

INCIDÊNCIA DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES EM CRIANÇAS

INCIDENCE OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS IN CHILDREN

Gabrielly Neres Fernandes - Cirurgiã-dentista, Brasília-DF.
Ricardo Fabris Paulin – Mestre e Doutor em Ortodontia (Unesp/Araraquara);
Professor Titular da Universidade Paulista, campus Brasília;
Coordenador do curso de Odontologia ICESP.

RESUMO

OBJETIVO: O objetivo deste trabalho foi realizar uma pesquisa em crianças entre 04 a 12 anos para observar em cada uma a incidência de disfunção temporomandibulares.

MATERIAL

E MÉTODO: Trata-se de um estudo transversal com uma abordagem qualitativa e indutiva fazendo uma análise descritiva dos dados. A pesquisa foi realizada com 109 participantes, de ambos os gêneros. Sendo realizado uma adaptação do questionário aplicado em Ranieri et al. **RESULTADOS:** Foi observado que a onicofagia é o hábito com maior prevalência entre as crianças e que 67,3% tem de 1 a 3 hábitos deletérios. O sintoma mais relatado foi a dor de ouvido com 46,8% de ocorrência. Sobre o estresse, pode-se concluir que 40,4% dos participantes apresentaram um nível alto e que em 59,6% o nível é considerado baixo. **CONCLUSÃO:** Com isso estes resultados podem – se afirmar que a Disfunção Temporomandibular pode começar precocemente, ou seja, ainda quando criança e é predominada na fase adulta, devido os hábitos deletérios que o indivíduo tem desde pequeno, com isso o tratamento deve começar de imediato.

Palavras – Chave: Criança; Disfunção Temporomandibular; Hábitos deletérios; dor.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this work was to carry out a research in children between 04 and 12 years old to observe in each one the incidence of temporomandibular disorders.

MATERIAL AND METHOD: This is a

cross-sectional study with a qualitative and inductive approach, performing a descriptive analysis of the data. The survey was conducted with 109 participants, of both genders. An adaptation of the questionnaire applied by Ranieri et al. **RESULTS:** It was observed that onychophagia is the most prevalent habit among children and that 67.3% have 1 to 3 harmful habits. The most reported symptom was earache with 46.8% of occurrence. Regarding stress, it can be concluded that 40.4% of the participants had a high level and that in 59.6% the level is considered low. **CONCLUSION:** With that, these results can be affirmed that the Temporomandibular Disorder can start early, that is, even as a child and it is predominant in the adult phase, due to the harmful habits that the individual has since childhood, with that the treatment must start immediately.

Key words: Child; Temporomandibular dysfunction; Deleterious habits; ache.

Enviado: Novembro 2020
Revisado: Março 2021
Aceito: Junho 2021

INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares (DTM) são um grupo de distúrbios musculoesqueléticos e neuromusculares que afetam a articulação temporomandibular (ATM), os músculos da mastigação e as estruturas adjacentes associadas ao sistema estomatognático.^{1,2,3}

Os sinais e sintomas da DTM, comumente, são dores na região da ATM, dificuldade de movimentar a mandíbula, ruídos e estalos durante a movimentação mandibular, fadiga ou dor nos músculos da mastigação. Frequentemente os autores vêm reportando a presença de sinais e sintomas de DTM nas crianças e adolescentes, esses fatores vão evoluindo ao longo dos anos até a fase adulta e trazendo danos mais severos.^{1,2}

Os fatores que desencadeiam as DTMs em crianças são muito semelhantes aos apresentados em adultos, sendo eles fatores etiológicos sistêmicos, psicológico e estrutural.^{2,3}

Normalmente, o diagnóstico da DTM é realizado na fase adulta, entretanto já se pode observar alguns sinais e sintomas nas crianças, em graus leves ou moderados. O conhecimento desses distúrbios na população pediátrica é importante para minimizar, ou até mesmo evitar danos futuros, uma vez que, esse público passa pela troca de dentição da decídua para a permanente e também todo o crescimento crânio facial, e essas mudanças realizadas por esses sinais e sintomas podem afetar a estrutura da ATM, podendo gerar até mesmo interferências dentárias. Além disso, o uso de terapias conservadoras se torna mais viável com o diagnóstico precoce.⁴

