

Dor músculo-esquelética do segmento cefálico

Craniofacial musculoskeletal pain

José Tadeu Tesseroli de Siqueira*, Manoel Jacobsen Teixeira**

Siqueira, J.T.T., Teixeira, M.J. Dor músculo-esquelética do segmento cefálico. *Rev. Med. (São Paulo)*, 80(ed. esp. pt.2):290-6, 2001.

RESUMO: As disfunções têmporo-mandibulares, são uma das mais importantes razões músculo-esquelética de dor crânio-facial. Devido à complexidade do aparelho mastigatório, à rica inervação das estruturas que o compõem e à sua marcante participação na vida de relação dos indivíduos, anormalidades funcionais ou estruturais que o acometem podem primária ou secundariamente acarretar dor, freqüentemente, incapacitante. O histórico detalhado, os dados de semiologia clínica são mais importantes que os exames complementares para o diagnóstico. O tratamento das afecções músculo-esqueléticas dolorosas fundamenta-se na remoção dos fatores causais, no controle sintomático da dor e nos procedimentos de reabilitação física e mental. Quando adequadamente aplicados, tais intervenções resultam em melhora da maioria dos doentes.

DESCRITORES: Síndromes da dor miofascial/fisiopatologia. Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular. Dor facial/fisiopatologia.

INTRODUÇÃO

O estudo da dor músculo-esquelética crânio-facial recebeu grande impulso na década de 30, quando Costen, médico otorrinolaringologista, avaliou vários doentes com otalgia a que atribuiu à compressão do nervo auriculotemporal pelo côndilo mandibular, em decorrência da perda de dentes posteriores⁵. Apesar de essa condição não ter sido comprovada, tornou-se motivo de discussões científicas e de estudos que resultaram na descrição da síndrome de dor e disfunção da articulação temporomandibular (ATM). Estes doentes, geralmente são do sexo feminino, sofrem dor periauricular e freqüentemente, apresentam anormalidades funcionais na ATM ou na musculatura mastigatória²⁸. Estas

condições são muito prevalentes. Apesar de sua fisiopatologia sua classificação ser ainda obscura, o fato de se atribuir a dor a anormalidades para cognominá-las na ATM. O conceito de ser a síndrome dolorosa facial de origem exclusivamente articular, foi ampliado devido à melhor compreensão da existência de diversas condições dolorosas, relacionadas ou não à atividade mandibular, apesar de a maioria ter como origem a ocorrência de anormalidades músculo-esqueléticas do aparelho mastigatório³¹.

EPIDEMIOLOGIA

O consenso atual é o de que as afecções dolorosas

*Cirurgião Dentista, Doutor em Ciências pela Equipe de Dor Orofacial e ATM da Divisão de Odontologia e Membro do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

** Neurocirurgião, Professor Doutor do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Diretor da Liga de Dor do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro Acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:Rua Maria Cândida, 135. Vila Guilherme. 02071-010 - São Paulo, SP.

faciais de origem músculo-esquelética do aparelho mastigatório sejam agrupadas sob a denominação comum de disfunções têmporo-mandibulares (DTMs). A Classificação Internacional de Cefaléias denomina as DTMs como “disfunções oromandibulares” e considera-as como condições dolorosas que se assemelham a cefaléias primárias, a exemplo da cefaléia tipo tensão (item 2) e cita causas odontológicas como possíveis elementos etiológicos das cefaléias secundárias (item 11)¹⁴.

Mais de 80% da população norte-americana apresenta algum sinal ou sintoma de disfunção têmporo-mandibular (DTM). Entretanto, apenas cerca de 5% dos indivíduos necessita tratamento decorrente de DTM¹. Em 97% destes casos, a procura pelo atendimento especializado decorre essencialmente da ocorrência da dor; em apenas 3% ruídos articulares ou de sensação de algo diferente nos maxilares e torna-se a razão da assistência⁷.

FISIOPATOGENIA DA DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA FACIAL

A ATM é considerada importante sede de dor crânio-facial¹³. Esta estrutura deve ser compreendida no contexto anátomo-funcional do aparelho mastigatório. Anormalidades da ATM podem gerar dor muscular secundária e anormalidades na função muscular mastigatória podem contribuir para gerar anormalidades na ATM. Portanto, é indispensável que se compreenda a ocorrência de subgrupos de anormalidades têmporo-mandibulares e a possibilidade de fisiopatologias variadas para sua ocorrência.

