

# Alterações Sistêmicas e Suas Relações com Dores Orofaciais

## *General Disorders and its Relationship with Orofacial Pain*

Renata Jansen de Mello FARIAS\*

Roberta de Abreu VENANCIO\*

Cinara Maria CAMPARIS\*\*

---

FARIAS, R.J. de M.; VENANCIO, R. de A.; CAMPARIS, C.M. Alterações sistêmicas e suas relações com dores orofaciais. JBA, Curitiba, v.2, n.6, p.121-126, abr./jun. 2002.

Levando-se em consideração a necessidade do Cirurgião-dentista estar preparado para a correta interpretação da dor, torna-se imperativo que o profissional recicle seus conhecimentos, reveja a fisiopatologia da dor e conheça os critérios de diagnóstico de sua especialidade e das áreas adjacentes. Como propósito deste trabalho, apresentaremos algumas alterações sistêmicas e sua correlação com as dores orofaciais, visando o diagnóstico diferencial e possível tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor orofacial; Alterações sistêmicas; Diagnóstico diferencial.

---

### INTRODUÇÃO

Milhares de pessoas em todo o mundo sofrem com a sensação de dor, uma experiência única, desagradável e subjetiva. Indivíduos submetidos ao mesmo estímulo nocivo reagem diferentemente, cabendo ao examinador a tarefa de obter informações suficientes para a correta interpretação e significado da dor.

Nos dias atuais, é crescente o interesse do clínico para o tratamento da dor orofacial. No entanto, a compreensão da função normal do sistema e o conhecimento dos mecanismos e características comportamentais da dor torna-se indispensável e essencial para o diagnóstico e tratamento adequados.

Nem sempre a dor orofacial é acompanhada por sinais de trauma ou doenças. Relevante importância direciona-se à queixa principal do paciente, que deve ser detalhadamente documentada com suas próprias palavras. É de grande responsabilidade para o Cirurgião-dentista o diagnóstico diferencial das dores orofaciais tanto de origem dental, mastigatória, quanto de outras áreas, que, embora relacionadas com o funcionamento do sistema mastigatório, pertencem a outras especialidades (KLINEBERG *et al.*, 1998; ROSENBAUM *et al.*, 1997; TÜRP *et al.*, 1997).

Muitos problemas dolorosos requerem tratamento multidisciplinar, sendo fundamental que cada terapeuta realize sua parte com eficácia, utilizando uma linguagem única e um bom relacionamento interpessoal (OKESON, 1998; TÜRP *et al.*, 1997).

Como propósito deste trabalho, apresentaremos algumas alterações sistêmicas e sua correlação com as dores orofaciais, visando o diagnóstico diferencial e possível tratamento odontológico ou encaminhamento para o profissional competente.

\* Pós-graduandas em Reabilitação Oral, nível Mestrado/Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

\*\* Professora-assistente Doutora do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese/Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP; Rua Humaitá, 1680 CEP 14801-903, Araraquara, SP; e-mail: ccamparis@uol.com.br

## DESORDENS ARTICULARES

### Osteoartrite ou doença articular degenerativa

Esta é a forma mais comum de artrite na articulação temporomandibular. Caracteriza-se por deterioração e perda progressiva da cartilagem articular, principalmente nas articulações submetidas a micro-trauma contínuo (ROBBINS *et al.*, 1989).

É uma doença que pode permanecer assintomática, apresentando-se inicialmente como um ligeiro desconforto ou rigidez transitória na região da articulação durante a mastigação ou pela manhã ao acordar, cessando ao se iniciar o movimento e retornando ao fim do dia ou com atividades excessivas das articulações. O paciente pode apresentar dor pré-auricular, com irradiação para a têmpora e ângulo da mandíbula, assim como espasmo muscular persistente, intensificado pelo estresse emocional (ROBBINS *et al.*, 1989; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

