

Subdiagnóstico de Disfunção Temporomandibular como possível causa de cefaleia

Temporomandibular Disorder sub-diagnosis as a possible cause of headache

Subdiagnóstico de Disfunción Temporomandibular como posible causa de cefalea

Recebido: 04/06/2021 | Revisado: 10/06/2021 | Aceito: 12/06/2021 | Publicado: 26/06/2021

Beatriz Paiola Albrecht

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9989-618X>
Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: bialbrecht@hotmail.com

Anderson Dillmann Groto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9028-4371>
Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: andersong01@gmail.com

Alcântara Ramos de Assis César

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7390-7282>
Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: alcantara.cesar@ufpr.br

Resumo

A disfunção temporomandibular (DTM) engloba anormalidades da articulação de mesmo nome e/ou músculos da mastigação que têm como provável sintoma mais comum a cefaleia. Dessa forma, este estudo buscou comparar a prevalência de cefaleia em pacientes com diagnóstico de DTM com a prevalência populacional de DTM. A razão de prevalências (RP) foi 0,17 (IC 95% 0,05-0,52; $p < 0,001$). A principal explicação para este fenômeno foi o subdiagnóstico de DTM nestes pacientes, levando a problemas relatados na literatura como: abuso de analgésicos, maior sofrimento psicossocial, distúrbios do sono, como insônia e outras comorbidades. Portanto, profissionais de saúde que atendem pacientes com cefaleia devem considerar DTM como possível causa de dor para promover tratamento mais adequado ao paciente.

Palavras-chave: Cefaleia; Cefaleias Secundárias; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Articulação Temporomandibular.

Abstract

Temporomandibular Disorder (TMD) encompasses abnormalities in the temporomandibular joint and/or masticatory muscles having headache as the most common symptom. This study aims to compare the prevalence of TMD in headache patients with the average prevalence of TMD in population. The prevalence ratio (PR) was 0,17 (95% CI 0,05-0,52; $p < 0,01$). A major explanation for this phenomenon was underdiagnose of TMD, leading to literature related problems such as abuse of analgesics, greater psychosocial suffering, sleep disorders such insomnia and other comorbidities. Therefore, health professionals treating headache patients should consider TMD as a possible cause of pain to promote more appropriate treatment.

Keywords: Headache; Secondary Headache; Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Temporomandibular Joint.

Resumen

La disfunción temporomandibular (DTM) engloba las anomalías de la articulación del mismo nombre y/o los músculos de la masticación, cuyo síntoma más común es cefalea. Así, este estudio buscó comparar la prevalencia de cefalea en pacientes diagnosticados con DTM con la prevalencia poblacional de DTM. La razón de prevalencia (RP) fue de 0,17 (IC 95%: 0,05 – 0,52; $p < 0,001$). La principal explicación de este fenómeno fue el subdiagnóstico de DTM en estos pacientes, llevando a problemas reportados en la literatura como: abuso de analgésicos, mayor sufrimiento psicossocial, trastornos del sueño como insomnio y otras comorbilidades. Por lo tanto, los profesionales de la salud que atienden a pacientes con cefalea deben considerar el DTM como una posible causa de dolor para promover un tratamiento más adecuado para el paciente.

Palabras clave: Cefalea; Cefaleas Secundarias; Síndrome de la Disfunción de Articulación Temporomandibular; Articulación Temporomandibular.

1. Introdução

A Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (SBDOF, 2018), conceitua a disfunção temporomandibular (DTM) como anormalidades que atingem as articulações temporomandibulares (ATMs) e/ou os músculos da mastigação (masseter, temporal, pterigoide lateral e medial), tendo fator causal inespecífico, mas possuindo elementos identificáveis que podem desencadear, manter e contribuir para a dor e a disfunção.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2013), o padrão ouro para o diagnóstico da DTM é a junção da anamnese e exame físico, sendo que os exames técnicos e de imagem não possuem uma eficácia comprovada. “O diagnóstico da DTM é clínico, permitindo a história clínica fazer com rigor o diagnóstico em mais de 80 % dos casos” (Lia et al., 2014).

