

# ENVOLVIMENTO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE\*

**Sandra Cristina Andrade** • Doutorado em Ciências da Saúde. Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: sandra.andrade.fisio@gmail.com

**Paula Graciele Galvão** • Universidade Potiguar E-mail: gracielegalvao@hotmail.com

**Amanda Spínola Barreto** • Fisioterapeuta. Universidade Potiguar E-mail: amandinhabarreto@hotmail.com

**João Paulo Rodriguez** • Acadêmico de Fisioterapia. Universidade Potiguar E-mail: jp\_tjs@hotmail.com

**Ítalo Matheus Targino** • Extensão universitária em Pintura Corporal e Simulação Clínica. Universidade Potiguar E-mail: italo\_imtm@hotmail.com

**Alane Silva Ferreira** • Fisioterapeuta. Universidade Potiguar. E-mail: ferreiraalane@hotmail.com

**Envio em: Março de 2015**

**Aceite em: Junho de 2015**

**RESUMO: Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o envolvimento da articulação temporomandibular (ATM) em pacientes com artrite reumatóide. **Métodos** Os pacientes foram avaliados através dos dados demográficos, clínicos e exame físico da ATM. Os aspectos clínicos avaliados foram: tempo de doença, presença e intensidade de dor na ATM, medida pela Escala Visual Analógica (EVA). No exame físico da ATM foi avaliada a abertura máxima de boca (paquímetro) e a presença de ruídos (crepitação/estalo). Foram ainda investigados os hábitos parafuncionais e os sinais e sintomas geralmente associados a disfunções temporomandibulares (DTM) como tontura, cefaléia e zumbido. **Resultados:** Foram avaliadas 22 ATMs (11 pacientes), sendo verificada média ( $\pm$  DP) do tempo de doença de 8,2 ( $\pm$  6,3) anos. Dentre os pacientes avaliados 45,4% queixaram-se de dor em pelo menos uma ATM, sendo a média ( $\pm$  DP) da intensidade da dor de 5,0 ( $\pm$  1,2). Dos pacientes avaliados 72,8% apresentaram estalos durante abertura ou fechamento da boca, 81,9% relataram zumbido e 63,7% possuíam o hábito de morder lábios e/ou bochecha 63,7%. **Conclusões:** Apesar de pouco investigada na AR, foi verificado que a ATM encontra-se bastante acometida nos pacientes avaliados, sendo necessário mais estudos para se investigar questões relacionadas a sua função.

**Palavras chave:** Artrite reumatoide. Articulação temporomandibular. Transtornos da articulação temporomandibular.

## EVALUATION OF JOINT TEMPOROMANDIBULAR INVOLVEMENT IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

**ABSTRACT: Objective:** Objective of study was evaluate of involvement of TMJ with RA. **Methods:** Patients were evaluated using demographic and clinical data. Evaluated clinical aspects were duration of disease, presence and intensity of pain in TMJ (Visual Analog Scale – VAS). For physical examination of TMJ was evaluated maximum mouth opening, presence of noise (crackle/pop). It was also investigated parafunctional habits and signs and symptoms usually associated with temporomandibular joint disorders (TMD) as dizziness, headache and tinnitus. **Results:** It were evaluated 11 patients (22 TMJ) and it was observed average ( $\pm$  SD) duration of disease of 8.2 ( $\pm$  6.3) years, 45.4% of patients had pain in TMJ, with a mean ( $\pm$  SD) of the intensity of pain 5 ( $\pm$  1.2). 72.8% of patients presented for crack opening or closing the mouth, 81.9% reported tinnitus and 63.7% of patients had habit of biting lips and/or cheek 63.7%. **Conclusions:** Although few investigated in RA, it was discovered that TMJ is very involved in this disease and more studies are needed to investigate issues related to their involvement.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis. Temporomandibular joint. Temporomandibular joint disorders.