Além das alterações degenerativas, alterações inflamatórias, estalidos, crepitação, diminuição da amplitude articular e subluxação podem ocorrer. Frequentemente a condição é unilateral. No entanto, o lado oposto pode ser envolvido, vítima de sobrecargas funcionais nas ATMs (PRADO *et al.*, 1991; ROBBINS *et al.*, 1989; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

Uma das primeiras manifestações da osteoartrite (OA) é a presença de protrusões ósseas arredondadas indolores nas margens das articulações interfalangianas distais, múltiplas e bilaterais (nódulos de Heberden), ocorrendo em maior frequência em mulheres. Os exames radiográficos de rotina têm pouco valor diagnóstico, uma vez que pequenas alterações ósseas não são visíveis (ROBBINS *et al.*, 1989; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

Não existe qualquer meio satisfatório para prevenir esta condição nem qualquer método conhecido para bloquear sua progressão. Pode estabilizar-se por anos ou progredir lentamente (ROBBINS *et al.*, 1989; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

### Artrite Reumatóide

Descrita como uma doença inflamatória crônica e recidivante de causa desconhecida, acomete múltiplos sistemas, podendo resultar em destruição ou anquilose das articulações afetadas. Em alguns pacientes, a doença pode ser leve e de curta duração, com pouca deterioração da função articular. Existe uma maior prevalência em mulheres entre 30 e 50 anos (OKESON, 1998; ROBBINS *et al.*, 1989).

Na maioria dos pacientes, a doença começa com mal estar, fadiga, dor musculoesquelética de localização imprecisa e, às vezes, febrícula. Os sinais de inflamação estão presentes próximos à articulação,

seguido-se de rigidez ao levantar ou após inatividade (OKESON, 1998; ROBBINS *et al.*, 1989).

As principais alterações anatômicas são observadas nas articulações das mãos, pés, punhos, cotovelos, tornozelos e joelhos, embora os primeiros sintomas clínicos possam ser encontrados nas ATMs bilateralmente. Em 25% dos pacientes, observa-se na pele pequenas massas palpáveis duras, arredondadas e indolores (ROBBINS *et al.*, 1989; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

Em casos severos, quando há perda de suporte condilar, o paciente apresenta-se com maloclusão aguda, com fortes contatos nos dentes posteriores e mordida aberta anterior. A dor oriunda da ATM pode refletir-se no ouvido, parte lateral da cabeça e região cervical. O diagnóstico pode ser confirmado com exames de sangue (OKESON, 1998; ROBBINS *et al.*, 1989).

### Artrite Infecçiosa

Provavelmente é a forma menos comum que ocorre na ATM. Sua origem pode ser sistêmica, acompanhando doenças como gonorréia, sarampo, sífilis e pneumonia e uma extensão de lesões locais, envolvendo o ouvido médio, apófise mastóide, parótida, dentes ou ramo da mandíbula ou pós-traumática, seguida de infecção.

Clinicamente inicia-se com calafrios, febre e suores. A região da articulação encontra-se inflamada, com tumefação, rubor e dor acentuada, exacerbada com o movimento. Destruição da cartilagem e do osso são observadas radiograficamente nas fases mais avançadas (OKESON, 1998; PRADO *et al.*, 1991; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

### Hiperuricemia ou Gota

Clinicamente a gota atravessa 3 fases: hiperuricemia assintomática; crises recorrentes de artrite gotosa aguda com intervalos assintomáticos, apresentando os sinais de inflamação nas articulações afetadas; artrite gotosa crônica, apresentando limitação relativa de movimentos e crises agudas.

Alterações na dieta podem causar a doença e geralmente estão associadas ao aumento dos sintomas. Quando altos níveis séricos de ácido úrico persistem, pode ocorrer a precipitação de uratos no líquido sinovial das ATMs. Os sintomas ocorrem com maior frequência em idosos (existe uma maior prevalência em homens após os 30 anos, sendo que as mulheres quase nunca são afetadas antes da menopausa) e comumente atingem as duas articulações. O diagnóstico é confirmado com exames sanguíneos ou níveis de ácido úrico (OKESON, 1998; ROBBINS *et al.*, 1989).

