

Apresentação clínica inicial em pacientes com disfunção temporomandibular

Early clinical presentation in patients with temporomandibular dysfunction syndrome

CIRO PAZ PORTINHO¹, MARCOS VINÍCIOS RAZERA², BRUNO ISMAIL SPLITT², ANTÔNIO REBELLO HORTA GORGEN², GUSTAVO JULIANI FALLER¹,
MARCUS VINÍCIUS MARTINS COLLARES¹

RESUMO

Introdução: A disfunção temporomandibular (DTM) é a causa mais comum de dor crônica facial. O diagnóstico diferencial pode ser difícil inicialmente. **Objetivo:** Caracterizar a apresentação inicial dos pacientes com DTM. **Método:** Estudo retrospectivo de uma série de casos. **Resultados:** Foram avaliados 65 pacientes, sendo 84,6% do sexo feminino. A idade média foi de $39,9 \pm 14,5$ anos. Os pacientes já tinham sintomas há $11,7 \pm 18$ meses. O quadro era bilateral em 43,1% dos casos. A dor foi a queixa mais comum, presente em 98,5% dos pacientes. Os demais achados iniciais foram: crepitação ou estalido (56,9%), desvio lateral ao movimento (35,4%), má oclusão (35,4%), contratura muscular (29,2%), cervicalgia (27,2%) e bruxismo (24,6%). Havia história de luxação em 6,2% dos casos e de trauma prévio em 7,7%. As comorbidades mais frequentes foram: depressão (16,9%), tontura (10,8%) e enxaqueca (9,2%). Iniciou-se o tratamento farmacológico em 84,6% dos casos, principalmente com relaxantes musculares (53,8%) e anti-inflamatórios não-esteroides (50,8%). Os outros tratamentos medicamentosos foram: antidepressivos tricíclicos (15,4%) e anticonvulsivantes (6,2%). Em 26,2% dos casos, os pacientes foram encaminhados, já na primeira consulta, à fisioterapia. **Conclusão:** O perfil populacional é similar à literatura, com predominância de mulheres adultas. A avaliação clínica deve buscar diversas alterações a serem tratadas especificamente e por equipe multidisciplinar. A doença pode ter, ainda, diagnósticos secundários, que necessitem tratamento e que possam ter impacto do quadro algico e funcional.

Descritores: Articulação temporomandibular. Transtornos da articulação temporomandibular. Dor facial.

ABSTRACT

Background: Temporomandibular joint dysfunction syndrome (TMJDS) is the most common cause of chronic facial pain. Its diagnosis may be difficult initially. **Purpose:** To characterize a sample of patients attended at our office. **Method:** Retrospective series of cases. **Results:** We included 65 patients (84.6% women). Mean age was 39.9 ± 14.5 years. Symptoms had started 11.7 ± 18.3 months before first office visit, and were bilateral in 43.1% of cases. Pain was the most common complaint (98.5%). The frequency of other complaints was: clicks or crackles (56.9%), lateral deviation (35.4%), malocclusion (35.4%), muscle contracture (29.2%), cervical pain (27.2%) and bruxism (24.6%). A history of joint displacement was found in 6.2% patients, and trauma in 7.7%. For other diagnosis, presentation was as follows: depression (16.9%), dizziness (10.8%) and migraine (9.2%). Initial pharmacological treatment has been started in 84.6% of cases, mainly with muscle relaxants (53.8%) and nonsteroidal antiinflammatory drugs (50.8%). Other pharmacological treatments were: tricyclic antidepressants (15.4%) and anticonvulsants (6.2%). In 26.2% of cases, patients were also referred to physiotherapy. **Conclusion:** Patients have showed a profile similar to that found in scientific literature, with predominance of adult females. Clinical evaluation should search for several findings, which must be specifically treated by a multidisciplinary team. Disease may join other diagnosis, which may impact both the pain and functional presentation.

Keywords: Temporomandibular joint. Temporomandibular joint disorders. Facial pain.

1. Unidade de Cirurgia Craniomaxilofacial – Serviço de Cirurgia Plástica – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.
2. Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência: Marcos Vinícios Razera
Rua Gomes Jardim, 372/501 – Santana – Porto Alegre, RS, Brasil – CEP 90620-130
E-mail: marcos_razera@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) é bastante frequente e é definida como uma doença (ou grupo de doenças) que afeta os músculos mastigatórios, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas adjacentes. Ela pode ser leve ou bastante debilitante. A DTM é a causa mais comum de dor crônica em face¹. Ela pode aparecer em qualquer idade, mas costuma ser mais frequente em mulheres adultas de meia idade, que constituem cerca de 80% dos casos^{2,3}. Segundo alguns autores, a incidência está aumentando⁴.

