

**FACSETE - FACULDADE SETE LAGOAS**

**JEANINE PORCARO PIMENTA  
MARIA HELENA GONÇALVES FRANCO DINIZ**

**A RELAÇÃO ENTRE DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES  
E CEFALÉIAS**

**BELO HORIZONTE, MG**

**2022**

Jeanine Porcaro Pimenta  
Maria Helena Gonçalves Franco Diniz

A RELAÇÃO ENTRE DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES E  
CEFALEIAS

Monografia apresentada a Faculdade Sete Lagoas como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização *Lato Sensu* em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Área de concentração: DTM e Dor Orofacial. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Adriana Soares Bicalho Duarte.

Belo Horizonte  
2022



Jeanine Porcaro Pimenta  
Maria Helena Gonçalves Franco Diniz

## **A RELAÇÃO ENTRE DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES E CEFALEIAS**

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

Área de concentração: Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pela banca constituída dos seguintes professores:

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Soares Bicalho Duarte - Orientadora

---

Prof. Dr. Eduardo Januzzi – Coordenador e Co-Orientador

---

Prof<sup>(a)</sup> Dr<sup>(a)</sup> \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, 09 de Setembro de 2022.

## RESUMO

As desordens temporomandibulares (DTMs) são um grupo heterogêneo de condições musculoesqueléticas e neuromusculares envolvendo o complexo da articulação temporomandibular, a musculatura associada e os componentes ósseos vizinhos (MIESKO, KLAUS, 2015). Os sintomas mais comuns são dor ou disfunção mandibular, dor na região do ouvido, cefaléia e dores na face. A etiologia das DTMs é multifatorial e inclui problemas locais, sociais, emocionais e cognitivos. A DTM afeta mais de 15% dos adultos e 7% dos adolescentes (TOSATO, CARLA, 2006). A dor crônica é a razão principal por esses pacientes procurarem tratamento (SOWMIA, RAFAEL, 2020). Cefaleia é uma das condições mais comuns associada às desordens temporomandibulares. A relação entre os dois problemas podem envolver vários sintomas em comum. As cefaleias associadas a DTM são as dores de cabeça primárias, ou seja, Migrânea e Cefaleia do Tipo Tensional ou as duas juntas. Estudos sobre o tratamento das cefaleias associadas à DTM têm mostrado que tratamentos simultâneos para as duas patologias são mais eficazes do que tratamentos separados para cada um dos problemas (STEVEN, JENNIFER, 2014).

**Palavras-chaves:** Desordens temporomandibulares. Cefaleia. Migrânea. Articulação temporomandibular.

## **ABSTRACT**

Temporomandibular disorders (TMDs) are a heterogeneous group of musculoskeletal and neuromuscular conditions involving the temporomandibular joint complex, associated musculature and neighboring bone components. The most common symptoms are jaw pain or dysfunction, pain in the ear region, headache and pain in the face. The etiology of TMDs is multifactorial and includes local, social, emotional and cognitive problems. TMD affects more than 15% of adults and 7% of adolescents (TOSATO, CARLA, 2006). Chronic pain is the main reason these patients seek treatment (SOWMIA, RAFAEL, 2020). Headache is one of the most common conditions associated with temporomandibular disorders. The relationship between the two problems may involve several symptoms in common. The headaches associated with TMD are the primary headaches, ie Migraine and Tension-Type Headache or both together. Studies on the treatment of TMD-associated headaches have shown that simultaneous treatments for the two pathologies are more effective than separate treatments for each of the problems (STEVEN, JENNIFER, 2014).

**Keywords:** Headache. Migrraine. Temporomandibular disorder. Temporomandibular joint.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. PROPOSIÇÃO.....	9
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
4. DISCUSSÃO.....	17
5. CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a “Sociedade Internacional de Cefaleia” (International Headache Society- IHS) publicada em 1988, existem mais de cento e cinquenta tipos diferentes de cefaleias.

Estima-se que quase 90% da população já sofreu algum dia de cefaleia (IHS). Segundo a “Sociedade Brasileira de Cefaleia” (SBCe), a cefaleia é um sintoma comum a várias doenças, que podem ter como origem distúrbios do metabolismo, intoxicações e reações infecciosas.

De acordo com a 2ª edição da “Sociedade Internacional de Cefaleia” (revisada e publicada em 2004), as cefaleias “primárias” têm origem ligada a alterações da bioquímica cerebral, que são representadas pela Migrânea, a Cefaleia do Tipo Tensional e em Salvas. Por outro lado, quando existem lesões ou alterações que desencadeiam a cefaleia, elas são classificadas “secundárias”. Nesse caso, a dor é uma consequência de uma agressão ao organismo (IHS).

Estudos demonstram que há uma maior prevalência de DTM em grupos e faixas etárias específicas como, crianças e adolescentes (BERTOLI, 2007; TOSATO, CARLA, 2006), mulheres de 19 a 43 anos (PEREIRA et al., 2005) embora possa ocorrer em qualquer idade e sexo.

Cerca de 70% da população geral tem pelo menos um sinal de DTM, sendo que somente 25% tem conhecimento deste e apenas 3,5% procuram tratamento (BRUNO, 2004).

Alguns sintomas como: dor na musculatura mastigatória e/ou na ATM, cefaleia, bruxismo, estalos, otalgia, dor facial, dor cervical, cansaço na musculatura mastigatória, limitação da abertura da boca, dor durante a mastigação e zumbido são frequentes encontrados em pacientes com DTM (PEREIRA, 2005).

