

Tuberculose e suas manifestações na ATM: uma revisão de literatura

Recebido em: abr/2016

Aprovado em: mai/2016

Tuberculosis and its manifestations in TMJ: a literature review

João Paulo Tanganeli – Doutorando
em Odontologia – Coordenador de pós-
-graduação em DTM DOF na Unicsul – SP

Cláudia Maria J. Ribas – Especialista
– Aluna

Ana Carolina Ferreira da Rosa Zi-
mermann – Especialista – Aluna

Autor de correspondência:

João Paulo C. Tanganeli

Rua Roma, 620 cjs 181/183

Lapa - São Paulo - SP

05050-090

Brasil

tanganeliodonto@hotmail.com

RESUMO

A disfunção temporomandibular tem caráter multifatorial e merece uma abordagem diferenciada tanto para seu diagnóstico quanto seu tratamento, sendo frequentemente recomendada a atuação de uma equipe multidisciplinar. Várias são as manifestações que podem acometer as articulações temporomandibulares decorrentes de patologias sistêmicas. Dentre estas, a tuberculose raramente as acomete, mas a ocorrência de manifestações extrapulmonares vem crescendo nos últimos anos. Estima-se que a tuberculose acometa 8.8 milhões de pessoas ao ano, levando 1.45 milhões destas ao óbito. O objetivo desta revisão foi levantar dados e informações para profissionais da área da saúde, em especial os Cirurgiões Dentistas, para um correto e precoce diagnóstico, uma vez que a detecção correta da patologia possibilita tratamento adequado e previne o surgimento de alterações graves na forma e função das articulações envolvidas.

Descritores: articulação temporomandibular; síndrome da disfunção da articulação temporomandibular; tuberculose

ABSTRACT

Temporomandibular disorders are a multifactorial disease, that deserves a special approach for its diagnosis and treatment, and a multidisciplinary team is suggested. Various systemic pathologies have a TMJ manifestation. Among these diseases, tuberculosis rarely has a temporomandibular joint occurrence, but extra pulmonary manifestation is increasing in the last years. About 8,8 million people are affected by tuberculosis each year, and 1,45 million die because of it. The objective of this review is collect data and information for health professional, in special Dentists, in order to clarify the relationship between TMD and tuberculosis, early diagnosis and correct treatment, once that the correct identification of this pathology can provide adequate treatment and prevents for more severe complications.

Descriptors: temporomandibular joint; temporomandibular joint dysfunction syndrome; tuberculosis

RELEVÂNCIA CLÍNICA

O fato de que as manifestações extrapulmonares da tuberculose têm crescido significativamente nos últimos anos e que dentre estas formas pode ocorrer comprometimento das ATMs, torna importante que o profissional de saúde, em especial o Cirurgião-Dentista, esteja atento e informado sobre esta possibilidade, para que o correto e precoce diagnóstico possam ser realizados e para que seja instituído tratamento adequado.

INTRODUÇÃO

A tuberculose tem sido apontada como um problema de saúde frequente, especialmente em países em desenvolvimento, mas sua ocorrência tem aumentado em todo o mundo.

Tuberculose é uma infecção bacteriana, causada mais frequentemente pelo *Mycobacterium tuberculosis*, mas também pelo *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium kansasii* e *Mycobacterium scrofulaceum*.^{1,2} A infecção primária normalmente ocorre nos pulmões, mas manifestações extrapulmonares têm aumentado nos últimos anos, especialmente em relação aos portadores de HIV, podendo acometer os ossos e as articulações.¹ Dentre estas manifestações, aproximadamente 10% apresentam-se na região de cabeça e pescoço. As manifestações orais são raras, provavelmente pela ação de limpeza da saliva, enzimas salivares, anticorpos teciduais, saprófitos e na dependência da integridade da mucosa.²

Há poucos relatos de acometimento da ATM pela tuberculose, mas este diagnóstico, quando tardio, pode levar a alterações degenerativas importantes, além de ocorrer com frequência, erros diagnósticos tais como artrite e neoplasias.^{1,3} Quando afeta maxila e mandíbula, frequentemente teremos como resultado osteomielite tuberculosa.⁴

