

O AJUSTE OCLUSAL E A TERAPIA CONSERVADORA NO TRATAMENTO DE UMA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ARTICULAR: RELATO DE CASO COM SEIS MESES DE ACOMPANHAMENTO

Occlusal Adjustment and Conservative Therapy in a Temporomandibular Joint Dysfunction Treatment: case report with a 6-month follow-up

 **Caroline Biagioni de Oliveira**¹
 **Isléia Freitas de Moraes Biswas**¹
 **Maiara Aparecida Ferreira**¹
 **Ronaldo Luís Almeida de Carvalho**¹
 **Jean Soares Miranda**²

¹Centro Universitário Braz Cubas - Mogi das Cruzes (SP)

²Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora (MG)

Autor correspondente:

Jean Soares Miranda
E-mail: jean.miranda@ufjf.br

Como citar este artigo:

OLIVEIRA, C. B. O.; BISWAS, I. F. M.; FERREIRA, M. A.; CARVALHO, R. L. A.; MIRANDA, J. S. O ajuste oclusal e a terapia conservadora no tratamento de uma disfunção temporomandibular articular: relato de caso com seis meses de acompanhamento. **Revista Saber Digital**, v. 15, n. 2, e20221512, maio/ago., 2022.

Data de Submissão: 18/05/22

Data de aprovação: 26/08/22

Data de publicação: 29/08/22



Esta obra está licenciada com uma licença
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de artralgia associada a um deslocamento de disco com redução, conduzido por alunos e professores na clínica da Liga de Dor e DTM do Centro Universitário Braz Cubas, através de terapias conservadoras não invasivas e um ajuste oclusão. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 63 anos, compareceu ao atendimento queixando-se de dor constante em ambas as articulações temporomandibulares, sendo esse sintoma mais intenso do lado direito. Ela relata ter tido, há seis meses, um travamento fechado. O critério diagnóstico para as Disfunções Temporomandibulares (DC/TMD) foi aplicado, fechando o diagnóstico de artralgia e deslocamento de disco com redução na ATM direita. No exame intraoral, foi observado uma giroversão e extrusão do dente 17, que apesar de bem inserido, impossibilitava a sua inclusão na placa estabilizadora, que foi realizada na arcada superior e adotada como tratamento, juntamente com o aconselhamento. Com isso, houve uma considerável redução da sintomatologia, que apenas foi zerada, após um ajuste oclusal realizado sob a restauração de amálgama do dente 17. **Discussão:** Apesar da oclusão não ser um fator de risco importante para as DTMs e que ajustes oclusais não são formas efetivas de tratamento, nesse caso um ajuste foi realizado apenas sobre uma restauração de amálgama para tentar amenizar essa condição, garantir um conforto durante as funções excêntricas da paciente e impedir um maior prejuízo periodontal. **Conclusão:** A terapia realizada foi capaz de gerar uma remissão total dos sintomas, o que implicou em melhor qualidade de vida para essa paciente.

Palavras-Chave: Articulação Temporomandibular, Disco Articular Temporomandibular, Síndrome da Articulação Temporomandibular, Transtornos da Articulação Temporomandibular, Ajuste Oclusal.

ABSTRACT

Objectives: To report a clinical case of arthralgia associated with disc displacement with reduced, conducted by students and teachers at the League of Pain and TMD of the Braz Cubas University Center, through non-invasive conservative therapies and an occlusion adjustment. **Case report:** A 63-year-old female patient came to the clinic complaining of constant pain in both temporomandibular joints, with this symptom being more intense on the right side. She reports having had a closed lockout six months ago. The Diagnostic

O ajuste oclusal e a terapia conservadora no tratamento de uma disfunção temporomandibular articular: relato de caso com seis meses de acompanhamento

Oliveira CBO, Biswas LFM, Ferreira MA, Carvalho RLA, Miranda JS,

Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) was applied and the arthralgia and disc displacement with a reduction in the right TMJ was diagnostic. In the intraoral examination, gyro-version and extrusion of tooth 17 was observed, which, despite being well inserted, made it impossible to include it in the occlusal splint, which was performed in the upper arch and adopted as treatment, together with counseling. As a result, there was a considerable reduction in symptoms, which was only reset after an occlusal adjustment performed under the restoration of amalgam of tooth 17. **Discussion:** Although occlusion is not an important risk factor for TMDs and that occlusal adjustments are not effective forms of treatment, in this case an adjustment was performed only on an amalgam restoration to try to alleviate this condition, guarantee comfort during the eccentric functions of the patient and prevent further periodontal damage. **Conclusion:** The therapy performed was able to generate a total remission of symptoms, which implied in better quality of life for this patient.

