

Características gerais da disfunção temporomandibular: conceitos atuais

General characteristics of temporomandibular disorders: current concepts

Recebido em 20/05/09
Aceito para publicação em 22/06/09

Pedro Paulo de Andrade Santos¹
Paulo Roberto de Andrade Santos²
Lélia Batista de Souza³

RESUMO

A disfunção temporomandibular caracteriza-se por sintomas como dor e cefaléia, bem como desordens da articulação temporomandibular. O objetivo deste artigo é fazer uma revisão de literatura atualizada sobre as características gerais desta disfunção, visto que é cada vez mais freqüente o aparecimento de pacientes portadores de desordens na articulação temporomandibular na clínica diária, o que exige do profissional não só conhecimento desta doença, mas o manejo apropriado deste paciente com uma visão multidisciplinar.

Palavras-chave: Articulação temporomandibular; Dor facial; Maloclusão.

ABSTRACT

The temporomandibular disorder is characterized by symptoms like pain and headache, as well as temporomandibular joint disorders. The objective of this article is to review literature on general characteristics of this disorder, as patients with temporomandibular disorders are more frequently searching for treatment in the daily clinic, and this demands not only professional knowledge of this disease, but also the appropriate handling of this patient in a multidisciplinary vision.

Keywords: Temporomandibular joint; Facial pain; Malocclusion.

1 - Doutorando e Mestre em Patologia Oral do Programa de Pós-graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

2 - Especialista em Motricidade Orofacial pela Universidade Potiguar (UnP)

3 - Professora Doutora do Programa de Pós-graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Introdução

As disfunções temporomandibulares (DTM) constituem um termo genérico de um número de sinais clínicos e sintomas, envolvendo os músculos mastigadores, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas (1). Hábitos parafuncionais, desarmonias oclusais, estresse, ansiedade, traumas e microtraumas, instabilidade mandibular, desequilíbrios posturais, condições fisiológicas anormais são fatores comumente relacionados às DTMs (2), portanto a DTM apresenta etiologia multifatorial e normalmente envolve uma abordagem interdisciplinar para seu tratamento (3).

A incidência deste tipo de disfunção vem aumentando consideravelmente, calculando-se que na atualidade 50 a 75% da população exibe pelo menos um sinal e 25% tem sintomas associados (4).

Profissionais que atribuem as desordens temporomandibulares primariamente às desarmonias estruturais desenvolvem freqüentemente métodos irreversíveis de tratamento, incluindo equilíbrio oclusal, cirurgia e tratamento ortodôntico. Em contraste, aqueles que relacionam a dor e a disfunção temporomandibular às desordens funcionais, geralmente prescrevem tratamentos conservadores, como placas oclusais, exercícios, medicação antiinflamatória, entre outros (5).

O presente trabalho traz como objetivo promover uma revisão de literatura pertinente e atualizada sobre os distúrbios temporomandibulares, suas características gerais e formas de tratamento.

Revisão de Literatura

Síndrome de Costen, síndrome da articulação temporomandibular, disfunção mandibular, síndrome da dor e disfunção miofascial, desordens temporomandibulares, desordens craniomandibulares, disfunção craniomandibular, disfunção temporomandibular são as diversas denominações utilizadas para designar a condição dolorosa músculo-esquelética orofacial, que aqui no Brasil se popularizou entre os profissionais da área de saúde, pacientes e leigos com a designação genérica de "disfunção de ATM" (6).

Dentre todos os sub-tipos de dor orofacial, as odontalgias e os distúrbios temporomandibular (DTM) são os mais freqüentes. O distúrbio temporomandibular é caracterizado por anormalidades e/ou dor músculo-esquelética nos músculos mastigatórios. A dor pode ser contínua ou ocasional e breve durante a mastigação, freqüentemente associada a movimentos

restritos da mandíbula e estalidos (7).

