PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DE DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES EM INDIVÍDUOS COM AUTORRELATO DE DOENÇA REUMATOLÓGICA ATENDIDOS NO HOSPITAL DE ENSINO ODONTOLÓGICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

PREVALENCE OF SIGNS AND SYMPTOMS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS IN INDIVIDUALS WITH SELF-REPORTED RHEUMATOLOGIC DISEASE TREATED AT THE DENTAL TEACHING HOSPITAL OF THE FEDERAL UNIVERSITY OF RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Laura Barzotto Klafki[1]
Andressa Colares da Costa Otávio[2]
Karen Dantur Batista Chaves[3]

Resumo

Objetivo: Verificar a prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) em indivíduos com autorrelato de doença reumatológica atendidos no Hospital de Ensino Odontológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e identificar as manifestações clínicas mais frequentes. **Métodos**: Estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com amostra não probabilística por conveniência composta por 32 indivíduos com doença reumatológica autorreferida. Os dados foram obtidos por entrevista e aplicação do ProDTMmulti para mensuração e rastreamento de sinais e sintomas relacionados à DTM. A análise foi realizada por estatística descritiva e inferencial, utilizando teste exato para a tabela de contingência entre as categorias de doença reumatológica e a classificação positiva/negativa para sinais e sintomas de DTM. **Resultados**: Dezoito participantes (56,3%) apresentaram classificação positiva para sinais e sintomas de DTM. O relato de dor de cabeça foi a manifestação mais frequente (78,1%), seguido por ruídos na articulação temporomandibular e dificuldade para movimentar a boca, ambos presentes em 53,1% dos participantes. Descritivamente, a classificação positiva foi mais frequente em indivíduos com fibromialgia (80%) e menos frequente naqueles com artrite reumatoide (28,57%); não houve associação estatisticamente significativa entre a categoria de doença reumatológica e a classificação positiva para sinais e sintomas de DTM (p = 0,678). **Conclusão**: Na amostra avaliada, 56,3% dos participantes apresentaram classificação positiva para sinais e sintomas de DTM. O relato de dor de cabeça, os ruídos articulares e a dificuldade para movimentar a boca foram as manifestações mais frequentes. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre as categorias de doença reumatológica e a classificação positiva para sinais e sintomas de DTM.

***Palavras-chave**: Disfunção Temporomandibular; Doenças Reumáticas; Articulação Temporomandibular.*

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v31i1.18552

[1] Graduanda em Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Conservadora. Porto Alegre, RS, Brasil.

[2] Fonoaudióloga. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Conservadora. Porto Alegre, RS, Brasil.

[3] Professora titular do Departamento de Odontologia Conservadora. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução

As disfunções temporomandibulares (DTMs) constituem um conjunto heterogêneo de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que envolvem a articulação temporomandibular (ATM), os músculos mastigatórios e estruturas associadas[1–3]. Podem manifestar-se por dor orofacial, limitação ou alteração dos movimentos mandibulares, ruídos articulares, dificuldade mastigatória e outras queixas funcionais[1–3]. Sua etiologia é multifatorial e envolve fatores biomecânicos, neuromusculares, comportamentais e psicossociais[1–3].

Doenças reumatológicas compreendem condições sistêmicas inflamatórias, autoimunes, degenerativas e dolorosas crônicas que podem afetar o sistema musculoesquelético e o tecido conjuntivo[4–8]. A ATM, por ser uma articulação sinovial, pode ser acometida em algumas dessas condições, com manifestações que incluem dor, rigidez, ruídos articulares, limitação funcional e dificuldade mastigatória[5–11]. Artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, artrose e gota apresentam mecanismos capazes de envolver estruturas articulares[6–12]; nas espondiloartrites, também têm sido descritos sinais e sintomas de DTM[13].

Além do comprometimento articular, condições como a fibromialgia podem compartilhar mecanismos de amplificação e sensibilização da dor, favorecendo queixas musculoesqueléticas e orofaciais[14]. Na síndrome de Sjögren, manifestações sistêmicas e orais também podem coexistir com sintomas na região temporomandibular[15]. Assim, o reconhecimento de sinais e sintomas orofaciais em indivíduos com doenças reumatológicas pode contribuir para uma avaliação clínica mais abrangente e para o cuidado interdisciplinar.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência de sinais e sintomas de DTM em indivíduos atendidos rotineiramente no Hospital de Ensino Odontológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que apresentassem autorrelato de doença reumatológica. Como objetivos específicos, buscou-se identificar as manifestações mais frequentes e descrever sua distribuição segundo as categorias de doenças reumatológicas autorreferidas.