A cefaleia é apontada como um dos mais frequentes sintomas encontrados no paciente com DTM (D'ANTONIO, CASTRO, 2000) sendo muitas vezes a causa da busca de ajuda profissional.

Apesar das variações regionais, a cefaleia é um problema de distribuição mundial, envolvendo pessoas de todas as regiões, idades, raças e nível econômico.

O interesse no assunto e constante busca pelo seu alívio e melhor compreensão, decorrem dos prejuízos acarretados por elas. As cefaleias são consideradas um

problema de saúde pública, uma vez que são desordens debilitantes e que, por vezes, impossibilitam ações rotineiras, o que causa um grande impacto pessoal e social (THOMAS et al., 2017).



## **2. PROPOSIÇÃO**

Este trabalho se propôs à discutir a relação entre desordens temporomandibulares e cefaleias através de revisão de literatura.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Existem diversos tipos de cefaleias que se originam de uma variedade de considerações etiológicas diferentes. A cefaleia é um dos problemas de dor mais comuns relacionado com o sofrimento humano. O relato de Nuprin revelou que 73% da população adulta teve pelo menos uma dor de cabeça nos últimos 12 meses. O mesmo estudo revelou que 5 a 10% da população geral procurou por cuidados médicos por causa de cefaleias graves. Os clínicos devem entender que dor de cabeça não é uma desordem, mas, ao contrário, é um sintoma causado por uma desordem (STEVEN, JENNIFER, 2014).

A “International Headache Society” (Sociedade Internacional de Cefaleias) publicou uma classificação para dores de cabeça que inclui mais de 230 tipos em 13 categorias. Cefaleia é certamente um problema significativo e complexo para muitas pessoas (IHS).

Algumas cefaleias resultam de problemas nas estruturas cranianas, tais como um tumor no cérebro ou aumento de pressão intracraniana. Normalmente essas cefaleias são acompanhadas de fraqueza muscular, paralisia, parestesia, convulsões ou perda de consciência. Quando esses sintomas acompanham a cefaleia, imediatamente o paciente deve ser encaminhado para um especialista médico (JEFFREY, 2018).

Felizmente, a maioria das cefaleias se apresentam como dor heterotópica, produzida por estruturas associadas ou remotas mais comuns que são as estruturas vasculares e musculares.

A cefaleia produzida por estruturas neurovasculares é chamada de Migrânea ou Enxaqueca. Estudos demonstram que a migrânea resulta da atividade neurológica nas estruturas intracranianas. Portanto, a migrânea é mais classificada como “dor neurovascular”.

A dor que se origina nos tecidos musculares tem sido referida como “Cefaleia por tensão muscular” ou “cefaleia por contração muscular”. Esse tipo de cefaleia originária nos músculos se encaixa na categoria de “Cefaleia do Tipo Tensional”. Certamente, migrânea e cefaleia do tipo tensional representam a maioria das dores de cabeça sentidas pela população geral. Entre esses dois tipos estima-se que a cefaleia do tipo tensional seja mais comum, representando 80% de todas as cefaleias (JEFFREY, OKESON, 2018).

As Migrêneas normalmente apresentam-se como uma dor intensa, pulsátil, unilateral, praticamente debilitante. Pode ser acompanhada por fotofobia, fonofobia e náuseas. Pode durar de 4 a 72 horas e pode ser ou não acompanhado de áura de 5 a 15 minutos antes da dor.

A etiologia das migrêneas é pouco compreendida, mas pode estar relacionada a tipos de comida, bebidas e cheiros. A presença de atividade parafuncional, como o bruxismo noturno, tem sido relacionado às migrêneas pela manhã (ADRIAN, CHUA, 2016).

A única relação que pode existir entre DTM e migrânea é o mecanismo desencadeante. Quando um paciente com migrânea sente uma dor músculo-esquelética associada às DTMs, a dor pode representar um gatilho para o ataque da migrânea (JESSICA CONTI e HELENA POLMAMM, 2021).

A cefaleia do tipo tensional apresenta-se como uma dor estável e constante, como uma sensação de capacete apertado na cabeça. Normalmente não são debilitantes, geralmente são bilaterais e podem durar dias ou semanas. Geralmente não são acompanhadas de náuseas e áura, a não ser que sejam muito intensas.

Um dos fatores mais comuns que causam as cefaleias do tipo tensional é a dor Miofascial. Quando os pontos de gatilho se desenvolvem nos músculos, a profunda dor sentida produz dor heterotópica que se apresenta como “cefaleia”. Esse tipo de dor pode estar relacionada aos músculos da mastigação. Os clínicos devem ser capazes de diferenciá-la da migrânea para um correto tratamento (JEFFREY P OKESON, 6ed).

Certamente a queixa mais comum dos pacientes com desordens na musculatura mastigatória é a dor muscular, a qual varia desde uma leve sensibilidade até um desconforto extremo e cefaleias. A dor sentida nos tecidos musculares é chamada de mialgia (P C R CONTI e Y M COSTA, 2016).

Temos cefaleias causadas por desordens miálgicas regionais que são causadas por pontos gatiho.

Dor miofascial é uma condição de dor miogênica causada por áreas locais firmes hipersensíveis de tecidos musculares conhecidas como “pontos Gatilho”. Os pontos gatilho quando palpados provocam dor.

Isso é um tipo de desordem muscular que ocorre em mais de 50% dos pacientes com queixas miálgicas.

