

PERFIL DOS PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

PROFILE OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION

CIRO PAZ PORTINHO¹, MARCUS VINÍCIUS MARTINS COLLARES², GUSTAVO JULIANI FALLER³,
MARIANA MIGUEL FRAGA⁴, RINALDO DE ANGELI PINTO⁵

RESUMO

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma doença frequente e o seu diagnóstico inicial pode ser difícil. A caracterização populacional dos portadores pode facilitar a investigação inicial e nortear melhor o tratamento, tanto da disfunção em si, como de outros diagnósticos que possam contribuir para o quadro de dor e alteração funcional. O objetivo deste trabalho foi caracterizar uma amostra de pacientes atendidos em um ambulatório de referência em cirurgia craniofacial. Delineou-se um estudo retrospectivo de uma série de casos, não comparados. Foram incluídos 54 pacientes, dos quais 85,2% eram mulheres. A idade média foi de $38,9 \pm 15,0$ anos. O início dos sintomas foi de $8,2 \pm 10,3$ meses antes da primeira consulta. O quadro foi bilateral em 44,4%. As frequências das queixas foram: dor (98,1%); crepitação ou estalido (53,7%); desvio lateral da mandíbula à abertura ou fechamento (38,9%); má oclusão (33,3%); contratura muscular (25,9%); bruxismo ou briqueamento (24,1%); instabilidade articular (22,2%); "locking" matinal (14,8%); subluxação (11,1%); e anquilose (9,3%). Quanto a outros diagnósticos, a apresentação foi a seguinte: cervicalgia (22,2%); depressão (9,3%); fibromialgia (5,6%); tontura (5,6%); enxaqueca (5,6%); síndrome do pânico (3,7%); hipotireoidismo (1,9%); malformação facial (1,9%); e arritmia cardíaca (1,9%). Na avaliação de imagem por ressonância, 25,9% apresentaram luxação de menisco; 22,2%, degeneração de côndilo; 7,4%, esclerose subcondral; 3,7%, cistos subcondrais; e apenas 1,9%, líquido inflamatório intra-articular. O tratamento farmacológico inicial consistiu de antiinflamatório não-esteróide em 14,8% dos casos; relaxante muscular em 13,0%; combinação dos dois grupos anteriores em 42,6%; tricíclicos em 16,7%; carbamazepina em 1,9% e gabapentina em 1,9%. Em 24,0% dos atendimentos, os pacientes também foram encaminhados à fisioterapia, além do tratamento

medicamentoso. Em 7,4% dos casos, os pacientes foram encaminhados à fisioterapia sem receber fármacos. A artrocentese foi indicada em um caso não houve casos operados nesta casuística, até a finalização deste estudo. Em 7,0% dos pacientes, houve encaminhamento a outros profissionais para tratamento multidisciplinar (não incluída fisioterapia). Em conclusão, os pacientes estudados, com DTM, apresentam um perfil semelhante à literatura, com predominância de mulheres adultas. A avaliação clínica e de imagem deve buscar diversas alterações, a serem tratadas especificamente e por equipe multidisciplinar (cirurgião maxilofacial, ortodontista, protesista, fisioterapeuta, neurologista, médico da dor, etc.). A doença pode ter, ainda, diagnósticos secundários, que podem ter impacto do quadro algíco e funcional.

DESCRITORES:

1. Temporomandibular;
2. Cirurgia Plástica;
3. Articulação.

ABSTRACT

Temporomandibular joint dysfunction syndrome (TMJDS) is a frequent disease, and its diagnosis may be difficult initially. Characterization of their carriers may contribute both to facilitate initial investigation and guide a better treatment, even for the dysfunction itself, as for other diagnosis that may contribute to pain and dysfunction presentation. The aim of this study was to characterize a sample of patients attended at our office. We designed a retrospective and not compared series of cases. We included 54 patients, from which 85.2% were women. Mean age was 38.9 ± 15.0 years. Symptoms had started 8.2 ± 10.3 months before first office visit. Presentation was bilateral in 44.4% of cases. The frequency of complaints was: pain (98.1%); clicks or crackles (53.7%); lateral deviation either for mouth opening of closing (38.9%); malocclusion (33.3%); muscle contracture (25.9%); bruxism (24.1%); joint instability (22.2%); morning locking (14.8%); subluxation (11.1%); and ankylosis (9.3%). For other diagnosis, presentation was as follows: cervical pain (22.2%); depression (9.3%); fibromyalgia (5.6%); dizziness (5.6%); migraine (5.6%); panic syndrome (3.7%); hypothyroidism (1.9%); facial malformation (1.9%); and cardiac arrhythmia (1.9%). Magnetic resonance image showed the following findings: disc luxation (25.9%); condyle degeneration (22.2%); subchondral

