

Prevalência de Dor Miofascial em Pacientes com Desordem Temporomandibular

Larissa de Oliveira Reis*
Jeane Fernandes Furtado**
Jean Soares Miranda**
Isabela Maddalena Dias***
Fabiola Pessôa Pereira Leite**

RESUMO

A dor miofascial (DMF) orofacial é considerada um tipo de desordem temporomandibular (DTM) muscular, tendo sua origem em pontos localizados na musculatura, conhecidos como pontos gatilho (PG). O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de DMF dentre os pacientes diagnosticados com DTM atendidos na Faculdade de Odontologia na Universidade Federal de Juiz de Fora no período de março a setembro de 2014. Além disso, o estudo analisou o período de tempo no qual o paciente sente dor, classificando-a em aguda ou crônica. A amostra foi composta por 60 pacientes diagnosticados com algum tipo de DTM através da utilização do eixo I dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD). Os dados diagnósticos obtidos foram submetidos aos cálculos estatísticos de prevalência. A prevalência de pacientes com DMF foi de 93,33%. A maioria dos diagnósticos de DMF foi associada a algum diagnóstico articular (73,33%). A dor crônica acometeu 85% dos pacientes. O diagnóstico de DMF, tanto com limitação de abertura como sem limitação, teve alta prevalência na amostra estudada, sendo que a maioria estava associada a algum diagnóstico articular.

Palavras-chave: Transtornos da articulação temporomandibular. Pontos-gatilho. Dor crônica.

1 INTRODUÇÃO

As desordens temporomandibulares (DTM) referem-se a um conjunto de alterações que afetam a articulação temporomandibular (ATM) e/ou músculos da mastigação e estruturas da face (ALMEIDA et al., 2005). Sua etiologia é considerada multifatorial. Fatores psicológicos e psicossociais, como estresse, ansiedade e depressão, vêm sendo apontados como contribuintes na dor orofacial crônica e na predisposição, iniciação e perpetuação das DTM (MONTEIRO et al., 2011; SCHMITTER et al., 2010).

As DTM podem ser classificadas em dois grandes grupos: aquelas de origem articular, com sinais e sintomas relacionados às ATM; e as de origem muscular, com sinais e sintomas relacionados aos músculos estomatognáticos (DONNARUMMA et al., 2010).

A dor miofascial (DMF) orofacial é considerada um tipo de DTM muscular, tendo sua origem em pontos localizados na musculatura, conhecidos como pontos gatilho (PG) e que

devido a gatilhos locais e sistêmicos, causam tanto dor muscular nestes pontos quanto em estruturas distantes deles (VULFSONS, RATMANSKY e KALICHMAN, 2012). Do ponto de vista clínico, os PG ativos reproduzem a queixa clínica, em geral dor, que o paciente reconhece quando são pressionados digitalmente. Já os PG latentes não produzem dor espontânea e, mesmo não sendo responsáveis pelos sintomas da dor local e referida, apresentam características semelhantes aos ativos, tais como tensão muscular aumentada e encurtamento muscular (GONZALEZ-PEREZ et al., 2015).

Alguns fatores que podem ativá-los são aumento do uso do músculo, sobrecarga do mesmo, estresse emocional e até uma infecção das vias respiratórias superiores (OKESON, 2008), sendo agravado por hábitos parafuncionais e posturas inadequadas (FERNÁNDEZ-CARNERO et al., 2010).

A característica peculiar dos PG é que eles são uma fonte constante de dor profunda e, portanto, podem produzir efeitos excitatórios centrais, afetando o sistema nervoso central (SNC) (OKESON, 2013).

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia – Juiz de Fora, MG. E-mail: larissadeoreis@gmail.com

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia – Juiz de Fora, MG.

*** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina – Juiz de Fora, MG.

Dependendo do grau de comprometimento, pode ser incapacitante (SIQUEIRA e TEIXEIRA, 2012). Sem intervenção, a dor local e referida pode tornar-se crônica e restrições de movimento e fraqueza muscular podem ocorrer (FERNÁNDEZ-CARNEIRO, 2010). A dor pode surgir de maneira súbita ou progredir em frequência e intensidade flutuantes ao longo de meses ou anos, caracterizando assim uma doença crônica (CORREIA et al., 2014).

