

BMJ Best Practice

Síndrome da articulação temporomandibular

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Mar 29, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Diagnóstico	6
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	7
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	9
Diagnóstico diferencial	10
Tratamento	12
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	13
Opções de tratamento	14
Novidades	18
Acompanhamento	19
Recomendações	19
Prognóstico	19
Diretrizes	20
Diretrizes de diagnóstico	20
Diretrizes de tratamento	20
Recursos online	21
Referências	22
Aviso legal	25

Resumo

- ◇ Geralmente, manifesta-se com 4 achados característicos: dor na articulação temporomandibular (ATM), ruído na articulação, sensibilidade dos músculos da mastigação e movimento mandibular limitado.
- ◇ O diagnóstico é baseado na história e no exame físico.
- ◇ Geralmente, não há necessidade de exames de imagem. No caso de degeneração óssea, uma tomografia computadorizada (TC) que inclua os côndilos mandibulares pode ser útil para diagnosticar osteoartrite.
- ◇ Geralmente, é um distúrbio autolimitado. As opções de tratamento incluem repouso articular ou, em pacientes selecionados, um breve ciclo de benzodiazepínicos pode ser útil. Anti-inflamatórios não esteroidais podem ajudar as pessoas que apresentam os subtipos disfunção interna ou osteoartrite.

Definição

Síndrome da articulação temporomandibular (ATM) é um termo que descreve vários distúrbios dolorosos que envolvem a articulação mandibular. Os 3 subtipos mais comuns são dor e disfunção miofascial, disfunção interna e osteoartrite.[1] A dor e disfunção miofascial corresponde ao subtipo mais comum e afeta os músculos da mastigação. A disfunção interna envolve a luxação do disco articular na fossa glenoide. A osteoartrite da ATM envolve a degeneração da cartilagem articular.

Epidemiologia

As estimativas da incidência e da prevalência da síndrome da articulação temporomandibular (ATM) variam amplamente. Uma revisão cita estudos que determinaram estimativas diferentes da incidência em adultos em vários países ocidentais, variando de 3.2% a 10% em homens e de 9% a 15% em mulheres. A prevalência é semelhante nos EUA, no Canadá e na Europa.[3] Outro estudo estima que a dor na ATM ocorra em 10% da população e atinja a intensidade máxima entre 20 e 40 anos de idade.[2] Na população geral dos EUA, calcula-se que 17.4% das mulheres tenham alguma forma desse distúrbio, em comparação com 9.3% dos homens.[4] Embora 70% da população tenha, no mínimo, 1 dos sintomas associados à síndrome da ATM em algum momento, somente 1 em cada 4 pacientes com sinais e sintomas dessa condição procuram tratamento, sendo na maioria mulheres.[1] Ela é rara em crianças com menos de 6 anos de idade[5] e em idosos.[3]

Etiologia

A causa exata é desconhecida. A síndrome da articulação temporomandibular (ATM) foi associada a trauma, tratamento ortodôntico, artrite e hábitos parafuncionais, como o bruxismo. O uso excessivo da articulação e dos músculos da mastigação parece ser comum entre os pacientes. Causas psicogênicas também já foram vinculadas à condição. Geralmente, os pacientes têm depressão, ansiedade e estresse.[3] No entanto, acredita-se que os fatores psicogênicos não causem os sintomas, mas os exacerbem.[2] Como a síndrome da ATM é mais comum em mulheres, acredita-se que os hormônios femininos possam atuar na patogênese do distúrbio. São necessárias mais pesquisas para realmente vincular os hormônios à síndrome da ATM. Alguns autores sugeriram a má oclusão como causa; no entanto, não foi determinado um vínculo definitivo.[4]

Fisiopatologia

Os 3 subtipos do distúrbio afetam diferentes áreas da articulação temporomandibular (ATM), resultando em sintomas levemente diferentes. Na dor e disfunção miofascial, os músculos da mastigação são afetados. A dor miofascial, geralmente, está associada ao bruxismo ou ao cerramento dos dentes. O uso excessivo dos músculos causa sensibilidade muscular, que pode impedir a abertura máxima da boca e limitar o movimento mandibular. A dor muscular também pode causar cefaleias nas regiões temporais da cabeça.[2] Os pacientes com dor miofascial apresentam dor cíclica, pois o bruxismo ocorre com mais frequência à noite. Esses pacientes podem ter dor de dentes e facetas de desgaste nos dentes causadas pelo bruxismo e cerramento dos dentes.[1]

A disfunção interna é resultante do deslocamento do disco articular de sua posição na fossa glenoide. À medida que os côndilos mandibulares se movem durante a função normal, eles capturam os discos. Essa

captura é a redução do disco na fossa.[3] Quando ocorre a redução dos discos, eles causam os cliques e a dor. A localização do disco pode impedir que os côndilos se posicionem normalmente na fossa glenoide.[2] Quando isso ocorre, os pacientes sentem o travamento da mandíbula.

