

## DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E CEFALEIA TENSIONAL: UMAREVISÃO DE LITERATURA

Matheus Silva<sup>1</sup>  
Felipe Wilson Paula Silva<sup>2</sup>  
Viviany Pires Guimarães<sup>3</sup>  
Carlos Bandeira Junior<sup>4</sup>  
Tatyane Guimarães Ribeiro de Castro<sup>5</sup>

### RESUMO

A cefaleia é um sintoma subjetivo podendo ser estabelecida como uma sensação de incômodo ou dor na região da extremidade cefálica integrando as dores cranianas, faciais e craniofaciais. A Disfunção Temporomandibular é definida como um conjunto de distúrbios que envolvem movimentos de mastigação e estruturas adjacentes. De acordo com a Classificação Internacional de Dor de Cabeça (ICHD 3<sup>o</sup>), os sinais e sintomas apontam que a Disfunção Temporomandibular (DTM) está relacionada diretamente à Cefaleia do Tipo Tensional (CTT). Estudos sugeriram uma associação entre disfunção Temporomandibular e cefaleias primárias em que a probabilidade de encontrar pontos de gatilho nos músculos da região da cabeça e pescoço de pacientes que se queixam de cefaleias é aumentada na enxaqueca e na dor de cabeça do tipo tensão. O objetivo foi realizar de uma revisão literária visando analisar os critérios de diagnóstico e tratamentos relacionados a Cefaleias Tensionais (CTT) associadas a Disfunção Temporomandibular (DTM) e verificar como eles têm influência na conduta terapêutica. A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica conforme Classificação Internacional dos Distúrbios da dor de Cabeça (ICHD 3<sup>o</sup>) com base nos estudos da Cefaleia Tensional e Disfunção Temporomandibular. É possível concluir com base nessa revisão que existe relação entre dor na região orofacial cefaleia com DTM, porém não sendo claro o mecanismo dessa correlação, sendo necessário um aprofundamento em cada caso para a solução de cada caso.

**Palavras chave:** Cefaleia do Tipo Tensional (CTT), Disfunção Temporomandibular (DTM), classificação de dor de cabeça (ICHD III).

### INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular está associada negativamente a qualidade de vida dos seus portadores. Associada a fatores psicossociais e psicológicos relacionando ao grau de severidade da enfermidade. Assim, devido à importância da

---

<sup>1</sup> Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Universo Goiânia.

<sup>2</sup> Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Universo Goiânia.

<sup>3</sup> Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Universo Goiânia, Mestre em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás (2001)

<sup>4</sup> Coordenador do Curso de Odontologia do Centro Universitário Universo Goiânia, Mestre em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2003.

<sup>5</sup> Docente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Universo Goiânia, Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP, 2019.

articulação relacionada em termos básicos como comunicação, alimentação, expressões e emoções as manifestações da DTM e outras condições de dor orofacial fundamentam a hipótese de que esta doença esta diretamente ligada aobem-estar físico e psicológico do paciente (DONNARUMMA, 2010).

Articulação temporomandibular mandibular (ATM) executa movimentos de rotação e translação devido a sua dupla articulação de côndilo com osso temporal. Sendo assim considerada a articulação, estrutura mais complexa do corpo humano. Podendo ser levadas a desordens tais como Disfunção Temporomandibular (DTM) devido a alterações patológicas e/ou funcionais (DONNARUMMA, 2010).

Disfunção Temporomandibular é definida como conjuntos de falhas que envolvem movimentos da mastigação e estruturas adjacentes. Tais alterações afetam o equilíbrio dinâmico das estruturas, levando a uma série de sinais e sintomas como dores faciais, dor de cabeça, dores na articulação temporomandibular ou mastigatórios. Referente aos sinais, os músculos são os principais relatados, a sensibilidade da ATM a palpação, distúrbios e/ou limitações, ruídos e estalidos na articulação. Estima-se que 40% a 75% da população tem pelo menos um sinal de DTM, como o ruído e pelo menos um sintoma, no qual a dor facial ou ATM (33%) (CARRARA, 2010).

