

Considerações Sobre o Diagnóstico Diferencial nas Disfunções da Articulação Temporomandibular

Considerations About Differential Diagnosis in the Temporomandibular Joint Diseases

Marcelo MARCUCCI*

Francisco Antônio dos Santos CORRÊA**

MARCUCCI, M.; CORRÊA, F.A. dos S. Considerações sobre o diagnóstico diferencial nas disfunções da articulação temporomandibular. JBA, Curitiba, v.1, n.4, p.325-328, out./dez. 2001.

O objetivo deste artigo é o de fornecer subsídios para o diagnóstico diferencial nas disfunções da articulação temporomandibular. Os sinais e sintomas encontrados nesta síndrome não lhe são exclusivos, podendo representar uma série de outros processos patológicos de origem e natureza diversos, e o profissional deve estar alerta para interpretá-los e conduzi-los adequadamente.

UNITERMOS: Disfunção da articulação temporomandibular; Diagnóstico diferencial; Articulação temporomandibular.

INTRODUÇÃO

A síndrome de dor e disfunção da articulação têmporo-mandibular (ATM) é considerada uma síndrome clínica e não uma entidade etiológica e, entre as diversas patologias que envolvem a ATM, é a que mais prende a atenção dos profissionais pela sua maior prevalência.

Os sinais e sintomas genericamente encontrados nas disfunções têmporo-mandibulares, nas formas intra-articulares e miofasciais, como a dor pré-auricular, ruído articular, dor muscular e a limitação dos movimentos mandibulares não são exclusivos desta síndrome, podendo representar várias outras entidades patológicas. Estas podem ser primárias da articulação, apresentar-se como manifestação local de doenças sistêmicas ou como repercussão de processos patológicos nas regiões anatômicas vizinhas.

O profissional que trata das disfunções da ATM deve sempre ter em mente a possibilidade de estar frente a uma alteração de outra natureza. Sinais e sintomas não compatíveis com distúrbios intracapsulares e miofasciais devem ser valorizados e investigados. GOBETTI & TURP (1998), sugerem alguns parâmetros para orientar o clínico no diagnóstico diferencial: 1. parestesia no território de inervação do trigêmeo; 2. diminuição da audição; 3. dor constante, não influenciada pela movimentação da mandíbula; 4. aumento ou não-diminuição dos sintomas apesar do tratamento realizado; 5. presença de aumento de volume, incluindo linfadenopatias; 6. presença de sangramento ou obstrução nasal, hemoptise, disfagia e drenagem pelo conduto auditivo; 7. perda de peso inexplicável.

Os exames complementares auxiliam na elaboração do diagnóstico definitivo. Na maioria dos casos, os exames de imagem, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética fornecerão subsídios para o diagnóstico das patologias loco-regionais. As alterações sistêmicas podem requisitar exames sorológicos específicos e demandar o auxílio de outras especialidades. A necessidade do atendimento multidisciplinar é, atualmente, cada vez maior, pela expansão e profundidade dos conhecimentos e dele o profissional deve lançar mão sempre que julgar necessário, visando à melhor e mais rápida resolução do caso.

* Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial/Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

** Professor Livre Docente do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilofaciais/Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Revisão da Literatura e

Discussão

O diagnóstico diferencial das alterações intra-articulares envolve as artroses, as artrites inflamatórias, infecciosas, metabólicas, os traumatismos e as neoplasias.

