



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII - PROFESSORA MARIA DA PENHA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE – CCTS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

BRUNA MARAH PEREIRA DE MATOS

**IMPLICAÇÕES DA FIBROMIALGIA NA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**ARARUNA - PB
2025**

BRUNA MARAH PEREIRA DE MATOS

**IMPLICAÇÕES DA FIBROMIALGIA NA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento do Curso
Odontologia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Área de concentração: Disfunção
Temporomandibular e Dor Orofacial.

Orientador: Prof. Dr. José Renato Cavalcanti de Queiroz.

**ARARUNA - PB
2025**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M433i Matos, Bruna Marah Pereira de.
Implicações da fibromialgia na disfunção temporomandibular [manuscrito] : uma revisão de literatura / Bruna Marah Pereira de Matos. - 2025.
28 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2025.

"Orientação : Prof. Dr. Jose Renato Cavalcanti de Queiroz, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS".

1. Fibromialgia. 2. Disfunções temporomandibulares. 3. Dores musculoesqueléticas. I. Título

21. ed. CDD 616.742

BRUNA MARAH PEREIRA DE MATOS

IMPLICAÇÕES DA FIBROMIALGIA NA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR:
UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de Cirurgião
Dentista

Aprovada em: 23/04/2025.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente por:

- **Kêiverton Rones Gurgel Paiva** (***.751.314-**), em **31/05/2025 20:10:54** com chave **807ed7843e7411f09daf2618257239a1**.
- **Nayanna Lana Soares Fernandes** (***.836.934-**), em **05/06/2025 08:40:33** com chave **e3d05fe8420111f0a0f52618257239a1**.
- **Jose Renato Cavalcanti de Queiroz** (***.403.694-**), em **02/06/2025 21:45:13** com chave **027a82f6401411f0a5422618257239a1**.

Documento emitido pelo SUAP. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/ e informe os dados a seguir.

Tipo de Documento: Folha de Aprovação do Projeto Final

Data da Emissão: 05/06/2025

Código de Autenticação: 45fa27



À minha mãe que me ensinou a contar
nos dedos,
Ao meu pai que me ensinou a fazer conta
de cabeça,
A meus avós que me ensinaram a contar
com Deus,
E à minha família e amigos, que são com
quem também conto, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Acredito na ideia de que cada dia vivido aqui, nessa rotina, nessa cidade, com minhas amizades, tudo sempre foi uma forma de despedida e sempre me imaginei agradecendo ao que foi passado. Gostaria de iniciar agradecendo o amor e piedade de Deus comigo. Nada até aqui foi fácil, mas com as mãos do Senhor na minha vida, todo dia difícil era apenas um dia difícil, toda queda era apenas uma queda e todo fortalecimento, foi o fortalecimento da minha vida. “Deus, me mande para qualquer lugar, só vá comigo. Coloque qualquer fardo sobre mim, apenas me sustente. E corte qualquer laço em meu coração, exceto aquele que liga meu coração ao Seu” David Livingstone. Quantas ave-marias no silêncio do quarto falaram mais alto. Nos momentos de dúvida, ansiedade, Nossa Senhora era meu refúgio.

Meu agradecimento ao meu orientador, José Renato. Professor, é realmente um grande presente poder contar com sua orientação clínica e científica tão humana. Nosso primeiro contato, salvo a recordação, foi uma pergunta sincera se eu me sentia melhor após dias ausentes. Seguiu-se um questionamento até que nos conhecêssemos e que o senhor entendesse o que me incomodava no momento. Ninguém havia sido tão humano em um ambiente tão profissional. Te agradeço pela orientação até aqui e aproveito para te parabenizar por ser sinceramente humano, pela confiança e fortaleza em ser quem é.

Agradeço a minha banca, professora Nayanna Fernandes e professor Keiverton Gurgel. Com vocês aprendi a ter calma, prezar pelo conhecimento científico, a sonhar e a aproveitar momentos de descontração para, somando tudo isto, ser humana com meus futuros pacientes. Que eu me inspire em vocês, na individualidade de cada um, para me tornar uma profissional e pessoa boa.

A Nivalda Pereira, minha mãe. Sem você eu nada seria. Quantos conselhos, quanta paciência com minha jornada mãe, quanta confiança ao que eu prometia alcançar. Em toda minha jornada, a senhora esteve presente. Obrigada por ser minha amiga e uma pessoa tão sábia. Obrigada por ver meu lado humano e me acolher. A Reginaldo Matos, meu pai, por transparecer tanta confiança, amor e orgulho. sua presença na minha vida, mesmo na distância, nunca foi uma dúvida. Calado e observador nas chamadas de vídeo, sempre preocupado com meu bem-estar, ou nas medalhas de santos que me entregou e carregava nos dias

desafiadores, o senhor se fez presente. Cada chamada de vídeo quando apontava seu coração para nós, meu coração apertava por aqui. Obrigada por me amar tanto. A minhas irmãs, Sarah e Giovanna, com vocês eu nunca me senti só. Sempre nos ouvimos e nos apoiamos nesta jornada acadêmica. Compartilhamos tudo. Cada chateação, cada vitória e mesmo a saudade de casa. Eu segurava as pontas. Mas quando eu precisava, sabia quem estaria me ouvindo e saberia exatamente o sentimento que estava ali. Ao lado da cama, sempre houve uma foto nossa para que eu nunca esquecesse, meu melhor lado. Ser a irmã de vocês.

Estendo os agradecimentos a minha madrinha Vera, tia Vanilda, tia Maria, Débora, Cynthia, Jânio, meus primos e tios e com carinho lembro daqueles que estiveram aqui para que eles estivessem aqui por mim hoje. In memoriam, meus avós Dé Nogueira, Maria, Mercês e Geraldo Pereira.

Ricardo Antão, obrigado por todos os dias de risadas mais sinceras possíveis em Araruna. Lembro de quando nos conhecemos. Do primeiro ao último encontro nosso na universidade, me senti cuidada e vista. Sua gentileza, educação, inteligência, responsabilidade, clareza e sabedoria sempre me deixavam surpresa. A cada encontro me perguntava como tive a sorte de ter alguém tão gentil tão próximo a mim. Uma pessoa que nunca tive dúvidas ao chamar de amigo. Sua amizade, posicionamento tão certo e escuta tão ativa fazem de você uma pessoa mais incrível ainda. Obrigada pelos momentos de estudo, missas, almoços e mesmo idas ao mercado. Você é uma das pessoas mais preciosas que encontrei neste caminho. Frente ao medo, você sempre me encorajou, não me deixou só e não me fez sentir só um dia sequer. Nós vivemos toda a experiência da saudade, do medo, das decepções, da vontade e medo ao mesmo tempo de desistir. Nossa amizade levarei daqui para a vida.

