REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

EVOLUÇÃO CLÍNICA E FUNCIONAL DE UMA PACIENTE COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR SUBMETIDA A TRATAMENTO MULTIMODAL: RELATO DE CASO

CLINICAL AND FUNCTIONAL EVOLUTION OF A PATIENT WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDER UNDERGOING MULTIMODAL TREATMENT: A CASE REPORT

Ciências Humanas • 13/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794518388

Lorena Marzano Reis[1]

Luísa Marzano Reis[2]

Martinelle Ferreira da Rocha Taranto[3]

Sandy Giarola de Castro Mendonça[4]

RESUMO

A disfunção temporomandibular (DTM) constitui um grupo de condições musculoesqueléticas que podem envolver a articulação temporomandibular (ATM), os músculos da mastigação e estruturas associadas, com potencial repercussão sobre dor, função e atividades diárias. Este relato de caso relata a evolução clínica de uma paciente mulher, de 57 anos, com dor crônica na face, predominantemente ao lado esquerdo, cefaleia frequente, dor retro orbitária e auricular, artralgia de ATM e componente miofascial, acompanhada longitudinalmente entre os meses de janeiro de 2025 e setembro de 2026. Na avaliação inicial, apresentava abertura bucal não assistida de 35 mm, abertura forçada de 45 mm, deflexão para a esquerda, hipomobilidade da ATM esquerda e dor severa no masseter com reprodução da dor familiar. A abordagem incluiu terapia farmacológica adjuvante, placa estabilizadora, fisioterapia especializada em DTM, agulhamento seco, fotobiomodulação, viscossuplementação associada a fibrina rica em plaquetas (PRF) e, posteriormente, novo ciclo de viscossuplementação bilateral. Após 7 dias de amitriptilina, a intensidade de dor registrada reduziu do nível 10 para o 3; ao longo do seguimento ocorreram períodos de ausência de dor muscular e redução expressiva da frequência de enxaqueca. No acompanhamento tardio, observou-se abertura de 45 mm sem deflexão e ausência de dor muscular à palpação, embora persistisse artralgia residual na ATM esquerda. Este caso sugere que uma estratégia multimodal e individualizada pode acompanhar melhora clínica e funcional em DTM complexa, sem permitir atribuir o resultado a uma intervenção isolada. A ausência de instrumento validado de qualidade de vida limita a mensuração desse desfecho.

Palavras-chave: disfunção temporomandibular; dor orofacial; articulação temporomandibular; viscossuplementação; tratamento multimodal.

ABSTRACT

Temporomandibular disorder (TMD) comprises a group of musculoskeletal conditions that may involve the temporomandibular joint (TMJ), muscles of mastication, and associated structures, potentially impacting pain, function, and daily activities. This case report describes the clinical course of a 57-year-old female patient presenting with chronic facial pain (predominantly on the left side), frequent headaches, retro-orbital and auricular pain, TMJ arthralgia, and a myofascial component; she was monitored longitudinally from January 2025 to September 2026. Initial assessment revealed an unassisted mouth opening of 35 mm, a forced opening of 45 mm, deflection to the left, left TMJ hypomobility, and severe masseter pain that reproduced her familiar pain. The treatment approach included adjuvant pharmacotherapy, a stabilization splint, physical therapy, dry needling, photobiomodulation, viscosupplementation combined with platelet-rich fibrin (PRF), and subsequently, a new cycle of bilateral viscosupplementation. After 7 days of amitriptyline, reported pain intensity dropped from level 10 to 3; throughout the follow-up period, there were intervals free of muscle pain and a significant reduction in migraine frequency. Long-term follow-up showed a mouth opening of 45 mm without deflection and an absence of muscle pain upon palpation, although residual left TMJ arthralgia persisted. This case suggests that a multimodal, individualized strategy can lead to clinical and functional improvement in complex TMD cases, though the outcome cannot be attributed to any single intervention. The lack of a validated quality-of-life instrument limits the measurement of this specific outcome.

Keywords: temporomandibular disorders; orofacial pain; temporomandibular joint; viscosupplementation; multimodal treatment.

1. INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares (DTM) compreendem condições musculoesqueléticas e neuromusculares que envolvem a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios e outras estruturas relacionadas. O sistema DC/TMD reforça a necessidade de integrar a história clínica do paciente, exame físico padronizado e avaliação de aspectos psicossociais, reconhecendo que diferentes diagnósticos articulares e musculares podem coexistir no mesmo paciente (Schiffman *et al.*, 2014).

A DTM é mais comum do que se imagina e apresenta maior ocorrência no sexo feminino. Em metanálise da população brasileira, a prevalência combinada foi de 33,6%, com maior frequência em mulheres do que em homens, resultado coerente com a literatura internacional sobre as diferenças relacionadas ao sexo (Melo et al., 2025). Essa prevalência, entretanto, não deve ser interpretada por uma única causa hormonal ou emocional: a compreensão contemporânea da DTM é biopsicossocial e multifatorial, envolvendo fatores nociceptivos, biomecânicos, comportamentais e psicossociais.

Dor na região pré-auricular, cefaleia, dor nos músculos da mastigação, limitação ou alteração do padrão de abertura bucal e ruídos articulares podem comprometer a alimentação, a fala, o sono, o trabalho e também o convívio social. Revisões sistemáticas demonstram associação entre DTM e pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, frequentemente mensurada por instrumentos como o OHIP-14 e o SF-36 (Qamar et al., 2023). Por isso, além de reduzir a intensidade da dor, o tratamento deve buscar a

recuperação funcional e a redução da interferência dos sintomas nas atividades diárias.