Sabemos que os indivíduos não são igualmente susceptíveis à DTM, onde as mulheres em anos reprodutivos representam a maioria dos pacientes que procuram tratamento, sendo assim fatores genéticos e epigenéticos contribuem para o distúrbio temporomandibular, tornando-se um ponto de grande interesse. Ao lado de riscos familiares, diferentes genótipos podem conferir susceptibilidade a um determinado curso clínico da doença e/ou resposta ao tratamento, incluindo desenvolvimento de complicações. Acredita-se que níveis hormonais estão relacionados ao aumento da vulnerabilidade genética a DTM, explicando a alta freqüência em mulheres em idade fértil. O papel dos hormônios femininos tem sido considerado um fator de risco, pela forte prevalência em mulheres e pelos efeitos das modificações terapêuticas e fisiológicas dos níveis de estrogênio em pacientes com DTM (8).

Investigações científicas descrevem os caminhos e mecanismos para a dor referida da cabeça para a articulação temporomandibular e vice-versa. A dor de cabeça pode ser resultado das estruturas temporomandibulares ou a dor pode ser referida na articulação temporomandibular proveniente da cabeça. Esta coincidência se deve ao fato que o nervo trigêmeo é o caminho final para a dor de cabeça e para as DTMs, tornando a relação dor de cabeça e DTM um tanto quanto confusa. Tem sido sugerido que a DTM e a dor de cabeça são entidades distintas que podem estar associadas atuando de forma recíproca como fatores agravadores ou perpetuadores (9).

Estudos relacionando a DTM as dores de cabeça, constataram que o tipo de dor de cabeça mais freqüente associada as DTMs é a dor de cabeça tipo tensão, entretanto um aumento na incidência de migrêneas tem sido observado, este resultado se dá pela inclusão do neurologista na avaliação destes pacientes também, onde o diagnóstico de migrânea não era feito, vale salientar que a migrânea é uma dor de cabeça primária e que não é causada por nenhuma doença, ela é a própria doença. Contudo recentes evidências sugerem que pacientes com migrânea tem uma alta prevalência de DTM, sabe-se ainda que dores de cabeça relacionadas a oclusão dentária e parafunções são capazes de mimetizar a migrânea, e o tratamento da desordem pode ser responsável pela melhoria da dor de cabeça (10).

Existe pouca dúvida na relação entre hábitos parafuncionais e DTM, mas ainda não está claro, quando estes fatores atuam sozinhos ou em combinação com outros fatores. No que diz respeito aos fatores psicológicos, não se sabe se estes causam problemas

funcionais ou se a DTM leva a alterações psicológicas, ou ainda se esta relação entre DTM e fatores psicológicos existe. Atualmente sabemos que fatores psicológicos desempenham papel importante na etiologia, progressão e tratamento das DTMs, no futuro próximo, psicoterapias para DTM podem ser importantes e necessárias (11).

Há relatos na literatura, embora raros de condições que mimetizam o DTM, como por exemplo, a presença de neoplasias por vezes malignas que podem ter origem nesta região ou ainda ser acometida por metástases, como é o caso de um relato de adenocarcinoma de pulmão metastático, onde o profissional deve lançar mão de todas as ferramentas possíveis para realizar a pesquisa de uma possível DTM, antes de realizar qualquer tipo de procedimento quer seja invasivo ou conservador (12).

Os sinais e sintomas de grande valor diagnóstico nas DTMs são: Dor muscular, dor articular, limitações no movimento mandibular e estalidos ou ruídos na articulação. Recursos imagiológicos são muito úteis para se estabelecer um diagnóstico ou descartar qualquer outro processo patológico. Radiografias panorâmicas e a ressonância magnética são os exames complementares mais utilizados que auxiliam no diagnóstico da DTM, onde a ressonância magnética pode ser mais utilizada no estudo dos tecidos moles. Lembrando que no contexto da DTM geralmente é detectada dor miofascial, com palpação dolorosa dos músculos da mastigação, desarranjos do disco articular com redução, caracterizado pela presença de estalidos durante a abertura e/ou fechamento da boca, desarranjos discais sem redução, caracterizados por limitações na abertura de boca, e osteoartrite/ osteoartrite caracterizado pela auscultação de sons friccionais durante o movimento mandibular (13).

