

E

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JULIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ESTUDO CLÍNICO DE PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE
DISFUNÇÕES CRANIOMANDIBULARES E CONTATOS OCLUSAIS
CÊNTRICOS EM PACIENTES PORTADORES DE LESÃO LABIOPALATAL.

REGINA CÉLIA SANTOS PINTO SILVA
Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia - Campus de São José dos Cam-
pos da Universidade Estadual Paulista "Julio
de Mesquita Filho" para obtenção do grau de
Mestre.

Área de Concentração: Prótese buco-maxilo-
facial

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Bottino



Doc: Auto
Proc. 002/93C55C
R\$ 100.000,00

Doc: 11091

19923
S2381A

CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SEÇÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA, CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JULIO DE MESQUITA FILHO"

Silva, Regina Celia Santos Pinto

Estudo clínico de prevalência de sinais e sintomas de disfunções craniomandibulares e contatos oclusais cêntricos em pacientes portadores de lesão lábiopalatal / Regina Celia Santos Pinto Silva; orientador: Marco Antonio Bottino -- São José dos Campos, 1992.

58p.: il.

Dissertação (Mestrado - Curso de Pós-Graduação em Odontologia. Área de concentração: Prótese bucomaxilo-facial) -- Faculdade de Odontologia, Campus de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho".

1. Articulação temporomandibular : Fisiopatologia
2. Fissura palatina

CDD 617 . 643

Black D723

Índice para o catálogo sistemático

1. Articulação temporomandibular: Disfunção 617 . 643 D723

26)530401

Dedico este trabalho

a meu marido, Regis e meus filhos, Daniel e Rafael, por tudo que representam de amor e carinho em minha vida;

a meus pais, pelo que sou hoje.

Ao Professor Dr. Marco Antonio Bottino,

amigo e orientador, pelo apoio, confiança e liberdade que me proporcionou durante a realização deste trabalho.

À Professora Dra. Maria Amélia Máximo de Araujo, por sua amizade e incentivo na realização deste trabalho, meu agradecimento especial.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Rogério Lacaz Netto, Diretor da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, pelo valioso incentivo.

Ao Professor Dr. Rolf Rode, Coordenador do Curso de Pós-Graduação na área de Prótese buco-maxilo-facial, por sua dedicação e amizade no decorrer deste curso.

Ao Professor José Benedicto de Mello, pelo apoio, amizade e constante colaboração.

À Professora Leila Novaes, pelo carinho e indispensável orientação na revisão das Referências Bibliográficas.

Ao Professor Ivo Lanzoni, pela dedicação na revisão léxica e linguística.

A Norma Vargas Griggio e Mônica Santos Pinto Andrade, pela colaboração nas traduções.

À nossa secretária de Departamento, Sílvia Scarpel, pela paciência, dedicação e esmero na realização da digitação.

Aos meus colegas do Departamento de Odontologia Restauradora, pelo incentivo e carinho.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.



SUMÁRIO

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	7
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
3. PROPOSIÇÃO	26
4. MATERIAIS E MÉTODOS	28
5. RESULTADOS	32
6. DISCUSSÃO	38
7. CONCLUSÕES	48
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICE: ANEXO 1	56

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade, os profissionais de Odontologia preocupam-se mais com a oclusão dentária de seus pacientes e com os problemas a ela relacionados, talvez pelo aumento da incidência das disfunções craniomandibulares e também pela maior procura dos pacientes por um tratamento que solucione estes males.

Trata-se de uma "moléstia do mundo moderno", como afirma Santos Jr.⁴⁸ (1987), onde os estados de "stress" surgem de dificuldades desse complexo mundo em que vivemos que impossibilitam o indivíduo de alcançar seus objetivos, desenvolvendo uma situação tal de ansiedade ou tensão, que, associada a fatores locais, conduzem-no ao desencadeamento de quadros patológicos relacionados à sua saúde geral.

Nestas situações, os pacientes procuram o auxílio de diferentes profissionais da área médica e, atualmente, especialistas mais atentos enviam esses pacientes ao Odontólogo com a finalidade de confirmar possíveis implicações do sistema mastigatório na sintomatologia dos pacientes.

Por esta razão, é importante que o cirurgião dentista se encontre preparado para realizar um atendimento conveniente desses pacientes, propiciando o alívio da dor e do desconforto e instituir, se necessário, o tratamento adequado, muitas vezes associado à psicoterapia.

Após um exame clínico cuidadoso, o profissional pode se deparar com a existência de sérias implicações do sistema estomatognático do paciente, influenciando de forma primária ou secundária no estado disfuncional de suas estruturas orofaciais.

Os pacientes que se apresentam para tratamento têm uma condição que representa um problema significativo em algum período de suas vidas, principalmente relativo à frequência, à persistência e à severidade dos sintomas e se constituem em cerca de 5% da população (Santos Jr.⁴⁸, 1987, Solberg⁵¹, 1987).

Os pesquisadores observam, entretanto, que a demanda tem aumentado, mas não há evidência comprovada, não estando claro se o aumento está relacionado ao excesso de tratamentos realizados pelos dentistas ou à maior conscientização dos pacientes.

Não existe uma correlação direta entre os sinais e os sintomas e as disfunções do sistema mastigatório (Santos Jr.⁴⁸, 1987). Sinais tênues, presentes num determinado paciente, podem se constituir numa severa

disfunção, enquanto que, para outros indivíduos, sinais muito mais evidentes e em maior número, podem passar despercebidos (Behnsilian⁵, 1971). Assim, o clínico deve estar atento para não classificar todos os indivíduos que apresentem sinais e sintomas como clinicamente doentes.

Diante disso, a questão essencial é saber se o momento é oportuno para o tratamento. O índice disfuncional revisto por Helkimo²⁰ (1974) auxiliou a estabelecer guias para a necessidade de tratamento, mas tem limitações para caracterizar o exato estado clínico do paciente de disfunção craniomandibular.

Uma vez que o diagnóstico é a arte de reconhecer a doença, o profissional deve realizar um diagnóstico exato para ser aplicado a uma ampla variedade de situações clínicas, devendo distinguir saúde ou normalidade de doença ou anormalidade.

Segundo Santos Jr⁴⁸ (1987), para entendermos uma disfunção é importante conhecermos as funções normais que se constituem de deslizamentos funcionais sem interferências, distribuição homogênea bilateral da carga oclusal no maior número de dentes em posição de oclusão cêntrica, direcionamento oclusal da carga mastigatória em relação ao longo eixo dos dentes e uma distância interoclusal aceitável, compatível com o conforto do paciente.

Todavia, na presença de um distúrbio funcional, poderíamos nos reportar a alguns sintomas principais, comumente presentes nas síndromes das disfunções dolorosas da articulação temporomandibular e músculos, entre elas os ruídos, as limitações de abertura, os desvios, as dores musculares e orofaciais, lembrando que nem sempre estes sintomas estarão presentes em sua totalidade.

Devemos também lembrar uma frase de Behnsilian⁵ (1971): "é mais importante o que o paciente faz com sua oclusão, que a oclusão em si".

Esta observação torna-se muito mais evidente quando transportamos este estudo para os pacientes portadores de lesão labiopalatal, que possuem uma oclusão completamente diferente dos padrões de normalidade e, mesmo assim, talvez por um processo de adaptação funcional, parece não serem os mais acometidos de disfunções craniomandibulares.

Os aspectos mais comuns de disfunção ocorrem ao nível das articulações temporomandibulares, dos músculos e estruturas dentárias; assim, nos pacientes portadores de lesão labiopalatal, o aspecto oclusal

num exame inicial poderia induzir o profissional a uma avaliação tendenciosa quanto à presença de disfunção.

Diante destas observações, decidimos avaliar pacientes com lesões de lábio e/ou palato, submetidos à cirurgia plástica nessas áreas e sem tratamentos complementares de cirurgia ortognática, ortodontia ou prótese, quanto à presença de sinais e sintomas de disfunções craniomandibulares, relacionados ao tipo de oclusão presente, tendo em vista a nítida desarmonia das arcadas dentárias, caracterizada pela ausência de guia anterior, presença de mordida cruzada, distribuição alterada dos contatos cêntricos, mordida aberta, além de outras características.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2- REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura pertinente ao presente estudo constará de trabalhos relacionados à oclusão, disfunção craniomandibular, estudos de prevalência de disfunção e consideração sobre a morfologia e oclusão de pacientes portadores de lesão labiopalatal.

Angle⁴ (1899) descreveu a oclusão ideal onde cada arco descreve uma curva e os dentes estão em grande harmonia com os dentes do mesmo arco e com os dentes do arco antagonista. A chave da oclusão é a posição relativa dos primeiros molares. A função mais importante da interdigitação de cúspides e planos dos dentes é o suporte mútuo. É importante também a influência dos planos inclinados das cúspides na direção dos dentes durante sua erupção e posicionamento nos arcos. Se alguma interferência ocorre nessa fase, os dentes se constituirão em fatores nocivos, produzindo a malocclusão. Para tanto, nesta época o autor fez uma classificação das malocclusões que é a mais utilizada até os dias atuais.

Bell⁶ (1969), estudando a síndrome de dor e disfunção da articulação temporomandibular, considerou como fator etiológico a malocclusão crônica e descreve as seguintes condições que tendem a romper a função normal da mastigação: simples esforços e mioespasmos espontâneos, alteração na cavidade bucal, desarmonias oclusais, ruídos, hábitos, estado de inconsciência, dor somática e visceral, efeito de doenças agudas e medicamentos.

Laskin²⁷ (1969) considerou essencial a presença de quatro sinais e sintomas para que um paciente seja portador da síndrome dor-disfunção, sendo que os mais comuns são: dor unilateral, sensibilidade muscular, ruído na articulação temporomandibular e limitação da função. Descreve um novo conceito de etiologia: a teoria psico-fisiológica, acreditando que o espasmo muscular é o fator primário responsável pelos sinais e sintomas da síndrome da dor-disfunção, podendo este espasmo ser iniciado de três maneiras: superextensão muscular, provocada por restaurações que invadem o espaço entre os arcos (espaço funcional livre), supercontração, que pode ser causada pela perda da dimensão vertical e finalmente a causa mais comum, a fadiga muscular, produzida por hábitos como apertamento ou o ranger dos dentes, provavelmente devido a um mecanismo de alívio de tensão involuntária.

Loiselle²⁹ (1969) avaliou 2000 pacientes do sexo masculino com idade média de 55 anos e não classificou nenhum como portador de disfunção temporomandibular, embora 58% apresentassem dentição

completa, 16% com dentição mutilada e 26% com dentaduras completas e perda da dimensão vertical. Considera que uma das razões para a não incidência de disfunção, apesar da desarmonia oclusal, é que o periodonto já debilitado pode absorver a maior parte da desarmonia oclusal, aliviando as outras estruturas. Segundo o autor, a síndrome de dor e disfunção possui um espectro de fatores etiológicos, incluindo fatores de ordem psicológica associados.

Perry⁴¹ (1969) considerou o desequilíbrio da dentição como fator etiológico da disfunção. Este pode ser de origem genética, porém, mais frequentemente, iatrogênica, devido à não manutenção dos espaços consequentes a perdas dentárias, inclinação ortodôntica dos dentes, traumatismos na articulação, durante procedimentos cirúrgicos.

Anderson & Myers³ (1971) estudaram a natureza dos contatos em oclusão central em 32 adultos com boas condições bucais e concluíram que: nenhum tinha oclusão ideal; a estabilidade dos contatos só seria verificada com um estudo longitudinal; a maior parte dos dentes posteriores ocluem com dois ou mais planos inclinados ou em combinação de plano inclinado e superfície; os dentes anteriores com contato ocluem em planos inclinados e poucos dentes fazem contato do tipo topo a topo.

Posselt⁴³ (1971) estudou 269 moças, estudantes de enfermagem, com idades entre 19 e 22 anos, com dentição razoável, quanto à presença de sintomatologia relacionada à síndrome temporomandibular. Neste estudo, os sintomas foram agrupados em quatro categorias: sintomas locais na articulação temporomandibular, sintomas periféricos, bruxismo e sensibilidade à palpação. Para serem incluídos na categoria, alguns sintomas como o ruído articular e a presença de facetas de desgaste deveriam estar associados a outro sintoma.