A osteoartrite envolve a degeneração do disco articular. Esse subtipo da síndrome da ATM é geralmente observado em idosos.[2] A crepitação é patognomônica da osteoartrose e é encontrada na osteoartrite da ATM. Dor associada à crepitação é característica da osteoartrite. A degeneração óssea dos côndilos pode ser observada em radiografias panorâmicas ou TCs em pessoas com osteoartrite.[1]

Classificação

Classificação clínica

Os 3 subtipos mais comuns são dor e disfunção miofascial, disfunção interna e osteoartrite.[1]

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 28 anos de idade comparece à clínica queixando-se de dor mandibular intermitente e ruído de cliques na articulação mandibular ao mastigar ou falar. Ela diz que a dor é pior pela manhã ao acordar, mas diminui ao longo do dia. Ela queixa-se de não conseguir abrir a boca com a amplitude anterior. Ela também se queixa de cefaleias periódicas nas regiões temporais. No exame físico, ela apresenta sensibilidade à palpação na região anterior ao trago da orelha. Um clique da articulação mandibular é palpável à medida que a paciente abre e fecha a boca. Quando perguntada sobre estresse ou depressão, a paciente diz que vem sofrendo estresse ao trabalhar para cumprir prazos apertados.

Outras apresentações

Os 2 subtipos menos comuns da condição têm uma apresentação diferente da dor e disfunção miofascial. Os pacientes com disfunção interna podem apresentar cliques e travamento da articulação mandibular. Em geral, esses pacientes sentem dor contínua.[1] Eles também apresentam uma função mandibular limitada ou a mandíbula se desvia na abertura. A crepitação da articulação mandibular é patognomônica da osteoartrose e é mais observada em idosos; a crepitação combinada com dor indica osteoartrite.[2] Os pacientes que se apresentam com osteoartrose em vez de osteoartrite, em geral, não sentem dor. Esses pacientes, geralmente, não têm função mandibular limitada.[1]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é baseado na história e no exame físico. Os 4 elementos característicos são dor, ruído articular, sensibilidade dos músculos da mastigação e função mandibular limitada.[1] Os pacientes podem se apresentar com uma única característica ou com uma combinação desses elementos.

História

É necessário perguntar a todos os pacientes sobre o local da dor, o início, a duração e os fatores de exacerbação ou de atenuação; o ruído articular para distinguir entre cliques e crepitação; hábitos parafuncionais, como roer unhas ou bruxismo; e estresse, depressão, ansiedade e uma história de doença articular inflamatória.[14] [15]

Os pacientes podem queixar-se de dor ao usar a mandíbula, de travamento da mordida ou de estranheza da mordida. Os pacientes com dor e disfunção miofascial queixam-se de dor cíclica e, possivelmente, dor de dentes causada por bruxismo noturno (ranger dos dentes). A dor é a característica mais importante e, se não estiver relacionada ao uso da mandíbula, é improvável que seja decorrente de síndrome da articulação temporomandibular (ATM).

Os pacientes com disfunção interna, em geral, se queixam de dor contínua que se agrava com o movimento mandibular.[1] Esses pacientes têm cliques e também possível travamento da mandíbula.

Os pacientes com osteoartrose geralmente são idosos. Esses pacientes se queixam de ruído articular que é definido como crepitação.[1]

Exame físico

No exame físico, a área imediatamente anterior ao trago deve ser palpada quanto a sensibilidade. O paciente deve abrir e fechar a boca com um dedo indicador pressionando levemente a área anterior ao trago para apalpar no interior da articulação a fim de determinar os cliques ou crepitação. Um estetoscópio pode ser colocado na área anterior ao trago para ouvir os cliques. A mandíbula deve ser avaliada enquanto o paciente abre e fecha a boca. Deve-se procurar o desvio da mandíbula para um dos lados ou movimentos espasmódicos. A presença deles é observada com mais frequência na disfunção interna. Deve-se avaliar os dentes quanto a facetas de desgaste, que são indicativas de bruxismo.[1]