A dor miofascial foi primeiramente descrita por Travell e Rinzler em 1952, entretanto as comunidades médicas e odontológicas têm sido lentas em estimar o seu significado.

A natureza exata dos pontos de gatilho não é conhecida. Tem sido sugerido que certas terminações nervosas localizadas nos tecidos musculares podem ser sensibilizadas por substâncias algogênicas, criando uma zona de hipersensibilidade.

A característica peculiar dos pontos de gatilho é que eles são uma fonte constante de dor profunda e podem produzir efeitos excitatórios centrais. Se um ponto de gatilho excita centralmente um grupo de interneurônios aferentes, resulta normalmente em dor referida, em geral com um padrão previsível de acordo com a localização do ponto de gatilho envolvido (GIUSEPPE LIPPI e GIANFRANCO em 2015).

A dor é normalmente relatada pelo paciente como uma dor de cabeça.

A característica clínica mais comum da dor miofascial é a presença de áreas locais de tensão, enrijecimento e hipersensibilidade dos tecidos musculares.

Embora a palpação dos pontos de gatilho provoque dor, não é a queixa principal do paciente, pois muitas vezes eles estão conscientes somente da dor referida. Um exemplo é o paciente que tem ponto de gatilho no trapézio e apresenta dor referida no temporal.

O clínico deve sempre lembrar que para o tratamento ser efetivo ele deve ser direcionado para a fonte da dor e não para o local da dor.

Os pontos gatilhos podem ser ativados por vários fatores, como aumento do uso do músculo, sobrecarga do músculo, estresse emocional e até uma infecção das vias aéreas respiratórias superiores. Quando os pontos de gatilho são ativados, as dores de cabeça voltam (SATU, 2019).

Co-contração é outra condição comum associada à dor miofascial. Pontos de gatilho no ombro ou nos músculos cervicais podem produzir co-contração nos músculos da mastigação. Se continuar, pode desencadear uma sensibilidade nos músculos mastigatórios.

O tratamento dos músculos mastigatórios não resolve esta condição, pois a causa são os pontos de gatilho nos músculos cérvico-espinhais e dos ombros. Entretanto o tratamento dos pontos de gatilho nos músculos dos ombros resolve a desordem dos músculos mastigatórios (HART et al., 2020).

Existem sinais menos frequentes, mas que também podem estar relacionados com os distúrbios do sistema mastigatório. São as “dores Otológicas”.

Dor de ouvido pode ser dor na ATM percebida mais posteriormente. Apenas uma parte fina do osso temporal separa a ATM do meato acústico externo e ouvido médio. Essa proximidade, juntamente com semelhante inervação pode confundir o paciente quanto a localização da dor (STEPAN et al., 2016).

As pessoas também reclamam de uma sensação de ouvido cheio ou entupido. Isso é devido à diminuição da tensão dos músculos tensor do véu palatino e músculo tensor do tímpano.

Zumbido e vertigens também têm sido relatados pelos pacientes que sofrem de DTM. Os músculos tensor do tímpano e tensor do véu palatino são inervados pelo V par de nervo craniano (nervo Trigêmeo). Portanto, dor profunda em qualquer estrutura inervada pelo trigêmeo pode alterar a função auditiva e criar sensações (JEFFREY, OKESON, 6ed).

Alguns estudos vêm demonstrando que tratamentos das DTM podem reduzir os sintomas otológicos (HOWARD et al., 2013).

Muitos estudos revelaram que a cefaleia é um sintoma muito comum associado às DTMs. Outros estudos demonstraram que vários tratamentos para DTM podem, significativamente, diminuir as cefaleias. As cefaleias relacionadas à DTM e estruturas do crânio são consideradas na classificação da International Headache Society (IHS) de 1988; em 2004 na 2ª edição, foram incluídas na categoria. Cefaleia ou dor facial associada com distúrbios do crânio, pescoço, desordens da ATM, músculos mastigatórios e outras estruturas crânio-faciais (*apud* GOMES et al., 2017).

O dentista deve estar apto a diferenciar as cefaleias que provavelmente responderão às terapias odontológicas antes de iniciar o tratamento para evitar procedimentos desnecessários.

De acordo com os “Critérios de Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular” (DC-TMD), a ficha clínica deve conter um questionário com várias as perguntas que devemos fazer aos pacientes e um formulário para exame físico relacionadas às dores na parte mandibular, ATM, ouvido, face e cabeça (principalmente na região da fonte) que são de extrema importância para se chegar a um diagnóstico preciso em relação as DTMs e cefaleias (DC/TMD).

O DC/TMD é a versão atualizada do RDC/TMD e foi incorporado nas diretrizes da Academia Americana de Dor Orofacial assim como na Organização Mundial de Saúde (OMS) na Classificação Internacional das Doenças (CID-11) (LIST, JENSEN, 2017).

O DC/TMD também compreende dois eixos: um físico I (diagnóstico) e um psicossocial II (avaliação psicossocial) (LIST, JENSEN, 2007).

Segundo Walber (2008), o eixo I é composto basicamente por um questionário dividido em duas partes que investiga o diagnóstico clínico das DTMs, tanto muscular como articular, e o eixo II classifica o indivíduo com base no impacto da dor, avaliando fatores comportamentais, psicológicos e psicossociais de pacientes com DTM.

A articulação temporomandibular (ATM) é parte do sistema estomatognático, capaz de realizar movimentos complexos. A função e a estabilidade dessa articulação regem a mastigação, deglutição, fonação e a própria postura mandibular.

