



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Araçatuba



**ISADORA ROMÃO BARRETO**

**Hipermobilidade Articular Generalizada e sua implicação  
na Articulação Temporomandibular e músculos  
mastigatórios:**

**Relato de caso**

Araçatuba – SP  
2023

**ISADORA ROMÃO BARRETO**

**Hipermobilidade Articular Generalizada e sua  
implicação na Articulação Temporomandibular e  
músculos mastigatórios:**

**Relato de caso**

Trabalho apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Karina Helga Turcio de Carvalho

**Araçatuba – SP  
2023**

*A **Deus** por não me permitir desistir, pela força e persistência, pela luz no meu caminho e por toda graça que me foi concedida..*

*Dedico esse trabalho **a minha família**, por nunca duvidarem das minhas capacidades, crerem nas minhas escolhas e por todo suporte fornecido durante o processo. Foram fundamentais na conclusão dessa e de todas as outras etapas desafiadoras da minha vida.*

*Aos meus pais, **Célio Barreto da Silva e Gisele Antunes Romão Barreto**, por me amarem apesar de tudo, de me criarem procurando sempre mostrar o que de fato importa, me proporcionando sempre o melhor apesar de todas as limitações. Devo a minha vida a eles, por sempre me colocarem em primeiro plano, deixando muitas vezes suas vontades de lado em prol da realização das minhas. Ao meu irmão, **Arthur Romão Barreto**, que me ensina mais sobre dedicação e determinação a cada passo dado. As minhas primas **Barbara Antunes Romão e Stela Antunes Romão** por me ensinarem sobre o poder da resiliência na maneira como se reerguem frente aos desafios. Aos meus padrinhos **Gilson Antunes Romão e Maria Antônia Colleti Romão – in memoriam**, por me motivarem, terem participado da minha criação e por terem me proporcionado momentos inesquecíveis durante o meu crescimento.*

*Serei eternamente grata! Amo vocês!*

## AGRADECIMENTOS

À **Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” \_ Faculdade de Odontologia de Araçatuba**, pelos ensinamentos e uma formação profissional de excelência.

A minha orientadora, **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karina Helga Turcio de Carvalho**, pela disponibilidade, paciência, direcionamento e conhecimento repassado. Obrigada pelo incentivo ao estudo em prol do meu aperfeiçoamento e evolução profissional.

A minha psicóloga e grande amiga **Cristiane Rodrigues Alves** pela sabedoria, humanidade, ensinamentos, suporte, compreensão, paciência e cúmplice ao longo dos últimos quatro anos.

A **Karen Santin dos Reis** pela amizade e por toda orientação. Sou grata pelos conselhos, conversas e trocas de experiências.

A **Laura Peres Mendonça Werlang** por se ter feito presente e me dado suporte durante o período de maior evolução pessoal da minha vida até agora. Pela ajuda e conforto durante os momentos difíceis, muito obrigada!

Ao **Filipe Scurissa Melchert** pelos ensinamentos, por ter oferecido ajuda em momentos desafiantes, por me incentivar a busca pela evolução e ter me apresentado a pessoas incríveis durante o caminho.

Ao **Jhonatan Willian Ferreira dos Santos** por ter me ensinado sobre o valor de uma amizade, principalmente em momentos de dúvida, bem como a importância da humildade, empatia e comunicação.

Aos meus pais, **Célio Barreto da Silva e Gisele Antunes Romão Barreto**, por sempre me encorajarem, pela lealdade, cumplicidade, segurança, conforto, amor e compreensão frente aos desafios.

Ao meu irmão, **Arthur Romão Barreto** e as minhas primas **Bárbara Antunes Romão e Stela Antunes Romão**, por todo o apoio. Por tanto amor, paciência e lealdade, minha eterna gratidão! Amo vocês!

A banca examinadora composta pela **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aimee Maria Guiotti** e **Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Marcos Rogério de Mendonça** pela presença honrosa, ensinamentos e colaboração durante a minha formação profissional.

A paciente apresentada no caso, **Mariana Geraldi da Silva**, por disponibilizar informações e colaborar com o relato e desenvolvimento de um estudo mais aprofundado de seu quadro.

***“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar  
uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”***

Carl Jung

BARRETO, I. R. **Hipermobilidade Articular Generalizada e sua implicação na Articulação Temporomandibular e músculos mastigatórios: Relato de caso.** 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2023.

## RESUMO

A presença de alterações ou deficiências nas estruturas ligamentares resulta em uma série de alterações que compõem as Desordens Hereditárias do Tecido Conectivo, sendo a Síndrome da Hipermobilidade Generalizada (HAG) citada como a mais comum entre elas. Sendo assim, a Articulação Temporomandibular (ATM) também pode se apresentar hipermóvel e impactar em Distúrbios Temporomandibulares (DTM), na disfunção musculoesquelética e vice-versa. Objetivos: Apresentar o relato de um caso clínico de paciente portadora de HAG e hipermobilidade da ATM, e discutir suas implicações no sistema estomatognático e suas funções. Materiais e métodos: Anamnese, Exame Físico e Análise de Exames de Imagem complementares. Conclusão: Conclui-se que a HAG pode influenciar na Hipermobilidade Condilar e aparecimento de DTMs, se unindo a vários outros fatores que podem engatilhar os sintomas dolorosos de diversas condições que se associam e colaborar com a evolução do quadro da paciente, principalmente na presença de episódios de estresse e ansiedade frequentes. Dessa forma preconiza-se uma visão integral do paciente ao investigar o diagnóstico e suas possíveis causas, além de aconselhar tratamento multidisciplinar incluindo por exemplo, uma equipe multiprofissional.

**Palavras-chave:** Transtornos da Articulação Temporomandibular. Hiperfrouxidão Ligamentar Difusa. Músculos da Mastigação.

BARRETO, I. R. **Generalized Joint Hypermobility and its implication in the Temporomandibular Joint and masticatory muscles: Case report.** 2023. Completion of Course Work (Graduation) – Faculty of Dentistry, Paulista State University, Araçatuba, 2023.