Como possível explicação para o baixo acometimento da ATM sugere-se que seja em decorrência da própria histologia desta articulação, que é recoberta por fibrocartilagem, mais resistente do que a cartilagem hialina.⁵

A dificuldade de diagnóstico de manifestações extrapulmonares frequentemente resulta em atraso de tratamento.⁵

A deterioração da saúde e a presença de linfonodos são frequentes em tuberculose pleuro-pulmonar, mas são raras quando acometem a ATM, dificultando ainda mais este diagnóstico.⁶ Ainda quanto à ATM, inchaço da glândula parótida pode mascarar este diagnóstico precoce.⁷

A confirmação pode ser feita através de imagem, biópsia e cultura. O resultado desta cultura pode levar algumas semanas, dificultando a eleição do tratamento adequado.⁸

Assim sendo, levando-se em consideração o aumento de manifestações extrapulmonares da tuberculose, é importante que o profissional de saúde esteja atento para este possível diagnóstico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), incluindo-se as bases de dados Cochrane, LILACS e Medline, com os descritores articulação temporomandibular, disfunção temporomandibular e tuberculose, no período de 2005 a 2016. Todos os artigos disponíveis foram incluídos, sendo a maioria relatos de caso. Foram também inseridos outros dois artigos, fora do período pesquisado, por serem relevantes do ponto de vista conceitual.

REVISÃO DE LITERATURA

Helbling *et al.*¹, apresentaram um caso clínico: uma mulher de 22 anos que referia dor pré-auricular esquerda e os exames de imagem mostraram destruição de côndilo e fossa mandibular do lado esquerdo. Foi realizada uma aspiração que mostrou uma inflamação granulomatosa não específica. Apresentou em seguida

uma fistula pré-auricular e após biópsia revelou-se uma infecção por *Mycobacterium tuberculosis*. O tratamento inicial consistiu numa combinação de quatro antibióticos, reduzindo-se para dois antibióticos por nove meses. Um prognóstico favorável depende de um diagnóstico correto e tratamento imediato.

De acordo com Sansare *et al.*², não é comum encontrarmos achados radiológicos que concluam a presença da tuberculose na ATM. As principais manifestações da tuberculose oral encontram-se na mucosa e raramente no osso articular. Em quatro casos notaram-se características como: reabsorção óssea, reabsorção condilar, reabsorção do bordo inferior da mandíbula e reabsorção do osso alveolar. Após o tratamento, no primeiro caso, observou-se regeneração condilar. É importante fazer um diagnóstico diferencial quando existem achados radiográficos incomuns. A mesma conclusão foi observada no artigo realizado por Sheikh *et al.*³, enfatizando que é necessário um diagnóstico diferenciado quando são observadas aparências atípicas em estudo radiográfico.

Segundo Pallak, *et al.*⁴, as manifestações extrapulmonares são da ordem de 10% em cabeça e pescoço. Suas características clínicas são similares à artrite, sendo mais comum a tuberculose extrapulmonar acometer articulações maiores do que a ATM. É interessante que haja um diagnóstico diferencial devido à falta de sintomatologia, descartando possibilidades como artrites infecciosas, osteomielites e a presença de tumores.

Iturriaga *et al.*⁵ dizem que a artrite infecciosa pode ser causada por vírus, fungos ou bactérias, tendo como método de diagnóstico o cultivo de líquido sinovial. Porém, na ATM, esse método deve ser clínico, devido à pequena quantidade de líquido sinovial que ela possui. Outros exames como radiografias, cintilografias, ressonâncias magnéticas e tomografias podem auxiliar no diagnóstico, porém não são úteis para diagnóstico precoce. Matta *et al.*⁷, reafirmam a importância do radiografia como diagnóstico diferencial entre estruturas ósseas e o edema de parótida. O tratamento, conforme Iturriaga *et al.*⁵ é feito através da eliminação do agente causador por meio de fármacos. As características da artrite são de avanço rápido, agressivo e degenerativo e deve ser considerado como um possível diagnóstico da ATM.

