

Diagnóstico Diferencial e Tratamento Conservador da DTM de Origem Intra-articular¹

Differential Diagnosis and Conservative Treatment of TMD of Intra-articular Origin

Alessandro Huelber Nogueira PINHEIRO*
Annalee Nogueira SÁ**
Fairuse Coelho SILVA ***
Karoline Alvim SIMÃO ***

PINHEIRO, A.H.N.; SÁ, A.N.; SILVA, F.C.; SIMÃO, K.A. Diagnóstico diferencial e tratamento conservador da DTM de origem intra-articular. JBA, Curitiba, v.2, n.7, p.248-252, jul./set. 2002.

Esta pesquisa revisa a literatura quanto aos métodos utilizados para o diagnóstico diferencial e tratamento conservador dos casos de dor orofacial em pacientes com Desordens Temporomandibulares Intra-articulares.

As dores orofaciais de origem músculo-esquelética mais frequentes e de responsabilidade do Cirurgião-dentista são as Desordens Temporomandibulares (DTMs). Apesar de existirem muitas controvérsias na literatura sobre fatores etiológicos, métodos de diagnóstico e classificação da DTM, existe um consenso entre pesquisadores, autores e especialistas nesta área: o tratamento deve ser conservador e reversível.

Dentre as técnicas conservadoras e reversíveis, incluem-se a fisioterapia, a medicação, as placas interoclusais e a psicoterapia. Mesmo um simples ajuste oclusal por desgaste seletivo é considerado uma terapia invasiva e irreversível, devendo ser aplicado com muito critério, em casos bem específicos, somente após a etiologia oclusal ser identificada como provável e principal fator predisponente ou contribuinte.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico diferencial; Síndrome da articulação temporomandibular; Tratamento de emergência.

INTRODUÇÃO

O maior interesse na epidemiologia da DTM começou na Escandinávia e Norte da Europa, no começo dos anos 70, e logo se espalhou para muitos outros países. Estudos de toda parte do mundo têm agora sido apresentados (CARLSSON, 1999). Em 1975, foi fundada a Academia Americana de Dor Orofacial, em que novos artigos foram publicados. Na década de 30, COSTEN (1934) relatou que a presença de contatos prematuros em Relação Cêntrica (RC) ou durante movimentos mandibulares teriam a capacidade de alterar a posição mandibular e condilar, causando distúrbios musculares, articulares e, conseqüentemente, dor. Partindo-se desses conceitos, tornaram-se populares procedimentos irreversíveis de correção oclusal por desgaste seletivo. Porém, com o passar do tempo e o surgimento de novas entidades voltadas especialmente para o estudo da DTM, passou-se a observar que esses pacientes tratados com ajuste oclusal voltavam a apresentar os mesmos sintomas. Atualmente, vivemos um novo período na literatura, em que se consideram vários fatores contribuintes, como a presença de

¹Trabalho classificado em 1º lugar no IV Concurso Nacional de Monografia do 15º Congresso Internacional de Odontologia do Rio de Janeiro, Julho – 2001

* Especialista em Reabilitação Oral – USP – Bauru – SP; Professor de Oclusão I e II/Faculdade de Odontologia de Valença-RJ; Mestrando em Odontologia – Prótese Dentária – UCCB – Campinas-SP; Rua Raphael Jannuzzi, 15/309 – CEP 27600-000, Valença, RJ; e-mail: huelbercd@uol.com.br

** Mestranda em Odontologia – Prótese Dentária – UCCB – Campinas-SP

*** Alunas da Clínica Integrada/Faculdade de Odontologia de Valença

hábitos parafuncionais, condições sistêmicas, psicológicas e posturais. Tornou-se bastante popular, então, a aplicação de modalidades terapêuticas não-invasivas, como a utilização de placas oclusais, fisioterapia, medicamentos e outras (BELL, 1990; CONTI, 1998, 2000; McNEILL, 2000, 1997; MIRANDA & VIOLA, 1998; OLIVEIRA *et al.*, 2001; TENENBAUM *et al.*, 1999).