## **ABSTRACT**

The presence of alterations or deficiencies in the ligament structures results in a series of alterations that make up the Hereditary Connective Tissue Disorders, with the Generalized Hypermobility Syndrome (GAH) cited as the most common among them. Therefore, the Temporomandibular Joint (TMJ) can also be hypermobile and impact Temporomandibular Disorders (TMD), musculoskeletal dysfunction and vice versa. Objectives: To present the report of a clinical case of a patient with HAG and TMJ hypermobility, and discuss its implications on the stomatognathic system and its functions. Materials and methods: Anamnesis, Physical Examination and Analysis of Complementary Imaging Examinations. Conclusion: It is concluded that HAG can influence condylar hypermobility and the appearance of TMDs, joining several other factors that can trigger the painful symptoms of several conditions that are associated and collaborate with the evolution of the patient's condition, especially in the presence of frequent episodes of stress and anxiety. Thus, a comprehensive view of the patient is recommended when investigating the diagnosis and its possible causes, in addition to advising multidisciplinary treatment, including, for example, a multidisciplinary team.

**Keywords:** Temporomandibular Joint Disorders. Joint Instability. Masticatory Muscles

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Medição da amplitude de abertura bucal da paciente sem auxílio e sem dor (A), abertura máxima sem auxílio (B) e abertura máxima com auxílio (C).  
17

Figura 2 - Justaposição passiva dos dedos polegares para o flexor e antebraço.  
18

Figura 3 -. Paciente realizando a Dorsiflexão passiva do 5º dedo (mínimo) que ultrapassa os 90º  
19

Figura 4 -. Hiperextensão ativa dos cotovelos que ultrapassam os 10º. Vista frontal (A) e lateral (B) da paciente.

Figura 5 - Flexão tronco adiante, com os joelhos em extensão e as palmas das mãos apoiadas no chão em um ponto (A) e rotacionando a articulação do joelho (B).  
20

Figura 6 - Paciente realizando extensão anterior do tronco (A, B e C).  
20

Figura 7 - Radiografia Panorâmica.  
21

Figura 8 - Telerradiografia lateral  
21

Figura 9 - Tomografia computadorizada cone beam - ATM de boca aberta (A) e fechada (B) do lado direito.  
22

Figura 10 - Tomografia computadorizada cone beam - ATM de boca aberta (A) e fechada (B) do lado esquerdo  
22

Figuras 11 e 12 - Tomografia computadorizada cone beam - ATM boca fechada lados direito (A) e esquerdo (B).  
23

Figuras 13 e 14 - Tomografia computadorizada cone beam - ATM boca aberta lados direito (A) e esquerdo (B).  
24

## LISTA DE SIGLAS

|      |  |
|------|--|
| ATM  | Articulação Temporomandibular              |
| DHTC | Desordens Hereditárias do Tecido Conectivo |
| DDAR | Deslocamento Anterior de Disco com Redução |
| DTM  | Disfunção Temporomandibular                |
| EDS  | Síndrome de Ehlers-Danlos                  |
| HAG  | Hipermobilidade Articular Generalizada     |
| LTM  | Ligamento Temporomandibular                |
| MFS  | Síndrome de Marfan                         |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO.....                                    | 12 |
| 2 OBJETIVOS.....                                     | 14 |
| 3 RELATO DE CASO.....                                | 15 |
| 3.1. Anamnese.....                                   | 15 |
| 3.2. Exame Físico.....                               | 16 |
| 3.2.1. Condição da ATM e músculos mastigatórios..... | 16 |
| 3.2.2. Condição sistêmica articular.....             | 18 |
| 3.3 Exames Complementares.....                       | 20 |
| 4 DISCUSSÃO.....                                     | 26 |
| 5 CONCLUSÃO.....                                     | 29 |
| 6 REFERÊNCIAS.....                                   | 30 |

## 1 INTRODUÇÃO

A presença de alterações ou deficiências nas estruturas ligamentares resulta em uma série de alterações conhecidas como Desordens Hereditárias do Tecido Conectivo (DHTC). Essas alterações são fatores importantes na origem de diversas patologias, incluindo condições musculoesqueléticas, cardiovasculares, autonômicas e neurológicas, entre outras. As desordens hereditárias do tecido conectivo ocorrem devido a defeitos na síntese de proteínas (Hakim e Sahota, 2007). Provavelmente, a síndrome mais comum entre essas patologias é a Síndrome da Hiper mobilidade Generalizada (HAG), seguida em menor grau pela Síndrome de Ehlers-Danlos (EDS) e Síndrome de Marfan (MFS) (Hakim e Sahota, 2007), sendo que a síndrome da Hiper mobilidade Generalizada afeta de 0,75% a 2% da população branca (Hakim e Sahota, 2007). Segundo Marino et al. (2004), para que uma articulação seja considerada hiper móvel, sua amplitude máxima de movimento deve ultrapassar o limite normal de mobilidade articular em pessoas saudáveis.

Como as demais articulações, a Articulação Temporomandibular (ATM), também pode apresentar-se hiper móvel, na qual durante o movimento mandibular, a cabeça da mandíbula ultrapassa o pico da eminência articular do osso temporal. Como mencionado anteriormente, as síndromes de EDS são distúrbios hereditários que afetam o tecido conjuntivo e as estruturas de colágeno no corpo e vários tipos de EDS foram identificados. As estruturas orais e mandibulares, que incluem tecidos moles orais, dentição, dor facial e de cabeça e o funcionamento da ATM, são afetadas de forma variável nos vários tipos de EDS. É importante ressaltar que o impacto da disfunção temporomandibular (DTM) na disfunção musculoesquelética e vice-versa, torna esta uma característica importante a ser reconhecida. Nota-se hiper mobilidade oral e mandibular da ATM com consequências associadas da EDS (Mitakides e Tinkle, 2017). Alguns estudos abordam a associação entre HAG e disfunção (WINOCUR et al., 2000; WESTLING e MATTIASSON, 1992) Estes referem que a ATM está entre as articulações hiper móveis, o que justifica esta relação. Porém, os estudos sobre a relação entre DTM e HAG são escassos e os resultados dos estudos existentes ainda são conflitantes devido a discrepâncias na seleção das amostras estudadas e na metodologia utilizada.

