

ACOMETIMENTO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM INDIVÍDUOS COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE

GUILHERME AZARIO DE HOLANDA¹; THIAGO AZARIO DE HOLANDA²; NOÉLI BOSCATO³; MAÍSA CASARIN⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – guilhermeaholanda@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – thiagoaholanda92@gmail.com

³Universidade federal de Pelotas – noeliboscato@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – maisa.66@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A espondilite anquilosante (AS) é uma desordem inflamatória que pode levar a fusão óssea das articulações vertebrais (TAUROG; CHHABRA; COLBERT, 2016). Sua inflamação característica afeta principalmente a articulação sacroilíaca, coluna vertebral e enteses (locais de inserção de um ligamento ou tendão ao osso) causando uma dor reportada como incômoda e insidiosa, sentida na profundamente na parte inferior das costas ou nas nádegas (SIEPER; PODDUBNYY, 2017; TAUROG; CHHABRA; COLBERT, 2016). Artrite e entesite são as manifestações periféricas mais comuns, prevalentes em aproximadamente 30 a 50% dos casos, podendo ocorrer a qualquer momento no curso da doença (SIEPER; PODDUBNYY, 2017). Dentre as manifestações menos comuns da EA, está o acometimento da articulação temporomandibular (ATM) (ACEVES-AVILA et al., 2013; BILGIN et al., 2020; HELENIUS et al., 2005; KERİŞ et al., 2016; LOCHER, FELDER, SAILER, 1996; WENNEBERG; KOPP; HOLLENDER, 1984). As disfunções temporomandibulares (DTMs) definem o conjunto de alterações que envolvem a ATM e os músculos mastigatórios, podendo resultar em dor que impacta nas atividades diárias, relacionamento psicossocial e qualidade de vida do indivíduo (SCHIFFMAN et al., 2014). O *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) é um conjunto de critérios atualizados que permite melhor precisão no diagnóstico das DTMs (SCHIFFMAN et al., 2014). Embora o DC/TMD tenha melhorado os critérios diagnósticos para as DTMs comuns relacionadas à dor, houve a necessidade de expandir a classificação incluindo as DTMs menos comuns, ajudando a refinar a classificação dessas disfunções. Nesse sentido, um sistema taxonômico abrangente com critérios para essas desordens foi publicado (PECK et al., 2014). De acordo com essa classificação, as artrites sistêmicas são caracterizadas pela inflamação articular da ATM, resultando em dor ou alterações estruturais, causadas por uma doença inflamatória sistêmica, como por exemplo a EA (PECK et al., 2014).

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão na literatura para avaliar o acometimento da ATM em indivíduos com EA.

2. METODOLOGIA

Foi conduzida uma revisão na literatura nas seguintes bases de dados: Medline (PubMed), Embase, Web of Science e LILACS. Uma estratégia de busca foi elaborada para a base de dados do Medline (PubMed) e adaptações à essa estratégia de busca foram utilizadas para as demais bases. As buscas foram realizadas no período de dezembro de 2020, nas linguagens inglês, português e

espanhol e sem restrições de data. Foram realizadas também buscas manuais adicionais nas referências dos artigos encontrados.

De acordo com a literatura pesquisada e os artigos encontrados, foram incluídos estudos observacionais do tipo transversal e de caso-controle que avaliaram sintomas autorrelatados, sinais clínicos e exames de imagem da ATM de indivíduos com EA. Foram excluídos os estudos que não apresentassem dados relacionados à ATM de indivíduos com EA, ou que não foram possíveis de acessar para leitura completa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversas pesquisas demonstraram associações entre a EA e o acometimento da ATM. A prevalência dos sintomas subjetivos (aqueles autorreportados pelos pacientes) apresentaram uma variação de 49% a 76,5% em indivíduos com EA (KERIŞ et al., 2016; RAMOS-REMUS et al., 1997). Já os sinais clínicos de acometimento da ATM (aqueles avaliados pelo pesquisador) variaram de 15,3% a 79% (CRUM; LOISELLE, 1971; HELENIUS et al., 2005). Estas diferenças poderiam ser explicadas pela variação das populações estudadas, aos métodos de coletas das variáveis e aos diferentes exames clínicos utilizados para a avaliação da ATM destes indivíduos. Ainda, a literatura mostra através de duas pesquisas a relação entre EA e DTM (ACEVES-AVILA et al., 2013; BILGIN et al., 2020). Segundo estes estudos, em indivíduos com EA há uma prevalência de DTM que varia de 39% a 59,2%. Essa variação poderia ser explicada pelo fato de que apenas um destes estudos utilizou um método validado (DC/TMD) para o diagnóstico de DTM.