Tradicionalmente, as dores decorrentes de DTMs são classificadas como tendo origem articular, muscular a mista. Existem vários subgrupos dessas categorias. Segundo a Classificação Internacional de Cefaléias, as disfunções oromandibulares” são relacionadas, particularmente a anormalidades da ATM, motivo pelo qual foram sugeridas modificações na classificação^{9,35}. Bell⁴ e a Academia Americana de Dor Orofacial¹, classificam com mais detalhe os subgrupos das DTMs. Em nosso meio, as condições dolorosas decorrentes das DTMs são classificadas como³⁵:

- a) síndromes dolorosas miofasciais;
- b) artropatias da ATM;
- c) parafunção noturna (bruxismo noturno);
- d) alteração estrutural (desdentado total, prognata);
- e) síndromes dolorosas sistêmicas (fibromialgia, artrite reumatóide).

O esqueleto facial é constituído pelos ossos maxilares, nasais e mandíbula. O terço inferior da face é representado pela mandíbula, osso único e que se relaciona bilateralmente com a base do crânio via um par de ATMs.

A ATM é uma diartrose bilateral do tipo sinovial

constituída pelo côndilo mandibular, cavidade articular do osso temporal e disco articular. Ao contrário de outras articulações condrocartilaginosas, é do tipo fibrocartilaginosa. É envolvida por uma cápsula e dividida por um disco articular formado por fibras colágenas em dois compartimentos, o superior e o inferior. As superfícies articulares e o disco são avasculares. Na região posterior, o disco insere-se no ligamento retrodiscal que apresenta propriedades elásticas e é ricamente vascularizado e inervado (região bilaminar), elemento de grande importância clínica para a compreensão de algumas anormalidades dessa articulação. O disco articular apresenta enorme capacidade de adaptação morfofuncional; em condições normais, permanece entre as superfícies articulares durante a execução dos movimentos da mandíbula. A superfície articular superior é separada da fossa craniana média por delgada lâmina óssea²⁰, aspecto que deve ser considerado em casos de traumatismos mandibulares ântero-posteriores. As ATMs são interdependentes de tal forma que anormalidades funcionais em uma delas podem resultar em alterações na outra.

Os músculos da mastigação (masseteres, temporais, pterigoídeos laterais, mediais) são bilaterais. Os músculos digástricos, embora não sejam considerados mastigatórios, desempenham papel importante no movimento mandibular de abaixamento e na deglutição. Apresenta relação com o osso hióide e com os músculos supra e infrahióideos. Os músculos responsáveis pelos movimentos mandibulares têm origem e inserção em várias regiões dos maxilares e do crânio (por exemplo, os músculos temporais ocupam uma grande região dos ossos parietais). Os feixes anteriores dos músculos digástricos, originam-se na superfície lingual da mandíbula e, seus feixes posteriores, originam-se na região medial da mastóide; ambos inserem-se no tendão do osso hióide. O conhecimento destes aspectos anatômicos é relevante sob o ponto de vista clínico e entendimento de algumas dores crânio-faciais decorrentes da atividade mandibular. Entretanto, os movimentos do aparelho mastigatório não se restringem aos músculos da mastigação, pois outros músculos da cabeça e do pescoço também podem estar envolvidos na dinâmica mandibular, o que pode acarretar, em caso de anormalidades em algum deles ou de grupos deles, alterações funcionais nos demais²¹. Alterações posturais, mandibulares ou linguais podem contribuir para o desencadeamento e perpetuação da dor músculo-esquelética do segmento cefálico.

Os dentes podem também acarretar anormalidades funcionais da ATM e dor o que justifica a sua relevância na avaliação clínica dos doentes com dor crônica crânio-facial. Os dentes são componentes essenciais do aparelho mastigatório. Sua formação e desenvolvimento mantém relação íntima com o desenvolvimento dos maxilares e

Edição Especial

da face. No indivíduo adulto, a oclusão dentária está sujeita à ação de forças biomecânicas e atividades mandibulares, como mastigação, deglutição e fonação e depende da condição dos dentes. Perdas dentárias extensas, próteses mal-adaptadas, oclusão irregular e alterações esqueléticas são fatores que também podem contribuir para a manutenção da dor músculo-esquelética do segmento cefálico.