O manejo deve ser individualizado e, em regra, se iniciar por estratégias conservadoras e reversíveis. Revisões de diretrizes favorecem uma abordagem multimodal, incluindo a educação, o autocuidado, o exercício/fisioterapia e, em situações selecionadas, terapia com placas estabilizadoras e farmacoterapia adjuvante (Tran et al., 2022). A evidência para placas oclusais mostra benefícios pequenos ou neutros quando são comparadas a outras intervenções conservadoras, o que reforça que elas devem ser consideradas como parte de um plano mais amplo e não como único tratamento (Del sorbo et al., 2026).

Nos casos de DTM com comprometimento articular, algumas opções de tratamento que são minimamente invasivas vêm sendo estudadas, como por exemplo, a aplicação de ácido hialurônico e o uso de concentrados plaquetários. Alguns estudos mostram que existem diferenças importantes entre as formas de utilização do ácido hialurônico. Em relação ao PRP e ao PRF, as pesquisas recentes sugerem que esses recursos podem contribuir para a redução da dor e para a melhora da abertura bucal, embora os resultados ainda sejam variáveis e os benefícios observados sejam, em geral, modestos. (Ferreira et al., 2018; Nagori et al., 2024). As intervenções voltadas ao componente miofascial, como a fisioterapia, o agulhamento seco e a fotobiomodulação, também apresentam resultados promissores, embora com diferentes níveis de certeza (Zhang et al., 2021; Farshidfar et al., 2023; Khayamzadeh et al., 2025).

Diante da complexidade clínica e da necessidade de acompanhamento longitudinal, o objetivo deste relato é mostrar a evolução de uma paciente adulta com DTM de predomínio esquerdo, associando componente articular e miofascial, submetida a uma sequência terapêutica multimodal ao longo de aproximadamente vinte meses.

2. RELATO DO CASO

2.1. Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Afya – Centro Universitário São João Del-Rei (CAAE: 92954925.9.0000.9667 Parecer nº 7.936.189). A paciente autorizou o uso anonimizado dos dados clínicos para fins científicos por meio de termo de consentimento livre e esclarecido.

2.2. Avaliação Inicial

Paciente do sexo feminino, 57 anos, procurou atendimento por dor crônica predominantemente no lado esquerdo do rosto e da cabeça. O histórico dessa paciente registrava passagens prévias por diferentes áreas profissionais, incluindo neurologia e especialistas em cefaleia e DTM. A paciente relatava dor no musculo temporal anterior na face esquerda, dor retro orbitária, dor auricular à esquerda desde o mês de maio de 2024 e dor na região da ATM. Ela relatou história de cefaleias ao longo da vida e realização de tratamento prévio para migrânea com pamelor e topiramato. Mesmo após a melhora do quadro migranoso e a interrupção dessas medicações, a cefaleia unilateral do lado esquerdo, persistiu.

A dor apresentava início gradual, de caráter pulsátil associado à sensação de pressão, com duração de algumas horas diariamente. A paciente relatou que frequentemente acordava com dor e, em algumas ocasiões, despertava de dor durante a madrugada. Para essas crises, constava uso de naramig 2,5 mg. Não relatou fotofobia, náuseas ou zumbido associados. Quando era questionada posteriormente sobre fatores de piora ou melhora, não identificou desencadeantes específicos.

Entre seus hábitos parafuncionais, foi relatado hábito constante de mascar chicletes, sendo orientada a interromper o mesmo. Ela informou uma média qualidade de sono, em média entre 7,5 e 8 horas por noite, sem relato de ronco ou apneias presenciadas, porém com micro despertares causados pelos episódios de dor durante a madrugada. O prontuário registrava atividade física constante e consumo de cafeína bem distribuído ao longo do dia.

Ao exame, foi constatado dor articular predominantemente à esquerda e dor severa no músculo masseter capaz de reproduzir a dor familiar da face e da cabeça, além de uma discreta sensibilidade cervical. A abertura bucal não assistida da paciente foi registrada em 35 mm e a abertura forçada em 45 mm. Não havia presença de desvio transitório, porém observava-se uma deflexão para o lado esquerdo. No exame articular descrito no prontuário, não foi registrado dor a palpação na ATM direita, já na ATM esquerda apresentava dor de alta intensidade no polo lateral e menor intensidade no aspecto posterior. A documentação clínica dessa paciente registrava também osteoartrite/alterações degenerativas de ATM, com tomografia prévia considerada no planejamento terapêutico.

Foi realizado o bloqueio com anestesia intra-articular diagnóstica à esquerda associado a algumas manobras articulares, com melhora parcial da deflexão e da mobilidade. Diante desse conjunto clínico, o planejamento foi priorizar o controle da dor, a melhora funcional, o manejo do componente miofascial e acompanhar a condição articular.

2.3. Evolução do Tratamento

Em 23 de maio de 2024, a paciente realizou um exame de tomografia computadorizada solicitado por outro profissional, que pediu o exame de maneira incompleta, porém, permitindo que fosse identificado algumas alterações na estrutura da ATM, dessa forma, foi dado andamento no tratamento da paciente.

Em 21 de janeiro de 2025, foi estabelecido o uso de amitriptilina 10 mg, associado a tenoxicam por 10 dias. A paciente já fazia uso da placa oclusal, com espessura de 1mm que foi readaptada por ser considerada fina, sendo recomendada a adaptação da espessura para pelo menos 2mm. A possibilidade de introduzir gabapentina foi deixada para reavaliação conforme a evolução clínica.

