

CEFALEIA SECUNDÁRIA À DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: REVISÃO CRÍTICA DA CLASSIFICAÇÃO, ETIOLOGIA E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

JOÃO PEDRO DO COUTO CAETANO^{1,2}; JULIANA DA ROSA PEREZ³; RAFAEL ROSA DE ÁVILA⁴; TELMO LAURENCE ACUNHA SOLÉ FILHO⁵; NOÉLI BOSCATO⁶

¹Universidade Católica de Pelotas – Graduação em Medicina. E-mail: jpcaetano8@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-graduação em Odontologia. E-mail: jpcaetano8@gmail.com

³Universidade Católica de Pelotas – Graduação em Medicina. E-mail: juliana.perez@sou.ucpel.edu.br

⁴Universidade Federal de Pelotas – Graduação em Odontologia. E-mail: avilarafael126@gmail.com

⁵Universidade Católica de Pelotas – Graduação em Medicina. E-mail: telmosole@gmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-graduação em Odontologia. E-mail: noeliboscato@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A cefaleia representa uma das condições dolorosas mais prevalentes em nível mundial, sendo responsável por impacto funcional significativo, redução da produtividade e piora da qualidade de vida. Paralelamente, as disfunções temporomandibulares (DTMs) constituem o principal grupo de desordens musculoesqueléticas que afetam a região orofacial, caracterizadas por dor e/ou disfunção na articulação temporomandibular e músculos mastigatórios. Estima-se que cerca de 30% da população adulta apresente sinais ou sintomas de DTM em algum momento da vida, e a cefaleia está presente em até 80% desses pacientes, configurando uma relação clínica de alta relevância (Graff-Radford & Abbott, 2016; Valesan et al., 2021).

A cefaleia associada à DTM é classificada como uma cefaleia secundária, conforme os critérios da *International Classification of Headache Disorders* (ICHD-3). Caracteriza-se pela existência de evidência de causalidade entre o quadro doloroso e alterações musculares ou articulares da região temporomandibular (IHS, 2018). Essa caracterização de sintomatologia clínica apresenta grande sobreposição com cefaleias primárias, especialmente a cefaleia do tipo tensão, o que pode dificultar o diagnóstico diferencial. Nesses casos, a padronização de critérios diagnósticos é fundamental para evitar subdiagnóstico ou manejo inadequado (Schiffman et al., 2014; Ohrbach & Dworkin, 2019).

O reconhecimento dessa associação também se apoia nos consensos da literatura odontológica e médica. O *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) fornece ferramentas para a identificação precisa das DTMs, enquanto a *International Classification of Orofacial Pain* (ICOP, 2020) contribui para integrar a perspectiva das dores orofaciais, estabelecendo pontos de convergência com a ICHD-3. Dessa forma, compreender a cefaleia associada à DTM exige uma abordagem multidisciplinar, que considere não apenas os aspectos anatômicos e funcionais da articulação temporomandibular, mas também fatores psicossociais e de modulação central da dor (ICOP, 2020; Slade et al., 2016).

Diante desse cenário, torna-se essencial revisar a cefaleia associada à DTM de forma estruturada, abordando sua caracterização clínica, epidemiologia, etiologia e os principais contextos de manifestação. O objetivo deste trabalho é analisar criticamente a cefaleia secundária atribuída à DTM, discutindo sua

classificação, fatores de risco, manifestações clínicas e implicações diagnósticas, a fim de contribuir para uma compreensão mais integrada e aplicável na prática clínica (Ohrbach et al., 2020; Bouloux et al., 2024).

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com levantamento bibliográfico nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science e SciELO, sem restrição de idioma ou período de publicação. Foram utilizados os descritores “temporomandibular disorders”, “headache”, “secondary headache”, “DC/TMD”, “ICHD-3” e “ICOP”, combinados entre si por operadores booleanos. Foram priorizados artigos de revisão sistemática, metanálises, estudos observacionais e consensos internacionais que abordassem a cefaleia associada à DTM, bem como documentos classificatórios oficiais. Entre eles destacam-se o *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) (Schiffman et al., 2014), a *International Classification of Headache Disorders – 3ª edição* (ICHD-3) (IHS, 2018) e a *International Classification of Orofacial Pain – 1ª edição* (ICOP, 2020). A seleção dos estudos foi orientada pela relevância e aplicabilidade clínica, excluindo-se trabalhos que abordassem cefaleias secundárias não relacionadas à DTM ou relatos de caso isolados sem aprofundamento teórico. A análise dos dados foi conduzida de forma descritiva, organizando os achados em quatro eixos principais: caracterização clínica, epidemiologia, etiologia e contextos associados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cefaleia associada à DTM constitui uma caracterização clínica de alta relevância pela sobreposição de sintomas com cefaleias primárias, em especial a cefaleia do tipo tensão. Segundo a ICHD-3, trata-se de uma cefaleia secundária, cujo diagnóstico requer evidência de relação causal com alterações articulares ou musculares da região temporomandibular, incluindo desenvolvimento temporal dos sintomas, agravamento por função mandibular e provocação da dor por palpação ou mobilização da articulação (IHS, 2018). O ICOP, 2020 reforça essa perspectiva, padronizando critérios que facilitam a integração entre odontologia e neurologia.

