

JNT-FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL: ISSN: 2526-4281 QUALIS B1



**A DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR
(DTM) EM PACIENTES
ODONTOPEDIÁTRICOS: REVISÃO DE
LITERATURA**

**TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION
(TMD) IN ODONTOPEDIATRIC PATIENTS:
LITERATURE REVIEW**

MILENA SANTOS GOMES

Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT
E-mail: milenagomees4@gmail.com

VÍVIA LIMA SOLINO

Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT
E-mail: viviasolino@gmail.com

Leandro Silva da CONCEIÇÃO

Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT
E-mail: drleandros@hotmail.com



RESUMO

Introdução: Os cuidados odontológicos no paciente odontopediátrico visam o bem-estar geral da criança através de práticas preventivas e interceptativas. Os problemas na Articulação Temporomandibular (ATM) manifestam sinais e sintomas que podem ser detectados precocemente pelo profissional vislumbrando a qualidade de vida no desenvolvimento do paciente. **Objetivo:** Empreender uma busca na literatura a fim de evidenciar a importância do diagnóstico precoce e tratamento de DTM em pacientes odontopediátricos. **Método:** A análise bibliográfica pautou-se na revisão de literatura através de livros, artigos científicos nacionais e internacionais, utilizando as seguintes bases de dados: PubMed, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde - a qual argumentam sobre DTMs na odontopediatria no período dos últimos 10 anos. **Conclusão:** Fica evidente, portanto, que não se deve ater a um único fator para definir o diagnóstico, pois é sabido que a etiologia da DTM é multifatorial. O cirurgião-dentista desempenha fundamental importância na abordagem integral do paciente odontopediátrico, haja vista, a anamnese e exame clínico detalhados proporcionarão o diagnóstico precoce de DTM e, conseqüente, intervenção. Dessa forma, a qualidade de vida do paciente será preservada.

Palavras-chave: Articulação temporomandibular. Criança, Disfunção temporomandibular.

ABSTRACT

Introduction: Dental care for pediatric patients aims at the child's general well-being through preventive and interceptive practices. Problems in the Temporomandibular Joint (TMJ) manifest signs and symptoms that can be detected early by the professional, seeing the quality of life in the patient's development. **Objective:** Undertake a literature search in order to highlight the importance of early diagnosis and treatment of TMD in pediatric patients. **Method:** A bibliographic analysis was based on literature review through books, national and international scientific articles, using the following databases: PubMed, Scielo and Virtual Health Library - which argue about TMDs in odontopediatrics in the last 10 years. **Conclusion:** It is evident, therefore, that it is not due to a single factor to define the diagnosis, since it is known that the TMD etiology is multifactorial. The dentist plays a fundamental role in the comprehensive approach of the pediatric patient, considering that the anamnesis and detailed clinical examination will provide the early diagnosis of TMD and, consequently, intervention. In this way, the patient's quality of life will be preserved.

Keywords: Temporomandibular joint. Child, Temporomandibular dysfunction.

INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo genérico que representa os sinais e sintomas envolvendo músculos mastigatórios, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas, observa-se também a presença de ruídos articulares, dor, limitações de movimentos ou mesmo deslocamento do disco. Dessa forma, essa sintomatologia variada está associada a características anatômicas que entram em desequilíbrio^{1,2}. É válido ressaltar que essas disfunções apresentam uma etiologia multifatorial, o que dificulta a elaboração de uma estratégia de terapia preventiva, pois é limitante determinar até que ponto cada um dos fatores, em conjunto ou de forma isolada, indicam o desenvolvimento de uma doença Temporomandibular³.

Em consequência disso, nota-se que os estudos epidemiológicos que visam quantificar a frequência de DTM em crianças e adolescentes apresentam uma grande variação nos números encontrados. Talvez seja difícil dizer o motivo pelo qual a DTM se manifesta em adultos com maior frequência, contudo, verificam-se sinais e sintomas de DTM em crianças e adolescentes em torno de 16 a 68%, além de que, muitos pacientes adultos relatam que os seus sintomas se estabeleceram durante a infância ou adolescência⁴.

