

Avaliação de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular entre os acadêmicos do curso de odontologia da universidade severino sombra, Vassouras-RJ

Evaluation of signs and symptoms of temporomandibular dysfunction among scholars of dentistry of the university severino sombra, Vassouras-RJ

Frederico dos Reis Goyatá¹
Nadine Vibian Taira²
Sabrina de Almeida²
Débora de Martin e Silva²
Camila Vibian Taira³

1 - Doutorando em Prótese – UNITAU – Taubaté-SP; Professor Assistente II de Dentística e Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra – Vassouras – RJ; Professor dos Cursos de Atualização e Especialização em Prótese da Associação Brasileira de Odontologia – Barra Mansa – RJ.

2 - Cirurgiã-dentista graduada pelo Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS) – Vassouras – RJ.

3 - Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Severino Sombra (USS).

Correspondência:

Frederico dos Reis Goyatá
End.: Av. Rui Barbosa 310/802 CEP:
27521-190 Resende – RJ.
Email.: fredgoyata@oi.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é considerada uma das mais complexas articulações do corpo humano. É composta

A disfunção temporomandibular (DTM) refere-se às desordens caracterizadas por dor na ATM, na região pré-auricular e nos músculos da mastigação que podem levar a limitação dos movimentos mandibulares, ruídos articulares, além de cefaléias e otalgias². No entanto, os

Este estudo teve como objetivo avaliar os sinais clínicos e os sintomas de disfunção temporomandibular entre os acadêmicos matriculados no curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra. Foi utilizado um questionário com 10 perguntas para uma avaliação subjetiva dos sintomas e realizado o exame clínico para uma avaliação objetiva dos sinais clínicos. Os dados foram submetidos a uma análise descritiva. Os resultados demonstraram uma correlação entre os fatores emocionais e disfunção temporomandibular. Do total de indivíduos avaliados 42,2% apresentava um quadro leve de DTM e 18,5% um quadro moderado. Os sintomas apresentaram-se em 69% dos indivíduos com comprometimento emocional. Sendo que o hábito de apertar ou ranger os dentes apresentou-se em 41,2% dos acadêmicos e as dores de cabeça em 32,9%. Quanto aos sinais clínicos os mais comuns foram o desgaste dental em 61,8% e recessão gengival em 8,2% dos indivíduos. Houve uma maior prevalência dos sinais e sintomas nos indivíduos do gênero feminino. Concluiu-se que tanto os sinais clínicos quanto os sintomas são importantes para o diagnóstico e tratamento da disfunção temporomandibular.

Palavras-chave: Desordem Temporomandibular. Diagnóstico. Prótese Dentária.

ABSTRACT

The aim this study to evaluate the clinical signs and symptoms of temporomandibular disorders among students registered in the course of Dentistry, University Severino Sombra. Was used a questionnaire with 10 questions for a subjective assessment of symptoms and clinical examination performed for an objective assessment of clinical symptoms. Data were subject to descriptive analysis. The results showed a correlation between emotional factors and temporomandibular disorder. Of the total subjects evaluated 42.2% had a light temporomandibular dysfunction and 18.5% a moderate one. Symptoms were present in 69% of individuals with emotional commitment. Since the habit of squeezing or grinding teeth appeared in 41.2% of the students and the headache in 32.9%. Regarding the most common clinical signs were the 61.8% in tooth wear and gingival recession in 8.2% of individuals. There was a higher prevalence of signs and symptoms in female subjects. It was concluded that both clinical signs and the symptoms are important for diagnosis and treatment of temporomandibular disorders.

Key words Temporomandibular disorder. Diagnosis. Prosthetic Dentistry

de estruturas ósseas, cartilaginosas, ligamentos e musculatura associada, sendo responsável pelos movimentos mandibulares, em decorrência das ações dos músculos mastigatórios¹.

pacientes que apresentam DTM não necessariamente têm a presença da dor. Ela pode vir ou não acompanhada da dor³.