## DOENÇAS AUTOIMUNES

### ***Miastenia gravis***

Esta é uma patologia da placa mioneural, recebendo esta denominação por se tratar de uma astenia, cansaço de origem muscular que foi considerado grave quando ainda não se conhecia sua causa e tratamento. Ocorre por uma falha no sistema de defesa do organismo, fazendo com que o organismo do paciente ataque a própria musculatura com a produção de anticorpos. Consiste numa fadiga muscular anormal, após uma atividade continuada com um rápido retorno da força depois de um período de repouso. Começa, em geral, na juventude e é mais comum em mulheres (PRADO *et al.*, 1991).

Clinicamente manifesta-se por fraqueza flutuante no decorrer do dia, acometendo principalmente os músculos inervados pelos pares cranianos (musculatura ocular, da face, da deglutição e da língua). A exagerada fraqueza nos músculos da mímica facial, mastigação, fala e deglutição faz com que os pacientes não consigam terminar uma refeição, assim como torna a voz anasalada e ininteligível à medida que o paciente continua a falar, mas os reflexos tendinosos e a sensibilidade estão normais. Nas formas generalizadas, a doença acomete também a musculatura do pescoço, da respiração e a musculatura proximal dos membros.

O paciente deve ser encaminhado para o neurologista para a confirmação do diagnóstico e para tratamento adequado (PRADO *et al.*, 1991; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

### **Síndrome de Sjögren**

Caracteriza-se por um distúrbio autoimune de caráter crônico, caracterizado por diminuição do fluxo salivar, lacrimal e de outras glândulas exócrinas.

A hipossecreção salivar leva à xerostomia, perda do paladar, dificuldades para deglutir sólidos e aumento da incidência de cáries. Os lábios tendem a apresentar crostas, fissuras e estomatite angular. Os sintomas subjetivos variam desde uma leve sensação de queimação à dor real (PRADO *et al.*, 1991; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

## DOENÇAS ENDÓCRINAS

### **Hipertireoidismo**

Esta síndrome resulta da produção excessiva de hormônios tireoidianos. Os sinais e sintomas gerais incluem olhos fixos e proeminentes característicos, tremor mais acentuado nos dedos e língua, pele úmida e quente, sudorese aumentada, intolerância ao calor, aumento do volume da tireóide, irregularidades na menstruação, irritabilidade, alterações cardíacas, entre outros (PRADO

*et al.*, 1991; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

Crianças com esta síndrome apresentam rapidez de crescimento e desenvolvimento dos ossos e dentes, contudo não há alteração de desenvolvimento. Pode ocorrer perda prematura dos dentes decíduos e erupção precoce dos permanentes. Os pacientes apresentam osteoporose do crânio e maxilares que varia de intensidade, podendo levar à reabsorção rápida do osso alveolar, cárie precoce, periodontite e gengivite hemorrágica. Os outros tecidos moles não são afetados (ZEGARELLI *et al.*, 1982).

### **Hipotireoidismo**

Alguns dos sinais gerais são pele seca, áspera e fria, fala arrastada, fraqueza, intolerância ao frio, calvície, irregularidade na menstruação, esterilidade, aumento de peso e edema que envolve principalmente a face e os membros.

As alterações orais mais dramáticas são vistas na forma congênita do hipotireoidismo, afetando a formação da maioria de suas estruturas, porém sua intensidade vai diminuindo com o passar dos anos.

Dentre as características clínicas, observa-se uma desproporção da cabeça em relação ao corpo, prognatismo maxilar, formação e erupção retardada dos dentes, diastemas, maloclusão avançada, aumento de susceptibilidade à cárie, doença periodontal e gengivite.

