



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

BETTY SALAZAR MAYTA

**ASSOCIAÇÃO DA PERDA DE DIMENSÃO VERTICAL DE
OCLUSÃO, DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR
MUSCULAR E CEFALÉIA PRIMÁRIA EM PACIENTES
PORTADORES DE PRÓTESE TOTAL DUPLA**

BETTY SALAZAR MAYTA

**ASSOCIAÇÃO DA PERDA DE DIMENSÃO VERTICAL DE
OCCLUSÃO, DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR
MUSCULAR E CEFALÉIA PRIMÁRIA EM PACIENTES
PORTADORES DE PRÓTESE TOTAL DUPLA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de MESTRE, pelo Programa Pós-graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Edwin Fernando Ruiz Contreras

Londrina
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

M474a Mayta, Betty Salazar.

Associação da perda de dimensão vertical de oclusão, disfunção temporomandibular muscular e cefaleia primária em pacientes portadores de prótese total dupla / Betty Salazar Mayta. - Londrina, 2018.
72 f. : il.

Orientador: Edwin Fernando Ruiz Contreras.

Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Dimensão Vertical - Tese. 2. Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular - Tese. 3. Cefaleia Enxaquecosa - Tese. 4. Cefaleia do tipo Tensional - Tese. I. Contreras, Edwin Fernando Ruiz . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.31

BETTY SALAZAR MAYTA

**ASSOCIAÇÃO DA PERDA DE DIMENSÃO VERTICAL DE
OCLUSÃO, DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR
MUSCULAR E CEFALÉIA PRIMÁRIA EM PACIENTES
PORTADORES DE PRÓTESE TOTAL DUPLA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de MESTRE, pelo Programa Pós-graduação em Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Edwin Fernando Ruiz
Contreras
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Giovani de Oliveira Corrêa
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Ricardo Danil Guiraldo
Universidade Norte do Paraná – UNOPAR

Londrina, 21 de fevereiro de 2018.

Dedicatória

A meus queridos pais, Javier e Jesusa, que pese à distância souberam me apoiar em todo momento e foram minha inspiração para vencer os desafios no dia a dia. Agradeço infinitamente sua paciência, amor e coragem que me infudiram para continuar nessa caminhada cheios de surpresas, conhecimentos e emoções aprendizados, embora não consiga recompensar tudo o esforço que fizeram, simplesmente posso dizer que a vitória desta conquista, é nossa!

Agradecimentos (s)

Agradeço infinitamente a Deus, pela oportunidade de ter realizado muitos dos meus sonhos, não só no sentido acadêmico, mas também emocional. Gratidão pelas vivências, pessoas maravilhosas que me ajudaram, não tenho dúvida que a sua fidelidade é grande e saberá como recompensá-los.

Agradeço à minha família pelo seu constante apoio e ânimo, embora esteja longe, os levo sempre no meu coração.

A meu noivo John Jairo Quiroga Orozco, pelo seu incondicional e incassável apoio, além da sua paciência e força conferida.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Edwin Fernando Ruiz Contreras, não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo pela sua paciência, dedicação e amizade durante todo o processo.

Agradeço à Profa. Solange Paula de Ramos, pelo seu apoio desde minha chegada, pela sua paciência e amizade.

Aos Profs. Drs. Ricardo Shibayama, Wilson José Garbelini e Giovani de Oliveira Corrêa, por me permitir acompanhá-los nas suas aulas de próteses dentária e me compartilhar do seu conhecimento.

Aos meus queridos amigos Thales Feijó Dantas, Renato Luiz Salles e Nalu Cristina Pasqualino que sempre estiveram à disposição de me colaborar e pela sua valiosa amizade.

Aos colegas do mestrado, pela suas constantes orientações e em especial a *Gabriela Rocha e Jessica Pinesso*, que me deram uma genuína amizade.

À Universidade Estadual de Londrina, pela acolhida durante este tempo e me permitir crescer profissional e intelectualmente.

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”
Simone de Beauvoir.

MAYTA, Betty Salazar. **Associação da perda da dimensão vertical de oclusão, disfunção temporomandibular muscular e cefaleia primária em pacientes portadores de prótese total dupla.** 2018. 72 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, 2018.

RESUMO

A perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) altera o equilíbrio da relação intermaxilar repercutindo na articulação temporomandibular (ATM), podendo desenvolver sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM), acompanhando-se de cefaleias primárias. Mas, a influência dessa sobre as outras, ainda é controversa. O objetivo do trabalho foi avaliar a associação da perda da DVO, DTM muscular e cefaleia primária nos pacientes portadores de prótese total dupla. Selecionou-se 30 pacientes que procuraram atendimento na Clínica Odontológica Universitária da Universidade Estadual de Londrina durante o ano 2017. A DVO foi registrada pelos métodos: métrico de Willis e estético. Após, foram distribuídos nos grupos: GE - 15 pacientes com perda da DVO e GC com 15 pacientes sem perda da DVO (controle). Para o diagnóstico de DTM muscular e cefaleia primária foram utilizados, respectivamente, o RDC/TMD e um questionário baseado na Classificação Internacional de Cefaleias (CIC-II) em dois momentos: previamente à confecção de novas próteses e 15 dias após a alta do paciente após os retornos para controle. A análise estatística foi realizada no SPSS v.19 através de regressão logística multinomial. Não houve significância estatística na associação entre DVO, DTM muscular e Cefaleia primária ($p>0,05$). Conclui-se que não existe influência relevante da DVO sobre a DTM muscular e cefaleias primárias.

Palavras-chave: dimensão vertical; síndrome da disfunção da articulação temporomandibular; cefaleia enxaquecosa; cefaleia do tipo tensional.

MAYTA, Betty Salazar. **Association of the loss vertical dimension of occlusion, temporomandibular muscle dysfunction and primary headache in patients wearing complete dentures.** 2018. 72 p. Dissertation (Master of Dentistry) – State University of Londrina, 2018.

ABSTRACT

The loss of vertical occlusion dimension (OVD) changes the balance of the intermaxillary relationship, affecting the temporomandibular joint (TMJ), and may develop signs and symptoms of temporomandibular dysfunction (TMD), accompanied by primary headache, but its influence on the others, is still controversial. The aim of this study was to evaluate the association of loss of OVD, muscular TMD and primary headache in patients with dual total dentures. Were selected 30 patients who went to the University Dental Clinic of the State University of Londrina during the year 2017. The OVD was evaluated by Willis metric and aesthetic methods. Afterwards, they were distributed into two groups: GE - 15 patients with loss of OVD and GC with 15 patients without loss of OVD (control). For the diagnosis of muscular TMD and primary headache were used, respectively, RDC/TMD and a questionnaire based on the International Classification of Headache (CIC-II) in two moments: prior to the making of new prostheses and 15 days after discharge of the patient after returns for control. Statistical analysis was performed in SPSS v.19 by multinomial logistic regression. There was no statistical significance in the association between OVD, muscular TMD and primary headache ($p > 0.05$). It was concluded that there is no relevant influence of OVD on muscular TMD and primary headache.

Keywords: vertical dimension; temporomandibular joint dysfunction syndrome; migraine disorders; tension-type headache.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação Temporomandibular
CIC	Classificação Internacional de Cefaleias
COU	Clínica Odontológica Universitária
CP	Cefaleia Primária
CTT	Cefaleia do Tipo Tensional
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
DVR	Dimensão Vertical de Repouso
DTM	Disfunção temporomandibular
GC	Grupo Controle
GE	Grupo de Estudo
M	Migrânea
PT	Próteses Total
RDC/TDM	Research Diagnostic Criterium/Temporomandibular Dysfunction
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	16
3	ARTIGO FORMATADO NAS NORMAS THE JOURNAL OF HEALTH SCIENCES	17
	RESUMO.....	17
	ABSTRACT	18
	INTRODUÇÃO	19
	METODOLOGIA	20
	RESULTADOS	24
	DISCUSSÃO	25
	CONCLUSÃO	30
	AGRADECIMENTOS	30
	REFERÊNCIAS	31
	CONCLUSÃO GERAL	35
	REFERÊNCIAS	36
	APÊNDICE I	45
	APÊNDICE II	47
	ANEXO I	50
	ANEXO II	61
	ANEXO III	66
	ANEXO IV	68

1. INTRODUÇÃO

A Dimensão vertical é definida como a distância entre dois pontos anatômicos selecionados: espinhal e mentoniano (ACADEMY OF DENTURY PROSTHETICS, 1989). Ela é estabelecida quando os primeiros molares deciduos entram em contato em torno dos 16 meses de idade (DISCACCIATI, 2013). A "Dimensão Vertical de Oclusão" (DVO) é determinada quando os dentes maxilares entram em contato com os mandibulares e a "Dimensão Vertical de Repouso" (DVR), quando os dentes estão em desocclusão e a mandíbula está em posição de repouso fisiológico (CANAHUATE, 2015; ABDUO, 2012).

Entre as técnicas mais utilizadas para a avaliação da DVO, podem-se mencionar: Técnica da deglutição de Monson; a de fonação de Silverman, a estética e a técnica de Willis. Na primeira, durante a deglutição a saliva é forçada até a faringe pela língua, e paralelamente a mandíbula deixa a posição de repouso ascendendo na posição de DVO e relação cêntrica; Na segunda, com o paciente sentado em posição ereta e com máxima inter-cuspidação habitual, marca-se com um lápis sobre a face vestibular do incisivo central inferior a borda incisal do seu homólogo superior, avaliando a distância antes e depois da pronúncia de certas letras; Na terceira, verifica-se a harmonia entre os terços faciais; E por último o métrico, que realiza a mensuração do terço inferior da face comparando-a com a distância da comissura labial até o canto externo do olho, (CANAHUATE, 2015).

A perda da substância dentária, por ausência ou desgaste, pode influenciar no valor da DVO afetando a função, o conforto e a estética do indivíduo (MORENO; OKESON, 2015; NAKAMURA et al, 2013; ABDUO, 2012). Nesse sentido, as consequências no aumento da DVO podem levar ao início da dor articular e muscular, tensão na fala funcional, dificuldade em engolir, problemas na mastigação, possível sensibilidade dentária aos desgastes dentários, aparência de um rosto alongado e expressão facial de fadiga (MONHINDRA, 1996). Contrariamente, os sintomas relatados sobre a

diminuição da DVO encontram-se: Diminuição do 1/3 inferior da face, excessivo contato labial, queilite angular, desarmonia facial, fonação alterada e predisposição a distúrbios temporomandibulares (DISCACCIATI, 2013; FELTRIN et al, 2008). Características usualmente observadas em pacientes edêntulos totais (MUNHOZ; WANDERLEY, 2011).

As relações diretas entre DVO e a disfunção temporomandibular (DTM), são fracas já que os resultados dos estudos se baseiam em opiniões e/ou relatos de casos (MANFREDINI, 2017; MORENO; OKESON, 2015). A limitação destes estudos foi a falta de uma técnica precisa que identifique os parâmetros de DVO, já que nenhuma técnica foi considerada cientificamente válida para obter um resultado fidedigno.

Por outro lado, é importante lembrar que a DTM é um conjunto de alterações articulares e musculares tanto clínicas como funcionais, que desencadeiam diversos sinais e sintomas na região próxima à ATM (LIST; JENSEN, 2017; MAPELLI et al., 2016). Além dos fatores citados, o estresse emocional, ansiedade e a tensão corporal também contribuem para o aparecimento do problema, dificultando o processo resolutivo como um todo (DE HEER et al., 2014; SCHRAMM et al., 2014).

Cerca de 60,2% da população brasileira apresenta pelo menos um sinal de DTM, mas apenas um de cada quatro indivíduos está ciente disto e procura atendimento com especialista (CHISNOUI et al., 2015; PORTINHO et al., 2012). Os três principais sinais e sintomas são a dor, amplitude de movimento limitada, e sons na ATM (LIST; JENSEN, 2017; HARALUR, 2013; VIANA, 2010). Neste último, os estalidos e crepitações encontram-se com maior frequência, eles costumam ocorrer pelo deslocamento dos meniscos, que acontece quando há o rompimento ligamentar entre o disco e o côndilo mandibular (FERREIRA; SILVA; FELÍCIO, 2016; RIES et al., 2015; PORTINHO et al., 2012).

Em relação às mialgias, normalmente se apresentam bilateral ou unilateralmente durante a palpação ou a movimentação da mandíbula. Localizam-se na região pré-auricular, com irradiação temporal, frontal ou

occipital. Podem se apresentar como otalgia referida em 30% dos casos, cefaleia ou odontalgia. Dor que se agrava após ações como mastigar, bocejar ou falar, variando sua intensidade em leve, moderada ou intensa e segundo o tempo, podendo ser intermitente ou persistente (LIST; JENSEN, 2017; VELLY; LIST; LOBBEZOO, 2014).

A sensibilidade aumentada, atribui-se aos estímulos nociceptivos prolongados provenientes do tecido miofascial que está relacionada com a hiperatividade muscular e as alterações no comportamento motor durante o ato mastigatório, já que sujeitos com DTM apresentam maior assimetria na atividade mastigatória e maior amplitude de ativação muscular durante o repouso. A maior amplitude de ativação dos músculos mastigatórios, deve-se a sua menor eficiência funcional e predisposição à fadiga muscular. Tal comportamento motor, pode afetar ao desempenho mastigatório na DTM. Durante a fadiga, paralelamente existe um aumento na concentração de metabólitos e mudanças tanto na velocidade de condução da fibra muscular quanto no número de unidades motoras recrutadas (MAIXER et al., 2011).

Em outro aspecto, a presença de cefaleias na DTM vem sendo frequentemente associadas (TOMAZ-MORAIS, et al., 2015; SPECIALI; DACH, 2015; BALLEGAARD, et al., 2008). Nesse sentido, é importante conhecer e diferenciar as características da dor cefálica. Denomina-se cefaleia primária quando não existe outra doença subjacente; e secundária, quando a dor existe como sintoma de outro padecimento previamente instalado (DI PAOLO et al., 2017). A cefaleia está localizada em qualquer segmento cefálico acima da linha orbitomeatal, com maior afeção nas mulheres, chegando inclusive a ser um fator limitante na realização de atividades (CONTI et al., 2016). Dentro da população geral, as cefaleias mais frequentes são as de tipo tensional e migrânea.

Dentro das expressões clínicas tradicionais da cefaleia tensional, tem-se a episódica, quando há compressão e dor bilateral de intensidade leve a moderada de ocorrência menor ou igual a 15 dias por mês, e crônica, quando acontece por mais de 15 dias, sem acompanhamento de náuseas, vômitos,

fonofobia ou fotofobia (TOMAZ-MORAIS et al., 2015). Contudo, considera-se à CTT como a mais inexpressiva dentro das cefaleias primárias, devido a que muitas dores de cabeça secundárias apresentam similitudes a essa. Porém, o diagnóstico requer excluir outros transtornos sistêmicos ou locais. Quanto a origem da dor, relata-se a causa de espasmos e isquemia dos músculos da cabeça e pescoço, devido ao aumento de tônus nos músculos pericraniais (BENDTSEN; JENSEN, 2009).

Por outro lado, a migrânea é considerada como um distúrbio comum, caracterizada por dor de cabeça com localização unilateral, pulsátil de intensidade moderada a intensa, podendo-se agravar com atividades físicas e/ou rotineiras. Além disso, os indivíduos reportam náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia, com ou sem sintomas visuais ou sensíveis, além de ser recorrentes a sintomas gastrointestinais, neurológicos como também autônomos e as crises podem acontecer em média de 1,5 vez ao mês e durar de 2 a 48 horas. O diagnóstico da migrânea é dado por critérios preconizados pela *International Classification of Headache Disorders 2006*, dividindo-os em: com aura ou sem aura (RAVISHANKAR et al., 2011).

Muitas vezes devido à falta de especificidade na distinção da dor sobre as estruturas, chegasse a considerar às cefaleias primárias e DTMs, como uma condição de comorbidade. Tal circunstância é atribuída à sobreposição de estruturas nervosas periféricas e centrais envolvidas tanto na ATM e a fisiopatologia da cefaleia (DI PAOLO et al., 2017; CONTI et al., 2016). Isso significa, que o nervo trigêmeo ao inervar o rosto e a cabeça, compartilha vias de dor semelhantes aumentando a sensibilidade dolorosa em pacientes com dores de cabeça, fadiga muscular por DTM e estruturas adjacentes, e segundo à teoria da adaptação da dor, diferentes tipos de dor tendem a reforçar-se mutuamente (CONTI et al., 2016).

Por outro lado, pesquisas de cefaleias primárias em relação a pacientes portadores de próteses totais bimaxilares usualmente se apresentam acompanhados de outros componentes como DTMs, parafunções e sintomas psicológicos (DE HEER et al., 2014; Magnusson 1980). A oclusão nos

pacientes totalmente edêntulos, dependerá do estado das suas próteses (BASTISBELLO; SILVEIRA 2014). Por exemplo, uma má adaptação, falta de renovação das próteses com desgaste severo dos dentes artificiais, não só diminuem a DVO promovendo uma instabilidade oclusal, senão afeta também aspectos psicológicos do paciente (BUGIGA et al., 2016), e se adicionássemos sintomatologia de cefaleia, evidentemente dificultaram a qualidade de vida da pessoa. Não obstante, a DVO adequada além de permitir um equilíbrio muscular favorável, reflete no bem-estar e autoestima do paciente contribuindo na sua reabilitação (ZARB, et a. 2013).

Contudo, considerando todas essas situações, é importante para o profissional conhecer as repercussões da associação destes elementos, com o intuito de aprimorar o atendimento no paciente.

2. OBJETIVO

O objetivo da pesquisa foi avaliar a associação entre a perda de dimensão vertical, disfunção temporomandibular muscular e cefaleia primária em pacientes portadores de prótese total dupla.

3. ARTIGO FORMATADO NA NORMAS DO PERIÓDICO “THE JOURNAL OF HEALTH SCIENCE”

ASSOCIAÇÃO DA PERDA DA DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO, DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR MUSCULAR E CEFALIA PRIMÁRIA EM PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESE TOTAL DUPLA – ESTUDO PRELIMINAR.

RESUMO

A perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) altera o equilíbrio da relação intermaxilar repercutindo na articulação temporomandibular (ATM), podendo desenvolver sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM), acompanhando-se de cefaleias primárias. Mas, a influência dessa sobre as outras, ainda é controversa. O objetivo do trabalho foi avaliar a associação da perda da DVO, DTM muscular e cefaleia primária nos pacientes portadores de próteses totais duplas. Selecionou-se 30 pacientes que procuraram atendimento na Clínica Odontológica Universitária da Universidade Estadual de Londrina durante o ano 2017. A DVO foi registrada pelos métodos: métrico de Willis e estético. Após, foram distribuídos nos grupos: GE - 15 pacientes com perda da DVO e GC com 15 pacientes sem perda da DVO (controle). Para o diagnóstico de DTM muscular e cefaleia primária foram utilizados, respectivamente, o RDC/TMD e um questionário baseado na Classificação Internacional de Cefaleias (CIC-II) em dois momentos: previamente à confecção de novas próteses e 15 dias após a alta do paciente após os retornos para controle. A análise estatística foi realizada no SPSS v.19 através de regressão logística multinomial. Não houve significância estatística na associação entre DVO, DTM muscular e Cefaleia primária ($p>0,05$). Conclui-se que não existe influência relevante da DVO sobre a DTM muscular e cefaleias primárias.