Gabriela Cristina, a você nem sei agradecer. Um dia li uma frase que dizia “todo mundo que me conhece, conhece ela, mesmo sem nunca ter conhecido ela. Isso resume nossa amizade.” Essa frase é sobre nós. Vivemos tão unidas que, mesmo você sendo ruiva e eu bem baixa, ou nos confundiam como a mesma pessoa ou perguntavam se éramos irmãs. E sobre isso, grata por ser sua “irmã adotiva” como diz seu pai. Houveram dias difíceis em que eu nada dizia. Mas acredito que, sem uma palavra, você entendia. Porque nesses dias, Gabi, você sempre estava ali. Dormimos na casa uma da outra, compartilhamos refeições,

rezamos, viajamos, treinamos, dançamos, desabafamos, choramos. Confiamos. Há 2 anos nem nos conhecíamos. O que desejo dizer é “obrigada”.

Gustavo Frederico, seu coração puro sempre me chamou a atenção. Antes de sermos amigos, já sabia o que se confirmou depois. Gus, você é daquelas pessoas que o coração manda e eu sempre tive plena certeza de que se em algum momento precisasse de qualquer coisa na minha vida, eu poderia contar com você. Sempre vivemos tudo juntos e, especialmente, no último ano de faculdade, não nos desgrudamos um minuto. “Os trigêmeos da t19”, como eu achava justo nos apelidar. Obrigada por me acolher, encorajar, cuidar. Sua amizade é verdadeiramente valiosa.

A Jade Nayara, Murilo Nazário, Cauê Costa, Maria Eduarda Borges, Rafaella Quirino, Natália Cardoso, T19, T21 e T18, obrigada por tudo. Dividir a rotina com vocês foi enriquecedor. A saudade será enorme, não tenho dúvidas. Thays Melo, Manuela Arruda, Letícia Leime, obrigada por serem apoio, escuta e confiança. Nada poderia ser diferente.

Aos meus amigos da tranquila cidade de Rio Espera - MG, Kênia, Fabrício, Paloma, Valquíria, Richam, Rômulo, Adeviene, Alessandra, Núbia, Francielle. Meu mais sincero agradecimento por nutrirem minha alma com a amizade de vocês. Kênia, obrigada por estar junto a mim desde que me lembro da vida. Minha gratidão a você transcende as palavras. Fafa, obrigada por ser presente e confiar em mim. Vocês são o que de mais precioso possuo. Sinto um carinho genuíno de vocês por mim. Vocês me transformaram. Agradeço ainda a Ludmilla Carvalho. Sem você, muito ficaria para trás. Com você, muito é possível. Que Deus te abençoe enormemente.

Para finalizar, dizem que somente há duas pessoas cujo orgulho deve realmente importar para nós. Não nossos pais, amigos, mestres, mas apenas duas. Nosso eu de 8 anos cheio de sonhos e o de 80 anos, cheio de memórias. Ambos nos observam mesmo que a gente não perceba. A Bruna de 8 anos se assustaria se visse onde estou hoje. Como poderia? Mas essa criança dentro de mim está feliz por quem me tornei, por me ver me reencontrando, sendo criança mesmo na idade adulta. Orgulhosa ao ver o quão longe fomos e como continuamos sonhando. A Bruna de 80 anos viveu tudo isso e mais, que nem sei. Mas está orgulhosa pelos momentos que não desisti, resolvi lidar nas incertezas, fui fiel a mim e valorizei cada mínimo momento, paisagem, pessoa. Araruna, por você cresci. “Vim, vi, venci.” Que essa profissão se desenvolva de forma linda.

RESUMO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) e a síndrome da Fibromialgia (FM) exibem uma convergência clínica notável, caracterizada pela evolução crônica, mecanismos de dor, sinais e sintomas, perfil psicossocial, estratégias de manejo e uma gênese multifatorial. Uma proporção clinicamente relevante de pacientes em tratamento para FM possui DTM e uma parcela dos pacientes portadores de DTM atende aos critérios diagnósticos para FM. O presente trabalho teve como objetivo analisar as implicações da FM na DTM e suas influências no manejo clínico desta condição. Este estudo, alicerçado em uma busca na plataforma SciSpace, sistema de inteligência artificial projetado para auxiliar pesquisadores na organização e análise da literatura científica, foi conduzido através do problema de pesquisa, traduzido do inglês, “Os sintomas da disfunção da articulação temporomandibular podem ser exacerbados pela Fibromialgia e, em caso afirmativo, quais são as implicações para o tratamento? Principais fatores que influenciam os resultados do tratamento?”. Um total de 16 artigos foram incluídos na presente revisão. Evidências indicam a FM como um fator de risco para persistência e gravidade da DTM. Pacientes que desenvolvem sintomas sistêmicos mais graves da FM possuem maior probabilidade de desenvolver sintomas mais graves e sustentados de DTM. Infere-se que existe uma relação comórbida entre DTM e FM. A coexistência dos quadros eleva o risco de desenvolvimento da condição primária, obstaculiza o diagnóstico adequado, induz um cenário clínico intrigante e potencialmente aumenta a resistência ao tratamento, reduzindo a possibilidade de remissão da condição. A abordagem terapêutica reside na necessidade crítica de combinação do nível de complexidade do manejo com a complexidade do paciente. A adoção de uma abordagem multimodal e interdisciplinar torna-se crucial.

Palavras-Chave: Fibromialgia; Disfunções temporomandibulares; Dores musculoesqueléticas.

ABSTRACT

Temporomandibular Dysfunction (TMD) and Fibromyalgia (FM) syndrome exhibit a notable clinical convergence, characterized by chronic evolution, pain mechanisms, signs and symptoms, psychosocial profile, management strategies, and a multifactorial genesis. A clinically relevant proportion of patients undergoing treatment for FM have TMD, and a portion of patients with TMD meet the diagnostic criteria for FM.² The present work aimed to analyze the implications of FM in TMD and its influences on the clinical management of this condition. This study, based on a search on the SciSpace platform, an artificial intelligence system designed to assist researchers in the organization and analysis of scientific literature, was conducted through the research question, translated from English, "Can temporomandibular joint dysfunction symptoms be exacerbated by Fibromyalgia, and if so, what are the implications for treatment? Main factors influencing treatment outcomes?". A total of 16 articles were included in the present review. Evidence indicates FM as a risk factor for the persistence and severity of TMD. Patients who develop more severe systemic symptoms of FM are more likely to develop more severe and sustained symptoms of TMD. It is inferred that there is a comorbid relationship between TMD and FM.³ The coexistence of these conditions elevates the risk of developing the primary condition, hinders adequate diagnosis, induces an intriguing clinical scenario, and potentially increases resistance to treatment, reducing the possibility of condition remission. The therapeutic approach lies in the critical need to combine the level of complexity of management with the complexity of the patient. The adoption of a multimodal and interdisciplinary approach becomes crucial.

