

PREVALÊNCIA DE DTM EM DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS

Prevalence of TMD in different age levels

RESUMO

Introdução: Disfunção Temporomandibular (DTM) é uma doença multifatorial que pode acometer várias faixas etárias, prevalecendo entre 20 e 45 anos, porém, tem se manifestado com frequência em crianças e adolescentes. **Objetivo:** O presente estudo objetivou verificar a prevalência de sinais e sintomas de DTM em crianças e universitários. **Método:** Foram entrevistadas mães de 90 crianças entre três e sete anos de idade, e 107 universitários, com idade entre 17 e 38 anos. Os entrevistados foram divididos em dois grupos: Grupo I: Questionários enviados para as mães das crianças; Grupo II: Questionários entregues para universitários. **Resultados:** Após a análise dos questionários, foi constatada a diferença na prevalência de sintomas de disfunção entre os grupos avaliados. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois gêneros avaliados, em ambos os grupos ($p > 0,05$), no entanto, houve diferença na prevalência dos sintomas entre o grupo I e o II, referente à prevalência de dor na musculatura mastigatória, cefaléia e bruxismo ($p < 0,05$). **Conclusão:** É possível sugerir que a presença dos sintomas de DTM tornam-se mais frequentes entre os adolescentes que entre as crianças. Desse modo, o diagnóstico precoce, facilita o tratamento e evita malefícios na fase adulta.

Palavras-Chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Avaliação. Bruxismo. Cefaléia.

ABSTRACT

Introduction: Temporomandibular Dysfunction (TMD) is a multifactorial disease that may be observed in several age levels, with its higher prevalence between 20 and 45 years old; however, this dysfunction has been frequently observed in children and adolescents. **Objective:** The present study aimed to verify the prevalence of TMD signs and symptoms in children and university students. **Method:** The mothers of 90 children between three and seven years old were interviewed, along with 107 university students between 17 and 38 years old. The interviewed subjects were divided into two groups: Group I: Questionnaires administered to the children's mothers; Group II: Questionnaires administered to the university students. **Results:** It was verified through the analysis of the questionnaires a difference between the assessed groups regarding the prevalence of dysfunction symptoms. There was no statistically significant difference between genders from both groups ($p > 0,05$); nonetheless, it was verified the difference of symptom prevalence between Group I and II regarding the prevalence of pain in the masticatory musculature, headaches, and bruxism ($p < 0,05$). **Conclusion:** It is possible to suggest that the presence of TMD symptoms become more frequent among adolescents. Thus, the early diagnosis facilitates treatment and prevents malefaction during the adult phase.

Keywords: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome. Evaluation. Bruxism. Headache.

Juliana de Paiva Tosato

Mestre em Biologia Buco Dental Anatomia. Fisioterapeuta. Fisioterapia Acupuntura, SP, Brasil. E-mail: judepaivatosato@fop.unicamp.br.

Paulo Henrique Ferreira Caria

Professor Assistente Doutor. Departamento de Morfologia. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas. Av. Limeira, 901, Areião, 80215-901, Piracicaba, SP, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: P.H.F. CARIA. E-mail: phcaria@fop.unicamp.br.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Juliana de Paiva Tosato
Email: judepaivatosato@fop.unicamp.br

INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) apresenta origem multifatorial não sendo possível reconhecer um único fator etiológico desencadeante de DTM, sendo que esta é originada por associação entre fatores psicológicos, estruturais e posturais, que desequilibram a oclusão, os músculos mastigatórios e a articulação temporomandibular em si^{1,2}.

Estas disfunções são descritas, como grupo de condições orofaciais dolorosas com alterações funcionais do aparelho mastigatório, caracterizadas por sinais e sintomas clínicos, que envolvem os músculos mastigatórios, a Articulação Temporomandibular (ATM) e estruturas associadas^{3,4}.

Biasotto-Gonzalez⁵, expõe que a DTM tem sua maior prevalência entre 20 e 45 anos, sendo que até os 40 anos, a principal causa é de origem muscular, DTM miogênica, já a partir dos 40 anos, o principal fator etiológico é a degeneração articular, DTM artrogênica.

Alamoudi et al.⁶ mostraram que os distúrbios funcionais do sistema mastigatório são comuns em crianças e adolescentes, e tendem a aumentar na fase adulta. Thilander et al⁷ afirmam as DTM podem apresentar como principais fatores etiológicos hábitos parafuncionais e alterações oclusais durante a infância. Estes hábitos podem aparecer em decorrência de conflitos familiares, pressão escolar, estresse, entre outros fatores emocionais^{8,9}.

