

Disfunção temporomandibular em crianças: como diagnosticar?

Thamine Diógenes Piauilino ROSAL¹, Renan Bezerra FERREIRA²

Resumo

As disfunções temporomandibulares se manifestam comprometendo a articulação temporomandibular, os músculos que atuam na mastigação e outras estruturas. Os sintomas dessa disfunção estão presentes em crianças e adolescentes, no entanto, se comparado em adultos ocorre em menor intensidade. As DTMs em crianças têm etiologia multifatorial, e os fatores mais apresentados são fatores psicológicos, traumas, hábitos parafuncionais, fatores oclusais e sistêmicos. Os sinais e sintomas das disfunções temporomandibulares em crianças geralmente de leve intensidade e progride com a idade, sendo importante o diagnóstico precoce e a inclusão de exames em consultas de rotina. Esta revisão de literatura teve como objetivo abordar questões relacionadas às disfunções temporomandibulares (DTM) em crianças, como etiologia, salientando a importância do correto diagnóstico, visto que esses pacientes, em questão, estão em fase de desenvolvimento facial e crescimento fisiológico.

Palavras-chave: articulação temporomandibular; disfunção; criança; transtornos da articulação temporomandibular.

¹ Acadêmico do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC

² Especialista em Odontopediatria pela Unigá e Mestre pela São Leopoldo Mandic – Campinas-SP

³ Professor de Saúde Coletiva e Odontopediatria no Centro Universitário Do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC

Como citar este artigo: Rosal TDP, Ferreira RB; Principais causas e consequência das DTMs em crianças. R Odontol Planal Cent. 2019 Jan-Jun; 4(1).

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Thamine Diógenes Piauilino Rosal
Endereço: Rua 5 Lote 5 Ed. José Maria Ribeiro Apto 1304A – Águas Claras – Brasília - DF
Telefone: (61) 982650381
E-mail: thaminep@gmail.com

Categoria: Revisão de Literatura
Área: Odontopediatria

Introdução

O termo disfunção temporomandibular (DTM) faz referência a um grupo de distúrbio com características músculo-esqueléticas e neuromusculares,

envolvendo a articulação temporomandibular (ATM), os músculos da mastigação e outras estruturas associadas ao sistema estomatognático, apontada como a mais comum das causas de dor não dentária na região orofacial.^{1,2}

As disfunções temporomandibular limitam as atividades fisiológicas, os sinais e sintomas mais comumente relatados são dor na região da ATM, sensibilidade a palpação ou fadiga dos músculos da mastigação, dor de ouvido, ruídos articulares, cefaleia, sons e limitação durante o movimento mandibular e, também, desgastes dentários, variando de leves a moderados.^{3,4}

A etiologia é multifatorial e tem relação direta com fatores estruturais,

funcionais, psicológicos e hábitos posturais e parafuncionais. Não se tem conhecimento se esses fatores desencadeiam ou são coincidentes.^{3,5}

A DTM se manifesta em adultos com maior frequência, contudo, verifica-se sinais e sintomas de DTM em crianças e adolescentes em torno de 16 a 68%, além de que, muitos pacientes adultos informaram que os seus sintomas se estabeleceram durante a infância ou adolescência.^{6,7}

O diagnóstico precoce dessas disfunções assume um papel fundamental, uma vez que evita a sua progressão e possibilita a utilização, a depender do caso, de terapêutica que seja conservadora e não invasiva para a criança ou adolescente. Entre as ferramentas de avaliação da DTM estão questionários, avaliação clínicas e exames radiográficos.⁸

O objetivo desta revisão de literatura é destacar e alertar sinais e sintomas da DTM, facilitando no diagnóstico precoce, uma vez que entender sobre a articulação temporomandibular, havendo ou não disfunção, é dos importantes pilares da Odontologia.

Revisão de literatura

O sistema estomatognático (SEG) é a unidade funcional do corpo humano responsável pela mastigação, fonética e deglutição, e as suas estruturas exercem um papel importante no paladar e na respiração.

