

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CURSO DE ODONTOLOGIA

**DIAGNÓSTICO FIBROMIALGICO EM DOR OROFACIAL:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade
Tiradentes com parte dos requisitos para obtenção do grau
de Bacharel em Odontologia.

Neimar Brandão Bráz

Ricardo Boson Campinho

Raimundo Silva Rocha

ARACAJU/SE
JUNHO/2008

NEIMAR BRANDÃO BRÁZ

RICARDO BOSON CAMPINHO

**DIAGNÓSTICO FIBROMIALGICO EM DOR OROFACIAL:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes com parte dos
requisitos para obtenção do grau de Bacharel
em Odontologia.

Banca Examinadora

Prof. Msc Raimundo Silva Rocha
Universidade Tiradentes orientador (Presidente)

Prof. Msc Murilo Souza Oliveira
Universidade Tiradentes 1^o examinador

Prof. Msc Marco Antônio Ramos Nunes
Universidade Tiradentes 2^o examinador

“A felicidade só é completa se for construída todos os dias, e renovada a cada novo momento porque ser feliz não é ter tudo na vida, mas ter motivos para adicionar algo novo na vida.”.

“Lyah dos Anjos”

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus e a nossa família em primeiro lugar, por ter nos dado força física e mental para suportar as adversidades durante essa longa etapa de nossa vida, que sabemos ser apenas um começo mas que já nos deu uma direção para seguirmos, além de coragem e perseverança para concretizar mais vitórias.

Ao nosso Orientador Professor Raimundo Rocha, e ao nosso Professor Murilo Souza, integrante da banca examinadora, que nos momentos difíceis, não nos desapontaram, instruindo – nos com seus conhecimentos e que hoje além de nossos professores e colegas de profissão, se tornaram nossos amigos.

Ao integrante da banca examinadora, Professor Marcos Antônio que contribuiu para finalizar este trabalho com suas críticas construtivas.

A Universidade Tiradentes que nos proporcionou um ambiente de estudo com estrutura e qualidade no decorrer de nosso curso.

Aos nossos Professores José Carlos Pereira, Edivaldo Dória, Luciano Pacheco, Maria Auxiliadora, Sandra Regina e Sônia Maria que consideramos os melhores em suas áreas de atuação e nos servem de exemplo como futuro profissionais de odontologia, além de se tornarem nossos amigos, tão quanto importantes para nós quanto os nossos amigos e professores da bancada.

E aos nossos amigos, todos eles pois todos que entraram em nossas vidas além de compreensão e carinho temos certeza que acrescentaram coisas boas. Enfim, a todos os que de forma direta ou indireta colaboraram na construção deste trabalho.

Muito obrigado!!!

ARTIGO CIENTÍFICO

“Diagnóstico Fibromialgico em dor orofacial: Revisão de literatura”.

DIAGNÓSTICO FIBROMIÁLGICO EM DOR OROFACIAL: REVISÃO DE LITERATURA.

Neimar Brandão Bráz¹
Ricardo Boson Campinho²
Raimundo Silva Rocha³
Murilo Souza Oliveira⁴

RESUMO

Muitas pessoas passam por vários especialistas e tomam eternas doses de analgésicos até descobrirem que são portadoras de Fibromialgia, síndrome ainda pouco familiar, até mesmo para a classe médica. A Fibromialgia é uma doença de etiologia desconhecida a qual afeta entre outras, a musculatura da face, crânio, pescoço, como também outras áreas do corpo. Existem atualmente poucos estudos publicados sobre a mesma na área odontológica. O seu diagnóstico ainda é bastante discutido e motivo de muitas controvérsias entre várias especialidades médicas. Devido a estas controvérsias, este artigo tem como objetivo proporcionar uma revisão de literatura das condições que se deve analisar para o diagnóstico fibromiálgico em dor orofacial diferenciando-o de outras condições orofaciais de ordem músculo- esquelética como a Disfunção Temporomandibular, Dor Miofacial e Cefaléia. Apesar do seu caráter subjetivo, apreciável em todas as suas dimensões apenas para quem a experimenta e de difícil verificação objetiva, a dor orofacial quando bem avaliada pode ser desvendada e cuidada

Palavras-chave: diagnóstico diferencial; fibromialgia; dor orofacial.

¹ Graduante em Odontologia pela Universidade Tiradentes; Aracaju/SE

² Graduante em Odontologia pela Universidade Tiradentes; Aracaju/SE

³ Especialista em Cirurgia Buço-Maxilo-Facial, Mestre em Patologia Oral, Professor adjunto III da disciplina Cirurgia Oral e Estágio Supervisionado II da Universidade Tiradentes

⁴ Mestre e especialista em prótese dentária; Professor da disciplina reabilitação oral protética II da Universidade Tiradentes

DIAGNOSIS FIBROMYALGIA IN PAIN OROFACIAL: REVIEW OF LITERATURE.

Neimar Brandão Bráz⁵
Ricardo Boson Campinho⁶
Raimundo Silva Rocha⁷
Murilo Souza Oliveira⁸

ABSTRACT

Many people go through several specialists and take eternal doses of painkillers to discover that they are carriers of Fibromyalgia Syndrome still little familiar, even to the medical profession. The Fibromyalgia is a disease of unknown origin which affects among others, the muscles of the face, skull, neck, but also other areas of the body. There are currently few studies published on the same area in dentistry. Their diagnosis is still much discussed and cause of many disputes between various medical specialties. Due to these controversies, this article aims to provide a literature review of the conditions that must be analysed for diagnosis fibromiálgico orofacial pain in differentiating it from other conditions orofaciais of order as the muscle-skeletal Temporomandibular Dysfunction, Miofacial Pain and Headache. Despite their subjective nature, appeared in all its dimensions only to those who try and difficult to verify objectively, the orofacial pain when well desvendada and can be evaluated carefully.