Quanto as características deste acometimento da ATM em indivíduos com EA, foram frequentes os sinais e sintomas de dor, sensibilidade à palpação da ATM, sensibilidade nos músculos mastigatórios, ruídos na ATM (clique ou crepitação), abertura bucal restrita, deslocamento de disco e alterações radiográficas (CRUM; LOISELLE, 1971; DAVIDSON et al., 1975; HELENIUS et al., 2005; HELENIUS et al., 2006; KERIS et al., 2016; LOCHER, FELDER, SAILER, 1996; MAJOR et al., 1999; RAMOS-REMUS et al., 1997; RESNICK, 1974; WENNEBERG; HOLLENDER; KOPP, 1983; WENNEBERG; KOPP, 1982a; WENNEBERG; KOPP, 1982b). Nesse contexto, foi sugerido que o deslocamento do disco articular desempenha o papel principal para a progressão do envolvimento artrítico na ATM destes indivíduos, precedendo as alterações ósseas degenerativas. A etiologia do deslocamento de disco inicial seria provavelmente devido ao caráter entesopático da EA, com a destruição do ligamento capsular e das inserções do disco ao côndilo (MAJOR et al., 1999). A inflamação articular decorrente da EA seria a principal causa para dor e sensibilidade à palpação da ATM destes indivíduos. Além disso, a crepitação nesses indivíduos poderia ser explicada pela relação direta entre côndilo e fossa durante os movimentos mandibulares, ocasionada por um deslocamento de disco inicial (OKESON, 2013). Com relação a limitação de abertura bucal diferentes valores foram utilizados ao se avaliar esta variável de maneira clínica (<40mm, <36mm, <35mm, ≤33mm), assim como em outros estudos, foram empregados questionários e o autorrelato para sua avaliação de maneira subjetiva. A restrição da movimentação mandibular nestes pacientes poderia ser ocasionada pela presença de adesões fibrosas entre as superfícies articulares, ocasionadas pelo reparo do processo inflamatório, ou pelo deslocamento de um disco afetado (desarranjo interno) (TEGELBERG; KOPP, 1988). Também foi sugerido que essa restrição poderia ocorrer em resposta à

presença de dor articular e sensibilidade nos músculos mastigatórios (KÖNÖNEN; WENNEBERG; KALLENBERG, 1992).

No que diz respeito às alterações radiográficas, sabe-se que o primeiro sinal radiográfico de artrite é a erosão, que nos estudos incluídos teve uma prevalência que variou de 6,6% a 37%, enquanto que as demais alterações como osteófitos, cistos subcondrais e esclerose são consideradas características de artrose (LOCHER, FELDER, SAILER, 1996). Nesse contexto, é importante ressaltar a dificuldade dos estudos em decidir quando uma alteração radiográfica ocorreu devido à EA. Erosões na ATM de indivíduos com EA provavelmente estão relacionadas ao caráter inflamatório da doença. Já as alterações artrósicas podem representar processos de envelhecimento ou remodelações fisiológicas do organismo (SCHIFFMAN et al., 2014), os quais não estão relacionados com a doença.