A hipermobilidade da ATM pode predispor a alterações como a Luxação e subluxação da ATM, podendo causar um travamento aberto da boca. Subluxação refere-se a uma condição na qual a articulação é transitoriamente deslocada sem completa perda da função articulatória, e geralmente é auto-reduzido pelo paciente. (Liddell, *et al.*, 2015), e a luxação da ATM, gera a impossibilidade de fechamento bucal (travamento aberto) (De Leew e Klasser, 2018; Nosouhian, *et al.*, 2015).

## **2 OBJETIVOS**

Diante disto, este trabalho tem como objetivo apresentar o relato de um caso clínico de paciente portadora de hipermobilidade generalizada e da ATM, e discutir suas implicações no sistema estomatognático e suas funções.

### **3 RELATO DE CASO**

#### **3.1. Anamnese**

Paciente do sexo feminino, M.G.S., 30 anos, gênero feminino, cor branca, formada pelo curso de Fisioterapia, procurou atendimento no Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das Disfunções Temporomandibulares (DTMs) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/UNESP) queixando-se de “estalos enquanto se alimentava”, apertamento e dores na face e ATMs que “se intensificavam ao fim do dia”.

Relatou ter realizado tratamento previamente com placas maleáveis e no presente faz uso da placa oclusal rígida de resina acrílica que foi reajustada em várias sessões no Núcleo - ATM a fim de corrigir a movimentação do incisivo central superior direito (elemento dentário 11), que ocorreu devido ao uso da placa oclusal não ajustada. Com isso os estalidos cessaram ao se alimentar, de acordo com a própria paciente.

Queixa principal: Estalidos ao mastigar, às vezes acompanhado de dor articular, dor orofacial e apertamento dentário que se intensificam ao final do dia. Já fraturou dentes devido a isto.

História da doença atual: Os primeiros sintomas foram estalos e dores, que surgiram em 2012 após vivenciar um choque contra a face em um acidente automobilístico. Tal acontecimento a levou a fraturar o nariz e completou dizendo que não havia sintomas de dores articulares e musculares anteriores ao trauma.

Com a evolução do quadro, os estalidos por vezes acompanhados de dor durante o ato de mastigar surgiram por volta de 2017 e são mais notáveis do lado direito da ATM, enquanto o hábito deletério (apertamento) já existia desde 2014.

Por mais de uma vez a paciente alegou ter tido dificuldades em abrir a boca devido a travamento fechado da mandíbula.

Causa aparente: Segundo a paciente, os sintomas de forma geral são estimulados pelo estresse e ansiedade. Além disso, também os sente com maior intensidade durante a fase pré-menstrual e ao entardecer em dias que precisa conversar demais.

História médica/odontológica pregressa: Durante o período de sua graduação em Fisioterapia, a paciente foi diagnosticada com Hiper mobilidade Articular Generalizada pontuação 9 com base no Escore de Beighton. Também detém o diagnóstico prévio de Asma.

História Familiar: A mãe da paciente também traz o diagnóstico de Hiper mobilidade Articular Generalizada em menor grau na Escala Beighton, o que reafirma o caráter hereditário da condição sistêmica. O hábito de ranger os dentes também está presente em outros membros da família

História Psicossocial: A paciente se considera ansiosa/nervosa. Alegou que vivencia muitos problemas no trabalho que incitam o estresse, possui sono perturbado/agitado, é extremamente preocupada por sentir dores de cabeça frequentes, “aperto” no peito, fraqueza/tontura, falta de apetite, ter problemas no estômago como enjoos ou náuseas por exemplo e dificuldade em respirar.

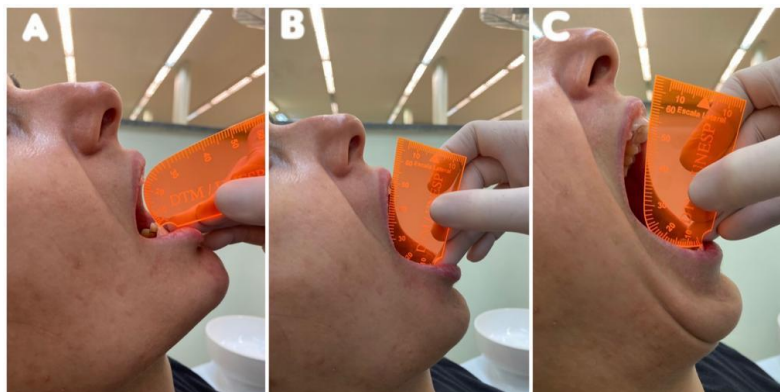
Medicamentos em uso: Cloridrato de Ciclobenzaprina 10 mg quando ocorre dor e Passiflora Incarnata 600mg para ansiedade e agitação, sendo que este último já não está mais em uso.

## **3.2 Exame Físico**

### **3.2.1 Condição da ATM e músculos mastigatórios:**

Durante análise do padrão de abertura bucal, foi constatado desvio lateral direito não corrigido. Ademais, foi realizada medição da amplitude de abertura bucal sem auxílio e sem dor, abertura máxima sem auxílio e abertura máxima com auxílio, chegando nos resultados: 22 mm, 46 mm e 54 mm, respectivamente.

**Figura 1 - Medição da amplitude de abertura bucal da paciente sem auxílio e sem dor (A), abertura máxima sem auxílio (B) e abertura máxima com auxílio (C).**



Fonte: Produção da própria Autora.

Na excursão lateral esquerda a paciente relatou tanto dor articular quanto muscular de caráter “apertada” e “repuxante” do lado direito acompanhado de estalos de ambos os lados, assim como no movimento de protrusão, mas sem estalos ou crepitações. Já na excursão lateral direita, não houve sintomatologia dolorosa, porém também apresentou ruídos nas ATMs

Foram utilizados escores de 0 a 3 no exame físico com palpação intra e extrabucal bilateral, onde 0 significa ausência de sintomatologia dolorosa, 1 dor de caráter leve, 2 representa dor moderada e 3 indica sensibilidade severa à pressão aplicada. As áreas palpadas incluíram os músculos Temporal anterior, médio e posterior, Masseter superior, médio e inferior, Região mandibular posterior e submandibular, polo lateral sobre os tragos das ATMs, ligamento posterior das ATMs, área do Pterigóideo lateral e Tendão do Temporal.