Atualmente, as DTMs atingem um grande número de indivíduos, embora uma parcela significativa da população não tenha acesso às informações sobre o que é a DTM

e como tratá-la. Também existe certa desinformação no meio acadêmico e profissional na área da odontologia, o que pode comprometer e dificultar o diagnóstico e tratamento dos pacientes.

A DTM é um distúrbio geralmente relacionado ao estresse, que induz ao aumento da atividade muscular, freqüentemente associada a hábitos parafuncionais, resultando em fadiga, espasmo e dor. O fator etiológico mais comum é a hiperatividade muscular, causada pela má oclusão, estresse e/ou alterações posturais⁴.

O processo de sobrecarga funcional de hiperatividade muscular associada a uma má oclusão, não permite que o côndilo mandibular se posicione dentro da fossa mandibular, promovendo efeitos adversos na ATM⁵.

Recentemente o Conselho Federal de Odontologia (CFO) reconheceu como especialidade odontológica a Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular, com o objetivo de formar profissionais especialistas para se dedicarem a esta especialidade.

A proposta deste estudo foi avaliar a presença de sinais clínicos e sintomas de disfunção temporomandibular entre os acadêmicos do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra-Vassouras-RJ.

REVISÃO DE LITERATURA

Todas as estruturas anatômicas que constituem a articulação temporomandibular são de extrema importância para que haja uma harmonia na função do sistema estomatognático⁶.

Não há identificação de uma causa universal da DTM. Por esta razão, não há fatores etiológicos prováveis, mas sim um número importante de fatores associados à sua etiologia. Estes fatores podem ser físicos, posturais e psicológicos⁷.

Embora possam ocorrer em qualquer idade, são mais comuns em indivíduos com idade entre 13 e 35 anos e quatro vezes mais prevalentes em mulheres do que em homens⁸.

Os sinais e sintomas mais comuns associados à DTM são: dor intra-articular, espasmo muscular, dor intra-articular combinada com espasmos musculares, dor reflexa e fechamento da mandíbula, dor irradiada na área temporal, massetérica ou infra-orbital; crepitação, dor ou zumbido no ouvido; dor irradiada no pescoço; dor de

cabeça crônica; sensação de tamponamento no ouvido; xerostomia, entre outros⁹.

Alguns pacientes com dor na ATM também se queixam de dor na região do ouvido. Acredita-se que isto ocorra devido à proximidade entre região articular e o osso temporal e a possível relação com o côndilo mandibular, separado apenas pela parede timpânica. A proximidade do ouvido com a ATM e os músculos da mastigação e suas inervações comuns no nervo trigêmeo, podem estabelecer uma condição para propagação de uma dor reflexa nesta região¹⁰.

Não é possível reconhecer um único fator etiológico desencadeante dos sinais e sintomas da DTM, o mais aceitável é a associação entre fatores desencadeantes psicológicos, estruturais e posturais, que desequilibram a oclusão dentária, os músculos mastigatórios e a ATM¹¹.

A dor de cabeça é um dos sintomas mais associados à DTM, sendo a queixa principal e a mais relatada pelos pacientes quando solicitam atendimento¹².

As DTMs apresentam uma origem multifatorial e são capazes de interferir na ATM, uma vez que esta articulação é muito vulnerável tanto a fatores etiológicos intrínsecos (relacionados a patologias e más formações articulares e musculares) como extrínsecos (relacionados a aspectos oclusais, traumas e acidentes externos)¹³.

Múltiplos fatores como os problemas oclusais e os fatores emocionais, podem levar ao desequilíbrio funcional do aparelho estomatognático e da biomecânica da ATM, podendo predispor os pacientes ao desenvolvimento de sinais e sintomas de DTM, e os principais são a dor e os ruídos articulares².