Um componente músculo-esquelético do aparelho mastigatório, normalmente pouco mencionado em casos de dores crônicas da face, é o periodonto. Este elemento é constituído pela articulação dento-alveolar, do tipo gonfoso, semi-rígida, com movimento restrito a cerca de 100 µm, mas indispensável à atividade e sobrevida dos dentes. Doenças infecciosas dentárias, em sua maioria, acometem o periodonto. A doença periodontal apresenta elevada prevalência mundial e é uma das principais causas de perdas dentárias e de infecções regionais ou focais, principalmente em doentes de risco, como cardiopatas, imunossuprimidos ou renais crônicos^{6,18}. O periodonto é ricamente vascularizado e inervado. Apresenta, essencialmente, mecanorreceptores e participa ativamente da sensibilidade oclusal do aparelho mastigatório. Além das doenças inflamatórias, está sujeito a traumatismo oclusal repetitivo de natureza diversa. Esta condição pode causar dor do tipo artrítico, normalmente localizada, com intensidade leve a moderada, mas que pode tornar-se intensa em condições de periodontite traumática aguda. Os mediadores da inflamação (prostaglandinas, interleucinas)¹⁵ e neurotransmissores, como a substância P acumulados nos tecidos humanos saudáveis e inflamados² sugerem haver participação de mecanismos de inflamação neurogênica nas periodontopatias. Inflamações periodontais de natureza traumática intrínseca, como ocorre em decorrência do ranger repetitivo dos dentes, podem causar artrite alvéolo-dentária^{6,21} e gerar dor difusa e referida, semelhantemente ao que ocorre em casos de dores miofasciais. Além disso, devido à excitação e sensibilização do sistema nervoso central, pode ser induzida atividade muscular reflexa^{4,30}. Inflamação e sangramento gengival, dor e mobilidade dentária, dor difusa na gengiva ou na face, principalmente após a mastigação de alimentos fibrosos, podem sugerir periodontopatia. Estas anormalidades podem exercer papel contribuinte no agravamento importante das dores crônicas e, algumas vezes, podem ser a fonte primária da dor³².

ASPECTOS CLÍNICOS

A dor resultante de DTMs geralmente é referida na região periauricular o que justifica a freqüente procura, pelos doentes, pelo otorrinolaringologista. Outros locais comuns de dor são a face, a mandíbula, o fundo do olho, as têmporas e a nuca. A dor pode irradiar-se para regiões

adjacentes do crânio e do pescoço, pode ser localizada ou difusa, espontânea ou desencadeada pelos movimentos mandibulares. A origem da dor aguda decorrente de traumatismos extrínsecos ou intrínsecos é facilmente identificável e reduz consideravelmente da atividade mandibular⁴. Quando a dor é crônica, sua localização é variável e podem não ser identificadas significativas anormalidades na função mandibular. A dor pode ser localizada no segmento cefálico, como ocorre em casos de síndrome dolorosa miofascial ou generalizada como ocorre em casos de artrite reumatóide e de fibromialgia^{38,41,42,43}. Portanto, esses doentes devem ser avaliados no contexto de dor crônica em que a interrelação de fatores biopsicossociais intervém marcadamente na sua expressão⁸.

Anormalidades musculares são uma das principais causas de dor crônica crânio-facial^{10,36,40}. Entretanto, a fisiopatologia da dor miofascial mastigatória não é totalmente compreendida³⁸. A dor muscular facial decorrente de afecções predominantemente dos músculos mastigatórios é difusa, referida, às vezes, à distância e pode ter apresentação atípica, pois a complexa anatomia e a fisiologia do aparelho mastigatório contribui para a variabilidade de sua expressão incluindo seu caráter migratório. É habitualmente unilateral, mas pode ser bilateral. Nem sempre localiza-se na mesma região, que dificulta a avaliação e a precisão diagnóstica, predispondo à iatrogenia.

Anormalidades de ATM que cursam com dor são subgrupo de DTMs com características, em geral, bem definidas e de fácil diagnóstico. Normalmente a dor por lesão relaciona-se à função mandibular, tornando sua movimentação limitada e dolorosa. Frequentemente decorre de quadros inflamatórios, agudos ou crônicos, de origem local ou sistêmica (osteoartrite, osteoartrose). Os ruídos articulares sugerem anormalidade funcional da ATM; podem decorrer da simples interferência do disco ou de processos degenerativos articulares. A limitação da abertura bucal, mesmo indolor, exige investigação, pois pode decorrer de lesões fibrosas ou ósseas como ocorre em casos de adesões e de anquiloses. A existência de tumores deve ser também sempre investigada.