Diante disso, a paciente relatou dor nas regiões que constam a tabela:

**Tabela 1 – Dados coletados no exame físico de palpação intra e extra oral para avaliar a sintomatologia dolorosa dos músculos e ATMs. (Escala de zero a 3)**

|  | Direita  | Esquerda |
|--|----------|----------|
| Temporal Posterior   | <b>1</b> | <b>0</b> |
| Área do Pterigoideo Lateral (atrás dos molares superiores) | <b>2</b> | <b>1</b> |
| Tendão do Temporal   | <b>1</b> | <b>1</b> |
| Polo lateral (anterior aos tragos e sobre a ATM)           | <b>1</b> | <b>1</b> |

Fonte: Ficha de Anamnese

### 3.2.2 Condição sistêmica articular:

Em defluência do diagnóstico prévio de HAG da paciente, foram medidas as amplitudes de movimento de algumas das diversas articulações do corpo utilizando o Escore de Beighton, que embora não seja um exame específico para mensurar a Hiper mobilidade das ATMs, acrescentou nos detalhes do caso apresentado por relacionar como a HAG pode influenciar na Hiper mobilidade das ATMs e dores orofaciais da paciente e assegurar que neste caso a melhor opção de tratamento envolve uma equipe de profissionais de diferentes áreas da saúde, a partir de um atendimento integrado e multidisciplinar.

O Escore de Beighton tem sido um dos métodos mais utilizados para o diagnóstico de HAG. Os pacientes examinados recebem uma pontuação de 0 a 9 onde os pontos são atribuídos às articulações do teste que excederem os limites normais de amplitude de cada lado (Beighton, Solomon e Soskolne, 1973; Bulbena et al., 2004). A paciente do caso em discussão recebeu escore 9 com base na interpretação dos testes, como mostra nas imagens documentadas ( Figuras 1-5.):

**Figura 2 - Justaposição passiva dos dedos polegares para o flexor e antebraço.**



Fonte: Produção da própria Autora.

**Figura 3 - .Paciente realizando a Dorsiflexão passiva do 5º dedo (mínimo) que ultrapassa os 90º**



Fonte: Produção da própria Autora.

**Figura 4 - . Hiperextensão ativa dos cotovelos que ultrapassam os 10º. Vista frontal (A) e lateral (B) da paciente.**



Fonte: Produção da própria Autora.

**Figura 5 - Flexão tronco adiante, com os joelhos em extensão e as palmas das mãos apoiadas no chão em um ponto (A) e rotacionando a articulação do joelho (B).**



Fonte: Produção da própria Autora.

**Figura 6 - Paciente realizando extensão anterior do tronco (A, B e C).**



Fonte: Produção da própria Autora.

### **3.3 Exames Complementares:**

**Figura 7 - Radiografia Panorâmica.**



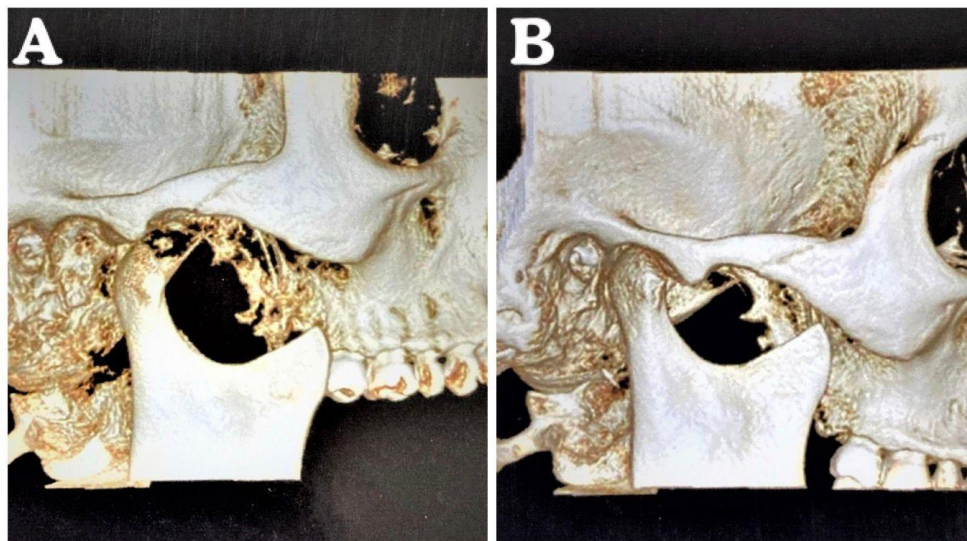
Fonte: Concedida pela paciente.

**Figura 8 - Telerradiografia lateral**



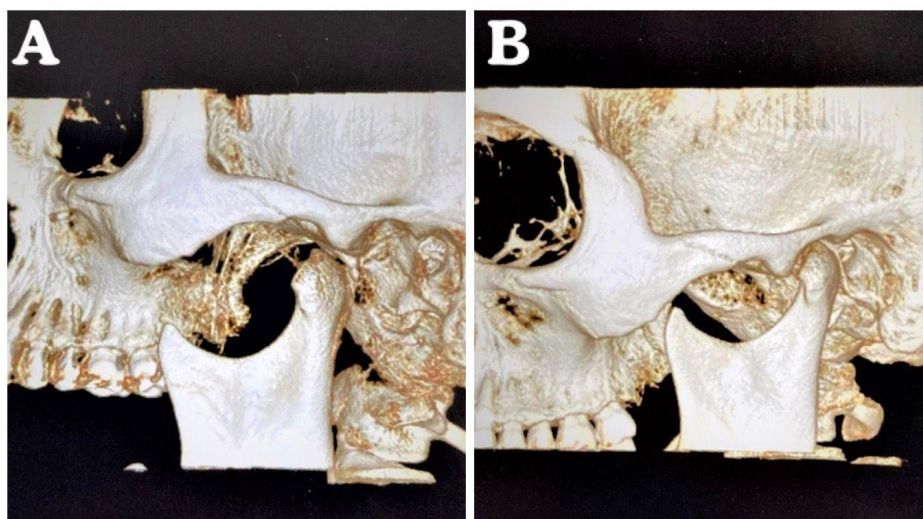
Fonte: Concedida pela paciente.