A artrose ou osteoartrose é uma doença crônica degenerativa não-inflamatória das articulações, de alta prevalência na população mundial (ZARB & CARLSSON, 1994). Este processo é caracterizado por uma deterioração da fibrocartilagem, dos tecidos capsulares e das superfícies ósseas, conseqüentes à perda da capacidade reparativa do sistema articular. Estas mudanças são seguidas de um processo inflamatório secundário, que é o responsável pelos sintomas da artrose. Os sinais e sintomas da artrose não diferem substancialmente dos da disfunção da ATM, o que torna complexo o diagnóstico diferencial em sua fase inicial. Alguns dados clínicos são relevantes como a dor, frequentemente unilateral, que torna-se mais intensa com o decorrer do dia (ZARB & CARLSSON, 1994). Com a evolução do processo, sinais radiográficos como presença de osteófitos, diminuição do espaço articular, eburnização e a evidência dos cistos de Eli fornecem subsídios para que, juntamente com os dados clínicos, possibilite-se a elaboração do diagnóstico. Estudos sobre o envolvimento da ATM são baseados em sinais radiográficos: na ausência dos sintomas, estes sinais são, muitas vezes, confundidos com os processos fisiológicos de remodelamento articular, o que explica a grande disparidade nos índices de acometimento da ATM (LACHARD *et al.* 1993; WRIGHT *et al.* 1997; ZARB & CARLSSON, 1994).

Entre as artrites, que são doenças de natureza inflamatória, a artrite reumatóide produz um envolvimento da ATM variando de 30 a 70% dos casos (DONALDSON, 1995; WRIGHT *et al.*, 1997), sempre como manifestação tardia (LACHARD *et al.*, 1993). Trata-se de uma doença de etiologia auto-imune, com sinovites bilaterais das articulações das extremidades (interfalangeais, metacarpofalangeais, joelhos, etc...) e envolvimento de vários sistemas pela vasculite e pela proliferação granulomatosa (DONALDSON, 1995). As articulações sofrem com a destruição progressiva da cartilagem e subseqüente erosão óssea e infiltração do tecido granulomatoso (DONALDSON, 1995). Entre os sintomas principais, a rigidez articular matinal por mais de uma hora, com limitação dos movimentos mandibulares, crepitação e estalos são, também, considerados no envolvimento da ATM (WRIGHT *et al.*, 1997). O diagnóstico final é dado pela associação com o envolvimento sistêmico e pela avaliação laboratorial, com a observação do fator reumatóide positivo e infiltrado inflamatório agudo no líquido sinovial (LACHARD *et al.*, 1993). A artrite reumatóide juvenil, que se inicia antes dos 16 anos e permanece por pelo menos 3 meses, envolve

a ATM em 70% dos casos (LACHARD *et al.*, 1993), deixando seqüelas, tais como a micrognatia, pela destruição do centro de crescimento condiliano associado à ausência do estímulo da movimentação mandibular e a anquilose, óssea ou fibrosa (PEARSON & RONNING, 1996).

Outra artrite do tipo inflamatória é a espondilite anquilosante, ou doença de Bechterew, de caráter crônico, progressivo, usualmente afetando a articulação sacro-iliaca e a coluna vertebral, com inflamação dos ligamentos, fibrose e posterior calcificação. O envolvimento da ATM, com dor, limitação de movimento, erosão óssea, osteófitos e eburnização, são achados que variam conforme os estudos, de 4 a 32% (LOCHER *et al.*, 1996).

A psoríase é uma doença inflamatória cutânea crônica que afeta 3% da população mundial e que apresenta várias manifestações orais, além do envolvimento da ATM em 5 % dos casos (ZHU *et al.*, 1996). Segundo os autores, os sinais clínicos e radiográficos na ATM não são específicos, e o diagnóstico se faz pela associação com as manifestações sistêmicas.

A artrite infecciosa da ATM é raramente encontrada atualmente. Trata-se de um processo infeccioso, geralmente agudo, decorrente de contaminação via hematogênica, por processos sépticos odontogênicos, por inoculação cirúrgica em procedimentos de artroscopia e artrocentese e por infecções em estruturas anatômicas vizinhas (otite, mastoidite, parotidite). Clinicamente, apresenta tumefação pré-auricular com dor e febre. Exames laboratoriais mostram desvio à esquerda e a cultura é mandatória para identificação do agente. Sinais radiográficos, tais como osteólise do côndilo e aumento do espaço articular são vistos nas formas subagudas e crônicas (BUCHET *et al.*, 1994; LACHARD *et al.*, 1993).