Keywords: differential diagnosis; fibromyalgia; orofacial pain.

⁵ Graduante Dentistry in the University Tiradentes; Aracaju / SE

⁶ Graduante Dentistry in the University Tiradentes; Aracaju / SE.

⁷ Specialist Surgery Buço-Maxillofacial, Master of Oral Pathology, Adjunct Professor III of discipline and Oral Surgery Stage II Supervised

⁸ Master and specialist in dental; professor of oral rehabilitation discipline prosthesis II of the University Tiradentes.

INTRODUÇÃO

Uma condição dolorosa pode ser considerada como uma experiência sensitiva e emocional desagradável podendo está relacionada a uma lesão real ou uma potencial lesão dos tecidos. Esta expressão varia também de acordo com a cultura, humor, personalidade e circunstancias. Fatores psicológicos também podem fazer com que a dor de uma lesão pareça mais ou menos intensa, fato que o clínico deve considerar. Cada indivíduo utiliza o termo dor através de suas experiências anteriores. A ocorrência da dor especialmente crônica é crescente hoje em dia devido a novos hábitos, expectativa de vida, modificações do ambiente em que vivemos e o reconhecimento de novos quadros dolorosos, assim como a dor causa grande estresse físico e emocional para o doente e o clínico.

A dor orofacial especificamente é um problema cada vez mais comum na população, representando uma condição deteriorante e debilitante na qualidade de vida de qualquer ser humano. Uma condição dolorosa pode estar associada aos tecidos do crânio, face, pescoço e estruturas da cavidade oral e pacientes com essa sintomatologia não devem ser atendidos e tratados apenas da dor no momento específico, mas sua abordagem deve ser feita por uma equipe multiprofissional, tais como: dentistas, médicos, fisioterapeutas e psicólogos, pois nessa condição de dor deve-se ter uma visão do paciente como um todo.

Como exemplo de dor orofacial a expressão Fibromialgia está associada a uma condição dolorosa generalizada e crônica. É considerada uma síndrome por possuir uma série de manifestações clínicas como dor, fadiga, indisposição e transtorno do sono. Hoje em dia também a Fibromialgia é tida como uma forma de reumatismo associada à sensibilidade de um indivíduo frente a estímulos dolorosos músculos - esqueléticos, o que não quer dizer que ela cause deformidade física ou outros tipos de seqüelas, no entanto ela pode prejudicar a qualidade de vida, desempenho pessoal, motivos que justifica levar a sério este tipo de paciente.

Um diagnóstico adequado, com suas bases principais apontadas para o manejo adequado da dor, é de suma importância em pacientes com dor orofacial (principalmente na Fibromialgia). A terapia pode ser pequena e simples e não se converter em uma experiência complicada e frustrante tanto para o clínico e como

para o paciente. O conhecimento por parte do clínico das condições e tipos de dores orofaciais para um correto diagnóstico é muito importante, assim como uma possível integração, caso seja necessário, entre especialidades que possam estar relacionadas.

O objetivo desse artigo é proporcionar uma revisão de literatura das condições que se deve analisar para o diagnóstico fibromiálgico em dor orofacial diferenciando-o de outras condições orofaciais de ordem músculo- esquelética como a Disfunção Temporomandibular, Dor Miofacial e Cefaléia.

2 REVISÃO DE LITERATURA E DISCUSSÃO

É através do diagnóstico que somos introduzidos na prática clínica e aprendemos a nos relacionar adequadamente com nossos pacientes, obtendo uma visão do mesmo como um ser mais complexo do que imaginamos, considerando todas as suas peculiaridades. Passamos então a coletar os dados, organizando os mais importantes, realizando os exames físicos gerais e especializados, com o intuito de possibilitar um diagnóstico cuidadoso.

Um indivíduo com dor necessita de um diagnóstico metodológico seguro e rigoroso, flexível e paciente, para que seja possível encurtar o caminho entre a suspeita diagnóstica e a abordagem terapêutica bem sucedida.

Apesar da síndrome da fibromialgia ser reconhecida a mais de um século, a etiologia, os sintomas e os critérios para o seu diagnóstico e controle terapêutico só passaram a ser estudados mais profundamente a partir da década de setenta por diversas especialidades (ANTÔNIO, 2001). Há várias descrições da doença desde os meados do século XIX, mas apenas foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como doença no final da década de 70 (BONALDO; GIALLUISI; REHDER, 2006).

Mesmo com o estabelecimento de seu conceito e a validade do uso do termo “fibromialgia” como diagnóstico específico tem sido motivo de debate na literatura até nos dias de hoje (MARTINEZ, 2006).

Traut, em 1968, definiu fibrosite como uma síndrome dolorosa músculo-esquelética generalizada que se acompanhava de fadiga, sono ruim e hipersensibilidade à palpação de certos pontos, localizados mais frequentemente na inserção de músculos e tendões (ANTÔNIO, 2001).

Segundo Smythe e Modolfsky, em 1972, descreveram determinados sítios anatômicos, denominados então “*tender points*”, os quais eram mais sensíveis à palpação em pacientes com fibrosite do que em indivíduos normais. A grande contribuição para a caracterização desta entidade como uma síndrome clínica distinta se deveu ao primeiro estudo controlado realizado por Yannus, em 1981, no qual se propunha a denominação de fibromialgia (ANTÔNIO, 2001).