## 1. INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença autoimune inflamatória sistêmica caracterizada pelo comprometimento da membrana sinovial das articulações periféricas. A prevalência da AR é estimada em 0,5%–1% da população, com predomínio em mulheres e maior incidência na faixa etária de 30–50 anos.<sup>1,2</sup> A característica principal desta doença é o acometimento simétrico das pequenas e das grandes articulações, com maior frequência de envolvimento das mãos e dos pés.<sup>3</sup>

A articulação temporomandibular (ATM) é raramente afetada inicialmente, entretanto com a evolução do processo patológico o paciente pode apresentar envolvimento desta articulação.<sup>4-6</sup> Estudos prévios relatam que queixas da ATM podem estar presentes em cerca de 50% dos pacientes de AR. A probabilidade dos pacientes com artrite reumatóide apresentar envolvimento na ATM tem correlação com a severidade e a duração da doença sistêmica.<sup>6-9</sup>

A Disfunção Temporomandibular (DTM) consiste de um conjunto de sinais e sintomas que envolvem os músculos mastigatórios, as ATM e estruturas associadas. Ela pode ser caracterizada por dores musculares e articulares, limitação e desvio na trajetória mandibular, ruídos articulares durante a abertura e fechamento da boca, dores de cabeça, na nuca e pescoço, dores de ouvido, dentre outros.<sup>10</sup>

O envolvimento da ATM na AR pode sofrer considerável variação, desde pequenas erosões na cortical à severas destruições ósseas no côndilo, cavidade glenóide e eminência articular, causando mudanças na sua fisiologia, como diminuição da mobilidade articular e anquilose.<sup>11-13</sup>

Apesar das DTMs não serem incomuns em pacientes com AR, a extensão de envolvimento e sua relevância clínica ainda não foi bem caracterizada na literatura. Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o envolvimento da articulação temporomandibular em pacientes com artrite reumatóide.

## 2. MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo com corte transversal em pacientes com diagnóstico clínico de artrite reumatóide de acordo com os critérios do *American College of Rheumatology (ACR)*,<sup>14</sup> encaminhados por reumatologistas de maio à agosto de 2012 para o Centro Integrado de Saúde da Universidade Potiguar/UnP (Laureate International Universities).

A amostra foi composta por 11 pacientes (22 ATMs) adultos, de ambos os sexos, sem distinção da classe social e cor da pele. Foram excluídos: pacientes com déficit cognitivo que impedisse a realização dos procedimentos avaliativos e pacientes que tivessem sofrido acidente e/ou intervenção cirúrgica na face durante os últimos seis meses.

Todos os pacientes foram informados sobre os propósitos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados foi realizada no consultório do Centro Integrado de Saúde da UnP. Todas as avaliações foram realizadas de forma individual, com duração média de 40 minutos.

Os pacientes responderam uma ficha de avaliação, contendo dados demográficos (idade, sexo, estado civil) e clínicos (tempo de doença, presença e intensidade da dor nas ATMs e demais articulações, relato de sintomas geralmente associados à DTM como: tontura, zumbido, e cefaléia, bem como hábitos parafuncionais como: roer unha, apertar ou roer os dentes, mascar chicletes, morder os lábios ou bochechas e morder objetos. A intensidade da dor foi medida pela Escala Visual Analógica (EVA), sentida no dia da avaliação, variando de zero a dez, sendo zero a ausência de dor e dez dor insuportável. No exame físico da ATM foi avaliado: abertura máxima de boca foi mensurada com paquímetro, presença ou não de ruídos articulares (estalos ou estalidos e crepitação) durante abertura e fechamento da boca, avaliado através da ausculta com estetoscópio, posicionado na região da ATM.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar (UnP), sob protocolo 040/2009. Foi realizada estatística descritiva dos dados, sendo as variáveis quantitativas paramétricas descritas em média ( $\pm$ DP) e as variáveis categóricas em frequência absoluta e relativa. Os dados foram analisados utilizando-se o *software* estatístico SPSS (versão 17.0).

### ■ 3. RESULTADOS

A média ( $\pm$ DP) de idade dos 11 pacientes avaliados foi de 50,1 ( $\pm$ 5,5) anos, destes 90,9% eram do sexo feminino e casados. Estes dados são melhores visualizados na tabela 1.

