



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

MARINA SARTÓRIO

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA SÍNDROME DE  
EHLERS-DANLOS: RELATO DE CASO

Porto Alegre

2024

MARINA SARTÓRIO

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA SÍNDROME DE  
EHLERS-DANLOS: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Graduação em Odontologia apresentado  
à Faculdade de Odontologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
sul como requisito para obtenção de  
grau de cirurgião-dentista

Orientadora: Prof. Dra. Karen Dantur  
Batista Chaves

Porto Alegre

2024

## CIP - Catalogação na Publicação

Sartorio, Marina  
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA SÍNDROME DE  
EHLERS-DANLOS: RELATO DE CASO / Marina Sartorio. --  
2024.  
44 f.  
Orientadora: Karen Dantur Batista Chaves.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,  
BR-RS, 2024.

1. Disfunção Temporomandibular. 2. Síndrome de  
Ehlers-Danlos. 3. Hiper mobilidade articular. 4. Dor  
Orofacial. I. Chaves, Karen Dantur Batista, orient.  
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARINA SARTÓRIO

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA SÍNDROME DE  
EHLERS-DANLOS: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade de  
Odontologia da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul como requisito para  
obtenção de grau de cirurgião-dentista.

Porto Alegre, 25 de janeiro de 2024.

---

Orientadora profa. Dra. Karen Dantur Batista Chaves

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profa. Dra. Daniela Disconzi Seitenfus Rehm

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profa. Dra. Vivian Chiada Mainieri Henkin

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por sempre guiar meus passos e me mostrar o caminho correto a seguir mesmo quando este não era muito claro para mim no momento.

Aos meus pais, Ciro e Otília, por nunca medirem esforços para me proporcionar a melhor formação possível desde o Jardim de Infância. Por sua inesgotável paciência e dedicação em sempre me apoiar nos momentos difíceis e pelo apoio infinito que dão aos meus sonhos, certificando-se de que eu teria absolutamente tudo que eu precisava – e muito mais que isso – para me tornar uma boa profissional no futuro, e principalmente por me ensinarem princípios e valores inestimáveis que moldaram meu caráter e me tornaram um ser humano melhor.

Ao meu irmão e agora colega, Ciro, por me mostrar essa profissão linda, por me inspirar a seguir seus passos e por me dar a oportunidade de aprender ao seu lado.

À minha irmã que, quando eu já estava cansada e desacreditada após anos no cursinho pré-vestibular, me fez escolher como alternativa de curso, após a prova do Enem, o curso noturno de Odontologia da UFRGS. “E se...”, você disse. E foi...

À minha orientadora, com quem tive uma conexão quase instantânea, que “comprou a minha loucura”, que confiou no meu potencial e na minha história e que tornou tudo isso possível. Muito obrigada por ter me dado a honra e o prazer de trabalhar ao lado de uma das profissionais mais competentes, humanas, empáticas e inteligentes que eu já conheci. Minha completa admiração pela profissional e pessoa que você é.

## RESUMO

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma condição complexa que afeta músculos mastigatórios e articulações temporomandibulares. Quando relacionada à Síndrome de Ehlers-Danlos (SED), uma doença genética do tecido conjuntivo, as manifestações da DTM podem ser ainda mais desafiadoras. Além do tratamento para a Disfunção Temporomandibular, o diagnóstico da SED é de fundamental importância para que a conduta seja personalizada para cada paciente. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de Disfunção Temporomandibular associada à Síndrome de Ehlers-Danlos.

**Palavras-chave:** Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Síndrome de Ehlers-Danlos; Hiper mobilidade articular

## ABSTRACT

Temporomandibular disorder (TMD) is a complex condition that affects masticatory muscles and temporomandibular joints. When related to Ehlers-Danlos Syndrome (EDS), a genetic connective tissue disease, the manifestations of TMD can be even more challenging. In addition to the treatment for Temporomandibular Disorder, the diagnosis of EDS is of fundamental importance so that the management is personalized for each patient. The objective of this work is to present a clinical case of Temporomandibular Disorder associated with Ehlers-Danlos Syndrome.

**Keywords:** Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Ehlers-Danlos syndrome; Joint hypermobility

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Hematoma (ruptura vascular espontânea).....	20
Figura 2 - Pele frágil, translúcida e aveludada.....	21
Figura 3 - Hiperextensibilidade da pele.....	22
Figura 4 - Cicatrização Atrófica (Parto Cesáreo) .....	22
Figura 5 - Cicatrização Atrófica (Retirada de nevo) .....	22
Figura 6 - Esclera Azulada.....	23
Figura 7 (a,b,c,d,e) - Escore de Beighton (9).....	23
Figura 8 (a,b) - Luxação Mandibular.....	24
Figura 9 - Radiografia Panorâmica (2017).....	26
Figura 10 - Radiografia Panorâmica, (2018).....	27
Figura 11 - ATM Direita em Abertura.....	27
Figura 12 - ATM Direita em Oclusão.....	28
Figura 13 - ATM Esquerda em Abertura.....	28
Figura 14 - ATM Esquerda em Oclusão.....	29
Figura 15 - ATM Direita em Abertura e Oclusão.....	30
Figura 16 - ATM Esquerda em Abertura e Oclusão.....	31



## LISTA DE SIGLAS

ATM – Articulação Temporomandibular

DTM – Desordem Temporomandibular

SED – Síndrome de Ehlers-Danlos

SED TH - Síndrome de Ehlers-Danlos Tipo Hiper móvel

LLLT - Terapia de Laser Frio

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

DC/TMD - Critério Diagnóstico para Desordens Temporomandibulares

CBD - Canabidiol

THC - Tetrahydrocannabinol

## SUMÁRIO

---

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	13
<b>3 OBJETIVOS</b>	18
<b>3.1 OBJETIVO GERAL</b>	18
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	18
<b>4 METODOLOGIA</b>	19
<b>5 RELATO DO CASO CLÍNICO</b>	20
<b>6 CONCLUSÕES</b>	33
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	34
<b>ANEXO I.....</b>	36
<b>ANEXO II.....</b>	42

## 1 INTRODUÇÃO

---

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma condição que afeta, dentre outras estruturas, a articulação temporomandibular (ATM), responsável pela movimentação da mandíbula. A síndrome de Ehlers-Danlos (SED), por sua vez, é um grupo de doenças genéticas do tecido conjuntivo que afeta várias partes do corpo. Essas duas condições podem se manifestar de forma conjunta, trazendo complicações significativas para os pacientes.

A síndrome de Ehlers-Danlos é caracterizada por uma alteração na produção de colágeno, que é uma proteína essencial para a estrutura e a função dos tecidos conjuntivos, incluindo os ligamentos e a cartilagem presentes na articulação temporomandibular. Existem diferentes subtipos de SED, sendo os mais comuns o clássico e o hipermóvel. Os pacientes com SED apresentam uma ampla gama de sintomas, incluindo hiperextensibilidade da pele, fragilidade dos tecidos e articulações hiperflexíveis. Essas características podem influenciar diretamente a função e a estabilidade da ATM. A falta ou a má qualidade do colágeno nessas regiões pode resultar em uma maior susceptibilidade a lesões e a uma menor capacidade de recuperação, levando ao desenvolvimento de disfunções temporomandibulares.

A DTM é um termo abrangente que engloba uma série de condições clínicas que afetam a ATM, incluindo dor na articulação, estalos, travamentos e limitações na abertura da boca. Estudos têm mostrado uma maior prevalência de DTM em pacientes com SED em comparação com a população em geral. Essa associação pode ser explicada pelas alterações estruturais e funcionais das articulações e dos tecidos conjuntivos encontrados na SED. A DTM na síndrome de Ehlers-Danlos pode se manifestar de diversas formas, como dor na mandíbula, dificuldade em abrir e fechar a boca, estalos ou crepitação na articulação, dores de cabeça e até mesmo deslocamentos da mandíbula. Esses sintomas podem ser intensos e impactar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, interferindo em atividades cotidianas como a alimentação e a fala.

Uma das principais causas da DTM na síndrome de Ehlers-Danlos é a hiper mobilidade articular, característica presente em alguns subtipos da síndrome. A hiper mobilidade articular está associada a uma maior lassidão ligamentar. A fraqueza dos ligamentos e das estruturas que sustentam a ATM pode levar a uma maior mobilidade da articulação, resultando em instabilidade e desalinhamento. Além disso, a hiper mobilidade articular presente na SED pode levar a um desgaste excessivo da ATM, aumentando o risco de desenvolvimento de DTM.