Fibromialgia (FM) é uma enfermidade reumática crônica onde sua principal característica é a rigidez do músculo - esquelética e fadiga mantida no tempo, variando quanto à intensidade da dor e podendo provocar outros tantos problemas que afetam à qualidade de vida do indivíduo que chega a não demonstrar sua completa valia ante as tarefas do dia-a-dia (BENNETT, 1993).

A Fibromialgia é representada por um grupo de transtornos caracterizados por dores e rigidez dos tecidos fibrosos do corpo, isto é, nos músculos, ligamentos (que mantêm os ossos unidos entre si) e tendões (que mantêm os músculos ligados aos ossos). Assim, trata-se de um transtorno comum, considerado reumático. Segundo Peterson citado por Chaitow (2002) “Fibromialgia (FM) é uma síndrome complexa caracterizada pelo cansaço e a difusão da dor através do sistema músculo-esquelético com duração de três meses ou mais”.

2.1 FREQUÊNCIA

Estudos epidemiológicos populacionais recentes demonstram que a prevalência de enfermidades que causam dor crônica alcança taxa superior a 46,5% (BARBOSA, 2007). O alto índice reflete uma elevada demanda para o tratamento médico de moléstias que se acompanham de dor, dentre as quais estão a fibromialgia, dado ao seu impacto negativo na qualidade de vida.

De acordo com o estudo de Wolfe et al., o primeiro estudo epidemiológico a utilizar os critérios do American College Rheumatology (ACR), nota-se que a

prevalência de fibromialgia na população geral é de 0,5% para homens e de 3,4% para mulheres (GERMANOWICZ et al. 2006).

A síndrome foi inicialmente pensada como uma inflamação do músculo ou do tecido conjuntivo, conseqüentemente dando os nomes para a condição: fibromiosite, fibrosite, tensão psicogenética ou reumatismo crônico, e tensão mialgica. A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa de etiopatogenia incógnita com incidência de 1 a 5% na população em geral e mais freqüente no sexo feminino (9:1 nas mulheres), tem média a idade do seu início varia entre 30 e 35 anos e o seu diagnóstico entre 34 e 60 anos (CHAITOW, 2002). Esta síndrome pode apresentar-se em qualquer idade, inclusive na adolescência, afetando em geral às mulheres mais jovens. Nas pessoas idosas, o transtorno se apresenta com freqüência junto com uma artrite não associada à coluna vertebral.

Supõe-se que no Brasil mais de um milhão de indivíduos sofram de fibromialgia, com uma alta prevalência de mulheres (85%), que pode se manifestar a qualquer idade. Segundo o Colégio Americano de Reumatologia (ACR), em 1990, a idade média de pacientes acometidos com fibromialgia foi de 49 anos, com 80% dos pacientes eram do sexo feminino, 93% caucasianos, 5% hispânicos e 1% negros (ANTÔNIO, 2001).

2.2 SINTOMAS

A fibromialgia se caracteriza pela presença de dor intensa músculo-esquelética generalizada, crônica, dores musculares longas, com ambientes dolorosos específicos, associados comumente a distúrbios do sono, fadiga que não melhora com o repouso e que não guarda proporção com o esforço realizado, indisposição, dor de cabeça crônica e distúrbios psíquicos e intestinais ligados as principais funções do corpo humano (BALLINA et al. 1995).

A dor e a rigidez na FM podem manifestar-se por todas as partes do corpo ou podem estar restringidas a certos pontos, como na dor orofacial especificamente. A fibromialgia em todo o corpo é mais freqüente em mulheres que em homens. Os homens são mais propensos a manifestar fibromialgia numa zona específica (como na dor orofacial ou no ombro), provocado por um esforço muscular

reacional ou ocupacional (BALLINA et al. 1995). A fibromialgia não é um processo grave, mas a persistência dos sintomas pode interferir na qualidade de vida diária de modo muito importante. Na FM confinada a uma zona específica, a dor pode ser mais repentina e aguda, mas em ambos os tipos costumam piorar com o cansaço, o esforço ou a sobrecarga muscular.

A dor é o pior sintoma. Muitas pessoas que padecem de FM se sentem constantemente cansadas e têm problemas para dormir bem ou permanecer dormindo. Costuma-se descrever esse mal como "transtorno respiratório do sono". A dor e a rigidez com frequência pioram pela manhã e podem afetar mais os músculos que são utilizados de forma repetitiva nas atividades cotidianas. Já a fadiga é um sintoma que pode ser muito severo em alguns pacientes diminuindo suas atividades físicas ou pode ser leve em outros. A fadiga mental, alteração de humor, ou seja, sensação de abatimento geral, como se lhe tivessem tirado a energia e com pouca vontade de fazer as tarefas habituais é o que descreve às vezes a FM. Outras vezes pacientes referem como se tivessem os braços e as pernas pesados, ou seja, cansados (MARTINEZ; PANOSSIN; GAVIOLI, 2006). A síndrome intestinal irritável, tais como diarreia, dor abdominal, gases e náuseas, pode chegar a causar a morte dos pacientes com FM.

Podem surgir outros sintomas, tais como formigamento nas extremidades, "síndrome seca", ansiedade, depressão, parestesias, edema nas articulações, cefaléia com características de enxaqueca, porém não muito frequentes para que sejam considerados essenciais para o diagnóstico. Os doentes com FM se queixam de que "lhes dói tudo", nota seus músculos doloridos, e às vezes uma sensação de queimação ou fadiga muscular. Apesar da grande quantidade de sintomas que padecem estes pacientes o diagnóstico é clínico, pois as provas analíticas e radiológicas a que se submetem, em geral não mostram alterações, o qual se constitui num aspecto muito frustrante para eles (RHODUS, 2003).