Keywords: Temporomandibular Joint, Temporomandibular Joint Disc, Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome, Temporomandibular Joint Disorders, Occlusal Adjustment

INTRODUÇÃO

As articulações temporomandibulares (ATMs) são caracterizadas pela união da mandíbula, em ambos os lados com os ossos temporais. Os movimentos permitidos por elas são de protusão, retrusão, lateralidade, abertura e fechamento mandibular. Representando um dos principais componentes do sistema estomatognático, juntamente com a maxila, arcadas dentárias, tecidos moles e músculos orofaciais, que atuam em conjunto com o sistema nervoso central realizando funções de sucção, respiração, deglutição, fala e mastigação (POUBEL et al., 2016; REIS et al., 2016).

O termo disfunção temporomandibular (DTM) é reconhecido como um grupo de condições musculoesqueléticas e neuromusculares que podem envolver as ATMs e/ou os músculos mastigatórios, apresentando etiologia complexa e multifatorial (KANDASAMY; GREENE, 2020). Dentre os sinais e sintomas mais comuns das DTM estão ruídos articulares, cefaleias, dores na região pré-auricular, dores na face e na cervical, fadiga muscular, desvio da

trajetória da mandíbula durante abertura ou fechamento, causando desconforto e prejuízo para qualidade de vida (BONTEMPO; ZAVANELLI, 2011). As DTMs podem ser a diagnosticadas em grande parte da população, sendo as mulheres de meia idade as mais acometidas (SCHIFFMAN et al., 2014).

A Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) classificou as DTMs em dois grandes grupos: musculares e articulares (KLASSER et al., 2018). Sendo que a DTM articular acomete cerca de 30% da população de modo assintomático, na forma de desarranjo interno articular, compreendendo os deslocamentos de disco e alterações estruturais (FUJIWARA et al., 2013). Sua etiologia é representada por um modelo biopsicossocial e pode estar relacionada à presença de traumatismo, hábitos parafuncionais, condição postural, microtraumas oclusais, pré-disposição sistêmica, alterações do sono e modificações deletérias psicossociais (HUNTER; KALATHINGAL, 2013). Seu diagnóstico deve ser realizado pela avaliação da história clínica detalhada e de um criterioso exame físico (SILVEIRA et al., 2007). Para realização de um diagnóstico padronizado um conjunto de exames que compõe o DC/TMD (*Diagnostic Croteria for Temporomandibular Disorders*) devem ser aplicados, pois são aceitos internacionalmente tanto a nível científico como clínico. Esse é composto por dois eixos de diagnóstico e de classificação: o eixo I, que inclui métodos para diagnósticos físico das DTMs, e o eixo II, que se propõe avaliar a intensidade e severidade da dor crônica e os níveis de sintomas depressivos e físicos não-específicos (SCHIFFMAN et al., 2014).

Apesar de alguns poucos casos necessitarem de tratamentos invasivos (como artroscopias, artrocentese e viscosuplementação) para controle das DTMs, tratamentos conservadores se mostram efetivos para a diminuição de sintomatologia dolorosa na grande maioria dos casos. Dentre esses, o aconselhamento se destaca, sendo eficaz em cerca de 30 a 50% dos casos (MELO et al., 2020; TAKEUCHI-SATO et al., 2020). Esse consiste em conscientizar os pacientes dos hábitos parafuncionais, os quais não deveriam normalmente ser executados pelo sistema estomatognático, como morder

objetos, apoiar a mão sobre o queixo, encostar/apertar dentes em momentos de repouso, explicar o seu possível diagnóstico, ensinar exercícios fisioterápicos manuais e estimular o autocuidado através da utilização de lembretes, até mesmo de aplicativos para smartphones, para que controlem hábitos prejudiciais (TAKEUCHI-SATO et al., 2020). A placa oclusal estabilizadora, a acupuntura e a laser terapia também podem ser considerados tratamentos conservadores indicados para os casos iniciais de DTM, por apresentar bons resultados e reversibilidade (PORTERO et al., 2009). Após esse embasamento, o objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico de DTM articular, o qual foi conduzido com terapias convencionais por alunos e professores na clínica da Liga de Dor e DTM do Centro Universitário Braz Cubas.

RELATO DE CASO

Esse relato foi realizado sob consentimento da paciente, a qual assinou um termo concordando com a divulgação do seu caso para fins acadêmicos e científicos, contemplando os requisitos para uma publicação que respeita os preceitos éticos. O mesmo também fez parte de um projeto aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos sobre o parecer 4.690.447 de 2021.