Outro fator importante é a dor crônica, que é comumente relatada tanto na SED quanto na DTM. A dor na ATM pode ser intensa e debilitante, afetando a qualidade de vida dos pacientes. A presença de dor crônica na SED pode estar relacionada a mecanismos neurogênicos e inflamatórios, que podem desencadear e perpetuar os sintomas da DTM. Além disso, a presença de dor pode levar a um aumento da tensão muscular na região da mandíbula, agravando os sintomas de DTM.

É importante ressaltar que essa condição pode ser de difícil diagnóstico, devido à complexidade das manifestações clínicas e à variabilidade entre os pacientes. É essencial que os profissionais de saúde estejam cientes da possível associação entre as duas condições e conduzam uma avaliação minuciosa dos sintomas e da função da ATM. Para o diagnóstico correto, devemos nos basear na avaliação clínica dos sintomas apresentados pelo paciente, além de exames complementares como radiografias e ressonância magnética.

O tratamento da DTM na síndrome de Ehlers-Danlos busca aliviar a dor e melhorar a função da articulação temporomandibular. É importante adotar uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais como dentistas especializados em disfunção temporomandibular, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e médicos especialistas em dor. O tratamento pode incluir o uso de medicamentos para controle da dor, fisioterapia para fortalecimento da musculatura e melhora da estabilidade articular, e em alguns casos, cirurgia para correção de anomalias estruturais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

---

Segundo MALFAIT F. et al. (2017), as síndromes de Ehlers-Danlos (SED) são um grupo heterogêneo de doenças hereditárias do tecido conjuntivo (DHTCs) caracterizadas por hipermobilidade articular, hiperextensibilidade da pele e fragilidade geral dos tecidos. O espectro clínico varia de leve hiperfrouxidão articular e de pele à incapacidade física grave e complicações vasculares com risco de morte (MALFAIT F., DE PAEPE A., 2014). A classificação mais atualizada sobre as síndromes de Ehlers-Danlos mostra 13 subtipos distintos, com características específicas relatadas na tabela I traduzida por MALFAIT F. et al. (2017).

Conforme TINKLE B. T. et al. (2009), existe um espectro complexo de sinais e sintomas em diferentes graus e combinações e maioria se relaciona a mutações nos genes que codificam colágenos fibrilares ou enzimas envolvidas na modificação pós-tradução dessas proteínas. SED TH (tipo hipermóvel) é uma desordem hereditária do tecido conectivo caracterizada pela hipermobilidade articular, que afeta múltiplas articulações, com diagnóstico feito na ausência de doença articular inflamatória e pelos sinais e sintomas clínicos, uma vez que o gene que determina essa condição permanece desconhecido (FERREL W. R. et al. 2004).

Segundo BRAVO J. F. (2010), a SED hipermóvel pode afetar múltiplos tecidos devido a alteração genética do colágeno, gerando manifestações de ordem musculoesquelética e extraesquelética, podendo incluir hérnias, varizes, prolapso da válvula mitral e miopia. Também há manifestações de disautonomia frequente em jovens do sexo feminino, bem como osteoporose e osteoartrite em ambos os sexos.

Tabela I - Classificação Clínica das Síndromes de Ehlers-Danlos

Padrões de Herança e Bases Genéticas

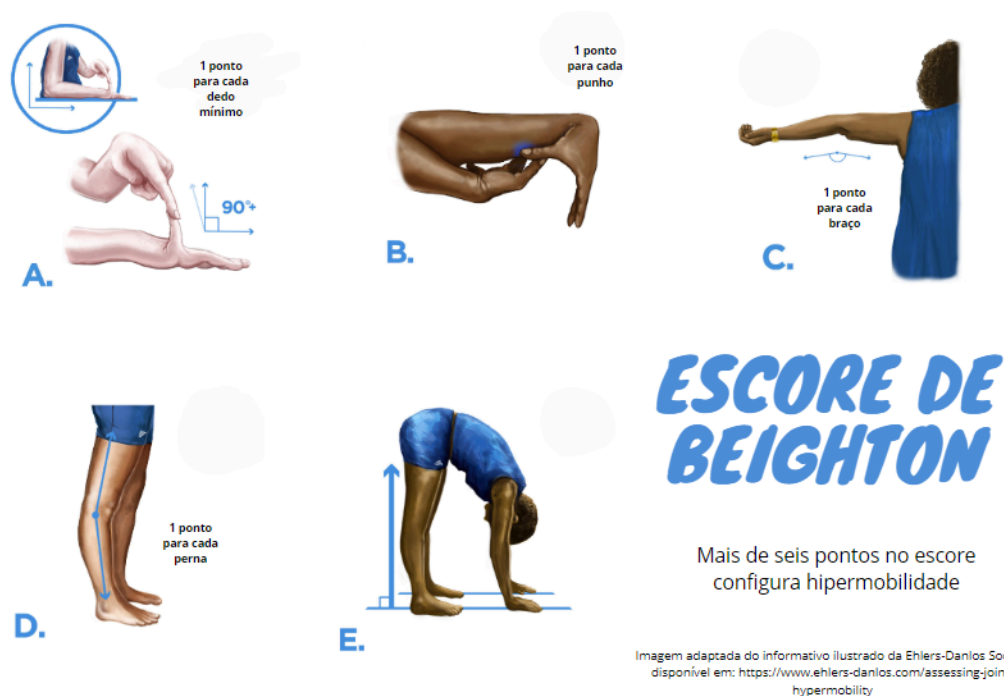
SUBTIPO	ABREVIÇÃO	PH	BASE GENÉTICA	PROTEÍNA
SED Clássica	cEDS	AD	Geral: COL5A1 Rara: COL1A1	Colágeno tipo V Colágeno tipo I
SED Tipo-clássica	CIEDS	AR	TNXB	Tenascina XP
SED Cardiovascular	CvEDS	AR	COL1A2	Colágeno Tipo I
SED Vascular	vEDS	AD	Geral: COL3A1 Rara: COL1A1	Colágeno tipo III Colágeno tipo I
SED Hiper móvel	<b>hEDS</b>	<b>AD</b>	<b>Desconhecida</b>	<b>Desconhecida</b>
SED Artrocalásia	aEDS	AD	COL1A, COL1A2	Colágeno tipo I
SED Dermatosparaxis	dEDS	AR	ADAM TS2	ADAM TS-2
SED Cifoesciolótica	kEDS	AR	PLOD1 FKVP14	LH1 FDBP22
Síndrome da Córnea Frágil	BCS	AR	ZNF469 PRDM5	ZNF469 PRDM5
SED Espondilodisplásica	spEDS	AR	B4GALT7 B3GALT6 SLC39A13	$\beta$ 4GalT7 $\beta$ 3GalT6 ZIP13
SED Musculocontratural	mcEDS	AR	CHST14 DSE	D4ST1 DSE
SED Miopática	mEDS	AD ou AR	COL12A1	Colágeno tipo XII
SED Periodontal	pEDS	AD	C1R C1S	C1r C1s

PH - Padrões de herança; AD - Autossômica dominante; AR - Autossômica recessiva

O método mais rápido e também mais difundido mundialmente para identificar a hipermobilidade articular é o escore de Beighton (BEIGHTON P. et al. 1998), e um questionário para identificar hipermobilidade articular foi criado por Alan Hakim e Robert Grahame (HAKIM A. J., GRAHAME R., 2003). Este questionário foi traduzido por MORAES D. A. et al. (2011):

<b>Perguntas para diagnóstico da Síndrome de Hipermobilidade</b>	
Por favor, assinale com um X a resposta que considerar correta.	
	1. Você consegue (ou já conseguiu) colocar as palmas das mãos completamente estendidas no chão sem dobrar os joelhos? (Veja figura) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	2. Você consegue (ou já conseguiu) dobrar para trás o seu polegar até tocar o seu antebraço? (Veja figura) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	3. Quando criança você divertia seus amigos contorcendo o seu corpo em posições estranhas OU podia abrir completamente as pernas, como bailarina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	4. Quando criança ou adolescente você já deslocou o ombro ou a patela (a rótula do joelho) em mais de uma ocasião? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	5. Você se considera uma pessoa mais flexível que o normal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Muito obrigado pela sua colaboração. Sinta-se a vontade para perguntar no caso de não compreender alguma das perguntas.	

