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

Disfunção cervicomastigatória ascendente de origem postural associada a alterações vestibulococleares

Ascending cervicomastigatorial dysfunction of postural origin associated with vestibulocochlear alterations

Disfunción cervicomastigatorial ascendente de origen postural asociada a alteraciones vestibulococleares

Luise Martins da Silva[1], Mara Lilian Sevalho Barroso[1], Lioney Nobre Cabral[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de um paciente com disfunção cervicomastigatória ascendente, associada a alterações posturais. **Detalhamento de caso:** Paciente do sexo feminino, 57 anos, compareceu à Policlínica Odontológica com queixa de dor em dentes superiores, dor matinal na face, cefaleia, dificuldade ao se alimentar. Ao exame clínico e funcional, observou-se limitação de abertura bucal, presença de pontos gatilhos na musculatura mastigatória e cervical, além de alterações posturais, como anteriorização da cabeça e assimetria postural. A paciente também relatou sintomas de vertigem, zumbido e plenitude auricular. Exames complementares descartaram alterações odontogênicas. Com base na avaliação clínica, estabeleceu-se o diagnóstico de disfunção cervicomastigatória ascendente. O tratamento consistiu no uso da placa estabilizadora inferior, exercícios fisioterápicos e infusão de lidocaína 2% nos músculos acometidos. **Considerações finais:** A terapêutica adotada promoveu melhora clínica importante da sintomatologia dolorosa e redução da limitação da abertura bucal, evidenciando que abordagens conservadoras e individualizadas são eficazes no manejo da disfunção cervicomastigatória.

Palavras-chave: Articulação temporomandibular, Diagnóstico, Tratamento.

ABSTRACT

Objective: To report a clinical case of a patient with ascending cervicomastigatorial dysfunction associated with postural changes. **Case details:** A 57-year-old female patient presented to the Dental Polyclinic complaining of pain in her upper teeth, morning facial pain, headache, and difficulty eating. Clinical and functional examination revealed limited mouth opening, the presence of trigger points in the masticatory and cervical muscles, as well as postural changes such as forward head posture and postural asymmetry. The patient also reported symptoms of vertigo, tinnitus, and aural fullness. Complementary examinations ruled out odontogenic alterations. Based on the clinical evaluation, a diagnosis of ascending cervicomastigatorial dysfunction was established. Treatment consisted of the use of a lower stabilizing splint, physiotherapy exercises, and infusion of 2% lidocaine into the affected muscles. **Final considerations:** The adopted therapy led to significant clinical improvement in pain symptoms and a reduction in limited mouth opening,

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

SUBMETIDO EM: 5/2026 | **ACEITO EM: 6/2026** | **PUBLICADO EM: 8/2026**

demonstrating that conservative, individualized approaches are effective in managing cervicomastigatory dysfunction.

Keywords: Temporomandibular joint, Diagnosis, Treatment.

RESUMEN

Objetivo: Presentar un caso clínico de una paciente con disfunción cervicomastigatorial ascendente asociada a cambios posturales. **Detalles del caso:** Una paciente de 57 años acudió a la Policlínica Dental refiriendo dolor en los dientes superiores, dolor facial matutino, cefalea y dificultad para comer. El examen clínico y funcional reveló limitación de la apertura bucal, presencia de puntos gatillo en los músculos masticatorios y cervicales, así como cambios posturales como postura de cabeza adelantada y asimetría postural. La paciente también refirió síntomas de vértigo, tinnitus y sensación de plenitud en el oído. Los exámenes complementarios descartaron alteraciones odontogénicas. Con base en la evaluación clínica, se estableció el diagnóstico de disfunción cervicomastigatorial ascendente. El tratamiento consistió en el uso de una férula estabilizadora inferior, ejercicios de fisioterapia e infusión de lidocaína al 2% en los músculos afectados. **Consideraciones finales:** La terapia adoptada promovió una mejoría significativa en los síntomas dolorosos y una reducción en la limitación de la apertura bucal, demostrando que los enfoques conservadores e individualizados son efectivos en el manejo de la disfunción cervicomastigatorial.

Palabras clave: Articulación temporomandibular, Diagnóstico, Tratamiento.

INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares (DTMs) são caracterizadas como um conjunto de distúrbios que acometem os músculos da mastigação, articulação temporomandibular e estruturas adjacentes (CARRARA SV, et al., 2010). Quando esta desordem está associada a alterações cervicais, passa a ser denominada disfunção cervicomastigatória (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019).

Atualmente, o número de indivíduos com DTMs, tem demonstrado um aumento expressivo. Sua incidência varia de 21,5% a 55,5%, apresentando uma predileção pelo sexo feminino. Além desse aumento significativo, estudos apontam que 40% a 75% das pessoas apresentam pelo menos um sinal de disfunção na articulação temporomandibular, como ruídos e 33% experienciam pelo menos um sintoma, como dor na ATM ou na face (AHMAD SA, et al., 2021).

Sua etiologia é de alta complexidade, estando atrelada tanto a fatores físicos, como a fatores biopsicossociais. No que tange aos fatores físicos, os principais são: traumas, alterações posturais, hábitos parafuncionais, problemas esqueléticos e lesões degenerativas da ATM. Já as causas biopsicossociais possuem relação direta com a ansiedade e estresse, que em níveis elevados, podem levar ao aumento da atividade muscular do indivíduo, resultando em contrações involuntárias e inapropriadas (BARRETO BR, et al., 2021; GODINHO GV e CABRAL LN, 2019).

Esse distúrbio se manifesta por meio de diversos sintomas, incluindo limitação nos movimentos mandibulares, dores miofasciais e cefaleias. Ademais, possui relação com alterações vestíbulococleares, tais como zumbido e estalido (GODINHO DCA, et al., 2019). Outro quadro observado, é a odontalgia de origem miogênica, que se apresenta como uma dor orofacial proveniente de um músculo, que reflete em sintomatologia dolorosa em um dente hígido (SOUZA YL e CABRAL LN, 2021).

Para o seu diagnóstico, a anamnese é o fator primordial para identificar fatores predisponentes e os sinais e sintomas de cada paciente. Durante o exame físico, deve-se realizar a palpação dos músculos e da ATM, a fim de constatar, se presente, dores musculares e/ou desvios na articulação. Conjuntamente a isso, deve-se investigar os fatores emocionais do paciente, como estresse ou ansiedade (CRUZ JHA, et al., 2020).

A articulação temporomandibular, mantém uma relação com a região cervical, por meio de músculos e ligamentos, sendo denominada de sistema manducatório. Os músculos cervicais desempenham uma função complementar ao sistema mastigatório e são essenciais para manter o equilíbrio do crânio sobre a coluna cervical. Dito isso, desequilíbrios na postura da cabeça podem afetar a posição da mandíbula, contribuindo para o desenvolvimento de disfunções. Quando essa alteração ocorre no terço superior e leva a modificações no terço inferior, o termo utilizado é disfunção cervicomastigatória descendente. Quando a alteração se inicia no terço inferior e leva o terço superior à mudanças e a tentativas de compensação, denomina-se disfunção cervicomastigatória ascendente (DE LIMA BNM e CABRAL LN, 2020; FERRILLO M, et al., 2022; ÖZTÜRK K, et al., 2024). Estas deformações estão comumente associadas a alterações posturais, como a anteriorização da cabeça, escoliose, retificação da coluna cervical e assimetria dos ombros (PATRINHANI V e SCHETTER DE CAMARGO R, 2022).

Os tratamentos para as disfunções temporomandibulares (DTMs) têm como objetivo promover o alívio da dor, reduzir a sobrecarga da musculatura, restabelecer o equilíbrio neuromuscular e oclusal, além de recuperar as funções comprometidas do sistema estomatognático (PORTO BA, et al., 2024). Eles são amplos e se adequam à necessidade de cada paciente. As abordagens utilizadas incluem fisioterapia, autocuidado, laser de baixa potência, placas estabilizadoras, cirurgias articulares e farmacoterapia. Nos casos das disfunções cervicomastigatórias, os exercícios de fisioterapia têm sido comumente utilizados, pois proporcionam uma melhora no quadro de dor, além de recuperarem as funções motoras, aumentar a mobilidade articular e reduzir a inflamação, facilitando o manejo dos sintomas dessas alterações (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019; WADHOKAR OC e PATIL DS, 2022).