Keywords: Fibromyalgia; Temporomandibular disorders; orofacial pain.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	METODOLOGIA	12
2.1	Pergunta do estudo	12
2.2	Estratégias de busca	12
2.3	Critérios de Elegibilidade	13
3	RESULTADOS E DISCUSSÕES	14
3.1	Disfunção Temporomandibular	14
3.2	Estratégias terapêuticas na DTM	16
3.3	Síndrome da Fibromialgia	17
3.4	Frequência de associação entre DTM e FM	18
3.5	Como os sinais e sintomas de ambas se cruzam e o que isso interfere no diagnóstico	22
3.6	Como a FM afeta o tratamento da DTM	24
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

A dor é uma condição altamente complexa, definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, transcendente a simples dicotomia do "doer" ou "não doer". Configura-se como um fenômeno multidimensional e uma experiência individual de uma interpretação complexa da excitação sensorial integrada com fatores mecânicos, morfoestruturais (alterações anatômicas), biológicos, cognitivos e psicoemocionais (estresse e ansiedade) (Scarola *et al.*, 2021). Neste contexto, a dor em condições musculoesqueléticas, pode apresentar-se de diversas formas, a dor corporal generalizada e a dor localizada em regiões específicas (Barjandi *et al.*, 2021).

A síndrome da Fibromialgia (FM) e a Disfunção Temporomandibular (DTM) estão entre as doenças musculoesqueléticas mais comuns que afetam a população adulta (Aquino *et al.*, 2012). Ambos os transtornos apresentam a dor como principal sintoma, e a mesma já tem sido associada a alterações no processamento central do estímulo sensitivo (Barjandi *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2017; Fraga *et al.*, 2011). A primeira investigação da relação entre DTM e FM ocorreu em 1988, por Eriksson e colaboradores. Os autores demonstraram que 75% dos pacientes com FM apresentavam história clínica de DTM, variando de grau moderado a grave segundo o índice de Helkimo. Já se entende que a associação entre DTM e FM não é casual (Costa *et al.*, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a FM e a DTM estão entre as maiores causas de morbidades na população mundial, contribuindo para importantes questões socioeconômicas e encargos aos sistemas de saúde (Aquino *et al.*, 2012). A dor musculoesquelética crônica emerge, ainda, como um fator relevante para o afastamento laboral e perda da força de trabalho resultando em considerável ônus econômico e implicações diretas no bem-estar social (Scarola *et al.*, 2021). Neste cenário, seguindo a tendência de aumento da população idosa no mundo, observando o fato de que embora possam estar presentes em todas as idades, distúrbios musculoesqueléticos tendem a agravar-se com o avanço da idade e observando as mudanças no estilo de vida que contribuem para o aumento das alterações musculoesqueléticas, existe uma tendência de que estas doenças sobrecarreguem os sistemas de saúde num futuro próximo (Aquino *et al.*, 2012). Desta forma, expandir o conhecimento neste campo para melhorar as estratégias de

gestão e o prognóstico destas condições mostra-se de grande potencial social e econômico (Barjandi *et al.*, 2021). Diante o exposto, o presente trabalho tem como objetivo discorrer acerca das implicações da FM na DTM e influências para o manejo da condição.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, do tipo narrativa, sobre as implicações da Fibromialgia na Disfunção temporomandibular. Baseia-se em trabalhos encontrados a partir de uma busca livre na plataforma SciSpace, sistema de inteligência artificial projetado para auxiliar pesquisadores na organização e análise de literatura científica, usando o problema de pesquisa, traduzido do inglês, “Os sintomas da disfunção da articulação temporomandibular podem ser exacerbados pela fibromialgia e, em caso afirmativo, quais são as implicações para o tratamento? Principais fatores que influenciam os resultados do tratamento?”. A seleção da plataforma na metodologia justifica-se por sua capacidade de otimizar o processo de revisão bibliográfica, viabilizando uma análise inicial mais eficiente da literatura disponível quanto ao problema de pesquisa.

2.1 Pergunta do estudo

A inteligência artificial, ao gerar perguntas exploratórias sobre FM e DTM, forneceu possíveis bases para a definição do problema de pesquisa, que foi refinada pela avaliação do autor, a qual culminou na definição do problema de pesquisa. Foram observadas a relevância clínica do problema de pesquisa para o campo de atuação do cirurgião-dentista, lacunas de conhecimento, relevância para o campo de estudo, especificidade e viabilidade em responder à pergunta gerada. A pergunta do estudo foi definida como “Os sintomas da disfunção da articulação temporomandibular podem ser exacerbados pela fibromialgia e, em caso afirmativo, quais são as implicações para o tratamento? Principais fatores que influenciam os resultados do tratamento?”.

2.2 Estratégias de busca

O problema de pesquisa “Can the symptoms of temporomandibular joint disorder be exacerbated by fibromyalgia, and if so, what are the implications for treatment? key factors influencing treatment outcomes?” foi utilizado para busca. A plataforma procedeu à criação de uma tabela que reúne os trabalhos mais relevantes para sua resposta. A funcionalidade de extração automatizada de dados

do SciSpace foi utilizada para identificar introdução resumida, objetivos, contribuições e conclusões a fim de sintetizar os principais pontos de cada artigo. A pesquisa foi realizada no dia 27/01/2025 e os 20 primeiros trabalhos foram selecionados para avaliação, uma vez que a plataforma apresentaria atualizações constantes. Não foi aplicado filtro quanto às datas de publicação dos trabalhos.

2.3 Critérios de elegibilidade

A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas: triagem pela extração automatizada, seguida de leitura do resumo dos artigos. Dos 20 artigos, 16 foram incluídos neste trabalho. Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados em português, inglês ou espanhol. Como critério de exclusão, trabalhos não disponíveis para acesso de forma integral.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Disfunção Temporomandibular

A Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) define DTM como uma nomenclatura abrangente para um espectro de condições clínicas que acometem músculos mastigatórios, ATM e estruturas associadas (Festa *et al.*, 2021; Khayamzadeh *et al.*, 2020). Se manifesta por uma variedade de disfunções e dores, destacando-se como uma das patologias mais prevalentes na região maxilofacial, especialmente na faixa etária de 20 a 40 anos, representando a principal causa de dor não dentária na região orofacial e a segunda condição musculoesquelética mais comum (Fujarra *et al.*, 2016; Scarola *et al.*, 2021). Dada sua prevalência significativamente maior em mulheres, considera-se a DTM uma condição relacionada ao sexo feminino, numa proporção de 3:1 (Fraga *et al.*, 2011).

Estudos mostram que sinais e sintomas de DTM são encontrados em todas as idades, no entanto, a gravidade destes tende a aumentar após a puberdade, atingindo seu pico entre 20 e 40 anos. Os sintomas mais leves ocorrem, assim, em crianças, adolescentes e idosos (Chang; Israel, 2005; Wu *et al.*, 2021). De forma geral, os casos de DTM são em grande parte de natureza leve, autolimitada, com sintomas que flutuam ao longo do tempo. No entanto, alguns indivíduos progridem para dor crônica com impacto na qualidade de vida. Cerca de 10% dos pacientes com DTM desenvolvem distúrbios graves associados à dor crônica e incapacidade (Velly *et al.*, 2010; Friction, 2004).

