores para o estudo do diagnóstico diferencial da dor orofacial na prática endodôntica.

O corpus incluiu documentos de classificação e consenso, estudos observacionais, revisões sistemáticas e narrativas, diretrizes clínicas e investigações relacionadas à dor persistente após tratamento endodôntico. Foram priorizados trabalhos diretamente aplicáveis à tomada de decisão do endodontista, com ênfase na *International Classification of Orofacial Pain* (ICOP), no *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD), em estudos sobre disfunção temporomandibular e dor miofascial referida, neuralgia e neuropatia trigeminais, dor dentoalveolar ou facial idiopática persistente, cefaleias com apresentação facial, dor rinossinusal e dor craniofacial de origem sistêmica. Também foram considerados estudos

sobre sensibilização periférica e central, condições dolorosas sobrepostas, vieses diagnósticos e comunicação com o paciente.

O conjunto final foi composto por 28 referências publicadas entre 2005 e 2025. Por se tratar de revisão narrativa, não foi empregado protocolo de revisão sistemática nem houve pretensão de exaustividade; a seleção buscou representar os conceitos de maior relevância clínica e educacional para o reconhecimento de dor não odontogênica em pacientes encaminhados para avaliação endodôntica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Bases neurobiológicas da dor referida e concordância diagnóstica

O paciente fornece informação valiosa ao indicar onde sente dor, mas localização não deve ser confundida com causalidade. A polpa dentária, o periodonto, os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular, a pele, as mucosas, as meninges e outras estruturas craniofaciais enviam aferências ao sistema trigeminal. A convergência desses estímulos em neurônios de segunda ordem reduz a precisão com que o sistema nervoso central identifica a fonte periférica do estímulo nociceptivo. Por essa razão, dor proveniente do masseter pode ser percebida em dentes posteriores, estímulos do temporal podem ser interpretados como dor maxilar e algumas condições sinusais, neurológicas ou cefaleias podem assumir apresentação aparentemente dentária. Esse mecanismo é ilustrado na **Figura 60.1** (ROTPENPIAN; YAK-KAPHAN, 2021; PIGG *et al.*, 2021).

A inflamação pulpar e periapical também modifica a excitabilidade nociceptiva. Mediadores inflamatórios reduzem o limiar dos nociceptores periféricos, enquanto a aferência intensa ou prolongada pode favorecer sensibilização central, caracterizada por aumento da responsividade neuronal, ampliação de campos receptivos e alteração da modulação descendente (JAIN *et al.*, 2013; JI *et al.*, 2018). Esses mecanismos ajudam a compreender por que a intensidade da experiência dolorosa nem sempre acompanha linearmente a extensão do dano estrutural e porque diferentes fontes podem interagir no sistema trigeminal.

Na prática, esse conhecimento deve ser traduzido em concordância diagnóstica. Uma origem odontogênica torna-se mais convincente quando história, qualidade e padrão temporal da dor, testes pulpares e periapicais, exame periodontal, achados de imagem e reprodução da dor familiar apontam para a mesma hipótese. Uma alteração dentária pode ser real sem ser responsável pela queixa principal. Assim, antes de intervir, o clínico deve avaliar se o dente possui uma condição capaz de gerar aquele fenótipo, se os testes reproduzem a dor habitual e se outra estrutura oferece explicação mais plausível.

Fenótipo doloroso e condições coexistentes

A classificação diagnóstica é importante, mas o reconhecimento inicial de uma condição dolorosa costuma começar pela caracterização de seu fenótipo. Duração, frequência, qualidade, localização, irradiação, fatores desencadeantes, relação com função mandibular, presença de períodos assintomáticos, sintomas autonômicos e alterações sensoriais frequentemente têm maior valor discriminativo do que a intensidade isolada. Uma descarga elétrica de poucos segundos desencadeada por toque leve, por exemplo, possui significado clínico muito diferente de uma dor profunda e contínua, ainda que ambas recebam a mesma nota em uma escala numérica.