Agerberg & Carlsson¹ (1972) realizaram uma investigação sobre sintomas de desordens funcionais do sistema mastigatório através de questionário com 1215 indivíduos, sendo 588 homens e 627 mulheres, de 15 a 74 anos, dos quais 1106 foram respondidos. Neste estudo, observaram que muitos dos sintomas de disfunção do sistema mastigatório e dores de cabeça foram mais comuns no sexo feminino. Comentam ainda que estudos epidemiológicos por questionário não são comuns em odontologia, provavelmente por falta de confiança neste tipo de investigação.

Os mesmos autores², em 1973, apresentaram um índice das disfunções com base nos dados obtidos no questionário anterior, onde foram atribuídos valores para as questões respondidas. Baseados nas

respostas, relacionaram os itens de maior importância para realização de uma referência de anamnese e obtiveram as seguintes conclusões: não existe um simples fator com significativa dominância; embora os sintomas sejam similares, é provável que a disfunção para cada paciente seja diferente quanto à etiologia e patogênese; existe um fator ou dupla de fatores combinados que têm importância decisiva no desenvolvimento das desordens funcionais; os fatores causais variam de um paciente para outro.

Helkimo¹⁹ (1974) realizou uma investigação epidemiológica da frequência de desordens funcionais do sistema mastigatório em duas populações de diferentes regiões, de 15 a 65 anos de idade, através de questionário e exame clínico, a fim de verificar possíveis variações biológicas em função das diferentes regiões de origem dos indivíduos e encontrou altas frequências de sintomas de disfunção em ambos os grupos estudados, concluindo que esses sintomas são muito comuns.

No mesmo ano, Helkimo²⁰ apresentou um índice de disfunção do sistema mastigatório para anamnese, exame clínico e estado oclusal, aplicado aos dados obtidos na investigação epidemiológica realizada anteriormente com os habitantes de duas regiões do norte da Finlândia. Este índice distribui a população estudada da seguinte forma:

- A) Índice de disfunção clínica (Di)
 - DiO - livre de sintomas clínicos
 - DiI - sintomas leves
 - DiII - sintomas moderados
 - DiIII - sintomas severos
- B) Índice de disfunção pela anamnese (Ai)
 - AiO - livre de sintomas subjetivos
 - AiI - sintomas leves
 - AiII - sintomas severos
- C) Índice para o estado oclusal (Oi)
 - OiO - sem distúrbios oclusais
 - OiI - distúrbios oclusais moderados
 - OiII - distúrbios oclusais severos

Ingervall & Hedegard²¹ (1974) analisaram as respostas a um questionário sobre estado funcional do sistema mastigatório, com a finalidade de avaliar esse sistema, em 278 homens, com idade média de 18 anos, encontrando uma baixa frequência de indivíduos que relataram disfunção ou sintoma de disfunção, comparada à alta frequência de maloclusão (65%) na amostra de jovens.

Hansson & Nilner¹⁷ (1975) estudaram a ocorrência de sintomas de doenças da articulação temporomandibular, dos músculos da mastigação e das estruturas relacionadas em 1069 pessoas por meio de entrevista e exame clínico, encontrando como sintoma mais comum o estalo da articulação temporomandibular (65%) que foi verificado com ajuda de estetoscópio, seguido de sensibilidade à palpação da musculatura (37%) e sensibilidade à palpação da articulação temporomandibular (10%). Nos casos com dois ou mais sintomas, o ruído articular e a sensibilidade muscular combinados foram predominantes (79%), mas foi estimado que cerca de 25 a 30% necessitavam de tratamento.

Helkimo¹⁸ (1976) realizou uma revisão dos estudos epidemiológicos sobre disfunção do sistema mastigatório, observando que há diferenças entre as investigações quanto à composição das amostras selecionadas, quanto à definição dos critérios de diagnóstico e, conseqüentemente, quanto à frequência de sintomas. Contudo, alguns resultados são concordantes, como, por exemplo, com relação aos sinais mais comumente encontrados que são os ruídos articulares seguidos de sensibilidade muscular à palpação. Baseado nesta revisão, o autor conclui que: a presença de sintomas de disfunção do sistema mastigatório é muito comum em amostra não selecionada; não há grandes diferenças na frequência de disfunção entre os sexos; os sintomas têm sido encontrados em todas as faixas etárias; não há um fator etiológico predominante mas, sim, vários fatores envolvidos, tendo sido demonstrada uma certa correlação entre o grau de disfunção e o estado geral de saúde e o número de dentes presentes. Ressalta a necessidade de mais pesquisas epidemiológicas, utilizando o mesmo critério de diagnóstico e de coleta de dados, com o auxílio de um índice de disfunção, para, no futuro, elucidar alguns aspectos ainda obscuros da etiologia e do curso das doenças disfuncionais do sistema mastigatório.

Molin et al.³⁵ (1976) estudaram 253 homens com idade média de 19 anos, através de questionário e exame clínico, para verificar a frequência de sintomas de disfunção mandibular, encontrando, em 28% dos indivíduos, presença de sensibilidade à palpação nas articulações temporomandibulares, musculatura mastigatória e dor e dificuldade nos movimentos. Verificaram, também, a presença de interferência em balanceio em 15%, sendo este o único distúrbio oclusal correlacionado significativamente com sintomas de disfunção (dor durante os movimentos e sensibilidade à palpação muscular).

Rieder⁴⁴ (1977) comparou e avaliou a eficácia de três diferentes métodos na obtenção de dados de disfunção craniomandibular: questionário, história oral e exame clínico, concluindo que o menos seguro é a história oral; o questionário é o mais eficaz na obtenção dos dados e o mais objetivo é o exame clínico. Recomenda a associação dos três métodos.

Solberg et al.⁵² (1979) realizaram uma pesquisa com o objetivo de estabelecer a prevalência dos sinais e sintomas da disfunção mandibular em jovens, através de questionário e exame clínico, analisando as informações para associações estatísticas significativas. Estudaram 739 calouros da UCLA (Universidade da Califórnia, Los Angeles) com idades entre 19 e 25 anos, faixa etária que constitui grupo de alto risco em relação à disfunção e dor articular, sendo 50% homens e 50% mulheres. Foram feitos dois exames com intervalo de um ano entre eles. Embora a população estudada possa ser considerada como de alto risco, pelo fato de 26% apresentarem sintomas e 76%, sinais sub-clínicos de disfunção, os autores concluíram que menos de 5% desses pacientes necessitavam de tratamento. Os autores ressaltam, ainda, a necessidade de uma definição mais específica para disfunção mandibular.

Weinberg⁶⁰ (1979) realizou um estudo com o objetivo de delinear as origens da síndrome da dor e disfunção temporomandibular e analisar os mecanismos específicos através dos quais a oclusão pode causar dor muscular e articular. Para tanto, avaliou a dor intra-articular, espasmos musculares, conceitos ortopédicos, dor reflexa, eletromiografia e evidências clínicas, observando que a oclusão não é o único fator ou agente causal principal da disfunção temporomandibular para cada paciente.

Wigdorowicz-Makowerowa et al.⁶² (1979) realizaram um estudo baseado no exame profilático do sistema mastigatório em 2929 indivíduos, divididos em 5 grupos diferentes quanto à idade e ocupação e descrevem a prevalência e etiologia dos distúrbios funcionais. Relataram que 55 a 80% da população estudada apresentaram incidência de distúrbio, sendo esta incidência diferente nos diversos grupos, podendo indicar influência do ambiente, particularmente o tipo de trabalho e a responsabilidade exigida, independente da idade. Diante dos dados encontrados, concluíram que a profilaxia dos distúrbios funcionais consiste em prevenção da maloclusão e tratamento ortodôntico precoce, aplicação de flúor como medida profilática e tratamento restaurador que não cause interferência oclusal, proporcionando correta relação maxilomandibular.

McNeill et al.³³ (1980), num estudo sobre etiologia de disfunção craniomandibular, consideraram que os fatores são múltiplos e incluem a genética, a fisiologia, o desenvolvimento, traumatismos patológicos e, ainda, fatores comportamentais e ambientais. Dividem a etiologia em: 1) fatores predisponentes: discrepâncias estruturais, desvios fisiológicos de ordem neurológica, vascular, nutricional e metabólica, doenças sistêmicas, infecções, neoplasias e instabilidade ortopédica; 2) fatores desencadeantes: trauma, "stress", iatrogenia e fatores idiopáticos; 3) fatores perpetuantes: podem estar relacionados com um dos fatores acima ou com uma combinação dos mesmos. Neste mesmo trabalho, os autores sugerem formas de tratamento através de placas oclusais, fisioterapias, fármacos, ajuste oclusal e terapias complementares.

Mikhail & Rosen³⁴ (1980) fizeram um resumo sobre a história da síndrome da dor e disfunção miofacial, iniciando com Hipócrates que, no V séc. a C., descreve uma técnica de redução de luxação da mandíbula. Só após estudos anatômicos mais minuciosos da articulação se iniciariam as teorias sobre etiologia, concluindo os autores que há vazios quanto ao entendimento da etiologia da síndrome da dor e disfunção miofacial, não havendo acordo entre as escolas de pensamento.

Greene & Marbach¹⁵ (1982), avaliando publicações sobre prevalência da disfunção temporomandibular e da dor facial em várias populações, questionaram se aquelas seriam um estímulo ou entrave ao progresso no estudo das disfunções. Consideram duvidosos os resultados de avaliação em populações não específicas, quanto à manifestação de algum sintoma de disfunção.

Gross & Gale¹⁶ (1983) realizaram um estudo da prevalência dos sinais clínicos da disfunção mandibular numa amostra de 1000 pacientes de clínica geral, de 3 a 89 anos, de ambos os sexos, e os resultados obtidos indicam que a prevalência dos principais sinais clínicos da disfunção mandibular, na população que procura clínica geral, não é alta e que, conseqüentemente, sua ocorrência, na ausência de dor, não indica a necessidade de tratamento.

Eversole & Machado¹³ (1985) realizaram uma análise das idéias e teorias sobre a disfunção da articulação temporomandibular com o intuito de separar os fatos reais dos mitos e propuseram uma classificação levando em consideração a origem da dor. Nesta, avaliaram a dor facial de origem muscular, ruídos articulares, limitação de abertura e degeneração articular. Consideram que os sinais e sintomas tendem a se agravar progressivamente, que o uso da classificação proposta pode auxiliar na

resolução do problema e que, no caso de dor facial sem disfunção interna, a utilização de meios de relaxamento muscular e ajustes oclusais podem ser favoráveis.

Morawa et al.³⁶ (1985), revisando a literatura sobre disfunção da articulação temporomandibular em crianças e adolescentes, procuraram apresentar um caminho racional do diagnóstico e tratamento da disfunção temporomandibular. Concluíram que a maior parte dos problemas articulares são de natureza transitória, sendo reflexo do crescimento e remodelação das articulações devido à troca e maturação da dentição e ao crescimento e desenvolvimento do esqueleto facial. Quanto ao tratamento, consideraram que este deve ser individualizado devido à etiologia complexa; entretanto, recomendam fisioterapia, placa oclusal, ajuste oclusal e, raramente, cirurgia.

Magnusson et al.³¹ (1986) realizaram um estudo com duração de 5 anos, em 119 adolescentes com idade inicial de 15 anos, com o objetivo de verificar as possíveis alterações, após 5 anos, dos sinais clínicos e sintomas subjetivos da disfunção craniomandibular. O estudo foi realizado através de questionário e exame clínico inicial, tendo encontrado 62% com sinais clínicos leves e 17% com sinais moderados. Nova avaliação, cinco anos depois, revelou que o único sinal subjetivo que modificou significativamente foi o ruído articular, tendo aumentado. Nesta pesquisa foi feita uma tentativa de encontrar uma variável ou combinação de variáveis que pudessem prever o aumento ou declínio do índice clínico da disfunção, mas não foi possível encontrar esta correlação.

