FACSETE- FACULDADE DE SETE LAGOAS

UNIDADE SETE LAGOAS

PATRÍCIA RIBEIRO ORLANDO

Disfunção Temporo mandibular (DTM) em pacientes portadores de próteses totais e parciais

Sete Lagoas

2019

PATRÍCIA RIBEIRO ORLANDO

Disfunção Temporo mandibular (DTM) em pacientes portadores de próteses totais e parciais

Monografia apresentada ao curso de Especialização da FACSETE- Faculdade de Sete Lagoas, como requisito parcial para conclusão do Curso de Prótese.

Orientador: Mario Pedro de Souza Amaral.

Sete Lagoas

2019

"Lute com determinação,abrace a vida com paixão,perca com classe e vença com ousadia. O mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante!"

Charles Chaplin

FACSETE- FACULDADE DE SETE LAGOAS

UNIDADE SETE LAGOAS

Monografia intitulada “**Disfunção Temporo mandibular (DTM) em pacientes portadores de próteses totais e parciais**” de autoria da aluna Patrícia Ribeiro Orlando, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Mário Pedro de Souza Amaral

Sete Lagoas,

10 de abril de 2019

RESUMO

A Disfunção Temporo Mandibular (DTM) é considerada uma doença e está associada com a ausência da normalidade do sistema estomatognático, sendo caracterizada por sinais e sintomas que incluem ruídos, estalidos e crepitação na Articulação Temporomandibular (ATM) , dor facial, nos músculos da mastigação, e na região de cabeça e pescoço. Uma questão muito controversa é o uso da prótese totais e próteses parciais removíveis e o surgimento da DTM. Entretanto, existem controvérsias na literatura, quanto à associação entre o uso de próteses e a propensão à TMD. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi fazer uma revisão de literatura sobre a associação entre a DTM em pacientes portadores de próteses totais e próteses parciais removíveis. Conclui-se que, o papel da prótese sobre a presença ou não da DTM é um assunto ainda muito controverso, visto que certas características apontadas na literatura tais como estabilidade, retenção, idade e oclusão das próteses não apresentaram correlação com a presença e a severidade de sinais e sintomas de DTM em alguns estudos. Sendo assim, sugere-se novos estudos e levantamentos epidemiológicos a respeito do mesmo.

Palavras-chaves: Articulação temporomandibular. Prótese dentária. Disfunção.

ABSTRACT

Temporomandibular Dysfunction (TMD) is considered a disease associated with abnormality of the stomatognathic system. This condition is characterized by signs and symptoms that include noises, cracking and crackling in the temporomandibular joint (TMJ), as well as pain in chewing muscles and area of face, head and neck. A very controversial issue is regarding the use dental prothesis (total and/or partial removable) and the development of TMD. However, literature is controversies regarding the association between the use of dental prostheses and the propensity for TMD. Therefore, the objective of this study was to review the literature regarding the association among TMD in patients with dental protheses (total and/or partial removable). It is concluded that the role of dental prosthesis on presence or absence of TMD is still a very controversial subject. Some characteristics highlighted in the literature such as stability, retention, age and occlusion of the prostheses were not correlated in some studies with both presence and severity of TMD signs and symptoms. Therefore, new studies and epidemiological studies are suggested to elucidate this issue.

Keywords: Temporomandibular joint. Dental prosthesis. Dysfunction

Lista de figuras

Figura 1 - Sistema Estomatognático..... 11

Figura 2 - Imagem dos componentes da ATM..... 11

Figura 3 - Dor orofacial..... 12

Figura 4 - Sinais e Sintomas da DTM ---.....13

Figura 5 - Gráfico de relação da DTM com o gênero e a idade 14

Figura 6 - Fatores etiológicos da DTM..... 15

Figura 7 - Sinais e sintomas da DTM nos estudos de Bontempo et al. , 2011..... 16

Figura 8 - Índice de DTM em pacientes pesquisados nos estudos de Bastielo&Silva..... 17

Figura 9 - Prevalência de DTM em portadores de PPR nos estudos de Carvalho..... 18

Sumário

1- INTRODUÇÃO----------8
2- PROPOSIÇÃO----------10
3- REVISÃO DE LITERATURA ----------11
4- DISCUSSÃO ----------19
5- CONCLUSÃO ----------23
REFERÊNCIAS----------24

1 INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo coletivo que abrange vários problemas clínicos que envolvem o sistema estomatognático, caracterizada por dor ou pelo mau funcionamento da Articulação Temporomandibular (ATM), dos músculos da mastigação e estruturas associadas (Da Silva et al., 2014) .

Essa desordem craniomandibular ou temporomandibular afeta o sistema estomatognático provocando alterações nas suas estruturas, ela apresenta vários sinais e sintomas e muitas vezes limitam os movimentos dos pacientes portadores dessa doença (Parker, 1990).

Segundo Shibayama et al. (2004) essa anomalia é caracterizada pela existência de quatro sinais e sintomas principais, que são: a dor, o estalo da Articulação Temporomandibular (ATM) , sensibilidade muscular e limitação dos movimentos.