Estima-se que aproximadamente 33% da população mundial apresente pelo menos um sintoma de DTM e entre 3,6 e 7,0% necessite de tratamento imediato (Festa *et al.*, 2021; Khayamzadeh *et al.*, 2020). De forma geral, a DTM se manifesta por: dor craniofacial, sensibilidade à palpação dos músculos mastigatórios, músculos cervicais e ATM, má oclusão, alteração na dinâmica da mandíbula (desvios, travamento e limitações), ruído nas articulações, parafunção, dor de cabeça e distúrbios do sono (Khayamzadeh *et al.*, 2020; Osiewicz *et al.*, 2018; Wu *et al.*, 2021). Sintomas como dor dentária, zumbido e alteração de paladar podem estar presentes (Scarola *et al.*, 2021).

A etiologia da DTM é complexa e multifatorial, sendo desencadeada, perpetuada e predisposta a manifestar-se por fatores funcionais, psicológicos e

estruturais (Aquino *et al.*, 2012). Os fatores mais frequentes incluem oclusão, trauma, estresse emocional, estímulos nociceptivos profundos e atividades parafuncionais (Festa *et al.*, 2021; Khayamzadeh *et al.*, 2020).

Introduzido por Dworkin e LeResche em 1992, o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), é caracterizado como um instrumento de avaliação sistematizada da DTM (Scarola *et al.*, 2021). O instrumento considera o modelo biopsicossocial de avaliação e classificação da DTM, sendo constituído por dois eixos: Eixo I (diagnósticos físicos via exame clínico padronizado) e Eixo II (avaliação do comportamento perante a dor, estado psicológico e funcionamento psicossocial via questionários).

Em 2014, a Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD), uma atualização do RDC/TMD, foi publicada, sendo também constituído por 2 eixos e possuindo o diferencial de indicação de seu uso tanto em clínica como em pesquisa. Considera a seguinte classificação para DTM no Eixo I: 1. Desordens dolorosas: Mialgia (mialgia local, mialgia miofascial com espalhamento, dor miofascial com dor referida); Artralgia; Cefaleia atribuída à DTM. 2. Desordens articulares: Deslocamento do disco com redução; Deslocamento do disco com redução, com travamento intermitente; Deslocamento do disco sem redução, com limitação de abertura; Deslocamento do disco sem redução, sem limitação de abertura; Doença articular degenerativa; Subluxação (Gil-Martínez *et al.*, 2018; Wu *et al.*, 2021). Geralmente relatada como dor de cabeça, a mialgia é uma das DTM mais comuns, sendo o apertamento um de seus principais fatores etiológicos (Festa *et al.*, 2021).

O diagnóstico da DTM permanece eminentemente clínico, mesmo que em casos específicos a investigação diagnóstica possa requerer a realização de exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), sendo os critérios diagnósticos do RDC/TMD e do DC/TMD os reconhecidos como as ferramentas de maior acurácia. Contudo, o diagnóstico da DTM não é simples e envolve diversos fatores de confusão, como situações e síndromes que se caracterizam pela presença de dor na região maxilofacial e estruturas anexas. Entre essas, encontram-se a sinusite, cefaléia tensional, neuralgia de nervos cranianos, dores faciais atípicas, síndrome de Eagle, síndrome do ligamento estilo-hióideo, lesões benignas e malignas do complexo maxilomandibular e a FM (Aquino *et al.*, 2012).

Pacientes com DTM crônica também podem frequentemente apresentar condições de dor sobrepostas (Velly *et al.*, 2010; Wu *et al.*, 2021). A condição pode existir em conjunto com muitas comorbidades, como dor de cabeça, zumbido e mesmo distúrbios sistêmicos como síndrome do intestino irritável, úlceras, hipertensão, doenças cardiovasculares, FM, síndrome da fadiga crônica, artrite, dores no pescoço e nas costas (Barkhordarian; Demerjian; Chiappelli, 2020).

3.2 Estratégias terapêuticas na DTM

Duas abordagens principais norteiam o tratamento da DTM: a conservadora, focada em medidas não invasivas como repouso, alteração da dieta, aconselhamento, intervenções psicossociais, fisioterapia, medicação, placa mio-relaxante e terapia com laser de baixa intensidade; e a invasiva (artrocentese e artroscopia da ATM utilizando métodos de cirurgia aberta - artrotomia; artroplastia e deslocamento da ATM), reservada para casos específicos (Coberto; Mater; Hechler, 2021; Festa *et al.*, 2021). Agulhamento seco, acupuntura, acupuntura a laser, injeção de Botox, injeção de corticosteróides, hialuronato de sódio, ozonioterapia e estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) são outras modalidades de tratamento disponíveis (Khayamzadeh *et al.*, 2020). Terapias como laser de baixa intensidade, plasma rico em plaquetas e ácido hialurônico têm ganhado destaque (Wu *et al.*, 2021). De forma geral, tratamentos reversíveis, minimamente invasivos e não cirúrgicos são preferencialmente considerados, podendo constituir a abordagem terapêutica definitiva para alguns pacientes com DTM (Khayamzadeh *et al.*, 2020).

A dor na DTM manifesta-se predominantemente de forma leve e autolimitada. Contudo, um subconjunto de indivíduos afetados evolui para dor crônica, persistente e de difícil manejo (Harper *et al.*, 2021). O tratamento da DTM pode, então, variar. Casos simples, sem comorbidades e com envolvimento comportamental e psicossocial mínimo, normalmente podem ser tratados por um único profissional. Contudo, a dificuldade no manejo de casos complexos de DTM reside na necessidade de combinar o nível de complexidade do manejo com a complexidade do paciente (Velly *et al.*, 2010).

À medida que a dor se torna crônica, a área da dor parece se ampliar e envolver outras estruturas, levando a uma maior percepção da dor (Barjandi *et al.*, 2021). Muitos pacientes com DTM crônica relatam uma série de problemas além de

limitações funcionais da mandíbula, incluindo sono insatisfatório, problemas psicológicos, sensibilidade somática e condições de dor comórbidas, como enxaqueca, síndrome do intestino irritável e FM. Mais de 50% dos pacientes com DTM relatam dor de cabeça, enxaqueca, dor na região de pescoço, dor nas articulações ou dor lombar, enquanto apenas 17% indicam que a dor é isolada em face e mandíbula (Harper *et al.*, 2021).

3.3 Síndrome da Fibromialgia

A fibromialgia é uma síndrome reumática não articular, caracterizada por dor musculoesquelética difusa, generalizada e crônica e pela presença de múltiplas áreas dolorosas, os chamados tender points (especialmente frequentes no esqueleto axial). Sua etiologia é desconhecida, por ocorrer de formas variadas em diferentes pacientes, o que leva também à sua caracterização como uma síndrome (síndrome da fibromialgia) e não como uma doença. Estima-se que sua prevalência anual varie de 2 a 4%, sendo mais prevalente no sexo feminino, numa proporção de 9:1 (Barjandi *et al.*, 2021). O distúrbio ocorre mais frequentemente em indivíduos com idade entre 45 e 60 anos, com incidência aumentada com o aumento da idade. Embora de forma incomum, a síndrome também afeta crianças e adolescentes (Fraga *et al.*, 2011).