Pacientes não tratados ou tratados inadequadamente podem ser sensíveis a medicamentos como narcóticos, barbitúricos e correlatos (PRADO *et al.*, 1991; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

## DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DOS

### **VASOS SANGUÍNEOS**

Arterites, vasculites e angiites, em alguns casos, são produzidas quando existe uma agressão arterial por um agente específico, como por exemplo por invasão bacteriana direta, irradiação, traumatismo mecânico e toxinas; algumas parecem ter uma base imunológica. Embora todas se caracterizem por inflamação e necrose dos vasos sanguíneos, são classificadas em síndromes distintas (ROBBINS *et al.*, 1989).

### **Arterite Temporal (de Células Gigantes)**

Arterite temporal é uma inflamação granulomatosa focal das artérias de médio e pequeno calibre e afeta principalmente os vasos cranianos. Nos casos mais graves, têm sido encontradas lesões em artérias de todo corpo, inclusive no arco aórtico (aortite por células gigantes) (PRADO *et al.*, 1991; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

A doença pode ser insidiosa e vaga no seu início, podendo ser anunciada por dor de cabeça repentina. Muitas vezes começa como uma síndrome semelhante à da gripe e enrijecimento das articulações.

Sua prevalência é maior em mulheres e aumenta com a idade (indivíduos com mais de 50 anos), sendo rara em negros. Dentre as manifestações clínicas, estão a dor de cabeça latejante unilateral que não responde ao uso de analgésicos comuns, sensibilidade aumentada sobre a artéria temporal, perda de visão, dor facial, edema e rubor na pele subjacente e claudicação da mandíbula; 40% dos pacientes apresentam visão embaçada, dupla ou cegueira parcial transitória e 50% apresentam um envolvimento sistêmico e síndrome de polimialgia reumática (PRADO *et al.*, 1991; ROBBINS *et al.*, 1989).

### **Arterite de Takayasu**

É uma forma de vasculite granulomatosa das artérias de médio a grande calibre, afeta principalmente a aorta e suas ramificações, causando dor crônica e inflamação. Acomete em especial as mulheres, entre 15 e 45 anos. Sua etiologia é desconhecida e atinge extremidades, cabeça, pescoço e vísceras. É uma doença rara, fácil de ser reconhecida, porém não diagnosticada regularmente. Caracteriza-se clinicamente por quadros de dor nos membros, ombros e pescoço, fraqueza e fadiga, dor de cabeça, alterações neurológicas, distúrbios oculares, insuficiência cardíaca ou infarto agudo do miocárdio e acentuada fraqueza dos pulsos nas extremidades superiores, por isso sendo conhecida como doença sem pulso. Os sintomas iniciais são sensação de frio, sudorese, perda de peso, dores na garganta, tontura e sensibilidade à luz, causando acentuada depressão (PRADO *et al.*, 1991; ROBBINS *et al.*, 1989; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

A doença pode ser confundida com arteriosclerose prematura ou doenças hereditárias envolvendo coagulação anormal do sangue. Pode ser diagnosticada através da ressonância magnética ou angiografia. O tratamento é realizado através de medicamentos à base de esteróides como prednisona e imunossupressores (PRADO *et al.*, 1991; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

## **DOENÇAS INFECCIOSAS**

### **Herpes Zóster**

O herpes zóster (cobreiro), causado pelo vírus varicela zoster (VZV), representa uma reativação da infecção VZV latente (catapora ou varicela) com o avançar da idade. Os adultos com herpes podem transmitir varicela às crianças, mas o contrário não ocorre (ROBBINS *et al.*, 1989).

Clinicamente observam-se erupções cutâneas vesi-

culares localizadas e distribuídas ao longo do trajeto do nervo afetado, com prurido intenso, queimação ou dor acentuada. A dor pode ser desproporcional à erupção, especialmente quando são acometidos os ramos do trigêmeo. Pode ocorrer paralisia facial (síndrome de Ramsay Hunt) quando o gânglio geniculado é acometido.

