



Faculdade Pernambucana de Saúde

Cicera Akisa Gomes Alves

**PERFIL CLÍNICO E CINÉTICO FUNCIONAL DE
ADULTOS JOVES PORTADORES DE DISTÚRBIOS
TEMPOROMANDIBULARES**

Recife, Dezembro de 2017.



Faculdade Pernambucana de Saúde

**PERFIL CLÍNICO E CINÉTICO FUNCIONAL DE
ADULTOS JOVENS PORTADORES DISTÚRBIOS
TEMPOROMANDIBULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica Cicera Akisa Gomes Alves, aluna do 8º período do curso de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) sob a orientação de Monialy Aileciram Barros Marinho.

Recife, Dezembro de 2017.

PERFIL CLÍNICO E CINÉTICO FUNCIONAL DE ADULTOS JOVENS PORTADORES DE DISTÚRBIOS TEMPOROMANDIBULARES¹

CLINICAL AND KINETIC FUNCTIONAL PROFILE OF YOUNG ADULTS BEARING TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS ANALYSIS OF FACTORS

ALVES, Cicera Akisa Gomes², SILVA, Ellidynaary Matias³, ARAUJO, Andryelle Barbosa⁴, RIBEIRO, Monialy Aileciram Barros Marinho⁵

1. Projeto de Pesquisa vinculado ao Trabalho de Conclusão de Curso.

2. Graduanda do 8º Período de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco, akisamel@hotmail.com.

3. Graduanda do 8º período de fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco ellidynaary@outlook.com.

4. Graduanda do 8º Período de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco, andryellebarbosa@gmail.com.

5. Fisioterapeuta do Centro de Reabilitação do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, Mestre em Ciências Biológicas com área de concentração em Biotecnologia – UFPE, Recife, Pernambuco, Monialy_marinho@hotmail.com

Endereço para correspondência: Rua dos Coelhos, 400 – Boa Vista – Centro de reabilitação Professor Ruy Neves Baptista - IMIP.

RESUMO

Introdução: A DTM é um distúrbio complexo, que pode acometer a articulação temporomandibular. É de etiologia multifatorial e pode ocorrer a partir de qualquer desequilíbrio do sistema estomatognático, por isso há uma grande variedade de sinais e sintomas e múltiplas teorias de fatores possivelmente relacionados. **Objetivo:** Avaliar e correlacionar os fatores que predisõem a disfunção na articulação temporomandibular (DTM) de adultos jovens levando em consideração a influência dos fatores parafuncionais e psicossociais. **Métodos:** É um estudo do tipo transversal, descritivo e analítico, foi realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), e participaram 15 adultos jovens, com idades entre 18 e 35 anos. Após a seleção, os pacientes foram submetidos a uma avaliação contemplando aspectos físicos, funcionais e psicossociais. **Resultados:** Esse estudo revelou uma grande prevalência de dor muscular à palpação, nos participantes, principalmente em músculos faciais como masseter 35,71% para dor severa, 35,71% para dor moderada, pterigoideo lateral 28,57% para dor severa e pterigoideo medial 64,29%, destaca-se também altos valores para cabeça anteriorizada, com 93,33% dos casos. **Conclusão:** Através desse estudo foi observado que a DTM possivelmente está relacionada com desordens cervicais, anteriorização da cabeça, assim dor nos músculos pertencentes ao quadrante superior especialmente os cervicais, visto que uma grande amostra do estudo apresentou essas condições.

Palavras – Chave: Articulação temporomandibular, Disfunção articulação da temporomandibular, Dor orofacial, Dor Miofacial, Transtorno da articulação temporomandibular, síndrome da articulação temporomandibular.

ABSTRACT

Introduction: TMD is a complex disorder that can affect the temporomandibular joint. It is of multifactorial etiology and can occur from any imbalance of the stomatognathic system, so there is a wide variety of signs and symptoms and multiple theories of possibly related factors. **Objective:** To evaluate and correlate the factors that predispose to temporomandibular joint dysfunction (TMD) in young adults, taking into account the influence of parafunctional and psychosocial factors. **Methods:** It is a study of the transversal, descriptive and analytical type, and was carried out at the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) participated 15 young adults, aged between 18 and 35 years. **Results:** This study revealed a high prevalence of muscle pain on palpation in the participants, mainly in facial muscles such as masseter 35.71% for severe pain, 35, 71% for moderate pain, lateral pterygoid 28.57% for severe pain and medial pterygoid 64.29%, also high values for anterior head 93,33%. **Conclusion:** It was observed that TMD is possibly related to cervical disorders, as well as cause of tension points in the cervical musculature and consequently muscular pains.