Alterações posturais têm sido postuladas como sendo influenciadoras no desenvolvimento e persistência da DTM, visto que desordens no segmento cervical apresentam porcentagens de sintomas de DTM, e a anteriorização da cabeça é suspeita de ser um fator de grande importância. O sistema mastigatório é o traço de união entre as cadeias musculares anterior e posterior, onde a mandíbula e a língua estão diretamente ligadas à cadeia anterior e a maxila, por intermédio do crânio, está relacionada com a cadeia posterior. O sistema mastigatório possui ainda duas exterocepções, que são as duas arcadas dentárias, uma agindo em função da outra. Possuem uma propriocepção muscular e articular, interferindo na regulação do sistema tônico postural. Os desequilíbrios do sistema mastigatório descompensam o sistema tônico postural

e da mesma forma, o sistema tônico postural desequilibrado influencia no sistema mastigatório (14).

Discussão

Nem toda dor articular ou muscular relacionada à face pode ser considerada disfunção temporomandibular (DTM). Disfunção temporomandibular é um termo genérico utilizado para descrever disfunções relacionadas à articulação temporomandibular (ATM), aos músculos mastigatórios e estruturas associadas, a sintomas comuns de dor, limitação de abertura de boca e desvio mandibular. A dor da DTM é músculo-esquelética, ou seja, de origem muscular, articular ou mista. Pode-se considerar que DTM é o conjunto de anormalidades responsáveis por dores crônicas do tipo recorrente, não progressivas e associadas a impacto leve ou moderado na atividade social do paciente. A etiologia da DTM é multifatorial, o que significa que os indivíduos podem apresentar sintomas semelhantes, mas com causas completamente diferentes. O controle da dor é sabidamente influenciado por vários fatores, como origem, variação, duração, efeito placebo e a habilidade do terapeuta em colocar em prática o tratamento sugerido. Portanto, é importante que se diferencie clinicamente o perfil dos pacientes, por meio da anamnese, a fim de individualizar o tratamento (15).

Com relação ao tratamento, diante de tantas dificuldades diagnósticas, preconiza-se que todo o tratamento inicial deve ser conservador, reversível e não invasivo. Portanto defende-se o uso de placas oclusais, procedimentos de relaxamento, relaxamento por biofeedback e controle do estresse emocional como terapias de suporte para DTM (16).

Em pacientes com bruxismo por exemplo, as placas oclusais têm mostrado excelentes resultados, pelo menos a curto prazo, em relação à disfunção muscular, porém os autores relataram que a terapia com placas oclusais por muito tempo, pode fazer o bruxismo retornar. Terapias com anti-depressivos, tomados antes de deitar, têm mostrado diminuição da sintomatologia dolorosa dos pacientes pela manhã (17).

Recursos fisioterápicos tais como ultra-som, estimulador elétrico do nervo (TENS) e os agentes térmicos utilizados com sucesso no tratamento das disfunções em outras áreas do organismo, disfunções estas similares às disfunções que acometem o sistema neuromuscular e a articulação temporomandibular, podendo esses recursos ser utilizados no tratamento das disfunções temporomandibulares em conjunto com outras modalidades terapêuticas. Deve ficar claro que estes recursos não devem ser utilizados isoladamente no tratamento de tais disfunções, e sim como modalid-

modalidades terapêuticas coadjuvantes (18).

Conclusões

A DTM necessita de uma abordagem criteriosa na pesquisa de fatores diversos como: fatores psicológicos, neurológicos, musculares e sociais, sendo necessária à atuação de uma equipe multidisciplinar dando a importância devida ao diverso espectro de apresentação deste tipo de patologia, que infelizmente se apresenta cada vez mais próximo do dia a dia das pessoas, tratando não só os sinais e sintomas, mas principalmente as eventuais causas, avaliando o indivíduo como um todo e desta forma realizando um diagnóstico preciso, devolvendo a saúde ao nosso paciente.

Referências Bibliográficas

- Barbosa TS, Miyakoda LS, Pocztaruk RL, Rocha CP, Gavião MBD. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: Review of the literature. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol*, 2008; 72(3): 299-314.
- Negreiros WA, Ferreira DF, Consani RLX, Mesquita MF. Pistas deslizantes: uma alternativa terapêutica para pacientes com disfunção temporomandibular. *Odontol Clin.Científic*, 2007; 6(3):263-265.
- Rizzatti Barbosa CM, Arana ARS, Cunha Júnior AC, Morais ABA, Gil IA. Avaliação diária da dor na desordem temporomandibular: caso clínico. *Rev. ABO nac*, 2000; 8(3): 171-5.
- Grade R, Caramês J, Pragosa A, Carvalhão J, Sousa S. Postura e disfunção temporo-mandibular: Controvérsias actuais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina dentária e Cirurgia maxilofacial*, 2008; 49(2):111-17.
- Zamperini CA, Batista AUD, Oliva EA, Alencar Júnior FGP. Tratamento de dor de cabeça relacionada a dor miofascial: relato de caso clínico. *Revista de Odontologia da UNESP*, 2005; 34(1):31-6.
- Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial: Diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. 1 ed. São Paulo: Editora Maio, 2001.
- Oliveira SB, Siqueira SRDT, Sanvovski AR, Amaral MTB, Siqueira JTT. Temporomandibular disorder in Brazilian patients: A preliminary study. *J. Clin. Psychol Med Settings*, 2008; 15:338-43.
- Oakley M, Vieira AR. The many faces of the genetics contribution to temporomandibular joint disorder. *Orthod Craniofac Res*, 2008; 11:125-35.
- Graff-Radford SB. Temporomandibular disorder and headache. *Dent Clin N Am*, 2007; 51:129-44.
- Costa ALF, D'Abreu A, Cendes F. Temporomandibular joint internal derangement: Association with headache, joint effusion, bruxism and joint pain. *J Contemp Dent Pract*, 2008; 9(6):9-16.
- Kanehira H, Agariguchi A, Kato H, Yoshimine S, Inoue H. Association between stress and temporomandibular disorder. *J Jpn Prosthodont Soc*, 2008; 52: 375-80.
- Menezes AV, Lima MP, Mendonça JEF, Haiter-Neto F, Kurita LM. Breast adenocarcinoma mimicking temporomandibular disorders: A case report. *J Contemp Dent Pract*, 2008; 9(5):100-106.
- Roda RF, Fernández JMD, Bazán SH, Soriano YJ, Margaix M, Sarrión G. A review of temporomandibular joint disease (TMJ). Part II: Clinical and radiological semiology. Morbidity processes. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2008; 13(2):E102-9.
- Chiaoy L, Jesuíno F. Estudo das alterações posturais nos indivíduos com disfunção da articulação temporomandibular. *Reabilitar*, 2003; 5(18):37-39.
- Branco CA, Fonseca RB, Oliveira TRC, Gomes VL, Fernandes Neto AJ. Acupuntura como tratamento complementar nas disfunções temporomandibulares: revisão de literatura. *Revista de Odontologia da UNESP*, 2005; 34(1):11-6.
- Okeson JP. Dor Orofacial: guia para avaliação, diagnóstico tratamento. São Paulo:Quintessence, 1998; 61-6.
- Miraglia SS, Nogueira RP. Instruções práticas para o diagnóstico das desordens musculares da face. *JBA*, 2001; 1(3):199-206.
- Barbosa GAS, Barbosa KVMS, Badaró Filho CR, Neves FD, Fernandes Neto AJ. Recursos Fisioterápicos Disponíveis para o tratamento das Disfunções temporomandibulares. *JBA* 2003; 3(11):257-62.