A FM é um transtorno psíquico porque o ser humano é uma pessoa que pensa, atua e sente, não é só um corpo físico. Funciona de uma forma complexa onde intervêm todos os aspectos que rodeiam a pessoa como a família, o trabalho, os amigos, o ambiente, a situação física, o estado de ânimo e os pensamentos. Não se pode entender e ajudar a uma pessoa enferma com o tratamento unicamente de sua dor, é preciso entender esse complexo mundo de relações para tentar melhorar

seu padecimento e sua qualidade de vida. O fato de ter uma doença reumatológica não implica que esteja isento de padecer outros problemas tanto físicos como psíquicos (RHODUS, 2003). Quando uma pessoa afetada de FM tem problemas de ansiedade ou padece um estado depressivo, seu estado geral se agrava.

A FM pode variar desde sintomas leves até casos em que as dores, fadiga e depressão sejam tão intensas que impeçam o desempenho da atividade profissional e social. A incapacidade funcional dos doentes de FM reflete – se adversamente no desempenho ocupacional, dificultando a realização de uma série de tarefas motoras e compreensão. Os sintomas de FM causam grande impacto no cotidiano e promovem a ruptura da rotina, cuja consequência tende a se manter ao longo do tempo, em razão da cronicidade da doença. A prevalência de anormalidades psicológicas, particularmente a depressão, é elevada entre esses pacientes, variando de 49% a 80%. A depressão pode iniciar ou perpetuar os sintomas, provocar limitações funcionais importantes e, conseqüentemente, influenciar a qualidade de vida dos pacientes (BERBER, 2005).

Alguns fatores podem agravar os pacientes que sofrem de FM, tais como: frio ou clima úmido, sono não restaurador, fadiga física ou mental, excesso de atividade física, inatividade física e ansiedade ou estresse (ANTÔNIO, 2001). Outros fatores podem melhorar, como: calor e clima seco, banhos ou compressas quentes, boa qualidade do sono, atividade física moderada e exercícios de fortalecimento.

Geralmente os sintomas clínicos decorrem de alterações do mecanismo central de controle da dor e/ou disfunção dos neurotransmissores inibitórios (serotonina, encefalina, noropinefrina) ou excitatórios (substância P, glutamato, bradicinina), bem como predisposições genéticas e fatores psicológicos.

2.3 ETIOLOGIA

Ainda que se desconheça sua causa, a fibromialgia pode ser desencadeada pelo estresse físico ou mental, uma posição inadequada ao dormir, uma ferida, a exposição à umidade ou o frio, certas infecções e, em ocasiões, por artrites reumatóide ou um transtorno relacionado (SENN, 2004).

A síndrome de fibromialgia aparece nas mulheres devido a elas serem mais susceptíveis a sofrerem de depressão, ansiedade ou tensão nervosa, com frequência associada ao transtorno do sono (sono irregular e não reparado, porque o sono perdido não pode ser recuperado) (GOLDENBERG,1987).

Parece haver na literatura um consenso de que normalmente não há lesão neurológica central, nem periférica, sendo considerada apenas como uma disfunção.

Os estudos mais recentes estão agora mostrando que a diminuição da regulação da dor dos pacientes com FM pode estar associada com mudanças no processo de percepção da dor pelo organismo; as causas não são compreendidas ainda, no entanto alguns exames específicos de química sanguínea para FM mostraram elevados níveis de ácido hialurônico no soro de mulheres com FM, associado a isto se encontra uma substância chamada hialuronidase (H-ase) que contribui a diminuir os níveis de ácido hialurônico a qual em situações de ansiedade ou estresse se encontra deprimida (GOLDENBERG,1987).

Outras substâncias como a serotonina, de importância na regulação da dor, foram detectadas em níveis baixos. Outro achado recente é a diminuição da concentração de hormônio de crescimento (GH) nos pacientes com FM, em estudos realizados seu incremento influenciou muito na melhoria dos pacientes afetados num período de nove meses em média (RHODUS, 2003).

Encontraram-se evidências de casos de FM os quais começaram depois de processos específicos que afetaram de maneira pontual ao indivíduo, como infecções bacterianas ou virais, transtornos emocionais fortes como separação, morte de parentes próximos, problemas sérios de relacionamento familiar ou afetivo, em outros casos acidentes ou posterior a outras doenças que afetem de maneira limitativa a qualidade de vida do enfermo, como artrite reumática, lupus eritematoso, diabete mellitus etc. (MARTINEZ; PANOSSIN; GAVIOLI, 2006). Tudo indica que estes agentes não são os causadores da FM, mais atuam como desencadeantes ou disparadores da mesma que pode ter estado presentes com características muito leves, quase imperceptíveis no paciente.

A associação desta doença com o estresse é cada dia mais forte. Ainda que as investigações clínicas estejam dirigidas ao estudo da sintomatologia,

alterações musculares, alterações do sistema imunológico ou problemas hormonais, numerosos pesquisadores têm avaliado as manifestações psicológicas e psiquiátricas da mesma. A ansiedade e a depressão parecem influenciar de maneira clara no aumento dos sintomas da doença, associadas as características da vida atual (como o excesso de trabalho) se manifestando como um potencial desencadeador do processo de manifestação da doença (BENNETT, 1993).