A avaliação da DTM ocorre por questionários, exames clínicos, exames radiográficos, tomográficos e/ou ressonância magnética, para a melhor visualização da ATM. Esses métodos são utilizados tanto em crianças como em adultos, porém se faz necessárias adaptações nos questionários para os pacientes pediátricos.⁵

Em idade pediátrica é muito observado a presença de hábitos parafuncionais, uma vez que a boca é de suma importância para as descobertas infantis, além de gerar conforto

psicológico. Os hábitos parafuncionais são todos os que envolvem hábitos de mastigação, mas sem fins nutritivos e estão associados a fatores emocionais, com uma etiologia multifatorial que pode desencadear DTMs. Hábitos como sucção de lábios, dedos, chupetas e objetos, roer unhas e ranger ou apertar os dentes são muito comuns e podem acabar se arrastando ao longo dos anos.^{6,7}

As terapias utilizadas no tratamento das DTMs em pacientes infantis são mais conservadoras e reversíveis, sendo utilizado informação e aconselhamento ao paciente e aos responsáveis, terapia comportamental, terapias de relaxamento e estratégias de coping, uso de goteira oclusal, recursos fisioterápicos e farmacológicos.⁸

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com uma abordagem qualitativa e intuitiva fazendo uma análise descritiva dos dados. A pesquisa foi realizada com crianças de 4 a 12 anos, de ambos os gêneros, num total de 109 participantes.

Por se tratar de crianças e visando suas limitações, foi aplicado um questionário anamnésico composto de perguntas objetivas, com perguntas a respeito da manifestação de sintomas de DTM, comportamento dominante e a presença de hábitos parafuncionais.

Foi realizado uma adaptação do questionário aplicado em Ranieri et al. Onde a presença de positiva de sintomas marca 1 ponto é a negativa 0. De 0 a 2 sintomas o paciente foi considerado sem DTM, de 3 a 4 DTM leve, 5 a 6 DTM Moderada e 7 acima, DTM grave. A presença do estresse foi feito de forma autoavaliativa, onde o responsável avalia o comportamento predominante da criança.

Todo o questionário foi respondido pelo paciente com ajuda dos responsáveis e antes do preenchimento os responsáveis foram informados como preencher e os objetivos da pesquisa.

RESULTADOS

Para esse estudo foi utilizado uma

população de 109 participantes, de ambos os gêneros, na faixa etária entre 4 a 12 anos. Dentre esses 109 participantes, 63(57,8%) do gênero masculino e 46(42,2%) do gênero feminino, com idade média de 7,1+|- 2,72 anos.

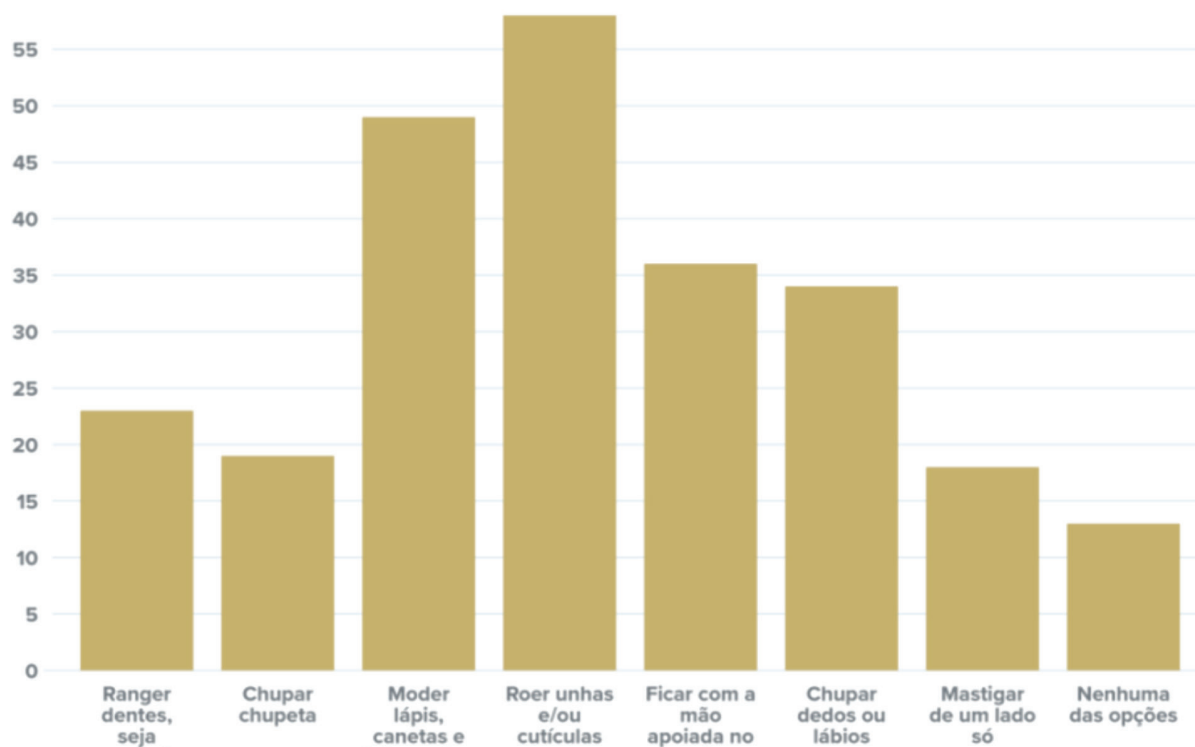
O questionário e autoavaliativo sendo respondido com o auxílio de um responsável para a percepção de sintomas de DTM, hábitos parafuncionais e estresse.