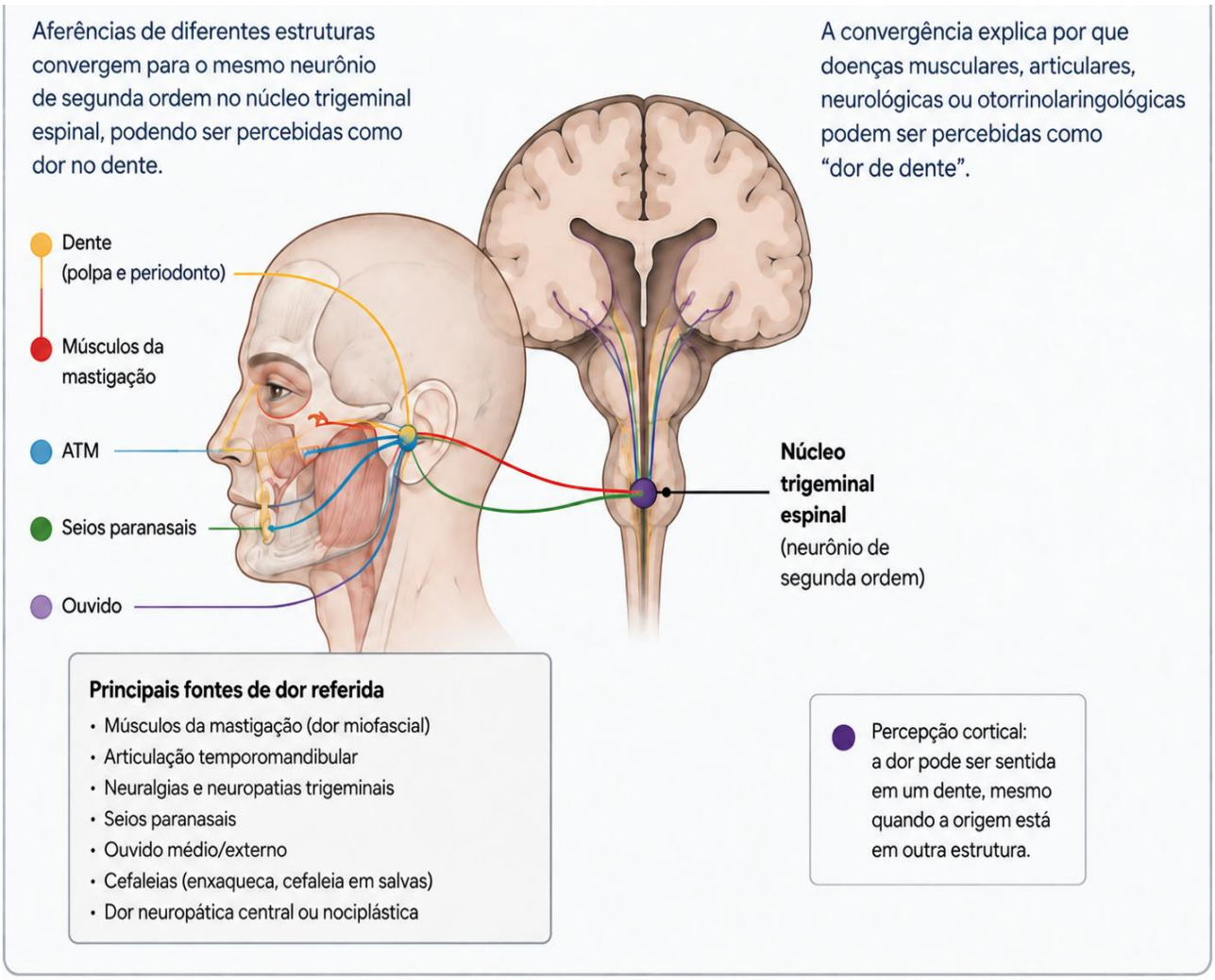
Outro ponto fundamental é reconhecer que condições dolorosas podem coexistir. O conceito de *overlapping pain conditions* descreve a

presença de múltiplas condições em um mesmo indivíduo, relacionadas a vulnerabilidades biológicas, psicológicas e centrais compartilhadas (MAIXNER *et al.*, 2016). Na endodontia, um paciente pode apresentar doença pulpar verdadeira e, simultaneamente, DTM, cefaleia ou dor neuropática. O tratamento endodôntico pode resolver a parcela odontogênica e deixar outra fonte sintomática, situação que não deve ser automaticamente interpretada como falha do tratamento.

Essa possibilidade é especialmente relevante diante dos dados de Signorelli *et al.* (2025), que encontraram maior número de dentes tratados endodonticamente no lado doloroso em pacientes com DTM, associação mais evidente nas apresentações musculares e mistas.

