

SINAIS E SINTOMAS DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: REVISÃO DE LITERATURA

SINGS AND SYMPTOMS OF TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION: LITERATURE REVIEW

Rosielle Santos das Neves Moura**
 Jéssyka Nataelly Correia de Moura***
 Evaldo Sales Honfi-Júnior****
 Eduardo Dias-Ribeiro*****
 Luciana Barbosa Sousa de Lucena*****

RESUMO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) tem etiologia multifatorial e complexa, caracterizada por uma ampla variedade de sinais e sintomas. O objetivo deste estudo é revisar a literatura em busca dos principais sinais e sintomas da DTM. Os resultados mostram que prevalece no sexo feminino, a média geral de idade é de 30 anos, sendo a faixa etária de 18 a 30 anos e, de 40 anos ou mais, as mais prevalentes. A maioria diagnosticada com DTM moderada. Tensão emocional, ruído articular e dor muscular foram os sinais e sintomas mais prevalentes. Na ocorrência de dor muscular, os sinais e sintomas mais prevalentes foram dificuldade de movimentar a mandíbula e limitação de abertura da boca. Na dor articular, não houve diferença estatisticamente significativa. Na presença de ruído articular, os sinais e sintomas mais prevalentes foram limitação de abertura de boca. Concluiu-se que o perfil prevaleceu com maior concentração em mulheres, pela faixa etária de 18 a 30 anos e em indivíduos casados. Os pacientes, na maioria, foram diagnosticados com DTM moderada e avaliados por outros profissionais antes de se buscar um tratamento especializado. Os sinais e sintomas mais frequentes incluíram tensão emocional, ruído articular e dor muscular.

DESCRITORES: Prevalência • Sinais e sintomas • Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular.

ABSTRACT

The Temporomandibular Disfunction (TMD) has multifactorial and complex etiology characterized by a wide variety of signs and symptoms. The aim of this study is to review the signs and symptoms of TMD. The results show the most are women, the average age was 37,66 years old, with prevalence of ages between 21-30 years old and of 40 years or more. There was not any significant association between sex and age, neither through the test of Fisher, nor through the qui-square.. In relation to the Anamnésico Index de Fonseca, the most people had been diagnosed with moderate TMD. Emotional tension, articulation cracking noises and muscular pain had been the most prevailing signs and symptoms. In the presence of muscular pain, the most prevailing signals and symptoms were a difficulty to put the jaw sideways and limitation of the opening of the mouth. In articulation pain, it was revealed no significant differences. At the presence articulation cracking noises the signs and most prevailing symptom was the limitation of mouth opening. It was concluded that the profile prevails with bigger concentration for the female sex, in the ages between 18 the 30 years and for married individuals. The most frequent signs and symptoms included tension, articulation cracking noises, muscular pain and emotional tension, if fitting in bigger frequency in moderate DTM.

DESCRIPTORS: Prevalence • Signs and symptoms • Temporomandibular joint dysfunction syndrome.

***** Este trabalho é parte da monografia apresentada ao Departamento de Pós-graduação em Saúde Coletiva pelo CINTEPPB, em cumprimento às exigências para conclusão do curso.

** Cirurgiã-dentista formada na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Pós-graduada em Saúde Coletiva pelo CINTEP, João Pessoa-PB;

*** Aluna de graduação do curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa-PB;

**** Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais pelo Hospital Santa Paula e Paulistano, São Paulo-SP;

***** Professor Assistente do curso de Odontologia do UNIPÊ, João Pessoa-PB;

***** Professora Adjunta do curso de Odontologia da UFPB, João Pessoa-PB;

INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é um subgrupo das dores orofaciais que se caracteriza por distúrbios articulares e/ou musculares da região orofacial^{1,2}.

A etiologia é diversa e pode variar de pessoa para pessoa. Geralmente está associada a fatores físicos (trauma e hábitos parafuncionais) e psicossociais (estresse e ansiedade), podendo ocorrer de forma isolada ou integrada^{3,4}.

