

Fatores relacionados a indicação de cirurgia da articulação temporomandibular em uma operadora de saúde suplementar: estudo retrospectivo e transversal

Related factors for indication of temporomandibular joint surgery in a supplementary health operator: retrospective and cross-sectional study

Tatiana Rendes Giorgetto¹, Luciane Lacerda Franco Rocha Rodrigues¹, Lidia Audrey Rocha Valadas², Antônio Sérgio Guimarães¹

DOI 10.5935/2595-0118.20220055-pt

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O número de cirurgias da articulação temporomandibular (ATM) vem crescendo nos últimos anos. O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores relacionados à indicação de cirurgia da ATM.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, retrospectivo e transversal. Foram analisadas 99 solicitações cirúrgicas para a realização da cirurgia de ATM, destinadas a uma operadora de saúde suplementar. Foram coletadas informações sobre idade, sexo, queixa principal do paciente, alteração de movimento, resultados de ressonância magnética, teste diagnóstico utilizado e terapia prévia realizada. Foram utilizados os testes T e Qui-quadrado ($\alpha=5\%$).

RESULTADOS: 85% dos pacientes avaliados eram do sexo feminino, e a média de idade entre as mulheres ($27,07\pm 6,33$) foi menor quando comparada à dos homens ($31,98\pm 9,55$) ($p=0,03$). Quase metade dos pacientes não recebeu nenhuma abordagem terapêutica antes da indicação da cirurgia. Menos de 10% das solicitações descreveram a classificação de Wilkes. Dentre os sintomas considerados para a indicação da cirurgia, destaca-se a dor na região da ATM (63,64%). A limitação do clique e da abertura

da boca estiveram entre as maiores prevalências: 52,5% e 67,7%, respectivamente.

CONCLUSÃO: Os fatores relacionados às indicações de cirurgia da ATM pelos cirurgiões bucomaxilofaciais no presente estudo não condizem com as recomendações do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF). Poucos tratamentos conservadores foram recomendados anteriormente, sendo que a maioria foi decidida sem a utilização de nenhum critério diagnóstico.

Descritores: Cirurgia bucal, Diagnóstico, Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The number of temporomandibular joint (TMJ) surgeries has been growing in recent years. The objective of this study was to evaluate the factors measured for the indication of TMJ surgery.

METHODS: This is an observational, quantitative, retrospective, cross-sectional study. A total of 99 surgical requests for TMJ surgery, assigned to a supplementary health operator, were analyzed. Information regarding age, gender, the patients' main complaint, movement alteration, magnetic resonance results, diagnostic tests used, and previous therapy performed were collected. The T-test and the Chi-squared test were used ($\alpha=5\%$).

RESULTS: 85% of patients were female, and the mean age among women (27.07 ± 6.33) was lower when compared to men (31.98 ± 9.55) ($p=0.03$). Almost half of patients did not receive any therapeutic approach prior to the surgery indication. Less than 10% of the requests described the Wilkes classification. Among the symptoms considered for the indication of surgery, pain report in the TMJ region (63.64%) stands out. The clicking and mouth opening limitation were among the highest prevalence as 52.5% and 67.7%, respectively.

CONCLUSION: The factors evaluated for the indication of TMJ surgery by oral and maxillofacial surgeons in the present study do not match the recommendations of the *Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial* (CTBMF – Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology). Few conservative treatments were previously recommended. Where the majority was decided without any diagnostic criteria.

Keywords: Diagnosis. Surgery oral. Temporomandibular joint disorders.

Tatiana Rendes Giorgetto – <https://orcid.org/0000-0002-4605-7921>;
Luciane Lacerda Franco Rocha Rodrigues – <https://orcid.org/0000-0001-5913-0713>;
Lidia Audrey Rocha Valadas – <https://orcid.org/0000-0002-3568-3089>;
Antônio Sérgio Guimarães – <https://orcid.org/0000-0003-1756-8957>.