Wanman & Agerberg⁵⁸ (1986) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a prevalência e o desenvolvimento de sinais e sintomas de disfunção mandibular em 285 adolescentes, através de questionário. Utilizaram o índice de Helkimo²⁰ (1974) e observaram que 20% dos jovens apresentavam sintoma de disfunção de grau leve e 7%, sintomas severos. Neste mesmo ano, estes autores⁵⁹ publicaram um outro trabalho no qual, através de exame clínico do mesmo grupo de pacientes, estudaram a prevalência de sintomas de disfunção mandibular, sendo que o examinador não tinha conhecimento das respostas do questionário empregado no trabalho anterior. Concluíram que 56% da amostra apresentaram sinais clínicos de disfunção. Ressaltaram a importância da avaliação da articulação temporomandibular, músculos e função mandibular na rotina de exames clínicos de adolescentes para identificar os que possuem risco potencial.

Capellozza Filho et al.⁷ (1987) fizeram uma avaliação do crescimento craniofacial em portadores de fissura unilateral através da cefalometria em norma lateral em 299 telerradiografias de pacientes de 4 a

15 anos. Estudaram a evolução do crescimento craniofacial e a possível influência de variáveis, como diferentes procedimentos cirúrgicos, presença ou não de tratamento ortodôntico e concluíram que as características inerentes à face dos fissurados, mesmo com tratamento ortodôntico e outros acompanhamentos incluindo adequada reabilitação oclusal, são: predomínio das dimensões verticais, falta de harmonia entre os terços faciais em função do excesso inferior e retrusão conjunta da maxila e mandíbula, resultando numa concavidade no perfil.

Kampe et al.²³ (1987) realizaram um estudo longitudinal da disfunção mandibular em adultos jovens divididos em dois grupos, um com dentição intacta e outro com restaurações. Os dois grupos foram examinados por questionário e exame clínico, com intervalo de três anos, com o objetivo de comparar os resultados encontrados. O grupo de jovens com dentes restaurados apresentou maior prevalência e maior grau de disfunção tanto no primeiro quanto no segundo exames, mas os autores enfatizam que os sinais e sintomas foram geralmente leves, apesar da tendência de pequeno aumento durante o período de observação. No entanto, não foi possível esclarecer o papel das restaurações. Sugerem, como explicação para seus achados, que as restaurações dentárias devem induzir mudanças neuromusculares no sistema mastigatório, resultando hiperatividade muscular.

Kononen et al.²⁵ (1987) realizaram um estudo em 156 crianças com idades entre 10 e 16 anos, com a finalidade de obter informações sobre a prevalência de sinais e sintomas de desordens craniomandibulares. As crianças foram submetidas a exames anuais, verificando-se o desenvolvimento dos dentes, oclusão e estruturas relacionadas aos dentes e quando foi realizado o primeiro exame estomatognático, a média de idade era de 13 anos e meio. Os autores comparam seus resultados com os de outros trabalhos, concluindo que, apesar do acompanhamento odontológico que as crianças receberam desde o nascimento, sinais e sintomas de desordens temporomandibulares são comuns, embora raramente graves e salientam a necessidade de estudos longitudinais.

Vanderas⁵⁶ (1987) apresentou uma revisão da literatura sobre prevalência da disfunção craniomandibular em crianças e adolescentes, com o propósito de discutir os métodos usados, observando que não há uma padronização dos critérios para identificar indivíduos com sinais e sintomas de disfunção. Baseado nessa revisão, concluiu que é alta a prevalência de disfunção craniomandibular; entretanto, os sinais e sintomas são leves; o sintoma mais comum é sensibilidade muscular, seguido por dor de cabeça e

ruído articular; os sintomas são encontrados em todas as faixas etárias estudadas e recomenda que seja realizada uma avaliação do sistema mastigatório desde a infância nos exames odontológicos de rotina, para identificar e dar acompanhamento aos casos.

Dahl et al.¹¹ (1988) avaliaram sinais e sintomas de desordens craniomandibulares em dois grupos de indivíduos que receberam e não tratamento ortodôntico, uma vez que este é um fator contribuinte na disfunção da articulação temporomandibular, embora alguns estudos considerem que a prevalência de sintomas de disfunção é menor em pacientes que fizeram tratamento ortodôntico mas que este sozinho não pode ser considerado como medida preventiva. Na presente pesquisa, os autores, após a avaliação final, constataram que nenhum dos indivíduos examinados apresentava realmente desordens craniomandibulares; entretanto, dentre os pacientes com sintomas leves, a maioria pertencia ao grupo que não recebeu tratamento ortodôntico.

Nielsen et al.³⁷ (1988) realizaram uma avaliação clínica, cujo objetivo foi desenvolver um índice reproduzível para classificação de jovens com relação ao estado funcional do sistema mastigatório, objetivando diagnóstico e tratamento precoce. Avaliaram 92 crianças de 14 a 16 anos, sem tratamento ortodôntico nos últimos três meses, aplicando o índice por eles proposto, que consiste em:

Categoria A - sinais severos de disfunção (dor, ruído e dor durante o ruído).

Categoria B - sensibilidade à palpação das articulações e músculos, desvio ou irregularidade no movimento de abertura.

Categoria C - limitação dos movimentos mandibulares.

Concluíram que os resultados do estudo estão de acordo com estudos similares, mostrando a eficiência da padronização pelo uso de classificação ou índice.

Tervonen & Knuutila⁵⁵ (1988) estudaram a prevalência de sinais objetivos e sintomas subjetivos de distúrbio mandibular em 1600 casos, sendo 400 para cada faixa etária de 25, 35, 50 e 65 anos. Observaram que a prevalência foi mais alta entre as mulheres, houve uma leve tendência para maior frequência de sinais clínicos com o aumento da idade; 27% da amostra necessitavam de tratamento e dentições completas ou com perda de elementos dentários sem substituição, não influenciaram na

predominância de distúrbio mandibular, porém, casos com dentaduras completas tinham, mais frequentemente, sinais e sintomas de distúrbio.

Clark et al.¹⁰ (1989) escreveram um artigo com objetivo de fornecer um guia para avaliação e diagnóstico das desordens temporomandibulares, sendo estas orientações limitadas à dor e à disfunção emergente do sistema temporomandibular, embora considerem a dor e disfunção na região craniofacial de etiologia múltipla. Elaboraram o guia que compreende um questionário e um breve exame clínico que têm por finalidade detectar sinais e sintomas nos pacientes com desordens temporomandibulares.

Nielsen et al.³⁸ (1989) realizaram uma avaliação clínica do estado funcional do sistema mastigatório de 706 crianças de 14 a 16 anos que tinham recebido cuidados dentários regulares e tinham apenas dentes naturais. Aplicando um sistema de classificação desenvolvido para este grupo específico de idade, encontraram 19% com sinais moderados e 11% com distúrbios severos. Uma análise de associação entre os sinais de disfunção revelou que o ruído articular estava sempre associado a alguma sensibilidade à palpação. Este estudo teve, também, por objetivo obter a melhor compreensão dos distúrbios funcionais através de análise detalhada do padrão de vários sinais de disfunção.

Seligman & Pullinger⁴⁹ (1989) estudaram 196 pacientes com disfunção temporomandibular divididos em cinco grupos diagnósticos, comparados com 222 pacientes sem disfunção, para verificar variáveis oclusais específicas. Relataram que a classificação de Angle⁴ (1899) não foi útil na diferenciação dos pacientes e grupo/controle. Consideram que estudos epidemiológicos, apesar de mostrar associações, não provam que a oclusão é um dos fatores etiológicos, pois algumas características oclusais podem ser consequência de desordens articulares, algumas podem desencadear ou agravar e outras podem proteger o sistema.

Vanderas & Ranalli⁵⁷ (1989) estudaram 30 crianças de 6 a 10 anos com fissura unilateral de lábio ou lábio e palato com o objetivo de determinar a prevalência de sinais e sintomas de disfunção craniomandibular e ainda descrever uma rotina clínica para o diagnóstico desses sinais e sintomas. Neste estudo, os autores definiram disfunção craniomandibular pela presença de um grupo de sintomas que poderiam ser subjetivos ou objetivos. Esse critério foi baseado no fato de que alguns desses sintomas poderiam ser o início de situações mais graves, posteriormente, na vida dessas crianças. Este estudo mostrou uma alta prevalência de sintomas objetivos (76,6%) e subjetivos (53,3%), maior do que a relatada em estudos

de crianças sem fissura; os autores alertam o clínico para o potencial de disfunção craniomandibular em crianças fissuradas.

Cisneros⁹ (1989), comentando o estudo de Vanderas & Ranalli⁵⁷ (1989), salientou que não há um processo evolutivo envolvendo a disfunção craniomandibular, pois a sintomatologia da maioria dos pacientes melhora com ou sem intervenção profissional, há uma notável adaptação natural, particularmente na região da articulação temporomandibular. Relata ainda que, na população de pacientes sem fissuras, a frequência de disfunção craniomandibular é muito maior, sendo mesmo uma situação irônica, pois as condições morfológicas dos fissurados poderiam potencializar os fatores de disfunção.

Widmer⁶¹ (1989) realizou uma revisão da prevalência dos sons articulares e sua associação com a patologia, a caracterização do som através da intensidade, duração e relacionamento com os movimentos articulares. Concluiu que a sonografia da articulação temporomandibular tem sido divulgada como um método "objetivo" para avaliação e diagnóstico de desordens intracapsulares, com a vantagem de não ser invasiva mas, infelizmente, a única objetividade associada a estes instrumentos é sua capacidade de registrar sons de origem indeterminada.

Dworkin et al.¹² (1990) realizaram o primeiro estudo epidemiológico de disfunção temporomandibular nos Estados Unidos, utilizando métodos idênticos para comparar pacientes em tratamento ou à procura de tratamento, com pessoas selecionadas aleatoriamente na mesma comunidade, que relataram dores de disfunção temporomandibular e com pessoas livres de dores. De 1016 pessoas que responderam a um questionário, os autores selecionaram 123 que relataram dor, mas não estavam em tratamento, 264 selecionados ao acaso entre os que não relataram dor e 289 que já haviam sido encaminhados para tratamento. Todos foram submetidos a entrevista e exame clínico, tendo os autores concluído que o tipo de oclusão não está relacionado à disfunção temporomandibular. Também o grau e tipo de odontologia recebidos pelos pacientes, como fontes potenciais de trauma ou modificadores de oclusão, não parecem estar relacionados com a presença ou ausência de dor de disfunção temporomandibular.

Concluem, ainda, os autores que a dor é menor entre pessoas mais idosas, o que pode ser interpretado de várias formas: que a disfunção não progride para uma deterioração física sensível ou função oral diminuída; que o tratamento da disfunção foi bem sucedido; ou ainda, que a incidência de disfunção tem aumentado recentemente nos jovens, portanto, taxas de

predominância aumentarão nos mais idosos futuramente. Ressaltam, também, a necessidade de avaliações longitudinais para esclarecer a história natural e o curso clínico da disfunção temporomandibular.

Jensen²² (1990) descreveu a oclusão de pacientes de classe III de Angle, onde há grande variação dos contatos, não se encontrando um padrão definido de contatos oclusais cêntricos, além de que a falta da guia anterior resulta numa oclusão balanceada bilateral ou seja, contatos posteriores em trabalho, balanceio e protrusão. Nos casos de classe III, as determinantes da oclusão são a eminência articular, tamanho do arco e os dentes posteriores. Os pacientes de classe III têm uma área de função muito limitada no sentido horizontal, os contatos em balanceio são fisiológicos, não devendo ser removidos, pois isto poderia causar desconforto, pressões rotacionais e aumentar os problemas periodontais.

Katz et al.²⁴ (1990) fizeram uma revisão da literatura sobre um dilema de 100 anos: o que é oclusão normal e como é classificada a maloclusão, desde Angle, seus críticos, controvérsias, até a integração da oclusão com sua fisiologia, concluindo que, após 100 anos de investigação da oclusão, a pesquisa continua.