Segundo OKESON (1998), o deslocamento de disco (DD) articular é considerado a artropatia mais comum da ATM e é caracterizado por uma relação anormal de mau posicionamento do disco articular e do côndilo. Atualmente, não há concordância sobre as causas do deslocamento de disco, contudo postula-se que na maioria dos casos o disco seja deslocado por estiramento e/ou desgaste dos ligamentos. Temos, ainda, doenças inflamatórias como a capsulite e retrodiscite e as não-inflamatórias como a osteoartrite, encontradas também com certa frequência na ATM.

Para tratar de modo eficiente as DTMs, o clínico deve ter um conhecimento profundo da anatomia e da fisiologia da articulação temporomandibular para, posteriormente, entender a fisiopatologia (MOCK, 1999).

REVISÃO DA LITERATURA

É muito importante, para escolha da melhor terapia, que tenhamos a princípio um diagnóstico diferencial determinado. Para tanto, o conhecimento atualizado da ciência básica e clínica de dor orofacial são essenciais. Devemos proceder com uma anamnese direcionada, exame físico extra e intra-oral, verificação do grau de mobilidade mandibular e exames complementares, como os por imagens. É preciso conhecer a história progressiva do paciente, fazer perguntas apropriadas e analisar as respostas de modo que possam ser feitas mais perguntas direcionadas para sintetizar a informação (OKESON, 1998).

A articulação temporomandibular humana possui características próprias (MACIEL, 1996a, 1996b, OKESON, 2000) que impedem o deslocamento do disco articular como: a própria anatomia; a pressão intra-articular, que é considerada o fator mais importante para estabilidade articular, mantida por uma atividade constante; músculos e ligamentos, que restringem os movimentos da ATM (LAI *et al.*, 1998; OKESON, 1998). Além disso, suas superfícies articulares são forradas com tecido conjuntivo denso fibroso e não cartilagem hialina, como em outras articulações do corpo (Dubrul & Sicher, 1980), permitindo um maior poder de reparação e regeneração. As estruturas da ATM podem adaptar-se fisiologicamente às demandas funcionais durante toda a vida do indivíduo. É justamente este poder de adaptação, de forma individual, que vai determinar a instalação ou não de uma “doença”.

As disfunções na articulação temporomandibular são manifestações muito frequentes, atingindo cerca de 20% da população adulta (MIRANDA & VIOLA, 1998). Apesar de grande a porcentagem da população que apresenta sinais ou sintomas, estima-se que apenas 3,6% a 7% destes indivíduos estejam em necessidade de tratamento. Em uma população de não-pacientes, 40% a 75%, pelo menos, possuem um sinal de disfunção articular (anormalidade de movimento, ruído, dor à palpação, etc.). Outros sinais são relativamente raros, como por exemplo, limitação na abertura da boca – cerca de 5% (OKESON, 1998). Alguns autores constataram, ainda, que a prevalência clínica de alguns sinais e sintomas de distúrbios temporomandibulares têm sido relatadas com o aumento da idade do sujeito (BIBB *et al. apud* LAI *et al.*, 1998).

O sintoma mais frequente para uma DTM intra-articular é a dor, geralmente localizada na área pré-auricular e/ou ATM. Além das queixas de dor, os pacientes com essas distúrbios muitas vezes têm movimentos mandibulares limitados ou assimétricos, travamento e sons da ATM, em que os descritos com mais frequência são cliques, estalidos, rangidos, crepitação e zumbido (McNEILL, 1997).