As luxações da ATM caracterizam-se por deslocamento anterior do côndilo mandibular e do impedimento do fechamento bucal. Doentes com história de acidente vascular encefálico podem apresentar luxação secundária da mandíbula, fenômeno que pode ser confundida com comprometimento neurológico secundário, embora decorra apenas do impedimento mecânico da mandíbula³³. Os critérios para diagnóstico da luxação de ATM são: assimetria e alongamento facial, dor, impedimento de fechar a boca e dificuldade para mastigar, falar e deglutir. Edema uni ou bilateral na região pré-auricular, rigidez facial e mordida aberta podem estar

presentes. Desdentados totais que não conseguem usar dentaduras, parafunção, alterações esqueléticas na forma dos componentes da articulação e alterações oclusais predis põem à luxação. Os músculos comprometidos, em fadiga, podem subitamente entrar em atividade espástica e causar luxação.

Doentes psiquiátricos podem apresentar discinesia mandibular em decorrência do uso de fármacos³ e apresentar dor e disfunção mandibular.

O travamento brusco da abertura bucal em decorrência do deslocamento anterior do disco articular pode impedir que o doente abra a boca.

Ocorre depressão em 18% a 40% dos doentes com DTM e ansiedade em 17% a 30%²⁷. Nestes doentes são também identificadas anormalidades da personalidade, das habilidades de enfrentamento frente à dor e das atitudes voltadas para a preservação da saúde²⁹. A despeito do fato de haver anormalidades psicocomportamentais em doentes com dor decorrente de DTM não há evidências de serem fator causal³⁷. A exemplo da dor crônica, as alterações do humor ou seja a ansiedade ou a depressão, são comuns nesses doentes. Além disto não há perfil psicológico diferente entre os subgrupos de doentes com DTMs, embora fatores psicológicos contribuam para a instalação e evolução da síndrome algica¹¹. Enquanto alguns admitem que doentes com DTM apresentem personalidades vulneráveis aos estresses²² ou maior número de sintomas psicológicos que os indivíduos saudáveis, outros afirmam que não há diferença entre os dois grupos. Rudy et al. (1995)²⁶, observaram que doentes com dor crônica devido a DTM, após tratamento odontológico padrão, apresentaram evolução diferente. Sugeriram que isto foi devido à existência de três subgrupos psicológicos, coincidindo com o observado em doentes com cefaléias ou lombalgias.

A persistência de dor decorrente de DTM interfere no desempenho social, no trabalho, na escola, no curso da dor e no seu tratamento⁸.

Durante muito tempo, implicaram-se as alterações da oclusão dentária como causa isolada de DTMs dolorosas. Embora essa relação possa ocorrer em aproximadamente 10% dos casos²⁴, a oclusão exerce papel relevante contribuinte para desencadear ou perpetuar a dor. A combinação de anormalidades da oclusão dentária e de fatores a ela relacionados incluindo perdas dentárias, hábitos parafuncionais como ranger e apertar de dentes, restaurações e próteses alteradas, exerce papel marcante na evolução dessas condições dolorosas³⁵ pois podem aumentar o risco de disfunção e de dor, principalmente em indivíduos biologicamente susceptíveis²⁴.

OS DOENTES COM DOR OROFACIAL

O diagnóstico de dor músculo-esquelética facial é

essencialmente clínico. Doentes com suspeita de dor músculo-esquelética da face, devem ser submetidos a exame criterioso para a avaliação da participação dos fatores oclusais na manutenção da dor. Doentes desdentados totais com dor crânio-facial crônica recorrente devem ser avaliados odontologicamente. Cumpre ressaltar, entretanto, que o uso de próteses mal adaptadas não significa dor decorrente de DTM. O diagnóstico diferencial deve ser realizado para identificar a participação do fator oclusal na gênese de dor. Exames complementares podem ser necessários para eliminar causas sintomáticas como infecções, tumores ou fraturas. As radiografias panorâmicas possibilitam a avaliação do esqueleto facial. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética podem ser utilizados em casos específicos e, principalmente, quando há suspeita de tumores para seleção de casos cirúrgicos.

TERAPÊUTICA DA DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA DA FACE

A dor decorrente de DTM apresenta fisiopatologia contribuinte local e ou sistêmica variada e necessita intervenções terapêuticas específicas para seu controle. É portanto, necessário o diagnóstico diferencial dos vários subgrupos de DTMs para a adoção do tratamento apropriado. Estratégias terapêuticas eficientes devem envolver todos os aspectos do doente e da doença, sejam eles físicos, psicológicos e ou sociais. A exemplo do que ocorre nas demais regiões do corpo, o tratamento da dor músculo-esquelética da face implica na necessidade de ao mesmo tempo em que se programa a terapêutica oclusal e farmacológica e o uso de medidas físicas deve-se remover condições estruturais envolvidas na manutenção e perpetuação da condição algica ou seja dos fatores oclusais, esqueléticos, posturais (mandibulares, cervicais), sistêmicos e ou psicológicos^{40,41}.