A disfunção temporomandibular (DTM) corresponde a um conjunto de condições articulares e musculares na região crânio-maxilofacial que pode desencadear sinais e sintomas como dores na região da articulação temporomandibular (ATM), cefaleias, dores nos músculos da mastigação, otalgia, dor facial, limitação funcional, dor cervical, cansaço, limitação da abertura da boca, dor durante a mastigação, zumbido, dor na mandíbula, dentre outros.

Embora a etiologia da DTM não esteja totalmente elucidada, em geral tem caráter multifatorial, podendo envolver alterações na oclusão, como restaurações ou próteses mal adaptadas, lesões traumáticas ou degenerativas da ATM, alterações esqueléticas, fatores psicológicos e emocionais, má postura e hábitos inadequados. Geralmente, apenas um fator isolado não é desencadeante da disfunção temporomandibular, mas sim a associação deles.

Os problemas de ATM afetam mais de 15% dos adultos nas idades de 20 a 40 anos. As DTMs são classificadas como intra-articulares, quando afetam as estruturas dentro da cápsula da articulação: disco articular, ligamentos, líquido sinovial, ossos e estruturas diretamente relacionadas à articulação; e extra-articulares, quando afetam as estruturas vizinhas à articulação, como: músculos da mastigação, ligamentos e nervos da face (TOSATO, CARLA, 2006).

O diagnóstico das DTMs é obtido através de história clínica, exame clínico e exames de imagens. Os exames de imagem são necessários quando há suspeitas de anormalidades oclusais e intracapsulares.

O tratamento das DTMs pode incluir uma combinação de terapias como a educação do paciente, terapias cognitivas e psicológicas, fisioterapias, tratamentos orais como placas e algumas reabilitações, exercícios físicos e farmacoterapia.

Os tratamentos farmacológicos normalmente são através de analgésicos, antiinflamatórios não esteroidais e relaxantes musculares inicialmente e antidepressivos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes e anti-inflamatórios esteroidais nos casos mais complexos. Podem ser usados também injeções de Hialuronato de sódio a 1,0% e injeções de corticoides dentro da articulação temporomandibular. Tudo isso para diminuir a intensidade da dor e a inflamação e muitas vezes promover uma reparação dos tecidos da articulação.

A cefaleia consiste em qualquer dor referida no segmento cefálico, sendo uma manifestação extremamente comum. Na população geral, durante o curso da vida, a prevalência de cefaleia é maior que 90%, representando o terceiro diagnóstico mais comum nos ambulatórios de neurologia.

As cefaleias relacionadas à DTM são as dores do tipo primárias, ou seja, as Migrêneas e as cefaléias do tipo tensional ou as duas juntas. Elas podem causar distúrbios musculoesqueléticos e neurológicos.

Nesses trabalhos verificamos que a associação das cefaleias primárias, que são as Migrêneas e cefaleias do tipo Tensional, com as Disfunções Temporomandibulares (DTM), tem sido bem descritas em contextos clínicos e em pesquisas populacionais.

Além disso, há uma sobreposição de manifestações clínicas das migrêneas e DTM, pois ambas incluem dor intermitente na cabeça e na face, com pico de prevalência entre adultos jovens e de meia idade, preferencialmente em mulheres, com influência significativa do ciclo hormonal.

Os mecanismos que levam à sobreposição entre essas duas condições podem incluir fatores ambientais e genéticos compartilhados que envolvem processamento de dor nociceptivo e presença de doenças periféricas e sensibilização central (YURI et al., 2017).

A cefaleia é uma das condições neurológicas mais comuns nos consultórios dos neurologistas e nos hospitais e pode ser altamente incapacitante. Nos USA estima-se que haja 112 milhões de acamados por cefaleia por ano, correspondendo a 300.000 pessoas em casa por dia. No Brasil, 70,5% dos brasileiros relatam ter dores de cabeça.

A cefaleia é recorrente, mas o papel dos profissionais é cada vez mais diminuir a intensidade, a frequência e a duração dessa dor.

Os profissionais que tratam as cefaleias são os neurologistas, psiquiatras, dentistas (principalmente se há queixa de dor na ATM), fisioterapeutas, psicólogos e muitas vezes o profissional de educação física.

Os tratamentos farmacológicos unidos aos não farmacológicos (fisioterapias, psicológicos) apresentam melhores resultados (AVIV et al., 2007).

Sobre as dores no pescoço relacionadas as cefaleias primárias temos:

\*76,2% dos pacientes com Migrânea apresentam dores no pescoço.

\*88,4% dos pacientes com dor de cabeça tensional tem dor no pescoço.

\*89,3% dos pacientes com Migrânea + Tensional tem dor no pescoço.

Ou seja, a maioria dos pacientes que tem Migrânea e Tensional tem dor no pescoço também (STEVEN, 2012).



#### 4. DISCUSSÃO

De fato, acredita-se que a presença de DTM seja um fator de risco para a cronificação das migrêneas.

Embora a DTM esteja associada a vários tipos de cefaléias, a Migrânea é a mais associada (GONÇALVES et al., 2012).

Na maioria dos estudos os sinais e sintomas de DTM foram associados a migrânea independentemente da frequência, sendo maior na migrânea crônica do que nas episódicas.

Das 10 doenças mais prevalentes no mundo, a cefaleia do tipo tensional está em terceiro lugar e a Migrânea está em sexto lugar. A prevalência de DTM é maior 25% nos pacientes com Migrânea (SATU, 2019).