As articulações temporomandibulares devem ser apalpada bilateralmente para verificar padrões de movimento, sensibilidade dolorosa, dor e tumefação. As ATMs devem ser acessadas através da palpação direta sobre o pólo lateral dos côndilos (pré-auricular), bem como posteriormente através dos canais auditivos externos (intrameato). Esta avaliação deve ser feita com a boca fechada e aberta. A palpação lateral é mais indicada para avaliar a porção lateral da cápsula articular (capsulite), enquanto pelo acesso intrameato pode-se avaliar melhor os tecidos retrodiscais (retrodiscite) (ASH *et al.*, 1998a, 1998b; OKESON, 1998). A dor e o inchaço das articulações são uma das indicações para a solicitação de exames por imagens. Quando existe dor e sensibilidade, a manipulação da mandíbula pode não ser possível (ASH *et al.*, 1998a, 1998b).

Durante o exame de palpação, deve ser anotada em ficha própria a graduação linear da dor do paciente: 0 (zero) para resultados negativos, 1 para dor discreta, 2 quando o sintoma for moderado e 3 para dor severa (MIRANDA & VIOLA, 1998). É claro que esta graduação fica a critério de cada profissional.

A amplitude de abertura tem sido utilizada como discriminador para capsulite da ATM. É considerado normal um padrão arbitrário de abertura de 40 a 50mm, quando é menor, existe a limitação deste movimento. O valor médio para lateralidade máxima é 10mm e tem sido sugerido que, quando o movimento é inferior a 5mm, há restrição intracapsular (ex.: deslocamento anterior de

disco) na ATM do lado oposto ao de trabalho. Entretanto, a possibilidade de causas extra-articulares de “movimento restrito” também deveria ser considerada (ASH *et al.*, 1998a, 1998b). A abertura máxima da boca do paciente era registrada antes, durante e depois do tratamento, com uma régua milimetrada flexível, no bordo incisal dos dentes inferiores aos superiores anteriores (MIRANDA & VIOLA, 1998).

Na tentativa inicial de diagnóstico de uma possível disfunção na ATM, é mais importante um exame clínico minucioso e uma história pregressa detalhada e exames simples como auscultação e palpação digital do que exames radiográficos, eletromiográficos, IRM e laboratoriais (MIRANDA & VIOLA, 1998).

Nós temos dois tipos de placas utilizadas durante o tratamento da DTM de origem intra-articular: a reposicionadora, utilizada para DTM com história recente, e a estabilizadora, quando há dor de origem crônica. O uso da placa de mordida do tipo estabilizadora mostrou a possibilidade da execução pelo Cirurgião-dentista de um método reversível e não-invasivo de tratamento, pois, além de não promover modificações oclusais permanentes, auxilia na determinação do diagnóstico diferencial das disfunções temporomandibulares (CALLEGARI *et al.*, 1999).

A placa deve, então, ser confeccionada de acordo com a disfunção apresentada pelo paciente, plana para espasmos musculares e protrusiva para deslocamentos anteriores do disco com redução. Os pacientes devem ser vistos semanalmente para ajustes da placa e acompanhamento da evolução da sintomatologia (MIRANDA & VIOLA, 1998).

O deslocamento do disco sem redução tem sido tratado com medicação, placas com ou sem reposicionamento manual e fisioterapia, usualmente com relatos de sucesso (GARCIA, 1997). Para alguns pacientes, quando o deslocamento não é tratado, os sintomas, mesmo assim, desaparecem espontaneamente (TENENBAUM *et al.*, 1999). Entretanto, os fatores que podem afetar o prognóstico destas desordens ainda estão obscuros. Uma idade mais jovem, durante a visita inicial, parece ser um fator positivo para o prognóstico (SATO *et al.*, 1997).

Evidências de que há progressão para a doença da ATM intracapsular incapacitante e/ou crônica é uma ocorrência incomum. Como os sons na articulação são comuns, é importante evitar excesso de tratamento de deslocamento de disco crônico benigno com e sem redução na ausência de dano. Apesar destes sinais não serem comuns na avaliação clínica, um estudo com necropsias (cadáveres de 24 a 48 horas) revelou que 31 das 34 articulações tinham diferentes formas de alterações, tais como desvio na forma, deslocamento de disco, deformação do disco, adesões e alterações osteoartíticas, indicando que

alterações morfológicas grosseiras podem estar presentes na ausência de desordens TM (OKESON, 1998).