No dia 30 de janeiro de 2025, foi realizada a primeira de quatro sessões de viscossuplementação associada a PRF. Após 7 dias de amitriptilina, o prontuário registrou o relato de redução da intensidade no nível de dor de 10 para 3, acompanhado de relato de sonolência nos primeiros dias e posteriormente, adaptação. Na segunda sessão que foi realizada dia 17 de fevereiro, a paciente informou aumento transitório da dor na hemiface esquerda, principalmente em ponto gatilho que reproduzia sua dor habitual. Foi executado o agulhamento seco no ponto sintomático e

introduzida gabapentina 300 mg associada à amitriptilina e foi encaminhada para fisioterapia especializada em DTM.

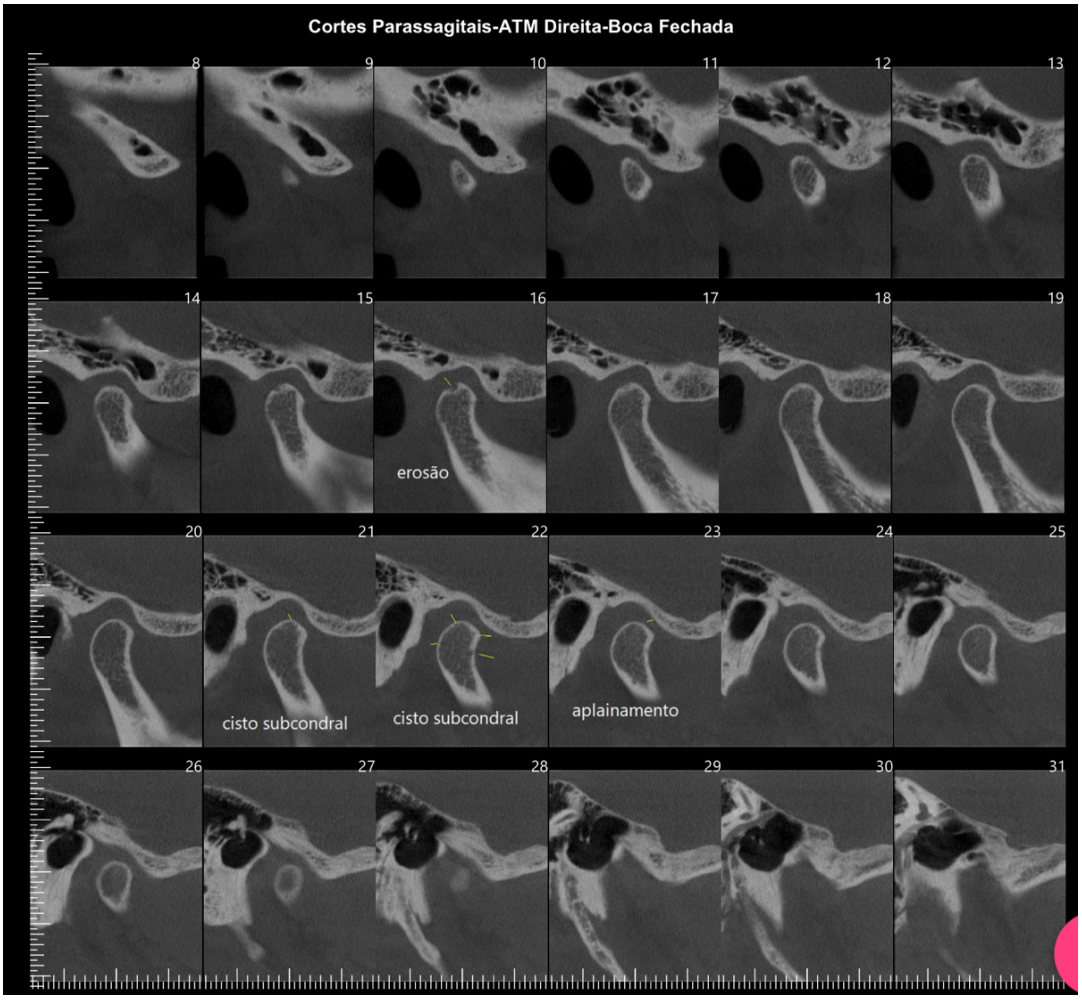
Entre os meses de fevereiro e abril de 2025, o tratamento do componente miofascial incluiu a laserterapia/fotobiomodulação sequenciada de agulhamento seco de pontos no masseter. Após as intervenções, a palpação registrou redução das áreas anteriormente dolorosas, alterando de dor severa para dor leve e ausente na maioria dos locais. Em 20 de março, na quarta sessão de viscossuplementação associada a PRF, a paciente já estava sem dor; e no dia seguinte, a palpação era indolor na maior parte da musculatura, restando apenas dois pontos sensíveis no masseter. No dia 10 de abril, foi registrado a persistência de um ponto gatilho no masseter do lado direito, porém sem dor referida.

Em junho de 2025 houve uma piora no quadro de cefaleia. Foram identificados dois pontos gatilho no temporal anterior esquerdo reproduzindo a cefaleia familiar, além de artralgia no polo lateral da ATM esquerda no dia 10 de junho. Os bloqueios anestésicos diagnósticos nos pontos temporais e na ATM esquerda anularam a dor durante a avaliação e a amitriptilina foi elevada para 25mg e a gabapentina foi mantida em 300mg.

