

Inter-relação entre alterações otológicas e DTM em paciente fibromiálgico: caso clínico

Recebido em: mar/2012

Aprovado em: jun/2012

Relationship between otological symptoms and tmd in patient with fibromyalgia: case report

Letícia Ladeira Bonato

Graduanda do Curso de Odontologia - Faculdade de Odontologia/ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Aluna do Serviço ATM/UFJF - Brasil

Luciano Ambrosio Ferreira

Mestre em Clínica Odontológica - FO/UFJF, especialista em Radiologia Odontológica (FO/UFJF) e Acupuntura (INCISA-IMAM), membro da equipe interdisciplinar do Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares - FO/UFJF - Brasil

Raphaela de Mello Lopes

Pós-graduanda em Ortodontia Pós Odonto Suprema, membro da equipe interdisciplinar do Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares - FO/UFJF - Brasil

Josemar Parreira Guimarães

Doutor em Odontologia - Ortodontia - FO/UFJF, mestre em Ciências Odontológicas - Ortodontia - FO/UFJF, professor Pesquisador Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ) - UFJF, coordenador do Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares - FO/UFJF - Brasil

CEP/UFJF nº 080/11

Autor para correspondência:

Letícia Ladeira Bonato
Rua dos Inconfidentes, 385
Manoel Honório - Juiz de Fora - MG
36045-070
Brasil
leticialbonato@hotmail.com

RESUMO

Para a correta condução de um tratamento de DTM é necessário que o Cirurgião-Dentista tenha conhecimento sobre doenças relacionadas a quadros álgicos difusos, como a fibromialgia e a otalgia, para que com isso seja capaz de formular o diagnóstico diferencial e estabelecer a conduta terapêutica adequada. O presente artigo relata o caso clínico de uma paciente de 42 anos, portadora de fibromialgia, que procurou o Serviço ATM (FO/UFJF) com queixa principal de tontura intensa, otalgia e zumbido, associada a dores orofaciais. O diagnóstico foi sugestivo de desordem temporomandibular associada à fibromialgia, tendo como fatores relacionados hábitos parafuncionais (bruxismo, apertamento e hábitos posturais inadequados), estresse emocional, ansiedade e quadros depressivos. A proposta terapêutica adotada baseou-se no tratamento odontológico de suporte com uso da placa neuromiorrelaxante e manutenção da terapia medicamentosa que proporcionou diminuição e estabilidade da sintomatologia, mesmo após seis meses de acompanhamento.

Descritores: síndrome da disfunção da articulação temporomandibular; fibromialgia; dor de orelha; terapêutica

ABSTRACT

For the correct conduct of a treatment of TMD is important that the dentist has knowledge about diseases related about diffuse painful picture, such as ear pain and fibromyalgia, to be able to formulate a differential diagnosis and establish the appropriate therapeutic approach. This article reports a case of a patient 42 years old, with fibromyalgia, who sought the ATM Service (FO/UFJF) complaining of severe dizziness, ear pain and tinnitus associated with orofacial pain. The diagnosis was suggestive of temporomandibular disorders associated with fibromyalgia, and related factors such as parafunctional habits (bruxism, clenching and improper postural habits), emotional stress, anxiety and depression. Therapeutic proposal adopted was based on the dental treatment with use of the support plate neuromiorrelaxante and drug therapy that provide compensation if reduction and stability of symptoms, even after six months of follow-up.

Descriptors: temporomandibular joint dysfunction syndrome; fibromyalgia; earache; therapeutics

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A causa dos sintomas aurais relacionados à DTM não está completamente elucidada e muitas vezes se confunde com os de síndromes dolorosas sistêmicas como a fibromialgia. A conduta odontológica no caso descrito representa a importância da terapia oclusal reversível no diagnóstico diferencial de síndromes com sintomas sobrepostos.

INTRODUÇÃO

As desordens temporomandibulares (DTM) são caracterizadas por um conjunto de condições médicas e dentárias^{1,2} que afetam a articulação temporomandibular (ATM), músculos mastigatórios e tecidos adjacentes^{1,3-5}, sendo a condição de dor orofacial crônica mais enfrentada por Cirurgiões-Dentistas e outros profissionais da saúde⁶.

