

DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES: SINAIS, SINTOMAS E ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Temporomandibular Disorders: signs, symptoms and multidisciplinary approach

Mariana Del Cistia Donnarumma ⁽¹⁾, Carlos Alberto Muzilli ⁽²⁾, Cristiane Ferreira ⁽³⁾, Kátia Nemr ⁽⁴⁾

RESUMO

Objetivo: verificar perfil, queixa e principais sinais e sintomas de uma amostra de pacientes com disfunção temporomandibular que estiveram ou estão em tratamento ortodôntico e observar a ocorrência de atendimentos multidisciplinares. **Métodos:** foram coletados dados de 125 prontuários em uma clínica odontológica da cidade de Sorocaba e os itens analisados nos prontuários foram: sexo, idade, profissão, queixa, três principais sinais e sintomas dos pacientes e se houve encaminhamento para avaliação fonoaudiológica, fisioterápica e psicológica. **Resultados:** predominância feminina, sendo 107 mulheres (85,6%) e 18 homens (14,4%). Média de idade de 35 anos, sendo a menor idade 14 anos e a maior 74 anos. Relação da disfunção temporomandibular com as profissões: 43 (34,4%) eram profissionais com vínculo empregatício. Queixa trazida pelo paciente: dor na região da articulação temporomandibular e masseter: 86 - (68,8%). Três principais sinais e sintomas observados na avaliação ortodôntica: dor na região da articulação temporomandibular e masseter: 98 – 78,4%; estalos unilaterais: 55 – 44% e travamento: 23 – 18,4%. Conduta de encaminhamentos: fonoaudiologia 59 (47,2%); fisioterapia 40 (32%) e psicologia 53 (42,4%). **Conclusão:** na amostra pesquisada, a prevalência de casos de disfunção temporomandibular foi maior no sexo feminino, com queixa de dor. Os principais sinais e sintomas foram: dor, estalo unilateral e travamento e houve encaminhamento para atendimentos multidisciplinares nas áreas de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Psicologia.

DESCRIPTORIOS: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Dor Facial

■ INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é a única articulação móvel do crânio. É considerada a mais complexa do corpo humano, por duas razões: é a única que permite movimentos rotacionais e translacionais, devido à articulação dupla do côndilo.

Além disto, existem duas articulações conectadas a um único osso, a mandíbula, as quais funcionam simultaneamente ¹. Para que a articulação temporomandibular funcione de forma adequada, a própria articulação temporomandibular, a oclusão dental e o equilíbrio neuromuscular devem relacionar-se harmonicamente ².

O termo disfunção temporomandibular (DTM) é utilizado para reunir um grupo de doenças que acometem os músculos mastigatórios, ATM e estruturas adjacentes ³. As DTM's podem ser classificadas em dois grandes subgrupos: as de origem articular, ou seja, aquelas em que os sinais e sintomas estão relacionados à ATM; e as de origem muscular nas quais os sinais e sintomas relacionam-se com a musculatura estomatognática ⁴. A DTM tem etiologia multifatorial ^{2,5-10} e está relacionada com fatores estruturais, neuromusculares, oclusais ¹¹ (perdas dentárias, desgaste dental, próteses mal adaptadas, cáries, restaurações inadequadas

⁽¹⁾ Fonoaudióloga em Clínica Especializada em Audiometria e Terapias; Especializanda em Motricidade Orofacial pelo CEFAC – Saúde e Educação.

⁽²⁾ Dentista; Professor da Universidade Paulista - Sorocaba e São Leopoldo Mandique – Campinas; Doutor em Próteses Dentárias pela Universidade de São Paulo.

⁽³⁾ Fonoaudióloga da Prefeitura de Mauá-SP; Especialista em Linguagem, Especializanda em Motricidade Orofacial pelo CEFAC – Saúde e Educação.

⁽⁴⁾ Fonoaudióloga; Docente da Universidade de São Paulo; Doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo.

Conflito de interesses: inexistente

entre outras), psicológicos (devido a tensão há um aumento da atividade muscular que gera espasmo e fadiga), hábitos parafuncionais (bruxismo, onicofagia, apoio de mão na mandíbula, sucção digital ou de chupeta) ² e lesões traumáticas ou degenerativas da ATM ¹².

