
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SUJEITOS COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR TRATADOS NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE CARUARU – PERNAMBUCO

*Epidemiological profile of subjects with temporomandibular dysfunction
in a Faculdade de Odontologia de Caruaru – Pernambuco*

Filipe Antonio Lemos de Lima

Graduando do Curso de Fisioterapia da Associação Caruaruense e Ensino Superior – ASCES,
Caruaru – PE. e-mail: filipe_fisio@yahoo.com.br

Carla Fabiana da Silva Toscano

Mestre em Fisiologia e Docente do Curso de Fisioterapia da Associação Caruaruense e Ensino Superior – ASCES,
Caruaru – PE. e-mail: cftoscano@hotmail.com

João Manoel da Silva Filho

Mestre e Especialista em Endodontia e Docente do Curso de Odontologia da Associação Caruaruense e
Ensino Superior – ASCES, Caruaru – PE. e-mail: joaomanoel@uol.com.br

Resumo

A articulação temporomandibular (ATM) é constituída pela fossa mandibular do osso temporal e côndilo da mandíbula. Ela é responsável pela movimentação da mandíbula durante a mastigação, deglutição e conversação. Entretanto, o excesso de uso e a perda de harmonia de seus constituintes articulares e musculares predis põem ao aparecimento da Disfunção Temporomandibular (DTM). Essa disfunção apresenta uma etiologia multifatorial com complexidade de sinais e sintomas que dificultam seu diagnóstico. Este estudo teve por objetivo traçar o perfil epidemiológico dos sujeitos com DTM, tratados na Faculdade de Odontologia de Caruaru – Pernambuco. Foram coletados dados de 53 prontuários de sujeitos com DTM e as variáveis seguintes analisadas: sexo, idade, abertura bucal, ausculta, presença de dores no ouvido, região cervical e cefaléia, dor muscular e hábitos gerais. Os resultados mostraram que a DTM acometeu em maior percentual o sexo feminino, na faixa etária entre 28 e 39 anos. Cerca de 41,5% dos sujeitos referiram estalidos durante os movimentos da ATM. O bruxismo estava presente em 28,3% dos sujeitos. E os dados em relação à dor mostraram que 75,5% dos sujeitos referiram dor cervical, 71,1% cefaléia associada e 28,3% referiram dor no músculo masseter. Esta pesquisa mostrou que os principais fatores envolvidos nas DTMs seguem o padrão da literatura que trata do assunto.

Palavras-chave: Epidemiologia; Articulação temporomandibular; Disfunção temporomandibular.

Abstract

Composed of the mandibular fossa of temporal bone and the mandible condyle, the Temporomandibular Joint (TMJ) is responsible for the mandible movements during mastication, deglutition and conversation. Yet, its joints and muscular components over usage and harmony loss predispose to Temporomandibular Dysfunction (TMD) appearance. This dysfunction has a multi-factorial etiology with many signs and symptoms precluding its diagnostic. This study emphasized upon tracking "Faculdade de Odontologia de Caruaru - Pernambuco" subjects TMD epidemiological profile. A total of 53 files of subjects with TMD were evaluated with variations such like sex, age, maxima mouth expansion, auscultation, audition pain presence, nape, neck and headache, muscular pain and general behavior analyzed. According to the results, TMD affected women between 28-29 years old more; about 41.5% of subjects had cracklings during TMJ movements, and 28.3%, bruxism; 75.5% neck or nape pain; 71.1% associated headache; about 28.3% pain on masseter muscle. The data collected showed that the main factors involved in TMD followed the literary pattern dealing with this matter.

Keywords: *Epidemiolog; Temporomandibular joint; Temporomandibular dysfunction.*

INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é uma articulação situada bilateralmente à frente da orelha e extremidade pósterio-superior da mandíbula; é responsável pela comunicação entre as arcádias dentárias superior e inferior e movimentação da mandíbula (1). Dentre suas funções, destaca-se a movimentação da ATM, que é crucial para a vida do indivíduo, pois permite que atividades de conversação, expressão emocional e alimentação ocorram em harmonia (2).