As lesões mucosas intrabucais causadas pelo herpes zóster geniculado e trigeminal confundem-se com úlceras aftosas. Quando as lesões típicas ainda não estão presentes ou quando mal diagnosticadas, torna-se difícil o diagnóstico diferencial com a dor somática superficial, que deve ser realizado através do bloqueio anestésico local, que não elimina a dor (OKESON, 1998).

Existe uma maior probabilidade das lesões desenvolverem-se em pessoas com doença neoplásica avançada ou após tratamento com medicamentos imunossupressores (PRADO *et al.* 1991; ROBBINS *et al.*, 1989).

### **Tétano**

O tétano é uma doença infecciosa não contagiosa, caracterizada por contrações convulsivas dos músculos voluntários, induzidas pela neurotoxina tetanospasmina elaborada pelo *C. tetani* (PRADO *et al.*, 1991; ROBBINS *et al.*, 1989).

Inicia-se geralmente com rigidez nos músculos faciais, seguida pelos músculos do tronco. Conseqüentemente pode haver dificuldade de abrir e fechar a boca (trismo), sorriso sardônico (pelo acometimento facial) e arqueamento posterior (contração dos músculos paravertebrais). Contrações violentas e dolorosas nos músculos afetados podem ser desencadeadas por leves estímulos, como um ruído ou movimento delicado do paciente. Como progressão da doença, observa-se disfagia e dificuldade respiratória. Outros sinais são aumento da frequência cardíaca, hipertensão e instabilidade cardiovascular.

Deve ser realizado o diagnóstico diferencial com os processos inflamatórios da região buco-amígdalo-faríngea acompanhados por trismo (PRADO *et al.*, 1991; ROBBINS *et al.*, 1989).

## **DOENÇAS METABÓLICAS QUE**

### **AFETAM OSSOS E DENTES**

A doença óssea metabólica é desenvolvida por um desequilíbrio existente entre os processos de formação e reabsorção óssea.

### **Raquitismo e osteomalácia**

Embora estas doenças pertençam ao mesmo grupo, a osteomalácia ocorre em adultos e o raquitismo

em crianças entre os 6 e 24 meses de idade, afetando a dentição e os ossos em desenvolvimento. São caracterizadas por insuficiente mineralização da matriz óssea, resultado de ingestão e/ou absorção inadequadas de cálcio e vitamina D ou defeito de reabsorção tubular de fósforo.

Os principais sintomas da osteomalácia são dores ósseas e articulares, deformidades ósseas e fraqueza muscular, principalmente nos ossos de maior estresse físico, embora nos casos leves a moderados o paciente apresente-se assintomático.

Radiograficamente apresentam radiotransparência difusa da mandíbula e maxila (aspecto de exposição ou revelação excessivas), espaços medulares mais proeminentes que o normal, corticais mais finas e menos densas, lâminas duras em várias fases de dissolução e totalmente ausentes nos casos mais avançados.

O quadro clínico do raquitismo é mais acentuado e apresenta maiores alterações ósseas, como exagerado arqueamento das pernas, diminuindo a estatura do indivíduo; alterações na mandíbula e maxila, acarretando mordida aberta; o fato de os incisivos e caninos permanentes serem envolvidos com maior frequência, causando defeitos hipoplásicos, formas anômalas e conseqüentes diastemas e superfície de esmalte rugosa e irregular; coloração castanha ou negra dos dentes.

Radiograficamente as características ósseas são semelhantes à osteomalácia, mas ainda podemos encontrar anormalidades nos dentes, como formas irregulares da coroa e radiotransparências variadas (PRADO *et al.*, 1991; ZEGARELLI *et al.*, 1982).

Diante da suspeita de raquitismo ativo, a criança deve ser encaminhada para um especialista na área, para confirmação do quadro através de testes laboratoriais e indicação do tratamento adequado.

## FIBROMIALGIA

A fibromialgia, também chamada de fibrosite ou fibromiosite, é uma síndrome de dor crônica que causa fadiga e debilidade muscular, caracterizada por dor difusa generalizada, presente por pelo menos 3 meses, em ambos os lados do corpo e acima e abaixo da cintura.