Este, é composto por articulações, ossos, ligamentos, músculos e dentes que são controlados por um complexo sistema neurológico, que os coordena e os regula.⁹

A área no lugar em que a mandíbula se articula com o crânio, a chamada articulação temporomandibular, é uma das articulações mais hermética do corpo humano. Essa articulação promove um movimento de dobradiça em um plano e é formada pelo côndilo mandibular posto dentro da fossa mandibular do osso temporal. A ATM exerce um papel essencial no corpo humano ao participar de processos como a mastigação, deglutição e fonética.⁹

As Disfunções Temporomandibulares (DTMs) compreendem-se por condições musculoesqueléticas e neuromusculares que incluem os músculos da mastigação, a ATM, e as estruturas associadas. Estas disfunções, comprometem o sistema estomatognático por inteiro, manifestando-se por meio de sinais ou sintomas que diminuem ou incapacitam as atividades do indivíduo.¹⁰

A causa da DTM é tida como multifatorial, sendo um conjunto de fatores etiológicos de origem comportamental, biológica, social, emocional e ambiental, bem como fatores cognitivos que sozinhos ou em combinação ajudam no desenvolvimento dessa patologia. É importante mencionar que os fatores etiológicos que acometem crianças e adolescentes são idênticos aqueles que ocorrem nos adultos.¹¹

Os fatores etiológicos são classificados

em predisponentes, iniciadores e perpetuantes. Os fatores predisponentes aumentam o risco das DTMs, a perda de vários dentes permanentes é um fator predisponente de DTM em adultos, mas a perda precoce de dentes decíduos parece não ser um fator predisponente e não estar associada as disfunções temporomandibulares. Os fatores iniciadores, por sua vez, são aqueles que levam ao seu aparecimento e, por fim, os fatores perpetuantes interferem com a cura ou aumentam a progressão das DTMs. O controle bem-sucedido das DTMs depende da identificação e do controle desses fatores contribuintes.⁹

Os principais sinais e sintomas apresentados são dor de ouvido, ruídos articulares, restrição da abertura da boca, fadiga muscular, dor na região da ATM, dor ao tocar os músculos da face envolvidos na mastigação, dores de cabeça e desgastes dentários.⁹ As parafunções orais, como o hábito de morder objetos e o bruxismo, também levam a um aumento da chance de a criança ter dores musculares. As maloclusões mais associadas com o aparecimento de sinais ou sintomas de DTM são o apinhamento dos dentes anteriores, a mordida profunda e a mordida cruzada posterior, e alguns pacientes têm maloclusões do tipo II de Angle.^{12,13}

O Diagnóstico das DTMs em crianças e adolescentes é semelhante ao que ocorre em adultos, fazer o diagnóstico correto é fundamental, uma vez que quando este se revela incompleto ou mesmo incorreto é uma

das principais causas das falhas no tratamento. Deverá ser feita a avaliação das DTMs para que não ocorra falhas, e para tal avaliação encontram-se anamnese, exame clínico, questionários, exames radiográficos, tomográficos ou por ressonância magnética, sendo solicitados pelo cirurgião-dentista de acordo com a necessidade de cada paciente.^{9,10}

Em vista disso, para um adequado diagnóstico o cirurgião-dentista deverá incluir as seguintes etapas:⁹⁻¹⁰

- 1- **Anamnese:** história médica e odontológica, histórico de dores faciais e traumas, relatar sobre dificuldade em executar movimentos mandibulares e hábitos parafuncionais.
- 2- **Exame clínico:** palpação da ATM e músculos da mastigação, verificar movimentos mandibulares, análise oclusal e registo de ruídos articulares.
- 3- **Exame radiográfico:** serve de auxílio de diagnóstico que deve ser utilizado quando existir história recente de trauma, desenvolvimento de assimetria facial ou quando a resposta ao tratamento conservador for negativa. Como por exemplo: radiografia panorâmica, cefalometria lateral, tomografia axial computadorizada (TAC) ou ressonância magnética.

