

## **Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial em Odontopediatria**

**Profa. Dra. Adriana Lira Ortega**

Profa do Curso de Graduação e de Pós Graduação Stricto Sensu da Universidade Cruzeiro do Sul  
Profa. do Curso de Especialização em Odontopediatria da Fundectó – Fousp  
Coordenadora do Curso Ortodontia e Ortopedia em Odontopediatria #ortonaped da São Leopoldo Mandic

### **Introdução**

- ✓ Na área da especialidade de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (DTM/DOF) muito conhecimento foi adquirido nos últimos anos e diversas práticas clínicas, baseadas em Evidências Científicas de boa qualidade, foram instituídas no manejo do paciente acometido.
- ✓ O avanço nas pesquisas permitiu a contestação de alguns dogmas existentes nessa área como, por exemplo, a influência da oclusão como fator etiológico nos quadros de DTM.
- ✓ Apesar do aumento do conhecimento, poucas investigações científicas de qualidade abordaram o entendimento dessa condição em crianças, e a maioria das pesquisas são de cunho epidemiológico.
- ✓ A maioria dos pacientes que procuram os serviços especializados em DTM/DOF são adultos e não é muito comum as crianças referirem de forma espontânea algum tipo de sintoma.
- ✓ A procura pelo profissional ocorre apenas em nível curativo quando a sintomatologia já está influenciando na qualidade de vida, o que não é desejável quando se pensa em promoção de saúde.
- ✓ Quando se pensa na doença cárie, por exemplo, as estratégias de prevenção estão bem definidas e existem protocolos eficientes. Porém, quando se fala em DTM/DOF não existem condutas clínicas difundidas que propiciem a percepção precoce da doença. Continuando a analogia com a doença cárie, seria como se atuação do profissional pudesse existir apenas quando houvesse cavitação ou, pior, sintomatologia dolorosa.
- ✓ Quando investigados sinais e sintomas em crianças, fora dos ambulatórios de DTM, a porcentagem de acometidas com pelo menos 1 sinal ou sintomatologia dolorosa chega a 35%<sup>2</sup>.
- ✓ Aqui é importante esclarecer que nem sempre a presença de sinal e sintoma de DTM/DOF implica em necessidade de tratamento.
- ✓ No entanto é prudente que seja feita uma investigação mais cuidadosa e criteriosa nas crianças que apresentam sinais e/ou sintomas de DTM/DOF por um profissional capacitado.
- ✓ Normalmente a avaliação do Odontopediatra não contempla a investigação de DTM/DOF e o objetivo desse texto é disponibilizar informações sobre condutas clínicas a serem inserida na rotina, além de uma sugestão de ficha clínica com esse propósito.

- ✓ O primeiro momento da investigação deve ser anamnético com perguntas com vistas a identificar (1) a presença de fatores que aparecem associados à quadros de DTM e o segundo identificar (2) sinais e sintomas clínicos.

## **1. Investigação de principais fatores de risco**

Algumas condições ambientais bem como a genética têm sido, em maior ou menor grau, relacionadas com quadros de DTM/DOF. Sendo assim, é importante identificar se a criança possui algum fator de risco presente.

### **1.1. Hábitos parafuncionais:**

- Além das conhecidas consequências na oclusão, os hábitos parafuncionais também aparecem associados com DTM/DOF. Esses hábitos são danosos uma vez que solicitam de forma excessiva os músculos da mastigação geralmente acarretando fadiga muscular.
- Os sintomas dor e cansaço são indicativos de dano tecidual muscular pela alteração do seu metabolismo histológico, uma vez que fibras musculares lesadas estão associadas com processos inflamatórios reparadores, o que explica a sensação dolorosa nessas situações<sup>3</sup>.
- Sabendo que a maioria dos quadros de DTM/DOF são de origem muscular<sup>4</sup>, o controle da sobreuso dessas estruturas deve ser orientado para pacientes e cuidadores.

### **1.2. Trauma:**

- É importante investigar também se a criança apresenta história de traumas da região da cabeça e pescoço e principalmente história de trauma na região mentoniana.
- Em alguns casos o diagnóstico de fraturas na região da cabeça da mandíbula pode não ter sido feito no atendimento emergencial da criança com laceração no queixo<sup>5</sup>. O
- Impacto na região de cabeça e pescoço pode provocar injúrias, como ruptura de tecidos e consequentes danos nas ATM e estruturas adjacentes, podendo ser considerado um fator iniciador na DTM, bem como pode ser associada com o aparecimento de quadros tardios<sup>6</sup>.