Do ponto de vista epidemiológico, a associação entre cefaleia e DTM é altamente prevalente. Estudos indicam que cerca de 30% da população adulta apresenta sinais ou sintomas de DTM e, dentro desse grupo, até 80% relatam cefaleia concomitante (Valesan et al., 2021; Graff-Radford & Abbott, 2016). Essa interrelação clínica tem implicações diretas na qualidade de vida, sendo um dos principais motivos de procura por atendimento odontológico e neurológico. A sobreposição diagnóstica com a cefaleia do tipo tensão contribui para a complexidade, podendo levar a subdiagnóstico ou manejo inadequado (Schiffman et al., 2014; Ohrbach & Dworkin, 2019).

A etiologia é reconhecidamente multifatorial, envolvendo componentes biológicos, mecânicos, psicológicos e ambientais. Microtraumas decorrentes do bruxismo, sobrecarga funcional da musculatura mastigatória, alterações posturais cervicais e estresse emocional estão entre os fatores de risco mais documentados (Manfredini & Lobbezoo, 2021; Slade et al., 2016). Além disso, estudos de neuroimagem funcional demonstram padrões de sensibilização central em pacientes com DTM, semelhantes aos encontrados em outras síndromes de dor crônica, sugerindo um papel importante da modulação nociceptiva na manutenção da cefaleia (Harper et al., 2016; ICOP, 2020).

Nos contextos clínicos, a cefaleia associada à DTM geralmente se manifesta como dor opressiva, contínua, unilateral ou bilateral, localizada em região temporal, orbitária ou occipital, frequentemente acompanhada de limitação de abertura bucal, ruídos articulares e sensibilidade à palpação muscular (Graff-Radford & Bassiur, 2014), que são sintomas únicos na identificação das cefaleias atribuídas a DTM. O conhecimento deste diferencial sintomatológico básico dessa condição impacta significativamente o seu adequado diagnóstico precoce e tratamento, melhorando assim a vida social e profissional dos pacientes, e o consumo de recursos terapêuticos, inclusive farmacológicos (Bouloux et al., 2024).

Assim, o reconhecimento precoce e a correta classificação da cefaleia atribuída à DTM são fundamentais para direcionar estratégias terapêuticas eficazes, que devem incluir abordagem multidisciplinar, contemplando odontologia, neurologia, fisioterapia e psicologia. A adoção dos critérios internacionais (DC/TMD, ICHD-3 e ICOP) é essencial para garantir uniformidade diagnóstica e comparabilidade entre estudos clínicos, além de otimizar o cuidado integral do paciente.

4. CONCLUSÕES

A cefaleia associada à DTM representa uma condição prevalente, de etiologia multifatorial e impacto funcional significativo. A sobreposição com cefaleias primárias, em especial a cefaleia do tipo tensão, impõe desafios diagnósticos que exigem o uso de critérios padronizados, como os estabelecidos pelo DC/TMD, ICHD-3 e ICOP. O reconhecimento precoce e a adequada classificação clínica são fundamentais para orientar estratégias de manejo eficazes, reduzir a cronicidade dos sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com o tratamento adequado. Nesse sentido, a integração entre odontologia, neurologia e outras áreas da saúde é indispensável para um cuidado abrangente e baseado em evidências.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOULOUX, G. F.; CHOU, J.; DIFABIO, V. et al. Management of patients with orofacial pain and temporomandibular disorders. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 82, n. 1, p. 87-97, 2024.

GRAFF-RADFORD, S. B.; ABBOTT, J. J. Temporomandibular disorders and headache. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, v. 28, n. 3, p. 335-349, 2016.

GRAFF-RADFORD, S. B.; BASSIUR, J. P. Temporomandibular disorders and headaches. *Neurologic Clinics*, v. 32, n. 2, p. 525-542, 2014.

HARPER, D. E.; SCHREPF, A.; CLAUW, D. J. Pain mechanisms and centralized pain in temporomandibular disorders. *Journal of Dental Research*, v. 95, n. 10, p. 1102-1108, 2016.

INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, v. 38, n. 1, p. 1-211, 2018.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF OROFACIAL PAIN. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition. *Cephalalgia*, v. 40, n. 2, p. 129-221, 2020.

MANFREDINI, D.; LOBBEZOO, F. Sleep bruxism and temporomandibular disorders: a scoping review of the literature. *Journal of Dentistry*, v. 111, p. 103711, 2021.

OHRBACH, R.; DWORKIN, S. F. AAPT diagnostic criteria for chronic painful temporomandibular disorders. *The Journal of Pain*, v. 20, n. 11, p. 1276-1292, 2019.

OHRBACH, R.; SLADE, G. D.; BAIR, E. et al. Premorbid and concurrent predictors of TMD onset and persistence. *European Journal of Pain*, v. 24, n. 1, p. 145-158, 2020.

SCHIFFMAN, E.; OHRBACH, R.; TRUELOVE, E. et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, v. 28, n. 1, p. 6-27, 2014.

SLADE, G. D.; OHRBACH, R.; GREENSPAN, J. D. et al. Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OPPERA studies. *Journal of Dental Research*, v. 95, n. 10, p. 1084-1092, 2016.

VALESAN, L. F.; DA-CAS, C. D.; RÉUS, J. C. et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, v. 25, p. 441-453, 2021.