KEYWORDS: Temporomandibular joint, Temporomandibular joint dysfunction, Orofacial pain, Miofacial pain, Temporomandibular joint disorder, temporomandibular joint syndrome.

I. INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular frequentemente referida como ATM, é conhecida como uma das mais complexas e usadas do corpo humano^{1,2}. Sendo um elemento do sistema estomatognático, juntamente com componentes esqueléticos (maxila e mandíbula), arcada dentária, tecidos moles (glândulas salivares, suprimento nervoso e vascular) e músculos como os masseteres, temporais, pterigoideos laterais e mediais, esplênicos, trapézio, escalenos, elevadores da escápula e esternocleidomastoideo³. Esse sistema em conjunto é capaz de realizar movimentos complexos como a mastigação, a deglutição, a fonação e a postura, que dependem muito da função, saúde e estabilidade da articulação.¹

O termo disfunção temporomandibular (DTM) é utilizado quando um conjunto de sinais e sintomas acometem os músculos mastigatórios, ATM e estruturas adjacentes.^{1,2} Sabe-se que a DTM tem etiologia multifatorial e estima-se que esteja relacionada com fatores estruturais, neuromusculares, oclusais, psicológicos, hábitos parafuncionais e lesões traumáticas ou degenerativas da ATM^{4,5}, por isso há maior probabilidade de sofrer alterações durante a vida⁵, passando a apresentar alguns aspectos clínicos como dor orofacial (DOF), sensibilidade muscular, trigger points (hiperirritabilidade no músculo), contratura, distensão, miofibrose, miosite, zumbido no ouvido e cefaleias.^{6,7}

A dor cervical também é um sintoma que pode estar presente na DTM, visto que há uma íntima relação entre o sistema estomatognático e craniocervical através da influência recíproca entre os músculos mastigatórios e cervicais. Indivíduos com DTM, além de apresentarem dor na região craniomandibular, podem apresentar dor cervical, alterações importantes na postura corporal, desordens craniocervicais como anteriorização da cabeça, retificação da coluna cervical, e assimetria de ombros.^{8,9}

As alterações posturais podem resultar em disfunções da coluna cervical, do osso hioide e do grupo de músculos mandibulares, dessa forma, a desordem cervical conseqüentemente acarretará um baixo desempenho da articulação mandibular diminuindo a capacidade de adaptação fisiológica e colaborando para o início da DTM.^{8,9}

Nota-se que tanto o estresse quanto a má oclusão têm participação diferente na ocorrência da DTM, variando de acordo com as particularidades adaptativas do paciente e sua resposta fisiológica, o que pode ser explicado pelo efeito da hiperatividade muscular desenvolvida a partir desse estado emocional exacerbado. Percebe-se então que quando um componente emocional está associado a um fator físico, como a alteração oclusal, a liberação das tensões pelo aparelho estomatognático produz sintomas de dor e disfunção. O fator psicossomático pode gerar hiperatividade muscular, caracterizando o chamado bruxismo ou apertamento dental.^{10,11}

Sabe-se que o gênero é um fator que apresenta importante relação com a DTM, pois estudos recentes têm mostrado que essa alteração é mais comum em mulheres,^{1,5} principalmente em idade fértil. Acredita-se que os níveis hormonais, como o aumento do nível de estrógeno, estão relacionados ao aumento da vulnerabilidade genética à DTM, explicando a alta frequência de DTM em mulheres. Além de que, as articulações das mulheres são geralmente mais flexíveis e menos densas que as dos homens.¹²

A DTM afeta diretamente a qualidade de vida dos indivíduos devido a condição dolorosa, incapacidade de realizar determinadas funções, redução da vitalidade e do estado geral e mental de saúde, bem como alterações nos aspectos físicos, emocionais e sociais.^{13,14}

Diante da etiologia multifatorial e das diversas teorias a respeito da causalidade da DTM, o presente estudo buscou investigar fatores que influenciam diretamente no distúrbio, e avaliar o comportamento da patologia, traçando assim um perfil do portador da disfunção.

II. MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo transversal, descritivo e analítico envolvendo 15 jovens adultos avaliados no período de outubro de 2017 a dezembro de 2017, no ambulatório de fisioterapia reumato-funcional, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Instituição sob número: CAAE: 69599517.7.0000.5569.

Obteve-se uma amostra de conveniência composta de 16 adultos com idades entre 18 e 35 anos, de ambos os gêneros, recrutados no ambulatório de remato-funcional e Centro de Atenção aos Defeitos Faciais (CADEF-IMIP). Foi excluído do estudo um paciente, por relatar diagnóstico de fibromialgia. Os participantes do estudo foram informados sobre o propósito da pesquisa, e sua participação só foi iniciada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ao serem selecionados, os pacientes foram submetidos a um questionário detalhado de coleta de dados, desenvolvido para a pesquisa, contendo anamnese (tipo de alimentação, prática de atividades físicas, história de disfunção na família); história da doença atual (início dos sintomas, fatores de melhora ou piora, tipo de dor); perguntas fechadas do tipo: sim ou não, a respeito da sintomatologia, aspectos que influenciam na qualidade de vida e hábitos parafuncionais como dor facial, insônia, bruxismo, mascar chiclete entre outros. Após o questionário, foi realizado a inspeção e palpação da face através da pressão digital firme com a ponta dos dedos indicador e médio, ao longo das fibras musculares dos músculos masseteres, temporais, occipitais, pterigoideo lateral e medial, esternocleidomastóideo, trapézio, escalenos, romboides e elevadores da escapula para verificar a presença de dor e pontos de tensão, utilizando a escala Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)¹⁵, que é

graduada de 0 a 3, onde 0 é sem dor, 1 dor leve; rápida inspeção dental verificando condição da gengiva, oclusão e tipo de mordida.

Os dados foram inseridos e arquivados no programa Excel. Para o processamento dos dados, foi utilizado o programa estatístico GraphPad Prism versão 5.01.

III. RESULTADOS

Foram avaliados 15 adultos jovens com idade entre 18 e 35 anos, sendo a média de idade 23.26 (+5.31), com prevalência do sexo feminino (93.33%), onde apenas 2 das participantes mulheres possuem filhos (21,42%). Dentre os avaliados, 13 são estudantes (86,67%). Na tabela 1 estão apresentadas as informações colhidas a respeito da história clínica do paciente. Com relação aos hábitos de vida dos participantes, foi verificado que 73,33% dos participantes não realizavam atividades físicas (Tabela 2). Os participantes apresentaram frequência de sintomas com prevalência para dor contínua, ou muitas vezes ao dia 50% (Gráfico 1). Nota-se um prejuízo para aspectos influenciadores da qualidade de vida do portador da disfunção, quando se analisa a variável stress (80%) e sensação de cansaço ao acordar 66,67% (Tabela 3). Quanto aos sinais e sintomas que apresentaram mais frequência na população do estudo, temos a cefaleia, dor facial, dor à mastigação, estalido e dor cervical (Tabela 4). Percebe-se também uma prevalência de importantes desvios posturais, como cabeça anteriorizada 93,33% e posição antálgica 93,33% (Tabela 5).

A palpação foi realizada de acordo com a escala de dor RDC/TMD, sendo considerada (0) ausência de dor, (1) dor leve, (2) moderada e (3) severa para cada músculo e lado palpado. Os resultados obtidos demonstram que durante a palpação muscular, 35,71% dos participantes apresentaram dor moderada a palpação do masseter direito, 35,71% dor severa, enquanto no masseter esquerdo os valores são de 42,86% para dor moderada e 28,57 para dor severa. Podemos destacar na palpação do pterigoideo medial direito, 64,29% para dor severa, e 50% de dor severa para o pterigoideo medial esquerdo. (Tabela 6). Já na palpação do músculo trapézio destaca-se o lado esquerdo com 35,71% para dor moderada e 28,57% para dor severa (Tabela 7).