No acompanhamento de agosto de 2025, a paciente afirmou cefaleia em apenas dois dias no período recente, notando um alto contraste com a frequência diária descrita no início do tratamento. A palpação realizada evidenciou somente dois pontos no masseter com dor provocada, que foram tratados com agulhamento associado a anestésico e laser. Foram realizados os ajustes de espessura da placa estabilizadora e solicitado uma nova tomografia para acompanhamento da ATM.

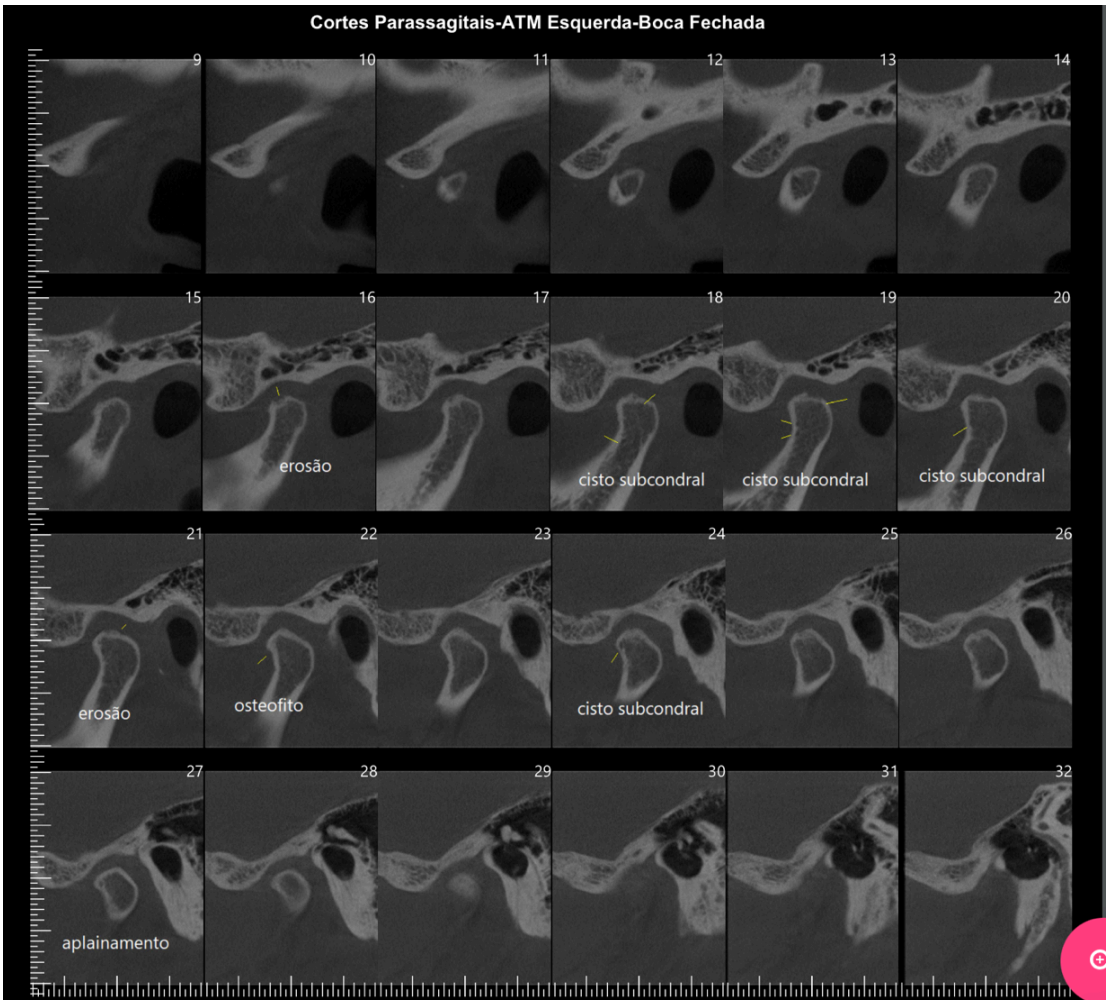
Diante da realização do novo exame tomográfico, foi identificado que havia erosão, cistos subcondrais e aplainamento nas duas ATM's. Além disso, foi constatado, que apesar da dor ser relatada somente na ATM do lado esquerdo, na ATM do lado direito que havia maior comprometimento estrutural, como mostra nas figuras 1 e 2.

Figura 1. Tomografia computadorizada da ATM Direita – Boca fechada 09/10/2025



Fonte: imagens cedidas gentilmente pela paciente. Editada pelos autores.

Figura 2. Tomografia computadorizada da ATM Esquerda – Boca fechada 09/10/2025



Fonte: imagens cedidas gentilmente pela paciente. Editada pelos autores.

Em novembro de 2025, a palpação muscular finalmente foi registrada com dor zero, dando início a retirada farmacológica de forma gradual, a gabapentina foi suspensa e a amitriptilina foi mantida inicialmente, com redução da dose para 10mg. A reavaliação clínica e tomográfica apontou a necessidade de um novo ciclo de quatro sessões de viscossuplementação bilateral e a confecção de nova placa estabilizadora com espessura de 3 mm. As quatro sessões foram datadas entre o período de 21 de novembro de 2025 e 6 de janeiro de 2026, com ausência de intercorrências relevantes. No dia 23 de dezembro, foi registrado que a paciente estava utilizando apenas amitriptilina 10mg e permanecia clinicamente estabilizada; em 6 de janeiro, apresentava ótimo controle da dor.

