

# 비치성 치통의 치험 증례

연세대학교 치과대학 구강내과학교실

윤승현 · 최종훈 · 김성택 · 안형준 · 권정승

치아의 통증은 구강안면부에서 가장 흔하게 발생하는 통증이다. 대부분의 치아 통증은 치수 및 치주조직의 병적인 변화로 인한 치성 통증이지만, 구강안면부의 다른 구조물의 병적 변화 또는 다른 질병 등에 의한 통증이 치아의 통증으로 나타나는 경우도 흔히 존재하며, 이러한 통증을 '비치성치통'이라고 한다. 비치성치통은 통증의 발현 부위와 통증의 원인 부위가 일치하는 원발성 통증이 아니라, 통증의 발현 부위와 통증의 원인 부위가 동일하지 않은 이소성 통증에 속하므로 통증의 원인을 찾아 치료해야만 개선될 수 있다.

비치성 치통을 유발하는 요인에는 신경병증성 통증, 부비동질환 기원의 통증, 근막통증, 신경혈관성 통증, 심장질환, 두개 및 구강안면부 종양, 중이염 등에 의한 전이통, 심인성 원인 등이 있다. 이러한 다양한 원인에 의한 통증이 치아부위에 나타나는 경우 치아 및 치주조직에 대한 임상 및 방사선 사진 검사 상 병적인 소견이 관찰되지 않음에도 불구하고, 치아통증과 유사한 임상적 증상을 나타낼 수 있다. 그러므로, 임상가들은 비치성 치통을 유발할 수 있는 원인 및 관련 증상들에 대하여 잘 알고 있어야 하며, 세심한 병력 청취, 치아 관련 구조물 및 그 외의 구조물에 대한 정확한 임상 검사를 통해 치성 통증과 감별할 수 있어야 한다.

본 증례 보고에서는, 치아 통증과 유사한 양상을 보이는 비치성 치통으로 내원한 환자의 진단 및 치료에 관한 증례를 통해, 비치성 치통에 대한 고찰 및 진단과 치료시의 고려 사항에 대하여 살펴보고자 한다.

주제어: 비치성 치통, 이소성 통증

## I. 서 론

치아의 통증은 구강안면부에서 가장 흔하게 발생하는 통증이다. 치아의 통증은 대부분의 경우 치수 및 치주조직의 병적인 변화로 인한 치성 통증(odontogenic pain)이지만, 구강안면부의 다른 구조물의 병적 변화 또는 다른 질병 등에 의한 통증이 치아의 통증으로 나타나는 경우도 흔히 존재하며, 이를 비치성 치통(nonodontogenic toothache)이라고 한다.<sup>1)</sup> 비치성 치통은 통증의 발현 부위와 통증의 원인 부위

가 일치하는 원발성 통증(primary pain)이 아니라 통증의 발현 부위와 통증의 원인 부위가 동일하지 않은 이소성 통증(heterotopic pain)에 속하므로, 통증의 원인을 찾아 치료해야만 개선될 수 있다.<sup>1,2)</sup>

비치성 치통을 유발하는 요인에는 신경병증성 통증(neuropathic pain), 부비동(paranasal sinus) 질환 기원의 통증, 근막통증(myofascial pain), 신경혈관성 통증(neurovascular pain), 심장질환, 두개 및 구강안면부 종양, 중이염 등에 의한 전이통(Referred pain), 심인성 원인 등이 있다. 이러한 다양한 원인에 의한 통증이 치아 부위에 나타나는 경우 치아 및 치주조직에 대한 임상 및 방사선 사진 검사 상 병적인 소견이 관찰되지 않음에도 불구하고, 치아 통증과 유사한 임상적 증상을 나타낼 수 있다.<sup>1)</sup> 이러한 비치성 치통의 경우, 통증의 원인이 치아가 아님에도 불구하고, 비치성 치통에 익숙하지 않은 임상가들은 근관치료 또는 발치 등, 치아에 대한 비가역적인 치료를 시행하여 환자에게 불필요한 건강상의 위해를 가하게 되거나 오히려 통증을 악화시키는 경우가 적지 않다. 그러므로,

