

DTM infantil: relato de caso clínico com mialgia localizada

José VALLADARES-NETO¹; Alexandre Maêda NEVES¹; Flávia Mendes de ANDRADE¹; Karine EVANGELISTA¹; Nancy Tomoko SACONO²

1 - Disciplina de Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil; **2** - Disciplina de Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

Resumo

Objetivo: relatar o manejo conservador e transdisciplinar de criança com disfunção temporomandibular (DTM) dolorosa, diagnosticada como mialgia localizada. **Relato do caso:** paciente do sexo feminino, 7 anos, procurou atendimento com queixa de dor inicialmente percebida como odontogênica. **Anamnese e exame clínico** revelaram mialgia localizada nos músculos temporal e masseter, associado a bruxismo, hábito de mordedura labial, possível obstrução das vias aéreas, sintomas de ansiedade e estresse. **Tratamento:** após tratamento odontológico inicial, instituiu-se placa estabilizadora modificada com parafuso expansor e mola digital ortodôntica, visando controlar as dimensões transversais do arco superior e induzir pequenas correções ortodônticas, respectivamente. Além disso, orientações de reeducação alimentar, higiene do sono, pulseira de autoconsciência e encaminhamentos para psicologia e otorrinolaringologia completaram a abordagem conservadora e transdisciplinar. **Resultados:** após 30 dias do início do tratamento da DTM, observou-se redução significativa da dor e melhora da função mandibular. A paciente foi monitorada por mais 6 meses, mantendo-se assintomática. **Conclusão:** a DTM infantil representa desafio diagnóstico devido à ausência de queixa específica. Placas estabilizadoras modificadas constituem alternativas conservadoras eficazes para uso prolongado na dentadura mista.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular; Mialgia; Bruxismo; Criança; Placas Oclusais.



Copyright © 2026 Revista
Odontológica do Brasil Central -
Esta obra está licenciada com uma
licença Atribuição-NãoComercial-
Compartilhado 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Recebido: 09/02/26
Aceito: 09/06/26
Publicado: 28/08/26

DOI: 10.36065/robrac.v35i94.1869

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Prof. Dr. José Valladares-Neto

Avenida Universitária esquina com 1ª Avenida, s/ número, Setor Universitário,
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás.
74605-220, Goiânia, Goiás – Brasil.
E-mail: jvalladares@uol.com.br

Introdução

A disfunção temporomandibular (DTM) constitui termo abrangente que engloba condições que afetam a articulação temporomandibular (ATM), músculos mastigatórios e estruturas associadas¹. Sua manifestação clínica apresenta flutuação, ou seja, com períodos de remissão, e etiologia multifatorial, envolvendo fatores físicos, emocionais, sistêmicos e genéticos, atualmente compreendida pelo modelo biopsicossocial^{2,3}.

Embora mais prevalente em adultos, a DTM também acomete crianças e adolescentes, com estudos metodologicamente padronizados ainda insuficientes e relatos inconsistentes^{4,5}. Sua prevalência varia amplamente (7,3 a 30,4%)⁵, com predominância feminina⁶. Estima-se que represente a principal causa não odontogênica de dor orofacial em menores de 18 anos⁶.

O diagnóstico precoce é essencial para prevenir sequelas no crescimento craniofacial, impedir o agravamento e prejuízos à qualidade de vida⁶. Em 2014, os *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) padronizaram o diagnóstico adulto que inclui o Eixo I (avaliação física) e Eixo II (avaliação psicossocial)¹. Em 2025, a versão brasileira do Eixo I foi disponibilizada⁷. A partir de 2021, foram desenvolvidas adaptações aplicadas às crianças e adolescentes⁸⁻¹⁰.

Sinais e sintomas comuns na infância incluem dor muscular/articular, limitação de abertura bucal e estalidos articulares, geralmente de intensidade leve a moderada⁶. Destaca-se a mialgia localizada - subtipo de DTM muscular caracterizada por dor nos músculos mastigatórios, agravada por movimentos mandibulares, função ou parafunção^{1,8,11}.

