

AVALIAÇÃO DA INDICAÇÃO DE 1.133 PACIENTES COM DISFUNÇÃO CRANIOMANDIBULAR

Wagner de OLIVEIRA*
Renato Sussumu NISHIOKA*
Nelson Luiz de MACEDO*
Marco Antonio BOTTINO**

- **RESUMO:** Os sintomas de Disfunção Craniomandibular são variados, e nem sempre são interpretados pelo paciente, como de resolução odontológica, levando-os a procurar primeiramente por outros profissionais da área de saúde. Foi analisada a origem profissional da indicação de 1.133 pacientes atendidos, durante o período de 1992 a 1995, no Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular (COAT) da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP. Os resultados obtidos geraram informações e interpretações muito interessantes do perfil desta especialidade. Cirurgiões-dentistas e médicos aproximam-se quanto ao número de pacientes indicados ao COAT, respectivamente 38,21% e 33,09% do total. Outro resultado de importância é o baixo número de pacientes encaminhados por fonoaudiólogos (0,35%), fisioterapeutas (0,26%) e psicólogos (0,26%), considerando-se a relevante atuação que esses profissionais desempenham no atendimento de pacientes com Disfunção Craniomandibular, bem como por estarem estas áreas fortemente relacionadas aos fatores etiológicos desencadeantes destas desordens.
- **PALAVRAS-CHAVE:** Disfunção Craniomandibular; articulação temporomandibular; sinais; sintomas.

* Pós-Graduando - Nível de Doutorado em Prótese Parcial Fixa - Faculdade de Odontologia - UNESP - 12245-001 - São José dos Campos - SP.

** Prof. Assist. Dr. da Disciplina de Prótese Fixa - Faculdade de Odontologia - UNESP - 12245-001 - São José dos Campos - SP.

Introdução

Diversos estudos epidemiológicos avaliam pacientes com Disfunção Craniomandibular (DCM) quanto ao sexo e idade,^{1,19,20} ou por distribuição de sinais e sintomas,^{1,22} mas poucos analisam^{7,11} um dado interessante, que é a origem do paciente, isto é, analisar a que área pertence o profissional que os referiu ao especialista que trata de disfunção.

Ocorreu-nos a preocupação de averiguarmos o perfil de procedência de pacientes com Disfunção Craniomandibular, uma vez que essas pessoas apresentam uma diversidade bastante ampla de sinais e sintomas com uma combinação complexa.^{5,18} Considerando-se também, que a etiologia das disfunções é de caráter multifatorial, que são raras as Faculdades de Odontologia que ministram curricularmente cursos de disfunção e que há um número relativamente pequeno de profissionais que se dedicam a essa especialidade; a compreensão da origem dessas indicações será útil para informar e preparar melhor, não apenas os cirurgiões-dentistas, mas também os outros profissionais que têm contato com esse tipo de paciente.

Diante das razões mencionadas, acreditamos que os profissionais, especialistas em disfunção, devam receber indicações de pacientes semelhantes às de Centros que atuam nessa área.

Propusemo-nos a pesquisar a origem profissional da indicação de pacientes atendidos pelo Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular (COAT) da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP.

Material e método

Durante o período de 1992 a 1995, o COAT recebeu um total de 1.171 novos pacientes, desses, 926 pertenciam ao sexo feminino (79,07%). Foi possível identificar a procedência de 1.133 pacientes (96,75% do total). A grande maioria desses indivíduos são residentes em São José dos Campos, cidades vizinhas do Vale do Paraíba e sul de Minas Gerais.

Os pacientes estudados puderam ser agrupados, de acordo com sua origem, em sete diferentes categorias. Foram-nos indicados por dentistas, médicos, paramédicos (fonoaudiólogos, psicólogos e fisio-

rapeutas), assistentes sociais, pelos cirurgiões-dentistas responsáveis pelo serviço de triagem, por professores de outras disciplinas da própria Faculdade, e também por intermédio de outros pacientes.