O achado não demonstra que os tratamentos tenham sido desnecessários, mas reforça a necessidade de vigilância diagnóstica quando dor muscular facial e histórico de intervenção endodôntica coexistem. As principais características clínicas que auxiliam nessa diferenciação estão sintetizadas na **Quadro 60.1**.

Figura 60.1 Convergência trigeminal e dor referida



Nota: Representação esquemática da convergência de aferências craniofaciais sobre neurônios de segunda ordem do sistema trigeminal, mecanismo que contribui para a percepção de dor em região diferente de sua origem real.

Impressões digitais da dor para o endodontista

Quadro 60.1 Características clínicas e elementos diferenciais dos principais fenótipos de dor odontogênica e não odontogênica relevantes para a prática endodôntica

Condição	Qualidade predominante	Padrão temporal	Gatilhos/agravantes	Achado particularmente sugestivo
Dor pulpar inflamatória	Pulsátil, profunda, intensa	Variável; pode ser espontânea	Frio, calor, doces	Alteração consistente nos testes pulpares
Dor periapical	Pressão, dor à mastigação	Contínua ou relacionada à função	Percussão, mastigação	Reprodução da dor familiar a partir do dente
Dor miofascial	Peso, pressão, Dolorimento profundo	Horas ou dias; variável	Mastigação, apertamento, função mandibular	Palpação muscular reproduz a dor familiar e pode referi-la ao dente
DTM articular	Dor pré-auricular	Relacionada à função	Abertura, mastigação, movimentos	Dor familiar provocada na articulação
Neuralgia do trigêmeo	Choque, descarga elétrica, lancinante	Segundos a poucos minutos	Toque, fala, mastigação, vento	Ataques estereotipados e zonas-gatilho
Neuropatia trigeminal	Queimação, choque, formigamento	Contínua ou quase contínua	Toque ou estímulos leves	Alodinia, hipoestesia, hiperalgesia ou disestesia
Dor dentoalveolar idiopática persistente	Profunda, pressão ou queimação	Diária e persistente	Pouco previsíveis	Dor dentoalveolar sem causa local suficiente
Dor facial idiopática persistente	Profunda, mal definida	Diária e prolongada	Variáveis	Distribuição pouco compatível com nervo periférico e ausência de causa estrutural
Migrânea com apresentação facial	Pulsátil ou pressão	Crises de horas	Atividade, luz, sons	Náusea, foto/fonofobia e história migranosa
Cefaleias trigêmino-autonômicas	Muito intensa	Ataques	Padrão próprio da síndrome	Lacrimejamento, congestão nasal ou hiperemia conjuntival ipsilateral
Dor rinossinusal	Peso ou pressão	Acompanha processo sinonasal	Variações individuais	Sintomas nasais simultâneos
Dor cardíaca referida	Pressão, peso, aperto	Episódica	Esforço físico	Relação com exercício e possíveis sintomas cardiovasculares

Nota: A análise conjunta da qualidade da dor, padrão temporal, gatilhos e achados sugestivos auxilia a reconhecer condições que podem mimetizar dor dentária.

Dor miofascial e disfunção temporomandibular

Entre os principais mimetizadores da dor dentária, as condições musculoesqueléticas merecem destaque. O DC/TMD oferece uma estrutura validada para investigação clínica e psicossocial das disfunções temporomandibulares (SCHIFFMAN *et al.*, 2014). Na consulta endodôntica, entretanto, o objetivo não é executar o protocolo completo, mas reconhecer sinais que indiquem a necessidade de ampliar o diagnóstico diferencial.

A dor muscular mastigatória costuma ser descrita como profunda, em pressão, peso, cansaço ou dolorimento e pode variar ao longo do dia. Mastigação prolongada, apertamento e movimentos mandibulares repetitivos podem agravá-la. Masseter e temporal são particularmente importantes porque podem referir dor para regiões dentoalveolares. A palpação ganha relevância quando reproduz a dor familiar do paciente, e não apenas quando gera desconforto inespecífico. Da mesma forma, na dor articular, o achado mais significativo é reproduzir a queixa habitual durante palpação ou movimento da articulação, e não apenas identificar estalidos ou crepitação.