Exames diagnósticos

Geralmente, testes diagnósticos não são necessários. Se disponível, pode ser solicitada uma radiografia panorâmica (incluindo os côndilos mandibulares) para pacientes com crepitação. Às vezes, é observada degeneração do osso condilar, indicando osteoartrite. Também é possível utilizar a ultrassonografia para fins de diagnóstico, caso a radiografia panorâmica não esteja disponível. Achados positivos na ultrassonografia devem ser confirmados com ressonância nuclear magnética (RNM). Uma desvantagem de se usar a ultrassonografia é que ela não proporciona uma boa detecção dos deslocamentos laterais e posteriores do disco articular na ATM.[16] RNM pode ser usada para avaliar morfologia de disco e disfunção interna. Um estudo revelou que a ressonância nuclear magnética com gadolínio (RNM-Gd) detectou sinais de artrite em 80% dos pacientes com artrite idiopática juvenil.[17] Esse estudo sugere que a RNM-Gd pode ser usada como ferramenta adjuvante no diagnóstico de artrite na articulação temporomandibular.[17] Se houver suspeita clínica de um componente inflamatório sistêmico (por exemplo, lúpus eritematoso sistêmico [LES], artrite reumatoide), deverão ser obtidos hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C-reativa e sorologia do fator reumatoide a fim de confirmar ou descartar o diagnóstico.

Fatores de risco

Fortes

sexo feminino

- Afeta duas vezes mais mulheres que homens, levantando a possibilidade de que os hormônios femininos possam estar envolvidos.[1] [3]
- Estudos demonstraram que os receptores estrogênicos nas articulações do joelho humano e os níveis de estradiol no líquido sinovial se correlacionam com a gravidade da osteoartrite.[6]
- Outros estudos determinaram níveis elevados de estradiol tanto em mulheres quanto em homens na síndrome da articulação temporomandibular (ATM).[7]
- Um estudo determinou uma relação inversa entre o estrogênio circulante e a dor articular.[6]
- Em geral, há evidências insuficientes para vincular a síndrome da ATM aos níveis de hormônios femininos.

idade de 20 a 40 anos

- A condição se manifesta, na maioria das vezes, em pacientes entre 20 e 40 anos de idade.

Fracos

depressão, ansiedade ou estresse

- A depressão pode ser um fator de risco.[3] Geralmente, ela está associada a síndromes de dor crônica.[8] Um estudo determinou que o risco de início da síndrome da ATM era maior em pessoas gravemente deprimidas que em pessoas que não sofriam de depressão.[3] A ansiedade e o estresse também estão frequentemente associados à síndrome da ATM.[2] [8]
- Alguns estudos defendem a necessidade de se considerar fatores psicológicos no tratamento.[1] [9]
- Em alguns casos, pode haver problemas psicológicos associados, mas as evidências que dão suporte a fatores psicológicos como sendo causais não são suficientes.[3]

má oclusão

- Diferentes tipos de má oclusão têm sido considerados causa da síndrome da ATM.[1] [2]
- O ajuste oclusal para corrigir a má oclusão foi uma forma popular de tratamento da síndrome da ATM no passado. Não ocorreu melhora da síndrome da ATM após o ajuste oclusal.[10] [11] Os National Institutes of Health não recomendam o ajuste oclusal como tratamento. Não foi determinada nenhuma relação entre a má oclusão e a síndrome da ATM.[12] [13] São necessários mais estudos para estabelecer um vínculo.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem idade de 20 a 40 anos e sexo feminino.

dor cíclica (comum)

- Os pacientes com dor e disfunção miofascial queixam-se de dor cíclica e, possivelmente, dor de dentes causada por bruxismo noturno (ranger dos dentes).
- A dor é a característica mais importante e, se não estiver relacionada ao uso da mandíbula, é improvável que seja decorrente de síndrome da articulação temporomandibular (ATM).
- Os pacientes com osteoartrite, geralmente, sentem dor.

dor contínua (comum)

- Os pacientes com disfunção interna, em geral, se queixam de dor contínua que se agrava com o movimento mandibular.[1]
- A dor é a característica mais importante e, se não estiver relacionada ao uso da mandíbula, é improvável que seja decorrente de síndrome da articulação temporomandibular (ATM).
- Os pacientes com osteoartrite, geralmente, sentem dor.

ruído articular (comum)

- Os pacientes com dor e disfunção miofascial têm um clique palpável ou audível na área da articulação, quando abrem e fecham a mandíbula.
- Os pacientes com disfunção interna apresentam cliques e possível travamento da mandíbula.
- Os pacientes com osteoartrite e osteoartrose apresentam crepitação articular.

movimento mandibular anormal (comum)

- A abertura mandibular máxima é de 42 a 55 mm.[2] O movimento pode sofrer uma redução para <35 mm.

- Pode haver um desvio inadequado na abertura máxima da boca, e os pacientes podem queixar-se de travamento dos dentes ou de estranheza da mordida.

sensibilidade dos músculos da mastigação (comum)

- Os músculos ficam sensíveis à palpação na abertura máxima da boca.