Questionário para hipermobilidade. (HAKIM A. J., GRAHAME R., 2003)



O desconhecimento da SED hiper móvel acarreta um atraso considerável no diagnóstico correto, além de tratamentos inadequados, condições que somadas à dor crônica e a eventuais incapacidades, provoca nos pacientes frustrações, ansiedade e depressão (MILLER S. M. C., LAMARI M. M., LAMARI N. M., 2015).

As manifestações orais são observadas em todos os subtipos da Síndrome de Ehlers-Danlos. Segundo MITAKIDES J, TINKLE B. T. (2017), os defeitos no colágeno comprometem a saúde oral no que tange a vascularização, ossos, dentes, tecido gengival, tecido nervoso, bem como tendões e ligamentos que mantêm as estruturas maxilofaciais em posição, incluindo a articulação temporomandibular. Essas manifestações oromandibulares na SED são muito pouco reconhecidas pelos profissionais de saúde, mas são comumente reportadas pelos pacientes e apresentam forte impacto na dor, funcionalidade e qualidade de vida dos mesmos (CONTI ET AL. 2012).

Embora o diagnóstico adequado e a precisão no tratamento da DTM sejam sempre complexos, eles são muito mais graves no paciente com SED. Até profissionais altamente treinados na área de DTM podem enfrentar



desafios inesperados diagnosticando e tratando um paciente com SED (MITAKIDES J, TINKLE B. T., 2017). MITAKIDES J E TINKLE B. T. (2017) ainda pontuam que há múltiplos tratamentos disponíveis para o gerenciamento da dor e das disfunções temporomandibulares, dependendo da origem e dos sintomas. São exemplos de tratamentos para DTM na SED: calor local (para relaxar os músculos doloridos); terapia de laser frio (LLLT); massagem terapêutica e relaxante local; órteses customizadas para estabilização articular; proloterapia; medicação oral para dor; aplicação de toxina botulínica para relaxamento muscular; fisioterapia local; intervenção cirúrgica (MITAKIDES J, TINKLE B. T., 2017).

Conforme HAKIM A.J. (2013), as manifestações físicas e dolorosas nas síndromes de hiper mobilidade são tratadas de maneira multiterapêutica, combinando fisioterapia, terapia ocupacional, programas de exercícios como Pilates e Tai Chi, além de programas de gerenciamento do dor, que incluem terapia cognitivo-comportamental (TCC), com 55% de melhora na gestão de sua condição e estabilidade de 25% no nível de deficiência.

### **3 OBJETIVOS**

---

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Apresentar um relato de caso de uma paciente com DTM e portadora da Síndrome de Ehlers-Danlos (SED).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as características clínicas do paciente com DTM e SED;
- Descrever os sinais e sintomas musculares da DTM no paciente com SED;
- Descrever os sinais e sintomas articulares da DTM no paciente com SED;
- Descrever a abordagem realizada para a DTM no paciente com SED;

## **4 METODOLOGIA**

---

Trata-se de um estudo observacional e de braço único, onde foi realizada uma revisão da literatura sobre a Síndrome de Ehlers-Danlos e sua relação com a Disfunção Temporomandibular. As bases de dados utilizadas foram PubMed, SciELO e Scopus. Sequencialmente, foi relatado um caso de paciente atendido na Faculdade de Odontologia da UFRGS, na Disciplina de DTM e Dor Orofacial, portador de Disfunção Temporomandibular e Síndrome de Ehlers-Danlos. O estudo foi aprovado no CEP-UFRGS sob parecer número 6.561.096. (Anexo 1)

## 5 RELATO DO CASO CLÍNICO

---

Paciente do sexo feminino, de 30 anos, caucasiana, procurou o serviço de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, queixando-se de dor crônica intensa na região da articulação temporomandibular, nos músculos associados à mastigação e ao complexo temporomandibular bem como dor e rigidez crânio-cervical. Também relatou estalos e crepitações ao abrir e fechar a boca e luxações e subluxações diárias principalmente ao bocejar. Na história médica pregressa, a paciente refere o diagnóstico de Síndrome de Ehlers-Danlos, subtipo hiper móvel, relatando alta incidência de quedas, subluxações e luxações recorrentes em diversas articulações do corpo, principalmente punhos, ombros, tornozelo e joelhos, entorses, contusões, equimoses e hematomas espontâneos não associados à nenhum tipo de trauma (rupturas vasculares espontâneas). (Figuras 1)



Figura 1 - Hematoma relativo à ruptura vascular espontânea na região do braço direito

A paciente também referiu as seguintes condições associadas ao contexto da Síndrome: Sinusites e Cistites de repetição (havendo necessidade de intervenção cirúrgica e internação hospitalar para o tratamento da agudização destes quadros infecciosos crônicos); disautonomia não específica caracterizada como uma incapacidade do sistema nervoso autônomo de regular temperatura corporal, pressão arterial e batimentos cardíacos; Gastrite e outras desordens do trato gastrointestinal, como dores abdominais frequentes e constipação; Síndrome de Ativação Mastocitária com reações alérgicas extremas (choque anafilático) a diversos tipos de substâncias ou alimentos; fadiga crônica extrema; dores de cabeça crônicas e enxaquecas; *brain fog*; fotofobia; infecções frequentes e recorrentes principalmente acometendo a região oronasal (amigdalites e sinusites);

No exame clínico pudemos observar as seguintes características: Pele fina, frágil, translúcida e aveludada, com hiperextensibilidade (Figuras 2 e 3); cicatrizes atróficas (Figuras 4 e 5); esclera azulada (Figura 6); hipermobilidade articular generalizada com pontuação de Beighton (escore utilizado como critério diagnóstico para o subtipo hiper móvel da SED) atingindo o escore máximo de 9 pontos (Figuras 7a,b,c,d,e).



Figura 2 - Pele frágil, translúcida e aveludada.



Figura 3 - Hiperextensibilidade da pele.



Figura 4 - Cicatrização atrófica (parto cesáreo).



Figura 5 - Cicatrização atrófica (retirada de nevo).



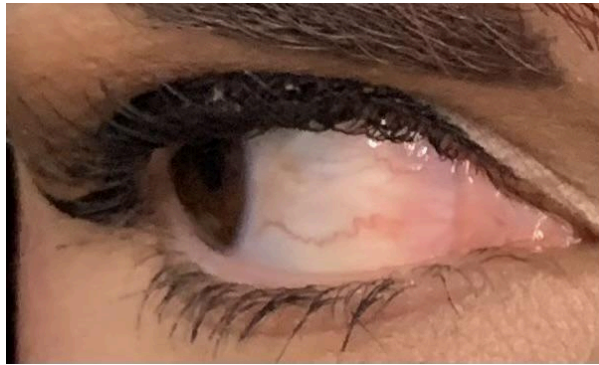


Figura 6 – Esclera azulada.