De acordo com Oliveira, 2007, a teoria para a etiologia da síndrome da fibromialgia, destaca três fatores, são eles:

- 1- Lesão muscular: aumento da predisposição do músculo ao microtrauma, excesso ou carência de atividade física, microtrauma muscular e lesão local, mialgia e fadiga, ansiedade e inatividade e receio.
- 2- Sono não restaurado: aumento da transmissão da dor e diminuição da tolerância a dor, mialgia, fadiga e distúrbio do sono, paciente altamente sensível e queixoso.
- 3- Psicofisiologia: depressão, culpa insuportável e ansiedade, tendências egocêntricas e comportamento de recusa da dor, percepção central da dor, dor contínua, anorexia, sofrimento, insônia e fadiga, falta de disposição, preocupações hipocondríacas e demência.

Cada paciente afetado pela Fibromialgia apresenta sinais, sintomas e etiologias diferentes. Muitos destes são similares aos que caracterizam outros transtornos orofaciais, como: DTM, Dor Miofacial, Cefaléia. (OLIVEIRA, 2007), fato esse que tem feito com que uma nova área seja aberta para o estudo do correto diagnóstico de fibromialgia e como diferencia-la de outras enfermidades orofaciais.

3 DIAGNÓSTICO

Os médicos, em geral, são treinados para diagnosticar e tratar doenças que tenham achados objetivos claros e alterações laboratoriais. Quando encontram pacientes com queixas dolorosas de músculos e articulações, com poucos achados

ao exame físico, tem dificuldade em abordar tais pacientes, fazer o diagnóstico e propor o tratamento efetivo (CARNEIRO, 2006)

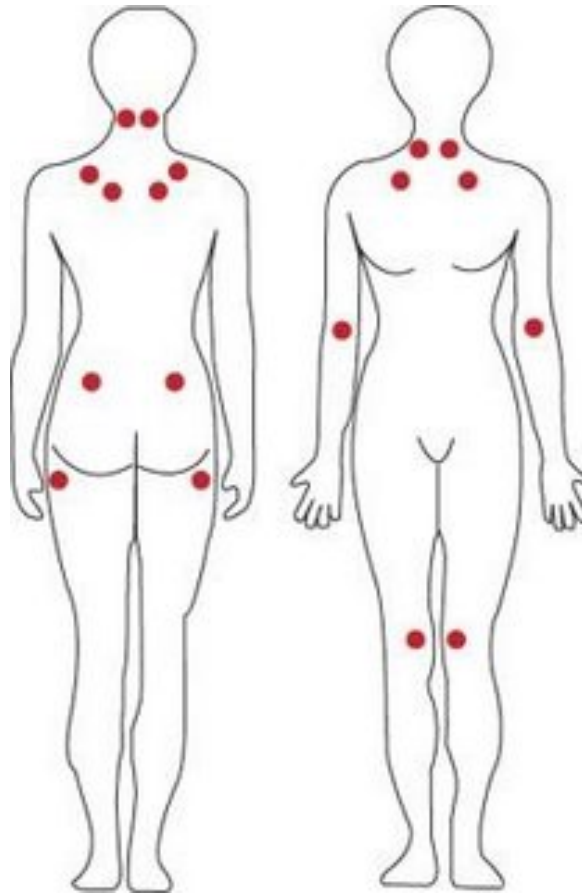
Mesmo quando não existam provas específicas de comprovação da doença, o primordial no diagnóstico da FM é uma completa anamnese, acompanhada da história clínica do paciente e um bom exame físico. O Dentista deve associar as características da doença com as características das entidades habitualmente descritas para outras patologias orofaciais músculo - esquelético, como: disfunção temporomandibular, dor miofacial e cefaléia, já que muitas delas podem ser comuns para todo o grupo, no entanto o descarte das outras características da doença permitirá ao dentista orientar-se no possível diagnóstico da mesma e proceder ao tratamento da sintomatologia (ANDREU; SANZ, 2005).

O diagnóstico da síndrome de fibromialgia se baseia no tipo e na localização da dor. Determina-se se a pressão produz dor num ponto (pontos sensíveis), ou se a dor parece mover-se (irradiar-se) a outras zonas (pontos gatilho).

3.1 FIBROMIALGIA (FM)

A manifestação clínica comum da FM é dor músculo-esquelético difusa crônica ou em queimação ou ainda localizada nos pontos sensíveis em ambos os lados do corpo. Segundo a American College of Rheumatology (ACR), a FM pode ser definida como uma síndrome cujo diagnóstico é dado pela presença de dor à palpação de pelo menos 11 dos 18 PS_s (Pontos Sensíveis) apontados (OLIVEIRA, 2007).

Os pontos sensíveis são bilaterais e se localizam na região cervical, costelas, epicôndilo lateral, joelho, região occipital, trapézio, supra espinhal, região glútea e trocante maior.



No exame físico, a única alteração característica é a hipersensibilidade dolorosa à pressão digital em áreas musculares circunscritas e específicas (MARTINEZ; PANOSSIAN; GAVIOLI, 2006).

A palpação digital dos PS_s associados à FM deve ser realizada com aproximadamente 4 Kg de pressão (força necessária para deformar levemente uma bola de tênis) e para que o ponto seja considerado positivo, o paciente deve referir dor no local palpado, sendo a queixa de sensibilidade local insuficiente para considerá-lo positivo.

Os pontos sensíveis da FM são menos irritáveis e necessitam de uma maior pressão para desencadear a dor a palpação com queixa de dor local e dispersa em torno da área dolorosa. Não existem pontos sensíveis específicos sobre a musculatura da face para realizar o diagnóstico da FM.