Palavras-chave: Dimensão vertical. Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Cefaleia Enxaquecosa. Cefaleia do tipo tensional.

Association of the loss vertical dimension of occlusion, temporomandibular muscle dysfunction and primary headache in patients wearing complete dentures - Preliminary research.

ABSTRACT

The loss of vertical occlusion dimension (OVD) changes the balance of the intermaxillary relationship, affecting the temporomandibular joint (TMJ), and may develop signs and symptoms of temporomandibular dysfunction (TMD), accompanied by primary headache, but its influence on the others, is still controversial. The aim of this study was to evaluate the association of loss of OVD, muscular TMD and primary headache in patients with dual total dentures. Were selected 30 patients who went to the University Dental Clinic of the State University of Londrina during the year 2017. The OVD was evaluated by Willis metric and aesthetic methods. Afterwards, they were distributed into two groups: GE - 15 patients with loss of OVD and GC with 15 patients without loss of OVD (control). For the diagnosis of muscular TMD and primary headache were used, respectively, RDC/TMD and a questionnaire based on the International Classification of Headache (CIC-II) in two moments: prior to the making of new prostheses and 15 days after discharge of the patient after returns for control. Statistical analysis was performed in SPSS v.19 by multinomial logistic regression. There was no statistical significance in the association between OVD, muscular TMD and primary headache ($p > 0.05$). It was concluded that there is no relevant influence of OVD on muscular TMD and primary headache.

Keywords : Vertical Dimension. Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome. Migraine Disorders. Tension-Type Headache.

INTRODUÇÃO

A perda de dimensão vertical de oclusão (DVO) altera o equilíbrio da relação intermaxilar repercutindo na articulação temporomandibular (ATM)^{1,2}, podendo desenvolver sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM), acompanhando-se de cefaleias primárias (CP). Mas, devido as características multifatoriais da DTM e da CP, a influência da DVO sobre elas ainda é controversa^{3,4}.

A Dimensão vertical é definida como a distância entre dois pontos anatômicos selecionados: espinhal e mentoniano¹, sendo denominada de “Dimensão Vertical de Oclusão” (DVO) quando os dentes maxilares entram em contato com os mandibulares; e de “Dimensão Vertical de Repouso” (DVR) quando os dentes estão em desocclusão e a mandíbula está em posição de repouso fisiológico^{6, 7}. Entre as técnicas mais utilizadas para a avaliação estão: Método estético e de Willis, mais conhecida como métrica. Neste último, as proporções faciais são examinadas das distâncias entre o canto externo do olho até a comissura labial e a distância da base do nariz ao mento, verificando a igualdade entre elas e determinando assim o espaço intermaxilar de cada indivíduo.

A perda da substância dentária modifica a DVO afetando a função, conforto e estética do paciente^{3,7, 8}. Neste sentido, a diminuição da DVO reduz o 1/3 inferior da face, provê um excessivo contato labial, queilite angular e desarmonia facial^{9,10}. Além disso, relatou-se tradicionalmente que uma DVO reduzida predispõe a distúrbios temporomandibulares, sob conceito de produzirem dor muscular e na ATM^{11,12}.

A associação entre DVO e a disfunção temporomandibular (DTM) é contraditória. Alguns autores consideram que os sintomas causados pela alteração da DVO são transitórios devido a capacidade de adaptação fisiológica própria de cada paciente ante a estímulos novos^{13,14}, enquanto outros os consideram relevantes. Porém, vários desses estudos se basearam em opiniões e/ou relatos de casos^{3,15}. Uma limitação comum a estes estudos é a falta de uma técnica precisa que identifique os parâmetros de DVO, já que nenhuma técnica é comprovadamente 100% eficaz para obter resultados fidedignos.

Dentre as DTMs, as mialgias se apresentam com maior predileção, podendo ser bilateral ou unilateral e sintomática à palpação ou movimentação da mandíbula,

localizando-se com preferência na região pré-auricular, com irradiação temporal, frontal e/ou occipital, devido a uma hiperatividade muscular e alterações na mastigação^{16, 17}. Além disso, as DTMs frequentemente são associadas a presença de cefaleias^{18,19,20}, com maior frequência as do tipo tensional e migrânea.

Enquanto às manifestações clínicas, a cefaleia do tipo tensional, é caracterizada pela compressão e dor bilateral de intensidade leve a moderada de ocorrência menor ou igual a 15 dias por mês, denominando-se episódica; e crônica quando for maior a 15 dias, sem reporte de náuseas, vômitos, fonofobia ou fotofobia¹⁸. A migrânea é caracterizada por dor de cabeça com localização unilateral, pulsátil de intensidade moderada a intensa, podendo-se agravar com atividades físicas e/ou rotineiras. Além disso, os indivíduos reportam náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia, com ou sem sintomas visuais ou sensíveis²¹.

Por outro lado, nos pacientes portadores de próteses totais bimaxilares, a oclusão dependerá do estado das próteses²². A má adaptação, falta de renovação das próteses com desgaste severo dos dentes artificiais, diminuem a DVO promovendo uma instabilidade oclusal, afetando também aspectos psicológicos do paciente^{23,24}. Não obstante, a DVO adequada permite um equilíbrio muscular favorável, mas também reflete na autoestima da pessoa, contribuindo na reabilitação do paciente.

Contudo, considerando todo o exposto o objetivo do trabalho é avaliar a associação da perda da DVO com a presença de DTM muscular e cefaleia primária em pacientes portadores de próteses totais duplas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo transversal quali-quantitativo, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina no Estado de Paraná, Brasil com número de protocolo: 62642716.5.0000.5231.

Amostra

Dentre os pacientes que procuraram à Clínica Odontológica Universitária (COU) durante o ano 2017 para substituição de próteses totais, examinou-se um total de

87 pacientes. No entanto, devido às desistências por parte dos pacientes após o tratamento tanto na etapa de controle como no aguardo do uso satisfatório das suas próteses, finalmente foram selecionados 30 pacientes, sendo distribuídos nos grupos de pesquisa sob critérios de inclusão e exclusão prévia avaliação da DVO. Os quais são apresentados com maior detalhe na Figura 1.

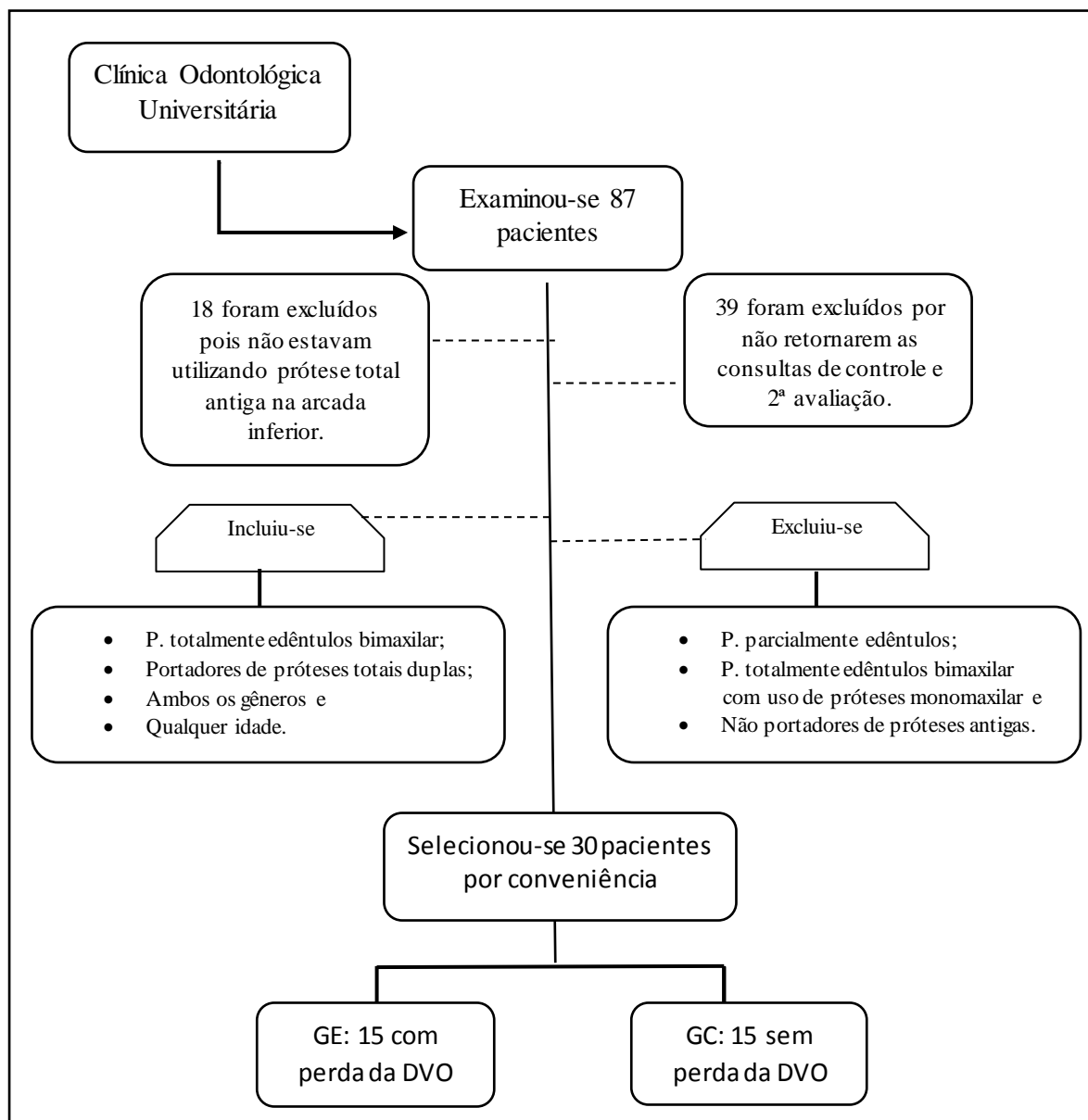


Figura 1. Processo de seleção da amostra.

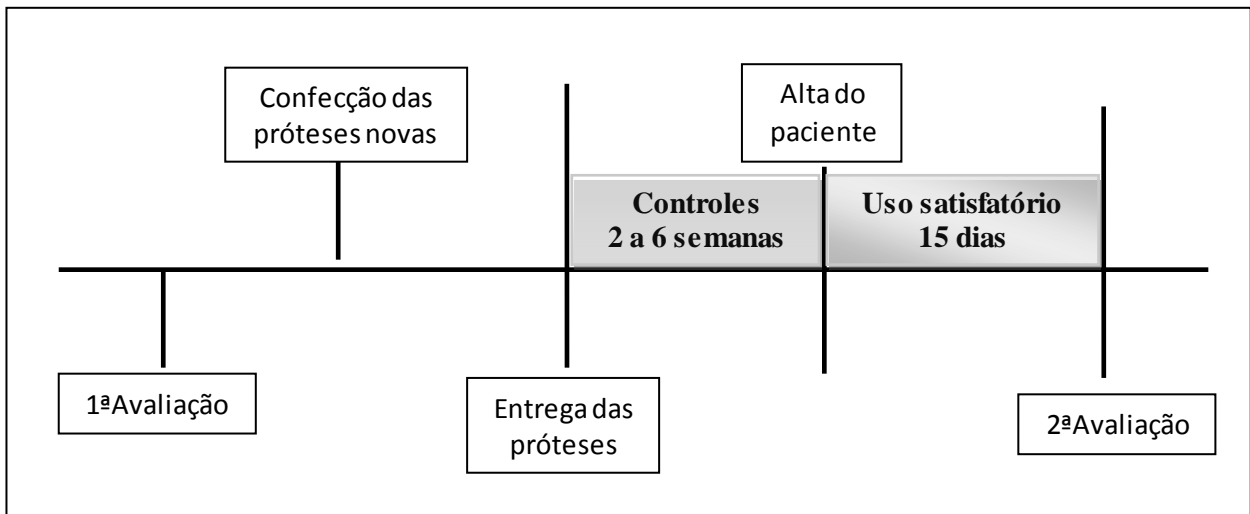


Figura 2. Etapas do desenvolvimento da pesquisa.

Etapa de avaliação da DVO, DTM muscular e cefaleia primária, pré tratamento protético

Após a anamnese e exame clínico convencional, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, sendo-lhes explicado seu objetivo e demais aspectos éticos inerentes juntamente com as respectivas etapas necessárias para sua realização (Figura 2). Para aqueles que concordaram com a participação, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo III). Posteriormente, procedeu-se a realizar o registro da DVO pelo método métrico de Willis, com posterior comprovação pelo método estético (Figura 3). Em seguida, os pacientes foram distribuídos segundo seu achado clínico nos grupos da seguinte forma: Grupo de estudo (GE) que incluiu 15 pacientes com perda da DVO, e Grupo controle (GC) que incluiu 15 pacientes sem perda da dimensão vertical de oclusão (Figura 4).

Seguidamente, os participantes foram entrevistados previamente à confecção de próteses novas, através do questionário de avaliação RDC/TMD (Research Diagnostic Criterium/Temporomandibular Dysfunction by Consortium)²⁵ validado para língua portuguesa. O instrumento de avaliação consta de duas partes, a primeira aborda 29 questões com respostas de seleção múltipla, e fornece informações sobre antecedentes de dor na área da ATM, limitações no funcionamento mandibular, fatores

psicossociais e psicológicos; na segunda, de um exame clínico de estruturas musculares mediante palpação.

Na avaliação extrabucal do exame clínico, com o paciente relaxado, palpou-se: as fibras anterior, médio e posterior do músculo temporal; fibras superiores, médias e inferiores do músculo masseter com uma força de 1 Kg. Porém, os músculos estilo-hióideo; região posterior do digástrico; pterigóideo medial e região anterior do digástrico, foram avaliadas com uma força de 0.5 kg, ao igual que as estruturas intrabuciais, como o tendão do temporal e área do pterigóideo lateral, seguindo as especificações do RCD/TMD²⁵ (Anexo I).

Aos pacientes que referiam sintomas de cefaleia, utilizou-se o questionário segundo os critérios propostos na Classificação Internacional de Cefaleias (CIC-II)²⁶, composta por 16 questões (Anexo II). Ao final, com as informações coletadas nos questionários, foram fechados os diagnósticos de DTM muscular e cefaleia primária para cada paciente, seguindo os critérios de cada elemento de avaliação. Após a conclusão dos exames iniciais, as próteses antigas foram substituídas por próteses totais novas com a DVO apropriada, seguindo o protocolo clínico e laboratorial convencional estabelecido ^{27,28,29}.

Após a instalação das próteses novas, procedeu-se a realizar sessões de ajustes e controle das mesmas durante as seguintes semanas até que os pacientes estivessem mastigando de maneira satisfatória e sem dor nos tecidos de suporte. Esse período variou de 2 a 6 semanas de acordo com as necessidades de cada paciente. Após este período, aguardou-se 2 semanas para serem realizadas as consultas de avaliação da DTM muscular e cefaleias primárias pós-tratamento.

Etapa de avaliação da DTM muscular e cefaleia primária, pós-tratamento protético.

Após o aguardo de uso satisfatório das próteses novas, realizou-se novamente a aplicação o protocolo de entrevistas com os questionários RDC/TMD (Research Diagnostic Criterium/Temporomandibular Dysfunction) para todos os pacientes, e Classificação Internacional de Cefaleias (CIC-II) para quem referia sintomatologia positiva de cefaleia. Nesta etapa, todos os pacientes apresentavam DVO adequada.

Análise Estatística

Os dados coletados nas duas etapas foram tabulados em uma planilha do programa estatístico SPSS v.19 e analisados pelos testes de associação de regressão logística multinominal com verificação das frequências entre os dois tempos da avaliação pelo teste de Mc Nemar.

RESULTADOS

Na primeira avaliação, verificou-se que somente 2 pacientes apresentavam DTM muscular: 1 com prótese com DVO reduzida e outro com prótese com DVO adequada. Em relação à presença de cefaleia primária, observou-se sua presença em 7 pacientes, sendo 4 portadores de próteses com DVO reduzida e 3 com próteses com DVO adequada. Na segunda avaliação, verificou-se que não houve alteração em relação a presença de DTM muscular (2 pacientes), mas houve uma redução na presença de cefaleia primária de 7 para 4 casos (Tabela 1), sendo que os 2 dos 3 pacientes que deixaram de apresentar queixa de cefaleia primária tinham próteses com dimensões reduzidas na primeira avaliação (Tabela 2).

Tabela 1. Análise descritiva da presença de DTM muscular e cefaleia nos pacientes portadores de próteses totais duplas antes e após 15 dias de uso satisfatório das próteses novas.

		DTM muscular		Cefaleia Primária	
		sim	não	Sim	Não
Próteses Antigas	Reduzida (n=15)	1	14	4	11
	Adequada (n=15)	1	14	3	12
Total	(n=30)	2	28	7	23
Próteses Novas	Adequada (n=30)	2	28	4	26

Fonte: o próprio autor.

Considerando os resultados obtidos na primeira avaliação, através da regressão logística multinominal verificou-se que a presença de DTM muscular ($p=0,789$) ou de cefaleia primária (migrânea ou CTT) ($p=0,558$) não estavam associadas com a redução da DVO nas próteses antigas.

Comparando a evolução da DTM muscular e da cefaleia primária nos 15 pacientes que portavam próteses com DVO reduzida, notou-se que a DTM muscular permaneceu inalterada antes e após a confecção das novas próteses com DVO adequada ($p=1,000$) e a presença de cefaleia primária reduziu de 4 (registrados com perda da DVO) para 2 pacientes, entretanto pelo teste de Mc Nemar não houve diferença estatística significativa ($p=0,250$) (Tabela 2).

Tabela 2. Efeito da substituição das próteses totais duplas com correção da DVO em relação à presença de DTM muscular e cefaleia primária.

	DTM muscular (n=15)	Cefaleia Primária (n=15)	P
Prótese Antiga com perda da DVO	1	4	1,000
Prótese Nova	1	2	0,250

Fonte: o próprio autor.

DISCUSSÃO

Durante vários anos acreditou-se que diversas alterações na cavidade oral como perda do suporte dentário, reabsorção óssea e desgaste das próteses dentárias que modificavam a DVO, resultavam no desenvolvimento de sinais e sintomas da DTM especialmente nos pacientes totalmente edêntulos^{30, 31}. Entretando, este conceito está sendo questionado.

A perda da DVO como coadjuvante no processo da DTM ainda é um tema controverso. Alguns autores sustentaram essa relação^{1,2}, sob o conceito de que o edentulismo afeta a relação de pressão entre as estruturas que compõem a ATM, intervindo na sua mecânica e gerando algum sinal e/ou sintoma de DTM^{32, 33, 34}. Esta situação pode ser questionável, considerando os resultados encontrados no presente estudo, pois na avaliação prévia ao tratamento protético, evidenciou-se apenas um paciente diagnosticado com DTM muscular no grupo de pacientes com perda da DVO.