Essa disfunção geralmente envolve uma grande variedade de sinais e sintomas, como artralgia e mialgia relacionados, dor durante a execução de movimentos mandibulares, ruídos articulares⁷, bem como a restrição de movimentos mandibulares^{1,7}. Os sinais e sintomas podem não estar necessariamente localizados apenas na região propriamente dita, com possibilidade de extensão a regiões limítrofes da cabeça e pescoço^{8,9}.

A região auricular é uma dessas regiões anatômicas muitas vezes envolvidas, sendo as queixas otológicas de pacientes com DTM encontradas com frequência^{5,10-12}, de forma que sintomas como zumbido e tontura são também relatados por pacientes fibromiálgicos¹³.

A fibromialgia é uma síndrome músculo-esquelética, não inflamatória, de caráter crônico, etiologia desconhecida, caracterizada por dor generalizada^{13,14}. As investigações mais recentes acerca da sua etiologia acreditam que essa condição clínica decorre de uma alteração no eixo hipotálamo-hipofisário, o qual representa o principal caminho de resposta neuroendócrina ao estresse, de modo a alterar os níveis de cortisol, do hormônio do crescimento e de serotonina¹⁵. O diagnóstico é baseado somente em critérios clínicos devido à inexistência de exames complementares que a identifiquem, como análises laboratoriais, exames imageológicos ou exames anatomo-patológicos¹⁴. Ressalta-se que tanto na fibromialgia quanto na DTM, a dor^{15,16} é o principal sintoma, associando-se a alterações no processamento central do estímulo sensitivo¹⁵.

Acredita-se que a dor miofascial dos músculos da mastigação esteja relacionada com a fibromialgia, pois compartilham várias semelhanças em suas características tais como: fatores moduladores, sinais e sintomas, etiologia desconhecida, predominância no gênero feminino e outros³.

Fundamentos Teóricos

A DTM é descrita pela Associação Americana de Dor Orofacial como um termo coletivo que envolve alterações clínicas dos músculos mastigatórios, articulação temporomandibular (ATM), estruturas associadas ou ambas⁸, encontrando-se entre as mais comuns condições de dor orofacial

de origem não dental¹⁷. Apesar de a DTM apresentar uma grande variação sintomatológica interindividual¹⁷, a sintomatologia dolorosa otológica geralmente apresenta-se como uma queixa primária do paciente com DTM^{7,9,18,19}. Entretanto, sua origem e as possíveis relações com a DTM ainda não estão esclarecidas^{9,10}.

A inter-relação entre sintomas otológicos e DTM é bastante antiga^{5,7,10,11,18} e existe diversos relatos de suas causas, consequências e supostos tratamentos^{5,7}. Em 1920, foi relatada, pela primeira vez, a deficiência auditiva devida a defeitos da dimensão oclusal vertical^{20,21}. Em 1934, Costen²² mencionou a Síndrome de Sintomas Aurais e Sinusais em pacientes com DTM - a Síndrome de Costen - que incluía perda auditiva subjetiva, otalgia, plenitude auricular, zumbido, vertigem e alteração da ATM^{5,8-12,20,21,23}. Desta forma, sugeriu-se que alterações oclusais e ausências dentárias desencadeavam alterações otológicas, contribuindo para uma discussão quanto à relação entre ATM e queixas aurais, que perduram as últimas décadas^{5,10}. O risco de sintomas otológicos é considerado maior em pacientes com dor à palpação da ATM, dos músculos mastigatórios e cervicais, bem como dor durante a abertura bucal^{9,24}.

A otalgia pode ser ainda na realidade, dor da própria ATM sentida em posição mais posterior. A proximidade entre as estruturas articular e aurais, a herança filogenética similar e o trajeto da inervação podem confundir o paciente no momento de localizar a dor²⁴. A dor por sua vez, é capaz de determinar mecanismos de proteção que interferem nos padrões fisiológicos das estruturas, como é o caso do ouvido e da ATM²³.