Na sessão de hábitos parafuncionais foi observado que 53,2% apresentam o hábito de onicofagia, sendo o hábito mais relatado. O segundo hábito mais presente

foi o de morder objetos como canetas, lápis e brinquedos, onde 45% relatou a presença desses, seguido de apoiar a mão sobre o queixo, com 33%. Apenas 22% dos pacientes não relatou a presença de nenhum hábito. No gênero masculino, 77,8% apresentou algum hábito parafuncional, onde 60,3% possuem de 1 a 3 hábitos e 17,5% apresentam entre 4 a 7 hábitos. No gênero feminino, 76,1% possui algum hábito, desses 54,3% possui de 1 a 3 hábitos e 21,7% apresentam de 4 a 7 hábitos. Foram observadas altas prevalências de hábitos parafuncionais nas crianças de 4 a 12 anos. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Prevalência dos hábitos parafuncionais mais relatados.

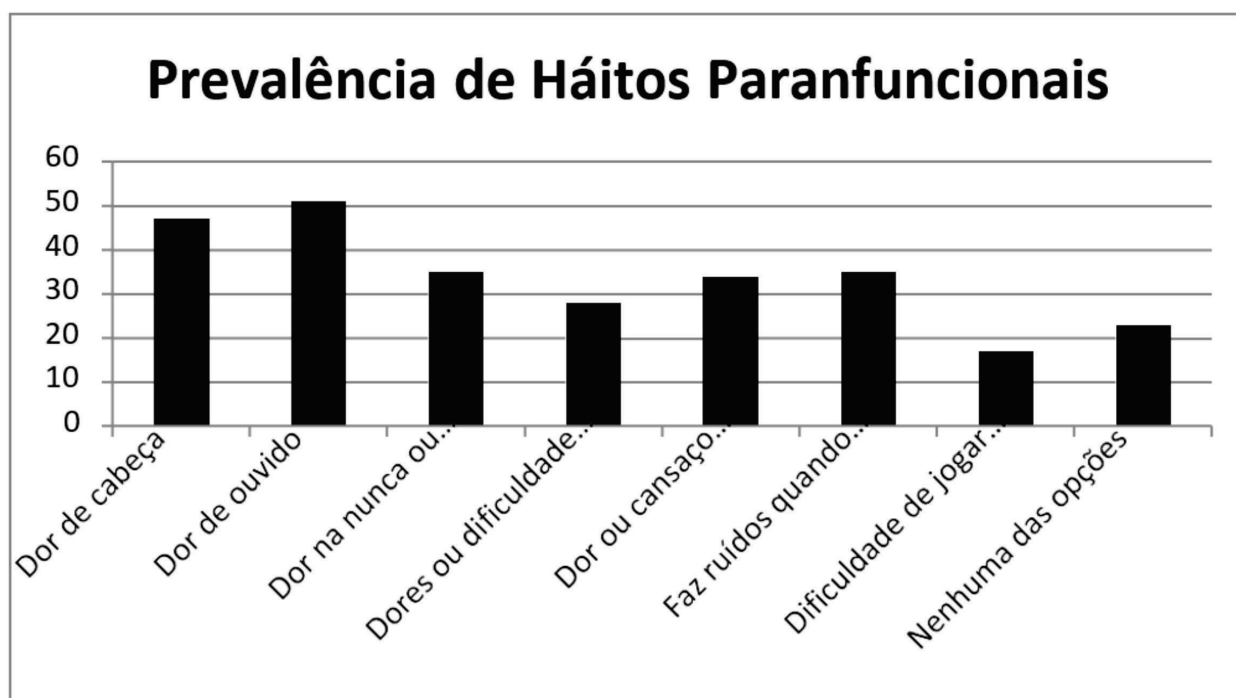
Prevalência de Hábitos Parafuncionais



Na análise de sintomas de DTM, o sintoma mais relatado foi a dor de ouvido, com 46,8%, seguido de dor de cabeça com 43,1% e em terceiro, fazer ruídos e estalos quando

fala ou mastiga com 32,1%, porém, 21,7% não apresentou nenhum sintoma de DTM. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Sintomas de DTM mais prevalentes nas crianças.



Na prevalência de DTM, 36,7% apresentou algum grau de DTM, sendo 24,8% DTM leve, 10% DTM moderada e 0,9% DTM grave, entretanto 63,3% não apresentou nenhum grau de DTM. Na prevalência por sexo, no gênero feminino 69,6% não apresentou

nenhum grau de DTM, 15,2% apresentou DTM leve, 13% DTM moderada e apenas 2,2% DTM grave. No gênero masculino, 60,3% não apresentou DTM, 31,7% DTM leve, 7,9% DTM moderada e nenhum participante masculino apresentou DTM em grau severo. (Tabela 1).

Tabela 1. Relação da DTM associada com o sexo.