A associação entre diferentes modalidades terapêuticas apresenta maior eficácia, quando comparada aos métodos utilizados de forma isolada. Além disso, faz-se necessário um exame físico rigoroso, como também, uma intervenção multidisciplinar, incluindo cirurgiões dentistas, fisioterapeutas e psicólogos, tendo em vista o caráter multifatorial da doença (PORTO BA, et al., 2024).

O estudo em questão teve como objetivo relatar um caso clínico de um paciente com disfunção cervicomastigatória ascendente, associada a alterações posturais. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas, sob o parecer nº 7.846.548, conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 91905125.8.0000.5016. Ademais, a paciente autorizou formalmente, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a utilização de suas imagens para fins científicos e de publicação, com a devida preservação de sua identidade.

DETALHAMENTO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 57 anos, compareceu à Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas, relatando múltiplos sintomas. Como queixa principal, relatou dor nos dentes superiores (referindo dor principalmente no elemento dentário 11), dificuldade ao se alimentar e dor na região da face ao acordar.

Quanto ao elemento em questão, alegou ter sofrido um trauma na região, em 2008, sendo submetida ao tratamento endodôntico. Durante a anamnese, a paciente relatou diagnóstico médico de fibromialgia desde 2017, estabelecido após investigação clínica motivada por dor musculoesquelética difusa, fadiga persistente e cansaço excessivo.

Esse antecedente foi considerado relevante para a avaliação do quadro doloroso e integrado à análise clínica, contribuindo para o planejamento terapêutico e o acompanhamento da evolução do caso.. Ao exame intraoral, não foram observadas alterações que justificassem a sintomatologia dolorosa no elemento 11. Dessa forma, considerou-se que a origem da dor não era de natureza odontogênica. Ao exame clínico objetivo, alterações posturais foram observadas, como anteriorização da cabeça, escoliose, ombros projetados para frente e assimetria postural (**Figura 1**).

Figura 1 - Alterações posturais observadas na avaliação inicial.



Legenda: A) Assimetria postural; B) Aspecto postural lado direito; C) Aspecto postural lado esquerdo.
Fonte: Silva LM, et al., 2026.

A avaliação das desordens temporomandibulares foi realizada, e dados como a presença de atividade parafuncional (bruxismo noturno), presença de zumbido na orelha direita, sensação de plenitude auricular na orelha direita e na orelha esquerda, além de vertigem, foram observados. Com o auxílio de um paquímetro, foi possível mensurar a máxima abertura de boca em 28mm. A avaliação muscular foi realizada, por meio da palpação bilateral dos seguintes músculos: temporal (feixe anterior, médio e posterior), masseter superficial (proximal, corpo e distal) e profundo, esternocleidomastoideo (porção mastóidea, cabeça clavicular e esternal), trígono suboccipital e trapézio descendente. A avaliação baseou-se em uma escala de dor, que varia de 0 a 3. No limiar (0), o paciente não relata dor ou desconforto quando o músculo é palpado; (1) o paciente responde que a palpação é desconfortável, sensível ou dolorida; (2) paciente sente definitivamente desconforto ou dor; (3) paciente responde com reação de fuga e relata não querer que determinada área seja novamente palpada. No caso em questão, a paciente apresentou reação de fuga na maioria dos músculos palpados (**Figura 2**).