Yap¹⁰ destacam que os aspectos psicológicos exercem influência sobre a ATM. Tensão leva ao bruxismo, que inclui o ranger e ou apertar os dentes¹¹. Winocur et al¹², afirmam que alterações psicológicas como a ansiedade, pode ser causa de DTM.

Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo verificar a prevalência de sinais e sintomas de DTM em crianças e universitários.

MATERIAL E MÉTODO

Voluntários

Para a realização deste estudo de corte transversal foram entrevistadas as mães de 90 crianças entre três e sete anos de idade, sendo 49 meninas e 41 meninos e 107 universitários, sendo 75 mulheres e 32 homens, com idade entre 17 e 38 anos. Fizeram parte do estudo, todos os voluntários ou seus responsáveis, que fizeram o preenchimento correto e completo do questionário.

Material

Para obtenção das informações foi elaborado um questionário baseado no questionário preconizado por Fonseca et al¹³ e no questionário Research Diagnostic Criteria (RDC)¹⁴.

Procedimentos e Análise dos Dados

Inicialmente foram enviados dois projetos para o Co-

mitê de Ética em Pesquisa. Um projeto referente à avaliação da prevalência de sintomas de DTM em crianças enviado para o comitê de ética da Universidade de Mogi das Cruzes e o outro projeto referente à mesma avaliação em universitários, enviado ao comitê de ética da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/UNICAMP).

Antes do preenchimento dos questionários, foi explicado a todas as mães das crianças e para todos os universitários os objetivos da pesquisa, e o pesquisador responsável permaneceu com os entrevistados durante o preenchimento dos questionários, para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Os entrevistados foram divididos em dois grupos:

Grupo I: Os questionários foram enviados para as mães das crianças em duas escolas, sendo uma pública e uma particular;

Grupo II: Os questionários foram entregues para universitários de duas diferentes instituições, sendo uma Universidade estadual e uma Universidade particular.

Em seguida, os questionários foram analisados e foi utilizado o teste t para verificar se havia diferença da prevalência dos sinais e sintomas de disfunção entre os dois grupos e entre o sexo masculino e o sexo feminino.

RESULTADOS

Após a análise dos questionários, observou-se diferenças na prevalência de sintomas de disfunção entre o Grupo I (crianças) e Grupo II (jovens universitários). No Grupo I nenhuma criança apresentou dor na musculatura mastigatória, 26,53% apresentaram cefaléia, 28,57% dor no ouvido ou região da ATM, 40,81% dor na cervical, 26,53% cansaço na musculatura mastigatória ao mastigar e 24,48% bruxismo. No Grupo II, 2,66% apresentaram dor na musculatura mastigatória, 54,66% apresentaram cefaléia, 13,33% dor no ouvido ou região da ATM, 45,33% dor na cervical, 18,66% cansaço na musculatura mastigatória ao mastigar e 60% bruxismo (Gráficos 1 e 2).