Na FM, o relato da presença de pontos sensíveis em diferentes partes do corpo deve servir como um indicativo da necessidade de uma avaliação médico reumatológica para um diagnóstico.

Os critérios maiores para diagnóstico da fibromialgia são dor difusa com no mínimo três meses de duração, muitos pontos sensíveis em pelo menos 6 locais anatômicos específicos e ausência de doença como causa para a fibromialgia.

Os critérios menores são sono não restaurado, rigidez matinal, fadiga e cansaço diurno, edema, agravamento com o frio, estresse ou atividade, melhora com repouso, calor e condicionamento físico, enxaqueca e síndrome do cólon irritável.

3.2 DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM)

Disfunção temporomandibular (DTM) no que se refere as condições musculares é uma enfermidade que abrange um grande número de distúrbios funcionais do sistema estomatognático, da articulação temporomandibular (ATM) e dos músculos craniocervicofaciais, considerando-se as inter-relações artrogênicas e miogênicas da mesma forma como a influência do sistema nervoso, dos órgãos internos e do psiquismo (OLIVEIRA, 2007).

Atualmente é reconhecido o papel dos fatores emocionais (ansiedade e a depressão), como sendo fatores primários ou de manutenção da dor. O paciente pode apresentar sinais e sintomas como dor na região da ATM, limitação de abertura bucal, sensação de rosto cansado ao acordar, dor de cabeça na região temporal e ainda queixar-se que a dor é precipitada ou exacerbada com a mastigação de alimentos duros (SILVEIRA, 2004).

Uma avaliação criteriosa dos sinais e sintomas do paciente portador de DTM é de fundamental importância, onde algumas vezes faz-se necessário o emprego de tomografia computadorizada ou ressonância magnética, para confirmar o diagnóstico (SILVEIRA, 2004).

A DTM se caracteriza por uma hiperatividade dos músculos mastigatórios, ruídos articulares, crepitação, estalido e função articular irregular ou limitada (OLIVEIRA, 2007).

3.3 SÍNDROME DE DOR MIOFACIAL (SMF)

A Síndrome de Dor Miofascial (SMF) é uma enfermidade muscular causada por traumas ou micro-traumas repetidos na massa muscular, com liberação de substâncias (substâncias estas que promovem a sensação dolorosa) e o aparecimento de pontos dolorosos chamados "pontos gatilhos.

A SMF é descrita como uma disfunção neuromuscular regional caracterizada pela presença de focos sensíveis em bandas musculares tensas, conhecidas como pontos gatilhos (PG_s), que produzem dor referida em áreas distantes ou adjacentes (OLIVEIRA, 2007).

Os PG_s na SMF, acometem, em geral, a musculatura postural de todas as regiões da coluna e da cintura escapular e, em menor frequência, os músculos temporal, masseter e músculos específicos do membro inferior (OLIVEIRA, 2007).

Com relação à etiologia da SMF, existem inúmeros fatores desencadeantes e, por se tratar de uma disfunção relacionada à atividade muscular repetitiva e/ou sustentada ou ainda à sobrecarga ou ao estiramento excessivos de um músculo, fica claro que portadores de hiperatividade da musculatura mastigatória, pacientes submetidos a procedimentos intra-orais prolongados ou ainda indivíduos acometidos por subluxação ou luxação da articulação temporomandibular têm potencial para formação de PG_s na face característicos da SMF (ANDREU e SANZ, 2005).

A SMF pode acometer ambos os sexos sendo mais comum no sexo feminino, nas pessoas inativas e sedentárias, atingindo principalmente a faixa etária dos 30 aos 49 anos, ocorrendo raramente em crianças até a adolescência.

Como as hipóteses inflamatórias e de alteração neuromuscular são controversas, atualmente, a teoria mais aceita para formação dos PG_s é a da lesão isquêmica, demonstrada pela evidência de atrofia de fibras musculares e diminuição de fosfatos de alta energia em tecidos retirados de PG_s.

O diagnóstico da SMF é clínico, o paciente apresenta queixas de dor persistente, já tendo procurado vários profissionais, sendo que os exames complementares apresentam-se sem alterações. O diagnóstico da SMF baseia-se na presença de PG_s caracterizados por banda tensa e palpável no tecido muscular,

com sensibilidade focal aguda à pressão manual de aproximadamente 2Kg, com resposta de contração a palpação ou à inserção de uma agulha hipodérmica. Além disso, a manutenção do estímulo deve produzir queixa de dor referida, originada por sua irritação, com uma distribuição marcada por um padrão de referência sem ligação com dermatomo específico ou trajeto de um nervo periférico (OLIVEIRA, 2007).

Assim, para o diagnóstico da SMF, deve-se constatar dor na mandíbula, face ou ao redor dessas regiões, assim como dor à palpação de 3 ou mais dos 20 PG_s específicos dos músculos craniofaciais sem alteração da atividade eletromiográfica da musculatura dolorosa da face.

Segundo a “American Rheumatism Association”, em 1987, os critérios maiores para diagnóstico da dor miofacial são: queixa de dor regional, dor nos pontos gatilho, banda tensa palpável no tecido muscular, sensibilidade focal no ponto gatilho e alguma restrição do movimento. Os critérios menores são: queixa de dor pela pressão no ponto gatilho, resposta de contração pela palpação e pela inserção de agulha no ponto gatilho e dor que é diminuída pelo alongamento, pela compressão ou pela inserção de agulha no ponto gatilho (OLIVEIRA, 2007).

As respostas associadas a compressão ou a inserção de agulha nos pontos gatilhos são vasoconstrição local, sudorese, coriza, lágrima e atividade piloerectora.