A DTM é uma condição clínica que deve ser considerada na fisiopatologia das cefaleias principalmente nos casos que não respondem ao tratamento (JO et al., 2014).

A presença das duas (DTM e cefaleia) podem afetar mais de um sexto da população geral do mundo. Acredita-se que as atividades musculares da cabeça e do pescoço provavelmente desempenham um papel importante na etiologia de muitas cefaleias, sendo esse o sintoma mais comum e a queixa mais relatada dentre os sintomas da disfunção temporomandibular (MACIEL, 2017).

Garcia, Souza, analisaram 34 pacientes portadores de DTM e constataram que 53,9% apresentavam dor de cabeça e o sintoma mais comum entre seus pacientes foi o mioespasmo e mialgia.

Rocha et al., examinaram mil pacientes portadores de DTM, demonstraram a presença significativa de cefaleia em quase todos os grupos etários. Foram apontadas como principais queixas: cefaleia (70%), artralgia (75%), estalos articulares (72,7%) e mialgias (71,7%). A análise da distribuição da sintomatologia por sexo revelou que uma parcela significativa dos sinais e sintomas estudados tinha uma maior prevalência nas mulheres do que nos homens.

Montal e Guimarães, avaliaram 121 pacientes com DTM, encontraram que a cefaleia foi relatada como queixa principal por 82,2% dos participantes, seguida de dor na região mandibular (68%) e otalgia (62,3%).

Bove et al. Avaliaram 150 indivíduos com DTM e a maioria referiu dor de cabeça (84%).

## **5. CONCLUSÃO**

Podemos concluir através desse trabalho que as desordens temporomandibulares têm uma relação íntima com as cefaleias do tipo primária, ou seja, as Migrâneas e as Cefaleias do tipo tensional. Embora sejam patologias distintas (DTM e cefaleia), os seus sintomas se sobrepõem, por isso os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos feitos para as duas patologias juntas têm mais resultados do que tratamentos separados. A etiologia das DTMs e das cefaleias são multifatoriais. As cefaleias relacionadas a DTM podem afetar um sexto da população mundial. Os profissionais que tratam essas dores devem sempre focar em diminuir a intensidade, frequência e duração porque elas são incapacitantes. A DTM é uma condição clínica que deve ser considerada nos tratamentos das cefaléias, principalmente nos casos que não respondem ao tratamento. Após lermos todos os artigos e trabalhos escolhidos, vimos que as desordens temporomandibulares estão presentes em um número alto das cefaleias, e apesar de serem patologias distintas muitas vezes os sintomas se sobrepõem fazendo com que os tratamentos farmacológicos ou não farmacológicos sejam eficazes para as duas patologias.

## REFERÊNCIAS

ABOUELHUDA AM, KIM H-S, KIM S-Y, KIM Y-K. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2017 Dec;43(6):363-367. doi: 10.5125/jkaoms.2017.43.6.363. Epub 2017 Dec 26. Association between headache and temporomandibular disorder.

AGUIAR A dos S, CARRER HCN, LIRA MR de, silva GZM, CHAVES TC. J Clin Med. 2021 Aug 26;10(17):3823. doi: 10.3390/jcm10173823. Patient-Reported Outcome Measurements in Temporomandibular Disorders and Headaches: Summary of Measurement Properties and Applicability.

ALMOZNINO G, BENOLIEL R, SHARAV Y, HAVIV Y. Sleep Med Rev. 2017 Jun;33:39-50. doi: 10.1016/j.smrv.2016.04.005. Epub 2016 May 11. Sleep disorders and chronic craniofacial pain: Characteristics and management possibilities.

ANANTHAN S, BENOLIEL R. J Neural Transm (Vienna). 2020 Apr;127(4):575-588. doi: 10.1007/s00702-020-02157-3. Epub 2020 Mar 4. Chronic orofacial pain.

ANNA K. EIGENBRODT, HAKAN ASHINA, SABRINA KHAN HANS-CHRISTOPH DIENER DIMOS AND OTHERS Consenso: Diagnóstico e tratamento da enxaqueca em dez etapas.

ANSARI AH, PAL A, RAMAMURTHY A, KABAT M, JAIN S, Kumar S. ACS Chem Neurosci. 2021 Jan 20;12(2):256-270. doi: 10.1021/acscchemneuro.0c00785. Epub 2021 Jan 4. Fibromyalgia Pain and Depression: An Update on the Role of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation.

AWAN KH. SAUDI PHARM J. 2017 Jan;25(1):18-24. doi: 10.1016/j.jpsps.2016.04.024. Epub 2016 Apr 30. The therapeutic usage of botulinum toxin (Botox) in non-cosmetic head and neck conditions - An evidence based review.

BALASUBRAMANIAM R, KLASSER GD. Med Clin North Am. 2014. Nov;98(6):1385-405. doi: 10.1016/j.mcna.2014.08.007. Epub 2014 Sep 20. Orofacial pain syndromes: evaluation and management.

BENDER SD. Headache. 2012 May;52 Suppl 1:22-5. doi: 10.1111/j.1526-4610.2012.02134.x. Temporomandibular disorders, facial pain, and headaches.

BENDER SD. Curr Pain Headache Rep. 2014 Mar;18(3):400. doi: 10.1007/s11916-013-0400-5. Orofacial pain and headache: a review and look at the commonalities.