Das artrites metabólicas, a condromatose sinovial é a mais comum. Esta alteração é caracterizada pela presença de corpos cartilagosos livres que se calcificam intra-articularmente, produzindo aumento de volume pré-auricular, ruídos articulares, dor e limitação dos movimentos mandibulares (LACHARD *et al.*, 1993). Exames de imagem mostram corpos radiopacos em torno do côndilo e, eventualmente, osteólise do côndilo e do osso temporal (ALLIAS-MONTMAYEUR *et al.*, 1997). Outras alterações de natureza metabólica são citadas na literatura, tais como a calcinose tumoral (ZANETTI *et al.*, 1994), a sinovite pigmentada vilonodular (ALLIAS-MONTMAYEUR *et al.*, 1997; YOUSSEF *et al.*, 1996) e a doença de depósito de cristais de pirofosfato de cálcio (ALLIAS-MONTMAYEUR *et al.*, 1997).

Os traumatismos articulares, desde as contusões até as fraturas completas produzem, em variadas intensidades, sinais e sintomas como dor e edema pré-auricular e limitação de abertura de boca. As fraturas intra-capsulares, após choque no mento, necessitam ser adequadamente

diagnosticadas e tratadas, sob pena de deixar seqüelas de difícil resolução.

Outras condições patológicas mais raras, como a osteonecrose idiopática do côndilo, a pneumoartrose temporomandibular pós-trauma (SCHWARTZ & SEDHOM, 1997) produzem imagens radiográficas semelhantes às artroses degenerativas.

As neoplasias primárias da ATM são bastante raras. Entre as neoplasias benignas, o osteoma, o osteocondroma e o condroblastoma são os mais comuns (ALLIAS-MONTMAYEUR *et al.*, 1997). Metástases de tumores malignos na ATM são mais comuns que os tumores primários (ALLIAS-MONTMAYEUR *et al.*, 1997). Adenocarcinomas de mama, pulmão e próstata são relatados como produtores de metástase (GLASER *et al.*, 1997). Os sinais e sintomas como dor pré-auricular, trismo, encontrados nestas situações, pode simular uma disfunção da ATM (MARSHALL & MAHANNA, 1997).

As neoplasias de estruturas anatômicas vizinhas da ATM freqüentemente produzem alterações comuns à da disfunção: dor irradiada, tanto pré-auricular quanto muscular, limitação e desvio na trajetória mandibular e sintomas auditivos (GOBETTI & TURP, 1998; MARSHALL & MAHANNA, 1997). São as patologias que mais estão envolvidas nos casos de não-redução da sintomatologia após o tratamento usual para as disfunções, o que produz atrasos lamentáveis no diagnóstico definitivo, comprometendo bastante o sucesso da terapêutica final. O profissional deve estar atento à interpretação de outros sinais como parestesia e hipoestesia do nervo trigêmeo. Tumores da rinofaringe, fossa infratemporal e seio maxilar (MARSHALL & MAHANNA, 1997) e espaço parafaríngeo (GOBETTI & TURP, 1998), são, pela contiguidade anatômica, os normalmente envolvidos. Tumor afetando a cavidade orbital com repercussão temporomandibular também é citado na literatura (OLIVER *et al.*, 1995).

As algias craniofaciais constituem-se num desafio na elaboração do diagnóstico diferencial com a disfunção da ATM, pois muitas podem produzir dores nos músculos mastigatórios, com irradiação para a região pré-auricular. No diagnóstico das algias cranianas, as alterações intra-articulares e miofasciais devem ser investigadas e excluídas: a migrânea, a cefaléia em salvas e a hemicrania paroxística são citadas no seu diagnóstico diferencial (BENOLIEL & SHARAV, 1998; MAGREMANNE & BRE-

DAS, 1997). A arterite temporal, ou doença de Horton, é um processo inflamatório crônico que afeta as artérias de médio e grande calibre, sendo que a artéria temporal superficial é, classicamente, envolvida: Entre outros sinais e sintomas sistêmicos, dores ao nível da ATM e músculos mastigatórios são relatados (MAGREMANNE & BREDAS, 1997). A claudicação da mandíbula e da língua ocorre de 50 a 75% dos casos e é um sinal característico (LEE, 1995). Nas algias faciais, merecem destaque a neuralgia do trigêmeo e do glossofaríngeo, cujas crises podem ser desencadeadas durante a movimentação mandibular (MAGREMANNE & BREDAS, 1997), e a síndrome de Eagle, a qual em alguns casos pode produzir dor irradiada para a região temporomandibular (YETISER *et al.*, 1997).