A prevalência das DTMs em crianças se altera de acordo a como foi realizado o exame e com a idade dos pacientes. Confrontando diferentes estudos sobre a

prevalência das DTMs em crianças, foi constatado que essa disfunção varia de 9,8% a 74%, ao mesmo tempo que a dor articular varia de 18% a 70%.¹³

O gênero masculino e feminino não é indicado como sendo um fator relevante em crianças, assim como se vê em estudos com adultos, em que mulheres são mais propensas a desenvolver DTM. A influência do gênero pode estar relacionada as alterações hormonais, ainda que outros autores encontraram diferenças, mesmo que pequenas, entre os sexos. A ocorrência de DTM aumenta na adolescência, geralmente entre 13 e 19 anos, com diferença estatística entre meninas e meninos, com maior prevalência entre o sexo feminino.^{15,17}

O tratamento em crianças deve ser conservador, reversível e o mais simples possível. Os aparelhos oclusais podem ser usados para melhorar os sintomas, mas não devem gerar uma alteração definitiva na posição mandibular do paciente. Outras técnicas de terapias reversíveis são: terapias físicas, feita como calor úmido; exercícios, terapias comportamentais, massagens e técnicas de redução do estresse. Os ajustes oclusais são eficazes apenas depois dos 18 anos, visto que antes disso o adolescente ainda está em fase de crescimento e o tratamento é irreversível, podendo causar hipersensibilidade dentinária. Como terapia farmacológica é recomendado o uso de analgésicos fracos.¹⁰

Discussão

A bibliografia descreve os fatores causais das DTMs que acometem crianças como sendo idênticos aos dos adultos, como por exemplo os hábitos parafuncionais, cefaleias, estado emocional e as maloclusões.⁹

Dentre os diversos fatores que ocasionam as DTMs podemos citar as alterações comportamentais e psicológicas em crianças, as que apresentam crises emocionais tem uma maior predisposição a apresentar os sinais e sintomas das DTMs, do que quando comparado com as crianças que se apresentam em estados mais calmos, autores afirmam ainda que hábitos parafuncionais e de morder objetos aumentam a possibilidade de aparecimento de dores musculares, roer as unhas e ranger os dentes são outros sinais que estão presentes em crianças com DTM assim como o bruxismo.^{13,14,15,16}

O bruxismo por sua vez é um hábito parafuncional que intensifica a sensibilidade à palpação dos músculos mastigatórios e causa cefaleia. A relação entre as dores de cabeça e os desgaste dos dentes mostra a atividade de parafunção como um importante fator no desenvolvimento da cefaleia, já que a literatura concorda que crianças que apresentam cefaleia tenham mais sinais e sintomas de DTM.^{15,16}

A prevalência das DTMs ainda não está definida, levando em consideração a frequência de 16% a 68% entre as pesquisas avaliadas. Essa variação pode acontecer por

serem avaliados em diferentes maneiras, como também a falta concordância na resolução do diagnóstico das disfunções temporomandibulares em adolescentes e crianças.⁴

Os autores concordam com a idade em que há a tendência ao aumento dos sinais e sintomas de DTM, entretanto não tem sido comprovado nenhum método de prevenção para essa disfunção em crianças. Uma maior prevalência foi tida em adolescentes do gênero feminino após a puberdade, podendo estar ligado as variações hormonais.^{4,15,17}

A literatura concorda que o tratamento a ser feito em crianças deve ser conservador e reversível, entendendo a fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial em que elas se encontram. Já para outros pesquisadores passar um período em observação é suficiente. O surgimento precoce da disfunção temporomandibular mostra importância das consultas

odontológicas de rotina, bem como a inclusão de exames específicos para identificar crianças com risco de desenvolver futuramente as DTMs.¹⁰⁻¹³

Conclusão

A partir dos artigos que foram revisados nesse estudo, foi possível constatar na sua maioria que entre os fatores etiológicos das DTMs em crianças os mais citados foram os que fazem referência ao estado emocional e as maloclusões, como também foi descrito que os sinais e sintomas vão se intensificando com a idade. O diagnóstico deverá ser feito o mais precoce possível para que seja feito o tratamento simples e conservador buscando o alívio ou mesmo eliminar a sintomatologia aumentando a qualidade de vida da criança.

Temporomandibular dysfunction in children: how to diagnose?