A mandíbula e os ossículos da orelha média têm a mesma origem embriológica (cartilagem de Meckel). Isto explica o motivo de várias malformações de orelha média estarem associadas com alterações mandibulares^{10,19,25}, existindo uma íntima relação entre ATM, cavidade timpânica e a tuba auditiva²⁵. As tubas auditivas são caracterizadas como um conduto de aproximadamente 4 cm de comprimento que conecta a faringe com a cavidade timpânica. Sua função principal é de deixar passar o ar que se origina das fossas nasais ou da boca, e que atingem seu orifício faríngeo. Deste modo, se ventila toda a orelha média, igualando as pressões em ambos os lados da membrana timpânica. Outra função é a de servir de drenagem de possíveis secreções que podem se formar nesta região. Habitualmente, a tuba se encontra fechada, abrindo durante a deglutição, mastigação e ao bocejar. Durante mudanças da pressão atmosférica, produz-se um ato reflexo, onde se realiza uma abertura bucal para igualar a pressão entre a orelha média e a atmosfera. Por isso, alterações na ATM, podem levar a disfunção tubária, dada a sua estreita relação, bem como eventuais alterações como tontura e zumbido²⁵.

Em 1962, Pinto²⁶ tenta elucidar a íntima relação entre as estruturas auriculares e a ATM, descrevendo a existência de um suposto ligamento que se estendia do processo anterior do martelo até a parte média posterior da cápsula articular. Segundo o autor,

quando da presença de desordem da ATM, a posição dos ossículos e da membrana timpânica possivelmente era alterada pelos movimentos articulares, causando a diminuição da audição nos indivíduos com DTM²⁶, embora este achado não tenha sido realizado também por outros anatomistas.

A DTM, o zumbido e a vertigem têm sido associados ainda com desordens emocionais. Uma possível explicação para a alta incidência de zumbido e vertigem em pacientes com DTM é que o estresse emocional poderia exacerbar os três sintomas²¹. É importante ressaltar que as vias de equilíbrio, o labirinto e a via visual, também se encontram na cabeça. Sua alteração, proveniente da hipercontratura muscular, tende a estimular a tontura, sensível a qualquer alteração de postura²³.

Alguns estudos investigaram as queixas auditivas em indivíduos portadores de DTM, sendo a taxa variável^{11,27}. Mota *et al.* (2007), investigou 21 voluntários portadores de otalgia e DTM, com o objetivo de verificar a frequência de possíveis sinais e sintomas associados à otalgia decorrentes de DTM. Os sintomas otológicos mais comumente associados à otalgia e DTM foram: percepção de sons articulares, zumbido e plenitude auricular^{5,18,27}.

Estudos têm sugerido, de forma independente, que os sintomas auriculares foram minimizados ou reduzidos após a utilização de variadas formas de terapias para tratamento de DTM ou tratamento dental, tais como: biofeedback, artroscopia, utilização de placa oclusal, fisioterapia por meio de exercícios musculares, terapia cognitiva, uso de benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e acupuntura, sendo benéficas para ambos os transtornos. Com isso, na maior parte dos casos, ocorre melhora ou resolução dos sintomas otológicos em conjunto com os sintomas da DTM^{21,24,28}. Porém, não se pode afirmar de forma consistente que os sintomas de zumbido, otalgia e tontura, por exemplo, irão se resolver²⁸.

Há também relação positiva entre fibromialgia e presença de alterações otológicas; indivíduos fibromiálgicos possuem algum tipo de sintoma aural na grande maioria dos casos¹³. Já a estreita relação entre a fibromialgia e a DTM baseia-se na presença da dor crônica. Balasubramaniam *et al.* (2007) realizaram um estudo com 32 pacientes portadores de fibromialgia no qual foi avaliada a presença de DTM, diagnosticada de acordo com o RDC. Destes, 71% foram diagnosticados como portadores de DTM, sendo que 53% dos pacientes possuíam dor na região facial, 87% relataram ter passado por algum evento estressante e 42,3% tinham sintomas indicativos de uma desordem estressante pós-traumática. Concluíram que o alto índice de DTM em indivíduos fibromiálgicos sugere a desregulação de amplo alcance das funções autonômicas e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.

