

Comprometimento da articulação temporomandibular em paciente com artrite idiopática juvenil: relato de caso clínico

Temporomandibular joint impairment in a patient with juvenile idiopathic arthritis: case report

Deterioro de la articulación temporomandibular en un paciente con artritis idiopática juvenil: reporte de un caso

Recebido: 06/05/2022 | Revisado: 15/05/2022 | Aceito: 20/05/2022 | Publicado: 26/05/2022

Luiz Felipe Fernandes Gonçalves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6847-7524>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: lfelipefg@yahoo.com.br

Débora e Silva Campos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5579-8844>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: deboracampos.dsc@gmail.com

Robinson Viégas Montenegro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8253-5361>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: rvmontenegro@hotmail.com

Marcelo Augusto Oliveira de Sales

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1575-6594>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: marceloxray.sales@gmail.com

Paulo Rogério Ferreti Bonan

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4449-4343>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: pbonan@yahoo.com

André Ulisses Dantas Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1593-0174>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: andreulisses@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: O presente artigo tem como objetivo apresentar um relato de caso de paciente portadora de Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), com sequelas orofaciais e comprometimento da articulação temporomandibular (ATM). **Relato de caso:** Paciente HMM, 26 anos de idade, sexo feminino, leucoderma, compareceu ao serviço de Clínica de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da UFPB com queixa de dor facial e limitação de abertura bucal. Relatou ser portadora de AIJ, abertura bucal limitada há mais de 2 meses, histórico de sons articulares no passado, em uso de relaxante muscular e histórico de uso intenso de AINES Cox-2 seletivo. O exame extrabucal revelou limitação de abertura (22 mm), com deflexão para o lado direito, sem sintomatologia para palpação muscular e auscultação das ATMs, porém com sensibilidade lateral no lado direito durante palpação da ATM. Verificou-se alteração da oclusão em posição de máxima intercuspidação habitual, com instabilidade oclusal leve. Paciente realizou tomografia da ATM e exames sorológicos e, após avaliação clínica e laboratorial, o diagnóstico sugestivo foi de AIJ com comprometimento da ATM direita e possível deslocamento do disco articular sem redução na mesma ATM. O tratamento consistiu em aconselhamento, associado a Placa Oclusal, fisioterapia de compressas e alongamento e acompanhamento reumatológico. Após 6 meses, houve melhoria significativa na abertura bucal (22 mm para 33 mm), com controle moderado das dores. **Conclusão:** A avaliação dos pacientes deve englobar uma visão abrangente e sistêmica, com diagnóstico e tratamento realizados de maneira multidisciplinar, possibilitando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Artrite juvenil idiopática; Articulação temporomandibular; Reabilitação; Diagnóstico; Ensino em Saúde.

Abstract

Objective: This article aims to present a case report of a patient with Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA), with orofacial sequelae and impairment of the temporomandibular joint (TMJ). **Case report:** Patient HMM, 26 years old, female, Caucasian, attended the Occlusion, Temporomandibular Disorders, and Orofacial Pain Clinic service at UFPB with a complaint of facial pain and limited mouth opening. She reported having JIA, limited mouth opening for more than 2

months, joint sounds, using muscle relaxants, and a history of intensive use of NSAID selective COX-2 inhibitor. The extraoral examination revealed opening limitation (22 mm), with deflection to the right side, without symptoms for muscle palpation and TMJ auscultation, but with lateral sensitivity on the right side during TMJ palpation. There was an alteration in the occlusion in the position of maximum habitual intercuspation, with mild occlusal instability. The patient underwent TMJ tomography and serological tests and, after clinical and laboratory evaluation, the suggestive diagnosis was JIA with involvement of the Right TMJ and possible displacement of the articular disc without reduction in the same TMJ. The treatment consisted of counseling, associated with Occlusal Plaque, physiotherapy of compresses and stretching and rheumatological follow-up. After 6 months, there was a significant improvement in mouth opening (22 mm to 33 mm), with moderate pain control. Conclusion: The evaluation of patients should encompass a comprehensive and systemic view, with diagnosis and treatment performed in a multidisciplinary way, enabling their quality of life.

Keywords: Juvenile idiopathic arthritis; Temporomandibular joint; Rehabilitation; Diagnosis; Health Teaching.