A DTM engloba uma variedade de sinais e sintomas musculares e articulares, caracterizando-se por dor e/ou alteração funcional (disfunção) do sistema estomatognático, sendo as principais alterações clínicas encontradas: dor de cabeça, dor no pescoço, dor na região da Articulação Temporomandibular (ATM), dor muscular, cansaço muscular, limitação de abertura da boca, desvio da abertura e ruídos articulares^{5,6,7}.

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável⁸. Enquanto a disfunção se refere a um comportamento anormal de um órgão ou estrutura, que podem estar associados ou não à dor³.

Os sinais são alterações do organismo que podem ser percebidas através do exame físico ou por meio de exames complementares, sendo um achado clínico objetivo. Já os sintomas são alterações do organismo relatadas pelo próprio paciente, de acordo com sua percepção de saúde⁴. Assim, os sinais clínicos mais comuns da DTM incluem ruídos articulares, limitação e assimetria dos movimentos mandibulares. Os sintomas mais frequentes incluem dor muscular e/ou articular, dor de cabeça e dor na musculatura do pescoço^{3,9,10}.

A descrição dos sintomas varia imensamente em função da cultura do paciente, variando de acordo com sua interpretação e valorização que cada pessoa dá às suas próprias percepções. Portanto, o profissional deve procurar a possibilidade da objetivação do sintoma relatado pelo paciente, através do exame clínico e complementar.

A necessidade ativa de tratamento é caracterizada pela presença de sinais e sintomas, de moderados a graves, que normalmente levam o indivíduo à procura de atendimento. Já os sinais e sintomas le-

ves incluem a necessidade passiva de tratamento, e os indivíduos desse subgrupo, de início, devem ser atentamente observados^{11,12}.

É possível estabelecer o tratamento de qualquer doença quando se conhece a sua etiologia. Mas, no caso da DTM, o fato é agravado porque a etiologia multifatorial é, muitas vezes, desconhecida. Diante dessa situação, cabe aos profissionais da área ter certo cuidado na identificação dos sinais e sintomas da doença para destrinchar as principais causas que levam à doença.

O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão de literatura acerca dos principais sinais e sintomas da DTM. Caracterizar o perfil dos indivíduos em relação ao sexo, faixa etária, estado civil e o profissional que os encaminhou ao serviço. Classificar a população em estudo mediante o diagnóstico, segundo índice anamnésico de Fonseca *et al.*¹³ (1994). Determinar a prevalência de cada um dos sinais e sintomas.

REVISÃO DA LITERATURA

1 - Índices e Diagnósticos

Os índices anamnésicos têm sido amplamente utilizados, desempenhando papel importante na caracterização e classificação de pacientes com DTM¹⁴.

O primeiro índice de diagnóstico desenvolvido para a DTM, segundo Carlsson e DeBoever¹⁵ (2000), foi o de Helkimo que tem como finalidade facilitar a classificação e fornecer uma avaliação padronizada dos sinais e sintomas, especialmente para análise epidemiológica.

Os pacientes foram analisados a partir da avaliação de três sub-índices: o primeiro deles é o índice anamnésico (Ai), que é baseado nos diferentes sintomas de disfunção do sistema mastigatório (sintomas subjetivos) relatados pelos indivíduos durante a anamnese. O segundo é o índice de disfunção clínica (Di), que considera uma avaliação funcional do sistema mastigatório. E, finalmente, o terceiro índice é o oclusal (Oi), obtido através de uma análise oclusal, em que se observam o número de dentes, número de dentes em oclusão, presença de interferência oclusal entre relação cêntrica e oclusão cêntrica e



interferência articular.

O Índice Anamnésico Simplificado DMF, elaborado e validado por Fonseca *et al.*¹³ (1994), é utilizado para avaliar o grau de DTM dos pacientes, com base nos sintomas mais comuns. É um instrumento de triagem composto por 10 perguntas, às quais o paciente somente pode responder: sim (S), não (N) ou às vezes (AV). Para cada resposta positiva (S) contam-se 10 (dez) pontos; para cada resposta negativa (N) 0 (zero) ponto e para cada resposta alternativa (AV), 5 (cinco) pontos. O diagnóstico imediato é fornecido pela pontuação estabelecida pelo questionário, sendo classificado por: Sem DTM (0-15), DTM Leve (20-40), DTM Moderada (45-65) e DTM Severa (70-100).