Outros fatores de diagnóstico

depressão ou ansiedade (comum)

- Em alguns casos, pode haver problemas psicológicos associados, mas as evidências que dão suporte a fatores psicológicos como sendo causais não são suficientes.

cefaleia, dorsalgia, otalgia ou dor cervical (incomum)

- É necessário procurar história de cefaleias, dor cervical, otalgia ou dorsalgia.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
nenhum exame inicial <ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, nenhum exame é necessário. 	diagnóstico clínico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
radiografia panorâmica <ul style="list-style-type: none"> • Trata-se de um exame de rastreamento padrão para avaliar a estrutura mandibular.[2] • É útil para avaliar alterações ósseas em pacientes com crepitação. A crepitação é característica do subtipo osteoartrite, que é mais comum em adultos mais velhos. • Não são necessários exames de imagem para a maioria dos pacientes. 	degeneração óssea da mandíbula, especialmente dos côndilos
ultrassonografia <ul style="list-style-type: none"> • Útil na avaliação preliminar do deslocamento do disco, principalmente se a radiografia panorâmica não estiver disponível. Uma desvantagem de se usar a ultrassonografia é que ela não proporciona uma boa detecção dos deslocamentos laterais e posteriores do disco articular na articulação temporomandibular.[16] Achados positivos na ultrassonografia devem ser confirmados com ressonância nuclear magnética (RNM). 	deslocamento anterior do disco
RNM <ul style="list-style-type: none"> • É necessário confirmar com RNM achados positivos de deslocamento do disco na ultrassonografia. 	deslocamento do disco

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Sinusite	<ul style="list-style-type: none"> A dor de sinusite à palpação é localizada nos seios paranasais e frontais. A dor causada pela sinusite geralmente piora com a inclinação do doente para a frente. A síndrome da articulação temporomandibular (ATM), geralmente, envolve a região da ATM e, possivelmente, as regiões temporais. 	<ul style="list-style-type: none"> O exame otoscópico pode revelar uma anormalidade, como derrame ou obstrução. A avaliação é mais bem realizada por um dentista quando há suspeita de patologia dentária.
Pericoronite	<ul style="list-style-type: none"> Cliques articulares estão ausentes; o hálito pode ser malcheiroso; tecidos pericoronários podem estar inflamados e eritematosos. 	<ul style="list-style-type: none"> O exame físico revela que os dentes mandibulares posteriores (especialmente os terceiros molares) estão irrompendo.
Cefaleia crônica	<ul style="list-style-type: none"> Não há cliques articulares. A dor não é cíclica. 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.
Dor de dentes	<ul style="list-style-type: none"> O teste com quente/frio indica extrema sensibilidade. Leves batidas no dente provocam dor. Não há cliques articulares. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografias dentárias podem revelar patologia periapical. A avaliação é mais bem realizada por um dentista quando há suspeita de patologia dentária.
Lúpus eritematoso sistêmico	<ul style="list-style-type: none"> Podem estar presentes manifestações clínicas do LES, entre elas, erupção cutânea malar ou lúpus discoide (descamação espessa e vermelha na pele). Em geral, as pequenas articulações da mão e do punho são afetadas, embora qualquer articulação apresente risco. Outras características manifestas incluem pericardite, miocardite e endocardite, manifestações pulmonares, hepatite autoimune e glomerulonefrite. 	<ul style="list-style-type: none"> Marcadores de doença sistêmica: anemia, trombocitopenia, neutropenia, testes da função hepática alterados. Fator antinuclear e anti-antígeno nuclear extraível positivos no teste sorológico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Artrite reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes com artrite reumatoide podem apresentar envolvimento de outras articulações, particularmente, poliartrite das pequenas articulações das mãos, afetando, principalmente, as articulações metatarsofalângicas e poupando as articulações interfalangeanas distais. Pacientes com artrite reumatoide aguda também podem sentir mal-estar geral, com fadiga e humor deprimido. 	<ul style="list-style-type: none"> Na artrite reumatoide, a velocidade de hemossedimentação (VHS) e a proteína C-reativa são anormais, e o fator reumatoide e os anticorpos antipeptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP) são positivos. Alterações erosivas típicas da artrite reumatoide são observadas na radiografia, na ressonância nuclear magnética (RNM) ou na ultrassonografia.
Arterite de células gigantes	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente, os pacientes sentem dor e apresentam sensibilidade sobre a artéria temporal, que podem ocorrer com amaurose fugaz e perda da visão. A dor remite em até 3 dias com tratamento com corticosteroides em altas doses. 	<ul style="list-style-type: none"> O duplex scan das artérias temporais pode revelar espessamento da parede arterial. Velocidade de hemossedimentação >100 mm/hora. A proteína C-reativa, geralmente, está elevada. A biópsia mostra arterite de células gigantes.
Neuralgias	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente, não há cliques articulares. A dor facial é provocada pelo toque em um ponto-gatilho. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.