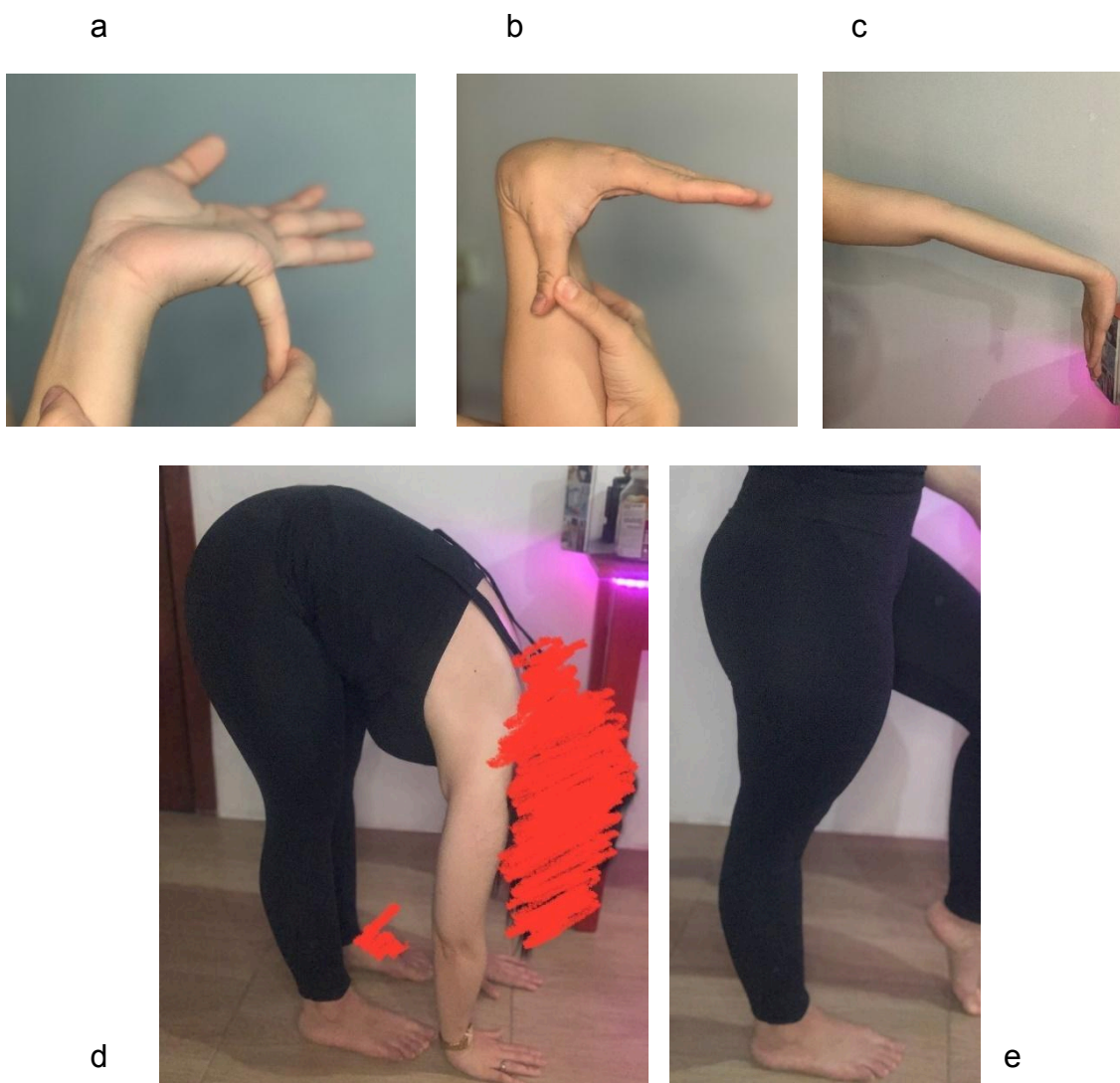


Figura 7 (a,b,c,d,e) - Escore de Beighton – 9.

A paciente referiu ainda histórico de traumas e luxações, como a subluxação de ambos os ombros e punhos, a luxação do joelho direito com distensão do tendão e o rompimento de menisco do joelho esquerdo, que resultaram em diminuição da amplitude de movimento e redução da resistência à tração. A paciente relata também dores crônicas generalizadas e exacerbação dos sintomas após a gestação de alto risco de sua filha (parto cesáreo em 2020, com cicatrização lenta e puerpério doloroso). No tocante ao histórico familiar, a mãe da paciente e outros parentes maternos em terceiro grau apresentam fenótipos positivos para hiper mobilidade leve e não estudados para Ehlers-Danlos.

Na história odontológica, a paciente referiu diversas luxações da mandíbula, uma delas necessitou intervenção profissional no serviço de urgência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre para execução da manobra de redução para reposicionamento da mandíbula (Figuras 8a,b).



Figura 8 (a, b)– Luxação mandibular.

A paciente apresenta mal oclusão classe I e mordida cruzada posterior no lado direito e apinhamento dentário na arcada inferior. Referiu diversas intervenções ortodônticas desde a adolescência até alguns anos atrás. A



primeira das intervenções foi acompanhada de exodontia do elemento 34 e ortodontia tradicional (aparelho fixo tradicional e elásticos). As outras intervenções incluíram o aparelho fixo tradicional estético, aparelho lingual superior e por último, alinhadores estéticos. Sobre o tratamento ortodôntico temos os seguintes relatos: A movimentação sempre se deu de maneira atípica, havendo movimento excessivo logo nas primeiras horas de ativação (movimentação que seria esperada em uma semana ocorrendo em poucas horas), acompanhado de dores muito intensas, mesmo quando era utilizada a menor força possível. Durante os primeiros tratamentos, a paciente não tinha diagnóstico de SED ou hiper mobilidade e houve então um hiato entre os primeiros e os últimos tratamentos. Após o diagnóstico, foi tentada uma outra abordagem, de maneira mais conservadora possível, mas com a progressão da doença, os resultados foram ainda mais inesperados. Por fim, optou-se por cessar qualquer tipo de interferência ortodôntica pois foi observado uma grande reabsorção radicular generalizada ao longo do tempo.

Adicionalmente, a paciente referiu que durante as exodontias dos elementos 18 e 48 a anestesia demorou a fazer efeito e precisou ser complementada várias vezes (pacientes com SED tem a tendência a ter resistência à maioria dos tipos de anestesia por motivos pouco elucidados na literatura) e o pós-operatório foi seguido de muito edema, dor persistente, e retardo no processo de cicatrização.

Devido aos episódios de luxação e subluxação da ATM e dores orofaciais que acontecem constantemente desde a pré-adolescência, a paciente relata a redução da função mastigatória periódica associada a crises de dores orofaciais intensas. A função mastigatória deficiente resulta na necessidade de suplementos alimentares constantes, e adequação da consistência da dieta. Como principais sintomas associados ao aparelho estomatognático a paciente referiu: dores orofaciais, cansaço da musculatura mastigatória crônica inclusive ao acordar, dificuldade em mastigar alimentos com consistência mais endurecida como carnes, e alimentos com grande espessura, luxação e subluxação recidivante da mandíbula, capazes de ocasionar a dificuldade em abrir e fechar a boca (trismo), edema e rubor. Foram observados crepitação e estalidos da ATM durante a avaliação desta

articulação, com relato de dor. Durante a palpação foi detectada sensação dolorosa local e dor referida associada a ativação de pontos gatilhos no masseter, no temporal, e esternocleidomastoídeo característico de algum grau de disfunção temporomandibular.

No exame intraoral foi observado palato ogival, úlceras traumáticas associadas à escovação como reflexo da fragilidade tecidual da mucosa, e gengivite persistente. Para o exame clínico foi utilizado o Eixo I do DC/TMD (Anexo 2), obtendo-se as seguintes informações: a paciente apresenta a abertura indolor sem ajuda em 28 mm, abertura máxima com ajuda em 43mm e em ocasiões de luxação pode chegar até 54mm associada a sintomatologia dolorosa.

Complementando os achados clínicos, a paciente disponibilizou exames complementares de imagem: radiografia panorâmica, tomografias e ressonância magnética da articulação temporomandibular. Nas radiografias panorâmicas dos anos de 2017 (Figura 9) e 2018 (Figura 10), foram observadas raízes encurtadas e delgadas (processo reabsortivo possivelmente associado ao tratamento ortodôntico).



Figura 9 - Radiografia Panorâmica, 2017



Figura 10 - Radiografia Panorâmica, 2018

A Tomografia computadorizada cone beam da ATM direita (Figuras 11 e 12) revelou diminuição no volume ósseo do côndilo, o qual apresenta múltiplas zonas de erosão óssea, diminuição da radiodensidade óssea e alteração na sua morfologia, com acentuado aplainamento do polo superior condilar e imagem sugestiva de osteófito - pequena formação óssea que se desenvolve no encontro dos ossos com as articulações quando há trauma ou estresse crônico - no polo lateral condilar, havendo hipoeexcursão no movimento de abertura.