O diagnóstico diferencial, inicialmente, pode ser difícil. O paciente costuma procurar outros especialistas antes de chegar ao atendimento do cirurgião maxilofacial. O profissional necessita 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, até mesmo, ganglionares⁵. As neuralgias trigeminais devem ser sempre lembradas por sua importância clínica, pois frequentemente são confundidas com odontalgias. Outra síndrome álgica é a da ardência bucal, que afeta mulheres no período pós-menopausa e provoca dor em queimação na língua e na mucosa oral; ela ganha importância no diagnóstico diferencial por causa do perfil epidemiológico, isto é, mulheres adultas e de meia idade.

Os pacientes podem apresentar diversas alterações do sistema estomatognático decorrentes de desgaste, má oclusão, tratamentos ortodônticos, processos inflamatórios e infecciosos, trauma, estresse, ansiedade e outros fatores psicogênicos^{2,6}.

Além disso, a DTM pode coexistir com outras doenças musculoesqueléticas ou que tenham repercussão nesse sistema. A ATM correlaciona-se com a base do crânio e com a coluna cervical. Há associação conhecida com cervicalgia, pois há relações neuromusculares com essa, de tal forma que hoje se admite a existência de um sistema funcional denominado sistema craniocervicomandibular. A ATM também é chamada, por alguns autores, de articulação craniomandibular³. Assim, o exame físico de pacientes com dor facial deve incluir a avaliação dos músculos da cabeça e do pescoço, bem como dos nervos cranianos⁵.

O tratamento da DTM é variado: orientação, terapia cognitivo-comportamental, placas de mordida, miorrelaxantes, analgésicos, anti-inflamatórios, antidepressivos tricíclicos, acupuntura, infiltrações de pontos gatilho, artrocentese e cirurgia. Essa última é, atualmente, indicada com menos frequência.

O objetivo deste estudo foi caracterizar a apresentação inicial dos pacientes com DTM.

MÉTODO

Realizou-se estudo de uma série retrospectiva de casos, atendidos entre 2009 e 2012 no ambulatório de cirurgia craniomaxilofacial, com dor ou outros sintomas na região da ATM. Foram incluídos pacientes acima de 16 anos, independentemente de outras características.

O projeto foi aprovado do Comitê de Ética do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número 08/058.

RESULTADOS

Foram avaliados 65 pacientes, dos quais 55 (84,6%) eram mulheres. A idade média foi de $39,9 \pm 14,5$ anos. Ao chegar à primeira consulta, os pacientes apresentavam sintomas há $11,7 \pm 18$ meses. O quadro era bilateral em 28 (43,1%) casos. A dor foi a queixa mais comum, estando presente na quase totalidade dos casos: 64 (98,5%). A Tabela 1 apresenta a frequência dos achados iniciais.

Na história pregressa, quatro (6,2%) pacientes tiveram pelo menos um episódio de luxação completa da mandíbula e cinco (7,7%) apresentavam história de trauma mandibular. Um pequeno número de pacientes (n=3; 4,6%), estava realizando tratamento ortodôntico no momento da consulta, enquanto que cinco (7,7%) já haviam sido submetidos a esse tratamento. Cinco (7,7%) pacientes já haviam feito cirurgias mandibulares, articulares ou não, sob anestesia geral. As comorbidades estão apresentadas na Tabela 2.

A cervicalgia não foi incluída como morbidade, mas sim na apresentação clínica da DTM, em decorrência da consideração de um sistema funcional craniocervicomandibular. Houve correlação estatisticamente significativa entre cervicalgia e depressão (p=0,039; teste qui-quadrado), mas não houve entre sexo e depressão (p=1,00; teste qui-quadrado).

Os especialistas que encaminharam os pacientes para avaliação pela equipe de cirurgia craniomaxilofacial foram clínico geral (67,7%), neurologista (16,9%) e otorrinolaringologista (15,4%). Os pacientes chegaram à primeira consulta no ambulatório com os seguintes tratamentos, relacionados ou não à disfunção temporomandibular, mas que poderiam interferir na apresentação clínica: antidepressivos (12,5%), dipirona sódica (7,7%), anti-inflamatório não-esteróide (6,2%), benzodiazepínicos (3,1%), corticoides (1,5%) e anticonvulsivantes (1,5%).