A FM está entre as doenças reumáticas musculoesqueléticas mais comuns que afetam a população adulta (Aquino *et al.*, 2012). É marcada por sintomas como dor generalizada, fraqueza, disfunção cognitiva, distúrbios do sono, distúrbios de humor, hipersensibilidade à estimulação sensorial, dor de cabeça crônica e diminuição do limiar de dor (Harper *et al.*, 2021; Şatir; Şatir 2022). Seu diagnóstico é baseado na avaliação clínica, não havendo exame laboratorial ou achado radiográfico associado à síndrome (Şatir; Şatir 2022). A investigação diagnóstica ocorre por meio dos Critérios de Pesquisa FM do American College of Rheumatology (ACR) de 2011, que consiste em um Índice de Dor Generalizada e uma Pontuação de Gravidade dos Sintomas.

A soma das pontuações das subescalas fornece uma medida contínua de fibromialgia (“FM-ness”) que varia de 0 a 31, com pontuações mais altas indicando componentes de dor mais centralizados (Harper *et al.*, 2021). Os seguintes critérios diagnósticos para FM são estabelecidos: dor difusa no esqueleto axial, em ambos os

hemicorpos, acima e abaixo da cintura; dor em 11 ou mais dos 18 pontos sensíveis e dor crônica por mais de três meses. Quando o número de tender points é inferior a 11, mas os demais sinais e sintomas estão presentes, concomitantemente, o diagnóstico de FM ainda pode ser confirmado (Scarola *et al.*, 2021). Os critérios ACR não incluem a palpação dos músculos mastigatórios, não considerando, portanto, o envolvimento orofacial na FM (Fraga *et al.*, 2011).

Evidências sugerem que o SNC está fortemente envolvido na amplificação e condução da dor da FM e, assim, a dor é em grande parte “centralizada” (Harper *et al.*, 2021).

3.4 Frequência de associação entre DTM e FM

Aproximadamente três em cada quatro pacientes com FM apresentam DTM dolorosa diagnosticável e um em cada quatro indivíduos com DTM atende aos critérios diagnósticos para FM (Şatir; Şatir, 2022; Scarola *et al.*, 2021). Os critérios ACR FM de 2011 indicam que uma proporção clinicamente relevante de pacientes em tratamento para DTM possuem FM comórbida (Harper *et al.*, 2021). Şatir e Şatir (2022) indicam que a prevalência de FM em pacientes com DTM está entre 10 e 20%. É fato que a DTM é mais frequente na FM do que o contrário. Assim, ou a FM facilitaria o aparecimento da DTM ou a DTM representaria uma manifestação clínica da FM e não uma entidade clínica separada. Atualmente já se entende que a DTM (disfunção local) e a FM (disfunção geral) são entidades clínicas distintas, embora apresentem certo grau de comorbidades comuns (Costa *et al.*, 2017).

As principais características encontradas em pacientes com FM em relação a DTM são: comprometimento do sistema estomatognático, alta prevalência de DTM miofascial com dor muscular à palpação e durante movimentos, alta dor facial, abertura bucal limitada e apertamento e ranger de dentes diurnos. Hábitos deletérios noturnos não são características marcantes no grupo, sendo os hábitos diurnos, relatados por 60% dos pacientes. A dor articular durante esses movimentos ocorre, mas de forma menos prevalente, o que reforça a hipótese de acometimento do sistema estomatognático via acometimento muscular da síndrome, sem envolvimento articular (Pimentel *et al.*, 2011). Distúrbios intra-articulares da ATM não são sintomas de FM (Coberto; Mater; Hechler, 2021).

O manejo abrangente da ATM nas condições reumáticas baseia-se na compreensão de seis princípios importantes:

1) Toda DTM deve ser considerada potencialmente secundária a uma condição sistêmica subjacente (Coberto; Mater; Hechler, 2021). A presença de doenças sistêmicas diversas podem causar os sintomas da DTM (Şatir; Şatir, 2022). Dois estudos de coorte prospectivos de adultos e adolescentes descobriram que a presença de múltiplas condições de dor em outras partes do corpo poderia prever o início da ocorrência da dor na DTM em 3 anos (Velly *et al.*, 2010). Para Friction (2004), as entradas periféricas dos músculos podem ser facilitadas por alterações iniciadas periférica ou centralmente com atividade neural sustentada adicional, como dor articular persistente, hábitos de atividade muscular sustentada ou alterações do SNC como depressão e ansiedade.

No que diz respeito à FM, uma revisão sistemática apontou a existência de uma associação esmagadora entre DTM muscular e FM. Uma vez que a DTM e FM podem compartilhar vários mecanismos periféricos e centrais de dor, é possível que a FM possa atuar como um fator etiológico da DTM (Fraga *et al.*, 2011). A redução do limiar de dor na FM pode ser responsável pela dor musculoesquelética na face e, portanto, a FM é o problema predominante que predispõe à DTM (Harper *et al.*, 2021).

Para Aquino *et al.* (2012), a FM pode ser um fator de risco de médio a longo prazo para o desenvolvimento de DTM. Já existem evidências que mostram a FM como um fator de risco para o início, persistência da dor clinicamente significativa e o aumento da intensidade da dor na DTM (Costa *et al.*, 2017). Aparentemente, outras síndromes dolorosas regionais também estão relacionadas à ocorrência primária da FM, como a síndrome do intestino irritável, dores de cabeça, dor lombar crônica, dor cervical crônica (Aquino *et al.*, 2012).

A pesquisa médica contribuiu para o quadro fisiológico da justificativa da comorbidade entre a DTM e condições dolorosas como a FM (Costa *et al.*, 2017). Os fenômenos fisiopatológicos da sensibilização central, do comprometimento do sistema inibitório da dor descendente e do mecanismo fisiológico de convergência neuronal, são considerados os fundamentos para explicar a associação (Costa *et al.*, 2017). A base compartilhada envolve a desregulação do eixo do hormônio do estresse hipotálamo-hipófise-adrenal em indivíduos predispostos (Aquino *et al.*, 2012; Friction, 2004). Ocorre ainda, por outros meios, uma contribuição para uma

despolarização duradoura da membrana neuronal e a soma temporal dos estímulos nociceptivos. Este estado de hiperexcitabilidade poderia contribuir para aumentar a informação de dor e auto manutenção dos estados de dor crônica. A manifestação clínica decorrente destas alterações são: alodinia, hiperalgesia, somação temporal, efeitos colaterais sensoriais e hipersensibilidade generalizada. Esta mesma apresentação clínica é o que se encontra em pacientes com DTM crônica e FM. O comprometimento das vias modulatórias descendentes de dor, por sua vez, leva ao aumento do processamento da dor. Finalmente, a convergência neuronal. As áreas de percepção da dor são separadas da fonte primária da dor e a dor deixa de ser referida (Costa *et al.*, 2017).