Abstract

Temporomandibular dysfunctions are manifested by compromising the temporomandibular joint, muscles working in mastication, and other structures. The symptoms of this dysfunction are present in children and adolescents, however, if compared in adults occurs at lower intensity. The TMDs in children have multifactorial etiology, and the factors most presented are psychological factors, traumas, parafunctional habits, occlusal and systemic factors. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in children are generally mild and increase with age, and early diagnosis and inclusion of exams in routine visits is important. This literature review aimed to discuss issues related to temporomandibular disorders (TMD) in children, such as etiology, diagnosis and treatment, emphasizing the importance of correct diagnosis, since these patients are in the phase of facial development and physiological growth.

Descriptors: temporomandibular dysfunction; children; temporomandibular disorders; disorders of the temporomandibular joint.

Referências

1. Karibe, H., et alli. Prevalence and association of self-reported anxiety, pain, and oral parafunctional habits with temporomandibular disorders in Japanese children and adolescents: a cross sectional survey. *Biomed Central Oral Health*. (2015). Disponível em <<http://www.biomedcenter.com/1472-6831/15/8>>.
 2. Al-Khotani, A., et alli. Prevalence of diagnosed temporomandibular disorders among Saudi Arabian children and adolescents. *The Journal of Headache and Pain*. (2016). Disponível em < DOI 10.1186/s10194-016-0642-9>.
 3. Pompeu J. Disfunção craniomandibular: análise de parâmetros para a sua identificação. *J Bras Ortod e Ortop Facial*. 2000;5:37-41.
 4. Morawa AP, Loos PJ, Easton JW. Temporomandibular joint dysfunction in children and adolescents: incidence, diagnosis and treatment. *Quintessence Int*. 1985;16:771-7.
 5. Soviero VM, Gama FV, Castro LA, Bastos EP, Souza IP. Disfunção da articulação têmporo-mandibular em crianças: revisão de literatura. *JBC J Bras Odontol Clín* 1997;1:13-6.
 6. Godoy F, Rosenblatt A, Godoy-Bezerra J. Temporomandibular disorders and associated factors in Brazilian teenagers: a cross-sectional study. *Int J Prosthodont* 2007;20:599-604.
 7. Sönmez H, Sari S, Oksak Oray G, Camdeviren H. Prevalence of temporomandibular dysfunction in Turkish children with mixed and permanent dentition. *J Oral Rehabil* 2001;28:280-5.
 8. Chaves TC, Oliveira AS, Grossi DB. Main instruments for assessing temporomandibular disorders, part I: índices and questionnaires; a contribution to clinicians and researchers. *Fisioter Pesq* 2008;15:92-100.
 9. Okeson J. *Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Quintessence; 1998.
 10. American Academy of Pediatric Dentistry (2015). Guideline on acquired temporomandibular disorders in infants, children, and adolescents. *Clinical Practice Guidelines*, 37(6), pp. 272-278.
 11. Greene, C. The etiology of temporomandibular disorders: implications for treatment. *Journal of Orofacial Pain*, (2001) 15(2), 93-116
 12. Mohlin BO, Derweduwen K, Pilley R, Kingdon A, Shaw WC, Kenealy P. Malocclusion and temporomandibular disorder: a comparison of adolescents with moderate to severe dysfunction with those without signs and symptoms of temporomandibular disorder and their further development to 30 years of age. *Angle Orthod*. 2004;74:319-27
 13. Vanderas AP, Papagiannoulis L. Multifactorial analysis of the aetiology of craniomandibular dysfunction in children. *Int J Paediatr Dent*. 2002;12:336-46.
 14. Alamoudi N. Correlation between oral parafunction and temporomandibular disorders and emotional status among saudi children. *J Clin Pediatr Dent*. 2001;26:71-80.
 15. Bertoli FM, Antoniuk SA, Bruck I, Xavier GR, Rodrigues DC, Losso EM. Evaluation of the signs and symptoms of temporomandibular disorders in children with headaches. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65:251-5.
 16. Egermark-Eriksson I, Ingervall B, Carlsson GE. The dependence of mandibular dysfunction in children on functional and morphologic malocclusion. *Am J Orthod*. 1983;83:187-94.
 17. Nilsson IM, List T, Drangsholt M. Incidence and temporal patterns of temporomandibular disorder pain among Swedish adolescents. *J Orofac Pain*. 2007;21:127-32.
-