Com relação a etiologia da DTM, ela é considerada multifatorial , ou seja, ela pode estar relacionada a vários fatores, entre eles oclusais, emocionais, anatômicos e comportamentais (Kato et al., 2006).

Dentre as várias causas da DTM podemos citar os hábitos parafuncionais, a postura, interferências oclusais, a ausência de dentes, fatores psicológicos e fatores sistêmicos (Ribeiro et al.,2002).

O fato dessa alteração ser considerada multifatorial muitas vezes torna seu diagnóstico uma desafio para a odontologia, o que é preocupante visto que a identificação precoce dos sinais e sintomas da DTM se faz necessário para evitar complicações futuras, onde os tratamentos se tornam mais complexos (Shibayama et al., 2004).

Uma questão muito controversa é o uso da prótese e o surgimento da DTM, para Bontempo e Zavanelli (2009), o uso da prótese é importante para evitar o aparecimento ou agravamento da desordem e além disso, que falhas na confecção das próteses, como a perda da dimensão vertical, a instabilidade oclusal podem levar ao aparecimento dessa patologia na ATM .

Porém,segundo alguns autores como Ribeiro et al. (2002), o uso da prótese não influencia no aparecimento de DTMs.

Pensando nisso, a presente monografia tem como objetivo fazer uma revisão de literatura a respeito da DTM em pacientes portadores de próteses totais ou parciais.

2 PROPOSIÇÃO

Este estudo teve o objetivo de fazer uma breve revisão de literatura sobre a DTM em pacientes portadores de próteses totais e próteses parciais removíveis.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O sistema estomatognático (figura 1) é formado pela articulação temporomandibular, dentes, ossos, glândulas, lábios, bochecha, língua, músculos, vasos e sistema nervoso (Menezes et al.,2008) .

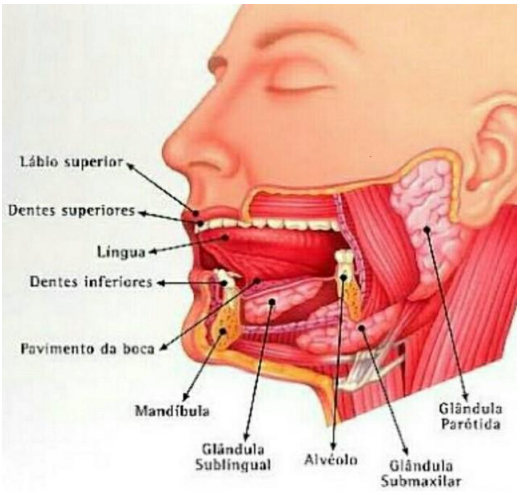


Fig. 1- Sistema estomatognático

< Site "Estomatologia medias". Desenvolvido por Ariana de Falco, [s.d]. Apresenta informações sobre tratamentos odontológicos. Disponível em: < https://www.picbon.com/tag/estomatognatico> . Acesso em 19 fev. 2019.

Dentre essas estruturas está a ATM (figura 2), articulação capaz de realizar movimentos complexos, cuja função é de mastigação, deglutição, fonação e postura mandibular (Amandeà et al.. 2004) .

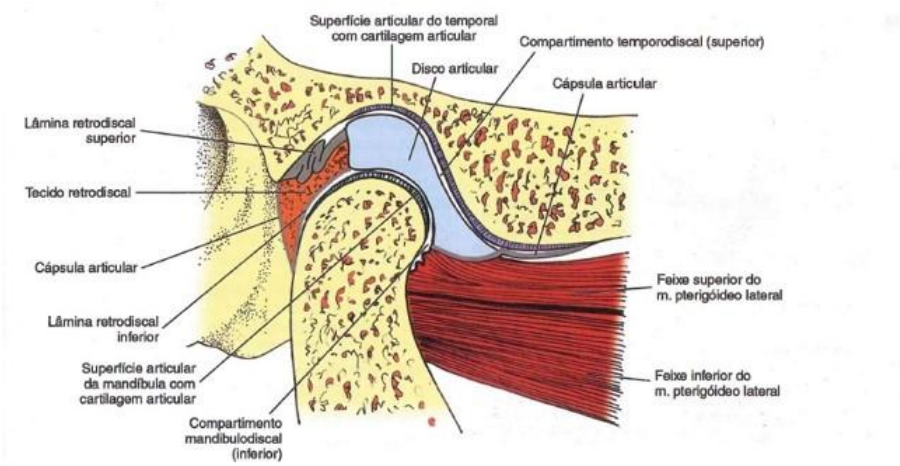


Fig. 2 Corte sagital da ATM evidenciando seus componentes

< Site "Estudos na web". Desenvolvido por autor desconhecido, [s.d]. Apresenta informações sobre ATM e seus componentes. Disponível em:< http://estudos-na-web.blogspot.com/2017/07/articulacoes-temporomandibulares-atm.htm> Acesso em 19 fev. 2019.

