



## Disfunção temporomandibular e cefaleias primárias: a correlação e a importância do correto diagnóstico durante o atendimento odontológico

Temporomandibular dysfunction and primary headaches: the correlation and the importance of correct diagnosis during dental care

Disfunción temporomandibular y cefaleas primarias: correlación e importância de um diagnóstico correcto durante la atención odontológica

Ingrid Sousa Araújo<sup>1</sup>, Maria Laura Marreiro Mesquita<sup>1</sup>, Bárbara de Castro Sales<sup>1</sup>, Luana Pinheiro Guerra Fontoura<sup>1</sup>, Samuel Chillavert Dias Pascoal<sup>1</sup>, Caio Levy Veras Rodrigues<sup>1</sup>, Nadya Imani Newman<sup>1</sup>, Amanda de Menezes Porto<sup>1</sup>, Julyana Raab Pereira de Mesquita<sup>1</sup>, Livia Maria Sales Pinto Fiamengui<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Correlacionar as disfunções temporomandibulares (DTM) e as cefaléias primárias (CP), entendendo sua importância para o diagnóstico assertivo no atendimento odontológico. **Métodos:** Os artigos foram pesquisados por meio de duas bases de dados: Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores: “Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome”, “Orofacial Pain” e “Headache Disorders, Primary”. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos correlacionados com a temática escolhida, sem delimitação de qualquer idioma e de qualquer data de publicação. Foram identificados 57 artigos após a busca. **Resultados:** Posterior a exclusão de artigos duplicados, de outras revisões de literatura e de artigos que não se relacionavam ao tema foram selecionados 14 artigos para compor a presente revisão. Os artigos indicaram que as cefaléias primárias mais associadas as disfunções temporomandibulares são, principalmente, a Migrânea e a Cefaleia Tipo Tensional (CTT), respectivamente e que um tratamento integrado das duas condições auxilia em um melhor prognóstico. **Considerações finais:** Sendo assim, quando são encontradas em conjunto, as duas desordens devem ser abordadas pelo profissional de forma concomitante, visando o sucesso e a efetividade do tratamento, haja vista a correlação de tais distúrbios.

**Palavras-chave:** Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular, Transtornos da cefaleia primários, Dor facial.

### ABSTRACT

**Objective:** To correlate temporomandibular disorders (TMD) and primary headaches (PC), understanding their importance for assertive diagnosis in dental care. **Methods:** The articles were researched using two databases: Pubmed and the Virtual Health Library (VHL), using the following descriptors: “Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome”, “Orofacial Pain” and “Headache Disorders, Primary”. The inclusion criteria used were: articles correlated with the chosen theme, without delimiting any language and any date of publication. After the search, 57 articles were identified. **Results:** After excluding duplicate articles, other literature reviews and articles not related to the topic, 14 articles were selected for this review. The articles indicated that the primary headaches most associated with temporomandibular disorders are mainly migraine and tension-type headache (TTC), respectively, and that integrated treatment of the two conditions helps to improve prognosis. **Final considerations:** Therefore, when they are found together, the two disorders should be treated

<sup>1</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza – CE.

concomitantly by professionals, with a view to successful and effective treatment, given the correlation between these disorders.

**Keywords:** Temporomandibular joint dysfunction syndrome, Headache disorders primary, Facial pain.

## RESUMEN

**Objetivo:** Correlacionar los trastornos temporomandibulares (TTM) y las cefaleas primarias (CP), comprendiendo su importancia para el diagnóstico asertivo en la atención odontológica. **Métodos:** Los artículos fueron investigados utilizando dos bases de datos: Pubmed y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), utilizando los siguientes descriptores: «Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome», «Orofacial Pain» y «Headache Disorders, Primary». Los criterios de inclusión utilizados fueron: artículos correlacionados con el tema elegido, sin delimitar idioma ni fecha de publicación. Tras la búsqueda, se identificaron 57 artículos. **Resultados:** Después de excluir artículos duplicados, otras revisiones bibliográficas y artículos que no estaban relacionados con el tema, 14 artículos fueron seleccionados para componer esta revisión. Los artículos indicaron que las cefaleas primarias más asociadas a los trastornos temporomandibulares son principalmente la migraña y la cefalea tensional (CT), respectivamente, y que el tratamiento integrado de las dos afecciones ayuda a mejorar el pronóstico. **Consideraciones finales:** Por lo tanto, cuando se encuentran juntos, los dos trastornos deben ser tratados concomitantemente por los profesionales, con vistas a un tratamiento exitoso y eficaz, dada la correlación entre estos trastornos.