SEXO	Número (n)	Sem DTM		DTM LEVE		DTM MÉDIA		DTM GRAVE	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	46	32	69,6	7	15,2	6	13	1	2,2
Masculino	63	38	60,3	20	31,7	5	7,9	0	0
Total	109	69	63,3	27	24,8	11	10,1	1	0,9

Na análise do estresse, 40,4% apresentava um comportamento predominantemente mais estressado, em contrapartida 59,6% apresentava um comportamento com baixo nível de estresse predominante. Com a associação do estresse com a DTM, 17,4% dos participantes que apresentam estresse não possuem nenhum grau de DTM, dentre esses 68,5% são do sexo masculino e 31,5% do sexo feminino. Com os participantes com DTM leve 15,6%

apresentou também estresse, nesses 76,5% são do gênero masculino e 23,5% do gênero feminino. Em DTM moderada, 5,5% tem a associação com o estresse, dentre esses 16,7% do sexo masculino e 83,3% feminino. Já na DTM grave apenas 0,9% foi expresso, porem não

houve nenhum participante do gênero masculino, somente feminino. Foi observado que o gênero feminino expressou maiores taxas para DTM moderada e grave. (Tabela 2)

Tabela 2. Relação dos graus de DTM atrelado ao estresse associados ao sexo.

GRAUS DE ESTRESSE E DTM	Totais		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Sem DTM e com estresse	19	17,4	13	68,5	6	31,5
Leve DTM e com estresse	17	15,6	13	76,5	4	23,5
Média DTM e com estresse	6	5,5	1	16,7	5	83,7
Grave DTM e com estresse	1	0,9	0	0	1	100

DISCUSSÃO

As DTM's são um conjunto de problemas articulares e musculares que acometem a ATM e as estruturas adjacentes. Os principais sinais e sintomas das DTM's são dor na articulação, na cervical e durante o processo de mastigação, cefaleia, estalos, otalgia, dor facial, limitação funcional, limitação na abertura da boca, zumbido, dor na mandíbula e dor de dentes.^{5,9,10}