Materiais e método

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com pacientes atendidos rotineiramente nas clínicas diurnas e noturnas do Hospital de Ensino Odontológico (HEO) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A amostra não probabilística por conveniência foi composta por pacientes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 70 anos, atendidos nos cursos de Odontologia diurno e noturno do HEO durante um período de 18 meses. Não foi realizado cálculo amostral prévio; foram incluídos os pacientes elegíveis identificados durante o período de coleta. Foram incluídos participantes que relataram diagnóstico prévio de doença reumatológica, concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A condição reumatológica foi

obtida exclusivamente por autorrelato durante a entrevista, sem confirmação documental por prontuário, laudo, prescrição medicamentosa ou registro de acompanhamento reumatológico.

A coleta de dados ocorreu por entrevista presencial e aplicação de questionários estruturados para obtenção de informações pessoais, histórico médico e odontológico e tratamentos em andamento. O Health Assessment Questionnaire (HAQ), desenvolvido por Fries et al.[16] e validado para o português por Ferraz et al.[17], foi aplicado no contexto da coleta para caracterização funcional; seus resultados não integraram as análises deste manuscrito.

A mensuração e o rastreamento de sinais e sintomas relacionados à DTM foram realizados por meio do ProDTMmulti[18], aplicado por entrevistador previamente treinado. Foram utilizadas as Partes I e II do instrumento. Para a classificação dicotômica empregada no banco do estudo, considerou-se positiva a presença de pelo menos um dos sinais/sintomas investigados pelo protocolo e negativa a ausência de sinais/sintomas. Não foi utilizado ponto de corte diagnóstico, e a classificação foi empregada exclusivamente como rastreamento, não correspondendo a diagnóstico clínico formal de DTM.

Os dados foram registrados e tabulados no Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22.0. Foram utilizadas frequências absolutas e percentuais para as análises descritivas. Para a análise de associação entre as categorias de doença reumatológica e a classificação positiva/negativa para sinais e sintomas de DTM, foi aplicado teste exato à tabela de contingência completa (8 × 2). A categoria “mais de uma doença reumatológica” foi tratada como categoria própria e mutuamente exclusiva em relação às demais categorias da tabela. Adotou-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Considerando o pequeno número de participantes em vários subgrupos, as comparações percentuais entre categorias foram interpretadas apenas descritivamente e com cautela.

Para os itens individuais do ProDTMmulti, os percentuais foram calculados com base no número de respostas válidas de cada item. Nas variáveis “fadiga (cansaço) na musculatura” e “dificuldade para falar”, houve uma resposta ausente, resultando em n válido = 31; os demais itens apresentaram n válido = 32.

O estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS sob o parecer nº 6.293.991. A participação ocorreu mediante assinatura do TCLE, com garantia de confidencialidade e esclarecimento acerca dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa.

Resultados

A amostra final foi constituída por 32 indivíduos com doença reumatológica autorreferida. Dezoito participantes (56,3%) apresentaram classificação positiva para sinais e sintomas de DTM no banco do estudo, enquanto 14 (43,8%) apresentaram classificação negativa (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência de sinais e sintomas de DTM em indivíduos com autorrelato de doença reumatológica.

Classificação para sinais e sintomas de DTM	N	%
Sim	18	56,3
Não	14	43,8

Fonte: Os autores.

Quanto às manifestações individuais, o relato de dor de cabeça foi o mais frequente, presente em 78,1% (n = 25) dos participantes. Ruídos na ATM e dificuldade para movimentar a boca foram relatados por 53,1% (n = 17) cada. Dor na musculatura da face e dificuldade para mastigar ocorreram em 46,9% (n = 15). Fadiga muscular foi relatada por 14 dos 31 participantes com resposta válida para esse item (45,2%). Dificuldade para falar foi relatada por 6 dos 31 respondentes válidos (19,4%). As demais frequências são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2- Frequência dos sinais e sintomas investigados pelo ProDTMmulti.