**Palabras clave:** Síndrome de la disfunción de articulación temporomandibular, Cefaleas primarias, Dolor orofacial.

## INTRODUÇÃO

As Disfunções Temporomandibulares (DTMs) apresentam-se como uma série de condições clínicas que afetam a Articulação Temporomandibular (ATM) e suas estruturas correlatas, tais como ligamentos, músculos da mastigação (AUVENSHINE RC, 2007). O conhecimento sólido acerca das DTMs é fundamental para os clínicos na prática odontológica, visto que essas condições representam as dores crônicas mais frequentemente observadas na região facial (LISTA T e JENSEN RH, 2017).

A literatura prévia aponta que aproximadamente 50 a 60% da população manifesta algum sinal ou sintoma de DTM, sendo que a maioria dos sintomas é relatada por indivíduos com idades entre 20 e 40 anos (ROMERO-REYES M e BASSIUR JP, 2024 ; LISTA T e JENSEN RH, 2017; OKESON JP, 2013).

A complexidade da etiologia da DTM se apresenta de maneira significativa e é caracterizada por uma interação multifatorial de diversos elementos, sem que haja um único fator que possa explicar todos os sinais e sintomas associados (CONTI PCR, et al., 2022).

Dentre os principais fatores de risco que parecem predispor, precipitar ou prolongar a dor da DTM, destacam-se os aspectos biológicos, como os hormônios sexuais, a função opioide endógena e as variações genótípicas anatômicas, bem como fatores como trauma, parafunções e elementos psicossociais, incluindo exposição ao estresse, estratégias de enfrentamento da dor, estresse, catastrofização e emoções (LISTA T e JENSEN RH, 2017). É relevante ressaltar que a importância desses fatores pode variar de forma individualizada para cada paciente (OKESON JP, 2013).

Assim como as DTMs, as cefaleias também apresentam uma alta prevalência na população, e frequentemente acarretam consequências sociais e funcionais significativas. Portanto, é crucial identificar e tratar essas condições de forma adequada para mitigar tais impactos multifatoriais (OKESON JP, 2013). A cefaleia é definida como uma dor localizada acima da linha orbitomeatal, enquanto a dor facial encontra-se abaixo da linha orbitomeatal e acima do pescoço e anterior ao pavilhão auricular (ICDH-3, 2018). Entretanto, a precisão das descrições fornecidas pelos pacientes em relação à localização precisa frequentemente carece de clareza (CONTI PCR, et al., 2016).

De acordo com a 3ª Classificação Internacional das Cefaleias (ICDH-3, 2018), elas podem ser categorizadas em três grandes grupos: primárias, secundárias e neuropatias cranianas dolorosas. As cefaleias primárias são aquelas que ocorrem sem uma etiologia identificável por meio de exames clínicos ou

laboratoriais convencionais (SPECIALI JG, 2011; LISTA T e JENSEN RH, 2017). Dentro dessa classificação, destacam-se a migrânea, a cefaleia do tipo tensão (CTT) e a cefaleia trigeminoautônômica, sendo as duas primeiras as mais prevalentes (SPECIALI JG, 2011).

A Migrânea, mais conhecida como enxaqueca, é uma cefaleia primária altamente incapacitante que afeta predominantemente o sexo feminino, sendo mais prevalente na faixa etária entre os 18 e 44 anos (CONTI PCR, et al., 2022; GRAFF-RADFORD SB e ABBOTT JJ, 2007). Esta condição pode ser subdividida em duas categorias: migrânea sem aura e migrânea com aura. A migrânea sem aura é caracterizada por crises recorrentes que podem durar de 4 a 72 horas, apresentando como principais características a localização unilateral da dor e uma sensação pulsátil de intensidade moderada a severa, podendo ser acompanhada por sintomas como náuseas, fotofobia e fonofobia em alguns casos (ICDH-3, 2018; CONTI PCR, et al., 2022).