Essa articulação, assim como todas as outras, pode ser afetada por diversas fatores, dentre eles, está a Disfunção Temporo Mandibular (DTM) (Laskin, 2008).

A DTM é uma doença que atinge o sistema estomatognático, caracterizado por dor e por problemas na função da ATM (figura 3), nos músculos da mastigação e estruturas associadas (Da Silva et al., 2014).



Fig. 3- Dores orofaciais

< Site "Renovara Odontologia". Desenvolvido por Ricardo Henrique Chaguri. Apresenta informações sobre a dor orofacial . Disponível em: https://renovara.com.br/as-dores-orofaciais-estao-presentes-em-22-da-populacao-mundial/. Acesso em 20 fev. 2019.

Essa disfunção é considerada uma doença e está associada com a ausência da normalidade do sistema estomatognático, sendo caracterizada por sinais e sintomas (figura 4) que incluem ruídos, estalidos e crepitação na ATM, dor facial, nos músculos da mastigação, e na região de cabeça e pescoço (Parker, 1990).

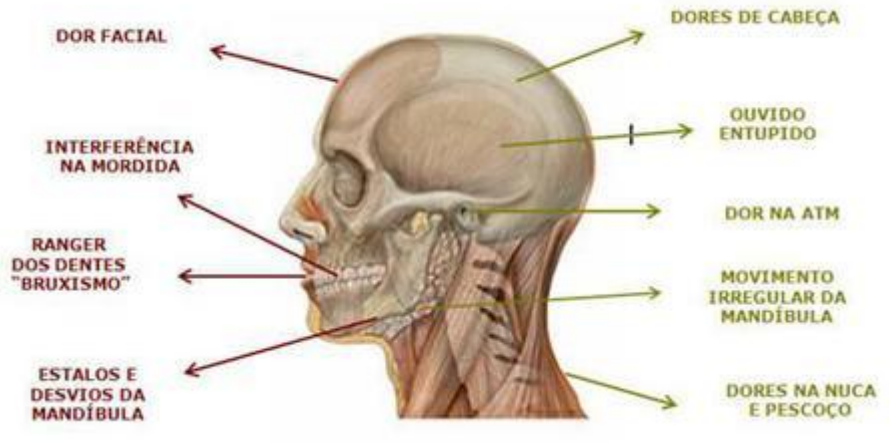


Fig. 4- Sinais e Sintomas da DTM

< Site "Ortodontia Antunes". Desenvolvido por autor Ana Carolina Ortega, [s.d]. Apresenta informações sobre ATM e seus componentes. Disponível em:< http://www.ortodontiaantunes.odo.br/atm > . Acesso em 19 fev. 2019.

Sendo assim, a DTM pode ser organizada em três categorias de diagnóstico: os distúrbios funcionais da musculatura da face, cabeça, pescoço, ombro e costas; transtornos relacionados com os tecidos moles da ATM; e desordens relacionadas às estruturas ósseas da ATM (Glaros, 2008).

Segundo Okeson (1998), essa anomalia pode ocorrer em qualquer gênero, idade ou etnia, porém atinge mais o gênero feminino, essa prevalência em gênero feminino ocorre pelo fato das articulações das mulheres serem, de certa forma, mais flácidas que dos homens, devido ao alto nível de estrógenos.

Além disso, para Rieder *et al*. (1983) como as mulheres se apresentam mais estressada que os homens, o índice de doenças com envolvimento psicossomático 'tende a ser maior para elas, o que faz com que aumentem as chances das mulheres desenvolverem problemas na ATM.

Nos estudos de Pedrotti et al. (2011) foram avaliados 280 ínvidos e eles observaram que o número de mulheres afetadas pela DTM é bem maior que a de homens, além disso, notaram uma prevalência maior da disfunção em pacientes com idades entre 21 e 30 anos de idade (figura 5).

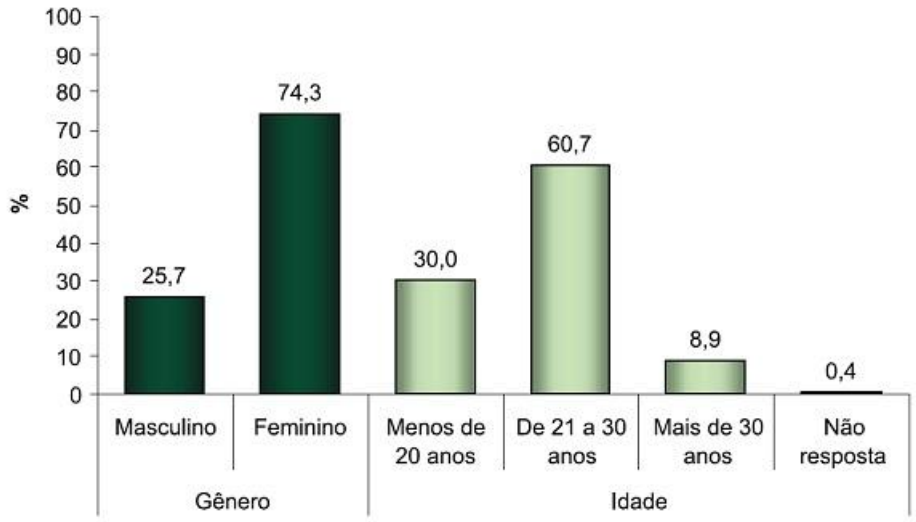


Fig 5. Descrição da amostra estudada em relação às variáveis gênero e idade

< Site "Scielo". Desenvolvido por Francieli Pedrotti, Célia Mahl', Maria Perpétua Mota Freitas , Gisele Klein. Apresenta informações sobre DTM. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-44422011000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 fev. 2019.

