

Diagnóstico dos subtipos de disfunção temporomandibular em uma população que busca atendimento especializado

Diagnosis of temporomandibular dysfunction subtypes in a population seeking specialized care.

Ludmila Maria Alves e Silva¹, Luciana e Silva Nobre¹, Luciane Lacerda Franco Rocha Rodrigues¹, Lidia Audrey Rocha Valadas², Thiago Bezerra Leite³, Antônio Sérgio Guimarães¹

DOI 10.5935/2595-0118.20230008-pt

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O objetivo do presente estudo foi avaliar a frequência dos subtipos de disfunção temporomandibular (DTM) em indivíduos que buscaram atendimento especializado, identificando os subtipos da DTM, se muscular e/ou articular, além de relacionar cada subtipo com variáveis como sexo e faixa etária.

MÉTODOS: Neste contexto, após uma triagem, foram selecionados 270 indivíduos na cidade de Fortaleza/CE, com faixa etária entre 18 anos e 70 anos de idade. Todos os indivíduos foram avaliados por meio do instrumento *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD).

RESULTADOS: Entre os 267 pacientes, 88,7% (n = 237) foram do sexo feminino e 11,3% (n = 30) do masculino, com média de idade de 42 ± 11,8 anos. Neste estudo evidenciou-se a predominância de DTM articular/muscular (51,7%; n = 138), seguida de indivíduos com DTM somente muscular (47,5%; n = 127) e por último a articular (0,8%; n = 2). Não foram identificadas correlações importantes (p > 0,05), segundo o teste qui-quadrado, quando comparados os subtipos de DTM com as variáveis gênero e idade. Ao relacionar o diagnóstico com o subtipo de DTM, evidenciou-se que a mialgia bilateral foi a mais prevalente na DTM muscular (n = 100; 37,4%) e articular/muscular (n =

112; 41,9%). As demais variáveis não apontaram significância estatística nem correlação moderada ou forte.

CONCLUSÃO: Nesta pesquisa, foram encontrados todos os tipos de DTM, havendo um claro predomínio da DTM do tipo articular/muscular, seguida da somente muscular, especialmente em indivíduos do gênero feminino e de idade entre 39 e 48 anos.

Descritores: Diagnóstico, Disfunção temporomandibular, Frequência.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The goal of the present study was to assess the frequency of temporomandibular disorders (TMD) subtypes in individuals that search for specialized care, identifying the subtypes of TMD, muscular and/or articular, in addition to relating each subtype with variables such as gender and age.

METHODS: In this context, after a screening, 270 individuals, aged between 18 and 70 years, were selected. All data were acquired using the *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) instrument.

RESULTS: Among the 267 patients, 88.7% (n = 237) were female and 11.3% (n = 30) were male, with a mean age of 42±11.8 years. In this study, the predominance of joint/muscle TMD was evidenced (51.7%; n = 138), followed by only muscle TMD (47.5%; n = 127) and lastly, joint TMD (0.8%; n = 2). Important correlations (p > 0.05) were not identified when comparing TMD subtypes with the variables gender and age, according to chi-square test. By relating the diagnosis to the TMD subtype, it was evidenced that bilateral myalgia was the most prevalent in muscle TMD (n = 100; 37.4%) and articular/muscular (n = 112; 41.9%). The other variables did not show significant statistics, neither moderate nor strong correlation.

CONCLUSION: In this research, all TMD subtypes were found, with a clear predominance of joint/muscle type of TMD, followed by muscle only, especially in females aged between 39 and 48 years.

Keywords: Diagnosis, Prevalence, Temporomandibular joint disorders.

INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares (DTM) constituem um vasto grupo de problemas clínicos envolvendo os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e as estruturas orofaciais

Ludmila Maria Alves e Silva – <https://orcid.org/0000-0002-6334-8982>;
Lidia Audrey Rocha Valadas – <https://orcid.org/0000-0002-3568-3089>;
Luciane Franco Lacerda Rocha Rodrigues – <https://orcid.org/0000-0001-5913-0713>;
Thiago Bezerra Leite – <https://orcid.org/0000-0002-1915-1410>;
Antônio Sérgio Guimarães – <https://orcid.org/0000-0003-1756-8957>.

1. Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Laboratório de Pesquisa da Interface Neuroimune da Dor, Campinas, SP, Brasil.
2. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Odontología, Buenos Aires, Argentina.
3. Centro Universitário Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.

DESTAQUES

- O tipo predominante de disfunção temporomandibular foi articular/muscular.
- Mais frequente em indivíduos do sexo feminino.
- Pessoas entre 39 e 48 anos de idade foram mais afetadas.

Apresentado em 20 de novembro de 2022.

Aceito para publicação em 10 de fevereiro de 2023.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Correspondência para:

Lidia Audrey Rocha Valadas

E-mail: lidiavaladas@gmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

associadas¹⁻⁵. Essas disfunções incluem várias condições neuromusculares e musculoesqueléticas na ATM e nas estruturas associadas⁶⁻¹⁰. Sabe-se que a etiologia da DTM revela uma origem multifatorial, incluindo fatores neuromusculares, sociais, psicológicos, biológicos e biomecânicos. Além disso, a etiopatogenia das DTM não está suficientemente elucidada, o que dificulta o diagnóstico e o manejo, daí a importância de identificar o problema em seu início e associá-lo com possíveis fatores etiológicos, objetivando assim um melhor tratamento^{3,9,11}.

A DTM tem uma prevalência maior em adultos, especialmente em pessoas entre 20 e 45 anos. Quando manifestada até os 40 anos de idade, geralmente é do tipo miogênico ou muscular; a partir desta faixa etária, a principal causa da DTM é a degeneração articular, a qual por sua vez indica a DTM articular. A literatura médica considera o sexo feminino como o mais afetado, e fatores anatômicos como a frouxidão ligamentar e alterações hormonais estão associados^{5,12,13}. Os sintomas das DTM incluem diminuição da amplitude de movimento da mandíbula, dor nos músculos mastigatórios, dor na ATM, ruídos articulares associados à função, dor miofascial generalizada e limitação ou desvio funcional na abertura da mandíbula. O sintoma mais relatado da DTM é a dor, que geralmente se localiza nos músculos da mastigação, na ATM e/ou na área pré-auricular^{4,14,15}.

Diagnosticar o subtipo correto de DTM é essencial para o tratamento, para que ele possa ser adaptado de acordo com as necessidades do paciente. Para isso, é muito importante observar alguns fatores para garantir a validade do diagnóstico e propor a terapia correta. Alguns exemplos incluem o exame físico, que consiste na palpação muscular e da ATM, a verificação do movimento mandibular ativo e a avaliação dos ruídos articulares¹⁶⁻¹⁸.

A maioria dos estudos relaciona a DTM aos sintomas associados de uma forma generalizada, mas cada subtipo de DTM tem suas particularidades. Este estudo visou avaliar a frequência dos subtipos de DTM em indivíduos que procuraram cuidados especializados e relacionar cada subtipo com as variáveis DC/TMD.

MÉTODOS

Esta pesquisa é de natureza transversal, observacional e quantitativa. A amostra consistiu de indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, que frequentaram a clínica de DTM do Centro Especializado de Odontologia do Estado do Ceará (CEO/CENTRO), localizado em Fortaleza, CE, Brasil, ao longo do ano de 2020. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, Campinas-SP, e aprovada sob o Parecer n. 4.909.807.

Foram selecionados os seguintes critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 70 anos, que procuraram a clínica de DTM no CEO/Centro e que foram diagnosticados com DTM. Como critérios de exclusão, foram descartados pacientes que tivessem qualquer incapacidade de preencher os formulários e responder a perguntas feitas durante a entrevista.