O trismo é um sinal que pode possuir diversas origens, como processos infecciosos, traumatismo muscular, invasão tumoral, pós-radioterapia, disfunções da ATM e miosites ossificantes (MARIEN, 1997; SALGARELLI *et al.*, 1997; SPINAZZE *et al.*, 1998). Por se tratar de um sinal comum a todas estas alterações, todas as possibilidades necessitam ser investigadas durante o exame clínico.

Outras alterações, como a pneumoparótida, produzindo dor e aumento de volume pré-auricular (ALCALDE *et al.*, 1998) e as patologias otológicas, como o neuroma do acústico, mastoidites e otites produzindo tinitus e dor pré-auricular são citadas no diagnóstico diferencial da dor facial (MARSHALL & MAHANNA, 1997).

Conclusão

1. Os sinais e sintomas da disfunção da ATM não são exclusivos desta síndrome, podendo representar outros processos patológicos.

2. Estes processos são de origem reumatológica, inflamatória, traumática, neoplásica, neurológica e otorinolaringológica.

3. O profissional deve lançar mão de exames complementares e de apoio multidisciplinar no diagnóstico diferencial da ATM.

MARCUCCI, M.; CORRÊA, F.A. dos S. Considerations about differential diagnosis in the temporomandibular joint diseases. JBA, Curitiba, v.1, n.4, p325-328, Oct./Dec. 2001.

The aim of this article is to provide subsidies for the differential diagnosis about temporomandibular joint dysfunctions. The signs and symptoms found in this syndrome are not exclusive, and can represent numerous pathological processes of other origins and natures, and the professional must be alert, in order to elucidate and manage them, appropriately.