교신저자: 권정승  
서울시 서대문구 신촌동 134번지  
연세대학교 치과대학 구강내과학교실  
전화: 02-2228-8880  
Fax: 02-393-5673  
E-mail: jskwon@yuhs.ac

원고접수일: 2008-10-02  
원고수정일: 2008-11-17  
심사완료일: 2008-12-03

임상가들은 비치성 치통을 유발할 수 있는 원인 및 관련 증상들에 대하여 잘 알고 있어야 하며, 세심한 병력 청취, 치아 관련 구조물 및 그 외의 구조물에 대한 정확한 임상 검사를 통해 치성 통증과 감별할 수 있어야 한다.

본 증례 보고에서는, 치아 통증과 유사한 양상을 보이는 비치성 치통으로 내원한 환자의 진단 및 치료에 관한 증례를 통해, 비치성 치통에 대한 고찰 및 진단과 치료 시의 고려 사항에 대하여 살펴보고자 한다.

## II. 임상증례

### 1. 증례 1

56세 여환이 하악 우측 구치부의 얼얼한 통증을 주소로 치과의원을 경유하여 연세대학교 치과병원 구강내과에 내원하였다. 환자 진술에 의하면, 통증은 특별한 계기 없이 약 3주 전부터 발생하였으며 내원 전



Fig. 1. 파노라마 방사선 사진 소견  
(Panoramic radiographic image)

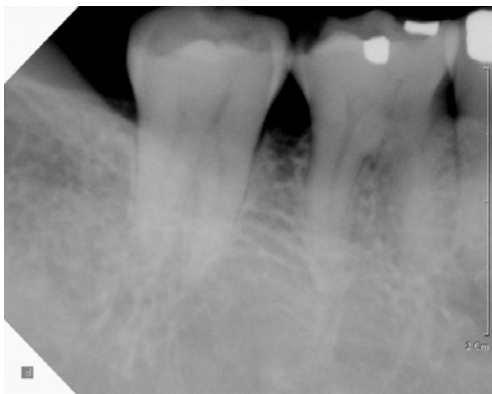


Fig. 2. 치근단 방사선 사진 소견  
(Periapical radiographic image)

치과의원에서 하악 우측 구치부에 대한 검사를 시행하였으나 치아에는 특별한 이상이 없다는 얘기를 들었다고 하였다. 방사선 사진 상 하악 우측 구치부 치아 주위의 치조골 소실이 다소 관찰되었으나, 통증을 유발할 만한 병적 소견은 발견되지 않았다(Fig. 1, 2). 임상 검사 상, 하악 우측 구치부의 시진, 촉진, 타진 및 탐침 시 특기할만한 이상 소견은 관찰되지 않았으나, 하악 우측 제2소구치, 제1대구치, 제2대구치가 한냉치수검사, 온자극검사 및 교합검사에 다소 민감한 반응을 보였다. 저작근에 대한 촉진 검사 결과, 우측 교근에 대한 촉진 시 방사통 양상을 보이는 발통점이 확인되었으며, 특히 우측 교근 종지부(insertion) 발통점의 경우 통증이 하악 구치부로 전이되어 환자의 주소를 재현하였다.

임상 제반 검사 및 방사선사진검사를 종합한 결과, 우측 교근의 근막 통증에 의한 전이통으로 진단하였다. 초진 시 환자에게 근막 통증에 관한 주의사항, 근육운동 등을 지도하였고, 온습포 찜질을 시행하도록 교육하였다. 또한, 우측 교근 종지부에 1% procaine 1ml를 이용하여 발통점 주사(trigger point injection)를 시행하였으며, 삼환성 항우울제인 nortriptyline (Sensival<sup>®</sup>) 10mg을 자기 전에 복용하도록 처방하였다. 2주 후 내원 시, 하악 우측 구치부의 통증이 완화되어 발통점 주사 및 기존 약물 투약을 유지하였고, 물리치료로 초음파 및 저준위레이저 치료를 시행하였다. 4주 후 내원시 하악 우측 구치부의 통증이 소실된 상태였으며, 투약 및 물리치료를 유지하였다. 6주 후 내원시 통증 소실 상태가 유지되고 있어 치료를 종료하였다.