1. Faculdade São Leopoldo Mandic, Curso de Odontologia, Laboratório de Dor Orofacial, Campinas, SP, Brasil.
2. Universidade de Buenos Aires, Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária, Buenos Aires, Argentina.

DESTAQUES

- A dor foi o principal sintoma considerado para a indicação de cirurgia da ATM.
- A maioria dos fatores avaliados para a indicação de cirurgia da ATM não corresponde às recomendações do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Oral e Maxilo-facial.
- Poucos tratamentos conservadores foram previamente recomendados.

Apresentado em 06 de maio de 2022.

Aceito para publicação em 4 de novembro de 2022.

Conflito de interesses: não há - Fontes de fomento: não há

Correspondência para:

Lidia Audrey Rocha Valadas

E-mail: lidiaavaladas@gmail.com

INTRODUÇÃO

A dor é definida, de acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor¹, como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. A presença da dor tem sido um dos principais fatores investigados para o diagnóstico de síndrome da disfunção da articulação temporomandibular (DTM) e, conseqüentemente, para a indicação de cirurgias da articulação temporomandibular (ATM)². A DTM pode ter origem muscular ou articular e em alguns casos pode envolver ambas as estruturas: músculos mastigatórios e a ATM³. Nessas situações, os sinais e sintomas clínicos são muito semelhantes e os tratamentos variam de caso para caso, mesmo quando se trata da mesma doença. A maioria dos pacientes melhora devido a uma combinação de terapias não invasivas, incluindo educação do paciente⁴, autocuidado, terapia comportamental cognitiva⁵, farmacoterapia, intervenções de fisioterapia, tratamento osteopático⁶ e dispositivos oclusais^{7,8}. Os anti-inflamatórios não esteroides e relaxantes musculares são recomendados inicialmente, e benzodiazepínicos ou antidepressivos podem ser adicionados para casos crônicos^{9,10}.

O encaminhamento até um cirurgião bucomaxilofacial para realizar cirurgias da ATM só é feito em casos específicos, quando o tratamento conservador não é indicado ou possível³. A cirurgia da ATM é um procedimento complexo que é considerado excepcional, não um procedimento eletivo, e envolve um grande potencial de complicações, especialmente no que diz respeito à inervação local e nervos faciais.

Assim, é necessário que os cirurgiões bucomaxilofaciais saibam como realizar corretamente o diagnóstico antes de encaminhar o paciente para uma cirurgia da ATM. Mesmo em casos de terapias conservadoras com prognóstico desfavorável, o quadro clínico deve ser revisto com outros colegas da área de saúde, tendo em vista eventuais comorbidades e erros de diagnóstico. O ideal é que o paciente com DTM seja avaliado e tratado por profissionais especializados em distúrbios temporomandibulares e dor orofacial para evitar cirurgias desnecessárias ou diagnósticos errôneos.

Entretanto, isso não é uma realidade no serviço odontológico. Muitos profissionais indicam uma cirurgia da ATM para pacientes com as mais diferentes disfunções, sem fazer o diagnóstico correto¹¹.

Além disso, há uma falta de dados a respeito da literatura relativa a pesquisas sobre fatores avaliados para a indicação de cirurgias da ATM realizadas por cirurgiões bucomaxilofaciais, e para analisar se esses fatores estão sendo empregados corretamente.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi analisar as principais indicações para cirurgias da ATM através do banco de dados de uma operadora de saúde suplementar, comparando-o com as recomendações do CTBME.

MÉTODOS

Este é um estudo de observação analítica retrospectiva e transversal que seguiu as recomendações do *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE).

Os dados foram coletados de uma operadora de saúde suplementar, com a análise de material referente a solicitações de cirurgia da

ATM, entre os anos de 2016 e 2019. O banco de dados é de uma operadora privada multinacional de saúde suplementar presente em mais de 70 países, com uma filial localizada em São Paulo (SP, Brasil), a qual contava com aproximadamente 40.000 segurados. As informações foram coletadas apenas no referido banco de dados e nos exames de imagem fornecidos pela empresa.