Resumen

Objetivo: Este artículo tiene como objetivo presentar un reporte de caso de un paciente con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), con secuelas orofaciales y afectación de la articulación temporomandibular (ATM). **Relato de caso:** Paciente HMM, 26 años, sexo femenino, caucásico, acudió a la Clínica de Oclusión, Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la UFPB con queja de dolor facial y limitación de la apertura bucal. Refirió tener AIJ, apertura bucal limitada durante más de 2 meses, ruidos articulares, uso de relajantes musculares y antecedentes de uso intenso de AINE Cox-2 selectivos. El examen extraoral reveló limitación de apertura (22 mm), con deflexión hacia el lado derecho, sin síntomas para la palpación muscular y auscultación de la ATM, pero con sensibilidad lateral del lado derecho durante la palpación de la ATM. Existía alteración de la oclusión en la posición de máxima intercuspidadad habitual, con ligera inestabilidad oclusal. Al paciente se le realizó tomografía de ATM y estudios serológicos y, tras evaluación clínica y de laboratorio, el diagnóstico sugestivo fue AIJ con afectación de ATM Derecha y posible desplazamiento del disco articular sin reducción en la misma ATM. El tratamiento consistió en consejería, asociado a Placa Oclusal, fisioterapia de compresas y estiramientos y seguimiento reumatológico. Después de 6 meses, hubo una mejoría significativa en la apertura de la boca (22 mm a 33 mm), con control moderado del dolor. **Conclusión:** La evaluación de los pacientes debe abarcar una visión integral y sistémica, con diagnóstico y tratamiento realizados de forma multidisciplinaria, posibilitando calidad de vida.

Palabras clave: Artritis juvenil idiopática; Articulación temporomandibular; Rehabilitación; Diagnóstico; Enseñanza en Salud.

1. Introdução

Artrite Idiopática Juvenil(AIJ) é definida como uma artrite de etiologia desconhecida com início na infância, sendo a doença reumática crônica autoimune mais comum em população pediátrica (Bhatt et al., 2014). Seu diagnóstico é baseado através de uma avaliação do histórico médico, aspectos clínicos e de alterações radiográficas e laboratoriais (Abramowicz et al., 2019).

A avaliação do paciente diagnosticado com AIJ é baseada pela ocorrência de duas, das seguintes características, por pelo menos seis semanas: dor ou limitação de movimento, calor sobre a articulação, edema articular (Petty et al., 2004). Geralmente AIJ se inicia em idade inferior a 16 anos, e mulheres são mais frequentemente afetadas por AIJ do que os homens (Bhatt et al., 2014).

A AIJ está relacionada com alterações no crescimento e na maturidade óssea gerada por uma diminuição da densidade mineral, podendo impactar no crescimento da mandíbula, com comprometimento da articulação temporomandibular (ATM) (Carvalho et al., 2012). A manifestação da AIJ na ATM pode ocorrer através de um processo inflamatório, com prevalência entre 17% e 87%, dependendo do método de exame (Cedströmer et al., 2014; Stoll et al., 2012), frequentemente com ausência de sinais e sintomas clínicos (Mandall et al., 2010). O reconhecimento precoce da interferência da AIJ na ATM é fundamental para evitar efeitos deletérios no desenvolvimento facial, como crescimento mandibular restrito, ocorrência de assimetria facial, retrognatia mandibular, má oclusão, limitação de abertura incisal máxima (Granquist, 2018; Ringold & Cron, 2009) e aparência de ave (Bhatt et al., 2014).

De acordo com o número de articulações afetadas e nos achados laboratoriais específicos, há sete subtipos de AIJ classificados pela *International League of Association for Arthritis (ILAR)*: artrite sistêmica, oligoartrite (persistente ou

estendida), poliartrite (fator reumatóide positivo), poliartrite (fator reumatóide negativo), artrite psoriática, artrite relacionada com entesite e idiopática (Abramowicz et al., 2019). O envolvimento da ATM pode estar presente em todos os subtipos de AIJ (Cannizzaro et al., 2011). A inflamação isolada da ATM também está presente em alguns casos de AIJ (Hügler et al., 2017).

Por se tratar de uma enfermidade com danos no crescimento craniofacial e na ATM, tratamento da AIJ envolve uma abordagem multidisciplinar com avaliações periódicas e acompanhamento ortodôntico (Bhatt et al., 2014), sendo iniciado geralmente por medicamentos do tipo anti-inflamatórios não esteroides (AINES) (Granquist, 2018). Além disso, pela presença de comprometimento da ATM, com queixa dolorosa, pacientes com AIJ podem procurar atendimento em cirurgiões-dentistas, especialmente os que atuam na área de Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial (DOF), e o diagnóstico diferencial entre AIJ e outros tipos de DTM articulares é preponderante para o sucesso no tratamento (Macêdo et al., 2021). O objetivo deste artigo é apresentar um relato de caso de uma paciente portadora de AIJ, com sequelas orofaciais e comprometimento da ATM, demonstrando as etapas de diagnóstico e tratamento e esclarecendo aos cirurgiões-dentistas quanto à importância do diagnóstico diferencial e precoce dessas alterações.

