

PREVALÊNCIA DE DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR (DTM) EM PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESES TOTAIS DUPLAS, PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS E UNIVERSITÁRIOS

PREVALENCE OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDER SYMPTOMS IN COMPLETE DENTURES, REMOVABLE PARTIAL DENTURE PATIENTS AND UNIVERSITY STUDENTS

Ricardo SHIBAYAMA¹
Alício Rosalino GARCIA²
Paulo Renato Junqueira ZUIM³

RESUMO

Este trabalho avaliou os sinais e sintomas da desordem temporomandibular (DTM) através de um índice anamnético através de uma amostra de 240 pacientes compostos por três grupos: pacientes portadores de dentaduras completas, prótese parcial removível e estudantes universitários.

UNITERMOS: Transtornos da articulação temporomandibular; síndrome da disfunção da articulação temporomandibular ; articulação temporomandibular (atm); oclusão dentária.

INTRODUÇÃO

As desordens craniomandibulares (DCMs) ou temporomandibulares (DTMs) apresentam determinados problemas clínicos que afetam o sistema estomatognático provocando alterações na articulação temporomandibular e na musculatura mastigatória, através de sinais e sintomas que incomodam e muitas vezes incapacitam os indivíduos portadores destas sintomatologias. A desordem temporomandibular (DTM) é caracterizada pela existência de quatro sinais e sintomas principais que são: a dor, a sensibilidade muscular, o estalo da articulação temporomandibular (ATM) e limitação dos movimentos da mandíbula. A etiologia das desordens temporomandibulares (DTM) é ainda bastante controversa e discutida entre os profissionais da área da saúde (dentistas, médicos e fisioterapeutas). Existe uma associação de fatores predisponentes que podem aumentar o risco da presença das DTMs. GREENE e LASKIN⁸ (1983) classifica os fatores etiológicos em três categorias: fatores predisponentes (incluem uma mistura de variáveis morfológicas, fisiológicas, psicológicas e ambientais que aumentam a suscetibilidade para o

desenvolvimento do problema); fatores precipitantes (incluem várias combinações de trauma, tensão, hiperfunção e falhas dos fatores inibidores naturais, que levam ao surgimento dos sintomas); e fatores perpetuadores (incluem baixa capacidade curativa, incapacidade de controlar os fatores etiológicos, ganhos secundários com a doença e efeitos negativos de tratamento inadequados). A identificação precoce dos sinais e sintomas das DTMs se faz necessário para evitar complicações futuras, dessa maneira tratamentos mais complexos e muitas vezes desnecessários.

Segundo FONSECA et al.⁵ (1994), no Brasil, além do ensino odontológico nesta área ser deficitário, por não possuir programas educacionais adequados para prover o aluno noções básicas de diagnóstico e tratamento dos pacientes com DTM, poucos trabalhos científicos sobre o assunto têm sido realizados. Não há dados precisos sobre epidemiologia e necessidade de tratamento da população brasileira. Acredita-se que devem existir aproximadamente 6 milhões de brasileiros com sinais e sintomas de DTM, sem, na maioria das vezes, ao menos saber que a doença o aflige, se há tratamento e qual o seu prognóstico.

1 - Pós-graduando em Prótese Dentária em nível de Doutorado da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

2 - Prof. Adjunto do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

3 - Prof. Assistente Dr. do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP.

A literatura científica é conflitante a respeito dos sinais e sintomas de DTMs em pacientes portadores de próteses.

GIL⁶ (1995), avaliou a gravidade dos sinais e sintomas da DTM de hemiarcos de pacientes edentados unilaterais (classe 2 de Kennedy) portadores e não portadores de prótese parcial removível (PPR) e concluiu que pacientes não portadores de PPR apresentaram grau de gravidade significativamente maior no hemiarco edentado, quando comparado com o hemiarco oposito com a presença dos elementos dentais.

GIL e NAKAMAE⁷ (1999) avaliaram a DTM em pacientes parcialmente dentados e concluíram que a utilização de PPR melhora o aspecto do quadro das DTMs. CABOT e ROBERTS³ (1984) relatam em seus estudos que um dos fatores desencadeantes das DTMs é o uso prolongado de próteses sejam elas totais ou parciais com ausência de acompanhamento clínico periódico.