Portanto, a história progressiva e atual de distúrbios sistêmicos, parafuncionais e oclusais, assim como a perspectiva de seu ambiente social, são de importante valor diagnóstico, da mesma maneira que a avaliação física por meio da palpação dos músculos da face e das ATMs, da análise estática e dinâmica da mandíbula, da amplitude de abertura bucal e auscultação das ATMs (Basto et al., 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (2017), os principais sintomas da DTM estão relacionados a dores crônicas na região da mandíbula, têmporas, ATMs e/ou ouvido, podendo também se manifestar na dificuldade em abrir a boca, falar ou mastigar, e por sons nas ATMs como estalidos ou cliques. Além disso, Siqueira (2001) relata que a presença predominante do aparelho mastigatório na face faz com que doenças e disfunções que agridem dentes, maxilares, músculos da mastigação e ATMs, sejam causas potenciais de dor e de cefaleias secundárias.

Portanto, o provável sintoma mais comum da DTM é a cefaleia, sendo ela definida como qualquer dor referida no segmento cefálico, mesmo sem uma completa compreensão dessa relação (Menezes et al., 2008), visto que existem vários estudos realizados nos últimos 20 anos tentando provar a concordância entre essas duas patologias. Sendo assim, por serem frequentemente mútuas, o conhecimento da sua inter-relação é fundamental para a prevenção e/ou tratamento da população (Franco, 2008).

Quanto à cefaleia, esta é classificada de acordo com o *The International Classification of Headache Disorders* (2013), em primárias e secundárias, tendo dentro dessa divisão mais de 150 subtipos de dores de cabeça. Sendo que a cefaleia primária é aquela que tem a manifestação dolorosa como única patologia desencadeante e a secundária é aquela que advém de um fator causal pré-existência. Segundo Bordini (2018), a cefaleia é um dos sintomas mais comuns sofridos pelo ser humano e mais de 95% das pessoas terão pelo menos um episódio em algum momento da vida, sendo considerada a sétima doença mais incapacitante do mundo, atingindo aproximadamente 140 milhões de brasileiros (Faro, 2017).

Desde as primeiras descrições de DTM, feitas por Costen (1934), a cefaleia já era identificada como um de seus principais sintomas. Essa dor de cabeça apresenta algumas características específicas e frequentes como o acometimento das têmporas e do rosto, fatores de piora como o movimentar da boca (fala ou mastigação), o apertar ou cerrar de dentes e a palpação ou compressão da região das têmporas (Bonotto, 2019).

Existe um consenso no meio científico para tratamentos conservadores e reversíveis da DTM, devido à sua etiologia multifatorial e os válidos resultados positivos dessas abordagens na melhora da qualidade de vida (Sanchez et al., 2017). Além disso, o objetivo maior do tratamento é o controle da dor, a recuperação das funções do aparelho mastigatório, a reeducação do paciente e a amenização dos fatores adversos que poderiam prolongar o problema (Sociedade Brasileira De Disfunção Temporomandibular E Dor Orofacial, 2017).

Sartoretto et al. (2012), cita que “terapias inadequadas podem gerar iatrogenias, permitir a cronificação da dor, além de induzir o paciente a acreditar, equivocadamente, que sua patologia deveria ser tratada por profissional de outra especialidade”. Sendo assim, a interação entre diferentes profissionais da saúde, médicos, dentistas, fisioterapeutas e psicólogos, é essencial na

implementação de técnicas complementares com um objetivo em comum, a remissão dos sinais e sintomas da DTM (Barros, 2017).

2. Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo e retrospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná com código CAAE 33142720.8.0000.0102. O cálculo da razão de prevalência foi realizado em uma população definida (pacientes do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste - CISCOPAR, especificamente da clínica de neurologia e dos cirurgões bucomaxilofacial e protesistas dentais do Centro de Especialidades Odontológicas deste serviço), na qual verificou-se via prontuários eletrônicos e manuscritos quais pacientes apresentavam queixas relacionadas a DTM. Foi utilizado como base metodológica o trabalho de Pereira et al (2018).