Os fatores etiológicos (fugura 6) mais relacionados a DTM são má oclusão, ausência de dentes, hábitos inadequados, mastigação de forma incorreta, fatores psicológicos, hábitos parafuncionais, porém, já se sabe que um fator isolado não desencadeia a DTM, ela normalmente ocorre com a união de fatores, sendo assim considerada uma doença multifatorial (Bontempo ; Zavanelli , 2009).

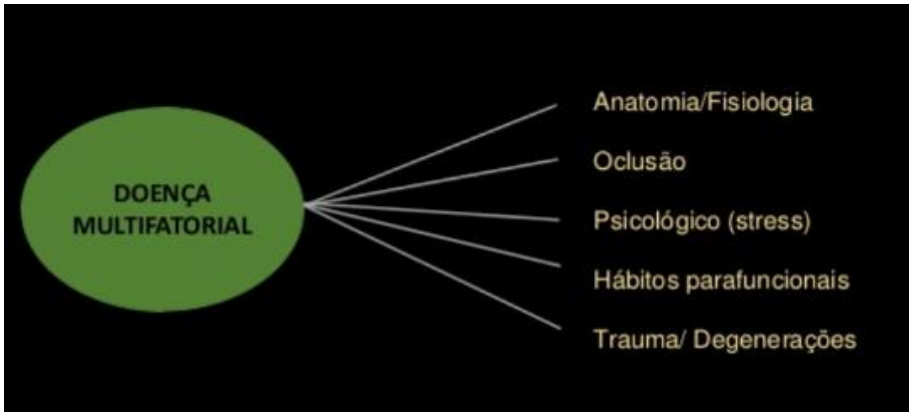


Fig .6- Fatores etiológico da DTM

< Site "Scielo". Desenvolvido por Camilla Bringel Regô. Apresenta informações sobre DTM. Disponível em: https://pt.slideshare.net/camillabringel/etiologia-sinais-e-sintomas-das-dtms. Acesso em 20 fev. 2019.

De acordo com Gomes et al. (2009) , outro fator agravante da DTM seria a idade, segundo ele os idosos são mais suscetíveis devido a degeneração fisiológica da ATM, que ocorre a medida em que a idade aumenta.

Sabendo que essa disfunção apresenta um grande número de sintomas Bontempo e Zavanelli (2011), realizam um estudo onde foi coletado informações de 90 pessoas portadoras de próteses totais duplas, dessa amostra os pacientes que possuíam DTM relataram os seguintes sintomas : Limitações na amplitude dos movimentos mandibuláres (protrusão - 97,8%; lateralidade esquerda - 93,3%; lateralidade direita - 88,9%); sensibilidade muscular à palpação (84,4%), sendo que os músculos pterigóideos laterais dos lados direito (28,7%) e esquerdo (36,3%), seguidos pelos músculos masseter superficial direito (26,9%) e esquerdo (19,5%) e temporal anterior direito (16,7%) e esquerdo (18,2%) foram os músculos mais comumente afetados, e presença de ruídos articulares (53,8%), sendo que a crepitação foi mais frequente do que o estalido em ambas as articulações, 32,2% e 22,2%, respectivamente na ATM direita e 33,3% e 20,0% na ATM esquerda (figura 7).

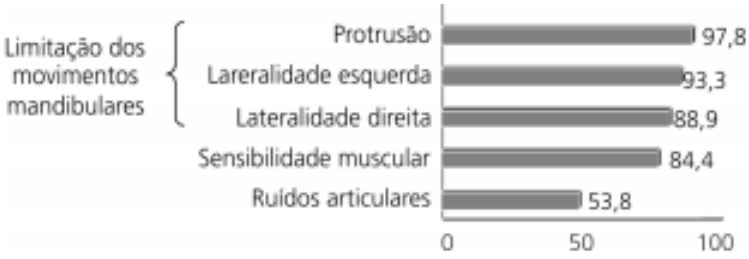


Fig. 7- Distribuição da amostra em relação aos sinais clínicos em valores percentuais

< Site "Scielo". Desenvolvido por Bontempo et al.. Apresenta informações sobre a DTM. Disponível em: http://revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=6069&article=1782&mode=pdf. Acesso em 20 fev. 2019.

Ainda segundo Bontempo e Zavanelli (2011), pelo fato dessa alteração ser considerada complexa, muitos estudos apresentam controvérsia a respeito da presença da DTM em pacientes portadores de próteses removíveis, tanto parciais e totais, alguns acreditam que o uso de prótese não influencia no surgimento da doença, e outros acreditam que o uso de próteses levar ao seu surgimento das desordens .