Figura 2 - Avaliação inicial dos pontos-gatilho

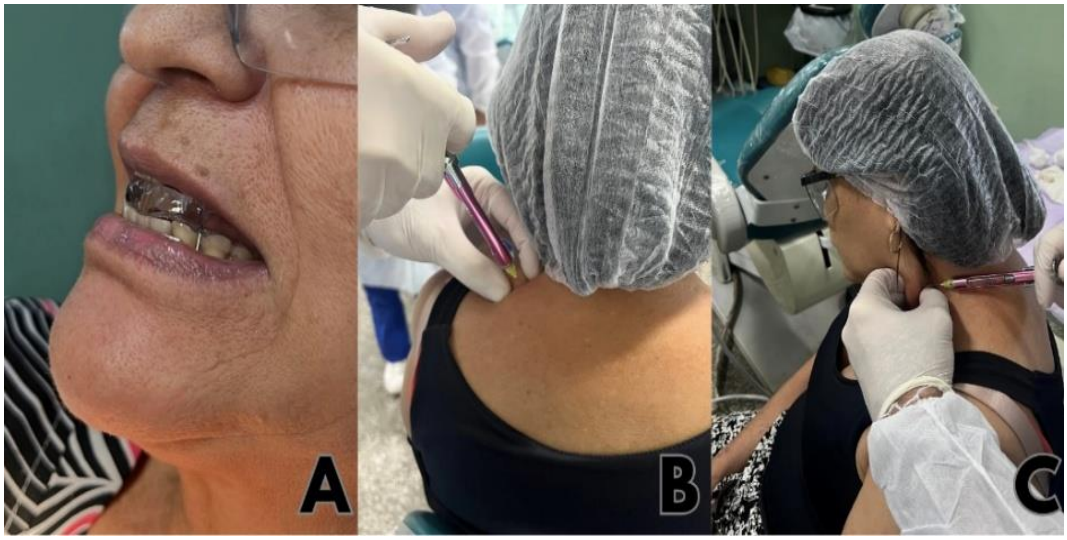


Legenda: A) Mensuração de abertura máxima de boca; B) Avaliação inicial dos pontos-gatilho, lado direito; C) Avaliação inicial dos pontos-gatilho, lado esquerdo.
Fonte: Silva LM, et al., 2026.

Os dados encontrados durante a anamnese levaram ao diagnóstico de disfunção cervicomastigatória ascendente. O tratamento proposto inicial foi a utilização da placa estabilizadora, que visa proteger os dentes e reorganizar a funcionalidade dos músculos através de uma posição articular mais estável. Para episódios

de dor muscular aguda, optou-se pela infusão de lidocaína a 2% nos músculos que apresentavam pontos gatilho e reação de fuga à palpação, não sendo estabelecida uma frequência fixa para aplicação, mas sim sua realização conforme a necessidade clínica e a intensidade dos sintomas apresentados pela paciente. Neste caso, a lidocaína foi infiltrada nos músculos trapézio descendente esquerdo e esternocleidomastoideo, visando reduzir a dor, diminuir a sensibilização local e promover o relaxamento dos pontos hipersensíveis. A necessidade de novas aplicações foi reavaliada em cada consulta, de acordo com a evolução clínica e a persistência da dor muscular. (**Figura 3**). Após a infusão do anestésico, notou-se melhora no quadro álgico relatado.

Figura 3 - Tratamento adotado.



Legenda: A) Placa estabilizadora; B) Infusão de lidocaína 2% em músculo trapézio descendente esquerdo; C) Infusão de lidocaína 2% em músculo esternocleidomastóideo.
Fonte: Silva LM, et al., 2026.

Os exercícios fisioterápicos também foram aplicados como modalidade terapêutica, com o objetivo de aliviar as dores musculoesqueléticas, proporcionar o alongamento da musculatura cervical e reeducar o sistema neuromuscular para restabelecer a posição de repouso mandibular.

O primeiro consiste em utilizar uma haste de madeira entre o antebraço e as costas na região lombar, com a cabeça bem-posicionada sobre os ombros e as mãos em palma; inspirar e inclinar a cabeça para trás e em seguida retornar à posição inicial expirando e soltando todo o ar pela boca (3 minutos).

O segundo consiste em abrir a boca contra resistência: apoiar as duas mãos abertas sob o queixo e abrir a boca no máximo 1cm durante 10 segundos (10 vezes). O terceiro consiste em colocar a língua no meio do céu da boca e abrir a boca durante 10 segundos (3 vezes).

O quarto exercício consiste em realizar abertura de boca orientada: com ajuda dos dedos indicador e polegar, abrindo e fechando a boca (30x). Todos os exercícios foram realizados de forma lenta e controlada, respeitando os limites de conforto da paciente e evitando a reprodução de dor intense.

Durante as consultas de acompanhamento, a execução da sequência foi reavaliada e corrigida sempre que necessário, com o objetivo de garantir a realização adequada da técnica e favorecer a adesão ao tratamento.

Os exercícios foram prescritos no receituário, vídeos da realização de cada um deles foram gravados, para melhorar o entendimento e facilitar a correta reprodução dos exercícios. A paciente também foi orientada a realizar a sequência dos exercícios fisioterapêuticos três vezes ao dia (manhã, tarde e noite), e em seguida, dormir com a placa estabilizadora (**Figura 4**).