A prevalência de DTM é maior no gênero feminino e na faixa etária entre 21 e 40 anos¹. É responsável pela maioria das dores orofaciais crônicas e são diagnosticadas pelos sinais e sintomas característicos, tais como: ruído articular, cefaléia, artralgia, otalgia, mialgia, entre outros.

Tanto o estresse quanto a oclusão têm uma participação diferenciada na ocorrência da DTM, dependendo da capacidade adaptativa do paciente. Isto é explicado pelos diferentes graus de tolerância e adaptação fisiológica de cada indivíduo. O efeito da hiperatividade muscular desenvolvida a partir do estado emocional alterado afetará a ATM².

As DTMs podem ser definidas como um conjunto de condições dolorosas e/ou

disfuncionais que envolvem os músculos da mastigação e/ou as articulações temporomandibulares¹⁵.

Assim, quando um componente emocional está associado a um fator físico como uma alteração no equilíbrio oclusal, a liberação das tensões pelo aparelho estomatognático pode produzir sintomas de dor e DTM¹⁶.

Sinais e sintomas de DTM são bastante comuns na população brasileira. Pesquisas epidemiológicas demonstraram que mais de 50% da população apresentam pelo menos um ou mais sinais de DTM, porém esses números muitas vezes não traduzem a necessidade de tratamento; estima-se que somente 3,6% a 7% dos indivíduos procuram atendimento e que necessitam de algum tipo de intervenção¹⁷.

Segundo a Academia Americana de Desordens Temporomandibulares, as DTM é um termo coletivo que abrange vários problemas clínicos envolvendo a musculatura da mastigação, a ATM e estruturas associadas ou ambas¹⁸.

Estudantes rumo ao vestibular apresentam-se como grupo potencialmente de risco ao desenvolvimento da DTM em decorrência destes fatores psicológicos estudados, principalmente quanto à ansiedade, que se mostrou mais significativa em ambos os momentos. Além disto, os alunos demonstraram prevalência alta de ruídos articulares e cefaléia¹⁹.

Embora haja divergências a respeito do fator etiológico principal, é inegável que aspectos emocionais desempenham um papel importante na DTM. Pessoas expostas a situações estressantes estão sob maior risco de ocorrência e progressão de DTM e pacientes com disfunção relatam que seus sintomas aumentam durante eventos estressantes²⁰.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram avaliados 97 acadêmicos, 32 do gênero masculino e 65 do gênero feminino, regularmente matriculados no Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra - Vassouras - RJ, com idade entre 18 e 30 anos, sem qualquer critério de exclusão.

Todos os sujeitos da pesquisa tiveram acesso ao TLCE (Termo de Livre Consentimento Esclarecido) e de livre e espontânea vontade apresentaram-se para o estudo.

Os alunos foram submetidos a uma análise objetiva com um exame clínico da cavidade bucal e uma análise subjetiva com auxílio de um questionário previamente estabelecido e submetido à avaliação e posterior aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Severino Sombra.

A arguição com o questionário (Quadro 1) e o exame clínico foram realizados pelo mesmo operador, previamente calibrado em um estudo piloto, a fim de promover uma padronização do estudo.

1. Tem algum ruído na região dos ouvidos (zumbidos, estalidos)?
2. Tem dor ou dificuldade ao abrir a boca?
3. Tem o hábito de apertar ou ranger os dentes ou algum outro hábito parafuncional?
4. Sente dores de cabeça ou pescoço com frequência?
5. Sente dores de ouvido na região da ATM?
6. Recentemente passou por estresse ou problemas emocionais?
7. Você se considera uma pessoa tensa, nervosa, ansiosa?
8. Tem tido fratura de dente ou restauração?
9. Sente seus dentes doloridos?
10. Tem alguma sensação de tamponamento do ouvido?

Quadro 1: Avaliação por Questionário

O questionário foi elaborado a partir de questões obtidas em um levantamento prévio da literatura científica pertinente à área de estudo.