Para Friction (2004), a FM e a MPS (dor miofascial) precisam ser considerados distúrbios primários da percepção central da dor, já que embora ocorra entrada nociceptiva, a mesma é modificada por múltiplos fatores na sua transmissão ao SNC. As disfunções da ATM podem causar inflamação neural no sistema nervoso periférico (SNP) e podem ter efeitos sistêmicos no SNC. Essas mudanças podem ser vistas e medidas com atividades cerebrais através de fMRI (Barkhordarian; Demerjian; Chiappelli, 2020). O mesmo fato, fornece suporte do porquê tanto a MPS quanto a FM podem ser manejadas através de várias modalidades de tratamento, como resfriamento, calor, medicamentos analgésicos, massagem, injeções musculares e TENS. Embora mecanismos centrais e periféricos estejam associados a estes processos, fica claro que provavelmente fatores periféricos desempenham um papel mais proeminente na MPS e fatores centrais, mais na FM (Friction, 2004).

Estudos chegam a considerar a hipótese da FM como o fim de um *continuum* de centralização da dor, mostrando que pontuações mais altas nos Critérios da Pesquisa FM de 2011 estão associadas a uma série de piores sinais e sintomas clínicos em pacientes com DTM (Harper *et al.*, 2021). Considerou-se também que a dor miofascial com encaminhamento pode ser uma condição mais grave em comparação com mialgia e talvez uma fase de transição para FM, pois muitas vezes mantém características clínicas, de dor e de comorbidade semelhantes à FM (Barjandi *et al.*, 2021).

2) A DTM apresenta-se de maneira diferente nas doenças reumáticas: a progressão da DTM pode ser inesperada.

3) É muito mais clinicamente relevante seguir os parâmetros de um paciente individual ao longo do tempo do que se ancorar em parâmetros de evolução da

doença. Adicionalmente, pacientes que desenvolvem sintomas sistêmicos da FM mais graves têm maior probabilidade de desenvolver sintomas mais graves de DTM (Coberto; Mater; Hechler, 2021).

Tem sido sugerido que a FM desempenha um papel significativo na cronicidade da DTM (Scarola *et al.*, 2021). Pacientes com FM frequentemente apresentam maior intensidade de sinais e sintomas de DTM, dores mais graves e sustentadas e menor limiar de dor (Barjandi *et al.*, 2021). Pouco se sabe ainda sobre o impacto dos níveis clínicos e subclínicos de FM nos sinais e sintomas associados à DTM (Harper *et al.*, 2021).

4) As doenças reumáticas também podem se manifestar como anormalidades da parótida. Sinais e sintomas pré-auriculares devem sempre ser investigados no contexto de condições reumáticas (Coberto; Mater; Hechler, 2021).

5) Todas as disfunções dolorosas estão associadas ao aumento da prevalência de FM; portanto, a DTM pode atuar como causa do aparecimento da FM (Barjandi *et al.*, 2021). Condições de dor persistente podem ser um fator de risco em indivíduos suscetíveis à FM. Assim, o controle da dor regional parece ser relevante para prevenção e controle da FM (Fujarra *et al.*, 2016). Já existem relatos de início da dor da FM após dor dentária persistente (Fraga *et al.*, 2011; Fujarra *et al.*, 2016).

6) Há evidências suficientes que apoiam que pacientes diagnosticados com DTM e FM apresentam comorbidade substancial. A presença de múltiplas comorbidades não só aumenta o risco de desenvolver FM e DTM, mas também demonstra contribuir para a persistência da dor e falha do tratamento de ambas (Barjandi *et al.*, 2021).

Apesar da relação comórbida entre FM e DTM, alguns pontos devem ainda ser considerados: 1) FM e DTM estão associadas a alterações psicológicas primárias. Deve-se considerar a possibilidade da saúde mental também atuar na etiologia de ambas em um indivíduo já afetado por uma. 2) O maior sofrimento psíquico observado em alguns pacientes fibromiálgicos leva à prevalência do diagnóstico em FM. Nesses casos, o paciente apresentaria FM como problema inicial e a DTM não seria uma queixa, mesmo que já presente (Fraga *et al.*, 2011).

Frente ao indicado, quanto aos fatores de risco para desenvolvimento de DTM e levando em consideração classificações incorretas, pode ser que as estimativas de associação de ambas as síndromes em estudos estejam atenuadas. A coexistência de múltiplas condições de dor pode explicar por que 50% das pessoas que procuram

atendimento para dor na DTM ainda relatam dor 5 anos depois e 20% apresentam incapacidade a longo prazo (Velly *et al.*, 2010). Os resultados gerais de má gestão das condições de forma associada podem ser considerados os mais impressionantes. Sucessivas falhas no tratamento da DTM, casos refratários, devem chamar a atenção para revisão do diagnóstico e busca de possíveis comorbidades (Costa *et al.*, 2017).

3.5 Como os sinais e sintomas de ambas se cruzam e o que isso interfere no diagnóstico

Dores musculares relatadas em região de face podem, portanto, ser designadas a um problema sistêmico cuja origem provavelmente é o SNC, tornando-se apenas um aspecto de um distúrbio que envolve todos os músculos do corpo. Da mesma forma, pacientes com FM podem frequentemente apresentar a DTM (Fujarra *et al.*, 2016; Scarola *et al.*, 2021). Além de compartilhar mecanismos da dor, sinais e sintomas (sensibilidade muscular, sensibilidade à dor, dor generalizada, sensibilidade mecânica, fadiga intensa, prejuízos cognitivos, sons articulares e limitações de movimento), fisiopatologia e mecanismos bioquímicos, a DTM e a FM compartilham semelhanças quanto a características clínicas, perfil psicossocial (estresse, depressão e ansiedade), fatores genéticos, critérios diagnósticos e estratégias de manejo (Scarola *et al.*, 2021).

Ambas as condições frequentemente também relatam alta comorbidade com insônia, cefaleia, distúrbios de atenção, síndrome do intestino irritável, sintomas somáticos e aumento do sofrimento psicológico, além da redução do limiar de dor (Barjandi *et al.*, 2021; Fraga *et al.*, 2011). Ambas as condições são problemas amplamente prevalentes em mulheres de meia-idade e incluem desde contratura muscular e síndrome de dor miofascial até doença degenerativa da ATM, mesmo que dor generalizada e sensibilidade à palpação sejam mais comuns em pacientes com FM (Scarola *et al.*, 2021).

A FM e a DTM podem representar dois extremos de um espectro contínuo, e ser considerada uma anormalidade associada ao sistema imunológico pode distinguir a FM dos pacientes com DTM/MPS e apoiar a natureza mais sistêmica da FM. A dor na FM é relativamente estável e constante em contraste com a DTM, que pode variar em intensidade e localização dependendo dos músculos envolvidos.