Na consulta de 24 de março de 2026, durante o processo do desmame medicamentoso, ela permanecia bem controlada e sem presença de dor à palpação. No acompanhamento tardio informado no mês de setembro de 2026, a abertura bucal era de 45 mm, sem deflexão, e sem dor muscular à palpação. Persistia, contudo, artralgia na ATM esquerda, com escore 2 no polo lateral e 1 no aspecto posterior, enquanto a ATM direita permanecia sem dor. A paciente também havia realizado acompanhamento fisioterapêutico ao longo da evolução.

Tabela 1. Síntese cronológica da evolução clínica e terapêutica

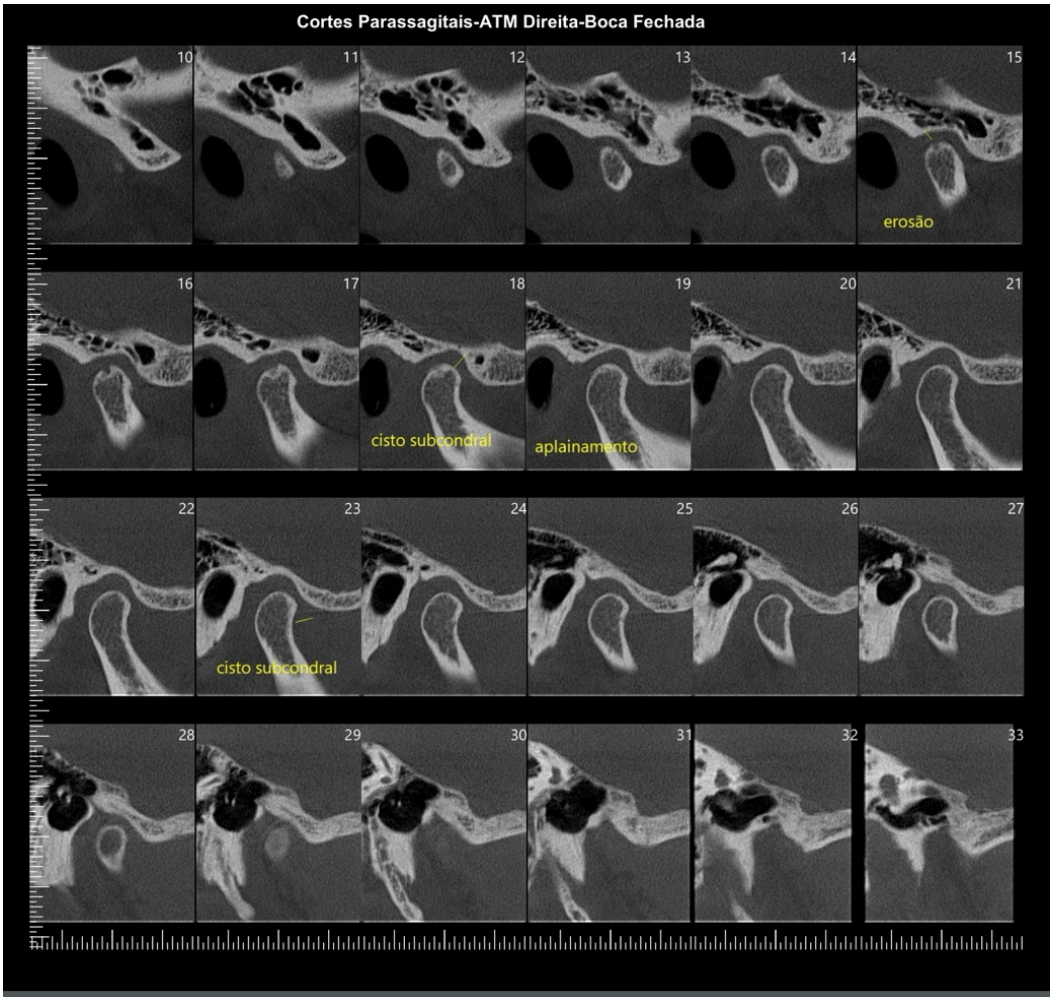
Período	Conduta principal	Evolução registrada
21/01/2025	Avaliação inicial; amitriptilina 10 mg; tenoxicam por 10 dias; revisão da placa.	Dor diária/quase diária; abertura 35 mm (45 mm forçada); deflexão e hipomobilidade à esquerda; dor massetérica severa e artralgia esquerda.
30/01–20/03/2025	Quatro sessões de viscossuplementação (Osteonil® 20 mg/2 mL; 1 mL/ATM no compartimento superior) + PRF (0,5 mL/lado no compartimento inferior; dois tubos de 9 mL, 700 rpm/3 min); introdução posterior de gabapentina 300 mg; fisioterapia.	Dor registrada reduziu de 10 para 3 após 7 dias de amitriptilina; em 20/03, paciente sem dor.