As DTM têm interpretação muito ampla e descrevem uma população geral de pacientes sofrendo de disfunção dos músculos e articulações da mandíbula, usualmente dolorosa ¹³. Quando presente, a DTM caracteriza-se por dores nas articulações temporomandibulares e nos músculos mastigatórios, sendo a dor o sintoma mais comum e as mulheres são mais afetadas que os homens numa proporção de 4:1 ⁷.

Normalmente essa disfunção afeta tão enfaticamente a população que num estudo recente, os autores concluíram que a dor da DTM tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente, prejudicando as atividades do trabalho (59,09%), da escola (59,09%), o sono (68,18%) e o apetite/alimentação (63,64%) nos sujeitos pesquisados ¹⁴. Os sintomas auditivos referidos por pacientes com DTM são: dores de ouvido (otalgia), sensação de plenitude auricular, sensação de diminuição de acuidade auditiva, zumbidos, tonturas e vertigens ¹¹. Outros sintomas são: limitação dos movimentos mandibulares, oclusão estática e dinâmicas anormais ¹¹ e também pode haver a presença de ruídos articulares (como estalido e/ou crepitação). O estalido pode ou não ser acompanhado de dor ¹² e o estalido (clicking) duplo, na abertura e fechamento mandibular, caracteriza-se por deslocamento do disco articular com redução, e a articulação silenciosa assintomática e limitação na abertura indicam deslocamento do disco articular sem redução. A crepitação freqüentemente indica uma artrose ¹⁰.

Para uma correta indicação terapêutica, a avaliação de todos os possíveis sintomas juntamente com o trabalho em equipe é fundamental. Cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, além de psicólogos, otorrinolaringologistas, neurologistas e clínicos da dor devem conjuntamente avaliar os possíveis fatores causais e, cada qual em sua área de atuação, intervir ⁶.

Sabendo que a DTM está inserida no campo de atuação fonoaudiológica, os objetivos da pesquisa foram: verificar perfil, queixa e principais sinais e sintomas de uma amostra de pacientes com disfunção temporomandibular que estiveram ou estão em tratamento ortodôntico e verificar a ocorrência de atendimentos multidisciplinares.

■ MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa retrospectiva, por resgate de prontuários de indivíduos com alteração temporomandibular, que passaram ou ainda estavam em tratamento, em uma clínica odontológica da cidade de Sorocaba. A amostra foi composta de 125 prontuários.

As variáveis analisadas foram: sexo, idade, profissão, queixa, três principais sinais e sintomas dos pacientes e a presença de encaminhamento para avaliação fonoaudiológica, fisioterápica e psicológica.

Para classificação das profissões e a divisão das classes profissionais utilizou-se as categorias do Ministério do Trabalho e Emprego, na categoria CBO de 2002 (Classificação Brasileira de Ocupações), utilizando a categoria dos grandes grupos de profissões regulamentadas (GG). Para completar a classificação foi utilizado juntamente a CIUO (Classificação Internacional Uniforme de Ocupações), no qual todas as profissões nacionais estão representadas pelas sigla CIUO – 88 (1).

Os critérios de exclusão foram: crianças menores de 12 anos de idade, com DTM; traumas craniofaciais e uso de prótese total. Já os critérios de inclusão utilizados foram: estar em acompanhamento ou ter sido atendido por um dos ortodontistas, independentemente do tratamento, incluindo na amostra as altas e desistências.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica aprovou o projeto desta pesquisa sob número 137/07.

Os achados foram apresentados em frequências absolutas e relativas. Para a descrição das variáveis foram utilizadas: variáveis paramétricas (média, desvio-padrão, mínimo e máximo) e variáveis não-paramétricas (frequência e respectivo percentual). O programa utilizado foi SPSS (Statistical Package for Social Sciences), em sua versão 13.0.

■ RESULTADOS

Após a análise dos 125 prontuários pode-se constatar que houve predominância feminina, sendo 107 mulheres (85,6%) e 18 homens (14,4%) (Figura 1). Quanto à idade obteve-se uma média de 35 anos, sendo a menor idade 14 anos e a maior 74 anos (Tabela 1).