Seu manejo requer abordagem conservadora, reversível, adaptada ao desenvolvimento e, quando necessário, transdisciplinar^{6,12,13}. Considerando que odontopediatras relatam baixa confiança no diagnóstico e manejo da DTM em crianças¹³, este estudo relata caso clínico de mialgia localizada infantil, enfatizando diagnóstico, fatores de risco e abordagem terapêutica.

Relato de caso

Apresentação: paciente do sexo feminino, 7 anos, parda, com queixa de dor mastigatória iniciada há aproximadamente um mês, inicialmente percebida como de origem odontogênica, localizada no dente 65 após fratura de restauração (Figura 1).

Anamnese: presença de sintomas de ansiedade odontológica (Facial Image Scale - FIS - nível 4/5)¹⁴, e estresse relatada pelo pai em contexto escolar e familiar. Observou-se a presença de hábitos bucais parafuncionais, como o bruxismo do sono e em vigília (1-2 vezes por semana), mordedura labial e mastigação de gomas (Figura 2). O sono era agitado, com episódios de ronco, sialorreia e despertares noturnos.

Exame extraoral: padrão mesofacial equilibrado, com convexidade facial compatível com a idade, presença de incompetência labial e hipertrofia do músculo masseter direito. À palpação (0,5–1,0 kg) conduzida por examinador calibrado, revelou dor localizada nos músculos masseter e temporal, reproduzindo dor familiar relatada durante a mastigação, na abertura bucal e ao despertar (Figura 3). A dor apresentava com qualidade do tipo “em pressão”, com intensidade 4-5/10 na Escala Visual Analógica (EVA), sem irradiação.



FIGURA 1 - (A) Fotografias extrabucais e (B) intrabucais em oclusão cêntrica.

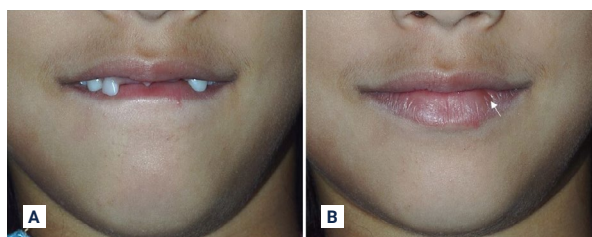


FIGURA 2 - (A) Hábito de interposição labial. (B) Demarcação labial inferior da borda incisal superior (seta).

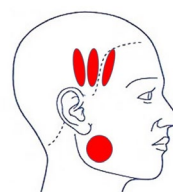


FIGURA 3 - Mapa da dor.

Exame intraoral: dentadura mista em fase inicial, com relação de caninos Classe II à direita e Classe III à esquerda, e desvio da linha média dentária de 2,5 mm para o lado esquerdo. Observou-se atrição incisal e oclusal múltipla em dentes decíduos, exacerbada no dente 52, restauração fraturada do dente 65 com dor provocada e perda prematura do dente 55, acompanhada de fechamento do espaço destinado ao dente 15 (Figura 4).

Exame complementar: a radiografia panorâmica evidenciou ausência do dente 55 e área radiolúcida associada ao dente 65 (Figura 5).

Diagnóstico: mialgia localizada (DC/DTM)¹, associada a sintomas de ansiedade, bruxismo do sono e de vigília, além de provável obstrução das vias aéreas superiores.