25/02–10/04/2025	Fotobiomodulação 808 nm: 6 J/60 s em polo lateral e aspecto posterior da ATM e 4 J/40 s em musculatura mastigatória; dry needling com agulha 0,25 × 30 mm, seguido de alongamento e termoterapia quente.	Redução progressiva da dor muscular; ao final, restava ponto localizado sem dor referida.
10/06/2025	Bloqueios anestésicos diagnósticos em temporal anterior esquerdo e ATM esquerda; amitriptilina elevada para 25 mg; gabapentina mantida.	Cefaleia e dor articular abolidas durante o bloqueio diagnóstico.
20/08/2025	Acompanhamento, ajustes de placa, tratamento de pontos massetéricos com agulhamento com anestésico + laser e solicitação de nova tomografia.	Cefaleia referida em apenas dois dias; dor provocada restrita a dois pontos em masseter.
12/11/2025	Reavaliação; início de retirada gradual das medicações; planejamento de nova placa e novo ciclo de viscossuplementação.	Palpação muscular com dor zero.
21/11/2025–06/01/2026	Quatro sessões de viscossuplementação bilateral e instalação/ajustes de placa estabilizadora.	Sem intercorrências; em dezembro, apenas amitriptilina 10 mg; em janeiro, ótimo controle da dor.
24/03/2026	Seguimento durante retirada medicamentosa.	Paciente bem controlada, com dor zero à palpação.

Fonte: elaborado pelos autores a partir dos registros do prontuário clínico.

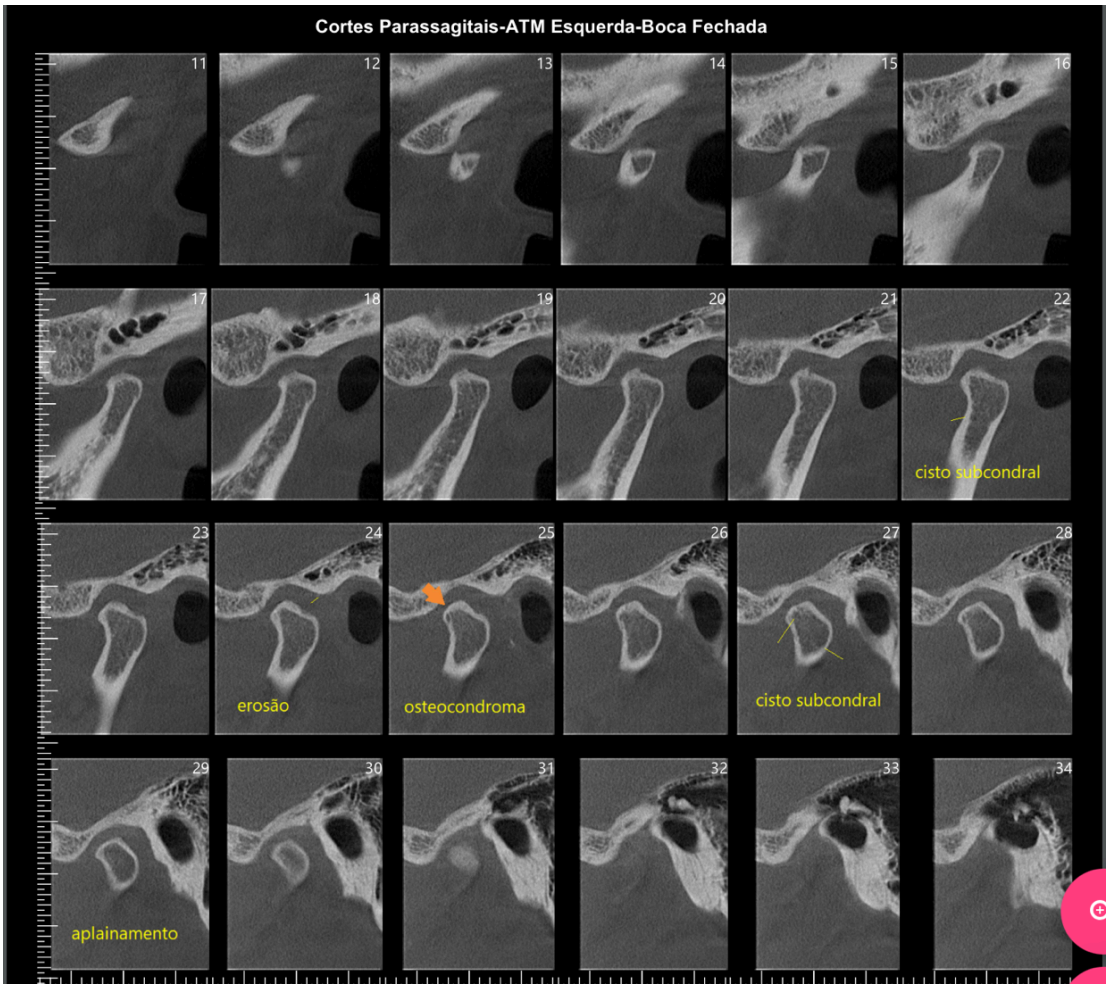
Em 21 de setembro de 2026, foi realizada uma nova tomografia computadorizada para acompanhamento da evolução do tratamento. A comparação com o exame anterior evidenciou melhora significativa nos achados tomográficos anteriormente identificados, como sugere na figura 3 e 4.

Figura 3. Tomografia computadorizada da ATM Direita – Boca fechada 21/09/2026



Fonte: imagens cedidas gentilmente pela paciente. Editada pelos autores.

Figura 4. Tomografia computadorizada da ATM Esquerda – Boca fechada 21/09/2026



Fonte: imagens cedidas gentilmente pela paciente. Editada pelos autores.

3. DISCUSSÃO

O presente caso demonstra a sobreposição de componentes articulares e miofasciais em um quadro de dor orofacial crônica. O padrão inicial incluía artralgia esquerda, deflexão para o lado afetado e dor muscular capaz de reproduzir a dor familiar. Embora o prontuário não documente a aplicação integral e prospectiva do protocolo DC/TMD, os achados reforçam a importância de diferenciar e acompanhar fontes de dor musculares e articulares, uma vez que elas podem coexistir e variar ao longo do tempo (Schiffman et al., 2014).