A terapêutica da dor decorrente das DTMs inclui fármacos analgésicos antiinflamatórios, opióides, antidepressivos tricíclicos, infiltrações localizadas com anestésicos locais e ou corticosteróides, meios físicos (calor, frio, estimulação elétrica transcutânea, acupuntura, laser), exercícios, terapia oclusal (*jigs*, placas miorrelaxantes, placas para reposição postural da mandíbula, placas de reposição anterior para o disco), ajustes oclusais, cirurgias da ATM (artrocentese, artroscopia, cirurgia ortognática) e acompanhamento psicoterápico. O tratamento dos ruídos, a exemplo da oclusão, depende das características de cada doente, do diagnóstico e das suas implicações na função e na qualidade de vida. Muitas vezes, não há necessidade de tratamento. Em casos especiais, tratamento cirúrgico pode ser necessário.

Edição Especial

Os procedimentos terapêuticos da dor decorrente de DTM são realizados segundo as seguintes etapas³⁵: tratamento sintomático, reabilitação postural primária e reabilitação estrutural.

- Tratamento sintomático. É necessário para aliviar a dor enquanto é realizado o diagnóstico. Medidas físicas como calor, repouso mandibular, placas miorrelaxantes, placas de diagnóstico, exercícios mandibulares, infiltrações e farmacoterapia objetivam aliviar a dor e facilitar a elaboração de diagnósticos diferenciais.

- Reabilitação postural primária. Esta fase nem sempre é necessária. Relaciona-se à correção das alterações estruturais, como a oclusão, quando esta atua como fator perpetuante da dor. É adotada visando especificamente ao tratamento de uma condição clínica comum na população brasileira, que é a dos desdentados totais; pode haver dificuldade no estabelecimento da relação entre a correção da prótese e a dor. Consiste o uso do que Bell (1991)⁴ denominou de “terapia relacionada”, ou seja, de causa-efeito. É possível que, em alguns casos, o fator oclusal seja etiologicamente importante. No Brasil há elevada prevalência de doentes com próteses totais²³, muitas próteses são inadequadas e nem sempre são trocadas periodicamente (recomenda-se troca a cada 6 anos)³⁴. Muitos doentes desdentados não usam ou não têm próteses. Doentes desdentados com discinesias ou com dimensão vertical e alterada apresentam hábitos parafuncionais, alterações oclusais, instabilidade das próteses, problemas iatrogênicos³⁴, piora da função mastigatória e maior grau de disfunção em relação aos doentes dentados^{17,19}. Essas alterações podem tornar-se fatores contribuintes para ocorrência de dor muscular facial crônica. A otalgia reflexa e a dor pré-auricular são queixas nestes casos frequentes, embora ocorrem outras queixas como cefaléia fronto-temporal³⁵. Quando estas anormalidades são marcantes, os doentes apresentam melhora rápida; o controle da dor é possível com terapêutica oclusal, associada ou não a procedimentos terapêuticos sintomáticos farmacológicos e de medicina física³⁴. Muitos doentes com cefaléias recorrentes de dentaduras antigas ou alteradas apresentam melhora na frequência e na intensidade de suas queixas quando trocam as próteses^{17,19}. Estudo retrospectivo sobre DTM em desdentados totais revelou que 11% dos doentes com dor crânio-facial crônica melhorou após tratamento que incluiu a correção funcional e postural de suas mandíbulas³⁴. O procedimento de reabilitação postural inicial permite identificar doentes desdentados totais cuja alteração oclusal é fator preponderante para ocorrência de dor e evita que o doente submeta-se a longos períodos de tratamentos inadequados e a mudanças de próteses. Em populações carentes nem sempre há a possibilidade

da confecção de novas próteses; medidas imediatas que restaurem provisoriamente as próteses podem auxiliar o diagnóstico diferencial, condição importante, porque a dor pode não ser devida à DTM mas pode ter outras causas (tumores). A reposição dentária provisória é eficaz pois auxilia a reposição postural da mandíbula, a reabilitação estrutural da face e o desempenho oclusal. É indicada em doentes com perdas dentárias posteriores, perda acentuada da dimensão vertical e oclusão iatrogênica. A fase de reabilitação neuromuscular do desdentado total tem como objetivo o controle da dor, o teste terapêutico sobre a influência dos fatores estruturais na manutenção da dor e o preparo do doente com importantes alterações oclusais ou estruturais para a próxima etapa da reabilitação³⁵.