MAKILA¹¹ (1979) e MAGNUSSON e CARLSSON¹⁰ (1980) relatam em seus trabalhos que os sinais e sintomas de DTM diminuem com o aumento da idade dos pacientes. AGERBERG e CARLSSON,¹ 1972, relatam o contrário dos resultados encontrados por MAKILA¹¹ (1979) e MAGNUSSON e CARLSSON¹⁰ (1980).

HELSING⁹ (1982) cita a importância da estabilidade das próteses para o não desencadeamento das DTMs. ASH² (1986) discutem em seus estudos que as mulheres apresentam maior DTMs do que os homens numa porcentagem de 5:1 (cinco mulheres para um homem). Relatam também que a dor muscular era o sintoma mais comum das DTMs conjuntamente com a limitação da movimentação mandibular e dor irradiada no pescoço e cabeça. MEYEROWITZ¹² (1975) observa que os pacientes desdentados totais apresentam alguns fatores que tornam mais complexo o estabelecimento de um diagnóstico de DTM tais como: problema psicológico pela perda dos dentes, fatores iatrogênicos por parte do profissional e problemas fonéticos.

CARLSON⁴ (1976) comprova que os pacientes portadores de prótese total não sofrem de DTM, pois estes pacientes se adaptam a uma função oral debilitada, a negligência dos clínicos gerais com relação a um exame clínico mais minucioso, e a não existência de estudos epidemiológicos que relacionem pacientes desdentados totais.

PROPOSIÇÃO

Este estudo visa avaliar e correlacionar a utilização das próteses ou não com o grau de desordem temporomandibular (DTM) utilizando-se de três grupos de pacientes: pacientes portadores de prótese total dupla, portadores de prótese parcial

removível em adultos jovens dentados, através de um índice anamnético simplificado.

MATERIAL E MÉTODO

A amostra foi constituída de 240 pacientes que foram atendidos na clínica de prótese dentária (parcial removível e total) nas clínicas da Universidade Estadual de Londrina e Universidade Estadual Paulista (Campus Araçatuba), os grupos serão divididos em três: 80 pacientes de prótese total, 80 pacientes de prótese parcial removível e 80 adultos jovens dentados. O grupo dentado foi constituído por alunos da graduação da Universidade Estadual de Londrina e Universidade Estadual Paulista (Campus Araçatuba).

Utilizou-se o índice anamnético simplificado de FONSECA et al.⁵ (1994) para a coleta dos dados. Este índice é constituído de duas partes, sendo elas: 1) anamnese e 2) exame físico. A anamnese é constituída de dados pessoais, queixa principal, história médica e questionário inicial, que tem por finalidade de permitir a obtenção de um índice anamético a partir das respostas SIM, NÃO ou ÀS VEZES, dadas as seguintes perguntas:

- 1) Sente dificuldades para abrir bem a boca?
- 2) Você sente dificuldade para movimentar sua mandíbula para os lados?
- 3) Tem cansaço/ dor muscular quando mastiga?
- 4) Sente dores de cabeça com freqüência?
- 5) Sente dor na nuca ou torcicolo?
- 6) Tem dor de ouvido ou nas regiões das articulações?
- 7) Já notou se tem ruído nas ATMs quando mastiga ou abre a boca?
- 8) Você já observou se tem o hábito como apertar e/ou ranger os dentes?
- 9) Sente que seus dentes não se articulam bem?
- 10) Você se considera uma pessoa tensa ou nervosa?

O exame físico consistirá de exame clínico específico em que se analisou os movimentos mandibulares, padrão mastigatório, hábitos parafuncionais, odontograma, análise oclusal, exame da musculatura e das ATMs seguindo os padrões estabelecidos por FONSECA et al.⁵ (1994).

Para possibilitar a classificação prévia do paciente quanto ao grau de disfunção atribuiu-se valores às 10 perguntas do questionário inicial para as quais o SIM valeria 10, o ÀS VEZES 5 e o NÃO 0. FONSECA et al.⁵ (1994), estabeleceu valores de 0-15 (não portadores de DTM), DE 20-40 (portadores de DTM leve), de 45-65 (DTM moderada) e 70-100 (DTM severa).

Obtidos os valores numéricos das questões da anamnese e do exame físico comparou-se estatisticamente os dados com o objetivo de

correlacionar a utilização das próteses ou não com o grau de disfunção craniomandibular.