Os participantes foram avaliados usando o instrumento DC/TMD (Eixo I) para diagnosticar a presença e definir subtipos de DTM. Para a coleta de dados, foram utilizados o Questionário de Dados

Demográficos, o Questionário de Sintomas e, finalmente, o exame clínico foi realizado seguindo o Formulário de Exame. A aplicação do questionário e o exame físico foram realizados por um especialista profissional em distúrbios temporomandibulares e os dados foram calibrados para a aplicação do DC/TMD. Os resultados obtidos foram tabulados e submetidos a uma análise estatística descritiva, na qual foi avaliada a prevalência dos subtipos de DTM e a relação entre algumas variáveis, como o perfil (sexo e faixa etária por décadas) e os dados obtidos com a aplicação do DC/TMD.

Inicialmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dado aos pacientes atendidos na clínica DTM-CEO, com mais de 18 anos e de ambos os sexos, que concordaram em participar da pesquisa. Em seguida, o examinador avaliou o paciente de acordo com o DC/TMD (Eixo I); diagnosticando o(s) subtipo(s) de DTM presente(s).

Com base na média de 300 indivíduos vistos por mês, em um período de três meses de atendimento, foi estimada uma população de 900 indivíduos, dos quais seria necessário avaliar 267 para obter uma amostra representativa com 95% de confiança.

Análise estatística

Os dados foram tabulados no *software Microsoft Office Excel* e exportados para o *software SigmaPlot*, versão 11.0. Dados clínico-demográficos foram expressos como frequência absoluta e percentual, e dados quantitativos como média e desvio padrão. O valor da $p \leq 0,05$ foi adotado como estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Na tabela 1, pode-se observar que a amostra teve um total de 267 participantes, dos quais 88,7% ($n = 237$) eram mulheres e 11,3% ($n = 30$) eram homens (Tabela 1), com uma idade média de $42 \pm 11,8$ anos ($p > 0,05$). Quando a faixa etária foi codificada por décadas, a idade mais representada foi entre 39 e 48 anos (27%; $n = 72$), seguida por 49 a 58 anos (25,1%; $n = 67$), e 29 a 38 anos (19,1%; $n = 51$). Foi encontrada uma diferença significativa ($p < 0,05$) quando a idade foi comparada por faixa etária.

Tabela 1. Dados sociodemográficos da amostra estudada

Variáveis	nn	%	Valor de p
Sexo			
Feminino	237	88,7	< 0,05
Masculino	30	11,3	
Idade (anos)			
Até 28	41	15,3%	< 0,05
29 a 38	51	19,1%	
39 a 48	72	27,0%	
49 a 58	67	25,1%	
59 a 58	31	11,6%	
69 a 78	5	1,9%	

Quanto ao tipo de DTM na amostra estudada, observou-se que a mais prevalente foi a articular/muscular (51,7%; $n = 138$), seguida pela muscular (47,5%; $n = 127$) e por último pela articular (0,8%; $n = 2$) (Figura 1). Não houve diferença estatística entre os grupos de DTM muscular e articular/muscular, porém ambos tiveram uma diferença quando comparados com o grupo DTM articular ($p < 0,01$).

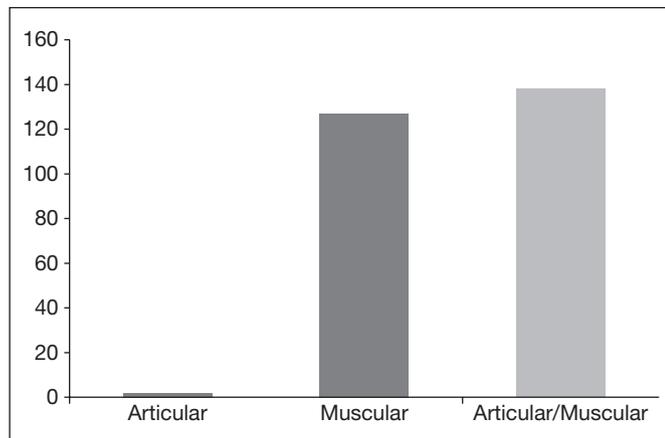


Figura 1. Classificação das disfunções temporomandibulares na amostra estudada

Na correlação do diagnóstico com o subtipo de DTM (Tabela 2), ficou evidente que a mialgia bilateral foi mais prevalente nas DTMs muscular (n = 100; 37,4%) e articular/muscular (n = 112; 41,9%). A tabela 3 mostra a correlação entre a dor miofascial e os diferentes tipos de DTM, a dor miofascial com espalhamento foi mais comum

Tabela 2. Correlação entre a presença de mialgia e os diferentes tipos de disfunção temporomandibular do DC/TMD.