- Reabilitação definitiva. Após a execução do diagnóstico e tendo a dor controlada, o doente torna-se ciente de que reabilitação oclusal definitiva torna-se etapa importante no tratamento. A terapêutica cirúrgica pode ser considerada nesta fase, em casos de dor sintomática (drenagem de abscessos, pulpectomia) mas não em casos de prognatismo mandibular, das cirurgias ortognáticas ou da reabilitação com implantes dentários. A dor pode e deve ser controlada antes da eventual decisão cirúrgica. Não é recomendável cirurgia, reabilitação ou ortodontia como método de diagnóstico, pois estes procedimentos podem causar iatrogenia, cronificação da dor e de comorbidades. As anormalidades articulares causadores de dor facial podem ser razão da necessidade de cirurgia quando o grau de comprometimento de seus componentes torna o tratamento conservador com terapia física, fármacos e aparelhos oclusais insatisfatório. É o que ocorre em casos de anquilose, tumores e de algumas luxações tardias e recidivantes.

O tratamento da luxação da ATM consiste da redução manual da mandíbula³³; quando não redutível ou quando a luxação é prolongada, procedimentos complexos e cirurgias são necessárias.

O tratamento melhora com tratamento sintomático, embora alguns doentes necessitem cirurgia articular.

A terapia cognitivo-comportamental é alternativa para melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor facial crônica. A associação de antidepressivos com terapia cognitivo-comportamental reduz o grau de interferência da dor na vida dos doentes e melhora suas estratégias de enfrentamento, reduzindo a procura pelo aparelho de saúde¹².

Entretanto, muitos doentes com dor facial crônica apesar das reabilitação dentária ou mandibulares e das anormalidades relacionadas nem sempre têm a dor eliminada devido a mecanismos de cronificação da condição algica como a sensibilização central e anormalidades comportamentais³⁹.

CONCLUSÃO

As DTMs causam freqüentemente dor crânio-facial crônica. Embora tenham etiologia multifatorial, as anormalidades oclusais podem desencadear ou perpetuar a dor. Por essa razão, a terapêutica oclusal, proporciona bons resultados em muitos casos. Como essas disfunções compõem-se de vários sub-grupos, é necessário que eles sejam reconhecidas para que o tratamento apropriado seja aplicado. Anormalidades da ATM podem estar associadas

à restrição mandibular e exigir terapêuticas invasivas. A distinção entre dor aguda e crônica, articular e muscular é importante para estabelecer o método de tratamento. A eliminação dos fatores causais é indispensável. As alterações da postura mandibular e cervical devem ser corrigidas em associação com a correção de outros fatores locais ou sistêmicos contribuintes para a dor³⁵. A cronicidade da dor implica na necessidade de terapêutica adjuvante.

Siqueira, J.T.T., Teixeira, M.J. Craniofacial musculoskeletal pain. *Rev. Med. (São Paulo)*, 80(ed. esp. pt.2):290-6, 2001.

ABSTRACTS: Temporomandibular dysfunctions are one of the most common cause of the craniofacial pains. The complexity of the sensory innervation and the relevance of the masticatory apparatus in the daily activities of the human being justify the high frequency of functional and or anatomical abnormalities of the masticatory apparatus as cause of craniofacial pains. The data collected from history and the clinical examination are more important than and the complementary exams for the diagnosis. Treatment is based in the elimination of the causal factors and in the prescription analgesic symptomatic agents of physical and psychosocial rehabilitative procedures.