4. CONCLUSÕES

Uma detalhada anamnese e exame clínico são fundamentais para identificar o acometimento da ATM em indivíduos com EA. Uma vez que este acometimento é oriundo de uma doença inflamatória sistêmica, o tratamento deve ser conduzido por um reumatologista. No entanto, o cirurgião-dentista deve fazer parte de uma abordagem multidisciplinar e integral para o adequado manejo destes indivíduos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACEVES-AVILA, F.J. et al. Temporomandibular joint dysfunction in various rheumatic diseases. **Reumatismo**, Itália, v. 65, n. 3, p. 126–130, 2013.
- BILGIN, E. et al. Temporomandibular disorders in ankylosing spondylitis: a cross-sectional, monocentric study. **Rheumatology International**, Alemanha, v. 40, n. 6, p. 933–940, 2020.
- CRUM, R.J.; LOISELLE, R.J. Temporomandibular joint symptoms and ankylosing spondylitis. **The Journal of the American Dental Association**, Inglaterra, v. 83, n. 3, p. 630-633, 1971.
- DAVIDSON, C. et al. Temporo-mandibular joint disease in ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, Inglaterra, v. 34, n. 1, p. 87-91, 1975.
- HELENIUS, L.M.J. et al. Clinical and radiographic findings of the temporomandibular joint in patients with various rheumatic diseases. A case-control study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, Estados Unidos, v. 99, n. 4, p. 455–463, 2005.
- HELENIUS, L.M.J. et al. Clinical, radiographic and MRI findings of the temporomandibular joint in patients with different rheumatic diseases. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, Dinamarca, v. 35, n. 11, p. 983-989, 2006.
- KERIŞ, E.Y. et al. Temporomandibular joint findings in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and primary Sjögren's syndrome. **Journal of investigative and clinical dentistry**, Austrália, v. 8, n. 4, p. 1–7, 2017.
- KÖNÖNEN, M.; WENNEBERG, B.; KALLENBERG, A. Craniomandibular disorders in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: a clinical study. **Acta Odontologica Scandinavica**, Inglaterra, v. 50, n. 5, p. 281-288, 1992.
- LOCHER, M.C.; FELDER, M.; SAILER, H.F. Involvement of the temporomandibular joints in ankylosing spondylitis (Bechterew's disease). **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, Escócia, v. 24, n. 4, p. 205-213, 1996.

- MAJOR, P. et al. Magnetic resonance imaging and clinical assessment of temporomandibular joint pathology in ankylosing spondylitis. **The Journal of Rheumatology**, Canadá, v. 26, n. 3, p. 616-621, 1999.
- OKESON, J.P. **Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão 7: Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão**. Elsevier Health Sciences, 2013.
- PECK, C.C. et al. Expanding the taxonomy of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders. **Journal of Oral Rehabilitation**, Inglaterra, v. 41, n. 1, p. 2–23, 2014.
- RAMOS-REMUS, C. et al. Temporomandibular joint osseous morphology in a consecutive sample of ankylosing spondylitis patients. **Annals of the Rheumatic Diseases**, Inglaterra, v. 56, n. 2, p. 103-107, 1997.
- RESNICK, D. Temporomandibular joint involvement in ankylosing spondylitis: comparison with rheumatoid arthritis and psoriasis. **Radiology**, Estados Unidos, v. 112, n. 3, p. 587-591, 1974.
- SCHIFFMAN, E.L. et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, Estados Unidos, v. 28, n. 1, p. 6–27, 2014.
- SIEPER, J.; PODDUBNY, D. Axial spondyloarthritis. **The Lancet**, Inglaterra, v. 390, n. 10089, p. 73–84, 2017.
- TAUROG, J.D.; CHHABRA, A.; COLBERT, R.A. Ankylosing Spondylitis and Axial Spondyloarthritis. **New England Journal of Medicine**, Estados Unidos, v. 374, n. 26, p. 2563–2574, 2016.
- TEGELBERG, Å.; KOPP, S. Short-term effect of physical training on temporomandibular joint disorder in individuals with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. **Acta Odontologica Scandinavica**, Inglaterra, v. 46, n. 1, p. 49-56, 1988.
- WENNEBERG, B.; HOLLENDER, L.; KOPP, S. Radiographic changes in the temporomandibular joint in ankylosing spondylitis. **Dentomaxillofacial Radiology**, Inglaterra, v. 12, n. 1, p. 25-30, 1983.
- WENNEBERG, B.; KOPP, S. Subjective symptoms from the stomatognathic system in ankylosing spondylitis. **Acta odontologica Scandinavica**, Inglaterra, v. 40, n. 4, p. 215-222, 1982a.
- WENNEBERG, B.; KOPP, S. Clinical findings in the stomatognathic system in ankylosing spondylitis. **Scandinavian journal of dental research**, Inglaterra, v. 90, n. 5, p. 373-381, 1982b.
- WENNEBERG, B.; KOPP, S.; HOLLENDER, L. The temporomandibular joint in ankylosing spondylitis Correlations between subjective, clinical, and radiographic features in the stomatognathic system and effects of treatment. **Acta Odontologica Scandinavica**, Inglaterra, v. 42, n. 3, p. 165-173, 1984.