Segundo o Colégio Americano de Reumatologia, em 1990, além dos sintomas já citados, o paciente fibromiálgico deve possuir 11 dos 18 pontos dolorosos específicos espalhados pelo corpo (*tender points*) com intensa dor à palpação digital, sem, no entanto, referir dor. Os pontos desencadeantes de dor são occipital, trapézio, supra-espinal, glúteos, trocanter maior, cervical baixo, segunda costela, epicôndilo externo e joelhos (CIMINO *et al.*, 1998; PENNACCHIO *et al.*, 1998).

A dor ocorre em áreas onde o músculo se insere ao

osso ou ligamento. Inicialmente origina-se em uma área, comumente o pescoço e ombros, e então se espalha pelo corpo, podendo variar de acordo com o período do dia, mudanças de temperatura, atividade física, presença de situações estressantes. A situação é descrita como sensação de rigidez e queimação, sendo reportada por alguns pacientes como constante.

A dor é freqüentemente mais intensa após distúrbios do sono. Outros sintomas estão presentes, como vertigens, formigamento ou dormência nas mãos e pés, problemas gastrointestinais e urinários, diminuição do limiar de dor, cefaléia, depressão, cólon irritável e parestesia em certos casos (SIQUEIRA *et al.*, 1999).

Ainda existe pouca correlação clínica entre pacientes com DTM e fibromialgia e uma grande dúvida sobre a participação das DTMs em pacientes com fibromialgia (ARONOFF, 1998; DAO *et al.*, 1998; WOLFE *et al.*, 1992). Alguns trabalhos, como os de CIMINO *et al.* (1998) e ERIKSSON *et al.* (1988), relataram que a dor miofascial está freqüentemente associada à fibromialgia e que muitas características desta acompanham a dor miofascial. PLESH *et al.* (1996) concluíram em suas pesquisas, que uma pequena proporção de pacientes com DTM também possuíam fibromialgia, enquanto que a maioria dos pacientes com fibromialgia apresentava dor miofascial. PENNACCHIO *et al.* (1998) encontraram em seus estudos uma incidência de 97% de pacientes com fibromialgia apresentando DTM e verificaram também que os pacientes com DTM e fibromialgia possuem várias características clínicas em comum, assim como tipo, qualidade, intensidade e descrição da dor.

A fibromialgia não tem cura, mas pode ser controlada, devolvendo uma qualidade de vida satisfatória ao paciente. O tratamento necessita da combinação de vários especialistas, como o reumatologista para prescrever os medicamentos, o fisioterapeuta para orientar os exercícios físicos, o psicólogo ou psiquiatra para ajudar a superar a depressão e ansiedade, o neurologista para tratar as alterações do sono e, em casos de envolvimento de DTMs, o Cirurgião-dentista (PENNACCHIO *et al.*, 1998; PLESH *et al.*, 1996; SIQUEIRA *et al.*, 1999).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento da fisiopatologia da dor orofacial e dos critérios para diagnóstico diferencial é de fundamental importância para a compreensão dos diversos sinais e sintomas existentes em um quadro de dor.

Para tal, o profissional deve seguir uma estratégia de abordagem e atendimento do paciente com dor, iniciando pela queixa principal, detalhando as histórias clínica e médica do paciente e partindo então para o exame físico cuidadoso da área e de estruturas adjacentes ou à

distância que podem estar envolvidas.

Quando diferentes hipóteses diagnósticas existirem, exames complementares e testes terapêuticos devem ser utilizados.

O profissional deve realizar o tratamento sintomático enquanto se prossegue a investigação da fonte, encaminhando o paciente, se necessário.

FARIAS, R.J. de M.; VENANCIO, R. de A.; CAMPARIS, C.M. General disorders and its relationship with orofacial pain. *JBA, Curitiba*, v.2, n.6, p.121-126, abr./jun. 2002.