Embora as áreas de dor sejam semelhantes na DTM/MPS e na FM, a FM é consideravelmente mais grave e espalha-se por uma área corporal maior, além da maior prevalência de sintomas neurológicos e gastrointestinais e à dimensão afetiva mais pronunciada da dor. Portanto, a FM pode ser considerada uma condição mais debilitante do que a DTM/MPS. Além disso, fatores contribuintes regionais são mais comuns na DTM/MPS, como trauma, postura e hábitos de tensão muscular.

A DTM tem sido caracterizada por dores orofaciais mais localizadas nos músculos mastigatórios devido à presença de trigger-points, podendo até seguir um caminho em direção às áreas do pescoço e ombros. Na FM, os tender points estão disseminados nos músculos de vários segmentos corporais, causando episódios álgicos sistêmicos e generalizados. No entanto, não existem parâmetros que levam à diferenciação de trigger-points (DTM) de ponto sensível (FM). A manifestação do ponto sensível pode simular a presença do ponto-gatilho, mesmo na sua ausência, o que pode levar a um falso diagnóstico de DTM (Fraga *et al.*, 2011).

O limiar de dor devido também é menor para pacientes com FM do que para aqueles com DTM (Aquino *et al.*, 2012). Pacientes diagnosticados com FM apresentam mais frequentemente percepção de limitação funcional da mandíbula, maior número de regiões orofaciais sensíveis à palpação e maior número de pontos-gatilho e mais agravados (Harper *et al.*, 2021). As especificidades que melhor demonstram a diferença entre a FM da DTM são a incapacidade funcional, dificuldades para trabalhar e insatisfação com o estado geral de saúde presentes na FM (Fraga *et al.*, 2011).

Uma outra distinção extremamente importante entre a apresentação da doença da ATM nas doenças reumáticas e na DTM não reumática é o atraso – ou mesmo a ausência completa – de sinais e sintomas clínicos relativos à destruição anatômica em pacientes reumatológicos. A natureza recidivante de algumas dessas condições, em conjunto com o uso de medicamentos antirreumáticos modificadores da doença (DMARDs), anti-inflamatórios não esteroidais, produtos biológicos e as variações individuais associadas na resposta do paciente, complicam qualquer associação esperada entre sinais, sintomas e achados de imagem (Coberto; Mater; Hechler, 2021).

Assim, até o momento, o perfil clínico é a principal fonte de diferenciação da FM e DTM (Costa *et al.*, 2017). Deve-se considerar a realização de uma estrutura básica para avaliação de cada caso: 1. História do paciente: questões sobre sinais,

sintomas e disfunção de outras articulações, queixas nas costas, fraqueza muscular e lesões de pele/unhas. Perguntas tradicionais devem ser mantidas. 2. Exame clínico: não fundamentalmente diferente. 3. Exames de imagem (Coberto; Mater; Hechler, 2021). Cirurgiões-dentistas devem estar cientes de que pacientes com dor generalizada na região da ATM podem ser candidatos à FM (Şatir; Şatir, 2022). Pacientes que apresentam sinais e sintomas de doenças reumáticas devem, portanto, ser encaminhados a médico reumatologista e pacientes que recebem o diagnóstico de doenças reumáticas devem ser submetidos a exames de imagem da ATM.

3.6 Como a FM afeta o tratamento da DTM

Além de elevarem o risco de desenvolvimento da condição primária e obstaculizarem o diagnóstico adequado, a presença de comorbidades está associada a um pior prognóstico e à redução da resposta terapêutica (Barjandi *et al.*, 2021). A dificuldade no manejo de ambos os transtornos reside na necessidade crítica de combinar o nível de complexidade do programa de manejo com a complexidade do paciente (Scarola *et al.*, 2021). Velly *et al.* (2010) apontam que a coexistência de FM complica consideravelmente o manejo da DTM, isso porque tanto pacientes com FM quanto pacientes com DTM podem frequentemente apresentar um desequilíbrio na atividade beta adrenérgica, o que contribui para o aumento da dor (Pimentel *et al.*, 2011).

A literatura revela que muitos pacientes com DTM e FM podem não receber mais do que melhora temporária do quadro da dor, mesmo após extensas consultas médicas e múltiplos tratamentos, farmacêuticos e mesmo singulares e terapias cirúrgicas ou não cirúrgicas bem executadas (Harper *et al.*, 2021). Estima-se que a duração média da dor nesses pacientes é de 5,8 anos para homens e 6,9 anos para mulheres, com uma média de 4,5 médicos consultados previamente (Friction, 2004). O prognóstico para pacientes com DTM e FM é reservado, com apenas 5% alcançando remissão sustentada após o tratamento (Scarola *et al.*, 2021).

Diversos autores relatam sucesso terapêutico de DTM e FM com o emprego de uma ampla variedade de técnicas, como exercícios, injeções de pontos-gatilho, spray e alongamento com vapor refrigerante, TENS, biofeedback, correção postural, além do uso de antidepressivos tricíclicos, relaxantes musculares e outros fármacos.

O manejo da DTM complexa inclui, portanto, exercícios, terapia direta aos músculos e redução de todos os fatores contribuintes (Coberto; Mater; Hechler, 2021). É sugerida a possibilidade de alternativas vias de administração de medicamentos para manejo da dor da DTM nestes casos (Wu *et al.*, 2021).

1) Exercícios: O objetivo a curto prazo é restaurar a função normal, postura e amplitude. Um programa regular de alongamento muscular, postural, condicionamento e fortalecimento é seguido a longo prazo para manutenção.

2) Fatores contribuintes: A dificuldade no tratamento a longo prazo muitas vezes reside na complexa tarefa de alterar os fatores contribuintes identificados. São propostas abordagens quanto ao autocuidado (a necessidade de fazer mudanças diárias para melhora do quadro), educação (a equipe transmitir saberes ao paciente), relacionamento médico-paciente (apoio durante as mudanças) e mudanças a longo prazo (as mudanças levarão pelo menos 6 meses para surtir efeito). Técnicas de reversão de hábitos, biofeedback e gerenciamento de estresse têm sido usadas para conseguir isso dentro de uma abordagem de equipe (Friction, 2004).

Já a base do tratamento conservador para DTM articular é o tratamento sistêmico da própria FM. O manejo inclui abordagem com anti-inflamatórios não-esteroidais, corticóides e DMARDs.