Resultados

A distribuição da origem dos pacientes é apresentada na Tabela 1, na qual foram distribuídos, ano a ano, em valores numéricos absolutos e percentuais. Essa tabela fornece também o somatório total dos pacientes, bem como o percentual que cada grupo representa. Os pacientes indicados por médicos foram subdivididos entre aqueles que praticam otorrinolaringologia e os de outras especialidades (na Tabela a subdivisão apresenta-se em *itálico*). As indicações dos paramédicos também foram subdivididas entre fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos.

Tabela 1 – Indicação de 1.133 pacientes atendidos no Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular (COAT) da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP, durante os anos de 1992 a 1995

	1992		1993		1994		1995		Total	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
Dentistas	60	34,68	109	41,76	134	40,48	130	35,32	433	38,21
Médicos	63	36,41	69	26,43	114	34,44	129	35,05	375	33,09
<i>Otorrino</i>	35	20,23	28	10,73	42	12,68	74	20,10	179	15,79
<i>Outros</i>	28	16,18	41	15,70	72	21,71	55	14,94	196	17,29
Outras discipl.	28	16,18	55	21,07	60	18,12	63	17,11	206	18,18
Triagem	15	8,67	18	6,89	9	2,71	26	7,06	68	6,00
Outro paciente	3	1,73	5	1,91	10	3,02	12	3,36	30	2,04
Paramédicos	1	0,57	3	1,14	1	0,30	5	1,35	10	0,88
<i>Fonoaudiólogo</i>	1	0,57	1	0,38	0	0	2	0,54	4	0,35
<i>Fisioterapeuta</i>	0	0	1	0,38	0	0	2	0,54	3	0,26
<i>Psicólogo</i>	0	0	1	0,38	1	0,30	1	0,27	3	0,26
Assist. social	3	1,73	2	0,76	3	0,90	3	0,81	11	0,97
Total	173		261		331		368		1133	

A Figura 1 ilustra graficamente a distribuição percentual dos valores obtidos na Tabela 1.

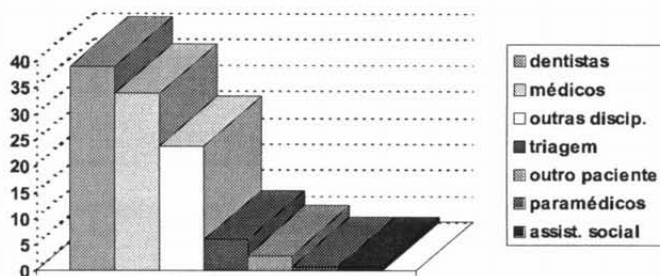


FIGURA 1 - Representação gráfica, em percentual, da indicação dos pacientes atendidos no Centro de Oclusão e Articulação Temporomandibular (COAT) da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP, durante os anos de 1992 a 1995.

Discussão

A origem dos pacientes resultou em informações bastante interessantes. Dos 1.133 pacientes analisados, 38,21% foram-nos indicados por dentistas que exercem clínica privada e prestam serviços a convênios, entidades públicas e previdenciárias e também por profissionais que trabalham em hospitais. Este trabalho não se preocupou com a especialidade que o dentista exercia, mas apenas com o fato de pertencer à classe odontológica (Tabela 1).

Heløe & Heløe,¹¹ trabalhando na Universidade de Oslo, Noruega, com 406 pacientes, obtiveram os seguintes resultados: 66% dos pacientes haviam sido referidos por dentistas, 14% por médicos, 12% por própria iniciativa e 8% por outras clínicas da Faculdade.

Butler et al.,⁷ analisando a origem de 56 pacientes, obtiveram os seguintes resultados: 40% por iniciativa própria, 28% foram enviados por dentistas, 7% por médicos e 24% por outras profissões.

Nossos achados demonstram que os médicos participaram de forma bastante significativa no encaminhamento de pacientes, 33,09%, muito próxima à indicação feita por dentistas. No ano de 1992 foi inclusive superior à da classe odontológica (36,41% médicos e 34,68% dentistas).

Agerberg & Carlsson¹ observaram que metade dos pacientes atendidos na Faculdade de Gotemburgo, Suécia, primeiramente haviam procurado por cuidados médicos.