Além dos índices anamnésicos, há os questionários utilizados para um diagnóstico preciso em pesquisas em DTM. Dworkin e LeResche¹⁶, em 1992, desenvolveram o Critério de Diagnóstico de Pesquisa em DTM, internacionalmente conhecido pela sigla RDC/TMD (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*). Este, por sua vez, foi subdividido em Eixo I (conjunto de critérios clínicos) e Eixo II (conjunto de critérios psicossociais). O instrumento utilizado foi RDC/TMD.

2 - Sinais e sintomas

Estudos epidemiológicos transversais demonstram alta prevalência de sinais e sintomas, variando de 40% a 60%. Porém, apenas 3% a 5% necessitam de algum tipo de tratamento¹².

Silveira *et al.*² (2007) relatam que pesquisas realizadas em população assintomática apresentam resultados diferentes das estudadas em uma população específica, ou seja, em pacientes.

Os sinais e sintomas clássicos da DTM são: dor, sons articulares, limitação de movimentos mandibulares e sensibilidade à palpação nos músculos da mastigação e/ou cervicais^{2, 12, 14, 17}.

Tem havido uma tendência em estudos epidemiológicos de aceitar as mulheres como mais susceptíveis à disfunção. Em relação à faixa etária mais afetada tem-se a terceira década de vida, com formação de uma curva parabólica, com pouca frequência em crianças e quase nenhuma

em idosos^{7, 18, 19, 20}.

Lima *et al.*²¹ (1999) avaliaram a prevalência e o grau de severidade da DTM em indivíduos tratados ou não ortodonticamente, sendo sexo e idade umas das variáveis utilizadas para análise no estudo.

Lucena²² (2004), com o objetivo de avaliar o impacto da DTM na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, selecionou 155 pacientes com sinais e sintomas de DTM atendidos no Centro de Controle da Dor Orofacial (CCDO) da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco - FOP. Para a coleta de dados utilizou-se, dentre outros instrumentos, o Índice anamnésico DMF (Fonseca *et al.*¹³, 1994) para classificação do grau de severidade da DTM. Os resultados revelaram que houve predomínio do sexo feminino (89%) e as idades variaram entre 18 e 65 anos, com média de 37,3 anos. Quanto à situação marital, foram mais frequentes os casados (46,5%), seguindo-se de solteiros (45,8%), divorciados (3,9%), além de viúvos e separados, ambos com 1,9% dos casos. Com o índice anamnésico DMF foram diagnosticados 25,2% dos pacientes com DTM moderada e 74,8% com severa. Segundo a indicação ao serviço, predominou o encaminhamento por cirurgiões-dentistas (56,1%) ou por médicos (25,8%). Os encaminhamentos odontológicos foram feitos por cirurgiões-dentistas clínicos (40%) e por cirurgiões buco-maxilo-faciais (16,1%). Entre os médicos, foram os otorrinolaringologistas que mais encaminharam pacientes (16,1%). Houve também participação de leigos e outros profissionais da área de saúde, incluindo-se acadêmicos de Odontologia, fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas (7,7%), amigos (6,5%) e familiares (3,9%).

DISCUSSÃO

Segundo Oliveira²⁰ (2008), estudos de prevalência têm como objetivo geral estabelecer a frequência de uma doença ou de uma situação em um determinado tempo e em uma determinada população. Estes podem ser realizados em indivíduos não doentes ou serem trabalhados em indivíduos pacientes, diagnosticados com tal doença.





Diante da demanda de indivíduos com queixas de dores na face que buscam tratamento nos serviços de saúde e hospitais destinados para tal, viu-se a necessidade de trabalhar em uma população que já apresenta a doença diagnosticada (pacientes), com o objetivo de caracterizá-la, de acordo com o perfil e principais manifestações clínicas, buscando ajudar o profissional no diagnóstico e na escolha do tratamento. De acordo com o comentado, desenvolveu-se este estudo com o intuito de fornecer dados referentes à prevalência dos sinais e sintomas da DTM em pacientes atendidos no Serviço de Controle da Dor Orofacial – HULW/UFPA.