Sinais e Sintomas	Sim n (%)	Não n (%)	N válido
Sente dor na musculatura da face?	15 (46,9)	17 (53,1)	32
Sente fadiga (cansaço) na musculatura?	14 (45,2)	17 (54,8)	31
Apresenta ruídos na articulação?	17 (53,1)	15 (46,9)	32
Sente dor de cabeça?	25 (78,1)	7 (21,9)	32
Apresenta sintoma auditivo/otológico?	12 (37,5)	20 (62,5)	32
Sente dificuldade para movimentar a boca?	17 (53,1)	15 (46,9)	32
Dificuldade para abrir a boca?	14 (43,8)	18 (56,3)	32
Dificuldade para fechar a boca?	5 (15,6)	27 (84,4)	32
Sente dificuldade para mastigar?	15 (46,9)	17 (53,1)	32
Sente dificuldade para bocejar?	4 (12,5)	28 (87,5)	32
Sente dificuldade para engolir?	4 (12,5)	28 (87,5)	32
Sente dificuldade para falar?	6 (19,4)	25 (80,6)	31

***Nota**: percentuais calculados com base nas respostas válidas de cada item. Houve uma resposta ausente nos itens fadiga muscular e dificuldade para falar.*

Fonte: Os autores.

A distribuição das condições reumatológicas autorreferidas foi: lúpus eritematoso sistêmico, n = 2 (6,3%); gota, n = 1 (3,1%); artrite reumatoide, n = 7 (21,9%); fibromialgia, n = 5 (15,6%); artrose, n = 7 (21,9%); espondiloartrite não radiográfica, n = 1 (3,1%); síndrome de Sjögren, n = 1 (3,1%); e mais de uma doença reumatológica, n = 8 (25,0%).

Descritivamente, a maior proporção de classificação positiva foi observada entre participantes com fibromialgia (4/5; 80,0%), seguida por artrose (4/7; 57,1%). Entre os participantes com artrite reumatoide, 2/7 (28,6%) apresentaram classificação positiva. Os subgrupos com apenas um ou dois participantes não permitem comparações percentuais robustas e devem ser interpretados com especial cautela. O teste exato aplicado à tabela completa não evidenciou associação estatisticamente significativa entre a categoria de doença reumatológica e a classificação positiva/negativa para sinais e sintomas de DTM (p = 0,678) (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre categorias de doença reumatológica e classificação para sinais e sintomas de DTM.

Doença reumatológica	Positiva	Negativa	Total	p
Lúpus eritematoso sistêmico	1	1	2	0,678
Gota	1	0	1	
Artrite reumatoide	2	5	7	
Fibromialgia	4	1	5	
Artrose	4	3	7	
Espondiloartrite não radiológica	1	0	1	
Síndrome de Sjögren	1	0	1	
Mais de uma doença reumatológica	4	4	8	

Nota: teste exato aplicado à tabela de contingência completa (8 × 2). A categoria "mais de uma doença reumatológica" foi analisada como categoria própria.

Fonte: Os autores.

Discussão

Na amostra avaliada, 56,3% dos participantes apresentaram classificação positiva para sinais e sintomas de DTM. Esse resultado descreve uma frequência relevante de manifestações orofaciais entre indivíduos com doença reumatológica autorreferida, mas não permite concluir que essa população apresente maior risco do que a população geral, uma vez que o estudo não incluiu grupo controle nem realizou comparação estatística com indivíduos sem doença reumatológica. A literatura, entretanto, descreve possível envolvimento da ATM e da musculatura mastigatória em condições inflamatórias, degenerativas e imunomediadas[5–11].

O relato de dor de cabeça foi a manifestação mais frequente (78,1%). Esse achado deve ser interpretado como queixa autorreferida, e não como diagnóstico de cefaleia atribuída à DTM. A International Classification of Orofacial Pain (ICOP)[20] e de Leeuw e Klasser[21] estabelecem critérios específicos para a caracterização das dores orofaciais e cefaleias relacionadas às DTM; tais critérios não foram aplicados no presente estudo.

Ruídos na ATM e dificuldade para movimentar a boca foram relatados por 53,1% dos participantes. Alterações da cinemática mandibular e ruídos articulares podem ocorrer em diferentes condições da ATM. Estudos prévios descrevem alterações articulares em doenças reumatológicas e mecanismos inflamatórios e degenerativos capazes de afetar cartilagem e osso subcondral[3,5–10]. Contudo, como o presente estudo não realizou diagnóstico clínico padronizado nem exames complementares para caracterização estrutural da ATM, não é possível atribuir esses sintomas a mecanismos específicos.

Na análise descritiva por categoria reumatológica, a maior proporção de classificação positiva ocorreu entre indivíduos com fibromialgia (80,0%) e artrose (57,1%). A literatura descreve sensibilização central e alterações no processamento da dor na fibromialgia[14], assim como mecanismos degenerativos e inflamatórios na osteoartrite da ATM[1–3]. Esses dados oferecem contexto biológico para a coexistência de queixas orofaciais, mas não constituem explicação causal para os resultados desta amostra.