### 2. 증례 2

43세 남환이 약 3주 전부터 발생한 상악 우측 구치부의 찌릿한 통증을 주소로 연세대학교 치과병원 구강내과에 내원하였다. 통증은 주로 저작, 세수 및 양치 시 발생되었으며, 통증 발생 후 내원한 치과의원에서 상악 우측 제1대구치에 대한 근관치료를 시행하였으나 증상의 호전이 없었다고 하였다. 이후, 연세대학교 치과병원 보존과에 의뢰되어 상악 우측 제1대구치의 근관치료를 다시 시행하였으나, 증상의 호전을 보이지 않아 구강내과로 의뢰되었다.

임상 검사 결과, 상악 우측 제1대구치는 타진 및 동요도 검사, 한냉치수검사, 전기치수검사(electric pulp test) 검사에 음성 반응을 보였으며, 대합측 치아인 하

악 우측 제1소구치의 경우 동요도검사 및 한냉치수검사에 음성반응을 보였으나, 타진 검사 시 환자의 주소인 찌릿한 통증이 재현되었다. 하지만 그 외 임상 제반 검사 및 방사선 사진 검사 상 하악 우측 제1소구치 부위의 특기할만한 병적 소견은 관찰되지 않았다(Fig. 3, 4). 통증의 강도가 높은 경우 통증의 정확한 발생 부위를 구별하지 못하는 경우가 있으므로, 진단 목적으로 하악 우측 제1소구치 부위에 국소마취를 시행하였으며, 국소 마취 후 타진 시의 통증이 완전히 소실되는 소견이 관찰되었다. 임상 검사 상, 통증 양상은 삼차신경통으로 진단하기에 합당하였으나, 한냉치수 검사 상 음성 반응을 보이며, 타진 시 통증이 재현되고 마취 시 통증이 소실되었으므로 치성 원인에 대한 통증을 확실하게 배제하기 위하여 보존과로 협진 의뢰 하였다. 이후, 보존과에서 통증을 견디다 못한 환자의 요구로 즉시치수강개방(emergency opening)을 시행하였으며, 치수강 개방 시 치수괴사(necrotic pulp) 소견이 관찰되었다고 하였다. 하지만 치수강개방 이후에도 통증은 전혀 개선되지 않았으며, 치수강개방 다음날부터는 하악공전달마취 시에도 통증이 소실되지 않는 소견을 보였다. 결국 3일 후 다시 구강내과에 내원하였고, 삼차신경통 진단 하에 치료계획을 수립하였다. 두개 내 병소(intracranial lesion) 등에 의해 발생하는 이차적인 증후성 삼차신경통(symptomatic trigeminal neuralgia)의 가능성을 배제하기 위하여 뇌의 자기공명영상검사(brain magnetic resonance image, MRI)를 계획하였으나, 환자의 경제적 사정으로 인하여 뇌간(brainstem)부위의 전산화단층촬영(computed tomography)을 시행하였고, 항전간제인 carbamazepine (Carmazepine CR<sup>®</sup>) 200mg을 하루 2회 복용하도록 처방하였다. 또한, carbamazepine에 의한 부작용을 확인하기 위하여 주기적으로 전혈검사, 일반화학검사, 뇨검사를 의뢰하였다.