Feita uma pesquisa Critérios Diagnóstico (RCD/TDM) composto por um conjunto de critérios, através de uma variedade de sinais e sintomas determinando o diagnóstico da DTM (PICCIN CF, 2016). Em vários casos, pessoas que com essa doença a dor é o sintoma mais notável podendo ser aguda ou crônica. A Crônica considerado um caráter disfuncional, é um fenômeno complexo e multidimensional (Okeson JP., 2013). Sendo necessário um trabalho multidisciplinar. Porém, alguns pacientes possuem respostas temporárias ou até insatisfatórias, levantando suspeita de que os componentes emocionais da dor influenciam diretamente no tratamento (SIPILÄ, JAKRZEWSKA JM, RODRIGUEZ-RAECKE, 2013).

Vários estudos apontam os sinais e sintomas de DTM que se sobrepõe em cefaleia tensional (BALLEGAARD et al., 2008). Em pacientes com cefaleia tensional, dor de cabeça contínua foi encontrada após os movimentos de mandíbula ou apertamento dentário. A principal relação temporal estreita entre a dor de cabeça e um distúrbio causador é um dos pontos-chaves para o diagnóstico da dor de cabeça secundária (JENSEN R & SCHOKKER RP, 1990). Isto leva a pensar que pelo menos

algumas dessas dores de cabeça são levadas a acontecer devido a DTM (CEPHALALGIA, 2014).

Possuindo todas essas similaridades nos fatores de gatilho e desencadeamento de cefaleia tensional, enxaqueca e DTM é necessário um melhor diagnóstico, multidisciplinar, para que não haja falhas na escolha do tratamento gerando um agravamento do caso ou a permanência do desconforto para o paciente.

## **1. METODOLOGIA**

Este trabalho de conclusão de curso é parte de uma revisão bibliográfica. Conforme uma análise qualitativa de diferentes autores, em que o autor faz uso de diferentes trabalhos publicados para que sirva de base a essa análise, sendo assim de forma espontânea pelos autores.

Para a confecção do mesmo foi utilizado livros, sites, pesquisas nacionais e internacionais, pesquisas no Google acadêmico, nas plataformas da Scielo, Sage Journals, Jama e PubMed procurando sempre artigos e estudos com palavras chaves em Cefaleia do Tipo Tensional (CTT), Disfunção Temporomandibular (DTM), Critérios de diagnóstico, Dor orofacial, Dor de cabeça, Enxaqueca, ICHD III e RDC/DTM.

Dessa forma, objetivamos um resultado em cerca de 26 artigos, fazendo sempre a utilização de fontes confiáveis, que possibilitou artigos atualizados, com foco principal da pesquisa artigo mais recentes, de 2012 até o ano atual, excluindo aqueles que não atendiam os critérios ditos logo em cima, embora haja referências que passam dessa margem de tempo, mas que servem de base até os dias atuais.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 DOR**

Considerada como uma experiência sensorial e emocional a dor é considerada uma experiência descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais. A partir das suas experiências cada indivíduo tem a dor de forma subjetiva ao acontecido com o mesmo, experiências que ocorrem individualmente com cada um. De um modo geral, a dor aguda ou crônica, leva os pacientes a manifestarem sintomas corriqueiros

como, restrições na capacidade para as atividades familiares, sociais e profissionais, padrões de apetite, perda do sono e libido, alterações de humor - irritabilidade, diminuição da capacidade de concentração (MERSKEY, 2002).

## 2.2 CEFALEIA

Todas as dores cranianas, faciais e craniofaciais são consideradas como cefaleia, sendo um sintoma subjetivo relacionada a sensações de incômodo ou dor nas regiões de extremidade cefálica segundo a World Federation of Neurology. São três as formas de apresentação da cefaleia, caracterizada conforme o perfil de intensidade, tempo e evolução, baseadas nas três formas como Agudo (Arterial – hemorragia e isquemia, Venosa – infecciosa, traumática, toxica e metabólica), Subagudo (Tumor - primário e secundário, hematoma, abscesso, quisto e granuloma) Subdividindo em Crônico Episódicas (Enxaqueca com e sem aura episódica, Cefaleia em Salvas episódica, Hemicrania paroxística episódica, Cefaleia tipo tensão episódica) e Contínuas (Enxaqueca crônica, Cefaleia em Salvas crônica, Hemicrania paroxística crônica, Cefaleia tipo tensão crônica) (JAMA, 1962).