Para o diagnóstico da DTM, especialmente em crianças, é de extrema importância o Cirurgião-Dentista realizar uma anamnese minimalista visando o diagnóstico precoce da doença, haja vista, o prognóstico torna-se mais favorável. As perguntas devem ser direcionadas aos pais e à criança de forma a condicioná-los para o relato da presença de qualquer tipo de dor e/ou sinal sugestivo a problemas na articulação temporomandibular. Ademais, faz-se necessário, também, a avaliação clínica detalhada e específica, verificando os movimentos de lateralidade da mandíbula, avaliando e mensurando a abertura máxima de boca, dificuldades de mobilidade e se há presença de travamento ou deflexão⁵.

O objetivo deste trabalho foi empreender uma busca na literatura a fim de evidenciar a importância do diagnóstico precoce e tratamento de DTM em pacientes odontopediátricos.

MÉTODOS

A análise bibliográfica pautou-se na revisão de literatura através de livros, artigos científicos nacionais e internacionais, utilizando as seguintes bases de dados: PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, argumentando sobre Disfunções Temporomandibulares em pacientes odontopediátricos, enfatizando a importância do

diagnóstico e tratamento precoce. As buscas foram conduzidas pelos descritores catalogados no Descritor em Ciência de Saúde e operadores booleanos “and” e “or”, sendo estes: DTM em odontopediatria, disfunções temporomandibulares, diagnóstico de DTM, etiologia e tratamento de DTM em pacientes crianças e adolescentes, no período dos últimos 10 anos. O critério de exclusão deu-se por intermédio de artigos que não apresentaram livre acesso e os descritores supracitados. Por meio dos textos obtidos, delineou-se uma análise sobre a abordagem do tema utilizado.

REVISÃO DE LITERATURA

Etiologia

Em 1934, o Dr. James Costen, descreveu DTM como síndrome de Costen, após alguns relatos dos seus pacientes sobre dores na região auricular e pré-auricular. Em 1959, Shore modificou a nomenclatura para síndrome da disfunção da ATM. Já em 1982 o termo “desordens temporomandibulares” foi proposto por Bell. Por fim a ADA (American Dental Association) adotou o termo DTM ou Disfunção Temporomandibular⁶.

DTM - Disfunção Temporomandibular é um termo coletivo que engloba queixas clínicas abrangendo os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular e as estruturas orofaciais adjacentes^{7,8}. Além de ser considerada uma subclassificação de distúrbios musculoesquelético, é considerada a principal causa de dor não dentária na região orofacial.

A etiologia da DTM é considerada, em sua essência, multifatorial, por isso sua abordagem de tratamento, na maioria dos casos, deve ser multidisciplinar^{9,10}. Diante disso, algumas teorias mais antigas correlacionavam a causa da DTM com problemas oclusais. Em determinados casos, os ajustes oclusais eram utilizados como forma de tratamento, uma vez que isso se baseia em fatores mecânicos, não levando em conta a grande diversidade biológica entre os indivíduos. Tal teoria foi desacreditada, abrindo espaço para a consideração de múltiplos fatores causais¹¹. Nesse cenário, estão fatores genéticos, sistêmicos, estresse, traumas, susceptibilidade anatômica de tecidos da ATM ao trauma, anomalias anatômicas, principalmente no desenvolvimento da DTM articular, sobrecarga mandibular funcional, hábitos parafuncionais como apertamento diurno e bruxismo do sono¹¹.

A literatura atual concorda que determinados fatores, sendo eles, psicológicos, hábitos parafuncionais, má oclusão funcional e morfológica consistem em prováveis causas para o desenvolvimento da disfunção. Há uma forte linha de pesquisa crescente onde afirma que as disfunções da articulação temporomandibular (ATM) podem ter origem no início do desenvolvimento craniofacial e que a sintomatologia precoce de problemas

temporomandibulares apresentam-se, com frequência, associados com as más oclusões morfológicas¹. Diante disso, muito se discute sobre a relação de DTM e bruxismo, porém, é controverso, mas multifatorial, incluindo aspectos patofisiológicos, psicológicos e morfológicos. Ademais, em crianças, o bruxismo pode ser uma consequência do não desenvolvimento completo do sistema mastigatório neuromuscular³.