A ATM tem merecido destaque nas pesquisas nos últimos anos, por apresentar características intrínsecas e peculiares, como presença de facetas articulares discordantes, disco articular entre as facetas e revestimento de fibrocartilagem e, ainda, a íntima relação com músculos intra-orais e extra-orais, que a diferem de outras articulações no organismo humano (3). Devido à ATM apresentar comunicação íntima com dentes, ouvidos e coluna cervical, tem sido sugerido que tais estruturas podem influenciar o posicionamento e até mesmo a função da ATM (3). Autores sugerem ainda que alterações em qualquer um dos componentes (dentes, coluna vertebral, ouvidos) podem provocar reações e adaptações em outros, predispondo, assim, ao aparecimento da disfunção temporomandibular (DTM) (4). A DTM abrange um grande número de problemas clínicos, que vão desde a musculatura mastigatória, desarranjo interno articular, maloclusão dental e perda de dentes, até o acometimento de estruturas associadas, como pescoço e coluna vertebral. Parece também que os hábitos e vícios posturais comprometem a função da articulação (5).

As DTMs apresentam complexidade de sinais e sintomas clínicos que dificultam o seu diagnóstico, sendo sugerido que apresentam etiologia multifatorial. Estudos demonstraram que seus sintomas clássicos são: dores na ATM e em músculos mastigatórios; presença de ruídos e cefaléia tensional (6). Outros autores sugerem que os sintomas não se detêm apenas à ATM, mas também são referidos na região auditiva, com presença de zumbido e tonturas; como também na coluna cervical, associados à hiperatividade dos músculos desta região (7).

Okeson (8) e Vollaro (9) observaram em seus estudos que cerca de 70% dos indivíduos saudáveis e 33% da sua população de estudo respectivamente têm ao menos um sinal da disfunção temporomandibular, entretanto apenas 5 a 7% procuram tratamento especializado. Sugeriram que parece haver falta de informação e até mesmo o desconhecimento da população acerca das DTMs e o seu tratamento.

Diante do quadro de etiologia multifatorial e do desconhecimento da população sobre as DTMs, o objetivo desta pesquisa foi de traçar um perfil epidemiológico da população atendida na Clínica de Dores Orofaciais da Faculdade de Odontologia de Caruaru – Pernambuco (FOC).

METODOLOGIA

Este estudo retrospectivo de corte transversal teve como coleta de dados 53 prontuários de sujeitos com diagnóstico de DTM do arquivo morto da Clínica de Dores Orofaciais de Caruaru (FOC) da Faculdade de Odontologia de Caruaru – Pernambuco, no período de fevereiro de 2003 a outubro de 2005.

Os dados obtidos dos prontuários foram transferidos para um questionário tipo roteiro elaborado pelos autores e baseados nos dados da *American Academy of Head and Neck and Facial Pain* (10). As variáveis analisadas foram: sexo; idade; abertura bucal (realizada com uso do paquímetro); ausculta geral (com uso do estetoscópio posicionado na região pré-auricular); cefaléia; dor no ouvido; dor na região cervical; dor muscular e hábitos de vida.

Os dados foram avaliados por meio de uma análise descritiva de valores percentuais e o uso dos softwares *Excel 2003* e *Statistical Package for Science (SPSS)* versão 10.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior – ASCES, conforme o protocolo final de nº 0107/05, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A distribuição dos sujeitos pode ser observada no Quadro 1, com predominância do sexo feminino, com 45 sujeitos. A faixa etária mais acometida pela DTM estava entre 28 e 39 anos, com cerca de 41,5% (n=22), seguido da faixa etária 40 e 51 anos com 26,4% (n=14).

QUADRO 1 - Distribuição dos sujeitos de acordo com gênero e a faixa etária

Faixa etária	16-27		28-39		40-51		52-63		64-75		+75		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	1	1,8	3	5,6	2	3,7	0	0	0	0	2	3,7	8	15,1
Feminino	8	15,1	19	35,8	12	22,6	4	7,5	2	3,7	0	0	45	84,9
TOTAL	9	16,9	22	41,5	14	26,4	4	7,5	2	3,7	2	3,7	53	100

A abertura da boca máxima foi definida como a distância interincisal e o transpasse vertical. A maior incidência no universo de 30 sujeitos esteve presente na faixa de 40 e 47 mm de abertura da boca com 23,3% (n=7) seguido pela faixa de 48 e 55 mm com 16,6% (n=5) (Quadro 2). É importante salientar que, devido a problemas operacionais na realização da pesquisa, tais como prontuários com dados incompletos, a abertura da boca estava presente em apenas 30 sujeitos.