Analisando as informações obtidas nos estudos^{7,9,21}, nota-se que a causa dos sintomas aurais relacionados à DTM não está completamente elucidada. O envolvimento de fatores mecânicos e vários mecanismos neurais, vasculares, musculares e até mesmo fatores psicológicos, atuando conjunta-

mente, tanto nas desordens como nos sintomas aurais, nos impede de obter maiores esclarecimentos²¹. Muitas vezes, sintomas otológicos não levam o paciente a suspeitar de DTM, tornando-se dessa forma o diagnóstico de DTM de suma importância^{21,23}. O exame deve ser realizado levando-se em consideração a anamnese e o exame físico. Achados como sensibilidade à palpação dos músculos da face e das ATM são indicativos de que há coexistência com DTM²¹.

RELATO DE CASO CLÍNICO

A paciente E. T. S., 42 anos, gênero feminino, apresentou-se ao Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Desordens Temporomandibulares da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (Serviço ATM - FO/UFJF), em abril de 2010, com queixa principal de tontura intensa, otalgia, zumbido, além de dores faciais. Foi relatado que a sintomatologia dolorosa apresentava localização bilateral, caráter difuso, latejante e constante, com início há cinco anos, perdurando até o momento. Como hábitos parafuncionais, foram relatados e identificados o bruxismo noturno, o apertamento e os hábitos posturais inadequados. Durante a anamnese a paciente relatou ser muito ansiosa, estressada e depressiva, além de ser portadora de fibromialgia (diagnosticada há oito anos após avaliação clínica médica), para qual fazia tratamento com as medicações Nortriptilina (25mg/noite) e Paroxetina (25mg/noite), a uso há oito anos.

Durante o exame físico foi observada sintomatologia severa à palpação dos pterigoideos laterais, mediais e masseter; mediana para os músculos temporais, e leve para o músculo esternocleidomastoideo.

Na avaliação articular foi constatada a presença de dor mediana bilateral durante exame lateral e leve bilateral durante exame intra-conduto. A abertura máxima sem desconforto foi de 32 mm e com desconforto de 36 mm. Foi verificada ausência de desvios ou deflexões durante a trajetória de abertura, assim como de estalidos, saltos ou crepitações. A imagem da planigrafia pode ser observada na Figura 3.

A paciente não possuía os elementos dentários 17, 18, 46, 47 e 48 (mutilada segundo a classificação de Angle). A discrepância de RC para OC era de 3 mm, com contato prematuro nos elementos 13 e 43. Apresentava tanto overjet como overbite de 3 mm, e curva de Spee acentuada, como é possível observar nas Figuras 1 e 2.

Durante a entrevista, a paciente foi questionada sobre a distribuição dos pontos álgicos sistêmicos relacionados à fibromialgia, previamente diagnosticada por um médico reumatologista. Constatou-se a identificação e queixa de 12 áreas sintomáticas, distribuídas nas regiões lombar, glútea e cervical, articulações de membros superiores e inferiores, associadas a espasmos musculares e sensação de fadiga constante, além de irritabilidade, do relato de depressão e dificuldades de sono, que caracterizavam tal diagnóstico.

A avaliação otorrinolaringológica descartou a associação dos sintomas auriculares com quaisquer patologias otológicas.