Obtiveram-se as respostas para as questões do questionário e em seguida procedeu-se ao exame clínico.

Posteriormente foram analisadas as respostas observando-se uma possível correlação com a presença ou ausência de DTM.

O exame clínico foi realizado na clínica odontológica, no Campus da Universidade Severino Sombra, observando-se os padrões de biossegurança. Os alunos foram posicionados deitados na cadeira odontológica, com o auxílio de um bom foco de luz e instrumental clínico, sempre executado pelo mesmo operador.

Os valores atribuídos durante avaliação subjetiva, estão descritos no Quadro 2 e 3, respectivamente.

Respostas	Valores atribuídos
SIM	5
NÃO	0

Quadro 2- Correlação das afirmativas e negativas referentes às respostas obtidas no questionário.

Grau de DTM	Classificação da DTM
0-5	Não possui DTM
10-20	DTM leve
25-35	DTM moderada
40-50	DTM severa

Quadro 3- Correlação do somatório de valores com a presença de DTM.

Foi observada a presença de desgaste dental, fraturas de restaurações, lesões de abfração, recessão gengival, contatos prematuros e outros distúrbios oclusais.

RESULTADOS

Depois de realizado o levantamento os dados obtidos, foram submetidos à análise descritiva, para obter os resultados em percentual dos sinais e sintomas encontrados. Os resultados estão apresentados nas Tabelas 1, 2, 3 e 4 ; que seguem abaixo.

Tabela 1: Avaliação Subjetiva – Sintomas

Questões	Percentual
Ruído no ouvido	21,6%
Dificuldade de abrir a boca	8,2%
Aperta ou range os dentes	41,2%
Dores de cabeça ou pescoço	32,9%
Dores de ouvido ou na ATM	16,4%
Estresse ou problema emocional	35,0%
Tenso, nervoso, ansioso	69,0%
Fraturas de dentes ou restauração	24,7%
Sensação de dentes doloridos	15,4%
Sensação de tamponamento no ouvido	18,5%

Tabela 2: Avaliação Objetiva – Sinais Clínicos

Sinais clínicos	Percentual
Desgaste dental	61,8%
Recessão gengival	8,2%
Lesão de abfração	7,2%
Fratura de restauração	7,2%
Sem alteração	36,0%

Tabela 3- Grau de DTM

Grau de DTM	Percentual / número de alunos
Não possui DTM	36,08% (35)
DTM leve	42,2% (41)
DTM moderada	18,55% (18)
DTM severa	3,09% (3)

Tabela 4- Relação entre o gênero e DTM.

Gênero	Percentual / número de alunos
Masculino	56,2% (18)
Feminino	66,1% (43)

DISCUSSÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) refere-se a desordens caracterizadas por dor na ATM, na região pré-auricular e nos músculos da mastigação e podem levar a limitação dos movimentos mandibulares, ruídos articulares, além da cefaléia e otalgia^{1,12}. Sua etiologia é multifatorial e complexa, podendo estar relacionada a problemas oclusais, psicológicos, patológicos e traumáticos²¹.

As DTMs têm etiologia multifatorial e dentre as causas relacionadas estão às condições locais, emocionais e sistêmicas. Diversos estudos demonstraram que os pacientes com DTM apresentam características psicológicas peculiares, o que se observou neste estudo, com uma correlação importante entre sinais e sintomas com o grau de disfunção apresentado pelos indivíduos examinados^{15,18}.

A etiologia das DTMs pode ser mais bem compreendida analisando-se dois eixos de relação causa e efeito. O eixo I, associado ao fator físico, as más oclusões, as ausências dentais, hábitos parafuncionais e o eixo II, associado ao aspecto psicológico^{22,10}. Neste estudo observou-se que 69% dos acadêmicos relataram serem tensos, nervosos ou ansiosos e 35% passam por algum estresse emocional nos últimos anos da sua vida. Isso demonstra que a DTM tem uma grande relação com os fatores psicológicos.