No que se refere à relação profissões e DTM observou-se a seguinte incidência: 43 (34,4%) profissionais com vínculo empregatício; 24 pessoas (19,2%) profissionais do lar; 21 (16,8%) autônomos (de variadas áreas); 12 (9,6%) estudantes (de diferentes áreas); 8 (6,4%) profissionais da área

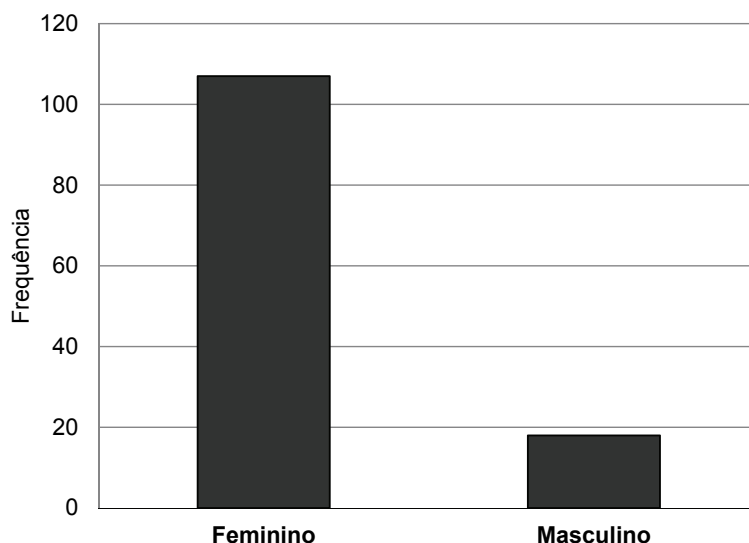


Figura 1 – Distribuição em frequências absolutas da amostra em relação ao sexo

Tabela 1 – Faixa etária da amostra com DTM, com idade mínima, máxima, média e desvio padrão

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Idade	125	14,00	74,00	35,62	12,25

n- número absoluto

da saúde; 10 (8%) professores de variadas matérias, do ensino infantil à graduação; cinco (4,0%) aposentados; e duas (1,6%) outras profissões, que e que somadas não tiveram número expressivo (Tabela 2).

Outra variável analisada foi quanto às queixas trazidas pelos pacientes que representaram: dor por 86 (68,8%), estalo por 43 (34,4%), travamento por 13 (10,4%), diminuição de abertura de boca por 10 (8%), bruxismo por cinco (4%), fadiga muscular por quatro (3,2%), dificuldade de mastigação por quatro (3,2%), morder lábios e bochechas por dois (1,6%) e apertamento por dois (1,6%) (Tabela 3).

Foram averiguados os principais sinais e sintomas observados na avaliação ortodôntica, resultando: dor na região da ATM e masseter por 98 (78,4%), estalo unilateral por 55 (44%), travamento por 23 (18,4%), diminuição de abertura de boca por 15 (12%), estalo bilateral por 15 (12%), dor de cabeça por 15 (12%), dor durante a mastigação por 13 (10,4%), dificuldade de mastigação por 10 (8%), bruxismo por nove (7,2%), fadiga muscular por seis (4,8%), apertamento por quatro (3,2%), morder lábios e bochechas por três (2,4%), onicofagia por três (2,4%) e zumbido por dois (1,6%) (Figura 2).

Outra variável analisada foi a conduta de encaminhamentos realizados para avaliação da

Fonoaudiologia, Fisioterapia e Psicologia, e os resultados obtidos foram: 47,2% de encaminhamentos para avaliação fonoaudiológica, 32% para avaliação fisioterápica e 42,4% para avaliação psicológica, porém esses resultados devem ser considerados de forma especial, já que o mesmo paciente pode ter sido encaminhado para mais de uma especialidade durante o tratamento ortodôntico.

■ DISCUSSÃO

Na amostra estudada, em acordo com os achados da literatura, a frequência de casos de DTM foi maior no sexo feminino em comparação ao sexo masculino^{5,7,12,15-21}. A faixa etária da amostra estudada é semelhante à encontrada na literatura que mostra maior prevalência de DTM entre as idades de 20 e 40 anos^{1,7,8,12,15, 16,20}.