Abordagem passo a passo do tratamento

Geralmente, é um distúrbio autolimitado.[2] A dor e os cliques da síndrome da articulação temporomandibular (ATM) raramente se tornam mais intensos.[3] A maior parte dos sintomas de síndrome da ATM melhora sem tratamento medicamentoso ou em 3 a 6 meses de tratamento não cirúrgico.[15]

Pacientes devem ser encaminhados a um especialista se:

1. Houver história médica de doença articular inflamatória[15]
2. Os sintomas não melhorarem após 6 meses[15]
3. Houver dificuldade progressiva em abrir a boca[15]
4. Houver incapacidade de seguir um regime alimentar normal[15]
5. Houver luxação recorrente da articulação temporomandibular.[15]

Terapia não farmacológica

No momento do diagnóstico, os pacientes devem ser orientados a iniciar repouso articular imediatamente, a fim de permitir que os músculos da mastigação relaxem, bem como reduzir o movimento dos côndilos mandibulares. As instruções incluem evitar goma de mascar, roer as unhas e falar excessivamente. Os pacientes devem seguir uma dieta leve e ser orientados a reduzir o estresse. O estresse pode causar hábitos parafuncionais, como bruxismo ou cerramento dos dentes. Um autor sugere terapia cognitivo-comportamental como tratamento primário.[18] Em um ensaio clínico randomizado e controlado, o tratamento cognitivo-comportamental reduziu a dor e incapacidade na mesma proporção que o tratamento com placa oclusal, mas foi mais efetivo na melhora da habilidade de enfrentamento da dor pelo paciente.[19]

A fisioterapia pode ser útil. Os exercícios incluem abertura e fechamento da boca em linha reta, com a língua tocando o palato com o uso de um espelho para orientação.

Dispositivos intraorais, placas, protetores noturnos e protetores de mordida são usados com frequência. Alguns estudos indicam que aparelhos rígidos de estabilização podem ser mais eficazes na redução da dor na ATM que os aparelhos moles.[20] Não há evidências claras dos efeitos das placas, embora elas possam ajudar no reposicionamento dos côndilos mandibulares e reduzir os hábitos orais que possam contribuir para a síndrome da ATM. Uma revisão sistemática da literatura sobre terapia com placas indica que elas são úteis na redução da dor, mas não melhoram a função mastigatória.[21]

Terapia farmacológica

Os pacientes devem ser acompanhados após 2 semanas de repouso articular.[2] Se a melhora não for satisfatória, pode-se iniciar a administração de medicamentos e realizar um novo acompanhamento em 2 semanas.

A dor miofascial não responde a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) porque a inflamação não é a base da dor muscular crônica na região orofacial.[22] O diazepam é eficaz no tratamento da dor devido aos seus efeitos relaxantes musculares. Se necessário, será possível iniciar um ciclo de 10 dias de tratamento após a experiência de 2 semanas de repouso articular. É necessário ter cuidado ao prescrever diazepam, pois podem ocorrer torpor e dependência.

Os AINEs são eficazes no tratamento dos sintomas de subtipos disfunção interna e osteoartrite da síndrome da ATM.

Cirurgia

É possível considerar a cirurgia em pacientes com dor significativa persistente, disfunção incapacitante e/ou evidências de condições patológicas. Os procedimentos cirúrgicos incluem artrocentese, condilotomia e até mesmo artroplastia total da ATM. A cirurgia é reservada para pacientes que apresentem dor moderada a intensa, patologia notável e condição incapacitante.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Inicial (resumo)	
Dor na ATM: à apresentação inicial	
	1a repouso articular
	adjunto fisioterapia
	adjunto terapia cognitivo-comportamental
	adjunto manejo do estresse
	adjunto placas e/ou protetores de mordida

Agudo (resumo)	
dor persistente após 2 semanas de repouso articular	
■ com osteoartrite	1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
■ com disfunção interna	1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
■ com dor e disfunção miofascial	1a benzodiazepínicos

Em curso (resumo)	
dor refratária ou incapacidade: osteoartrite ou subtipo de disfunção interna	
	1a cirurgia

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Inicial

Dor na ATM: à apresentação inicial

1a **repouso articular**

» O repouso articular é aconselhável.

» Os pacientes devem ser orientados a evitar goma de mascar, roer as unhas e falar excessivamente. Os pacientes devem adotar uma dieta leve.

