

INCIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E CEFALEIA EM UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

Renata Ellen da Costa Tavares¹; Rebeca Pauany Marcuz Ferreira²; Beatriz Almeida Garcia³
Igor Phillip dos Santos Glória⁴

- 1- Estudante do curso de Fisioterapia; e-mail: reehtavares@icloud.com
- 2- Estudante do curso de Fisioterapia; e-mail: rebecapauany1999@hotmail.com
- 3- Estudante do curso de Fisioterapia; e-mail: garciabeatriz@hotmail.com
- 4- Professor da Universidade de Mogi das Cruzes; e-mail: igorgloria@umc.br.

Área de conhecimento: Ciências da Saúde.

Palavras – chaves: disfunção temporomandibular, cefaleia, articulação temporomandibular

INTRODUÇÃO

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma ampla gama de alterações nos músculos mastigatórios, na articulação temporomandibular (ATM) e estruturas ósseas associadas. Ela é caracterizada como um distúrbio de etiologia multifatorial, ocorrendo como múltiplos problemas com sintomas complexos (MAFEI et al., 2012; WEBSTER et al., 2011; MARTINS et al., 2008). A DTM leva a diversos sinais e sintomas, e pode ser considerada de difícil diagnóstico, pois possui uma natureza heterogênea de sintomas, esses relacionados a cefaléia, dificuldades na mastigação, limitação ou distúrbios do movimento mandibular (POVEDA et al., 2007; FRISARDI et al., 2010). A cefaleia do tipo tensional (CTT) é a mais comum dentre suas categorias. Segundo a Classificação Internacional dos Transtornos de Cefaleia (ICHD), ela pode ser dividida em três subtipos de acordo com sua frequência (FUMAL A. SCHOENEN J. et. al. 2008), CTT episódica infrequente (<12 dias de cefaleia/ano), CTT episódica frequente (12-180 dias de cefaleia/ano) e CTT crônica (>180 dias de cefaleia/ano) (HEADACHR CLASSIFICATION SUBCOMMITTEE, 2004). Ressalta-se que estudos têm revelado que a sensação dolorosa, muitas vezes é detectada na palpação da musculatura craniana, facial ou cervical, denota que pode haver uma sobreposição da CTT com um tipo específico de DTM, a Síndrome da dor miofascial, sugerindo que o comprometimento muscular é um fator relevante na patogênese desta dor (SILVA-JÚNIOR AA, EC, GOMES JB. et al. 2010).

OBJETIVOS

Avaliar se há presença de Disfunção Temporomandibular (DTM) e Cefaleia em estudantes da Universidade de Mogi das Cruzes.

METODOLOGIA

Participaram do estudo 160 estudantes da Universidade de Mogi das Cruzes, que possuem idade entre 18 e 35 anos, de ambos os gêneros. O levantamento foi realizado através do preenchimento de um questionário online através da plataforma Google Forms. Após a coleta dos dados, os foram mesmos avaliados de forma qualitativa e quantitativa.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Ao todo 160 pessoas responderam aos questionários, todavia nem todos estavam de acordo com os critérios de inclusão, portanto, foram desconsiderados 11 participantes. Os resultados adquiridos pelo questionário Índice Anamnésico de Fonseca, ao analisar as respostas individualizadas, de cada participante, pode-se afirmar que 14,09% apresentam a ausência de DTM, 38,26% possuem DTM Leve, 31,54% foram classificados com DTM Moderada e 16,11% classificados com DTM Grave. As amostras coletadas, que tinham idade entre de 18 e 35 anos, obtiveram resultados significativos diante a proposta do estudo. Foi realizada uma análise dos dados entre a incidência e a intensidade da cefaleia nos voluntários que apresentavam diferentes graus de DTM. Dos voluntários que apresentaram escore indicativo a DTM grau grave, por meio do Índice Anamnésico de Fonseca, esses alcançaram maiores níveis de intensidade em cefaleia. Com o total de 24 pessoas com esse score, 12,5% relataram fraca intensidade na cefaleia, 37,5% moderado, 29,2% Forte e 20,8% muito forte.