Um estudo¹⁵ descreveu as características trabalhistas de 150 pacientes de um serviço especializado em DTM e dor orofacial e os autores observaram que houve diversidade de situação profissional e verificou-se maior número de donas-de-casa, estudantes e desempregados, num total de 64% da amostra, e atribuem essa prevalência ao horário de funcionamento do serviço,

Tabela 2 – Distribuição em frequências absolutas e percentuais das profissões dos sujeitos pesquisados

Profissão	Frequência	Percentual
Aposentado	5	4%
Do lar	24	19,2%
Estudante	12	9,6%
Funcionário com vínculo empregatício	43	34,4%
Professor	10	8%
Profissional da saúde	8	6,4%
Autônomo	21	16,8%
Outro	2	1,6%
Total	125	100%

Tabela 3 – Distribuição em frequências absolutas e percentuais das queixas presentes e ausentes na amostra

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
dor	Presente	86	68,8
	Ausente	39	31,2
estalo	Presente	43	34,4
	Ausente	82	65,6
travamento	Presente	13	10,4
	Ausente	112	89,6
diminuição da abertura de boca	Presente	10	8
	Ausente	115	92
hábito Deletério Bruxismo	Presente	5	4
	Ausente	120	96
fadiga na Muscular	Presente	4	3,2
	Ausente	121	96,8
dificuldade de mastigação	Presente	4	3,2
	Ausente	121	96,8
hábito Deletério morde lábios e bochechas	Presente	2	1,6
	Ausente	123	98,4
hábito Deletério apertamento	Presente	2	1,6
	Ausente	123	98,4
Total		125	100,0

por apresentarem maior disponibilidade para comparecer ao ambulatório.

Em estudo¹⁶ no qual avaliou-se a incidência de hábitos deletérios e posturais, por meio de fichas clínicas e avaliação postural, em 191 pacientes portadores de DTM, pode-se observar que houve grande frequência de hábitos como colocar a mão no queixo (73,5%), apertar dentes (59,7%) e morder objetos (43,5%) e também 46% dos pacientes apresentavam flexão de cabeça e 70,7% postura atípica dos ombros; houve também associação entre DTM e o exercício de profissões que exigem um maior esforço muscular em 55,5% da amostra estudada, observando-se que há interação entre hábitos deletérios, DTM e profissões que exigem esforço muscular. Outros autores²² verificaram a associação da classe econômica e do estresse com a ocorrência da DTM e não foi observada associação significativa entre classe econômica e DTM, mas há associação direta com o estresse. Porém, não houve dentro a literatura pesquisada, estudos que relacionassem as profissões, o estresse e as DTMs.

No que se refere à queixa trazida pelos pacientes, este dado coincide com os da literatura. Em trabalho realizado por outros pesquisadores, os motivos pelos quais os pacientes procuraram atendimento foram: dor de cabeça (79%), seguidos por ruídos articulares (44%)⁷ e dor na ATM (41%)^{7,12,15,23}.

Em uma pesquisa¹⁸ verificou-se a ocorrência de pacientes portadores de DTM em um serviço de Otorrinolaringologia, por meio da análise e da avaliação de um questionário dado a 221 pacientes, 21,72% dessa amostra foram considerados necessitando de tratamento para DTM. Os principais sinais e sintomas foram: dor de cabeça (33,5%), dor no pescoço e ombro (28,5%), dor na região do ouvido (29%) e ruídos articulares (25%), sintomas coincidentes aos encontrados em nosso estudo.