Os resultados do presente estudo mostram que os hábitos deletérios estão bem presentes na vida dos participantes. Sabendo que com uma grande frequência desses hábitos, isso tudo pode interferir bastante na funcionalidade do sistema estomatognático podendo alterar a mastigação, deglutição, e respiração e fala.^{7,9,11}

Segundo estudos, os hábitos parafuncionais se caracterizam pela repetição de atos não relacionados à nutrição, sendo anormais ao sistema estomatognático. Esses hábitos podem gerar um desgaste ou mal posicionamento da mandíbula, podendo causar excesso de pressão em um dos lados da face causando efeitos deletérios, assim como o aumento de chances de desenvolvimento de DTM em níveis mais dolorosos.^{6,11,12,13}

O hábito com maior prevalência foi

a onicofagia presente em 53,2%, pode se observar que esse hábito também se destaca em outros estudos, como no estudo feito pelo Araújo Neto MG et al. Onde mostra que o hábito de roer a unha está presente na vida tanto de meninos quanto de meninas. A onicofagia é um hábito muito associado a estresse, ansiedade, irritação e transferência de um hábito para o outro como sucção de dedos e chupetas para roer unhas.^{11,14}

Na avaliação de sinais e sintomas de DTM, o sintoma mais prevalente foi a dor de ouvido, relatada por 46,8% dos participantes, seguido pela dor de cabeça 43,1% e a presença de ruídos e estalos relatado por 32,1%. Essa prevalência também foi observada em Tosato et al, onde a cefaléia e a dor no ouvido foram os sintomas mais relatados pelas crianças.^{2,8,15}

Na prevalência de DTM, se observou que 63,3% dos participantes não apresentou nenhum grau de DTM. Já entre as crianças que apresentam algum grau de DTM o grau leve foi o mais prevalente, visto que não é comum a presença de graus elevados em crianças. Nesse estudo, contrariando a literatura, os meninos apresentaram maior prevalência a DTM's leves, pois normalmente se observa a maior prevalência no gênero feminino. Entretanto, os graus de DTM moderada e grave foram mais expressivos nas meninas, o

que pode ser explicado pelo início da influência hormonal.^{11,12,15}

O estresse é um estado que desenvolve alterações no sistema biológico, gerando um conjunto de respostas psicológicas e fisiológicas, podendo afetar o desenvolvimento e a saúde do indivíduo. Nesse estudo 40,4% dos participantes apresentou um comportamento estressante. O estresse crônico é um fator comum a predisposição de DTM, doenças periodontais, língua geográfica e úlceras aftosas. Os graus de estresse geram alterações psicológicas, os indivíduos com maiores graus de DTM se consideram pessoas tensas e nervosas.^{16,17}

Alguns tipos de más oclusões como mordida profunda, mordida cruzada posterior, mordida aberta anterior, classe do tipo II de Angle, influenciam nos sinais de DTM. A mordida aberta é a que mais se destaca, pois é uma das que tem maior prevalência na maioria dos pacientes.^{1,2}

A literatura concorda que o tratamento deve ser feito de forma conservadora e reversível, entendendo e observando a fase de crescimento e desenvolvimento craniofacial em que elas estão no momento.^{1,9}

É importante ressaltar que o diagnóstico de DTM deve ser feito através de questionários como foi realizado no presente estudo e também através de exames clínicos que envolvem uma avaliação mais extra oral do que a intra-oral. Geralmente os valores de prevalência variam de um estudo para outro, em virtude das diferentes formas de metodologia, talvez utiliza um ou os dois parâmetros de investigação.^{11,12}

CONCLUSÃO

Conclui-se que a onicofagia é o hábito com maior prevalência entre as crianças e que 67,3% tem de 1 a 3 hábitos deletérios. O sintoma mais relatado foi a dor de ouvido com 46,8% de ocorrência.

Sobre o estresse, pode-se concluir que 40,4% dos participantes apresentaram um nível alto e que 59,6% o nível é considerado baixo.

Que diagnosticar a DTM o mais cedo possível é de grande importância, desta forma o tratamento se torna mais eficaz com resultados excelentes.