## 2.3 CEFALEIA PRIMARIA

A Cefaleia Idiopática também conhecida como primária são todas as que não tem causa identificada. Sendo as principais primárias divididas como Enxaqueca, Cefaleia tipo tensão, Cefaleia em Salvas. Além das Cefaleias promovidas pelo esforço que são do tipo guinada, Tosse, Atividade Sexual, Exercício Excessivos, Hípnica, Explosiva, persistente diária, Hemicrania contínua (JAMA, 1962).

## 2.4 CAUSAS DA CEFALEIA PRIMARIA

Existem pelo menos três principais fatores que causam as cefaleias primárias, sendo eles: Fatores Genéticos (Enxaqueca Hemioplégica Familiar, Enxaqueca com aura / sem aura, Cefaleia em Salvas, Cefaleias de tensão), Fatores ambientais (Endógenos e Exógenos) e Mecanismos Neurais (Deficiência do sistema de controle endógeno da dor e Hiperexcitabilidade Neuronal) (JAMA, 1962).

## 2.5 CEFALEIA SECUNDARIA

As Cefaleias Secundárias tem como causa identificada doenças, alterações estruturais ou orgânicas (DALESSIO DJ, 1980). Sendo elas caracterizadas como Cefaleia atribuída a traumatismos cranioencefálico ou cervicais, cefaleia referida a

doença vascular craniana ou cervical, perturbação Psiquiátrica, Cefaleia referida a perturbação da homeostase, Cefaleia atribuída a infecção, Cefaleia ou dor facial referida a perturbação do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, dentes, boca e seios nasais entre outras estruturas faciais (JAMA, 1962).

## 2.6 DIAGNÓSTICO DE CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL (CTT)

O diagnóstico correto da CTT possui extrema importância para o cálculo da sua incidência e prevalência em relação às características sociais e demográficas. O diagnóstico correto deve ser feito ao longo de quatro semanas através de um diário de relato de dor. A maior incidência em problemas no diagnóstico ocorre entre a discriminar entre cefaleia do tipo tensional e enxaqueca suave (CEPHALALGIA, 2014).

De acordo com a Classificação do ICHD 3º o grupo de cefaleia está dividido em 4 categorias: 1ª CTT episódica pouco frequente, subdividida em cefaleia do tipo tensional episódica não associada a dor pericraniana e cefaleia do tipo tensional episódica pouco frequente associada a dor pericraniana; 2ª CTT episódica subdividida em cefaleia do tipo tensional episódica frequente associada a dor pericraniana e não associada a dor pericraniana; 3ª CTT crônica associada a dor pericraniana e não associada a dor pericraniana ; 4ª CTT provável, subdividida em cefaleia do tipo tensional episódica, pouco frequente provável, frequente provável e crônica provável (DIAMANTE S, 1983).

Relacionado ao diagnóstico da cefaleia episódica pouco frequentes: Possui como características a ausência de náuseas e/ou vômitos, são evidentes em fotofobia e fonofobia, são necessárias no mínimo 10 ocorrências de cefaleias com período de duração entre 30 minutos a 7 dias sendo menor que 24 horas por mês relacionados ao menos duas dessas características: localização bilateral, sensação de aperto ou pressão tendo intensidade baixa até média tendo em vista que atividades rotineiras não intensificam sua manifestação. As subdivisões da cefaleia do tipo tensional pouco episódica apenas se diferenciam pela presença ou não da dor pericraniana (DIAMANTE S, 1983).