Prevalência de sintomas de DTM em crianças

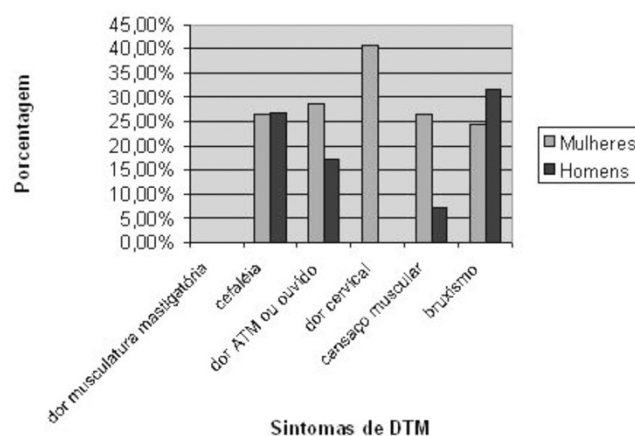


Gráfico 1. Prevalência dos sintomas de DTM no Grupo I

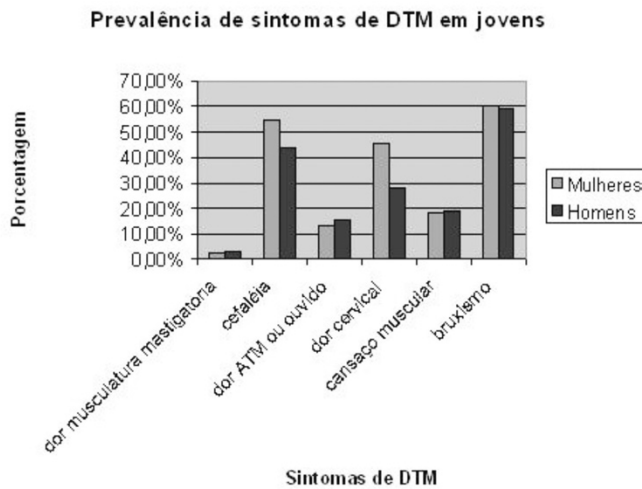


Gráfico 2. Prevalência dos sintomas de DTM no Grupo II

Quando observada a diferença da prevalência dos sintomas entre os grupos observa-se que houve diferença na prevalência de dor na musculatura mastigatória, cefaléia e bruxismo, os quais foram mais frequentes nos universitários ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1. Diferença na prevalência de sintomas de disfunção entre Grupo I e II.

Sintomas de DTM	Teste T
Dor musculatura mastigatória	0,006274
C Cefaléia	0,05396
Dor ATM ou ouvido	0,290618
Dor cervical	0,537876
Cansaço muscular	0,869487
Bruxismo	0,013052

Verificou-se maior prevalência de disfunção no sexo feminino, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos entre os grupos avaliados ($p > 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2. Diferença estatística entre o sexo masculino e o sexo feminino.

Diferença entre sexo masculino e feminino	Teste t
Diferença Homens x mulheres	0,741503
Diferença Meninos x meninas	0,200035

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa apresentaram prevalência de disfunção no sexo feminino. Embora não sejam significantes estatisticamente, tais aspectos são confirmados nas avaliações de Correia¹⁵ e Ramos¹⁶ que encontraram predomínio do sexo feminino com sinais e sintomas dessa disfunção. Do mesmo modo, Carlsson¹⁷ verificou correlações entre a DTM e influên-

cias hormonais visto que suas manifestações são mais frequentes no sexo feminino. Le Resche et al¹⁸, encontraram variações clínicas na intensidade da dor em mulheres com DTM durante o ciclo menstrual. Os autores citam que os maiores valores de dor coincidiram com o período de maiores concentrações de estrogênio.

Dentre as atividades parafuncionais do sistema mastigatório, evidenciou-se neste estudo o bruxismo, definido pela Associação Americana de Desordens do Sono, como movimento de padrão desordenado do sistema mastigatório que envolve o ranger e ou apertar os dentes¹⁹. Shinkai et al¹¹, encontrou o bruxismo excêntrico noturno presente em 28,64% das crianças entre dois e onze anos, dado semelhante ao deste estudo no qual 24,48% das meninas e 31,70% dos meninos eram bruxistas. Este pode estar relacionado com os desconfortos musculares e articulares verificados, mostrando existir uma relação causal entre o apertamento dos dentes e sinais e sintomas de Disfunção Temporomandibular, incluindo cefaléia, dor na musculatura mastigatória e dor cervical, presentes nos voluntários desta pesquisa. Estes sintomas podem ser consequência da hiperatividade muscular, citada na literatura como o fator causal mais comum de DTM, por levar a ciclo de dor-espasmo-dor^{20,21,22}.

Rugh & Harlan²³ manifestam que além da dor gerada pelos hábitos parafuncionais, é importante ressaltar que o bruxismo prolongado pode levar ao desgaste dentário, levando a alterações da ATM e tensão da musculatura mastigatória, o que pode justificar a maior prevalência de sintomas de disfunção no grupo II verificada neste estudo.

Além do hábito parafuncional, a tensão emocional e o estresse também são conhecidos como fatores etiológicos das alterações da região de cabeça e pescoço. Teixeira et al²⁴ expõe que a combinação entre tensão emocional, estresse, ansiedade e fatores psicogênicos levam a DTM. Nos voluntários avaliados, pode-se relacionar a prevalência de DTM, ao estresse do ambiente universitário e a pressão escolar nas crianças. Em ambos os grupos, os voluntários encontram-se em momentos de adaptação. As crianças entre três e sete anos estão iniciando seus estudos, conhecendo novas pessoas, passando períodos afastadas de seu ambiente conhecido no qual elas sentem-se seguras e protegidas. Os universitários deixam a rotina escolar tendo a necessidade de escolher uma profissão.

