



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Victor Osório Milet

Disfunção temporomandibular: Estudo de sinais, sintomas e diagnóstico clínico em pacientes de DTM na consulta de Estomatologia do Hospital de S. João

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Victor Osório Milet

Disfunção temporomandibular: Estudo de sinais, sintomas e diagnóstico clínico em pacientes de DTM na consulta de Estomatologia do Hospital de S. João

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Estomatologia**

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:**

**Prof. Doutor João Correia Pinto**

**Revista: Revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses**

**Abril, 2011**

**FMUP**

**Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**  
**2010/2011**

**Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"**

**Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO**

**Nome:** Victor Osório Milet

**Endereço electrónico:** vicmilet@hotmail.com **Telefone ou Telemóvel:** 916389294

**Número do Bilhete de Identidade:** 14510628

**Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante** (cortar o que não interessa):

Disfunção Temporomandibular: Estudo de sinais, sintomas e diagnóstico clínico em pacientes de DTM na consulta de Estomatologia do Hospital de São João.

**Orientador:**

João Geraldo Reis Correia Pinto

**Ano de conclusão:** 2011

**Designação da área do projecto:**

Estomatologia

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante~~ (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 18/4/2011

Assinatura: Victor Osório Milet

**Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"**

Eu, Victor Osório Milet, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801016, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 18/4/2011

Assinatura: Victor Osório Milet

## **Agradecimentos**

Ao Prof. Doutor João Correia Pinto, pela disponibilidade e empenho na orientação do meu trabalho, assim como pelos ensinamentos valiosos transmitidos ao longo da nossa convivência.

Ao Dr. Sérgio Carvalho pela importante ajuda na recolha de dados.

À Filipa e à Marta pelo apoio incondicional, disponibilidade total e ajuda preciosa.

## **Índice**

Página do Título .....	2
Lista de Abreviaturas.....	3
Resumo.....	4
Abstract .....	5
Introdução.....	6
Material e Métodos.....	8
Resultados .....	9
Discussão.....	17
Conclusões .....	20
Bibliografia.....	21

**Disfunção Temporomandibular: Estudo de sinais, sintomas e diagnóstico clínico em pacientes de  
DTM na consulta de Estomatologia do Hospital de S. João**

Milet V, Pinto JC

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Victor Osório Milet

Rua Cândido de Oliveira, nº130, 8º Centro

4715-012 S. Vitor

Braga

253277530 / 916389294

[vicmilet@hotmail.com](mailto:vicmilet@hotmail.com)

Resumo: 249 palavras

Abstract: 241 palavras

Texto principal: 3576 palavras

## **Índice de abreviaturas**

DTM – Disfunção Temporomandibular

ATM – Articulação Temporomandibular

RDC/TMD – *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*

DDCR – Deslocamento de disco com redução

DDSR – Deslocamento de disco sem redução

## **Resumo**

**Objectivos:** desenvolver um estudo epidemiológico dos doentes observados numa consulta hospitalar de Disfunção temporomandibular (DTM); pesquisa de sinais, sintomas e sua prevalência, tendo em conta género e idade; classificação dos doentes em subgrupos, para melhor definição do diagnóstico.

**Material:** amostra constituída por 80 doentes observados na consulta de DTM, do Serviço de Estomatologia do Hospital de S.João.

**Métodos:** foram analisados os sintomas referidos pelos doentes, assim como dados clínicos referidos pelos médicos. Posteriormente, os doentes foram classificados em grupos, utilizando o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)*.

**Resultados:** o sexo feminino constituía 90% da amostra; houve predomínio de doentes com idades compreendidas entre os 31 e os 55 anos (57,5%); a dor facial foi o sintoma predominante (80%), seguido de limitação da abertura da boca (26%) e estalidos da ATM (22,5%); a dor miofascial foi o sinal mais frequente (67,5%), acompanhando-se de limitação da abertura da boca em 26,25%; verificou-se deslocamento de disco com redução em 25%; através da análise do RDC/TMD, 93,75% dos doentes estavam contidos no grupo I, 28,75% no grupo II e 10% no grupo III.

**Conclusões:** nos doentes que procuram ajuda médica, concluiu-se que a DTM é mais prevalente no sexo feminino e até aos 55 anos de idade. O sintoma mais referido foi dor facial e a limitação da abertura da boca ocorreu significativamente antes dos 42 anos. O sinal mais frequente foi dor miofascial. A dor muscular verificou-se em 93,75% dos doentes, deslocamentos de disco em 28,75% e artralgia em 10%.

**Palavras-chave:** DTM, RDC/TMD, Articulação Temporomandibular, Epidemiologia

## **Abstract**

**Aims:** to develop an epidemiological study of patients seen in Temporomandibular Disorders (TMD) hospital consultation; survey of signs, symptoms and prevalence, taking into account gender and age; patients were divided in subgroups to better define the diagnosis.

