**Prevalência de Dor Miofascial em Pacientes com Desordem Temporomandibular**

**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). Mensurar 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 pretende analisar 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 do RDC/TMD. Os dados obtidos foram tabulados em planilhas no Excel versão 2010 e submetidos aos cálculos estatísticos a fim de se obter as prevalências de cada grupo. Esta foi calculada dividindo o número de ocorrência de um diagnóstico sobre a amostra total. A prevalência de pacientes com dor miofascial foi de 93,33%. A maioria dos diagnósticos de dor miofascial era associada a algum diagnóstico articular (73,33%). A dor crônica acometeu 85% dos pacientes. O diagnóstico de dor miofascial, tanto com limitação de abertura como sem limitação, teve alta prevalência na amostra estudada, sendo que a maioria era associada a algum diagnóstico articular. Avaliação criteriosa, história detalhada e um bom exame físico são fundamentais para o diagnóstico correto pelo cirurgião-dentista, a fim de que se possam evitar impactos negativos da dor no cotidiano do paciente, assim como sua cronificação.

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 (SANTANA et al., 2012). 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 largos grupos: aquelas de origem articular, as quais os sinais e sintomas são relacionados às ATM; e as de origem muscular, as quais os sinais e sintomas são relacionados aos músculos estomatognáticos (REIS et al., 2015).

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 (CAGNIE, 2013; SILVA, 2007). A partir de 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 (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 SNC (OKESON, 2013). Sem intervenção, a dor local e referida pode tornar-se crônica e as restrições de movimento e a fraqueza muscular podem ocorrer (FERNÁNDEZ-CARNEIRO, 2010). A dor pode surgir de maneira súbita ou progredir com frequência e intensidade flutuantes ao longo de meses ou anos, caracterizando assim uma doença crônica (CORREIA et al., 2014).

A partir do assunto proposto, nota-se a importância de diagnosticar corretamente a dor miofascial em pacientes com Desordem Temporomandibular, a fim de evitar que a mesma seja sub ou mal diagnosticada, podendo favorecer a cronificação da dor. Assim, o objetivo deste estudo é mensurar a prevalência de dor miofascial e de dor crônica dentre os pacientes diagnosticados com DTM atendidos em um centro de estudo.

**2 MATERIAIS E MÉTODOS**

O projeto de pesquisa desse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e aprovado pelo parecer número 202/771 de 2013.

Trata-se de um estudo transversal realizado com 60 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 (UFJF) no período de março a julho de 2014.

Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obtendo uma cópia do mesmo, sendo informados sobre os procedimentos e objetivos do estudo.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram possuir dentre 18 e 70 anos de idade e ter sido diagnosticado com um ou mais diagnósticos de DTM, tendo sido enquadrados em um ou mais dos subgrupos diagnósticos do Eixo I do RDC/TMD - Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. Já como critério de exclusão, além de não possuir o perfil supracitado, seria o paciente já ter sido submetido ou estar em tratamento ortodôntico.

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, da extensão dos movimentos verticais e horizontais, dos ruídos articulares, além de palpação muscular e articular.

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 (6) meses, ou crônica, quando a dor era superior ao mesmo período.

Os dados obtidos foram registrados em planilhas no Excel versão 2010 e submetidos aos cálculos estatísticos a fim de se obter as prevalências 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 gênero feminino e apenas 10 (16.7%) do masculino, tendo como média de idade 35 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Frequência simples da amostra de acordo com o gênero.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gênero | Número de Pacientes | Porcentagem Simples |
| Homens | 10 | 16,7% |
| Mulheres | 50 | 83,3% |
| Total Simples | 60 | 100,0% |

Fonte: Os autores (2016)

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 (58,3%) pacientes possuíam dor miofascial sem limitação de abertura; 21 (35%) apresentavam dor miofascial com limitação de abertura; 26 (43,3%) possuíam deslocamento de disco com redução; 02 (3,3%), deslocamento de disco com redução, mas sem limitação de abertura; 31 (51,67%) manifestaram artralgia; e 04 (6,67%) revelaram osteoartrite das ATM. Assim, a prevalência de indivíduos com algum diagnóstico de dor miofascial na amostra do presente estudo foi de 93,3%. Nenhum paciente dessa amostra foi diagnosticado com deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura bucal ou osteoartrose (Tabela 2).