2. Metodologia

O presente artigo se trata de um estudo qualitativo de caráter analítico descritivo, em que foi realizado procedimento de anamnese, exame físico, exame de imagem e laboratorial, sendo relatado de forma detalhada a abordagem terapêutica em uma paciente diagnosticada com AIJ, envolvimento de outras articulações, comprometimento da ATM Direita, e deslocamento do disco articular sem redução da mesma ATM. A paciente assinou o TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido), com autorização da mesma para divulgação dos dados para fins acadêmicos (Pereira, et al., 2018).

3. Relato de Caso

Paciente HMM, 26 anos de idade, feminina, leucoderma, compareceu ao serviço de Clínica de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da UFPB com queixa de dor facial e limitação de abertura bucal. (Figuras 1 e 2)

Figura 1: Paciente realizando a abertura máxima passiva, demonstrando limitação de abertura bucal e deflexão para o lado direito.



Fonte: Autores.

Figura 2: Sintomatologia apontada na região da ATM direita.



Fonte: Autores.

A paciente relatou sentir limitação de abertura bucal há mais de 2 meses, histórico de sons articulares no passado e dor na região de ATM direita. Encontrava-se medicada com um relaxante muscular (Cloridrato de Ciclobenzaprina, dose de 5 mg-1 x ao dia antes de dormir), que promoveu leve melhora das queixas. Relatou ser portadora de Artrite Idiopática Juvenil, descoberta aos 15 anos de idade, com a qual vem convivendo, porém com grande dificuldade de encontrar adequado acompanhamento médico. Relatou histórico de uso intenso de medicação AINES Cox-2 seletivos, desencorajada pelo último médico pelo risco cardiovascular associado e pela hepatite medicamentosa. O Índice Anamnésico de Fonseca (DMF), (Fonseca et al., 1994) foi utilizado para avaliar a severidade dos sintomas, consistindo de 10 questões que devem ser respondidas por um sistema de respostas triplas (“Sim”, “Às vezes” e “Não”), avaliado com pontuações correspondente (10, 5 e 0 pontos) para cada sintoma. Após a soma dos conceitos, há uma avaliação de acordo com a severidade dos sintomas (Sem DTM, DTM leve, DTM moderada ou DTM Severa) (Melo et al., 2020). Neste caso em questão, obteve-se 70 pontos, logo resultado sugestivo de DTM severa.

Em relação a possíveis fatores contribuintes para suas queixas, a paciente relatou também sono de qualidade ruim, despertando cansada. Quanto a hábitos orais e outros comportamentos parafuncionais, relatou morder lábios e bochechas.

No exame extrabucal, verificou-se alteração durante abertura e fechamento de boca com limitação de abertura bucal de 22 mm, que se encontrava com deflexão para o lado direito. A palpação muscular não acusou sintomatologia. Durante auscultação das ATMs não foram observados sons articulares. Na palpação das ATMs, foi revelada sensibilidade lateral no lado direito.

O exame oclusal demonstrou alteração da oclusão em posição de máxima intercuspidação habitual (MIH), com instabilidade oclusal leve e mordida aberta anterior de pequena magnitude. (Figura 3) Apesar disso, a paciente não relatava queixas funcionais de mastigação. A função em grupo estava presente nas guias laterais de desoclusão e desgastes dentários não estavam presentes.

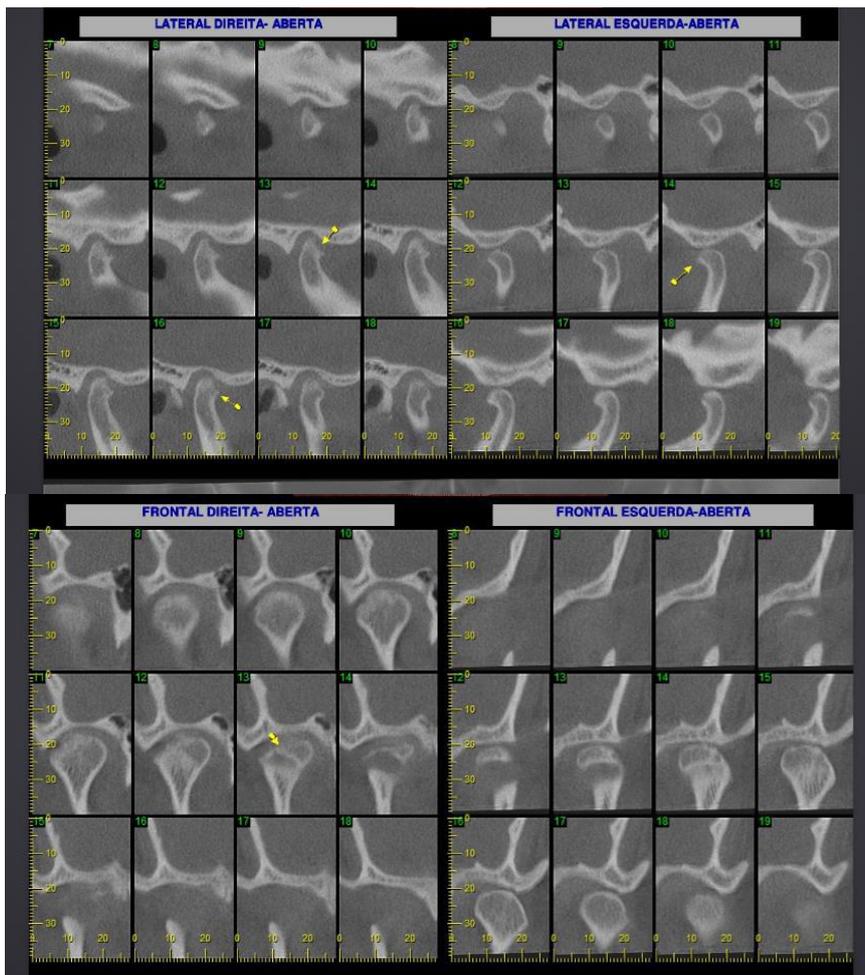
Figura 3: Vista frontal intra-oral demonstrando pequena alteração oclusal (consequência da remodelação articular).