2주 후 내원 시 통증의 개선이 없었으나, 전산화단층촬영 검사 상 특기할만한 이상 소견이 발견되지 않아 Carmazepine CR<sup>®</sup> 400mg을 하루 2회 복용하도록 처방하였다. 4주 후 내원 시 통증이 다소 완화된 소견을 보여 투약 유지하였으며, 6주 후 내원 시에는 통증이 소실되어 투약 감량을 시작하였다. 8주 후 내원 시 투약 감량에도 통증 소실 상태가 유지되고 있어 투약 감량을 지속하였고, 15주 후 내원 시 통증 소실 상태 유지되고 있어 투약 중단하였다.

### 3. 증례 3

29세 여환이 상악 좌측 치아 및 치은부와 안면부가 가만히 있어도 얼얼하고 찌릿거린다는 주소로 내원하였다. 환자 진술에 의하면 약 2개월 전부터 특기할만한 계기 없이 증상이 발생하였고, 상악 좌측 치아의 경우 시리고 민감한 증상도 동반된다고 하였다. 환자는 약 4-5년 전부터 두통이 있었으며, 최근 들어 두통



Fig. 3. 파노라마 방사선 사진 소견  
(Panoramic radiographic image)



Fig. 4. 치근단 방사선 사진 소견  
(Periapical radiographic image)



Fig. 5. 파노라마 방사선 사진 소견  
(Panoramic radiographic image)



Fig. 6a. 자기공명영상검사 소견, 시상면 (Sagittal view)

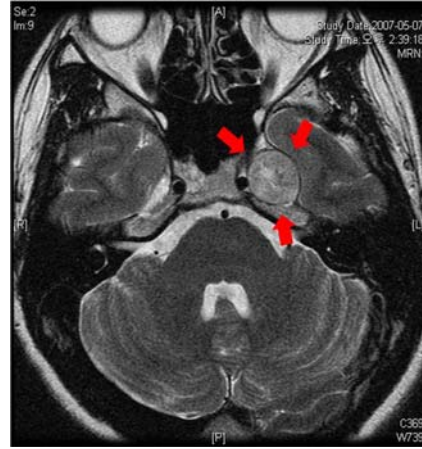


Fig. 6b. 자기공명영상검사 소견, 횡단면 (Coronal view)

의 강도가 더 심해졌다고 호소하였다. 두통에 관한 문진 결과, 두통의 양상은 국제두통학회(International Headache Society)의 국제두통분류(ICHD-II)에 따른 무전조 편두통의 양상을 나타냈다. 촉진 시 전방적인 안면 및 경부 근육, 턱관절 부위에서 통증이 유발되었으나, 전이통 또는 방사통 등의 소견은 관찰되지 않았다.

환자가 호소하는 좌측 안면부의 감각이상에 대한 평가를 위하여, 삼차신경을 포함한 전체 뇌신경에 대한 간이신경검사를 시행하였다. 다른 뇌신경에 대한 검사 결과에서는 특기할만한 이상 소견이 발견되지 않았으나, 삼차신경에 대한 간이신경검사(light touch test, pin prick test) 결과, 좌측 삼차신경의 하악분지(mandibular division)의 감각이 우측 분지에 비하여 다소 저하되어 있는 소견이 관찰되었다. 치과방사선 검사 상 특기할만한 이상 소견은 발견되지 않았다 (Fig. 5).

임상 및 방사선 검사 결과를 종합하여, 삼차신경병증(trigeminal neuropathy) 가진 하에 치료계획을 수립하였다. 환자가 비교적 젊고, 두통 병력 및 신경학적 증상이 존재 하였으므로, 두개 내 병소에 의한 이차적 증상의 가능성을 고려하여 뇌의 자기공명영상검사를 시행하기로 하였다. 가돌리늄 조영 증강 자기공명영상(gadolinium-enhanced MRI) 검사 결과, 좌측 해면정맥동(cavernous sinus)에 경계가 명확한 직경 18 mm 정도 크기의 구형 종괴가 좌측 삼차신경에 인접하여 존재하고 있었고, 좌측 삼차신경의 신경초

