

## **Avaliação do paciente com DTM: quais as etapas para se chegar a um correto diagnóstico**

**Eduardo Januzzi**

**Mestre em Disfunções Temporomandibulares e Dores Orofaciais  
pela Escola Paulista de Medicina / SP  
Especialista em Prótese Dental/APCD - Bauru  
Cursos de extensão em Dores Orofaciais e DTM na  
University of Medicine and Dentistry of New Jersey  
Vice-presidente da SOBRAD**

O sucesso no tratamento das DTM depende de um diagnóstico preciso, que muitas vezes pode ser difícil e desafiador até mesmo para o profissional mais experiente. Os pacientes freqüentemente apresentam múltiplas queixas, sinais e sintomas muitas vezes confusos que podem resultar em diversas possibilidades de diagnóstico.

O diagnóstico depende de um bom exame no qual coletamos informações para gerar dados que serão analisados pelo profissional. O diagnóstico identifica e classifica qualquer anormalidade responsável pelos sintomas do paciente.

O processo de diagnóstico deve estabelecer a categoria da dor (Somática, Neuropática ou Psicogênica), determinar o sistema tecidual envolvido e identificar a fonte de dor específica dentro daquele sistema tecidual.

### **Categorias da dor**

A dor pode ser dividida em três categorias:

- Somática
- Neuropática
- Psicogênica.

A dor Somática resulta de estímulos nociceptivos de estruturas normais que inervam a área afetada tais como: pressão, calor ou frio excessivos e irritantes químicos. Estes estímulos podem sensibilizar nociceptores transmitindo estes impulsos até o cérebro, onde ocorrerá a percepção da dor.

Esta por sua vez é dividida em superficial e profunda. A dor somática superficial apresenta qualidade clara e estimulante, normalmente relacionada a condições dolorosas agudas sem dificuldade para o diagnóstico.

A dor somática profunda tem qualidade surda, profunda, depressiva, relacionada a dor crônica. Este tipo de dor freqüentemente exhibe efeitos excitatórios centrais que podem confundir o clínico. Estes efeitos podem incluir dor referida, assim como efeitos autonômicos dificultando o diagnóstico.

A dor neuropática não requer estímulos nocivos ou pode ocorrer por anormalidades do sistema nervoso. Pode ser dividida em episódica (paroxísmal) e contínua.

A dor neuropática episódica é caracterizada por crises de dor intensa, em pontada ou choque, bem definida e de curta duração. Ocorre ao longo da distribuição unilateral do nervo envolvido. (Ex: Neuralgia trigeminal).

A dor neuropática contínua é caracterizada por dor constante, ardente ou queimante, frequentemente acompanhada de parestesia ou disestesia. (Ex.: Odontalgia Atípica). Devemos salientar que algumas dores neuropáticas contínuas podem apresentar envolvimento do sistema nervoso autônomo simpático.

A dor psicogênica é aquela que surge por causas psicológicas, não é causada por estímulos nocivos ou anormalidades do sistema nervoso e a causa psicológica da dor não pode ser determinada.

Apresenta como características marcantes:

- Ausência de relação anatômica entre a fonte e o local da dor
- Sobre dramatização dos sintomas
- Ausência de relatos consistentes
- Resposta inadequada ao tratamento.

### **Grupos de Diagnóstico**

Uma vez estabelecida a categoria da dor o passo seguinte no processo de diagnóstico é determinar de qual grupo a dor se origina. Os sistemas teciduais podem ser divididos nos seguintes grupos:

- Estruturas intracranianas
- Estruturas extracranianas
- Desordens Musculoesqueléticas
- Desordens Neurovasculares
- Desordens Neuropáticas

O clínico deve ser capaz de identificar, dentro destes grupos diagnóstico, uma síndrome dolorosa específica com base na história do paciente e nos achados clínicos.

É importante salientar que, quando um paciente se apresentar com queixa de dor orofacial deve ser avaliado, primeiramente, quanto a uma possível causa de dor odontogênica. Se nenhuma etiologia dental for encontrada, deve ser avaliado em busca de uma possível dor musculoesquelética. Se ambas categorias acima forem eliminadas, os outros sistemas devem ser avaliados como possíveis fontes de dor.

### **Avaliação abrangente**

Uma avaliação abrangente deve incluir: a história do paciente, um completo exame físico, testes diagnósticos e, se necessário, imagens e testes laboratoriais.

## **História do paciente**

A tomada da história do paciente talvez seja o passo mais importante no processo de avaliação. Grande parte dos casos de dor orofacial e DTM podem ser diagnosticados apenas com base na anamnese, a qual é obtida através da entrevista, gerando informações sobre o seu problema. Para tal, o clínico deve estar preparado para obter uma história precisa e completa, e deve utilizar um questionário prévio devidamente preenchido pelo paciente, que deverá ser confrontado com os achados clínicos.