KEY WORDS: Myofascial pain syndrome/physiopathology. Temporomandibular joint dysfunction syndrome. Facial pain/physiopathology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AAOP - American Academy of Orofacial Pain. *Orofacial pain: guidelines for assessments, diagnosis and management*. Chicago, Quintessence, 1996.
2. Bartold, P.M., Kyltra, A., Lawson, R. Substance P: an immunohistochemical and biochemical study in human gingival tissues. A role for neurogenic inflammation. *J. Periodontol.*, 65:1113-21, 1994.
3. Basset, A., Remick, R. A., Blasberg, B. Tardive dyskinesia: a unrecognized cause of orofacial pain. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, 61:570-2, 1986.
4. Bell, W.E. *Dores orofaciais. Classificação, diagnóstico e tratamento*. 3.ed. São Paulo, Quintessence Books, 1991.
5. Costen, J. Neuralgias and ear symptoms associated with disturbed function of the temporomandibular joint. *JAMA*, 107:252, 1930.
6. Dajani, A.S., Taubert, K.A., Wilson, W., Bolger, A.F., Bayer, A., Ferriere, P., Gewitz, M.H., Shulman, S.T., Nouri, S., Newburger, J.W., Hutto, C., Pallash, T.J., Gage, T.W., Levinson, M.E., Peter, R.G., Zuccaro, Jr.G. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. *JAMA*, 277:1794-801, 1997.
7. Dworkin, S.F., Huggins, K.H., LeReshe, L., Von Korf, F. M., Hooward, J., Truellove, E., Sommers, E. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *JADA*, 120:239-44, 1990.
8. Dworkin, S. Behavioral characteristics of chronic temporomandibular disorders: diagnosis and assessment. In: Sessle, B.J., Bryant, P.S., Dionne, R.A., ed. *Temporomandibular disorders and related pain conditions*. Seattle, IASP Press, 1995. p.175-92. (Progress in Pain Research and Management, v. 4).
9. Jensen, R., Olsen, J. Reaction paper to Chapters 10-11. In: Sessle, B.J., Bryant, P.S., Dionne, R.A., ed. *Temporomandibular disorders and related pain conditions*. Seattle, IASP Press, 1995. p.193-8. (Progress in Pain Research and Management, v. 4).
10. Friction, J.R., Kroening, R., Haley, D. Myofascial pain syndrome: a review of 168 cases. *Oral Surg.*, 60:615-23, 1982.
11. Grzesiak, R.C. Considerações psicológicas na disfunção temporomandibular. Abordagem biopsicossocial para a formação de sintomatologia. *Clin. Odontol. Am. Norte*, 1:217-35, 1991.
12. Harrison, S.D., Glover, L., Feinmann, C., Pearce, S.A., Harris, M.A. A comparison of antidepressant medication alone and in conjunction with cognitive behavioral therapy for chronic idiopathic facial pain. In: Jensen, T.S., Turner, J.Á., Wiesenfeld-Hallin, Z., ed. *Proceedings of the 8th World Congress on Pain*. Seattle, IASP Press, 1997. p.663-72. (Progress in Pain Research and Management, v.8).
13. Heir, G. Facial pain of dental origin – A review for physicians. *Headache*, 27:540-7, 1987.
14. HIS - Comitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia. *Classificação e critérios diagnósticos para cefaléias, nevrálgias cranianas e dor facial*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.
15. Ishihara, Y., Nishihara, T., Maki, E., Noguchi, T., Koga, T. Role of interleukin-1 and prostaglandin in in vitro bone resorption induced by *Actinobacillus actinomycetemcomitans* lipopolysaccharide. *J. Periodontol. Res.*, 26:155-60, 1991.