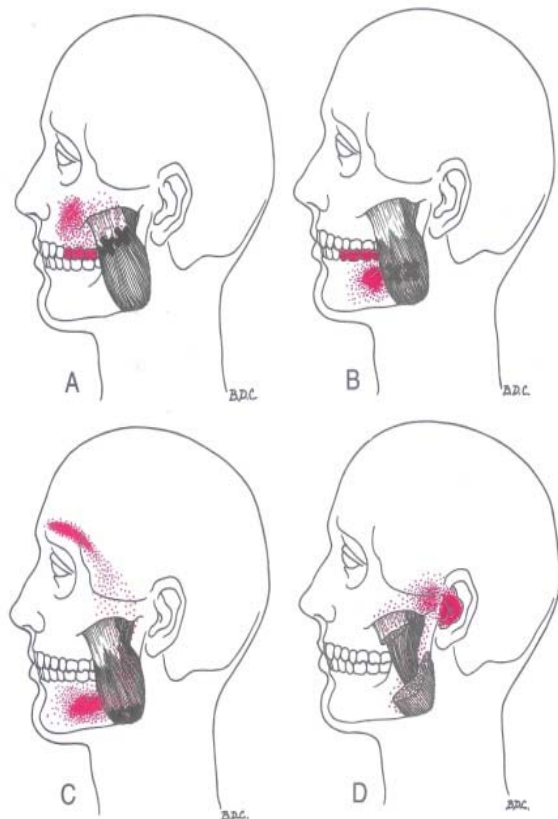


Fig. 7. 교근에서의 전이통(From Simons DG, Travel JG. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. 2nd ed., pp.331)

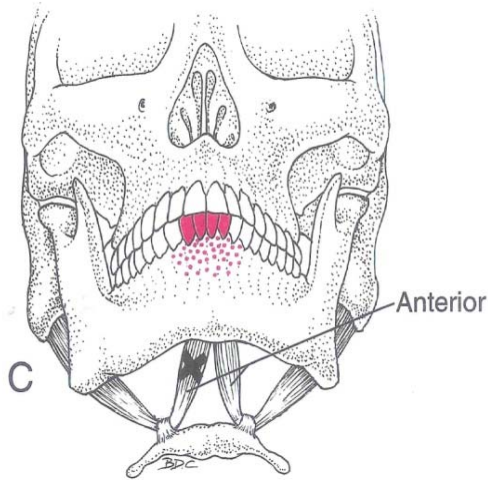


Fig. 8. 악이복근 전복에서의 전이통(From Simons DG, Travel JG. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. 2nd ed., pp.398)

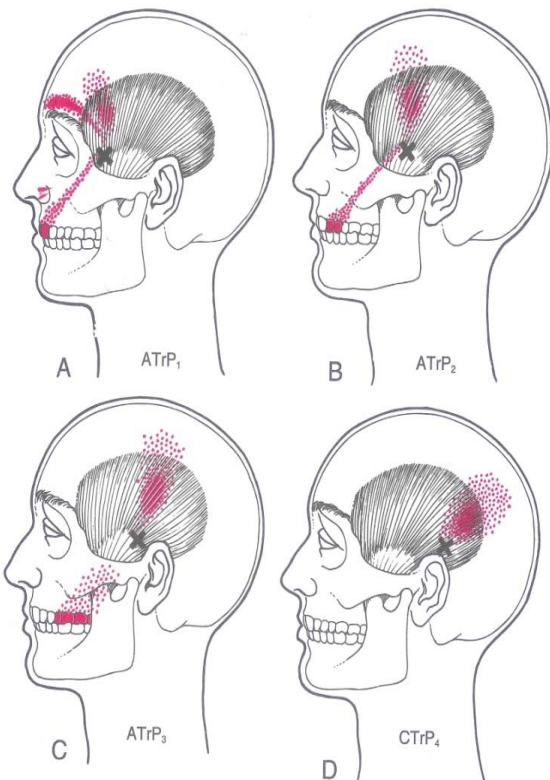


Fig. 9. 측두근에서의 전이통(From Simons DG, Travel JG. Myofascial pain and dysfunction : the trigger point manual, 2nd ed., pp.351)

종(schwannoma)으로 추정되었다(Fig. 6a,b). 자기공명 영상검사 결과 확인 후 신경외과로 의뢰 하였으며, 신경외과에서 감마나이프(gamma- knife) 수술을 시행 하였다. 수술 후 통증 및 신경학적 증상은 소실되었다.