Em relação aos critérios para o diagnóstico da cefaleia episódica frequente diferente da pouco frequente, ela ocorre no mínimo 10 vezes de 1 à 14 dias em média por mais de 3 meses sendo que ocorra mais que 12 vezes por ano e menos que 180. Assim como a pouco frequente sua duração permanece entre 30 minutos a 7 dias e

deve possuir duas dessas características: localização bilateral, sensação de aperto ou pressão tendo intensidade baixa até média tendo em vista que atividades rotineiras não intensificam sua manifestação. Tendo que a ausência náuseas e vômitos permanecem (MOLINA, 1997).

Na 3ª categoria (Cefaleia do Tipo Tensional Crônica) os critérios para o diagnóstico acontecem quando as manifestações permanecem por 15 dias ou mais por mês acima de três meses, 180 dias ou mais por ano e tem duração de horas ou até dias podendo ser contínua. Contemplando as características de: localização bilateral, sensação de aperto ou pressão tendo intensidade baixa até média tendo em vista que atividades rotineiras não intensificam sua manifestação. Tendo que a ausência de náuseas e vômitos permanecem assim como são evidentes fotofobia ou fonofobia (MOLINA, 1997).

Os critérios para o diagnóstico da CTT provável e suas subdivisões tem padrões mais específicos em relação aos outros já apresentados uma vez que ela deixa de atestar todos os critérios já apresentados, em geral deixando de inteirar um deles, contudo não satisfaz os critérios estabelecidos de outra modalidade de cefaleia. Sendo assim então a CTT episódica pouco frequente provável deixando de satisfazer apenas um dos critérios da CTT episódica pouco frequente, CTT episódica frequente provável deixando de satisfazer apenas um dos critérios da CTT episódica frequente e por último a CTT crônica provável deixando de satisfazer apenas um dos critérios da CTT episódica crônica (MOLINA, 1997).

## 2.7 TRATAMENTO DE CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL (CTT)

O tratamento para a Cefaleia do Tipo Tensional consiste em um projeto multifatorial que engloba vários tipos de tratamento e profissionais de áreas distintas. A fisioterapia é a mais comum entre essas terapias (DIAMANTE S & VON GRAFFENED B, 1983).

Considerando o tratamento farmacológico das cefaleias, é coeso citar Analgésicos como: Ibuprofeno (Advil) analgésico mais empregado, tendo o respaldo da grande maioria das pesquisas, dose recomendada é de 400 mg de 8 em 8 horas; Antidepressivos Tricíclicos: representam uma ótima terapia para a cefaleia tipo tensional, Amitriptilina (Tryptanol) em doses de 25 mg, 2 h antes de dormir é uma opção. A Ciclobenzaprina (Miosan 10 mg), 2 h antes de dormir age como relaxante muscular e também apresenta atuação no sono e tem demonstrado resultados

positivos; Toxina Botulínica Injetável: pode ser utilizada nos casos refratários nos quais outras formas de terapia foram empregadas sem muito êxito, o mecanismo de ação está provavelmente relacionado a uma interrupção transitória (mas não de longa duração) entre a nocicepção periférica, causada por hiperatividade muscular e o processamento central da dor; Laser Terapia: promove a redução da sintomatologia após a aplicação sendo eficaz no tratamento de pacientes com distúrbios na DTM possibilitando aumento na abertura bucal; Acupuntura: considerada uma terapia complementar com o viés de um baixo custo, porém menos conhecida no mercado e tem as conhecidas Placas de Bruxismo ou Miorrelaxantes: indicadas para o uso noturno, o resultado positivo dessas terapias depende diretamente da cooperação do paciente (REIS et al., 2021). Pesquisa de Critérios Diagnósticos para Disfunções Temporomandibulares (RDC/TMD)

São considerados pacientes comprometidos pela doença aqueles que contêm sinais e sintomas relacionados a dor muscular ou articular, desconforto localizado geralmente em mandíbula, na ATM e músculos da face, ocasionando movimentos mandibulares limitados, sons como estalidos, rangidos e crepitação durante a realização dos movimentos possuindo, assim, função irregular ou limitada na Abertura Articulação Temporomandibular (ATM). Comparando às Disfunções Temporomandibulares, que são organizadas em três grandes grupos no que diz respeito ao diagnóstico: 1º disfunções dos músculos da face, pescoço, cabeça, ombros e parte superior do dorso, 2º disfunções que envolvem os tecidos moles da articulação temporomandibular, e 3º disfunções que afetam os tecidos duros da articulação temporomandibular (DONNARUMMA, 2010).

