



## Introdução

A disfunção temporomandibular tem uma prevalência considerável, com impacto significativo em fatores físicos e psicossociais<sup>1</sup>. Contribui para elevados custos socioeconómicos, que estão geralmente associados a comorbidades como depressão e outros fatores psicológicos<sup>2,3</sup>. O *Research Diagnostic Criteria for temporomandibular disorders* baseia-se num modelo biocomportamental da dor com dois eixos: sinais e sintomas físicos (eixo I) e fatores psicológicos (eixo II)<sup>3</sup>. Os fatores psicológicos como a catastrofização da dor, o sofrimento psíquico, as crenças de orientação, as crenças relacionadas à perceção dolorosa, humor deprimido ou ansioso e *coping* passivo estão relacionados com o aumento da perceção da dor, aumento dos níveis de incapacidade e distúrbios do movimento em pacientes com disfunção temporomandibular dolorosa crónica<sup>3-5</sup>. Os fatores psicossociais também foram identificados como preditores do resultado do tratamento em pacientes com disfunção temporomandibular<sup>6</sup>. Consideramos que a consciência somática é um fator sensorio-discriminativo importante a ter em consideração neste grupo de pacientes.

## Descrição do Caso Clínico

### Discussão e Conclusões

Dois meses após o início da aplicação do plano de tratamento a paciente consegue identificar as situações psicológicas desencadeantes de exacerbação de sintomas, apresenta ausência de cefaleias e redução significativa da dor miofascial (II) que se encontra localizada no masséter e temporal, e é um claro exemplo do funcionamento do modelo biopsicossocial.

Os resultados obtidos encontram-se de acordo com uma evidência científica abundante que atribui aos fatores psicológicos um papel desencadeante e perpetuante da sintomatologia álgica na disfunção temporomandibular<sup>3-5</sup>. Demonstram também a necessidade, mencionada por vários autores<sup>2-6</sup>, da utilização de medidas de avaliação relacionados com os referidos fatores durante o processo de avaliação dos pacientes.

### Referências Bibliográficas

- Conti PC, Pinto-Fiamengui LM, Cunha CO, Conti AC. Orofacial pain and temporomandibular disorders: the impact on oral health and quality of life. *Braz Oral Res.* 2012;26 (Suppl 1):120-123.
- Giannakopoulos NN, Keller L, Rammelsberg P, Kronmüller KT, Schmitter M. Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls. *J Dent.* 2010;38(5):369-376.
- Reiter S, Emodi-Perlman A, Goldsmith C, Friedman-Rubin P, Winocur E. Comorbidity between depression and anxiety in patients with temporomandibular disorders according to the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Oral Facial Pain Headache.* 2015;29(2):135-143.
- Velly AM, Look JO, Carlson C, et al. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain: a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. *Pain.* 2011;152(10):2377-2383.
- Fillingim RB, Ohrbach R, Greenspan JD, et al. Psychological factors associated with development of TMD: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain.* 2013;14(12 Suppl):T75-T90.
- Grossi ML, Goldberg MB, Locker D, Tenenbaum HC. Reduced neuropsychologic measures as predictors of treatment outcome in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2001;15(4):329-339.

Paciente de 23 anos, género feminino com histórico de cefaleia generalizada desde há 2 anos.

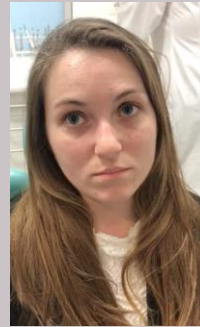


Fig. 1 - Início da entrevista clínica com a paciente

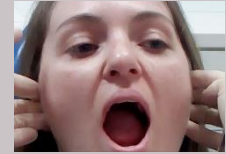


Fig. 2 - Análise de presença de sons articulares



Fig. 3 - Medição da abertura bucal máxima não assistida

Apresentava cefaleia, dor miofascial (III) generalizada na região da cabeça e cervical, bruxismo e fatores psicológicos importantes relacionados catastrofização da dor e ansiedade.



Fig. 4 - Palpação dos músculos submandibulares

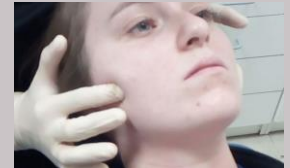


Fig. 5 - Palpação do músculo masséter



Fig. 5 - Palpação do músculo temporal

No período correspondente ao início da manifestação dos sintomas dolorosos sofreu alterações psicossociais e familiares relevantes.

O plano de tratamento consistiu em terapia cognitivo-comportamental, medicação, goteira oclusal de miorelaxamento, fisioterapia e encaminhamento para psicoterapia.