### III. 토 의

대부분의 치통은 치수 및 치주 조직의 병적 변화로 인한 통증이지만, 위 증례에서와 같이 비치성 치통을 호소하는 경우도 적지 않다. 비치성 치통의 경우 원인을 찾아내어 치료하지 않고, 치아나 치주조직에 대한 치료만 시행하게 되면 통증이 전혀 개선되지 않고 오히려 악화되는 경우도 많아 환자 뿐 아니라 임상가에게도 혼란스러운 상황을 야기하는 경우가 많다. 따라서 의사는 기본적으로 치아 및 치주조직에 대한 정확한 검사를 시행하여야 하며, 검사 후에도 통증의 원인이 될 만한 병적 소견이 발견되지 않는 경우 이러한 비치성 치통의 발생 가능성에 대하여 고려하여야 한다.

비치성 치통은 여러 가지 다양한 원인에 의하여 나타날 수 있다. 대표적인 비치성 치통의 발생 원인으로 는 근막통증에 의한 연관통, 신경통증, 상악동 기원의 통증, 두통과 같은 신경혈관성 기원의 통증, 심장 기원의 통증, 심인성 통증, 두개 내 신생물에 의한 이차적인 통증 등이 있다.<sup>1,3)</sup>

근막통증은 비치성 치통의 가장 흔한 원인으로 알려져 있다. 근막통증의 특징을 살펴보면, 통증이 유발되는 단단한 띠(taut band) 형태의 발통점(trigger point)을 가지며, 미만성의 둔한 통증을 나타낸다. 또한 상·하악 구치부 치아 및 주변부로의 전이통을 유발할 수 있으며, 이차성 통각과민(secondary hyperalgesia), 자율신경계 반응(autonomic reaction) 과 같은 증추성 흥분효과(central excitatory effect)를 나타낼 수 있다. 전이통은 치아 및 교근으로부터 각각 유래된 일차 구심성 신경(primary afferent neuron)이 공통의 이차 구심성 신경(secondary afferent neuron)과 시냅스하는 수렴(convergence) 현상에 기인하며, 교근(masseter)으로부터 지속적인 유해자극(nociceptive input)의 유입 시 치아의 통증으로 인지 되는 경우가 발생된다.<sup>2,3)</sup> Travell과 Simons에 의하면 측두근(temporalis), 교근, 악이복근(digastric muscle) 전복(anterior portion)의 근막통증은 치아로 전이통을 나타낼 수 있으며, 이러한 전이통은 교합압, 타진반응, 온자극 및 냉자극 등 모든 자극에 대한 치아의 지각과

민을 유발할 수 있다고 보고하였다(Fig. 7, 8, 9).<sup>4)</sup>

첫번째 증례에서와 같이 근막통증에 의하여 발생한 치아의 지각과민 및 통증은 원인이 되는 근막통증을 치료해야 개선될 수 있다. 근막통증의 치료법으로는 환자 교육 및 행동요법, 분사신장 요법, 초음파치료 등의 물리 치료, 발통점주사요법(trigger point injection) 및 근육이완제 또는 삼환성항우울제 등을 이용한 약물치료 등이 있다.