Amostragem e coleta de dados

A amostra avaliada foi composta por conveniência, sendo a mesma referente ao número de cirurgias solicitadas pelos cirurgiões bucomaxilofaciais. Trata-se de uma amostra de conveniência na qual todos os guias do banco de dados foram considerados durante o período do estudo. Um nível de significância de 5% foi considerado e uma margem de erro baseada em uma amostra de n=99 foi calculada, e a margem de erro total foi de 10%, assumindo a margem de erro da amostra.

Como apenas um pesquisador estava disponível, as variáveis foram padronizadas para reduzir o risco de enviesamento.

Para este estudo, foram incluídos clientes individuais de uma companhia de seguros, com idade entre 17 e 59 anos, de ambos os sexos, encaminhados por cirurgiões bucomaxilofaciais para a cirurgia da ATM. Foram excluídas as ordens cirúrgicas em falta ou ilegíveis.

Foi considerada a ausência ou presença dos seguintes critérios: dor; dor na ATM; dor de cabeça; dor na face; mandíbula estalando; limitação de abertura bucal; teste diagnóstico de DC; teste diagnóstico Mahan; tratamento com fisioterapia; terapia de tala interoclusal; terapia com fármacos. Os dados foram coletados e tabulados em planilhas Excel (Microsoft Corp[™], Redmond, WA, EUA).

Variáveis quantitativas

Para cada solicitação cirúrgica observada, foram avaliados os fatores relacionados com a indicação da cirurgia da ATM. Posteriormente, os dados foram analisados descritivamente (número total e porcentagens) para avaliar os principais critérios avaliados pelos cirurgiões bucomaxilofaciais e sua respectiva prevalência.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade São Leopoldo Mandic; Parecer número 3.499.562.

Análise estatística

As informações coletadas do banco de dados foram tabuladas e avaliadas pelo software GraphPad Prism 8.4 (GraphPad Prism Software Inc., San Diego, CA, EUA). O Teste T foi usado para avaliar a diferença entre a idade média e o sexo. Para avaliar os fatores associados a estalos e limitação de abertura, foi utilizado o teste Qui-quadrado. Foi assumido um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Um total de 99 pedidos cirúrgicos de pacientes encaminhados para cirurgia da ATM foram avaliados. A grande maioria (85%) dos pacientes eram do sexo feminino. A idade média dos pacientes avaliados foi de 31,29±9,55 anos e a média por sexo foi de 27,07±6,33 anos para as mulheres e 31,98±9,55 para os homens. A Tabela 1 mostra a análise descritiva dos fatores associados aos pacientes.

Entre os sintomas mais comuns relatados nos prontuários médicos, destaca-se a dor na região da ATM (63,64%), seguida de dor de ca-

Tabela 1. Avaliação descritiva dos fatores relacionados aos pacientes e queixas relatadas.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	14	14,14
Feminino	85	85,86
Dor		
Não	81	81,82
Sim	18	18,18
Dor de cabeça		
Não	73	73,14
Sim	26	26,26
Dor facial		
Não	93	93,94
Sim	6	6,06
Dor na ATM		
Não	36	36,36
Sim	63	63,64
Otalgia		
Não	90	90,91
Sim	9	9,09
Dor pré-auricular		
Não	92	92,93
Sim	7	7,07
Dor temporal		
Não	96	96,97
Sim	3	3,03
Zumbido		
Não	96	96,97
Sim	3	3,03
Bruxismo		
Não	97	97,98
Sim	2	2,02
Estalo		
Não	47	47,47
Sim	52	52,53
Limitação de abertura da boca		
Não	32	32,32
Sim	67	67,68
Travamento		
Não	98	98,99
Sim	1	1,01

beça (26,26%), otalgia (9,09%), dor facial (6,06%) e dor na região temporal (3,03%).