**Design:** sample of 80 patients seen in TMD consultation, at the Service of Stomatology from Hospital de S. João.

**Methods:** the symptoms reported by patients were analyzed, as well as the clinical data reported by doctors. Thereafter, patients were classified into groups using the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC / TMD).

**Results:** females constituted 90% of the sample; there was a predominance of patients aged between 31 and 55 (57.5%); facial pain was the predominant symptom (80%), followed by limitation of mouth opening (26%) and TMJ clicks (22.5%); myofascial pain was the most frequent sign (67.5%), followed by myofascial pain with limitation of mouth opening (26.25%) and disc displacement with reduction (25%); through analysis of RDC / TMD, 93.75% of patients were included in group I, 28.75% in group II and 10% in group III.

**Conclusions:** in patients who sought medical help, it was concluded that TMD is more prevalent in females and up to 55 years old. Facial pain was the most frequently reported symptom and limitation of mouth opening occurred significantly before the age of 42. The most common sign was myofascial pain. Muscle pain was found in 93.75% of patients, disk displacement in 28.75% and arthralgia in 10%.

**Key-words:** TMD, RDC/TMD, Temporomandibular Joint, Epidemiology

## **Introdução**

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo colectivo que abrange um largo espectro de problemas clínicos da articulação temporomandibular (ATM), dos músculos da mastigação, ou ambos.

(1) Estas disfunções são caracterizadas principalmente por sinais e sintomas como a dor muscular ou articular, sons na articulação, como estalidos e crepitação durante os movimentos mandibulares e função irregular ou limitada da mandíbula. (2) A DTM é considerada um subgrupo distinto de alterações músculo-esqueléticas e reumatológicas, representando uma causa importante de dor não-odontológica na região orofacial. (3)

Os doentes com DTM apresentam dor, movimentos mandibulares limitados ou assimétricos, bloqueios da articulação e ainda estalidos, ressaltos ou crepitações da ATM. Podem ainda referir dificuldade ao abrir ou fechar a boca, assim como sensação de mordida desconfortável. (4, 5) A dor ou desconforto localiza-se habitualmente na mandíbula, na ATM ou nos músculos associados. Otalgia, sensação de obstrução do canal auditivo, zumbidos, náuseas, cefaleias e dores cervicais são também sintomas frequentemente presentes. Em alguns casos, o início é agudo e a sintomatologia é ligeira e auto-limitada. Em outros casos, desenvolve-se uma DTM crónica, com dores persistentes e sintomas físicos, comportamentais, psíquicos e psicossociais, semelhantes aos que se verifica em doentes com outras síndromes de dor crónica (artrite, dores na coluna lombar, cefaleia crónica, fibromialgia), que exigem uma abordagem de diagnóstico e de tratamento coordenadas e interdisciplinares. (5)

Relativamente às DTM, podem ser organizadas em três grandes grupos no que diz respeito ao diagnóstico: (a) disfunções dos músculos da face, pescoço, cabeça, ombros e parte superior do dorso, (b) disfunções que envolvem os tecidos moles da articulação temporomandibular, e (c) disfunções que afectam os tecidos duros da articulação temporomandibular. De referir que as classes de diagnóstico supra-citadas não se excluem mutuamente e os doentes com queixas de dor ou disfunção da ATM podem ter diagnósticos distintos representativos dos diversos grupos. (4)

Um estudo realizado em Portugal mostrou que a prevalência de sintomas foi de 51%, mas os sinais clínicos de DTM abrangiam 72% da população estudada. Neste estudo, apenas 5% dos indivíduos observados tinham tido necessidade de recorrer a tratamento. (6)

A maior parte dos casos de DTM apresenta um padrão etiopatogénico multifatorial. (7) Traumatismos, doenças sistémicas, alterações do crescimento e tumores são causas possíveis de DTM. (8) Outros factores como hiperactividade muscular, instabilidade oclusal, hábitos parafuncionais e ansiedade ou depressão são também considerados factores importantes a ter em conta. (2, 9)

A necessidade de utilizar métodos e critérios que permitam uma avaliação mais estandardizada dos doentes com disfunção temporomandibular, levou ao aparecimento de uma nova classificação, o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)*, que usado um pouco por todo o mundo, veio contribuir para o estudo desta patologia e fazer com que seja possível comparar resultados dos mais variados estudos, de um modo mais fácil e objectivo. Trata-se de um questionário aplicado na avaliação de doentes com disfunção temporomandibular, que permite efectuar comparações entre diferentes grupos, quando feitas utilizando os mesmos procedimentos de exame, algoritmos de diagnóstico e métodos para avaliar factores biológicos, comportamentais, psicológicos e psicossociais. Deste modo, os resultados podem ser comparados com os de vários grupos europeus e mundiais. (10, 11)

O objectivo deste trabalho foi determinar, nos doentes observados na consulta de DTM e Dor Orofacial do Serviço de Estomatologia do Hospital de S. João, a distribuição de indivíduos com DTM tendo em conta o género e a idade. Pretendeu-se ainda encontrar a prevalência de sintomas e sinais nos mesmos, bem como, classificá-los em grupos recorrendo ao RDC/TMD.