Instrumentos breves de triagem para DTM demonstraram utilidade em pacientes que procuravam atendimento endodôntico por dor dentária (DALINE *et al.*, 2024). Estudos de dor persistente pós-endodôntica também identificaram DTM como diagnóstico total ou parcialmente responsável por parte dos casos (NIXDORF *et al.*, 2015). Ao reconhecer provável componente musculoesquelético, o endodontista deve explicar a possibilidade de dor referida, evitar procedimentos baseados apenas na localização subjetiva, investigar doença odontogênica concomitante e encaminhar quando necessário. O manejo das DTM dolorosas prioriza abordagens conservadoras e individua-lizadas, incluindo educação, autocuidado e intervenções não invasivas (BUSSE *et al.*, 2023).

Neuralgia e neuropatia trigeminais

A neuralgia do trigêmeo é uma das condições neurológicas de maior importância no diagnóstico diferencial da dor dentária porque frequentemente envolve as divisões maxilar e mandibular. O fenótipo clássico é unilateral, muito intenso, descrito como choque ou descarga elétrica, com início e término abruptos e crises breves desencadeadas por estímulos normalmente inócuos, como tocar a face, falar, mastigar, escovar os dentes ou receber vento. Quando a mastigação é um dos gatilhos e a dor é percebida em região dentária, o quadro pode ser confundido com doença pulpar ou periapical. A combinação de duração de segundos, qualidade elétrica e zonas-gatilho deve, contudo, levar à investigação neural antes de qualquer intervenção irreversível (BISTA; IMLACH, 2019; MAY *et al.*, 2023).

Na neuralgia clássica, a compressão neurovascular próxima à zona de entrada da raiz trigeminal pode produzir desmielinização focal, hiperexcitabilidade e transmissão efática entre fibras (SZMYD *et al.*, 2022). Já as neuropatias trigeminais dolorosas podem surgir após trauma, cirurgia, implantes, anestesia local ou outros procedimentos. Nesses casos, a dor pode ser contínua ou quase contínua, em queimação, formigamento ou choque, acompanhada de alterações somatossensoriais como alodinia, hipoestesia, hiperalgesia ou disestesia (SPENCER; GREMILLION, 2007). A comparação bilateral da sensibilidade e a relação temporal com um procedimento podem fornecer pistas importantes. Procedimentos adicionais em uma área neuropática tendem a não solucionar a dor e podem acrescentar novos estímulos a um sistema já sensibilizado.

Dores idiopáticas persistentes e dor após tratamento endodôntico

A *International Classification of Orofacial Pain* reconhece condições persistentes cuja apresentação pode ocorrer em região dentoalveolar ou facial sem causa local suficiente para explicar os sintomas (ICOP, 2020; PIGG *et al.*, 2021). A dor dentoalveolar idiopática persistente é especialmente desafiadora para o endodontista porque o paciente pode localizar a queixa precisamente em um dente, em área previamente tratada ou em um alvéolo, apesar da ausência de achados clínicos e radiográficos compatíveis. A dor costuma ser diária, profunda, em pressão ou queimação e pode permanecer apesar de sucessivas intervenções.

Esse cenário favorece um ciclo terapêutico no qual dor leva a tratamento endodôntico, depois a retratamento, cirurgia ou extração, sem modificação significativa do quadro. A ausência de correlação entre sintomas e achados objetivos, o reparo periapical adequado, a estabilidade da dor apesar de procedimentos e a extensão para áreas adjacentes sem progressão patológica correspondente devem levar à revisão da hipótese. O diagnóstico, entretanto, não deve ser utilizado apenas porque "nada foi encontrado"; é necessário excluir causas odontogênicas, musculoesqueléticas, neurológicas e sistêmicas relevantes.

A dor persistente após tratamento endodôntico também exige essa cautela. A expressão "pós-endodôntica" descreve inicialmente uma relação temporal, e não necessariamente etiológica. Causas odontogênicas, como infecção persistente, canal não tratado, fratura ou doença periodontal, devem ser investigadas, mas DTM, dor miofascial, neuropatia, neuralgia e dores dentoalveolares persistentes também podem explicar sintomas após tratamento (NIXDORF *et al.*, 2010; NIXDORF *et al.*, 2015; POLYCARPOU *et al.*, 2005; PHILPOTT *et al.*, 2019; ERDOGAN *et al.*, 2022). Em casos selecionados, mecanismos de sensibilização podem participar da manutenção da dor mesmo quando a fonte periférica inicial foi controlada (JI *et al.*, 2018). Protocolos farmacológicos têm sido propostos para quadros persistentes selecionados, mas o uso de neuromoduladores deve ser orientado pelo diagnóstico e não funcionar como teste inespecífico de dor "neurológica" (JAMES *et al.*, 2025).

