



### **Diagnóstico da Disfunção Temporomandibular**

#### *Diagnosis of Temporomandibular Disorders*

**Silvio Kiyoshi Watanabe**

Cirurgião -Dentista, Especialista em Ortodontia, Mestrado em DTM – Dor Orofacial na Faculdade São Leopoldo Mandic – Campus Campinas-SP

Entre as várias alterações que podem resultar em dor orofacial, a disfunção temporomandibular (DTM) tem um lugar importante, juntamente com as dores dentária e periodontal. Disfunção temporomandibular é um termo coletivo, que abrange diversas alterações dos músculos da mastigação, da articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas ou ambas. As definições empregadas nas últimas décadas refletem a confusão que existe sobre os conceitos etiológicos, diagnóstico e controle desses distúrbios. Por fim, chegou-se a um consenso de se agruparem essas alterações sob a denominação “disfunções craniomandibulares ou temporomandibulares.” Os principais sintomas relatados pelos pacientes com DTM são dor e disfunção (representada por limitação do movimento ou de movimentos incoordenados da mandíbula).

#### **Sinais e Sintomas da DTM**

A maior parte das condições específicas irão se apresentar como sendo uma combinação de dor e disfunção do sistema mastigatório. Em relação à dor, uma diferenciação pode ser feita entre dor nos músculos da mastigação e artralgia da ATM (como consequência de sinovite, capsulite ou osteoartrite).

O termo disfunção significa uma limitação dos movimentos mandibulares e formas distintas de desarranjos internos da ATM, resultando em sons articulares ou interferências durante os movimentos.

Dor nos músculos da mastigação (DMM) é uma dor localizada, incômoda e desconfortável, presente em especial nos músculos

#### **Correspondência:**

IPPO - Instituto Paulista de Pesquisas Odontológicas  
Av. José de Moura Candelária, 20.  
Vila Industrial, São José dos Campos –  
SP CEP: 12220-400.  
E-mail: [ippovp@gmail.com](mailto:ippovp@gmail.com)

levantadores da mandíbula, se irradiando ao redor da orelha, ambas em repouso e/ou agravadas durante a função mandibular. A dor pode ser mais proeminente pela manhã ou no fim do dia com intensidade variada. Relatos de sintomas que podem estar associados são: limitação de movimento, cefaleia, plenitude auricular e dor cervical; no entanto, uma relação causa/efeito ainda não foi estabelecida. DMM pode fazer parte de uma dor muscular generalizada como a fibromialgia. Na DMM, sobrecarga (parafunções, apertamento diurno), (micro) traumatismo ou inflamação local dos músculos liberam neurotransmissores que sensibilizam os sistemas nervosos, periférico e central. Juntamente com os mecanismos reguladores de dor alterados (também influenciados pelos hormônios femininos), isso pode levar a uma dor muscular localizada ou mais espalhada. Recentemente, fatores genéticos também têm sido implicados no início da DMM. Um tipo específico de dor nos músculos da mastigação é a dor miofascial, envolvendo pontos-gatilhos.

Artralgia da ATM é uma dor mais localizada e aguda de intensidade moderada, localizada na ATM e tecidos adjacentes, irradiando na sua maioria para a região periarticular e intra-articular. A dor é agravada durante a função de pressão da articulação, podendo limitar seu movimento e funções normais. Dor na ATM está normalmente associada com o disco articular deslocado ou disfunção, causando estalido articular e/ou travamento, que podem ser uma causa adicional para a limitação do movimento. Osteoartrite da ATM pode fazer parte de uma artrite generalizada, sendo acompanhada de crepitação. Artralgia da

ATM pode ser resultado de um traumatismo, sobrecarga intrínseca e extrínseca da ATM (apertamento dentário), que pode sobrepor à capacidade adaptativa dos tecidos articulares. De forma alternativa, a capacidade de adaptação da ATM pode ser reduzida por fatores intrínsecos, como diminuição do suprimento sanguíneo e nutrição.

Limitação dos movimentos mandibulares (abertura da boca), no grupo das DTM particularmente, pode ser tanto devido aos músculos levantadores da mandíbula, como das estruturas articulares. Pesquisas indicam que as dores originadas nessas estruturas também podem causar movimentos alterados e limitados. Ancoragem muscular e DMM como fatores fundamentais da limitação são muito comuns e devem ser diferenciados de miosite dos músculos levantadores da mandíbula (como resultado de traumatismo, pericoronarite, inflamação local, etc.) e da contratura muscular. Características de diagnóstico típicas de uma abertura de boca limitada de origem muscular são: uma grande diferença entre a amplitude de movimento ativa e passiva e movimentos mandibulares normais no plano horizontal. Doença da ATM também pode resultar em limitação da abertura da boca. A mais frequente é o deslocamento do disco para anterior, sem redução. Essa forma de desarranjo interno pode ocorrer de repente (após um traumatismo) ou em um período de estalido articular (indicativo de deslocamento de disco com redução). Em contraste a uma limitação de abertura da boca de origem muscular, a abertura voluntária da boca não consegue ser muito aumentada com a pressão digital e a abertura da boca com outros movimentos mandibulares estão todos limitados

pela ATM travada. Este último é visualizado por uma deflexão da mandíbula para o lado sintomático durante os movimentos de abertura e protrusão, e uma lateralidade assimétrica na maioria dos pacientes.

Sons articulares podem causar muita preocupação e irritação aos pacientes. O clique recíproco da ATM é resultado de deslocamento do disco para anterior, que reduz durante o movimento da abertura. Ele pode incomodar socialmente o paciente e às vezes, ser acompanhado de interferências do movimento mandibular, mas na maioria das vezes deve ser considerado um sintoma inócuo, com períodos de flutuação e com desenvolvimento benigno. Crepitação da ATM está associada a modificações das estruturas articulares (como na adesão) ou na remodelagem das superfícies articulares (como na osteoartrite).