É recomendado o monitoramento da DTM em pacientes reumáticos. A realização de ressonância magnética com contraste, exame clínico para avaliação regular da ATM (avaliação rápida da dor, amplitude de movimento e deformidade e assimetria dentofacial, que quando acompanhadas ao longo do tempo podem auxiliar na detecção de alterações sutis indicativas de doença ativa ou progressiva) e medidas de resultados relatados pelo paciente são pontuados (Coberto; Mater; Hechler, 2021).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indivíduos com FM apresentam maior complexidade em relação ao seu quadro clínico de DTM. A redução do prognóstico dos resultados para pacientes com DTM com FM (apenas 5% de remissão sustentada após o tratamento) destaca a importância de que reumatologistas e cirurgiões-dentistas reconheçam o envolvimento da ATM na FM, e da FM na DTM. Deve-se tomar nota da importância da pesquisa básica e clínica interdisciplinar extensa frente ao diagnóstico e intervenção terapêutica das condições. A avaliação via questionários ou entrevistas pode ajudar a identificar comorbidades e dor generalizada de uma forma fácil e, assim, melhorar potencialmente o tratamento da dor.

Cirurgiões-dentistas e médicos não devem subestimar a coexistência de FM e DTM, uma vez que pacientes com DTM podem não relatar dor coexistente que ocorre fora da face aos seus cirurgiões-dentistas e, igualmente, pacientes com FM podem não relatar dor facial aos seus médicos. É responsabilidade do cirurgião-dentista compreender a natureza complexa dessas doenças e, a partir de suas particularidades, propor não apenas cuidados relacionados à dor persistente, mas principalmente identificar os sinais e sintomas iniciais relacionados à FM e encaminhar o paciente ao reumatologista. Se identificados, estes casos de pacientes poderão ser reconhecidos como mais complexos e poderão ser melhor geridos através de uma abordagem interdisciplinar. O cirurgião-dentista deve, também, ser consultado para o manejo das manifestações orofaciais da doença, tanto na DTM ocorrendo na FM quanto nas intervenções voltadas aos sintomas bucais gerados pela FM.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, L. M. M.; GUI, M. S.; PIMENTEL, M. J.; REIMÃO, R.; RIZZATTI-BARBOSA, C. M. Disfunção temporomandibular na fibromialgia: uma visão crítica. **Brazilian Dental Science**, São José dos Campos, v. 15, n. 2, p. 27-34, abr./jun. 2012.
- BARJANDI, G.; KOSEK, E.; HEDENBERG-MAGNUSSON, B; VELLY, A. M.; ERNBERG, M. Comorbid Conditions in Temporomandibular Disorders Myalgia and Myofascial Pain Compared to Fibromyalgia. **Journal of Clinical Medicine**, Basel, v. 10, n. 14, p. 3138, jul. 2021.
- BARKHORDARIAN, Andre; DEMERJIAN, Gary; CHIAPPELLI, Francesco. Translational research of temporomandibular joint pathology: a preliminary biomarker and fMRI study. **Journal of Translational Medicine**, United Kingdom, v. 18, n. 1, p. 22, jan. 2020.
- COSTA, Y. M.; CONTI, P. C. R.; FARIA, F. A. C.; BONJARDIM, L. R. Temporomandibular disorders and painful comorbidities: clinical association and underlying mechanisms. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiology**, v. 123, n. 3, p. 288–297, mar. 2017.
- COVERT, Lauren; MATER, Heather Van; HECHLER, Benjamin L. Comprehensive Management of Rheumatic Diseases Affecting the Temporomandibular Joint. **Diagnostics**, Basel, v. 11, n. 3, p. 409, fev. 2021.
- FRAGA, B. P.; SANTOS, E.; FRAGA, T. P.; MACIEIRA, J. C. Fibromyalgia and temporomandibular dysfunction: a literature review. **RSBO**, Joinville, v. 8, n. 1, p. 81-87, jan./mar. 2011.
- FESTA, F.; ROTELLI, C.; SCARANO, A.; NAVARRA, A.; CAULO, M.; MACRÌ, M. Functional Magnetic Resonance Connectivity in Patients With Temporomandibular Joint Disorders. **Frontiers in Neurology**, Lausanne, v. 12, abr. 2021.
- FRICTON, James R. The relationship of temporomandibular disorders and fibromyalgia: implications for diagnosis and treatment. **Current Pain and Headache Reports**, v. 8, n. 5, p. 355–363, out. 2004.
- FUJARRA, F. J. C.; KAZIYAMA, H. H. S.; SIQUEIRA, S. R. D. T.; YENG, L. T.; CAMPARIS, C. M.; TEIXEIRA, M. J.; SIQUEIRA, J. T. T. Temporomandibular disorders in fibromyalgia patients: are there different pain onset? **Arquivos De Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 195–200, mar. 2016.
- HARPER, D. E.; SAYRE, K.; SCHREPF, A.; CLAUW, D. J.; ARONOVICH, S. Impact of Fibromyalgia Phenotype in Temporomandibular Disorders. **Pain Medicine**, v. 22, n. 9, p. 2050-2056, set. 2021.
- KHAYAMZADEH, M.; AHMADI, P.; RAZMARA, F.; SAVAFI, K. Temporomandibular joint disorder therapy: A review. **Journal of Craniomaxillofacial Research**, Tehran, v. 7, n. 3, p. 110, 2020.

PIMENTEL, M. J.; GUI, M. S.; AQUINO, L. M. M.; RIZZATTI-BARBOSA, C. M. Features of Temporomandibular Disorders in Fibromyalgia Syndrome. **Cranio-the Journal of Craniomandibular Practice**, v. 31, n. 1, p. 40–45, jan. 2013.

ŞATIR, Özlem.; ŞATIR, Samed. Temporomandibular Joint Disease and Vitamin D Level in Fibromyalgia. **Cumhuriyet Dental Journal**, Sivas, v. 25, jan. 2022.

SCAROLA, R.; MONTEMURRO, N.; FERRARA, E.; CORSALINI, M.; CONVERTI, I.; RAPONE, B. Temporomandibular disorders and fibromyalgia: A narrative review. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, [s. l.], v. 9, p. 106–112, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3889/OAMJMS.2021.5918>. Acesso em: 26 jan. 2025.

Translated versions of this document should be cited as follows if the title is also translated: Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [Critérios de Diagnóstico para Desordens Temporomandibulares: Protocolo Clínico e Instrumentos de Avaliação: Brazilian Portuguese Version 25May2016] Pereira Jr. FJ, Gonçalves DAG, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on 18Feb2025.

VELLY, A. M.; LOOK, J. O.; SCHIFFMAN, E.; LENTON, P. A.; KANG, W.; MESSNER, R. P.; HOLCROFT, C. A.; FRICTON, F. R. The Effect of Fibromyalgia and Widespread Pain on the Clinically Significant Temporomandibular Muscle and Joint Pain Disorders—A Prospective 18-Month Cohort Study. **The Journal of Pain**, Seattle, v. 11, n. 11, p. 1155–1164, nov. 2010.

WU, M.; CAI, J.; YU, Y.; HU, S.; WANG, Y.; WU, M. *et al.* Therapeutic Agents for the Treatment of Temporomandibular Joint Disorders: Progress and Perspective. **Frontiers in Pharmacology**, Lausanne, v. 11, jan. 2021.