Praticar técnicas de auto-controle, tais como dieta macia, fisioterapia caseira com calor e gelo, evitar movimentos extremos da boca nos atos de bocejar, cantar, gritar e mascar chicletes, controle de qualquer hábito oral parafuncional (como bruxismo, apertamento, onicofagia e morder objetos) e o aprendizado de técnicas de relaxamento e redução de *stress* também podem ajudar os pacientes a lidarem com a dor que usualmente acompanha os problemas de DTM.

O grande problema na aceitação de que os fatores oclusais seriam os maiores responsáveis pelas DTMs baseia-se em fatos bem demonstrados. Há uma enorme parcela da população com interferências oclusais e livres de sintomas, pacientes com oclusão “perfeita” e com sintomas de DTM e a significativa recidiva de sintomas em pacientes tratados com correção oclusal (CONTI, 1998).

DISCUSSÃO

O tratamento adequado da dor orofacial começa com um conhecimento minucioso da queixa de dor do paciente. É somente com esta condição que podemos fazer um diagnóstico correto e selecionar a melhor terapia. As desordens das estruturas intracranianas, por exemplo: neoplasias, aneurismas, abscessos, hemorragias ou hematomas e edemas, devem ser consideradas em primeiro lugar no diagnóstico diferencial, pois põem em risco a vida do paciente e podem requisitar atenção imediata.

Embora os clínicos, de forma individual, sejam bem-sucedidos em diagnosticar os problemas de dor orofacial mais simples, um trabalho em equipe é frequentemente um requisito para o diagnóstico e tratamento das DTMs, especialmente quando os fatores psicossociais estiverem presentes (ASH *et al.*, 1998a, 1998b; CARLSSON, 1999; CONTI, 1998; MIRANDA & VIOLA, 1998).

Devido ao grande número de doenças que apresentam padrões de dor semelhantes na região da cabeça e pescoço, os dentistas devem considerar doenças não relacionadas ao sistema mastigatório no seu diagnóstico diferencial. Do mesmo modo, médicos ao avaliar a dor craniofacial também devem considerar a dor odontogênica e a DTM.

A avaliação de triagem deve consistir de um questionário, uma história breve e um exame clínico, com objetivo de determinar a presença ou ausência de sinais e sintomas associados com a dor e/ou DTM. Apesar de válidos, os questionários devem ser interpretados com cuidado, porque a memória do paciente para dor, em particular, é suscetível a distorções e é afetada pela dor presente e níveis de humor.

Portanto, para que tenham valor, os questionários sobre dor devem ser usados de uma forma seriada no decorrer do tempo, ao invés de serem usados apenas num dado momento. Caso achados significativos sejam identificados e registrados, deve-se conduzir uma história e um exame clínico mais amplo (MOCK, 1999).

Dos exames complementares, o mais empregado e, para algumas disfunções, o mais eficaz é o exame por imagens, no qual podemos incluir as radiografias, tomografias computadorizadas e imagens por ressonância magnética, que infelizmente ainda não estão ao alcance de todos os profissionais de Odontologia e apresentam um custo alto para os pacientes. Atualmente, tem-se evitado o uso da artrografia por ser um processo invasivo, em que é injetada uma solução de contraste dentro da articulação.

Assim, parece que com respeito à identificação de DTM intra-articular existe um grande número de métodos úteis, avaliáveis para clínicos. Dado a relativa facilidade associada com o exame de palpação digital e auscultação, parece apropriado que, a menos que outras razões obrigatórias estejam presentes (ex. cirurgia planejada), pacientes com suspeita de DTM intra-articular não necessariamente tenham que estar sujeitos a imagens sofisticadas, procedimentos invasivos ou ajustes na trajetória mandibular.