Há vários estudos em grupos de população de indivíduos não pacientes, como os realizados por Lima *et al.*²¹ (1999), citados neste estudo.

Segundo Silveira *et al.*² (2007), resultados de estudos realizados em população de indivíduos pacientes quando comparados aos de indivíduos não pacientes apresentam dados que divergem entre si, devido ao fato de se tratar de amostras diferentes.

Ainda em relação à análise da amostra, vale salientar que em se tratando de estudos de perfil e caracterização de uma doença ou situação, o tempo em que ocorre um determinado estudo deve ser proporcional ao do que será comparado. Ao menos que a finalidade seja comparar o comportamento ao longo dos anos ou de se fazer uma revisão do que é clássico na literatura. Diante disso, justifica-se o fato de se utilizarem trabalhos que abordam estudos em população não específica em quesitos relacionados à revisão da literatura e na análise de alguns resultados.

Além disso, trata-se de um estudo cujos dados são fornecidos por um Índice de Diagnóstico Imediato (Índice Anamnésico de Fonseca *et al.*¹³ (1994), ou seja, realizado por meio de um questionário para triagem e coleta de dados. Portanto, a prevalência está relacionada a sinais e sintomas subjetivos da doença (DTM).

Avaliando-se a presença associada dos sinais e sintomas, observa-se que nenhum deles se apresentou exclusivamente isolado. Tentou-se associar os principais sinais e sintomas da DTM (dor muscular,

dor articular e ruídos articulares) com os sinais e sintomas detectados pelo Índice Anamnésico de Fonseca *et al.*¹³ (1994).

Os trabalhos mencionados nesta discussão fazem uso de metodologia semelhante, utilizando índices anamnésicos com questões similares e aplicadas em uma população de indivíduos pacientes. Alguns deles, além do índice anamnésico, fazem uso de um instrumento complementar para exame clínico.

O sexo feminino prevalece com cerca de 82% do grupo pesquisado, corroborando os resultados encontrados por Lucena *et al.*²³ (2006), existindo discrepância quanto à quantidade de mulheres em relação aos homens que procuram tratamento.

A faixa etária entre 18 a 30 anos está dentro das mais prevalentes, o que se assemelha com Lucena *et al.*²³ (2006). A faixa etária de 30 a 59 anos também atingiu maiores percentuais, o que reforça com alguns dos resultados já obtidos.

Em relação à média de idade, obteve-se uma média de 37,66 anos, o que se aproxima aos resultados de Lucena *et al.*²³ (2006).

Vale salientar que o perfil dos pacientes pode variar de acordo com as condições sociodemográficas e socioeconômicas.

Dos sinais e sintomas estudados, a tensão foi o mais prevalente do total de prontuários analisados. Tendo-se em vista que tal tensão está relacionada ao nível de estresse e ansiedade do indivíduo.

O quesito relacionado a fatores etiológicos, como bruxismo/apertamento, foi o menos detectado pelos pacientes, o que mostra que a maioria não tem a percepção dessas alterações.

Avaliando, tentou-se associar os principais sinais e sintomas da DTM (dor muscular, dor articular e ruídos articulares) com os sinais e sintomas detectados pelo Índice Anamnésico de Fonseca *et al.*¹³ (1994).

Na presença de dor muscular, os sinais e sintomas que mostraram associação estatisticamente significativa foram dificuldade de movimentar a mandíbula e limitação de abertura da boca, revelando uma forte relação entre estes. Na presença de dor articular, não houve diferença estatisticamente significativa. Na de ruído articu-

lar, observou-se que limitação de abertura de boca mostra associação significativa com a ocorrência de ruído articular.

CONCLUSÃO

O perfil prevalece em maior concentração nas mulheres, em adultos-jovens e nos indivíduos casados. A DTM moderada

vem a ser o grau de severidade mais frequente em relação aos sinais e sintomas. Tensão emocional, ruído articular e dor muscular são os sinais e sintomas mais prevalentes, relacionados com a dificuldade de movimentar a mandíbula para os lados e limitação de abertura de boca, isto é, movimentos que geram ação dos músculos da mastigação.