## **Material e Métodos**

A amostra foi constituída por 80 doentes que recorreram à consulta de DTM e Dor Orofacial do Serviço de Estomatologia do Hospital de S. João nas quartas-feiras compreendidas no período de tempo entre 16 de Fevereiro e 16 de Março de 2011.

Os doentes foram classificados em grupos, utilizando o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*. O RDC/TMD é constituído por quatro partes: (1) um questionário realizado ao doente; (2) uma ficha de exame clínico; (3) especificações para o exame clínico, incluindo um conjunto de instruções para o doente durante o exame; (4) um protocolo de registo dos resultados do Áxis I (diagnóstico clínico de DTM) e do Áxis II (avaliação psicossocial) do RDC/TMD. Apresenta um sistema duplo, constituído pelo Áxis I e pelo Áxis II.

O Áxis I é realizado com o intuito de registar os dados clínicos físicos, avaliando os movimentos mandibulares, sons articulares, palpação muscular e articular. Tendo como base os critérios do Áxis I, os doentes são organizados em três grupos: (I) alterações dos músculos da mastigação, estando neste grupo incluídos os diagnósticos de dor miofascial e dor miofascial com abertura limitada; (II) deslocamentos do disco, podendo estes deslocamentos ocorrer com redução (DDCR), sem redução (DDSR) e com abertura limitada da boca e ainda sem redução e sem abertura limitada da boca; (III) artralgia, artrite e artrose (doenças articulares inflamatórias ou degenerativas), grupo no qual os diagnósticos possíveis são os de artralgia, osteoartrite e osteoartrose.

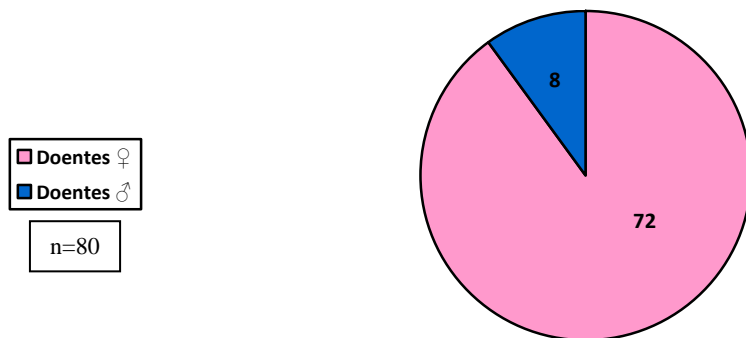
De salientar que estes diagnósticos não são mutuamente exclusivos, podendo coexistir dois ou até três diagnósticos de grupos diferentes. No entanto, dentro do mesmo grupo apenas pode existir um diagnóstico por articulação.

O Áxis II é utilizado com a finalidade de registar os dados psicológicos (depressão e somatização) e o grau de dor crónica. Baseando-se na intensidade da dor e na sua interferência com as actividades da vida diária, os doentes são classificados com um grau de dor crónica. Como esta vertente da classificação não foi utilizada neste trabalho, não serão descritas as suas divisões.

## Resultados

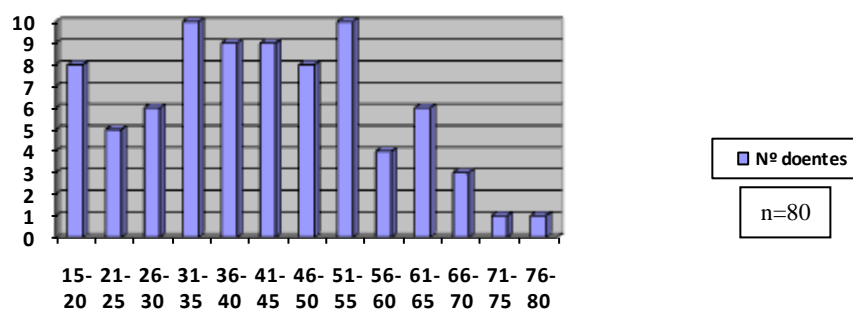
Na amostra estudada, a distribuição por géneros revelou que a maioria dos doentes que recorreram à consulta era do sexo feminino (90%), enquanto o sexo masculino representava apenas 10% da população em estudo, como se pode comprovar através do Gráfico 1.