Baseando-se nas informações acima citadas, nota-se a importância de diagnosticar corretamente a DMF em pacientes com DTM, a fim de evitar que a mesma seja sub ou mal diagnosticada, podendo favorecer a cronificação da dor, diagnósticos errôneos e insucessos terapêuticos. Assim, o objetivo neste estudo foi avaliar a prevalência de DMF aguda e crônica em pacientes diagnosticados com DTM.

2 MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal observacional realizado com pacientes de ambos os sexos que procuraram tratamento para DTM no Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordem Temporomandibular (SERVIÇO ATM) da Faculdade de Odontologia na Universidade Federal de Juiz de Fora (FO/UFJF) no período de março a setembro de 2014. O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa mesma universidade (parecer número 202/771 de 2013). Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obtendo uma cópia do mesmo, sendo informados sobre os procedimentos e objetivos do estudo.

Para serem incluídos na pesquisa os pacientes deveriam possuir idade acima de 18 anos e apresentar um ou mais diagnósticos de DTM, tendo sido enquadrados em um ou mais dos subgrupos diagnósticos do Eixo I dos Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Disfunção Temporomandibular (RDC/TMD), que são eles: a) dor miofascial sem limitação de abertura bucal e b) dor miofascial com limitação de abertura bucal, ambas compondo o Grupo I de diagnósticos musculares; a) deslocamento de disco com redução, b) deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura bucal, e c) deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura bucal, do Grupo II de deslocamento de disco; e, por fim, o Grupo III composto pelos subdiagnósticos de a) artralgia, b) osteoartrite e c) osteoartrose (DWORKIN e LERESCHE, 1992).

O sistema de diagnóstico a partir do RDC/TMD não é hierárquico e permite mais do que um diagnóstico para um único indivíduo. Desta forma, para ser diagnosticado pelo Eixo I, um indivíduo

deve ser atribuído a um diagnóstico muscular (Grupo I), seja ele de dor miofascial ou dor miofascial com abertura limitada, mas não ambos; um diagnóstico a partir do Grupo II para cada lado, esquerdo e direito; o mesmo ocorrendo com o Grupo III, com um diagnóstico para cada lado. Os diagnósticos dentro de qualquer grupo são mutuamente exclusivos. Isto significa que, em princípio, um indivíduo pode receber um diagnóstico zero (sem condições diagnosticáveis) a cinco (um diagnóstico do Grupo I, um diagnóstico do Grupo II para cada lado, e um diagnóstico para o Grupo III para cada lado) (COSTA et al., 2011).

Foram excluídos os pacientes que não se enquadravam nos critérios de inclusão ou que possuíam histórico de tratamento ortodôntico atual ou pregresso, além de pacientes com lesões maxilomandibulares e histórico de cirurgias faciais, pois essas modificações alteram a área de interesse do estudo.

Foram avaliados inicialmente 72 pacientes e destes, 12 foram excluídos da amostra segundo os critérios de inclusão e exclusão. Assim, 60 pacientes foram avaliados neste estudo.

O exame clínico foi realizado em todos os pacientes por um mesmo examinador, previamente calibrado, seguindo o eixo I do RDC/TMD que consiste em dez quesitos, dentre eles questionamentos sobre a dor do paciente, análise do padrão de abertura bucal, da extensão dos movimentos verticais e horizontais, dos ruídos articulares, além de palpação muscular e articular. Contudo, vale destacar que a análise dos PG não é diretamente considerada para o diagnóstico no RDC/TMD, mas sim a quantidade de pontos musculares ou articulares sensíveis à palpação. Além disso, foi registrado o tempo de dor de acordo com o relato do paciente, classificando-a em aguda, quando dita por um período inferior a seis meses, ou crônica, quando a dor era superior ao mesmo período (DWORKIN e LERESCHE, 1992).

Os dados obtidos foram submetidos aos cálculos estatísticos de prevalência a fim de se obter as ocorrências de cada grupo. Esta foi calculada dividindo o número de ocorrência de um diagnóstico sobre a amostra total.

3 RESULTADOS

Da amostra obtida, 50 (83,3%) pacientes eram do sexo feminino e apenas 10 (16,7%) do masculino, tendo como média de idade 35 anos (DP= 10,3).

De acordo com os diagnósticos obtidos com a aplicação eixo I do RDC/TMD e com a possibilidade de mais de um diagnóstico para um mesmo indivíduo, pode-se observar que 35 (58,30%) pacientes possuíam dor miofascial sem limitação de abertura bucal; 21

TABELA 1

Frequência de pacientes com DTM de acordo com o diagnóstico do RDC/TMD.