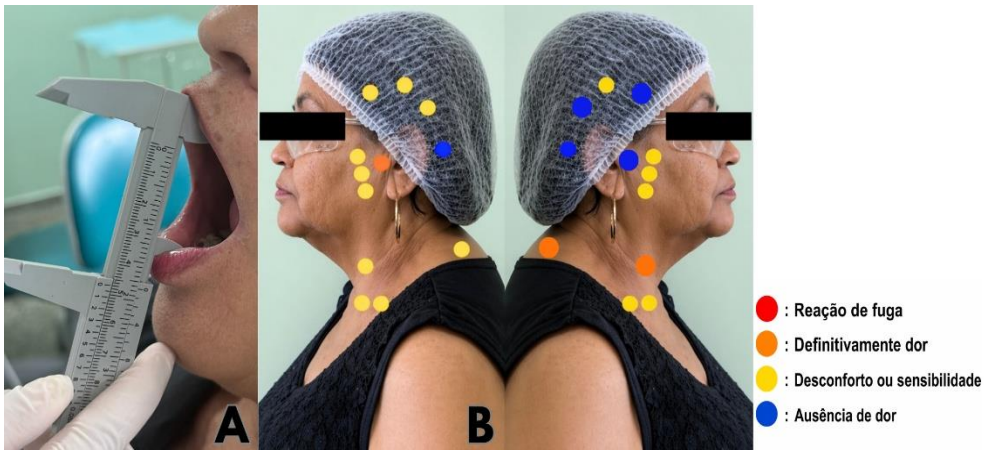
Figura 4 - Exercícios fisioterápicos.



Legenda: A) Exercício com haste de madeira; B) Exercício abertura contra resistência; C) Exercício língua no céu da boca; D) Exercício de abertura orientada pelo polegar.
Fonte: Silva LM, et al., 2026.

Nos episódios de proservação, a paciente realizou os 4 exercícios passados anteriormente, apresentando uma evolução na reprodução dos exercícios. Após 2 meses de tratamento, os músculos que apresentavam reação de fuga ao serem palpados, passaram a responder com um desconforto ou uma sensibilidade, apresentando uma melhora clínica importante no quadro clínico. Após 6 meses de tratamento, observou-se uma evolução adicional no quadro clínico da paciente. A dor, que já apresentava redução importante nos primeiros meses, mostrou melhora adicional, contribuindo para maior conforto nas atividades diárias. Durante a palpação, os músculos passaram a reagir, em sua maioria, com leve desconforto ou até mesmo ausência de dor, indicando redução consistente da sensibilidade nos pontos-gatilho. Bem como os episódios de vertigem e cefaleias tornaram-se raros. Além disso, a paciente apresentou diminuição nas restrições mandibulares e ganho na abertura máxima de boca, que no início do tratamento era 28mm, e ao final do tratamento, 46mm (**Figura 5**).

Figura 5 - Avaliação final dos pontos-gatilho.



Legenda: A) Mensuração de abertura máxima de boca; B) Avaliação final dos pontos-gatilho, lado direito; C) Avaliação final dos pontos-gatilho, lado esquerdo.
Fonte: Silva LM, et al., 2026.

Desta maneira, é possível afirmar que os exercícios fisioterápicos, associados ao uso da placa estabilizadora inferior, proporcionaram melhora clínica importante no quadro da disfunção cervicomastigatória ascendente. Tendo em vista o caráter multifatorial do quadro e o diagnóstico de fibromialgia, faz-se necessário um tratamento multiprofissional, envolvendo diferentes agentes profissionais.

DISCUSSÃO

Estudos apontam que grande parte da população apresenta sinais de disfunções temporomandibulares, embora o diagnóstico ainda seja um desafio clínico. Para alcançar uma conclusão segura, é essencial uma anamnese detalhada, associada ao exame clínico, palpação dos músculos mastigatórios e cervicais, e quando necessário, a exames de imagem que auxiliam no fechamento diagnóstico (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019). Sua origem é considerada multifatorial, podendo estar associada a componentes estruturais, neuromusculares e oclusais, além de fatores psicológicos, como estresse, e hábitos parafuncionais. traumas, processos degenerativos da ATM e alterações posturais também podem contribuir para o seu desenvolvimento. Seu diagnóstico se dá a partir dos critérios DC/TMD, que utilizam um sistema de duplo eixo. O eixo I avalia os fatores físicos, incluindo distúrbios musculares, deslocamento de disco e atralgia ou osteoartrose. Já o eixo II aborda os aspectos biopsicossociais, com destaque para fatores psicológicos como estresse, ansiedade e depressão (KAPOS FP, et al., 2020).