Sinais e Sintomas

A sintomatologia da Disfunção Temporomandibular aparece frequentemente em crianças com dentição permanente e dentição decídua e permanente concomitante. Dentre os sinais, os mais comuns são ruídos articulares³, dor ou desconforto na articulação temporomandibular (ATM) e nos músculos mastigatórios, sensibilidade à palpação, dores nos olhos, na face e região cervical². Diante disso, a literatura não esclarece com detalhes se esses sintomas presentes na infância prejudicam de alguma forma o desenvolvimento da criança e, além disso, não evidencia o período concreto em que devem ser tratados³.

Cogita-se com muita frequência que a dor e os ruídos articulares são os sinais e sintomas que mais aparecem. Pesquisas epidemiológicas apontam que 16% a 68% da população apresentam um ou mais sintomas de disfunção temporomandibular, inclusive, relatam que esses sintomas aparecem durante a infância ou adolescência^{1,2,4}.

Por outro lado, estudos descrevem que, dentre os fatores que provocam as DTMs, os de origem psicossomática, depressão e ansiedade devem ser enfatizados, pois condições como a ansiedade podem estimular hábitos parafuncionais e tensão muscular, podendo levar ao aparecimento dos sinais e sintomas de DTM. Hábitos parafuncionais são aqueles não relacionados à execução das funções normais do sistema estomatognático, como fonação, deglutição e mastigação. Frequentemente, problemas na articulação são expostos na fase adulta, porém, eles podem se instalar precocemente ainda na infância e estarem relacionados com os hábitos parafuncionais^{1,2}.

Diagnóstico

O diagnóstico correto e precoce das DTMs é fundamental, pois além de evitar a progressão gradativa da doença, evita erros na conduta do tratamento. Pode-se afirmar, portanto, que o diagnóstico de DTM em pacientes odontopediátricos é semelhante ao que ocorre em adultos, deve ser conservadora e não invasiva para a criança ou adolescente. Nesse sentido, é importante salientar sobre a importância do diagnóstico e tratamento multidisciplinar. Dentre as formas de avaliação da DTM estão a anamnese, exame clínico e exames radiográficos^{4,5}.

Na Anamnese deve ser analisada história odontológica, história da doença atual e médica. É necessário evidenciar, também, sobre dificuldades na execução de movimentos mandibulares, histórico de traumas e dores faciais e hábitos parafuncionais. O exame clínico deve ser objetivo e específico, deve-se fazer a palpação da ATM e músculos mastigatórios, observar ruídos, analisar a oclusão do paciente e verificar os movimentos mandibulares. Nesse contexto, os exames radiográficos corroboram com o correto diagnóstico do caso. Existem diferentes tipos de análises radiográficas, são eles: ressonância magnética, radiografia panorâmica e tomografia computadorizada. Entretanto, é importante evidenciar que o exame radiográfico trata-se de um exame complementar, ou seja, serve de auxílio para o fechamento do diagnóstico, no qual deve ser utilizado principalmente quando há relatos de traumas mais atuais e presença de assimetria facial⁴.

A idade do paciente e a forma como ele é abordado, no sentido de como são conduzidos os exames vai determinar o prognóstico e influenciar, também, na prevalência da doença. Pesquisas divergentes confrontam a prevalência das DTMs em pacientes pediátricos, onde foi constatado que essa disfunção varia de 9,8% a 74%, ao mesmo tempo em que a dor articular varia de 18% a 70%⁴.

Faz-se necessário, portanto, enfatizar cada vez mais sobre a importância do diagnóstico precoce da doença, de modo a anular e/ou minimizar futuros problemas ligados à dor crônica, pois a alta prevalência nessa faixa etária é preocupante. Ademais, evita consequências negativas na qualidade de vida do paciente⁴.