Por outro lado, a falta de relação de casualidade e não de causa-efeito da perda da DVO em relação a presença de sinais e sintomas de DTMs como vista no presente estudo é corroborada por vários autores^{3, 13, 14, 35, 36}. Uma possível justificativa para isso deve-se a capacidade adaptativa do sistema estomatognático, que tem o poder de se adaptar as mudanças leves e moderadas da DVO, porém os sinais e sintomas são considerados transitórios, leves e até autolimitantes sem consequências maiores^{3,37}. Nesse contexto, como é possível explicar a falta de sintomatologia dolorosa em pacientes que apresentaram perda da DVO em um nível muscular por muitos anos? A resposta da adaptabilidade se vê justificada pela presença de fibras nervosas do tipo I nas fibras musculares, ou seja, de condução lenta, o que ofereceria uma capacidade alta de tolerância ante estímulos nocivos, evidentemente modificáveis sob fatores externos³⁸, o que poderia explicar também a ausência de pacientes assintomáticos nesta pesquisa, em uma perspectiva geral.

Por outro lado, uma maior sobrecarga dos músculos mastigatórios, induzidos por uma hiperatividade muscular, leva a uma tensão das estruturas que os predispõe a um possível quadro de isquemia, cansaço e fadiga⁵, derivando em sintomatologia dolorosa e dificuldade na realização de movimentos, induzindo muitas vezes aos pacientes portadores de próteses totais modificarem seus movimentos mastigatórios, tornando-os unilaterais³⁹. Consequentemente a associação que fazem os portadores de próteses totais com os desconfortos próprios destes nas estruturas de assentamento, induz relacionar uma deficiência na funcionalidade oral e à aceitação de ditas incomodidades como um processo fisiológico de envelhecimento e não necessariamente associados as DTMs^{40, 41}. Estas situações podem dificultar a identificação dos sintomas

e um correto diagnóstico de DTMs, circunstância que exige habilidade por parte do operador em diferenciar ditas semelhanças.

No entanto, é notável que uma renovação das próteses feitas com fatores técnicos adequados, como retenção, oclusão, estabilidade e dimensão vertical apropriada, oferecem melhores condições para o sistema estomatognático²⁷, contribuindo como um fator de risco a menos na etiologia multifatorial das DTMs. Nesse sentido, dois pacientes desta pesquisa apresentaram ausência da sintomatologia dolorosa muscular após o restabelecimento da DVO, sendo que um deles previamente foi diagnosticado com perda da DVO e o outro não. Por ser multifatorial, a ausência ou diminuição destes sintomas pode ter tido relação com fatores protéticos, mas não significa que isoladamente possam desempenhar um papel na etiologia ou ser relevante para a melhoria da DTM ⁴². Além disso, é importante considerar que a DVO ao ser aferida nos tecidos moles, é uma medida altamente propensa a variabilidade, especialmente nos pacientes totalmente edêntulos que não tiveram a oportunidade de substituir brevemente a perda da dentição por próteses novas ⁴³.

Em outro aspecto, a localização da dor é referida sobre os músculos mastigatórios, sendo o masseter e o temporal identificados com maior afecção e cujos sintomas são agravados por estímulos como mastigar, falar, bocejar e muitas vezes coexistente com dores nos músculos pericranianos ⁴⁴. Conceito concordante com os exames clínicos da presente pesquisa, já que os pacientes com sintomatologia referiram dores com predileção nesses músculos, exceto os pericranianos, devido a que o instrumento de avaliação não considera essas estruturas como parte da aferição.

A força de mordida irá aumentando gradualmente ao uso contínuo das próteses, com aproximadamente 8 a 12 semanas após a reabilitação ^{45, 46}, circunstância que torna favorável a verificação da ausência, seguimento ou surgimento de DTM muscular nos pacientes da presente pesquisa, devido que a 2ª etapa de avaliação foi realizada após 2 semanas do uso satisfatório das próteses - lembrando que previamente foram realizados controles para ajustes de 2 a 6 semanas -, porém os diagnósticos puderam ser realizados com uma força de mordida favorável e com relatos da dor com adequação das próteses.

Além disso, identificou-se que o masseter possui uma atividade maior em adultos durante a mastigação, inclusive em pacientes portadores de próteses completas e que essa função pode se ver afetada pela morfologia craniofacial individual⁴⁷. Fato que é pouco argumentado por estudos, mas que não escapa das possibilidades de se apresentar em nossos pacientes, pois os que relataram dores se referiram mais ao masseter do que o temporal, inclusive após o tratamento protético, provavelmente influenciado pela configuração ósea e muscular própria de cada indivíduo.

Em outro ponto, a associação de DTM com cefaleias primárias são bastantes comuns^{18, 19, 20}, mas casos clínicos de cefaleia relacionadas à perda da DVO como uma conexão direta, é insuficiente. Atualmente, a presença de cefaleias em pacientes com DTM é um tema não bem compreendido^{18, 38}. Sabe-se que ela está relacionada a um estado de comorbidade, e inevitavelmente influenciado por outros fatores, por serem doenças multifatoriais, intervêm no surgimento ou como consequência uma da outra e viceversa^{19,23, 48}. Entretanto, a associação DTM e cefaleias é devido à estimulação dos neurônios que intervêm em ambas¹⁹. Ao compartilhar vias de dor centrais específicas similares, entre elas o tálamo, tronco cefálico e sistema límbico, ativam as áreas responsáveis pelo aparecimento da dor^{19,20}.

As cefaleias são consideradas um problema de saúde mundial prevalente, devido a seu transtorno neurológico que afeta a qualidade da vida do paciente¹⁹. Contrariamente são doenças difíceis de diagnosticar, devido ao compartilhamento de sintomas fisiopatológicos entre elas. Porém, os instrumentos de avaliação que relacionam a DTM e cefaleia, continuam sendo um motivo de modificações para futuras melhoras⁴⁹. Nesse sentido, na avaliação de cefaleia primária desta pesquisa, registrou-se os dados fornecidos pelo paciente por auto relatos, levando a uma possível falta de confiabilidade nos sintomas.

Dentre os tipos de cefaleias primárias presentes juntamente com a DTM, encontram-se as migrêneas e as de tipo tensional (CTT) como as mais recorrentes, podendo ser episódica ou crônica. Segundo alguns trabalhos, as migrêneas apresentam-se com maior frequência do que as de tipo tensional^{19, 50}. No entanto, nesta pesquisa a

diferença de apresentação não foi significativa. Mesmo assim a CTT, apresentou-se em uma relação CTT-migrânea de 4:3 prévio o tratamento protético. Cabe notar que a CTT ao se apresentar com maior facilidade sob circunstâncias emocionais desfavoráveis, o RDC/TDM dentre suas perguntas na seção 20, oferece informações sobre o estado emocional do paciente e sintomas psicológicos. Os participantes desta pesquisa diagnosticados com dita afecção, relataram situações de sintomatologia psicológica afetada, provavelmente atribuída às condições fisiológicas de envelhecimento e falta de atividade social ativa, tornando-os propensos a desenvolver cefaleias desta índole.

No caso dos pacientes diagnosticados com migrânea previamente, identificou-se que continuaram padecendo a doença após o tratamento. Fato que poderia indicar a pouca associação da DVO sobre elas, já um dos pacientes tinha perda da DVO e outro não, mesmo assim, o papel dos fatores estimulantes para desencadear uma migrânea estão sujeitos a circunstâncias desconhecidas com tendência a ter maior influência do que uma relação direta com a perda da DVO, devido à associação de vários fatores no momento do diagnóstico de cefaleias primárias, como a idade, sexo e sintomas somáticos^{23,51}.

Já na segunda avaliação, com uma DVO adequada, observou-se 4 casos de cefaleia, tendo por conseguinte uma melhora de 3 pacientes, quando comparado com a primeira avaliação. Devido à falta de estudos que façam relação direta da DVO reduzida na origem da cefaleia primária, a ausência de sintomatologia pode estar relacionada a outros fatores desencadeantes da cefaleia primária, considerando que é de etiologia multifatorial^{51,52}. Nesse caso, poderíamos considerar os fatores psicológicos e psicossociais do paciente já que repercute na qualidade de vida¹⁹. A contribuição no restabelecimento da funcionalidade oral mediante a substituição das próteses com fatores técnicos adequados, poderiam refletir no bem estar do paciente^{27,42}, melhorando as condições psicológicas e psicossociais, já que na pergunta 20 do RCD, que envolve aspectos desse tipo, os pacientes que apresentaram ausência de CP curiosamente registraram relativamente uma melhora dos sintomas.

As duas doenças podem gerar alodínia craniofacial nos momentos de exacerbação dolorosa, resultado de uma sensibilização central e periférica ^{19, 20}. Por conseguinte, a dor pode refletir em um limiar periférico mais baixo como resultado de tais mudanças centrais, o que derivará também na capacidade de tolerar a dor, variando de paciente a paciente. Contudo, esses fatores dificultam a probabilidade de sugerir se uma surge antes da outra.

Dentre as limitações do estudo, é importante ressaltar que a quantidade de pacientes selecionados para esta pesquisa pode ter influenciado na obtenção de resultados. Houve um número de desistências considerável por parte de pacientes que após a alta clínica nos controles não retornaram para a avaliação final da DTM e da cefaleia. Além disso, outro ponto diferencial do presente trabalho comparado a outros trabalhos na literatura foi em relação a queixa principal dos pacientes, a qual na maioria dos estudos eram a dor e neste foi a substituição da prótese total.

CONCLUSÃO

Considerando as limitações de um estudo preliminar, conclui-se que não há associação entre a perda da DVO e a presença de DTM muscular e cefaleias primárias.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES) pelo financiamento do trabalho e ao Programa de Alianças para a Educação e Capacitação (PAEC), Organização dos Estados Americanos (OEA) e Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (GCUB) que em parceria, promovem o trabalho de pesquisas para o desenvolvimento científico.

REFERÊNCIAS

1. Cerveira NH. Oclusão e disfunção em pacientes desdentados. In Barros JJ, Rode SM. Tratamento das disfunções craniomandibulares -ATM. São Paulo: Santos; 1995:247-66.
2. Zissis AJ, Karkazis HC, Polyzois GL. The prevalence of temporomandibular joint dysfunction among patients wearing complete dentures. *Aust Dent J* 1988;33(4):299-302.
3. Moreno-Hay I, Okeson JP. Does altering the occlusal vertical dimension produce temporomandibular disorders? A literature review. *J Oral Rehabil* 2015;42(11):875-882.
4. Yannikakis S, Zissis A, Harrison A. The prevalence of temporomandibular disorders among two different denture wearing populations. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2009;17:35-40.
5. The academy of Prosthodontics. Glossary of prosthodontic terms. 6 ed. *J Prosthet Dent* 1994;41-112.
6. Canahuate, F. Restabelecimento da dimensão vertical em pacientes com desgaste severo. ROAD [Internet]. 2017 [acesso em: 20 jun]; Disponível em:<<https://www.researchgate.net/publication/277871407> >.
7. Abduo J, Lyons K. Clinical considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. *Aust Dent J* 2012;52:2-10.
8. Nakamura A, Zeredo JL, Utsumi D, Fujishita A, Koga Y, Yoshida N. Influence of malocclusion on the development of masticatory function and mandibular growth. *Angle Orthod* 2013;83(5):749-757.
9. Discacciati JA, Lemos de Souza E, Vasconcellos WA, Costa SC, Barros Vda. de M. Increased Vertical Dimension of occlusion: Signs, symptoms, diagnosis, treatment and options. *J Contemp Dent Pract* 2013;14(1):123-128.
10. Feltrin PP, Philippi AG, Moretti Junior J, Machado CC, Astolf JA. Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura. *Ver Odontol Univ Cid São Paulo* 2008;20(3):274-9.
11. Tench R. Dangers in dental reconstruction involving increase of the vertical dimension of the lower third of the human face. *J Am Dent Assoc* 1938; 26:566-570.
12. Monteith B. The role of the free-way space in the generation of muscle pain among denture-wearers. *J Oral Rehabil* 1984;11:483-498.
13. Sarita PT, Kreulen CM, Witter D, Creugers NH. Signs and symptoms associated with TMD in adults with shortened dental arches. *Int J Prosthodont* 2003; 16:265-70.
14. De Boever JA, Carlsson GE, Klineberg IJ. Need for occlusal therapy and prosthodontic treatment in the management of temporomandibular disorders. Part II. Tooth loss and prosthodontic treatment. *J Oral Rehabil* 2000;27:647-59.

15. Manfredini D, Lombardo L, Siciliani G. Dental angle class asymmetry and temporomandibular disorders. ResearchGate [Internet]. 2017 [acesso em jun 5] Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/312357429>>.
16. List T, Jensen, RH. Temporomandibular disorders: old ideas and new concepts. *Cephalalgia* 2017;37(7):692-704.
17. Velly AM, List T, Lobbezoo F. Comorbid pain and psychological conditions in patients with orofacial pain. In: Lobbezoo F. Recent advances in assessment, management, and understanding of mechanisms. Washington: DC. IASP Press; 2014:53-73.
18. Tomaz-Morais JF, Lucena LBS, Mota IA, Pereira AKC, Luckwu BT, De Castro RD, *et al.* Temporomandibular disorder is more prevalent among patients with primary headaches in a tertiary outpatient clinic. *Arq Neuropsiquiatr* 2015;73(11):913-917.
19. Speciali JG, Dach F. Temporomandibular Dysfunction and Headache Disorder. *Headache* 2015;55(S1):72-83.
20. Ballegaard V, Thede-Schmidt-Hansen P, Svensson P, Jensen R. Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. *Cephalalgia* 2008;28(8):832-41.
21. Ravishankar K, Chakravarty A, Chowdhury D, Shukla R, Singh S. Guidelines on the diagnosis and the current management of headache and related disorders. *Ann Indian Acad Neurol* 2011;14(1):S40–S59.
22. Bastistello DS. Disfunção temporomandibular em pacientes portadores de próteses totais superiores com redução da DVO. *J Oral Invest* 2014;3(1):17-23.
23. Van Der Meer HA, Speksnijder CM, Engelbert RH, Lobbezoo F, Nijhuis-Van der Sanden M, Visscher C. The association between headaches and temporomandibular disorders is confounded by bruxism and somatic symptoms. *Clin J Pain* 2017;33:835-843.
24. Bugiga F, Colpo F, Anzolin D, Kreve S. Restabelecimento da dimensão vertical em pacientes com desgastes dentais severos: Relato de caso clínico. *J Oral Invest* 2016 5(2):45-52.
25. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomand Disord* 1992;6:339-342.
26. Subcomitê de Classificação das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia. Classificação internacional das cefaleias. 2a ed. Revista e ampliada. Trad. Sociedade Brasileira de Cefaleia. São Paulo: Alaúde Editorial Ltda; 2006.
27. Zarb G, Eckert S, Hobrink J, Jacob R. Tratamento protético para pacientes edêntulos. Brasil. 13ed. Elsevier Ed. Ltda. 2013:480.
28. Gonçalves SC. Manual de laboratório: Próteses total. Brasil. 3ed. Gen/Santos. 2013.
29. Corrêa GA. Próteses Total: passo a passo. Brasil. 1ed. Gen/Santos. 2005.

30. Agerberg G. Mandibular function and dysfunction in complete denture wearers. A literature review. *J Oral Rehabil* 1988;15:237.
31. Magnusson T. Prevalence of recurrent headache and mandibular dysfunction in patients with unsatisfactory complete dentures. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980;8:159.
32. Dallanora AF, Grasel CE, Heine CP, Demarco FF, Cenci TP, Presta AA, *et al.* Prevalence of temporomandibular disorders in a population of complete denture wearers. *Gerodontology* 2012;29:865-9.
33. Peretta R, Manfredini D: Future perspectives in TMD pathophysiology. In Manfredini D (ed): *Current Concepts on Temporomandibular Disorders*. Berlin, Germany, Quintessence Publishing 2010:153–170.
34. Akerman S, Rohlin M, Kopp S. Bilateral degenerative changes and deviation in form of temporomandibular joints. An autopsy study of elderly individuals. *Acta Odontol Scand* 1984;42:205.
35. Rostamkhani F, Tayarani N, Sadat A. The relationship between temporomandibular disorders (TMDs) and overall denture conditions in complete denture wears. 2015;4(2):101-110.
36. Dervis E. Changes in temporomandibular disorders after treatment with new complete dentures. *J Oral Rehabil* 2004;31:320–6.
37. Widmer C, Nguyen VD, Chiang H, Morris-Wiman J. Increased vertical dimension effects on masseter muscle fiber phenotype during maturation. *Angle Orthod* 2013;83: 57-62.
38. Van Eijden TM, Turkawski SJ. Morphology and physiology of masticatory muscle motor units. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2001;12:76-91.
39. Mapelli A, Machado BZ, Giglio LD, Sforza C, De Felício CM. *et al.* Reorganization of muscle activity in patients with chronic temporomandibular disorders. Disponível em: < www.elsevier.com/locate/aob>. [Acesso em: 27 jun] 2017.
40. Patil S, Prasanna R, Sreeharsha TV, Prasanna BG, Shenoy A, Verma S. Prevalence of temporomandibular disorders in patients wearing complete dentures visiting a Medical College in South India. *IJCMR* 2016;3(7):1954-57.
41. Akhter R, Hassan NM, Nameki H, Nakamura K, Honda O, Morita M. Association of dietary habits with symptoms of temporomandibular disorders in Bangladeshi adolescents. *J Oral Rehabil* 2004; 31:746-53.
42. Ribeiro JA, Resende CM, Lopes AL, Farias-Neto A, Carreiro AD. Association between prosthetic factors and temporomandibular disorders in complete denture wearers. *Gerodontology* 2014;31:308-13.
43. Klasser GD, Greene CS. The changing field of temporomandibular disorders: what dentists need to know. *J Can Dent Assoc* 2009;75: 49–53.
44. Schiffman EL, Truelove EL, Ohrbach R, Anderson GC, John MT, List T, *et al.* The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. I: Overview and methodology for assessment of validity. *J Orofac Pain* 2010;24:7–24.

45. Caloss R, Al-Arab M, Finn RA, Throckmorton GS. The effect of denture stability on bite force and muscular effort. *Journal Oral Rehabil* June 2011;38(6):434-9.
46. Jain V, Mathur VP, Abhishek K, Kothari M. Effect of occlusal splint therapy on maximum bite force in individuals with moderate to severe attrition of teeth. *J Prosthodont Res.* 2012;56:287–292.
47. Ueda HM, Miyamoto K, Saifuddin M, Ishizuka Y, Tanne K. Masticatory muscle activity in children and adults with different facial types. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2000 Jul;118(1):63-8.
48. Graff-Radford SB, Bassiur JP. Temporomandibular disorders and headaches. *Neurolog Clin* 2014;32:525-537.
49. Wright EF, Clark EG, Paunovich ED, Hart RG. Headache improvement through TMD stabilization appliance and self-management therapies. *Cranio* 2006; 24:104-111.
50. Franco AL, Gonçalves DA, Castanharo SM, Speciali JG, Bigal ME, Camparis CM. Migraine is the most prevalence primary headache in individuals with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2010 Summer;24(3):287-92.
51. De Heer EW, Gerrits MM, Beekman AT, Dekker J, Van Marwijk HW, De Waal MW, Spinhoven P, Penninx BW, Van der Feltz-Cornelis CM. The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PLoS One.* 2014; 9(10): e106907.
52. Schramm SH, Moebus S, Lehmann N, Galli U, Obermann M, Bock E, Yoon MS, Diener HC, Katsarava Z. The association between stress and headache: a longitudinal population-based study. *Cephalalgia.* 2014;15(1): F23.