Esses dados refletem um aspecto muito importante: os sintomas das DCMs são freqüentemente confundidos com sintomas causados por problemas de caráter sistêmico ou local, mas pertinentes a alguma especialidade médica. O paciente provavelmente não tem conhecimento que sua sintomatologia pode estar relacionada com o Aparelho Estomatognático e, portanto, procura primeiramente pelo médico. Agerberg & Carlsson¹ afirmam que os pacientes acreditam que seus sintomas não são relacionados com o aparelho mastigatório e não podem, portanto, ser solucionados por meio de tratamento odontológico.

A quantidade relevante de pacientes encaminhados por otorrinolaringologistas (15,79% do total de pacientes, ou 42,33 % dos pacientes enviados por médicos) sugere serem tais sintomas bastante freqüentes.

A DCM promove, com alguma freqüência, sintomas otológicos. Algumas justificativas para a ocorrência desses sintomas são relatadas pela literatura. Brunetti & Arcuri⁴ classificam em quatro grupos os possíveis mecanismos da inter-relação entre a sintomatologia otológica com DCM: a) ligamento maleolar e fissura petrotimpânica; b) efeitos excitatórios centrais e mecanismos neuromusculares; c) alterações funcionais da tuba auditiva; d) alterações vasculares e inflamatórias. O ligamento maleolar é considerado por Loannides & Hoogland¹⁴ como o responsável pelo desencadeamento dessa sintomatologia. Esse ligamento une a região retrodiscal ao martelo e estribo no ouvido médio. As disfunções que envolvem o disco articular poderiam, na opinião destes autores, promover uma alteração do movimento normal desses ossículos, produzindo sensações auditivas. Komori et al.,¹³ entretanto, não conseguiram reproduzir em material de dissecação a movimentação ossicular, concluindo que as evidências científicas não são conclusivas para sustentar essa teoria.

Farman et al.⁸ também enfatizam a associação de sintomas otológicos em pacientes disfuncionados. Esses autores teorizam que a origem embriológica da inervação do músculo mastigatório pterigóideo medial é a mesma do músculo tensor do tímpano, e que o músculo tensor do véu palatino é inervado por nervos sinérgicos aos da mastigação, que quando em espasmo, poderiam causar alterações da tuba auditiva.

A teoria da dor referida de Travell & Simons²³ demonstra que pontos de gatilho no músculo masséter podem causar sensação de zum-

bido, o esternocleidomastóideo e o feixe inferior do músculo pterigóideo lateral podem causar dor referida na região do ouvido e que o pterigóideo medial pode levar a sintomas relacionados à tuba auditiva.

A inflamação da região retrodiscal poderá gerar um exudato que poderá se difundir por espaços teciduais de menor resistência. Um dos trajetos possíveis localiza-se nas proximidades dos músculos esternocleidomastóideo e dos músculos e ligamentos relacionados com o processo estilóide, passando pela fascia cervical e bainha carotídea. Dissecções anatômicas, em casos de deslocamento de disco articular, mostraram a região da bainha carotídea fibrosada, proporcionando, a qualquer movimento do pescoço, uma modificação da tensão do saco endolinfático, que pode levar a uma modificação da pressão da endolinf, gerando tinido ou alguma alteração neurosensorial.^{4, 15}

Outras especialidades médicas foram responsáveis pela indicação de 17,29% do total de pacientes, ou 52,70% daqueles referidos por médicos. Os seguintes especialistas nos enviaram pacientes: ortopedista, clínico geral, reumatologista, endocrinologista, pediatra, neurologista, cirurgia geral e vascular, cardiologista, gastroenterologista e oftalmologista.

Esses dados enfatizam a grande variedade de sintomas que as disfunções podem ocasionar, e de como o paciente desconhece a presença e o potencial sintomatológico dessas alterações.

Esses resultados, vistos por um outro prisma, podem causar preocupação. Quando mal avaliados, podem ser submetidos apenas a tratamentos sintomáticos, por terapêutica medicamentosa, sem resolução dos fatores etiológicos causadores.

A nossa experiência permite afirmar a ocorrência de casos em que os efeitos colaterais de medicação sintomática causaram transtornos tão ou mais importantes do que os do quadro inicial.