**Figura 9 - Tomografia computadorizada cone beam - ATM de boca aberta (A) e fechada (B) do lado direito.**



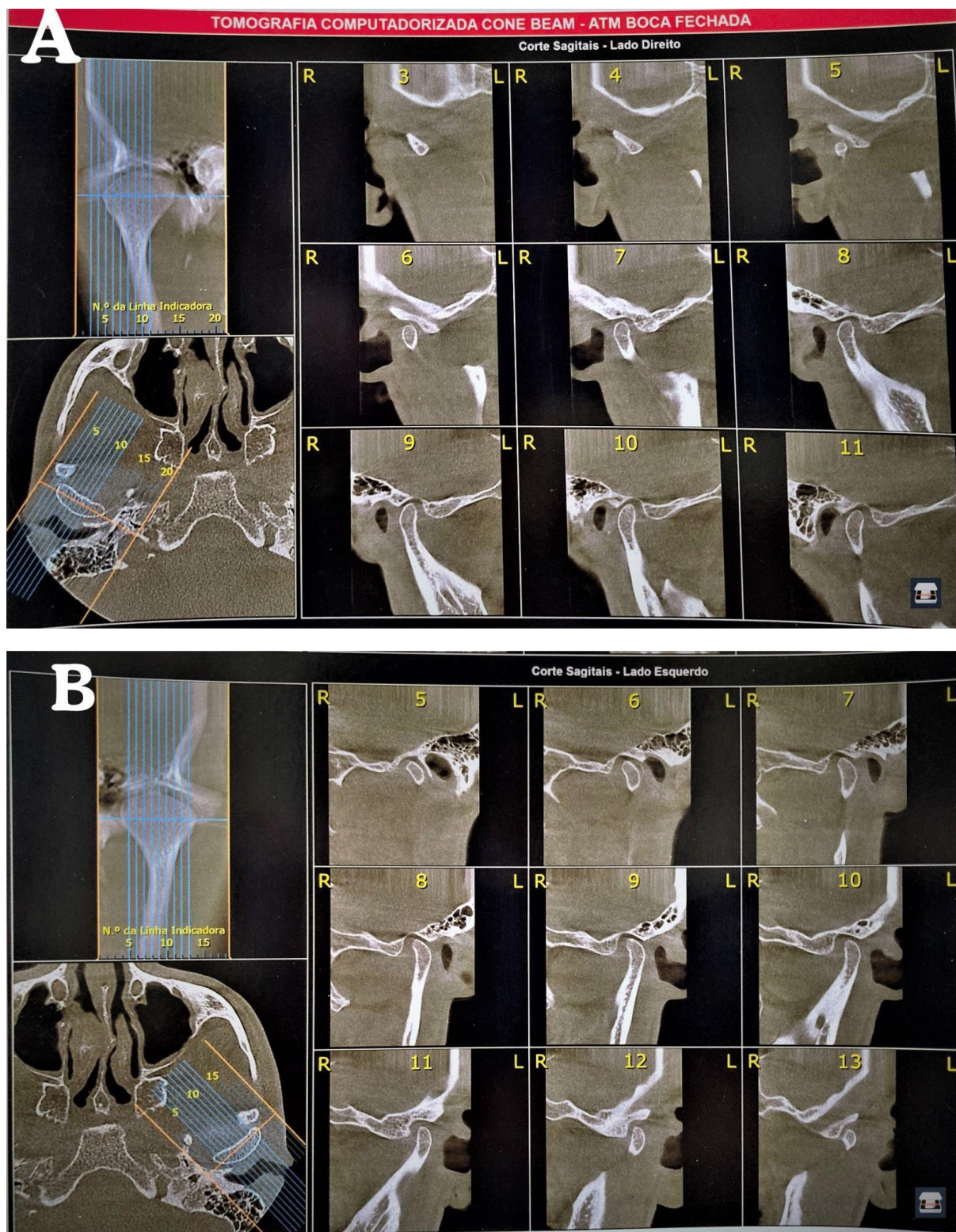
Fonte: Concedida pela paciente.