Gráfico 1: *Distribuição por Género*



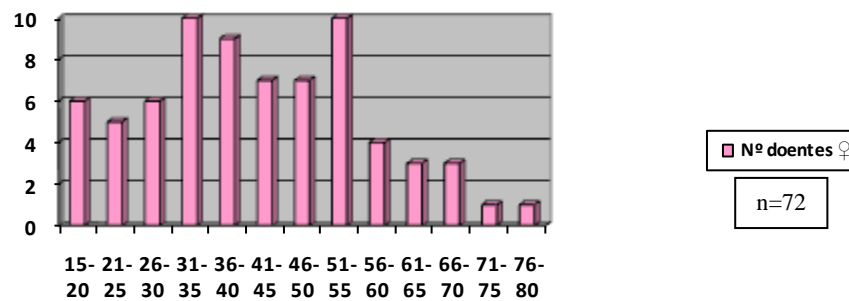
O Gráfico 2 representa a distribuição dos doentes que recorreram à consulta de DTM em função da idade, tendo sido agrupados em intervalos de cinco anos. Pode-se verificar que existe um predomínio de doentes com idades compreendidas entre os 31 e os 55 anos (57,5%), sendo o limite mínimo de idade 17 anos e o limite máximo 77 anos. Antes dos 17 e depois dos 66 anos não existiram casos de DTM ou o seu número não foi significativo. A população de doentes estudada tinha uma idade média de 42,24 anos ( $dp=14,71$ ) e uma mediana de 42 anos. O percentil 25 foi de 31 anos e o percentil 75 foi de 53 anos.

Gráfico 2: *Distribuição por idade*



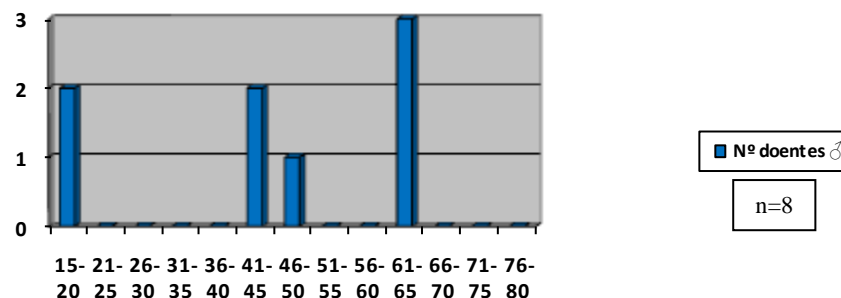
A distribuição da amostra de doentes do sexo feminino em função da idade, representada no Gráfico 3, foi também agrupada em intervalos de cinco anos, tendo sido possível verificar que neste estudo a maioria dos doentes do sexo feminino tinha idades compreendidas entre os 31 e os 55 anos (59,7%), sendo o limite mínimo de idade 17 anos e o limite máximo 77 anos. Antes dos 17 e depois dos 66 anos, os casos de DTM não existiram ou não foram significativos. A população de doentes estudada tinha uma idade média de 41,97 anos e uma mediana de 39,5 anos. O Percentil 25 foi de 31 anos e o Percentil 75 foi de 52 anos.

Gráfico 3: *Distribuição por idades sexo ♀*



A distribuição da amostra de doentes do sexo masculino em função da idade, representada no Gráfico 4, também agrupada em intervalos de cinco anos, não foi conclusiva por se tratar de uma amostra reduzida.

Gráfico 4: *Distribuição por idades sexo ♂*



Na Tabela 1 estão representados os sintomas que levaram os doentes a recorrer à consulta de DTM. Como se pode verificar, a dor facial foi o sintoma predominante nesta amostra, sendo que quase 80%

dos doentes tinham esta queixa. Cerca de 26% dos doentes referiram ter limitação de abertura da boca e 22,5% queixaram-se de estalidos da ATM. Os restantes sintomas ocorreram de forma bem menos frequente, excepto as cefaleias e as otalgias que foram referidas por 17,5% e 11,25% dos doentes, respectivamente.

Tabela 1: *Sintomas de DTM referidos*

Sintomas referidos		Nº casos	% doentes
Dor:	Face	63	78,75
	Cabeça	14	17,5
	Ouvidos	9	11,25
	Pescoço	2	2,5
	Gengiva	1	1,25
Limitação da abertura da boca		21	26,25
Estalidos		18	22,5
Desvio da abertura da boca		1	1,25
Luxação ATM		1	1,25
Mordida desconfortável		1	1,25
Parestesia		3	3,75
Zumbidos		3	3,75
Ranger		2	2,5
Ardência bucal		1	1,25

Na Tabela 2, os doentes foram agrupados de acordo com o número de sintomas que referiram quando recorreram à consulta de DTM. Neste estudo, destacam-se os doentes que apresentaram um e dois sintomas, tendo ocorrido em 43,75% e 42,5% dos casos, respectivamente. Em relação aos doentes que apresentaram três ou mais sintomas, apenas 13,75% se encontravam nesta situação.