» Os pacientes devem ser orientados a reduzir o estresse. O estresse pode causar hábitos parafuncionais, como bruxismo ou cerramento dos dentes.

adjunto **fisioterapia**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A fisioterapia pode ser útil. Os exercícios incluem abertura e fechamento da boca em linha reta, com a língua tocando o palato com o uso de um espelho para orientação.

adjunto **terapia cognitivo-comportamental**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Um autor sugere terapia cognitivo-comportamental como tratamento primário.^[18] Em um ensaio clínico randomizado e controlado, o tratamento cognitivo-comportamental reduziu a dor e incapacidade na mesma proporção que o tratamento com placa oclusal, mas foi mais efetivo na melhora da habilidade de enfrentamento da dor pelo paciente.^[19]

adjunto **manejo do estresse**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os pacientes devem ser orientados a reduzir o estresse.

» O estresse pode causar hábitos parafuncionais, como bruxismo ou cerramento dos dentes.

adjunto **placas e/ou protetores de mordida**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Inicial

» Dispositivos intraorais, placas, protetores noturnos e protetores de mordida são usados com frequência. Alguns estudos indicam que aparelhos rígidos de estabilização podem ser mais eficazes na redução da dor na ATM que os aparelhos moles.^[20]

» Não há evidências claras dos efeitos das placas, embora elas possam ajudar no reposicionamento dos côndilos mandibulares e reduzir os hábitos orais que possam contribuir para a síndrome da ATM.

» Os pacientes tratados com placas oclusais ou protetores noturnos devem ser instruídos a realizar o acompanhamento com um dentista 1 semana depois de receberem o aparelho. É necessário verificar o ajuste e o conforto da placa.

Agudo

dor persistente após 2 semanas de repouso articular

■ com osteoartrite

1a

anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Opções primárias

» **ibuprofeno**: 400 mg por via oral três vezes ao dia quando necessário por 14 dias, máximo de 2400 mg/dia

Opções secundárias

» **naproxeno**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário por 14 dias, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **diclofenaco potássico**: 50-100 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia quando necessário por 14 dias, máximo de 150 mg/dia

» Podem aliviar a dor e a inflamação.

» Inibirão a agregação plaquetária e causarão irritação gástrica. Também há risco de hepatotoxicidade e nefrotoxicidade.

» Tenha cuidado ao fazer prescrições para pacientes com doenças hemorrágicas ou distúrbios renais ou hepáticos.

■ com disfunção interna

1a

anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Agudo

Opções primárias

» **ibuprofeno**: 400 mg por via oral três vezes ao dia quando necessário por 14 dias, máximo de 2400 mg/dia

Opções secundárias

» **naproxeno**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário por 14 dias, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **diclofenaco potássico**: 50-100 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia quando necessário por 14 dias, máximo de 150 mg/dia

» Podem aliviar a dor e a inflamação.

» Inibirão a agregação plaquetária e causarão irritação gástrica. Também há risco de hepatotoxicidade e nefrotoxicidade.

» Tenha cuidado ao fazer prescrições para pacientes com doenças hemorrágicas ou distúrbios renais ou hepáticos.

■ com dor e disfunção miofascial

1a

benzodiazepínicos

Opções primárias

» **diazepam**: 2-5 mg por via oral três vezes ao dia por 10 dias

» O diazepam é eficaz no tratamento da dor devido aos seus efeitos relaxantes musculares.

» Se necessário, será possível iniciar um ciclo de 10 dias de tratamento após uma experiência de repouso articular.

» É necessário ter cuidado ao prescrever diazepam, pois podem ocorrer torpor e dependência.

Em curso

dor refratária ou incapacidade: osteoartrite ou subtipo de disfunção interna

1a

cirurgia

» Os procedimentos cirúrgicos incluem artrocentese, condilotomia e até mesmo artroplastia total da ATM.

Em curso

» A cirurgia é reservada para pacientes que apresentem dor moderada a intensa, patologia notável e condição incapacitante.

Novidades

Antidepressivos

Demonstrou-se que os antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptação da serotonina aliviam a dor em pacientes com síndrome da articulação temporomandibular (ATM).^[23]

Acido hialurônico

Uma revisão sistemática constatou que injeções intra-articulares de ácido hialurônico em articulações temporomandibulares disfuncionais tiveram desfechos favoráveis; no entanto, são necessários mais estudos.^[24]

Acupuntura

Vários estudos avaliaram a eficácia da acupuntura no tratamento da síndrome da ATM. Constatou-se que a acupuntura alivia a dor em alguns estudos randomizados, mas são necessários mais ensaios.^{[25] [26] [27]} Geralmente, esse alívio da dor é de curto prazo.^{[28] [29]} A maioria desses estudos não estabeleceu controle para o efeito placebo ou teve outros problemas metodológicos. A acupuntura ajuda a aliviar a dor liberando opioides endógenos juntamente com serotonina e noradrenalina no corno dorsal da medula espinhal.^[25] Há acupontos específicos que devem ser usados para a síndrome da ATM.^[30] A acupuntura pode ser administrada semanalmente por 6 tratamentos no total e pode ser usada como adjuvante de tratamentos mais tradicionais da síndrome da ATM.^[30]

Laserterapia de baixa potência

A laserterapia de baixa potência vem sendo usada para tratar distúrbios temporomandibulares, com desfechos variados e controversos. São necessários mais estudos.^[31]

Recomendações

Monitoramento

Os pacientes que usam analgésicos ou placas devem ser acompanhados a intervalos de 4 semanas.