Tabela 2: Frequência de pacientes com DTM de acordo com o diagnóstico do RDC/TMD.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grupos | Diagnósticos de acordo com o RDC/TMD | Número de Pacientes | Porcentagem Simples |
| Grupo I: Diagnósticos Musculares | Dor miofascial | 35 | 58,3% |
| Dor miofascial com limitação de abertura bucal | 21 | 35% |
| Grupo II: Deslocamento de disco | Deslocamento de disco com redução | 26 | 43,3% |
| Deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura bucal | 02 | 3,3% |
| Deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura bucal | 00 | 0,00% |
| Grupo III: Artralgia, Osteoartrite e Osteoartrose | Artralgia | 31 | 51,67% |
| Osteoartrite | 04 | 6,67% |
| Osteoartrose | 00 | 0,00% |

Fonte: Os autores (2016)

Do total da amostra, apenas 16 (26,7%) pacientes possuíam exclusivamente algum tipo de dor miofascial, sendo que destas, 09 (56,2%) eram sem limitação de abertura bucal e 07 (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 09 (15%) dos indivíduos possuíam a forma aguda, sendo a dor crônica a mais prevalente, com 51 pacientes (85%) do total amostral (Tabela 3).

Tabela 3: Frequência do número de pacientes com DTM de acordo com o tempo de dor.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tempo de Dor | Número de pacientes | Porcentagem Simples |
| Aguda | 09 | 15% |
| Crônica | 51 | 85% |
| Total simples | 60 | 100,0% |

Fonte: Os autores (2016)

**4 DISCUSSÃO**

A dor miofascial apresenta-se como dor regional e referida, acompanhada por um aumento da tensão e diminuição da flexibilidade do músculo e fáscia relacionada, como relatam Shah e outros (2012). Antônia e outros (2013), Celik e Mutlu (2013) e Freitas e outros (2011) afirmam que a dor miofascial 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. Já para Ziaeifar e outros (2014), um PG pode resultar ou ser provocado por trauma, uso excessivo, sobrecarga mecânica, falhas posturais ou stress psicológico.

Nesse estudo, dos 60 pacientes, 50 (83,3%) eram mulheres e 10 (16,7%) eram homens, uma razão de 5 mulheres para um homem (5:1). Donnarumma e outros (2010) encontrou resultados semelhantes em uma razão de 4 mulheres para um homem (4:1). Segundo Benoliel e outros (2011), as mulheres sofrem significativamente mais de enxaqueca, cefaléia tipo tensional e DTM. Martins e outros (2008) afirmam que tanto por um arranjo muscular como por frouxidão ligamentar, as mulheres anatomicamente apresentam-se mais susceptíveis ao desenvolvimento de DTM. Okeson (2008) afirma que as mulheres se preocupam mais com a sua saúde e procuram mais por tratamento do que os homens e por isso acabam sendo mais relatadas. Para Cheng e outros (2003) e Chen e Nizar (2011), pelas mulheres apresentarem receptores estrogênicos, os tecidos da ATM podem ser influenciados direta ou indiretamente pelos diferentes níveis plasmáticos destes hormônios.

Com relação à média de idade dos pacientes com DTM, a encontrada nessa amostra foi de 35 anos. O que corrobora com os estudos de Franco e outros (2011) onde a faixa etária média foi de 37,41 anos. Chen e Nizar (2011) encontraram uma média de 48,5 anos. Já Figueiredo e outros (2009) obteve uma média de idade de 28,2 anos, nesse caso, o resultado pode ser atribuido aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa que apenas inseriram em sua amostra indivíduos com idades entre 20 e 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 desde os 18 até os 70 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%). Corroborando com esses resultados encontrados, Manfredini, Chiappe e Bosco (2006) observaram, em sua amostra, uma maior prevalência de dor miofascial sem limitação de abertura (36,3%), enquanto que apenas 1,9% exibiam dor miofascial com abertura limitada; deslocamento de disco com redução 32,1% e 31,6% das articulações direita e esquerda, respectivamente, enquanto deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura foi de 2,9%. No trabalho de Reis e outros (2015), o qual realizou o diagnóstico de 102 pacientes por meio do RDC/TMD, a artralgia acometeu 50,9% dos pacientes com DTM, assemelhando-se ao presente estudo. Porém, neste mesmo trabalho, o diagnóstico com maior prevalência (65,4%) foi o de deslocamento de disco com redução, seguido pela artralgia e, posteriormente, pela dor miofascial. Porém Figueiredo e outros (2009) verificou a existência de associação positiva entre a presença de mialgia e a ocorrência de limitação de abertura bucal (73,1%), segundo estes, miálgicos possuem seis vezes mais chances de apresentarem limitação de abertura bucal.

A prevalência de um único diagnóstico de dor miofascial apresentou-se baixa (26,67%) e ainda menor quando acompanhada de 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 na presente amostra. Chen e Nizar (2011) também encontraram uma alta prevalência de dor miofascial (63,5%). No entanto, Figueiredo e outros (2009), notaram que apenas 12,5% dos seus pacientes queixaram-se de dor muscular e 45% de dor articular. Assim como Correia e outros (2014) que encontraram 44,5% da amostra com dor miofascial e o restante (65,5%) com dor articular, esta diferença estatística aconteceu porque, nesses dois últimos estudos citados, o paciente podia ser diagnosticado através de um formulário específico, exclusivamente com um tipo de dor (muscular ou articular), não tendo sido aplicado o RDC/TMD como método diagnóstico.