Sendo assim, CZ ERNAIK et al. (2018), realizou um estudo composto por uma amostra de 287 idosos, sendo a idade média entre 69 anos, desse total 158 possuíam sintomas de DTM, dos quais 120 apresentavam DTM leve, 29 tinham DTM moderada e 9 DTM grave. Após avaliar os resultados ele concluiu que a perda dentária tem sido um fator de risco para a DTM leve.

Além disso, nos estudos de Serman et al. (2003), podemos observar que a prevalência de DTM em pacientes desdentados portadores de próteses totais duplas, foi maior quando comparada a pacientes dentados, em seus estudos foram avaliados 100 pacientes, com média de 44 anos, eles foram divididos em pacientes portadores de próteses totais e pacientes dentados, no final observou-se que a prevalência de sintomas de DTM em pacientes portadores de prótese total era de 40%, enquanto somente 12% dos pacientes dentados apresentaram essa condição.

Em contra partida, Shibayama et al. (2004), realizou um estudos de prevalência da DTM em pacientes portadores de prótese total, prótese parcial removível e universitários, no total foram avaliados 240 pacientes, nesse estudo foi concluído que a DTM tem maior prevalência no grupo de dentados, seguido pelos portadores de prótese parcial removível e por ultimo os pacientes portadores de

próteses totais, sendo assim, nos seus estudos a ausência de dentes não foi considerado um fator de risco para a DTM.

Além disso, Bastielo e Silveira (2014), avaliaram a DTM em pacientes portadores de próteses totais com redução de dimensão vertical, eles avaliaram 20 pessoas e determinaram que desse total 20% dos pacientes não possuíam DTM, 40% índice leve de DTM, 25% índice moderado e 15% índice severo, ele considerou que a somatória dos dois últimos seria o total de pacientes com DTM, sendo assim, a prevalência de DTM em seus estudos foi de 40% (figura 8).

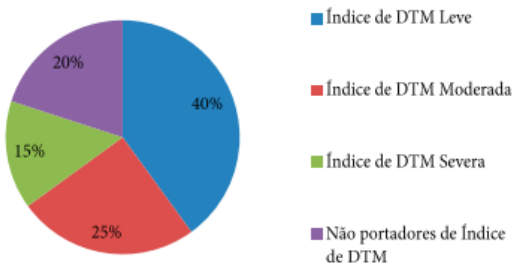


Fig. 8- Dados obtidos atraves do questionário simplificado de Fonseca, mostrando o indice de DTM entre os pacintes pesquisados

< Site "Scielo". Desenvolvido por Bastielo& Silva.. Apresenta informações sobre a DTM. Disponível em: https://docplayer.com.br/71507266-Disfuncao-temporomandibular-em-pacientes-portadores-de-proteses-totais-superiores-com-reducao-da-dimensao-vertical-de-oclusao.html. Acesso em 20 fev. 2019.

Segundo os estudos de Dervis (2004), onde foram analisados 250 pacientes desdentados, onde 118 não eram portadores de próteses e 132 faziam uso de prótese total, foi encontrada uma taxa baixa de DTM (10%) entre os pacientes que não portavam próteses. Após 3 anos e 3 meses da instalação da prótese, que foram confeccionadas de maneira adequada para cada paciente, houve redução no índice de DTM nessa amostra.

Em adição, nos estudos de Carvalho (2007), com objetivo de avaliar a prevalência de DTM em pacientes com extremidades livres bilaterais, foi feito em uma amostra de 102 pacientes com perda dental posterior inferiores bilateralmente, nessa amostra a prevalência de DTM foi de 70,6%, os pacientes que usavam PPR apresentaram prevalência de 58,8%, os que nunca usaram de 73,8%, sendo assim conclui-se que os pacientes que apresentam o uso de PPR apresentam uma

frequência menos de DTM se comparado com os pacientes que nunca fizeram o uso de PPR (figura 9).

	Prevalência de DTM (%)
USAVAM PPR (n= 34)	58.8
NÃO USAVAM PPR* (n= 26)	80.7
NUNCA USARAM PPR (n= 42)	73.8

Fig. 9- Prevalência de DTM de acordo com o uso de PPR

< Site "Scielo". Desenvolvido por Carvalho. Apresenta informações sobre a DTM e, pacientes que usam PPR. Disponível em:< http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/2520/1/2007_LiviaCristinaBandeiraCarvalho.PDF>. Acesso em 20 fev. 2019.

Nos estudos de Jorge et al. (2013) , o objetivo era determinar a prevalência das desordens em pacientes com próteses parciais removíveis, de acordo com a classificação de Kennedy, para isso ele levantou uma amostra de 75 pacientes, todos usuários de prótese total superior e prótese parcial removível inferior , eles foram divididos em 4 grupos de acordo com a classificação de Keneddy na arcada inferior, ao fim do estudos concluiu-se que a presença de DTM em usuários de prótese parcial removível não pode ser correlacionada com a classificação de Kennedy.