A predominância em mulher adulta está de acordo com a epidemiologia descrita para DTM. No Brasil, metanálise recente encontrou prevalência maior em mulheres do que em homens

(Melo et al., 2025). Esse achado epidemiológico não implica causalidade por sexo ou por fatores hormonais isolados; ele reforça apenas que mulheres representam parcela expressiva da população clínica e devem ser contempladas em pesquisas que considerem dor, função e impacto cotidiano.

No início do acompanhamento, a paciente relatava dor diária e cefaleia frequentemente presente ao despertar, além de dor facial, retro orbitária e auricular. Ao longo do tratamento, os registros mostram redução da intensidade e da frequência sintomática, incluindo queda de 10 para 3 na dor após a primeira semana de amitriptilina e períodos subsequentes de ausência de dor. Em agosto de 2025, a cefaleia havia ocorrido em apenas dois dias no período recente, e em novembro a palpação muscular apresentava dor zero. Esses desfechos têm relevância clínica porque DTM dolorosa está associada a pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Qamar et al., 2023). Entretanto, neste caso não foi aplicado um instrumento validado como OHIP-14 ou SF-36, de modo que a melhora na qualidade de vida não pode ser quantificada nem afirmada como desfecho mensurado.

A escolha de uma estratégia multimodal é compatível com recomendações contemporâneas de manejo. Revisões de diretrizes sustentam uma abordagem escalonada e centrada no paciente, com prioridade inicial para intervenções conservadoras e reversíveis e uso de procedimentos minimamente invasivos em situações selecionadas, sobretudo quando há componente articular persistente (Tran et al., 2022). No caso apresentado, a combinação de placa estabilizadora, fisioterapia, manejo de hábitos, farmacoterapia adjuvante, intervenções miofasciais e terapias intra-articulares permitiu ajustes sucessivos de acordo com a resposta clínica.

O uso da placa deve ser interpretado com cautela. Revisões recentes mostram que placas oclusais podem produzir benefício pequeno ou semelhante ao de outras intervenções conservadoras, e a evidência não sustenta sua apresentação como solução isolada para todos os pacientes com DTM (Del Sorbo et al., 2026). De modo semelhante, metanálise comparando exercício terapêutico e placa oclusal não identificou superioridade clara de uma estratégia sobre a outra para dor e amplitude de movimento (Zhang et al., 2021). No presente caso, a placa foi ajustada ao longo do seguimento e associada à fisioterapia, o que é mais coerente com uma estratégia multimodal do que com uma intervenção única.

A viscossuplementação foi empregada em dois momentos do acompanhamento. No protocolo clínico registrado, utilizou-se Osteonil® 20mg/2mL no compartimento superior bilateral, com 1mL por ATM, seguindo a técnica indicada no prontuário como Januzzi et al. (2022). A literatura sobre ácido hialurônico em DTM articular é heterogênea em relação a diagnóstico, número de aplicações, produto, concentração e associação com artrocentese. Revisão sistemática identificou possível redução de dor em alguns protocolos, mas concluiu que as inconsistências metodológicas impediam estabelecer eficácia definitiva (Ferreira et al., 2018). Portanto, embora a paciente tenha apresentado melhora após os ciclos realizados, a natureza de relato de caso e a simultaneidade de outras terapias não permitem atribuir o resultado exclusivamente à viscossuplementação.

A associação com PRF também exige interpretação prudente. Neste caso, o PRF foi aplicado no compartimento inferior de ambas as ATMs, 0,5mL por lado, após coleta de dois tubos de 9mL de sangue e centrifugação a 700 rpm por 3 minutos. Metanálise recente sobre

PRP/PRF como adjuvantes a procedimentos intra-articulares encontrou redução estatisticamente significativa de dor e aumento de abertura bucal, mas ressaltou efeitos de pequena magnitude clínica e elevada heterogeneidade nos métodos de preparo (Nagori et al., 2024). Dessa forma, o caso contribui como descrição de evolução, e não como teste de eficácia do método.

As intervenções miofasciais foram particularmente importantes na trajetória clínica. A paciente apresentava pontos em masseter e temporal capazes de reproduzir sua dor familiar, e o bloqueio anestésico diagnóstico de dois pontos no temporal anterior esquerdo aboliu a cefaleia durante a avaliação de junho de 2025. No protocolo empregado, o agulhamento seco foi realizado com agulha de acupuntura de 0,25 × 30 mm, uma por ponto gatilho, seguido de alongamento muscular e termoterapia quente. A fotobiomodulação utilizou 808 nm, com 6 J por 60 segundos no polo lateral e aspecto posterior da ATM e 4 J por 40 segundos na musculatura mastigatória. Esse conjunto de achados reforça o valor da reprodução da dor familiar durante o exame e da reavaliação periódica do componente muscular. Revisões de agulhamento seco mostram potencial para redução de dor e melhora funcional, embora a heterogeneidade dos protocolos ainda limite a certeza das estimativas (Khayamzadeh et al., 2025). A fotobiomodulação também tem sido estudada como recurso conservador, com resultados favoráveis em parte dos ensaios randomizados, mas sem uniformidade de parâmetros de aplicação (Farshidfar et al., 2023).

