

DOR ODONTOGÊNICA DE ORIGEM MIOFASCIAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

ODONTOGENIC PAIN OF MYOFASCIAL ORIGIN: CLINICAL CASE REPORT

TAUANNE VITORIA DE ANDRADE¹, ALESSANDRA MESQUITA DE MEIRA¹, RAYANE SOUSA LEITE¹, JONATHAN FERREIRA SILVA¹, PAULO EDUARDO COURA², PEDRO PAULO FERREIRA SPÍNDOLA^{3*}

1. Acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás Anápolis – UniEVANGÉLICA; 2. Mestre, Professor na disciplina de Ortodontia do Curso de Odontologia da Universidade Evangélica de Goiás Anápolis– UniEVANGÉLICA. 3. Mestre, Professor na disciplina de Prótese e Oclusão da Universidade Evangélica de Goiás Anápolis– UniEVANGÉLICA.

* Avenida Universitária, Km 3,5, Anápolis, Goiás – Brasil. Universidade Evangélica de Goiás Anápolis – UniEVANGÉLICA. CEP: 75083-515. ppfessor@gmail.com

Recebido em 19/10/2022. Aceito para publicação em 08/11/2022

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico, de uma paciente que apresentou dor odontogênica (dentária) de origem miofascial associada a disfunção temporomandibular (DTM). Paciente do sexo Feminino, com a idade de 50 anos, no exame clínico extrabucal, na palpação dos músculos da mastigação, a paciente apresentou PG na região de terço médio do músculo masseter do lado direito, referindo dor para cervical do dente 47, reproduzindo a queixa principal, e apresentava limitação de abertura bucal e dor na ATM. Foi realizado radiografias interproximais para o diagnóstico. O presente caso foi diagnosticado, dor odontogênica (dentária) de origem miofascial associada com DTM. O tratamento foi conduzido em dois momentos, o primeiro foi conduzido pela técnica de Agulhamento Seco (AS), com a função de desativar o PG, associado a termoterapia e alongamento, e orientações para não apertar os dentes durante a vigília. Em um segundo momento, em que a paciente apresentou ausência de dor e uma melhora na abertura bucal, foi instalado a placa para a estabilização da oclusão devido ao bruxismo que a paciente apresentava. As medidas tomadas no presente caso foram eficazes e a paciente se mantém em proervação, sem dor a mais de um ano.

PALAVRAS-CHAVE: Dor facial, pontos-gatilho, odontalgia, agulhamento seco, articulação temporomandibular.

ABSTRACT

The objective of the present study was to report a clinical case of a patient who presented odontogenic (dental) pain of myofascial origin associated with temporomandibular disorders (TMD). Female patient aged 50 years, in the extraoral clinical examination, in the palpation of the muscles of mastication, the patient presented PG in the region of the middle third of the masseter muscle on the right side, referring to cervical pain of the tooth 47, reproducing the main complaint, and had limited mouth opening and TMJ pain. Interproximal radiographs were performed for diagnosis. The present case was diagnosed, odontogenic (dental) pain of myofascial origin associated with TMD. The

treatment was carried out in two moments, the first was carried out by the Dry Needling (SA) technique, with the function of deactivating the PG, associated with thermotherapy, and stretching, and guidelines for not clenching the teeth during wakefulness. In a second moment, in which the patient had no pain and an improvement in mouth opening, a plate was installed to stabilize the occlusion due to the bruxism that the patient had. The measures taken in the present case were effective and the patient remains under observation, without pain for more than a year.

KEYWORDS: Facial pain, trigger points, toothache, dry needling, ear-jaw articulation.

1. INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência desagradável sensorial e emocional, associada a dano tissular real ou potencial¹. A dor orofacial (DOF), está associada aos tecidos mineralizados moles, sendo a pele, vasos sanguíneos, ossos, dentes, glândulas ou músculos da cavidade oral e da face^{2,3}.

