



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Disfunções Temporomandibulares

Introdução

As disfunções temporomandibulares (DTM) abrangem um grupo de condições músculo-esqueléticas e neuromusculares que envolvem a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios e todos os tecidos associados. A dor associada à DTM pode ser clinicamente expressa como dor do músculo mastigatório (DMM) ou dor da ATM (sinovite, capsulite, osteoartrite). A mastigação ou outra atividade mandibular em geral agrava a dor músculo-esquelética. A dor da DTM pode ser (mas não necessariamente) associada a disfunção do sistema mastigatório (crepitação ou bloqueio da ATM e limitação do movimento mandibular).

Epidemiologia e Impacto Económico

A dor facial relativa à DTM já foi relatada em 9-13% da população em geral (com relação homem:mulher de 2:1), mas apenas 4-7% procuram tratamento (4 vezes mais mulheres). Os sinais e sintomas atingem o seu pico por volta dos 20-40 anos de idade. A progressão para dor aguda e/ou crónica é associada a maior sofrimento psicossocial, distúrbios do sono e comorbilidades. A dor da DTM pode afetar as atividades diárias, as funções físicas e psicossociais e a qualidade de vida.

A dor incapacitante da DTM resulta em perda importante de dias de trabalho e noutros custos associados a cuidados de saúde.

Fisiopatologia

Muitos aspetos da etiologia da DTM não são claros. Em contraste com causas dentárias/de oclusão, para as quais as evidências de suporte são inadequadas, existe suporte definitivo para um histórico biopsicossocial e multifatorial, ilustrando a complexa interação entre mecanismos biológicos (por ex., hormonais), estados psicológicos, condições ambientais e macro e microtrauma.

Na DMM, os especialistas propõem uma interação complexa entre fatores ambientais, emocionais, comportamentais e físicos, inclusive sobrecarga (como cerrar os dentes enquanto acordado e bruxismo durante o sono), (micro) trauma e libertação de mediadores inflamatórios e neuropéptidos nos músculos, que podem sensibilizar o sistema nervoso periférico e central.



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Juntamente com mecanismos alterados de regulação da dor (também influenciados por hormonas femininas), tais fatores podem levar a dor muscular localizada ou mais generalizada, que normalmente está associada a comorbilidades. Artigos recentes destacaram os efeitos culturais de dor persistente da ATM no comportamento do paciente, e também fatores genéticos (haplótipos do gene *COMT*).

A artralgia da ATM pode resultar de trauma e de sobrecarga intrínseca e extrínseca da ATM (em geral por cerrar os dentes) que podem superar a capacidade adaptativa dos tecidos articulares. Alternativamente, essa capacidade adaptativa da ATM pode ser reduzida por fatores intrínsecos, como suprimento sanguíneo diminuído ou nutrição inadequada. Genética e género também têm sido implicados na fisiopatologia da osteoartrite. A produção de radicais livres, neuropéptidos pró-inflamatórios e nociceptivos, enzimas, proteínas ósseas morfogenéticas e fatores de crescimento levam a inflamação, dor e alterações tecidulares progressivas.

Características Clínicas

A DMM é uma dor regional, entorpecedora, doída, mais proeminente nos músculos de encerramento da mandíbula, que pode ocorrer em repouso e pode ser agravada durante a função mandibular. A dor é mais pronunciada de manhã ou à noite e varia entre ligeira a grave em intensidade. Outros sintomas associados são limitação de movimento, cefaleia, sensação de ouvido cheio, e dor cervical, mas a relação causa e efeito ainda não foi estabelecida. O distúrbio regional da DMM deve ser diferenciado da DMM que ocorre como parte de um distúrbio generalizado de dor muscular, como a fibromialgia.

A artralgia da ATM é uma dor mais localizada e aguda de intensidade moderada a grave, localizada na ATM e nos tecidos adjacentes e irradiando principalmente para a região do ouvido. A dor é agravada durante carga e funcionamento da mandíbula e pode limitar o movimento e a função normais. A dor da ATM é em geral associada a disco articular deslocado ou disfuncional que causa bloqueio mandibular o qual pode ser uma outra causa de limitação de movimentos. A osteoartrite da ATM pode ser parte de artrite generalizada e ser acompanhada de crepitação.

Se se desenvolve dor crónica, a artralgia ligada à DMM ou à ATM pode ser acompanhada de sensibilização central e problemas psicológicos, como depressão, somatização e ansiedade.