A delimitação retrospectiva do estudo ocorre pelo resgate de prontuários preenchidos no período de janeiro 2019 a janeiro 2020. O CISCOPAR está inserido na vigésima regional de saúde do Paraná, localizada no município de Toledo, abrangendo uma população aproximada de 395 mil habitantes, dos quais 3.175 foram atendidos pelos profissionais anteriormente citados. Destes pacientes, foram selecionados 296 que apresentavam queixa descrita de cefaleia, sendo 285 atendidos pelo serviço de neurologia, três por cirurgões bucomaxilofaciais e oito por ambas as especialidades. Além disso, foram estudados prontuários de 44 pacientes diagnosticados com DTM.

O cálculo da razão de prevalência e intervalo de confiança foi realizado no *software RStudio*. Para verificar a associação entre as diferenças de prevalência foi utilizado teste de Fisher para cálculo do valor de p.

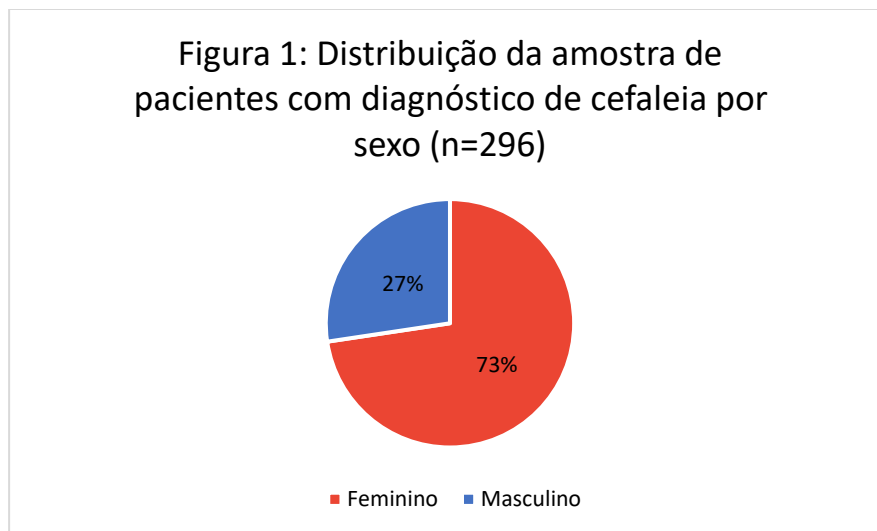
3. Resultados e Discussão

Dos 296 pacientes que apresentavam queixa de cefaleia descrita, 53 pacientes foram classificados como tendo cefaleia primária, 142 pacientes portadores de cefaleia secundária e ainda 101 contendo quadros de cefaleia que não se enquadram em nenhuma classificação, segundo o *The International Classification of Headache Disorders* (2013). De acordo com a Tabela 1 e Figura 1 observa-se que a maioria destes pacientes são mulheres (73%) e apresenta idade entre 18 e 50 anos (57%).

Tabela 1: Distribuição das idades dos participantes da pesquisa com diagnóstico de cefaleia (n=296).

Idade	Total	Porcentagem
18 - 30 anos	56	19%
31 - 40 anos	61	21%
41 - 50 anos	51	17%
51 - 60 anos	58	20%
61 - 70 anos	43	15%
71 - 80 anos	17	6%
81 - 90 anos	9	3%
Não informado	1	0,3%

Fonte: Autores (2021).



Fonte: Autores.

Além disso, apenas três (prevalência de 1,01%) destes pacientes com cefaleia apresentavam diagnóstico descrito de DTM (Tabela 2), sendo um identificado pelo médico neurologista e os demais pelo cirurgião buco maxilo facial. No entanto, sinais e sintomas como dor durante fala e/ou mastigação, sono ruim, ansiedade, zumbido e sonolência diurna excessiva, que são frequentes em pacientes com DTM, foram relatados por setenta e um pacientes (Sociedade Brasileira De Disfunção Temporomandibular E Dor Orofacial, 2018).