Geralmente, apenas um fator isolado não é preponderante para constituir um quadro clínico de disfunção articular ou muscular; mas a associação entre eles pode convergir para a ocorrência de algum sinal ou sintoma de DTM^{9,14}.

Alguns estudos enfatizam a correlação entre fatores psicológicos com os sinais e sintomas articulares, o que se observou neste trabalho em que o alto nível de ansiedade dos acadêmicos (69%) foi responsável por estabelecer uma grande relação com a presença de sinais e sintomas de DTM^{19,13}.

Os principais sinais e sintomas relacionados à DTM são: dor intra-articular, espasmo muscular, dor ao fechar a

mandíbula; crepitação, dor ou zumbido no ouvido; dor irradiada no pescoço; dor de cabeça; sensação de tamponamento no ouvido¹⁶. A dor de cabeça é um dos sintomas mais relatados pelos pacientes⁷. Durante este estudo observou-se que 32,9% dos acadêmicos apresentavam dores de cabeça ou pescoço; 21,6% apresentavam ruído no ouvido e 41,2% hábito de apertar ou ranger os dentes.

Alguns pacientes com dor na ATM também se queixam de dor no ouvido. Durante avaliação subjetiva 16,4% dos acadêmicos queixaram-se de dor no ouvido e 18,5% teriam a sensação de tamponamento do ouvido. Estes resultados nos levariam a relacionar a grande proximidade entre o ouvido e a região articular, e por apresentar uma área retroarticular que é altamente inervada e vascularizada. A proximidade do ouvido com a ATM e os músculos da mastigação e suas inervações comuns no trigêmeo, criam uma condição freqüente de dor reflexa^{23,24}.

Durante avaliação objetiva os sinais clínicos mais prevalentes foram o desgaste dental com 61,8% e a recessão gengival com 8,2%. Estes resultados enfatizam e reforçam o envolvimento dos distúrbios oclusais na possibilidade de ocorrência de DTM, sendo mais provável quando relacionados a um fator psicológico importante.

A prevalência de DTM é maior no gênero feminino e na faixa etária entre 21 e 40 anos^{8,2,11}. Esta afirmação foi comprovada neste estudo em 66% dos indivíduos avaliados. Esta prevalência ainda não tem uma etiologia definida, porém sugere-se que o fator hormonal da mulher possa ter uma grande relação com possíveis alterações no seu aspecto emocional.

CONCLUSÕES

Concluiu-se que houve a presença de sinais clínicos e sintomas de DTM nos acadêmicos avaliados, sendo que os mais presentes foram o estado emocional alterado, o hábito de apertar ou ranger os dentes, dores de cabeça e o desgaste dental.

Observou-se uma maior prevalência de sinais e sintomas de DTM nos acadêmicos do gênero feminino.

REFERÊNCIAS

1. Merighi LBM, Silva MMA, Ferreira AT, Genaro KF, Berretin-Felix G. Ocorrência de Disfunção Int J Dent, Recife, 9(4):181-186, out./dez.,2010 <http://www.ufpe.br/ijid>

Temporomandibular (DTM) e sua Relação com Hábitos Oraís Deletérios em Crianças do Município de Monte Negro-RO. Rev CEFAC.2007;9(4):497-503.

2. 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.

3. Dawson PE. Oclusão funcional: da ATM ao desenho do sorriso. 1ª ed. São Paulo: Santos; 2008.

4. Netto JS, Almeida C, Bradasch ER, Corteletti LCBJ, Silvério KC, Pontes MMA, Marques JM. Ocorrência de Sinais e Sintomas de Disfunção Temporomandibular em Músicos. Rev Soc Bras Fonoaudiol 2009;14(3):362-66.