두 번째 증례는 신경병성 통증 중 삼차신경통에 해당된다. 삼차신경통은 주로 50세 이상의 연령에서 호발하며, 주로 삼차신경의 상악 분지 또는 하악 분지에 편측으로 나타나는 찌르는 듯한 극심한 발작성 통증을 임상적 특징으로 한다. 통증이 발생하는 동측에 '발통대(trigger zone)'가 존재하며 세수, 칫솔질 등과 같이 정상적으로는 통증을 유발하지 않을 만한 자극에 의해 통증이 유발된다. 발통대가 존재하는 경우 발통대 주변에 국소마취를 시행하면 통증의 유발이 감소되거나 소실된다. 대부분의 특발성 삼차신경통(idiopathic trigeminal neuralgia)의 경우 신경학적 증상은 보이지 않는다.<sup>2,5,6)</sup> 삼차신경통의 발생 원인은 현재까지 명확히 밝혀지지 않았으나, 많은 경우 삼차신경절에 인접한 혈관 또는 두개 내 종물 등의 압박에 의한 삼차신경의 탈수초화(demyelination) 현상에 의하여 발생되는 것으로 알려져 있다. 삼차신경통의 발통대가 구강 내에 존재하는 경우 저작 등의 자극에 의해서도 통증이 유발될 수 있으며, 특히 두 번째 증례와 같이 하나의 치아에 의해서 통증이 유발되거나 치아의 국소마취에 의하여 통증이 소실되는 경우 치성 통증으로 오인될 가능성이 높으므로 주의를 요한다.<sup>1)</sup> 삼차신경통의 치료는 크게 약물치료와 수술적인 치료로 구분된다. 약물치료는 카바마제핀(carbamazepine), 옥스카바제핀(oxcarbazepine) 등의 항전간제를 주로 이용한다. 삼차신경통의 일차 선택 약제는 카바마제핀이며, 대개의 경우 빠른 증상의 완화를 보인다. 하지만 카바마제핀은 간독성 및 골수 억제 작용 등의 심각한 부작용을 나타낼 수 있으므로 투약 시 전혈검사 및 일반화학검사를 주기적으로 시행하여야 한다. 이러한 약물치료로 호전이 되지 않거나 약물치료의 부작용이 심각한 경우 수술적인 치료를 고려하여야 한다. 수술적인 방법으로는 미세혈관압박술(microvascular decompression, MVD) 또는 감마나이프 수술(gamma knife surgery) 등을 현재 많이 사용하고 있다.

드물지만, 두개부 및 안면 부위에 발생하는 신생물

에 의하여 치아 통증, 턱관절 통증, 두통 등의 구강안면부의 체성 통증(somatic pain) 혹은 신경병성 통증(neuropathic pain)이 발생하는 경우가 있다. 또한 인접한 신경에 침범함으로써 운동장애 또는 감각 이상과 같은 신경학적 증상이 통증과 동반되어 나타나기도 한다. 예를 들어 삼차신경의 직접적, 또는 간접적인 압박으로 인해 동측 안면부의 감각이상 또는 삼차신경통과 유사한 양상의 통증을 유발될 수 있다. 이러한 증상을 나타내는 환자에서는, 정확한 진단을 위하여 안면부의 감각 및 운동 신경에 대한 검사를 포함한 뇌신경검사를 필수적으로 시행하여야 한다. 또한 확진을 위해 조영증강 자기공명영상검사가 추천된다.<sup>7-10)</sup>

세번째 증례의 경우 통증과 함께 감각이상이 동반되었으며, 기존에 존재하던 두통이 점차 악화되는 병력을 지니고 있었다. 또한 좌측 안면부의 간이신경검사 시 감각 저하 소견이 관찰되었다. 본 증례에서와 같이 특기할만한 이상 소견 없이 감각 이상 또는 비전형적인 통증이 존재하는 경우 두개 내 원인에 의한 이차적인 증상일 가능성을 고려하여야 할 것으로 사료된다.

