

Análise do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com disfunção temporomandibular atendidos em uma clínica escola em Anápolis-GO

Profile of patients with temporomandibular dysfunction attended at a clinic school in Anápolis-GO

Kelly Cristina Borges Tacon^{*1}, Fabiane Souza Gomes¹, Stephanie Gonçalves de Souza¹, Fernanda Sardinha de Abreu Tacon², Waldemar Naves do Amaral³.

1. Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, Anápolis – GO – Brasil.

2. Universidade Estadual de Goiás, Anápolis – GO – Brasil.

3. Universidade Federal de Goiás, Goiânia – GO – Brasil.

Resumo

Objetivo: Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com disfunção temporomandibular atendidos em uma Clínica Escola em Anápolis-GO. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, de pacientes atendidos no período de agosto de 2013 a julho de 2014 na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) na cidade de Anápolis, Goiás. Os dados coletados foram sexo, idade, ocupação, queixa principal, presença de ruídos na ATM, limitação de abertura mandibular, presença e hábitos parafuncionais e dor na ATM e/ou movimentos mastigatórios. Os dados foram tabulados em planilha Excel analisados descritivamente e expressos em média desvio padrão e percentagens. **Resultados:** Dos 30 prontuários selecionados 15 foram incluídos na pesquisa por preencherem os critérios de inclusão, sendo 14 (93%) do sexo feminino, compreendendo uma média de idade de 38±15 anos. Destes 5(33%) eram profissionais do lar, 3 (20%) autônomo, 3 (20%) estudante, 2 (13%) costureira, professor 1 (7%) e aposentado 1 (7%). A principal queixa relatada pelos pacientes foi dor 14 (93%), sendo 9(60%) dor na ATM e 5 (40%) dor nos músculos mastigatórios. As principais alterações encontradas na ATM foram: 13 (86%) ruídos, 5 (33%) limitação da abertura mandibular e dor 14 (93%). Os hábitos parafuncionais estavam presentes em 15 (100%) dos pacientes. **Conclusões:** Em nossos estudos o sexo feminino foi o mais acometido pelas disfunções temporomandibulares, acontecendo na terceira década de vida. A dor foi o fator que levou os pacientes a procurarem o tratamento. Dentre às alterações encontradas os hábitos parafuncionais foram determinantes para o surgimento do quadro clínico em que o paciente se encontrava.

Abstract

Objective: To analyze the clinical-epidemiological profile of patients with temporomandibular dysfunction attended at a School Clinic in Anápolis-GO. **Methods:** This was a retrospective study of patients attended from August 2013 to July 2014 at the Clinic School of Physiotherapy (CEF) in the city of Anápolis, Goiás. Data collected were sex, age, occupation, main complaint, Presence of noises in the TMJ, limitation of mandibular opening, presence and parafunctional habits and TMJ pain and / or masticatory movements. The data were tabulated in Excel spreadsheet descriptively analyzed and expressed in mean standard deviation and percentages. **Results:** Of the 30 selected records, 15 were included in the study because they met the inclusion criteria, of which 14 (93%) were female, comprising a mean age of 38 ± 15 years. Of these 5 (33%) were professionals from the home, 3 (20%) autonomous, 3 (20%) student, 2 (13%) seamstress, teacher 1 (7%) and retired 1 (7%). The main complaint reported by the patients was pain 14 (93%), 9 (60%) pain in the TMJ and 5 (40%) pain in the masticatory muscles. The main alterations found in TMJ were: 13 (86%) noises, 5 (33%) limitation of mandibular opening and pain 14 (93%). The parafunctional habits were present in 15 (100%) of the patients. **Conclusions:** In our studies, females were the most affected by temporomandibular disorders, occurring in the third decade of life. Pain was the factor that led patients to seek treatment. Among the alterations found, the parafunctional habits were determinant for the appearance of the clinical picture in which the patient was.

Palavras-chave:

Articulação temporomandibular. Fisioterapia. Epidemiologia. Dor.

Keyword:

Temporomandibular Joint. Physiotherapy. Epidemiology. Pain.

*Correspondência para/ Correspondence to: kellytaconn@hotmail.com

Av. Universitária, Km. 3,5 – Cidade Universitária, Anápolis – GO – Brasil, 75083-515.

INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular é uma estrutura muito importante devido sua função estar diretamente ligada à comunicação verbal, emocional, a alimentação e outros fatores que contribuem para melhor qualidade de vida do ser humano.^{1,2} Consequentemente, disfunções desta articulação podem limitar músculos da mastigação na presença de dor e limitação e também gerar transtornos no convívio social e na comunicação verbal.³

O sistema mastigatório é composto por vários componentes, e cada um apresenta uma tolerância estrutural específica. Os músculos mastigatórios masseter, temporal, pterigoideos lateral e medial, ATM, dentes e estruturas de suporte dos mesmos são considerados estruturas de menor tolerância. Desse modo, a sensibilidade associada à dor nas estruturas supracitadas aumenta, resultando em limitação dos movimentos mandibulares devido à hiperatividade muscular, com inibição do fluxo sanguíneo normal aos tecidos, culminando em acúmulo de metabólicos nas células de tecidos musculares, que proporciona um estado de espasmo, fadiga e dor no indivíduo.^{3,4}

A disfunção da ATM pode ser originada pela desestrutura da função do sistema estomatognático. Os principais sintomas e sinais apresentados por pacientes com disfunção temporomandibular (DTM's) são: dores de cabeça e pescoço, movimentos mandibulares limitados e/ou sons na ATM, dor facial, alterações na cavidade oral e ouvidos.⁵

Existem poucos estudos feitos no Brasil que apontem a incidência de sinais e sintomas de DTM's apresentadas na população. Estudos epidemiológicos.^{6,7,8} estimam que 40% a 70% da população apresentam ao menos um sinal de DTM, como ruídos na ATM e 33%, pelo menos um sintoma, como dor na face ou na ATM. Desta forma, este estudo, foi desenvolvido com o objetivo analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com disfunção temporomandibular atendidos em uma Clínica Escola em Anápolis-GO.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, por meio da análise de prontuários de pacientes atendidos no período de agosto de 2013 a julho de 2014 em uma clínica escola de Fisioterapia da cidade de Anápolis. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UniEvangélica, parecer número 1.096.582. Foram incluídos prontuários de pacientes com diagnóstico clínico de disfunção temporomandibular de ambos os sexos e excluídos pacientes com diagnóstico a esclarecer, prontuários com mais de 3 informações incompletas e pacientes em atendimento na Clínica Escola. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras com os seguintes dados: sexo, idade, ocupação, queixa principal, presença de ruídos na ATM, limitação de abertura mandibular, presença e hábitos parafuncionais e dor na ATM e/ou movimentos mastigatórios.

Os dados foram tabulados na planilha do Excel, analisados descritivamente expressos em média, desvio padrão e frequência absoluta.

RESULTADOS

Dos 30 prontuários selecionados 15 foram incluídos na pesquisa por preencherem os critérios de inclusão, sendo 14 (93%) do sexo feminino, compreendendo uma média de idade de 38±15 anos. Destes 5(33%) eram profissionais do lar, 3 (20%) autônomo, 3 (20%) estudante, 2 (13%) costureira, professor 1 (7%) e aposentado 1 (7%). A principal queixa relatada pelos pacientes foi dor 14 (93%), sendo 9(60%) dor na ATM e 5 (40%) dor nos músculos mastigatórios. As principais alterações encontradas na ATM foram: 13 (86%) ruídos, 5 (33%) limitação da abertura mandibular e dor 14 (93%). Os hábitos parafuncionais estavam presentes em 15 (100%) dos pacientes.