Assouan *et al.*⁶ acompanharam 16 pacientes, predominando o gênero feminino. A média de idade foi de 39.9 anos com sintoma predominante de edema pré-auricular. Os autores ressaltam a importância de um tratamento adequado para a tuberculose, visando à restauração da biomecânica funcional da ATM.

Matta *et al.*⁷ ressaltam que o envolvimento da ATM na tuberculose tem sido pouco relatado na literatura. Apresentam um relato de caso de paciente indiano, 16 anos de idade, com história de quatro meses de evolução, incluindo em seus sintomas limitação de abertura bucal.

O artigo descrito por Soman e Davies⁸, ressalta que as manifestações orais podem acometer a gengiva, o palato, os lábios, a mucosa bucal, os frenulos e os ossos.

Quando é notada a presença de edema facial, geralmente na região pré-auricular, deve-se levar em consideração o diagnóstico de tuberculose na ATM, de acordo com Carter *et al.*⁹

Segundo Karjodkar *et al.*¹⁰, a tuberculose na ATM acomete 10%

dos casos de manifestação extrapulmonar. Suas características clínicas podem ser confundidas com artrites, osteomielites, câncer ou alguma desordem crônica da ATM. Radiografia, tomografia computadorizada Cone Beam e exames tridimensionais auxiliam no diagnóstico.

Adachi *et al.*¹¹ afirmam que na ausência da doença ativa nos pulmões, a infecção por *Mycobacterium* frequentemente causa artrite e pode ser considerada iniciadora de doenças autoimunes, tais como artrite reumatoide. Sugere que a existência de anticorpos para *Mycobacterium*, na ocorrência de sintomas de DTM, pode ser um indicativo.

Em relação à dor orofacial, é interessante citar os estudos de Gupta *et al.*¹², que apresentam um relato de caso de paralisia do nervo facial, decorrente de complicação de uma tuberculose que primeiramente desencadeou otite, de caráter irreversível. Houve também perda de audição e tuberculose abdominal desencadeando perfuração intestinal. Assim, o diagnóstico correto em tempo adequado propicia tratamento adequado e prevenção destas complicações.

Osteomielite da mandíbula, que levou a uma fratura foi relatada por Gadgil *et al.*¹³, chamando a atenção o fato de que o diagnóstico de tuberculose tenha sido tardio.

Blanco *et al.*¹⁴ ressaltam que um diagnóstico tardio complica o resultado do tratamento. Embora frequentemente acometa articulações maiores, o envolvimento das ATM deve ser considerado. O insucesso de tratamentos instituídos para diagnósticos equivocados pode levar a uma investigação mais ampla que poderá resultar na correta identificação da doença.

DISCUSSÃO

A tuberculose é uma das mais antigas doenças que acompanha a humanidade.³ Embora tenhamos constatado uma diminuição do número de casos nos países desenvolvidos nos anos 80, nas duas últimas décadas, observa-se um crescimento desta incidência em muitos países, sendo provável que este fenômeno deva-se ao aumento do número de pacientes imunodeprimidos e em migração para outros países.^{1,3}

Por conta disso, pode-se afirmar que a tuberculose ainda é um importante problema de saúde nos países em desenvolvimento.⁴ Na Índia, por exemplo, o aumento desta incidência pode ser considerado dramático, apesar dos avanços no tratamento⁷, mas

estima-se que este crescimento seja também notado em países desenvolvidos. Na Inglaterra, ocorreram 7290 casos em 2013.⁹

Segundo alguns estudiosos, o aumento do número de portadores de tuberculose nos países do oeste pode ser considerado alarmante, crescendo anualmente.⁸

As manifestações extrapulmonares também tem aumentado¹, embora manifestações orofaciais possam ser consideradas raras.^{1,2,3,4,6,8,12}

Manifestações em cabeça e pescoço ocorrem em 10% dos casos, sendo menos frequentes nas ATMs.¹ Entretanto, as manifestações orofaciais ou nas ATMs podem até serem primárias, antes de qualquer outro sinal da doença.⁴

Este fato pode dificultar e retardar o diagnóstico, comprometendo o tratamento e podendo levar a consequências indesejáveis, como fistula pré-auricular, úlceras, comprometimento de glândulas salivares, osteomielite, artrite infecciosa, otite.^{1,2,3,7,13}