Tratamento

O tratamento da DTM em crianças deve ser conservador, reversível e o mais simples possível. Contudo, é desafiador para o cirurgião-dentista principalmente quando a criança não consegue expressar com clareza seus sintomas. Uma das opções de tratamento são os aparelhos oclusais que devem ser usados para amenizar os sintomas, pois, podem gerar uma alteração definitiva na posição mandibular da criança⁴. Existem técnicas de terapias reversíveis que fazem exercícios, massagens e redução do estresse. O ajuste oclusal é ideal depois dos 18 anos, pois, nessa fase o adolescente ainda está em fase de crescimento e por ser um tratamento irreversível pode ocorrer hipersensibilidade dentinária⁴.

Não há um consenso na literatura, mas sabe-se que justamente por ser uma condição multifatorial, destaca-se a necessidade de um tratamento multidisciplinar. É fundamental que seja feito um trabalho em equipe dependendo da etiologia do problema e suas associações, nessa equipe deve conter cirurgiões-dentistas, psicólogos, fisioterapeutas

e fonoaudiólogos pensando no bem-estar físico e emocional da criança. Os profissionais devem avaliar as causas e os sintomas, para assim poder dar início ao tratamento^{2,5}.

Na atualidade, mesmo não havendo um protocolo padrão de atendimento a pacientes com DTMs, as condutas de tratamento executadas são controle de ansiedade, relaxamento da musculatura, remoção de hábitos deletérios, termoterapia onde é usado a mudança de temperatura (calor e frio) dos tecidos do corpo,¹⁴ Outra opção de tratamento é a placa interoclusal, porém, de acordo com a literatura, é de difícil adaptação, uma vez que na dentição decídua ou mista não há retenção adequada e o processo de esfoliação e erupção prejudicam a adaptação da placa⁵.

DISCUSSÃO

Os autores concordam que a etiologia das Disfunções Temporomandibulares é multifatorial, onde fatores genéticos, sistêmicos, traumas e fatores psicológicos estão entre os mais susceptíveis ao desenvolvimento da DTM^{1,11}. Dessa forma, o diagnóstico e tratamento tornam-se multidisciplinar.

A literatura relata que durante um bom tempo acreditou-se que o bruxismo apresenta relação direta com o desenvolvimento das disfunções da ATM, porém, ainda é controverso. São necessárias mais pesquisas na área para se chegar a uma conclusão mais concreta. Entretanto, o desenvolvimento de bruxismo em crianças, muitas vezes, pode estar relacionado ao não desenvolvimento completo do sistema estomatognático³.

Os estudos corroboram que o diagnóstico da doença em pacientes infantis é semelhante ao de adultos e sendo ele precoce, o prognóstico torna-se mais favorável e evita que a conduta do tratamento seja insatisfatória, haja vista, a alta prevalência de DTMs e suas consequências negativas no que se refere à qualidade de vida do paciente demanda assiduidade no diagnóstico precoce^{2,4,5}.

A escassez de pesquisas científicas em pacientes jovens corrobora com a diversidade de linhas de conduta. É interessante, portanto, mais estudos relacionados à DTMs em crianças e adolescentes para promover a elaboração de protocolos de atendimentos e intervenção precoces padronizados, com intuito de contribuir para o desenvolvimento saudável desses pacientes².

Verifica-se na bibliografia a concordância entre os autores no que diz respeito à anamnese; com histórico da doença atual, médica e bucodental; exame clínico com a conduta de palpação da ATM, observação de ruídos e análise da oclusão e o auxílio de exames complementares como o radiográfico, englobando radiografias panorâmicas, tomografias computadorizadas e ressonância magnética⁴.

Englobando a conduta de tratamento, como relatado, não existe um protocolo padronizado para os profissionais. Nesse sentido, as condutas de escolha são controle de ansiedade, relaxamento da musculatura, remoção de hábitos deletérios e termoterapia⁵.