IV. DISCUSSÃO

No presente estudo, a amostra foi composta por indivíduos de ambos os sexos, porém houve uma prevalência do sexo feminino 93,33%. O que corrobora com outros autores que apontaram o gênero feminino como um dos fatores de risco para a DTM. Outros estudos demonstram também, que 80% dos pacientes que procuram tratamento para DTM são mulheres. Refere-se também uma grande relação com a idade dos pacientes, visto que a maior prevalência se encontra na idade reprodutiva, ocorrendo em mulheres com idade entre 20 e 40 anos^{12, 16}, igualmente como visto nesse estudo pois a média de idade foi 23,26 anos.

A relação entre o gênero feminino e a DTM pode ser justificada pelas condições fisiológicas inerentes às mulheres, como a maior frouxidão ligamentar e as condições hormonais, que as tornam mais sensíveis em momentos de tensão física e psíquica, além de dificultar a estabilidade da ATM^{12,16}.

Esse estudo revelou uma grande prevalência de dor muscular nos participantes, principalmente em músculos faciais como masseter 35,71% para dor severa, 35,71% para dor moderada, pterigoideo lateral 28,57% para dor severa e pterigoideo medial 64,29% para dor severa, assim como sugere a literatura, onde sabe-se que o desconforto muscular é uma das queixas mais frequentes dos pacientes que buscam por tratamento. Fato que pode ser explicado, pois há evidências de que a dor miofacial esteja relacionada com a hiperatividade muscular, aumento na concentração de metabólitos e mudanças tanto na velocidade de condução da fibra muscular quanto no número de unidades motoras recrutadas, e as alterações no comportamento motor durante o ato

mastigatório, pois indivíduos com DTM apresentam maior assimetria na atividade mastigatória, causando um estresse aos músculos, devido a sua ineficiência funcional desencadeando assim a constante fadiga muscular^{17,18}.

A análise dos hábitos orais realizada nesse estudo procurou investigar a parafuncionalidade dos músculos relacionados a mastigação, pois o apertamento da mandíbula que não está relacionado com a alimentação, pode ser considerada um fator etiológico da DTM. Esses hábitos parafuncionais promovem uma hiperatividade muscular alterando o fluxo sanguíneo normal dos tecidos, ocasionando acúmulo de metabólicos desencadeando fadiga e espasmo. No entanto, verificamos que apenas 20% da amostra apresentou bruxismo e 46% apertamento dentário.

Mascar gomas é um exemplo de um hábito parafuncional que também causa o desgaste da articulação reduzindo o espaço articular, estimulando possivelmente o aparecimento de estalidos^{19,20}. O que corrobora com o nosso estudo, pois 66% dos participantes possuíam o hábito de mascar chicletes diariamente e 86,67 %, apresentaram estalido ao movimento da articulação e desvio na abertura da boca 53,33%.

Muitos estudos têm evidenciado importante relação entre a postura e a DTM. Percebe-se essa conexão ao analisarmos a relação crânio-coluna cervical, pois a maior parte do peso do crânio, seu centro de gravidade, descansa na região anterior da coluna cervical e nas articulações temporomandibulares, logo a manutenção da posição ortostática é realizada por um complexo mecanismo muscular, envolvendo músculo da cabeça, pescoço e cintura escapular. Devido a íntima relação qualquer desequilíbrio entre as estruturas poderá acarretar em desequilíbrio postural. A literatura refere que os

pacientes com DTM possuem alterações na posição da cabeça e ombros, bem como aumento da lordose cervical^{8,9,2}, concordando dessa forma como o presente estudo, visto que 93,33% dos pacientes apresentaram cabeça anteriorizada.

Grande parte da literatura refere um consenso quando se diz respeito ao prejuízo que a DTM causa à qualidade de vida do portador, pois o desconforto causado pela disfunção, acarreta sofrimento psicológico, elevados índices de ansiedade e estresse^{7,15,14,22}, assim como foi evidenciado no estudo, principalmente na variável estresse (80%) e sensação de cansaço ao acordar, com 66,67%.