Korioth²⁶ (1990) analisou o número e local de contatos oclusais em oclusão central entre caninos e segundos molares num grupo de 45 adultos com dentição natural, sem restauração e clinicamente sadia, enfocando especialmente a simetria na distribuição dos contatos. Encontrou, em média, 7 contatos de cada lado, em todos os dentes posteriores, sendo os contatos mais frequentes entre primeiros e segundos molares. Com este estudo o autor concluiu que a assimetria no número e localização dos contatos é frequente em indivíduos com oclusão morfologicamente boa.

Rinchuse et al.⁴⁵ (1990) discutiram o significado clínico dos sons articulares e sua implicação na prática ortodôntica, uma vez que os ruídos articulares têm sido considerados como um dos quatro sinais da síndrome da dor e disfunção temporomandibular e os sinais mais comuns da desordem craniomandibular. Salientam o questionamento quanto à necessidade de tratamento de pacientes que apresentam o estalido como único sinal identificado, devido ao fato de muitos estudos demonstrarem que o estalido, geralmente, é benigno e nem sempre leva a problemas mais severos.

Gianniri et al.¹⁴ (1991) investigaram o relacionamento entre o número, distribuição e intensidade dos contatos oclusais em posição de intercuspidação máxima e o funcionamento craniomandibular em 56 jovens

de 16 a 17 anos, divididos em dois grupos: um com e outro sem distúrbios funcionais, concluindo que a diferença encontrada entre o número de contatos nos dois grupos sustenta a influência dos contatos oclusais na disfunção craniomandibular, independente da morfologia oclusal.

LeResche et al.²⁸ (1991) realizaram um estudo em dois grupos de pacientes, um com disfunção e outro sem, aplicando dois esquemas diferentes para classificação e diagnóstico das desordens temporomandibulares. Os resultados mostram a complexidade do diagnóstico diferencial dessa disfunção e os autores sugerem a necessidade de uma avaliação de esquemas alternativos para diagnóstico.

Long³⁰ (1991) escreveu um artigo com a finalidade de esclarecer a importância de dois testes diagnósticos utilizados na determinação do papel da oclusão nas desordens temporomandibulares: teste de sensibilidade à palpação do feixe inferior do músculo pterigoideo lateral e teste de tensão, realizado com o uso do calibrador. Quando o resultado é positivo para os dois testes, o profissional tem quatro modalidades para o tratamento da dor muscular: fisioterapia, terapia medicamentosa, psicoterapia e terapia oclusal. Porém, se os músculos pterigoideos laterais não estão sensíveis e o teste de tensão é negativo, não importa quanto os outros músculos da mastigação estejam sensíveis, deve-se concluir que a origem da dor muscular não é oclusal, estando, portanto, contraindicada a terapia oclusal.

Mazengo & Kirveskari³² (1991) estudaram em 100 tanzanianos a prevalência e a distribuição dos sinais e sintomas das desordens craniomandibulares, através de avaliação clínica e entrevista. Pelo menos um sintoma foi relatado por 26% dos indivíduos e em 40% pelo menos um sinal clínico estava presente. O sintoma mais frequente foi o ruído articular e, quanto aos sinais clínicos, sensibilidade na região do músculo pterigoideo lateral e crepitação da ATM aumentavam significativamente com a idade. Não encontraram diferenças significantes entre os sexos quanto aos sintomas nem quanto aos sinais.

Sullivan et al.⁵³ (1991) realizaram um estudo para verificar os contatos oclusais comparados em pacientes em tratamento ortodôntico, após tratamento ortodôntico e sem tratamento (controle), com os objetivos de: estabelecer a reprodutibilidade do método de registro, determinar variações no padrão de contatos dentários, determinar os efeitos imediatos do tratamento ortodôntico sobre os contatos e fazer comparações entre os dois grupos, tratados e não tratados ortodonticamente. Concluíram que são escassas as evidências para confirmar que variações no número de contatos

estão relacionadas com estabilidade oclusal ou disfunção temporomandibular.

Wright et al.⁶³ (1991) realizaram um estudo para testar a teoria da hiperatividade muscular induzida pelo "stress", através de avaliação do nível de "stress", em pacientes portadores da síndrome de disfunção mandibular e em pacientes/controle e ainda se propuseram verificar a hipótese de que portadores dessa síndrome apresentam sintomas depressivos em maior grau. Diante dos resultados obtidos, não encontraram evidências que suportem a teoria da hiperatividade muscular provocada pelo "stress", ressaltando, no entanto, que essa teoria não deve ser descartada, uma vez que outros estudos apontam evidências de elevados níveis de "stress" em pacientes com disfunção. Quanto à depressão, foi encontrada com alta intensidade nos pacientes com disfunção, sendo suficiente para requerer vigilância, mas não foi possível afirmar se os sintomas depressivos são causa ou consequência das queixas da disfunção mandibular.

Choi⁸ (1992) realizou um estudo com o propósito de avaliar a estabilidade dos contatos oclusais no momento da dinâmica oclusal e investigar a correlação entre esta estabilidade e a atividade dos músculos masseter e temporal anterior durante o fechamento voluntário máximo, em pacientes com disfunção temporomandibular e num grupo/controle, todos com Classe I de Angle e com dentição completa. Os resultados mostraram que os contatos foram mais instáveis no grupo de pacientes do que no grupo/controle, sendo menos simultâneos e menos simétricos. Quanto à atividade muscular, a simetria do feixe anterior do temporal estava mais significativamente associada com a estabilidade oclusal no momento do contato dentário do que a atividade simétrica do masseter durante o apertamento máximo, estando estes resultados consistentes com o fato de que o músculo temporal é o principal posicionador da mandíbula durante a elevação, enquanto que o masseter tem como função principal a elevação da mandíbula.

Pudemos verificar, no decorrer deste levantamento bibliográfico, que é grande o interesse em se padronizar critérios para o estabelecimento de um diagnóstico definitivo de disfunções craniomandibulares, além da busca de uma definição para o papel da oclusão nestes distúrbios.

3. PROPOSIÇÃO

3- PROPOSIÇÃO

Avaliar os pacientes portadores de lesão labiopalatal quanto à prevalência de sinais e sintomas temporomandibulares associada ao número e distribuição de contatos oclusais cêntricos, que tenham se submetido apenas à queiloplastia e palatoplastia sem, contudo, terem recebido tratamento complementar por ortodontia, cirurgia ortognática ou prótese.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4- MATERIAIS E MÉTODOS

Foram selecionados 11 pacientes portadores de lesão labiopalatal que frequentam os ambulatórios da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, UNESP, de ambos os sexos, numa faixa etária de 16 a 28 anos e que receberam apenas cirurgia plástica de lábio e palato.

Os pacientes foram submetidos a uma entrevista e exame clínico (Rieder ⁴⁴, 1977), por um único profissional e os dados, transferidos para a ficha idealizada especialmente para este estudo (anexo 1).

A entrevista teve por finalidade obter um histórico quanto aos sintomas subjetivos de disfunções craniomandibulares, através de perguntas formuladas ao paciente e acompanhadas de esclarecimentos, quando necessários, sobre a presença de ruídos articulares, cansaço facial, dores de cabeça (registrada como positiva quando a frequência foi superior a uma vez por semana), dor na face ou durante os movimentos mandibulares.

No exame clínico, realizou-se a palpação das articulações temporomandibulares e músculos envolvidos com a mastigação, observou-se a classificação de Angle, o grau de abertura, presença de desvio, de mordida aberta, mordida cruzada e, ainda, a presença das guias anteriores (incisiva e canina).

Após a coleta dos dados, passou-se a obtenção dos modelos de estudo através de moldagens totais das arcadas dentárias com hidrocolóide irreversível (Jeltrate-Dentsplay) e, em seguida, procedemos ao vazamento com gesso especial (Velmix-Sybron Kerr) na proporção de 100g de pó/24 ml de água.

Os modelos foram recortados com as bases planas, para possibilitar um melhor enquadramento e posicionamento na obtenção de reproduções fotográficas, a partir das quais executamos fotos reticuladas para documentação dos contatos oclusais e posterior reprografia.

Os onze pares de modelos foram montados em articulador semi-ajustável (Gnatus 8600) posicionados corretamente através de arco facial obtido dos pacientes, conforme Shillingburg⁵⁰ (1983), pois o uso do arco facial permite posicionar o modelo superior espacialmente em relação ao eixo de rotação mandibular, bem como ao ponto craniométrico anterior, possibilitando ter os modelos nas suas exatas relações dinâmicas entre si. Uma montagem arbitrária do modelo superior levaria a equívocos quanto ao posicionamento espacial, resultando em uma deficiência de contato dos

arcos antagônicos ao nível da oclusão cêntrica (Nunes ³⁹, 1980, Rugh & Johnson ⁴⁶, 1989, Santos Jr. ⁴⁷, 1982, Shillingburg ⁵⁰, 1983).

Para a montagem do modelo inferior foi obtido o registro de cera em posição de máxima intercuspidação com o objetivo de avaliar o número e distribuição dos contatos oclusais cêntricos, realizado da seguinte forma: paciente sentado, com a cabeça em posição ereta, foi treinado para ocluir na posição de intercuspidação máxima (relação de oclusão cêntrica). Após esse treinamento, com caneta para retroprojeção, marcamos com um traço vertical, nos dentes superiores e inferiores, as áreas de engrenamento interdental com a finalidade de verificar a reprodução dessa oclusão treinada quando o registro de cera era tomado.

Com uma lâmina de cera rosa (nº 7-Duradent) dobrada ao meio e recortada sobre o modelo, de modo a permitir a visualização das áreas de engrenamento demarcadas, foi tomado o registro. O paciente foi orientado para morder a cera na posição em que havia sido treinado (Fig.1).



Fig.1 Registro de cera em posição de intercuspidação máxima do caso 4.

Após a montagem dos modelos, passamos ao registro do articulador que foi feito em posições-padrão, que representam a média da morfologia no adulto, obtida através de experiências clínicas segundo Posselt⁴² (1973) e Rugh & Johnson⁴⁶ (1989).

Normalmente, os registros individuais são mais precisos, porém, podem ser associados a erros relativamente grandes devido às dificuldades na tomada dos registros de cera, sendo, por essa razão, frequentemente substituídos por valores médios (Rugh & Johnson⁴⁶, 1989).

Como os pacientes do presente estudo apresentam, em sua maioria, ausência de guia anterior e mordida cruzada bilateral, o que dificultaria um registro preciso, optamos pelo registro do articulador através dos valores médios de 33° para inclinação de guia condilar e 15° para o ângulo de Bennett (Nunes³⁹, 1980, Posselt⁴², 1973, Tamaki⁵⁴, 1981).

A seguir, foram demarcados os contatos oclusais nos modelos, utilizando-se fitas de papel carbono (AccuFilm-Parkell-USA). Os contatos demarcados foram transportados para as respectivas fotos reticuladas.

De posse dos dados obtidos pela anamnese e exame clínico (anexo 1) e da demarcação dos contatos, nesta amostragem de pacientes, relacionamos sinais e sintomas de disfunção craniomandibular com o número e distribuição dos contatos oclusais cêntricos.

5. RESULTADOS

5- RESULTADOS

Com o objetivo de facilitar a verificação dos resultados, agrupamos os mesmos em diferentes quadros, de acordo com a metodologia dos exames realizados. Assim temos, no Quadro I, as informações resultantes da entrevista, relacionadas aos sintomas e, no Quadro II, os dados obtidos no exame clínico, relacionados a sinais de disfunções craniomandibulares, além de informações sobre a presença de guias anteriores.

No Quadro III encontramos os resultados do exame realizado nos modelos montados no articulador semi-ajustável em posição de intercuspidação máxima quanto à classificação de Angle, presença de mordida cruzada, número de dentes e número e distribuição dos contatos oclusais por dentes.

A localização dos contatos oclusais pode ser vista no Quadro IV.