Pode-se verificar que dos 285 diagnósticos de cefaleia relatados pelo serviço de neurologia, apenas um apresentava quadro de DTM relacionada, já todos os três pacientes atendidos pelo setor de cirurgia bucomaxilofacial que tiveram cefaleia descrita também possuíam diagnóstico de DTM. Esses dados evidenciam uma provável relação entre ambas as patologias, que, no entanto, podem estar sendo subdiagnosticadas pelos profissionais médicos.

Outro dado importante é a maior prevalência de mulheres com queixas de cefaleia (73%) em comparação com homens. De acordo com Portinho et al (2012), elas apresentam mais sintomas relacionados à possíveis casos não diagnosticados de DTM. Dessa forma, quando não é diagnosticado corretamente a causa da cefaleia, o paciente é privado do tratamento mais adequado.

Com base nos dados obtidos na Tabela 2, a razão de prevalência (RP) de DTM, em pacientes com diagnóstico de cefaleia, na comparação com a média populacional baseado nos estudos de Sarnat e Laskin (1992), é de 0,17 (IC 95% 0,05-0,52; $p < 0,001$). Além disso, a prevalência de diagnóstico de DTM, considerando todos os pacientes atendidos por neurologistas, cirurgiões bucomaxilofaciais e protesistas é de 1,39%, também estatisticamente inferior à média populacional de sintomas associados a DTM de 6,0% ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalência, razão de prevalência na comparação com média populacional e p valor de pacientes com cefaleia associada a DTM ou isolada atendidos no CISCOPAR no período entre janeiro de 2019 e janeiro de 2020.

Característica	Pacientes com diagnóstico	Total de pacientes avaliados	Prevalência	Razão de Prevalência (IC 95%)	Valor p
DTM associada a cefaleia	3	296 ^a	1,01%	0,17 (0,05 – 0,52)	<0,001
DTM isolada	44	3175 ^b	1,39%	0,23 (0,17 – 0,31)	<0,001
Sintomas associados a DTM na população ^c	#	#	6,0%	1	Referência

^a Total de pacientes diagnosticados com cefaleia

^b Total de pacientes atendidos que deveriam ser triados para possibilidade de DTM pelos profissionais neurologistas, cirurgiões bucomaxilofaciais e protesistas

^c Dor na articulação mandibular e/ou dores faciais associadas com desordens temporomandibulares

Fonte: Autores (2021) e adaptado de Sarnat e Laskin (1992),

4. Conclusão

Como a prevalência de DTM nos pacientes diagnosticados com cefaleia foi inferior à média populacional ($p < 0,001$) (Tabela 2), pode-se inferir que possivelmente ocorre subdiagnóstico desta patologia. Essa hipótese é corroborada pelo fato do diagnóstico de DTM isolado também ser estatisticamente inferior à média populacional ($p < 0,001$). Sabendo que a DTM é causa prevalente de cefaleia, possivelmente muitos pacientes são privados dos recursos terapêuticos adequados para esta causa secundária da cefaleia, sendo tratados apenas para alívio sintomático das dores, podendo levar ao uso abusivo de analgésicos, que apresentam diversos efeitos colaterais como perda da memória, concentração, coordenação, apetite e fala (Wakerley, 2019).

5. Considerações Finais

Diante dos dados obtidos e analisados estatisticamente conforme o desenho de estudo, foi objetivado quantificar o número de diagnósticos de DTM bem como sua relação com a cefaleia. De modo a demonstrar a possibilidade do subdiagnóstico de DTM como possível causa de cefaleia secundária, nos pacientes assistidos pela Vigésima Regional de Saúde do Paraná.

Portanto, busca-se alertar os profissionais sobre a importância do reconhecimento dos seus sinais e sintomas, visando o diagnóstico correto e precoce dessa patologia ao sugerir a inclusão da DTM como uma hipótese diagnóstica em pacientes com cefaleia.

Ressalta-se também a importância de novos estudos nas grandes áreas da neurologia clínica e odontologia, relacionados à DTM e suas manifestações, em especial a cefaleia, de modo a tornar mais conhecida essa relação e suas repercussões negativas na qualidade de vida das pessoas.