### **1.3. Histórico familiar:**

- Com relação ao padrão hereditário, a predição genética exata da doença ainda não é possível com o atual conhecimento científico.
- Porém, também se sabe que fatores genéticos desempenham papel importante em condições clínicas com dor persistente, provavelmente pelos mecanismos moduladores da dor como sensibilidade nociceptiva, bem estar psicológico, respostas inflamatórias e autonômicas, e alguns genes mostram evidências preliminares para associação com quadros de DTM<sup>9</sup>

### **1.4 Cefaleia:**

- Indivíduos com cefaleia têm mais chance de apresentar queixas de cefaleias e esse ponto deve ser bem estudado e avaliado pelo Odontopediatra. Frente a uma criança com quadro de cefaleia, pode haver inclusive, alteração na percepção de dor.

**Atenção!!!**

- ✓ As más oclusões foram consideradas por muito tempo como fator etiológico nos quadros de DTM. No entanto, após a implementação de metodologias de pesquisas mais rigorosas e, com o aumento do conhecimento sobre os quadros dolorosos, a relação má oclusão e DTM não encontra embasamento sólido para ser aceita.
- ✓ Estudos longitudinais (do tipo coorte: acompanham os indivíduos ao longo do tempo) demonstraram que o tipo de oclusão ou o fato do paciente ter sido submetido ou não a tratamentos oclusais, não influencia no aparecimento de sinais e sintomas de DTM.
- ✓ Até os aspectos epidemiológicos também deixam claro a falta dessa relação de causalidade (causa – efeito). Por exemplo, a maioria dos indivíduos com DTM são do sexo feminino e aspectos oclusais não guardam relação com o sexo do paciente.
- ✓ Alguns tipos de DTM é que podem causar alteração na oclusão do paciente.

## **2. Investigação de sinais e sintomas**

A investigação de sinais e sintomas de DTM deve estar presente durante o exame físico em crianças requerendo conhecimentos na área para a correta avaliação e interpretação dos dados obtidos.

### **2.1 - Avaliação da dinâmica mandibular:**

- A diminuição da eficiência dos movimentos mandibulares é indicativo de falta de saúde do "sistema estomatognático" e a percepção de limitação ou alteração desse parâmetro pode indicar desconforto.
- Medidas de abertura máxima de boca (distância intercisal), lateralidade direita e esquerda e protrusão devem ser tomadas.
- Existem estudos epidemiológicos que estabelecem medidas médias para esses movimentos. A média mínima para abertura bucal é de 35mm para dentaduras decíduas e 40mm para dentaduras mistas e permanentes.
- Medidas abaixo dessas médias mas nem sempre podem ser consideradas como limitações, mas devem ser motivo de alerta e monitoramento do paciente.

### **2.2 - Investigação de som articular:**

- O som articular pode ser considerado como uma variação da normalidade sem significar necessariamente um sinal patológico e podem ser transitórios em crianças.
- No entanto, como o som também acompanha alguns quadros de DTM é prudente que o Odontopediatra esteja atento à presença destes em crianças e uma investigação mais detalhada é necessária.

### **2.3 - Dor orofacial:**

- A investigação da presença de dor orofacial pode ser feita ainda durante a anamnese com perguntas diretas ao paciente que deve ser confirmada pelo cuidador.
- Além disso é importante fazer a palpação manual dos músculos temporal e masseter com pressão digital adequada, no sentido transversal aos das fibras musculares e solicitando que a criança informe caso sinta algum desconforto. Como em outros procedimentos odontopediátricos, nesse exame a palavra "dor" deve ser evitada.

**Considerações finais:** Sem dúvida, a inserção de recursos semiológicos com vistas à detecção precoce de quadros de DTM/DOF na clínica odontopediátrica é fundamental quando se pretende fazer uma prática clínica baseada em promoção de saúde.