Fonte: Autores.

Foram solicitadas tomografias das ATMs (Figura 4) e os exames sorológicos PCR e Látex, os quais demonstram alterações.

Figura 4: Exames tomográficos das ATMs dos lados direito e esquerdo.



Fonte: Autores.

Nas imagens de TCFC (tomografia computadorizada por feixe cônico – norma sagital corrigida e coronal), foram observadas alteração de morfologia e áreas de lise cortical e medular, com presença de pseudocistos subcondrais e desgaste de vertente anterior em lado direito, concomitante à presença de osteófitos bilateralmente. Verificou-se adicionalmente limitação de abertura/deslocamento mandibular, com maior severidade à direita (Hipomobilidade). Em lado esquerdo percebeu-se maior amplitude de deslocamento mandibular, entretanto com reduzido movimento translacional.

O resultado do PCR ultrasensível foi de 10,70 mg/mL (referência: 0,00 – 5,00 mg/mL), indicando manifestação exacerbada por doença inflamatória. E o resultado do exame Látex foi de 16 UI/mL (referência: menor que 8UI/mL), indicando a presença de fator reumatoide.

A partir dos exames e anamnese, o diagnóstico encontrado foi de AIJ, com envolvimento de outras articulações (poliartrite), comprometimento da ATM Direita, e deslocamento do disco articular sem redução da mesma ATM.

O tratamento proposto consistiu de aconselhamento através de autocuidado, uso de placa oclusal, realização de fisioterapia através de compressas e de alongamentos passivos, acompanhamento com reumatologista do Hospital Universitário Lauro Wanderely (HULW) e suspensão de qualquer medicação para controle da Hepatite medicamentosa.

Após 6 meses, a paciente apresentou significativo aumento da abertura bucal (22 mm para 33 mm), com controle moderado das dores.

4. Discussão

Doenças crônicas como a AIJ geram manifestações sistêmicos que impactam na saúde bucal através de danos na ATM. O envolvimento articular e periarticular ocasionado pela AIJ é começado através de alterações inflamatórias na membrana sinovial, ocasionando a sinovite (Abramowicz et al., 2019; Stoll et al., 2018). Na ATM essa fase de exsudação é caracterizada pela formação infiltrado celular, e por formação de tecido de granulação (Bhatt et al., 2014). Eventos imunopatológicos participam dessa reação inflamatória inicial, que evolui para um processo crônico da doença (Carvalho et al., 2012). O presente relato de caso, descreve uma paciente que vem tratando de sintomas da AIJ por 11 anos, com histórico de sons articulares e de dor na ATM direita há 2 meses.

A ATM pode sofrer interferência anatômicas na AIJ, e 45 % dos casos podem ser diagnosticados por alterações em radiografias panorâmicas (Arabshahi & Cron, 2006). O envolvimento da ATM pode ser subclínico, identificado com ultrassonografia e ressonância magnética (Bhatt et al., 2014). Como a ressonância magnética apresenta maior especificidade diagnóstica, as alterações musculares, cartilagosas, sinoviais e ósseas podem ser previamente investigadas no início da progressão da AIJ (Fernandes et al., 2010). No presente estudo, alterações na ATM foram observadas através de exame clínico e de tomografia computadorizada por feixe cônico (TCFC). A TCFC mostra-se um excelente método para diagnóstico de alterações ósseas em estado inicial/precoce, com alta especificidade e sensibilidade, bem como baixo risco biológico quando comparada a técnicas radiográficas convencionais. A ausência de superposição radiográfica (imagens multiplanares), bem como a possibilidade de protocolos específicos para estudos de superfícies articulares, aliada a ampla disponibilidade e facilidade de execução torna esse método importante ferramenta para diagnóstico acurado e precoce em casos de comprometimento de cabeças da mandíbula (Larheim et al., 2015). A combinação dos dois métodos de diagnóstico (clínico e radiográfico) é considerado um forte método preditivo de acometimento da ATM na AIJ (Chatzigianni et al., 2018).