CONCLUSÃO

Observaram-se sinais e sintomas de Disfunção Temporomandibular em crianças e universitários, sendo que a prevalência de bruxismo, cefaléia e dor na musculatura mastigatória foram mais evidente no grupo II. Com isso, pode-se sugerir que se diagnosticadas precocemente, as disfunções temporomandibulares podem ser tratadas evitando maior comprometimento quando na fase adulta.

REFERÊNCIAS

1. Landulpho AB, Silva WAB, Silva FA. Análise dos ruídos articulares em pacientes com disfunção temporomandibular tratados com aparelhos interoclusais. JBA 2003; 3(10): 112-117.
2. Silva FA. Tratamento das alterações funcionais do sistema estomatognático. Revista APCD 1993; 47(3): 1055-1062.
3. Barbosa GAS. Distúrbios oclusais: associação com a etiologia ou uma consequência das disfunções temporomandibulares? JBA 2003; 3(10): 158-163.
4. Siqueira JTT, Ching LH. Dor orofacial/ATM: bases para diagnóstico clínico. Curitiba: Maio; 1999.
5. Biasotto-Gonzalez DA. Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares. São Paulo: Manole; 2005.
6. Alamoundi N, Farsi N, Salako N, Feteih R. Temporomandibular disorders among school children. J Clin Pediatr Dent 1998; 22: 323-9.
7. Thilander B, Rubio G, Pena L, Mayorga C. Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to specified stages of dental development. Angle Orthod. 2002; 72(2): 146-154.
8. Cavassani VGS, Ribeiro SG, Nemr NK, Greco AM, Kohle J, Lehn CN. Hábitos orais de sucção: estudo piloto em população de baixa renda. Rev Bras Otorrinolaringologia 2003; 69(1): 106-110.
9. Hara EB, Camargo FG, Attizzani A. Sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em crianças. Rev Fac Odontol Univ São Paulo. 1998; 16: 91-102.
10. Yap AUJ. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. J, Prosthet Dent 2002; 88(5): 479-484.
11. Shinkai RSA, Santos LM, Nobre MS. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntricos noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. Rev Fac Odontol Univ São Paulo 1998; 12(1): 29-37.
12. Winocur E, Emodi-Periman A, Finkelstein T, Sharabi-Ventura Y, Gavish A. Do temporomandibular disorders really exist? Refuat Hopeh Vehashinayim 2003; 20(1): 62-68.
13. Fonseca DM. Disfunção craniomandibular (DCM): diagnóstico pela anamnese. [Dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo; 1992.
14. Dworkin SF, Le Resche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications critique. J Craniomandib Disord. 1992; 6: 302-355.
15. Correia FAS. Prevalência da sintomatologia nas disfunções da articulação temporomandibular e suas relações com idade, sexo e perdas dentais. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1991.
16. Ramos HAD. Sinais e sintomas das disfunções dolorosas da articulação temporomandibular. Odonto Cad Doc. 1992; 34(2): 252-255.
17. Carlsson G, Le Resche L. Epidemiology of temporomandibular disorders. In: Sessle B, Bryant P, Dionne R. Progress in pain research and management. IASP Press 1995; 211-226.
18. LeResche L, Mancl L, Sherman JJ, Gandara B, Dworkin SF. Changes in temporomandibular pain and other symptoms across the menstrual cycle. Pain 2003; 106: 253-261.
19. Okeson JP. Dor orofacial guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessense; 1998.
20. Okeson JP. Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares. São Paulo: Artes Médicas; 1992.
21. Kampe T. Reported symptoms and clinical finding in a group of subjects with longstanding bruxing behaviour. J Oral Rehabil. 1997; 24(8): 581-587.
22. Inoue-Minakuchi M. Intramuscular haemodynamic responses to different duration of sustained extension in normal human masseter. Arch Oral Biol 2001; 46(7): 661-666.
23. Rugh JD, Harlan J. Nocturnal bruxism and temporomandibular disorders. Adv Neurol. 1988; 49: 329-341.
24. Teixeira ACB, Marcucci G, Luz JGC. Prevalência das maloclusões e dos índices anamnésicos e clínicos em pacientes com disfunção da articulação temporomandibular. Rev Odontol Univ São Paulo. 1999; 13(3): 251-256.