Com relação aos testes de imagem utilizados e aos diagnósticos obtidos no relatório de ressonância magnética, foi observado que 87,88% dos participantes tiveram algum tipo de deslocamento de disco (31% com redução unilateral, 39,4% com redução bilateral, 23,23% sem redução unilateral e 11,1% sem redução bilateral).

Quanto à classificação de Wilkes, 90,9% dos pacientes não foram classificados, enquanto apenas 5% estavam na classificação III, e 4,04% estavam na classificação IV. A análise descritiva destes fatores pode ser encontrada na tabela 2.

Tabela 2. Avaliação descritiva dos fatores relacionados ao relatório de ressonância magnética e à conduta anteriormente realizada.

Variáveis	n	%
Relatório de ressonância magnética		
Deslocamento de disco com redução unilateral		
Não	68	68,69
Sim	31	31,31
Deslocamento de disco com redução bilateral		
Não	60	60,61
Sim	39	39,39
Deslocamento de disco sem redução unilateral		
Não	76	76,77
Sim	23	23,23
Deslocamento de disco sem redução bilateral		
Não	88	88,89
Sim	11	11,11
Outro tipo de deslocamento de disco		
Não	12	12,12
Sim	87	87,88
Efusão articular unilateral		
Não	81	81,82
Sim	18	18,18
Efusão articular bilateral		
Não	75	75,76
Sim	24	24,24
Histórico cirúrgico		
Não	97	97,98
Sim	2	2,02
Classificação de imagens WILKES		
Não	90	90,91
3*	5	5,05
4**	4	4,04
Conduta terapêutica anterior		
Estimulação elétrica transcutânea do nervo		
Não	96	96,97
Sim	3	3,03
Fisioterapia		
Não	82	82,83
Sim	17	17,17
Placa oclusal		
Não	72	72,73
Sim	27	27,27
Fármacos		
Não	74	74,75
Sim	25	25,25

Em relação à abordagem terapêutica anterior relatada, apenas 3% dos pacientes foram submetidos à estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS), 17% foram submetidos a intervenções de fisioterapia, 27,3% usaram uma placa oclusal e 25,25% receberam algum tipo de tratamento farmacológico. Observa-se que quase metade (47 dos 99) dos registros médicos avaliados não relataram nenhum tipo de conduta terapêutica antes da cirurgia.

Entre os fatores incluídos no pedido cirúrgico para indicar o desempenho da cirurgia estavam: bruxismo (2,02%), presença de zumbido (3,03%), estalos (52,53%) e travamento ao abrir a boca (apenas 1 paciente). Outro fator avaliado foi a limitação da abertura bucal, presente em 67,7% dos prontuários, entretanto apenas 5 prontuários, de um total de 67, continham informações sobre as medidas de abertura (variação entre 18 e 30 mm).

A tabela 3 mostra os fatores associados à presença de estalo na amostra avaliada. A presença de dor na região da ATM e otalgia foram os únicos fatores associados à presença de estalo ($p < 0,05$). Entretanto, outros fatores como a presença de efusão articular (uni ou bilateral), deslocamento de disco com ou sem redução (unilateral ou bilateral), dor de cabeça, dor pré-auricular ou temporal, presença de zumbido e gênero não foram associados com a presença de estalo ($p > 0,05$).

A tabela 4 mostra fatores associados à presença de limitação de abertura bucal. Neste caso, somente a dor na região da ATM estava associada a esta limitação.

Tabela 3. Avaliação dos fatores associados à presença de zumbido em pacientes indicados para cirurgia da articulação temporomandibular