Quanto aos subtipos de AIJ, em especial poliarticular e sistêmico, os pacientes podem apresentar diminuição da massa muscular, e pela atenuação da massa óssea, gerando limitações no crescimento global, e conseqüentemente da própria mandíbula (Carvalho et al., 2012). As influências mais graves quanto às alterações orofaciais são descritas no subtipo poliarticular (Fernandes et al., 2010). No exame extrabucal, foi observado que a paciente apresentava poliartrite, com

envolvimento de outras articulações do corpo, além da presença de outros sintomas sistêmicos como dor, febre e edema articular.

A presença de hábitos parafuncionais como morder língua ou lábios, mastigar gelo/pirulito, apoiar o queixo com a mão, dormir em posição lateral e apertamento de dentes tem sido associada estatisticamente com a presença de DTM pela geração de sobrecarga na ATM, havendo a necessidade de tratamento (Paulino et al., 2018). Durante anamnese, a paciente relatou morder lábios e bochechas, hábitos que podem causar efeitos deletérios nas ATMs. Corroborando com o presente relato de caso, a literatura nos descreve associação positiva entre hábitos parafuncionais e a presença de sinais e sintomas que podem estar associados à ocorrência e progressão de DTM (Karibe et al., 2015; Medeiros et al., 2011).

A ocorrência de dor crônica associada a algum tipo de dano disfuncional ou inflamação, tem interação negativa com o sono (Babiloni et al., 2020). O estado de saúde geral do paciente, e a presença de problemas cardíacos, hipertensão, diabetes, artrite, asma e problemas neurológicos podem coexistir com distúrbios do sono (Klasser et al., 2018). Essa interação foi observada no presente relato, em que a paciente narrou qualidade de sono ruim (relação sono-dor), despertando cansada e com sensação de fadiga.

As manifestações mandibulares da AIJ são observadas por lesões erosivas na região condilar, cuja prevalência observada na literatura é de aproximadamente 75% (Mandall et al., 2010), o que é corroborado como o aspecto tomográfico descrito, e por fechamento precoce da epífise óssea, ocasionada pelo uso crônico e dilatado de anti-inflamatórios esteroidais (AES) durante a fase de crescimento (Synodinos & Polyzois, 2008). Durante exame de abertura e fechamento da boca do presente relato de caso, foi verificado uma limitação de abertura bucal de 22 mm, com deflexão para o lado direito. Essa limitação de abertura da boca se torna marcante se a doença estiver em sua fase ativa (Pinto et al., 2018; Synodinos & Polyzois, 2008).

Como o côndilo mandibular (cabeça da mandíbula) é o principal sítio de crescimento da região mandibular, observa-se limitação nesse crescimento em pacientes portadores de AIJ. Dessa forma, pode haver micrognatia e/ou rotação posterior da mandíbula e conseqüente presença de mordida aberta anterior (Carvalho et al., 2012). No exame oclusal do presente relato, foi observado alteração da oclusão em posição de (MIH), com instabilidade oclusal leve e mordida aberta anterior de pequena magnitude. Esse dado corrobora com o encontrado na literatura, em que o envolvimento da ATM em pacientes com AIJ incluem limitação de abertura da boca com mordida aberta e retrognatia (Bhatt et al., 2014).

A presença de interferência na ATM em pacientes com AIJ pode ocorrer de forma igualitária, seja unilateral ou bilateral (Granquist, 2018). Caso a manifestação da AIJ na ATM seja unilateral, observa-se a presença de assimetria facial, já que haverá apenas uma área de crescimento mandibular afetada (Synodinos & Polyzois, 2008). O envolvimento bilateral da ATM geralmente está associado à retrognatia mandibular e à rotação anti-horária do terço inferior esqueleto facial (Hsieh et al., 2016). A artrite isolada da ATM para pacientes com AIJ não está bem esclarecida na literatura, sendo também considerada como sendo a reabsorção condilar idiopática (RCI) em vez de artrite da ATM (Kovalko et al., 2018). Em poucos casos relatados, a ATM foi a primeira e/ou única articulação afetada pela AIJ (Hügler et al., 2017). Foi verificada no exame extrabucal e clínico do presente relato de caso o envolvimento de outras articulações, como joelho e punho.