BENOLIEL R, SVENSSON P, EVERS S, WANG S-J, BARKE A, KORWISI B, RIEF W, TREEDE R-D. Pain. 2019 Jan;160(1):60-68. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001435. The IASP classification of chronic pain for

ICD-11: chronic secondary headache or orofacial pain. IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain.

BIONDI M, VALENTINI M. Riv Psichiatri. Sep-Oct 2014;49(5):217-26. doi: 10.1708/1668.18262. [Relaxation treatments and biofeedback for anxiety and somatic stress-related disorders]. [Article in Italian].

BRESSLER HB, MARKUS M, BRESSLER RP, FRIEDMAN SN, FRIEDMAN L. Curr Pain Headache Rep. 2020 Mar 21;24(5):18. doi: 10.1007/s11916-020-00851-1. Temporal tendinitis: A cause of chronic orofacial pain.

BRUCE B HORSWELL, JASON SHEIKH. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2018 Feb;30(1):11-24. doi: 10.1016/j.coms.2017.08.007. Evaluation of Pain Syndromes, Headache, and Temporomandibular Joint Disorders in Children.

BRUEHL S, OHRBACH R, SHARMA S, WIDERSTROM-NOGA E, DWORKIN RH, FILLINGIM RB, TURK DC. J Pain. 2016 Sep;17(9 Suppl): T118-31. doi: 10.1016/j.jpain.2015.10.014. Approaches to Demonstrating the Reliability and Validity of Core Diagnostic Criteria for Chronic Pain.

CARLOS FARIA C, MD, DMD; FRANCISCO AZEVEDO COUTINHO, MD; JOÃO CORREIA, MD Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Portuguese translation).

CASTRILLON EE, EXPOSTO FG. Dent Clin North Am. 2018 Oct;62(4):657-663. doi: 10.1016/j.cden.2018.06.003. Epub 2018 Aug 14.

CONTI PCR, COSTA YM, GONÇALVES DA, SVENSSON P. J Oral Rehabil. 2016 Sep;43(9):702-15. doi: 10.1111/joor.12410. Epub 2016 May 18. Headaches and myofascial temporomandibular disorders: overlapping entities, separate managements?

COSTA YM, PORPORATTI AL, STUGINSKI-BARBOSA J, BONJARDIM LR, SPECIALI JG, CONTI PC. Headache attributed to masticatory myofascial pain: impact on facial pain and pressure pain threshold. J Oral Rehabil. 2015 Oct 6.

COSTA YM, PORPORATTI AL, STUGINSKI-BARBOSA J, BONJARDIM LR, SPECIALI JG, RODRIGUES CONTI PC. Headache Attributed to Masticatory Myofascial Pain: Clinical Features and Management Outcomes. J Oral Facial Pain Headache. 2015 Fall;29(4):323-30.

COSTA YM, CONTI PCR, FARIA FAC de, BONJARDIM LR. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2017 Mar;123(3):288-297. doi: 10.1016/j.oooo.2016.12.005. Epub 2016 Dec 24. Temporomandibular disorders and painful comorbidities: clinical association and underlying mechanisms.

CRANDALL JA. Dent Clin North Am. 2018 Oct;62(4):511-523. doi: 10.1016/j.cden.2018.05.001. Epub 2018 Jul 27. An Introduction to Orofacial Pain.

D'ANTONIO, W.E.P.A.; IKNO, C.M.Y.; CASTRO, S.M.; BALBANI, A.P.S.; JURADO, J.R.P.; BENTO, R.F. Distúrbio temporomandibular como causa de otalgia: um estudo clínico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v.66, n.1, jan-fev 2000.

Di PAOLO C, D'URSO A, PAPI P, Di SABATO F, ROSELLA D, POMPA G, POLIMENI A. Research Article | Open Access. Volume 2017 | Article ID 3203027 | <https://doi.org/10.1155/2017/3203027>. Show citation. Temporomandibular Disorders and Headache: A Retrospective Analysis of 1198 Patients.

FERNANDES AC, MOURA DMD, SILVA LGD da, ALMEIDA EO de, BARBOSA GAS. *J Oral Facial Pain Headache*. 2017 Summer;31(3):225-232. doi: 10.11607/ofph.1719. Acupuncture in Temporomandibular Disorder Myofascial Pain Treatment: A Systematic Review.

FLEUR P la, ADAMS A . Botulinum Toxin for Temporomandibular Disorders: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2020 Feb 25.

GHURYE S, McMILLAN R. *Dent Update*. Jul-Aug 2015;42(6):533-6, 539-42, 545-6. doi: 10.12968/denu.2015.42.6.533. Pain-Related Temporomandibular Disorder - Current Perspectives and Evidence-Based Management.

GONÇALVES DAG, CAMPARIS CM, FRANCO AL, FERNANDES G, SPECIALI JG, BIGAL ME. *Curr Pain Headache Rep*. 2012 Aug;16(4):359-64. doi: 10.1007/s11916-012-0268-9. How to investigate and treat: migraine in patients with temporomandibular disorders.

GRAFF-RADFORD SB, BASSIUR JP. *Neurol Clin*. 2014 May;32(2):525-37. doi: 10.1016/j.ncl.2013.11.009. Epub 2014 Feb 28. Temporomandibular disorders and headaches.

GRAFF-RADFORD SB. *Continuum (Minneap Minn)*. 2012 Aug;18(4):869-82. doi: 10.1212/01.CON.0000418648.54902.42. Facial pain, cervical pain, and headache.