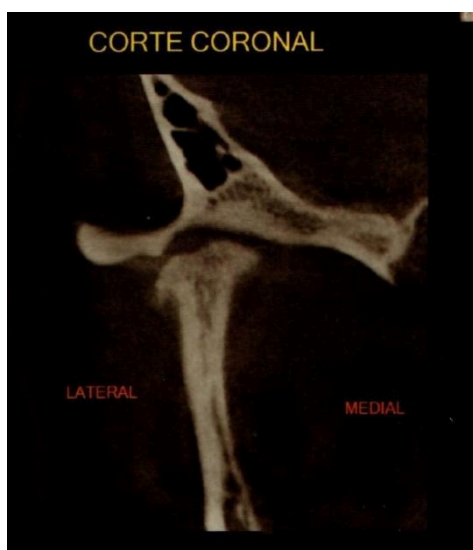


Figura 11 - ATM Direita em abertura

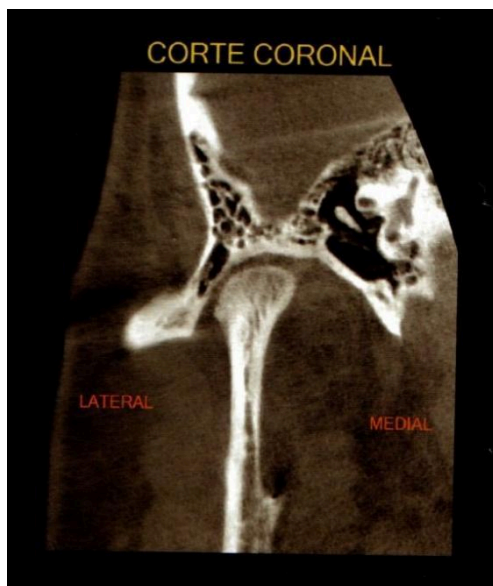


Figura 12 - ATM Direita em oclusão.

Já na ATM esquerda (Figuras 13 e 14), observa-se aumento no volume ósseo com hipótese de hiperplasia condilar e aplainamento dos polos anterior e lateral do côndilo com hipoexcursão condilar no movimento de abertura.



Figura 13 - ATM Esquerda em abertura

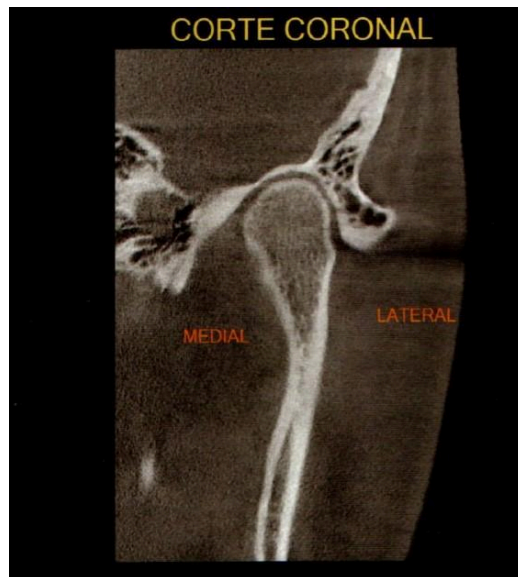


Figura 14 - ATM Esquerda em oclusão.

A Ressonância Magnética da ATM (Figuras 15 e 16) evidenciou a morfologia alterada e superfície irregular do côndilo direito e superfície discretamente irregular do côndilo esquerdo. O exame também revelou os discos temporomandibulares com intensidade de sinal heterogênea, especialmente do lado direito, deslocados anteriormente com redução em abertura de boca do lado esquerdo acompanhado de pequeno derrame articular. A amplitude da mobilidade articular se apresenta diminuída bilateralmente, mais notadamente do lado direito.