Através do exame de palpação, chegou-se ao diagnóstico



FIGURA 1
Fotografia intra-bucal frontal



FIGURA 2A
Fotografia intra-bucal direita



FIGURA 2B
Fotografia intra-bucal esquerda

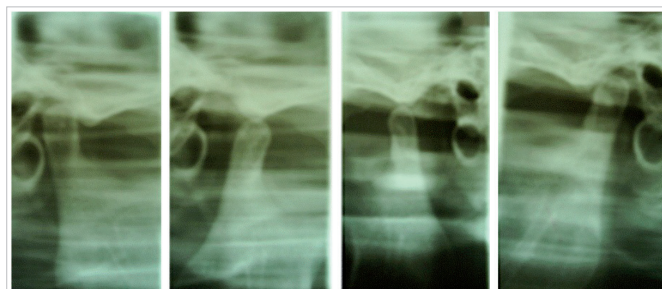


FIGURA 3
Fotografia da planigrafia das ATM

sugestivo de DTM, caracterizada por artralgia e dor miofascial com limitação de abertura bucal associada à fibromialgia, e presença secundária de hábitos parafuncionais (bruxismo noturno, apertamento, e hábitos posturais inadequados) e estresse emocional. A palpação muscular foi realizada imprimindo-se uma pressão firme com a ponta dos dedos indicador e/ou médio, realizando pequenos movimentos circulares, onde a própria paciente relatava o grau de dor sentida, sendo 0 - ausência de dor ou desconforto, 1 - leve desconforto, 2 - desconforto ou dor e grau 3 - dor acompanhada de pulso, movimento de retirar a cabeça e/ou reflexo palpebral²⁹. O diagnóstico foi baseado no RDC, pela aplicação do exame utilizando 1 kgf na musculatura extrabucal e ½ kgf na musculatura intrabucal³⁰, quando foram identificadas 10 áreas musculares dolorosas, que quando palpadas se referiam às áreas de queixa original da paciente. Desta forma, e a mialgia expressava a condição de dor miofascial com (ou sem) limitação de abertura.

Tratamentos propostos e evolução terapêutica

A conduta terapêutica inicial proposta buscou alterar os fatores etiológicos oclusais de forma reversível, objetivando a diminuição da hiperatividade muscular por meio da utilização da PNMR, orientações sobre autocuidados, assim como percepção e controle de hábitos parafuncionais deletérios. De forma adjuvante, indicou-se a realização de exercícios físicos (como caminhada e hidroginástica) e a manutenção da terapia farmacológica (Nor-triptilina e Paroxetina).

A PNMR foi confeccionada em resina acrílica quimicamente ativada, incolor, com aproximadamente 2 mm de espessura, recobrando as superfícies incisais e/ou oclusais dos dentes da arcada superior, na tentativa de que uma oclusão dita "ideal" fosse restabelecida (com contatos oclusais adequados com os dentes antagonistas e presença de guias incisal e canino). A PNMR era ajustada na posição de relação cêntrica, a cada 15 dias. Sua indicação inicial foi por 24hs/dia nas duas primeiras semanas, retirando-a apenas para alimentação e higienização, o que resultou em uma melhora de 60% da sintomatologia dolorosa neste primeiro momento. Com o acompanhamento clínico nos dois meses seguintes, o uso da PNMR foi progressivamente diminuído

em decorrência da redução (também progressiva) da sintomatologia dolorosa. Quando relatada a remissão sintomatológica (com aproximadamente 3 meses de utilização da PNMR), recomendou-se o uso da PNMR por 8h/dia, durante o sono noturno.

Após quatro meses de uso da PNMR, houve estabilização dos sintomas orofaciais e fibromiálgicos, assim como da qualidade do sono nas semanas seguintes e a remissão das alterações otológicas (zumbido e tontura), culminando na assinatura do termo de finalização do tratamento sintomático e em instruções de autocuidados preventivos direcionados à DTM. Orientou-se sobre a utilização da PNMR apenas para dormir e da necessidade de visitas regulares ao Reumatologista para controle da fibromialgia (neste período os sintomas da fibromialgia permaneceram estáveis). Um encaminhamento para a terapia de reabilitação oclusal (devido à ausência de contato posterior do lado direito) foi realizado. A terapia farmacológica (Nortriptilina e Paroxetina) foi mantida, tal como os exercícios físicos já assimilados.

A condução e publicação do caso clínico apresentado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob parecer número 080/2011, sendo conduzido dentro dos padrões exigidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

DISCUSSÃO

De acordo com a literatura consultada, há grande incidência de queixas auditivas em pacientes com DTM^{2,7,10,11,20,21,28}. Indivíduos fibromiálgicos possuem alterações otológicas na grande maioria dos casos¹³. O caso clínico descrito corrobora com ambas as afirmações. A paciente era portadora de fibromialgia associada à DTM e possuía alterações otológicas.

A estreita relação entre a fibromialgia e a DTM baseia-se na presença da dor crônica. É este o principal fator que leva o paciente a procurar tratamento²³. A paciente relatou que as dores eram constantes e iniciaram há cinco anos. Sentia dores bilateralmente, sendo a mesma de caráter difuso e latejante.