Instruções ao paciente

Os pacientes tratados com placas oclusais/protetores noturnos devem ser instruídos a realizar o acompanhamento com um dentista 1 semana depois de receberem o aparelho. É necessário verificar o ajuste e o conforto da placa.

Informações para os pacientes estão disponíveis na Jaw Joints and Allied Musculo-Skeletal Disorders Foundation. [\[Jaw Joints & Allied Musculo-Skeletal Disorders Foundation: TMJ/TMJD\]](#)

Prognóstico

A síndrome da articulação temporomandibular (ATM) é um distúrbio autolimitado.^[2] Os sinais e os sintomas diminuem com a idade.^[2] Com o tempo, os cliques da ATM diminuem.^[32] A maioria dos pacientes provavelmente melhorará com ou sem tratamento. O tratamento da síndrome da ATM não é curativo, mas paliativo; 80% dos pacientes serão tratados com êxito com tratamento paliativo.^[1]

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Recommendations for examination, diagnosis, management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner

Publicado por: Council of the European Academy of Craniomandibular Disorders

Última publicação em: 2007

América do Norte

Guideline on acquired temporomandibular disorders in infants, children, and adolescents.

Publicado por: Clinical Affairs Committee – Temporomandibular Joint Problems in Children Subcommittee, American Academy of Pediatric Dentistry.

Última publicação em: 2015

Diretrizes de tratamento

Europa

Recommendations for examination, diagnosis, management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner

Publicado por: Council of the European Academy of Craniomandibular Disorders

Última publicação em: 2007

América do Norte

Guideline on acquired temporomandibular disorders in infants, children, and adolescents.

Publicado por: Clinical Affairs Committee – Temporomandibular Joint Problems in Children Subcommittee, American Academy of Pediatric Dentistry.

Última publicação em: 2015

Recursos online

1. [Jaw Joints & Allied Musculo-Skeletal Disorders Foundation: TMJ/TMJD](#) (*external link*)
-

Artigos principais

- Kapur N, Kamel IR, Herlich A. Oral and craniofacial pain: diagnosis, pathophysiology and treatment. *Int Anesthesiol Clin*. 2003;41:115-150.
- The Royal College of Surgeons of England. Commissioning guide 2014: Temporomandibular joint disorders. 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Li C, Su N, Yang X, et al. Ultrasonography for detection of disc displacement of temporomandibular joint: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70:1300-1309.
- Ebrahim S, Montoya L, Busse JW, et al. The effectiveness of splint therapy in patients with temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc*. 2012;143:847-857.

Referências

1. Dimitroulis G. Temporomandibular disorders: a clinical update. *BMJ*. 1998;317:190-194. [Texto completo](#)
2. Kapur N, Kamel IR, Herlich A. Oral and craniofacial pain: diagnosis, pathophysiology and treatment. *Int Anesthesiol Clin*. 2003;41:115-150.
3. LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1997;8:291-305. [Texto completo](#)
4. Lund JP, Widmer CG, Feine JS. Validity of diagnostic and monitoring tests used for temporomandibular disorders. *J Dent Res*. 1995;74:1133-1143.
5. Köhler AA, Helkimo AN, Magnusson T, et al. Prevalence of symptoms and signs indicative of temporomandibular disorders in children and adolescents. A cross-sectional epidemiological investigation covering two decades. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009 Nov;10 Suppl 1:16-25.
6. Warren MP, Fried JL. Temporomandibular disorders and hormones in women. *Cells Tissues Organs*. 2001;169:187-192.
7. Landi N, Lombardi I, Manfredini D, et al. Sexual hormone serum levels and temporomandibular joint disorders. A preliminary study. *Gynecol Endocrinol*. 2005;20:99-103.
8. Glaros AG. Emotional factors in temporomandibular joint disorders. *J Indiana Dent Assoc*. 2000-2001;79:20-23.
9. Foreman PA. The changing focus of chronic temporomandibular disorders: management within a hospital-based, multidisciplinary pain centre. *NZ Dent J*. 1998;94:23-31.