Por outro lado, a migrânea com aura se distingue pela presença de episódios de sintomas visuais e sensitivos que se desenvolvem gradualmente em indivíduos afetados pela condição. A relação entre migrânea e disfunções temporomandibulares pode estar associada à ativação do sistema trigeminal que acomete ambas condições (ICDH-3, 2018; CONTI PCR, et al., 2022).

A CTT, que estudos indicam ter uma prevalência global em torno de 42% (STOVNER LJ, 2007), é a forma mais comum de cefaleia primária. Esta condição é caracterizada por dor miofascial em músculos como o masseter, a porção anterior do temporal, a região cervical e os pericranianos, resultando em uma dor de leve a moderada acompanhada por uma sensação de pressão ou apertamento na cabeça, podendo perdurar por vários dias e estar associada a fatores psicológicos/emocionais (ROMERO-REYES M e BASSIUR JP, 2024).

O aumento da sensibilidade à palpação em músculos da mastigação, como o masseter e o temporal, também é característica clínica significativa em pacientes com DTM, sugerindo uma íntima correlação entre essas condições (STOVNER LJ, 2007; LISTA T e JENSEN RH, 2017; ROMERO-REYES M e BASSIUR JP, 2024).

Expandindo a ICDH-3, também se abordam as cefaleias ou dores faciais atribuídas a desordens que afetam o crânio, pescoço, olhos, ouvidos, face, dentes, boca ou outras estruturas faciais e cervicais. Dentro dessa classificação, encontram-se as Cefaleias Atribuídas às DTMs, caracterizadas por evidências clínicas de processos patológicos dolorosos que afetam elementos da ATM, músculos da mastigação e/ou estruturas associadas, em um ou em ambos os lados (ICHD-3, 2018).

Estas cefaleias desenvolvem-se em relação temporal com o início da DTM ou levam ao seu diagnóstico, e são agravadas por movimentos mandibulares, função mandibular e/ou parafunção, podendo ser provocadas durante exame físico por meio de palpação do músculo temporal e/ou por movimentos passivos da mandíbula (ROMERO-REYES M e BASSIUR JP, 2024; ICHD-3, 2018; CONTI PCR, et al., 2020).

Nesse contexto, observa-se uma considerável sobreposição nos diagnósticos de CTT, DTM muscular (como Dores Miofasciais no músculo temporal anterior) e Cefaleia atribuída à DTM (ROMERO-REYES M e BASSIUR JP, 2024; CONTI PCR, et al., 2020). Apesar dos desafios clínicos associados a essa sobreposição, compreender tais condições é crucial, como evidenciado por um estudo de coorte com adolescentes, que constatou que a probabilidade de desenvolver dor por DTM era 2,7 vezes maior entre os adolescentes com cefaleia em comparação com aqueles sem esse quadro (LERESCHE L et al., 2007).

Essa correlação pode ser explicada pela possibilidade de compartilharem vias de condução da dor, sendo influenciadas por mecanismos de sensibilização periférica e central. Dessa forma, a combinação temporal e espacial de estímulos nociceptivos provenientes dos músculos mastigatórios, da ATM e de outras estruturas cefálicas resulta em um aumento da excitabilidade do sistema trigeminal, o que pode complicar o tratamento do paciente (CONTI PCR, et al., 2020; LISTA T & JENSEN RH, 2017; GRAFF-RADFORD SB & ABBOTT JJ, 2007; COSTA YM, et al., 2016).