A dor crônica e a sintomatologia variada presente na fibromialgia dificultam o tratamento e justificam a busca por informações que ajudem a esclarecer a fisiopatologia e o quadro geral da doença a fim de melhorar e direcionar o seu tratamento¹⁴, haja vista que uma função imperfeita ou dolorosa, atua como um fator perturbador significativo. O tratamento das DTM se relaciona diretamente à melhoria da qualidade de vida do paciente.

Foi observada melhora dos sintomas otológicos em indivíduos submetidos ao tratamento com PNMR²⁷. O estímulo de dor somática, profunda e constante pode causar no paciente a hiperexcitabilidade dos neurônios de segunda ordem (sensitização central). Assim, a PNMR (apesar de não cessar os episódios de bruxismo e apertamento) pode atuar positivamente no alívio da dor pelo relaxamento da musculatura, diminuindo a liberação constante de neurotransmissores²⁷. Portanto, a utilização da PNMR, o conse-

lhamento quanto à prática de exercícios físicos, importância da terapia medicamentosa e as mudanças de hábitos podem ter atuado positivamente no alívio da dor pelo relaxamento da musculatura, diminuindo a liberação constante de neurotransmissores e, consequentemente, cessando o estímulo determinante do zumbido²⁷, como foi relatado pela paciente, que não mais apresentava episódios de zumbido.

Há autores que acreditam que a dor pode ser produzida por hipercontração e hiperestiramento do músculo pterigóideo lateral, que leva à hipertonia do músculo tensor do tímpano^{9,18,19}, sendo essa dor quase sempre referida em uma região diferente e distante do local de origem^{9,19}. No caso clínico reportado, a paciente apresentava sintomatologia severa à palpação do músculo pterigóideo lateral.

Em certos casos, considera-se também que uma configuração plana da eminência articular levaria ao deslizamento do côndilo articular contra o ligamento esfenomandibular, desencadeando a disfunção do sistema neuromuscular e provocando alterações no reflexo protetor durante a deglutição, o que inibiria a abertura da tuba auditiva e reduziria a ventilação na orelha média⁹. Já para Costen²², a DTM pode causar a irritação do nervo aurículo-temporal, ou conduzir uma inadequada regulação da pressão intratimpânica^{11,28} através do bloqueio da tuba auditiva, produzindo assim os sintomas otológicos²⁸.

A DTM, o zumbido e a vertigem têm sido associados ainda com desordens emocionais; os fatores psicológicos e o estresse podem agir como "gatilhos" ou "fatores facilitadores", fazendo com que os pacientes com otalgia tenham aumentada a percepção do zumbido¹⁰. Tais afirmações vão de encontro com o caso apresentado.

O equilíbrio corporal depende da integridade do sistema vestibular, labirinto, nervo vestibulococlear, núcleos, vias e inter-relações do Sistema Nervoso Central, do sistema somatossensorial e da visão. Tonturas e/ou desequilíbrio surgem quando algo interfere no funcionamento normal do sistema de equilíbrio corporal¹³. A paciente realizava bruxismo noturno, apertamento e possuía hábitos posturais incorretos, fatos que podem contribuir para o desequilíbrio corporal.

A fibromialgia é uma condição que suscita grande dificuldade diagnóstica, devido à falta de recursos e profissionais aptos para este fim. Tanto a DTM como a fibromialgia compartilham de sintomas como fadiga, dores musculares e uma aparente associação com fatores psicológicos³, onde o estado emocional do paciente é influenciado e influencia cronicamente o processamento neurofisiológico da dor e as atitudes comportamentais dos pacientes, e em virtude disso necessita de um tratamento multiprofissional²². Muitos pacientes que apresentam fibromialgia têm DTM e não sabem. Se houver um melhor entendimento da sintomatologia da DTM, da fibromialgia e das condições clínicas associadas, a abordagem destes indivíduos e o consequente plano terapêutico serão mais eficientes proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida³.

CONCLUSÃO

Para a correta condução de um tratamento de DTM é necessário que o Cirurgião-Dentista tenha conhecimento sobre doenças relacionadas a quadros algícos difusos, como a fibromialgia e a otalgia, e com isso formular o diagnóstico diferencial e estabelecer a conduta terapêutica adequada, sendo esta muitas vezes interdisciplinar.