Na tabela 2 são visualizados os dados clínicos, exame físico e hábitos parafuncionais dos pacientes. A média ( $\pm$ DP) do tempo de doença dos pacientes foi de 8,2 ( $\pm$  6,3) anos, sendo observada grande variação entre o tempo máximo (23 anos) e mínimo (3 anos). No entanto, quase a metade (45,4%) dos pacientes tinha menos de 5 anos de doença. Na avaliação do quadro álgico nas demais articulações, todos os pacientes se queixavam de dor em outras articulações, sendo a média ( $\pm$  DP) de intensidade da dor de 7,3 ( $\pm$  2,6).

Em relação aos achados clínicos característicos de disfunção da ATM foi verificado quadro doloroso à palpação da ATM em 45,4% dos pacientes, sendo a média ( $\pm$ DP) da intensidade da dor nesta articulação de 5,0 ( $\pm$  1,2). A dor foi referida também durante as atividades funcionais do dia a dia, principalmente no abrir e fechar a boca forçadamente 54,6%. Em relação à ADM máxima de abertura de boca foi observada média de 4,2 ( $\pm$ 0,6) centímetros.

Foi verificado na ausculta da ATM que o estalo foi o ruído que apresentou maior prevalência entre os pacientes estando presente em 72,8% dos casos. Nos sinais e sintomas associados foi verificado que o zumbido teve o maior percentual (81,9%). Quanto aos hábitos parafuncionais, foi observado entre os pacientes avaliados que morder lábios e/ou bochechas é o hábito mais realizado, dentre os avaliados neste estudo, sendo realizado por 63,7% dos pacientes.

### ■ 4. DISCUSSÃO

O presente estudo verificou que nesta amostra estudada de pacientes com artrite reumatóide foi frequente envolvimento da articulação temporomandibular, tendo estes apresentado pelo menos um sinal ou sintoma característico de acometimento da ATM.

Neste estudo a exemplo de tantos outros publicados, foi verificado que as mulheres, tanto na artrite reumatoide quanto na disfunção temporomandibular são preferencialmente acometidas. Estudos verificaram níveis elevados de estrógenos em pacientes com DTM e sugerem a influencia de hormônio sexual na predisposição à disfunção da ATM.<sup>1,2,15,16</sup>

A dor, no entanto, como principal sintoma da AR, foi observada em menos da metade dos pacientes. Acreditamos que o tempo de evolução da doença possa ter influenciado neste resultado, haja vista, que quase a metade dos pacientes estudados tinha menos de 5 anos de doença. Estudos prévios sugerem que a probabilidade de pacientes de AR ter acometimento da ATM está diretamente relacionada com a severidade e duração da doença.<sup>17-19</sup>

Nossos resultados são reforçados por um estudo maior realizado por Lin et al.,<sup>8</sup> os quais verificaram que 22% de sua amostra não experimentaram qualquer sinal ou sintoma de DTM, até 5 anos depois de diagnosticado AR. Neste estudo foi verificado que pacientes que tinha envolvimento severo da ATM tinham em média 7,9 anos de doença. Os autores relataram, porém, que 18,5% dos pacientes avaliados relatavam sintomas de DTM antes mesmo dos sintomas generalizados da doença.

Nós reconhecemos que embora todos os nossos pacientes tenham apresentado algum sinal ou sintoma sugestivo de DTM, nós não podemos afirmar que eles sejam consequência da AR, pelo fato de que grande parte da população geral pode apresentar sinais compatíveis com DTM.<sup>20,21</sup>

Com relação à intensidade da dor, verificamos neste estudo que os pacientes referem menor intensidade de dor na ATM, quando comparada com as demais articulações. Este resultado pode ser em parte explicado pela diferença estrutural da ATM em relação às outras articulações. Ela apresenta tecido retrodiscal especial que é rico em vasos sanguíneos os quais podem agir como um sistema altamente eficiente de drenagem para exudatos, podendo ser aliviado o edema e consequentemente a dor.<sup>22,23</sup>