A necessidade de utilizar métodos e critérios que permitem uma avaliação uniformizada dos afetados pela disfunção, leva ao aparecimento da classificação de Research Diagnostic for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD). Trata-se de um questionário utilizados nos portadores da disfunção Temporomandibular, permitindo a realização de comparação entre grupos. Quando realizado, utilizando os mesmos métodos, procedimentos de exame, algoritmo de diagnóstico e métodos para avaliar fatores biológicos, psicossociais, comportamentais e psicológicos (CHAVES, 2008).

O questionário (RDC/TMD) é constituído por quatro partes: A- Questionário realizado ao paciente; B- Uma ficha de exame clínico; C- Especificações para o exame clínico que incluem conjuntos de instruções para o paciente durante o procedimento; D- Protocolo de registro dos resultados do Eixo I (diagnóstico clínico de DTM) e do Eixo

II (avaliação psicossocial). O Áxis I é realizado com o intuito de registrar os dados clínicos físicos avaliando movimentos mandibulares, sons, palpação muscular e articular. Tendo como base os critérios do Áxis I, os pacientes são organizados em três grupos: I- alterações dos músculos da mastigação, estando neste grupo incluídos os diagnósticos de dor miofascial e dor miofascial com abertura limitada; II- deslocamentos do disco, com abertura limitada da boca; III- artralgia, artrite e artrose (doenças articulares inflamatórias ou degenerativas), grupo no qual os diagnósticos possíveis são os de artralgia, osteoartrite e osteoartrose. Sendo assim, dentro do mesmo grupo apenas um diagnóstico pode existir por articulação (BALLEGAARD & PICCIN, 2008).

## 2.8 ASSOCIAÇÃO DE CEFALEIA DO TIPO TENSIONAL E DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

As Cefaleias Tensionais são significativamente mais prevalentes em indivíduos com DTM (cerca de 27,4%) sendo as mulheres às mulheres mais atingidas pelo grau de severidade da dor (BALLEGAARD V, 2008). Na população adulta, a cefaleia associa-se principalmente a sintomas Temporomandibulares durante crises. Segundo a literatura, pacientes com disfunção temporomandibular apresentam cefaleias como um dos seus sintomas principais. Apesar de ser frequente à associação com a DTM, a interação entre essas duas condições ainda não foram 100% esclarecidas (OKESON JP & RODRIGUEZ-RAECKE R, 2013). Verificou-se a presença de sensibilidade muscular pericraniana aumentada em pacientes que apresentavam cefaleia e DTM. Fatores adicionais capazes de favorecer o desencadeamento de DTM e de cefaleia secundária, tais como perda da dimensão vertical, presença de bruxismo ou apertamento diurno, alterações cervicais, dor miofascial generalizada, depressão, entre outros que deveriam ser reconhecidos e considerados pelos dentistas e neurologistas (CEPHALALGIA, 2014). Pacientes com cefaleia e DTM se entrelaçam quanto aos diagnósticos e hábitos parafuncionais, podendo, estes, serem fator etiológico em determinadas cefaleias (MOLINA, 1997).

## 3. DISCUSSÃO

A pesquisa realizada com foco na DTM (Disfunção Temporomandibular) e CTT (Cefaleia do Tipo Tensional) consiste em tratamento multifatorial como já aplicado e demonstrado no decorrer do trabalho.