4 DISCUSSÃO

Após avaliar os artigos levantados, pode-se observar que a problemática com relação do surgimento da DTM em pacientes portadores de prótese, seja ela parcial ou total, esta presente em estudos desde 1970, os avanços já são percebidos, porém ainda existe a necessidade de investigações sobre o tema, a fim de sanar algumas controvérsias entre autores (Schmd- Schwap, 2013). Em concordância, Bontempo e Zavanelli (2011), deixam bem claro que apesar dos estudos da DTM em portadores de próteses, terem evoluído muito, ainda existe muitas controvérsia e a necessidade de mais estudos.

Dentro deste quadro, está Schwartz et al.(1959) , em seus estudos afirma que paciente portadores de próteses não possuem DTM, eles avaliou um total de 2.500 pacientes com distúrbios musculares e na ATM e concluíram que pessoas com edentulismo não possuíam tal distúrbio. Corroborando com os achados deste estudo, Loiselle et al. (1969), estudaram com uma amostra de 2.000 indivíduos, sendo que dentre esses, 520 eram portadores de prótese total e não possuem qualquer alteração relacionadas a DTM, no qual o intuito era de determinar a prevalência da DTM. Sendo assim, ele concluiu que pessoas portadoras de próteses totais não apresentam tal disfunção.

De forma contraria, podemos observar nos estudos de Agostinho et al. (2015), alterações na função mandibular em pacientes portadores de próteses, em seus estudos ele realizou um levantamento epidemiológico sobre a DTM em paciente portadores de prótese total e observou que houve uma maior numero de pacientes usuários de prótese com maior limitação dos movimentos mandibulares. Nessa mesma linha de abordagem, Jorge et al. (2013), afirmou que o edentulismo pode levar ao aumento do numero de pacientes com DTMs, segundo ele a perda dos dentes leva a alteração da oclusão dos pacientes, acarretando na patologia funcional.

Colaborando com esses estudos, nas pesquisas de Agerberg e Carlsson (1973), com uma amostra de 1.106 indivíduos, o intuito era avaliar a prevalência de sintomas de DTM. Nesta amostra, 57% dos indivíduos relataram a presença de um sintoma do distúrbio e 30% relataram a presença de dois ou mais. Um dos sintomas apontados era a limitação na abertura bucal. Os resultados obtido foram de que a maioria dos paciente com limitação na abertura faziam uso de prótese totais (19%),

seguido por indivíduos que possuem dentes (7%) e o grupo usuário de próteses parciais (13%). Alem disso, nos estudos de Choy e Smith (2014), foi observada a presença de DTM em pacientes portadores de próteses totais, sendo que a amostra foi de 260 pacientes, todos portadores de próteses removíveis totais, e destes, 15% apresentavam sintomas de DTM.

De acordo com Souza et al. (2014) , pacientes desdentados totais podem apresentar graus de DTM diferentes, podendo se apresentar como estalido da ATM, deslocamento da oclusão e dor a palpação da face e da ATM. Segundo Nascimento (2018) está ocorrência acomete mais pacientes portadores de próteses totais, ao ser comparado com pacientes desdentados que não fazer uso de próteses .

Ainda neste contexto, Jorge et al.(2013) , realizou estudos que avaliou a severidade das alterações temporomandibulares em pacientes desdentados unilateralmente(classe II Kennedy) que faziam ou não o uso de próteses parciais removíveis (PPR) , ele concluiu que, pacientes que não faziam uso de prótese apresentavam um grau de severidade maior no hemiarco onde não havia perdas dentais. Em conformidade, outros autores realizaram estudos a respeito da desordem em pacientes parcialmente desdentados e observaram que a utilização da PPR apresenta melhorias dos sintomas da DTM (Kato et al, 2006) (Serman et al., 2010).

Além disso, Bontempo e Zavanelli (2011), mostra em seus estudos que os hábitos parafuncionais, oclusão instável e distúrbios psicoemocionais podem colaborar para o surgimento de alterações na ATM em pacientes desdentados. Contribuindo com a ideia de que a DTM em portadores de próteses esta relacionada com o quadro emocional tem-se os estudos de Meyerowitz (1975),onde ele afirma que o aumento da tensão devido a perda dental pode causar problemas emocionais no paciente, podendo levar ao distúrbio temporomandibula, pois um dos fatores etiológicos mais conhecidos dessa doença é o estado emocional do paciente.

Um outro fator etiológico considerado seria a confecção inadequada da prótese, segundos Serman et al. (2003), durante a confecção do trabalho protético, o cirurgião pode não seguir os devidos passos, as vezes fazendo próteses sem o devidos planejamentos e sem se atentar para as necessidades do paciente, esse descuido pode gerar uma iatrogênia, contribuindo enormemente para o surgimento da DTM em pacientes desdentados.