Variáveis	Zumbido		Valor de p (χ^2)
	Sim n (%)	Não n (%)	
Relatório de ressonância magnética			
Deslocamento de disco com redução unilateral			
Não	31 (45,59)	37 (54,41)	0,578
Sim	16 (51,61)	15 (48,39)	
Deslocamento de disco com redução bilateral			
Não	30 (50)	30 (50)	0,533
Sim	17 (43,59)	22 (56,41)	
Deslocamento de disco sem redução unilateral			
Não	36 (47,37)	40 (52,63)	0,969
Sim	11 (47,83)	12 (52,17)	
Deslocamento de disco sem redução bilateral			
Não	41 (46,59)	47 (53,41)	0,618
Sim	6 (54,55)	5 (45,53)	
Outro tipo de deslocamento de disco			
Não	4 (40)	6 (60)	0,618
Sim	43 (48,31)	46 (51,69)	
Efusão articular unilateral			
Não	39 (48,15)	42 (51,85)	0,776
Sim	8 (44,44)	10 (55,56)	
Efusão articular bilateral			
Não	34 (45,33)	41 (54,67)	0,451
Sim	13 (54,17)	11 (45,83)	

Continua...

Tabela 3. Avaliação dos fatores associados à presença de zumbido em pacientes indicados para cirurgia da articulação temporomandibular – continuação

Variáveis	Zumbido		Valor de p (χ^2)
	Sim n (%)	Não n (%)	
Relatório de ressonância magnética			
Histórico cirúrgico			
Não	45 (46,39)	52 (53,61)	0,133
Sim	2 (100)	0 (0)	
Dor na ATM			
Não	25 (69,44)	11 (30,56)	0,001*
Sim	22 (34,92)	41 (65,08)	
Otalgia			
Não	40 (44,44)	50 (55,56)	0,049*
Sim	7 (77,78)	2 (22,22)	
Dor pré-auricular			
Não	45 (48,91)	47 (51,09)	0,299
Sim	2 (28,57)	5 (71,43)	
Dor temporal			
Não	44 (45,83)	52 (54,17)	0,064
Sim	3 (100)	0 (0)	
Dor de cabeça			
Não	32 (43,84)	41 (56,16)	0,224
Sim	15 (57,69)	11 (42,31)	
Zumbido			
Não	45 (46,88)	51 (53,13)	0,499
Sim	2 (66,67)	1 (33,33)	
Sexo			
Masculino	5 (35,71)	9 (64,29)	0,342
Feminino	42 (49,41)	43 (50,59)	
Total	47 (47,47)	52 (52,53)	

Tabela 4. Avaliação dos fatores associados à presença de limitação de abertura bucal em pacientes indicados para cirurgia da articulação temporomandibular

Variáveis	Limitação de abertura bucal		Valor de p (χ^2)
	Sim n (%)	Não n (%)	
Relatório de ressonância magnética			
Deslocamento de disco com redução unilateral			
Não	23 (33,82)	45 (66,18)	0,636
Sim	9 (29,03)	22 (70,97)	
Deslocamento de disco com redução bilateral			
Não	21 (35)	39 (65)	0,480
Sim	11 (28,21)	28 (71,79)	
Deslocamento de disco sem redução unilateral			
Não	26 (34,21)	50 (65,79)	0,465
Sim	6 (26,09)	17 (73,91)	

Continua...

Tabela 4. Avaliação dos fatores associados à presença de limitação de abertura bucal em pacientes indicados para cirurgia da articulação temporomandibular – continuação

Variáveis	Limitação de abertura bucal		Valor de p (x ²)
	Sim n (%)	Não n (%)	
Relatório de ressonância magnética			
Deslocamento de disco sem redução bilateral			
Não	28 (31,82)	60 (68,18)	0,761
Sim	4 (36,36)	7 (63,64)	
Outro tipo de deslocamento de disco			
Não	10 (100)	0 (0)	0,116
Sim	71 (79,78)	18 (20,22)	
Efusão articular unilateral			
Não	27 (33,33)	54 (66,67)	0,649
Sim	5 (27,78)	13 (72,22)	
Efusão articular bilateral			
Não	24 (32)	51 (68)	0,903
Sim	8 (33,33)	16 (66,67)	
Histórico cirúrgico			
Não	31 (31,96)	66 (68,04)	0,589
Sim	1 (50)	1 (50)	
Dor na ATM			
Não	16 (44,44)	20 (55,56)	0,049*
Sim	16 (25,40)	47 (74,60)	
Otalgia			
Não	29 (32,22)	61 (67,78)	0,946
Sim	3 (33,33)	6 (66,67)	
Dor pré-auricular			
Não	30 (32,61)	62 (67,39)	0,826
Sim	2 (28,57)	5 (71,43)	
Dor temporal			
Não	32 (33,33)	64 (66,67)	0,224
Sim	0 (0)	3 (100)	
Dor de cabeça			
Não	23 (31,51)	50 (68,49)	0,771
Sim	9 (34,62)	17 (65,38)	
Zumbido			
Não	31 (32,29)	65 (67,71)	0,970
Sim	1 (33,33)	2 (66,67)	
Sexo			
Não	5 (35,71)	9 (64,29)	0,770
Sim	27 (31,76)	58 (68,24)	
Total	32 (32,32)	67 (67,68)	