Ao final da consulta, iniciou-se tratamento farmacológico em 84,6% dos casos. A porcentagem de fármacos prescritos está demonstrada na Tabela 3.

Em 17 (26,2%) casos, os pacientes foram encaminhados desde o início à fisioterapia. Um paciente optou por não tomar medicamentos e procurar tratamento por acupuntura. Nenhum paciente foi manejado com artrocentese e infiltração porque se costuma aguardar os resultados dos exames de imagem para indicar esse tratamento. O mesmo serve para indicações cirúrgicas. Essas, aliás, raramente costumam ser indicadas desde o início, exceto em casos de sequelas traumáticas com mau posicionamento de enxertos, de anquiloses que não responderam a tratamentos conservadores ou de intervenção mínima, bem como luxações recidivantes.

Após a avaliação da equipe do ambulatório, fizeram-se encaminhamentos para tratamento conjunto com outros especialistas (exceto fisioterapeutas): especialista em medicina da dor (3,1%), odontologista para confecção de placa para bruxismo (15,4%), especialistas em próteses para readaptação de prótese (1,5%) e psiquiatra (3,1%). O número de encaminhamentos para a confecção de placas de bruxismo foi menor que a incidência, porque alguns pacientes já as utilizavam no momento da primeira consulta.

DISCUSSÃO

Tabela 1 – Achados clínicos iniciais em pacientes com disfunção temporomandibular.

Variável	Freq. Relativa (%)
Dor	98,5
Barulho (crepitação ou estalido)	56,9
Desvio mandibular lateral ao movimento	35,4
Má oclusão	35,4
Contratura muscular	29,2
Cervicalgia	27,2
Bruxismo	24,6
Perda dentária parcial/prótese parcial	21,5
"Locking" matinal	20,0
Subluxação	13,8
Limitação de abertura bucal	9,2
Briquismo	6,2
Perda dentária total em pelo menos uma arcada	4,6

Tabela 2 – Comorbidades na avaliação inicial de pacientes com disfunção temporomandibular.

Comorbidade	Frequência Relativa (%)
Depressão	16,9
Tontura	10,8
Enxaqueca	9,2
Síndrome do pânico	6,2
Doenças da coluna vertebral	6,2
Fibromialgia	4,6
Hipotireoidismo	1,5
Zumbido	1,5
Malformação congênita facial	1,5

Tabela 3 – Tratamento farmacológico inicial para pacientes com disfunção temporomandibular.

Classe de Fármaco	Frequência Relativa (%)
Relaxante muscular	53,8
AINE*	50,8
Antidepressivo tricíclico	15,4
Anticonvulsivante	6,2
Nenhum	15,4

*AINE: anti-inflamatório não-esteróide.

O perfil populacional é similar à literatura na frequência do sexo feminino, girando em torno de 80%: Teixeira et al.² encontraram a doença nas mulheres em 81,8% dos casos. A faixa etária, no entanto, pode apresentar algumas variações: esses mesmos autores obtiveram predominância de pacientes da terceira década de vida; Pereira et al.⁶ apresentaram casuística envolvendo mulheres entre 19 e 43 anos; o presente estudo, por sua vez, apresentou idade média de aproximadamente 40 anos.

O diagnóstico correto de dores faciais pode ser difícil. Um estudo com 26 casos demonstrou 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, cefaleia tensional e doenças psiquiátricas histéricas^{7,8}.

A dor é a queixa mais comum em todas as casuísticas^{2,6}. A sua apresentação é que pode variar, tanto em localização, irradiação, intensidade, frequência e fatores desencadeantes. As alterações psíquicas, por sua vez, podem agravar o quadro disfuncional⁶. Além disso, um estudo epidemiológico com 354 indivíduos não demonstrou relação entre DTM e classe social, mas sim de acordo com o nível de estresse⁹.

Os estalidos e crepitações foram encontrados em mais da metade dos casos. Eles costumam ocorrer pelo deslocamento dos meniscos, que acontece quando há o rompimento ligamentar entre o disco e o côndilo mandibular. Essa alteração leva ao deslocamento do músculo pterigoideo lateral. O deslocamento mais comum é ântero-medial, em decorrência das orientações do músculo pterigoideo lateral. O deslocamento pode ser ou não redutível e ocorrer ou não com limitação de abertura bucal. Esses achados são avaliados por ressonância magnética, que é solicitada rotineiramente a todos os pacientes.