RESULTADO

Foram entrevistados 240 pacientes divididos em 3 grupos de 80 pacientes: 1º grupo (pacientes dentados), 2º grupo (pacientes portadores de prótese parcial removível) e 3º grupo (pacientes portadores de prótese total). Os resultados encontram-se na Tabela 1 e Figura 1.

Tabela 1 – Prevalência da DTM em porcentagem

	sem DTM	DTM leve	DTM moderada	DTM severa
Grupo 1	52,50%	25%	20%	2,50%
Grupo 2	32,50%	47,50%	17,50%	2,50%
Grupo 3	62,25%	26,25%	11,25%	0%

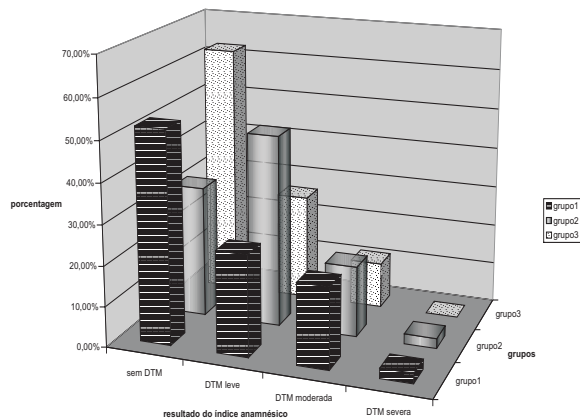


FIGURA 1 - Gráfico ilustrativo de porcentagem dos pacientes dentados, edentados portadoras de prótese parcial removível e prótese total com diferentes graus de desordem temporomandibular.

DISCUSSÃO

Há a necessidade da implantação de programas educacionais adequados que proporcionem ao aluno meios adequados e que viabilizem noções de diagnóstico e tratamento das DTMs, foi identificado durante a pesquisa falhas em algumas noções básicas de conhecimento sobre DTMs. Estas deficiências foram identificadas durante o decorrer da pesquisa indo de acordo com trabalho de FONSECA et al.,⁵ 1994.

GIL⁶(1995) e GIL e NAKAMAE⁷(1999) relatam em seus estudos que a utilização de prótese parcial removível melhora o aspecto do quadro de DTMs. No nosso trabalho observou-se que os pacientes portadores de PPR apresentaram em sua maior parte DTM leve (47,5%), apenas 2,5% apresentaram DTM severa e 17,5% DTM moderada. Foi constatado que os pacientes que apresentavam DTM severa e moderada geralmente apresentavam

próteses parciais ou totais mal adaptadas com ausência de acompanhamento clínico periódico isto é significativo de que é necessário o acompanhamento clínico periódico que visa a estabilização das próteses através de ajustes. (HELSING,⁹ 1982; CABOT e ROBERTS,³ 1984).

A literatura científica é extremamente controversa em relação a idade dos pacientes com DTMs. Foi observado que os pacientes universitários (de menor faixa etária) apresentaram maiores índices de prevalência de DTMs moderadas do que os outros grupos de maior faixa etária, achamos que isso pode ser devido a presença de contatos dentários defletivos causados por procedimentos preventivos (selantes) ou restauradores não ajustados corretamente. Nossos resultados corroboram com os resultados obtidos por MAKILA,¹¹ 1979; MAGNUSSON e CARLSSON,¹⁰ 1980 e são adversos dos resultados obtidos por RIEDER et al.¹³ 1983.

A presença de DTMs foi distribuída numa proporção de 3:1 (três mulheres para um homem) quando analisado o sexo dos pacientes apresentando uma semelhança com os achados de ASH,² 1986. Um dos fatores que podem justificar esta maior presença de DTMs nas mulheres seria o fato da mulher estar mais exposta a mudanças hormonais (ciclo menstrual) e também o fato de o homem apresentar uma musculatura mais potente quando comparada com a da feminina. A população feminina relata que o sintoma mais freqüente é a dor na cabeça que geralmente ocorre próximo do ciclo menstrual conjuntamente com a dor muscular.