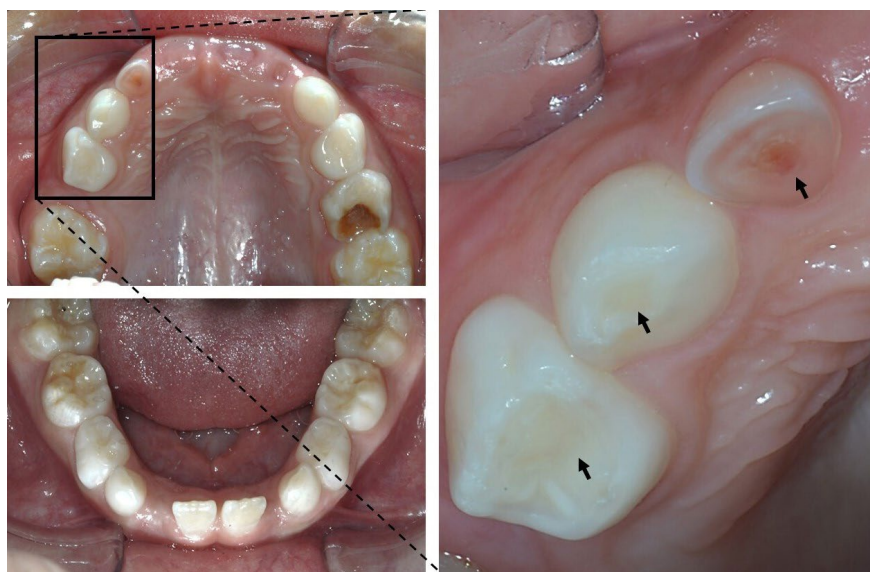


FIGURA 4 - Fotografias oclusais das arcadas dentárias superior e inferior. No destaque, atrição nas superfícies incisais, oclusais e palatina em dentes decíduos (setas). A coloração rósea evidencia a proximidade da câmara pulpar em dente com mordida de topo a topo e rizólise avançada.



FIGURA 5 - Radiografia panorâmica

Tratamento de DTM: após a exodontia do dente 65, institui-se manejo conservador com dieta pastosa, higiene do sono, termoterapia (duas vezes ao dia) e uso de pulseira de autoconsciência. Foi confeccionada uma placa estabilizadora modificada, contendo parafuso expensor para o controle do crescimento transversal, mantenedor de espaço e mola digital para correção ortodôntica (Figuras 6 e 7). O dispositivo foi utilizado de forma contínua; com ativações mensais do parafuso expensor ($\frac{1}{4}$ volta/mês) e da mola digital a cada 21 dias. O encaminhamento para psicologia e otorrinolaringologia integrou a abordagem transdisciplinar proposta; contudo, sua efetivação no contexto da saúde pública não foi plenamente viabilizada.

Evolução: observou-se redução significativa da dor e melhora da função mandibular após 30 dias de tratamento. A paciente permaneceu assintomática durante seis meses, sem relato de dor referida ou presença de pontos-gatilho.

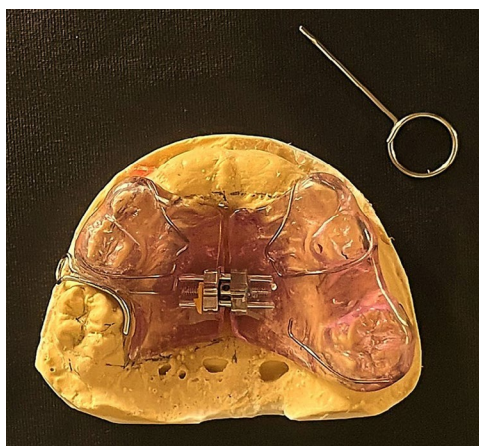


FIGURA 6 - Placa estabilizadora modificada com parafuso expensor, mola digital e grampos de retenção.

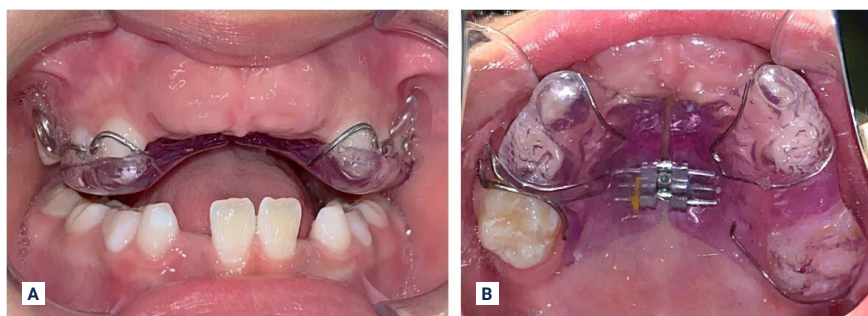


FIGURA 7 - Placa estabilizadora modificada instalada. (A) Em oclusão. (B) Vista oclusal superior.