### **Classificação**

Para esses subgrupos mais comuns de DTM, critérios de diagnósticos para pesquisa foram estabelecidos e logo traduzidos para uma classificação clínica. Três subgrupos foram diferenciados, conforme descritos a seguir:

- Dor miofascial (dor nos músculos da mastigação, DMM) com ou sem limitação de abertura da boca, baseado no relato de dor, confirmado por palpação positiva de 3 ou mais dos 24 locais de palpação e uma medida limítrofe para limitações de 40 mm entre os incisivos.

- Deslocamento de disco para anterior, com redução (estalidos articulares) ou sem redução (travamento fechado). No último subgrupo, uma diferença adicional pode ser feita, baseando-se na presença ou ausência de limitação de abertura da boca com uma medida limítrofe para limitação de 37 mm.
- Artralgia, osteoartrite e osteoartrose, baseado no relato de dor na ATM, presença ou ausência de dor à palpação e presença de crepitação grosseira durante o movimento mandibular.

### **Anamnese**

Os clínicos são orientados a dispor de tempo suficiente para essa importante etapa, guiando as perguntas e o tempo de respostas de modo profissional. Muitos questionários e protocolos de exame estão disponíveis para ajudar esse processo. Estabelecer um diagnóstico diferencial entre DTM e outras dores orofaciais não faz parte do contexto deste capítulo, mas – exceto nos casos pós-traumáticos e agudos – a intensidade e características da dor muscular e articular, o aumento da dor da função/mastigar, pressão ou alongamento dos músculos e tecidos articulares (bocejar, abrir muito a boca, tratamento dentário, etc.) e presença dos sintomas de disfunção, normalmente permitem diferenciar DTM de dores dentária, neurálgica, neuropática e vasculossimpática. Deve-se ter cuidado para identificar uma dor heterotópica, dentre várias estruturas e sistemas, que possam referir dor para a cabeça e face.

## **Exame Clínico**

A tendência inata e/ou treinada dos cirurgiões-dentistas de atuar e iniciar imediatamente um procedimento da cavidade oral deve ser evitada, enquanto se tem uma impressão inicial da mandibular: observando a abertura bucal ativa e os movimentos horizontais, desvio de deflexão da mandíbula, ocorrência ou relato de dor ou sons articulares durante esses movimentos...dá um quadro claro da situação funcional do “sistema da mastigação”. Tarefas específicas devem ser dadas ao paciente a fim de verificar o estado motor e sensorial dos nervos cranianos. Depois de observar, os movimentos mandibulares também devem ser medidos, possibilitando um acompanhamento da evolução durante o tratamento.

A presença de sons articulares e o movimento em que ocorrem podem ser avaliados manualmente e ao mesmo tempo proporcionam uma melhor impressão dos movimentos da cabeça da mandíbula, durante o movimento de abertura e fechamento da boca. Na palpação muscular, o propósito principal é provocar uma dor que é reconhecida pelo paciente como sendo a sua dor, que ocorre espontaneamente ou durante a função. Como em alguns pacientes, a palpação da área retrodiscal via meato acústico externo pode causar problemas. Uma técnica mais segura deve ser aplicada enquanto o paciente mantém sua mandíbula protuída: o examinador palpa a área entre a cabeça da mandíbula e a orelha. Quando se palpa a cápsula articular lateralmente, às vezes, é difícil diferenciar a área capsular do músculo masseter.

## **Exame Técnico**

Imagem radiográfica é o meio mais comum de documento na investigação de tecidos ósseos e dentários e certamente em pacientes com dor, uma imagem abrangente com uma radiografia panorâmica pode ser considerada o procedimento padrão. Ela permite excluir doenças dentárias ou periodontais acompanhadas de dor referida para outros tecidos orofaciais e podem também revelar outras possíveis doenças.

Deve-se ter cuidado a respeito das limitações da técnica para a obtenção de uma imagem panorâmica, incluindo a falta de comparações precisas confiáveis, mesmo com o tempo. No caso da necessidade de mais detalhes, o melhor procedimento com menor exposição à radiação é a tomografia computadorizada de feixe cônico, em comparação com a clássica tomografia espiral, pois apenas uma fração da radiação é necessária para produzir imagens excelentes dos tecidos ósseos articulares.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O diagnóstico de DTM é normalmente uma combinação de informações coletadas através de uma anamnese completa e por um exame clínico estratificado. Com exceção da radiografia mostrando uma visão geral, exames técnicos elaborados não são normalmente necessários. No entanto, caso seja necessário ou justificado, técnicas aprimoradas estão disponíveis para documentar com precisão os tecidos em questão.

Baseado nesse diagnóstico, a maioria dos pacientes pode facilmente ser classificada nos subgrupos de DTM relacionados no RDC-TMD

*(Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders)*, que abrange a maior parte dos indivíduos que procuram a clínica geral.

## **REFERÊNCIAS**

1. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord.* 1992;6(4):301-55.
2. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network\*and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014; 28(1):6-27.
3. Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. *J Pain Res.* 2014; 21;7:99-115.
4. Kalladka M, Quek S, Heir G, Eliav E, Mupparapu M, Viswanath A. Temporomandibular Joint Osteoarthritis: Diagnosis and Long-Term Conservative Management: A Topic Review. *J Indian Prosthodont Soc.* 2014;14(1):6-15.
5. Moraes Ada R, Sanches ML, Ribeiro EC, Guimarães AS. Therapeutic exercises for the control of temporomandibular disorders. *Dental Press J Orthod.* 2013;18(5):134-9.