CONCLUSÃO GERAL

Conclui-se que não há associação da perda da DVO entre a DTM muscular e cefaleias primárias, manifestando que não são influenciadas pela perda da DVO. E ambas, podem-se apresentar com a mesma probabilidade nos pacientes com perda da DVO como sem perda. Mesmo assim, a necessidade de continuar com pesquisas clínicas, melhoras nos instrumentos de avaliação e sua correta realização é fundamental.

REFERÊNCIAS

- ABDUO, J.; LYONS, K. Clinical considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. **Australian Dental Journal**, Melbourne, v. 52, p. 2-10, mar. 2012.
- AGERBERG, G. Mandibular function and dysfunction in complete denture wearers. A literature review. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 15, p. 237, 1988.
- AKERMAN, S.; ROHLIN, M.; KOPP, S. Bilateral degenerative changes and deviation in form of temporomandibular joints. An autopsy study of elderly individuals. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 42, p. 205, 1984.
- AKHTER, R.; HASSAN, N.M.; NAMEKI, H.; NAKAMURA, K.; HONDA, O.; MORITA, M. Association of dietary habits with symptoms of temporomandibular disorders in Bangladeshi adolescents. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 31, p. 746-53, 2004.
- BALLEGAARD, V.; THEDE-SCHMIDT-HANSEN, P.; SVENSSON, P.; JENSEN, R. Are headache and temporomandibular disorders related? A blinded study. **Cephalalgia** v.28, n.8, p. 832-41,2008.
- BASTISTELLO, D.S. Disfunção temporomandibular em pacientes portadores de próteses totais superiores com redução da DVO. **Journal of Oral Investigations**, v, 3, n. 1, p. 17-23, 2014.
- BENDTSEN, L.; JENSEN, R. Tension-type headache. **Neurologic Clinics**, v. 27, n. 2, p. 525-535, may 2009.
- BUGIGA, F.; COLPO, F.; ANZOLIN, D.; KREVE, S. Restabelecimento da dimensão vertical em pacientes com desgastes dentais severos: Relato de caso clínico. **Journal of Oral Investigations**, v, 5, n. 2, p. 45-52, 2016.

CALOSS, R.; AL-ARAB, M.; FINN, R.A.; THROCKMORTON, G.S. The effect of denture stability on bite force and muscular effort. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 38, n. 6, p.434-9, 2011.

CANAHUATE, F. **Restabelecimento da dimensão vertical em pacientes com desgaste severo.** Disponível em:<<https://www.researchgate.net/publication/277871407> >. Acesso em: 20 jun. 2017.

CERVEIRA, N.H. Oclusão e disfunção em pacientes desdentados. In Barros JJ, Rode SM. Tratamento das disfunções cranimandibulares -ATM. São Paulo: Santos p. 247-66, 1995.

CONTI, P.C.; COSTA, Y.M.; GONÇALVES, D.A.; SVENSSON, P. Headaches and myofascial temporomandibular disorders: overlapping entities, separate managements? **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 43, p. 702-715, apr. 2016.

CORRÊA, G. **Próteses Total: passo a passo. Brasil.** 1.ed. São Paulo: Gen/Santos, p. 480, 2005.

CHISNOIU, A.M.; PICOS, A.M.; POPA, S.; CHISNOIU, P.D.; LASCU, L.; PICOS, A.; CHISNOIU, R. Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders: a literature review. **Clujul Medical Journal**, v. 88, n. 4, p. 473-478, aug. 2015.

DALLANORA, A.F.; GRASEL C.E.; HEINE, C.P.; DEMARCO, F.F.; CENCI, T.P.; PRESTA, A. Prevalence of temporomandibular disorders in a population of complete denture wearers. **Gerodontology**, v. 29, p. 865-9, 2012.

DE BOEVER, J.A.; CARLSSON, G.E.; KLINEBERG, I.J. Need for occlusal therapy and prosthodontic treatment in the management of temporomandibular disorders. Part II. Tooth loss and prosthodontic treatment. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 27, p. 647-59, 2000.

DERVIS, E. Changes in temporomandibular disorders after treatment with new complete dentures. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. n. 3, p. 320–6, 2004.

DI PAOLO, C.; D'URSO, A.; PAPI, P.; DI SABATO, F.; ROSELLA, D.; POMPA, G. Temporomandibular Disorders and Headache: a retrospective analysis of 1198 patients. **Pain Research Management**, p.1-8, 2017.

DISCACCIATI, J.A.; LEMOS S.E.; VASCONCELLOS W.A.; COSTA S.C.; BARROS Vda. DE M. Increased Vertical Dimension of occlusion: Signs, symptoms, diagnosis, treatment and options. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, Minas Gerais, v. 14, n. 1, p. 123-128, jan./feb., 2013.

DWORKIN, S.F.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **Journal of Craniomandibular Disorders**, v. 6, p. 339-342, 1992.

FELTRIN, P.P.; PHILIPPI, A.G.; MORETTI, J.J.; MACHADO, C.C.; ASTOLF J.A. Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura. **Revista de Odotologia da Universidade de São Paulo**, v. 203, p. 274-9, 2008.

FERREIRA, P.; SILVA, C.M.; FELÍCIO, M. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in women and men. **Distúrbios de Comunicação, Audiologia e Engolir**, Riberão Preto, v. 28, n. 1, p. 17-21, jan. 2016.

FRANCO, A.L.; GONÇALVES, D.A.; CASTANHARO, S.M.; SPECIALI, J.G.; BIGAL, M.E.; CAMPARIS, C.M. Migraine is the most prevalence primary headache in individuals with temporomandibular disorders. **Journal of Orofacial Pain** Summer; v. 24, n. 3, p. 287-92, 2010.

GRAFF-RADFORD, S.B.; BASSIUR, J.P. Temporomandibular disorders and headaches. *Nerurol Clin*, v. 32, p. 525-537, 2014.

GONÇALVES, C. Manual de laboratório: Próteses total. Brasil. 3ed. **Gen/Santos**. 2013.

HANSES, C.; DUBOIS, L.M. A diagnostic mandibular denture to evaluate occlusal vertical dimension. **General Dentistry**, v. 43, n. 1, p. 36-8,1995.

HARALUR, S.B. Digital evaluation of functional occlusion parameters and their association with temporomandibular disorders. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 7, n. 8, p. 1772-1775, aug. 2013.

JAIN, V.; MATHUR, V.P.; ABHISHEK, K.; KOTHARI, M. Effect of occlusal splint therapy on maximum bite force in individuals with moderate to severe attrition of teeth. **Journal of Prosthodontic Research**, v. 56, p. 287–292, 2012.

KLASSER, G.D.; GREENE, C.S. The changing field of temporomandibular disorders: what dentists need to know. **Journal Canadian Dental Association**, v. 75, p. 49–53, 2009.

LIST, T.; JENSEN, R.H. Temporomandibular disorders: old ideas and new concepts. **Cephalalgia Malmö** v. 37, n. 7, p. 692-704, nov. 2017.

MAPELLI, A. et al. **Reorganization of muscle activity in patients with chronic temporomandibular disorders**. Disponível em:< [www.elsevier.com/locate /aob](http://www.elsevier.com/locate/aob)>. Acesso em: 27 jun. 2017.

MAGNUSSON, T. Prevalence of recurrent headache and mandibular dysfunction in patients with unsatisfactory complete dentures. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 8, n.159, 1980.

MAIXNER, W.; DIATCHENKO, L.; DUBNER, R.; FILLINGIM, R.B.; GREENSPAN, J.D.; KNOTT, C.; OHRBACH, R.; WEIR, B.; SLADE, G.D. Orofacial pain prospective evaluation and risk assessment study-the opera study. **Journal of Pain**, v. 12, n. 11, p. T4-11, e1-2, nov. 2011.

MARANGONI, A.F.; de GODOY, C.H.; BIASOTTO-GONZALES, D.A.; ALFAYA, T.A.; FERNANDES, K.P.; MESQUISTA-FERRARI, R.A.; BUSSADORE, S.K. Assessment of type of bite and vertical dimension of occlusion in children and

adolescents with temporomandibular disorder. **Journal of Bodywork & Movement Therapies**, São Paulo, v. 18, p. 435-440, jun. 2014.

MOHINDRA, N.K.; BULMAN, J.S. The effect of increasing vertical dimension of occlusion on facial aesthetics. **British Dental Journal**, v. 192, n. 3, p. 164-168, feb. 2002.

MONTEITH, B. The role of the free-way space in the generation of muscle pain among denture-wearers. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 11, p. 483-498, 1984.

MORENO-HAY, I.; OKESON, J.P. Does altering the occlusal vertical dimension produce temporomandibular disorders? A literature review. **Journal of Oral Rehabilitation**, Kentucky, v. 42, n. 11, p. 875-882, jul. 2015.

NAKAMURA, A.; ZEREDO J.L.; UTSUMI D.; FUJISHITA A.; KOGA Y.; YOSHIDA N. Influence of malocclusion on the development of masticatory function and mandibular growth. **The Angle Orthodontist**, Japan, v.83, n. 5, p. 749-757, set. 2013.

PATIL, S.; PRASANNA, R.; SREEHARSHA, T.V.; PRASANN, B.G.; SHENOY, A.; VERMA, S. Prevalence of temporomandibular disorders in patients wearing complete dentures visiting a Medical College in South India. **International Journal of Contemporary Medical Research**, v. 3, n. 7, p. 1954-57, 2016.

PERETTA, R.; MANFREDINI, D.: Future perspectives in TMD pathophysiology. In Manfredini D (ed): *Current Concepts on Temporomandibular Disorders*. Berlin, Germany, **Quintessence Publishing**, p. 153–170, 2010.

PORTINHO, C.P.; MARTINS, M.V.; FALLER, G.J.; FRAGA, M.M.; PINTO, R.A. Profile of patients with temporomandibular dysfunction. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 95-99, 2012.

RAVISHANKAR, K.; CHAKRAVARTY, A.; CHOWDHURY, D.; SHUKLA, R.; SINGH, S. Guidelines on the diagnosis and the current management of headache and related disorders. **Annals of Indian Academy of Neurology**, v. 14, n. 1, p. 40-59, jul. 2011.

RIBEIRO, J.A.; RESENDE, C.M.; LOPES, A.L.; FARIAS-NETO, A.; CARREIRO, A.D. Association between prosthetic factors and temporomandibular disorders in complete denture wearers. **Gerodontology**, v. 31, p. 308-13, 2014.

RIES, L.G.; GRACIOSA, M.D.; SOARES, L.P.; SPERANDIO, F.F.; SANTOS, G.M.; DEGAN, V.V.; GADOTTI, I.C. Effect of time of contraction and rest on the masseter and anterior temporal muscles activity in subjects with temporomandibular disorder. **Distúrbios de Comunicação, Audiologia e Engolir**, Florianópolis, v. 28, n. 2, p. 155-162, jul. 2015.

ROSTAMKHANI, F.; TAYARANI, N.; SADAT, A. The relationship between temporomandibular disorders (TMDs) and overall denture conditions in complete denture wears. **Journal of Dental Materials and Techniques**, v. 4, n. 2, p. 101-110, 2015.

SARITA, P.T.; KREULEN, C.M.; WITTER, D.; CREUGERS, N.H. Signs and symptoms associated with TMD in adults with shortened dental arches. **International Journal Prosthodontics**, v. 16, p. 265-70, 2003.

SCHIFFMAN, E.L.; TRUELOVE, E.L.; OHRBACH, R.; ANDERSON, G.C.; JOHN, M.T.; LIST, T. The research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. I: Overview and methodology for assessment of validity. **Journal Orofacial Pain**, v. 4, n. 2, p. 7-24, 2010.

SPECIALI, J.G.; DACH, F. Temporomandibular Dysfunction and Headache Disorder. **Headache**, v. 55, n.1, p. 72-83, 2015.

Subcomitê de Classificação das Cefaleias da Sociedade Internacional de Cefaleia. Classificação internacional das cefaleias. 2a ed. Revista e ampliada.

Trad. **Sociedade Brasileira de Cefaleia**. São Paulo: Alaúde Editorial Ltda; 2006.

TENCH, R. Dangers in dental reconstruction involving increase of the vertical dimension of the lower third of the human face. **The Journal of the American Dental Association**, v. 26, p. 566-570, 1938.

THE ACADEMY OF PROSTHODONTICS. **Glossary of prosthodontic terms**. 6th ed. **Journal Prosthetic Dentistry**, p. 41-112, 1994

THILANDER, B.; RUBIO, G.; PENA, L.; de MAYORGA C. Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to specified stages of dental development. **The Angle Orthodontist**, v. 72, n. 2, p. 146-154, 2002.

TOMAZ-MORAIS, J.F.; LUCENA. L.B.S.; MOTA, I.A.; PEREIRA, A.K.C.; LUCKWU, B.T.; de CASTRO, R.D. DOS SANTOS, G.A. Temporomandibular disorder is more prevalent among patients with primary headaches in a tertiary outpatient clinic. **Arquivo Neuropsiquiatria**, v.73, n.11, p. 913-917, 2015.

TROELTZSCH, M.; TROELTZSCH, M.; CRONIN, R.J.; BRODINE, A.H.; FRANKENBERGER, R.; MESSLINGER, K. Prevalence and association of headaches, temporomandibular joint disorders, and occlusal interferences. **Journal of Prosthodontics on Dental Implants**, v. 105, n. 6, p. 410-417, jun. 2011.

UEDA, H.M.; MIYAMOTO, K.; SAIFUDDIN, M.; ISHIZUKA, Y.; TANNE, K. Masticatory muscle activity in children and adults with different facial types. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 118, n. 1, p. 63-8, Jul. 2000.

VAN DER MEER, H.A.; SPEKSNIJDER, C.M.; ENGELBERT, R.H.; LOBBEZZO, F.; NIJHUIS-VAN DER SANDEN, M.; VISSCHER, C. The

association between headaches and temporomandibular disorders is confounded by bruxism and somatic symptoms. **Clinical Journal of Pain**, v. 33, p. 835-843, 2017.

VELLY, A.M.; LIST, T.; LOBBEZOO, F. Comorbid pain and psychological conditions in patients with orofacial pain. In: LOBBEZZO, F. **Journal of Orofacial pain: recent advances in assessment, management, and understanding of mechanisms**. Washington, DC. IASP Press, p. 53-73, 2014.

VIANA, J. **Cefaleia tensional e DTM**. Disponível em: <http://fisiosaudeecia.blogspot.com.br/2010_10_01_archive.html>. Acesso em: 08 jan. 2010.

VAN EIJDEN, T.M.; TURKAWSKI, S.J. Morphology and physiology of masticatory muscle motor units. **Critical Reviews in Oral Biology and Medicine**, v. 12, p. 76-91, 2001.

WIDMER, C.; NGUYEN, V.D.; CHIANG, H.; MORRIS-WIMAN, J. Increased vertical dimension effects on masseter muscle fiber phenotype during maturation. **The Angle Orthodontist**, v. 83, p. 57-62, 2013.

WRIGHT, E.F.; CLARK, E.G.; PAUNOVICH, E.D.; HART, R.G. Headache improvement thought TMD stabilization appliance and self-management therapies. **The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice**, v. 24, p. 104-111, 2006.

YANNIKAKIS, S.; ZISSIS, A.; HARRISON, A. The prevalence of temporomandibular disorders among two different denture wearing populations. **European Journal Prosthodontic Restoration Dentistry**, v. 17, p. 35-40, 2009.

ZARB, G.; ECKERT, S.; HOBRINK, J.; JACOB, R. Tratamento protético para pacientes edêntulos. Brasil. 13ed. **Elsevier Ed. Ltda**. p. 480, 2013.

ZISSIS, A.J.; KARKAZIS, H.C.; POLYZOIS, G.L. The prevalence of temporomandibular joint dysfunction among patients wearing complete dentures. **Australian Dental Journal**, v. 33, 4, p. 99-302, 1988.

APÊNDICE I - LISTA DE ILUSTRAÇÕES

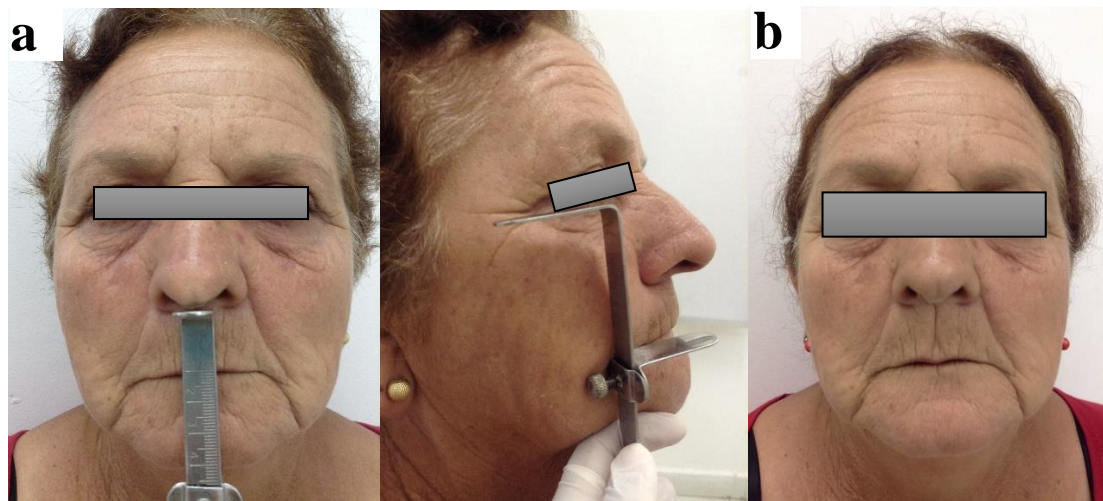


Figura 3: a) Avaliação da DVO, pelo método de Willis; b) Método estético

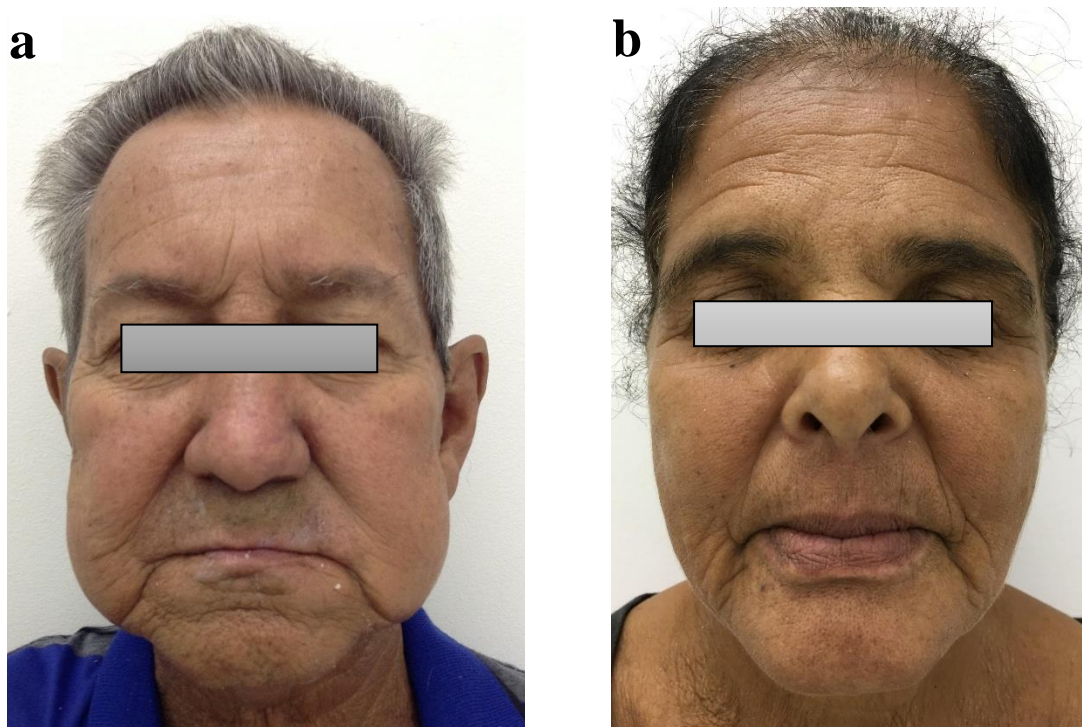


Figura 4: a) Paciente com perda da DVO; b) Paciente sem perda da DVO.