Recentemente, os pacientes com DTM articular recebem vários tipos de tratamento e muitos deles associados apenas à diminuição da sintomatologia (McNEILL, 2000). É notado que, após o diagnóstico, devemos estabelecer dois tipos de terapias: uma paliativa emergencial e outra definitiva. Quando o paciente se apresenta com uma sintomatologia aguda (dor, abertura limitada da boca, etc.) utilizamos analgésicos, antiinflamatórios, relaxantes musculares, aplicações térmicas, placas interoclusais reposicionadoras (deslocamento de disco com redução) e estimuladores transcutâneos. Além disso, é aconselhável restringir os movimentos funcionais do paciente, mudando sua dieta e hábitos mastigatórios. Após essa terapia emergencial, instituímos a terapia definitiva, que tem dois propósitos básicos: a resolução dos sintomas e a posterior eliminação da causa da disfunção na ATM. Parte dos sintomas são amenizados com a instituição da terapia inicial. Se a sintomatologia não desaparecer em 3 a 4 semanas de tratamento, temos que reavaliar nosso diagnóstico e plano de tratamento, o que acarretará a substituição da placa reposicionadora por uma estabilizadora, mudança da medicação, da fisioterapia e em alguns casos, quando necessário, o encaminhamento a outros profissionais (CALLEGARI *et al.*, 1999; GARCIA, 1997; KUBOKI *et al.*, 1999; MIRANDA & VIOLA, 1998; SATO *et al.*, 1997).

Da revisão da literatura feita, os autores não relata-

ram nenhum diagnóstico de anquilose, fibrose, artrose degenerativa e neoplasias, comprovando a observação de que estas desordens são bastante raras na ATM.

O Cirurgião-dentista moderno deve estar sempre em condições de estabelecer um diagnóstico diferencial correto, indicado pelos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Assim, terá condições de estabelecer um adequado plano de tratamento e um sensato prognóstico. Caso ocorra uma suspeita da presença de distúrbios de outra natureza, fora de sua competência, haverá a necessidade do encaminhamento deste paciente a outro profissional especialista nesta área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As presentes informações sugerem que, enquanto existem muitos caminhos para identificar pacientes que têm DTM intra-articular, a mera identificação não significa necessariamente que eles tenham uma “desordem”. Além disso, embora mais métodos sofisticados tenham sido desenvolvidos para identificação (tais como IRM, registros sagitais e sonografia), exames simples, incluindo palpação digital e auscultação, podem ser tudo que é necessário em muitos casos. No que diz respeito à terapia, é também aparente que mesmo quando um paciente tem o DD sintomático (cliques dolorosos, restrições graves e/ou abertura dolorosa) os objetivos do tratamento necessitam ser reexaminados. A esse respeito pode não ser necessário reposicionar o disco (cirurgicamente ou de outra forma). Primeiro, isso pode não ser possível e, segundo, mesmo quando utilizados tais tratamentos não conduzem necessariamente a mudanças na mecânica das articulações. Contudo, muitos tratamentos, quando bem-sucedidos, pelo menos diminuem a dor.

Realmente, parece que a redução da dor é muito mais importante que o tratamento de clique ou mesmo limitação de movimento. Deste modo, nós sugerimos que o resultado deste estudo sirva como reflexão sobre o verdadeiro curso clínico para pacientes com DTM intra-articular e estimule futuras investigações para estudar a eficácia dos tratamentos hoje empregados.

O sucesso do tratamento da DTM depende da habilidade do Cirurgião-dentista em estabelecer o diagnóstico correto, identificando sinais e sintomas através de um apurado histórico e de exames complementares. O diagnóstico deve ser baseado confrontando a presença do paciente com sua queixa principal de dor e o profissional deve ser preparado para mudar o seu diagnóstico, de acordo com as mudanças dos sinais e sintomas ou novas informações durante as avaliações.

The objective of this work is to orient the professional operating in this field, so he can perform a differential diagnosis and treatment to those patients who present orofacial pain resulting from an intra-articular TMD.