DISCUSSÃO

O presente estudo transversal avaliou 99 solicitações cirúrgicas de ATM encaminhadas por cirurgiões bucomaxilofaciais entre 2016 e 2019, sendo encontrado um alto índice de tratamento cirúrgico sem um critério de diagnóstico padronizado.

O gerenciamento de desordens temporomandibulares pode variar de simples intervenções não cirúrgicas até a substituição total da articulação protética. Os cirurgiões precisam estar cientes de que a maioria dos pacientes pode ser tratada sem intervenção cirúrgica¹². Alguns autores avaliaram o conhecimento sobre as desordens temporomandibulares e fatores que podem influenciar o diagnóstico e o tratamento proposto, tais como anos de treinamento, tipo de especialização e local de graduação^{13,14}. Muitas vezes, devido à falta de informações, o clínico geral que recebe um paciente com DTM faz o encaminhamento a um cirurgião bucomaxilofacial, ao invés de um especialista em DTM. Como a educação desses profissionais em relação ao diagnóstico e às decisões de tratamento das DTM é muitas vezes limitada, e como seu treinamento é mais claramente direcionado a procedimentos mais invasivos relacionados a essa especialidade, o profissional acaba optando apenas pela abordagem invasiva, mesmo antes de tentar uma abordagem não-invasiva.

Os resultados do presente estudo estão de acordo com esta realidade. Entre as terapias descritas nos prontuários médicos com recomendação para a cirurgia da ATM estão TENS, intervenções de fisioterapia, placa e uso de fármacos. Sessenta (60) dos 99 prontuários avaliados não descreveram nenhum tratamento realizado anteriormente, o que não corresponde aos parâmetros e recomendações de procedimentos bucomaxilofaciais¹⁵.

Este estudo também avaliou fatores relacionados a presença de estalos e limitação da abertura bucal relatados nos registros médicos referidos. O estalo foi relacionado a dor na região da ATM e otalgia, o que é consistente com a literatura atual. Entretanto, embora 68% dos pacientes tivessem limitação de abertura bucal (classificada como sim e não pelo cirurgião), apenas 4 formulários descreveram a medida em milímetros. A limitação de abertura estava relacionada apenas à dor na região da ATM. Estas descobertas demonstram a limitação deste estudo em termos de coleta de dados. Apenas o que foi relatado pelo profissional na ficha médica foi utilizado para esta análise. Portanto, mencionar a possibilidade de viés de informação neste tipo de estudo é importante. Não é possível saber se a limitação de abertura descrita realmente existiu devido à falta de treinamento dos avaliadores.

Além da divergência em relação ao tratamento proposto, foi possível avaliar a importância das ferramentas de diagnóstico apresentadas. A maioria dos registros médicos continha informações sobre o relatório de ressonância magnética (apenas 7 dos 99 casos avaliados não relataram). Entre as informações contidas nos relatórios estavam deslocamento de discos com redução unilateral e bilateral (31% e 39%), deslocamento de discos sem redução unilateral e bilateral (23% e 11%) e efusão articular unilateral e bilateral (18% e 24%), justificando a cirurgia da ATM. Entretanto, sabe-se que todas as alterações mencionadas acima podem ser tratadas de forma menos invasiva ou não-invasiva, e a cirurgia é sugerida somente em casos de recidiva. Vale ressaltar que as evidências para a cirurgia são muito limitadas, principalmente aos relatos de casos clínicos e estudos retrospectivos¹⁶.