Consistente com estudos prévios foi observado no nosso estudo que a abertura de boca dos pacientes não se encontrava restrita. Autores relatam em seus estudos que em parte dos pacientes com severa destruição da ATM, visualizada por imagem, a abertura de boca era de aproximadamente 4 cm.<sup>8,22,-24</sup> Discute-se na literatura que este fato possa ser devido à presença de uma estrutura de disco articular especializado que divide a ATM em 2 cavidades distintas uma superior e uma inferior.<sup>25</sup> No entanto, em estudo recente foram analisados 6 casos de pacientes com AR, onde foram descritas as alterações estruturais dos componentes ósseos das 12 ATMs. Foi verificado alterações estruturais ósseas na maioria dos pacientes e alterações da mecânica do movimento mandibular em todos eles, sendo a hipomobilidade a mais freqüente.<sup>22</sup> Ressaltamos ainda, que em alguns casos, no estágio avançado da doença, a destruição pode progredir para anquilose da ATM.<sup>13</sup>

A prevalência de ruídos na ATM é um achado frequente mesmo em indivíduos sem diagnóstico de DTM. Segundo Cozzolino et al.<sup>26</sup> o estalo não deve ser considerado sinal patognomônico de deslocamento discal, pois não é suficiente para diagnosticá-lo. Em seu estudo foi verificado que pacientes que mostram disco em posição normal, sem deslocamento, podem apresentar estalos. No nosso estudo o estalo foi o sinal de DTM de maior prevalência, estando presente em 72,8% dos pacientes. Esses dados são similares a outros estudos realizados em pacientes com AR.<sup>14,27,28</sup> No entanto, é observado prevalência menor em avaliação de pacientes com DTM sem AR.<sup>21</sup> Acreditamos que os estalos nas ATM de



pacientes com AR não se dê apenas pelo deslocamento do disco, como também pela destruição de diferentes estruturas articulares.<sup>24,26</sup>

Em relação à investigação dos sintomas associados à DTM, foi observado que cefaleia e zumbidos foram os de maior prevalência, sendo relato por 63,7% e 81,9% dos pacientes respectivamente. Resultados expressivos de queixas de cefaléia e zumbido são frequentemente relatados na literatura como característico de DTM. Em estudo realizado para verificar as principais alterações otológicas nas desordens temporomandibulares, foi observado que a cefaléia foi o sintoma mais relatado pelos indivíduos, onde 34.39% dos indivíduos queixavam sentiam dor de cabeça freqüente e 33.48%, às vezes. O zumbido foi relatado por apenas 17,5% dos pacientes. entretanto neste estudo os participantes não tinham diagnóstico de AR.<sup>29</sup>

Acreditamos que a alta prevalência desses sintomas na nossa amostra possa ter relação com a terapêutica medicamentosa utilizada no tratamento da AR. Este panorama de sintomas otorrinolaringológicos demonstra ser recomendando para efetivo tratamento da DTM em pacientes com AR o encaminhamento do paciente para outros profissionais.

Existem relatos na literatura sobre a correlação entre os hábitos parafuncionais e DTM. Os hábitos parafuncionais: apertar e/ou ranger os dentes durante o dia e/ou à noite, mascar chicletes, morder bochecha, lábios e língua, pressionar a língua contra os dentes, morder unhas/cutícula, roer objetos como lápis/canetas, colocar a mão embaixo do queixo entre outros, estão entre os principais fatores etiológicos para as DTM, pois promovem um aumento da atividade muscular acima da necessária (hiperatividade muscular).<sup>30,31</sup>

Coerente com estudos prévios neste estudo foi verificado alta incidência dos hábitos parafuncionais na amostra estudada. Entretanto, na artrite reumatóide esses hábitos podem apenas agravar os sintomas, pois o envolvimento da ATM nesta doença se dá pelo processo inflamatório articular aditivo e simétrico característico da doença.

Em resumo, foi verificada neste estudo alta prevalência de envolvimento da ATM em pacientes com AR e que os principais sinais e sintomas sugestivos de DTM encontrado nesta amostra em ordem decrescente foram zumbido, estalos, cefaléia e dor. Ressaltamos ainda, que os pacientes desta amostra apresentam diversos hábitos para funcionais, o que pode antecipar e/ou agravar os sinais e sintomas de DTM em pacientes com AR. Porém, estudos **adicionais com grupo controle** e com número maior de pacientes é altamente recomendável.