Tabela 2: *Número de sintomas referidos por doente*

Nº sintomas referidos	Nº doentes	% doentes
1	35	43,75%
2	34	42,5%
3 ou mais	11	13,75
Total	80	100%

A Tabela 3 representa os sinais clínicos presentes na amostra e a sua frequência nesta população. Neste estudo, a dor miofascial foi o sinal apresentado pela grande maioria dos doentes (67,5%). No entanto, houve ainda um número considerável de doentes com dor miofascial acompanhada de limitação da abertura da boca (26,25%) ou de deslocamento de disco com redução (25%). Menos frequentes, foram os doentes com artralgia, que corresponderam a 10% do total examinado e os doentes com deslocamento de disco sem redução e cefaleia tensional, que foram vestigiais.

Tabela 3: *Sinais clínicos de DTM observados*

Sinais clínicos	Nº casos	% doentes
Dor miofascial	54	67,5
Dor miofascial com limitação da abertura	21	26,25
Deslocamento de disco com redução	20	25
Deslocamento de disco sem redução	3	3,75
Artralgia	8	10
Cefaleia tensional	1	1,25

Como já foi referido, o mesmo doente pode ter mais que um sinal, já que estes não se excluem e podem ocorrer simultaneamente, e 25 doentes (31,25%) da amostra estudada apresentaram dois ou mais sinais. Assim, como se observa na Tabela 4, podemos concluir que: os doentes que apresentavam apenas dor miofascial constituíram a maioria dos casos, correspondendo a 46,25% da população estudada; já a dor miofascial com limitação da abertura da boca estava presente em 17,5% dos casos; nos doentes que apresentavam mais que um sinal simultaneamente, encontramos a dor miofascial acompanhada de deslocamento de disco com redução (13,75%) e ainda dor miofascial com limitação da abertura da boca associada a deslocamento de disco com redução (6,25%); e existiam doentes com um único sinal, dois sinais, ou mesmo três, como se pode verificar na Tabela 4, em que a frequência é baixa.

Tabela 4: *Sinais clínicos de DTM observados por doente*

Diagnósticos finais	Nº casos	% doentes
Dor miofascial	37	46,25%
Dor miofascial com limitação da abertura da boca	14	17,5%
Deslocamento de disco com redução (DDCR)	2	2,5%
Deslocamento de disco sem redução (DDSR)	1	1,25%
Artralgia	1	1,25%
Cefaleia tensional	-	-
Dor miofascial + DDCR	11	13,75%
Dor miofascial + DDSR	1	1,25%
Dor miofascial + Artralgia	2	2,5%
Dor miofascial + Cefaleia tensional	1	1,25%

Dor miofascial + DDCR + Artralgia	2	2,5%
Dor miofascial com limitação da abertura da boca + DDCR	5	6,25%
Dor miofascial com limitação da abertura da boca + Artralgia	2	2,5%
DDSR + Artralgia	1	1,25%
Total	80	100%

Na Tabela 5, tendo em conta os sinais e sintomas encontrados, os doentes foram incluídos nos respectivos grupos previstos pelo *Áxis I* do RDC/TMD. A grande maioria estava contida no grupo I (dor miofascial e dor miofascial com limitação da abertura da boca) constituindo 93,75% da amostra estudada. A percentagem de doentes contida no grupo II (DDCR e DDSR) foi mais baixa, mas ainda assim importante (28,75%). Incluídos no grupo III estavam apenas 10% dos doentes. É importante referir que os doentes tinham um comprometimento muscular ou articular, separadamente ou em conjunto, o que fez com que pudessem estar incluídos nos diferentes grupos, simultaneamente.

Tabela 5: Classificação em *Grupos RDC/TMD – Áxis I*

Grupo RDC/TMD – <i>Áxis I</i>	Nº casos	% doentes
I	75	93,75%
II	23	28,75%
III	8	10%

A distribuição dos sintomas referidos pelos doentes, nas consultas de DTM, relacionados com a idade, está representada na Tabela 6, e os doentes foram agrupados em intervalos de dez anos. A maioria das queixas encontradas estava associada aos grupos de doentes cuja idade variava entre os 21 e os 60 anos. O intervalo de doentes que apresentou maior número de queixas foi o que estava compreendido entre os 31 e os 40 anos.