Os fatores físicos comumente vistos nos pacientes, são a dor orofacial, ruídos articulares e restrição da função dos músculos mastigatórios e cervicais. A dor pode se manifestar de diferentes formas, como uma otalgia, cefaleia, dor no dente e zumbido ou crepitações auriculares (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019). Este quadro álgico pode se apresentar como heterotópica, que se caracteriza como uma dor percebida distante do local de origem. Nesse caso, a origem da dor, é definida como ponto gatilho, sendo este, um local alterado de um músculo esquelético dolorido, por meio de compressão, alongamento ou contração. O ponto gatilho, ao ser comprimido, responde com dor à palpação, podendo se manifestar em diferentes intensidades (CABRAL, et al., 2022)

É denominado disfunção cervicomastigatória, alterações que englobam a região cervical. No caso em questão, identificou-se que a postura inadequada, possivelmente relacionada a hábitos ergonômicos incorretos, atuou como o principal fator desencadeante da disfunção (BARRETO BR, et al., 2021; GODINHO DCA, et al., 2019).

No caso apresentado, a paciente demonstrava múltiplos sinais compatíveis com disfunção cervicomastigatória ascendente, como pontos-gatilho na musculatura mastigatória e cervical bilateral, assimetria postural e anteriorização da cabeça. Tais manifestações reforçam o que é descrito por Lima e Cabral (2020), que relacionam as disfunções cervicomastigatórias às compensações posturais progressivas. Nesse caso, a musculatura cervical pode tanto impactar a musculatura mastigatória, quanto ser impactada por ela (CABRAL, et al., 2022; RIBEIRO IBR e CABRAL LN, 2020).

A relação entre a mandíbula e a região cervical ocorre por meio de músculos, ligamentos e conexões neurológicas, formando um sistema complexo. Desequilíbrios nesse sistema podem causar dor miofascial devido à hiperatividade e fadiga dos músculos mastigatórios (RIBEIRO IBR e CABRAL LN, 2020). A região cervical possui grande quantidade de mecanorreceptores importantes para a propriocepção, especialmente na articulação atlanto-occipital, e as informações proprioceptivas e nociceptivas das vértebras C1 a C4 se conectam ao núcleo trigeminal. Dessa forma, existe uma relação funcional entre a coluna cervical, principalmente as vértebras superiores, e o sistema mastigatório, de modo que disfunções cervicomastigatórias podem alterar o controle neuromuscular e a posição da mandíbula (MOUSTAFA IM, et al., 2020).

A projeção anterior da cabeça, por exemplo, gera uma extensão excessiva do occipital sobre o atlas e o áxis, comprometendo a mobilidade cervical e diminuindo a lordose fisiológica do pescoço. Essa alteração costuma acentuar a cifose torácica e promover elevação e protrusão dos ombros. Como resposta, ocorre encurtamento dos músculos extensores cervicais, supra-hióideos e esternocleidomastóideo, enquanto os infra-hióideos se alongam, elevando o osso hióide e modificando o posicionamento mandibular. Essas adaptações resultam em hiperatividade dos músculos mastigatórios, retração da mandíbula e redução do espaço funcional, além de sobrecarga e dor na musculatura cervical posterior, que busca estabilizar a cabeça. A interdependência entre os sistemas cervical e mandibular também é reforçada por Godinho e Cabral (2019) que ressaltam a comunicação neurofisiológica entre o núcleo trigeminal e as vértebras cervicais superiores, explicando a irradiação e os sintomas referidos no caso.

Sintomas vestíbulococleares também se fazem presentes com frequência na disfunção craniocervicomandibular. Os mais comuns são vertigem, otalgia, plenitude auricular e zumbido. Tais manifestações podem ser explicadas pela origem embrionária comum entre os ossículos da orelha média e a mandíbula, ambos derivados do mesmo arco branquial, a partir da cartilagem de Meckel. Conjuntamente a isso o deslocamento posterior do côndilo mandibular pode exercer pressão sobre o nervo auriculotemporal e sobre componentes da orelha, especialmente a tuba auditiva, explicando parte dos sinais e sintomas observados (RIBEIRO IBR e CABRAL LN, 2020).