O deslocamento recorrente da ATM não é tão bem entendido como o deslocamento agudo ou crônico¹⁷. Embora geralmente descrito em populações de meia idade ou idosas, o deslocamento recorrente da ATM pode ocorrer em todas as idades, inclusive em bebês¹⁸. Sem a modalidade de tratamento ideal relatada por uma recente revisão

sistemática¹⁷, o deslocamento recorrente da ATM continua sendo um desafio de tratamento. A falta de novas evidências científicas para o tratamento do deslocamento recorrente da ATM pode ser uma das razões pelas quais os profissionais de saúde observados neste estudo recomendaram a cirurgia para esses casos. Entretanto, isso não justifica um tratamento invasivo como primeira escolha.

O uso de equipes multidisciplinares (cirurgiões bucomaxilofaciais junto com especialistas em distúrbios temporomandibulares) para o diagnóstico de distúrbios temporomandibulares deve ser encorajado para permitir que todas as opções de gerenciamento sejam devidamente discutidas em casos selecionados, em vez de indicar desnecessariamente a intervenção cirúrgica.

Mesmo com os critérios diagnósticos já definidos na literatura, os profissionais não parecem utilizá-los. No presente estudo, entre os fatores avaliados para a indicação de cirurgia da ATM estavam a dor na região orofacial (dor de cabeça, dor facial, dor na ATM, otalgia, dor pré-auricular, dor temporal), presença de zumbido e estalido, travamento e limitação da abertura bucal, e presença de bruxismo.

Como relatado anteriormente na revisão da literatura, existem outras formas menos invasivas e mais econômicas de tratar esses sinais/sintomas. Dados obtidos através de empresas de planos de saúde revelam que a cirurgia da ATM pode custar de 25 a 54 mil reais, dependendo do hospital e da equipe selecionada. Por outro lado, o tratamento conservador, que geralmente envolve uma consulta inicial e 10 outras sessões, tem um custo elevado para a empresa, tornando clara a discrepância entre o tratamento e o custo do tratamento. O presente estudo avaliou dados de pacientes que possuem plano de saúde, desta forma, o custo total do tratamento não é pago pelo paciente (reduzindo o impacto financeiro para o mesmo), porém pode causar um impacto financeiro para a empresa. Além disso, a cirurgia tem um impacto sobre a vida do paciente.

É importante enfatizar a importância do conhecimento por parte dos cirurgiões bucomaxilofaciais no diagnóstico e tratamento dos distúrbios temporomandibulares, bem como a colaboração interprofissional (envolvendo especialidades cirúrgicas e em DTM) para garantir a melhor decisão de tratamento para os pacientes, não só em relação ao custo, mas também para reduzir o impacto do tratamento na qualidade de vida dessas pessoas. No presente momento, a cirurgia da ATM é a última opção de tratamento que os profissionais devem considerar.

Assim, ao evitar que cirurgias desnecessárias sejam indicadas e ao realizar procedimentos mais conservadores, há redução nos custos para a empresa de planos de saúde e menos desconforto para o paciente.

CONCLUSÃO

Os fatores avaliados para a indicação de cirurgia da ATM pelos cirurgiões bucomaxilofaciais não correspondem às recomendações do CTBMF. Poucos tratamentos conservadores foram recomendados anteriormente, sendo que a maioria foi decidida sem que nenhum critério diagnóstico fosse utilizado.