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

Critérios Diagnósticos

As Orientações da Academia Americana de Dor Orofacial (2013) e os Critérios Diagnósticos (CD-DTM, no prelo) sugerem os seguintes critérios:

DMM: Queixa de dor muscular na mandíbula, na têmpora, na orelha ou na frente da orelha que é afetada por movimento, função ou parafunção mandibular. A replicação dessa dor familiar ocorre com teste de provocação dos músculos mastigatórios (isto é, palpação dos músculos temporal ou masseter) ou com abertura máxima assistida ou não. Pode haver limitação dos movimentos mandibulares secundária à dor.

Artralgia da ATM: queixa de dor mandibular que é afetada por movimento, função ou parafunção mandibular. A replicação dessa dor ocorre com teste de provocação da ATM (isto é, palpação do côndilo mandibular ou em torno do côndilo mandibular) ou com abertura máxima assistida ou não, movimentos para a direita ou para a esquerda ou movimentos protrusivos.

Os fatores psicossociais são classificados através de um desenho da dor para localização da dor e de comorbidades, da Escala Graduada de Dor Crônica (EGDC) para intensidade dolorosa e função física, versão resumida da Escala de Limitação de Função Mandibular (ELFM) para função limitada, do Questionário do Histórico do Paciente-4 (QHP-4) para depressão e ansiedade e da Lista de Verificação de Comportamento Oral para parafunções.

Diagnóstico e Tratamento

O critério de referência para o diagnóstico da dor causada por DTM é a combinação do histórico e do exame clínico. Com exceção para a imagiologia, os exames técnicos (por ex., eletromiografia ou análise oclusal) não são conclusivos. Os sintomas costumam ser autolimitados, com um curso natural benigno.

O objetivo do tratamento visa proporcionar circunstâncias ideais para que haja cura e adaptação. As terapias não invasivas e reversíveis que se adequam à abordagem biopsicossocial incluem:



ANO GLOBAL CONTRA A OROFACIAL DOR OUTUBRO 2013 – OUTUBRO 2014

- Educação do paciente, autocuidado ativo, acompanhamento
- Fisioterapia, e programas de autorregulação física
- Aparelhos oclusais intraorais
- Medicamentos (analgésicos, AINEs)

Em pacientes com DTM crônica essas terapias devem ser acompanhadas de:

- Suporte psicológico, por ex., terapia cognitivo-comportamental, relaxamento.
- Baixas doses de antidepressivos tricíclicos.

Deve considerar-se artrocentese nos pacientes com artralgia persistente da ATM, mas a cirurgia de ATM é raramente, se não nunca, indicada no espectro do tratamento da dor da DTM.

Referências

- [1] Benoliel R, Sharav Y. Masticatory myofascial pain, and tension-type and chronic daily headache. In: Sharav Y, Benoliel R, editors. Orofacial pain and headache. Edinburgh: Elsevier; 2008. p. 109-28.
- [2] Benoliel R, Svensson P, Heir GM, Sirois D, Zakrzewska J, Oke-Nwosu J, Torres SR, Greenberg MS, Klasser GD, Katz J, Eliav E. Persistent orofacial muscle pain. *Oral Dis* 2011;17(Suppl 1):23-41.
- [3] De Boever JA, Nilner M, Orthlieb JD, Steenks MH; Educational Committee of the European Academy of Craniomandibular Disorders. Recommendations by the EACD for examination, diagnosis, and management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner. *J Orofac Pain* 2008;22:268-78.
- [4] de Leeuw R, Klasser G. Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management, 5th ed. The American Academy of Orofacial Pain. Quintessence; 2013.
- [5] Greene CS. Managing the care of patients with temporomandibular disorders: a new guideline for care. *J Am Dent Assoc* 2010;141:1086-8.
- [6] List T, Axelsson S. Management of TMD: evidence from systematic reviews and meta-analyses. *J Oral Rehabil* 2010;37:430-51. Copyright © 2013 International Association for the Study of Pain
- [7] Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;112:453-62.
- [8] Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. *J Orofac Pain* 2013;27:99-110.
- [9] Michelotti A, Liguori R, Toriello M, D'Antò V, Vitale D, Castaldo G, Sacchetti L. Catechol-O-methyltransferase (COMT) gene polymorphisms as risk factor in temporomandibular disorders patients from southern Italy. *Clin J Pain* 2013; Epub Feb 26.
- [10] Schiffman EL. 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 Orofac Pain*; in press.