1. Cirurgião plástico e craniomaxilofacial.
2. Cirurgião plástico e craniomaxilofacial. Professor da Faculdade de Medicina (FAMED - UFRGS)
3. Otorrinolaringologista e cirurgião craniomaxilofacial.
4. Otorrinolaringologista. Médica residente de Cirurgia Cranio-maxilofacial – SCP – HCPA.
5. Cirurgião plástico. Professor da FAMED - UFRGS. Chefe do SCP – HCPA.

sclerosis (7.4%); subchondral cysts (3.7%); joint inflammatory fluid (1.9%). Initial pharmacological treatment consisted of nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) in 14.8%; muscle relaxants in 13.0%; combined therapy of both in 42.6%; tricyclic antidepressants in 16.7%; carbamazepine in 1.9%, and gabapentin in 1.9%. In 24.0% of cases, patients were also referred to physiotherapy, besides drug treatment. Only in 7.4%, patients were only treated with physiotherapy, with no medicines prescribed. Arthrocentesis was performed in only one case, and till the end of this study, no one had been submitted to surgery. Seven percent were referred to other specialists (except for physiotherapists). In conclusion, patients with TMJDS studied in this sample have showed a profile similar to that found in scientific literature, with predominance of adult females. Clinical and radiological evaluation should search for several findings, which must be specifically treated by a multidisciplinary team (maxillofacial surgeon, orthodontist, prosthodontist, physiotherapist, neurologist, pain medicine specialist etc.). Disease may join other diagnosis, which may impact both the pain and functional presentation.

KEYWORDS:

1. Temporomandibular joint;
2. Surgery Plastic;
3. Articulation.

INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma doença frequente. Define-se como uma doença (ou grupo de doenças) que afeta os músculos mastigatórios, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas adjacentes. Pode ser leve ou bastante debilitante. Na população brasileira, 60,2% dos indivíduos já tiveram alguma tipo de cefaléia e 38,4%, dor de dente, ficando atrás apenas da lombalgia, que é queixa mais comum, com 65,9% dos indivíduos (Siqueira, 2006). A DTM é a causa mais comum de dor crônica da face (Siqueira, 2006). Ela pode aparecer em qualquer idade, mas costuma ser mais frequente em mulheres adultas de meia idade, que constituiriam cerca de 80% dos casos (Teixeira, 1999; Amantéa, 2004). Segundo alguns autores, a incidência está aumentando (Darling, 1994).

O diagnóstico diferencial pode ser difícil inicialmente. O paciente costuma procurar outros especialistas antes de chegar ao atendimento do cirurgião maxilofacial, como otorrinolaringologistas e neurologistas. É preciso diferenciar a dor e os comemorativos provenientes da ATM de neuralgias, processos inflamatórios e cefaleias. A dor característica é pré-auricular, com irradiação temporal, frontal ou occipital. Pode apresentar-se, no entanto, como otalgia referida (30% dos casos), cefaleia, zumbido ou dor de dente. Em alguns casos, pode ser necessário o emprego de bloqueios diagnósticos nervosos, regionais e mesmo

ganglionares (Grossmann, 2006). As neuralgias trigeminais devem ser sempre lembradas por sua importância clínica; frequentemente, são confundidas com odontalgias. Outra síndrome álgica é a síndrome da ardência bucal, que afeta mulheres no período pós-menopausa e provoca dor em queimação na língua e na mucosa oral; ela ganha importância do diagnóstico diferencial com a DTM por causa do perfil epidemiológico, isto é, mulheres adultas e de meia idade.

Os pacientes podem apresentar diversas alterações do sistema estomatognático. A disfunção pode ser decorrente de desgaste, má oclusão, tratamentos ortodônticos, processos inflamatórios e infecciosos, trauma, estresse, ansiedade e outros fatores psicogênicos (Teixeira, 1999; Pereira, 2005).

Além disso, a DTM pode coexistir com outras doenças músculo-esqueléticas ou que tenham repercussão neste sistema. A ATM correlaciona-se com a base do crânio e com a coluna cervical. Há uma associação conhecida com cervicalgia, pois há relações neuromusculares com esta, tanto que hoje se admite a existência de um sistema funcional denominado sistema crânio-cérvico-mandibular (Amantéa, 2004). A ATM também é chamada, por alguns autores, de articulação craniomandibular (Solberg, 1989). Assim, o exame físico de pacientes com dor facial deve incluir a avaliação dos músculos da cabeça e do pescoço e dos nervos cranianos (Grossmann, 2006).