QUADRO 2 - Distribuição dos sujeitos quanto à abertura bucal máxima

Abertura da boca	N	%
15-23mm	6	20,0
24-31mm	4	13,3
32-39mm	5	16,6
40-47mm	7	23,3
48-55mm	5	16,6
56-63mm	3	10,0
Total	30	100

Os dados da ausculta mostraram que 41,5% (n=22) dos pacientes apresentaram estalidos e 15% (n=8) relataram saltos com maiores percentuais bilateralmente (Quadro 3).

QUADRO 3 - Distribuição dos sujeitos quanto a ruídos e lado detectado

		LADO									
		Bilateral		Direito		Esquerdo		Sem predominio		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
RUÍDOS	Crepitação	3	5,6	2	3,7	1	1,8	0	0	6	11,3
	Estalido	13	24,5	6	11,3	3	5,6	0	0	22	41,5
	Salto	5	9,4	1	1,8	2	3,7	0	0	8	15
	Salto e Crepitação	1	1,8	2	3,7	0	0	0	0	3	5,6
	Salto e Estalido	3	6,6	1	1,8	1	1,8	0	0	5	9,4
	Sem Ruído	0	0	0	0	0	0	9	16,9	9	16,9
	Total	25	47,1	12	22,6	7	13,2	9	16,9	53	100

Cerca de 71,1% dos sujeitos referiram cefaléia, 75,5% apresentaram dores na região cervical e 66% referiram dor no ouvido ou próximo dele (Gráfico 1).

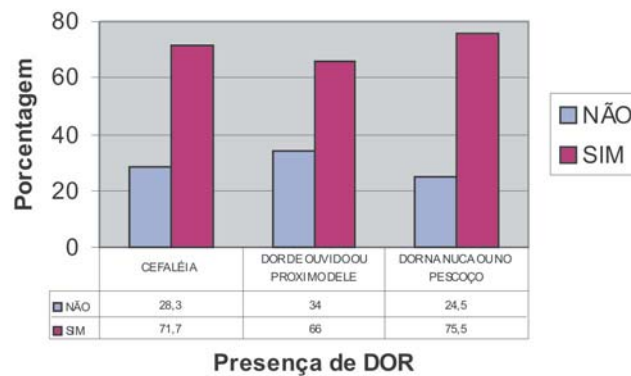


GRÁFICO 1 - Distribuição dos valores percentuais quanto à presença de DOR

O Quadro 4 mostra a dor muscular em decorrência da DTM. O masseter foi o músculo mais sensível à palpação, em cerca de 28,3% (n=21), e foi seguido dos músculos pterigóideo lateral e medial, com 21,6% (n=16). O total de queixas supera o de sujeitos da amostra, pois muitos fizeram mais de uma queixa.

QUADRO 4 - Valores percentuais quanto à dor muscular de sujeitos tratados na FOC

Sensibilidade muscular	Lado predominante da Sensibilidade						Total	
	Bilateral		Direito		Esquerdo		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Bucinador	1	1,3	0	0	0	0	1	1,3
Esternocleidomastóideo	2	2,7	4	5,4	2	2,7	8	10,8
Masseter	14	18,9	5	6,7	2	2,0	21	28,3
Pterigóide Medial	10	13,5	4	5,4	2	2,7	16	21,6
Pterigóide Lateral	11	14,8	3	4,0	2	2,7	16	21,6
Temporal	6	8,1	1	1,3	0	0	7	9,4
Trapézio	3	4,0	1	1,3	1	1,3	5	6,7
Total	47	63,5	18	24,3	9	12,1	74	100

Ao ser analisada a presença de hábitos de vida dos sujeitos, foi observado que cerca de 28,3% apresentaram bruxismo, seguidos de apertamento com 20,8%, o hábito de onicofagia com 7,5% e o de mascar goma com 5,7% dos sujeitos (Gráfico 2).