A artrite reumatoide apresentou menor frequência relativa de classificação positiva (28,6%). Embora a literatura descreva comprometimento do sistema estomatognático em indivíduos com artrite reumatoide[5–8], o pequeno número de participantes deste subgrupo impede inferências comparativas. O mesmo cuidado é ainda mais necessário para gota, síndrome de Sjögren e

espondiloartrite não radiográfica, categorias representadas por apenas um participante, e para lúpus eritematoso sistêmico, com dois participantes[11–13,15].

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre a categoria de doença reumatológica e a classificação positiva/negativa para sinais e sintomas de DTM (p = 0,678). Esse resultado deve ser interpretado com cautela, considerando o tamanho amostral reduzido e a baixa frequência em várias células da tabela. Assim, as diferenças percentuais observadas entre as categorias têm caráter exclusivamente descritivo e não sustentam conclusões sobre maior ou menor ocorrência de sinais e sintomas em uma doença específica.

Entre as limitações do estudo destacam-se a amostra de conveniência, o pequeno tamanho amostral (n = 32), a ausência de cálculo amostral prévio e os reduzidos números de participantes em algumas categorias reumatológicas. Além disso, a doença reumatológica foi obtida exclusivamente por autorrelato, sem confirmação documental, o que pode introduzir viés de classificação. O estudo utilizou instrumento de mensuração e rastreamento de sinais e sintomas e não realizou avaliação diagnóstica clínica padronizada para DTM. Também não foram realizados exames complementares destinados à caracterização estrutural da ATM; ressalta-se que a indicação de exames de imagem depende da hipótese diagnóstica e do contexto clínico e não é necessária para todo diagnóstico de DTM.

Apesar dessas limitações, o estudo contribui para descrever o perfil de sinais e sintomas orofaciais relatados por pacientes com condições reumatológicas atendidos em um hospital de ensino odontológico e reforça a pertinência de atenção clínica integrada às queixas temporomandibulares nessa população.

Conclusão

Na amostra avaliada, 56,3% dos participantes apresentaram classificação positiva para sinais e sintomas de DTM. O relato de dor de cabeça foi a manifestação mais frequente, seguido por ruídos na articulação temporomandibular e dificuldade para movimentar a boca. Descritivamente, os maiores percentuais de classificação positiva foram observados nos participantes com fibromialgia e artrose, enquanto a artrite reumatoide apresentou menor frequência relativa; essas diferenças devem ser interpretadas com cautela em razão do reduzido número de participantes nos subgrupos. Não foi observada associação estatisticamente significativa entre as categorias de doença reumatológica e a classificação positiva/negativa para sinais e sintomas de DTM (p = 0,678).

Abstract

Objective: *To determine the prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders (TMD) in individuals with self-reported rheumatologic disease treated at the Dental Teaching Hospital of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) and to identify the most frequent clinical manifestations.* ***Methods****: A cross-sectional, descriptive, quantitative study was conducted with a non-probabilistic convenience sample of 32 individuals with self-*

reported rheumatologic disease. Data were obtained through interviews and the ProDTMmulti protocol for measurement and screening of TMD-related signs and symptoms. Descriptive and inferential analyses were performed, including an exact test for the contingency table between rheumatologic disease categories and positive/negative classification for TMD signs and symptoms. ***Results:*** *Eighteen participants (56.3%) had a positive classification for TMD signs and symptoms. Self-reported headache was the most frequent manifestation (78.1%), followed by temporomandibular joint sounds and difficulty moving the mouth, both reported by 53.1% of participants. Descriptively, positive classification was more frequent among individuals with fibromyalgia (80.0%) and less frequent among those with rheumatoid arthritis (28.57%); no statistically significant association was found between rheumatologic disease category and positive classification for TMD signs and symptoms (p = 0.678).* ***Conclusion:*** *In the evaluated sample, 56.3% of participants had a positive classification for TMD signs and symptoms. Self-reported headache, joint sounds, and difficulty moving the mouth were the most frequent manifestations. No statistically significant association was observed between rheumatologic disease categories and positive classification for TMD signs and symptoms.*

Keywords: *Temporomandibular Disorders; Rheumatic Diseases; Temporomandibular Joint.*

Referências

1. Derwich M, Mitus-Kenig M, Pawlowska E. Interdisciplinary Approach to the Temporomandibular Joint Osteoarthritis-Review of the Literature. Medicina (Kaunas). 2020;56(5):225.