Discussão

O principal achado deste relato é a identificação de mialgia localizada em uma criança cuja queixa inicial era exclusivamente odontogênica, evidenciando como dores musculares mastigatórias podem ser difusas e permanecer subdiagnosticadas na prática clínica. A DTM constitui a principal causa não odontogênica de dor orofacial em crianças, e falhas no diagnóstico precoce favorecem a cronificação e a intensificação dos sintomas dolorosos⁶. Particularmente em pacientes infantis, recomenda-se priorizar abordagens conservadoras, com foco no alívio da dor, restauração funcional, redução de fatores agravantes e melhora da qualidade de vida, recorrendo-se à abordagem transdisciplinar em casos mais complexos⁴⁻⁶.

A prevalência de DTM em crianças e adolescentes varia amplamente, em parte devido à heterogeneidade metodológica dos estudos, à inespecificidade dos sintomas e à ausência de queixa espontânea por parte da criança ou dos responsáveis^{4,5}. Este caso ilustra uma DTM muscular dolorosa em criança de 7 anos, inicialmente mascarada por dor odontogênica. De acordo com os critérios DC/TMD, a mialgia localizada é definida como dor muscular relacionada a movimentos mandibulares, função ou parafunção, reproduzível pela palpação dos músculos mastigatórios¹. Nessa perspectiva, o diagnóstico diferencial com outros subtipos de dor muscular é fundamental para orientar o prognóstico e o plano terapêutico (Tabela 1)^{1,15}

A etiologia da DTM é multifatorial, envolvendo a interação de fatores físicos, emocionais, sistêmicos e genéticos, entre eles sintomas de estresse e ansiedade, e hábitos parafuncionais, como bruxismo, onicofagia e alterações respiratórias associadas à obstrução de vias aéreas³. O bruxismo infantil, cuja prevalência em crianças brasileiras é estimada entre um quarto e um quinto da população, configura importante fator de risco para DTM e para recorrência dos sintomas, em razão da sobrecarga repetitiva imposta à musculatura mastigatória¹⁶. Dessa forma, sua

identificação e monitoramento são fundamentais na avaliação de risco de reativação da dor, e na interação com outros fatores, como estresse e distúrbio do sono^{17,18}. A abordagem transdisciplinar, envolvendo psicologia e otorrinolaringologia, contribui para o controle de fatores emocionais e respiratórios, auxiliando na prevenção de recorrência relacionada ao bruxismo.

Embora ainda não completamente elucidado em crianças, admite-se que a mialgia localizada possa evoluir para dor miofascial, caracterizada por dor referida, presença de pontos-gatilho e maior impacto funcional. Os principais fatores associados à cronificação incluem persistência da dor por mais de três meses, bruxismo não controlado, estresse crônico e ausência de medidas estabilizadoras. Nesse contexto, o início precoce de um manejo conservador, como no presente caso, tende a reduzir a probabilidade de progressão, ainda que o acompanhamento clínico por pelo menos 3 a 6 meses seja recomendado para monitorar o surgimento de dor referida ou pontos-gatilho e ajustar a terapêutica quando necessário.

TABELA 1 - Comparação dos principais subtipos musculares da DTM (DC/TMD)^{1,15}

Condição	Eixo I (Diagnóstico Físico)	Severidade Relativa	Envolvimento Eixo II (Psicossocial)
Mialgia Localizada	Histórico de dor região temporal e/ou masseter Palpação: reproduzida por palpação, dor familiar, localizada Função: dor modificada com movimentos mandibulares funcionais e parafuncionais	Leve-Moderada	Baixo-Moderado Avaliação básica: sintomas de ansiedade e depressão
Dor Miofascial com espalhamento	Histórico de dor região temporal e/ou masseter Palpação: reproduzida por palpação, dor familiar, espalhada além dos limites da palpação, mas dentro dos limites do músculo Função: dor modificada com movimentos mandibulares funcionais e parafuncionais	Moderada	Moderada Avaliação sintomas de depressão/ ansiedade (PHQ-9, GAD-7)
Dor Miofascial com referência	Histórico de dor região temporal e/ou masseter Palpação: reproduzida por palpação, dor familiar, referida além do local examinado (pontos-gatilho ouvido, crânio e dentes) Função: dor modificada com movimentos mandibulares funcionais e parafuncionais	Grave	Alto Avaliação psicossocial obrigatória

As terapias reversíveis são consideradas de primeira escolha no manejo da DTM em crianças e adolescentes e apresentam boa eficácia na redução dos sintomas⁵. Placas estabilizadoras são amplamente utilizadas para controle de parafunções e redistribuição de cargas oclusais; contudo, seu emprego em dentadura mista representa um desafio devido às alterações contínuas do crescimento dentoalveolar¹⁹. No presente caso, a opção por uma placa estabilizadora modificada com parafuso expensor palatino permitiu acompanhar o crescimento transversal maxilar e minimizar interferências no desenvolvimento esquelético, mantendo simultaneamente o controle da mialgia localizada.