Cefaleias, condições otorrinolaringológicas e dor sistêmica referida

Algumas cefaleias primárias podem manifestar dor predominantemente em regiões maxilares, mandibulares ou dentoalveolares. Na migrânea com apresentação facial, a investigação de náusea, fotofobia, fonofobia, piora com atividade física, crises com duração de horas e história prévia de cefaleia pode revelar um fenótipo incompatível com doença pulpar isolada (GAUL *et al.*, 2007; ZIEGELER; MAY, 2019; MAY *et al.*, 2023). Nas cefaleias trigêmino-autonômicas, a combinação de dor unilateral intensa com lacrimejamento, hiperemia conjuntival, congestão nasal ou outros fenômenos autonômicos ipsilaterais deve direcionar a avaliação para além das estruturas dentárias.

Condições otorrinolaringológicas também podem produzir dor percebida na face ou nos dentes. Sintomas nasais, otalgia, sensação de ouvido tampado, secreção, perda auditiva ou pressão facial tornam relevante a investigação correspondente. Da mesma forma que um achado dentário incidental não estabelece causalidade, espessamento mucoso sinusal em exame de imagem também não deve ser automaticamente responsabilizado pela dor; é necessário haver concordância entre sintomas, evolução clínica e achados objetivos.

A dor craniofacial de origem cardiovascular é rara, mas potencialmente grave. Dor mandibular ou dentária desencadeada por esforço, descrita como pressão ou aperto e aliviada com repouso, especialmente quando acompanhada por dispneia, sudorese, náusea ou desconforto torácico, exige investigação médica imediata. Relatos e revisões mostram que dor odontogênica aparente pode ser manifestação de isquemia cardíaca (JALALI *et al.*, 2014; KAWAGUCHI; ICHINOHE, 2024). Déficits neurológicos recentes, perda sensorial progressiva, massas, perda ponderal inexplicada, alterações visuais associadas a nova dor temporal e outros sinais sistêmicos também devem ser interpretados como alertas para interromper procedimentos eletivos e ampliar a investigação.

Fatores psicossociais, vieses diagnósticos e comunicação

A dor é uma experiência sensorial e emocional, e fatores como ansiedade, depressão, estresse, distúrbios do sono, hipervigilância e catastrofização podem modificar intensidade, incapacidade e persistência dos sintomas sem tornar a dor "imaginária" (RAJA *et al.*, 2020; MAIXNER *et al.*, 2016). Em DTM, a catastrofização apresenta associação relevante com a experiência dolorosa e pode contribuir para maior impacto funcional (WILLASSEN *et al.*, 2020). A abordagem biopsicossocial, entretanto, não deve substituir a investigação clínica nem ser utilizada para encerrar prematuramente o diagnóstico.

O raciocínio endodôntico também está sujeito a vieses cognitivos. A ancoragem ocorre quando o profissional se fixa na hipótese inicial; o fechamento prematuro surge quando a investigação termina após o primeiro achado; o viés de confirmação valoriza apenas dados favoráveis à hipótese odontogênica; e o momentum diagnóstico perpetua uma explicação recebida no encaminhamento. Em pacientes com múltiplas intervenções sem resposta previsível, a repetição do mesmo tipo de procedimento deveria reduzir, e não aumentar, a confiança em uma origem dentária não demonstrada.

A comunicação com o paciente deve separar a realidade da dor da atribuição de sua origem. Informar apenas que "o dente está normal" pode ser entendido como negação dos sintomas. É mais adequado explicar que os testes não demonstram, naquele momento, uma condição dentária suficiente para justificar todo o padrão da dor e que diferentes estruturas compartilham vias trigeminais. Adiar uma intervenção irreversível para ampliar a investigação não representa ausência de tratamento, mas uma estratégia para evitar dano.

