

Tratamento de dor de cabeça relacionada com a dor miofascial: relato de caso clínico

Camila Andrade ZAMPERINI, André Ulisses Dantas BATISTA,

Eduardo Andrade de OLIVA, Francisco Guedes Pereira de ALENCAR JÚNIOR

*Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese,
Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP
14801-903 Araraquara - SP*

Zamperini CA, Batista AUD, Oliva EA, Alencar Júnior FGP. Management of headache related to myofascial pain: clinical case report. Rev Odontol UNESP. 2005; 34 (1): 31-6.

Resumo: As dores de cabeça são sintomas usualmente apontados pelos pacientes que sofrem de distúrbios temporomandibulares (DTM). Alguns estudos recentes demonstraram uma relação significativa entre cefaléia e sinais e sintomas de distúrbios temporomandibulares, especificamente com dor miofascial. Quando essa associação ocorre, o tratamento deve ser direcionado para a causa do problema (dor miofascial) ou, com certeza, resultará em insucesso e prejuízos para o paciente. É apresentado o caso clínico da paciente E.P.S., 30 anos, gênero feminino, que compareceu à clínica de Distúrbios Temporomandibulares da FOAR-UNESP, com queixa principal de dor de cabeça, que se estendia até o pescoço, com intensidade 10 na escala numérica de 1 a 10, frequência 6x/semana e duração de 2 a 24 horas por dia. Após anamnese e exame físico, foi diagnosticado que a dor de cabeça era atribuída a “*trigger-points*” localizados nos músculos temporal e esternocleidomastóideo. Foram apresentados a seqüência clínica de diagnóstico e o tratamento do caso em questão, que envolveu aconselhamento, fisioterapia, farmacoterapia e injeção nos “*trigger-points*”, com o restabelecimento da qualidade de vida da paciente.

Palavras-chave: *Dor miofascial; cefaléia; diagnóstico.*

Abstract: Headaches are symptoms usually reported by patients that suffer of temporomandibular disorders (TMD). Some recent studies demonstrated a significant relationship between headaches and signs and symptoms of temporomandibular disorders, specifically with myofascial pain. When this association is present, the treatment should be addressed to the cause of the problem (myofascial pain) or it will certainly result in failure and injuries to the patient. It is presented a clinical case report of a female patient, E.P.S., 30 years-old, that presented to the FOAR-UNESP Temporomandibular Disorders Clinic, with a chief complaint of headache, that extended to the neck, with an intensity of 10, in a numerical scale ranging from 0-10, frequency of 6 days a week, and duration of 2 to 24 hours a day. After anamnesis and clinical examination it was diagnosed that the headache was referred of trigger-points in the temporalis and styernocleidomastoid muscles. We present the complete clinical sequence of diagnosis and treatment of the case, which consisted of counseling, physiotherapy, pharmacotherapy and trigger-points injection, with the recovering of the patient's quality of life.

keywords: *Myofascial pain; headache; diagnosis.*

Introdução

Distúrbios temporomandibulares (DTM) ou disfunções craniomandibulares (DCM) são possíveis termos utilizados para descrever as dores e as disfunções que acometem as estruturas do sistema estomatognático, como os músculos

mastigatórios, músculos cervicais, articulação temporomandibular (ATM), dentes e periodonto.

Os principais sinais e sintomas são dor, disfunções nos movimentos mandibulares e sons articulares (estalido ou crepitação)^{9,14}.

Embora uma causa específica das DTMs não tenha sido identificada, acredita-se que ela seja o resultado de diversos fatores etiológicos que não estão bem esclarecidos⁴. Segundo Denucci⁴, existem certos fatores que predis põem uma pessoa a essas desordens, como as anormalidades craniofaciais. Existem também fatores iniciantes, ou seja, aqueles fatores capazes de iniciar as desordens clínicas, como trauma, condições inflamatórias, processos infecciosos ou até eventos iatrogênicos, e, ainda, existem condições que interferem com a resolução ou progressão da DTM, chamadas de fatores perpetuantes. Entre estes estão os distúrbios endócrinos, os fatores comportamentais e as questões psicossociais¹².