Tabela 1 - Distribuição de Frequência das Características da Amostra

	Frequência Relativa	Frequência Absoluta
Sexo		
Feminino	93%	14
Masculino	7%	1
Média de Idade		
	38+/-15	
Ocupação		
Profissionais do Lar	33%	5
Autônomo	20%	3
Estudante	20%	3
Costureira	13%	2
Professor	7%	1
Aposentado	7%	1
Queixa principal		
Dor (ATM e Músculos mastigatórios)	93%	14
Ausência de dor	7%	1
Avaliação da mobilidade articular da mandíbula		
Limitação da abertura da boca	33%	5
Não apresentavam	67%	10
Ruídos na ATM		
Estalido	40%	6
Crepitação	13%	2
Estalido e Crepitação	33%	5
Nenhum tipo de ruído	34%	5
Hábitos parafuncionais		
	100%	15

DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se uma frequência de DTM's maior em mulheres. Estes dados corroboram com estudos de Leeuw ⁹, onde houve uma prevalência de DTM's no sexo feminino, provavelmente ocasionada pela influência hormonal, pois nesse período ocorrem maiores concentrações do hormônio estrogênio, assim como nos estudos de Moreno et al ¹⁰ e Gonçalves et al. ¹¹ Para Ferreira et al¹², sugere-se que essa possível prevalência seja pelo fato das mulheres procurem mais os serviços de saúde que os homens.

A média de idade encontrada nesse estudo foi semelhante o estudo de Ramos et al¹³, onde a faixa etária descoberta foi entre 20 e 45 anos. A gravidade da disfunção é variável de indivíduo para indivíduo, ou seja, o grau de DTM não tem nenhuma predileção à média de idade. ^{14,15,16}

No que se refere à relação da DTM com a ocupação profissional observou-se que as profissionais do lar são as mais acometidas. Estudos realizados por Garcia et al¹⁷ sugere que estudantes, donas-de-casa e desempregados tem maior disponibilidade de comparecer em horário comercial ao ambulatório.

No presente estudo foi evidenciado a presença de hábitos parafuncionais em todos as fichas

analisadas, sendo que dentre eles destaca-se mascar chiclete, apoio mentoniano e morder caneta. Hábitos parafuncionais estão entre os principais fatores etiológicos para desenvolvimento das DTM's, visto que promovem um aumento da atividade muscular acima da necessária. Estas parafunções alteram o fluxo sanguíneo normal dos tecidos musculares, ocasionando acúmulo de produtos metabólicos nas células destes tecidos, desencadeando sintomas de fadiga, dor e espasmo. Autores^{18,19} referenciam estes hábitos como "jaw play", e ressaltam que mascar gomas intensivamente é um fator que contribui para o aparecimento de sons e dor na articulação. A não ser durante a mastigação, deglutição e fala, a mandíbula deve estar em posição relaxada, com os dentes separados e a língua em repouso no assoalho da boca com a porção anterior repousando suavemente contra o palato anterior.

Em relação às variáveis clínicas analisadas, a presença de ruídos foi observada em mais da metade dos prontuários analisados. Os estalidos nas ATMs ocorrem devido ao posicionamento incorreto da cartilagem, que se desloca para cima do côndilo abruptamente, quando há a abertura da boca e pode ou não ser acompanhado de dor.²⁰ A literatura descrita por Ferreira et al¹² afirma que o estalido é um dos sintomas mais comum e ocorre devido ao posicionamento incorreto da cartilagem, que pode ou não vir acompanhada de dor.

Observou-se na amostra estudada a presença de dor em região da ATM, sendo esta uma das queixas mais frequentes entre pacientes que apresentam sinais clínicos de DTM. Em geral a dor localiza-se em região de ATM e/ou músculos mastigatórios. Estudos realizados por Dias et al²¹ e Urban et al²² evidenciaram a causa das dores e ruídos na ATM como resultantes de alterações estruturais nos tecidos articulares conjuntamente com mudanças na posição condilar.

Com este estudo pode-se observar que o sexo feminino foi o mais acometido pelas disfunções temporomandibulares, acontecendo na terceira década de vida. A dor foi o fator que levou os

pacientes a procurarem o tratamento. Dentre às alterações encontradas os hábitos parafuncionais foram determinantes para o surgimento do quadro clínico em que o paciente se encontrava.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Tacon KCB, Gomes FS, Souza SG, Tacon FSA, Amaral WN. Análise do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com disfunção temporomandibular atendidos em uma clínica escola em Anápolis-GO. *Rev. Educ. Saúde* 2017; 5 (2): 1-5.