Tabela 6: *Sintomas referidos distribuídos por idades*

Sintomas \ Idades		Idades						
		11-20a	21-30a	31-40a	41-50a	51-60a	61-70a	71-80a
Dor:	Face	7	8	15	11	12	9	1
	Ouvidos	1	1	2	2	2	1	-
	Cabeça	-	4	5	1	3	-	1
	Pescoço	-	-	-	-	2	-	-
	Gengiva	-	-	-	-	1	-	-
Limitação abertura da boca		4	5	7	3	1	1	-
Estalidos		2	2	5	3	4	2	-
Desvio abertura da boca		-	-	-	1	-	-	-
Luxação ATM		-	1	-	-	-	-	-
Desconforto na oclusão dentária		-	-	-	-	1	-	-
Parestesia		-	-	-	1	2	-	-
Zumbidos		1	-	-	1	-	1	-
Ranger		-	1	-	-	-	1	-
Ardência bucal		-	-	-	1	-	-	-
Total		15	22	34	24	28	15	2

Na tabela 7, está representada a distribuição dos sinais clínicos encontrados, em função da idade. Neste caso, os doentes também foram agrupados em intervalos de dez anos. Verifica-se que, tal como acontece na distribuição dos sintomas referidos, a maior parte dos sinais encontrados são referentes aos doentes com idades compreendidas entre os 21 e 60 anos, atingindo-se o pico máximo no intervalo compreendido entre os 31 e os 40 anos de idade.

Tabela 7: *Sinais clínicos encontrados distribuídos por idades*

Idade \ Sinais clínicos	11-20a	21-30a	31-40a	41-50a	51-60a	61-70a	71-80a
Dor miofascial	5	6	11	13	12	6	1
Dor miofascial com limitação da abertura	3	4	7	2	2	2	1
Deslocamento de disco com redução (DDCR)	2	6	4	4	3	1	-
Deslocamento de disco sem redução (DDSR)	-	1	1	-	-	1	-
Artralgia	-	2	2	2	2	-	-
Cefaleia Tensional	-	-	-	1	-	-	-
Total	10	19	25	22	19	10	2

## **Discussão**

No que diz respeito às variações relacionadas com o género, os resultados encontrados mostram que a prevalência da DTM é mais elevada no sexo feminino sendo a prevalência de 90%, enquanto o sexo masculino apenas representava 10% da amostra. Estes dados são validados por outros autores que, ao realizar estudos na população em geral chegaram à conclusão que existe uma proporção mais acentuada de DTM na população feminina que na masculina. (7, 12) Normalmente, nesses estudos a proporção de doentes do sexo feminino:masculino assume valores de cerca de 2:1. No entanto, esta diferença acentua-se ainda mais se tivermos em conta amostras de doentes que recorrem a ajuda médica. Nestes casos, a relação entre os géneros vai de valores desde os 3:1 até valores bem mais elevados como 9:1, tal como se verificou neste estudo. (4, 5)

Tendo em conta a idade, a amostra variou entre os 17 e os 77 anos, sendo a média de 42,24 anos ( $dp=14,71$ ) e a mediana de 42 anos. De salientar o facto de a maioria da população em estudo (81,25%) ter idade igual ou inferior a 55 anos. Os resultados obtidos apontaram para uma diminuição da sintomatologia na população idosa, sendo a população adolescente igualmente pouco afectada. Esta situação também se verificou em estudos realizados no Canadá. (8)

Além da elevada prevalência da DTM nas mulheres, foi possível constatar que 83,3% destas tinham idade máxima de 55 anos, enquanto a média de idades era de 41,97 anos.

Estudos realizados anteriormente na Suécia, revelaram que os sinais e sintomas de DTM parecem estar relacionados com a idade dos doentes, onde as mulheres entre os 20 e os 50 anos constituem o grupo dominante. (4, 5, 13) Tal como é apresentado por alguns estudos, a distribuição desta doença no que toca ao género e à idade, leva-nos a sugerir uma relação entre a DTM e o eixo hormonal feminino, pelo facto de coincidirem com o período fértil das mulheres, havendo variações no que diz respeito às hormonas sexuais (principalmente os estrogénios). (14)

Ao analisarmos os doentes relativamente a sintomas mais prevalentes, verificou-se que o predominante era dor na face (78,75%), sendo que limitação da abertura da boca (26,25%) e estalidos (22,5%), foram outros sintomas que se verificaram em maior número.

Estes sintomas predominantes foram objecto de análise estatística, tendo sido relacionados com a idade. Foi comparada a prevalência dos sintomas entre dois grupos formados por doentes com idades

superior e inferior aos 42 anos. Especial atenção para a limitação da abertura da boca, que ocorreu maioritariamente no grupo etário inferior aos 42 anos, cuja diferença é estatisticamente significativa ( $p=0,001$ ). No que concerne à presença de dor miofascial, este grupo etário foi também o mais afectado, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p=0,875$ ). Por fim, os estalidos estiveram presentes em maior número no grupo com idade superior a 42 anos, não sendo a diferença estatisticamente significativa ( $p=0,854$ ), tal como se verificou no caso da dor miofascial. Estes mesmos três sintomas, quando relacionados com o género, não apresentaram diferenças que pudessem ser consideradas estatisticamente significativas ( $p=0,05$ )

Ao ser feita uma distribuição dos doentes por número de sintomas que apresentam, verificou-se que a maioria dos doentes apresentavam apenas um ou dois sintomas. Estes grupos incluíam praticamente o mesmo número de doentes (43,75% - um sintoma ; 42,5% - dois sintomas), perfazendo um total de 86,25% da amostra estudada.