Okeson은 비치성 치통의 고려해야 할 증상으로 통증의 원인이 될만한 치아의 이상이 존재하지 않는 경우, 자극적이며, 화끈거리는 비박동성의 치아통증, 소실되지 않고 변화가 없이 지속적으로 존재하는 치아통증, 수개월 혹은 수년간 지속적으로 재발하는 경우, 자발통으로 나타나는 다발성 치아 통증, 의심되는 치아의 국소마취 시에도 사라지지 않는 통증, 치아에 대한 적절한 치과치료 후에도 통증이 지속되는 경우 등을 제안하였다.<sup>1)</sup> 임상가는 이러한 비치성 치통의 증상 및 징후를 잘 알고 있어야 하며, 특히 앞서 언급한 고려사항에 해당되는 경우, 다양한 원인에 의한 비치성 치통의 가능성을 고려하여야 한다. 또한, 치수 및 치주조직의 객관적인 이상 소견이 확인되지 않은 경우 근관치료, 발치와 같은 비가역적인 치료를 성급하게 시행하지 않아야 할 것으로 사료된다.

## 참 고 문 헌

1. Okeson JP, Falace DA. Non odontogenic toothache. Dent Clin Nor Am 1997;41:367-383.
2. Okeson JP. Bell's orofacila pain, 6th ed., Chicago, 2005 Quintessence Publishing Co., pp.65-67, 450-466.
3. Stephen Cohen, Richard C Burns. Pathway of the pulp, 9th ed., St. Louis, 2006, Mosby, pp.59-79.
4. Simons DG, Travel JG. Myofascial pain and

- dysfunction: the trigger point manual, 2nd ed., Baltimore, 1999, Williams & Wilkins, pp.278-307, 329-364.
5. Anan S, Jeffrey P. Trigeminal neuralgia mimicking odontogenic pain. *Oral Sur Oral Med Oral Path* 1995;80:96-100.
  6. Shankland WE. Trigeminal neuralgia: Typical or atypical?. *Cranio* 1993;11:108-112.
  7. Masataka, Takayoshi, Tsugio. A Case report: Toothache caused by epidermoid cyst manifested in cerebellopontine angle. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:560-561.
  8. Tancioni F, Gaetani P, Villani L et al. Neurinoma of the trigeminal root and atypical trigeminal neuralgia: Case report and review of the literature. *Surg Neurol* 1995;44:36-42.
  9. Jannetta PJ. Arterial compression of the trigeminal nerve at the pons in patient with trigeminal neuralgia. *J Neurosurg* 1967;26:159-162.
  10. Bhaya MH, Har-El G. Referred facial pain from intracranial tumors: A diagnostic dilemma. *Am J Otolaryngology* 1998;19:383-386.

- ABSTRACT -

#### Nonodontogenic Toothache : Case Reports

Seung-Hyun Yoon, D.D.S., Jong-Hoon Choi, D.D.S.,M.S.D.,Ph.D.,  
Seong-Taek Kim, D.D.S.,M.S.D.,Ph.D., Hyung-Joon Ahn, D.D.S.,M.S.D.,Ph.D.,  
Jeong-Seung Kwon, D.D.S.,M.S.D.

*Department of Oral Diagnosis & Oral Medicine, Dental Hospital, Yonsei University, College of Dentistry*

The most common type of orofacial pain is toothache. However, many other types of pain which derived from nonodontogenic problems can mimic toothache. Nonodontogenic toothache is heterotopic pain that the site of pain is not in the same location of the source of pain. This differs from primary pain, in which the site of pain is the actual site which the pain originates. Heterotopic pain can be alleviated by direct treatment toward the source of pain. The common sources of nonodontogenic toothache include neuropathic pain, sinus pain, Myofascial pain, neurovascular pain and even cardiac pain and psychogenic pain. Thus, clinicians should have a thorough knowledge about causes of nonodontogenic toothache, and through pain history and examination of dental and nondental structures are needed. This case report is about some cases of nonodontogenic toothache, and it also emphasizes essential considerations for proper differential diagnosis and appropriate treatment.

Key Words: Nonodontogenic toothache, Heterotopic pain