Há vários hábitos deletérios que prejudicam a estabilidade neuromuscular do aparelho estomatognático⁶: sucção digital, uso prolongado de chupetas, sucção de língua ou lábios, mascar chicletes, bruxismo, briquismo e onicofagia. Avaliamos apenas a presença de bruxismo e briquismo, sendo encontrados em cerca de um a cada quatro pacientes.

A má oclusão está ligada à DTM, tanto pela dor como pela limitação funcional. Os pacientes com Angle II apresentam essa associação com maior frequência. Os pacientes com sobremordida ("overbite") tiveram mais associação com a disfunção do que pacientes com sobressaliência ("overjet")². A reabsorção do côndilo é uma alteração que também ocorre mais comumente em mulheres com oclusão Angle II. 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 ortognática¹⁰. No presente estudo, não houve estratificação dos casos por tipo de má oclusão, mas ela foi diagnosticada em mais de um terço dos pacientes (35,4%), demonstrando ser um achado concomitante importante.

A ATM está relacionada com a região cervical e escapular através de um sistema neuromuscular comum³. Por isso, há relação frequente (27,7% dos casos estudados) com cervicalgia. Ela deve ser sempre investigada na anamnese do paciente com suspeita de DTM, pois é considerado, por muitos autores, um achado da

própria síndrome. Alterações da coluna podem acarretar distúrbios na ATM e vice-versa. Alterações pequenas nas estruturas de suporte corporal (por exemplo, coluna cervical) podem acarretar desarmonia postural. A partir disso, tensão inicial nas cadeias musculares é responsável por uma sucessão de tensões associadas. Os pacientes com DTM costumam apresentar lordose cervical¹¹. Assim, o encaminhamento à fisioterapia é essencial em todos os casos de DTM, pelo menos para avaliação especializada. No estudo realizado, houve baixa frequência de encaminhamentos à fisioterapia, pelo menos inicialmente. Os encaminhamentos aumentam após o retorno dos pacientes, mas esses dados fogem ao escopo deste trabalho.

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 mundial⁷. Ela acomete até nove mulheres para cada homem, prevalência semelhante à DTM. Acredita-se que o número de casos esteja aumentando, mas fala-se também na conscientização do diagnóstico por partes dos médicos. Nos casos estudados, foi encontrada em apenas 5,6% dos pacientes, mas acredita-se que até um terço dos pacientes com fibromialgia são também portadores de DTM⁷.

A depressão e as síndromes álgicas também possuem relações significativas. A investigação deve ser feita sempre por meio de anamnese que pormenorize o estado psíquico e o passado de tratamento psiquiátrico do paciente. A depressão foi a comorbidade mais comum (16,9%) dentre os pacientes deste estudo e merece atenção, porque a sua não identificação pode afetar o tratamento da DTM e o estado geral do paciente.

CONCLUSÃO

Os pacientes estudados apresentam perfil semelhante à literatura, com predominância de mulheres adultas. A avaliação clínica deve buscar diversas alterações a serem tratadas especificamente

e por equipe multidisciplinar: cirurgião maxilofacial, ortodontista, protético, fisioterapeuta, neurologista, médico da dor, psiquiatra e psicólogo, entre outros. A doença pode ter, ainda, diagnósticos secundários, que necessitem tratamento e que possam ter impacto do quadro álgico e funcional.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira JTT. As dores orofaciais na prática hospitalar: experiência brasileira. *Prática Hospitalar*. 2006;48(6):85-9.
2. 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.
3. 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.
4. Darling DW, Krauss S, Clasheen-Wray MB. Relationship of head posture and the rest position of the mandible. *J Prosthet Dent*. 1994;52(1):111-5.
5. Grossmann E, Collares MVM. Odontalgia associada à dor e à disfunção miofascial. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2006;9(1):19-24.
6. Pereira KNF, Andrade LLS, Costa MLG, Portal TF. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev CEFAC*. 2005;7(2):221-8.
7. Jacob MTRJ, Jacob LG, Jacob BJ. Fibromialgia: diagnóstico, sintomas, fisiopatologia e tratamento. *Rev Dor*. 2005;6(3):634-40.
8. Siqueira JTT, Ching LH, Nasri CS, Siqueira SRDT, Teixeira MJ, Heir G, et al. Clinical study of patients with persistent orofacial pain. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(4):988-96.
9. Martins RF, Garcia AR, Garbin CAS, Sundfeld MLMM. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):215-22.
10. Weigert NM, Moniz NJ, Freitas RR. Reabsorção idiopática do côndilo mandibular: frequente e desconhecida. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2011;14(2):102-7.
11. 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.