Outros autores¹⁷ investigaram a associação de sintomas otológicos (otalgia, zumbido e plenitude auricular) com os achados audiológicos e os outros sinais e sintomas relacionados à desordem

temporomandibular em 27 pacientes que responderam um questionário e passaram por avaliação otorrinolaringológica e audiológica. Os sinais e sintomas predominantes foram: o ruído articular, a dor muscular e a dor na região das ATMs, dado este coincidente com o de nossa amostra. Porém os sintomas otológicos foram presentes em 88,88% (59,26% apresentavam otalgia, 74,07% zumbido e 74,07% plenitude auricular) e a conclusão que o estudo fornece é de que há relação entre desordem temporomandibular e sintomas otológicos. Isto difere dos dados encontrados em nossa amostra em que apenas 1,6% dos pacientes apresentaram sintomas otológicos, fato que pode ter ocorrido por se tratar de uma clínica odontológica e os pacientes possivelmente não relacionavam sintomas otológicos a queixa.

No que se refere às condutas de encaminhamentos para a avaliação de áreas correlacionadas a DTM, os dados obtidos apontaram uma boa demanda de encaminhamentos para avaliação fonoaudiológica (47,2%), para avaliação fisioterápica (32%) e avaliação psicológica (42,4%), evidenciando a importância de um trabalho integrado entre as áreas. Essa conduta mostra que um trabalho multidisciplinar^{2,6,7,11,12,15,24,25}, desempenha um papel fundamental no diagnóstico e tratamento das DTMs.

■ CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo pode-se verificar: um perfil predominantemente de mulheres, com média de 35 anos de idade, com vínculo empregatício e com queixa de dor na consulta; os principais sinais e sintomas de DTM na amostra estudada foram: dor (78%), estalo unilateral (44%) e travamento (18,4%) e houve encaminhamento para avaliação fonoaudiológica em 47,2% dos casos, para avaliação fisioterápica em 32% e avaliação psicológica 42,4%, sendo que o mesmo paciente pode ter sido encaminhado para mais de uma especialidade.

ABSTRACT

Purpose: to check the main signs and symptoms of a sample of patients with temporomandibular dysfunction that were or are under orthodontic treatment and observe if there was a possible multidisciplinary treatment. **Methods:** data from 125 medical records collected in a orthodontic clinic located in Sorocaba and the analyzed items were: gender, age, profession, complains, three main signs and symptoms of the patients and if they had been submitted to evaluation with a speech therapist, physiotherapist and psychological. **Results:** feminine predominance, being 107 women (85.6%) and 18 men (14.4%). Average of age: 35 year-old, being the smallest age 14 years and the largest 74 years. Relationship of temporomandibular dysfunction with the professions: 43 - (34.4%) were professional with contract of employment. Complaint brought by the patient: pain in the area of temporomandibular articulation and masseter: 86 - (68.8%). Three main signs and symptoms observed in the orthodontic evaluation: pain in the temporomandibular articulation and masseter area: 98 - 78.4%; unilateral cracks: 55 - 44% and locking: 23 - 18.4%. Conduct of referrals: speech therapy 59 - (47, 2%); physiotherapy 40 (32%) and psychology 53 (42.4%). **Conclusion:** in the researched sample, the prevalence of cases related to temporomandibular dysfunction was higher in the feminine gender, with pain complaint. The main signs and symptoms were: pain, unilateral crack and locking and there was a referral for multidisciplinary cares for speech therapy, physiotherapy and psychology areas.

KEYWORDS: Temporomandibular Articulation Dysfunction Syndrome; ; Sign; Symptoms; Facial Pain