Portanto, a relação entre DTM e cefaleias deriva pode ser sustentada pela alta prevalência de cefaleias primárias em pacientes com a disfunção, sendo comorbidades frequentemente associadas, e pela capacidade da DTM de potencializar a frequência e a intensidade das cefaleias. Assim, há uma interação bidirecional entre

DTM e cefaleias primárias, com possíveis prejuízos mútuos no tratamento quando não há abordagem simultânea, ou quando o manejo é existente ou ineficaz, retroalimentando negativamente a conduta da outra condição (CONTI PCR, et al., 2021). Esta estreita relação destaca a importância de um diagnóstico preciso e da implementação de abordagens terapêuticas adequadas, incluindo encaminhamentos a neurologistas quando necessário (LISTA T e JENSEN RH, 2017). Nesse contexto, o objetivo da presente investigação foi compreender, por meio de uma revisão da literatura, a correlação entre cefaleias primárias e desordens temporomandibulares.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### Prevalência de sinais e sintomas de cefaleia em pacientes com DTM

Estudos epidemiológicos revelaram uma alta incidência de cefaleias primárias em pacientes com DTM. De acordo com uma pesquisa conduzida por Franco AL, et al. (2009), envolvendo 158 indivíduos com DTM e 68 controles, as cefaleias primárias foram observadas em 85,5% dos pacientes com DTM, comparados a cerca de 45,6% no grupo controle. Adicionalmente, o estudo destacou que entre os pacientes com DTM, os tipos mais comuns de cefaleia foram migrânea (55,3%) e CTT (30,2%).

Em um estudo realizado na Universidade Metropolitana de Santos, 80 pacientes foram avaliados por um neurologista e um cirurgião-dentista para investigar a incidência de cefaleias e Disfunção Temporomandibular (DTM). Todos os participantes relataram sintomas de dores de cabeça, dos quais aproximadamente 40% foram diagnosticados com migrânea e 16,3% com CTT. Dentro desse grupo, foi observada uma prevalência de sintomas de DTM de 35% (FRAGOSO YD, et al., 2010).

Um estudo adicional, conduzido em um ambulatório terciário de neurologia, examinou a presença de sinais e sintomas de DTM em uma amostra de 42 pacientes, dos quais foram selecionados 21 casos de CTT e 21 casos de migrânea. Nesse estudo, foi observada uma prevalência de sinais e sintomas de DTM de 54,8%. Esses resultados evidenciam a forte associação entre cefaleias primárias, como migrânea e CTT, e a presença de DTM em pacientes submetidos a avaliações neurológicas e odontológicas dessas pesquisas (TOMAZ-MORAIS JF, et al., 2015).

Em outro estudo realizado pela Universidade Estadual Paulista, foi investigada a relação entre a presença de DTM dolorosa e a incidência de migrânea em adolescentes de 13 a 15 anos. A pesquisa envolveu 149 adolescentes, dos quais 83 deles foram diagnosticados com DTM e 66 constituíram o grupo controle. Os resultados demonstraram uma probabilidade significativamente maior de migrânea entre os adolescentes com DTM dolorosa em comparação com o grupo controle, sem a DTM.

A prevalência global de cefaleias primárias foi de 78,5%, com 36,2% correspondendo a migrânea, 26,2% a uma possível cefaleia tensional e 16,1% a cefaleia do tipo tensional (GONÇALVES DAG, et al., 2010). Observa-se nesses estudos que os pacientes com DTM têm maior prevalência de cefaleias primárias, indicando que o manejo dessas condições tem que atentar-se para tal fato, a fim de ser efetivo.

### A correlação entre DTM e cefaleia como potencial amplificador e cronificador de dores

Um estudo transversal conduzido na Faculdade de Odontologia da UNESP envolveu uma amostra de 352 participantes, os quais foram categorizados em três grupos distintos: 1) controle, 2) apenas com DTM e 3) com DTM e cefaleia primária. O propósito deste estudo era investigar se a associação entre DTM e cefaleias primárias poderia servir como um fator contribuinte ou como um fator amplificador para outras condições, como cervicalgia, dores corporais, diabetes, distúrbios musculoesqueléticos e outros sintomas físicos inespecíficos.