Grupos	Diagnósticos de acordo com o RDC/TMD	n	(%)
Grupo I: Diagnósticos Musculares	Dor miofascial sem limitação de abertura bucal	35	(58,30)
	Dor miofascial com limitação de abertura bucal	21	(35)
Grupo II: Deslocamento de disco	Deslocamento de disco com redução	26	(43,30)
	Deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura bucal	2	(3,30)
	Deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura bucal	0	(0,00)
Grupo III: Artralgia, Osteoartrite e Osteoartrose	Artralgia	31	(51,67)
	Osteoartrite	4	(6,67)
	Osteoartrose	0	(0,00)

Fonte: Os autores (2016)

(35%) apresentavam dor miofascial com limitação de abertura bucal; 26 (43,30%) possuíam deslocamento de disco com redução; 2 (3,30%), deslocamento de disco sem redução, mas sem limitação de abertura; 31 (51,67%) foram diagnosticados com artralgia; e 4 (6,67%) apresentaram osteoartrite das ATM. Assim, a prevalência de indivíduos com algum diagnóstico de dor miofascial foi de 93,30%. Nenhum paciente dessa amostra foi diagnosticado com deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura bucal ou osteoartrose (Tabela 1).

Do total da amostra, apenas 16 (26,7%) pacientes possuíam exclusivamente algum tipo de dor miofascial, sendo que destas, 9 (56,2%) eram sem limitação de abertura bucal e 7 (43,7%) com limitação desse movimento.

Já quando se analisa os diagnósticos articulares, nota-se que estes se apresentaram sem diagnósticos múltiplos em apenas dois casos: um de deslocamento de disco com redução e outro de artralgia. Assim, a maioria dos pacientes (70%) foi diagnosticada como pertencentes a mais de um dos subgrupos diagnósticos do Eixo I do RDC/TMD.

Quanto ao tempo da dor, apenas 9 (15%) indivíduos possuíam a forma aguda, sendo a dor crônica a mais prevalente, com 51 pacientes (85%) do total amostral.

4 DISCUSSÃO

A dor miofascial apresenta-se como dor regional ou referida, acompanhada por um aumento da tensão e diminuição da flexibilidade do músculo e fâscia relacionada (SHAH et al., 2012). Pode originar-se após episódios relacionados à contratura muscular prolongada, restrição dos movimentos, distúrbios articulares, stress biomecânico, como as

lesões relacionadas a atividades, ou em processos inflamatórios (ANTÔNIA et al., 2013; CELIK e MUTLU, 2013; FREITAS et al., 2011). Além desses fatores, um PG pode resultar ou ser provocado por trauma, uso excessivo, sobrecarga mecânica, falhas posturais ou stress psicológico (SIMONS, 2004).

A média de idade dos pacientes encontrada no estudo (35 anos, DP= 10,3) concorda com os estudos de Pereira et al. (2005) que afirmam que a faixa etária mais prevalente para DTM é de 21 a 40 anos. Além disso, concorda com os estudos de Barros et al. (2009), Biasotto-Gonzalez (2008), Oliveira et al. (2003) e Selaimen (2007) que apresentaram alta prevalência da DTM na população avaliada, com a maior frequência dos sintomas relatados por indivíduos de 20 a 40 anos.

No que diz respeito ao tempo de dor, os resultados do presente estudo mostraram que apenas 15% dos indivíduos a possuíam na forma aguda, sendo a dor crônica mais prevalente nos pacientes dessa amostra (85%). No entanto, em estudo realizado por Monteiro e outros (2011), 32,7% da amostra apresentou dor orofacial crônica, o que pode ser explicado devido à restrita faixa etária entre 17 e 30 anos na sua amostra, diferentemente da deste estudo que compreendeu pacientes com idade acima dos 18 anos.