Recomendamos o monitoramento contínuo da ATM em pacientes com AR, pois o diagnóstico precoce de DTM é de fundamental importância para planejamento do correto tratamento, o que pode prevenir o prejuízo funcional da articulação temporomandibular.

## ■ 5. REFERÊNCIAS

1. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum.* 2006;36:182-8.
2. Milind P, Sushila K. How to live with rheumatoid arthritis. *Int Res J Pharm.* 2012;3:115–21.

3. Dewing KS, Stephen. Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment, Nurse Practitioner Healthcare Foundation, 2012.
4. Mota, LMH da and Sociedade Brasileira de Reumatologia et al. Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. Rev. Bras. Reumatol. 2013; 53(2):158-83.
5. Delantoni A, Spyropoulou E, Chatzigiannis J, Papademitriou P. Sole radiographic expression of rheumatoid arthritis in the temporomandibular joints: A case report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006;102:37-40.
6. Chitroda P, Katti G, Ghali S. Bilateral TMJ involvement in rheumatoid arthritis, a case report. J Oral Health Res. 2011;12:74-8.
7. Saeed NR, McLead NMH, Hensher R. Temporomandibular joint replacement in rheumatoid – induced disease. Br J Oral Maxil Surg. 2001;39:71-5.
8. Lin YC, Hsu ML, Yang JS, Liang TH, Chou SL. Temporomandibular joint disorders in patients with rheumatoid arthritis J Chin Med Assoc. 2007;70(12):527-34.
9. Crowson CS, Matteson EL, Myasoedova E et al., “The lifetime risk of adult-onset rheumatoid arthritis and other inflammatory autoimmune rheumatic diseases,” Arthritis & Rheumatism. 2011: 63(3):633-9.
10. Truelove EL, Sommers EE, LeResche L, Dworkin SF, Von KM. Clinical diagnostic criteria for TMD. New classification permits multiple diagnoses. J Am Dent Assoc 1992;123:47-54.
11. Sidebottom AJ, Salha R. Management of the temporomandibular joint in rheumatoid disorders. Br J Oral Maxillofac Surg. 2013;51:191-8
12. Helenius LM, Hallikainen D, Helenius I, Meurman JH, Könönen M, Leirisalo-Repo M, et al. Clinical and radiographic findings of the temporomandibular joint in patients with various rheumatic diseases. A case-control study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;99:455-63.
13. Kobayashi R, Utsunomiya T, Yamamoto H, Nagura H. Ankylosis of the temporomandibular joint caused by rheumatoid arthritis: A pathological study and review. J Oral Sci. 2001;43:97-101.
14. ACR Clinical Guidelines: Committee Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1996; 39(5):713-722.
15. Abubaker AO, Raslan WF, Sotereanos GC. Estrogen and progesterone receptors in temporomandibular joint discs of symptomatic and asymptomatic persons: a preliminary study. J Oral Maxillofac Surg 1993;51:1096-100.
16. Aufdemorte TB, Van Sickels JE, Dolwick MF, et al. Estrogen receptors in the temporomandibular joint of the baboon (*Papio cynocephalus*): an autoradiographic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986;61:307-14.
17. Yoshida A, Higuchi Y, Kondo M, Tabata O, Ohishi M. Range of motion of the temporomandibular joint in rheumatoid arthritis: relationship to the severity of disease. Cranio. 1998;16:162-7.