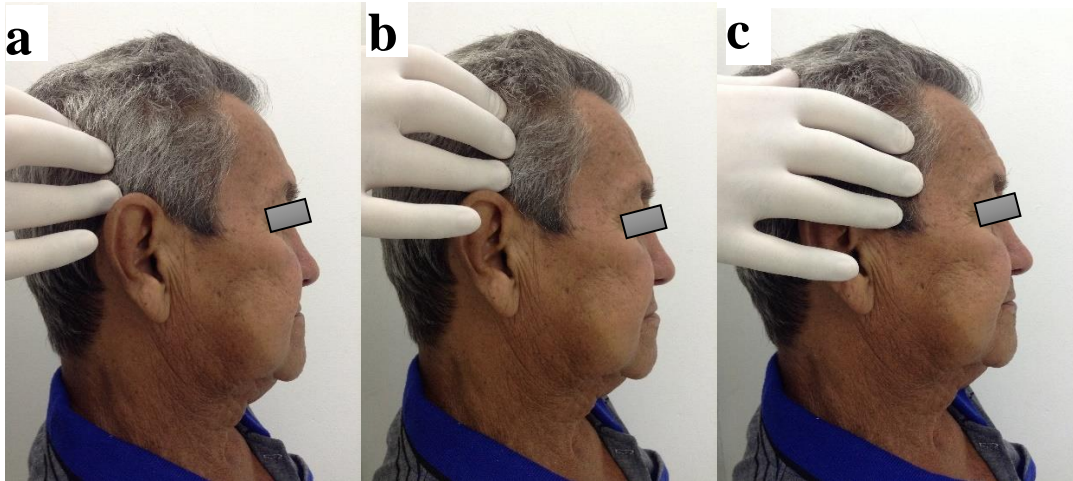


Figura 5: Palpação a) temporal posterior; b) temporal médio; c) temporal anterior.

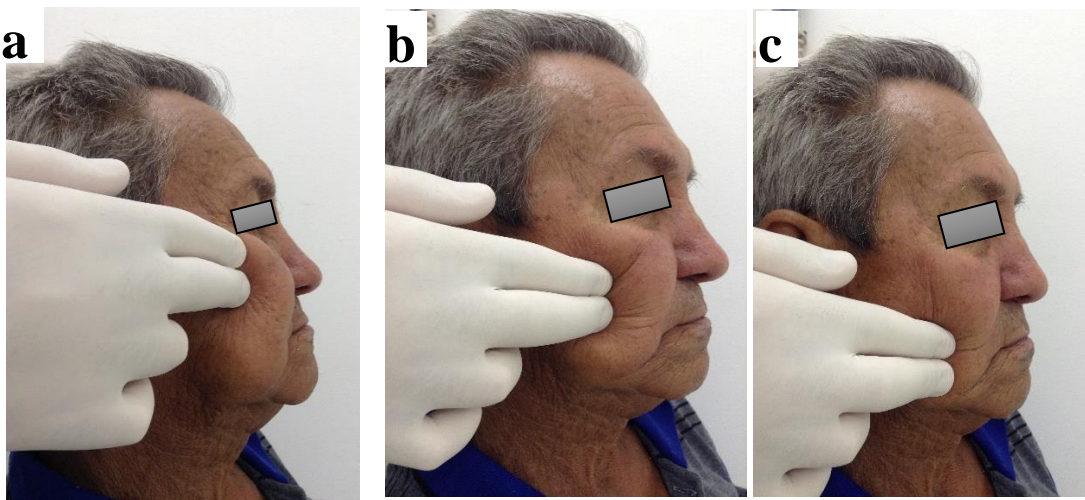


Figura 6: Palpação a) masseter superior; b) masseter médio; c) masseter inferior

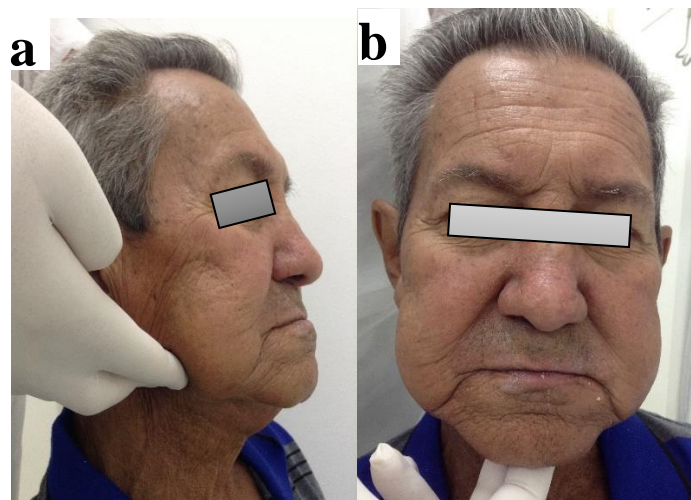


Figura 7: Palpação a) região mandibular posterior; b) região submandibular anterior

APÊNDICE II: REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTINOMINAL

Estimações dos parâmetros

Perda de dimensão vertical ^a	B	Erro r típ.	Wal d	gl	Sig.	Exp (B)	Intervalo de confiança al 95% para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
sem perda DV	Intersección	,454	2,66 2	,029	1	,865		
	[DTM_muscu lar_antes=0]	- ,433	1,62 0	,071	1	,789	,649	,027 15,535
	[DTM_muscu lar_antes=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[Cefaleia_ant es=0]	,823	1,40 6	,343	1	,558	2,27 6	,145 35,779
	[Cefaleia_ant es=1]	,693	1,87 1	,137	1	,711	2,00 0	,051 78,250
	[Cefaleia_ant es=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[DTM_muscu lar_depois=0]	- ,021	1,48 5	,000	1	,989	,979	,053 17,994
	[DTM_muscu lar_depois=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[Cefaleia_de pois=0]	- ,844	1,96 5	,184	1	,668	,430	,009 20,227
	[Cefaleia_de pois=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[Cefaleia_de pois=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.

a. Categoria de referência é: com perda da DV

b. Este parâmetro foi definido como zero porque é redundante.

Resumo do processo dos casos

		N	Porcentaje marginal
Perda de dimensão vertical	sem perda DV	15	50,0%
	com perda DV	15	50,0%
Presença de DTM muscular	sem DTM	28	93,3%
	com DTM	2	6,7%
Tipo de cefaleia	sem cefaleia	22	73,3%
	migranea	3	10,0%
	CTT	5	16,7%
Presença de DTM muscular	0	28	93,3%
	1	2	6,7%
Tipo de cefaleia	0	25	83,3%
	1	3	10,0%
	2	2	6,7%
Válidos		30	100,0%
Perdidos		1	
Total		31	
Subpoblación		7 ^a	

a. A variável dependente tem apenas um valor observado em 2 (28,6%) subpopulações.

TESTE DE MC NEMAR

RESUMO DA PROVA DE HIPÓTESES

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	Las distribuciones de valores diferentes entre Presença de DTM muscular y Presença de DTM muscular tienen las mismas probabilidades.	Prueba McNemar de muestras relacionadas	1,000 ¹	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

¹Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

RESUMO DA PROVA DE HIPÓTESES

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	Las distribuciones de valores diferentes entre presença de cefaleia antes y presença de cefaleia depois tienen las mismas probabilidades.	Prueba McNemar de muestras relacionadas	,250 ¹	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

¹Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

ANEXO I

RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS (RDC/TMD).

Especificações para os Exames de DTM

A. Instruções Gerais para os Exames

- Todos os itens do questionário e do exame devem ser preenchidos, a menos que o indivíduo se recuse ou seja incapaz de colaborar. Neste caso, escreva “SR” (indivíduo se recusou) em letras maiúsculas ao lado do item do exame, e anote o porquê da recusa ou incapacidade.
- Todas as medidas serão conduzidas com os músculos mandibulares em estado passivo, a menos que o exame especifique o contrário. As articulações e músculos não deverão receber carga adicional ou pressão, em nenhum momento.
- Os indivíduos sentarão na cadeira em uma posição aproximada de 90 graus em relação ao examinador.
- Os examinadores usarão luvas durante todo o exame.
- Os indivíduos com próteses removíveis serão examinados com as próteses na boca, exceto quando for necessário avaliar a mucosa e gengiva, e para realizar as palpações intra-orais. Placas intra-orais ou outros aparelhos que não substituam dentes deverão ser removidas para o exame.
- Se o indivíduo tiver barba, colar ou outra barreira física em potencial que possa interferir com a palpação muscular ou articular, indique na ficha.
- Realize os procedimentos na ordem da ficha e registre todas as medidas nos espaços adequados da ficha.

Nota: Como os critérios de diagnóstico para pesquisa (RDC) exige um relato do local da dor, verificados pelo examinador, estes itens (1 e 2) foram transportados do questionário para o exame clínico. Isto permitirá que o examinador confirme o tipo e localização da dor.

B. Exame

- Circule a resposta apropriada. Se o indivíduo indicar dor na linha média registre como “Ambos”.
- Circule a resposta apropriada. Se o relato do indivíduo, quanto ao local da dor, não for claro para o examinador (músculo ou articulação), pressione a área levemente para identificar o sítio anatômico. Por exemplo, se o indivíduo relatar dor na articulação, mas o examinador identificar o local da dor em um músculo, o achado do examinador é que será registrado.

C. Instrução Geral para Palpação Muscular

O exame dos músculos para avaliar sensibilidade necessita que você pressione o local específico utilizando a ponta do dedo indicador e do terceiro dedo com uma pressão padronizada: as palpações serão feitas com 1 kg de pressão para os músculos extra-orais e 0,5 kg de pressão para as articulações e músculos intra-orais. Palpe os músculos utilizando a mão oposta para abraçar a cabeça, obtendo estabilidade. A mandíbula do indivíduo deve estar em repouso, sem contato entre os dentes. Palpe enquanto os músculos estiverem em estado passivo. Se necessário, peça para o paciente apertar os dentes e relaxar para que você possa identificar e garantir que você esteja palpando o local correto do músculo (“Vou pressionar alguns músculos. Gostaria que você apertasse os dentes e relaxasse, e em seguida mantivesse seus dentes levemente existe. Antes de começar a palpação, diga: “Nesta parte do exame, gostaria que me dissesse se sentiu dor ou pressão enquanto eu palpo algumas partes da sua cabeça e face.” Pergunte ao indivíduo para dizer

se a palpação é dolorosa ou se ele/ela sente apenas uma pressão. Se o indivíduo relatar dor, pergunte se é leve, moderada ou severa. Registre qualquer resposta equivocada ou relato de pressão como “Sem Dor”.

Descrição dos Sítios Musculares Extra-orais (pressão digital de 1 kg).

Temporal (Posterior). Palpe as fibras posteriores desde a área de trás das orelhas até acima das orelhas. Peça para o indivíduo apertar os dentes e relaxar para ajudar a identificar o músculo. Percorra os dedos em direção a face do indivíduo (medialmente) até a borda anterior da orelha.

Temporal (Médio). Palpe as fibras na depressão em torno de 4- 5cm lateralmente à borda lateral da sobrancelha.

Temporal (Anterior). Palpe as fibras na fossa infratemporal, imediatamente acima do processo zigomático. Peça para o indivíduo apertar os dentes e relaxar para ajudar a identificar o músculo.

Origem do Masseter. Peça para o indivíduo apertar os dentes e relaxar para você observar o local do masseter. Palpe a origem do músculo começando pela área 1cm à frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, e palpe anteriormente até a borda do músculo.

Corpo do Masseter. Comece logo abaixo do processo zigomático na borda anterior do músculo. Palpe desta região para baixo e para trás em direção ao ângulo da mandíbula em uma região de mais ou menos dois dedos de largura.

Inserção do Masseter. Palpe a área 1cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula.

Região Mandibular Posterior (Estilo-hióideo/Digástrico Posterior) (pressão digital: 0,5 kg). Peça para o indivíduo inclinar a cabeça um pouco para trás. Localize a área entre a inserção do músculo esternocleidomastóideo e a borda posterior da mandíbula. Posicione o dedo em uma direção medial e para cima (e não na mandíbula). Palpe a área imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula.

Região Submandibular (Pterigóideo Medial, Supra-hióideos, Digástrico Anterior) (pressão digital: 0,5 kg). Localize o sítio abaixo da mandíbula em um ponto 2cm anterior ao ângulo da mandíbula. Palpe superiormente, em direção a mandíbula. Se o indivíduo sentir muita dor nesta área, tente determinar se ele/ela está relatando dor muscular ou nodular. Se forem os nódulos, indique na ficha.

Descrição dos Sítios de Palpação Intra-orais Específicos (pressão digital: 0,5 kg).

Explique para o indivíduo que você agora palpará áreas dentro da boca. Peça para o paciente manter a mandíbula em uma posição relaxada.

Área do Pterigóideo Lateral. Antes da palpação, certifique-se que as unhas dos dedos estão curtas para evitar falso-positivo. Peça para o indivíduo abrir a boca e mover a mandíbula para o lado que está sendo examinado. (“Mova a mandíbula em direção a minha mão”). Posicione o dedo indicador na porção lateral do rebordo alveolar acima dos molares superiores do lado direito. Mova o dedo distalmente, para cima, e medialmente para a palpação. Se o dedo indicador for muito grande, use o dedo mínimo.

Tendão do Temporal. Após completar a palpação do pterigoideo lateral, rotacione o dedo indicador lateralmente próximo ao processo coronóide, peça para o indivíduo abrir a boca levemente, e mova seu dedo para cima em direção a borda anterior do processo coronóide. Palpe a porção mais superior do processo. *Nota:* É difícil determinar em alguns indivíduos se eles estão sentindo dor no pterigóideo lateral ou no tendão do temporal. Rotacione e palpe com o dedo indicador medialmente e então lateralmente. Se ainda estiver difícil, o pterigóideo lateral é geralmente o mais sensível dos dois.

CRITÉRIOS de DIAGNÓSTICO em PESQUISA

Condições Clínicas de DTM

O objetivo da classificação proposta nesta seção é de fornecer critérios padronizados para fins de pesquisa, baseados no estágio atual do conhecimento sobre as DTM. É importante enfatizar que os critérios de classificação e os métodos de avaliação foram criados para maximizar a confiabilidade das pesquisas e minimizar a variabilidade nos métodos de exame e no julgamento clínico que possam influenciar o processo de classificação. Sendo assim, os critérios de classificação são para fins de pesquisas clínicas e epidemiológicas. As vantagens e limitações destes critérios para a prática clínica não foram consideradas.

Os seguintes aspectos da classificação proposta são desenhados para aumentar a padronização dos diagnósticos das pesquisas:

- Foi feita uma tentativa de não se utilizar termos suscetíveis a interpretações ambíguas. Palavras como “raramente” ou “frequentemente” foram evitadas.
- Para cada item do exame, especificações detalhadas são fornecidas para a realização dos procedimentos clínicos utilizados para obtenção da medida. Usando as especificações fornecidas, os examinadores (dentistas ou THD) podem ser calibrados a níveis confiáveis para obtenção de cada medida.
- Os critérios têm sido testados para confirmação de sua consistência interna e lógica através de sua aplicação a bases de dados de exames e entrevistas já existentes com milhares de casos e controles de DTM.

Diagnósticos muscular

Este sistema de diagnóstico não é abrangente; ainda existe uma falta de informação quanto à confiabilidade dos critérios e métodos de avaliação para que desordens mais raras possam ser incluídas com o intuito de se desenvolver um sistema de classificação mais abrangente. Ao invés disso, os participantes concordaram que um sistema de classificação padronizado para as DTM mais comuns deveria ser a prioridade neste momento.

Dor Miofascial: Dor de origem muscular, incluindo uma reclamação de dor, assim como dor associada a áreas localizadas sensíveis a palpação do músculo.

1. Relato de dor na mandíbula, têmporas, face, área pré-auricular, ou dentro da orelha em repouso ou durante a função (Q3); mais 2. Dor relatada pelo indivíduo em resposta a palpação de três ou mais dos 20 sítios musculares seguintes (os lados esquerdo e direito contam como sítios separados para cada músculo): temporal posterior, temporal médio, temporal anterior, origem do masseter, corpo do masseter, inserção do masseter, região posterior de mandíbula, região submandibular, área do pterigóideo lateral e tendão do temporal. Pelo menos um dos sítios deve estar no mesmo lado da queixa de dor. **(E 1, 8, 10).**

**Critérios de Diagnóstico para Pesquisa das Desordens
Temporomandibulares
RDC / DTM**

**Editado por
Francisco J. Pereira Jr. – DDS, MS, PhD**

**Colaboradores
Kimberly H. Huggins – RDH, BS
Samuel F. Dworkin – DDS, PhD
Richard Ohrbach – DDS, PhD**

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
Edited by: Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD
(see language translation at website: RDC-TMDinternational.org)

**Back-translation
Eduardo Favilla, DDS**

Revised April 8, 2009

Contents of this document:

1. Patient History Questionnaire	✓
2. RDC-TMD Clinical Examination Form	✓
3. Clinical Examination Specifications	✓
4. Verbal Instructions for Examiner	
5. Axis I Diagnostic Criteria	✓
6. Axis II: Disability & Psychological Status	
-Scoring Graded Chronic Pain	✓
-Scoring the Distress Scale Items	✓
-Addendum: Age-Sex Adjusted Norms for Distress Scale Items	
7. Summary of Patient Results	✓



RDC - TMD

Research Diagnostic Criteria for
Temporomandibular Disorders

Português – BRASIL

Nome	Prontuário / Matrícula n°	RDC n°
Examinador	Data ____/____/____	

HISTÓRIA - QUESTIONÁRIO

Por favor, leia cada pergunta e marque somente a resposta que achar mais correta.

1. Como você classifica sua saúde em geral?

- 1 Excelente
- 2 Muito boa
- 3 Boa
- 4 Razoável
- 5 Ruim

2. Como você classifica a saúde da sua boca?

- 1 Excelente
- 2 Muito boa
- 3 Boa
- 4 Razoável
- 5 Ruim

3. Você sentiu dor na face, em locais como na região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido, nas últimas 4 semanas?

- 0 Não
- 1 Sim

[Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 14.a**]

[Se a sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta**]

4. Há quanto tempo a sua dor na face começou pela primeira vez?

[Se começou **há um ano ou mais**, responda a **pergunta 4.a**]

[Se começou **há menos de um ano**, responda a **pergunta 4.b**]

4.a. Há quantos anos a sua dor na face começou pela primeira vez?

Ano(s)

4.b. Há quantos meses a sua dor na face começou pela primeira vez?