As dores de cabeça também são sintomas usualmente apontados pelos pacientes que sofrem de DTM. Nassif e Talic¹¹ (2001) demonstraram, em um estudo, que 70% dos pacientes diagnosticados como portadores de DTM queixavam-se de dor de cabeça, contra 35% dos pacientes do grupo controle. Além disso, houve diferenças na severidade das dores de cabeça, tendo 45% dos pacientes com DTM queixado-se de dor de cabeça severa, contra apenas 12,5% do grupo controle, o que foi considerado pelos autores um achado importante¹¹.

Outro estudo, realizado por Ciancaglini e Radaelli³ (2001), avaliou a existência de uma associação entre dor de cabeça e sintomas de DTM em uma população adulta da Itália. Os autores encontraram uma associação significativa entre dor de cabeça e alguns sintomas de desordens temporomandibulares (dor na articulação, estalidos articulares e dor nos movimentos mandibulares). Segundo eles, existe uma correlação direta entre dor de cabeça e DTM, e um exame funcional do sistema estomatognático, incluindo a palpação dos músculos mastigatórios e a avaliação do movimento mandibular, deveria ser realizado em pacientes que sofrem dores de cabeça inexplicáveis.

A dor miofascial é considerada uma das DTMs de origem muscular mais comuns e também causa comum de queixas de dor de cabeça. A dor miofascial é uma desordem muscular regional caracterizada pela presença de pontos sensíveis na musculatura (“*trigger-points*” ou pontos de gatilho) e dor local e referida. Os pontos de gatilho são pontos hipersensíveis com 2 mm a 5 mm de diâmetro, localizados nos músculos, tendões e ligamentos. Uma de suas principais características é, quando ativados, provocar a irradiação da dor para uma determinada zona de referência^{1,6,9}. Essa irradiação da dor pode, muitas vezes, ser confundida com uma dor de cabeça primária e, caso seja tratada como tal, poderá resultar em insucesso, com prejuízos óbvios para o paciente. Outros sintomas, que com frequência acompanham a dor miofascial, incluem distúrbios psicológicos (ansiedade e depressão) e má qualidade do sono⁹.

Quanto à prevalência e epidemiologia, o estudo de Herman⁹ (2002) estimou que 25% das DTMs enquadram-se nos critérios de mialgia ou dor miofascial. Outro trabalho,

realizado por Schiffman¹⁴ (1990) com 269 estudantes de enfermagem, com idades entre 20 e 40 anos, concluiu que 50% da amostra exibiu sintomas de dor miofascial associada aos músculos mastigatórios. De acordo com o relato de Fricton⁷ (1985), a dor miofascial foi a desordem mais comum, acometendo 54,6% dos pacientes com queixas de dor de cabeça crônica e dor na região do pescoço, em um trabalho de revisão das características clínicas de 164 pacientes.

Em relação ao tratamento, várias são as propostas terapêuticas reversíveis e irreversíveis que têm sido usadas para reduzir a dor e a disfunção associadas com as DTMs¹³. Profissionais que atribuem as desordens temporomandibulares primariamente às desarmonias estruturais desentendem frequentemente métodos irreversíveis de tratamento, incluindo equilíbrio oclusal, cirurgia e tratamento ortodôntico. Em contraste, aqueles que relacionam a dor e a disfunção temporomandibular às desordens funcionais, geralmente prescrevem tratamentos conservadores, como placas oclusais, exercícios, medicação antiinflamatória, entre outros¹³. Atualmente, a dor miofascial é vista, primariamente, como desordem muscular reversível¹³.

Estudo documenta que tanto as terapias reversíveis quanto as irreversíveis utilizadas para o tratamento de pacientes com desordens temporomandibulares têm obtido resultados positivos¹³. Entretanto, nesse mesmo trabalho, o autor afirma que, desde que a efetividade, a longo prazo, da terapia reversível tem sido repetidamente documentada para problemas miofasciais, esse tratamento deveria ser considerado a terapia inicial de escolha para a maioria dos pacientes com DTM¹³. Entre as modalidades conservadoras e reversíveis, estão o aconselhamento, a farmacoterapia, a fisioterapia, a confecção de placas oclusais e as injeções nos “*trigger points*”^{1,2,4,5,8,10}.