3.4 CEFALÉIA

É definida como a dor que ocorre na cabeça sem relação temporal com outros transtornos que poderia ser reconhecido como causa de cefaléia. (STUGINSSKI-BARBOSA; DACH; SPECIALI, 2007).

Ela esta comumente associada com tensão muscular. A cefaleia tencional e muito frequente na população em geral, representando aproximadamente 60% das cefaléias tratadas em clinicas especializadas. Sua freqüência e de 30 a 70% mais freqüente nas mulheres. A Cefaléia apresenta episódios crônicos (15 episodios por mês com um mínimo 6 meses de duração). A dor se manifesta geralmente de forma bilateral, com intencidade variável, usualmente de leve a moderado, pulsatil, com

sensação de pressão na cabeça, e normalmente descreve como se tivesse alguma coisa comprimindo a sua cabeça. A dor varia de minutos a dias, com sintomas como fobia, náuseas, anorexia, especialmente no estado crônico. Esse tipo de cefaléia não é afetado por atividade física (ACOSTA ORTIZ, 2001).

Estudos realizados em pacientes com FM não demonstram claramente que a cefaléia é mais prevalente nesses pacientes quando comparados a população em geral. Por outro lado, levando em consideração que a prevalência de FM em grupos populacionais varia de 2% a 3%, a prevalência de FM entre os pacientes com cefaléia foi acima de 17,6%, chegando a 40% no estudo de OKIFUJI et al. Como na FM, a dor é o principal sintoma na cefaléia (STUGINSSKI-BARBOSA; DACH; SPECIALI, 2007).

4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A doença dificilmente é identificável corretamente apenas com exame clínico. Tais exames na verdade, devem ser trabalhados de modo a garantir ao profissional, pelo critério de exclusão, desconsiderar a possibilidade de confusão com outras doenças tais como DTM, síndrome de dor miofacial e cefaléia. Ela também pode vir associada com Lupus Eritematoso, Síndrome de Sjögren, Osteoartrose e Artrite Reumatóide.

Em 1996, Plesh et al. estudaram a inter-relação entre a FM e a DTM e relataram que 18,4% dos portadores de DTM investigados apresentavam sintomas de SF, enquanto 75% dos portadores de FM satisfaziam os critérios de diagnóstico de DTM. Assim como na SMF, os critérios para diferenciar a FM da DTM devem incluir a investigação diagnóstica, não limitada às estruturas craniofaciais (OLIVEIRA, 2007).

4.1 FM X DTM

Quando as referidas patologias manifestam-se nas regiões de cabeça, pescoço e face, elas apresentam em comum dor nos músculos craniocervicofaciais e alteração funcional do sistema estomatognático. Como sintoma comum à FM e

DTM, estão os distúrbios do sono. Por isso, torna-se necessária a detecção de pelo menos 11 dos 18 PS_s para confirmar o diagnóstico da FM (OLIVEIRA, 2007). E possibilitar o encaminhamento terapêutico apropriado, uma vez que esse paciente necessitará de intervenção especializada e prática de atividade física orientada.

4.2 SMF X DTM

Como descrito anteriormente, a presença de sobrecarga funcional por alteração da biomecânica normal da região craniocervicofacial pode levar à SMF na face, com presença de 3 a 19 PG_s, caracterizados por bandas musculares tensas, sem alteração da atividade mioelétrica (OLIVEIRA, 2007).

Os PG_s podem estar presentes na DTM miogênica acometendo os músculos craniocervicofaciais em número máximo de 3 pontos. Dessa forma, além dos achados clínicos de dor nos músculos cranocervicofaciais, alteração funcional e distúrbios do sono, para o diagnóstico diferencial (OLIVEIRA, 2007). É sugerido o uso da avaliação eletromiográfica para confirmar ou não a presença de alteração da atividade mioelétrica dos músculos da mastigação, característica da DTM miogênica.

4.3 SMF X FM

	SÍNDROME MIOFASCIAL	FIBROMIALGIA
PREVALESCÊNCIA	Sexo Feminino 3 Sexo Masculino 1	<i>Feminino 9 Masculino 1</i>
INICIO	Agudo ou Crônico	<i>Crônico</i>
DOR MUSCULAR	Presente regional	<i>Difusa</i>
EXAME FÍSICO	Bandas Palpares Pontos Gatilho Dor Referida	<i>Pontos Latentes Dor Local</i>
FADIGA	Rara	<i>Pronunciada</i>
DISTÚRPIO DO SONO	Ocasional	<i>Comum</i>
DISTÚRPIO GÁSTRICO INTESTINAL	Não	<i>Comum Síndrome Colon Irritado</i>
<i>DISTÚRPIO GÁSTRICO INTESTINAL</i>	<i>Geralmente Bom</i>	<i>Crônico</i>

Fonte: Pesquisa dos autores deste trabalho.

Considerando – se o que demonstra o quadro acima, para a realização do diagnóstico diferencial entre a SMF e FM, deve – se analisar os critérios fornecidos pelo ACR.

4.4 CEFALÉIA X FM

Condições	Cefaléia	<i>Fibromialgia</i>
Idade	Terceira década	<i>Quinta década</i>
Tipo de dor	Aparente	<i>crônica</i>
Predominância	Ligeiramente mulheres	<i>Mulheres 9:1</i>
Localização	Bilateral	<i>Bilateral</i>
Fatores Desencadeadores da dor	Stress, Tensão mental	<i>Pressão em pontos dolorosos</i>
<i>Sintomas associados</i>	<i>Fobia, náuseas de maneira isolada</i>	<i>Fadiga geral e problemas do sono</i>

Fonte: (ORTIS, 2001)

De acordo com o quadro acima, podemos perceber que a predominância dessas enfermidades ocorre com freqüência nas mulheres, em adultos, e se caracterizam pela presença de dor.