Em relação ao diagnóstico, a maior parte da amostra apresentou dor miofascial sem limitação de abertura (58,33%); deslocamento de disco com redução (43,33%) e artralgia (51,67%). Manfredini, Chiappe e Bosco (2006) também observaram uma maior prevalência de dor miofascial sem limitação de abertura (36,3%), enquanto que apenas 1,9% exibiam dor miofascial com abertura limitada; 32,1% possuíam deslocamento de disco com redução da articulação direita, enquanto 31,6% da articulação esquerda; já o

deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura foi de apenas 2,9%. No trabalho de Reis et al. (2015), o qual realizou o diagnóstico de 102 pacientes por meio do RDC/TMD, a artralgia acometeu metade dos pacientes com DTM, assemelhando-se ao presente estudo. Porém, neste mesmo trabalho, o diagnóstico com maior prevalência foi o de deslocamento de disco com redução (65,4%), seguido pela artralgia e, posteriormente, pela dor miofascial. Contudo, Figueiredo et al. (2009) verificou a existência de associação positiva entre a presença de mialgia e a ocorrência de limitação de abertura bucal (73,1%), ainda segundo estes, miálgicos possuem seis vezes mais chances de apresentarem limitação de abertura bucal.

A prevalência de um único diagnóstico de acordo com o RDC/TMD de dor miofascial apresentou-se baixa (26,67%), e ainda menor o de dor miofascial com limitação de abertura bucal (11,67%). O que vai de encontro ao observado por Figueiredo e outros (2009), que encontrou uma baixa prevalência de dor miofascial (12,5%) e destes apenas 7,5% apresentaram dificuldade de abertura bucal.

A prevalência total de dor miofascial (93,33%) e dor de origem articular (73,33%) foram altas, o que pode ser justificado pelo local onde essa amostra foi obtida, um centro de referência para atendimento de pacientes com DTM. Chen e Nizar (2011) também encontraram uma alta prevalência de dor miofascial (63,5%). No entanto, Figueiredo et al. (2009), notaram

que apenas 12,5% dos seus pacientes queixaram-se de dor muscular e 45% de dor articular. Assim como Correia et al. (2014) que encontraram 44,5% da amostra com dor miofascial e o restante (65,5%) com dor articular, esta diferença aconteceu porque, nesses dois últimos estudos citados, o paciente podia ser diagnosticado exclusivamente com um tipo de dor (muscular ou articular), não tendo sido aplicado o RDC/TMD como método diagnóstico.

Como apresentado anteriormente, as DTM podem estar relacionadas a um quadro de dor crônica, causando um grande sofrimento e um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes (LIMA et al., 2015; MACEDO, 2014). Portanto nota-se a importância do cirurgião-dentista para realizar uma correta avaliação clínica e estabelecer um plano de tratamento específico para cada caso, levando em consideração os aspectos psicológicos e clínicos das desordens, a fim de minimizar ou até mesmo eliminar a dor orofacial e o impacto da mesma na vida dos pacientes.

5 CONCLUSÃO

Com base nos resultados deste estudo, pôde-se concluir que o diagnóstico de dor miofascial, tanto com limitação de abertura como sem limitação, teve alta prevalência na amostra estudada (93,3%), sendo que a maioria esteve associada a algum diagnóstico articular (73,3%). Além disso, a dor crônica foi a mais prevalente, ocorrendo em 85% dos casos.

Prevalence of myofascial pain in patients with temporomandibular disorder

ABSTRACT

Myofascial pain (MP) is a type of temporomandibular disorders (TMD), having its origin in points located in the muscles, known as trigger points (TP). The aim of this study was to evaluate the prevalence of MP among patients diagnosed with TMD at the School of Dentistry at the Federal University of Juiz de Fora from March to September 2014. In addition, the study classifies the type of pain: acute or chronic. The sample consisted of 60 patients diagnosed with some type of TMD using the axis I of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD). The diagnostic data were subjected to statistical calculations of prevalence. The prevalence of patients with DMF was 93.33%. Most diagnoses of DMF was associated with a diagnosis joint (73.33%). Chronic pain, occurred in 85% of patients. The diagnosis of MP, both with opening limitation and without limitation, has a high prevalence in the sample, and most were associated with a diagnosis articulate.

Keywords: Temporomandibular joint disorders. Trigger points. Chronic pain.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. C. et al. Índices de Helkimo e craniomandibular para diagnósticos de desordens têmporo-mandibulares – revisão da literatura. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 5, n. 2, p. 9-16, 2005.

ANTONIA, M. D. et al. Jaw muscles myofascial pain and botulinum toxin. *Revista Dor*, v. 14, n. 1, p. 52-7, 2013.

BARROS, V. M. The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. *Journal of Orofacial Pain*, v. 23, n. 1, p.28-37, 2009.