Fatores de risco para AIJ na ATM são início precoce da doença, presença de envolvimento poliarticular e marcação positiva imuno-histoquímica (Bhatt et al., 2014). Quanto mais cedo a doença se inicia, aumenta-se a probabilidade de aparecimento de efeitos adversos provocados pelo próprio tratamento, como também de efeitos degenerativos no desenvolvimento mandibular (Carvalho et al., 2012). A descoberta de AIJ pelo presente relato de caso de deu aos 16 anos de idade, e foram encontradas alterações nos exames sorológicos PCR e Látex, nos quais foram demonstrados estado inflamatório e presença de fator reumatóide, respectivamente. As decisões clínicas quanto à intensidade do tratamento devem ser baseadas nos níveis dos marcadores inflamatórios e no estado clínico do paciente, e concentrações basais de PCR acima de 10 mg/mL

são fatores preditivos de complicações à longo prazo (Alberdi-Saugstrup et al., 2017). A determinação de fator reumatóide através do exame Látex pode ser uma ferramenta útil no diagnóstico de AIJ por oferecer vantagens no acompanhamento da atividade e monitoramento da doença (Moore et al., 1988).

O tratamento medicamentoso para AIJ incluem AINES como Ibuprofeno, Naproxeno e por drogas antirreumáticas modificadoras de doença (DMARDs) como Hidroxicloroquina, Sulfassalazina, Metotrexato para controle da dor, rigidez, inchaço, minimizando a incapacidade funcional evitando-se danos nas articulações (Granquist, 2018). O uso de injeção intra-articular de corticosteroide é indicado para melhora na abertura incisal máxima e diminuição da inflamação (Resnick et al., 2016). No presente relato de caso, a paciente relatou ter usado AINEs e também Metotrexato por bastante tempo antes de procurar o serviço de Clínica de Oclusão, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial da UFPB. Esse pode ter sido um dos motivos pelo desenvolvimento da hepatite medicamentosa, sendo assim, a paciente foi encaminhada para acompanhamento médico do HULW.

O tratamento de AIJ visa a remissão da dor, diminuição da progressão da doença e normalização da função motora (Macêdo et al., 2021). No presente relato de caso, a paciente queixou-se de dor facial e limitação de abertura bucal, e o tratamento proposto consistiu de uma abordagem conservadora, englobando aconselhamento, uso de placa oclusal, fisioterapia a acompanhamento com reumatologista. O aconselhamento e autocuidado são considerados terapias conservadoras de baixo custo e eficazes na redução da dor e melhora dos movimentos mandibulares em indivíduos com dor orofacial (da Silva et al., 2021) e as placas oclusais são usadas há muito tempo no tratamento da osteoartrite das ATM com o objetivo de reduzir o microtrauma devido aos hábitos parafuncionais e diminuição da carga da articulação (Mejersjö & Wenneberg, 2008), sendo no caso em questão seu uso adaptado para a AIJ, com resultados satisfatórios. O manejo clínico adotado está de acordo com o observado em outros estudos, que apresentaram tratamento da AIJ envolvendo uma abordagem multidisciplinar com avaliações periódicas e acompanhamento com ortodontista, cirurgiões bucomaxilofaciais, reumatologistas, radiologistas e pediatras (Bhatt et al., 2014; Chatzigianni et al., 2018).

O sucesso no tratamento de dor orofacial deve ser pautado numa combinação de esforços entre cirurgiões-dentistas clínicos gerais, especialistas e pesquisadores, a fim de possibilitar um melhor atendimento odontológico e qualidade de vida dos pacientes que sofrem dessa condição (Costa et al., 2021). O diagnóstico diferencial entre DTM e AIJ deve ser baseado na história do paciente, exame clínico e quando houver necessidade, procedimentos de imagens. Sendo assim, há a necessidade de o cirurgião-dentista estar sempre atento a possíveis distúrbios sistêmicos na avaliação dos pacientes com Dor Orofacial. Dessa forma o profissional terá subsídio para escolha do correto plano de tratamento, pautado em uma modalidade conservadora, reversível e baseada em evidências.

5. Conclusão

Mudanças no crescimento mandibular decorrente da AIJ podem gerar alterações na região da ATM. Essas disfunções geralmente estão relacionadas à dor orofacial, assimetria da face, limitação na abertura e podem ser confundidas com outros quadros de Disfunção Temporomandibular mais comuns. O diagnóstico e tratamento devem ser realizados por uma equipe multiprofissional e com uma visão abrangente, considerando a coexistência de distúrbios sistêmicos, propiciando uma avaliação e tratamento multidisciplinar e uma melhor possibilidade de restaurar a função e a qualidade de vida dos pacientes. Mais pesquisas são necessárias a fim de se aumentar a eficiência no tratamento de todos acometidos por AIJ.

Referências

Abramowicz, S., Levy, J. M., Pahalad, S., Travers, C. D., & Angeles-Han, S. T. (2019). Temporomandibular joint involvement in children with juvenile idiopathic arthritis: a preliminary report. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 127(1), 19–23.