REFERÊNCIAS

1. McNeill C, Danzig WM, Farrar WB, Gelb H, Lerman MD, Moffett BC, *et al.* Position paper of the American Academy of Craniomandibular Disorders. Craniomandibular (TMJ) disorders--the state of the art. *J Prosthet Dent* 1980 Oct;44(4):434-7.
2. Silveira AM, Feltrin PP, Zanetti RV, Mautoni MC. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2007 Aug;73(4):528-32.
3. Alencar Jr FG. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Santos; 2005.
4. Okeson J. Diagnostico das desordens temporomandibulares. In: JP O. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
5. Okeson J. Etiologia dos distúrbios funcionais no sistema mastigatório. In: Okeson J. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
6. Oliveira W. Contribuição ao estudo da frequência de sintomas subjetivos, relatados como queixa principal, por pacientes com disfunção craniomandibular [Dissertação]. São José dos Campos 1992.
7. Pereira Júnior FJ, Vieira AR, Prado R, Miasato JM. Visão geral das desordens temporomandibulares. *RGO (Porto Alegre)* 2004 abr.-jun. ;52(2):117-21.
8. Conti PC, de Azevedo LR, de Souza NV, Ferreira FV. Pain measurement in TMD patients: evaluation of precision and sensitivity of different scales. *J Oral Rehabil* 2001 Jun;28(6):534-9.
9. Koh H, Robinson PG. Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular joint disorders. *J Oral Rehabil* 2004 Apr;31(4):287-92.
10. Shifman A, Gross MD. Diagnostic targeting of temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil* 2001 Nov;28(11):1056-63.
11. Buescher JJ. Temporomandibular joint disorders. *Am Fam Physician* 2007 Nov 15;76(10):1477-82.
12. Palla S. Mioartropatias do sistema mastigatório e dores orofaciais. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
13. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO (Porto Alegre)* 1994 jan.-fev.;42(1):23-4, 7-8.
14. Conti PC, Ferreira PM, Pegoraro LF, Conti JV, Salvador MC. A cross-sectional study of prevalence and etiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders in high school and university students. *J Orofac Pain* 1996 Summer;10(3):254-62.
15. Carlsson GE, Deboever JA. Epidemiologia. In: Zarb GA. Disfunções da articulação temporomandibular e dos músculos da mastigação. São Paulo: Santos; 2000. p. 159-68.

MOURA RSN
MOURA JNC
HONFI-JÚNIOR ES
DIAS-RIBEIRO E
LUCENA LBS

SINAIS E SINTOMAS
DA DISFUNÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR:
REVISÃO DE
LITERATURA



16. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord* 1992 Fall;6(4):301-55.
17. Nekora-Azak A, Evlioglu G, Ordulu M, Issever H. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Turkish population. *J Oral Rehabil* 2006 Feb;33(2):81-4.
18. Cozzolino FA, Rapoport A, Franzi SA, Souza RP, Pereira CAB, Dedivitis RA. Correlação entre os achados clínicos e imaginológicos nas disfunções temporomandibulares. *Radiol Bras* 2008 41(1):13-7.
19. Grau León I, Fernández Lima K, González G, Osorio Núñez M. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. *Rev Cubana Estomatol* 2005 42(3):0-.
20. Oliveira W. Disfunção temporomandibular. In: PAIVA JH. Noções e conceitos básicos em oclusão, disfunção temporomandibular e dor orofacial. São Paulo: Santos; 2008. p. 215-32.
21. Lima DR. Study of the prevalence of craniomandibular dysfunction using Helkimo's Index and having as variables sex, age and whether the subjects had or had not been treated orthodontically. *Rev Fac Odontol São José dos Campos* 1999 jul./dez.;2(2):1-9.
22. Lucena LBS. O impacto da disfunção temporomandibular na qualidade de vida relacionada à saúde bucal [Tese]. João Pessoa 2004.
23. de Lucena LB, Kosminsky M, da Costa LJ, de Goes PS. Validation of the Portuguese version of the RDC/TMD Axis II questionnaire. *Braz Oral Res* 2006 Oct-Dec;20(4):312-7.

Recebido em 03-01-2012

Aceito em 09-04-2012