- BIASOTTO-GONZALEZ, D. A. et al. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2008.
- CELIK, D.; MUTLU, E. K. Clinical implication of latent myofascial trigger point. *Current Pain and Headache Reports*, v. 17, n. 353, p. 1-7, 2013.
- CHEN, C. K.; NIZAR, A. J. Myofascial pain syndrome in chronic back pain patients. *Korean Journal of Pain*, v. 24, n. 2, p. 100-104, jun. 2011.
- CORREIA, L. M. F. et al. A importância da avaliação da presença de disfunção temporomandibular em pacientes com dor crônica. *Revista Dor*, v. 15, n. 1, p. 6-8, Jan/Mar. 2014.
- COSTA, A. L. et al. Temporomandibular disorders in patients with craniocervical dystonia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 16, n. 6, p. 896-9, 2011.
- DONNARUMMA, M. D. C. et al. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Revista CEFAC*, v. 12, n. 5, p. 788-94, 2010.
- DWORKIN, S. F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications critique. *Journal Craniomandibular Disorder Facial Oral Pain*, v. 6, n. 4, p. 300-355, 1992.
- FERNÁNDEZ-CARNEIRO, J. et al. Short-term effects of dry needling of active myofascial trigger points in the masseter muscle in patients with temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain*, v. 24, n. 1, p. 106-12, 2010.
- FIGUEIREDO, V. M. G. et al. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. *Acta Scientiarum Health Sciences*, v. 31, n. 2, p. 159-63, 2009.
- FREITAS, D. G. et al. Os efeitos da desativação dos pontos-gatilho miofasciais, da mobilização articular e do exercício de estabilização cervical em uma paciente com disfunção temporomandibular: um estudo de caso. *Revista Fisioterapia em Movimento*, v. 24, n. 1, p. 33-8, 2011.
- GONZALEZ-PEREZ, L. M. et al. Deep dry needling of trigger points located in the lateral pterygoid muscle: Efficacy and safety of treatment for management of myofascial pain and temporomandibular dysfunction. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*, v. 20, n. 3, p. 326-333, 2015.
- LIMA, C. O. et al. Evaluation of the life quality in patients with Temporomandibular Disorders. *Brazilian Dental Science*, v. 18, n. 3, p. 77-83, 2015.
- MACEDO, L. C. S. et al. Frequency of temporomandibular arthralgia among myofascial pain patients with pain on palpation of ipsilateral masseter. *CRANIO: The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice*. n. 33, v. 3, p. 206-10, 2014.
- MANFREDINI, D.; CHIAPPE, G. E.; BOSCO, M. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) axis I diagnoses in an Italian patient population. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 33, p. 551-558, 2006.
- MONTEIRO, D. R. et al. Relationship between anxiety and chronic orofacial pain of temporomandibular disorder in a group of university students. *Journal of Prosthodontic Research*, v. 55, p. 154-158, 2011.
- OKESON, P. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 7 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2013.
- OLIVEIRA, A. S. et al. Impacto da dor na vida de portadores de Disfunção Temporomandibular. *Journal of Applied Oral Science*, v. 11, n. 2, p. 138-43, 2003.
- PEREIRA, K. N. F. et al. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Revista CEFAC*, v. 7, n. 2, p. 221-8, 2005.
- REIS, L. O. et al. Frequency of temporomandibular disorder diagnosis: a study on 102 patients undergoing dental treatment. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 12, n. 2, p. 172-8, 2015.
- SCHMITTER, M. et al. Chronic stress in myofascial pain patients. *Clinical Oral Investigations*, v. 14, p. 593-597, 2010.
- SELAIMEN, C. et al. Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p. 1629-39, 2007.
- SHAH, J.; HEIMUR, J. New frontiers in the Pathophysiology of Myofascial Pain. *The pain practitioner*, v. 22, n.2, p. 26-34, 2012.
- SIMONS, D.G. Review of enigmatic MTrPs as a common cause of enigmatic musculoskeletal pain and dysfunction. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, v. 14, p. 95-107, 2004.
- SIQUEIRA, J. T. S.; TEIXEIRA, M. J. Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2012.
- VULFSONS, S.; RATMANSKY, M.; KALICHMAN, L. Trigger point needling: techniques and outcome. *Current Pain and Headache Reports*, v. 16, n. 5, p. 407-12, 2012.

Enviado em 05/01/2016

Aprovado em 12/09/2016