Variáveis	Tipo de DTM			rr	Valor de p
	Muscular	Articular	Articular/Muscular		
Mialgia					
Direita	6 (2,2%)	0	3 (1,1%)	-0,02	0,77
Esquerda	6 (2,2%)	0	5 (1,8%)		
Bilateral	100 (37,4%)	0	112 (41,9%)		
Nenhuma	14 (5,2%)	1 (0,3%)	22 (8,2%)		
Mialgia local					
Direita	1 (0,3%)	0	0	-0,03	0,58
Esquerda	3 (1,1%)	0	3 (1,1%)		
Bilateral	120 (45%)	1 (0,3%)	138 (51,6%)		
Nenhuma					

DTM = Disfunção temporomandibular; r = Correlação de Spearman; p = Teste Qui-quadrado. Número de participantes acompanhado da frequência relativa em porcentagem (%)

Tabela 3. Correlação entre a dor miofascial e os diferentes tipos de disfunção temporomandibular do DC/TMD.

Variáveis	Tipo de DTM			r	Valor de p
	Muscular	Articular	Articular/Muscular		
Dor miofascial com espalhamento					
Direita	10 (37%)	0	18 (6,7%)	0,14	0,02
Esquerda	14 (5,2%)	0	14 (5,2%)		
Bilateral	40 (15,0%)	0	64 (23,9%)		
Nenhuma	58 (21,7%)	1 (0,3%)	47 (17,6%)		
Dor miofascial com indicação					
Direita	11 (4,1%)	0	15 (5,6%)	0,07	0,28
Esquerda	3 (1,1%)	0	9 (3,3%)		
Bilateral	5 (1,8%)	0	6 (2,2%)		
Nenhuma	104 (39%)	1 (0,4%)	112 (42%)		

DTM = Disfunção temporomandibular; r = Correlação de Spearman, p = Teste Qui-quadrado. Número de participantes acompanhado da frequência relativa em porcentagem (%)

no lado esquerdo e na DTM articular/muscular (23,9%), seguida pela dor bilateral na DTM muscular (21,7%) e bilateral na DTM articular/muscular.

A tabela 4 mostra a correlação entre a dor de cabeça e os diferentes tipos de DTM, que foi mais frequentemente bilateral na DTM muscular (23,6%) e na DTM articular/muscular (29,5%). A tabela 5 mostra a correlação entre o deslocamento de disco com redução (DDwR) e os diferentes tipos de DTM.

A tabela 6 mostra a correlação entre o deslocamento de disco sem redução (DDwoR) e os diferentes tipos de TMD, não sendo nenhum deles predominante. Na correlação entre as doenças degenerativas e os diferentes tipos de DTM, mais uma vez, nenhum tipo predomina (Tabela 7).

Tabela 4. Correlação entre dor de cabeça atribuída à DTM e os diferentes tipos de disfunção temporomandibular do DC/TMD.

Variáveis	Tipo de DTM			r	Valor de p
	Muscular	Articular	Articular/Muscular		
Dor de cabeça atribuída à DTM					
Direita	12 (4,5%)	0	16 (6,0%)	0,06	0,29
Esquerda	11 (4,1%)	0	20 (7,5%)		
Bilateral	63 (23,6%)	0	79 (29,5%)		
Nenhuma	37 (13,8%)	1 (0,3%)	30 (11,2%)		

DTM = Disfunção temporomandibular. Número de participantes acompanhado da frequência relativa em porcentagem (%); r = Correlação de Spearman, p = Teste Qui-quadrado.