2. Wang XD, Zhang JN, Gan YH, Zhou YH. Current understanding of pathogenesis and treatment of TMJ osteoarthritis. J Dent Res. 2015;94(5):666-73.

3. Cardoneanu A, Macovei LA, Burlui AM, Mihai IR, Bratoiu I, Rezus II, *et al*. Temporomandibular Joint Osteoarthritis: Pathogenic Mechanisms Involving the Cartilage and Subchondral Bone, and Potential Therapeutic Strategies for Joint Regeneration. Int J Mol Sci. 2022;24(1):171.

4. Liu S, Fan S, Li G, Cai B, Yao Y, Jin L, *et al*. Short term effects of a novel combined approach compared with physical therapy alone among older patients with temporomandibular degenerative joint disease: a prospective cohort study. BMC Oral Health. 2023;23(1):173.

5. Schmidt C, Ertel T, Arbogast M, Hügle B, Kalle TV, Neff A, *et al*. The Diagnosis and Treatment of Rheumatoid and Juvenile Idiopathic Arthritis of the Temporomandibular Joint. Dtsch Arztebl Int. 2022;119(4):47-54.

6. Savtekin G, Sehirli AO. Rheumatoid arthritis in temporo-mandibular joint: A review. Niger J Clin Pract. 2018;21(10):1243-1246.

7. Tegelberg A, Kopp S, Huddenius K, Forssman L. Relationship between disorder in the stomatognathic system and general joint involvement in individuals with rheumatoid arthritis. Acta Odontol Scand. 1987;45(6):391-8.

8. Broussard JS Jr. Derangement, osteoarthritis, and rheumatoid arthritis of the temporomandibular joint: implications, diagnosis, and management. Dent Clin North Am. 2005;49(2):327-42.

9. Sadura-Sieklucka T, Gębicki J, Sokołowska B, Markowski P, Tarnacka B. Temporomandibular joint disorders in patients with rheumatoid arthritis. Reumatologia. 2021;59(3):161-168.

10. Helenius LMJ, Hallikainen D, Helenius I, Meurman JH, Könönen M, Leirisalo-Repo M, *et al*. Clinical and radiographic findings of the temporomandibular joint in patients with various rheumatic diseases: a case-control study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;99(4):455-63.

11. Crincoli V, Piancino MG, Iannone F, Errede M, Di Comite M. Temporomandibular Disorders and Oral Features in Systemic Lupus Erythematosus Patients: An Observational Study of Symptoms and Signs. Int J Med Sci. 2020;17(2):153-160.

12. Taylor WJ, Fransen J, Jansen TL, Dalbeth N, Schumacher HR Jr, Brown M, *et al*. Study for Updated Gout Classification Criteria: Identification of Features to Classify Gout. Arthritis Care Res (Hoboken). 2015;67(9):1304-1315.

13. Melo-Silva EMV, Argandoña Valdez R, Barbosa-Silva IM, Chateaubriand MM, Duarte ALBP, Gueiros LA. Association between axial spondyloarthritis and temporomandibular disorders: a systematic review. Oral Dis. 2023;29(7).

14. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. Nat Rev Rheumatol. 2020;16(11):645-660.

15. Negrini S, Emmi G, Greco M, Borro M, Sardanelli F, Murdaca G, Indiveri F, Puppo F. Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. Clin Exp Med. 2022;22(1):9-25.

16. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum. 1980;23(2):137-45.

17. Ferraz MB. Tradução para o português e validação do questionário para avaliar a capacidade funcional "Stanford Health Assessment Questionnaire". 1990. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1990.

18. de Felicio CM, Melchior MO, Da Silva MA. Clinical validity of the protocol for multi-professional centers for the determination of signs and symptoms of temporomandibular disorders. Part II. Cranio. 2009;27(1):62-7.

19. Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 8th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2019.

20. International Headache Society. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). Cephalalgia. 2020;40(2):129-221.

21. de Leeuw R, Klasser GD, editors. Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. 6th ed. Chicago: Quintessence Publishing; 2018.

Endereço para correspondência:

Laura Barzotto Klafki
Rua Guilherme Alves, nº 901, Bairro Jardim Botânico
CEP 90680-001 – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
Telefone: (51) 995479440
E-mail: laurabarzottoklafki@gmail.com

Recebido em: 09/08/2026. Aceito: 23/09/2026.