## FICHA CLÍNICA - DTM/DOF - ODONTOPEDIATRIA

### 1. Investigação de fatores de risco

Bruxismo - ( ) não ( ) sim

se sim: ( ) vigília ( ) sono ( ) primário ( ) secundário \_\_\_\_\_

Onicofagia - ( ) não ( ) sim

Sucção digital - ( ) não ( ) sim

sucção chupeta - ( ) não ( ) sim

#### **Trauma**

História de trauma na região da cabeça e pescoço - ( ) não ( ) sim

#### **Histórico Familiar**

Mãe, pai ou irmão com DTM diagnosticada - ( ) não ( ) sim

Mãe, pai ou irmãos com dores de cabeça frequentes - ( ) não ( ) sim

**Cefaleia** - ( ) não ( ) sim - se sim, qual o tipo? \_\_\_\_\_

### 2. Investigação sinais e sintomas

#### **2.1 - Avaliação da dinâmica mandibular**

##### **a. Padrão de Abertura**

Reto 0

Desvio lateral direito (não corrigido) 1

Desvio lateral direito corrigido ("S") 2

Desvio lateral esquerdo (não corrigido) 3

Desvio lateral esquerdo corrigido ("S") 4

##### **b. Extensão de movimento vertical** Trespasse incisal vertical \_\_\_ mm

a. Abertura sem auxílio sem dor \_\_\_ mm

b. Abertura máxima sem auxílio \_\_\_ mm

c. Abertura máxima com auxílio \_\_\_ mm

Lat esq. \_\_\_\_\_ Lat dir \_\_\_\_\_ Protrus \_\_\_\_\_

#### **2.2 - Avaliação de dor e som**

##### **Dor na função mandibular**

Dor na abertura: ( ) sim ( ) não

Dor na protrusão: ( ) sim ( ) não

Dor na lateralidade direita: ( ) sim ( ) não

Dor na lateralidade esquerda: ( ) sim ( ) não

##### **Sons articulares**

a. abertura: sim ( ) não ( )    b. fechamento: sim ( ) não ( )

##### **Palpação muscular**

Região	Dor presente	
	Direito	Esquerdo
Temporal (posterior)		
Temporal (médio)		
Temporal (anterior)		
Masseter (superior)		
Masseter (médio)		
Masseter (inferior)		
Polo lateral ATM		

### “Triagem” AEDC - Academia Européia de Desordem Craniomandibular

1. Tem dor quando abre a boca ou quando mastiga. Uma vez por semana ou mais? ( ) sim ( ) não
  2. Tem dor na face, têmporas, articulação temporomandibular ou maxilares. Uma vez por semana ou mais? ( ) sim ( ) não
  3. Já teve a mandíbula presa ou travada de forma que não abra completamente a sua boca? ( ) sim ( ) não
  4. Tem dores de cabeça mais do que uma vez por semana?  
( ) sim ( ) não
- 

### Referências

1. Slade GD, Ohrbach R, Greenspan JD, Fillingim RB, Bair E, Sanders AE, Dubner R, Diatchenko L, Meloto CB, Smith S, Maixner W. Painful Temporomandibular Disorder: Decade of Discovery from OPPERA Studies. J Dent Res. 2016;95(10):1084-92.
  2. Hirsch C, Hoffmann J, Türp JC. Are temporomandibular disorder symptoms and diagnoses associated with pubertal development in adolescents? An epidemiological study. J Orofac Orthop. 2012 ;73(1):6-8, 10-8.
  3. Vierola A et al. Clinical signs of temporomandibular disorders and various pain conditions among children 6 to 8 years of age: the PANIC study. J Orofac Pain. 2012;26(1):17-25.
  4. Sluka KA, Rasmussen LA. Fatiguing exercise enhances hyperalgesia to muscle inflammation. Pain. 2010;148(2):188-97.
  5. Cooper BC, Kleinberg I. Examination of a large patient population for the presence of symptoms and signs of temporomandibular disorders. Cranio 2007;25(2):114-26.
  6. Lee CY, McCullom C 3rd, Blaustein DI. Pediatric chin injury: occult condylar fractures of the mandible. Pediatr Emerg Care. 1991; 7(3):160-2.
  7. Dwivedi AN, Tripathi R, Gupta PK, Tripathi S, Garg S. Magnetic resonance imaging evaluation of temporomandibular joint and associated soft tissue changes following acute condylar injury. J Oral Maxillofac Surg. 2012; 70(12):2829-34.
  8. Fischer DJ, Mueller BA, Critchlow CW, LeResche L. The association of temporomandibular disorder pain with history of head and neck injury in adolescents. J Orofac Pain. 2006; 20(3):191-8.
  9. Arruda MA, Guidetti V, Galli F, Albuquerque RC, Bigal ME. Frequency of headaches in children is influenced by headache status in the mother. Headache. 2010; 50(6):973-80.
  10. Smith SB, Maixner DW, Greenspan JD, Dubner R, Fillingim RB, Ohrbach R, Knott C, Slade GD, Bair E, Gibson DG, Zaykin DV, Weir BS, Maixner W, Diatchenko L. Potential genetic risk factors for chronic TMD: genetic associations from the OPPERA case control study. J Pain. 2011; 12(11 Suppl):T92-101.
  11. Torii K. Longitudinal course of temporomandibular joint sounds in Japanese children and adolescents. Head Face Med. 2011; 27, 7-17.
- 



[aliraort@uol.com.br](mailto:aliraort@uol.com.br)



[www.adrianaliraortega.com](http://www.adrianaliraortega.com)



[@odontopediatria\\_em\\_evidencia](https://www.instagram.com/odontopediatria_em_evidencia)



[/odontopediatriaemevidencia](https://www.facebook.com/odontopediatriaemevidencia)



0000-0001-7295-803X