Tabela 5. Correlação entre DDwR e os diferentes tipos de disfunção temporomandibular do DC/TMD.

Variáveis	Tipo de DTM			r	Valor de p
	Muscular	Articular	Articular/Muscular		
DDwR					
Direita	1 (0,3%)	0	25 (9,3%)	0,81	0,00
Esquerda	2 (0,75%)	0	25 (9,3%)		
Bilateral	2 (0,75%)	1 (0,3%)	76 (28,4%)		
Nenhuma	119 (44,5%)	0	16 (5,9%)		
DDwR com travamento intermitente					
Direita	0	0	1 (0,3%)	0,10	0,10
Bilateral	0	0	2 (0,75%)		
Nenhuma	121 (45,3%)	1 (0,3%)	141 (52,8%)		

DTM = Disfunção temporomandibular. Número de participantes acompanhado da frequência relativa em porcentagem (%); r = Correlação de Spearman, p = Teste Qui-quadrado.

Tabela 6. Correlação entre DDwoR e os diferentes tipos de disfunção temporomandibular do DC/TMD.

Variáveis	Tipo de DTM			r	Valor de p
	Muscular	Articular	Articular/Muscular		
DDwoR com abertura bucal limitada					
Esquerda	0	0	3 (1,1%)	0,01	0,10
Nenhuma	121 (45,3%)	1 (0,3%)	139 (52,0%)		
DDwoR sem abertura bucal limitada					
Esquerda	0	1 (0,3%)	0	0,01	0,89
Nenhuma	127 (47,5%)	1 (0,3%)	139 (52,0%)		

DTM = Disfunção temporomandibular; r = Correlação de Spearman, p = Teste Qui-quadrado. Número de participantes acompanhado da frequência relativa em porcentagem (%)

Tabela 7. Correlação entre as doenças degenerativas e os diferentes tipos de disfunção temporomandibular do DC/TMD.

Variáveis	Tipo de DTM			r	Valor de p
	Muscular	Articular	Articular/Muscular		
Doenças degenerativas					
Direita	0	0	6 (2,2%)	0,26	0,00
Esquerda	0	0	3 (1,1%)		
Bilateral	1 (0,3%)	1	14 (5,2%)		
Nenhuma	122 (45,7%)	(0,43%)	120 (45,0%)		

DTM = Disfunção temporomandibular. Número de participantes acompanhado da frequência relativa em porcentagem (%); r = Correlação de Spearman, p = Teste Qui-quadrado.

Na correlação entre artralgia e os diferentes tipos de DTM (Tabela 8), predominaram a DTM muscular bilateral (18,3%), a DTM articular/muscular (29,2%) e nenhuma (19,1%).

Tabela 8. Correlação entre artralgia e os diferentes tipos de disfunção temporomandibular do DC/TMD.

Variáveis	Tipo de DTM			r	Valor de p
	Muscular	Articular	Articular/Muscular		
Artralgia					
Direita	7 (2,6%)	0	15 (5,6%)	0,18	0,00
Esquerda	15 (5,6%)	0	24 (8,9%)		
Bilateral	49 (18,3%)	0	78 (29,2%)		
Nenhuma	51 (19,1%)	1 (0,3%)	27 (10,1%)		

DTM = Disfunção temporomandibular. Número de participantes acompanhado da frequência relativa em porcentagem (%); r = Correlação de Spearman, p = Teste Qui-quadrado.

DISCUSSÃO

No presente estudo, participaram indivíduos de ambos os sexos e com idades entre 18 e 70 anos, todos diagnosticados com DTM. Na amostra, um total de 88,7% eram mulheres e 11,3% eram homens, com uma média de idade de 42 ± 11,8 anos, predominando assim a faixa etária entre 39 e 48 anos.