Como apresentado anteriormente, nota-se que as Desordens Temporomandibulares podem levar a um quadro de dor crônica, causando um grande sofrimento e um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes (MACEDO, 2014). Portanto nota-se a importância do Cirurgião-Dentista para realizar uma boa 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 era associada a algum diagnóstico articular (73,3%). Além disso, a dor crônica foi a mais prevalente, ocorrendo em 85% dos casos.

**ABSTRACT**

Myofascial pain (MFP) orofacial is considered a type of Temporomandibular Disorder (TMD) muscle, having its origin at points located in the muscles, known as trigger points (TP). Measure the prevalence of MFP among patients diagnosed with TMD met at the School of Dentistry at the Universidade Federal de Juiz de Fora in the period from March to September 2014. In addition, the study aims to analyze the time period in which the patient feels pain, classifying it into acute or chronic. The sample consisted of 60 patients diagnosed with some kind of TMD by using the axis I of the RDC / TMD. Data were tabulated in spreadsheets in Excel 2010 version and subjected to statistical calculations in order to obtain the prevalence of each group. This was calculated by dividing the number of occurrences of a diagnosis of the total sample. The prevalence of patients with myofascial pain was 93.33%. Most myofascial pain diagnosis was associated with some joint diagnostic (73.33%). Chronic pain occurred in 85% of patients. The diagnosis of myofascial pain, both with opening limitation and without limitation, had high prevalence in the studied sample, most of which was associated with a diagnosis articulate. Careful evaluation, detailed history and a good physical examination are essential for a correct diagnosis by the dentist, so that it can avoid negative impact of pain on the patient's daily life, as well as its chronicity.

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

**REFERÊNCIAS**

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

BENOLIEL, R. et al. Persistent orofacial muscle pain. **Oral Diseases**, v. 17, p. 23-41, 2011.

CAGNIE, B. Physiologic Effects of Dry Needling. **Curr Pain Headache Rep**, v. 17, p. 1-8, 2013.

CELIK, D.; MUTLU, E. K. Clinical Implication of Latent Myofascial Trigger Point. **Curr Pain Headache Rep**, v. 17, n. 353, p. 1-7, 2013.

CHEN, C. K.; NIZAR, A. J. Myofascial Pain Syndrome in Chronic Back Pain Patients. Korean J Pain, v. 24, n. 2, p. 100-104, Jun. 2011.

CHENG, P. et al. Effects of estradiol on proliferation and metabolism of rabbit mandibular condylar cartilage cells in vitro. **Chinese Medical Journal**, v. 116, n. 9, p. 1413-17, 2003.

CORREIA, L. M. F. et al. A importância da avaliação da presença de disfunção temporomandibular em pacientes com dor crônica. **Rev Dor. São Paulo**, v. 15, n. 1, p. 6-8, Jan/Mar. 2014.

DONNARUMMA, M. D. C. et al. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. **Rev CEFAC**, v. 12, n. 5, p. 788-94, 2010.

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.

FRANCO, A. L.; et al. Sensibilidade dolorosa à palpação em pacientes com disfunção temporomandibular crônica. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 48, n. 4, p. 352-362, 2011.

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. **Fisioter Mov,** v. 24, n. 1, p. 33-8, 2011.

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. 0, v. 0, 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.

MARTINS, R. J. et al. Relação entre classe socioeconômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 13 (Sup 2), p. 2089-96, 2008.

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 . 6 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

OKESON, P. Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão . 7 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2013.

REIS, L. O. Frequency of temporomandibular disorder diagnosis: a study on 102 patients undergoing dental treatment. **RSBO**, v. 12, n. 2, p. 172-8, 2015.

SANTANA, I. L. et al. Análise descritiva dos sinais e sintomas que relacionam Síndrome de Eagle e DTM: Um estudo retrospectivo. **Rev. Ciênc. Saúde**, v. 14, n. 1, p. 68-72, 2012.

SHAH, J.; HEIMUR, J. New fronteirs in the Pathophysiology of Myofascial Pain. **The pain practioner,** v. 22, n.2, p. 26-34, 2012.

SCHMITTER, M. et al. Chronic stress in myofascial pain patients. **Clin Oral Invest.**, v. 14, p. 593–597, 2010.

SILVA, R. O. F. Quantidade de pressão e padrão de dor referida em pacientes portadores de Dor Miofascial. **Robrac,** v.16, n. 42, p. 54-8, 2007.

ZIAEIFAR M. et al. The effect of dry needling on pain, pressure pain threshold and disability in patients with a myofascial trigger point in the upper trapezius muscle. **Journal of Bodywork & Movement Therapies**, v.18, p.298-305, 2014.