Mês(es)

5. A dor na face ocorre?

- 1 O tempo todo
- 2 Aparece e desaparece
- 3 Ocorreu somente uma vez

6. Você já procurou algum profissional de saúde (médico, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, etc.) para tratar a sua dor na face?

- 1 Não
- 2 Sim, nos últimos seis meses.
- 3 Sim, há mais de seis meses.

7. Em uma escala de 0 a 10, se você tivesse que dar uma nota para sua dor na face agora, NESTE EXATO MOMENTO, que nota você daria, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?

NENHUMA DOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A PIOR DOR POSSÍVEL

8. Pense na pior dor na face que você já sentiu nos últimos seis meses, dê uma nota pra ela de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?

NENHUMA DOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A PIOR DOR POSSÍVEL

9. Pense em todas as dores na face que você já sentiu nos últimos seis meses, qual o valor médio você daria para essas dores, utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma dor” e 10 é “a pior dor possível”?

NENHUMA DOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 A PIOR DOR POSSÍVEL

10. Aproximadamente quantos dias nos últimos seis meses você esteve afastado de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviço doméstico, devido a sua dor na face?

Dias

11. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face interferiu nas suas atividades diárias utilizando uma escala de 0 a 10, onde 0 é “nenhuma interferência” e 10 é “incapaz de realizar qualquer atividade”?

NENHUMA INTERFERÊNCIA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 INCAPAZ DE REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE

12. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares, onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?

NENHUMA MUDANÇA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MUDANÇA EXTREMA

13. Nos últimos seis meses, o quanto esta dor na face mudou a sua capacidade de trabalhar (incluindo serviços domésticos) onde 0 é “nenhuma mudança” e 10 é “mudança extrema”?

NENHUMA MUDANÇA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MUDANÇA EXTREMA

14.a. Alguma vez sua mandíbula (boca) já ficou travada de forma que você não conseguiu abrir totalmente a boca?

0 Não

1 Sim

[Se você **nunca** teve travamento da mandíbula, PULE para a pergunta 15.a]

[Se **já teve** travamento da mandíbula, PASSE para a próxima pergunta]

14.b. Este travamento da mandíbula (boca) foi grave a ponto de interferir com a sua capacidade de mastigar?

0 Não

1 Sim

15.a. Você ouve estalos quando mastiga, abre ou fecha a boca?

0 Não

1 Sim

15.b. Quando você mastiga, abre ou fecha a boca, você ouve um barulho (rangido) na frente do ouvido como se fosse osso contra osso?

0 Não

1 Sim

15.c. Você já percebeu ou alguém falou que você range (ringi) ou aperta os seus dentes quando está dormindo?

0 Não

1 Sim

15.d. Durante o dia, você range (ringi) ou aperta os seus dentes?

0 Não

1 Sim

15.e. Você sente a sua mandíbula (boca) “cansada” ou dolorida quando você acorda pela manhã?

0 Não

1 Sim

15.f. Você ouve apitos ou zumbidos nos seus ouvidos?

0 Não

1 Sim

15.g. Você sente que a forma como os seus dentes se encostam é desconfortável ou diferente/ estranha?

0 Não

1 Sim

16.a. Você tem artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta muitas articulações (juntas) do seu corpo?

0 Não

1 Sim

16.b. Você sabe se alguém na sua família, isto é seus avós, pais, irmãos, etc. já teve artrite reumatóide, lúpus, ou qualquer outra doença que afeta várias articulações (juntas) do corpo?

0 Não

1 Sim

16.c. Você já teve ou tem alguma articulação (junta) que fica dolorida ou incha sem ser a articulação (junta) perto do ouvido (ATM)?

0 Não

1 Sim

[Se você **não** teve dor ou inchaço, PULE para a **pergunta 17.a.**]

[Se você **já** teve, dor ou inchaço, PASSE para a **próxima pergunta**]

16.d. A dor ou inchaço que você sente nessa articulação (junta) apareceu várias vezes nos últimos 12 meses (1 ano)?

0 Não

1 Sim

17.a. Você teve recentemente alguma pancada ou trauma na face ou na mandíbula (queixo)?

0 Não

1 Sim

[Se sua resposta foi **não**, PULE para a **pergunta 18**]

[Se sua resposta foi **sim**, PASSE para a **próxima pergunta**]

17.b. A sua dor na face (em locais como a região das bochechas (maxilares), nos lados da cabeça, na frente do ouvido ou no ouvido) já existia antes da pancada ou trauma?

0 Não

1 Sim

18. Durante os últimos seis meses você tem tido problemas de dor de cabeça ou enxaquecas?

0 Não

1 Sim

19. Quais atividades a sua dor na face ou problema na mandíbula (queixo), impedem, limitam ou prejudicam?

	NÃO	SIM
a. Mastigar	0	1
b. Beber (tomar líquidos)	0	1
c. Fazer exercícios físicos ou ginástica	0	1
d. Comer alimentos duros	0	1
e. Comer alimentos moles	0	1
f. Sorrir/gargalhar	0	1
g. Atividade sexual	0	1
h. Limpar os dentes ou a face	0	1
i. Bocejar	0	1
j. Engolir	0	1
k. Conversar	0	1
l. Ficar com o rosto normal: sem a aparência de dor ou triste	0	1

20. Nas últimas quatro semanas, o quanto você tem estado angustiado ou preocupado:

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
a. Por sentir dores de cabeça	0	1	2	3	4
b. Pela perda de interesse ou prazer sexual	0	1	2	3	4
c. Por ter fraqueza ou tontura	0	1	2	3	4
d. Por sentir dor ou "aperto" no peito ou coração	0	1	2	3	4
e. Pela sensação de falta de energia ou lentidão	0	1	2	3	4
f. Por ter pensamentos sobre morte ou relacionados ao ato de morrer	0	1	2	3	4
g. Por ter falta de apetite	0	1	2	3	4
h. Por chorar facilmente	0	1	2	3	4
i. Por se culpar pelas coisas que acontecem ao seu redor	0	1	2	3	4
j. Por sentir dores na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
k. Por se sentir só	0	1	2	3	4
l. Por se sentir triste	0	1	2	3	4
m. Por se preocupar muito com as coisas	0	1	2	3	4
n. Por não sentir interesse pelas coisas	0	1	2	3	4
o. Por ter enjôo ou problemas no estômago	0	1	2	3	4
p. Por ter músculos doloridos	0	1	2	3	4
q. Por ter dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
r. Por ter dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
s. Por sentir de vez em quando calor ou frio	0	1	2	3	4
t. Por sentir dormência ou formigamento em partes do corpo	0	1	2	3	4
u. Por sentir um "nó na garganta"	0	1	2	3	4
v. Por se sentir desanimado sobre o futuro	0	1	2	3	4
w. Por se sentir fraco em partes do corpo	0	1	2	3	4
x. Pela sensação de peso nos braços ou pernas	0	1	2	3	4
y. Por ter pensamentos sobre acabar com a sua vida	0	1	2	3	4
z. Por comer demais	0	1	2	3	4
aa. Por acordar de madrugada	0	1	2	3	4
bb. Por ter sono agitado ou perturbado	0	1	2	3	4
cc. Pela sensação de que tudo é um esforço/sacrifício	0	1	2	3	4
dd. Por se sentir inútil	0	1	2	3	4
ee. Pela sensação de ser enganado ou iludido	0	1	2	3	4
ff. Por ter sentimentos de culpa	0	1	2	3	4

21. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a sua saúde de uma forma geral?

- 1 Excelente
- 2 Muito bom
- 3 Bom
- 4 Razoável
- 5 Ruim

22. Como você classificaria os cuidados que tem tomado com a saúde da sua boca?

- 1 Excelente
- 2 Muito bom
- 3 Bom
- 4 Razoável
- 5 Ruim

23. Qual a data do seu nascimento?

Dia Mês Ano

24. Qual seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

25. Qual a sua cor ou raça?

- 1 Aleútas, Esquimó ou Índio Americano
- 2 Asiático ou Insulano Pacífico
- 3 Preta
- 4 Branca
- 5 Outra [Se sua resposta foi **outra**, PASSE para as **próximas alternativas** sobre sua cor ou raça]
- 6 Parda
- 7 Amarela
- 8 Indígena

26. Qual a sua origem ou de seus familiares?

- 1 Porto Riquenho
- 2 Cubano
- 3 Mexicano
- 4 Mexicano Americano
- 5 Chicano
- 6 Outro Latino Americano
- 7 Outro Espanhol
- 8 Nenhuma acima [Se sua resposta foi **nenhuma acima**, PASSE para as **próximas alternativas** sobre sua origem ou de seus familiares]
- 9 Índio
- 10 Português
- 11 Francês
- 12 Holandês
- 13 Espanhol
- 14 Africano
- 15 Italiano
- 16 Japonês
- 17 Alemão
- 18 Árabe
- 19 Outra, favor especificar
- 20 Não sabe especificar

27. Até que ano da escola / faculdade você freqüentou?

Nunca freqüentei a escola		0
Ensino fundamental (primário)	1ª Série	1
	2ª Série	2
	3ª Série	3
	4ª Série	4
Ensino fundamental (ginásio)	5ª Série	5
	6ª Série	6
	7ª Série	7
	8ª Série	8
Ensino médio (científico)	1ºano	9
	2ºano	10
	3ºano	11
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	1ºano	12
	2ºano	13
	3ºano	14
	4ºano	15
	5ºano	16
	6ºano	17

28a. Durante as 2 últimas semanas, você trabalhou no emprego ou em negócio pago ou não (não incluindo trabalho em casa)?

0 Não

1 Sim

[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**]

[Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]

28b. Embora você não tenha trabalhado nas duas últimas semanas, você tinha um emprego ou negócio?

0 Não

1 Sim

[Se a sua resposta foi **sim**, PULE para a **pergunta 29**]

[Se a sua resposta foi **não**, PASSE para a **próxima pergunta**]

28c. Você estava procurando emprego ou afastado temporariamente do trabalho, durante as 2 últimas semanas?

1 Sim, procurando emprego

2 Sim, afastado temporariamente do trabalho

3 Sim, os dois, procurando emprego e afastado temporariamente do trabalho

4 Não

29. Qual o seu estado civil?

1 Casado (a) esposa (o) morando na mesma casa

2 Casado (a) esposa (o) não morando na mesma casa

3 Viúvo (a)

4 Divorciado (a)

5 Separado (a)

6 Nunca casei

7 Morando junto

EXAME CLÍNICO

1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?

- 0 Nenhum
 1 Direito
 2 Esquerdo
 3 Ambos

2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?

Direito	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 1 Articulação
<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 2 Músculos
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos

3. Padrão de abertura:

- 0 Reto
 1 Desvio lateral direito (não corrigido)
 2 Desvio lateral direito corrigido ("S")
 3 Desvio lateral esquerdo (não corrigido)
 4 Desvio lateral esquerdo corrigido ("S")
 5 Outro tipo _____
(Especifique)

4. Extensão de movimento vertical

Incisivo superior utilizado 11 21

a. Abertura sem auxílio sem dor mm

b. Abertura máxima sem auxílio mm

Dor Muscular	Dor Articular
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos

c. Abertura máxima com auxílio mm

Dor Muscular	Dor Articular
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos

d. Trespasse incisal vertical mm

5. Ruídos articulares (palpação)

a. abertura

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 0	Nenhum
<input type="checkbox"/> 1	Estalido	<input type="checkbox"/> 1	Estalido
<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira
<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina	<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina
<input type="text"/> <input type="text"/> mm		<input type="text"/> <input type="text"/> mm	
<i>(Medida do estalido na abertura)</i>			

b. Fechamento

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhum	<input type="checkbox"/> 0	Nenhum
<input type="checkbox"/> 1	Estalido	<input type="checkbox"/> 1	Estalido
<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira	<input type="checkbox"/> 2	Crepitação grosseira
<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina	<input type="checkbox"/> 3	Crepitação fina
<input type="text"/> <input type="text"/> mm		<input type="text"/> <input type="text"/> mm	
<i>(Medida do estalido no fechamento)</i>			

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

Direito		Esquerdo	
<input type="checkbox"/> 0	Não	<input type="checkbox"/> 0	Não
<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 1	Sim
<input type="checkbox"/> 8	NA	<input type="checkbox"/> 8	NA
<i>(NA: Nenhuma das opções acima)</i>			

6. Excursões

a. Excursão lateral direita mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 1	Direito
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos

b. Excursão lateral esquerda mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 1	Direito
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos

c. Protrusão mm

Dor Muscular		Dor Articular	
<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0	Nenhuma
<input type="checkbox"/> 1	Direito	<input type="checkbox"/> 1	Direito
<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2	Esquerdo
<input type="checkbox"/> 3	Ambos	<input type="checkbox"/> 3	Ambos

d. Desvio de linha média mm

1 Direito

2 Esquerdo

8 NA

(NA: Nenhuma das opções acima)

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina
7.a Excursão Direita	0	1	2	3
7.b Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.c Protrusão	0	1	2	3

Ruídos esquerdo

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina
7.d Excursão Direita	0	1	2	3
7.e Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.f Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpações de acordo com a escala abaixo. Marque o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpações direita e esquerda.

0 = Somente pressão (sem dor)

1 = dor leve

2 = dor moderada

3 = dor severa

8. Dor muscular extraoral com palpação	Direita				Esquerda			
a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)."	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)."	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Região submandibular (ptergóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) "abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Dor articular com palpação								
a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.) "Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)."	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Dor muscular intraoral com palpação								
a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) "Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)."	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)."	0	1	2	3	0	1	2	3

Especificações para os Exames de DTM

A. Instruções Gerais para os Exames

1. Todos os itens do questionário e do exame devem ser preenchidos, a menos que o indivíduo se recuse ou seja incapaz de colaborar. Neste caso, escreva “SR” (indivíduo se recusou) em letras maiúsculas ao lado do item do exame, e anote o porquê da recusa ou incapacidade.
2. Todas as medidas serão conduzidas com os músculos mandibulares em estado passivo, a menos que o exame especifique o contrário. As articulações e músculos não deverão receber carga adicional ou pressão, em nenhum momento.
3. Todos os registros milimétricos serão feitos com um ou dois dígitos. Se a medida só tiver um dígito, coloque 0 antes. Se uma medida estiver entre duas marcas milimétricas, registre o valor mais baixo.
4. Os indivíduos sentarão na cadeira em uma posição aproximada de 90 graus em relação ao examinador.
5. Os examinadores usarão luvas durante todo o exame.
6. Os indivíduos com próteses removíveis serão examinados com as próteses na boca, exceto quando for necessário avaliar a mucosa e gengiva, e para realizar as palpações intra-orais. Placas intra-orais ou outros aparelhos que não substituam dentes deverão ser removidas para o exame.
7. Se o indivíduo tiver barba, colar ou outra barreira física em potencial que possa interferir com a palpação muscular ou articular, indique na ficha.
8. Realize os procedimentos na ordem da ficha e registre todas as medidas nos espaços adequados da ficha.
9. Os itens 4.d, Overbite, e 6.d, Desvio de linha média são incluídos para que as correções das medidas dos itens 4 e 6, respectivamente, possam ser feitas para se determinar os valores reais de abertura e das excursões. Para os itens 4.a a 4.c, o valor de overbite (4.d) deve ser somado às medidas para se determinar o valor real de abertura. Para os itens 6.a e 6.b, se o desvio de linha média (6.d) for maior do que 0, esta medida deverá ser acrescida a um lado da excursão lateral e subtraída do outro lado.

[Nota do tradutor: o desvio de linha média tem de ser registrado com os dentes ocluídos em máxima intercuspidação habitual (MIH). Portanto, não confundir com desvio de abertura.]

Por exemplo: Se um indivíduo tiver um desvio de 2 mm para a direita, subtraia 2 mm do valor para a excursão lateral para a direita, e some 2 mm ao valor da excursão lateral para a esquerda.

[Nota do Tradutor: Itens 4a a 4c: anotar apenas a distância interincisal neste momento, não levando o overbite em consideração. Itens 6a e 6b: medir a distância do nicho labioincisal entre os incisivos centrais superiores até o nicho labioincisal entre os incisivos centrais inferiores não se importando com o desvio de linha média em MIH, neste momento. Sendo assim, os itens 4a a 4c e 6a e 6b devem ser registrados na ficha sem os descontos respectivos de overbite e desvio de linha média. Os valores de overbite e desvio de linha média deverão ser registrados nos itens 4d e 6d, respectivamente, e serão somados/subtraídos somente nas páginas dos algoritmos para o correto fechamento dos diagnósticos.]

Nota: Como os critérios de diagnóstico para pesquisa (RDC) exige um auto-relato do local da dor, verificados pelo examinador, estes itens (1 e 2) foram transportados do questionário para o exame clínico. Isto permitirá que o examinador confirme o tipo e localização da dor.