A tontura associada aos músculos esternocleidomastoideo e masseter pode ser explicada pelo papel que ambos desempenham na manutenção do equilíbrio postural e da propriocepção, de modo que suas alterações podem interferir na integração sensorial do equilíbrio corporal. No caso do esternocleidomastoideo, a porção esternal tende a referir dor para regiões como olhos e seios paranasais, enquanto a porção clavicular pode irradiar para a testa e a orelha, estando esta última associada a sintomas como tontura e vertigem, em razão de distúrbios na percepção espacial (PASCOAL MIN, et al., 2001). Já o músculo masseter também apresenta padrões distintos de dor referida conforme sua camada. Na porção superficial, a dor pode se irradiar para dentes posteriores, mandíbula e região temporal, enquanto na porção profunda há referência de dor para a articulação temporomandibular e orelha. Essa proximidade com estruturas auditivas e o envolvimento na propriocepção mandibular ajudam a explicar a associação com sintomas vestibulares, incluindo a vertigem (GODINHO GV e CABRAL LN, 2019).

Contudo, é importante reconhecer que, embora a literatura destaque o papel das alterações posturais, o componente emocional também deve ser considerado. Níveis elevados de estresse e ansiedade podem intensificar a hiperatividade muscular e agravar a dor, como descrito por Okeson e De Leeuw (2011). No caso relatado, os episódios de estresse eram eventuais, mas a paciente foi orientada quanto à importância do controle emocional e da consciência corporal no manejo da disfunção,

Devido à complexidade dos sintomas e multifatoriedade etiológica, os tratamentos são diversos e se tornam mais eficazes quando realizados de forma multidisciplinar, incluindo fisioterapeutas, psiquiatras, psicólogos e fonoaudiólogos. O cirurgião dentista tem muitas possibilidades de tratamento, podendo optar principalmente por tratamentos mais conservadores. Nesse caso, as placas oclusais são as mais utilizadas, e possuem o objetivo de gerar uma estabilidade oclusal, além de atuarem reorganizando funcionalmente os músculos mastigatórios e a ATM, deixando-a em uma posição mais estável (PORTO BA, et al., 2024; DE LIMA BNM e CABRAL LN, 2020).

Os exercícios fisioterápicos também apresentam um resultado significativo no tratamento de pacientes com DCCM, além de ser um tratamento viável e simples para o paciente. A fisioterapia inclui diferentes modalidades, envolvendo a realização de exercícios, massagens, alongamentos e terapia posicional. O objetivo desses exercícios, é reduzir a inflamação dos músculos comprometidos, promovendo também o alívio da dor, e atuar reeducando o sistema neuromuscular para restabelecer a posição de descanso da mandíbula (DE LIMA BNM e CABRAL LN, 2020).

O tratamento proposto, como o uso de placa estabilizadora, exercícios fisioterápicos e infusão de lidocaína 2%, proporcionou melhora clínica importante em curto período de tempo, ampliando a abertura de boca e reduzindo a sintomatologia dolorosa (VICTOR MAMR, et al., 2025).

Tais resultados estão em conformidade com Okeson e De Leeuw (2011), que enfatizam a importância das terapias não invasivas, baseadas no controle da dor muscular, no equilíbrio neuromuscular e na reeducação funcional. O autor destaca ainda o papel fundamental da placa estabilizadora na diminuição da atividade muscular e na reorganização da posição mandibular.

Observa-se que o diagnóstico precoce e a abordagem individualizada são fundamentais para a evolução favorável da disfunção cervicomastigatória. A natureza multifatorial do caso reforça a importância de uma conduta multidisciplinar. No caso apresentado, a adesão ao tratamento foi determinante para a melhora clínica importante dos sintomas, evidenciando a eficácia de terapias conservadoras no manejo da condição, bem como a necessidade de acompanhamento contínuo para manutenção dos resultados.