CONCLUSÃO

Mediante a literatura revisada, concluem-se que, a etiologia da DTM é multifatorial, os sintomas podem estar presentes desde a infância e devem ser observados e controlados, a fim de evitar seu agravamento. Fatores genéticos, psicológicos e traumas devem ser investigados. Diante disso, a abordagem multidisciplinar é a alternativa mais adequada para o tratamento. No entanto, fica claro que existem limitações do profissional no sentido de evitar ou controlar determinados fatores de risco.

Infere-se, portanto, que o conhecimento do profissional em conjunto com ações clínicas cabíveis, deve ser usado como parte de um planejamento bem elaborado no sentido de promover saúde e, assim, proporcionar o atendimento de excelência na prática clínica da Odontopediatria objetivando a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS*¹

1. Loddi PP, Miranda ALR, Vieira MM, Chiari BM, Goldenberg FC, Mandetta S. Fatores predisponentes de desordem temporomandibular em crianças com 6 a 11 anos de idade ao início do tratamento ortodôntico. *Dental Press J Orthod*. 2010; 15(3):87-93.
2. Motta LJ, Bussadori SK, Godoy CLH, Gonzalez DAB, Martins MD, Silva RS. Disfunção temporomandibular segundo o nível de ansiedade em adolescentes. *Teoria e pesquisa*. 2015;31(3):389-395.
3. Corotti KMV, Carvalho PEG, Siqueira DF, Junior JRF, Brito LS, Carinhenas CF. Estudos do índice de disfunção temporomandibular (DTM) em pacientes da clínica infantil da universidade cidade de São Paulo. *Revista de odontologia da universidade cidade de São Paulo*. 2010;22(1):12-18.
4. Rosal TDP, Ferreira RB. Disfunção Temporomandibular em crianças: como diagnosticar?. *R Odontol Planal Cent*. 2019;4(1):1-6.
5. Fernández IMGG. Estudos de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças brasileiras. [Tese de Mestrado]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista; 2018.
6. Góes KRB, Grangeiro MTV, Figueiredo VMG. Epidemiologia da disfunção temporomandibular: uma revisão literária. *J Dent Pub H*. 2018;9(2):115-120.
7. Okeson J. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 7 ed: Elsevier; 2013.

¹ *De acordo com as normas de Trabalho de Conclusão de Curso da FACIT, baseada nas normas Vancouver. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

8. De Leew R. Dor orofacial - Guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4 ed: Quintessence; 2010.
9. Chaves PJ, de Oliveira FEM, Damazio LCM. Incidence of postural changes and temporomandibular disorders in students. *Acta Ortop Bras.* 2017;25(4):162-164.
10. Okeson JP, de Leeuw R. Differential diagnosis of temporomandibular disorders and other orofacial pain disorders. *Dent Clin North Am.* 2011;55(1):105-20.
11. Clark GT. Etiologic theory and the prevention of temporomandibular disorders. *Adv Dent Res.* 1991;5(1):60-6.
12. Araujo LG, Coelho PR, Guimarães JP. Associação Entre os Hábitos Bucais Deletérios e as Desordens Temporomandibulares: Os Filhos Imitam os Pais na Adoção Destes Costumes?. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2011;11(3):363-369.
13. Baradel AF, Baldini LC, Navarro G, Navarro N, Pizzol KEDC, Michelonil ALF. Sinais e Sintomas de Disfunção Temporomandibular em adolescentes e suas associações com o nível socioeconômico familiar e outros variáveis. *Jornal Of Research in Dentistry.* 2018;6(3):60-68.
14. Grootel RJV, Buchmer R, Wismeijer D, Glas HWV. Towards an optimal therapy strategy for myogenous TMD, physiotherapy compared with occlusal splint therapy in an RCT with therapy-and-patient-specific treatment durations. *National Library of Medicine.* 2017;18(1):2-17.

Autorizamos a reprodução deste trabalho

Araguaiana, 20 de outubro de 2020

MILENA SANTOS GOMES

VÍVIA LIMA SOLINO