Diamantes e Graffened (1983), tem como relato em seu estudo o tratamento de 108 pacientes com Cefaleia do Tipo Tensional no qual foram feitos testes com três medicamentos diferentes ibuprofeno 400/800mg, aspirina e placebo. Sendo que, entre eles ficou comprovado significativo que o uso do Ibuprofeno 800mg é superior para o tratamento da Cefaleia do Tipo Tensional.

Reis et al. (2021) empregam em seu texto a terapia farmacológica. De acordo com o mesmo o Ibuprofeno é o analgésico mais utilizado para conter as dores e inflamações do tensionamento dos músculos da face. Por sua vez os Antidepressivos antecedendo a noite de sono e aplicações de toxina botulínica quando não surgem efeitos esperados nos tratamentos convencionais. REIS também cita a acupuntura como um tratamento complementar não convencional, relativamente um tratamento de baixo custo e pouco conhecido no mercado, de origem Chinesa essa técnica consiste na inserção de agulhas em pontos específicos do corpo e tem mostrado ser tão eficiente no tratamento da Disfunção Temporomandibular quanto os convencionais.

De acordo com Catão, a Laser Terapia promove significativa melhora na abertura bucal, possibilitando uma melhor alimentação e fonética do paciente. O estudo foi realizado durante um mês, sendo que, realizadas 12 sessões 3 vezes na semana. Sendo 20 pacientes submetidos a testes que resultaram na evolução de abertura e diminuição da dor com a utilização de lasers infravermelho e vermelho.

Portero, Priscila et al, relata em sua escrita o tratamento realizado com o uso da Placa Miorrelaxante, um dos tratamentos mais comum e executado pelos profissionais da área da saúde bucal, indicados principalmente para pessoas portadoras da DTM. Considerado como de fácil confecção e simples uso. Tratamento apenas será útil e funcional com a cooperação do paciente sendo funcional apenas com o uso da placa.

Donnarumma, relata em seu caso o estudo com pessoas portadoras da DTM que estão em tratamento ortodôntico. Analisados 125 prontuários sendo 107 mulheres e 18 homens. Sendo que todos com se queixavam de dor no masseter, estalidos e travamento. Causa apurada por eles pela rotina exaustiva do trabalho. Pesquisa concluída com maioria feminina entre os casos de DTM e encaminhados para tratamento multifatorial como: Fonoaudiologia, Fisioterapia e Psicologia.

Englobando todas as outras pesquisas Jalrzewska (2013) cita em seu texto o tratamento multidisciplinar. Sendo uma dor relacionada a várias comorbidades como a dor musculosquelética relacionada a dor da mastigação, depressão e ansiedade.

Seu manejo recai sobre o atendimento de dentistas e médicos neurologista.

## CONCLUSÃO

A partir desses conjuntos de fatores analisados, reunindo informações específicas com o intuito de diagnosticar a Disfunção Temporomandibular (DTM) juntamente com a Classification ig International Classification of Headache Disorders - ICHD 3º é possível concluir com base nessa revisão que existe relação entre dor na região orofacial cefaleia com DTM, porém não sendo claro o mecanismo dessa correlação, sendo necessário um aprofundamento em cada caso para a solução de cada caso. Desencadeando um tratamento multifatorial, abordando diferentes terapias e métodos de estudo. Com todas essas similaridades nos fatores de gatilho e do desencadeamento de cefaleia tensional, enxaqueca e DTM é sempre necessário um diagnóstico melhor elaborado abordando várias áreas, se necessário, para o melhor diagnóstico com o intuito de não haver falhas no tratamento é possíveis insucessos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLEGAARD, V. et al. Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. **Cephalalgia**, v. 28, n. 8, p. 832-841, 2008.

CARRARA, Simone Vieira et al. Statement of the 1st consensus on temporomandibular disorders and orofacial pain. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, p. 114-120, 2010.

CATÃO, Maria Helena Chaves de Vasconcelos et al. Avaliação da eficácia do laser de baixa intensidade no tratamento das disfunções têmporo-mandibular: estudo clínico

randomizado. **Revista CEFAC**, v. 15, p. 1601-1608, 2013.