AGRADECIMENTOS

O estudo contou com o apoio da Faculdade São Leopoldo Mandic e do serviço de tradução da LETRARE-UFC na correção do artigo.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Tatiana Rendes Giorgetto

Conceitualização, Investigação, Redação - Preparação do original

Luciane Lacerda Franco Rocha Rodrigues

Conceitualização, Redação - Revisão e Edição, Validação

Lidia Audrey Rocha Valadas

Redação - Revisão e Edição, Validação

Antônio Sérgio Guimarães

Aquisição de financiamento, Redação - Revisão e Edição, Visualização

REFERÊNCIAS

1. International Association for the Study of Pain - IASP. [online]. 2020. <http://www.iasp-pain.org>
2. Gonçalves DA, Camparis CM, Speciali JG, Franco AL, Castanharo SM, Bigal ME. Temporomandibular disorders are differentially associated with headache diagnoses: a controlled study. *Clin J Pain*. 2011;27(7):611-5.
3. Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Am Fam Physician*. 2015;91(15):378-86.
4. Nagata K, Hori S, Mizuhashi R, Yokoe T, Atsumi Y, Nagai W, Goto M. Efficacy of mandibular manipulation technique for temporomandibular disorders patients with mouth opening limitation: a randomized controlled trial for comparison with improved multimodal therapy. *J Prosthodont Res*. 2019;63(2):202-9.
5. Durá-Ferrandis E, Ferrando-García M, Galdón-Garrido MJ, Andreu-Vaillo Y. Confirming the mechanisms behind cognitive-behavioural therapy effectiveness in chronic pain using structural equation modeling in a sample of patients with temporomandibular disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2017;24(6):1377-83.
6. Easterbrook S, Keys J, Talsma J, Pierce-Talsma S. Osteopathic manipulative treatment for temporomandibular disorders. *J Am Osteopath Assoc*. 2019;119(6):e29-e-30.
7. Al-Ani MZ, Davies SJ, Gray RJ, Sloan P, Glenn AM. Stabilisation splint therapy for temporomandibular pain dysfunction syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD002778.
8. Fricton J, Look JO, Wright E, Alencar FG Jr, Chen H, Lang M, Ouyang W, Velly AM. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating intraoral orthopedic appliances for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 2010;24(3):237-54.
9. Herman CR, Schiffman EL, Look JO, Rindal DB. The effectiveness of adding pharmacologic treatment with clonazepam or cyclobenzaprine to patient education and self-care for the treatment of jaw pain upon awakening: a randomized clinical trial. *J Orofac Pain*. 2002;16(1):64-70.
10. Ta LE, Dionne RA. Treatment of painful temporomandibular joints with a cyclooxygenase-2 inhibitor: a randomized placebo-controlled comparison of celecoxib to naproxen. *Pain*. 2004;111(1-2):13-21.
11. De Rossi SS, Greenberg MS, Liu F, Steinkeler A. Temporomandibular disorders: evaluation and management. *Med Clin North Am*. 2014;98(6):1353-84.
12. Cohen JR. The importance of using a specific diagnosis in evaluating and treating TMD. *Cranio*. 2019;37(5):275-7.
13. Reissmann DR, Behn A, Schierz O, List T, Heydecke G. Impact of dentists' years since graduation on management of temporomandibular disorders. *Clin Oral Investig*. 2015;19(9):2327-36.
14. Gnauck M, Magnusson T, Ekberg EC. Knowledge and competence in temporomandibular disorders among Swedish general dental practitioners and dental hygienists. *Acta Odontol Scand*. 2017;75(6):429-36.
15. Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery- CTBMF. [online]. 2020. <https://www.bucomaxilo.org.br/>
16. Tocaciu S, McCullough MJ, Dimitroulis G. Surgical management of recurrent TMJ dislocation--a systematic review. *Oral Maxillofac Surg*. 2019;23(1):35-45.
17. de Almeida VL, Vitorino Nde S, Nascimento AL, da Silva Júnior DC, de Freitas PH. Stability of treatments for recurrent temporomandibular joint luxation: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016;45(3):304-7.
18. Painatt JM, Veeraghavan R, Puthalath U. Temporomandibular joint dislocation in an 18-month-old child. *Contemp Clin Dent*. 2017;8(1):155-7.