O tratamento da DTM é variado. Inclui orientação, terapia cognitivo-comportamental, placas de mordida, miorelaxantes, analgésicos, antiinflamatórios, antidepressivos tricíclicos, acupuntura, infiltrações de pontos gatilho, artrocentese e cirurgias, estas últimas indicadas com menos frequência hoje em dia.

O objetivo deste trabalho é caracterizar a população de pacientes atendidos em um ambulatório de referência em cirurgia craniomaxilofacial.

MÉTODO

Realizamos um estudo de uma série retrospectiva de casos. Incluímos pacientes atendidos entre 2008 e 2011. Excluímos pacientes com dor facial que não tinham alterações clínicas ou radiológicas compatíveis com DTM.

RESULTADOS

Foram estudados 54 pacientes, dos quais 85,2% eram mulheres. A idade média foi de $38,9 \pm 15,0$ anos. Os pacientes apresentaram início dos sintomas $8,2 \pm 10,3$ meses antes da primeira consulta em nosso ambulatório. A queixa foi bilateral em 44,4%. A tabela 1 apresenta a frequência de queixas.

Tabela 1 – Frequência de achados clínicos em pacientes com disfunção da articulação temporomandibular.

Sintoma ou sinal	Frequência (%)
Dor	98,1
Crepitação ou estalido	53,7
Desvio à abertura ou fechamento	38,9
Má oclusão	33,3
Contratura de músculo pterigoideos	25,9
Bruxismo ou briquismo	24,1
Instabilidade articular	22,2
"Locking" matinal	14,8
Subluxação	11,1
Anquilose	9,3

Na história progressiva, 7,4% apresentavam história de trauma mandibular prévio, com ou sem fratura. Em 5,6% dos casos, os pacientes já haviam tido luxação da ATM. Uma pequena porcentagem – 5,6% - estava em uso de aparelho ortodôntico e, em 7,4%, já haviam feito este tipo de tratamento. Em 16,7% dos casos, os pacientes apresentavam perda dentária parcial, com uso de prótese parcial ou implantes; já em 7,4%, havia pacientes edêntulos em uso de prótese total superior e inferior. Por fim, 7,4% dos pacientes tinham história de cirurgia mandibular prévia, fosse na ATM ou não. A Tabela 2 apresenta a frequência de outros diagnósticos que acompanham este grupo de pacientes estudados.

Tabela 2 – Outros diagnósticos em pacientes com disfunção de articulação temporomandibular.

Diagnóstico	Frequência (%)
Cervicalgia	22,2
Depressão	9,3
Fibromialgia	5,6
Tontura	5,6
Enxaqueca	5,6
Síndrome do pânico	3,7
Hipotireoidismo	1,9
Malformação facial	1,9
Arritmia cardíaca	1,9

A investigação radiológica normalmente incluía radiografia panorâmica da mandíbula, tomografia computadorizada e ressonância magnética (RM) e, conforme o caso documentação ortodôntica completa. Os achados da RM estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Alterações encontradas na ressonância magnética da articulação temporomandibular.

Alteração	Frequência
Luxação de meniscos	25,9
Degeneração condilar	22,2
Esclerose subcondral	7,4
Cistos subcondrais	3,7
Presença de líquido intra-articular	1,9

O tratamento inicial inclui o uso de antiinflamatórios não-esteróides, relaxantes musculares, tricíclicos – principalmente a amitriptilina –, carbamazepina e gabapentina. Os pacientes também poderiam ser encaminhados à fisioterapia. A artrocentese poderia ser considerada em casos de falha terapêutica farmacológica. A cirurgia não foi indicada para

nenhum dos casos apresentados e costuma não ser feita, a ser na falha terapêutica conservadora e/ou quando há anquilose ou luxação articular. A Tabela 4 apresenta o tratamento farmacológico inicial instituído para os pacientes estudados.

Tabela 4 – Tratamento farmacológico inicial prescrito para os pacientes estudados com disfunção da articulação temporomandibular.

Esquema terapêutico	Frequência
Antiinflamatório (AINE) apenas	14,8
Relaxante muscular apenas	13,0
AINE + relaxante muscular	42,6
Tricíclico	16,7
Carbamazepina	1,9
Gabapentina	1,9

Em 24,0% dos casos, os pacientes foram encaminhados à fisioterapia, além do tratamento farmacológico. Já em 7,4% dos casos, os pacientes foram encaminhados já de início à fisioterapia, sem a prescrição de fármacos. Estes pacientes apresentavam dor leve e/ou intermitente, alguns preferindo não usar fármacos. A artrocentese foi indicada apenas para um caso (3,0%). Em 7% dos casos, os pacientes foram encaminhados para outros profissionais para associar tratamento, geralmente medicina da dor, psiquiatria ou para odontólogos protesistas.