Quadro I - Resultados da entrevista

Casos	Ruídos	Dores				Cansaço
		cabeça	abertura	mastigação	face	
1	n	s	n	n	s	s
2	s	n	n	n	n	n
3	s	n	n	n	n	n
4	s	n	n	n	n	n
5	s	n	n	n	n	n
6	s	n	n	n	n	s
7	s	n	n	s	s	s
8	n	n	n	n	n	n
9	s	s	n	n	n	n
10	s	n	n	n	n	n
11	s	n	n	n	n	n

s = sim

n = não

Quadro II - Resultados do exame clínico

Casos	Sensibilidade à palpação		Grau abertura em mm	Desvio abertura	Guia anterior		
	ATM	Musc.			Inc.	Canino	
						D	E
1	n	s	35	s	n	n	n
2	n	n	49	s	n	n	n
3	n	n	37	n	n	n	n
4	n	s	46	s	n	n	n
5	n	n	40	s	n	n	n
6	n	s	46	s	n	n	n
7	n	s	30	s	n	n	s
8	n	n	35	n	n	n	s
9	n	s	37	s	n	n	n
10	n	s	48	s	n	n	s
11	s	s	50	s	n	n	n

s = sim

n = não

Quadro III - Resultados do exame dos modelos de estudo

Casos	classif. Angle	Mordida cruzada			Número dentes presentes	Número de contatos			
		ant.	Posterior			dir.	esq.	ant.	Total
			D	E					
1	III	s	n	s	26	3	1	3	7
2	III	s	s	s	22	2	0	0	2
3	I	n	s	s	28	3	4	1	8
4	III	s	s	s	26	1	2	0	3
5	I	n	n	n	27	2	3	1	6
6	III	s	n	n	29	3	2	3	8
7	III	s	n	s	27	3	2	2	7
8	I	s	s	s	22	2	0	0	2
9	III	s	s	s	23	1	2	0	3
10	III	n	s	n	20	2	2	0	4
11	III	s	n	s	26	3	4	1	8
Total						25	22	11	58

s = sim

n = não

Quadro IV - Localização dos contatos cêntricos

Casos	Cúspide com fossa	Cúspide com crista marginal	Cúspide com aresta	Cúspide com plano inclinado	Plano inclinado com plano inclinado	Plano inclinado com aresta	Aresta com aresta	Topo a topo
1			2			5		
2			1		1			
3				2	2	4		
4					1	1	1	
5	1		1		3		1	
6	1	1	1		1	1	2	1
7		2		2			1	2
8			1	1				
9			2	1				
10			1	1	1	1		
11					3	5		
Total	2	3	9	7	12	17	5	3

6. DISCUSSÃO

6- DISCUSSÃO

Embora tenha sido verificada total desarmonia oclusal nos pacientes desse estudo, parece que isto não leva obrigatoriamente ao desenvolvimento de disfunções craniomandibulares, o que está de acordo com as observações de Cisneros⁹ (1989), Ingervall & Hedegard²¹ (1974), Loisel²⁹ (1969) e Sullivan et al.⁵³ (1991).

Muitos estudos têm sido realizados com o objetivo de apurar o papel da oclusão nos quadros de disfunção como fator etiológico, mas são conflitantes os resultados concernentes à relação entre o estado oclusal e o desenvolvimento de disfunções craniomandibulares (Dworkin et al.¹², 1990, Gianniri et al.¹⁴, 1991, Kampe et al.²³, 1987, Seligman & Pullinger⁴⁹, 1989, Sullivan et al.⁵³, 1991).

Alguns autores consideram a maloclusão responsável pelo aumento da frequência dessas desordens, como Bell⁶ (1969), Choi⁸ (1992), Morawa et al.³⁶ (1985), Perry⁴¹ (1969), Wigdorowicz-Makowerowa et al.⁶² (1979), enquanto outros consideram não haver influência marcante do número de dentes remanescentes, nem do tipo de oclusão na frequência dos sinais e sintomas de disfunção (Dworkin et al.¹², 1990, Kononen et al.²⁵, 1987).

Já para outros pesquisadores, há uma correlação existente entre um certo grau de disfunção e o estado geral de saúde e o número de dentes residuais (Helkimo¹⁸, 1976, Okeson⁴⁰, 1992, Solberg⁵¹, 1987, Wright et al.⁶³, 1991, Zarb & Carlsson⁶⁴, 1989).

Mas a maioria dos autores enfatiza o caráter multifatorial da etiologia das disfunções craniomandibulares.

Weinberg⁶⁰ (1979) observou que são conclusivas as evidências clínicas da direta relação causa e efeito entre as interferências oclusais e a síndrome da dor e disfunção muscular (devido ao fato de que a interferência oclusal leva à hiperatividade muscular); no entanto, a oclusão não é o único fator ou agente causal principal, estando de acordo com a maioria dos pesquisadores (Agerberg & Carlsson¹, 1972, Agerberg & Carlsson², 1973, Clark et al.¹⁰, 1989, Dahl et al.¹¹, 1988, Helkimo¹⁸, 1976, Helkimo¹⁹, 1974, Ingervall & Hedegard²¹, 1974, Laskin²⁷, 1969, Loisel²⁹, 1969, McNeill et al.³³, 1980, Molin et al.³⁵, 1976, Okeson⁴⁰, 1992, Wanman & Agerberg⁵⁹, 1986, Weinberg⁶⁰, 1979, Wigdorowicz-Makowerowa et al.⁶², 1979).

Além da maloclusão, também fatores psicossociais contribuem para o desenvolvimento da disfunção (Vanderas & Ranalli⁵⁷, 1989, Wright et

al.⁶³, 1991). Observamos que há controvérsia na literatura quanto ao "stress" e oclusão como fatores etiológicos primários de distúrbios funcionais (Dworkin et al.¹², 1990, Seligman & Pullinger⁴⁹, 1989, Weinberg⁶⁰, 1979); entretanto, verifica-se um aumento na incidência de disfunção na presença de fatores emocionais altamente estressantes como casamento, separação, doença, morte, perda de emprego, entre outros.

Eversole & Machado¹³ (1985), Kampe et al.²³ (1987) e Vanderas & Ranalli⁵⁷ (1989) observaram que há uma tendência ao agravamento dos sinais e sintomas; entretanto, Cisneros⁹ (1989) afirma que não há um processo evolutivo dos sinais e sintomas de disfunção observados em crianças portadoras de fissuras.

Verificamos nos Quadros I e II, relativos a sinais e sintomas, que apenas dois pacientes apresentavam dor de cabeça frequente e três relataram sensação de cansaço, dos quais um queixou-se, também, de dor discreta durante a mastigação.

O sinal encontrado com maior frequência foi o ruído articular, presente em 81,8% dos casos, seguido de sensibilidade muscular à palpação encontrado em 63,6% da amostra estudada.

Sensação de cansaço e limitação de abertura foram sinais encontrados em 27,2%.

Como limitação de abertura consideraram-se os indivíduos com grau de abertura até 35mm, o que pode ser limitado, porém não disfuncional. Esse limite será disfuncional para o paciente apenas se estiver inferior à sua abertura normal (Gross & Gale¹⁶, 1983, Hansson & Nilner¹⁷, 1975).

Com relação à sensibilidade muscular, encontramos respostas positivas para o pterigoideo lateral, porém suaves, o que está de acordo com outros trabalhos (Gross & Gale¹⁶, 1983, Hansson & Nilner¹⁷, 1975, Molin et al.³⁵, 1976, Vanderas & Ranalli⁵⁷, 1989).

Para a verificação de ruídos articulares não se utilizou o estetoscópio que, segundo Dworkin et al.¹² (1990), resultaria em maior número de respostas positivas, provavelmente porque registra sons de origem indeterminada, de acordo com Widmer⁶¹ (1989). É muito controvertida a importância clínica do ruído, principalmente quando não está associado a outros sintomas (Dworkin et al.¹², 1990, Gross & Gale¹⁶, 1983, Magnusson et al.³¹, 1986, Posselt⁴³, 1971, Rinchuse et al.⁴⁵, 1990).

Para observar uma interrelação dos três sinais clínicos mais comuns de disfunção - ruído articular, sensibilidade muscular ou articular e limitação de abertura - vejamos o diagrama de Venn (Fig.2), onde podemos verificar que apenas em um caso os três sinais estavam presentes.

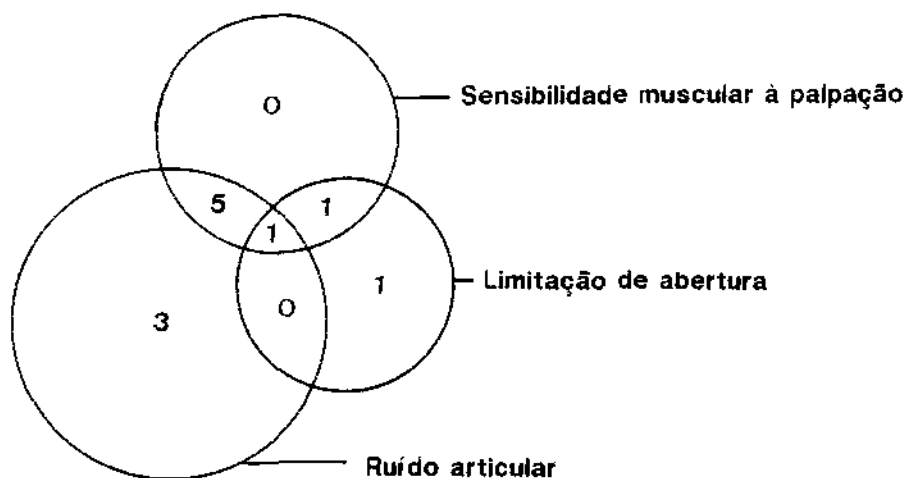


Fig.2 *Interrelação dos três sinais clínicos mais característicos de disfunções craniomandibulares.*

Nossos resultados, quanto à maior frequência de ruído articular e sensibilidade muscular, estão de acordo com vários trabalhos já publicados (Gianniri et al.¹⁴, 1991, Hansson & Nilner¹⁷, 1975, Helkimo¹⁸, 1976, Mazengo & Kirveskari³², 1991, Tervonen & Knuutila⁵⁵, 1988, Vanderas⁵⁶, 1987, Wanman & Agerberg⁵⁸, 1986, Wanman & Agerberg⁵⁹, 1986).

Os sinais e sintomas encontrados poderiam ser classificados como leves ou suaves, salientando-se aqui a necessidade de estudos longitudinais para verificar alguma modificação ou mesmo evolução desses resultados.

É importante ressaltar que nenhum dos pacientes procurou atendimento para tratamento de disfunções craniomandibulares, mas apenas para tratamento de rotina, embora exista, na Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, um Centro de atendimento específico para pacientes com disfunção craniomandibular.

Passando ao estudo de avaliação dos contatos oclusais, verificamos na literatura que estes estudos são geralmente realizados em

pacientes com oclusão morfologicamente boa e o número e a localização desses contatos são registrados nos dentes posteriores, tendo-se observado uma média de 12 a 20 contatos, sendo de 6 a 10 de cada lado (Anderson & Myers³, 1971, Gianniri et al.¹⁴, 1991, Koriath²⁶, 1990, Sullivan et al.⁵³, 1991).

Para os pacientes fissurados, que apresentam grandes alterações morfológicas e oclusais no presente estudo, todos os contatos foram avaliados, pois qualquer um deles, posterior ou mesmo anterior, pode ser o responsável pela "estabilidade" da arcada, em função do nível de adaptabilidade ou tolerância fisiológica, estabelecido ao longo da vida desses indivíduos.

Além das características inerentes à face dos fissurados (Capellozza Filho et al.⁷, 1987), associadas à própria situação da maxila, outros fatores contribuem para o desvio da oclusão ideal e dentre eles citaríamos a perda de elementos dentários com consequentes migrações, extrusões e giroversões, doença periodontal, colocação de restaurações e próteses inadequadas.

Dessa forma, o estabelecimento de padrões oclusais ideais ou normais é inviável para estes pacientes, observando-se neles características oclusais extremamente desfavoráveis, mas, apesar disso, não se encontrando alta frequência de sinais e sintomas que viessem a caracterizar um quadro de disfunção craniomandibular, talvez devido à grande capacidade adaptativa desses indivíduos, conforme Cisneros⁹ (1989).