GROBET P, GILON Y, BRUWIER A, NIZET J-L. *Rev Med Liege*. 2017 Sep;72(9):410-415. [Sleep bruxism: state of the art and management] [Article in French].

HÄGGMAN-HENRIKSON B, REZVANI M, LIST T. *J Oral Rehabil*. 2014 Jan;41(1):59-68. doi: 10.1111/joor.12123. Epub 2013 Dec 30. Prevalence of whiplash trauma in TMD patients: a systematic review.

ISRAEL HA, DAVILA LJ. *Otolaryngol Clin North Am*. 2014 Apr;47(2):301-31. doi: 10.1016/j.otc.2013.12.001. Epub 2014 Feb 7. The essential role of the otolaryngologist in the diagnosis and management of temporomandibular joint and chronic oral, head, and facial pain disorders.

JÄÄSKELÄINEN SK. J Clin Neurophysiol. 2019 Nov;36(6):422-429. doi: 10.1097/WNP.0000000000000583. Differential Diagnosis of Chronic Neuropathic Orofacial Pain: Role of Clinical Neurophysiology.

JEFFREY P. OKESON. Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão. Tradução da 6 edição.

JO NIJS, ANNELEEN MALFLIET, KELLY ICKMANS, ISABEL BAERT, MIRA MEEUS. Expert Opin Pharmacother. 2014 Aug;15(12):1671-83. doi: 10.1517/14656566.2014.925446. Epub 2014 Jun 15. Treatment of central sensitization in patients with 'unexplained' chronic pain: an update.

JONES GT. Curr Rheumatol Rev. 2016;12(2):140-53. doi: 10.2174/1573397112666151231113438. Psychosocial Vulnerability and Early Life Adversity as Risk Factors for Central Sensitivity Syndromes.

KHAN MT, VERMA SK, MAHESHWARI S, ZAHID SN, CHAUDHARY PK. J Oral Biol Craniofac Res. Sep-Dec 2013;3(3):146-50. doi: 10.1016/j.jobcr.2013.03.003. Epub 2013 Apr 5. Neuromuscular dentistry: Occlusal diseases and posture.

KANIECKI R. Curr Opin Neurol. 2021 Jun 1;34(3):344-349. doi: 10.1097/WCO.0000000000000918. Sinus, disabling tension-type, and temporomandibular joint headaches.

KLEYKAMP BA, FERGUSON MCK C, MCNICOL E, BIXHO I, ARNOLD LM, EDWARDS RR, FILLINGIM R, GROL-PROKOPCZYK H, OHRBACH R, TURK DC, DWORKIN RH. J Am Dent Assoc. 2021 Dec 21; S0002-8177(21)00518-3. doi: 10.1016/j.adaj.2021.08.008. Online ahead of print. The prevalence of comorbid chronic pain conditions among patients with temporomandibular disorders: A systematic review.

KUMAR A, BRENNAN MT. Dent Clin North Am. 2013 Jul;57(3):419-28. doi: 10.1016/j.cden.2013.04.003. Epub 2013 May 23. Differential diagnosis of orofacial pain and temporomandibular disorder.

LIPPI G, CERVELLIN G, MATTIUZZI C. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2015;14(6):786-90. doi: 10.2174/1871527314666150225143105. Gum-Chewing and Headache: An Underestimated Trigger of Headache Pain in Migraineurs?

MACEDO DDP de, SILVA NETO RP da. Classificação Internacional das Cefaléias – 3 edição - Traduzido pela Sociedade Brasileira de Cefaléia por Fernando Kowacs (Coordenador).

MARTIN VT, NEILSON D. Headache. 2014 Sep;54(8):1403-11. doi: 10.1111/head.12417. Epub 2014 Jun 23. Joint hypermobility and headache: the glue that binds the two together--part 2.

MENEZES MS, BUSSADORI SK, FERNANDES KPS, BIASOTTO-GONZALEZ DA. Correlação entre cefaléia e disfunção temporomandibular Correlation between headache and temporomandibular joint dysfunction. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.15, n.2, p.183-7, abr./jun. 2008.

MIESZKO WIECKIEWICZ, KLAUS BOENING, PIOTR WILAND, YUH-YUAN SHIAU, ANNA PARADOWSKA-STOLARZ. *J Headache Pain*. 2015; 16:106. doi: 10.1186/s10194-015-0586-5. Epub 2015 Dec 7. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders.

MORENO-FERNÁNDEZ AM, JIMÉNEZ-CASTELLANOS E, IGLESIAS-LINARES A, BUESO-MADRID D, FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ A, MIGUEL M de. *Mod Rheumatol*. 2017 Mar; 27(2):210-216. doi: 10.1080/14397595.2016.1221788. Epub 2017 Feb 1. Fibromyalgia syndrome and temporomandibular disorders with muscular pain. A review.

NIXDORF DR, DRANGSHOLT MT, ETTLIN DA, GAUL C, LEEUW R DE, SVENSSON P, ZAKRZEWSKA JM, LAAT A de, CEUSTERS W. International RDC-TMD Consortium. *J Oral Rehabil*. 2012 Mar;39(3):161-9. doi: 10.1111/j.1365-2842.2011.02247.x. Epub 2011 Aug 18. Classifying orofacial pains: a new proposal of taxonomy based on ontology.

OUANOUNOU AVIV, GOLDBERG M, HAAS DA. *J Can Dent Assoc*. 2017 Jul;83:h7. Pharmacotherapy in Temporomandibular Disorders: A Review.