B. Exame

1. Circule a resposta apropriada. Se o indivíduo indicar dor na linha média registre como “Ambos”.
2. Circule a resposta apropriada. Se o relato do indivíduo, quanto ao local da dor, não for claro para o examinador (músculo ou articulação), pressione a área levemente para identificar o sítio anatômico. Por exemplo, se o indivíduo relatar dor na articulação, mas o examinador identificar o local da dor em um músculo, o achado do examinador é que será registrado.
3. Padrão de Abertura. Instrução Geral: Peça para o indivíduo posicionar a mandíbula em uma posição de conforto (“Posicione sua boca em uma posição confortável, com os dentes levemente em contato.”). Posicione seu polegar logo abaixo do lábio inferior do indivíduo de maneira a revelar os dentes inferiores. Isto irá facilitar a observação do desvio da linha média. Peça para o indivíduo abrir a boca o máximo possível, mesmo que ele/ela sinta dor (“Abra sua boca o máximo que você puder, mesmo que seja um pouco doloroso”). Se o grau de desvio não for claro, use uma régua milimetrada em posição vertical entre os nichos dos incisivos superiores e inferiores (ou marque o incisivo inferior se as linhas médias não se corresponderem), como um guia. Peça para o indivíduo abrir três vezes. Se o indivíduo exibir mais de um padrão de abertura, peça que ele repita as três aberturas e registre de acordo com os seguintes critérios (*nota:* será avaliado somente o padrão de abertura):
 - a. *Reto:* Se não houver desvio perceptível durante a abertura.
 - b. *Desvio Lateral para a esquerda ou direita:* Para os desvios que são perceptíveis visualmente para um lado na abertura máxima, registre o lado para o qual o desvio ocorre.
 - c. *Desvio corrigido (desvio em “S”):* O indivíduo apresenta um desvio perceptível para a direita ou esquerda, que é corrigido para a linha média antes ou ao alcançar a abertura máxima sem auxílio.
 - d. *Outro:* O indivíduo apresenta uma abertura em solavancos (não é suave ou contínua) ou tem uma abertura diferente das fornecidas; indique na ficha esta ocorrência e o tipo de desvio. Se o indivíduo apresentar mais de um padrão de abertura, use esta categoria e escreva “mais de um”.
4. *Extensão vertical de movimento mandibular.* Se o indivíduo estiver usando uma prótese e esta estiver solta, aperte-a contra o rebordo antes de iniciar todas as medidas de abertura.
 - a. *Abertura sem auxílio sem dor*
 - i. *Obtendo a medida.* Peça para o indivíduo posicionar a mandíbula em uma posição confortável. (“Coloque a

sua boca em uma posição de conforto.”) Peça para o paciente abrir a boca o máximo possível (sem auxílio), sem sentir dor. (“Eu gostaria que você abrisse a boca o máximo possível, mas sem provocar dor.”) Posicione a ponta da régua milimetrada na incisal do incisivo central superior que estiver mais vertical e meça verticalmente até a incisal do incisivo inferior oposto; registre esta medida. Indique na ficha qual incisivo superior foi utilizado. Se o indivíduo não abriu pelo menos 30 mm, repita a abertura para confirmar que o paciente compreendeu a instrução. Se a segunda abertura não ultrapassar 30 mm, registre a medida.

b. Abertura máxima sem auxílio

i. *Obtendo a medida.* Peça para o indivíduo posicionar a mandíbula em uma posição confortável. Então peça para o indivíduo abrir a boca o máximo possível, mesmo que ele/ela sinta dor (“Gostaria que você abrisse a boca o máximo possível, mesmo que seja um pouco desconfortável”). Posicione a ponta da régua milimetrada na incisal do incisivo central superior que estiver mais vertical e meça verticalmente até a incisal do incisivo inferior oposto; registre esta medida.

ii. *Dor.* Pergunte para o indivíduo se ele/ela sentiu dor na abertura máxima sem auxílio (“Quando você abriu a boca desta vez, sentiu alguma dor?”). Registre se houve dor e a sua localização. A anotação se dá de duas maneiras: pelo lado esquerdo ou direito, e mais especificamente se a dor foi ou não na articulação. Dois registros são necessários nos itens 4.b e 4.c para avaliar a dor: registre o lado da dor como “nenhum” (0), “direito” (1), “esquerdo” (2), ou “ambos” (3). Também registre a dor na articulação como “presente” (1) ou “ausente” (0). Se o indivíduo não sentir dor, circule “NA” (9) para o local. Se ele/ela indicar pressão ou tensão, registre como “nenhum”.

c. Abertura máxima com auxílio

i. *Obtendo a medida.* Peça para o indivíduo posicionar a mandíbula em uma posição confortável. Peça para o indivíduo abrir a boca o máximo possível, mesmo que ele/ela sinta dor. Depois que o indivíduo abrir a boca, posicione seu polegar nos incisivos centrais superiores do indivíduo, e cruze seu dedo indicador em direção aos incisivos centrais inferiores do indivíduo. Nesta posição você terá a ação de alavanca necessária para forçar a abertura de boca do indivíduo. Use pressão moderada, mas não force uma abertura muito exagerada (“Estou

checando para ver se consigo abrir mais a boca e irei parar se você levantar a mão”). Meça verticalmente da incisal do mesmo incisivo central superior usado antes até a incisal do incisivo inferior com a régua milimetrada; registre a medida.

ii. *Dor*. Registre se o indivíduo sentiu dor e a sua localização (“Você sentiu dor enquanto eu tentei abrir mais a sua boca com meus dedos?”). Registre o local da dor como na abertura máxima sem auxílio. Se o indivíduo relatar pressão ou tensão, registre como “Sem dor”.

d. *Overbite*. Peça para o paciente ocluir os dentes completamente. Com uma caneta ou a unha, marque a linha onde a incisal do mesmo incisivo central superior utilizado antes transpassa o incisivo inferior. Meça a distância da incisal do incisivo inferior até a linha demarcada e registre a medida.

5. *Ruídos da ATM na palpação para extensão vertical de movimento.*

Instruções Gerais: Os indivíduos indicarão a presença ou ausência de ruídos; se presente, os examinadores registrarão o tipo de ruído. Posicione o dedo indicador esquerdo sobre a ATM direita do paciente e o dedo indicador direito sobre a ATM esquerda do paciente (área pré-auricular).

A polpa do dedo direito é colocada logo à frente do tragus. Peça para que o paciente abra lentamente a boca o máximo possível, mesmo se causar dor. Cada fechamento deverá trazer os dentes para a posição de máxima intercuspidação habitual (MIH). Pergunte ao indivíduo: “Enquanto eu mantiver meus dedos sobre sua articulação, eu gostaria que você abrisse sua boca o máximo que você pudesse e, então, fechasse vagarosamente até que seus dentes oclussem por completo.” Peça para o paciente abrir e fechar três vezes. Registre a ação/ruído que a articulação produzir na abertura e fechamento conforme detectada durante a palpação e como definido abaixo.

a. *Definição dos ruídos*

0= *Nenhum*

1= *Estalido*. Um ruído distinto, de duração rápida e muito limitada, com começo e final nítidos, que geralmente soa como um “estalido”. Circule este item somente se o estalido for reproduzível em duas de três aberturas/fechamentos.

2= *Crepitação grosseira*. Um ruído contínuo, por um longo período durante o movimento. Não é rápido como um estalo; o ruído pode produzir barulhos contínuos e simultâneos. Não é um ruído abafado; é um ruído de osso esfregando em osso ou pedra contra pedra.

3= *Crepitação fina*. Um rangido fino que é contínuo por um longo período durante o movimento de abertura ou fechamento. Não é breve como um estalido; este ruído pode ser composto de vários

barulhos simultâneos. Pode ser descrito como um ruído de algo se esfregando contra uma superfície áspera.

b. *Pontuação dos ruídos.* Enquanto que muitos dos seguintes tipos de ruídos não sejam pertinentes para os critérios diagnósticos específicos, esta exaustiva lista de definições é fornecida para melhor delinear como os tipos de ruídos necessários para RDC podem diferir de outros sons.

- i. *Estalo reproduzível na abertura.* Se durante a abertura e fechamento em MIH for observado um estalo em dois de três movimentos de abertura, registre positivo para estalo na abertura.
- ii. *Estalo reproduzível no fechamento.* Um estalo presente em dois de três movimentos de fechamento mandibular.
- iii. *Estalo recíproco reproduzível.* Este ruído é determinado pela medida milimétrica dos estalos na abertura e fechamento e da eliminação de ambos os estalos quando o indivíduo abre e fecha a partir de uma posição protruída. Com a régua milimetrada, meça a distância interincisal de quando os primeiros estalos de abertura e fechamento são escutados. Meça da borda incisal do incisivo central superior, já identificado no item 4, até a borda incisal do incisivo inferior oposto. Se o estalo cessar e, por isso, não puder ser medido, deixe os espaços da ficha em branco. [*Nota do tradutor: isto é, na ausência de estalo, as lacunas de preenchimento dos itens 5a e 5b permanecem em branco*] (A análise computadorizada irá indicar que este não é um estalido recíproco; mesmo que o estalido *estivesse* presente, ele não *continuou* presente.) Avalie a eliminação dos estalos na abertura protrusiva pedindo para que o indivíduo primeiro protrua a mandíbula ao máximo. Em seguida, peça para que o indivíduo abra e feche desta posição mandibular protruída. Os estalos de abertura e fechamento serão naturalmente eliminados. Circule “Sim” (1) se durante abertura e fechamento o estalo puder ser eliminado na posição mais protruída ou mais anterior da mandíbula. Se o estalo não for eliminado, circule “Não” (0). Se o indivíduo não apresentar estalos reproduzíveis na abertura ou fechamento, circule “NA”.
- iv. *Estalo não-reproduzível* (não registre). Um estalo não-reproduzível está presente se o ruído só é demonstrado periodicamente durante abertura ou fechamento; não pode ser reproduzido em pelo menos dois de três movimentos inteiros. Mais de um ruído pode ser circulado para abertura (a), fechamento (b). Se o item Nenhum (0), for circulado, nenhuma outra resposta poderá ser circulada.

6. *Movimentos Mandibulares Excursivos.*

a. *Excursão Lateral Direita*

- i. *Obtendo as medidas.* Peça para o indivíduo abrir um pouco a boca e mover a mandíbula o máximo possível para a direita, mesmo se for desconfortável. Se necessário, repetir o movimento. (*Exemplo:* “mova sua mandíbula o máximo para a direita, mesmo que seja desconfortável, e retorne com a sua mandíbula para a posição normal. Mova sua mandíbula novamente para o lado direito.”) Com os dentes levemente separados, use uma régua milimetrada para medir do nicho labioincisal entre os incisivos centrais superiores até o nicho labioincisal entre os incisivos centrais inferiores; registre a medida.
- ii. *Dor.* Pergunte ao indivíduo se ele/ela sentiu dor. Registre se o indivíduo sentiu dor e o seu local. A localização é registrada de duas maneiras: lado esquerdo e/ou direito, e especificamente se sentiu dor na articulação. Dois registros são necessários para os itens 6.a ao 6.c para avaliar a dor: registre o lado da dor como “nenhum” (0), “direito” (1), “esquerdo” (2), ou “ambos” (3). Também registre se a dor está presente (1) ou ausente (0). Se o indivíduo não sentir dor, circule “NA” (9). (“Você sentiu dor quando moveu a mandíbula para o lado?”) Se o indivíduo relatar pressão ou tensão registre como “Nenhum”.

b. *Excursão Lateral Esquerda*

- i. *Obtendo a Medida.* Peça para o indivíduo mover a mandíbula o máximo possível para o lado esquerdo. (“Agora eu gostaria que você movimentasse a mandíbula o máximo possível para o outro lado e retornasse a posição normal.”) Registre esta medida da mesma maneira como para a excursão lateral direita.
- ii. *Dor.* Pergunte ao indivíduo se ele/ela sentiu dor e o seu local. (“Você sentiu dor quando moveu a mandíbula para o lado?”) Registre os locais de dor como na excursão lateral direita. Se o indivíduo relatar pressão ou tensão, registre como “Nenhum”.

c. *Protrusão*

- a. *Obtendo a Medida.* Peça para o indivíduo abrir um pouco a boca e protruir a mandíbula. (“Deslize a sua mandíbula para frente o máximo possível, mesmo que seja desconfortável.”) Se o paciente tem um trespasse vertical exagerado, peça a ele/ela para abrir ainda mais de forma que ele/ela faça protrusão sem interferência dos incisivos superiores.

- ii. *Dor.* Pergunte ao indivíduo se ele/ela sentiu dor. Registre se o indivíduo sentiu dor e o local. (“Você sentiu dor quando movimentou sua mandíbula para frente?”). Registre os locais de dor conforme durante a excursão lateral direita. Se o indivíduo relatar pressão ou tensão, registre como “Nenhum”.
 - d. *Desvio de Linha Média.* Se os nichos entre os incisivos centrais superiores e inferiores não estiverem alinhados verticalmente, determine a diferença horizontal entre os dois enquanto o indivíduo estiver em MIH. Meça em milímetros à distância do nicho inferior para o nicho superior e em qual lado o nicho inferior está localizado. Se o desvio de linha média for menor do que 1mm, ou não houver desvio, registre “00”.
7. *Ruídos da ATM a Palpação Durante Excursão Lateral e Protrusão.* Peça para o indivíduo mover a mandíbula para a direita, esquerda e para frente (ver item 6).
- a. *Definição dos Ruídos.* Ver item 5
 - b. *Pontuação dos Estalidos.*
 - i. *Estalido Laterotrusivo ou Protrusivo Reproduzível.* Ocorre quando a ATM estala em dois a cada três movimentos laterais ou protrusivos da mandíbula respectivamente.
 - ii. *Estalido Laterotrusivo ou Protrusivo Não-reproduzível.* Um estalido não-reproduzível está presente quando este ocorre somente periodicamente durante os movimentos laterotrusivos ou protrusivos, mas não podem ser reproduzidos em pelo menos dois de três movimentos. Não registrar.

C. Instrução Geral para Palpação Muscular e Articular

1. O exame dos músculos e cápsulas articulares para avaliar sensibilidade necessita que você pressione o local específico utilizando a ponta do dedo indicador e do terceiro dedo com uma pressão padronizada: as palpações serão feitas com 1 kg de pressão para os músculos extra-orais e 0,5 kg de pressão para as articulações e músculos intra-orais. Palpe os músculos utilizando a mão oposta para abraçar a cabeça, obtendo estabilidade. A mandíbula do indivíduo deve estar em repouso, sem contato entre os dentes. Palpe enquanto os músculos estiverem em estado passivo. Se necessário, peça para o paciente apertar os dentes e relaxar para que você possa identificar e garantir que você esteja palpando o local correto do músculo (“Vou pressionar alguns músculos. Gostaria que você apertasse os dentes e relaxasse, e em seguida mantivesse seus dentes levemente afastados”.) Primeiro localize o sítio de palpação usando os guias descritos e pressione. Como o local de sensibilidade máxima pode variar de indivíduo para indivíduo e é localizado, é importante que você pressione várias áreas de uma região específica para determinar se a sensibilidade

existe. Antes de começar a palpação, diga: “Nesta parte do exame, gostaria que me dissesse se sentiu dor ou pressão enquanto eu palpo algumas partes da sua cabeça e face.” Pergunte ao indivíduo para dizer se a palpação é dolorosa ou se ele/ela sente apenas uma pressão. Se o indivíduo relatar dor, pergunte se é leve, moderada ou severa. Registre qualquer resposta equivocada ou relato de pressão como “Sem Dor”.

2. *Descrição dos Sítios Musculares Extra-orais (pressão digital de 1 kg).*
 - a. *Temporal (Posterior).* Palpe as fibras posteriores desde a área de trás das orelhas até acima das orelhas. Peça para o indivíduo apertar os dentes e relaxar para ajudar a identificar o músculo. Percorra os dedos em direção a face do indivíduo (medialmente) até a borda anterior da orelha.
 - b. *Temporal (Médio).* Palpe as fibras na depressão em torno de 4-5cm lateralmente à borda lateral da sobrancelha.
 - c. *Temporal (Anterior).* Palpe as fibras na fossa infratemporal, imediatamente acima do processo zigomático. Peça para o indivíduo apertar os dentes e relaxar para ajudar a identificar o músculo.
 - d. *Origem do Masseter.* Peça para o indivíduo apertar os dentes e relaxar para você observar o local do masseter. Palpe a origem do músculo começando pela área 1cm à frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, e palpe anteriormente até a borda do músculo.
 - e. *Corpo do Masseter.* Comece logo abaixo do processo zigomático na borda anterior do músculo. Palpe desta região para baixo e para trás em direção ao ângulo da mandíbula em uma região de mais ou menos dois dedos de largura.
 - f. *Inserção do Masseter.* Palpe a área 1cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula.
 - g. *Região Mandibular Posterior (Estilo-hióideo/Digástrico Posterior)* (pressão digital: 0,5 kg). Peça para o indivíduo inclinar a cabeça um pouco para trás. Localize a área entre a inserção do músculo esternocleidomastóideo e a borda posterior da mandíbula. Posicione o dedo em uma direção medial e para cima (e não na mandíbula). Palpe a área imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula.
 - h. *Região Submandibular (Pterigóideo Medial, Supra-hióideos, Digástrico Anterior)* (pressão digital: 0,5 kg). Localize o sítio abaixo da mandíbula em um ponto 2cm anterior ao ângulo da mandíbula. Palpe superiormente, em direção a mandíbula. Se o indivíduo sentir muita dor nesta área, tente determinar se ele/ela está relatando dor muscular ou nodular. Se forem os nódulos, indique na ficha.
3. *Descrição de Sítios de Palpação Articulares Específicos* (pressão digital: 0,5 kg).

- a. *Pólo Lateral*. Posicione seu dedo indicador imediatamente anterior ao trágus da orelha e sobre a ATM do indivíduo. Peça para o indivíduo abrir um pouco a boca até que você sinta o pólo lateral do cêndilo transladar para frente. Use 0,5 kg de pressão no lado que está sendo palpado, segurando a cabeça com a mão oposta.
 - b. *Ligamento Posterior*. Este sítio pode ser palpado pelo meato acústico. Posicione a ponta do dedo mínimo direito no meato externo esquerdo do indivíduo e a ponta do dedo mínimo esquerdo no meato externo direito do indivíduo. Aponte os dedos em direção ao examinador e peça para o indivíduo abrir a boca levemente (ou de forma mais ampla se necessário) para assegurar que o movimento articular seja sentido com as pontas dos dedos. Pressione firmemente o lado direito e o esquerdo enquanto o paciente estiver em MIH. (Trocar as luvas de procedimento).
4. *Descrição dos Sítios de Palpação Intra-orais Específicos* (pressão digital: 0,5 kg). Explique para o indivíduo que você agora palpará áreas dentro da boca. Peça para o paciente manter a mandíbula em uma posição relaxada.
- a. *Área do Pterigóideo Lateral*. Antes da palpação, certifique-se que as unhas dos dedos estão curtas para evitar falso-positivo. Peça para o indivíduo abrir a boca e mover a mandíbula para o lado que está sendo examinado. (“Mova a mandíbula em direção a minha mão”). Posicione o dedo indicador na porção lateral do rebordo alveolar acima dos molares superiores do lado direito. Mova o dedo distalmente, para cima, e medialmente para a palpação. Se o dedo indicador for muito grande, use o dedo mínimo.
 - b. *Tendão do Temporal*. Após completar a palpação do pterigóideo lateral, rotacione o dedo indicador lateralmente próximo ao processo coronóide, peça para o indivíduo abrir a boca levemente, e mova seu dedo para cima em direção a borda anterior do processo coronóide. Palpe a porção mais superior do processo. *Nota*: É difícil determinar em alguns indivíduos se eles estão sentindo dor no pterigóideo lateral ou no tendão do temporal. Rotacione e palpe com o dedo indicador medialmente e então lateralmente. Se ainda estiver difícil, o pterigóideo lateral é geralmente o mais sensível dos dois.

Esta Tradução é parte da seguinte publicação

Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Disord 1992;6:339-342.

Tradução

Professor Francisco J. Pereira Jr. – Em caso de dúvidas ou sugestões contatar francisco@occlusaoedtm.com.br

CRITÉRIOS de DIAGNÓSTICO em PESQUISA

A. Eixo 1: Condições Clínicas de DTM

As vantagens e desvantagens das várias classificações para as DTM foram discutidas na Parte I. O objetivo da classificação proposta nesta seção é de fornecer critérios padronizados para fins de pesquisa, baseados no estágio atual do conhecimento sobre as DTM. É importante enfatizar que os critérios de classificação e os métodos de avaliação foram criados para maximizar a confiabilidade das pesquisas e minimizar a variabilidade nos métodos de exame e no julgamento clínico que possam influenciar o processo de classificação. Sendo assim, os critérios de classificação são para fins de pesquisas clínicas e epidemiológicas. As vantagens e limitações destes critérios para a prática clínica não foram consideradas.

Os seguintes aspectos da classificação proposta são desenhados para aumentar a padronização dos diagnósticos das pesquisas:

1. Foi feita uma tentativa de não se utilizar termos suscetíveis a interpretações ambíguas. Palavras como “raramente” ou “frequentemente” foram evitadas. As frases como “abertura limitada” foram substituídas por medidas específicas, por exemplo, “abertura máxima sem auxílio menor ou igual a 35mm.”
2. Cada critério está relacionado a um grupo específico de itens de exame e/ou entrevista, que podem ser encontrados nos materiais de avaliação propostos (ver Parte III na história, exame e especificações). Para cada item do exame, especificações detalhadas são fornecidas para a realização dos procedimentos clínicos utilizados para obtenção da medida. Usando as especificações fornecidas, os examinadores (dentistas ou THD) podem ser calibrados a níveis confiáveis para obtenção de cada medida.
3. Os critérios têm sido testados para confirmação de sua consistência interna e lógica através de sua aplicação a bases de dados de exames e entrevistas já existentes com milhares de casos e controles de DTM. (Estas análises estão sendo preparadas para publicação.) Este exercício nos assegura que os critérios podem, de fato, ser operacionalizados e que eles produzem prevalências razoavelmente semelhantes, padrões lógicos de diagnósticos múltiplos e uma diferenciação de populações com diagnósticos dito como mutuamente exclusivos. É possível que ambigüidades ou inconsistências persistam mesmo com estas precauções. Se forem encontradas por um investigador usando estes critérios, os autores gostariam de ser informados para que sejam feitas mudanças nas próximas versões. É essencial reconhecer que a validação destes critérios de diagnóstico (em termos de mecanismos causais, prognóstico, resposta ao tratamento, consistência interna de achados objetivos e outros critérios de validação) ainda deverá ser avaliada através de sua aplicação em pesquisas.