No Quadro III verificamos que, embora os pacientes apresentem um número significativo de dentes, a presença e distribuição dos contatos oclusais não seguem qualquer padrão preestabelecido, como se observa no caso 1, por exemplo, que apresenta 3 contatos no lado direito e 1 no lado esquerdo, além de 3 na região anterior (Fig.3).

Já nos casos 2 e 8, cada paciente tem 22 dentes com apenas 2 contatos e ambos no lado direito, somando-se ainda a essa situação a ausência de guia anterior (Fig.4 e Fig.5).

Outro caso que merece ser destacado é o número 4 que, embora com a presença de 26 dentes, mostra apenas 3 contatos oclusais, sendo 1 no lado direito e 2 no esquerdo (Fig.6).

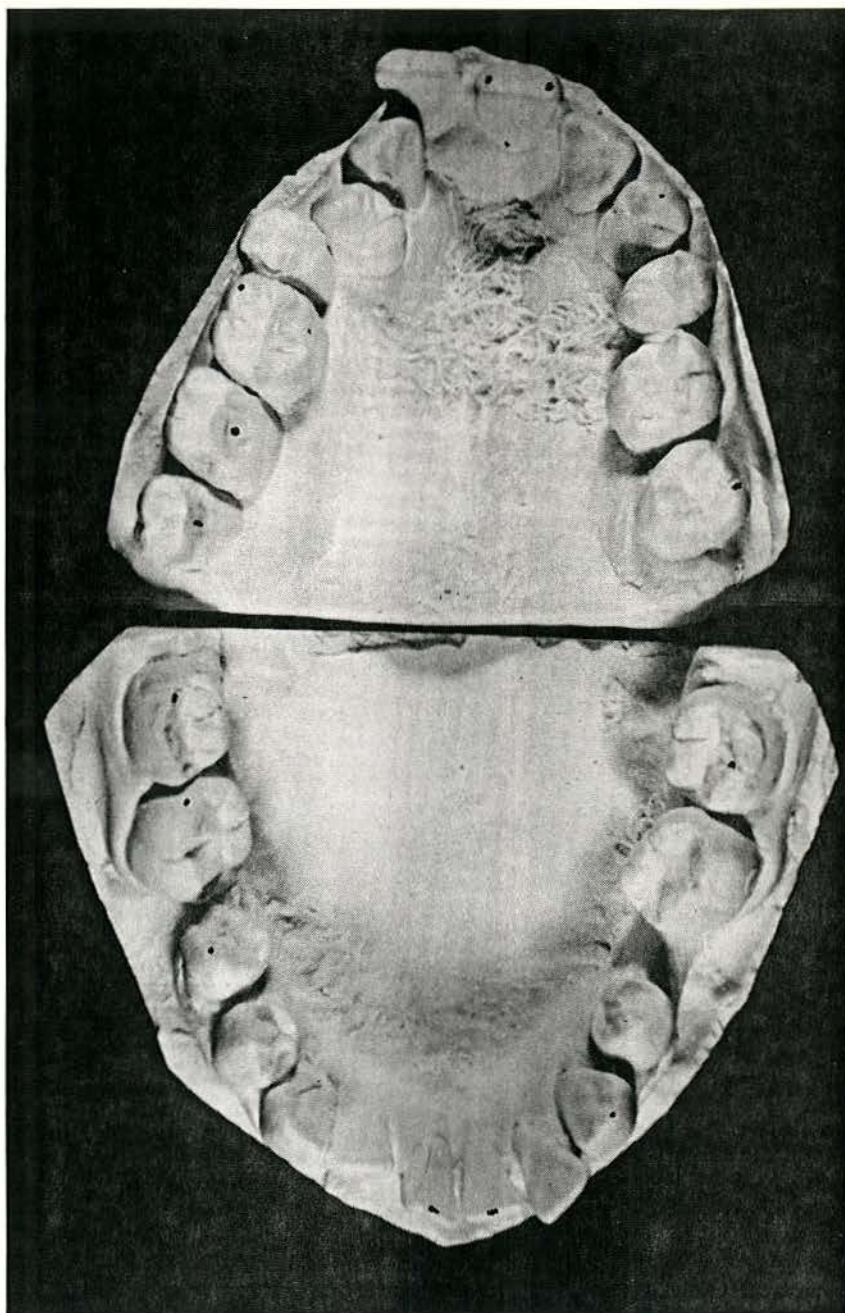


Fig.3 Caso 1: presença de 26 dentes com 3 contatos no lado direito, 1 no lado esquerdo e 3 na região anterior.

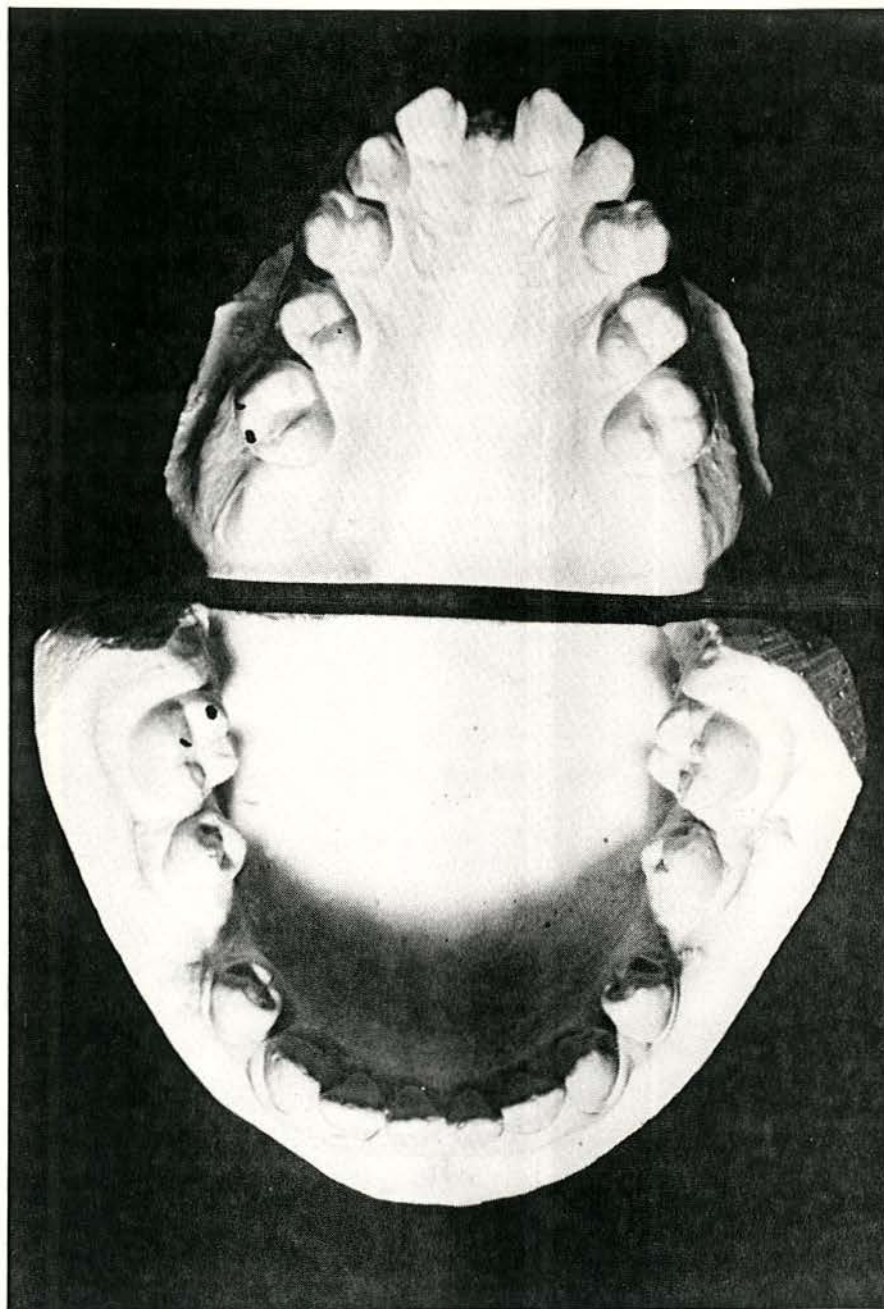


Fig.4 Caso 2: presença de 22 dentes com apenas 2 contatos oclusais no lado direito, num só dente.

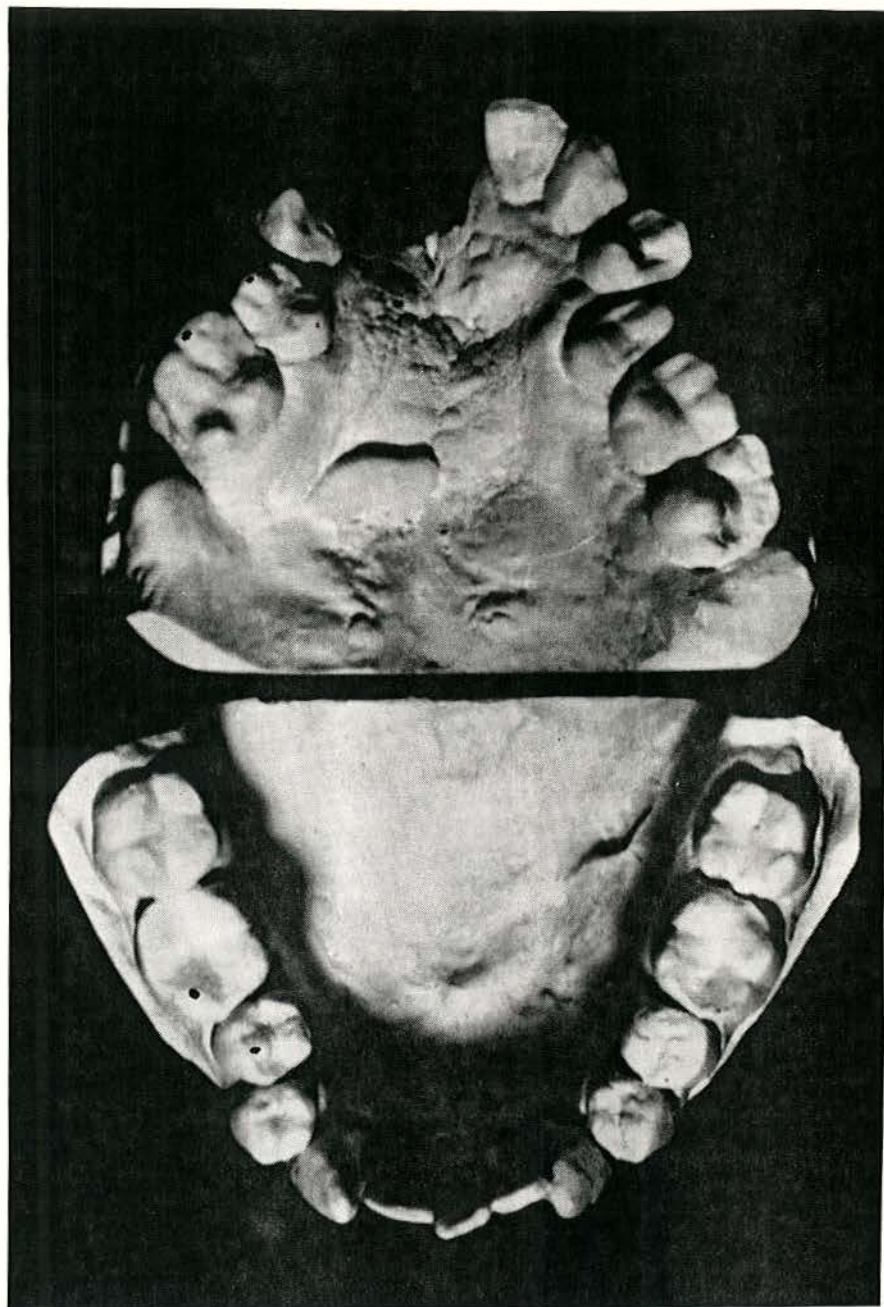


Fig.5 Caso 8: presença de 22 dentes com 2 contatos oclusais no lado direito.