Esta análise baseia-se em relato de caso único, limitando sua generalização. Adicionalmente, embora tenham sido identificados sinais clínicos de ansiedade e estresse relatados pelo responsável, não foi aplicada questionário validado para quantificar sua magnitude. Tal avaliação quantitativa poderia enriquecer a análise dos fatores psicossociais do Eixo II (DC/TMD) e correlacionar mais precisamente a resposta terapêutica.

Perspectivas futuras incluem a validação, em amostras maiores de crianças na dentadura mista, de dispositivos oclusais modificados que conciliem controle da dor, manejo de parafunções e preservação do crescimento craniofacial. Além disso, estudos longitudinais que incorporem marcadores clínicos, psicossociais e, eventualmente, biomarcadores biológicos poderão auxiliar na identificação precoce de crianças com maior risco de progressão de mialgia localizada para formas mais complexas de dor miofascial, contribuindo para protocolos preventivos e terapêuticos mais personalizados em DTM infantil.

Conclusão

No caso relatado, a mialgia localizada em paciente infantil não se apresentou como queixa principal, evidenciando a importância da avaliação proativa e do diagnóstico diferencial cuidadoso entre os subtipos de dor orofacial. A aplicação dos critérios DC/TMD

mostrou-se útil para o diagnóstico, embora ainda pouco difundida na prática clínica infantil. O manejo conservador com placa estabilizadora modificadas, incorporando parafuso expensor para o crescimento transversal maxilar e molas digitais para correção ortodôntica, foi eficaz na redução da dor e na prevenção da cronificação.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos acadêmicos de Odontologia Gustavo Alves, Karine da Silva Lira Cabral, Marcela Franciny Araújo Silva e Natália Gomes Guimarães durante o atendimento prestado à paciente na Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, contribuição que também enriqueceu sua formação profissional.

Referências

- 1 - Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, *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†. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014; 28(1): 6-27.
- 2 - Slade GD, Ohrbach R, Greenspan JD, *et al.* Painful temporomandibular disorder: Decade of discovery from OPPERA studies. *J Dent Res*. 2016; 95(10): 1084-1092.
- 3 - Oliveira Reis L, Ribeiro RA, Martins CC, Devito KL. Association between bruxism and temporomandibular disorders in children: A systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2019; 29(5): 585-595.
- 4 - Minervini G, Franco R, Marrapodi MM, Fiorillo L, Cervino G, Cicciù M. Prevalence of temporomandibular disorders in children and adolescents evaluated with Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: A systematic review with meta-analysis. *J Oral Rehabil*. 2023; 50(6): 522-530.
- 5 - Christidis N, Lindström Ndanshau E, Sandberg A, Tsilingaridis G. Prevalence and treatment strategies regarding temporomandibular disorders in children and adolescents-A systematic review. *J Oral Rehabil*. 2019; 46(3): 291-301.
- 6 - Mélou C, Sixou JL, Sinquin C, Chauvel-Lebret D. Temporomandibular disorders in children and adolescents: a review. *Arch Pediatr*. 2023; 30(5): 335-342.