Fica ressaltada a importância do conhecimento sobre a fibromialgia e a necessidade de controle medicamentoso desta patologia pelo médico Reumatologista, principalmente por apresentar características de cronicidade que interferem nos sintomas de DTM. Lembrando-se ainda sobre a importância de um exame detalhado que deverá ser realizado tanto pelo otorrinolaringologista como pelo Cirurgião-Dentista para que um adequado diagnóstico seja estabelecido, sobre o qual a terapia deverá ser fundamentada^{15,28}.

APLICAÇÃO CLÍNICA

Pacientes multiqueixosos frequentemente apresentam ma-

nifestações sintomatológicas de patologias que relacionadas a quadros algícos difusos e muitas vezes sobrepostos aos da região orofacial. Os sintomas relacionados à DTM, por sua vez, podem não estar necessariamente localizados na região facial propriamente dita, com possibilidade de extensão a regiões limítrofes da cabeça e pescoço.

Ao lidar com os distúrbios temporomandibulares, o Cirurgião-Dentista deve ter conhecimento de seus principais sintomas além daqueles relacionados a doenças sistêmicas, como a fibromialgia e quadros sintomatológicos de áreas anexas, como a otalgia.

Dessa forma, o presente caso ilustra a aplicação clínica do diagnóstico diferencial de um paciente portador de fibromialgia e alterações otológicas, que interferiam nos sintomas orofaciais de DTM. A conduta diagnóstica descrita tem como objetivo atentar ao profissional sobre as manifestações sistêmicas comuns da dor crônica para que o mesmo seja capaz de formular o diagnóstico diferencial e estabelecer a conduta terapêutica adequada, sendo esta muitas vezes interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