A DOF pode-se originar no indivíduo por fatores de desenvolvimento de disfunções temporomandibulares (DTM). Este termo é utilizado para referir as condições clínicas que envolvem a musculatura mastigatória, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas, em especial os órgãos dentários “Citação”. Sendo assim, a DTM é classificada em muscular, articular ou mista⁴.

Entre as classificações das DTMs, as musculares apresentam características de sinais e sintomas semelhantes a DOF, como a dor na região facial, sensibilidade nas estruturas maxilares, dores de origem não odontogênicas, na musculatura mastigatória pode provocar fadiga, rigidez e fraqueza⁴.

E as dores podem ser classificadas como, dor espontânea local e referida, isso é, uma dor percebida em um sítio diferente àquele da origem⁵.

A DTM muscular apresenta-se uma subclassificação em dois grupos: mialgia e a Dor Miofascial. A mialgia é subdividida em contração protetora, dor muscular

local, miosite, dor muscular crônica e dor muscular tardia. Mas, uma das causas mais comuns de dor musculoesqueléticas é a dor miofascial (DMF), também denominada síndrome miofascial^{6,7},

A principal denominação da DMF é a presença de pontos-gatilhos miofasciais (PG), que podem ser classificados como, ativo, central, de inserção, latente, primário ou principal e satélites⁸. E com uma maior prevalência de ocorrência de DMF em mulheres, em cerca de 80%.⁴ Os pontos gatilhos são nódulos de contração, localizados em banda muscular tensa ou na faixa muscular, são pontos hiperálgico, doloroso quando comprimido ou palpados⁶⁻⁹. Os fatores que favorecem o desenvolvimento de PG, são trauma direto, exposição ao frio, doenças infecciosas virais, inflamatórias, imunológicas, nutricionais, fatores hormonais e estresse psicológicos (ansiedade e depressão)¹⁰.

A dor orofacial de modo geral apresenta alta prevalência na população, sendo causa de grande sofrimento para os pacientes.³ E como o diagnóstico da dor miofascial relacionado por DTM, pode se apresentar como uma tarefa difícil, visto que pode simular diferentes algias do sistema mastigatório, desde uma odontalgia até uma dor neuropática trigeminal¹⁰.

Devido à complexidade no diagnóstico dos fatores desencadeantes, perpetuantes e contribuintes que produziram a disfunção miofascial, há uma necessidade de saber fazer um diagnóstico criterioso e escolher a melhor conduta de tratamento ao paciente, sendo de forma mais minimamente invasiva e eficaz.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi descrever a dor odontogênica de origem miofascial associada com DTM muscular e seu tratamento em um relato de caso.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo Feminino, com a idade de 50 anos, procurou a C.O.E. (Clínica Odontológica de Ensino da UniEVANGÉLICA Anápolis-GO) com a queixa principal “Dente de traz doendo”. Além disso, relatou ranger os dentes a noite, um sinal típico de bruxismo do sono. Foi utilizado a escala analógica de dor na anamnese, e a paciente apresentou dor moderada constante de intensidade 5°.



Figura 1. Realização da palpção da musculatura mastigatória, e encontro de Ponto-Gatilho (PG) na região de terço médio do músculo masseter do lado direito, com irradiação de dor para cervical do dente 47, reproduzindo a queixa principal de dor de dente.

Na coleta de informações, a paciente não apresentou nenhuma doença sistêmica ou alergia a medicamento. No exame clínico extrabucal, na palpção dos músculos da mastigação, com a pressão de palpção de 1 kg no masseter e temporal, a paciente apresentou Ponto-Gatilho (PG) na região de terço médio do músculo masseter do lado direito, com irradiação de dor para cervical do dente 47, reproduzindo a queixa principal de dor de dente (Figura 1).