O presente estudo evidenciou que entre a amostra 86,67% dos pacientes relataram cefaleia constante. Embora na literatura não exista um consenso a respeito, sabe-se que atividade muscular da cabeça e do pescoço, provavelmente desempenhe um importante papel na etiologia de diferentes tipos de cefaleia, principalmente na cefaleia tensional, porém existem controvérsias se a contração muscular é o principal fator etiológico da cefaleia ou se é apenas uma resposta a dor, pois outros fatores parecem contribuir para a ocorrência dos episódios de cefaleia, especialmente fatores psicossomáticos.²³

V. CONCLUSÃO

Através desse estudo, pode-se verificar que houve uma relevância no que se diz respeito a anteriorização da cabeça, pois uma amostra significativa do grupo apresentou essa desordem, visto que existe uma relação direta na biomecânica crânio-cervical, sendo a anteriorização da cabeça um possível fator predisponente ou o contrário.

Pode-se verificar também dor a palpação dos músculos pertencentes ao quadrante superior especialmente os cervicais, por essa razão a DTM deve ser criteriosamente avaliada e abordada com interdisciplinaridade e muito além da região orofacial para que se tenha uma compreensão mais abrangente do complexo crânio-cervico-mandibular. Nesse estudo, percebe-se a necessidade de maiores estudos a respeito, que possam subsidiar novas e melhores condutas profissionais.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donnarumma MDC, Muzilli CA, Ferreira C, Nemr K. Temporomandibular Disorders: signs, symptoms and multidisciplinary approach. Rev. CEFAC, São Paulo 2009.
2. Chaves TC, Costa D, Grossi DB, Bertolli F. Avaliação anamnésica de sintomas de disfunção temporomandibular em crianças asmáticas. FISIOTERAPIA e PESQUISA. 2005.
3. Azato FK, Castillo DB, Coelho TMK, Pereira CTPZ, Zomerfeld V, Silva MG, Insarraulde E, Vinholi G. Influência do tratamento das desordens temporomandibulares na dor e na postura global. Rev Dor. São Paulo, 2013 out-dez;14(4):280-3
4. Oliveira KB, Pinheiro ICO, Freitas DG, Gualberto HD, Carvalho NAA. A abordagem fisioterapêutica na disfunção da articulação temporomandibular. Revisão da literatura. Med Reabil 2010; 29(3); 61-4.
5. Torres F, Campos LG, Fillipini HF, Weigert KL, Vecchia GFD. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. Fisioter Mov. 2012 jan/mar;25(1):117-25

6. Dantas AMX, Santos E JL, Vilela RM, Lucena LBS. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em um Serviço de Controle da Dor Orofacial. Rev Odontol. UNESP. 2015 Nov-Dec; 44(6): 313-319

7. Santos ECA, Bertoz FA, Pignatta LMB, Arantes FM. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. R Dental Press Ortodon Ortop Facial v. 11, n. 2, p. 29-34, mar./abril 2006

8. Viana MO, Lima ICBMF, Menezes JNR, Olegário NBC. Avaliação de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e sua relação com a postura cervical. Rev Odontol. UNESP. 2015 May-June; 44(3): 125-130

9. Weber P, Corrêa ECR, Ferreira FS, Soares JC, Bolzan GP, Silva AMT. Frequência de sinais e sintomas de disfunção cervical em indivíduos com disfunção temporomandibular. J Soc Bras Fonoaudiol. 2012;24(2):134-9

10. Amantéa DV, Novaes AP, Campolongo GC, Barros TP. A importância da avaliação postural no paciente com disfunção da articulação temporomandibular. Acta Ortop Bras 12(3) - JUL/SET, 2004.

11. Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundefeld MLMM. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. Rev Bras Epidemiol 2007; 10(2): 215-22.
12. Hilgenberg PB, Cunali RS, Bonotto D, Farias AC, Cunali PA. Disfunção temporomandibular em gestantes. Rev Dor. São Paulo, 2012 out-dez;13(4):371-3
13. Biasotto-Gonzalez DA, Andrade DV, Gonzalez TO, Martins MD, Fernandes KPS, Corrêa JCF, Bussadori SK. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum. 2008; 18(1): 79-86.
14. Tosato JP, Caria PHF. Prevalência de DTM em diferentes faixas etárias. RGO, Porto Alegre, v. 54, n.3, p. 211-224, jul./set. 2006.
15. Almeida FL, Silva AMT, Correa ECR, Busanello AR. Relação entre Dor e Atividade Elétrica na Presença de Bruxismo. Rev. CEFAC. 2011 Mai-Jun; 13(3):399-406
16. Garcia JD, Oliveira AAC. A fisioterapia nos sinais e sintomas da disfunção da articulação temporomandibular (ATM). Revista Hórus – Volume 5, número 1 – Jan-Mar, 2011