- Alberdi-Saugstrup, M., Zak, M., Nielsen, S., Herlin, T., Nordal, E., Berntson, L., Fasth, A., Rygg, M., & Klaus Müller. (2017). High-sensitive CRP as a predictive marker of long-term outcome in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology International*, 37(5), 695–703.
- Arabshahi, B., & Cron, R. Q. (2006). Temporomandibular joint arthritis in juvenile idiopathic arthritis: the forgotten joint. *Current Opinion in Rheumatology*, 18(5), 490–495.
- Babiloni, A. H., De Koninck, B. P., Beetz, G., De Beaumont, L., Martel, M. O., & Lavigne, G. J. (2020). Sleep and pain: recent insights, mechanisms, and future directions in the investigation of this relationship. *Journal of Neural Transmission*, 127(4), 647–660.
- Bhatt, K. H., Karjodkar, F. R., Sansare, K., & Patil, D. (2014). Juvenile idiopathic arthritis. *Contemporary Clinical Dentistry*, 5(1), 89–91.
- Cannizzaro, E., Schroeder, S., Müller, L. M., Kellenberger, C. J., & Saurenmann, R. K. (2011). Temporomandibular joint involvement in children with juvenile idiopathic arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 38(3), 510–515.
- Carvalho, R. T. De, Silva, F., Ferreira, F., Brito, F., Junior, J. C., Figueredo, C. M., & Sztajn bok, F. R. (2012). Alterações da articulação temporomandibular e suas repercussões orofaciais em pacientes portadores de artrite idiopática juvenil. *Rev Bras Reumatol*, 52(6), 907–911.
- Cedströmer, A.-L., Ahlqwist, M., Andlin-Sobocki, A., Berntson, L., Hedenberg-Magnusson, B., & Dahlström, L. (2014). Temporomandibular condylar alterations in juvenile idiopathic arthritis most common in longitudinally severe disease despite medical treatment. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 12, 43.
- Chatzigianni, A., Kyprianou, C., Papadopoulos, M. A., & Sidiropoulou, S. (2018). Dentoalveolare Merkmale bei Kindern mit juveniler idiopathischer Arthritis. *Journal of Orofacial Orthopedics*, 79(2), 133–139.
- Costa, Y. M., De Koninck, B. P., Elsaraj, S. M., Exposto, F. G., Herrero Babiloni, A., Kapos, F. P., Sharma, S., & Shimada, A. (2021). Orofacial pain education in dentistry: A path to improving patient care and reducing the population burden of chronic pain. *Journal of Dental Education*, 85(3), 349–358.
- da Silva, P. L. P., Lemos, G. A., Forte, F. D. S., & Batista, A. U. D. (2021). Tratamento da Dor Orofacial (DOF) e Disfunção Temporomandibular (DTM). In E. G. de Lucena & Y. W. Cavalcanti (Eds.), *Cuidados em saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. (1a ed., pp. 259–271). Editora UFPB.
- Fernandes, E. G. C., Guissa, V. R., Savioli, C., Siqueira, J. T. T., Valente, M., & Silva, C. A. A. da. (2010). Osteonecrose de mandíbula em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico juvenil observada em exame de imagem. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(1), 3–15.
- Fonseca, D. M. da, Bonfante, G., Valle, A. L. do, & Freitas, S. F. T. de. (1994). Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *RGO (Porto Alegre)*, 42(1), 23–28.
- Granquist, E. J. (2018). Treatment of the Temporomandibular Joint in a Child with Juvenile Idiopathic Arthritis. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 30(1), 97–107.
- Hsieh, Y.-J., Darvann, T. A., Hermann, N. V., Larsen, P., Liao, Y.-F., Bjoern-Joergensen, J., & Kreiborg, S. (2016). Facial morphology in children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis and moderate to severe temporomandibular joint involvement. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics : Official Publication of the American Association of Orthodontists, Its Constituent Societies, and the American Board of Orthodontics*, 149(2), 182–191.
- Hügler, B., Spiegel, L., Hotte, J., Wiens, S., Herlin, T., Cron, R. Q., Stoll, M. L., Vinod, S., Stoustrup, P., Pedersen, T. K., & Twilt, M. (2017). Isolated arthritis of the temporomandibular joint as the initial manifestation of juvenile idiopathic arthritis. *Journal of Rheumatology*, 44(11), 1632–1635.
- Karibe, H., Shimazu, K., Okamoto, A., Kawakami, T., Kato, Y., & Warita-Naoi, S. (2015). Prevalence and association of self-reported anxiety, pain, and oral parafunctional habits with temporomandibular disorders in Japanese children and adolescents: a cross-sectional survey. *BMC Oral Health*, 15, 8.
- Klasser, G. D., Almozino, G., & Fortuna, G. (2018). Sleep and Orofacial Pain. *Dental Clinics of North America*, 62(4), 629–656.
- Kovalko, I., Stoustrup, P., & Twilt, M. (2018). Temporomandibular Joint Involvement in Juvenile Idiopathic Arthritis: Challenges in Diagnosis, Treatment, and Outcomes. *Current Treatment Options in Rheumatology*, 4(1), 44–54.
- Larheim, T. A., Abrahamsson, A.-K., Kristensen, M., & Arvidsson, L. Z. (2015). Temporomandibular joint diagnostics using CBCT. *Dentomaxillofacial Radiology*, 44(1), 20140235.
- Macêdo, L. O., Severo, E. J. T., Silva Filho, J. M. da, Beltrão, R. T. S., Montenegro, R. V., & Batista, A. U. D. (2021). Relação entre artrite idiopática juvenil e disfunção temporomandibular: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10(3), e37410313561.
- Mandall, N. A., Gray, R., O'Brien, K. D., Baildam, E., Macfarlane, T. V., Davidson, J., Sills, J., Foster, H., Gardner-Medwin, J., Garrahy, A., Millett, D., Mattick, R., Walsh, T., & Ward, S. (2010). Juvenile idiopathic arthritis (JIA): a screening study to measure class II skeletal pattern, TMJ PDS and use of systemic corticosteroids. *Journal of Orthodontics*, 37(1), 6–15.
- Medeiros, S. P. de, Batista, A. U. D., & Forte, F. D. S. (2011). Prevalência de sintomas de disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em estudantes universitários. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol. (Online)*, 59(2), 201–208.
- Mejersjö, C., & Wenneberg, B. (2008). Diclofenac sodium and occlusal splint therapy in TMJ osteoarthritis: A randomized controlled trial. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(10), 729–738.
- Melo, A. C. R. de, Forte, F. D. S., Barbosa, G. A. S., & Batista, A. U. D. (2020). Disfunção temporomandibular e dor orofacial: classificação, epidemiologia, importância do diagnóstico e implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Evidências científicas e práticas clínicas odontológicas no âmbito do sistema único de saúde*, 1th ed.(cap. 13), 231–251.
- Moore, T. L., Dorner, R. W., Alexander, R. L., & Osborn, T. G. (1988). Enzyme linked (ELISA) immunoabsorbent assay for the detection of hidden 19S IgM rheumatoid factors in juvenile rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 15(1), 87–90.