DISCUSSÃO

O perfil populacional é similar em frequência do sexo feminino, girando em torno de 80%. Teixeira e cols. (1999) encontraram a doença em mulheres em 81,8% dos casos. A faixa etária é que pode apresentar algumas variações. Estes mesmos autores obtiveram uma predominância de pacientes da terceira década de vida. Pereira e cols. (2005) apresentaram uma casuística envolvendo mulheres entre 19 e 43 anos.

O diagnóstico correto de dores faciais pode ser difícil. Em um estudo com 26 pacientes, demonstrou-se que os pacientes foram atendidos por pelo menos quatro profissionais diferentes da área da saúde, e que o diagnóstico estava errado em 80,7% dos casos. Pacientes que tiveram diagnósticos iniciais de DTM, neuralgia trigeminal e dor facial atípica, acabaram sendo classificados como pulpíte, leucemia, câncer de orofaringe, síndrome de Eagle, neuralgia atípica, fibromialgia, cefaléia tensional e doenças psiquiátricas históricas (Siqueira, 2004).

A dor é a queixa mais comum em quase todas as casuísticas (Teixeira, 1999; Pereira, 2005). A sua apresentação é que pode variar, tanto em localização, irradiação, intensidade, frequência e fatores desencadeantes. As alterações psíquicas podem agravar o quadro disfuncional (Pereira, 2005). Um estudo epidemiológico com 354 indivíduos não demonstrou relação entre disfunção temporomandibular e classe social, mas sim de acordo com o nível de estresse (Martins, 2007).

Os estalidos e crepitações foram encontrados em cerca de metade dos casos. Eles costumam ocorrer pelo deslocamento dos meniscos, que acontecem, por sua vez, quando há o rompimento ligamentar entre o disco e o côndilo mandibular. Esta alteração leva ao deslocamento do músculo pterigoideo lateral. O deslocamento mais comum é o ântero-medial, devido às orientações do músculo pterigoideo lateral. O deslocamento pode ser ou não redutível e ocorrer ou não com limitação de abertura bucal.

Há vários hábitos deletérios que prejudicam a estabilidade neuromuscular do aparelho estomatognático (Pereira, 2005). São eles: sucção digital, uso prolongado de chupetas, sucção de língua ou lábios, mascar chicletes, bruxismo, briqueísmo e onicofagia. Avaliamos apenas a presença de bruxismo e briqueísmo, achados encontrados em cerca de um em cada quatro pacientes.

A má oclusão está associada com a DTM, tanto para dor como para limitação funcional. Os pacientes com Angle II apresentam esta associação com maior frequência. Os pacientes com sobremordida ("overbite") tiveram mais associação com a disfunção do que pacientes com sobressaliência ("overjet") (Teixeira, 1999). A reabsorção do côndilo é uma alteração que também ocorre mais em mulheres com oclusão Angle II (Weigert, 2011). A etiologia da reabsorção condilar continua pouco compreendida, embora haja associação com osteomielite, osteólise, osteodistrofia renal, osteoartrite, artrite reumatoide, DTM, trauma, uso crônico de corticoides, lúpus, esclerodermia, vasculites, tratamentos ortodônticos e cirurgia ortognática (Weigert, 2011). Em nosso estudo, não houve estratificação dos casos por tipo de má oclusão, mas ela foi diagnosticada em um terço dos casos, demonstrando ser um achado concomitante importante.

A ATM está relacionada com a região cervical e escapular, através de um sistema neuromuscular comum (Amantéa, 2004). Daí a relação frequente com cervicalgia apresentada em nossa casuística. Alterações da coluna podem acarretar distúrbios na ATM e vice-versa. Alterações pequenas nas estruturas de suporte corporal (ex.: coluna cervical) podem acarretar desarmonia postural. A partir disso, uma tensão inicial nas cadeias musculares é responsável por uma sucessão de tensões associadas (Souchard, 1986). Os pacientes com DTM costumam apresentar lordose cervical (Mannheimer, 1991). Assim, o encaminhamento à fisioterapia é essencial em todos os casos de DTM, pelo menos para uma avaliação especializada. Em nosso estudo, houve uma frequência baixa de encaminhamentos, pelo menos iniciais, à fisioterapia. Estudos subsequentes estão sendo realizados para determinar se esta estatística melhorou.