Foi realizado teste de vitalidade pulpar nos dentes, e solicitado exame complementar, radiografia interproximal. Nos achados radiográficos, a paciente apresentou ausência de lesões cariosas ou qualquer outro achado que poderia influenciar na dor do dente 47 (Figura 2). Após a avaliação das radiografias e a associação de todos os achados clínicos, e considerando o critério de diagnóstico (CD)⁴, para ser DTM muscular por dor miofascial: o presente caso apresentou um diagnóstico de dor odontogênica de origem miofascial associada com DTM.

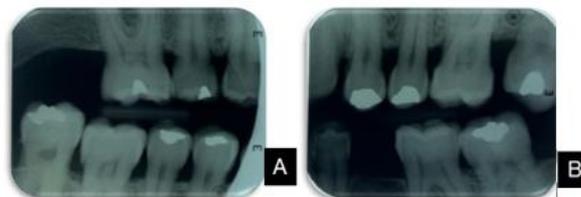


Figura 2. A. Radiografia interproximal do lado direito, possibilitando a visualização de ausência de tecido cariado nos dentes, e em especial no dente 47, que era o local da dor referida. B. Radiografia Interproximal do lado esquerdo.

O tratamento foi subdividido em dois tempos, o primeiro foi realizado o controle da consequência que era a dor por ponto-gatilho no músculo masseter que apresentava dor referida ao dente 47, uma dor de origem não odontogênica, foi utilizado a técnica de Agulhamento Seco (AS).

A técnica AS foi realizado com agulha de acupuntura, de tamanho 0,20x30 mm (Figura 3), a forma de aplicação foi de rotações da agulha, nos sentidos horário e anti-horário, mantendo-a fixa em um mesmo ponto, que por função tende a desativar pontos gatilhos miofasciais (PGM).

Após AS foi preconizado a utilização da termoterapia e alongamento como técnica complementar, com a ação de estimular a circulação sanguínea na região do ponto gatilho desativado.



Figura 3. A. Início do preparo da técnica AS, mostrando que a agulha de acupuntura deve estar estéril para utilização no paciente. B. Agulha pronta para ser inserida no ponto gatilho, e posteriormente a técnica sendo realizada do AS.

Em um segundo momento, após a melhora do paciente, em menos de um mês sem apresentar algum grau de dor e uma melhora na abertura bucal, foi instalado a placa estabilizador para estabilizar a oclusão e proteger os dentes e a articulação temporomandibular (Figura 4).

Já que a paciente apresentava um possível bruxismos do sono, que é fator predisponente a causar a desordem no músculo masseter, que podem influenciar no desenvolvimento do PG. Por esse motivo foi preconizado o uso da placa estabilizadora.

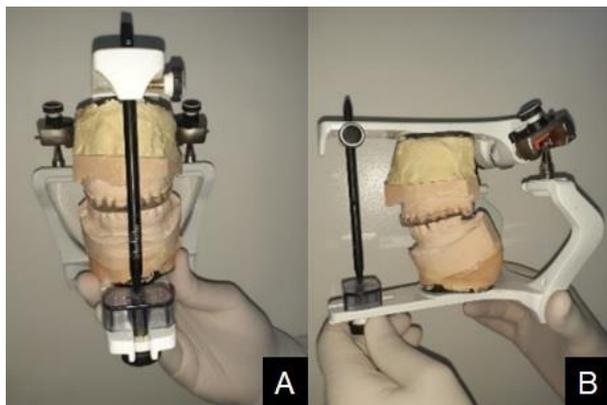


Figura 4. A. Visão frontal da placa estabilizadora, montada em articulador semi - ajustável (ASA). B. Visão lateral da placa.

3. DISCUSSÃO

O diagnóstico da dor miofascial (DMF) é clínico, baseado em uma anamnese detalhada, exame físico extra e intra bucal completo. Seguindo de critérios de diagnósticos apropriados, para chegar ao correto diagnóstico final⁴⁻¹¹.