■ REFERÊNCIAS

1. Maydana AV. Critérios diagnósticos de pesquisa para as desordens temporomandibulares em uma população de pacientes brasileiros. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
2. Quinto CA. Classificação e tratamento das disfunções temporomandibulares: qual o papel do fonoaudiólogo no tratamento dessas disfunções? Rev CEFAC. 2000; 2(2):15-22.
3. Amantea DV, Novaes AP, Campolongo GS, Barros TP. A importância da avaliação postural no paciente com disfunção temporomandibular. Acta Ortop. Bras. 2004; 12(3):155-9.
4. Farilla EE. Frequência das parafunções orais nos diferentes subgrupos de diagnósticos de Desordens Temporomandibulares de acordo com Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Desordens temporomandibulares (RCD/TMD). [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
5. Barbosa CMR, Queluz DP, Barbosa JRA, Di Hipólito Jr O. Correlação entre aparelho ortodôntico, sexo e presença de disfunções temporomandibulares. J Bras Ortop Facial. 2002; 7(39):185-92.
6. Costa LFM, Guimarães JP. Disfunções temporomandibulares: qual o papel atual do cirurgião-dentista? Rev Bras Odontol. 2002; 59(5):351-4.
7. Zanettini I, Zanettini UM. Disfunções temporomandibulares: estudo retrospectivo de 150 pacientes. Rev Cient AMECS. 1999; 8(1):9-15.
8. Pereira Jr FJ, Vieira AR, Prado R, Miasato JM. Visão geral das disfunções temporomandibulares. RGO. 2004; 52(2):117-21.
9. Coutinho MEP, Wassal T. Os efeitos do tratamento ortodôntico sobre a articulação têmporo-mandibular. RGO. 2003; 51(4):335-42.
10. Delboni MEG, Abrão J. Estudo dos sinais de DTM em pacientes ortodônticos assintomáticos. Rev Dental Press Ortop Ortop Facial. 2005; 10(4):88-96.
11. Felício CM. Fonoaudiologia aplicada a casos odontológicos: motricidade oral e audiologia. São Paulo: Pancast; 1999. 243 p.
12. Pereira KNF, Andrade LLS, Portal TF. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. Rev CEFAC. 2005; 7(2):221-8.
13. Manfredi APS, Silva AA, Vendite LL. Avaliação da sensibilidade do questionário de triagem para dor orofacial e desordens temporomandibulares recomendado pela Academia Americana de Dor Orofacial. Rev Bras Otorrinolaringol. 2001; 67(6):763-8.
14. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES, Berzin F. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. J Appl Oral Sci. 2003; 11(2):138-43.

15. Bove SRK, Guimarães AS, Smith RL. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Rev Latino-am Enf.* 2005; 13(5):686-91.
16. Cauás M, Alves IF, Tenório K, HC Filho JB, Guerra CMF. Incidência de hábitos parafuncionais e posturais em portadores de disfunção da articulação craniomandibular. *Rev Cirur Traumat Buco-Maxilo-Facial.* 2004; 4(2):121-9.
17. Felício CM, Faria TG, Silva MAMR, Aquino AMCM, Junqueira CA. Desordens temporomandibulares: relações entre sintomas otológicos e orofaciais. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; 70(6):786-93.
18. Silveira AM, Feltrin PP, Zanetti RV, Mautoni MC. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007; 73(4):528-32.
19. Ozan F, Polat S, Kara I, Küçük D, Polat HB. Prevalence study of signs and symptoms of temporomandibular disorders in a Turkish population. *J Contemp Dent Pract.* 2007; 8(4):35-42.
20. Nomura K, Vitti M, Oliveira AS, Chaves TC, Semprini M, Siéssere S, Hallak C, Regalo SCH. Use of the Fonseca's questionnaire to asses the prevalence and severity of temporomandibular disorders in brazilian dental undergraduates. *Braz Dent J.* 2007; 18(2):163-7.
21. Bermejo-Fenoll A, Sáez-Yuguero R. Diagnóstico diferencial de los desórdenes temporomandibulares (DTM). *Med Oral Patol Oral Cirur Bucal.* 2005;10(5):468-9.
22. Martins RJ, 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.
23. Cooper BC, Kleinberg I. Examination of a large patient population for the presence of symptoms and signs of temporomandibular disorders. *Crânio.* 2007; 25(2):114-26.
24. Poli MS, Morosini MRM, Martinelli RCPM. Abordagem interdisciplinar na disfunção temporomandibular: relato de caso. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR.* 2003; 7(2):171-7.
25. Nóbrega JCM, Siqueira SRDT, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Differential diagnosis in atypical facial pain: a clinical study. *Arq Neuro- Psiquiatr.* 2007; 6(2):256-61.

DOI: 10.1590/S1516-18462010005000085

RECEBIDO EM: 31/03/2008

ACEITO EM: 18/12/09

Endereço para correspondência:

Mariana Del Cistia Donnarumma

Rua Emygdia Campolim, 120

Cidade: Sorocaba – Estado: São Paulo

CEP: 18047-626

E-mail: ma.fono@bol.com.br

ma_dcd@yahoo.com.br