Referências

- Barros, A. B. (2017) DTM – O emprego da placa oclusal x técnicas Manuais. *Edição Especial do Jornal Da SBDOF com os anais do III Congresso Brasileiro De Dor Orofacial*.
- Basto, J. M., Silva, R. A. D. A., Bastos, P. L., & Figueiredo, G. (2017). Disfunção temporomandibular: uma revisão de literatura sobre epidemiologia, sinais e sintomas e exame clínico. *Revista Da Saúde e Biotecnologia*, 1(1), 66–77.
- Bonotto, D. (2019). DOR DE CABEÇA E BRUXISMO. [HTTPS://SBCEFAEIA.COM.BR/NOTICIAS.PHP?ID=442](https://sbcefaeia.com.br/noticias.php?id=442)
- Bordini, C. A. (2018). Dor de Cabeça é Normal? Neurologista Dr. Carlos Bordini Explica. [HTTPS://SBCEFAEIA.COM.BR/NOTICIAS.PHP?ID=404](https://sbcefaeia.com.br/noticias.php?id=404)
- Costen, J. B. (1934). I. A syndrome of Ear and Sinus Symptoms Dependent upon Disturbed function of the Temporomandibular Joint. *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 43(1), 1–15. <https://doi.org/10.1177/000348943404300101>

- Faro, P. (2017). Dia Nacional do Combate à Cefaleia – 19/05. [HTTPS://SBCEFAEIA.COM.BR/NOTICIAS.PHP?ID=321](https://sbcefaeia.com.br/noticias.php?id=321)
- Franco, A. L., Godoi, D. A. de, Castanharo, S. M., & Camparis, C. M. (2008). Interação entre cefaléias e disfunção temporomandibular: uma revisão da literatura. *Revista de Odontologia Da UNESP*, 37(4), 401–406.
- International Association For The Study Of Pain (2013). FICHA TÉCNICA: ANO MUNDIAL CONTRA A DOR OROFACIAL.
- Lia, J., Júlio, R., & Mário, G. (n.d.). Disfunção Temporomandibular No Contexto Da Dor Orofacial. *Repositório Científico Do Hospital de Braga*, 1–14.
- Menezes, M. S., Bussadori, S. K., Fernandes, K. P. S., & Biasotto-Gonzalez, D. A. (2008). Correlação entre cefaléia e disfunção temporomandibular Correlation between headache and temporomandibular joint dysfunction. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15(2), 183–187.
- Pereira A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free e-book]. Santa Maria. Ed. UAB/NTE/UFSM
- Portinho, C. P., Collares, M. V. M., Faller, G. J., Fraga, M. M., & Pinto, R. D. A. (2012). Perfil Dos Pacientes Com Disfunção Temporomandibular Profile of Patients With Temporomandibular Dysfunction. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 41.
- Sanches, M. L. (2017). Avaliação da qualidade de vida em pacientes com disfunção temporomandibular submetidos a um tratamento conservador. *Edição Especial do Jornal Da SBDOF com os anais do III Congresso Brasileiro De Dor Orofacial*.
- Sarnat B. G., & Laskin D. M. (1992). THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT: A BIOLOGICAL BASIS FOR CLINICAL PRACTICE. SAUNDERS.
- Sartoretto, C. S., Dal Bello, Y., & Della Bona, A. (2012). Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a ortodontia. *RFO*, 17(3), 352–359. <https://doi.org/10.5335/rfo.v17i3.3394>
- Siqueira, J. T. T. (2001). Dor Orofacial - O Papel da Odontologia. Experiência em um Hospital Geral. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial* -, 1(2), 158–164.
- Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (2017). Manual de Regulação – Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. https://issuu.com/sbdof/docs/manual_de_rehulacao_dtm_e_dof_-_sbd
- Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (2018). Doutor, eu tenho DTM? E agora? https://issuu.com/diogo1001/docs/caderno_sbdof__1_
- The International Classification of Headache Disorders, (3rd ed.). (2013). *Cephalalgia*, 33(9), 629–808. <https://doi.org/10.1177/0333102413485658>
- Wakerley, B. R. (2019). Medication-overuse headache. *Practical Neurology*, 19(5), 399–403. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2018-002048>