Há um consenso de que a DTM é uma condição mais associada com o gênero feminino. No presente estudo, a maioria dos participantes era desse gênero, porém isso não influenciou as correlações. Além disso, indivíduos com idade entre 39 e 58 anos predominaram na amostra. Um estudo¹² coletou dados de 236 pacientes com dor orofacial com base no RDC/TMD, observando uma predominância de mulheres (80%) e a faixa etária de 41 a 60 anos, seguida pela faixa etária de 21 a 40 anos (37%). Em outro estudo¹³ a DTM teve maior prevalência na idade adulta, em pessoas entre 20 e 45 anos, sendo que, quando manifestada até os 40 anos de idade, tratava-se geralmente de uma DTM miogênica ou muscular e a partir desta faixa etária, a causa principal era a degeneração articular, tratando-se de DTM atrogênica ou articular. O estudo em questão considerou o gênero feminino como o mais afetado, pois fatores anatômicos mais relacionados a esse gênero, como a frouxidão ligamentar e as alterações hormonais, estão mais associados.

Com relação aos subtipos de DTM na amostra estudada, observou-se que o mais frequente era o articular/muscular (51,7%), seguido pelo muscular (47,5%) e finalmente pelo articular (0,8%). Nesta pesquisa, foram utilizados instrumentos como o Questionário de

Critérios Diagnósticos DC/TMD Eixo I. Os resultados estão de acordo com a literatura, pois um estudo¹⁹ encontrou uma prevalência de 30,4% de DTM muscular, 67,4% de DTM articular/muscular e 2,2% de DTM articular. Outro estudo²⁰ relatou prevalência de 91,1% para a DTM articular/muscular e mais um estudo²¹ relatou prevalência de 58,3%.

Como pode ser observado, tanto os resultados desta pesquisa quanto vários estudos na literatura indicaram uma maior prevalência de DTM articular/muscular e muscular. Nos resultados de uma pesquisa²² foi indicada outra tendência, na qual cada tipo muscular e articular teve uma prevalência de 36,8%, e o tipo articular/muscular teve uma prevalência de 26,4%.

É um fato que existe uma clara importância na identificação do subtipo correto para se ter um diagnóstico acertado e um planejamento adequado. Há várias características inerentes à complexidade morfofuncional da ATM que, conseqüentemente, impulsionam vários estudos sobre esse tópico. Com isso, as possíveis causas relacionadas às disfunções internas originadas no disco temporomandibular são destacadas, pois são relatadas como muito frequentes e relacionadas aos sinais e sintomas da DTM^{6-8,23}.

Sabe-se que a DTM é uma condição heterogênea e isso impacta diretamente as conclusões, bem como a impossibilidade de comparação com outros estudos, realizados com metodologias diferentes. Apesar dos vários estudos na literatura sobre a frequência da DTM, há poucos que os classificam por subtipos e se correlacionam com as descobertas do DC/TMD. Este fato foi o que motivou o presente estudo, dada a falta de dados no serviço especializado, para assim conhecer melhor o perfil clínico da população atendida.

O que a literatura relata é que muitos dos sintomas para todos os subtipos podem apresentar uma forma semelhante e difusa, incluindo principalmente artralgia, mialgia mastigatória, dor de cabeça, otalgia e dor no pescoço^{6,16,17,24}. Neste estudo, uma alta prevalência de dor de cabeça atribuída à DTM foi observada, especialmente bilateral, em indivíduos com DTM muscular, uma alta prevalência de mialgia também foi observada nesses indivíduos. Na correlação entre artralgia e diferentes tipos de DTM, predominou a DTM muscular bilateral (18,3%) e a DTM articular/muscular (29,2%), enquanto as doenças degenerativas não foram nem expressivas nem significativas.

Os distúrbios internos envolvem os componentes articulares, especialmente o disco articular e o côndilo, e são caracterizados pelo deslocamento do disco articular, que neste caso pode apresentar sintomas relacionados à dor^{25,26}. No presente estudo, a DDwR foi encontrada em quase toda a população diagnosticada com DTM articular/muscular, com uma forte correlação. A DDwoR estava praticamente ausente, sem correlação com qualquer uma das variáveis.