As imagens e os sinais e sintomas não são específicos, dificultando ainda mais o diagnóstico.^{2,6}

Assim sendo, a anamnese detalhada, o histórico e o exame clínico, laboratorial e com auxílio de imagens são fundamentais para o diagnóstico diferencial e a correta instituição de tratamento adequado, evitando-se sequelas. Tomografia computadorizada, aspiração guiada e subsequente análise histoquímica, cultura bacteriana e antibiograma são recomendados. Achados radiográficos não usuais têm sido reportados com frequência, o que dificulta e atrasa o diagnóstico.^{2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14}

CONCLUSÃO

Embora as manifestações em ATM da tuberculose sejam raras, o aumento mundial do número de casos que apresentam alterações extrapulmonares tem levado pesquisadores e clínicos a publicar e chamar atenção para esta patologia.

A ausência de sinais e sintomas específicos pode induzir a erros de diagnóstico.

O diagnóstico precoce possibilita tratamento adequado e previne o surgimento de alterações graves na forma e função das articulações envolvidas.

Assim, os profissionais de saúde devem estar atentos para que esta doença seja incluída em suas possibilidades de diagnóstico diferencial.

REFERÊNCIAS

- Helbling CA, Lieger O, Smolka W, Iizuka T, Kuttnerberger J. Primary tuberculosis of the TMJ: presentation of a case and literature review. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2010; 39: 834-838
- Dansare K, Gupta A, Khanna V, et al. Oral tuberculosis: unusual radiographic findings. *Dent Maxillofac Rad.* 2011; 40:251-256
- Sheikh S, Pallagatti S, Gupta D, et al. Tuberculous osteomyelitis of mandibular condyle: a diagnostic dilemma. *Dent Maxillofac Rad.* 2012; 41: 169-174
- Pallak A, Parvathi D, Thimmarasa B, et al. Primary tubercular arthritis of TMJ: a rare case report. *Int J Dent Case Reports.* 2012; 2(1): 70-75
- Wilder V, Suazo T, Nawrath J, et al. Artritis infecciosa y su relación con la articulación temporomandibular. *Av Odontoestomatol.* 2012; 28(1): PAGE
- Assouan C, Anzouan K, Nguessan N.D. et al. Tuberculosis of the temporomandibular joint. *Rev. Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* 2014;115: 88-93
- Matta R, Karnik P, Pathare S, et al. Tuberculosis of temporomandibular Joint. *Ind J Otolaryngol Head Neck.* 2005; 57(4): 337-339
- Soman D., Davies J. A suspected case of tuberculosis of the temporomandibular joint. *Br Dent J.* 2003; 194(1): 23-24
- Carter E, Chandarana P, Duggineni S, Nasser N, Bridle C. Case series of extra pulmonary tuberculosis presenting as facial swelling. *Br Dent J.* 2015; 218: 519-522.
- Karjodkar F, Saxena VS, Maideo A, Sontakke S. Osteomyelitis affecting mandible in tuberculosis patients. *J Clin Exp Dent.* 2012; 4(1): e72-6
- Adachi N, Matsumoto S, Tokuhisa M, Kobayashi K, Yamada T. Antibodies against mycobacterial antigens in the synovial fluid of patients with temporomandibular disorders. *J Dent Res.* 2000; 79(10): 1752-7
- Gupta N, Dass A, Goel N, Tiwari S. Tuberculosis otitis leading to sequential bilateral facial nerve paralysis. *Iran J Otorh.* 2015; 27(80): 231-237
- Gadgil RM, Bhoosreddy AR, Upadhyay BR. Osteomyelitis of the mandible leading to pathological fracture in a tuberculosis patient: a case report and review of literature. *An Tr Medic Publ Health.* 2012; 5(4): 383-386
- Blanco EC, Sanchon JJB, Garrido EPM, Liedo MCP, Garcia IG. Artritis temporomandibular por *Mycobacterium bovis*. Un problema diagnóstico. *Ac Otorrin.* 2009; 60(4): 291-294