O importante, diante de pacientes que apresentam patologias temporomandibulares, é chegar a um correto diagnóstico, com base no qual a terapêutica será adotada. Levando-se em consideração a característica da dor miofascial, de apresentar dor irradiada, muitas vezes o clínico pode ser levado a chegar a um diagnóstico incorreto, confundindo essa dor que porventura venha a afetar a região frontal ou parietal com uma dor de cabeça primária. Nesse caso o tratamento poderá resultar em insucesso, com prejuízos óbvios para o paciente, por não estar atuando sobre o verdadeiro fator etiológico da dor.

Diante disso, o objetivo deste trabalho é a apresentação de um caso clínico, pelo qual será descrita toda a seqüência clínica de diagnóstico e tratamento.

Descrição do caso clínico

A paciente E. P. S., 30 anos, gênero feminino, casada, mãe de dois filhos, procurou a Clínica de Desordens Temporomandibulares da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP em busca de tratamento para suas duas queixas:

a queixa principal era de dor de cabeça na região temporal, que se estendia por toda a cabeça até o pescoço (Queixa 1), e a segunda queixa era de dor na face, na região de ramo da mandíbula (Queixa 2), ambas ocorrendo bilateralmente (Figuras 1 e 2).

O exame clínico teve início pela anamnese, durante a qual a paciente relatou o uso regular de analgésicos variados (Dipirona, Paracetamol, Diclofenaco Sódico), em média, duas vezes ao dia, sem prescrição médica, e uma história médica de gastrite nervosa.



Figura 1. Local da dor da Queixa nº 1.



Figura 2. Local da dor Queixa nº 2.

A dor de cabeça na região temporal bilateral (Queixa 1) foi descrita pela paciente como sendo depressiva, de intensidade 10 (intensidade máxima) expressa em uma escala numérica de 0 a 10, com duração que variava de 2 a 24 horas, e com frequência de seis vezes por semana. Essa intensidade é subjetiva, dada pela paciente quando foi perguntada sobre que nota daria para sua dor, sendo 0 (zero) uma condição de ausência de dor e 10 (dez) a pior dor imaginável.

Fatores como tensão e estresse atuavam como agravantes da condição, e medicação analgésica atenuava a dor. A paciente havia-se submetido a tratamento com neurologista previamente, entretanto sem sucesso.

Quanto à Queixa 2, dor na face na região de ramo da mandíbula bilateral, as características eram: dor depressiva e de ferroada, intensidade 10 (intensidade máxima), com duração de 1 hora e frequência de seis vezes por semana. As atividades funcionais agravavam a dor, enquanto repouso e massagem atenuavam-na. Ambas as queixas tinham duração de aproximadamente 15 anos.

Ainda durante a anamnese, foram encontradas algumas condições que poderiam atuar como fatores contribuintes: presença de bruxismo do sono e vigília; labiofagia; onicofagia; qualidade de sono ruim, visto que sua postura ao dormir era de decúbito ventral, ainda relatando que despertava diversas vezes durante a noite; apenas uma refeição durante o dia; e relato positivo para estresse, ansiedade e depressão.

No exame físico, durante a palpação muscular, os músculos masseter, temporal anterior, temporal médio, esternoclidomastóideo e trapézio, sempre bilateralmente, apresentavam-se doloridos. Foram encontrados “*trigger-points*” em pontos variados da musculatura: masseter médio esquerdo, temporal anterior direito e esquerdo, esternoclidomastóideo médio direito e esquerdo e no trapézio, também nos lados direito e esquerdo.

As articulações temporomandibulares (ATMs) apresentaram sintomatologia dolorosa quando palpadas lateral e pós-condilarmente, além de ter sido constatada a presença de estalidos articulares em ambas as ATMs.

Após realizarmos a anamnese e o exame físico completo, chegamos ao diagnóstico final de:

- 1) cefaléia tipo tensional crônica;
- 2) dor miofascial;
- 3) dor muscular local;
- 4) deslocamento do disco com redução; e
- 5) retrodiscite/capsulite.

Diante desse quadro clínico, o plano de tratamento proposto foi:

- 1) aconselhamento;
- 2) fisioterapia;
- 3) farmacoterapia;
- 4) injeção no “*trigger-points*”; e
- 5) confecção de placa oclusal mio-relaxante.

Discussão

Segundo Denucci⁴ (1996), as desordens temporomandibulares têm sido identificadas como a principal causa de dor de origem não-dentária na região orofacial, e as queixas de dor, por parte dos pacientes acometidos de tais desordens, são altamente variadas e geralmente estão relacionadas aos músculos da mastigação, à articulação temporomandibular (ATM) e às estruturas associadas. Estudos recentes demonstram uma significativa relação entre cefaléia e sinais e sintomas de desordens temporomandibulares, especificamente com relação à dor miofascial¹¹.