Em revisão sistemática com meta-análise por estudo²⁷, as principais descobertas em estudos primários foram artralgia, deslocamento de disco com redução, deslocamento de disco com redução e com travamento intermitente, deslocamento de disco sem redução com abertura limitada, deslocamento de disco sem redução e sem abertura limitada, doença articular degenerativa, osteoartrose, osteoartrose e subluxação. Neste estudo, a prevalência da artralgia foi de 10,1% e a de doença articular degenerativa foi de 9,1%. É importante notar que a osteoartrite pode ser considerada como

uma falha de órgão e não como um estado de doença isolado, comprometendo assim a função.

As doenças comuns da ATM envolvem inflamação e degeneração nas doenças artríticas, independentemente da posição do disco e das aberrações nos distúrbios de crescimento. Essas alterações patológicas podem se manifestar clinicamente como dor e/ou desarranjo. Além disso, algumas condições podem ocorrer independentemente de um processo patológico subjacente, por causa de um evento traumático ou congênito ou de laxismo ligamentar de desenvolvimento, por exemplo²⁸. O deslocamento de disco com redução foi o mais prevalente. É notável que a prevalência de DDwR também é bastante comum na população subclínica, variando de 18% a 35% da população²⁹. Isso concorda com o presente estudo, já que a DDwR foi muito mais comum do que a DDwoR, como já descrito.

Como limitações, pode-se apontar o fato de que este não é um estudo multicêntrico realizado em um curto período de tempo. Finalmente, é necessário enfatizar que os dentistas são considerados os prestadores de cuidados primários para as DTM, pois são profissionais com conhecimento para o diagnóstico e tratamento adequado dessas desordens complexas.

Estudos como este reforçam a importância de um diagnóstico correto para, conseqüentemente, obter uma melhor gestão dos sintomas. Assim, é dever dos profissionais clínicos realizar o diagnóstico e o manejo correto, considerando as particularidades de cada caso, e também dos pesquisadores melhorar os critérios diagnósticos adotados em investigações correlatas.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, foram encontrados todos os tipos de TMD, com uma clara predominância da TMD articular/muscular, seguida pela TMD muscular. Houve uma frequência maior especialmente em indivíduos do sexo feminino entre 39 e 48 anos de idade.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a São Leopoldo Mandic por apoiar este estudo e ao LETRARE-UFC por revisar o artigo.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Ludmila Maria Alves e Silva