A realização da palpação dos músculos, principalmente mastigatórios é uma etapa primordial nos achados de dor de origem miofascial e devem considerar a observação da função motora do paciente. Caso apresentem algum fator de risco predisponente como bruxismo, que nada mais é o ranger dos dentes, e que podem influenciar nas desordens temporomandibulares musculares¹¹⁻¹²⁻¹³.

De certa forma, muitos pacientes que apresentam sinais e sintomas de DTM mostram uma tendência para ranger e apertar os dentes. E há uma correlação não somente entre bruxismo e DTM, mas também entre a severidade do hábito, os sinais e sintomas intra-articulares e o estado psicológico do paciente¹³⁺.

É evidente a importância de ter uma atenção na realização dos exames extra/intra bucal. Além de exames complementares, seja de imagens laboratoriais e especializados. Estes são exames que podem ser explorados, frente a casos duvidosos nos achados da origem da dor¹⁴.

Temos alguns critérios de diagnósticos da dor miofascial (DMF) de acordo com Simons (1983), que auxiliam na tomada de decisão. Conforme o presente caso relatado, as características de diagnósticos da dor referida, observamos na paciente, que a dor é sentida dentro da mesma raiz nervosa, mas podem passar para outro nervo. Não ultrapassou a linha mediana do rosto.

O estímulo agrava o sintoma a distância, mas não o inverso⁴.

Os fatores que favorecem o desencadeamento de DMF, trauma direto, doenças infecciosas virais, inflamatórias, imunológicas, nutricionais, fatores hormonais e estresse psicológicos (ansiedade e depressão), exposição ao frio¹⁴.

Devido à complexidade DMF, por simular diferentes algias do sistema mastigatório (10), cabe ao profissional, saber diferenciar os tipos de dor relacionado a cada tipo de PGM, como também as indicações de tratamentos para cada caso.

A decisão terapêutica deve ser escolhida conforme o diagnóstico, mas devem estar atento aos fatores relevantes para o controle da dor: tipo da dor (inflamatória, neuropática ou mista), tempo da dor (aguda ou crônica), natureza da dor (muscular, dentes, articulações, nervos), localização e a distribuição¹⁴.

No entanto, o PG é consequência da DMF uma condição de dor caracterizada por nódulos musculares palpáveis, localizado em áreas hipersensíveis da musculatura mais superficial nas fáscias¹⁵.

Os PG podem ser classificados como ativos ou latentes. O ponto latente não causa dor espontânea, mas pode provocar sintomas quando comprimidos. Já o ponto ativo é doloroso de forma espontânea ou em resposta ao movimento do músculo envolvido⁸⁻¹⁶.

Por apresentar uma etiologia multifatorial, não há um protocolo de controle padrão para a DMF, porém sugerem-se várias alternativas para a desativação dos PG¹¹.

Dentre as técnicas de controle da dor, encontram-se técnicas não invasivas que incluem o alongamento usado em fisioterapia, terapia a laser, ultrassom e estimulação elétrica transcutânea, e invasivas, tais como acupuntura, agulhamento com injeção de anestésicos, toxina botulínica e o agulhamento seco⁸⁻¹⁷.

No presente caso, foi utilizado agulhamento seco (AS) como a primeira conduta do tratamento, para a desativação do PG. A escolha da utilização dessa técnica, foi devido a comprovação da eficácia da técnica nos achados na literatura científica.

Acredita-se que a técnica do AS, é um procedimento definido como a penetração de uma agulha sólida, realizada sem a introdução de qualquer droga. Tem a capacidade de promover um controle da sensibilização central e periférica e de fatores perpetuantes, com seu princípio de rompimento mecânico dos PG¹⁰⁻¹⁸.

Quando se faz a penetração da agulha sobre o PG, logo em seguida realiza-se movimentação da agulha, provoca um estímulo com intuito de se desfazer o nódulo, resultando em um reflexo espinhal involuntário que é a resposta de contração local de fibras musculares afetadas¹⁹.