Triagem clínica e implicações para a educação do endodontista

A consulta endodôntica não precisa se transformar em uma avaliação completa de dor orofacial, mas deve incorporar uma triagem pragmática. A anamnese deve caracterizar o fenótipo e identificar gatilhos, padrão temporal, relação com função mandibular e sintomas associados. Em seguida, a hipótese dentária deve ser testada de maneira sistemática por meio de exames pulpares, periapicais, periodontais e de imagem, com atenção especial à reprodução da dor familiar. Quando a concordância é fraca, a avaliação deve se ampliar para palpação de masseter e temporal, análise da ATM quando indicada, investigação de alterações sensoriais trigeminais e perguntas sobre cefaleias, sintomas autonômicos, otológicos, nasais e sistêmicos.

A **Figura 60.2** sintetiza essa sequência de decisão. Seu propósito não é substituir o julgamento profissional, mas lembrar que a ausência

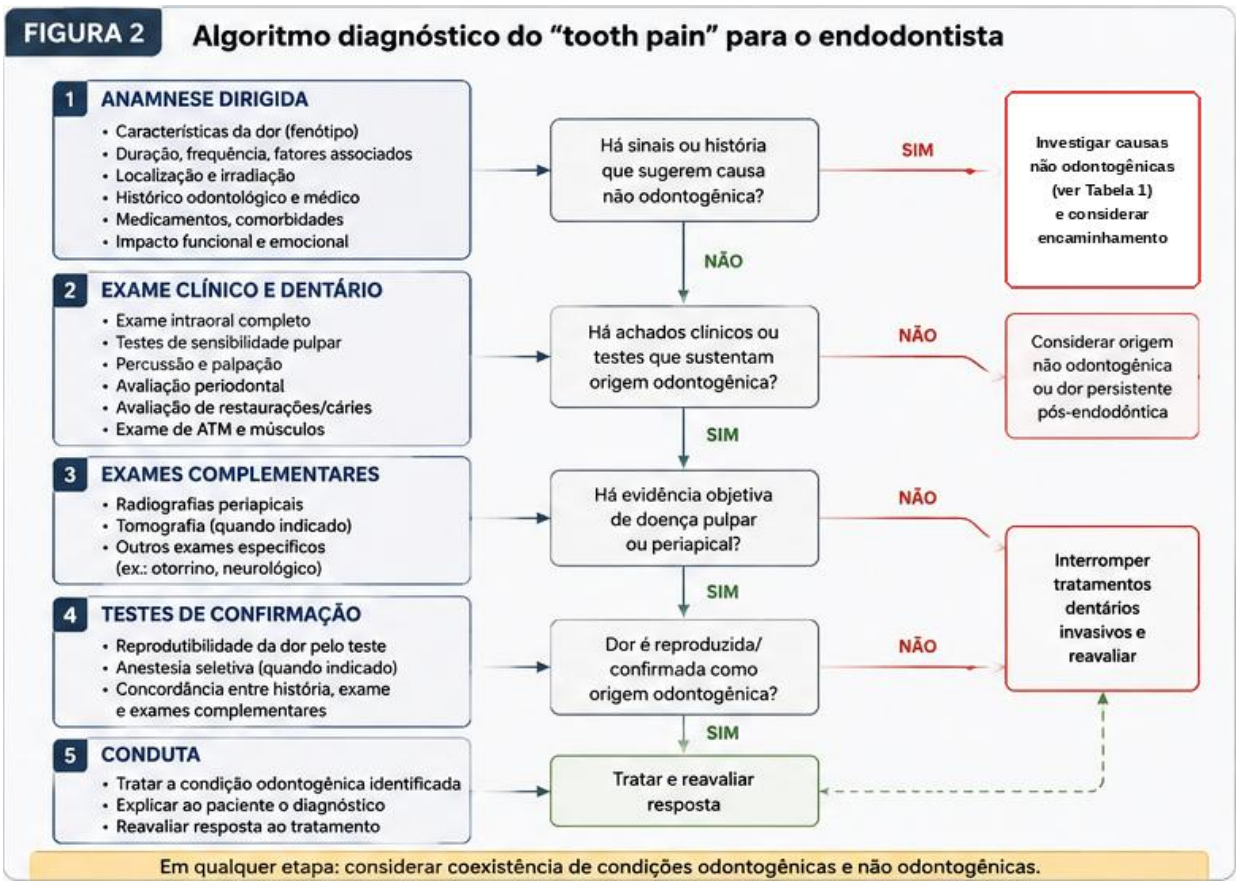
de concordância entre fenótipo e achados odontogênicos deve aumentar a disposição para investigar outras fontes. A possibilidade de coexistência entre dor odontogênica e não odontogênica deve permanecer ativa durante todo o processo.