Conceitualização, Investigação, Redação - Preparação do Original

Lídia Audrey Rocha Valadas Marques

Conceitualização, Redação - Revisão e Edição, Validação

Luciane Lacerda Franco Rocha Rodrigues

Redação - Revisão e Edição, Validação

Thiago Bezerra Leite

Redação - Revisão e Edição, Validação

Antônio Sérgio Guimarães

Aquisição de financiamento, Redação - Revisão e Edição, Visualização

REFERÊNCIAS

- Barreto DDC, Barbosa ARC, Frizzo ACF. Relação entre disfunção temporomandibular e alterações auditivas. *Rev CEFAC*. 2010;12:1067-76.
- Alajbeg IZ, Gikic M, Valentic-Peruzovic M. Changes in pain intensity and oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders during stabilization splint therapy—a pilot study. *Acta Clin Croat*. 2014;53(1):7-16.
- Chisnoiu AM, Picos AM, Popa S, Chisnoiu PD, Lascu L, Picos A, Chisnoiu R. Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders—a literature review. *Clujul Med*. 2015; 88(4):473-8.
- Jang JY, Kwon JS, Lee DH, Bae JH, Kim ST. Clinical signs and subjective symptoms of temporomandibular disorders in instrumentalists. *Yonsei Med J*. 2016;57(6):1500-7.
- Cidrao ALM, Guimarães AS. Prevalence of temporomandibular dysfunction symptoms in dental surgeons. *J Young Pharm*. 2019;11(4):424-8.
- Ohrbach R, Dworkin SF. The evolution of TMD diagnosis: past, present, future. *J Dent Res*. 2016;95(10):1093-101.
- List T, Jensen RH. Temporomandibular disorders: old ideas and new concepts. *Cephalalgia*. 2017;37(7):692-704.
- Ohrbach R, Slade GD, Bair E, Rathnayaka N, Diatchenko L, Greenspan JD, Maixner W, Fillingim RB. Premorbid and concurrent predictors of TMD onset and persistence. *Eur J Pain*. 2020;24(1):145-58.
- De Leeuw R, Klasser GD (Eds). *Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis, and management*, 5th. Hanover Park: Quintessence Publishing Co; 2013. 129-30, 150, 151-154p.
- Klasser DG, Leeuw De R. *Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and management*. 6ª Ed. Chicago. Quintessence Publishing; 2018.
- Leeuw R. *Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. 4ª ed. São Paulo: Quintessence; 2010.
- Dantas AMX, Santos E JL, Vilela RM, Lucena LBS. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um serviço de controle da dor orofacial. *Rev Odontol UNESP*. 2015;44(6):313-9.
- Góes KRB, Grangeiro MTV, Figueiredo VMG. Epidemiologia da disfunção temporomandibular: uma revisão de literatura. *J Dent Pub H*. 2018;9(2):12-7.
- Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Am Fam Physician*. 2015;91(6):378-86.
- Fehrenbach J, da Silva BSG, Brondani LP. A associação da disfunção temporomandibular à dor orofacial e cefaleia. *J Oral Investig*. 2018;7(2):69-78.
- Krasińska-Mazur M, Homel P, Gala A, Stradomska J, Pihut M. Differential diagnosis of temporomandibular disorders - a review of the literature. *Folia Med Cracov*. 2022;62(2):121-37.
- Chan NHY, Ip CK, Li DTS, Leung YY. Diagnosis and treatment of myogenous temporomandibular disorders: a clinical update. *Diagnostics (Basel)*. 2022;12(12):2914.
- Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod*. 2010;15(3):114-20.
- Ismail F, Eisenburger M, Lange K, Schneller T, Schwabe L, Stempel J, Stiesch M. Identification of psychological comorbidity in TMD-patients. *Cranio*. 2016;34(3):182-7.
- Chen H, Slade G, Lim PF, Miller V, Maixner W, Diatchenko L. Relationship between temporomandibular disorders, widespread palpation tenderness, and multiple pain conditions: a case-control study. *J Pain*. 2012;13(10):1016-27.
- Gonçalves DAG, Camparis CM, Speciali JG, Franco AL, Castanhoro SM, Bigal ME. Temporomandibular disorders are differentially associated with headache diagnoses a controlled study. *Clin J Pain*. 2011;27(7):611-5.
- Silva SRC, Leite CMC, Ferraz MAAL, Silva MFB, Souza TCS. Dor orofacial e qualidade de vida de adultos. *Rev Odontol Biol Central*. 2013;21(56):421-5.
- Donnarumma V, Ohrbach R, Simeon V, Lobbezoo F, Piscicelli N, Michelotti A. Association between waking-state oral behaviours, according to the oral behaviors checklist, and TMD subgroups. *J Oral Rehabil*. 2021;48(9):996-1003.
- Pihut M, Kulesa-Mrowiecka M. The emergencies in the group of patients with temporomandibular disorders. *J Clin Med*. 2022;12(1):298.
- Caruso S, Storti E, Nota A, Ehsani S, Gatto R. Temporomandibular joint anatomy assessed by CBCT images. *Biomed Res Int*. 2017;1(1)1-10.
- Takahara N, Nakagawa S, Sumikura K, Kabasawa Y, Sakamoto I, Harada H. Association of temporomandibular joint pain according to magnetic resonance imaging findings in temporomandibular disorder patients. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75(9):1848-55.
- Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, Januzzi E, de Souza BDM. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2021;25(2):441-53.
- Tjakkes GH, Reinders JJ, Tenvergent EM, Stegenga B. TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:46.
- Naeije M, Te Veldhuis AH, Te Veldhuis EC, Visscher CM, Lobbezoo F. Disc displacement within the human temporomandibular joint: a systematic review of a 'noisy annoyance'. *J Oral Rehabil*. 2013;40(2):139-58.