A procedência de pacientes encaminhados por dentistas e médicos compreendem mais de dois terços do total de pacientes (71,30%). Esses são os casos que apresentavam, provavelmente, uma sintomatologia mais severa, pois são os indivíduos que espontaneamente procuram por tratamento específico.

O terceiro maior grupo de indicação pertence aos pacientes enviados por professores de outras disciplinas da própria Faculdade (18,18%). Esse grupo nos leva a crer que na ocorrência de pessoas com sinais e sintomas subliminares (não cognitivos) ou que a queixa principal estava relacionada a outra especialidade.

Profissionais paramédicos (fonoaudiólogos, fisioterapeutas e psicólogos) nos referiram apenas dez pacientes em quatro anos, que corresponde a 0,88% do total dos casos.

A etiologia das disfunções é tida como multifatorial e requer tratamento multi e interdisciplinar.^{2,5,9,13,16,17} Dentre os pacientes que são tratados no COAT, uma quantidade relevante de casos apresenta deglutição atípica ou parafunções de língua, lábio e bochechas. Têm sido diagnosticadas algumas dessas alterações como sendo a causa etiológica principal de DCM, e em outros casos, apenas como o seu efeito. Ambas as situações exigem normalmente o trabalho conjunto do dentista e do fonoaudiólogo.

Seria lógico, portanto, esperarmos que durante o período do estudo tivéssemos um número maior de indicações feitas por fonoaudiólogos. Podemos concluir que os pacientes não têm consciência de seus problemas fonoaudiológicos e procuram primeiramente o dentista aumentando nossa responsabilidade em diagnosticar alterações do sistema neurovegetativo, relacionados especialmente à deglutição, e conduzi-los ao tratamento necessário.

Da área de psicologia recebemos apenas três pacientes (0,26%) durante esses 4 anos, embora tenha sido amplamente enfatizado, na literatura especializada, a importância do aspecto emocional como fator etiológico predisponente ou desencadeante das DCMs.^{2,3,5,10,12,16,18,21}

Os resultados sugerem que a somatização do estresse emocional sobre a musculatura mastigatória, em pacientes que buscam unicamente por tratamento psicológico, não tem relevância em suas queixas principais ou que os profissionais dessa área devam ser informados e treinados para distinguir sinais e sintomas de disfunção, para que os pacientes possam ser atendidos de uma forma mais global.

Assistentes sociais de empresas da região, apesar de não pertencerem à área de saúde, nos referiram, curiosamente, uma quantidade de pacientes, 11 indivíduos (0,97%), ligeiramente maior do que os profissionais paramédicos.

Os resultados obtidos neste trabalho contribuem para a melhor compreensão epidemiológica das Disfunções Craniomandibulares, que resulta em uma visão mais holística de nossos pacientes, proporcionando-lhes tratamentos mais efetivos.

OLIVEIRA, W. de et al. Assessment of the reference of 1,133 patients with craniomandibular dysfunction. *Rev. Odontol. UNESP (São Paulo)*, v.26, n.2, p.507-516, 1997.

- **ABSTRACT:** We analyzed the reference of 1,133 patients treated in the Center of TMJ and dysfunction at the School of Dentistry in São José dos Campos, São Paulo, Brazil, during the period from 1992 to 1995. Dentists, as well as physicians, were the main source of patients reference, respectively with 38.21% and 33.09%. From the medical area almost 50% of the patients reached us from otorrinolaringologists, what indicates the importance of the referred otologic symptoms in CMD. The impressive low proportion of patients referred from speech therapists (0.35%), psychologists (0.26%) and physiotherapists (0.26%) was an unexpected result. It must be considered as an important find, since the participation of these areas is very common when treating craniomandibular dysfunction and could lead us to conclude that it has been overlooked for such areas.
- **KEYWORDS:** TMJ; signs; symptom; craniomandibular dysfunction.