Após exame clínico, que incluiu anamnese e exame físico, foram encontrados “*trigger-points*” na musculatura que, quando palpados, reproduziam as queixas de dor da paciente referida neste estudo. Esses “*trigger-points*”, também chamados de pontos de gatilho ou pontos algícos, são caracterizados como áreas rígidas e hipersensíveis que podem estar localizadas em grupos musculares, como os músculos da mastigação, ou apresentar uma distribuição mais generalizada por todo o corpo¹⁵. De acordo com Friction⁷ (1985), os “*trigger points*” podem ocorrer em qualquer músculo, tendão ou ligamento do corpo, embora eles localizem-se mais freqüentemente na cabeça, no pescoço, nos ombros e região lombar. Eles, ainda, podem estar ativos ou latentes, podendo causar dor referida ou localizada, espontânea ou provocada durante o exame de palpação muscular¹⁵. É a presença de tais pontos que caracteriza a dor miofascial^{1,6}.

Diante da situação clínica em que os pontos palpados referiram dor e reproduziram as Queixas 1 e 2, o tratamento foi direcionado para a dor miofascial, ou seja, para os “*trigger-points*” nos quais se localizava o origem do problema, caso contrário, o tratamento resultaria em insucesso e prejuízos para a paciente, como já havia ocorrido em tratamento anterior.

Inicialmente, a paciente foi esclarecida em relação aos diagnósticos e fatores etiológicos possivelmente envolvidos, para que ela pudesse participar efetivamente do plano de tratamento proposto. Através do aconselhamento ela foi orientada sobre controle de hábitos, posturas (principalmente relacionadas ao sono), estresse, alimentação, exercício físico e ingestão de água e caféina.

Exercícios de alongamentos e termoterapia, principalmente para os músculos massetêres e cervicais, foram os tratamentos fisioterápicos de escolha na tentativa de relaxamento de toda a musculatura envolvida com os sintomas da paciente (Figuras 3 e 4).

Foi prescrita a ciclobenzaprina 10 mg (Miosan) uma vez ao dia, ingerida 2 horas antes do paciente dormir à noite, por 30 dias inicialmente. O ibuprofeno 800 mg (Advil) foi prescrito 3 vezes ao dia, por um período de 14 dias. Comercialmente o ibuprofeno é encontrado em comprimidos de 200 mg (Advil) ou de 600 mg (Motrin). No nosso caso,



Figura 3. Exercício de alongamento passivo para o músculo masséter.



Figura 4. Exercício de alongamento passivo para os músculos cervicais.

foi prescrita a dose de 800 mg, preparada em farmácia de manipulação. A ciclobenzaprina, um relaxante muscular de ação central, tinha como funções relaxar a musculatura e ainda causar certa analgesia.

Entretanto, a ciclobenzaprina tem uma estrutura química muito semelhante à dos antidepressivos tricíclicos e, assim como eles, em doses baixas, pode aumentar a permanência em estágios do sono mais profundo, como estágios 3 e 4, e ainda diminuir os microdespertares, melhorando assim a qualidade de sono da paciente^{2,9}. Para que a ciclobenzaprina atinja esses objetivos, deve ser utilizada por um mínimo

de 3 semanas. A qualidade do sono pôde ser medida pelo cansaço ao acordar que a paciente apresentava com frequência, e acreditamos que a má qualidade do sono era um dos fatores contribuintes para a dor miofascial. Por outro lado, o ibuprofeno, que tem papel de antiinflamatório e analgésico, foi prescrito com o intuito de reduzir o quadro inflamatório que a paciente apresentava na região das ATMs e, assim, diminuir a sensibilização do Sistema Nervoso Central.

Em um paciente com dor crônica e na presença de efeitos centrais secundários (alodínea, hiperalgesia secundária e dor miofascial), a constante estimulação do SNC pela dor pode causar sensibilização central. Toda terapia que elimine a dor, incluindo os antiinflamatórios não esteroidais, pode então diminuir a sensibilização central e conseqüentemente os efeitos centrais secundários.