It is important, for the clinician, to be prepared to the evaluation and correct interpretation of the pain. The professional should recycle his knowledge, review the pathophysiology of pain and know the approaches of diagnosis of its specialty and adjacent areas. As the purpose of this work, we present some general disorders and their relationship with orofacial pain aiming at differential diagnosis and possible treatment.

**KEYWORDS:** Orofacial pain; General disorders; Misdiagnosis.

## REFERÊNCIAS

- ARONOFF, G.M. Myofascial pain syndrome and fibromyalgia: a critical assessment and alternative view. *Clin J Pain*, v.14, p.74-85, 1998.
- BOERING, G.; STEGENGA, B.; BONT, L.G.M. de. Temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement: clinical course and initial treatment. *Int Dent J*, v.40, n.6, p.339-346, 1990.
- CIMINO, R. *et al.* Comparison of clinical and psychologic features of fibromyalgia and masticatory myofascial pain. *J Orofac Pain*, v.12, n.1, p.35-41, 1998.
- DAO, T.T.T. *et al.* Modulation of myofascial pain by the reproductive hormones: a preliminary report. *J Prosthet Dent*, v.79, n.6, p.663-670, June 1998.
- ERIKSSON, Per-Olof *et al.* Symptoms and signs of mandibular dysfunction in primary fibromyalgia syndrome (PSF) patients. *Sweed Dent J*, v.12, p.141-149, 1988.
- GRAY, R.J. *et al.* A clinical approach to temporomandibular disorders. *Br Dent J*, v.8, p.255-259, Oct. 1994.
- KLINEBERG, A.M. *et al.* Chronic orofacial muscle pain: a new approach to diagnosis and management. *Alpha Omegan*, v.91, n.2, p.25-28, 1998.
- MCNEILL, C. *Craniomandibular disorders: guidelines for evaluation, diagnosis, and management.* Chicago: Quintessence, 1991. p.52.
- OKESON, J.P. *Dores bucofaciais de Bell.* 5.ed. São Paulo: Quintessence, 1998. 500p.
- OKESON, J.P. *Management of temporomandibular disorders and occlusion.* 4.ed. St. Louis: Mosby, 1998. 638p.
- PENNACCHIO, E. *et al.* The incidence of pain in the muscles of mastication in patients with fibromyalgia. *J Massachusetts Dent Soc*, v.47, n.3, p.8-12, 1998.
- PLESH, O. *et al.* The relationship between fibromyalgia and temporomandibular disorders: prevalence and symptom severity. *J Rheumatol*, v.23, n.11, p.1948-1952, 1996.
- PRADO, F.C. *et al.* *Atualização terapêutica.* 15.ed. São Paulo: Artes médicas, 1991. 1162p.
- ROBBINS *et al.* *Robbins patologia estrutural e funcional.* 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1989.
- ROSENBAUM, R.S. *et al.* The scope of TMD/ orofacial pain (head and neck pain management) in contemporary dental practice. *J Orofac Pain*, v.11, n.1, p.78-83, 1997.
- SIQUEIRA, J.T.; CHING, L.H. *Dor orofacial/ ATM. Bases para o diagnóstico clínico.* Curitiba: Maio, 1999. 283p.
- SKOOTSKY, S. *et al.* Prevalence of myofascial pain in general internal medicine practice. *West J Med*, v.151, n.2, p.157-160, 1989.
- TÜRKP, J. C. *et al.* Temporomandibular disorders – pain outside the head and face is rarely acknowledged in chief complaint. *J Prosthet Dent*, v.78, n.6, p.592-595, Dec. 1997.
- WOLFE, F. *et al.* The fibromyalgia and myofascial pain syndromes: a preliminary study of tender points and trigger points in persons with fibromyalgia, myofascial pain syndrome and no disease. *J Rheumatol*, v.19, n.6, p.944-951, 1992.
- ZEGARELLI, E. *et al.* *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares.* 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1982. 598p.

Recebido para publicação em: 30/04/02

Enviado para análise em: 10/05/02

Aceito para publicação em: 27/05/02