PAÇO M, PELETEIRO B, DUARTE J, PINHO T. *J Oral Facial Pain Headache*. Summer 2016;30(3):210-20. doi: 10.11607/ofph.1661. The Effectiveness of Physiotherapy in the Management of Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis.

PECK CC, GOULET J-P, LOBBEZOO F, SCHIFFMAN EL, ALSTERGREN P, ANDERSON GC, LEEUW R de, JENSEN R, MICHELOTTI A, OHRBACH AR, PETERSSON A, LIST T. *J Oral Rehabil*. 2014 Jan;41(1):2-23. doi: 10.1111/joor.12132. Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders.

PEREIRA, K.N.F; ANDRADE, L.L.S; COSTA M.L.G da; PORTAL T.F. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Revista CEFAC*, São Paulo, v.7.

RENTON T. *Headache*. 2020. Jan;60(1):235-246. doi: 10.1111/head.13689. Epub 2019 Nov 1. Tooth-Related Pain or Not?

RÉUS JC, POLMANN H, SOUZA BDM, FLORES-MIR C, GONÇALVES DAG, QUEIROZ LP de, OKESON J, CANTO G de L. *J Am Dent Assoc*. 2021 Oct 11;S0002-8177(21)00479-7. doi: 10.1016/j.adaj.2021.07.021. Association between primary headaches and temporomandibular disorders: A systematic review and meta-analysis.



ROBERT L GAUER, MICHAEL J SEMIDEY. Am Fam Physician. 2015 Mar 15;91(6):378-86. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders.

ROJAS-RAMIREZ MV, BERTOLI, SMITH JH. J Oral Facial Pain Headache. Winter 2016;30(1):68-72. doi: 10.11607/ofph.1549. Short-Lasting Unilateral Neuralgiform Headache with Conjunctival Injection and Tearing Secondary to Head and Neck Trauma: Literature Review and Case Report.

ROMERO-REYES M, UYANIK JM. J Pain Res. 2014 Feb 21;7:99-115. doi: 10.2147/JPR.S37593. eCollection 2014. Orofacial pain management: current perspectives.

ROSSI SS de. Dent Clin North Am. 2013 Jul;57(3):383-92. doi: 10.1016/j.cden.2013.04.001. Epub 2013 Jun 4. Orofacial pain: a primer.

SALVADOR L MANRRIQUEZ, KENNY ROBLES, KAM PAREEK, ALIREZA BESHARATI, REYES ENCISO. J Dent Anesth Pain Med. 2021 Jun;21(3):183-205. doi: 10.17245/jdapm.2021.21.3.183. Epub 2021 Jun 1. Reduction of headache intensity and frequency with maxillary stabilization splint therapy in patients with temporomandibular disorders-headache comorbidity: a systematic review and meta-analysis.

SANTOS MC dos. Revista Dentística on line - ano 9, número 19, 2010. ISSN 1518-4889 www.ufsm.br/dentisticaonline Cefaléia e disfunção temporomandibular Headache and temporomandibular disorder: Classification and diagnostic.

SHAEFER JR, KHAWAJA SN, PAULA FURLAN BAVIA PF. Dent Clin North Am. 2018 Oct;62(4):665-682. doi: 10.1016/j.cden.2018.06.001. Epub 2018 Aug 2. Sex, Gender, and Orofacial Pain.

SHEPHARD MK, MACGREGOR EA, ZAKRZEWSKA JM. Headache. 2014 Jan;54(1):22-39. doi: 10.1111/head.12272. Epub 2013 Nov 21. Orofacial pain: a guide for the headache physician.

SPECIALI JG, DACH F. HEADACHE. 2015 Feb;55 Suppl 1:72-83. doi: 10.1111/head.12515. Epub 2015 Feb 3. Temporomandibular dysfunction and headache disorder.

STEPAN L, SHAW C-K L, OUE S. J Laryngol Otol. 2017 Jan;131(S1):S50-S56. doi: 10.1017/S0022215116009191. Epub 2016 Oct 27. Temporomandibular disorder in otolaryngology: systematic review.

STEVEN B GRAFF-RADFORD, JEREMY J ABBOTT. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2016 Aug;28(3):335-49. doi:10.1016/j.coms.2016.03.004. Temporomandibular Disorders and Headache.

STERN I, GREENBERG MS. Dent Clin North Am. 2013 Jul;57(3):393-404. doi: 10.1016/j.cden.2013.04.002. Clinical assessment of patients with orofacial pain and temporomandibular disorders.

THOMAS LIST, RIGMOR HØJLAND JENSEN. Cephalalgia. 2017 Jun;37(7):692-704. doi: 10.1177/0333102416686302. Epub 2017 Jan 9. Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts.

TOSATO, J.P.; CARLA, P.H.F. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. RGO, Porto Alegre, v.54, n.3, p.211-224, jul/set. 2006.

YAP AU, CHUA AIP. J Conserv Dent. Sep-Oct 2016;19(5):383-9. doi: 10.4103/0972-0707.190007. Sleep bruxism: Current knowledge and contemporary management.

YOST O, LIVERMAN CT, ENGLISH R, MACKEY S, BOND EC. Temporomandibular Disorders: Priorities for Research and Care National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Board on Health Sciences Policy; Committee on Temporomandibular Disorders (TMDs): From Research Discoveries to Clinical Treatment. editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020 Mar 12. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health.