A Academia Americana de Dor Orofacial recomenda que uma história compreensiva deva conter:

- Queixas principais do paciente
- História da doença atual
- História médica e odontológica prévia
- Revisão dos sistemas
- História psicossocial

## **Exame Físico**

Ao finalizar a tomada da história, o clínico deve ter uma idéia racional da natureza do problema do paciente e iniciar o exercício do diagnóstico diferencial. Portanto deve ser realizado um exame físico compreensivo, procurando localizar a fonte de dor e identificar uma possível disfunção do sistema mastigatório.

O exame deve incluir exame geral da face, cabeça e pescoço:

- Exame musculoesquelético
- Avaliação intra-oral
- Avaliação dos nervos cranianos.

A inspeção da face, cabeça e pescoço inclui a visualização e palpação, procurando identificar possíveis tumores, infecções e /ou outras patologias. Também devemos investigar cicatrizes indicativas de traumas, sinais de doenças dermatológicas que podem sugerir desordens sistêmicas, procurar áreas com possíveis alterações de sensibilidade e palpação dos linfonodos da cadeia (submental, submandibular e cervicais superficiais).

O exame do canal auditivo através de otoscopia também deve fazer parte desta etapa.

O exame musculoesquelético consiste na avaliação das ATMs, dos músculos da mastigação e músculos cervicais. A dor musculoesquelética é classificada como dor somática profunda, normalmente descrita como constante, surda e ardente com períodos de exacerbações ocasionais de dor bem definida. Testes de provocação, atividade funcional e palpação das áreas afetadas, podem aumentar a dor.

## **Testes de diagnósticos e imagens**

Cerca de 70% das informações necessárias para se estabelecer um diagnóstico, são obtidos através do exame físico e história do paciente. Algumas vezes uma avaliação psicológica pode ser importante permitindo uma melhor compreensão das queixas. Testes laboratoriais ou de imagem só devem ser indicados para confirmar ou não o diagnóstico. Eles são exames complementares.

## **Bloqueio anestésico diagnóstico**

Tem como objetivo ajudar na localização da real fonte de dor do paciente. São extremamente úteis em problemas de dor musculoesquelética, em dores neuropáticas como também nas de origem odontogênica esclarecendo dor primária ou secundária. As injeções diagnósticas devem ser realizadas com anestésico de curta duração de preferência sem vaso constritores como a epinefrina, sobretudo quando suspeita-se de dor mediada pelo S.N.A. Simpático. O termo anestesia diagnóstica não é limitado somente a bloqueios dos nervos somáticos. Outras formas de anestesia, incluindo anestésicos tópicos, bloqueios simpáticos podem ser utilizados com este propósito.

## **Testes laboratoriais**

Quando há sinais e sintomas sugestivos de doença sistêmica, outros testes como os sanguíneos, de urina e fluido sinovial podem ser indicados. Estas doenças sistêmicas incluem uma variedade de desordens dos tecidos conjuntivos, desordens metabólicas, doenças infecciosas, desordens hematológicas, deficiências nutricionais e até tumores malignos. Testes específicos devem ser solicitados para pacientes selecionados, desde que o resultado possa afetar o diagnóstico e o tratamento a ser realizado.

Nestes casos se torna indispensável o encaminhamento para o médico especialista adequado. Desta forma, devemos sempre estar atentos em atender a queixa principal do paciente, procurando elucidar a real fonte de dor, através de um diagnóstico preciso, e assim tentar controlar a dor, melhorando a qualidade de vida dos nossos pacientes.

## Referências bibliográficas

1. Austin DG, Pertes RA. Examination of the TMD patient. In: Pertes RA, Gross SG (eds). Clinical Management of Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain. Chicago: Quintessence,1995: 123-160
2. Bates BA. Guide to Physical Examination. Ed 6. Philadelphia: Lippincott, 1995: 480-484
3. Campbell RL. The role of nerve blocks in the diagnosis of traumatic trigeminal neuralgia. In Oral and Maxillofac clin N Amer: 1992;4 (2):369-374.
4. Cole SA, Bird J. The Medical Interview. Ed 2. St. Louis: Mosby, 2000
5. Fuller G. Neurological Examination Made Easy. London: Churchill Livingstone,1993
6. Gross SG.Diagnostic anesthesia: Guidelines for the practitioner. Dent Clin N Amer 1991;35 (1): 141-153.
7. Melzack R. The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain 1975;1:277-289
8. Nolan MF.Introduction to the Neurologic Examination. Philadelphia: F.A. Davis, 1996
9. Okeson JP. Bell's Orofacial Pains. Ed5. Chicago: Quintessence,1996
10. Okeson JP (ed) Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. Chicago: Quintessence,1996
11. Pertes RA.Evaluation of the Orofacial Pain Patient.Internet Course,2003
12. Vallerand W. Sirois D:Examination procedures for orofacial pain.In: Pertes RA, Gross SG (eds) ,clinical Management of Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain. Chicago: Quintessence, 1995: 315-328
13. Weiner WJ, Goetz CG.Neurology for the Non-Neurologist ed3. Philadelphia: Lippincott, 1994.
14. Wilson-Pauwels L, Adesson EJ, Sterart PA.Cranial Nerves: Anatomy and Clinical Comments. Toronto: BC Decker, 1988.