**Figura 10 - Tomografia computadorizada cone beam - ATM de boca aberta (A) e fechada (B) do lado esquerdo**



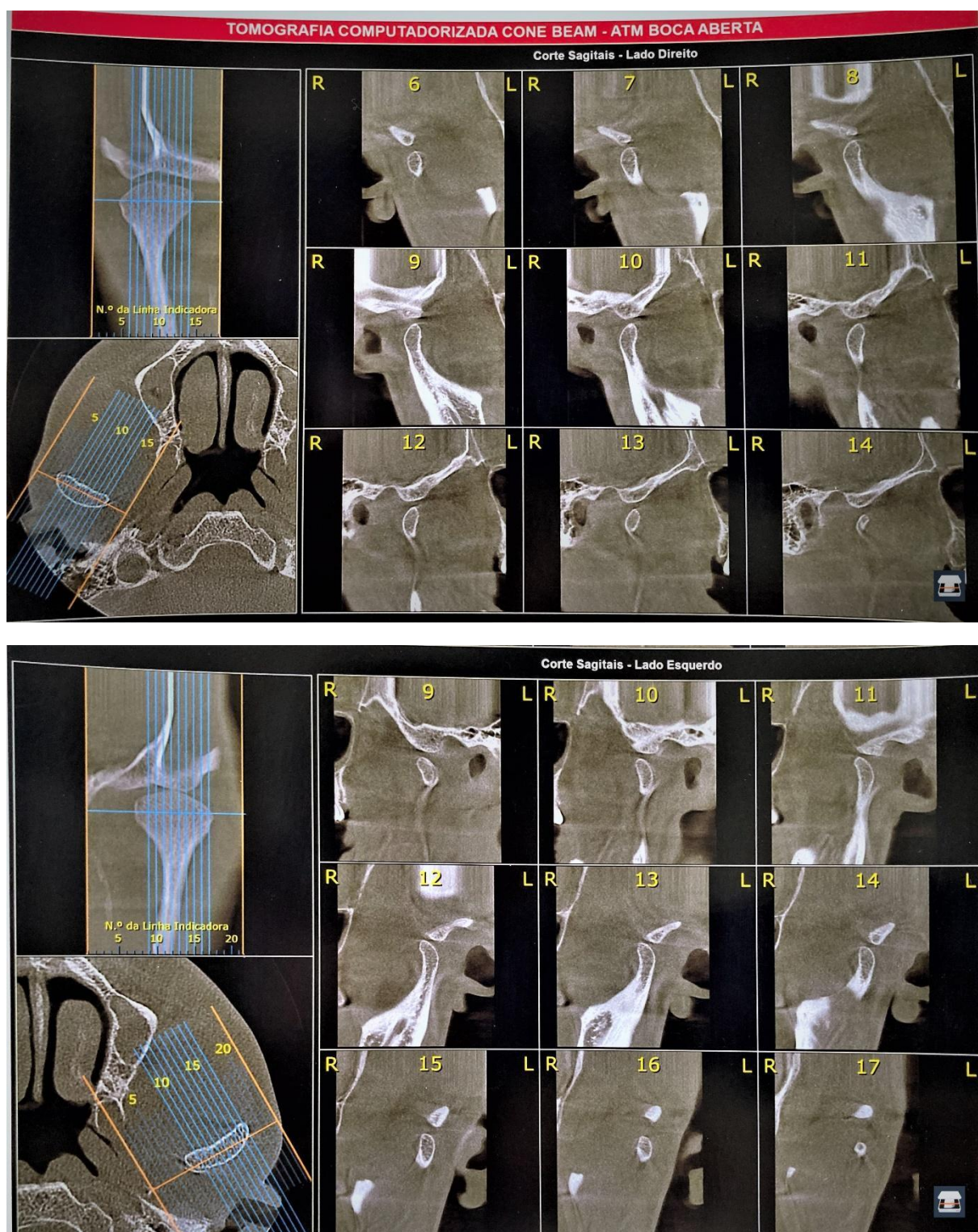
Fonte: Concedida pela paciente.

Figuras 11 e 12 - Tomografia computadorizada cone beam - ATM boca fechada  
lados direito (A) e esquerdo (B).



Fonte: Disponibilizado pela paciente.

Figuras 13 e 14 - Tomografia computadorizada cone beam - ATM boca aberta  
lados direito (A) e esquerdo (B).



Fonte: Disponibilizado pela paciente.

Após análise dos exames e de acordo com a Anamnese foi constatado posicionamento normal dos côndilos com boca fechada e hipertranslação com abertura máxima bucal. Ademais, recebeu diagnóstico clínico de Hiper mobilidade das ATMs e Deslocamento de disco anterior com redução (DDAR).

A paciente foi orientada a prosseguir com o uso da placa oclusal de acrílico com finalidade mio-relaxante e descompressiva dos tecidos que compõem as ATMs, foi agendada para realizar sessões de fisioterapia para liberação miofascial da musculatura da face e pescoço no Núcleo da ATM na FOA-Unesp, bem como prosseguir com a realização de exercícios para fortalecimento destas áreas como já vinha sendo tratada por si mesma, visto que é profissional Fisioterapeuta, e conjuntamente procurar realizar sessões de acompanhamento psicoterapêutico para amenizar os fatores psicológicos agravantes, estresse e ansiedade, mencionados por ela na história prévia

## 4 DISCUSSÃO

O presente relato descreve um caso clínico de DTM dolorosa, de uma paciente de 30 anos de idade com queixas de dor, fadiga muscular e limitação de abertura, portadora da síndrome da hiper mobilidade generalizada

Como já foi mencionado, as falhas na formação do colágeno dos tecidos que formam os ligamentos compreendem as DHTC, e esta quando acomete o colágeno presente nos ligamentos, incluindo os das ATMs, prejudica o controle dos movimentos, pois o tecido ligamentar mais distendido defluente da condição prévia de HAG não permite firmeza e equilíbrio da ação de abertura e fechamento bucal e também pode ocasionar defeito na limitação e estabilidade dos movimentos mandibulares (Chiodelli, et. al., 2016)

A paciente do presente caso apresentou-se ao Núcleo de DTMs queixando-se da presença de dor e estalos nas ATMs. Ao exame físico verificou-se que a paciente apresentava HAG o que poderia refletir em alterações ligamentares também das ATMs. O ligamento temporomandibular consiste em um tecido fibroso localizado lateralmente a cápsula articular e se insere na eminência articular, arco zigomático e colo da mandíbula tanto lateralmente quanto na extremidade medial (MANGANELLO, 2014). Já as fibras da cápsula articular resistem às forças mediais, laterais ou inferiores impedindo a separação das estruturas articulares, mas não impedem os movimentos da cabeça da mandíbula (MANGANELLO, 2014). Os ligamentos citados são de extrema importância para o controle dos movimentos mandibulares, e se forem afetados por alterações como a frouxidão, podem predispor as DTMs, por tornar esta articulação mais susceptível a alterações (Perrini, et al., 1997).