Os resultados revelaram que diabetes, cervicalgia e sintomas físicos inespecíficos foram significativamente associados aos pacientes que apresentavam tanto DTM dolorosa quanto cefaleias primárias (CONTRERAS EFR, et al., 2018). Um estudo realizado por Chaves TC, et al. (2016) conduziu uma avaliação dos níveis de hiperalgesia e alodinia cutânea em um grupo de 80 mulheres com migrânea e/ou DTM. Os resultados indicaram que as pacientes que apresentavam tanto DTM quanto migrânea demonstraram maior sensibilidade



ao frio e ao calor, além de apresentarem alodinia cutânea, que se refere a uma mudança na percepção da dor na pele. Portanto, tais análises demonstraram que DTMs e cefaleias podem ser condições que estão concomitantes em um mesmo indivíduo e que podem contribuir para a perpetuação de outras doenças já presentes no paciente. Dessa forma, é importante o manejo das DTMs e cefaleias seja realizado de forma conjunta, para que apresentem um melhor prognóstico.

### **Importância do correto diagnóstico e tratamento de pacientes que apresentam as duas comorbidades concomitantemente**

Em relação ao diagnóstico, o padrão de dor muscular associado à palpação pode desempenhar um papel complementar significativo no estabelecimento do diagnóstico correto. Esta constatação foi observada através de uma pesquisa conduzida por um grupo de estudiosos da Universidade de São Paulo em Bauru, que evidenciou que a DTM muscular esteve predominantemente relacionada à dor provocada pela palpação do músculo masseter, enquanto a CTT foi correlacionada à dor provocada pela palpação dos músculos mastigatórios em geral. Por outro lado, a migrânea foi associada à dor induzida pela palpação do músculo temporal anterior (COSTA YM, et al., 2015).

Sendo assim, buscando identificar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas brasileiros em torno dessa temática, uma pesquisa investigou como os ortodontistas brasileiros abordariam o diagnóstico e tratamento de migrêneas. Para isso, esses cirurgiões dentistas foram expostos a um cenário fictício de um paciente que apresentava sintomas compatíveis com os critérios diagnósticos de cefaleia, tais como: dor localizada nas áreas orbitais e periorbitais, unilateral, acompanhada de fotofobia, fonofobia e náuseas. Após isso, foram solicitadas respostas em relação ao diagnóstico provável e ao plano de tratamento.

Como resultado, constatou-se que 33% das respostas foram consideradas apropriadas, enquanto 58% foram consideradas inadequadas. Apenas 13% dos participantes diagnosticaram corretamente a condição como migrânea e encaminharam o paciente ao neurologista (MARTINS JRL, et al., 2010). Os resultados desse estudo demonstram a necessidade da atualização acerca da correlação entre DTMs e cefaleias, haja vista sua presença constante nos pacientes que passam pelos consultórios odontológicos.

Já no que se refere ao tratamento, uma pesquisa conduzida pela Universidade de São Paulo em Bauru dividiu 400 pacientes em 4 grupos, 1) grupo que tinha apenas diagnóstico de DTM muscular, 2) grupo com DTM muscular + cefaleia primária, 3) grupo com DTM muscular e articular e 4) grupo com DTM muscular e articular e cefaleia primária, nos quais todos receberam algum tipo de intervenção para DTM, porém nenhum tratamento específico para cefaleia. Os resultados evidenciaram que os grupos que manifestavam cefaleias primárias simultaneamente às disfunções, não obtiveram a mesma eficácia no tratamento em comparação com os grupos sem cefaleia (PORPORATTI AL, et al., 2014).

Em outro estudo similar, realizado pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), escolheu-se pacientes do sexo feminino que também foram distribuídos em 4 grupos. Entretanto, em contraste com a pesquisa anterior, os pacientes diagnosticados com migrânea, além do tratamento para DTM, foram submetidos ao uso de propranolol. Notou-se que, nesse contexto, em mulheres com DTM e migrânea, a migrânea só foi significativamente aliviada quando ambas as condições foram tratadas simultaneamente (GONÇALVES DAG, et al., 2013). Tais estudos indicam que o tratamento efetivo dessas duas condições precisa ser feito identificando e controlando ambas simultaneamente.