AGRADECIMENTO

Agradeço as minhas amigas Madlla Pereira Celestino e Maysa de Oliveira Machado por ter me ajudado bastante neste trabalho científico, que se não fosse elas este trabalho não teria acontecido.

REFERÊNCIAS

1. Rosal TDP, Ferreira RB. Disfunção temporomandibular em crianças: como diagnosticar?. R. Odontol Planal Cent. 2019. Jan-Jun; 4(1).
2. Alves JA, Costa KC. Disfunções temporomandibulares em crianças e suas consequências: relato de caso. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Uberaba. 2017. Disponível em: <http://dspace.uniube.br:8080/jspui/handle/123456789/277>
3. Paiva BERTOLI, Fernanda Mara de, LOSSO, Estela Maris, MORESCA, Ricardo César, Disfunção da articulação temporomandibular em crianças. RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia [Internet]. 2009; 6 (1): 77-84. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153013636011>
4. Araújo Neto MG, Santos AS, Sousa PHM, Vale LC, Lopes CFOF, Pinto GGS, Nascimento ALA, Haidar AMSCB, Carvalho STRF, Gonçalves MC. Disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em crianças e adolescentes. Headache Medicine. 2017;8(4):120-123
5. Fernandes de Sena, Marina, Suênia F. de Mesquita, Késsia, Santos, Fernanda Regina R., Wanderley G. P. Silva, Francisco, Serrano, Kranya Victoria D., Prevalência de disfunção temporomandibular em crianças e adolescentes. Revista Paulista de Pediatria [Internet]. 2013;31(4):538-545. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038970018>
6. Ramos HN, Lims LBRD. Relação do bruxismo com os hábitos deletérios infantis em crianças de 4 a 7 anos. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade São Lucas. 2017.

7. Vignoli DC, Nakao M, Souza BJ, Fernandes AC, Oliveira AG, Silveira CA, Vignoli VV. Correlação entre desordem temporomandibular e hábitos parafuncionais em crianças. *Rev. Uningá*. N.16, p.117-126, abr./jun.2008.
8. Gonçalves S. Disfunções Temporomandibulares em Crianças e Adolescentes – Revisão bibliográfica. Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2016.
9. Ranieri RFP, Garcia AR, Junqueira JMPC, Filho MV. Avaliação da presença de disfunção temporomandibular em crianças. *RGO*. V.55, n.3, p.229- 237, jul/set.2007.
10. Correia BC, Evangelista ME, ORSIB. de Ávila, Souza SJ, Pierre J. Relação entre os hábitos parafuncionais e a disfunção temporomandibular. *Anais de odontologia do UNIFUNEC*. Recuperado de <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/AJOF/article/view/1027>.
11. Araújo Neto MG, Santos AS, Sousa PHM, Vale LC, Lopes CFOF, Pinto GGS, et al. Disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em crianças e adolescentes. *Headache Medicine*, 8, n.4, p.120-123, Oct./Nov./Dec. 2017.
12. Merigh LBM, Silva MMA, Ferreira AT, Genaro KF, Felix GB. Ocorrência de disfunção temporomandibular (dtm) e sua relação com hábitos orais deletérios em crianças do município de Monte Negro – RO. *Rev CEFAC*, São Paulo, v.9, n.4, 497-503, out-dez, 2007
13. Fernandes IB, Sousa PFCS, Farias PC, Marques LS, Jorge LR. Hábitos parafuncionais em crianças de 36 a 71 meses de idade: prevalência e fatores associados. *Arq Odontol*. V.49, N.3, PP. 126-132, 2013.
14. Vasconcelos AC, Cesar CPHAR, Lourenço CT, Murakami LK, Paranhos LR. Prevalência de onicofagia na clínica de ortodôntica. *RFO*, Passo Fundo, v.17, n.1, p.67-71, 2012.
15. Tosato JP, Varia PHF. Prevalência de dtm em diferentes faixas etárias. *RGO*, Porto Alegre, v.54, n.3, p.211-224, 2006.
16. Almeida RS, Guimarães JL, Almeida JZ. Estresse emocional e sua influência na saúde bucal. *Dê Ciência em Foco*. V.2, n.1, PP.78-102, 2018.
17. Linhares MBM. Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. *Estud. Psicol*. V.33, n.4, 2016.