17. Slade GD, Epidemiology of temporomandibular joint disorders and related painful conditions. *Slade Molecular Pain* 2014, 10(Suppl 1):O16

18. Bortolletto PPB, Moreira APSM, Madureira PR. Análise dos hábitos parafuncionais e associação com Disfunção das Articulações Temporomandibulares. *Rev assoc paul cir dente* 2013;67(3):216-21

19. Souza, Alves J. Postura e disfunção temporomandibular avaliação fotométrica, baropodromica e eletromiografica. Repositorio digital da UFSM.

20. Motta1 LJ. Disfunção Temporomandibular segundo o Nível de Ansiedade em Adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jul-Set 2015, Vol. 31 n. 3, pp. 389-395

21. Gomes MB, Guimarães FC, Guimaraes SMR, Neves ACC. Limiar de dor à pressão em pacientes com cefaléia tensional e disfunção Temporomandibular. *Cienc Odontol Bras* 2006 out./dez.; 9 (4): 84-91

Tabela 1. História clínica

| Pergunta | N | Resposta | Percentual |
|-------------------------------|----------|-----------------|-------------------|
| Foi amamentado ao seio? | 14 | Sim | 93.33% |
| Chupou dedo na infância? | 14 | Não | 93.33% |
| Utilizou chupeta ou mamadeira | 11 | Sim | 73.33 |

Tabela 2. Hábitos de vida

| Pergunta | N | Resposta | Percentual |
|--|----------|-----------------|-------------------|
| Ingere bebidas alcoólicas? | 9 | Não | 60% |
| Fuma? | 15 | Não | 100% |
| Ingere bebidas estimulantes? (Chá, café) | 9 | Sim | 60% |
| Prática atividade física? | 11 | Não | 73.33% |

Tabela 3. Principais variáveis de aspectos que influenciam na qualidade de vida.

| Variável | N | Prevalência | Percentual |
|-----------------------|----------|--------------------|-------------------|
| Qualidade do sono | 6 | Regular | 40% |
| Insônia | 8 | Não | 53,33% |
| Cansaço ao acordar | 10 | Sim | 66,67% |
| Qualidade do trabalho | 6 | Regular | 40% |
| Stress | 12 | Sim | 80% |

Tabela 4. Sinais e sintomas

| Sinal/ Sintoma | N | Prevalência | Percentual |
|-----------------------|----------|--------------------|-------------------|
| Cefaleia | 13 | Sim | 86,67% |
| Dor facial | 11 | Sim | 73,33% |
| Dor a mastigação | 9 | Sim | 40% |
| Estalido | 13 | Sim | 86,67% |
| Dor cervical | 11 | Sim | 73,33% |
| Dor no ouvido | 8 | Não | 53,33% |

Tabela 5. Inspeção

| Variável | Resposta | N | Percentual |
|----------------------|-----------------|----------|-------------------|
| Assimetria facial | Não | 11 | 73,33% |
| Posição antálgica | Sim | 14 | 93,33% |
| Edema | Não | 13 | 86.67 % |
| Cabeça anteriorizada | Sim | 14 | 93,33% |

Tabela 6. Escala de dor RDC/TMD

| MÚSCULOS | MD | | ME | | PTGMD | | PTGME | | PTGLD | | PTGLE | |
|----------|----|------------|----|------------|-------|--------|-------|--------|-------|------------|-------|--------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| DOR 0 | 4 | 28,57 % | 2 | 14,29 % | 3 | 21,43% | 3 | 21,43% | 6 | 42,86 % | 6 | 42,86% |
| DOR 1 | 0 | 0 | 2 | 14,29 % | 1 | 7,14% | 2 | 14,29% | 1 | 7,14% | 2 | 14,29% |
| DOR 2 | 5 | 35,71 % | 6 | 42,86 % | 1 | 7,14% | 2 | 14,29% | 3 | 21,43 % | 2 | 14,29% |
| DOR 3 | 5 | 35,71 % | 4 | 28,57 % | 9 | 64,29% | 7 | 50% | 4 | 28,57 % | 4 | 28,57% |