O caso relatado evidenciou que a disfunção cervicomastigatória ascendente pode apresentar manifestações dolorosas orofaciais, limitação funcional mandibular, alterações posturais e sintomas vestibulococleares, exigindo avaliação clínica ampla e diagnóstico diferencial cuidadoso. A associação entre placa estabilizadora inferior, exercícios fisioterápicos e aplicação de lidocaína 2% nos pontos musculares dolorosos contribuiu para redução da dor, melhora da abertura bucal e diminuição dos episódios de vertigem e cefaleia. Os achados reforçam a importância de uma abordagem conservadora, individualizada e multiprofissional no manejo das disfunções cervicomastigatórias.

REFERÊNCIAS

1. AHMAD AS, et al. Low-level laser therapy in temporomandibular joint disorders: a systematic review. Journal of Medicine and Life, 2021; 14(2): 148–164.
2. BARRETO BR, et al. Prevalência de disfunção temporomandibular e ansiedade em estudantes universitários. Archives of Health Investigation, 2021; 10(9): 1386–1391.
3. CABRAL AP, et al. Avaliação e comparação da dor e da força muscular do trapézio fibras superiores após liberação posicional e liberação miofascial. Studies in Multidisciplinary Review, 2022; 3(4): 836–848.
4. CARRARA SV, et al. Termo do 1º consenso em disfunção temporomandibular e dor orofacial. Dental Press Journal of Orthodontics, 2010; 15(3): 114–120.
5. CRUZ JHA, et al. Disfunção temporomandibular: revisão sistematizada. Archives of Health Investigation, 2020; 9(6): 570–575.
6. DE LIMA BNM, CABRAL LN. Disfunção craniocervicomandibular ascendente de origem postural: relato de caso. Archives of Health Investigation, 2020; 10(1): 163–169.
7. FERRILLO M, et al. Effects of occlusal splints on spinal posture in patients with temporomandibular disorders: a systematic review. Healthcare, 2022; 10(4): 739.
8. GODINHO DCA, et al. Correlação entre sintomas de disfunção temporomandibular, hábitos orais deletérios e sintomas de estresse em estudantes universitários. Distúrbios da Comunicação, 2019; 31(3): 481–492.
9. GODINHO GV, CABRAL LN. Disfunção craniocervicomandibular e alterações vestibulococleares: revisão de literatura. Archives of Health Investigation, 2019; 8(8).
10. KAPOS FP, et al. Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. Oral Surgery, 2020; 13(4): 321–334.
11. MOUSTAFA IM, et al. Is forward head posture relevant to autonomic nervous system function and cervical sensorimotor control? Cross sectional study. Gait & Posture, 2020; 77: 29–35.
12. OKESON JP, DE LEEUW R. Differential diagnosis of temporomandibular disorders and other orofacial pain disorders. Dental Clinics of North America, 2011; 55(1): 105–120.
13. ÖZTÜRK K, et al. The effect of temporomandibular joint dysfunction on the craniocervical mandibular system: a retrospective study. Journal of Oral Rehabilitation, 2024; 51(3): 469–475.
14. PASCOAL MIN, et al. Prevalência dos sintomas otológicos na desordem temporomandibular: estudo de 126 casos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 2001; 67(5): 627–633.
15. PATRINHANI V, SCHETTER DE CAMARGO R. Alterações posturais de coluna cervical na disfunção temporomandibular: revisão de literatura. Cadernos da Escola de Saúde, 2022; 22(1).
16. PORTO BA, et al. Tratamento multidisciplinar das disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática de literatura. Revista Investigação Biomédica, 2024; 14(1): 5–18.
17. RIBEIRO IBR, CABRAL LN. Tratamento de paciente com disfunção miofascial craniocervicomandibular ascendente associada à alteração vestibulococlear: relato de caso. Archives of Health Investigation, 2020; 10(1): 31–37.
18. SOUZA YL, CABRAL LN. Odontalgia de origem miogênica em paciente com disfunção craniocervicomandibular: relato de caso. Archives of Health Investigation, 2021; 11(3): 518–523.
19. VICTOR MAMR, et al. Análise descritiva da produção de dispositivos oclusais para tratamento da disfunção temporomandibular pelo Sistema Único de Saúde. Braz Journal of Pain, 2025; 8: e 20250040.
20. WADHOKAR OC, PATIL DS. Current trends in the management of temporomandibular joint dysfunction: a review. Cureus, 2022.