5 CONCLUSÃO

A FM não possui etiologia específica.

Com o aumento do estresse, ansiedade, depressão entre as pessoas hoje em dia, passa a ser muito mais comum o aparecimento dessas patologias orofaciais, como Fibromialgia, Disfunção Temporomandibular, Dor Miofacial e Cefaléia o que faz com que a procura por atendimento odontológico motivado por dor orofacial e alterações do sistema estomatognático seja bastante grande.

O portador da FM assim como seus familiares com quem convive, devem saber que a fibromialgia é uma causa de dor e fadiga crônica, que precisa ser tratadas do mesmo modo que outras doenças crônicas. Portanto a terapia não deve visar apenas a supressão da dor, mas sim a melhora da qualidade de vida do paciente.

O Cirurgião-dentista deve procurar fazer uma anamnese, um bom exame clínico e avaliação física do paciente se utilizando dos critérios lógicos para diagnóstico da FM e para o diagnóstico diferencial da mesma em relação à Disfunção Temporomandibular, Dor miofacial e Cefaléia a fim de chegar a um diagnóstico preciso e correto como também encaminhar o paciente a especialistas se necessário, e indicar a terapia mais eficaz. Entendemos portanto que um protocolo de atendimento multidisciplinar longitudinal é o mais adequado.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA ORTIZ, R. **Diagnóstico diferencial del dolor orofacial II. Asociado A Desordenes, vasculares y musculoesqueléticos.** Rev. Fac. Odontl. Univ. Antioquia. 2001 13 (1) págs. 17-28.
- ANDREU, IL; SANZ J. **La fibromialgia y su diagnóstico.** Ver. Clin, Esp. 2005, 205 (7) 333-6
- ANTÔNIO, S. F. **Fibromialgia** (Fibromyalgia syndrome). RBM – VER. MED. - VOL. 58 - EDIÇÃO ESPECIAL - DEZEMBRO DE 2001. 216-224 PP.
- BALLINA, G.F.J., MARTÍN, L.P., IGLESIAS, G.A., HERNÁNDEZ, M.R.; CUETO, E.A. **La Fibromialgia. Revisión clínica.** Revista Clínica Espanhola. 1995. 195, 326-334.
- BENNETT RM: The **Fibromyalgia syndrome**: myofascial pain and chronic fatigue syndrome. In: Kelley WN, Harris Jr. ED, Ruddy S, Sledge CB, editors. Textbook of Rheumatology, 4th ed, Philadelphia, WB Saunders, 471-83, 1993.
- BERBER, J.S.S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. **Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia.** (Prevalence of Depression and its Relationship With Quality of Life in Patients with Fibromyalgia Syndrome). Rev. Bras Reumatol, v.45, n.2, p.47-54, mar/abr,2005.
- BONALDO, P.; GIALLUISI, P.M.M.; REHDER, M.I.B.C.. **Investigação Fonoaudiológica em Portadores de Fibromialgia.** (Speech-language investigation in Fibromyalgia Patients). Rev CEFAC, São Paulo, v.8, n.2, 178-85, abr-jun, 2006.

- CHAITOW, L: **Síndrome da Fibromialgia**. Ed. Manole: São Paulo, 2002.
- GERMANOWICZ, D.; LUMERTZ, M.S.; MARTINEZ, D.; MARGARITES, A.F. **Coexistência de Transtornos Respiratórios do Sono e Síndrome**. (Sleep Disordered Breathing Concomitant with Fibromyalgia Syndrome). J Bras Pneumol. 2006; 32(4):333-8.
- GOLDENBERG D.L. **Fibromyalgia syndrome**: an emerging but controversial condition. JAMA 257: 2782-7,1987.
- MARTINEZ, J.E. **Fibromialgia**: O Desafio do Diagnostico correto. Rev Brás Reumatol, v.46, n. 1, p. 1-2, jan/fev, 2006.
- MARTINEZ, J.E.; PANOSSIAN, C.; GAVIOLI, F. **Estudo Comparativo das Características Clínicas e Abordagem de Pacientes com Fibromialgia Atendidos em Serviço Público de Reumatologia e em Consultório Particular**. 2006
- OLIVEIRA, A.S.; RODRIGUES, D.; SEMEGHINI, T.A.; CARIA, P.H.F. **Diagnóstico Diferencial entre DTM, síndrome da fibromialgia**. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2007, 59 (3) pags. 195-200.
- RHODUS, N.L; FRICTON J; CARLSON P; MESSNER R. **Oral symptoms associated with fibromialgia**. [(iah) Medline, 1997-2008.
- SENNA ER, DE BARROS AL, SILVA EO, Et. Al. **Prevalence of rheumatic diseases in Brazil**: a study using the COPCORD approach. J Rhemautol 31(3): 594-7, 2004.
- SILVEIRA, S. **Disfunção da ATM e Dor Orofacial**. Rev. APCD, ano I, n.6, nov/dez, 2004.
- STUGINSKI-BARBOSA, J.; DACH, F.; SPECIALI, J. **Relação entre Cefaléia Primária e Fibromialgia: Revisão de Literatura**. (Relationship Between Primary Headache and Fibromyalgia: Literature Review). Rev Bras Reumatol, v.47, n.2, p.114-120, mar/abr, 2007.