Este sistema de diagnóstico, como é proposto, não é hierárquico e permite a possibilidade de múltiplos diagnósticos para um mesmo indivíduo. Os diagnósticos são divididos em três grupos:

- I. Diagnósticos musculares

- a. Dor miofascial
- b. Dor miofascial com abertura limitada
- II. Deslocamento de disco
 - a. Deslocamento de disco com redução
 - b. Deslocamento de disco sem redução, com abertura limitada
 - c. Deslocamento de disco sem redução, sem abertura limitada
- III. Artralgia, artrite, artrose
 - a. Artralgia
 - b. Osteoartrite da ATM
 - c. Osteoartrose da ATM

Este sistema de diagnóstico não é abrangente; ainda existe uma falta de informação quanto à confiabilidade dos critérios e métodos de avaliação para que desordens mais raras possam ser incluídas com o intuito de se desenvolver um sistema de classificação mais abrangente. Ao invés disso, os participantes concordaram que um sistema de classificação padronizado para as DTM mais comuns deveria ser a prioridade neste momento.

As regras para os diagnósticos são: Um *indivíduo* poderá receber no máximo um diagnóstico muscular (Grupo I) (ou dor miofascial ou dor miofascial com limitação de abertura, mas não ambos). Além disso, cada *articulação* poderá conter no máximo um diagnóstico do Grupo II e um do Grupo III. *Isto é, os diagnósticos dentro de qualquer grupo são mutuamente exclusivos.* Isto significa que um indivíduo pode receber desde nenhum diagnóstico (sem condições articulares ou musculares) até cinco diagnósticos (um diagnóstico muscular + um diagnóstico do Grupo II e um diagnóstico do Grupo III para cada articulação). Na prática, os casos com mais de três diagnósticos são muito raros.

As sessões seguintes listam os critérios para cada desordem. Os itens dados após cada critério referem-se ao item do exame (E) e/ou questionário (Q) utilizados para se avaliar aquele critério.

Grupo I: Desordens Musculares

As desordens musculares incluem tanto as desordens dolorosas como as não-dolorosas. Esta classificação lida somente com as desordens dolorosas mais comuns associadas as DTM. Ao usar esta classificação, as seguintes condições menos comuns deverão ser excluídas: espasmo muscular, miosite e contratura. Os critérios para estas desordens estão incluídos no Apêndice ao final dos critérios para o Eixo I.

I.a. Dor Miofascial: Dor de origem muscular, incluindo uma reclamação de dor, assim como dor associada a áreas localizadas sensíveis a palpação do músculo.

1. Relato de dor na mandíbula, têmporas, face, área pré-auricular, ou dentro da orelha em repouso ou durante a função (Q3); mais
2. Dor relatada pelo indivíduo em resposta a palpação de três ou mais dos 20 sítios musculares seguintes (os lados esquerdo e direito contam como sítios separados para cada músculo): temporal posterior, temporal médio, temporal anterior, origem do masseter, corpo do masseter, inserção do masseter, região posterior de mandíbula, região submandibular, área do pterigóideo lateral e tendão

do temporal. Pelo menos um dos sítios deve estar no mesmo lado da queixa de dor. (E 1, 8, 10).

I.b. Dor Miofascial com Abertura Limitada: Movimento limitado e rigidez do músculo durante o alongamento na presença de uma dor miofascial.

1. Dor miofascial conforme definida no item 1.a; mais
2. Abertura sem auxílio e sem dor < 40 mm (E 4a, 4d); mais
3. Abertura máxima com auxílio (extensão passiva) de 5 mm ou mais, maior que a abertura sem auxílio e sem dor (E 4a, 4c, 4d).

Grupo II: Deslocamentos do Disco

II.a. Deslocamento do Disco Com Redução: O disco está deslocado de sua posição entre o côndilo e a eminência para uma posição anterior e medial ou lateral, mas há uma redução na abertura, freqüentemente resultando em um ruído. Note que quando este diagnóstico for acompanhado de dor na articulação, um diagnóstico de artralgia (III.a) ou osteoartrite (III.b) também deverá ser considerado.

1. Ou:
 - a. Estalido recíproco na ATM (estalido em abertura e fechamento verticais, sendo que o estalido na abertura ocorre em uma distância interincisal pelo menos 5 mm maior que à distância interincisal na qual ocorre o estalido durante o fechamento e considerando-se que o estalido é eliminado durante a abertura protrusiva), reproduzível em dois de três experimentos consecutivos (E5); ou
 - b. Estalido da ATM em um dos movimentos verticais (abertura ou fechamento), reproduzível em dois de três experimentos consecutivos e estalido durante excursão lateral ou protrusão, reproduzível em dois de três experimentos consecutivos. (E 5a, 5b, 7).

II.b. Deslocamento do Disco Sem Redução, Com Abertura Limitada: Uma condição na qual o disco é deslocado da posição normal entre o côndilo e a fossa para uma posição anterior e medial ou lateral, associado com abertura mandibular limitada.

1. História de limitação significativa de abertura (Q 14 – ambas as partes); mais
2. Abertura máxima sem auxílio menor ou igual a 35 mm (E 4b, 4d); mais
3. Abertura com auxílio aumenta a abertura máxima em 4 mm ou menos (E 4b, 4c, 4d); mais
4. Excursão contralateral < 7 mm e/ou desvio sem correção para o lado ipsilateral durante abertura (E 3, 6a ou 6b, 6d); mais
5. Ou: (a) ausência de ruídos articulares, ou (b) presença de ruídos articulares não concordando com os critérios para o deslocamento de disco com redução (ver II.a) (E 5, 7).

II.c. Deslocamento do Disco Sem Redução, Sem Abertura Limitada: Uma condição na qual o disco é deslocado de sua posição entre o côndilo e a eminência para uma posição anterior e medial ou lateral, não associada com abertura limitada.

1. História de limitação significativa de abertura mandibular (Q14 – ambas as partes); mais
2. Abertura máxima sem auxílio > 35 mm (E 4b, 4d); mais
3. Abertura com auxílio aumenta a abertura em 5mm ou mais (E 4b, 4c, 4d); mais
4. Excursão contralateral maior ou igual a 7mm (E 6a ou 6b, 6d); mais
5. Presença de ruídos articulares não concordando com os critérios de deslocamento de disco com redução (ver II.a) (E 5, 7).
6. (Nos estudos que permitem uso de imagens, os critérios associados às imagens também devem coincidir. O investigador deve relatar se o diagnóstico foi dado com a utilização de imagem ou se foi baseado somente em critérios clínicos e história). Imagens por artrografia ou ressonância magnética (IRM) revelam deslocamento do disco sem redução.
 - a. *Artrografia:* (1) Na posição de MIH, o compartimento anterior parece ser maior e mais marcado com contraste do que em uma articulação normal; (2) durante a abertura, uma quantidade significativa de contraste é retida anteriormente.
 - b. *IRM:* (1) Em MIH, a banda posterior do disco está claramente localizada anterior à posição de 12:00, pelo menos na posição de 11:30; (2) em abertura completa, a banda posterior permanece anterior a posição de 12:00.

Grupo III: Artralgia, Artrite, Artrose

Ao fazer diagnósticos das desordens deste grupo, as poliartrites, as injúrias traumáticas agudas e infecções na articulação devem antes ser excluídas, como descrito na página 330.

III.a. Artralgia: Dor e sensibilidade na cápsula articular e/ou no revestimento sinovial da ATM.

1. Dor em um ou ambos sítios articulares (pólo lateral e/ou ligamento posterior) durante a palpação (E9); mais
2. Um ou mais dos seguintes auto-relatos de dor: dor na região da articulação, dor na articulação durante abertura máxima sem auxílio, dor na articulação durante abertura com auxílio, dor na articulação durante excursão lateral. (E 2, 4b, 4c, 4d, 6a, 6b)
3. Para o diagnóstico de artralgia simples, uma crepitação grosseira deve estar ausente. (E 5, 7).

III.b. Osteoartrite da ATM: Uma condição inflamatória dentro da articulação que resulta de uma condição degenerativa das estruturas articulares.

1. Artralgia (ver III.a); mais

2. a ou b (ou ambos):
 - a. Crepitação grosseira na articulação (E 5,7).
 - b. *Imagem* - Tomogramas mostram um ou mais dos seguintes: erosão do delineamento cortical normal, esclerose de partes ou de todo o côndilo e eminência articular, achatamento das superfícies articulares, presença de osteofito.

III.c. Osteoartrose da ATM: Uma desordem degenerativa da articulação na qual a forma e estrutura articulares estão anormais.

1. Ausência de todos os sinais de artralgia, isto é, ausência de dor na região da articulação e ausência de dor a palpação na articulação, durante abertura máxima sem auxílio e nas excursões laterais (ver III.a); mais
2. a ou b (ou ambos):
 - a. Crepitação grosseira na articulação (E 5,7).
 - b. *Imagem* - tomogramas mostram um ou mais dos seguintes: erosão do delineamento cortical normal, esclerose de partes ou de todo o côndilo e eminência articular, achatamento das superfícies articulares, presença de osteofito.

APENDICE DO EIXO I: Descartando Condições Articulares e Musculares Antes do Uso dos Critérios do RDC

I. Espasmo Muscular, Miosite e Contratura.

Enquanto os critérios de diagnóstico para espasmos musculares, miosite e contratura não são precisos, as seguintes diretrizes gerais são oferecidas: o *espasmo muscular* é caracterizado por uma contração muscular contínua; a *miosite* é caracterizada por uma sensibilidade generalizada em um músculo específico associado com um trauma ou infecção conhecida; a *contratura* é caracterizada por uma limitação de movimentos e rigidez durante a extensão passiva. Estes critérios são menos específicos do que aqueles oferecidos para as categorias principais do RDC devido à falta de pesquisa destas condições menos comuns.

II. **Poliartrites, Injúria Traumática Aguda.** Os casos de artralgia da ATM e envolvimento sintomático de outras articulações do corpo sem evidência traumática devem ser avaliados por um reumatologista, em relação à presença ou ausência de uma condição *poliartrítica* específica, como a artrite reumatóide, artrite reumatóide juvenil, doenças articulares induzidas pelo depósito de cristais, doença de Lyme, ou outras condições sistêmicas relativamente raras que afetam as articulações. Por causa da falta de uma abordagem bem definida para o diagnóstico, e a eficácia limitada dos testes diagnósticos disponíveis, diferentes reumatologistas podem usar critérios diferentes para definir a presença ou ausência de tal poliartrite. O diagnóstico do reumatologista deve ser visto como “padrão ouro”. Os casos com diagnóstico de um envolvimento poliartrítico sistêmico não devem ser agrupados com qualquer outra subentidade

listada em “Outras Condições Articulares”. Um item para as poliartrites foi incluído como questão 16 do questionário. Se a resposta para a parte a ou b da questão 16 for “sim”, ou se ambas as partes c e d forem respondidas com “sim”, o caso deve ser avaliado por um reumatologista.

Os casos *agudos* de exposição traumática da face ou mandíbula devem ser examinados para uma possível artropatia traumática aguda da ATM. O quadro clínico é caracterizado por dor e sensibilidade da ATM afetada, limitação de movimento devido à dor e perda ou uma diminuição de contatos oclusais no lado afetado devido ao aumento da pressão intra-articular. Esta categoria diagnóstica não deve ser incluída nas subentidades listadas em “Outras Condições Articulares”. Um item para a artrite traumática aguda foi incluído como questão 17 do questionário.

Esta Tradução é parte da seguinte publicação

Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Disord 1992;6:327-330.

Tradução

Professor Francisco J. Pereira Jr. – Em caso de dúvidas ou sugestões contatar francisco@oclusaoedtm.com.br

RDC / TMD

AXIS II: PROTOCOLO DE PONTUAÇÃO PARA DOR CRÔNICA AVALIADA

Nº de ID _____

Data:-----/-----/-----

ALGUMA DOR POR DTM RELATADA NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? (Questionário, Questão 3)

Se NÃO, Dor Crônica Avaliada (DCA) = 0

Se SIM, Continuar

INTENSIDADE CARACTERÍSTICA DA DOR (ICD): (Escala DCA, Questões 7, 8, e 9). Calcular abaixo:

$$\text{ICD} = \frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#7)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#8)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#9)}} = \text{_____} \text{ dividir por } 3 = \text{_____} \times 10 = \boxed{\text{_____}}$$

PONTOS DE INCAPACIDADE:

Dias de Incapacidade: (Escala DCA, Questão 10)

Pontuação de Incapacidade:

(Escala DCA, Questões 11, 12 e 13)

Número de dias incapacitados = $\frac{\text{_____}}{\text{(Questão \#10)}}$

$\frac{\text{_____}}{\text{(Questão 11)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Questão 12)}} + \frac{\text{_____}}{\text{(Questão 13)}} = \text{_____}$

dividir por 3 = _____

x 10 = _____

0- 6 dias = **0** Pontos de incapacidade

Pontuação de **0 - 29** = **0** Pontos de incapacidade

7-14 dias = **1** Ponto de incapacidade

Pontuação de **30- 49** = **1** Ponto de incapacidade

15 - 30 dias = **2** Pontos de incapacidade

Pontuação de **50- 69** = **2** Pontos de incapacidade

31+ dias = **3** Pontos de incapacidade

Pontuação de **≥ 70** = **3** Pontos de incapacidade

_____ + _____ = $\boxed{\text{_____}}$ **(PONTOS DE INCAPACIDADE)**

(Pontos por dias de incapacidade) (Pontos por pontuação de incapacidade)

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DA DOR CRÔNICA:

Grau 0 Sem dor por DTM nos últimos 6 meses

Baixa Incapacidade

Grau I *Baixa Intensidade* Intensidade Característica da Dor < 50, e menos do que 3 Pontos de Incapacidade

Grau II *Alta Intensidade* Intensidade Característica da Dor ≥ 50, e menos do que 3 Pontos de Incapacidade

Alta Incapacidade

Grau III *Limitação Moderada* 3 a 4 Pontos de Incapacidade, independente da Intensidade Característica da dor

Grau IV *Limitação Severa* 5 a 6 Pontos de Incapacidade, independente da Intensidade Característica da dor

RDC / TMD

AXIS II: PONTUANDO OS ITENS DA ESCALA

- 1) Somar o número de itens respondidos (N.T. mesmo que a resposta seja = 0). Anote o "Total de Itens" respondidos abaixo na terceira coluna. Se o número "Total de Itens" for menor do que 2/3 do número mínimo indicado na primeira coluna, a escala não poderá ser pontuada e deverá ser registrada como "nula". (N.T. os números mínimos estão indicados no rodapé)
- 2) Some os itens respondidos para todos os itens respondidos: Nem um pouco =0; um pouco = 1; Moderadamente = 2; Muito = 3; Extremamente = 4. Anote a "Pontuação total" abaixo.
- 3) Divida a pontuação obtida pelo número de itens respondidos.
Anote a "Pontuação da Escala" abaixo.
- 4) Utilize o guia abaixo para classificar o paciente em cada escala.

Número Mínimo	Pontuação Total	[dividido por]	Total de Itens	[igual a]	Pontuação da Escala
Depressão: (20)					
Itens: b, e, h, i, k, l, m, n, v, y, cc, dd, ee, f, g, q, z, aa, bb, ff	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
Sintomas físicos não específicos (incluindo itens de dor): (12)	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
Itens: a, c, d, j, o, p, r, s, t, u, w, x					
Sintomas físicos não específicos (excluindo itens de dor): (7)	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
Itens: c, r, s, t, u, w, x					

N.T. 2/3 do número mínimo para: Depressão = 12; Sintomas físicos não específicos (incluindo itens de dor) = 8; Sintomas físicos não específicos (excluindo itens de dor) = 5.

Tradução:

Marcio Lima Grossi - DDS, MS, PhD – Professor Associado, PUC, Rio Grande do Sul, RS

Caio Marcelo Panitz Selaimen - DDS, MS, PhD - Professor Associado, PUC, Rio Grande do Sul, RS

Revisão:

Francisco J. Pereira Jr. - CD, MS, PhD

RDC/TMD

RESUMO DOS DADOS OBTIDOS DO PACIENTE/INDÍVÍDUO

Nº de Identificação: _____ (Tipo: _____)

Dados Demográficos:

Nome: _____

Idade _____ Sexo _____ Etnia _____ Raça _____

Escolaridade _____ Renda Familiar Anual _____

Características Relatadas pelo Paciente:

Estalido	Sim	Não	Mordida Desconfortável / Não habitual	Sim	Não
Crepitação	Sim	Não	Rigidez pela Manhã	Sim	Não
Apertamento/Rangido Noturno	Sim	Não	Zumbido nos ouvidos	Sim	Não
Apertamento / Rangido Diurno	Sim	Não			

Eixo I - Diagnóstico

Grupo I. Desordens Musculares (Circule somente uma resposta para o Grupo I)

- A. Dor Miofascial (I.a.)
- B. Dor Miofascial com Limitação de Abertura (I.b.)
- C. Sem diagnóstico no Grupo I

Grupo II. Deslocamento do Disco (Circule somente uma resposta para cada articulação para o Grupo II)

Articulação Direita	Articulação Esquerda
A. Deslocamento do Disco com Redução (II.a.)	A. Deslocamento do Disco com Redução (II.a.)
B. Deslocamento do Disco sem Redução, Com Limitação de Abertura (II.b.)	B. Deslocamento do Disco sem Redução, Com Limitação de Abertura (II.b.)
C. Deslocamento do Disco sem Redução, Sem Limitação de Abertura (II.c.)	C. Deslocamento do Disco sem Redução, Sem Limitação de Abertura (II.c.)
D. Sem Diagnóstico para ATM Direita no Grupo II	D. Sem Diagnóstico para ATM Esquerda no Grupo II

Grupo III. Outras Condições Articulares (Circule somente uma resposta para cada articulação para o Grupo III)

Articulação Direita	Articulação Esquerda
A. Artralgia (III.a.)	A. Artralgia (III.a.)
B. Osteoartrite da ATM (III.b)	B. Osteoartrite da ATM (III.b)
C. Osteoartrose da ATM (III.c)	C. Osteoartrose da ATM (III.c)
D. Sem Diagnóstico para ATM Direita no Grupo III	D. Sem Diagnóstico para ATM Esquerda no Grupo III

Eixo II - Perfil

1. Grau da Dor Crônica Avaliada

(I – IV) _____

2. Grau de Depressão

Normal Moderado Severo

3. Graduação dos Sintomas Físicos Não Específicos Incluindo Dor

Normal Moderado Severo

4. Limitações Relacionadas ao Funcionamento Mandibular

(Nº de respostas positivas/ Nº de itens respondidos)_____