MD: masseter direito, ME: masseter esquerdo, PTGME: pterigoideo medial esquerdo, PTGMD: Pterigoideo medial direito, PTGLD: pterigoideo lateral direito, PTGLE: pterigoideo lateral esquerdo. (0) ausência de dor, (1) dor leve, (2) moderada e (3) severa para cada músculo e lado palpado.

Tabela 7. Escala de dor RDC/TMD

| MÚSCULOS | TPD | | TPE | | ESCD | | ESCE | |
|----------|-----|--------|-----|--------|------|--------|------|--------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| DOR 0 | 6 | 42,86% | 5 | 35,71 | 8 | 57,14 | 5 | 35,71% |
| DOR 1 | 2 | 14,29% | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 14,29% |
| DOR 2 | 3 | 21,43% | 5 | 35,71 | 3 | 21,43% | 4 | 28,57% |
| DOR 3 | 3 | 21,43% | 4 | 28,57% | 3 | 21,43% | 3 | 21,43% |

TPD: trapézio direito, TPE: trapézio esquerdo, ESCD: escaleno direito, ESCE: escaleno esquerdo.
 (0) ausência de dor, (1) dor leve, (2) moderada e (3) severa para cada músculo e lado palpado.

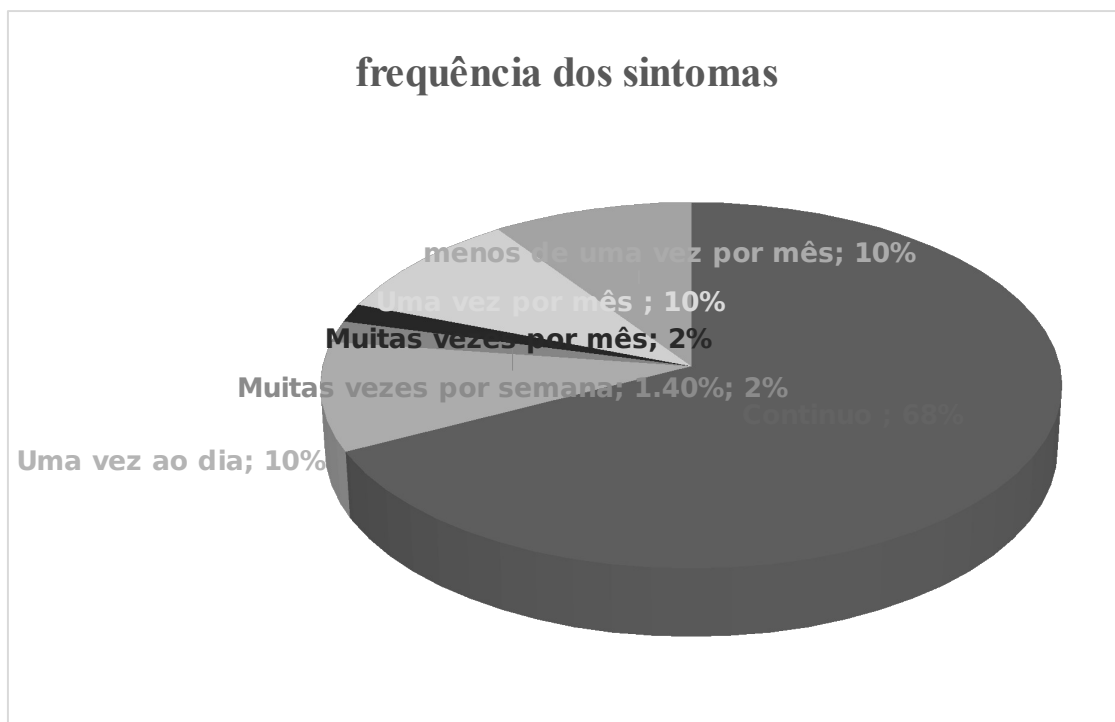


Gráfico 1. Frequência dos sintomas