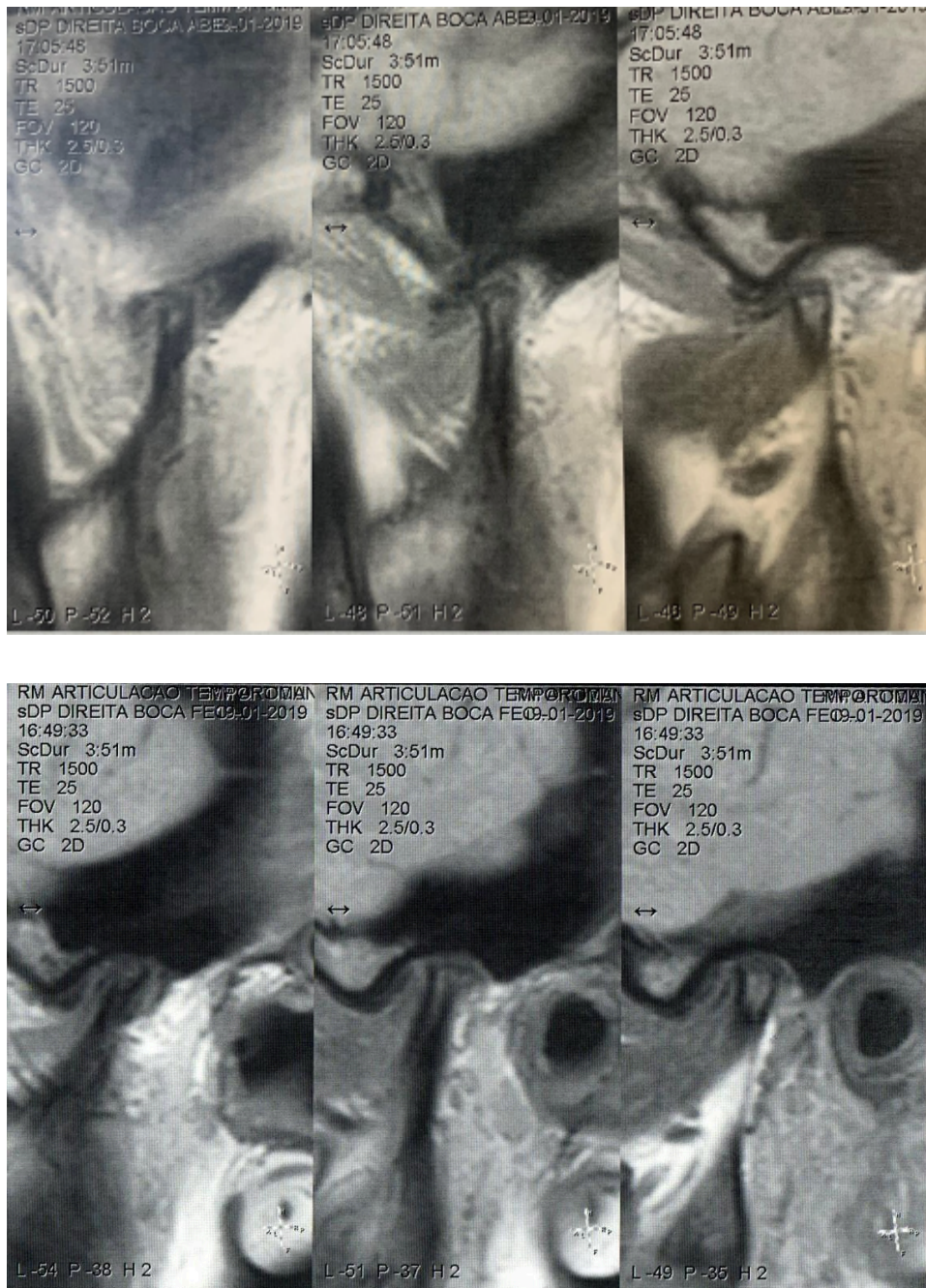


Figura 15 - ATM Direita em Abertura e Oclusão

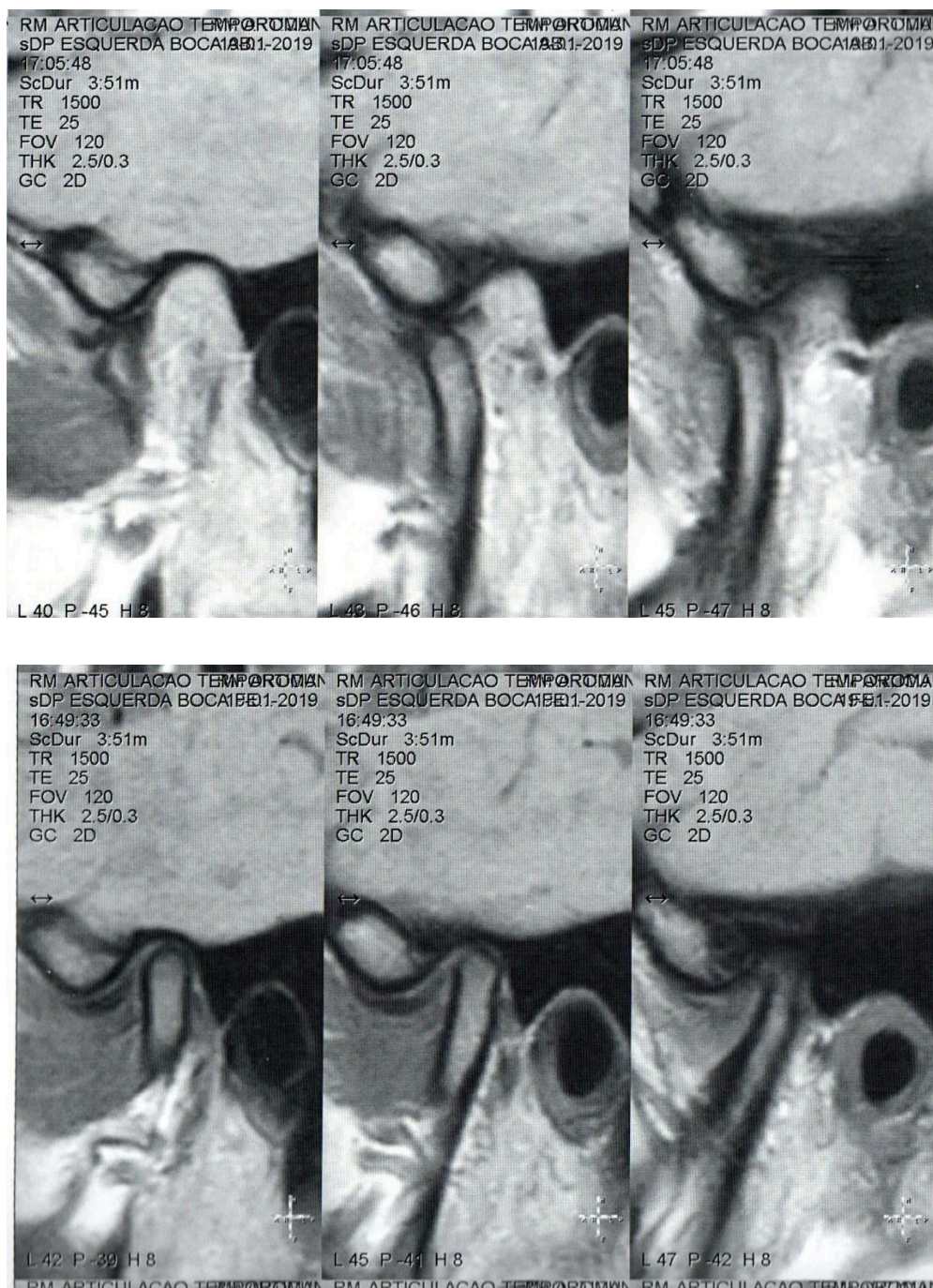


Figura 16 - ATM Esquerda em Abertura e Oclusão

Na Figura 16 em fechamento temos uma imagem sugestiva de adesão do disco à eminência articular. O que pode explicar a hipermobilidade do lado direito.



O tratamento da paciente para SED atualmente compreende exercícios físicos de reforço muscular para alívio do impacto nas articulações e melhor sustentação do corpo, por meio de exercícios de Pilates regulares, que também auxiliam na recuperação da propriocepção que é fortemente afetada na doença; acompanhamento psicológico por meio de Terapia Cognitivo Comportamental e medicações psicoativas (Mirtazapina 30mg) que atuam tanto no quadro de ansiedade e depressão gerados pela situação de doença crônica quanto no próprio manejo da dor crônica; acompanhamento com médico clínico geral especialista em manejo de doenças raras utilizando endocanabinoides (a paciente faz uso da combinação de 2 óleos à base de CBD, que somados fornecem 50mg CBD + 15mg THC/dia, divididos em 3 doses). A paciente ainda faz uso de cloridrato de tramadol 100mg, 1x/dia, spray nasal Dymista 2x/dia para controle de rinosinusites.

Tendo em vista que o tratamento de pacientes com SEDh é multidisciplinar, contando com profissionais de diversas áreas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e minimizar os impactos dos processos degenerativos que são consequência da história natural da Síndrome, no aspecto odontológico, foi tomada a seguinte conduta: confecção de placa estabilizadora, avaliação da possibilidade de fisioterapia para articulação temporomandibular associada à terapia com técnica de agulhamento seco e/ou eletroestimulação. Também foi requisitado novo exame de ressonância magnética, tendo em vista que o último data de 2018 e, com a progressão da doença degenerativa, novos aspectos podem ser revelados e a conduta pode ser modificada dependendo do resultado dos novos exames. A paciente foi orientada quanto à mudança e/ou controle de hábitos parafuncionais capazes de exacerbar a DTM, como dormir com a mandíbula apoiada sob o braço, evitar bocejar abrindo demasiadamente a boca, apertar os dentes e mascar chicletes por longos períodos de tempo.



## 6 CONCLUSÕES

---

Em conclusão, a disfunção temporomandibular é uma condição comum em pacientes com Síndrome de Ehlers-Danlos. A associação entre essas duas condições está relacionada a alterações estruturais e funcionais das articulações e dos tecidos conjuntivos, além da presença de dor crônica.

O diagnóstico precoce e preciso da Síndrome de Ehlers-Danlos (SED) em pacientes com Disfunção Temporomandibular (DTM) é importante devido às implicações significativas para o manejo clínico e a qualidade de vida. A SED é uma condição genética do tecido conjuntivo que pode predispor os indivíduos a uma série de complicações, incluindo a DTM. A identificação da SED em pacientes com DTM permite uma abordagem mais personalizada para o tratamento. A conscientização da SED em pacientes com DTM também tem implicações importantes para a prevenção de complicações a longo prazo.

O diagnóstico precoce também permite a implementação de medidas preventivas e terapêuticas antes que a condição progrida, contribuindo para a redução da dor, melhoria da função mandibular e prevenção de condições articulares a longo prazo. Além disso, a identificação da SED em pacientes com DTM proporciona uma compreensão mais completa de sua condição, promovendo a adaptação e o autocuidado.

## REFERÊNCIAS

BEIGHTON P, DE PAEPE A, STEINMANN B, TSIPOURAS P, WENSTRUP RJ. Ehlers-Danlos syndromes: revised nosology, Villefranche, 1997. Ehlers-Danlos National Foundation (USA) and EhlersDanlos Support Group (UK). Am J Med Genet. 1998;77(1):31-7.

BRAVO JF. Síndrome de Ehlers-Danlos tipo III, llamado también Síndrome de Hiperlaxitud Articular (SHA): Epidemiología y manifestaciones clínicas. Rev ChilReumatol. 2010;26(2):194- 202.

CONTI P.C.R. ET AL. Orofacial pain and temporomandibular disorders: The impact on oral health and quality of life. Braz Oral Res 26:120–123, 2012.

FERRELL WR, TENNANT N, STURROCK RD, ASHTON L, CREED G, BRYDSON G, et al. Amelioration of symptoms by enhancement of proprioception in patients with joint hypermobility syndrome. Arthritis Rheum. 2004;50(10):3323-8.

HAKIM AJ. Joint Hypermobility Syndrome (JHS) and Ehlers- Danlos Syndrome Hypermobility Type (EDS-HM). A Brief Guide for Medical Professionals on Presentation, Diagnosis, and Treatment [Internet]. HMSA - Hypermobility Syndromes Association; 2013. [Acesso 2023 Ago 16]. Disponível em: <http://hypermobility.org/help-advice/hypermobility-syndromes/jhseds-hm-clinicians-guide/>

HAKIM AJ, GRAHAME R. A simple questionnaire to detect hypermobility: an adjunct to the assessment of patients with diffuse musculoskeletal pain. Inter Journal ClinPract. 2003;57(3):163-6.

MALFAIT F, FRANCOMANO C, BYERS P, BELMONT J, BERGLUND B, BLACK J. et al. The 2017 international classification of the Ehlers–Danlos syndromes. Am J Med Genet PartC (Seminars in Medical Genetic). 2017;175(1): 8-26.

MALFAIT, F., DE PAEPE, A. The Ehlers-Danlos Syndrome. In: Halper, J. (eds) Progress in Heritable Soft Connective Tissue Diseases. Advances in Experimental Medicine and Biology, 2014, vol 802. Springer, Dordrecht.

MILLER SMC, LAMARI MM, LAMARI NM. Síndrome de Ehlers-Danlos -tipo hiper mobilidade: estratégias de inclusão. Arq Ciênc Saúde. 2015;22(1):21-7.