10. Tsukiyama Y, Baba K, Clark GT. An evidence-based assessment of occlusal adjustment as a treatment for temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent*. 2001;86:57-66.
11. Forsell H, Kalso E. Application of principles of evidence-based medicine to occlusal treatment for temporomandibular disorders: are there lessons to be learned? *J Orofac Pain*. 2004;18:9-22.
12. Gesch D, Bernhardt O, Kirbschus A. Association of malocclusion and functional occlusion with temporomandibular disorders (TMD) in adults: a systematic review of population-based studies. *Quintessence Int*. 2004;35:211-221.
13. Koh H, Robinson PG. Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular joint disorders. *J Oral Rehabil*. 2004;31:287-292.
14. De Boever JA, Nilner M, Orthlieb JD, et al. Recommendations by the EACD for examination, diagnosis, and management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner. *J Orofac Pain*. 2008;22:268-278. [Texto completo](#)
15. The Royal College of Surgeons of England. Commissioning guide 2014: Temporomandibular joint disorders. 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
16. Li C, Su N, Yang X, et al. Ultrasonography for detection of disc displacement of temporomandibular joint: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012;70:1300-1309.
17. Koos B, Twilt M, Kyank U, et al. Reliability of clinical symptoms in diagnosing temporomandibular joint arthritis in juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol*. 2014;41:1871-1877.
18. Molin C. From bite to mind: TMD - a personal and literature review. *Int J Prosthodont*. 1999;12:279-288.
19. Shedden Mora MC, Weber D, Neff A, et al. Biofeedback-based cognitive-behavioral treatment compared with occlusal splint for temporomandibular disorder: a randomized controlled trial. *Clin J Pain*. 2013;29:1057-1065.
20. Friction J, Look JO, Wright E, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating intraoral orthopedic appliances for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 2010;24:237-254.
21. Ebrahim S, Montoya L, Busse JW, et al. The effectiveness of splint therapy in patients with temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc*. 2012;143:847-857.
22. Singer E, Dionne R. A controlled evaluation of ibuprofen and diazepam for chronic orofacial muscle pain. *J Orofac Pain*. 1997;11:139-146.
23. Cascos-Romero J, Vazquez-Delgado E, Vazquez-Rodriguez E, et al. The use of tricyclic antidepressants in the treatment of temporomandibular joint disorders: systematic review of the literature of the last 20 years. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14:E3-E7.

24. Escoda-Francoli J, Vázquez-Delgado E, Gay-Escoda C. Scientific evidence on the usefulness of intraarticular hyaluronic acid injection in the management of temporomandibular dysfunction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15:e644-e648.
25. Ernst E, White AR. Acupuncture as a treatment for temporomandibular joint dysfunction: a systematic review of randomized trials. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999;125:269-272.
26. Fink M, Rosted P, Bernateck M, et al. Acupuncture in the treatment of painful dysfunction of the temporomandibular joint - a review of the literature. *Forsch Komplementarmed*. 2006;13:109-115.
27. Cho SH, Whang WW. Acupuncture for temporomandibular disorders: a systematic review. *J Orofac Pain*. 2010;24:152-162.
28. La Touche R, Angulo-Diaz-Parreno S, de-la-Hoz JL, et al. Effectiveness of acupuncture in the treatment of temporomandibular disorders of muscular origin: a systematic review of the last decade. *J Altern Complement Med*. 2010;16:107-112.
29. La Touche R, Goddard G, De-la-Hoz JL, et al. Acupuncture in the treatment of pain in temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin J Pain*. 2010;26:541-550.
30. Rosted P. Practical recommendations for the use of acupuncture in the treatment of temporomandibular disorders based on the outcome of published controlled studies. *Oral Dis*. 2001;7:109-115.
31. Melis M, Di Giosia M, Zawawi KH. Low level laser therapy for the treatment of temporomandibular disorders: A systematic review of the literature. *Cranio*. 2012;30:304-312.
32. Racich MJ. Orofacial pain and occlusion: is there a link? An overview of current concepts and the clinical implications. *J Prosthet Dent*. 2005;93:189-196.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Mar 29, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Sandra McNeal, MD, DMD

Private Dental Practice
Amsterdam, NY

DIVULGAÇÕES: SM declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

William Maixner, DDS, PhD

Professor
Department of Endodontics, University of North Carolina Dental Research Center, Chapel Hill, NC

DIVULGAÇÕES: WM declares that he has no competing interests.

Kamran Ali, BDS, FDS RCS, FCPS, FFDRCSI, MMed, FHEA

Associate Professor
Clinical Lead in Oral Surgery, Plymouth University Peninsula Schools of Medicine & Dentistry, Plymouth, UK

DIVULGAÇÕES: KA declares that he has no competing interests.