18. Tegelberg A, Kopp S, Huddenius K, Forssman L. Relationship between disorder in the stomatognathic system and general joint involvement in individuals with rheumatoid arthritis. *Acta Odontol Scand.* 1987;45(6):391-8.
19. Celiker R, Gokce-Kutsal Y, Eryilmaz M. Temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis: Relationship with disease activity. *Scand J Rheumatol.* 1995; 24(1):22-5.
20. Salonen L, Hellden L, Carlsson GE. Prevalence of signs and symptoms of dysfunction in the masticatory system: an epidemiologic study in an adult Swedish population. *J Craniomandib Disord.* 1990;4(4):241-50.
21. Silveira A M, Feltrin P P, Zanetti R V, Mautoni M C. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007;73(4):528-32.
22. Vasconcelos BC, Cauás M, Albert DG, Holanda GZ. Análise das variações morfológicas da ATM em pacientes com artrite reumatóide através de tomografia computadorizada. *Rev. Odonto ciênc.* 2005;20(47):75-7.
23. Kurita H, Kojima Y, Nakatsuka A, Koike T, Kobayashi H, Kurashina K, Relationship between temporomandibular joint (TMJ)-related pain and morphological changes of the TMJ condyle in patients with temporomandibular disorders. *Dentomaxillofacial Radiology.* 2004; 33(5): 329–33.
24. Goupille P, Fouquet B, Cotty P, Goga D, Mateu J, Valat JP. The temporomandibular joint in rheumatoid arthritis: correlations between clinical and computed tomography features. *J Rheumatol.* 1990;17:1285–91.
25. Raustia AM, Pyhtinen J. Computed tomography of the masticatory system in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1991;18: 1143–9.
26. Cozzolino FA, Rapoport, A, Franzi SA, Souza RP, Pereira CAB, Dedivitis RA. Correlação entre os achados clínicos e imaginológicos nas disfunções temporomandibulares. *Radiol Bras.* 2008;41(1):13–17
27. Franks AS. Temporomandibular joint in adult rheumatoid arthritis. A comparative evaluation of 100 cases. *Ann Rheum Dis.* 1969;28(2):139-45
28. Hoyuela CP, Furtado RN, Chiari A, Natour J. Oro-facial evaluation of women with rheumatoid arthritis. *J Oral Rehabil.* 2014 [Epub ahead of print].
29. Britto LH, Kós AOA, Amado SM, Monteiro CR, Lima MAT. Alterações otológicas nas desordens têmpero-mandibulares. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2000; 6(4):327-32.
30. Okeson JP. Etiology of functional disturbances in the masticatory system. In: Okeson JP, editor. *Management of temporomandibular disorders and occlusion*, 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2008.105-31.
31. Michelotti A, Cioffi I, Festa P, Scala G, Farella M. Oral parafunctions as risk factors for diagnostic TMD subgroups. *J Oral Rehabil.* 2010; 37(3):157-62.

**Tabela 1** – Distribuição dos dados demográficos dos pacientes com artrite reumatóide

Variáveis	Valores
<b>Idade, média (<math>\pm</math>DP), anos</b>	50,1( $\pm$ 5,5)
<b>Sexo, n (%)</b>	
Feminino	10 (90,9%)
Masculino	1 (9,1%)
<b>Estado civil, n (%)</b>	
Casado	10 (90,9%)
Divorciado	1 (9,1%)

**Tabela 2** – Distribuição dos achados clínicos, exame físico e hábitos parafuncionais dos pacientes com artrite reumatóide avaliados

Variáveis	Valores
<b>Tempo de doença, média (<math>\pm</math>DP)</b>	8,18 ( $\pm$ 6,2)
<b>Presença de dor na ATM, n (%)</b>	5 (45,4%)
<b>Intensidade da dor na ATM, média (<math>\pm</math>DP)</b>	5 ( $\pm$ 1,2)
<b>Abertura máxima da boca, média (<math>\pm</math>DP)</b>	4,2 ( $\pm$ 0,6)
<b>Ausculta, n (%)</b>	
Estalo	8 (72,8%)
Creptação	2 (18,1%)
<b>Sinais e sintomas associados, n (%)</b>	
Tontura	4 (36,3%)
Zumbido	9 (81,9%)
Cefaléia	7 (63,7%)
<b>Hábitos parafuncionais, n (%)</b>	
Roer unhas	3 (27,2%)
Apertar os dentes	3 (27,2%)
Mascar chicletes	1 (9,1%)
Morder lábios e/ou bochechas	7 (63,7%)
Ranger os dentes	3 (27,2%)
Morder objetos	3 (27,2%)
<b>Dor ou desconforto durante as atividades do dia-dia, n (%)</b>	
Abrir/Fechar a boca forçadamente	6(54,6%)
Durante a alimentação	5(45,4%)
Ao falar	1(9,1%)

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar (UnP), sob protocolo 040/2009.