Com isso, próteses insatisfatórias podem contribuir para o surgimento da disfunção, nos estudos de Meyrowitz (1975) foi determinada a prevalência de dor miofacial em 190 indivíduos desdentados totais com próteses insatisfatórias e verificou que 32% da amostra apresentava dor muscular na mastigação. Segundo Mcneill (1997), isso ocorre quando a prótese do paciente possui algum problema de retensão, o que gera aumenta no uso dos músculos da mastigação pelo paciente para poder tentar mantê-la em uma só posição, levando a fadiga muscular e aumento da sensibilidade na região . Em outro estudo, Bontempo e Zavanelli (2011), também acreditava que a retensão pode levar ao surgimento de DTM em paciente portadores de próteses totais e sugeriu a importância da estabilidade protética para prevenção de DTM nesses paciente.Além disso, Cabot e Roberts (1984), observou que próteses em condições precárias podem causar dores na ATM dos pacientes, e isso ocorre quando o paciente faz uso da prótese por um período prolongado sem seguir as orientações do cirurgião dentista.

Em adição, Souza et al. (2014) afirmou que pacientes com mais de dez anos de edentulismo apresentam deslocamento do disco. Isto pode estar relacionado com reposicionamento da mandíbula quando ocorre alteração da dimensão vestibulo oclusal (DVO), nessa posição o côndilo pode girar e adquirir uma posição mais posterior e superior, comprimindo a zona bilaminar, responsável pelo suprimento de sangue e nutrição da ATM (Choy ; Smith 1980).

Enfatiza-se, desta forma, que os fatores etiológicos da DTM em pacientes com edentulismo, a perda de suporte oclusal com alteração na DVO, hábitos orais e estresse emocional (Souza et al., 2014) . Outros fatores podem ser associados , incluindo características biológicas, problemas de saúde sistêmicas e distúrbios psicossociais Silva Junior et al. (2018).

Essa desordem acarreta prejuízos à vida de quem esta comprometido pela patologia, Oliveira et al. (2003) mostra em seus estudos que o sono é prejudicado, comportamento durante as atividades no trabalho e escolares, existe uma sensação de insatisfação com a vida e diminuição no nível de atividades, o bem estar emocional e a energia ficam diminuídos.Sobre esse aspecto pesquisadores mostraram enfaticamente a importância da reabilitação a fim de reduzir os sintomas, Segundo Silva Junior et al. (2018) , o tratamento da DTM procura possibilitar função mastigatória satisfatória ao paciente, alem de promover relaxamento dos músculos

da mastigação. A reabilitação protética , por sua vez, pode contribuir para minimizar o desenvolvimento da patologia (Oliveira et al., 2003).

5 CONCLUSÃO

Após essa revisão de literatura, conclui-se que a DTM em pacientes portadores de próteses totais e próteses parciais removíveis é ainda muito controverso. Existem estudos correlacionando o uso de próteses e o surgimento da DTM, porém outros afirmam que pacientes desdentados não possuem DTM, ou que a prótese pode evitar o surgimento da desordem, onde o paciente não portador de prótese apresenta índices maiores de DTM do que aqueles que fazem uso da mesma.

Além disso, autores apontam correlação da idade do paciente, o tempo de uso da prótese, a estabilidade e a confecção com o aparecimento de sinais e sintomas de DTM em portadores de próteses.

Em adição, pacientes que fazem uso de próteses parciais removíveis, apresentam mais sinais e sintomas de DTM que pacientes que fazem uso de próteses totais.

Por fim, foi observado a necessidade de desenvolvimento de novos estudos e levantamentos epidemiológicos, pois atualmente os estudos apresentam grande controvérsia.

.

REFERÊNCIA

AGERBERG G, CARLSSON GE. **Functional disorders of the masticatory system. II. Symptoms in relation to impaired mobility of the mandible as judged from investigation by questionnaire,** Acta Odontol Scand,v. 31, n. 2, p. 335-47, 1973.

AGOSTINHO, A. et al. **Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos**. Rev Odontol UNESP, v. 44, n. 2,p. 74-79, 2015.

AMANDEÁ, D. V. et al. **A importância da avaliação postural no paciente com disfunção da articulação temporomandibular**, Acta Ortop, v.12, n. 3,2004.

BONTEMPO, K. V.; ZAVANELLI, R. A. **Desordem temporomandibular: prevalência e necessidade de tratamento em pacientes portadores de prótese totais duplas**, RGO, v. 59, n. 1, p. 87-94, 2011.

BONTEMPO, K. V.; ZAVANELLI, R. A. **Fatores etiológicos correlacionados à desordem temporomandibular em pacientes portadores de próteses totais bimaxilares:** uma análise comparativa, RGO, v. 57, p. 67-75, 2009.

CABOT, L. B.; ROBERTS, B. J. **Aftercare for the complete dentures patient**. Braz Dent J, v.157, n.2, p.72-75, 1984

CARVALHO, L. C. B. **Prevalência das desordens temporomandibulares em pacientes com extremidades livre bilaterai inferior**. 2007. Dissertação (Mestrado em ciência da saúde) - Faculdade de ciencia da saúde, Universidade de Brasília, 2007.