CEPHALALGIA 2014, A classificação internacional das cefaleias 3º edição. 2014; 24 (Suppl. 1): 9-160. Russell MB, Rasmussen BK, Brennum J, Inversen HK, Jensen R, Olesen J. Apresentação de um novo instrumento: o diário de dor de diagnóstico.

CHAVES, Thaís Cristina et al. Principais instrumentos para avaliação da disfunção temporomandibular, parte II: critérios diagnósticos; uma contribuição para a prática clínica e de pesquisa. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, p. 101-106, 2008.

CHISNOIU, Andrea Maria et al. Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders-a literature review. **Clujul medical**, v. 88, n. 4, p. 473, 2015.

DALESSIO DJ. Wolff's headache and other head pain, 4<sup>th</sup> ed oxford university press; 1980.

DIAMANTE S. ibuprofeno contra aspirina e placebo no tratamento de dor de cabeça contração muscular. *Dor de cabeça* 1983; 23: 206=210.

DONNARUMMA, Mariana Del Cistia et al. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. **Revista Cefac**, v. 12, p. 788-794, 2010.

GLAROS, A. G.; URBAN, D.; LOCKE, J. Headache and temporomandibular disorders: evidence for diagnostic and behavioural overlap. **Cephalalgia**, v. 27, n. 6, p. 542-549, 2007. Haque DB, HAQUE, Badrul et al. Precipitating and relieving factors of migraine versus tension type headache. **BMC neurology**, v. 12, n. 1, p. 1-4, 2012.

ZAKRZEWSKA, Joanna M. Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. **The journal of headache and pain**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2013.

JAMA, Hoc committee on classification of headache. *JAMA* 1962 Mar 3;179:717.

JENSEN, R.; OLESEN, J. Initiating mechanisms of experimentally induced tension-type headache. **Cephalalgia**, v. 16, n. 3, p. 175-182, 1996.

JAKRZEWSKA JM. Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. *J Headache Pain*. 2013;14:37.

LYNGBERG, Ann Christine et al. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. **European journal of epidemiology**, v. 20, n. 3, p. 243-249, 2005.

MERSKEY, Harold. Clarifying definition of neuropathic pain. **Pain**, v. 96, n. 3, p. 408-409, 2002.

MOLINA, Omar Franklin et al. Prevalence of modalities of headaches and bruxism among patients with craniomandibular disorder. **CRANIO®**, v. 15, n. 4, p. 314-325, 1997.

OKESON, Jeffrey. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. Elsevier Brasil, 2013.

PICCIN, Chaiane Facco et al. Aspectos clínicos e psicossociais avaliados por critérios de diagnóstico para disfunção temporomandibular. **Revista Cefac**, v. 18, p. 113-119, 2016.

PORTERO, Priscila et al. Placas oclusais no tratamento da disfunção temporomandibular (DTM). **Rev Gest & Saúd**, v. 1, n. 1, p. 36-40, 2009.

REIS, Beker et al. A Acupuntura é efetiva no tratamento das desordens temporomandibulares? Revisão da literatura. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 10, n. 9, p. 1530-1535, 2021.

RODRIGUEZ-RAECKE, Rea et al. Brain gray matter decrease in chronic pain is the consequence and not the cause of pain. **Journal of Neuroscience**, v. 29, n. 44, p. 13746-13750, 2009.

SCHOKKER, Robert P et al. Craniomandibular disorders in patients with different types of headache. **Journal of Craniomandibular Disorders**, v. 4, n. 1, 1990.

SIPILÄ, Kirsi et al. Association of depressiveness with chronic facial pain: a longitudinal study. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 71, n. 3-4, p. 644-649, 2013.

SVENSSON, Peter. Muscle pain in the head: overlap between temporomandibular disorders and tension-type headaches. **Current opinion in neurology**, v. 20, n. 3, p. 320-325, 2007.

VON GRAFFENED B, E. Nuesch dor de cabeça da enxaqueca não para a avaliação de analgésicos orais. *Br J clin Oharmacol* 1980; 10 (Suppl.2): 225S-231S.