Na literatura, encontra-se evidências que o uso acupuntura, agulhamento seco (AS), terapias manuais, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), ultrassom estimulação elétrica nervosa percutânea (PENS), alongamento e “spray”, estimulação

magnética e terapia a “laser” de baixa intensidade (LBI). Além disso a injeção de substâncias anestésicas, de fármacos, como a aplicação de toxina botulínica (Botox-A), são tratamentos eficazes para o controle da dor miofascial⁵⁻¹⁰⁻¹⁴⁻¹⁸.

Em um estudo randomizado, relatou-se que o agulhamento seco nos PGM é eficiente na diminuição das dores, comparado com o falso agulhamento seco (a introdução da agulha sem ser no PG propriamente dito)²⁰. Outros autores preconizam que o agulhamento seco associado com os exercícios de alongamento obteve significância positiva em conjunto¹².

No presente caso, foi associado as técnicas de alongamento e termoterapia após a sessão de AS, que resultaram em bons resultados para a melhora do caso clínico em apenas uma sessão.

A utilização de termoterapias, compressas quentes realizadas pelo paciente, tem como objetivo de provoca uma vasodilatação maior no local do micro-trauma, realizado pela agulha e a consequência é o aumento da circulação no local²¹. Seguindo o mesmo princípio da radiação infravermelha que ao conduzir calor no tecido superficial provoca o aumento da circulação sanguínea no local onde se encontrava o PG¹⁴⁻²¹.

As infiltrações estão se tornando parte integrante da terapêutica multidisciplinar utilizada para reabilitar pacientes com dor miofascial e sua aplicação em PGs miofasciais possibilita a inativação rápida dos mesmos²².

E quanto se trata da presença de fator, como o bruxismo que no presente caso está associado a presença de DTM com a dor miofascial. Cabe a utilização de placa para a estabilização da oclusão²³.

Estudos na literatura comprovam que a utilização de placas de resinas acrílicas rígidas, em pacientes bruxistas, e alguns sintomas que variam entre dor na ATM, dor facial, cefaleia, fadiga e dor nos músculos mastigatórios ou no ligamento periodontal, apresentaram alta porcentagem de melhora na estabilização da oclusão, frente a outros tipos de placas existentes²³.

Por tanto, a uma vasta existência de técnicas desenvolvidas justamente para o controle e o tratamento da dor miofascial associado a DTM, mas cabe o cirurgião dentista está apto a saber diagnosticar e aplicar essas técnicas na prática clínica, a fim de oferecer o melhor tratamento e conforto aos pacientes.

4. CONCLUSÃO

Dor referida ao dente de origem miofascial, é uma dor não odontogênica que advém de um ponto gatilho na musculatura, principalmente a mastigatória que quando palpados ou comprimidos provocam dor local ou referida, ou seja, em um local diferente do estímulo, por exemplo a dor irradiada ao dente. E o cirurgião dentista deve estar atento quando casos de dor miofascial (DMF) estão associadas as disfunções temporomandibulares (DTM), pois no presente caso foi relatado dor odontogênica, mas de origem miofascial associada a DTM, em que irradiava dor ao dente. No

entanto, para chegar ao um diagnostico demanda conhecimento e estudo do caso clínico, com uma avaliação criteriosa, deve utilizar critérios de diagnostico no momento dos exames extrabucal e intrabucal, e realizar exames complementares como radiografias para descartar alterações dentarias e chegar a um diagnostico final.

Sendo assim, o tratamento a ser realizado dependerá do profissional de saúde ter conhecimento suficiente sobre a área, e estar abito a propor o tratamento mais adequado e minimamente invasivo para cada perfil de paciente, sendo que cada paciente responde de uma forma ao tratamento proposto.

Uma proposta de trameto minimamente invasivo no presente caso, foi a utilização do agulhamento seco, que mostrou ser eficaz e quando associado aos tratamentos conservadores como a termoterapia e alongamento potencializou a melhora da paciente. Mas assim como qualquer outra técnica de tratamento demanda mais estudos e pesquisas.