De maneira geral, em relação à prevalência de cefaleias primárias em pacientes com DTM, os estudos conduzidos por Gonçalves DAG, et al. (2009), Fernandes G, et al. (2018), Franco AL, et al. (2010), Fragoso YD, et al. (2009) e Tomaz-Morais JF, et al. (2015) indicam que a frequência de migrânea em pacientes com DTM varia de 31% a 71% na amostra estudada, superando assim a prevalência de CTT, que varia de 15% a 38%. Essa correlação entre cefaleias primárias e DTM pode ser explicada pela ativação do sistema trigeminal em ambas as condições (CONTI PCR, et al., 2021). Especificamente, o subnúcleo caudal do trigêmeo, tem sido identificado como o principal local de retransmissão de dores orofaciais para o sistema nervoso central (DUBNER R e REN K, 2004). A estimulação constante dessa subdivisão, ao ocorrer em pacientes com DTM, pode afetar a frequência e a intensidade das cefaleias primárias (MERRILL RL, 2007).

Além disso, os processos de sensibilização periférica e central também podem contribuir para explicar essa correlação (CONTI PCR, et al., 2021). A sensibilização a nível central ocorre quando há um aumento da excitabilidade dos neurônios nociceptivos localizados no Sistema Nervoso Central (SNC). Algumas das manifestações clínicas incluem alodínia (mudança na percepção da dor), hiperalgesia secundária (dor em local distante da área que teve um estímulo nocivo), aumento da área de dor, dor espontânea, intensificação da resposta à dor e dor referida (CHICHORRO JG, et al., 2017).

Esses sinais são frequentemente observados em pacientes com DTM. No estudo de Chaves TC, et al (2016), a alodínia cutânea foi identificada em 40% dos pacientes com migrânea ou DTM isoladamente, e em 60% dos pacientes que apresentavam ambas as condições simultaneamente. Além disso, os pacientes afetados por ambas as condições também demonstraram maior sensibilidade ao frio e ao calor nesse mesmo estudo (CHAVES TC, et al., 2016).

Na sensibilização a nível periférico, as mudanças nas propriedades do nociceptor, localizadas fora do SNC, são responsáveis por diminuir o limiar de disparo destes nociceptores, deixando-os mais sensíveis aos estímulos dolorosos (COSTA YM, et al., 2021). Esses aspectos podem, portanto, explicar tanto a prevalência quanto o potencial amplificador que essas condições apresentam quando coexistem nos pacientes, visto que por precisar de menos estímulo para sentir a dor, os pacientes a percebem mais facilmente (CONTRERAS EFR, et al., 2018; CHAVES TC, et al., 2016). Sendo assim, com uma alteração de propriocepção alterada devido a DTM e sensibilização, tanto a nível periférico quanto a nível central, cria-se um ciclo de dor contínuo, que interfere na qualidade de vida do paciente.

Outro ponto de considerável importância diz respeito ao diagnóstico de cefaleias primárias e DTMs. É notável que as cefaleias primárias estejam mais frequentemente ligadas à DTM muscular, portanto, a avaliação palpável dos músculos pode ser crucial para o diagnóstico preciso e correto. Um estudo revelou que a CTT estava correlacionada com a dor provocada pela palpação dos músculos mastigatórios, enquanto a migrânea estava associada à dor resultante da palpação do músculo temporal anterior (COSTA YM, et al., 2015).

Entretanto, é imperativo conduzir mais pesquisas para esclarecer a relação entre o diagnóstico de cefaleias primárias e a palpação muscular em pacientes com DTMs, para que os cirurgiões-dentistas clínicos possam identificar de forma mais efetiva esses sinais e sintomas durante a anamnese e exame físico e, quando necessário, encaminhar para um neurologista.

Os dentistas que não possuem especialização em DTM e dores orofaciais parecem encontrar desafios significativos ao diagnosticar e tratar pacientes que apresentam tanto quadros de cefaleia quanto de DTM simultaneamente (MARTINS JRL, et al., 2010). Essas dificuldades podem ser amplamente atribuídas à falta de conhecimento e treinamento específico dos dentistas nesses assuntos. De fato, uma pesquisa realizada na região Sudeste do Brasil evidenciou que apenas 36% das instituições de ensino superior incluíam disciplinas relacionadas à DTM e Dor Orofacial em seus currículos (FARIA LV, et al., 2020).

Essa lacuna na formação odontológica pode resultar em diagnósticos imprecisos e tratamentos inadequados para pacientes que sofrem com esses problemas. Portanto, é essencial que os profissionais da odontologia recebam uma formação mais abrangente e especializada em DTM e dores orofaciais, visando garantir um cuidado eficaz e apropriado para os pacientes que enfrentam essas condições. Além disso, uma abordagem correta e precoce das DTMs previne complicações as estruturas da articulação temporomandibular, através de um tratamento não invasivo.

Quanto ao tratamento, a literatura parece convergir para um consenso: em casos de cefaleias primárias e DTMs, é crucial que o tratamento de ambas as condições seja realizado simultaneamente para alcançar sucesso terapêutico (PORPORATTI AL, 2014; GONÇALVES DAG, 2013). Portanto, é fundamental que o cirurgião-dentista e o médico neurologista trabalhem em colaboração, assegurando que o paciente receba a abordagem terapêutica apropriada e efetiva para cada caso. Por outro lado, nos casos de cefaleias secundárias às DTMs, o tratamento da própria disfunção articular pode resultar na remissão dos sintomas de dor de cabeça (CONTI PCR, et al., 2021).

Assim, como os estudos demonstraram, para que haja uma intervenção efetiva é necessário que as duas condições sejam abordadas em conjunto, pois uma pode amplificar a outra e assim não haverá o controle desses distúrbios. É crucial a interdisciplinaridade e comunicação entre CDs e neurologistas para que os tratamentos se complementem e o paciente tenha uma estabilização do quadro de saúde. Quanto à abordagem das cefaleias secundárias à DTM observa-se que apenas o controle do quadro de disfunção promoverá uma melhoria das cefaleias, o que, em caso de dúvidas, pode até mesmo ser usado como critério diagnóstico. (CONTI PCR, et al., 2016)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da revisão de literatura foi possível observar a forte interação de DTMs e cefaleias primárias, compreendendo que as principais cefaleias primárias associadas à DTM são a migrânea (enxaqueca) e a CTT, respectivamente. Quando associadas, ambas condições devem ser tratadas concomitantemente para que os efeitos do tratamento sejam satisfatórios e efetivos, sendo, portanto, necessário a atuação em conjunto, interdisciplinar, do cirurgião-dentista e do médico neurologista. Essa abordagem colaborativa é crucial para garantir um cuidado efetivo.

## REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN. General assessment of the orofacial pain patient. In: de Leeuw R, Klasser GD, editors. Orofacial pain - guidelines for assessment, diagnoses and management. 5th ed. Chicago: Quintessence. 2013; 23-46.
2. AUVENSHINE RC. Temporomandibular disorders: associated features. *Dental Clinics*, 2007; 51(1): 105-127.
3. BERTOLI FMP, et al. Anxiety and malocclusion are associated with temporomandibular disorders in adolescents diagnosed by RDC/TMD. A cross-sectional study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2018; 45(10): 747-755.
4. BRANCO RS, et al. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 2008; 13: 61-69.
5. CHAVES TC, et al. Concomitant migraine and temporomandibular disorders are associated with higher heat pain hyperalgesia and cephalic cutaneous allodynia. *The Clinical journal of pain*, 2016; 32(10): 882-888.
6. CHICHORRO JG, et al. Mechanisms of craniofacial pain. *Cephalalgia*, 2017; 37(7): 613–626.
7. CONTRERAS EFR, et al. Systemic diseases and other painful conditions in patients with temporomandibular disorders and migraine. *Brazilian oral research*, 2018; 32.
8. CONTI PCR, et al. Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dores Orofaciais: aplicação clínica das evidências científicas. São Paulo: Dental Press, 2021; 477.
9. CONTI PCR, et al. Headaches and myofascial temporomandibular disorders: overlapping entities, separate managements? *Journal Of Oral Rehabilitation*, 2016; 43 (9): 702-715.
10. COSTA YM, et al. Can palpation-induced muscle pain pattern contribute to the differential diagnosis among temporomandibular disorders, primary headaches phenotypes and possible bruxism? *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 2016; 21(1): 59.
11. COSTA YM, et al. Headache Attributed to Masticatory Myofascial Pain: Clinical Features and Management Outcomes. *Journal of Oral & Facial Pain & Headache*, 2015; 29(4): 323-330.
12. DUBNER R e REN K. Brainstem mechanisms of persistent pain following injury. *Journal of orofacial pain*, 2004; 18(4).
13. FARIA LV, et al. DTM e dor orofacial: perspectivas curriculares das faculdades de Odontologia do Sudeste brasileiro. *HU Revista*, 2020; 46: 1-7.
14. FERNANDES G, et al. Painful temporomandibular disorder is associated with migraine in adolescents: a case-control study. *The Journal of Pain*, 2019; 20(10): 1155-1163.

15. FRAGOSO YD, et al. Prevalence of parafunctional habits and temporomandibular dysfunction symptoms in patients attending a tertiary headache clinic. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 2010; 68: 377-380.
16. FRANCO AL, et al. Migraine is the most prevalent primary headache in individuals with temporomandibular disorders. *Journal of orofacial pain*, 2010; 24(3).
17. GONÇALVES DAG, et al. Headache and symptoms of temporomandibular disorder: an epidemiological study. *Headache: the journal of head and face pain*, 2010; 50(2): 231-241.
18. GONÇALVES DAG, et al. Symptoms of Temporomandibular Disorders in the Population: An Epidemiological Study. *Journal Of Orofacial Pain*, 2010; 24(3): 270-278.
19. GONÇALVES DAG, et al. Treatment of comorbid migraine and temporomandibular disorders: a factorial, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Journal of orofacial pain*, 2013; 27(4).
20. GRAFF-RADFORD SB e ABBOTT JJ. Temporomandibular disorders and headache. *Dental Clinics*, 2007; 51(1): 129-144.
21. HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33: 629–808.
22. KANG JK, et al. Application of ICHD-II criteria for headaches in a TMJ and orofacial pain clinic. *Cephalalgia*, 2010; 30(1): 37-41.
23. KARIBE H, et al. Comparison of masticatory muscle myofascial pain in patients with and without a chief complaint of headache. *CRANIO®*, 2014; 32(1): 57-62.
24. LERESCHE L, et al. Preditores de aparecimento de dor facial e disfunção temporomandibular no início da adolescência. *Pain*, 2007; 129(3): 269-278.
25. LISTA T e JENSEN RH. Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia*, 2017; 37(7): 692-704.
26. MARTINS JRL, et al. Attitudes of a group of Brazilian orthodontists towards the diagnosis and management of primary headache (migraine): an electronic-based survey. *Journal of Applied Oral Science*, 2011; 19: 674-678.
27. MERRILL RL. Central mechanisms of orofacial pain. *Dental Clinics*, 2007; 51(1): 45-59.
28. OKESON JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2013; 7.
29. PORPORATTI AL, et al. Primary headaches interfere with the efficacy of temporomandibular disorders management. *Journal of Applied Oral Science*, 2014; 23: 129-134.
30. ROMERO-REYES M e BASSIUR JP. Temporomandibular Disorders, Bruxism and Headaches. *Neurol Clin*, 2024; 42(2): 573-584.
31. SPECIALI JG e DACH F. Temporomandibular dysfunction and headache disorder. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 2015; 55: 72-83.
32. SPECIALI JG. Cefaleias. *Ciência e Cultura*, 2011; 63(2): 38-42.
33. STOVNER LJ, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*, 2007; 27(3): 193-210.
34. TOMAZ-MORAIS JF, et al. Temporomandibular disorder is more prevalent among patients with primary headaches in a tertiary outpatient clinic. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 2015; 73: 913-917.