- Paulino, M. R., Moreira, V. G., Lemos, G. A., Da Silva, P. L. P., Bonan, P. R. F., & Batista, A. U. D. (2018). Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in college preparatory students: associations with emotional factors, parafunctional habits, and impact on quality of life. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(1), 173–186.
- Petty, R. E., Southwood, T. R., Manners, P., Baum, J., Glass, D. N., Goldenberg, J., He, X., Maldonado-Cocco, J., Orozco-Alcala, J., Prieur, A.-M., Suarez-Almazor, M. E., Woo, P., & International League of Associations for Rheumatology. (2004). International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *The Journal of Rheumatology*, 31(2), 390–392.
- Pereira, A. S., et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. *UFMS*.
- Pinto, J. R. R., Pedron, I. G., Utumi, E. R., Miranda, M. E., Pinto, E. C. P., & Nucci, L. P. (2018). Temporomandibular joint disorders as the only manifestation of juvenile idiopathic arthritis: a case report. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 16(3), eRC4003.
- Resnick, C. M., Vakilian, P. M., Kaban, L. B., & Peacock, Z. S. (2016). Quantifying the Effect of Temporomandibular Joint Intra-Articular Steroid Injection on Synovial Enhancement in Juvenile Idiopathic Arthritis. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 74(12), 2363–2369.
- Ringold, S., & Cron, R. Q. (2009). The temporomandibular joint in juvenile idiopathic arthritis: frequently used and frequently arthritic. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 7, 11.
- Stoll, M. L., Amin, D., Powell, K. K., Poholek, C. H., Strait, R. H., Aban, I., Beukelman, T., Young, D. W., Cron, R. Q., & Waite, P. D. (2018). Risk Factors for Intraarticular Heterotopic Bone Formation in the Temporomandibular Joint in Juvenile Idiopathic Arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 45(9), 1301–1307.
- Stoll, M. L., Sharpe, T., Beukelman, T., Good, J., Young, D., & Cron, R. Q. (2012). Risk factors for temporomandibular joint arthritis in children with juvenile idiopathic arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 39(9), 1880–1887.
- Synodinos, P., & Polyzois, I. (2008). Oral health and orthodontic considerations in children with juvenile idiopathic arthritis: review of the literature and report of a case. *Journal of the Irish Dental Association*, 54(1), 29–36.