Referências bibliográficas

- 1 AGERBERG, G., CARLSSON, G. E. Functional disorders of the masticatory system. I. Distribution of symptoms according to age and sex as judged from investigation by questionnaire. *Acta Odontol. Scand.*, v. 30, p.597-613, 1972.
- 2 AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN. *Orofacial pain: guidelines for assesment, diagnosis, and management*. 3.ed. Chicago: Quintessence, 1993. 264p.
- 3 BEHSNILIAN, V. *Oclusion & rehabilitation*. 2.ed. Montevideo: s. n., 1974. 372p.
- 4 BRUNETTI, R. F., ARCURI, H. Sintomas otológicos em disfunções craniomandibulares. In: BARROS, J. J., MELLO, R. S. *Tratamento das disfunções craniomandibulares - ATM*. São Paulo: Ed. Santos, 1995. p.154-63.
- 5 BRUNETTI, R. F., OLIVEIRA, W. Disfunção craniomandibular. *Rev. Brasil. Odonto.*, v.49, p.30-2, 1992.
- 6 _____. Diagnóstico diferencial em disfunções craniomandibulares. In: Barros, J. J., Mello R. S. *Tratamento das disfunções craniomandibulares - ATM*. São Paulo: Ed. Santos, 1995. 360p.

- 7 BUTLER, J., FOLK, L. E. A., BANT, C. L. A descriptive survey of signs and symptoms associated with the myofascial pain-dysfunction syndrome. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.9, p.635-9, 1975.
- 8 FARMAN, A. G., ESPOSITO, C. J., VEAL, S. J. Myofascial pain-dysfunction syndrome: analysis of 164 cases. *Quintessence Int.*, v.12, p.1279-85, 1982.
- 9 FRICTON, J. M., DUBNER, R. *Advances in pain and therapy*. Orofacial pain and temporomandibular disorders. New York: Raven Press, 1994. 538p.
- 10 GELB, H. *Clinical management of head, neck and TMJ pain and dysfunction*. A multi-disciplinary approach to diagnosis and treatment. Philadelphia: Saunders, 1977. 547p.
- 11 HELÖE, B., HELÖE, L. A. Characteristics of a group of patients with temporomandibular joint disorders. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, v.3, p.72-9, 1975.
- 12 HOFFMANN, D. *Herbal stress control*. 2.ed. Wellingborough: Thorsons, 1990. 192p.
- 13 KOMORI, E. et al. Disco malleolar ligament in the adult human. *Cranio*, v.4, p.299-305, 1986.
- 14 LOANNIDES, C. A., HOOGLAND, G. The disco malleolar ligament: a possible cause of subjective hearing loss in patients with temporomandibular joint dysfunction. *J. Maxillofac. Surg.*, v.11, p.227-31, 1983.
- 15 MYERS, L. J. Possible inflammatory pathways relating temporomandibular joint dysfunction to otic symptoms. *Cranio*, v.6, p.64-70, 1988.
- 16 OKESON, J. P. *Management of temporomandibular disorders and occlusion*. 2.ed. St. Louis: Mosby, 1989. 572p.
- 17 _____. *Bell's orofacial pains*. 5.ed. Chicago: Quintessence Publishing Co., 1996. 500p.
- 18 OLIVEIRA, W. *Contribuição ao estudo da frequência de sintomas subjetivos, relatados como queixa principal, por pacientes com disfunção craniomandibular*. São José dos Campos, 1992. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.
- 19 RIEDER, C. E., MARTINOFF, J. T., WILCOX, S. A. The prevalence of mandibular dysfunction. Part I: Sex and age distribution of related signs and symptoms. *J. Prosthet. Dent.*, v.50, p.81-8, 1983.
- 20 RIOLO, M. L., BRANDT, D., TENHAVE, T. R. Associations between occlusal characteristics and signs and symptoms of TMJ dysfunction in children and young adults. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.*, v.92, p.467-77, 1987.

- 21 SCHWARTZ, L. *Disorders of the temporomandibular joint*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1959. 470p.
- 22 TERVONEN, T., KNUUTTILA, M. Prevalence of signs and symptoms of mandibular dysfunction among adults aged 25, 35, 50 and 65 years in Ostrobothnia, Finland. *J. Oral Rehabil.*, v.15, p.455-63, 1988.
- 23 TRAVELL J. G., SIMONS, D. G. *Miofascial pain and dysfunction*. The trigger points manual. Baltimore: Williams & Wilkings, 1983. 740p.