Edição Especial

16. Kvinnsland, I., Heyeraas, K.J., Byers, M.R. Effects of dental trauma on pulpal and periodontal nerve morphology. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, 88 (Suppl. 1):125-32, 1992.
17. Magnusson, T., Carlsson, G.E. Changes in recurrent headaches and mandibular dysfunction after various types of dental treatment. *Acta Odontol. Scand.*, 12:311-20, 1980.
18. Mansur, A.J., Faria, E.F., Grinberg, M., Neves, R.S., Belloti, G., Pilegi, F. Prevenção da endocardite infecciosa: a necessidade de participação dos dentistas. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, 42:165-7, 1988.
19. Mercado, M.D.F., Faulkner, K.D.B. The prevalence of craniomandibular disorders in completely edentulous denture-wearing subjects. *J. Oral Rehabil.*, 18:231-42, 1991.
20. Navarro, J.A.C. Anatomia cirúrgica da ATM. In: Barros, J.J., Rode, S.M., ed. *Tratamento das disfunções craniomandibulares*, A.T.M. São Paulo, Livraria Santos, 1995. p.43-59.
21. Okeson, J.P. *Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares*. 2.ed. São Paulo, Artes Médicas, 1992.
22. Portnoi, A.G. Estresse e distúrbios craniomandibulares. In: Barros, J.J., Rode, S.M., ed. *Tratamento das disfunções craniomandibulares*, ATM, São Paulo, Livraria Santos, 1995. p.165-8.
23. Pinto, N.T.O., Ferreira, M., Souza, W.O. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal*, Brasil, Zona Urbana, MS Brasil, 1986. p.110-5.
24. Pullinger, A.G., Seligman, D.A., Gornbein, J.Á. A multiple regression analysis of the risk and relative odds of temporomandibular disorders as a function of common occlusal features. *J. Dent. Res.*, 72:968-79, 1993.
25. Ramfjord, S., Ash, M.M. *Oclusão*. 3.ed. São Paulo, Interamericana, 1984.
26. Rudy, T.E., Turk, D.C., Kubinski, J.Á., Zaki, H.S. Differential treatment responses of TMD patient as a function of psychological characteristics. *Pain*, 61:103-12, 1995.
27. Rugh, J.D., Woods, B.J., Dahlstrom, L. Temporomandibular disorders: Assesment of psychological factors. *Adv. Dent. Res.*, 7:127-36, 1993.
28. Schwartz, L., Chayes, C.M. Dolor de la articulación temporomandibular. In: Schwartz, L., Chayes, C.M., ed. *Dolor facial y disfunción mandibular*. Argentina, Editorial Mundi, 1973. p.27-30.
29. Schnurr, R.F., Brooke, R.I., Rollman, G.B. Psychosocial correlates of temporomandibular joint pain and dysfunction. *Pain*, 42:153-65, 1990.
30. Sessle, B.J. The neurobiology of facial and dental pain: present knowledge, future directions. *J. Dent. Res.*, 66: 962-81, 1987.
31. Sessle, B.J., Bryant, P.S., Dionne, R.A. *Temporomandibular disorders and related pain condition*. Seattle, IASP Press, 1995. (Progress in Pain Research and Management, v. 4).
32. Siqueira, J.T.T., Ching, L.H. Dificuldades no diagnóstico diferencial de dores dentárias referidas à face. Conduta clínica e considerações sobre uma amostra. *J. Bras. Odontol. Clin.*, 2:11-8, 1997.
33. Siqueira, J.T.T., Nasri, C., Silveira, M.E., Teixeira, M.J., Santos, E.M. Dor facial aguda associada a alteração motora mandibular: considerações sobre uma amostra clínica. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo*, 53:114-6, 1998.
34. Siqueira, J.T.T., Ching, L.H. Dor orofacial em doentes desdentados totais com disfunção temporomandibular: Estudo retrospectivo longitudinal. *Rev. Paul. Odontol.*, 3:32-7, 1999.
35. Siqueira, J.T.T. Disfunções temporomandibulares – Diagnóstico e tratamento sintomático. In: Siqueira, J.T.T., Ching, L.H., ed. *Dor orofacial/ATM, bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba, Editora Maio, 1999. p.209-33.
36. Solberg, W.K. *Disfunções e desordens temporomandibulares*. São Paulo, Livraria Santos, 1989.
37. Speculand, B., Goss, A.M. A review of psychological factors in temporomandibular joint dysfunction pain. *Int. J. Oral Surg.*, 14:131-7, 1985.
38. Stohler, C.S. Clinical perspectives on mastigatory and related muscle disorders. In: Sessle, B.J., Bryant, P.S., Dionne, R.A., ed. *Temporomandibular disorders and related pain conditions*. Seattle, IASP Press, 1995. p.3-29. (Progress in Pain Research and Management, v. 4).
39. Teixeira, M.J. Fisiopatologia da nocicepção e da supressão da dor. In: Siqueira, J.T.T., Ching, L.H., ed. *Dor orofacial /ATM – bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba, Editora Maio 1999. p.39-65.
40. Travell, J. Identification of myofascial trigger point syndromes: a case of atypical facial neuralgia. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 62:100-6, 1981.
41. Travell, J., Simon, D. *Myofascial pain and dysfunction - the trigger point manual*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992. v.2.
42. Wolfe, F., Simons, D.G., Friction, J. et al. The fibromyalgia and myofacial pain syndromes: a preliminary study of tender points and trigger points in persons with fibromyalgia, myofacial pain syndrome and no disease. *J. Rheumatol.*, 19:994-51, 1992.
43. Wolfe, F. Fibromyalgia and temporomandibular disorders. In: Sessle, B.J., Bryant, P.S., Dionne, R.A., ed. *Temporomandibular disorders and related pain conditions*. Seattle, IASP Press, 1995. p.31-46. (Progress in Pain Research and Management, v. 4).