Do ponto de vista educacional, esse conteúdo deveria integrar formalmente a formação em endodontia. O treinamento técnico em instrumentação, irrigação, microscopia, obturação, retratamento e cirurgia é indispensável, mas não corrige uma hipótese diagnóstica inadequada. Conhecer os principais fenótipos não odontogênicos, examinar músculos mastigatórios e sensibilidade trigeminal em nível de triagem, reconhecer sinais de alerta, comunicar incerteza e encaminhar adequadamente são competências de segurança do paciente. Saber não intervir diante de uma indicação incerta é, portanto, parte da excelência clínica em endodontia (LUIZ *et al.*, 2023; PIGG *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

A dor percebida em um dente nem sempre se origina na polpa ou nos tecidos periapicais. A convergência trigeminal, a dor referida, a sensibilização e a coexistência de condições dolorosas permitem que DTM, dor miofascial, neuralgias, neuropatias, dores idiopáticas persistentes, cefaleias e condições otorrinolaringológicas ou sistêmicas mimetizem uma queixa odontogênica. Para o endodontista, o ponto central não é dominar o tratamento de todas essas condições, mas reconhecer quando a hipótese dentária apresenta boa concordância com o fenótipo e quando ela é insuficiente.

Figura 60.2 Algoritmo clínico para avaliação do paciente com "dor de dente"



Nota: A sequência integra anamnese, exame odontológico, exames complementares, reprodução da dor familiar e investigação de fontes não odontogênicas, mantendo a possibilidade de coexistência entre diferentes mecanismos de dor.

A reprodução da dor familiar, a caracterização temporal, a avaliação musculoesquelética e somatossensorial básica, a identificação de sinais de alerta e a consideração de diagnósticos coexistentes ampliam a segurança da decisão clínica. Em pacientes com dor persistente, especialmente após procedimentos prévios, interven-ções sucessivas sem resposta previsível devem motivar revisão da hipótese causal. Assim, a excelência diagnóstica em endodontia não se expressa apenas pela capacidade de identificar o dente que necessita de tratamento, mas também pela capacidade de reconhecer quando um dente não deve ser tratado e quando o paciente se beneficia de investigação ou cuidado interdisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANANTHAN, S. & BENOLIEL, R. Chronic orofacial pain. Journal of Neural Transmission, v. 127, p. 575, 2020. doi: 10.1007/s00702-020-02157-3.

BISTA, P. & IMLACH, W.L. Pathological mechanisms and therapeutic targets for trigeminal neuropathic pain. Medicines, v. 6, p. 91, 2019. doi: 10.3390/medicines6030091.

BUSSE, J.W. *et al.* Management of chronic pain associated with temporomandibular disorders: a clinical practice guideline. BMJ, v. 383, e076227, 2023. doi: 10.1136/bmj-2023-076227.

DALINE, I.H. *et al.* Diagnostic accuracy of a temporomandibular disorder pain screener in patients seeking endodontic treatment for tooth pain. Journal of Endodontics, v. 50, p. 55, 2024. doi: 10.1016/j.joen.2023.10.011.

ERDOGAN, O. *et al.* Outcomes of referrals from endodontic to orofacial pain specialists: a retrospective cohort study. Clinical and Experimental Dental Research, v. 8, p. 457, 2022. doi: 10.1002/cre2.497.

GAUL, C. *et al.* Orofacial migraine. Cephalalgia, v. 27, p. 950, 2007. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.01349.x.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF OROFACIAL PAIN - ICOP. 1st edition (ICOP). Cephalalgia, v. 40, n. 2, p. 129-221, 2020. doi: 10.1177/0333102419893823.

JAIN, N. *et al*. An insight into neurophysiology of pulpal pain: facts and hypotheses. Korean Journal of Pain, v. 26, p. 347, 2013. doi: 10.3344/kjp.2013.26.4.347.

JALALI, N. *et al.* The tooth, the whole tooth, and nothing but the tooth: can dental pain ever be the sole presenting symptom of a myocardial infarction?: a systematic review. Journal of Emergency Medicine, v. 46, p. 865, 2014. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.11.071.