Em estudos realizados nos EUA, a prevalência na população adulta de pelo menos um sinal clínico de DTM (por exemplo os estalidos da ATM), situa-se entre valores de 40% e 75%. Quando o critério utilizado é a existência de, no mínimo, um sintoma de DTM, a prevalência diminui para valores de 32-33%. (4, 5) Sons da ATM e desvios na abertura da boca ocorrem em aproximadamente 50% da população outrora assintomática, mas encontram-se dentro dos limites da normalidade e não necessitam de tratamento. Apesar da alta prevalência quando falamos em DTM e ocorrência dos seus sinais e sintomas, os doentes só sentem a necessidade de procurar apoio médico em 3 a 15% dos casos, quando a disfunção e a dor são suficientemente importantes. (4, 5) Ainda assim, mesmo nos casos destes doentes que recorrem ao hospital, cerca de 40% deles têm os seus sintomas resolvidos espontaneamente. (5)

Ao longo dos últimos anos, houve alguma dificuldade em encontrar resultados fidedignos no que diz respeito ao estudo da disfunção temporomandibular. Esta situação deveu-se à pouca homogeneidade dos procedimentos utilizados tanto no diagnóstico como na classificação dos doentes. Desta forma, tornou-se difícil comparar vários resultados obtidos e chegar a conclusões. Outra das razões que contribuiu para esta dificuldade está relacionada com o facto dos estudos realizados incidirem na sua grande maioria sobre populações em geral (não doente), ao contrário do que seria indicado, visto que,

ao serem estudadas populações que à partida já sofrem deste problema, os resultados proporcionariam uma visão mais acertada e completa da situação, assim como poder-se-ia ter uma melhor noção do impacto clínico real que se verifica nestas condições.

Com a utilização do critério RDC/TMD na análise dos doentes da amostra, tornou-se possível caracterizar os diferentes grupos de disfunção temporomandibular. Relativamente ao eixo I do RDC/TMD, a grande maioria dos doentes (93,75%) foi diagnosticada como pertencendo ao grupo I de disfunção temporomandibular. Dentro deste grupo, a prevalência de dor miofascial foi muito elevada, atingindo valores de 67,5%. Por outro lado, a dor miofascial com limitação da abertura apresentava nestes doentes uma prevalência de 26,25%.

No grupo II, a percentagem da amostra que apresentava deslocamento do disco era de 28,75%. Podemos dividir este grupo em dois tipos de doentes: os que tinham deslocamento de disco com redução e que correspondiam a 25%, e ainda os doentes com deslocamento de disco sem redução que eram apenas 3,75%.

No grupo III, foram encontrados somente doentes que apresentavam artralgia, que representavam 10% da amostra estudada, não tendo sido encontrados casos de osteoartrite ou osteoartrose.

Ao utilizar este critério de diagnóstico, é perfeitamente possível que o mesmo doente seja incluído em diferentes grupos do RDC/TMD. No entanto, tentamos na tabela 6 fazer uma abordagem dos doentes directamente relacionada com todos os diagnósticos que tinham. Em virtude disso, observou-se que dor miofascial era o sinal clínico mais prevalente, apesar de só se manifestar como sinal único em 47,25% dos casos, já que nos casos dos restantes doentes encontrava-se combinada com outros. Também importantes foram os sinais de dor miofascial com limitação da abertura da boca (17,5%) e ainda a associação entre dor miofascial e deslocamento do disco com redução (13,75%).

## **Conclusões**

Após a realização deste estudo, concluiu-se que a DTM é mais prevalente no sexo feminino (9:1), nomeadamente nos doentes que recorrem a ajuda médica. Foi também verificado que a sua prevalência diminui após os 55 anos de idade.

Relativamente aos sintomas e sinais, o sintoma mais vezes referido foi dor facial e o sinal mais frequente foi dor miofascial. De salientar que a limitação da abertura da boca ocorre significativamente antes dos 42 anos.

A dor muscular encontra-se em 93,75% dos doentes que recorreram à consulta de DTM, enquanto que 28,75% apresentam deslocamentos de disco e 10% artralgia.