5. REFERÊNCIAS

- [1] IASP. IASP Taxonomy. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>. Accessed March 10, 2018.
- [2] Leeuw R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4ª ed. São Paulo: Quintessence; 2010.
- [3] Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J. Orthod.* 2010. 15(3):114-120.
- [4] Valle R.T, Grossmann E. Disfunções Temporomandibulares - Novas Perspectivas. Cap. Classificação, diagnóstico e tratamento das alterações musculares das DTM. 1ª ed. São Paulo: Liv. Tota; 2019.
- [5] Gerwin, RD. “Diagnosis of myofascial pain syndrome.” *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America* vol. 25,2 (2014): 341-55.
- [6] Travel JG, Simons DG, Simons LS. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual-Upper Half of Body. Baltimore, Md: *Williams & Wilkins*; 1999.
- [7] Aquino HS, Benevides SD, & Silva TD. Identificação da disfunção temporomandibular (DTM) em usuários de dispositivo de proteção auditiva individual (DPAI). *Revista CEFAC.* 2011. 13: 801-812.
- [8] Alves RG. Ponto-gatilho miofascial: histórico e métodos de identificação. [Monografia] Porto Alegre: Lume.ufrgs Repositório Digital. 2011.
- [9] Costa SR, *et al.* PONTOS-GATILHO MIOFASCIAS: ARTIGO DE REVISÃO. *RCSNE.* 2012. 10(2):80-90.
- [10] Carvalho AV, *et al.* The use of dry needling in the treatment of cervical and masticatory myofascial pain. *Revista Dor.* 2017. 18(3): 255-260.
- [11] Brahim CB, *et al.* Eficácia da técnica de agulhamento seco no controle da síndrome da dor miofascial. *Cadernos UniFOA.* 2017. 12 (34): 105-24.
- [12] Uemoto L, *et al.* Laser therapy and needling in myofascial trigger point deactivation. *Journal of Oral Science.* 2013. 55(2): 175-181.
- [13] Molina OF, *et al.* Uma análise crítica dos sistemas de classificação sobre o bruxismo: implicações com o diagnóstico, severidade e tratamento dos sinais e sintomas de DTM associados com o hábito. *JBA, Curitiba.* 2002; 2(5): 61-39.

- [14] Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dores orofaciais: diagnóstico e tratamento*. 1ª ed. São Paulo; Artes Medicas, 2012.
- [15] Campos GH, Santos CT. Tratamento de pontos-gatilhos (trigger points) por meio de terapia por ventosa. *REVISA*. 2015; 4(2):146-54.
- [16] Edwards J, Knowles N. Superficial dry needling and active stretching in the treatment of myofascial pain: a randomised controlled trial. *Acupuncture in Medicine*. 2003; 21(3):80-86.
- [17] Borgstein J, Iaccarino MA. Myofascial pain syndrome treatments. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2014;25(2):357-374.
- [18] Netto BP, *et al.* Laser therapy and dry needling in patients with myofascial pain: a comparative study. *Research, Society and Development*, 2020. 9(10).
- [19] Cagnie B, *et al.* Physiologic effects of dry needling. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17(8):348
- [20] Srbely JZ. *et al.* Dry needle stimulation of myofascial trigger points evokes segmental anti-nociceptive effects. *J Rehabil Med*. 2010, (42):463-468.
- [21] Pinto K, Urbano S, Pedras R. Tratamento da síndrome da dor miofascial através de agulhamento seco e infiltração com anestésico. *REVISTA DO CROMG*. 2018;16(1).
- [22] Cavalcanti MOA, *et al.* Técnica de injeção em trigger-points: relato de caso clínico. *Robrac*. 2009; 18 (45):1-10.
- [23] Portero PP, *et al.* Placas oclusais no tratamento da disfunção temporomandibular (DTM). *Rev Gest & Saúd*. 2009; 1(1), 36-40.