REFERÊNCIAS

1. Glaros AG. Temporomandibular disorders and facial pain: a psychophysiological perspective. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 2008; 33(3):161–171.
2. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Statement of the 1st consensus on temporomandibular disorders and orofacial pain. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2010;15(3):114–120.
3. Thilander B, Bjerklin K. Posterior crossbite and temporomandibular disorders (TMDs): need for orthodontic treatment? *European Journal of Orthodontics*. 2012; 34(6):667–673.
4. Duvall NB, Rogers PM. Application of the functionally generated path technique to restore mandibular molars in bilateral group function occlusion. *Journal of Prosthodontic*. 2013; 22(3): 226-232
5. Solberg L, Carlson CR, Crofford LJ, Leeuw Rde, Segerstrom SC. Self-regulatory deficits in fibromyalgia and temporomandibular disorders. *Pain*. 2010; 151(1): 37-44.
6. Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 7th ed. Elsevier; 2012.
7. AL-Jundi MA, John MT, Setz JM, Szentpétery A, Kuss O. Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in

adultnonpatients. *J Orofac. Pain.* 2008; 22(2):97-107.

8. Ferreira KDM, Guimarães JP, Batista CHT, Ferraz Júnior AML, Ferreira LA. Fatores psicológicos relacionados à sintomatologia crônica das desordens temporomandibulares - revisão de literatura. *Revista Faculdade de Odontologia.* 2009; 14(3), 262-267.

9. Leeuw R. *Dor Orofacial.* 4th. São Paulo, Brazil: Quintessence; 2011.

10. Moreno BRG, Maluf AS, Marques AP, Crivello-Junior O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. *Rev Bras Fisioter.* 2009; 13(3):210-214.

11. Gonçalves MC, Florencio LL, Chaves TC, Speciali JG, Bigal ME, Bevilacqua-Grossi D. Do women with migraine have higher prevalence of temporomandibular disorders?. *Rev Bras Fisioter.* 2013;17(1):64-8.

12. Ferreira LA, De Oliveira RG, Guimarães JP, Carvalho ACP, De Paula MVQ. Laser acupuncture in patients with temporomandibular dysfunction: a randomized controlled trial. *Lasers in Medical Science.* 2013; 28(6):1549-1558.

13. Ramos JADB, Gonçalves DAG, Camparis CM, Speciali JG. Confiabilidade de um formulário para diagnóstico da severidade da disfunção temporomandibular. *ver. Bras. Fisioter.* 2009;13(1):38-43.

14. Oral K, Küçük BB, Ebeoglu B, Dinçer S. Etiology of temporomandibular disorder pain. *Agri.* 2009; 21(3):89-94.

15. Dantas AMX, Santos EJJ, Vilela RM, Lucena LBS. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um serviço de controle da dor orofacial. *Revista de Odontologia da UNESP.* 2015; 1(1): 01-08.

16. Plesh O, Adams SH, Gansky SA. Racial/Ethnic and gender prevalences in reported common pains in a national sample. *J Orofac Pain.* 2011;25(1):25-31.

17. Garcia JD; Oliveira AAC. A Fisioterapia nos Sinais e Sintomas da Disfunção da Articulação temporomandibular. *Revista Hórus.* 2011; 5(1): 113-124.

18. Fragoso YD, Alves HH, Garcia SO, Finkelsztein A. Prevalence of parafunctional habits and temporomandibular dysfunction symptoms in patients attending a tertiary headache clinic. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010; 68(3):377-80.

19. Donnarumma MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nemr K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. *Rev CEFAC.* 2010; 12(5):788-94.

20. Stegenga B. Nomenclature and classification of temporomandibular joint disorders. *J Oral Rehabil.* 2010; 37(10):760-5.

21. Dias IM, Almeida SM, Dias JMT, Leite ICG. Percepção e opinião de especialistas sobre a automedicação realizada por pacientes com disfunções temporomandibulares e dor orofacial. *Rev. dor.* 2017; 18(1): 32-37.

22. Urban VN, NeppelenbroekKH, Pavan S, Alencar JR FGP, Jorge JH, Almilhatti HJ. Associação entre otalgia, zumbido, vertigem e hipoacusia com desordens temporomandibulares. *Revista Gaúcha Odontol.* 2009; 57:107-15.