## **Bibliografia**

1. National Institutes of Health Technology Assessment Conference on Management of Temporomandibular Disorders. Bethesda, Maryland, April 29-May 1, 1996. Proceedings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997 Jan;83(1):49-183.
2. Suvinen TI, Reade PC, Kempainen P, Kononen M, Dworkin SF. Review of aetiological concepts of temporomandibular pain disorders: towards a biopsychosocial model for integration of physical disorder factors with psychological and psychosocial illness impact factors. Eur J Pain. 2005 Dec;9(6):613-33.
3. Carlsson GE, Magnusson T, Guimarães AS. Tratamento das Disfunções Temporomandibulares na Clínica Odontológica. São Paulo: Quintessence Editora Ltda.; 2006.
4. Glaros AG. Temporomandibular disorders and facial pain: a psychophysiological perspective. Appl Psychophysiol Biofeedback. 2008 Sep;33(3):161-71.
5. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. N Engl J Med. 2008 Dec 18;359(25):2693-705.
6. Pinto JC, Mota CL. Importância na cirurgia ortognática dos sinais e sintomas de DTM. Estudo sobre a sua prevalência numa população de adultos jovens. Arq Porto Cir. 2000;9.
7. McNeill C. History and evolution of TMD concepts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1997 Jan;83(1):51-60.
8. Goldstein BH. Temporomandibular disorders: a review of current understanding. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999 Oct;88(4):379-85.
9. Yap AU, Tan KB, Chua EK, Tan HH. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent. 2002 Nov;88(5):479-84.
10. Faria CAS. Estudo de sinais, sintomas e diagnósticos clínicos em doentes com DTM.: ISCSN; 2007.
11. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord. 1992;6.
12. LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. Crit Rev Oral Biol Med. 1997;8(3):291-305.

13. Carlsson GE. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 1999 Fall;13(4):232-7.
14. Cairns BE, Gazerani P. Sex-related differences in pain. *Maturitas*. 2009 Aug 20;63(4):292-6.

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

### Revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses

A publicação na Revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses, fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores ("referees") escolhidos entre os elementos dos vários órgãos da revista. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação. Todos os artigos publicados passam a ser propriedade da Associação. O 1º autor deverá ser assinante da revista. O original deve ser entregue dactilografado a dois espaços e acompanhado de duas cópias de boa qualidade, e de uma cópia em CD (Word, para PCs / Apple). Devem igualmente ser entregues três colecções dos quadros, figuras e ilustrações, com a respectiva numeração e legenda. As ilustrações e figuras devem ser numeradas no dorso, a lápis, e com setas deve referir-se a sua orientação. Os custos da publicação das fotografias a cores serão suportados directa ou indirectamente pelos autores. A revisão das provas é feita pelos autores, dentro de 72 horas úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas tipográficas.

#### Preparação do texto

A primeira página deve conter o título do artigo. Os nomes e graus profissionais dos Autores, os respectivos Serviços e os agradecimentos devem ser fornecidos em página separada, para garantir a revisão anónima. Devem ser propostas palavras-chave em inglês e português para facilitar a indexação em bases de dados. O Resumo deve ser redigido também em ambas as línguas e estimula-se o desenvolvimento da sua versão em inglês quando o texto do artigo é em Português. Como elementos base, deve responder às clássicas questões de Bradford Hill: "Why did you start?" - Introdução; "What did you do?" - Material e métodos; "What did you find?" - Resultados; e "What does it mean?" - Discussão. As referências bibliográficas devem ser numeradas segundo a ordem em que aparecem no texto. Não se aceitam

referências de comunicações pessoais ou de artigos que aguardam publicação. Quando mais de três autores, citam-se os três primeiros e acrescenta-se a expressão *et al.*

a) Artigos de jornais ou revistas: apelido e iniciais do(s) autor(es), título do artigo, nome abreviado do jornal ou revista, número do volume, primeira e última página. Ex.: KYLE RA, GREIPP PR: Smoldering multiple myeloma. *N Engl J Med* 302: 1347-1349, 1980.

No caso de uma publicação organizada em "números e volumes", o número pode englobar-se entre parêntesis e colocado após a citação do volume.

b) Livros: apelido e iniciais do(s) autor(es), título, número da edição (outra que não a primeira), número do volume (outro que não o primeiro), cidade, entidade editora, ano de publicação. Ex.: 10-SILVA MC, ROSAS AB: Papel de Artrópodes na Polinização; 2ª ed, vol 3, Coimbra, Edições Académicas, 1986.

c) Capítulos de livros: apelido e iniciais do(s) autor(es), título do livro, editor, número da edição (outra que não a primeira), número do volume (outro que não o primeiro), cidade, entidade editora, primeira e última página, ano da publicação. Ex.: 15 - GOMES SA, CORREIA LGM, LEAL A et al. Alterações hemodinâmicas, In Choque Hipovolémico: Santos MA, Cardoso IL; 3ª ed, Braga, Edições Hipotéticas. 30-38, 1954.

As línguas aceites são o português e o inglês. Instruções de publicação mais detalhadas são enviadas a quem o solicitar.

Os artigos devem ser enviados para o director/editor, João Manuel Lopes Fonseca, Clínica mYdentist, email: lopes.fonseca@mydentist.pt ou Rua Manuel Marques nº 23-A 1750-170 Lisboa, tel: 00351 217 567 430.