CHOY, E.; SMITH, D. E. **The prevalence of temporomandibular joint disturbances in complete denture patients**. J Oral Rehabil, v. 7, n. 4, p.331,1980.

CZERNAIK, M. et al. **Association between temporomandibular disorder symptoms and demographic, dental and behavioral factors in the elderly: a population-based cross-sectional study**, BrJP, v. 1, n. 3, p. 223-230, 2018.

DA SILVA, A. A. Jr et al. **Temporo-mandibular disorders are an important comorbidity of migraine and may be clinically difficult to distinguish them from tension-type headache,** Arq Neuropsiquiatria, v. 72, n. 2, p. 99-103, 2014.

DERVIS, E. **Changes in temporomandibular disorders after treatment with new complete dentures,** J Oral Rehabil,v.31, n.4, p.320-6, 2004.

GLAROS, A. G. **Temporomandibular Disorders and Facial Pain: A Psychophysiological Perspective**, Appl Psychophysiol Biofeedback, v. 3, p. 161–171, 2008.

GOMES, C. R. M. et al. **Avaliação e acompanhamento longitudinal de pacientes desdentados, reabilitados com prótese removível total, após terapia para DTM e reabilitação oral com aparelhos protéticos definitivos**. IX Encontro Interno de Iniciação Científica da Universidade Federal de Uberlândia, 2009.

JORGE, J.H. et al.**Desordens temporomandibulares em usuários de prótese parcial.** Odontol UNESP, v.42, n. 2 p.72-7, 2013.

KATO, M. et al. **TENS and low-level laser therapy in the management of temporomandibular disorders**, J Appl Oral Sci, n. 14, v. 2, p. 130-135, 2006.

LASKIN, **D.M. Temporomandibular disorders: a term past its time?**, J Am Dent Assoc, v. 139, p. 124-128, 2008.

LOISELLE, R.J. **Relation of occlusion to temporomandibular joint dysfunction - the prosthodontic viewpoint,** J Am Dent Assoc, v. 79, n. 7, p.145-6, 1969.

MCNEILL, C. **Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies**. J Prosthet Dent, v.77, n.5, p.10–22, 1997.

MENEZES, M. S. et al. **A Correlação entre cefaléia e disfunção temporomandibular**, Fisioterapia e Pesquisa, v.15, n.2, p.183-7, 2008.

MEYEROWITZ, W.J. **Myofascial pain in the edentulous patient**. J Dent Assoc S Afr, v.30, n.1, p.75-77, 1975.

NASCIMENTO, J. et al. **Reabilitação com prótese dentária total em idosos e melhoria na dimensão do OHIP,** Arq Odontol, v. 54, 2018.

OKESON, J. P. **Management of temporomandibular disorders and occlusion**, St Louis (MO): Mosby-Year Book Inc. 1998.

OLIVEIRA, A. et al. **Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular**, J Appl Oral Sci, v. 11, n. 2, p. 138-43, 2003.

PARKER, M. W. **A dynamic model of etiology in temporomandibular disorders**, J Am Dent Assoc, v. 120, n. 3, p. 283-290, 1990.

removível: prevalência de acordo com a classificação de Kennedy,. Rev

RIBEIRO, R. A. et al. **Prevalência de disfunção craniomandibular em pacientes portadores de próteses totais duplas e pacientes dentados naturais,** Cienc Odontol Bras, v. 5, p. 84-89, 2002.

RIEDER, C. E. ; MARTINOFF, J. T.; WILCOX, St. A. **The prevalence of mandibular dysfunction,partl: sex and age distribution of related signs and symptoms,** J. of Prosthetic Dentistry. v.34,n. 6, p. 50-81, 1983.

SCHMD-SCHWAP, M. et al. **Sex, specific differences in patients with temporomandibular disorders**, J Orofac Pain, v. 27, n. 1, p. 42-50, 2013.

SCHWARTZ, L. **Disorders of the temporomandibular joint: diagnosis, management, relation to occlusion of teeth,** Philadelphia: Saunders, p.61-72, 1959.

SERMAN, R. et al. **Prevalência de disfunção temporomandibular em pacientes portadores de prótese total dupla,** Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM & Dor Orofacial, v. 3, n. 10, 2010.

SERMAN, R.J. et al. **Prevalência de disfunção temporomandibular em pacientes portadores de prótese total dupla,** JBA, Curitiba, v.3, n.10, p.141-144, 2003.

SHIBAYAMA, R. et al. **Prevalência de desordem temporomandibular (DTM) em pacientes portadores de próteses totais duplas, próteses parciais removíveis e universitários,** Rev Odontol UNESP, v. 25, n. 2, p. 18-21, 2004.

SILVA, A. et al. **Pain, click and crepitation as factors associated with temporomandibular dysfunction in Parkinson's disease,** BrJP, v. 1, n. 3, p. 248-254, 2018.

SOUZA, S. et al. **Prevalência de desordens temporomandibulares em indivíduos desdentados reabilitados com próteses totais convencionais**. Rev Odontol UNESP, v. 43, n. 3, p. 105-110, 2014.