A associação com outras síndromes álgicas deve ser buscada. A fibromialgia é um diagnóstico

importante, porque é a causa mais comum de dor crônica difusa, acometendo 2 a 4% da população mundial (Jacob, 2005). Ela acomete até nove mulheres para cada homem, uma prevalência semelhante à DTM. Acredita-se que o número de casos esteja aumentado, mas fala-se também na conscientização do diagnóstico por partes dos médicos. Em nossos casos, foi encontrada em apenas 5,6% dos casos, mas cita-se uma relação de até um terço dos casos de fibromialgia como sendo também portadores de DTM (Jacob, 2005).

O tratamento da DTM pode ser feito de várias formas. Os relaxantes musculares e os antiinflamatórios são utilizados comumente como medicações iniciais, muitas vezes associados, principalmente nos quadros de dor com menos de um ano e que apresente contratura e fadiga muscular. A amitriptilina é o antidepressivo mais utilizado, tendo ação central e sendo bem aceita em muitos casos, desde que o paciente tolere os efeitos colaterais de sonolência e aumento de apetite. Os anticonvulsivantes mais utilizados para o tratamento desta doença são a carbamazepina e a gabapentina, tendo indicação para tratamento de longo prazo, em pacientes sem contra-indicações.

A cirurgia para DTM diminuiu sua indicação. Vários pacientes tratados cirurgicamente no passado retornam ao consultório com recidiva de sintomas ou outras apresentações da doença. A cirurgia, em nosso serviço, costuma ser indicada na falha de tratamento não-cirúrgico após pelo menos um ano, em pacientes que tenham características severas de degeneração articular. As indicações mais imediatas são para luxação recidivante e para anquilose da ATM.

CONCLUSÃO

Os pacientes estudados, com DTM, apresentam um perfil semelhante à literatura, com predominância de mulheres adultas. A avaliação clínica e de imagem deve buscar diversas alterações, a serem tratadas especificamente e por equipe multidisciplinar (cirurgião maxilofacial, ortodontista, protesista, fisioterapeuta, neurologista, médico da dor, etc.). A doença pode ter, ainda, diagnósticos secundários, que necessitem tratamento e que possam ter impacto do quadro álgico e funcional.

REFERÊNCIAS

1. Amantéa DV, Novaes AP, Campolongo GD, Barros TP. A importância da avaliação postural no paciente com disfunção temporomandibular. *Acta Ortop Bras* 2004; 12(3): 155-9.
2. Darling DW, Krauss S, Clasheen-Wray MB. Relationship of head posture and the rest position of mandible. *J Prost Dent* 1994; 52(1): 111-5.
3. Grossmann E, Collares MVM. Odontalgia associada à dor e à disfunção miofascial. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac* 2006; 9(1): 19-24.
4. Jacob MTRJ, Jacob LG, Jacob BJ. Fibromialgia: diagnóstico, sintomas, fisiopatologia e tratamento. *Rev Dor* 2005; 6(3): 634-40.
5. Mannheimer JS, Rosenthal RM. Acute and chronic postural abnormalities as related to craniofacial pain and temporomandibular disorders. *Dent Clin North Am* 1991; 35(1): 185-209.
6. Martins RF, Garcia AR, Garbin CAS, Sundefeld MLMM. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 215-22.
7. Pereira KNF, Andrade LLS, Costa MLG, Portal TF. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev CEFAC* 2005; 7(2): 221-8.
8. Siqueira JTT, Ching LH, Nasri CS, Siqueira SRDT, Teixeira MJ, Heir G, Valle LBS. Clinical study of patients with persistent orofacial pain. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62(4): 988-96.
9. Siqueira JTT. As dores orofaciais na prática hospitalar – experiência brasileira. *Prática Hospitalar* 2006; 48: 85-9.
10. Solberg WK. *Disfunções e desordens temporomandibulares*. São Paulo, Santos, 1989, 139p.
11. Souchard PE. *Reeducação postural global*. 2a. Ed. São Paulo, 1986.
12. Teixeira ACB, Marcucci G, Luz JGC. Prevalência das maloclusões e dos índices anamnésicos e clínicos em pacientes com disfunção da articulação temporomandibular. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1999; 13(3): 251-6.
13. Weigert NM, Moniz NJ, Freitas RR. Reabsorção idiopática do côndilo mandibular: frequente e desconhecida. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac* 2011; 14(2): 102-7.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
Rua Mostardeiro, 5/1009 – Moinhos de Vento
CEP 90043-001 – Porto Alegre – RS – Brasil
E-mail: cportinho@hotmail.com