MITAKIDES, J., & TINKLE, B. T. (2017). Oral and mandibular manifestations in the Ehlers-Danlos syndromes. American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics, 175(1), 220–225.

MORAES D. A. et al. Translation into Brazilian Portuguese and validation of the five-part questionnaire for identifying hypermobility. Rev Bras Reumatol 51(1), Feb 2011

TINKLE BT, BIRD HA, GRAHAME R, LAVALLEE M, LEVY HP, SILLENCE D. The lack of clinical distinction between hypermobility type of Ehlers-Danlos syndrome and the joint hypermobility syndrome. Am J MedGenet A. 2009;149A(11):2368-70.

## ANEXO 1 – PARECER DO CEP-UFRGS



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL -  
PROPEQ UFRGS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR NA SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS:  
RELATO DE CASO

**Pesquisador:** Karen Dantur Batista Chaves

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 76074923.3.0000.5347

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.561.096

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento Informações Básicas da Pesquisa PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2250721.pdf datado em 24/11/2023, e "Projeto Detalhado", arquivo Projeto\_SindromeED\_CEP.pdf.

**Introdução:**

A disfunção temporomandibular (DTM) é uma condição que afeta a articulação temporomandibular (ATM), responsável pela movimentação da mandíbula. A síndrome de Ehlers-Danlos (SED), por sua vez, é um grupo de doenças genéticas do tecido conjuntivo que afeta várias partes do corpo. Essas duas condições podem se manifestar de forma conjunta, trazendo complicações significativas para os pacientes. A síndrome de Ehlers-Danlos é caracterizada por uma alteração na produção de colágeno, que é uma proteína essencial para a estrutura e a função dos tecidos conjuntivos, incluindo os ligamentos e a cartilagem presentes na articulação temporomandibular. Existem diferentes subtipos de SED, sendo os tipos mais comuns o clássico e o hiper móvel. Os pacientes com SED apresentam uma ampla gama de sintomas, incluindo hiperextensibilidade da pele, fragilidade dos tecidos e articulações hiperflexíveis. Essas características podem influenciar diretamente a função e a estabilidade da ATM. A falta ou a má qualidade do colágeno nessas

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060

**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3308-3787

**E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL -  
PROPEAQ UFRGS



Continuação do Parecer: 6.561.096

regiões pode resultar em uma maior susceptibilidade a lesões e a uma menor capacidade de recuperação, levando ao desenvolvimento de disfunções temporomandibulares. A DTM é um termo abrangente que engloba uma série de condições clínicas que afetam a ATM, incluindo dor na articulação, estalos, travamentos e limitações na abertura da boca. Estudos têm mostrado uma maior prevalência de DTM em pacientes com SED em comparação com a população em geral. Essa associação pode ser explicada pelas alterações estruturais e funcionais das articulações e dos tecidos conectivos encontrados na SED. A DTM na síndrome de Ehlers-Danlos pode se manifestar de diversas formas, como dor na mandíbula, dificuldade em abrir e fechar a boca, estalos ou crepitação na articulação, dores de cabeça e até mesmo deslocamentos da mandíbula. Esses sintomas podem ser intensos e impactar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, interferindo em atividades cotidianas como a alimentação e a fala. Uma das principais causas da DTM na síndrome de Ehlers-Danlos é a hiper mobilidade articular, característica presente em alguns subtipos da síndrome. A hiper mobilidade articular está associada a uma maior lassidão ligamentar. A fraqueza dos ligamentos e das estruturas que sustentam a ATM pode levar a uma maior mobilidade da articulação, resultando em instabilidade e desalinhamento. Além disso, a hiper mobilidade articular presente na SED pode levar a um desgaste excessivo da ATM, aumentando o risco de desenvolvimento de DTM. Outro fator importante é a dor crônica, que é comumente relatada tanto na SED quanto na DTM. A dor na ATM pode ser intensa e debilitante, afetando a qualidade de vida dos pacientes. A presença de dor crônica na SED pode estar relacionada a mecanismos neurogênicos e inflamatórios, que podem desencadear e perpetuar os sintomas da DTM. Além disso, a presença de dor pode levar a um aumento da tensão muscular na região da mandíbula, agravando os sintomas de DTM. É importante ressaltar que essa condição pode ser de difícil diagnóstico, devido à complexidade das manifestações clínicas e à variabilidade entre os pacientes. É essencial que os profissionais de saúde estejam cientes da possível associação entre as duas condições e conduzam uma avaliação minuciosa dos sintomas e da função da ATM. Para o diagnóstico correto, devemos nos basear na avaliação clínica dos sintomas apresentados pelo paciente, além de exames complementares como radiografias e ressonância magnética. O tratamento da DTM na síndrome de Ehlers-Danlos busca aliviar a dor e melhorar a função da articulação temporomandibular. É importante adotar uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais como dentistas especializados em disfunção temporomandibular, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e médicos especialistas em dor. O tratamento pode incluir o uso de medicamentos para controle da dor, fisioterapia para fortalecimento da musculatura e melhora da estabilidade articular, e em alguns casos, cirurgia para correção de anomalias estruturais. Em

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3787 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL -  
PROPEAQ UFRGS



Continuação do Parecer: 6.561.096

conclusão, a disfunção temporomandibular é uma condição comum em pacientes com Síndrome de Ehlers-Danlos. A associação entre essas duas condições está relacionada a alterações estruturais e funcionais das articulações e dos tecidos conjuntivos, além da presença de dor crônica. O diagnóstico e o manejo adequados da DTM em pacientes com SED são essenciais para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. A compreensão dessa relação é fundamental para fornecer um tratamento eficaz e personalizado aos pacientes com SED e DTM.

**Metodologia:**

Descrição narrativa de caso clínico, com relato de exames, sinais e sintomas, diagnósticos, e plano de tratamento com seus resultados.

"Trata-se de um projeto de relato de caso de paciente jovem, sexo feminino, com dor acentuada em articulação temporomandibular e portadora da Síndrome de Ehlers-Danlos (SED), que é um grupo de doenças genéticas do tecido conjuntivo que afeta várias partes do corpo. O relato de caso apresenta os sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e sua associação com a SED, enfatizando a importância de olhar atento para a presença de comorbidades sistêmicas que podem estar associadas à DTM.

Paciente do sexo feminino, de 30 anos, caucasiana, procurou o serviço de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, queixando-se de dor crônica intensa na região da articulação temporomandibular, nos músculos associados à mastigação e ao complexo temporomandibular bem como dor e rigidez crânio-cervical. Na história médica pregressa, a paciente refere o diagnóstico de Síndrome de Ehlers-Danlos, subtipo hiper móvel, relatando alta incidência de quedas, subluxações e luxações recorrentes em diversas articulações do corpo, principalmente punhos, ombros, tornozelo e joelhos, entorses, contusões, equimoses e hematomas espontâneos não associados a nenhum tipo de trauma."

**Cronograma:**

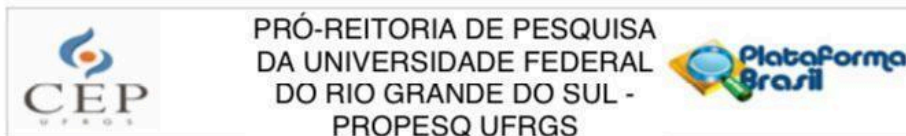
Coleta de dados prevista para ocorrer entre 15/01/2024 e 15/04/2024.

**Orçamento:**

R\$ 1.474,00. Financiamento próprio.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3787 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 6.561.096

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Apresentar um relato de caso de um paciente com DTM e portador da Síndrome de Ehlers-Danlos (SED).

Objetivos Secundários:

- Descrever as características clínicas do paciente com DTM e SED;
- Descrever os sinais e sintomas musculares da DTM no paciente com SED;
- Descrever a abordagem realizada para a DTM no paciente com SED;
- Descrever a resposta à abordagem realizada para a DTM no paciente com SED.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O estudo é considerado de risco mínimo, que podem ser constrangimento ou receio de que seus dados sejam divulgados. Os procedimentos propostos nesta pesquisa não são invasivos e não provocam danos ao participante. O risco pode ser o medo de ter seus dados divulgados.

No TCLE menciona-se: "Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) são mínimos. Pode haver algum constrangimento ao responder perguntas pessoais e medo de ter sua identidade identificada. Caso você não se sinta confortável, poderá desistir da sua participação, não haverá nenhum prejuízo a você.