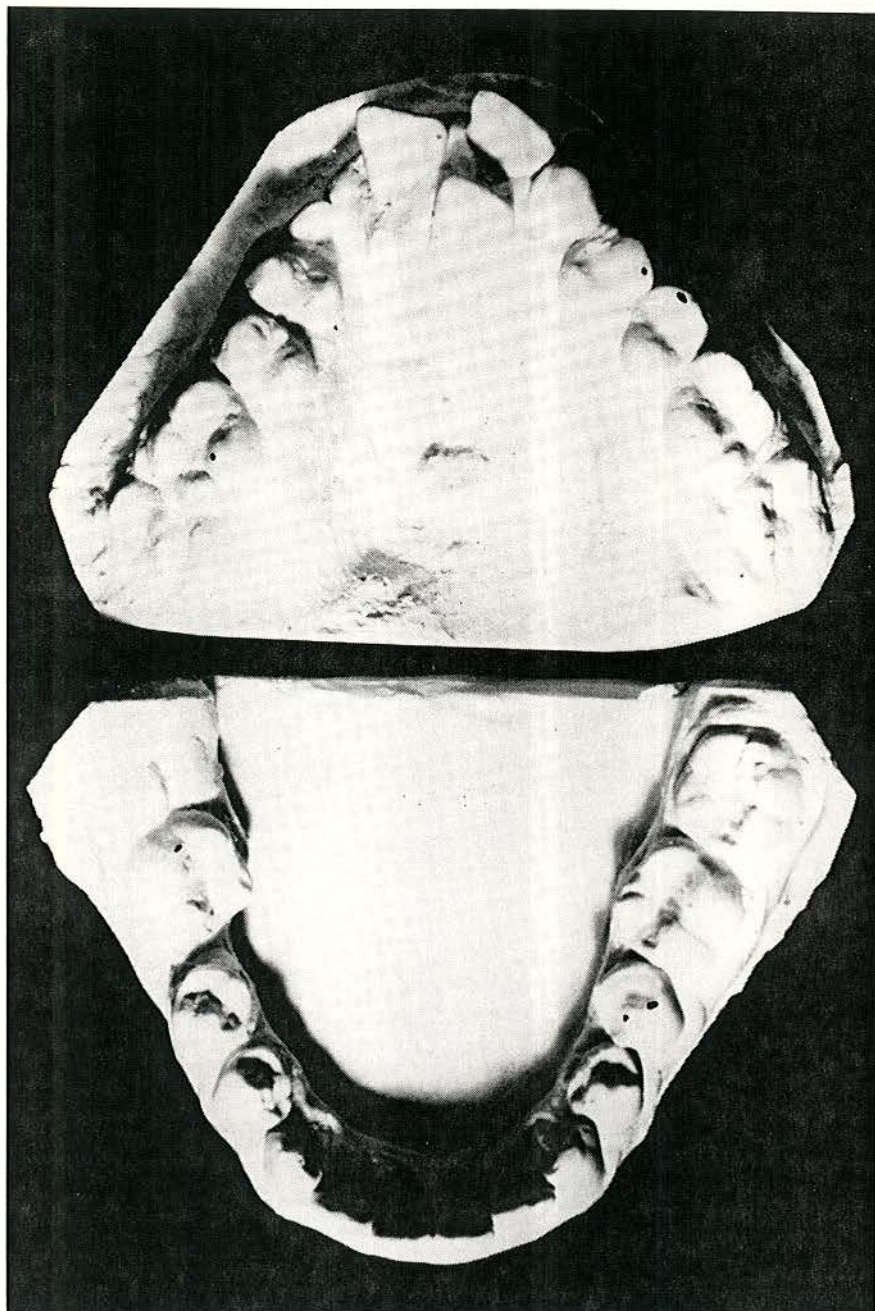


Fig.6 Caso 4: presença de 26 dentes com apenas 3 contatos oclusais.

Podemos observar que, mesmo nos casos com maior número de dentes remanescentes, de 26 a 29 dentes, o número de contatos é muito pequeno, de 6 a 8 no máximo, comparados a outros estudos que relatam até 20 contatos posteriores (Anderson & Myers³, 1971, Gianniri et al.¹⁴, 1991, Koriath²⁶, 1990, Sullivan⁵³, 1991).

A maioria dos pacientes foi classificada como classe III de Angle, embora se constituam na chamada falsa classe III, em decorrência do desenvolvimento facial (Capellozza Filho et al.⁷, 1987). Nos indivíduos de classe III não há padrão definido dos contatos oclusais cêntricos, devendo haver uma oclusão balanceada bilateral, pela falta de guia anterior e, ainda, se observa uma predominância de função no sentido vertical (Jensen²², 1990), sendo talvez este último fator responsável pela menor prevalência de disfunções craniomandibulares nos pacientes fissurados e, também, nos indivíduos não fissurados de classe III (Dworkin et al.¹², 1990).

No Quadro IV, onde podemos observar a localização ou tipos de contatos oclusais encontrados neste estudo, verificamos que, do número total de contatos, 58, 62% deles ocorrem em plano inclinado, o que poderá determinar uma instabilidade oclusal.

Na verdade, apenas com um estudo longitudinal seria possível verificar realmente se há equilíbrio e estabilidade dos dentes, pois, como a maioria dos contatos se dá contra um plano inclinado, há necessidade ainda maior do equilíbrio das forças fisiológicas da língua, lábios e bochechas, para manter a estabilidade dos dentes. De fato, qualquer mudança dessas forças bucais ou a própria erupção contínua pode provocar o deslizamento do dente pelo plano inclinado para uma nova posição.

Contatos considerados mais estáveis ocorreram em 4% entre cúspide e fossa e em 5% entre cúspide e crista marginal. Encontramos ainda 5% de contatos do tipo topo a topo e, nos restantes 24%, os contatos ocorreram em arestas.

Observamos que o interesse dos pesquisadores nos estudos da oclusão relacionada à presença de sinais e sintomas de disfunções craniomandibulares tem aumentado, provavelmente, pela necessidade de se estabelecer o papel da oclusão no aparecimento destes sinais e sintomas.

Nota-se uma falta de padronização entre os profissionais, que vai desde a nomenclatura para os distúrbios funcionais da articulação temporomandibular, que é bastante variada, até mesmo quanto aos sinais e sintomas necessários para o estabelecimento de um diagnóstico de disfunção craniomandibular (Greene & Marbach¹⁵, 1982, Helkimo²⁰, 1974, Katz et al.²⁴, 1990, LeResche et al.²⁸, 1991, Long³⁰, 1991, Mikhail & Rosen³⁴, 1980, Nielsen et al.³⁷, 1988, Nielsen et al.³⁸, 1989, Solberg et al.⁵², 1979).

7. CONCLUSÕES

7- CONCLUSÕES

Com base no estudo realizado, parece-nos válido concluir que:

- Os pacientes portadores de lesão labiopalatal, não tratados ortodonticamente, apresentam maloclusão, número de contatos oclusais cêntricos reduzido e localização atípica dos mesmos.

- A frequência de sinais e sintomas de disfunções craniomandibulares nestes pacientes é baixa, sendo que dos onze casos avaliados, apenas um apresentou os três sinais característicos de disfunção.

- A localização dos contatos cêntricos em 62% dos casos ocorreu em plano inclinado, o que sugere uma instabilidade oclusal.

- Este trabalho sugere a necessidade de estudos com maior amostragem e com maior longevidade, devido à escassez de pesquisas nesta área.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

- 01- AGERBERG, G., CARLSSON, G.E. Functional disorders of the masticatory system. I. Distribution of symptoms according to age and sex as judged from investigation by questionnaire. **Acta Odontol.Scand.**, v.30, p.597-613, 1972.
- 02- AGERBERG, G., CARLSSON, G.E. Functional disorders of the masticatory system. II. Symptoms in relation to impaired mobility of the mandible as judged from investigation by questionnaire. **Acta Odontol. Scand.**, v.31, p.335-47, 1973.
- 03- ANDERSON, J. R., MYERS, G. E. Nature of contacts in centric occlusion in 32 adults. **J.Dent.Res.**, v.50, p.7-13, 1971.
- 04- ANGLE, E.H. Classification of malocclusion. **Dent.Cosmos**, v.41, p.248-64, 1899.
- 05- BEHSNILIAN, V. **Oclusion e rehabilitacion**. Montevideo, 1971.
- 06- BELL, W.E. Clinical diagnosis of the pain-dysfunction syndrome. **J.Am.Dent.Assoc.**, v.79, p.154-60, 1969.
- 07- CAPELLOZZA FILHO, L., CAVASSAN, A.O., SILVA FILHO, O.G. Avaliação do crescimento craniofacial em portadores de fissuras transforame incisivo unilateral. Estudo transversal. **Rev.Bras.Cir.**, v.77, p.97-106, 1987.
- 08- CHOI, J. A study on the effects of maximal voluntary clenching on the tooth contact points and masticatory muscle activities in patients with temporomandibular disorders. **J. Craniomandib. Disord.**, v.6, p.41-46, 1992.
- 09- CISNEROS, G.J. Commentary. **Cleft Palate J.**, v.26, p.337- 8, 1989.
- 10- CLARK, G.T. et al. Guidelines for the examination and diagnosis of temporomandibular disorders. **J. Craniomandib. Disord.**, v.3, p.7-14, 1989.
- 11- DAHL, B.L. et al. Signs and symptoms of craniomandibular disorders in two groups of 19-year-old individuals, one treated orthodontically and the other not. **Acta Odontol. Scand.**, v.46, p.89-93, 1988.
- 12- DWORKIN, S.F. et al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. **J.Am.Dent.Assoc.**, v.120, p.273-81, 1990.

* De acordo com Normas de Publicação da UNESP.2.Referências bibliográficas. Abreviaturas de títulos de periódicos baseados no Index to Dental Literature.

- 13- EVERSOLE, L.R., MACHADO, L. Temporomandibular joint internal derangements and associated neuro-muscular disorders. **J.Am.Dent.Assoc.**, v.110, p.69-79, 1985.
- 14- GIANNIRI, A.I. et al. Occlusal contacts in maximum intercuspation and craniomandibular dysfunction in 16-to-17 year-old adolescents. **J.Oral Rehabil.**, v.18, p.49-59, 1991.
- 15- GREENE, C.S., MARBACH, J.J. Epidemiologic studies of mandibular dysfunction: A critical review. **J.Prosthet.Dent.**, v.48, p.184-90, 1982.
- 16- GROSS, A.,GALE, E.N. A prevalence study of the clinical signs associated with mandibular dysfunction. **J.Am.Dent.Assoc.**, v.107, p.932-36, 1983.
- 17- HANSSON, T., NILNER, M. A study of the occurrence of symptoms of diseases of the temporomandibular joint masticatory musculature and related structures. **J.Oral Rehabil.**, v.2, p.313-24, 1975.
- 18- HELKIMO, M. Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system. **Oral Sci.Rev.**, v.7, p.54-69, 1976.
- 19- HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. I. An epidemiological investigation of symptoms of dysfunction in Lapps in the North of Finland. **Proc.Finn.Dent.Soc.**, v.70, p.37-49, 1974.
- 20- HELKIMO, M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction an occlusal state. **Swed. Dent.J.**, v.67, p.101-19, 1974.
- 21- INGERVALL, B., HEDEGARD, B. Subjective evaluation of functional disturbances of the masticatory system in young Swedish men. **Community Dent.Oral Epidemiol.**, v.2, p.149-52, 1974.
- 22- JENSEN, W.O. Occlusion for the class III jaw relations patients. **J.Prosthet. Dent.**, v.64, p.566-68, 1990.
- 23- KAMPE, T. et al. Three-year longitudinal study of mandibular dysfunction in young adults with intact and restored dentitions. **Acta Odontol.Scand.**, v.45, p.25-30, 1987.
- 24- KATZ, M.I., SINKFORD, J.C., SANDERS, C.F. The 100-year dilemma: what is a normal occlusion and how is malocclusion classified? **Quintessence Int.**, v.21, p.407-14, 1990.
- 25- KONONEN, M.et al. Signs and symptoms of craniomandibular disorders in a series of Finnish children. **Acta Odontol.Scand.**, v.45, p.109-14, 1987.
- 26- KORIOOTH,T.W.P. Number and location of occlusal contacts in intercuspal position. **J.Prosthet.Dent.**, v.64, p.206-10, 1990.