- Celic R, Jerolimov V, Zlataric DK, Klaić B. Measurement of Mandibular Movements in Patients with Temporomandibular Disorders and in Asymptomatic Subjects. *Coll Antropol*. 2003 Dec;27(2):43-9.
- Pereira KNF, Andrade LLS, Costa MLG, Portal TF. Sinais e sintomas de pacientes com DTM. *Rev CEFAC*. 2005 Abr-Jun;7(2):221-8.
- Consalter E, Sanches ML, Guimarães AS. Correlation between temporomandibular disorder and fibromyalgia. *Rev Dor. São Paulo*. 2010 Jul-Set;11(3):237-41.
- Mohlin B, Axelsson S, Paulin G, Pietila T, Bondemark L, Brattstrom V, et al. TMD in Relation to Malocclusion and Orthodontic Treatment. *Angle Orthod*. 2007 May;77(3):542-8.
- Silveira AM, Feltrin PP, Zanetti RV, Mautoni MC. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. *Rev Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2007 Jul-Ago;73(4):528-32.
- Celic R, Jerolimov V, Zlataric DK. Relationship of slightly limited mandibular movements to temporomandibular disorders. *Braz Dental J*. 2004;15(2):151-4.
- Felício CM, Melchior MO, Ferreira CLP, Da Silva MAMR. Otologic symptoms of Temporomandibular Disorder and effect of orofacial Myofunctional Therapy. *Journal of Craniomandibular Practice*. 2008 Abr;26(2):118-25.
- Durham J. Temporomandibular disorders (TMD): an overview. *Oral Surgery*. 2008;1(2):60-8.
- Felício CM, Faria TG, Silva MAMR, Aquino AMCM, Junqueira CA. Desordem Temporomandibular: relações entre sintomas otológicos e orofaciais. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004 Nov-Dez;70(6):786-93.
- D'Antonio WEPA, Ikino CMY, Castro SM, Balbani APS, Jurado JRP, Bento RF. Distúrbio temporomandibular como causa de otalgia. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2000 Jan-Fev;66(1):46-50.
- Jacob LCB, Rabiço TM, Campêlo RM, Aguiar FP, Zeigelboim BS. Sintomas auditivos e análise das emissões otoacústicas evocadas por estímulo transiente em indivíduos portadores de disfunção temporomandibular. *Distúrbios da Comunicação*. 2005 Ago;17(2):173-82.
- Kisnisci R, Tuz HH, Onder E. Prevalence of Otologic Complaints in Temporomandibular Disorder Patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2003 Jun;123(6):620-3.
- Zeigelboim BS, Klagenberg KF, Liberalesso PBN, Jurkiewicz AL. Avaliação vestibulococlear na fibromialgia. *Rev. CEFAC*. 2010;12(4):677-82.
- Gui M, Pedroni CR, Rossini S, Reimão R, Rizzatti-Barbosa CM. Distúrbios do sono em pacientes com fibromialgia. *Neurobiologia*. 2010 Jan-Mar;73(1):175-82.
- Fraga BP, Santos EB, Fraga TP, Macieira JC, Farias-Neto JP, Quintans Júnior LJ, Bonjardim LR, et al. Fibromyalgia and temporomandibular dysfunction: a literature review. *RSBO*. 2011 Jan-Mar;8(1):89-96.
- Balasubramaniam R, Leeuw R, Zhu H, Nickerson RB, Okeson JO, Carlson CH. Prevalence of Temporomandibular Disorders in fibromyalgia and failed back syndrome patients: A blinded prospective comparison study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. 2007 Aug;104(2):204-17.
- Demarim V, Kes VB. Temporomandibular disorders and migraine headache. *Medical Sciences*. 2010;34:111-7.
- Machado IM, Pialarissi PR, Minici TD, Rotondi J, Ferreira LP. Relation of the Otological Symptoms in the Temporomandibular Dysfunctions. *Intl. Arch. Otorhinolaryngol*. 2010 Jul-Ago-Set;14(3):274-9.
- Mota LAA, Albuquerque KMG, Santos MHP, Travassos RO. Signs and Symptoms Associated to Otalgia in Temporomandibular Disorder. *Intl. Arch. Otorhinolaryngol*. 2007;11(4):411-5.
- Tuz HH, Onder EM, Kisnisci RS. Prevalence of otologic complaints in patients with temporomandibular disorder. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2003 Jun;123(6):620-3.
- Urban VM, Neppelenbroek KH, Pavan S, Alencar-Júnior FGP, Jorge JH, Almilhatti HJ. Associação entre otalgia, zumbido, vertigem e hipoacusia com desordens temporomandibulares. *RGO*. 2009 Jan-Mar;57(1):107-15.
- Costen JB. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. *Ann Otol.Rhinol Laryngol*. 1997 Oct;106(10 pt 1):805-19.
- Pascoal MIN, Rapoport A, Chagas JFS, Pascoal MBN, Costa CC, Magna LA. Prevalência dos sintomas otológicos na desordem temporomandibular: estudo de 126 casos. *Rev. Brasil. Otorrinolaringol*. 2001 Set-Out;67(5).
- Tuz HH, Onder EM, Kisnisci RS. Temporomandibular disorder (TMD) is associated with an increased prevalence of otologic complaints. *J. Evidence-Based Dent. Pract*. 2004 Jun;4(2):167-8.
- Fernández MAR, Rodríguez RZ, González APR, García FJL, Gómez YPG. Relación entre la disfunción temporomandibular y las alteraciones del oído medio. Primeros resultados del tratamiento rehabilitador. *Rehabilitación (Madrid)*. 2006;40(1):20-4.
- Pinto OF. A new structure related to the temporomandibular joint and middle ear. *J Prosthet Dent*. 1962;12(1):95-103.
- Jorge JH, Fernandes F, Campanha NH, Di Todaro PF, Camparis CM. Zumbido em paciente com DTM: relato de um caso clínico. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2008;37(3):297-300.
- Wright E.F. Otologic symptom improvement through TMD therapy. *Quintessence International*. 2007 Abr;38(4):564-71.
- Silva RS, CONTI PCR, ARAÚJO CRP, RUBO JH, SANTOS CN. Palpação muscular: sensibilidade e especificidade. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*. 2003; 3(10):164-9.
- Dworkin SF, Leresche L. Research Diagnostic Criteria for temporomandibular Disorders: Review, Criteria, Examinations and Specifications, critique. *Journal of Craniomandibular Disorders*. 1992;6(4):301-55.