É importante destacar, que apesar da paciente apresentar hiper mobilidade articular sistêmica, no primeiro exame de medida da abertura bucal pode –se observar que ela apresentava limitação. Além disto, em história prévia ao exame sobre o travamento mandibular que experimentou há 8 meses a paciente acusa que se tratou de um travamento fechado. Entretanto, a paciente relatou que apenas com massagens a abertura da boca voltou a amplitude satisfatória. Isto mostra que a limitação de abertura da paciente ocorreu provavelmente por medo de movimentar e aumentar a dor muscular, e também por uma co-contracção protetora,

não se caracterizando por um travamento fechado. Esta limitação verificada na foto A da figura 6 caracteriza-se mais como uma limitação por cinesiofobia. (Vissher et al., 2010). Segundo estes autores, em portadores de DTMs dolorosas, assim como em outros distúrbios musculoesqueléticos, a dor nem sempre é o sintoma mais debilitante; às vezes, as limitações de abertura da boca ou de movimento representam grande impacto na qualidade de vida. É importante mencionar aqui que dados coletados na anamnese concluem que as queixas da paciente limitam, prejudicam ou por vezes impedem atividades simples como falar, comer, bocejar, gargalhar e se relacionar com outras pessoas.

O padrão de abertura bucal com desvio lateral direito pode ocorrer devido à fadiga e incoordenação decorrente da HAG, pois esta pode ocasionar um déficit na propriocepção de estiramento dos músculos faciais dificultando a coordenação motora, visto que esta depende essencialmente do retorno advindo da propriocepção, causando esse desequilíbrio entre os lados direito e esquerdo ao abrir a boca (Chiodelli, Pacheco, et al., 2015).

Portanto, os fatos apontam que este travamento se tratava de Travamento mandibular fechado, decorrente de uma demanda de atividade excessiva dos músculos orofaciais, incluindo os responsáveis pela mastigação. Vale ressaltar aqui que a queixa principal da paciente do quadro em discussão foi de “estalos conforme ia comer e passou a incomodar quando travou”. Importante ponderar se este travamento relatado foi uma limitação de abertura por algum pico de dor, ou por algum deslocamento de disco intermitente. Este diagnóstico diferencial seria facilitado se a paciente apresentasse em consulta clínica algum travamento semelhante. Estes travamentos ou limitações fizeram com que a paciente se conscientizasse que precisava buscar por atendimento especializado e também a fizeram suspeitar que seu quadro poderia ter se agravado, motivando-a buscar por atendimento no Núcleo da ATM – FOA Unesp.

De acordo com Polbel e Miranda (2016), quando um travamento mandibular aberto ocorre e está diretamente ligado ao diagnóstico de HAG, isso se dá devido a flacidez do tecido fibroso da cápsula articular e do ligamento temporomandibular (LTM) e acessórios, com ênfase no LTM visto que este é

responsável por limitar os movimentos de lateralidade da cabeça da mandíbula, deslocamento posterior do disco articular e da cabeça da mandíbula ao abrir a boca. Além disso também colabora com limitação da protrusão da mandíbula bem como os ligamentos acessórios estilomandibular e esfenomandibular impedindo que o côndilo ultrapasse a eminência articular e sofra um travamento aberto. Porém a paciente não relatou travamento aberto, como mencionado anteriormente.

E por fim, o exame de imagem tomográfico demonstrou que com abertura de boca máxima, a cabeça da mandíbula ultrapassava a eminência articular, deixando evidente que esta articulação não estava com travamento fechado e nem limitação de abertura. Também caracteriza a paciente como portadora de hiper mobilidade das ATMs. Não necessariamente o diagnóstico de HAG significa um posterior diagnóstico de DTM dolorosa, pois um paciente pode possuir Hiper mobilidade Condilar e ainda sim não apresentar DTMs, segundo Polbel e Miranda, 2016.

## **5 CONCLUSÃO**

Diante do caso, pode-se concluir que o exame do paciente e a anamnese são etapas insubstituíveis para o diagnóstico, e que a avaliação clínica e mensuração de abertura de boca pode demonstrar clinicamente que a paciente não apresentava travamento fechado ou limitação de abertura verdadeiros, pois foi ocasionado pela cinesiofobia. Dessa forma preconiza-se uma visão integral do paciente ao investigar o diagnóstico e suas possíveis causas, além de aconselhar tratamento multidisciplinar incluindo por exemplo, uma equipe multiprofissional.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, L.M.S.; DUMITH, S.C. Association between musculoskeletal symptoms and perceived stress in public servants of a Federal University in the South of Brazil. **BrJP.**, Rio Grande, RS, vol. 1, n. 1, p. 9-14, Jan-Mar. 2018. DOI: 10.5935/2595-0118.20180004.
2. BEIGHTON, P., *et al.* "Articular mobility in an African population." **Annals of the rheumatic diseases.**, Department of Orthopaedic Surgery, University of the Witwatersrand, South Africa, vol. 32, n. 5, p. 413-8. DOI:10.1136/ard.32.5.413. PMID: 4751776
3. BULBENA, A.; AGULÓ, A.; PAILHEZ, G.; MARTÍN-SANTOS, R.; PORTA, M.; GUITART, J. *et al.* Is joint hypermobility related to anxiety in a nonclinical population also? **Psychosomatic.**, Department of Psychiatry, Hospital del Mar, Barcelona, Spain, v.45(5), p.432-437, Set-Out 2004. DOI: 10.1176/appi.psy.45.5.432. PMDI: 15345789.
4. CHIODELLI, L., *et al.* Influence of generalized joint hypermobility on temporomandibular joint, mastication and deglutition: a cross-sectional study. **Rev. CEFAC.**, Santa Maria, RS, v.17, n.3, p.890-898, May–Jun. 2015. DOI: 10.1590/1982-0216201512514
5. CHIODELLI, L., *et al.* Influence of generalized joint hypermobility on temporomandibular joint and dental occlusion: a cross-sectional study. **CoDAS.**, Santa Maria, RS, v. 28, n. 5, p. 551-557, Out. 2016. DOI: 10.1590/2317-1782/20162014082. PMID: 27849244.
6. DE LEEUW, R.; KLASSER, G. **Temporomandibular Disorders. In: Orofacial Pain: Guidelines for assessment, Diagnosis and Managment.** ed. 6. Hanover Park, IL: Quintessence Publishing Co, Inc., 2018.
7. DONNARUMMA, M. D. C., *et al.* Temporomandibular Disorders: signs, symptoms and multidisciplinary approach. **Rev. CEFAC.**, São Paulo, v.12, n.5, p. 788-794, Out 2010. DOI: 10.1590/S1516-18462010005000085.