JAMES, Z. *et al.* Management of persistent post-endodontic pain with a standardized Gabapentin Pyramid Protocol: a case series and clinical guidelines. Journal of Endodontics, v. 51, p. 210, 2025. doi: 10.1016/j.joen.2025.01.007.

JI, R.R. *et al.* Neuroinflammation and central sensitization in chronic and widespread pain. Anesthesiology, v. 129, p. 343, 2018. doi: 10.1097/ALN.0000000000002130.

KAWAGUCHI, J. & ICHINOHE, T. A case report on unstable angina pectoris manifesting as orofacial pain. Bulletin of Tokyo Dental College, v. 65, p. 41, 2024. doi: 10.2209/tdcpublication.2024-0005.

LUIZ, M.D. *et al.* Divergence between confidence and knowledge of endodontists regarding non-odontogenic pain. Journal of Applied Oral Science, v. 31, e20230222, 2023. doi: 10.1590/1678-7757-2023-0222.

MAIXNER, W. *et al.* Overlapping chronic pain conditions: implications for diagnosis and classification. Journal of Pain, v. 17, T93, 2016. doi: 10.1016/j.jpain.2016.06.002.

MAY, A. *et al.* Orofacial pain for clinicians: a review of constant and attack-like facial pain syndromes. Cephalalgia, v. 43, 2023. doi: 10.1177/03331024231187160.

NIXDORF, D.R. *et al.* Differential diagnoses for persistent pain after root canal treatment: a study in the National Dental Practice-Based Research Network. Journal of Endodontics, v. 41, p. 457, 2015. doi: 10.1016/j.joen.2014.12.012.

NIXDORF, D.R. *et al.* Frequency of nonodontogenic pain after endodontic therapy: a systematic review and meta-analysis. Journal of Endodontics, v. 36, p. 1494, 2010. doi: 10.1016/j.joen.2010.06.020.

PHILPOTT, R. *et al.* Prevalence, predictive factors and clinical course of persistent pain associated with teeth displaying periapical healing following nonsurgical root canal treatment: a prospective study. International Endodontic Journal, v. 52, p. 407, 2019. doi: 10.1111/iej.13029.

PIGG, M. *et al.* New international classification of orofacial pain: what is in it for endodontists? Journal of Endodontics, v. 47, p. 345, 2021. doi: 10.1016/j.joen.2020.12.002.

POLYCARPOU, N. *et al.* Prevalence of persistent pain after endodontic treatment and factors affecting its occurrence in cases with complete radiographic healing. International Endodontic Journal, v. 38, p. 169, 2005. doi: 10.1111/j.1365-2591.2004.00923.x.

RAJA, S.N. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain, v. 161, p. 1976, 2020. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939.

ROTPENPIAN, N. & YAKKAPHAN, P. Review of literature: physiology of orofacial pain in dentistry. eNeuro, v. 8, 2021. doi: 10.1523/ENEURO.0535-20.2021.

SCHIFFMAN, E. *et al.* Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for clinical and research applications. Journal of Oral & Facial Pain and Headache, v. 28, p. 6, 2014. doi: 10.11607/jop.1151.

SIGNORELLI, N.S.M. *et al.* Prevalence of endodontically treated teeth in patients undergoing treatment for painful temporomandibular disorders: an observational study. Journal of Endodontics, v. 51, p. 890, 2025. doi: 10.1016/j.joen.2025.02.006.

SPENCER, C.J. & GREMILLION, H.A. Neuropathic orofacial pain: proposed mechanisms, diagnosis, and treatment considerations. Dental Clinics of North America, v. 51, p. 209, 2007. doi: 10.1016/j.cden.2006.09.006.

SZMYD, B. *et al.* The underlying pathogenesis of neurovascular compression syndromes: a systematic review. Frontiers in Molecular Neuroscience, v. 15, 2022. doi: 10.3389/fnmol.2022.923089.

WILLASSEN, L. *et al.* Catastrophizing has a better prediction for TMD than other psychometric and experimental pain variables. Pain Research and Management, v. 2020, 2020. doi: 10.1155/2020/7893023.

ZIEGELER, C. & MAY, A. Facial presentations of migraine, TACs, and other paroxysmal facial pain syndromes. Neurology, v. 93, e1138, 2019. doi: 10.1212/WNL.0000000000008124.