- 7 - Cunha TA, Alstergren P, Pereira Júnior FJ, Gonçalves DAG, Chaves TC, Biasotto-Gonzalez DA. Brazilian Portuguese version of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Axis I: Cross-cultural adaptation, criterion validity, and reliability. *Braz J Phys Ther.* 2025; 29(2): 101187.
- 8 - Rongo R, Ekberg E, Nilsson IM, *et al.* Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for children and adolescents: An international Delphi study-Part 1-Development of Axis I. *J Oral Rehabil.* 2021; 48(7): 836-845.
- 9 - Rongo R, Ekberg E, Nilsson IM, *et al.* Diagnostic criteria for temporomandibular disorders in children and adolescents: An international Delphi study-Part 2-Development of Axis II. *J Oral Rehabil.* 2022; 49(5): 541-552.
- 10 - Ekberg E, Nilsson IM, Michelotti A, *et al.* Diagnostic criteria for temporomandibular disorders-INFORM recommendations: Comprehensive and short-form adaptations for adolescents. *J Oral Rehabil.* 2023; 50(11): 1167-1180.
- 11 - Winocur-Arias O, Friedman-Rubin P, Abu Ras K, Lockerman L, Emodi-Perlman A, Greenbaum T, Reiter S. Local myalgia compared to myofascial pain with referral according to the DC/TMD: Axis I and II results. *BMC Oral Health.* 2022; 22(1): 27.
- 12 - Wahlund K, Nilsson IM, Larsson B. Treating temporomandibular disorders in adolescents: a randomized, controlled, sequential comparison of relaxation training and occlusal appliance therapy. *J Oral Facial Pain Headache.* 2015; 29(1): 41-50.
- 13 - Sawicki CM, Sangalli L. Pediatric dentists' practice patterns in the screening, diagnosis, and management of temporomandibular disorders. *Children (Basel).* 2024; 11(10): 1168.
- 14 - Buchanan, Heather, and N. Niven. Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2002; 12(1): 47-52.
- 15 - Reis PHF, Laxe LAC, Lacerda-Santos R, Münchow EA. Distribution of anxiety and depression among different subtypes of temporomandibular disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil.* 2022; 49(7): 754-767.
- 16 - Ferrari-Piloni, C; Barros LAN, Evangelista K, Serra-Negra JA, Silva MAG, Valladares-Neto, J. Prevalence of Bruxism in Brazilian Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatr Dent.* 2022; 44(1): 8-20.
- 17 - Yang Y, Qin JX, Yao Y, Liu SS, Zeng H, Fang ZY, Xu LL, Cai B. Sleep bruxism is a significant risk factor for the recurrence of temporomandibular disorder: a single-center retrospective study. *J Oral Rehabil.* 2025; 52(9): 1351-1359.

- 18 -** Sharma, S., Abdul, N. S., Shivakumar, S. *et al.* Assessment of sleep bruxism and its association with sleep quality, stress levels, and dental health in pediatric population: a multifactorial analysis. *Eur Arch Paediatr Dent* 2025; 26: 311–319.
- 19 -** Moorrees CF, Chadha JM. Available space for the incisors during dental development: A growth study based on physiologic age. *Angle Orthod.* 1965; 35: 12-22.

Pediatric TMD: a clinical case report with localized myalgia

Abstract

Aim: To report the conservative and transdisciplinary management of a child with painful temporomandibular dysfunction (TMD), diagnosed as localized myalgia. **Case report:** A 7-year-old female patient sought treatment complaining of pain initially perceived as odontogenic. **Anamnesis and clinical examination** revealed localized myalgia in the temporal and masseter muscles, associated with bruxism, lip-biting habit, possible airway obstruction, and symptoms of anxiety and stress. **Treatment:** Following initial dental treatment, a modified stabilizing splint with an expansion screw and orthodontic digital spring was instituted, aiming to control the transverse dimensions of the upper arch and induce minor orthodontic corrections, respectively. Furthermore, guidance on nutritional re-education, sleep hygiene, and a self-awareness bracelet completed the conservative approach. **Results:** After 30 days of starting TMD treatment, a significant reduction in pain and improvement in mandibular function were observed. The patient was monitored for another 6 months, remaining asymptomatic. **Conclusion:** Pediatric TMD represents a diagnostic challenge due to the absence of specific complaints. Modified stabilizing splints constitute effective conservative alternatives for prolonged use in the mixed dentition.

KEYWORDS: Temporomandibular joint dysfunction syndrome; Myalgia; Bruxism; Child; Occlusal splints.

Como citar este artigo

Valladares-Neto J, Neves AM, Andrade FM, Evangelista K, Sacono NT. DTM infantil: relato de caso clínico com mialgia localizada. Rev Odontol Bras Central 2026; 35(94): 44-55. DOI: 10.36065/robrac.v35i94.1869