5. Gorreri MC, Baraúna MA, Strini PJSA, Strini PJSA, Souza GC, Neto AJF. Avaliação Biofotogramétrica da Assimetria Facial em pacientes com Disfunção Temporomandibular. Odonto 2010;18(35):5-13.

6. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. São Paulo:Artes Médicas, 2000.

7. Manfredi APS, Silva AA, Vedite 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):763-68.

8. Bove SRK, Guimarães S, Smith RL. Caracterização dos Pacientes de um Ambulatório de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Rev Lat Amer Enf 2005;13(5):686-91.

9. Felício CM, Braga PG. Sinais e Sintomas de Desordem Temporomandibular em Pacientes Ortocirúrgicos. J Bras Ocl 2005;10(56):187-94.

10. Silva MAMR, Oliveira MM, Bataglion C, Molina OF, Neto JS, Peixoto MS. Distúrbios Internos Articulares: a Influência do Bruxismo Pesado sobre Distúrbios Articulares Específicos. J Bras Ocl 2005;5(19):58-65.

11. Pedroni CR, Oliveira AS, Bérzin F. Efeito da Mobilização Cervical na Atividade Eletromiográfica dos Músculos Mastigatórios em Portadores de Disfunção Temporomandibular. Rev Fisio Bras 2006;7(4):285-89.

12. Tosato JP, Biosotto-Gonzalez DA. Avaliação Pré e Pós-Tratamento Fisioterapêutico na Disfunção Temporomandibular. Rev Fisio Bras 2006;7(2): 159-61.

13. Cunha LDP, Fernandes AUR, Marchiori AV, Garcia AR, Zuim PRJ. Níveis de Ansiedade e Desordem Temporomandibular em Estudantes do Ensino Médio e Curso Pré-Vestibular. Rev Bras Odontol 2007;64(3/4):233-38.

14. Pereira GS, Duarte JM, Vilela EM. Avaliação da Sintomatologia Ocular em Pacientes com Disfunção Temporomandibular. Arq Bras Oftal 2000;64(4): 263-67.

15. Branco RS, Branco CS, Tesc RS, Raport A. Freqüência de Relatos de Parafunções nos Subgrupos Diagnósticos de DTM de Acordo com os Critérios Diagnósticos para Pesquisas em Disfunções Temporomandibulares. Rev Dent Press Ortod Ortop Fac 2008;13(2):61-69.

16. Macedo CR. Bruxismo do Sono. Rev Dent Press Ortod Ortop Fac 2008; 13(2):18-22.

17. Netter FH. Atlas de anatomia humana. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

18. Campos JADB, Gonçalves DAG, Camparis CM, Speciali JG. Confiabilidade de um Formulário para Diagnóstico da Severidade da Disfunção Temporomandibular. Rev Bras Fisioter 2009;13(1):38-43.

19. Diniz MR. Fatores Psicológicos Relacionados às Desordens Temporomandibulares: Avaliação de Estudantes Pré-Vestibulandos [Monografia]. Juiz de Fora - MG. Universidade Federal de Juiz de Fora; 2009.

20. Pacheco PBM. Influência do Estresse nas Disfunções Temporomandibulares. [Monografia]. Campinas: Universidade São Leopoldo Mandic; 2010.
21. Alves TDB, Gonçalves APR, Alves NA, Rios FC, Silva LBO. Prevalência de Oclusopatia em Escolares de 12 anos de Idade: Estudo Realizado em uma Escola Pública do Município de Feira de Santana-BA. RGO 2006;54(3):269-73.
22. Chaves HV, Leitão AKA, Farrapo AR, Ribeiro RA, Brito GAC. Papel de Mediadores Inflamatórios na Dor, na Inflamação e em Processos Degenerativos da Articulação Temporomandibular. J Bras Ocl 2005;5(19):76-84.
23. Moore KL, Dalley AF. Anatomia Orientada Para a Clínica. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

Recebido em 04/05/2010

Aprovado em 28/06/2010