The knowledge of the anatomy and physiology of the stomatognathic system (nerves, muscles and TMJ), the detailed understanding of the pain-complaint and of patient's physiopathological state are of supreme importance so that a correct diagnosis can be made and the best treatment selected.

Various themes will be touched on, such as: main pathologies (signs and symptoms), the most commonly used exams, the use of different types of treatments and, when it is necessary, advising patients to consult other professionals like physiotherapists and neurologists.

The professional may not be able to treat all orofacial pain disorders, but he must have a clear idea of when it is essential that he indicates a specialist from another area for his patient.

KEYWORDS: Diagnosis, differential; Temporomandibular joint syndrome; Emergency treatment.

REFERÊNCIAS

- APPELGREN, A.; APPELGREN, B.; KOPP, S.; LUNDEBERG, T.; THEODORSSON, E. Substance P. Associated increase of intra-articular temperature and pain threshold in the arthritic TMJ. *J Orofacial Pain*, v.12, n.2, p.101-105, 1998.
- ASH; RAMFJORD; SCHMIDSEDER Tratamento inicial de pacientes com disfunções da ATM e muscular. *In: _____ Oclusão*. São Paulo: Santos, 1998b. p.111-116.
- ASH; RAMFJORD; SCHMIDSEDER Disfunções temporomandibulares: avaliação e diagnóstico. *In: _____ Oclusão*. São Paulo: Santos, 1998a. p.73-105.
- BELL, W.E. **Dores orofaciais: classificação, diagnóstico, tratamento**. 3.ed. Rio de Janeiro: Quintessence, 1990. 426p.
- CALLEGARI, P.; VALLE, C.P.; ZANATA, O.C.; CUSTÓDIO, O. Terapia com placa oclusal estabilizadora: apresentação de um caso clínico. *Rev Paul Odontol*, v.21, n.5, p.26-31, set./out. 1999.
- CARLSSON, G.E. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. *J Orofacial Pain*, v.13, n.4, p.232-236, 1999.
- CONTI, P.C.R. **Oclusão e disfunções craniomandibulares – A eterna controvérsia**. Disponível em: www.medcenter.com. Acesso em: 2000.
- CONTI, P.C.R. Patologias oclusais e disfunções craniomandibulares: considerações relacionadas à prótese fixa e reabilitação oral. *In: PEGORARO, L.F. et al. Prótese fixa*. 1.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998. Cap. 2, p.25-41.
- COSTEN, J.B. Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed functions of temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, v.43, n.1, p.1-15, mar. 1934.
- FERREIRA, R.I.; ARRIAGA, M.L.; CAMPOS, P.S.F.; PANELLA, J. Radiografia de subtração digital. *Rev Pós-Grad*, v.6, n.3, p.249-252, jul./set. 1999.
- GALLO, L.M.; SUOBODA, A.; PALLA, S. Reproducibility of temporomandibular joint clicking. *J Orofacial Pain*, v.14, n.4, p.293-302, 2000.
- GARCIA, A.J.P. **Pequeno dicionário inglês-português de termos odontológicos e de especialidades médicas**. 1.ed. São Paulo: Santos, 1998. 566p.
- GARCIA, A.R. **Contribuição para o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento de pacientes com disfunção e/ou desordens temporomandibulares: avaliação clínica, radiográfica, laboratorial**. Araçatuba, 1997. 109p. Tese (Livre-docência). Universidade Estadual Paulista – Araçatuba.
- GONINI JR., A.; TANAKA, E.E.; ARITA, E.S. Recursos e métodos para a visualização das disfunções temporomandibulares quanto ao comprometimento extra e intra-articular. *Rev Pós-Grad*, v.6, n.3, p.262-268, jul./set. 1999.