Outro aspecto relevante foi o acompanhamento longitudinal e a retirada gradual das medicações após estabilização clínica. Em vez de considerar a ausência de dor em um único momento como encerramento do caso, foram realizadas reavaliações, ajustes da

placa, fisioterapia e novo ciclo intra-articular quando indicado. No seguimento tardio, a abertura atingia 45 mm e não havia deflexão nem dor muscular, porém persistia artralgia à esquerda. Esse resultado é importante porque demonstra melhora substancial sem sugerir resolução completa da condição articular.

Este relato apresenta limitações. Trata-se de um único caso, retrospectivo, com múltiplas intervenções realizadas em períodos sobrepostos, impossibilitando estabelecer relação causal entre um procedimento específico e a melhora observada. As escalas de dor não foram aplicadas de forma padronizada em todas as consultas; não houve instrumento validado de qualidade de vida; o protocolo completo do DC/TMD não foi documentado prospectivamente; e os laudos/imagens tomográficas seriados não estavam integralmente disponíveis nos documentos usados para esta redação. Essas limitações devem orientar uma conclusão descritiva e evitar extrapolação para eficácia terapêutica geral.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento longitudinal desta paciente com DTM de componentes articular e miofascial mostrou redução expressiva da dor, menor frequência de cefaleia, normalização da dor muscular à palpação e melhora do padrão de abertura, que ao final alcançava 45 mm sem deflexão. A evolução ocorreu durante uma estratégia multimodal que incluiu farmacoterapia adjuvante, placa estabilizadora, fisioterapia, agulhamento seco, fotobiomodulação, viscossuplementação e PRF, seguida de novo ciclo de viscossuplementação bilateral e retirada farmacológica progressiva.

Apesar da melhora clínica e funcional, persistiu artralgia residual na ATM esquerda no seguimento tardio. Por se tratar de relato de caso com intervenções simultâneas, não é possível determinar qual componente terapêutico foi responsável pelos resultados. Além disso, a ausência de medida validada de qualidade de vida impede quantificar esse desfecho. O caso reforça a utilidade de reavaliação periódica, individualização terapêutica e integração entre manejo articular e miofascial em DTM complexa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DEL SORBO, D. et al. Occlusal splint therapy in the management of temporomandibular disorders—evidence from systematic reviews. Journal of Oral Rehabilitation, v. 53, n. 8, p. 1562-1579, 2026. DOI: Disponível em: https://doi.org/10.1111/joor.70208. Acesso em: 22 out. 2026

FARSHIDFAR, N. et al. The effect of photobiomodulation on temporomandibular pain and functions in patients with temporomandibular disorders: an updated systematic review of the current randomized controlled trials. Journal of Lasers in Medical Sciences, v. 14, e24, 2023. DOI: https://doi.org/10.34172/jlms.2023.24. Acesso em: 22 out. 2026

FERREIRA, N. et al. Efficacy of viscosupplementation with hyaluronic acid in temporomandibular disorders: a systematic review. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, v. 46, n. 11, p. 1943-1952, 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jcms.2018.08.007. Acesso em: 22 out. 2026

JANUZZI et al. Técnica de aplicação intra-articular em ATM, 2022. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s41598-022-21781-5. Acesso em: 22 out. 2026

KHAYAMZADEH, M.; RAZMARA, F.; TAVASSOLI, A. Dry needling in treatment of temporomandibular joint disorders: a systematic review. Clinical and Experimental Dental Research, v. 11, n. 5, e70214, 2025. DOI: https://doi.org/10.1002/cre2.70214. Acesso em: 22 out. 2026

MELO, V. et al. Prevalence of temporomandibular disorders in the Brazilian population: a systematic review and meta-analysis. Cranio, v. 43, n. 4, p. 629-636, 2025. DOI: https://doi.org/10.1080/08869634.2023.2276627. Acesso em: 22 out. 2026

NAGORI, S. A. et al. Does intra-articular injection of platelet-rich plasma/platelet-rich fibrin improve outcomes after temporomandibular joint arthrocentesis? A systematic review and meta-analysis. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 62, n. 8, p. 676-684, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2024.06.007. Acesso em: 22 out. 2026

QAMAR, Z. et al. Impact of temporomandibular disorders on oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. Journal of Oral Rehabilitation, v. 50, n. 8, p. 706-714, 2023. DOI: https://doi.org/10.1111/joor.13472. Acesso em: 22 out. 2026

SCHIFFMAN, E. et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. Journal of Oral & Facial Pain and Headache, v. 28, n. 1, p. 6-27, 2014. DOI: https://doi.org/10.11607/jop.1151. Acesso em: 22 out. 2026

TRAN, C.; GHAHREMAN, K.; HUPPA, C.; GALLAGHER, J. E. Management of temporomandibular disorders: a rapid review of

systematic reviews and guidelines. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 51, n. 9, p. 1211-1225, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijom.2021.11.009. Acesso em: 22 out. 2026

ZHANG, L. et al. Effectiveness of exercise therapy versus occlusal splint therapy for the treatment of painful temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. Annals of Palliative Medicine, v. 10, n. 6, p. 6122-6132, 2021. DOI: https://doi.org/10.21037/apm-21-451. Acesso em: 22 out. 2026

---

[1] Discente do Curso de Odontologia da Afya Centro Universitário São João del-Rei. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Discente do Curso de Odontologia da Afya Centro Universitário São João del-Rei. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Docente do Curso de Odontologia da Afya Centro Universitário São João del-Rei. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Docente do Curso de Odontologia da Afya Centro Universitário São João del-Rei. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail