Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Disfunção craniocervicomandibular associada à alterações cocleares

Craniocervicomandibular dysfunction associated with cochlear alterations

Disfunción craneocervicomandibular asociada a alteraciones cocleares

Beatriz Wallace Benchimol[1], Lucas Mateus Oliveira Alho[1], Lídia Ibernon Pereira[1], Jamile de Souza Vieira[1], Iana Rebeca Cabral Araújo[1], Mara Lilian Sevalho Barroso[1], Myrian Salles Vieira[1], Lioney Nobre Cabral[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de disfunção craniocervicomandibular associada à alterações cocleares em paciente feminina de 18 anos com dor intensa no ângulo da mandíbula. **Detalhamento do caso**: Durante a anamnese, constatou a presença da sensação de ouvidos tapados, isto é, plenitude auricular, zumbido bilateralmente, apertamento dos dentes durante a noite e estalidos no lado direito do ouvido. Já no exame físico de palpação muscular, foram identificados pontos-gatilho na musculatura mastigatória e cervical de ambos os lados do corpo, principalmente nos músculos trapézio descendente, esternocleidomastóideo e masseter. Observou-se também perda da lordose cervical da paciente, levando à anteriorização da cabeça e ao desnivelamento entre os ombros. Logo, foi estabelecido o diagnóstico de disfunção craniocervicomandibular ascendente. O tratamento proposto foi confecção do dispositivo interoclusal inferior de 2 mm e exercícios fisioterápicos diários. Após 1 ano da abordagem terapêutica inicial, a paciente relatou o alívio dos quadros de sintomatologia dolorosa, melhora do desnivelamento entre os seus ombros e desaparecimento da plenitude auricular e do zumbido. **Considerações finais:** A precisão diagnóstica, o plano de terapêutico adequado e o comprometimento da paciente foram essenciais para um prognóstico favorável.

Palavras-chave: Transtornos da articulação temporomandibular, Pontos-gatilho, Dor facial.

ABSTRACT

Objective: To report a clinical case of craniocervicomandibular dysfunction associated with cochlear alterations in an 18-year-old female patient with intense pain in the mandibular angle. **Case details:** During the anamnesis, the patient reported a sensation of ear fullness (aural fullness), bilateral tinnitus, nocturnal teeth clenching, and clicking sounds on the right side of the ear. Physical examination revealed bilateral trigger points in the masticatory and cervical muscles, especially in the descending trapezius, sternocleidomastoid, and masseter muscles. Loss of cervical lordosis was also observed, leading to anterior head posture and shoulder misalignment. A diagnosis of ascending craniocervicomandibular dysfunction was established. The proposed treatment consisted of fabrication of a 2 mm lower interocclusal device and daily physiotherapy exercises. After one year of treatment, the patient reported relief from painful symptoms, improved shoulder alignment, and complete resolution of aural fullness and tinnitus. **Final considerations:** Diagnostic accuracy, an appropriate therapeutic plan, and patient adherence were essential for achieving a favorable prognosis.

Keywords: Temporomandibular joint disorders, Trigger points, Facial pain.

RESUMEN

Objetivo: Reportar un caso clínico de disfunción craneocervicomandibular asociada a alteraciones cocleares en una paciente femenina de 18 años com dolor intenso en el ángulo mandibular. **Detalles del caso:** Durante la anamnesis, la paciente refirió sensación de oídos tapados (plenitud auricular), acúfenos bilaterales,

[1] Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus - AM.

SUBMETIDO EM: 8/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

apretamiento dental nocturno y chasquidos en el oído derecho. En el examen físico, se identificaron puntos gatillo bilaterales en la musculatura masticatoria y cervical, especialmente en los músculos trapecio descendente, esternocleidomastoideo y masetero. También se observó pérdida de la lordosis cervical, con anteriorización de la cabeza y desalineación de los hombros. Se estableció el diagnóstico de disfunción craneocervicomandibular ascendente. El tratamiento propuesto incluyó la confección de un dispositivo interoclusal inferior de 2 mm y ejercicios fisioterapéuticos diarios. Tras un año de tratamiento, la paciente reportó alivio del dolor, mejoría en la alineación de los hombros y desaparición de la plenitud auricular y de los acúfenos. **Consideraciones finales:** La precisión diagnóstica, un plan terapéutico adecuado y el compromiso de la paciente fueron esenciales para lograr un pronóstico favorable.

Palabras clave: Trastornos de la articulación temporomandibular, Puntos disparadores, Dolor facial.

INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) envolve um conjunto de condições musculoesqueléticas e neuromusculares capazes de acometer a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios e as estruturas associadas (POZZEBON D, et al., 2016). Todavia, quando está relacionada aos problemas desenvolvidos em áreas cervicais, é denominada disfunção craniocervicomandibular (DCCM) (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019). Dessa forma, ocorre uma desarmonia do sistema estomatognático, constituído por músculos, ligamentos, ossos, ATM, dentes, lábios, língua, bochechas, glândulas, mucosas, sistemas de vascularização e inervação (CERDEIRA DQ, et al., 2012).

Essas disfunções apresentam uma etiologia multifatorial complexa, visto que podem ser associadas aos hábitos parafuncionais, hiperatividades musculares, lesões degenerativas da ATM, interferências oclusais, problemas esqueléticos e mudanças posturais (NUNES AM, et al., 2020). Além disso, os aspectos psicossociais como ansiedade, depressão e altos níveis de estresse influenciam no aparecimento de comportamentos nocivos, fato esse que concorre para o desenvolvimento de dores não só na musculatura mastigatória como também cervical (POZZEBON D, et al., 2016; GODINHO GV e CABRAL LN, 2019; HEKMATI A, et al., 2022).

A sensibilidade na região da ATM, cefaleia, cansaço, restrição de movimentos, ruídos articulares, desvios, deflexões e incômodos nas musculaturas, com ausência ou presença de dor referida, são as principais sintomatologias relatadas pelos pacientes portadores das disfunções (ROSSETE LKR, et al., 2021; CARRACA SV, et al., 2010).

Nesse contexto, as alterações vestibulococleares, exemplificadas pela otalgia, sensação de plenitude auricular, zumbido, vertigem ou tontura também estão intimamente conectadas aos distúrbios musculares mastigatórios e cervicais, por conta da proximidade anatômica entre a ATM, os músculos inervados pelo nervo trigêmeo e as estruturas do ouvido (ROSSETE LKR, et al., 2021; FELÍCIO CM, et al., 2004; URBAN VM, et al., 2009).

No decorrer da reabilitação dos indivíduos que convivem com esses sintomas, é recomendada, inicialmente, a utilização de terapias reversíveis e não invasivas. Os exercícios fisioterápicos, as placas miorrelaxantes e a laserterapia de baixa potência são ótimos exemplos de métodos eficazes a serem escolhidos pelo profissional (OLIVEIRA KB, et al., 2010).

Em síntese, tendo em vista o caráter multifatorial das disfunções temporomandibulares e craniocervicomandibulares, a anamnese e o exame físico são considerados os passos mais importantes durante a formulação de um diagnóstico inicial correto, a fim de realizar, em seguida, uma combinação de abordagens terapêuticas com o intuito de devolver o bem-estar do paciente (CARRACA SV, et al., 2010; (OLIVEIRA KB, et al., 2010).

O estudo em questão tem como objetivo relatar um caso clínico de disfunção craniocervicomandibular associada a alterações cocleares, revisando cientificamente sua conduta diagnóstica e tratamento para a condição. Ele foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cujo número do parecer é 7.638.170 e o CAAE é 87305025.7.0000.5016.

DETALHAMENTO DO CASO

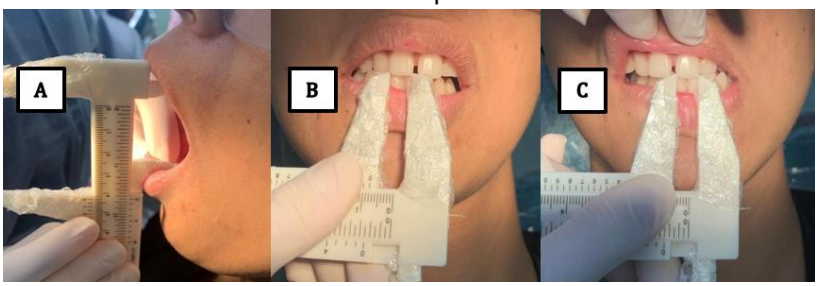
Paciente do gênero feminino, 18 anos, procurou atendimento na clínica de pacientes com necessidades especiais da Policlínica Odontológica da UEA, em outubro de 2023, com queixa principal de dores intensas na região do ângulo da mandíbula, bilateralmente, apresentando piora da sintomatologia no período da manhã por aproximadamente 1 ano.

Logo, foram realizadas sessões de laserterapia nos determinados pontos-gatilho. A paciente demonstrou melhora significativa do quadro clínico, porém não concluiu o tratamento. Com isso, as dores retornaram e ela procurou atendimento na clínica de estomatologia da Policlínica Odontológica da UEA em novembro de 2023.

Durante a anamnese, relatou a presença da sensação de ouvidos tapados, isto é, plenitude auricular e do zumbido tanto no lado direito quanto no esquerdo do ouvido, além de estalidos no lado direito. Também informou que aperta os dentes durante a noite, ou seja, realiza bruxismo noturno. Todavia, é importante destacar que ela negou episódios de vertigem ou tontura, alterações sistêmicas e alergias.

Nas mensurações, paciente possuía abertura máxima de boca medindo 41 mm (**Figura 1A**), considerada dentro do padrão de normalidade, apresentando um desvio discreto para o lado esquerdo em 20 mm e uma restrição mandibular excêntrica de 6 mm no lado direito (**Figura 1B**) e no lado esquerdo (**Figura 1C**).

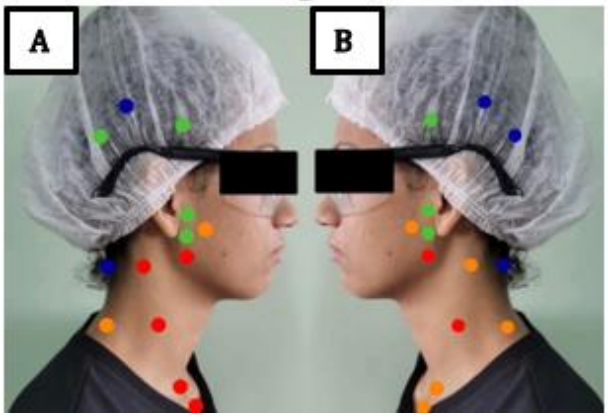
Figura 1- A) Abertura máxima de boca de 41 mm; **B)** Restrição mandibular excêntrica de 6 mm no lado direito. **C)** Restrição mandibular excêntrica de 6 mm no lado esquerdo.



Fonte: Benchimol BW, et al., 2025.

Ao exame físico de palpação muscular, foi possível observar a presença de pontos-gatilho não apenas no lado direito (**Figura 2A**) como também no lado esquerdo (**Figura 2B**), principalmente nos músculos trapézio descendente, esternocleidomastóideo e masseter, sendo designados por níveis de dor, ilustrados pelas cores: azul (ausência de desconforto ou sensibilidade); verde (presença de desconforto ou sensibilidade); laranja (presença de dor) e vermelho (presença de reação de fuga).

Figura 2- A) Pontos-gatilho presentes no lado direito, diferenciados pelos níveis de dor; **B)** Pontos-gatilho presentes no lado esquerdo, diferenciados pelos níveis de dor.



Fonte: Benchimol BW, et al., 2025.

Também se observou uma perda da lordose cervical levando à anteriorização da cabeça (**Figura 3A**) e ao desnivelamento entre os ombros (**Figura 3B**). De acordo com o exame físico e com as informações clínicas da paciente, foi determinado o diagnóstico de disfunção craniocervicomandibular ascendente.

Figura 3- A) Perda da lordose cervical e anteriorização da cabeça da paciente; **B)** Desnivelamento entre os ombros da paciente.



Fonte: Benchimol BW, et al., 2025.

Dessa forma, foram iniciados os passos para a confecção do dispositivo interoclusal inferior de 2 mm. Primeiramente, foi realizada a moldagem da arcada superior e inferior com alginato em uma proporção de 1/1. Posteriormente, houve o vazamento com gesso tipo IV na proporção compatível com a do fabricante para a confecção dos modelos de trabalho. Foi conduzido o registro de mordida em cera 7 utilizando o modelo de gesso, seguido da desprogramação da mandíbula através das manobras para mantê-la em RC e das tiras de Long.

Foi necessário utilizar a menor quantidade de tiras de Long que evitasse o contato entre os dentes posteriores para que pudesse ser feita a conferência por meio do registro de cera 7 e, consequentemente, a montagem do arco facial. Com isso, foi possível realizar a montagem do modelo superior e inferior no articulador semi ajustável (ASA), que foi encaminhado ao laboratório para que o dispositivo interoclusal fosse confeccionado.

Na semana seguinte, o dispositivo interoclusal foi instalado e ajustado (**Figura 4**) para que pudesse ser entregue à paciente, que foi orientada a fazer o uso dele diariamente, por 1 a 2 horas após os exercícios fisioterápicos, não só realizados pela parte da manhã como também pela parte da tarde e, depois da fisioterapia da noite, dormir com ele. Foram instruídos 4 exercícios fisioterápicos para a paciente, com o intuito de promover o relaxamento da musculatura mastigatória e cervical.

Figura 4 - Dispositivo interoclusal ajustado e instalado.



Fonte: Benchimol BW, et al., 2025.

O primeiro exercício (**Figura 5A**) consiste na utilização de um bastão de madeira entreposto entre os antebraços e a região lombar, mantendo as mãos em palma, com o intuito de reorientar a cintura escapular e reduzir a protrusão dos ombros por meio de inspirações regulares durante a inclinação da cabeça para trás e expirações regulares pela boca durante a retomada da cabeça para a posição original, sem a movimentação dos ombros e da coluna, o que é responsável por recondicionar o músculo esternocleidomastóideo bilateralmente e relaxar a musculatura cervical posterior. Esse exercício deve ser realizado por 3 minutos, independentemente do número de repetições.

O segundo exercício (**Figura 5B**), considerado uma atividade isométrica para a musculatura mastigatória, é chamado de abertura de boca contra a resistência. Ele deve ser executado por meio do posicionamento das mãos entre o rosto, sem empurrar o queixo e sem apertar as bochechas, por 10 segundos durante 10 repetições. O terceiro exercício (**Figura 5C**), também isométrico, a língua deve ser posicionada no palato com a abertura máxima de boca possível sem haver desconforto por parte do paciente, mantendo a língua nessa posição por 10 segundos durante 3 repetições. Com relação ao quarto exercício (**Figura 5D**), chamado de abertura e fechamento de boca orientados pelos dedos indicador e polegar, o paciente deve abrir a boca 30 vezes.

Figura 5- A) Exercício fisioterápico que consiste na utilização de um bastão de madeira; **B)** Abertura de boca contra a resistência; **C)** Exercício fisioterápico que consiste no posicionamento da língua no palato; **D)** Abertura e fechamento de boca orientados pelos dedos indicador e polegar.



Fonte: Benchimol BW, et al., 2025.

Após a entrega do dispositivo interoclusal e das orientações sobre os exercícios fisioterápicos, a paciente retornou, em novembro de 2024, com o objetivo de realizar uma nova avaliação. Durante as novas mensurações, ela apresentou o mesmo padrão observado anteriormente. No entanto, os novos exames físicos de palpação muscular demonstraram uma melhora extremamente significativa do quadro clínico, visto que a paciente não apresentava sintomatologia dolorosa durante a conferência dos antigos pontos-gatilho previamente analisados no lado direito (**Figura 6A**) e no lado esquerdo (**Figura 6B**). Ademais, ela constatou o desaparecimento da sensação de ouvidos tapados, ou seja, da plenitude auricular e do zumbido em ambos os lados, além de apresentar uma melhora expressiva relacionada ao desnivelamento entre os ombros (**Figura 6C**).

Figura 6- A) Evolução do quadro clínico da paciente no lado direito; **B)** Evolução do quadro clínico da paciente no lado esquerdo; **C)** Melhora relacionada ao desnivelamento entre os ombros da paciente.



Fonte: Benchimol BW, et al., 2025.

Em maio de 2025, a paciente retornou para a realização de uma nova avaliação. Ela relatou discreta sensibilidade na região mandibular, atribuída à interrupção do protocolo de fisioterapia domiciliar previamente orientado. Após nova instrução quanto à retomada adequada do tratamento, observou-se, em 1 semana, evolução clínica satisfatória, com regressão da sintomatologia dolorosa.

DISCUSSÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) está relacionada ao conjunto de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que envolvem não somente a articulação temporomandibular (ATM) como também os músculos mastigatórios e as estruturas associadas. Quando ocorrem as conexões musculares e ligamentares na região cervical, é chamada de disfunção craniocervicomandibular (DCCM), capaz de afetar o sistema manducatório constituído pela mandíbula, crânio, osso hioide, coluna vertebral, músculos supra e infra-hiodes. Essas estruturas estão intimamente relacionadas, ou seja, a anormalidade funcional de uma delas pode afetar tanto a função quanto a posição das outras.

As disfunções apresentam uma etiologia multifatorial complexa, visto que podem estar relacionadas aos hábitos parafuncionais, problemas esqueléticos, hiperatividades musculares, alterações posturais, lesões degenerativas da ATM, interferências oclusais e aspectos psicocomportamentais (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019; CERDEIRA DQ, et al., 2012; NUNES AM, et al., 2020; HEKMATI A, et al., 2022; DURHAM J, et al., 2021; SARTORETTO SC, et al., 2012; LIMA BNM e CABRAL LN, 2020). No presente relato de caso, a alteração postural ocasionada por costumes ergonômicos inadequados foi considerada o principal fator desencadeante da disfunção craniocervicomandibular ascendente desenvolvida pela paciente.

A incidência das disfunções é predominante no gênero feminino em faixa etária reprodutiva. Acredita-se que as mulheres possuem fatores emocionais intensos, ligamentos mais frágeis se comparados aos dos homens e taxas hormonais variáveis, gerando tensões e, consequentemente, aumentando o desenvolvimento de hábitos parafuncionais (HEKMATI A, et al., 2022; ROSSETE LKR, et al., 2021; DURHAM J, et al., 2021; SARTORETTO SC, et al., 2012; LIMA BNM e CABRAL LN, 2020; CARDOSO LM, et al., 2011; VIANA MO, et al., 2015; PINHEIRO LBL, et al., 2024).

Seguindo o padrão estabelecido pela literatura, o relato de caso apresentado refere-se a uma paciente do gênero feminino cujo estresse psicossocial cotidiano foi identificado como fator determinante para o desdobramento do bruxismo noturno constatado por ela, considerado um hábito parafuncional de origem multifatorial, com ênfase na contribuição do estresse.

Os principais sintomas observados nos portadores das disfunções incluem a sensibilidade na região da ATM, limitação de movimentos, ruídos articulares, cansaço, cefaleia, desvios, deflexões, zumbidos, sensação de plenitude auricular, otalgia, vertigem, tontura, incômodos na musculatura mastigatória e cervical, com ausência ou presença de dor referida para outras regiões do corpo (POZZEBON D, et al., 2016; GODINHO GV e CABRAL LN, 2019; HEKMATI A, et al., 2022; CARRACA, et al., 2010; LIMA BNM e CABRAL LN, 2020; CARDOSO LM, et al., 2011; WEBER P, et al., 2012; MCNAMARA JA, et al., 1995).

No atual estudo de caso, os sintomas informados pela paciente durante a anamnese coincidem com a literatura, como a presença de plenitude auricular e zumbido em ambos os lados do ouvido, estalidos no lado direito, limitação de movimentos, desvio discreto para o lado esquerdo da face, cansaço, sensibilidade na região da ATM e incômodos na musculatura não só mastigatória como também cervical, principalmente nos músculos masseter, esternocleidomastóideo e trapézio descendente, ocasionados pela postura indevida e pelos hábitos nocivos repetitivos. Todavia, ela não relatava a sensação de vertigem ou tontura, caracterizando o quadro de alterações apenas cocleares, que envolvem a plenitude auricular e o zumbido, e não vestibulococleares, que também englobam a vertigem e a tontura.

Os sintomas otológicos e vestibulares são comumente observados nesses pacientes. Isso pode ocorrer por causa da relação anatomofuncional entre a mandíbula e os ossículos da orelha média, uma vez que são resultantes do mesmo arco branquial e possuem a mesma origem embrionária na cartilagem de Meckel. Logo,

determinada alteração fisiológica ou funcional poderá afetar diretamente as estruturas anatômicas adjacentes associadas. Nesse contexto, o ligamento maleolodiscal une o martelo e a cápsula articular, enquanto o ligamento maleolar anterior une o martelo e a espinha de Spix, ou seja, qualquer desvio da mandíbula é capaz de alterar a fisiologia da região e, consequentemente, causar o zumbido.

Sendo assim, os deslocamentos de disco da ATM são considerados uma causa significativa dos ruídos articulares, que envolvem os estalidos e as crepitações, e das dores faciais. Também há uma relação neuromuscular entre a ATM, a orelha média e o músculo pterigoideo medial, capaz de interferir diretamente nas funções dos músculos tensor do tímpano e tensor do véu palatino, ambos inervados pela porção motora do nervo trigêmeo correspondente ao V par craniano e responsáveis por abrir e fechar a tuba auditiva. A contração disfuncional desses músculos pode provocar a sensação de plenitude auricular, isto é, a percepção de ouvidos tapados (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019; FELÍCIO CM, et al., 2004; URBAN VM, et al., 2009; SARTORETTO SC, et al., 2012; CARDOSO LM, et al., 2011).

De acordo com a literatura, a posição anteriorizada da cabeça altera as relações biomecânicas craniomandibulares estabelecidas, assim como o posicionamento anormal da mandíbula origina as alterações craniocervicais. Dessa forma, a intensa atividade muscular mastigatória é responsável pela anteriorização cérvico escapular por meio da interferência nos músculos de contra apoio, fato esse que resulta no encurtamento dos músculos posteriores do pescoço e no alongamento dos músculos anteriores, o que acarreta a projeção anterior do corpo e ultrapassa o quadrilátero de sustentação.

Quanto ao desnivelamento entre os ombros, a hiperatividade da musculatura mastigatória e cervical contrai os músculos elevadores e protrusores dos ombros, resultando em uma assimetria corporal (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019). Com relação ao relato de caso abordado, durante o exame físico, a paciente em questão também exibia perda da lordose cervical, anteriorização da cabeça e desnivelamento entre os ombros. A contração e o encurtamento do esternocleidomastóideo gerou não apenas anteriorização da cabeça e protrusão dos ombros da paciente, mas também pontos-gatilho locais e no trapézio descendente, o que provocou a referência de dor para outros componentes musculares, sendo um deles o masseter, estabelecendo uma parafunção dessa região, que potencializou a disfunção muscular cervical já estabelecida, assim como descrito na literatura.

O tratamento de ambas as disfunções expõe como objetivo principal reduzir as dores, restaurar a funcionalidade tanto do sistema mastigatório quanto do meio cervical e minimizar as cargas aplicadas sobre essas áreas através da reeducação do paciente. Durante o processo de recuperação, as abordagens reversíveis e não invasivas são preconizadas, como o uso de dispositivos interoclusais com efeito miorrelaxante, a realização de exercícios fisioterápicos e a utilização da laserterapia de baixa potência. Alguns trabalhos demonstram que as atividades fisioterápicas em associação com os dispositivos interoclusais apresentaram efeitos positivos no alívio da dor. Em contrapartida, em outros estudos apenas a fisioterapia foi capaz de amenizar os quadros de sensibilidade, sendo considerada mais eficiente do que o uso isolado das placas miorrelaxantes (SLADE GD, et al., 2020).

Um dos principais objetivos do dispositivo interoclusal é promover temporariamente uma posição articular ortopedicamente mais estável, favorecendo assim uma função muscular adequada. Além disso, ele atua como uma barreira física, protegendo as estruturas de suporte contra as forças anormais capazes de ocasionar desgastes dentários, especialmente em casos de bruxismo. Também reestabelece a oclusão ideal, aumenta a dimensão vertical de oclusão e permite a descompressão da ATM.

Já a abordagem fisioterapêutica visa a redução da inflamação através do alongamento dos tecidos musculares mastigatórios e cervicais (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019; CERDEIRA DQ, et al., 2012; PORTERO PP, et al., 2009). No relato de caso em questão, o sucesso do tratamento foi obtido devido à utilização do dispositivo interoclusal inferior de 2 mm em associação aos exercícios fisioterápicos diários, fato esse que propiciou uma melhora significativa do quadro clínico. Por conseguinte, a dedicação da paciente em relação ao tratamento estabelecido foi considerada um dos fatores determinantes para a obtenção do prognóstico favorável a longo prazo, assim como a literatura enfatiza.

Diante do exposto, considerando a natureza multifatorial das alterações na musculatura mastigatória e esquelética, torna-se fundamental a realização de uma anamnese detalhada, uma avaliação física criteriosa e um exame complementar de qualidade para se obter tanto um diagnóstico preciso quanto um plano de tratamento adequado. Dessa maneira, o resultado favorável obtido no relato de caso clínico foi proveniente da preconização do tratamento não invasivo e reversível, realizado por meio da utilização não somente do dispositivo interoclusal mas também do cronograma fisioterapêutico diário, os quais são considerados alternativas seguras e efetivas para o tratamento da disfunção craniocervicomandibular resultante, nesse caso, da postura incorreta adotada durante a realização das atividades diárias e dos hábitos parafuncionais.

A escolha de uma abordagem terapêutica integrada acompanhada de um monitoramento clínico contínuo foi fundamental, visando assegurar a colaboração da paciente e a eficácia do tratamento a longo prazo. Portanto, é de suma importância que o cirurgião-dentista esteja devidamente capacitado para atender esses casos, a fim de garantir o bem-estar dos pacientes que expõem determinado quadro de dor ou desconforto.

REFERÊNCIAS

1. CARDOSO LM, et al. A relevância do apertamento dentário nas desordens temporomandibulares. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, 2011; 10(3): 277.
2. CARRACA SV, et al. Termo do 10 Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Dental Press Journal of Orthodontics, 2010; 15(3): 114–20.
3. CERDEIRA DQ, et al. Disfunção temporomandibular: a vivência fisioterapêutica na clínica de dor orofacial. Fisioterapia Brasil, 2012; 13(2): 96–102.
4. DURHAM J, et al. Temporomandibular disorders (TMDs): an overview and clinical case example. Journal of the American Dental Association. 2021; 152(12): 972-80.
5. FELÍCIO CM, et al. Desordem Temporomandibular: relações entre sintomas otológicos e orofaciais. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 2004; 70(6): 786–93.
6. GODINHO GV e CABRAL LN. Disfunção craniocervicomandibular e alterações vestibulococleares: revisão de literatura. Archives of Health Investigation, 2019; 8(8).
7. HEKMATI A, et al. Personality traits and anxiety in patients with temporomandibular disorders. BMC Psychol, 2022; 10(1): 86.
8. LIMA BNM e CABRAL LN. Disfunção craniocervicomandibular ascendente de origem postural: relato de caso. Archives of Health Investigation, 2020; 10(1): 163–9.
9. MCNAMARA JA, et al. Occlusion, orthodontic treatment, and temporomandibular disorders: a review. Journal of Orofacial Pain, 1995; 9(1): 73–89.
10. NUNES AM, et al. Associação entre severidade da disfunção temporomandibular, cervicalgia e limitação funcional da mandíbula. Revista CEFAC, 2020; 22(2).
11. OLIVEIRA KB, et al. A abordagem fisioterapêutica na disfunção da articulação temporomandibular: revisão de literatura. Revista Medicina de Reabilitação, 2010; 29(3): 61–4.
12. PINHEIRO LBL, et al. Ser mulher influencia no desenvolvimento de disfunção temporomandibular: estudo transversal. Brazilian Journal of Pain, 2024; 7.
13. PORTERO PP, et al. Placas oclusais no tratamento da disfunção temporomandibular (DTM): revisão de literatura. Revista Gestão e Saúde, 2009; 1(1): 36–40.
14. POZZEBON D, et al. Disfunção temporomandibular e dor craniocervical em profissionais da área da enfermagem sob estresse no trabalho. Revista CEFAC, 2016; 18(2): 439–48.
15. ROSSETE LKR, et al. Disfunção craniocervicomandibular com sintomatologia vestibulococlear: relato de caso. Archives of Health Investigation, 2021; 10(6): 880–7.
16. SARTORETTO SC, et al. Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia. Revista da Universidade de Odontologia de Passo Fundo, 2012; 17(3): 352–9.
17. SLADE GD, et al. Painful Temporomandibular Disorder: Decade of Discovery from OPPERA Studies. Pain Medicine, 2020; 21(3): 592-600.
18. URBAN VM, et al. Associação entre otalgia, zumbido, vertigem e hipoacusia com desordens temporomandibulares. Revista Gaúcha de Odontologia, 2009; 57(1): 107–15.
19. VIANA MO, et al. Avaliação de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e sua relação com a postura cervical. Revista de Odontologia da UNESP, 2015; 44(3): 125–30.
20. WEBER P, et al. Cervical spine dysfunction signs and symptoms in individuals with temporomandibular disorder. Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2012; 24(2): 134–9.