- 27- LASKIN, D.M. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. **J.Am.Dent.Assoc.**, v.79, p.147-53, 1969.
- 28- LERESCHE, L. et al. An epidemiologic evaluation of two diagnostic classification schemes for temporomandibular disorders. **J.Prosthet.Dent.**, v.65, p.131-37, 1991.
- 29- LOISELLE, R. J. Relation of occlusion to temporomandibular joint dysfunction: the prosthodontic viewpoint. **J.Am.Dent.Assoc.**, v.79, p.145-46, 1969.
- 30- LONG, J.H. Diagnostic tests used in determining the role of the occlusion in temporomandibular joint disorders. **J.Prosthet.Dent.**, v.66, p.541-44, 1991.
- 31- MAGNUSSON, T., EGERMARK-ERIKSSON, I., CARLSSON, G. Five-year longitudinal study of signs and symptoms of mandibular dysfunction in adolescents. **J.Craniomandibular Pract.**, v.4, p.338-44, 1986.
- 32- MAZENGO, M. C., KIRVESKARI, P. Prevalence of craniomandibular disorders in adults of Ilala District, Dar-es-Salaam, Tanzania. **J.Oral Rehabil.**, v.18, p.569-74, 1991.
- 33- MCNEILL, C. et al. Craniomandibular (TMJ) disorders - The state of the art. **J.Prosthet.Dent.**, v.44, p.434-37, 1980.
- 34- MIKHAIL, M., ROSEN, H. History and etiology of myofascial pain-dysfunction syndrome. **J.Prosthet.Dent.**, v.44, p.438-43, 1980.
- 35- MOLIN, C. et al. Frequency of symptoms of mandibular dysfunction in young Swedish men. **J.Oral Rehabil.**, v.3, p.9-18, 1976.
- 36- MORAWA, A.P., LOOS, P.J., EASTON, J.W. Temporomandibular joint dysfunction in children and adolescents: incidence, diagnosis and treatment. **Quintessence Int.**, v.16, p.771-77, 1985.
- 37- NIELSEN, L., MELSEN, B., TERP, S. Clinical classification of 14-16-year-old Danish children according to functional status of the masticatory system. **Community Dent.Oral Epidemiol.**, v.16, p.47-51, 1988.
- 38- NIELSEN, L., MELSEN, B., TERP, S. Prevalence, interrelation and severity of signs of dysfunction from masticatory system in 14-16-year-old Danish children. **Community Dent.Oral Epidemiol.**, v.17, p.91-6, 1989.
- 39- NUNES, L. J. **Princípios de oclusão e técnicas de enceramento progressivo e escultura.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980. p. 46-53.

- 40- OKESON, J. P. **Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares.** Trad. Milton Edson Miranda. São Paulo: Artes Médicas, 1992.
- 41- PERRY, H.T. Relation of occlusion to temporomandibular joint dysfunction: the orthodontic viewpoint. **J.Am.Dent.Assoc.**, v.79, p.137-41, 1969.
- 42- POSSELT, U. **Fisiologia de la oclusion y rehabilitacion.** Trad. Desplats, E.M., Barcelona: JIMS, 1973.
- 43- POSSELT, U. The temporomandibular joint syndrome and occlusion. **J.Prosthet.Dent.**, v.25, p.432-38, 1971.
- 44- RIEDER, C.E. Comparison of the efficacy of a questionnaire, oral history and clinical examination in detecting signs and symptoms of occlusal and temporomandibular joint dysfunction. **J.Prosthet.Dent.**, v.38, p.433-40, 1977.
- 45- RINCHUSE, D. J. et al. TMJ sounds: are they a common finding or are they indicative of pathosis/dysfunction? **Am.J.Orthod.Dentofacial Orthop.**, v.98, p.512-15, 1990.
- 46- RUGH, J.D., JOHNSON, R.W. Movimentos mandibulares. In: MOHL, N.D. et al. **Fundamentos de oclusão.** Trad. Milton Edson Miranda. Rio de Janeiro: Quintessence, 1989. p. 145-59.
- 47- SANTOS JR., J. **Oclusão. Seus fundamentos e conceitos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p.65-67.
- 48- SANTOS JR., J. **Oclusão. Tratamento da sintomatologia craniomandibular.** São Paulo: Pancast, 1987.
- 49- SELIGMAN, D.A., PULLINGER, A.G. Association of occlusal variables among refined TM patient diagnostic groups. **J.Cranlomandib.Disord.**, v.3, p.227-36, 1989.
- 50- SHILLINGBURG, H.T., HOBBS, S., WHITSETT, L.D. **Fundamentos de prótese fixa.** Trad. Maria Terezinha F. de Oliveira. São Paulo: Editora Santos, 1983. p.57-61, 207-211.
- 51- SOLBERG, W. K. **Disfunções e desordens temporomandibulares.** Trad. Wilma Simões Gomes. 2a ed. São Paulo: Editora Santos, 1987.
- 52- SOLBERG, W.K., WOO, M.W., HOUSTON, J.B. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. **J.Am.Dent.Assoc.**, v.98, p.25-34, 1979.
- 53- SULLIVAN, B. et al. Occlusal contacts: comparison of orthodontics patients, posttreatment patients and untreated controls. **J.Prosthet.Dent.**, v.65, p.232-37, 1991.

- 54- TAMAKI, T. **ATM. Noções de interesse protético**. 2a. ed. São Paulo: Sarvier, 1981. p.70-71.
- 55- TERVONEN, T., KNUUTTILA, M. Prevalence of signs and symptoms of mandibular dysfunction among adults aged 25,35,50 and 65 years in Ostrobothnia, Finland. **J.Oral Rehabil.**, v.15, p.455-63, 1988.
- 56- VANDERAS, A. P. Prevalence of craniomandibular dysfunction in children and adolescents: a review. **Pediatr.Dent.**, v.9, p.312-16, 1987.
- 57- VANDERAS, A. P., RANALLI, D. N. Evaluation of craniomandibular dysfunction in children 6 to 10 years of age with unilateral cleft lip or cleft lip and palate: a clinical diagnostic adjunct. **Cleft Palate J.**, v.26, p.332-37, 1989.
- 58- WANMAN, A., AGERBERG, G. Mandibular dysfunction in adolescents. I. Prevalence of symptoms. **Acta Odontol. Scand.**, v.44, p.47-54, 1986.
- 59- WANMAN,A., AGERBERG, G. Mandibular dysfunction in adolescents. II. Prevalence of signs. **Acta Odontol. Scand.**, v.44, p.55-62, 1986.
- 60- WEINBERG,L.A. An evaluation of occlusal factors in TMJ dysfunction-pain syndrome. **J.Prosthet.Dent.**, v.41, p.198-208, 1979.
- 61- WIDMER,C. Temporomandibular joint sounds: a critique of techniques for recording and analysis. **J.Craniomandib. Disord.**, v.3, p.213-18, 1989.
- 62- WIGDOROWICZ-MAKOWEROWA,N. et al. Epidemiologic studies on prevalence and etiology of functional disturbances of the masticatory system. **J.Prosthet.Dent.**, v.41, p.76-82, 1979.
- 63- WRIGHT,J., DEARY, I. J., GEISLER, P.R. Depression, hassles and somatic symptoms in mandibular dysfunction syndrome patients. **J.Dent.**, v.19, p.352-56, 1991.
- 64- ZARB, G.A., CARLSSON, G.E. Exame e diagnóstico diferencial dos problemas oclusais. In: MOHL,N.D. et al. **Fundamentos de oclusão**. Trad. Milton Edson Miranda. Rio de Janeiro: Quintessence, 1989. p.211-235.

APÊNDICE

FICHA CLÍNICA

NOME: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

FONE: _____ PROF.: _____

DATA NASC.: _____ SEXO: _____ EST.CIVIL: _____

TIPO DE LESÃO: _____

CIRURGIAS: _____

EST.EMOCIONAL: _____

RESPIRAÇÃO: BUCAL () NASAL () BUCO-NASAL ()DEGLUTIÇÃO: MUSC.PERI-BUCAL: PARTICIPA () NÃO PARTICIPA ()

PRESSIONAMENTO ATÍPICO DE LÍNGUA: SIM () NÃO ()

MASTIGAÇÃO: UNILATERAL: D - E - BILATERALHÁBITOS PARAFUNCIONAIS: _____DIETA: _____MOV. MANDIBULARES: (GUIAS DE DESOCLUSÃO)

ABERTURA: _____ mm TRAJ. COM - SEM DESVIO

DIFICULDADE: _____

PROTRUSÃO: _____

LAT.DIREITA: _____

LAT.ESQUERDA: _____

CLASSIFICAÇÃO ANGLE: _____MORDIDA CRUZADA: _____MORDIDA ABERTA: _____CURVA DE SPEE: AUSENTE MODERADA ACENTUADA REVERSALINHA MEDIANA: INF.: _____ SUP.: _____D V O: AUMENTO - DIMINUIÇÃO - NORMAL E F L:R C: = OU # DE OC. PREMATUROS: _____

RUÍDOS ARTICULARES: _____

DORES:

CABEÇA: _____

DURANTE MASTIGAÇÃO: _____

NA ABERTURA (BOCEJO): _____

PALPAÇÃO MUSCULAR: _____

CANSAÇO: _____

PERIODONTO: _____

MOBILIDADE: _____

HIGIENE: PÉSSIMA () RUIM () REGULAR () BOA ()

RECEBEU INSTRUÇÃO: SIM () NÃO ()

ODONTOGRAMA:

X AUSENTE		ÍNTEGRO				CARIADO				RESTAURADO				* SUBST.PRÓT.			
18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	

RESUMO

Foi realizado um estudo em onze pacientes portadores de lesão labiopalatal, quanto a prevalência de sinais e sintomas de disfunções craniomandibulares, associada ao número e distribuição dos contatos oclusais cêntricos, através de questionário, exame clínico e exame dos modelos dos pacientes montados em articulador semi-ajustável, em posição de máxima intercuspidação.

Com relação aos sinais e sintomas, os mais frequentes foram ruído articular, e sensibilidade à palpação do músculo pterigoideo lateral, seguidos por limitação de abertura e sensação de cansaço.

Quanto aos contatos oclusais, o número foi muito reduzido (cerca de 5 contatos por pacientes, em média) e a localização foi considerada atípica pois em 62% dos casos o contato ocorreu em plano inclinado, o que sugere instabilidade oclusal.

Foi baixa a frequência dos sinais e sintomas encontrados e todos considerados suaves.

Os três sinais mais comuns de disfunções craniomandibulares (ruído articular, sensibilidade muscular à palpação e limitação de abertura) estavam presentes em apenas um dos casos.

Unitermos : Articulação temporomandibular, fisiopatologia; Fissura palatina.



ABSTRACT

A clinical investigation was undertaken to find out the prevalence of craniomandibular signs and symptoms in a group of 11 patients with labiopalatal lesions. The number and distribution of occlusal contacts was evaluated through questionnaire, clinical examination and analysis of mounted casts in partially adjustable articulators in the position of maximum inter cuspatation.

The most frequent signs and symptoms were articular sounds and lateral pterygoid muscle tenderness to palpation followed by restriction of mouth opening and sensation of tiredness.

The number of occlusal contacts was small, mean of 5 contacts per patient, and the site was considered as atypical, 62% of them were on inclined plane surfaces, suggesting occlusal instability.

The frequency of signs and symptoms was low and they were of a mild character.

The most prevailing signs of craniomandibular dysfunction - articular sounds, muscular tenderness to palpation and restriction of mouth opening - was noticed in only one of the patients.

Keywords : Cleft palate; Temporomandibular joint syndrome.

Autorizo a reprodução deste trabalho.
São José dos Campos, 10/11/1992

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. F. Silva'.