Por fim, foi feita a injeção nos “*trigger-points*”. Para isso, escolheu-se dois pontos de gatilho na região do trapézio onde foram feitas as injeções, neste caso, com soluções anestésicas de lidocaína a 1% e seringa hipodérmica com agulha curta. Essas injeções são feitas a fim de romper pontos nos músculos causadores de dor¹ (Figura 5).

A placa oclusal mio-relaxante, que normalmente faz parte do plano de tratamento, não foi confeccionada porque a paciente, após as injeções e com a manutenção dos exercícios fisioterápicos e todo o aconselhamento recebido, manteve-se, até o último retorno, com ausência de toda a sintomatologia dolorosa, ou seja, intensidade de dor 0 (zero) na escala numérica de 0 a 10.

Após a realização do plano de tratamento estabelecido, e tendo sido realizados controles periódicos por um período de 12 meses, a paciente manteve-se controlada sem dor.

Conclusão

As dores de cabeça crônicas podem estar relacionadas à presença de dor miofascial, tanto na região facial quanto



Figura 5. Injeção no *trigger-point* no músculo trapézio.

de cabeça e pescoço. Sendo assim, o tratamento deveria também ser direcionado para os fatores etiológicos relacionados ao aparecimento, à manutenção ou ativação dos “*trigger points*”. Um plano de tratamento adequado estaria baseado em um diagnóstico de todos os fatores etiológicos contribuintes e no conseqüente controle dos mesmos. No caso específico apresentado, o plano de tratamento pôde obter sucesso sem a confecção de uma placa oclusal ou modificações irreversíveis na oclusão da paciente. Isso mostra a efetividade de outras modalidades terapêuticas reversíveis e conservadoras no controle da dor miofascial e da cefaléia relacionada.

Referências

1. Alvarez DJ, Rockwell P G. Trigger points: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2002; 65: 653-60.
2. Bercl N A. Ciclobenzaprine in the treatment of skeletal muscle spasm in osteoarthritis of the cervical and lumbar spine. *Curr Ther Res Clin Exp*. 1977; 4: 462-8.
3. Ciancaglini R, Radaelli G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. *J Dent*. 2001; 29: 93-8.
4. Denucci DJ, Dionne RA, Dubner R. Identifying a neurobiologic basis for drug therapy in TMDs. *J Am Dent Assoc*. 1996; 127: 581-93.
5. Dione RA. Pharmacologic treatments for temporomandibular disorders. *Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997; 83: 134-42.
6. Friction JR. Masticatory myofascial pain: an explanatory model integrating clinical, epidemiological and basic science research. *Bull. Group. Int. Rech. Sci. Stomatol. Odontol*. 1999; 41: 14-25.
7. Friction JR, Kroening R, Haley D, Siegert R. Myofascial pain syndrome of the head and neck: A review of clinical characteristics of 164 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985; 60: 615-23.
8. Gavish A. et al. Effect of stabilization splint therapy on pain during chewing in patients suffering from myofascial pain. *J. Oral Rehabil*. 2002; 29: 1181-6.
9. Herman CR, Schiffman EL, Look JO. The effectiveness of adding pharmacologic treatment with clonazepam or cyclobenzaprine to patient education and self-care for the treatment of jaw pain upon awakening: a randomized clinical trial. *J Orofacial Pain*. 2002; 1(6): 64-70.
10. Kim PS. Role of injection therapy: review of indications for trigger point injections, regional blocks, facet joint injections, and intra-articular injections. *Curr Opin Rheumatol*. 2002; 14(1): 52-7.
11. Nassif NJ, Talic YF. Classic symptoms in temporomandibular disorder patients: a comparative study. *Cranio*. 2001; 19(1): 33-41.
12. Okesson JP. Tratamento das desordens temporomandibu-

- lares e oclusão. 4ª ed. São Paulo: Quintessence Editora; 2000.
13. Randolph C S, Greene C S, Moretti R, Forbes D, Perry H T. Conservative management of temporomandibular disorders: A posttreatment comparison between patients from a university clinic and from private practice. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 1990; 98: 77-82.
 14. Schiffman E L, Fricton J R, Haley D P, Shapiro B L. The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc.* 1990; 120: 295-303.
 15. Wright E F, Schiffman E L. Treatments alternatives for patients with mastigatory myofascial pain. *J Am Dent Assoc.* 1995; 126: 1030-9.