8. HAKIM, A. J.; SAHOTA, A. Joint hypermobility and skin elasticity: the hereditary disorders of connective tissue. **Clinics in Dermatology**., Department of Rheumatology, Whipps Cross University Hospital, Leytonstone, London, UK, v. 24, n. 6, p. 521-33, Nov-Dez. 2006.
9. ISBERG, A. Disfunção da articulação temporomandibular: Um guia para o clínico. 1. ed. São Paulo, 2005.
10. KLAUMANN, P. R.; WOUK, A. F. P. F.; SILLAS, T. Pathophysiology of pain. **Archives of Veterinary Science**, [S.l.], Jul 2008. ISSN 2317-6822. Available at: <https://revistas.ufpr.br/veterinary/article/view/11532>. Date accessed: 05 aug. 2023. DOI: 10.5380/avs.v13i1.11532.
11. LAMARI, N. *et al* . Flexibilidade anterior do tronco no adolescente após o pico da velocidade de crescimento em estatura. **Acta ortop. bras.**, São Paulo, v. 15, n. 1, 2007. DOI: 10.1590/S1413-78522007000100005.
12. LIDDELL, A.; PEREZ, D. E. Temporomandibular joint dislocation. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am.**, San Antonio, TX, USA, v.27, n.1, p.125-36, Feb 2015. DOI: 10.1016/j.coms.2014.09.009. PMID: 25483448.
13. MANGANELLO, L. C. S., *et. al*. **Cirurgia da Articulação Temporomandibular**. ed. 7. São Paulo: Ed. Santos, 2014.
14. MARGIS, R., *et al*. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, RS, v. 25, n. 1, p. 65-74, Abr 2003. DOI: 10.1590/S0101-81082003000400008.
15. MARINO, L. H. C., *et. al*. Hiper mobilidade articular nos joelhos da criança. **Arq. ciênc. Saúde.**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 2, p. 124-7, Abr-Jun. 2004. ID: lil-402449.
16. MARTINS JUNIOR, R. L. **Disfunções Temporomandibulares: Esclarecendo a Confusão**. 1. ed. São Paulo: Ed. Santos Ltda, 2012.
17. MITAKIDES, J.; TINKLE, B.T. Oral and mandibular manifestations in the Ehlers-Danlos syndromes. **Am J Med Genet C Semin Med Genet.**, v. 175, n. 1,

p. 220-25, Fev-2017. DOI:10.1002/ajmg.c.31541. PMID: 28192626.

18. MORAES, D. A., *et al.* Tradução e validação do The five part questionnaire for identifying hypermobility para a língua portuguesa do Brasil. **Rev Bras Reumatol.**, São Paulo, v. 51, n.1, p.53-69, Fev 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/MFhJtqxwZC5vBKKCzX5XjSL/#>

19. NOSOUHIAN, S., *et. al.* Temporomandibular Joint Hypermobility Manifestation Based on Clinical Observations. **J Int Oral Health.** V. 7, n. 8, p. 1-4, Aug. 2015. PMID: 26464530 PMCID: PMC4588772.

20. PASINATO, F.; SOUZA, J. A.; CORRÊA, E. C. R.; SILVA, A. M. T. Temporomandibular disorder and generalized joint hypermobility: application of diagnostic criteria. **Braz J Otorhinolaryngol.**, Rio Grande do Sul, v. 77, n. 4, p. 418-25, Aug. 2011. DOI: 10.1590/S1808-86942011000400003. PMID:21860966.

21. PERRINI, F.; TALLENTS, R. H.; KATZBERG, R.W.; RIBEIRO, R.F.; KYRKANIDES, S.; MOSS, M.E. Generalized joint laxity and temporomandibular disorders. **J Orofac Pain.**, New York, USA, v. 11, n. 3, p. 215-21, 1997 Summer. PMID: 9610311.

22. POUBEL, T. C. G., *et. al.* Association between generalized joint hypermobility and temporomandibular dysfunction: a clinical and radiographic investigation. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 52, n. 2, p. 94-99, Abr-Jun. 2016. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-0939201600200006](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0939201600200006)

23. POZZEBON, D., *et al.* (2016). Relationship among perceived stress, anxiety, depression and craniocervical pain in nursing professionals under stress at work. **Fisioter. mov.**, v. 29, n. 2, p. 377-385, Apr-Jun. 2016. ISSN 0103-5150. DOI: 10.1590/0103-5150.029.002.AO17.

24. SANCHES, S. H. B., *et al.* Anxiety and joint hypermobility association: a systematic review. **Braz. J. Psychiatry.**, São Paulo, v. 34, n. 1, S53-S68, Jun. 2012. DOI: 10.1590/S1516-44462012000500005.

25. SILVA, L. M.; RIEGER, R. V. Chronic pain, stress and their psychoneuroimmunologic implications: a literature review. **Aletheia**. Canoas, n. 28, p. 11-20, Jul-Dez. 2008. ISSN 1413-0394. Available at: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-03942008000200002&lng=en&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942008000200002&lng=en&nrm=iso).
26. VISSCHER, C. M., *et al.* The Tampa Scale for Kinesiophobia for Temporomandibular Disorders (TSK-TMD). **Pain.**, v. 150, n. 4, p. 492-500, Set. 2010. DOI:10.1016/j.pain.2010.06.002.
27. WESTLING, L.; MATTIASSON, A. General joint hypermobility and temporomandibular joint derangement in adolescents. **Ann Rheum Dis.**, Gotemburgo, SWE, v. 51, n. 1, p. 87-90, Jan. 1992. DOI: 10.1136/ard.51.1.87. PMID: 1540046. PMCID: PMC1004626.
28. WINOCUR, E. *et al.* Generalized joint laxity and its relation with oral habits and temporomandibular disorders in adolescent girls. **J Oral Rehabil.**, Israel, v. 27, n. 7, p. 614-22, Jul. 2000. DOI: 10.1046/j.1365-2842.2000.00546.x