Os resultados obtidos constataam que os pacientes de prótese total obtiveram um menor índice de prevalência de DTMs, isso pode ser explicado porque os pacientes portadores de prótese total se adaptam funcionalmente a uma função debilitada, visto que o organismo do indivíduo sofre injúrias que devem ser compensadas pelo próprio organismo através da propriocepção. Também é realidade que os pacientes de prótese total apresentam alguns fatores que dificultam o estabelecimento de um diagnóstico de DTM tais como: problemas psicológicos pela perda dos dentes, fatores iatrogênicos por parte dos profissionais, e problemas fonéticos. (MEYEROWITZ,¹² 1975). Todos esses fatores podem ser sanados através de um exame físico e clínico mais minucioso por parte dos profissionais e o maior interesse por parte das instituições de ensino por estudos epidemiológicos que relacionem pacientes desdentados totais.

Os nossos resultados ilustraram que houve uma prevalência menor da DTM severa (0%) nos pacientes portadores de prótese total resultado esse que vai de acordo com os resultados obtidos por CARLSON⁴ (1976) e MEYEROWITZ¹² (1975).

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos podemos afirmar que as disfunções temporomandibulares têm uma prevalência maior no grupo dos pacientes dentados, seguido dos pacientes portadores de prótese parcial removível e de prótese totais. O grupo de paciente de prótese totais foi o que apresentou os menores índices de disfunção craniomandibular seja disfunção temporomandibular leve, moderada ou severa.

ABSTRACT

This investigation evaluated the signs and symptoms of temporomandibular disorder by means of a simplified clinical interview index. A sample of 240 patients were interviewed, each consisted of 3 groups: complete denture users, removable partial denture users and graduated dental school.

UNITERMS: Temporomandibular joint disorders; temporomandibular joint dysfunction syndrome; temporomandibular joint ; dental occlusion.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - AGERBERG, G.; CARLSSON, G. E. Function 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, n. 6, p. 597-613, Dec. 1972.
- 2 - ASH, M. M. Current concepts in aetiology, diagnosis and treatment of TMJ and muscle dysfunction. **J Oral Rehabil**, v. 13, n. 1, p. 1-20, Jan. 1986.
- 3 - CABOT, L. B.; ROBERTS, B. J. Aftercare for the complete dentures patient. **Br Dent J**, v. 157, n. 2, p. 72-75, July 1984.
- 4 - CARLSON, G. E. Symptoms of mandibular dysfunction in complete dentures wearers. **J Dent**, v. 4, n. 6, p. 265-270, Nov. 1976.
- 5 - FONSECA, D. M. et al. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. **RGO**, v. 42, n. 1, p. 23-28, jan. /fev. 1994.
- 6 - GIL, C. Avaliação da severidade dos sinais e sintomas das desordens craniomandibulares (DCM) de hemiarcos de pacientes edentados unilaterais (classe II de Kennedy) portadores e não portadores de prótese parcial removível. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 9, n. 2, p. 137-144, abr/jun. 1995.
- 7 - GIL, C.; NAKAMAE, A. E. M. Avaliação das disfunções craniomandibulares em pacientes parcialmente edentados unilaterais: um estudo longitudinal sobre o efeito da utilização de prótese parcial removível. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 275-282, jul. /set. 1999.
- 8 - GREENE, C. S.; LASKIN, D. M. Long term evaluation of treatment for myofascial pain-dysfunction syndrome: a comparative analysis. **J Am Dent Assoc**, v. 107, n. 2, p. 235-238, Aug. 1983.
- 9 - HELSING, G. Functional adaptation to changes in vertical dimension. **J Prosthet Dent**, v. 52, n. 6, p. 867-870, Dec. 1982.
- 10 - MAGNUSSON, T. , CARLSSON, G. E. Treatment of patients with functional disturbances in masticatory systems: a survey of 80 consecutive patients. **Swed Dent J**, v. 4, n. 4, p. 145-153, 1980.
- 11 - MAKILA, E. Frequency of mandibular dysfunction symptom in institutionalized elderly people. **Gerodontology**, v. 25, n. 4, p. 238-243, 1979.
- 12 - MEYEROWITZ, W. Z. Myofascial pain in edentulous patient. **J Dent Assoc S. Afr**, v. 30, n. 1, p. 75-77, Jan. 1975.
- 13 - RIEDER, L. 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, n. 1, p. 81-88, July 1983.

Endereço para correspondência:

Ricardo Shibayama
Rua Cândido Betoni, 29 - Jd. Santo Antonio
Cep 86060-560 - Londrina-PR
E-mail: ricardoshibayama@hotmail.com

Recebido para publicação em 13/09/2004

Enviado para análise em 20/09/2004

Aprovado para publicação em 29/11/2004