Para proteger sua identificação, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelas pesquisadoras envolvidas no estudo, o questionário apresentará codificação para garantir privacidade e anonimato do participante."

Benefícios:

Os benefícios pela participação no estudo serão indiretos e incluem o levantamento de evidência científica para o correto encaminhamento da situação clínica descrita.

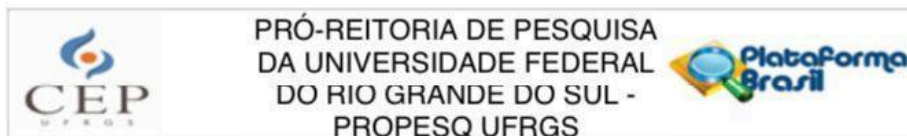
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide campo 'Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações'.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo 'Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações'.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3787 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 6.561.096

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos nos documentos do estudo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 510, de 2016, na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Reitera-se aos pesquisadores a necessidade de elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa, como preconiza a Resolução CNS/MS n.º 466/2012, Capítulo XI, Item XI.2: "d".

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2250721.pdf	24/11/2023 16:58:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SED_corrigido_COMPESQ.pdf	24/11/2023 16:57:45	Karen Dantur Batista Chaves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SindromeED_CEP.pdf	24/11/2023 15:51:59	Karen Dantur Batista Chaves	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_RelatoE_Danlos_.pdf	24/11/2023 15:43:57	Karen Dantur Batista Chaves	Aceito

**Situação do Parecer:**

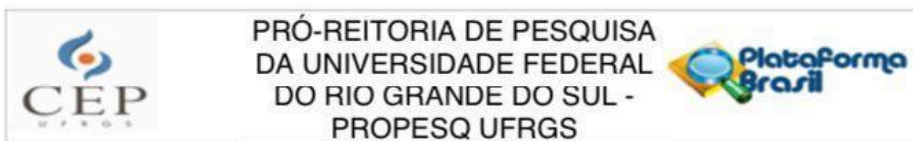
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farrroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3787 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 6.561.096

PORTO ALEGRE, 07 de Dezembro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Patrícia Daniela Melchioris Angst**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3787 **E-mail:** [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)

## ANEXO 2 – FICHA CLÍNICA EIXO I DO DC/TMD



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA CONSERVADORA  
DISCIPLINA DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL

## FICHA DE EXAME DTM – DOF

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ N do Prontuário: \_\_\_\_\_

Aluno (s) Examinador (es): \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Professor Responsável: \_\_\_\_\_ Assinatura do Professor: \_\_\_\_\_

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

Nenhum.....0  
Direito.....1  
Esquerdo ...2  
Ambos.....3

2. Você poderia apontar as áreas nas quais sente dor ?

	Direito	Esquerdo
Nenhum....	0	0
ATM.....	1	1
Músculos..	2	2
Ambos.....	3	3

(O examinador deve avaliar a área apontada caso não esteja claro se a dor é articular ou muscular.)

3. Padrões de Abertura

Reto..... 0  
Desvio lateral direito  
(sem correção)..... 1  
Desvio direito corrigido ("S")..... 2  
Desvio lateral esquerdo  
(sem correção)..... 3  
Desvio esquerdo corrigido ("S")..... 4  
Outro..... 5  
Tipo \_\_\_\_\_  
(especificar)

4. Amplitude de Abertura

Incisivo superior \_\_\_\_\_ 8  
utilizado \_\_\_\_\_ 9

- a . Abertura indolor sem ajuda..... mm  
b . Abertura máxima sem ajuda... mm  
c . Abertura máxima com ajuda... mm  
d . Traspasse vertical incisal..... mm

Nenhuma	Dor			Articular		
	Direito	Esquerdo	Ambos	Sim	Não	NA
0	1	2	3	1	0	9
0	1	2	3	1	0	9

5. Sons Articulares (palpação)

- a. Abertura

	Direita	Esquerda
Nenhum.....	0	0
Click.....	1	1
Crepitação áspera....	2	2
Crepitação delicada..	3	3

Medição do click em abertura \_\_\_mm \_\_\_mm

- b. Fechamento

	Direita	Esquerda
Nenhum.....	0	0
Click.....	1	1
Crepitação áspera....	2	2
Crepitação delicada..	3	3

Medição do click em fechamento \_\_\_mm \_\_\_mm

- c. Click recíproco eliminado no movimento protrusivo

	Direita	Esquerda
Não.....	0	0
Sim.....	1	1
NA.....	9	9

6. Excursões

a . excursão lateral direita..... mm

b . excursão lateral esquerda \_\_\_\_\_ mm

Nenhuma	Dor			Articular		
	Direito	Esquerdo	Ambos	Sim	Não	NA
0	1	2	3	1	0	9
0	1	2	3	1	0	9

- c . protrusão \_\_\_\_\_ mm

	Direita	Esquerda
	1	2

- d . desvio da linha média \_\_\_\_\_ mm



7. Sons articulares nas excursões

Lado direito :

	Nenhum	Click	Crepitação áspera	Crepitação delicada
Excursão direita	0	1	2	3
Excursão esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

Lado esquerdo :

	Nenhum	Click	Crepitação áspera	Crepitação delicada
Excursão direita	0	1	2	3
Excursão esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

Orientação para os itens de 8 a 10 :  
O examinador estará palpando (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço.

Gostaríamos que o senhor (a) indicasse se somente sente pressão, sem dor (0) ou sente dor (1-3). Indique o grau de dor que o senhor (a) sente para cada palpação de acordo com a escala abaixo. Circule o número que melhor corresponde para a quantidade de dor que você sente. Separe os resultados da palpação do lado direito e do lado esquerdo.

0= sem dor, somente pressão  
1= dor fraca  
2= dor moderada  
3= dor severa

8. Dor muscular extra-oral à palpação :

	Direito	Esquerdo
a. Temporal posterior (atrás da têmpora)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Temporal médio (meio da têmpora)	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Temporal anterior (frente da têmpora)	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Masseter (origem) (bochecha / abaixo do zigoma)	0 1 2 3	0 1 2 3

- e. Masseter (corpo) (bochecha / lado da face) 0 1 2 3 0 1 2 3  
f. Masseter (inserção) (bochecha / linha da mandíbula) 0 1 2 3 0 1 2 3  
g. Região posterior da mandíbula (estilóideo / digástrico posterior) "região da garganta" 0 1 2 3 0 1 2 3  
h. região submandibular (ptérgoideo medial/ supra-hioideo / digástrico anterior "sob o mento") 0 1 2 3 0 1 2 3

9. Dor articular à palpação :

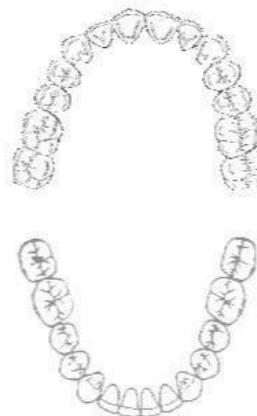
	Direito	Esquerdo
a. pólo lateral (palpação externa)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. zona retrodiscal (dentro da orelha)	0 1 2 3	0 1 2 3

10. Dor muscular intraoral à palpação :

a. Área do Pterigoideo lateral (atrás dos molares superiores)	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Tendão do temporal (tendão)	0 1 2 3	0 1 2 3

11. Marque as facetas de desgaste nas superfícies oclusais no esquema abaixo:

Marque as facetas de desgaste nas superfícies oclusais no esquema abaixo:





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
 DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA CONSERVADORA  
 DISCIPLINA DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL<sub>3</sub>

**MEDICAMENTOS PREVIOS**

---



---

**EXAMES COMPLEMENTARES**

---



---

**POSSÍVEL DIAGNÓSTICO**

I. Diagnóstico Muscular	II. Diagnóstico de disco	III. Artralgia, artrite, artrose
a. Dor miofascial	a. Deslocamento de disco com redução	a. Artralgia
b. Dor miofascial com abertura limitada	b. Deslocamento de disco sem redução, com abertura limitada	b. Osteoartrite da ATM
	c. Deslocamento de disco sem redução, sem abertura limitada	c. Osteoatrose da ATM

**PLANO DE TRATAMENTO**

Especialidade	Descrição	Visto Docente
Odontológico:		
Fonoaudiológico:		
Psicológico:		
Fisioterápico:		

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do paciente