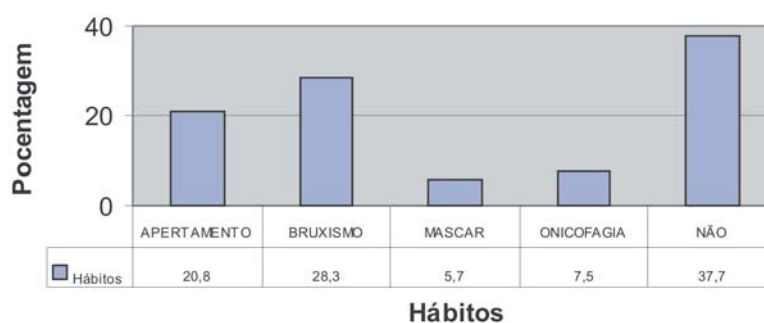


GRÁFICO 2 - Valores percentuais relacionados aos hábitos

DISCUSSÃO

Os sintomas das DTMs nos últimos anos têm sido relacionados apenas à dor, o que desperta a necessidade de esclarecer os principais fatores envolvidos nesta disfunção.

Os dados deste estudo mostraram que as mulheres foram mais acometidas por DTMs que os homens (Quadro 1), o que corrobora os achados de Oliveira (11), Donegá et al. (2), Berni Neto et al. (12). A relação entre as mulheres e a DTM parece dever-se às condições fisiológicas diferentes entre os sexos, dentre elas estão: a maior lassidão ligamentar, dificultando a estabilização da ATM, e às condições hormonais femininas que as tornariam mais propensas à quantidade de momentos que provocam tensões físicas e psíquicas (5).

A faixa etária acometida por DTM neste estudo situou-se na faixa de 28 e 39 anos, corroborando os achados da literatura (2, 3). Entretanto, segundo Oliveira (11) e Berni Neto (12), as causas que favorecem as DTMs são variáveis e dependentes da faixa etária, sugerindo que entre 15 e 40 anos seriam decorrentes de fatores miogênicos e acima de 40 anos, a fatores artrogênicos.

Fatores como dificuldade de abrir a boca e movimentação da mandíbula parecem estar envolvidos nas DTMs. Os dados neste trabalho em relação à abertura bucal só foram colhidos em 30 prontuários em que a faixa de amplitude situou-se entre 40 e 47 mm, o que, segundo Fictron et al. (10), encontra-se dentro da normalidade. Wijer (13) sugeriu que poderia ser decorrente da atividade muscular alterada na DTM. Entretanto, Biasotto-Gonzalez (3) afirmou que seria o disco de fibrocartilagem deslocado sem redução que poderia estar contribuindo para a limitação da abertura bucal, como também o desvio acentuado para o lado ipsilateral no momento de abertura da boca. Entretanto, não pode ser realizada nos outros 23 prontuários devido a estes não apresentarem dados completos que impossibilitaram a coleta.

O ruído tem sido um sinal insistentemente relatado pelos pacientes com DTMs. Neste estudo, o estalido foi o ruído mais freqüente (Quadro 3), corroborando com os achados de Barros (14) e Junniper (15). Junniper (15) relacionou os estalidos ao posicionamento anormal do disco e sua relação desestabilizada com o côndilo; à deformação do disco articular e ou remodelação das superfícies articulares. Já Biasotto-Gonzalez (3) sugeriu que o “descompasso côndilo-disco” contra a superfície articular do osso temporal poderia produzir o estalido.

A dor é o sintoma freqüente na DTM e aflige quase que 20% da população ocidental (16). Este estudo mostrou que as dores estavam presentes na região cervical, cabeça e ouvidos (Gráfico 2). Jeffrey (17) relacionou as dores na ATM a um grupo de distúrbios que acometiam o sistema estomatognático (mandíbula, osso temporal, coluna cervical, ouvido e boca). As dores presentes na região cervical têm sido atribuídas à hiperatividade muscular dos músculos cervicais em consequência do desalinhamento entre a ATM e coluna cervical. Acredita-se que a mandíbula e sua relação com a coluna cervical são pontos cruciais para a manutenção da postura em equilíbrio e harmonia e que alterações nessa relação poderiam predispor DTMs (3). Em relação à cefaléia, tem sido relacionada não só à hiperatividade muscular, mas também à tensão emocional, perfeccionismo e ambição (18). Sugere-se que as dores nos ouvidos sejam decorrentes de uma associação neurológica entre os músculos da mastigação e tuba auditiva (19).

A queixa principal relacionada à dor muscular observada neste trabalho deteve-se ao músculo masseter (28,3%), seguido pelos músculos pterigóideo medial e lateral (21,6%), concordando com os dados da literatura (6, 17).