UNITERMS: Temporomandibular joint disfunction; Differential diagnosis; Temporomandibular joint.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCALDE, R.E.; UEYAMA, Y.; LIM, D.J.; MATSUMURA, T. Pneumoparotid: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*, v.56, n.5, p.676-680, May, 1998.
- ALLIASMONTMAYEUR, M.D.; DURROUX, R.; DODART, L.; COMBELLES, R. Tumours and pseudotumours lesions of the temporomandibular joint: a diagnostic challenge. *J Laryngol Otol*, v.111, n.8, p.776-781, Aug, 1997.
- BENOLIEL, R.; SHARAV, Y. Paroxysmal hemicrania. Case studies and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.85, n.3, p.285-292, Mar, 1998.
- BUCHET, C.; PERTUZON, B.; BARRALE, M.M.; DONAZZAN, M. Arthrite infectieuse temporo-mandibulaire. A propos d'un cas chez l'adulte. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, v.95, n.5, p.333-338, 1994.
- DONALDSON, K.W. Rheumatoid diseases and the temporomandibular joint: a review. *J Craniomandib Pract*, v.13, n.4, p.264-269, Oct, 1995.
- GLASER, C.; LANG, S.; PRUCKMAYER, M.; MILLESI, W.; RASSE, M.; MAROSI, C.; LEITHA, T. Clinical manifestations and diagnostic approach to metastatic cancer of the mandible. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v.26, n.5, p.365-368, Oct, 1997.
- GOBETTI, J.P.; TURP, J.C. Fibrosarcoma misdiagnosed as a temporomandibular disorder. A cautionary tale. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.85, n.4, p.404-409, Apr, 1998.
- LACHARD, J.; ZATTARA, H.; BLANC, J.L.; DUBOSC, J.C.; CHEYNET, F.; CHOSSEGROS, C. Maladies de l'articulation temporo-mandibulaire. *Encycl Med Chir*. Editions Techniques. Paris-France. 22-056-R-15, 1993.
- LEE, A.G. Jaw claudication: a sign of giant cell arteritis. *J Am Dent Assoc*, v.126, n.7, p.1028-1029, Jul, 1995.
- LOCHER, M.C.; FELDER, M.; SAILER, H.F. Involvement of the temporomandibular joints in ankylosing spondylitis (Bechterew's disease). *J Craniomaxillofac Surg*, v.24, n.4, p.205-213, Aug, 1996.
- MAGREMANNE, M.; BREDAS, P.H. Les algies faciales. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, v.98, n.1, p.37-42, Jan, 1997.
- MARIEN Jr, M. Trismus: causes, differential diagnosis and treatment. *Gen Dent*, v.45, n.5, p.350-355, Jul, 1997.
- MARSHALL, J.A.; MAHANNA, G.K. Cancer in the differential diagnosis of orofacial pain. *Dent Clin North Am*, v.41, n.2, p.355-365, Apr, 1997.
- OLIVER, A.J.; PATRINELY, J.; HELFRICK, J.F. Orbital pseudotumor. Report of a case after treatment for temporomandibular joint dysfunction. *J Oral Maxillofac Surg*, v.53, n.12, p.1465-1469, Feb, 1995.
- PEARSON, M.H.; RONNING, O. Lesions of the mandibular condyle in the juvenile chronic arthritis. *Br J Orthod*, v.23, n.1, p.49-55, Feb, 1996.
- SALGARELLI, A.; MAGNATO, R.; CARMINATI, R.; BARBAGLIO, A.; NOCINI, P.F. Miosite ossificante dei muscoli pterigoidei e temporale con interessamento metacrono contralaterale. *Minerva Stomatol*, v.46, n.5, p.259-265, Mai, 1997.
- SCHWARTZ, H.C.; SEDHOM, A. Pneumoarthrosis of the temporomandibular joint: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*, v.55, n.3, p.287-289, Mar, 1997.
- SPINAZZE, R.P.; HEFFEZ, L.B.; BAYS, R.A. Chronic, progressive limitation of mouth opening. *J Oral Maxillofac Surg*, v.56, n.10, p.1178-1186, Oct, 1998.
- WRIGHT, E.F.; DE ROSIER, K.F.; CLARK, M.K.; BIFANO, S.L. Identifying undiagnosed rheumatic disorders among patients with TMD. *J Am Dent Assoc*, v.128, n.6, p.738-744, June, 1997.
- YETISER, S.; GEREK, M.; OZKAPTAN, Y. Elongated styloid process: diagnostic related to symptomatology. *J Craniomandib Pract*, v.15, n.3, p.236-241, July, 1997.
- YOUSSEF, R.E.; ROSZKOWSKI, M.J.; RICHTER, K.J. Pigmented villonodular synovitis of the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg*, v.54, n.2, p.224-227, Feb, 1996.
- ZANETTI, U.; TROLETTI, G.D.; BURLINI, D.; ROSSI, D. Tumoral calcinosis: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v.23, n.5, p.271-272, Oct, 1994.
- ZARB, G.A.; CARLSSON, G.E. *Osteoarthrosis/Osteoarthritis. Temporomandibular joint and masticatory disorders*. Philadelphia: Saunders, 1994.
- ZHU, J.F.; KAMINSKI, M.J.; PULITZER, D.R.; THOMAS, H.F. Psoriasis, pathophysiology and oral manifestations. *Oral Dis*, v.2, n.2, p.135-144, Jun, 1996.

Recebido para publicação em: 01/06/01
 Enviado para análise em: 04/07/01
 Aceito para publicação em: 10/09/01

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
 Departamento de Cirurgia, Traumatologia e Prótese Maxilo Faciais
 Av. Prof. Lineu Prestes, 2227
 05508-900 São Paulo, SP