- KOLBINSON, O.A.; EPSTEIN, J.B.; SENTHILSELVAN, A.; BURGESS, J.A. A comparison of temporomandibular disorder patients with or without prior motor vehicle accident involvement: initial signs, symptoms, and diagnostic characteristics. *Apud TENENBAUM, H.C.; FREEMAN, B.V.; PSERTKA, D.J.; BAKER, G.I.* Temporomandibular disorders: disc displacements. *J Orofacial Pain*, v.13, n.4, p.285-289, 1999.
- KUBOKI, T.; TAKENAMI, Y.; ORSINI, M.G.; MARKAWA, K.; YAMASHITA, A.; AZUMA, Y.; CLARK, G.T. Effect of occlusal appliances and clenching on the internally deranged TMJ space. *J Orofacial Pain*, v.13, n.1, p.38-48, 1999.
- LAI, W.F.T.; BOWLEY, J.; BURCH, J.G. Evaluation of shear stress of the human temporomandibular joint disc. *J Orofacial Pain*, v.12, n.2, p.153-160, 1998.
- LAI, W.F.T.; BOWLEY, J.; BURCH, J.G. Evaluation of shear stress of the human temporomandibular joint disc. *J Orofacial Pain*, v.12, n.2, p.153-160, 1998.
- MACIEL, R.N. **Articulação temporomandibular**. *In: _____ Procedimentos clínicos*. 1.ed. São Paulo: Santos, 1996. p.307-367.
- MACIEL, R.N. **Manifestações parafuncionais e disfuncionais**. *In: _____ Procedimentos clínicos*. 1.ed. São Paulo: Santos, 1996. p.195-291.
- MARQUES, A.; DRAPER, D. **Dicionário inglês-português**. 17.ed. São Paulo: Ática, 1997. 560p.
- McNEILL, C. History and evolution of TMD concepts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.83, n.1, p.51-60, jan. 1997.
- McNEILL, C. **Objetivos fundamentais do tratamento**. *In: McNEILL, C. Ciência e prática da oclusão*. 1.ed. São Paulo: Quintessence, 2000. p.306-322.
- MIRANDA, M.E.; VIOLA, M.J. **Disfunções na ATM: conceito, diagnóstico e tratamento**. *Rev Gaúcha Odont*, v.36, n.6, p.443-448, nov./dez. 1998.
- Tratamento conservador das DTM's**. Disponível em: www.connectodonto.com.br/, notícias, website. Acesso em: 2001.
- PHAROACH, M.J. The prescription of diagnostic images for temporomandibular joint disorders. *J Orofacial Pain*, v.13, n.4, p.251-254, 1999.
- PINHEIRO, A.H.N.; SÁ, A.N.; SILVA, F.C.; SIMÃO, K.A. **Diagnóstico diferencial e tratamento de emergência para desordens temporomandibulares de origem intra-articular**. Rio de Janeiro, 2001. Monografia.
- 15º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DO RIO DE JANEIRO.
- SATO, S.; GOTO, S.; KAWAMURA, H.; MOTEKI, K. The natural course of nonreducing disc displacement of the TMJ: relationship of clinical findings at initial visit to outcome after 12 months without treatment. *J Orofacial Pain*, v.11, n.4, p.315-319, 1997.
- SCAPINO, R.P.; MILLS, D.K. **Desarranjos internos com deslocamento do disco articular**. *In: McNEILL, C. Ciência e prática da oclusão*. 1.ed. São Paulo: Quintessence, 2000. 538p.
- TENENBAUM, H.C.; FREEMAN, B.V.; PSERTKA, D.J.; BAKER, G.I. Temporomandibular disorders: disc displacements. *J Orofacial Pain*, v.13, n.4, p.285-289, 1999.
- VON KORFF, M.; LE RESCHE, L.; DWARKIN, S.F. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *J Orofacial Pain*, v.55, p.251-258, 1993.
- ZARB, G.A.; CARLSSON, G.E. **Temporomandibular disorders: osteoarthritis**. *J Orofacial Pain*, v.13, n.4, p.295-306, 1999.

Recebido para publicação em: 06/05/02

Enviado para análise em: 03/06/02

Aceito para publicação em: 16/07/02