Segundo a literatura, a presença de hábitos parafuncionais pode predispor à DTM, sendo o apertamento e o bruxismo os mais citados (20). O resultado encontrado neste trabalho mostrou que o bruxismo foi o hábito mais presente na amostra (Gráfico 2).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, pode-se sugerir que a DTM foi prevalente no sexo feminino entre 28 e 39 anos e que poderiam ser decorrente das diferenças fisiológicas entre os sexos, principalmente

devido à lassidão ligamentar na mulher. Os sujeitos referiram-se a estalidos durante a movimentação da mandíbula, podendo esses ser decorrentes de um desarranjo cêndilo-disco ou degeneração das superfícies articulares. O sítio preferencial de dor relatado pelos sujeitos situou-se na região cervical e foi sugerido ser decorrente da disfunção e desequilíbrio entre a ATM e coluna cervical. O masseter parece ser mais acometido por dor na DTM e o bruxismo foi o hábito parafuncional mais relatado pelos sujeitos da amostra. Entretanto, mais pesquisas são necessárias, com uma amostra maior, para determinar com maior precisão os fatores epidemiológicos envolvidos na DTM, assim como pesquisar a relação existente entre DTM e as dores na região cervical.

REFERÊNCIAS

1. Costa ABC, Savondra CMS. Fundamentos de anatomia para o estudante de odontologia. São Paulo: Atheneu; 2000.
2. Donegá SHD, Cardoso R, Procópio ASF, Luz JGC. Análise da sintomatologia em pacientes com disfunção intra-articulares da articulação temporomandibular. Rev. Odontol. Univ. 1997; 11 Supl 77-83.
3. Biosotto DA. Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares. São Paulo: Manole; 2005.
4. Martins RM, Santos MH, Silva RA, Gondim NF. A resposta do TENS no controle da dor miofascial dos pacientes portadores de disfunção temporomandibular. Fisioterapia Brasil. 2004; 4(5):36-42.
5. Lam DK, Lawrence HP, Tenenbaum HC. Aural symptoms in temporomandibular disorders patients attending a cranial pain unit. Journal Orofac Pain. 2001; 15(2):146-57.
6. Steenks MH, Wijer A. Disfunção da articulação temporomandibular ao ponto de vista da fisioterapia e odontologia: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Santos; 1996.
7. Wijer A, Leeuw R, Steenks MH, Bosman F. Temporomandibular and cervical spine disorders. Spine. 1996; 21(14):1638-46.
8. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibular e oclusão. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
9. Vollaro S. Epidemiologic study of patients with temporomandibular disorders: report of data and clinical findings. Minerva Stomatol. 2001; 50(12):9-14.
10. Fricton, JR, RJ Kroening, Hathaway KM. TMJ and craniofacial pain: diagnosis and management. St. Louis: Ishiyaku EuroAmerica; 1988.
11. Oliveira MJF. Ruídos da ATM: contribuição ao seu estudo [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Odontologia; 1980.
12. Berni RC. Estudo da ocorrência de alterações morfológicas ou degenerativas da ATM utilizando a tomografia linear. Rev ABRO. 2003; 4(2):81-84.
13. Wijer A. Distúrbios temporo-mandibulares e da região cervical. São Paulo: Santos; 1998.
14. Barros JJ. Um estetoscópio para ausculta da articulação temporomandibular. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1975; 29(2):20-21.
15. Junniper RP. The shape of the condyle and position of meniscus in temporomandibular joint disc associated with internal errangement. J Oral Maxillofac Surg. 1998; 56(3):339-343.

16. Menezes RA. Síndromes dolorosas. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
17. Jeffrey P, Okeson DMD. Dores bucofaciais de bell. 5^a ed. São Paulo: Quintessence; 1998.
18. Mongini F. ATM e músculos craniocervicaisfaciais: fisiopatologia e tratamento. São Paulo: Santos; 1998.
19. Ramos HAD. Sinais e sintomas das disfunções dolorosas da articulação temporomandibular. Odonto Cad Doc. 1992; 2(2):252-255.
20. Bove SRK, Guimarães AS, Smith RL. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005; 13(5):686-691.

Recebido em: 14/08/2006

Received in: 08/14/2006

Aprovado em: 30/08/2007

Approved in: 08/30/2007