Tabela 1. Resultados dos dados coletados através do Índice anamnésico de Fonseca

Graus de DTM	n	%
Ausência	21	14,09
Leve	57	38,26
Moderada	47	31,54
Grave	24	16,11
Totais	149	100

De acordo com o índice anamnésico de Fonseca, 14,09% foram avaliados em ausência na disfunção temporomandibular, outros 38,26% como leve, 31,54% em disfunção moderada e 16,11% a presença da disfunção era grave. A tabela 2 é representada pelos dados obtidos no questionário anamnésico de Fonseca e nele mostra a relação de indivíduos com ou sem a disfunção.

Tabela 2. Relação entre intensidade da Cefaléia e os graus da DTM

Intensidade da cefaleia no Grau Ausente	n	%
Fraca	13	61,90
Moderada	6	28,57
Forte	2	9,53
Muito forte	0	0,00
Intensidade da cefaleia no Grau Leve		
Fraca	14	24,56
Moderada	30	52,63
Forte	11	19,30
Muito forte	2	3,51
Intensidade da cefaleia no Grau Moderado		
Fraca	5	10,64
Moderada	20	42,55
Forte	18	38,30
Muito forte	4	8,51
Intensidade da cefaleia no Grau Grave		
Fraca	3	12,50

Moderada	9	37,50
Forte	7	29,20
Muito forte		20,80

Observa-se na Tabela 2 que os voluntários que foram classificados como Grau Ausente de DTM, pelo Índice Anamnésico de Fonseca, apresentaram prevalência de intensidade da cefaleia fraca. Os classificados como Grau Leve, obtiveram prevalência de intensidade da cefaleia a nível moderado. Já os indivíduos com Grau Moderado, apresentaram prevalência de intensidade da cefaleia a nível moderado e forte, assim como também os classificados com Grau Grave de DTM.

CONCLUSÕES

Conclui se que há presença de cefaléia tensional (CTT) e disfunção temporomandibular (DTM) nos estudantes avaliados. Ainda se destaca a alta incidência de cefaléia tensional (91,9%), sendo que 65,1% tiveram episódios entre às últimas semanas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DWORKIN SF, LERESCHE L. **Critérios diagnósticos da pesquisa para desordens temporomandibulares: revisão, critérios, exames e especificações, crítica.** J Craniomandib Disord. 1992; 6: 301: 55.

FIGUEIREDO, V. M. G. et al. **Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular.** Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 31, n. 2, p. 159-163, 2009.

FRISARDI, G.; CHESSA, G.; SAU, G. **Trigeminal Electrophysiology: a 2x2 matrix model for differential diagnosis between temporomandibular disorders and orofacial pain.** BMC Musculoskelet Disord, v. 11, p.141, 2010.

FUMAL A, SCHOENEN J. **Tension-type headache: current research and clinical management.** Lancet Neurol 2008;7:70–83.

GREENE CS, KLASSER GD, EPSTEIN JB. **Revision of the American Association of Dental Research's Science Information Statement about Temporomandibular Disorders.** J Can Dent Assoc. 2010;76: a115.

LODER E, RIZZOLI P. **Tension-type headache.** BMJ 2008;336:88–92

MAFFEI, C. et al. **Avaliação videofluoroscópica da mastigação e deglutição em indivíduos com disfunção temporomandibular (DTM).** Braz. j. otorhinolaryngol. [online], v. 78, n. 4, p. 24-28, 2012.

MARTINS, R. J. et al. **Relação entre classe socioeconômica e fatores demográficos na ocorrência da disfunção temporomandibular.** Ciênc. Saúde coletiva [online], v.13, supl. 2, p. 2089-2096, 2008.

SILVA-JÚNIOR AA, COSTA EC, GOMES JB, et al. **Chronic Headache and Comorbities: A Two-Phase, Population-Based, Cross-Sectional Study.** Publish Online: Feb 12 2010. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2010.01620.

The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia
2004;24(Suppl 1):1–160.