Paciente do sexo feminino, 63 anos, compareceu a clínica da Liga da Dor e DTM do Centro Universitário Braz Cubas, queixando-se de dor constante em ambas as articulações temporomandibulares (ATMs) (Figura 1), sendo esse sintoma mais intenso do lado direito. Ela também relatou que havia tido um travamento fechado há seis meses. No exame clínico intra-oral foi observado ausência do dente 16 e giroversão com extrusão, porém com boa inserção, do dente 17 (Figura 2).

O ajuste oclusal e a terapia conservadora no tratamento de uma disfunção temporomandibular articular: relato de caso com seis meses de acompanhamento

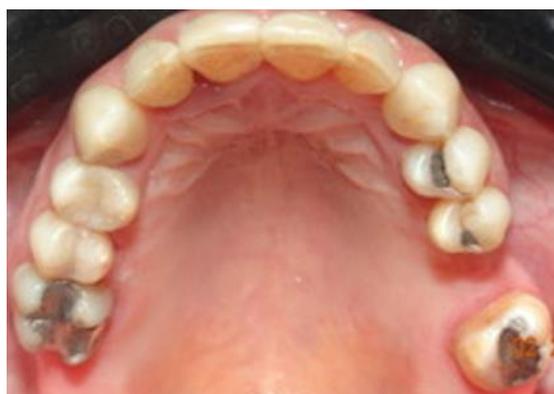
Oliveira CBO, Biswas LFM, Ferreira MA, Carvalho RLA, Miranda JS,

Figura 1 - Paciente apontando os sítios dolorosos durante o primeiro exame clínico diagnóstico.



Fonte: arquivo pessoal dos autores.

Figura 2 - Arcada intra-oral da arcada superior da paciente mostrando a sua única ausência dentária (16)



Fonte: arquivo pessoal dos autores.

Para realização do diagnóstico foi aplicado o eixo I do *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) (SCHIFFMAN et al., 2014). Através

da realização desse exame foi observado um estalo na ATM direita durante sua abertura bucal sem auxílio, além de desvio corrigido (desvio em “S”) para o mesmo lado. A dor a palpação dessa mesma articulação, foi relatada pela paciente como intensa, que em uma escala numérica de 0 a 10, caracterizou sua dor com a pontuação 9. No entanto, a paciente não relatou dor durante a palpação dos músculos orofaciais (masseter e temporal). Portanto, o diagnóstico foi indicativo de artralgia e deslocamento de disco com redução na ATM direita. A tabela 1 expõe os dados da avaliação clínica inicial.

Tabela 1 - Resultados na avaliação inicial, dor á palpação, movimentos mandibulares e diagnóstico pelo *Resorch Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD)*.

CONSULTA INICIAL		
DOR A PALPAÇÃO	Articulação	D-3 / E-1
	temporomandibular	
MOVIMENTO MANDIBULARES	Abertura sem dor	40mm
	Abertura máxima sem auxílio	41mm
	Abertura máxima com auxílio	45mm
	Abertura máxima com auxílio	06mm
	10mm	
	Lateralidade Direita	05mm
Lateralidade Esquerda		
DIAGNÓSTICO	Protrusão	
		Atralgia e deslocamento de disco com redução na ATM direito

D: lado direito, E: lado esquerdo.

Visto esse diagnóstico, o tratamento proposto para a paciente foi o aconselhamento quanto ao autocuidado e uso de placa estabilizadora superior,

visando uma redução de carga articular. O aconselhamento consistiu em conscientizar os pacientes dos hábitos parafuncionais, os quais não devem normalmente ser executados pelo sistema estomatognático, como morder objetos, apoiar a mão sobre o queixo, encostar/apertar dentes em momentos de repouso, explicar o seu diagnóstico, ensinar exercícios fisioterápicos manuais e estimular o autocuidado através da utilização de lembretes por aplicativos para smartphones.

Para a confecção da placa foi realizada a moldagem das arcadas superior e inferior com hidrocoloide irreversível (Hydrogum 5, Zhermack, Polesine, RO, Itália), confecção dos modelos superior e inferior em gesso tipo IV (Durone, Zhermack, Polesine, RO, Itália) e montagem no articulador semi-ajustável (4000-S, Bioart, São Carlos, SP, Brasil), a fim de se obter uma placa com uma espessura de aproximadamente 3 mm na oclusal, com contatos oclusais cêntricos e guias de desocclusão bem definidas.

Durante a primeira consulta de instalação e ajuste, a placa estabilizadora não se adaptou perfeitamente a arcada, havendo báscula devido a giroversão e extrusão do dente 17, sendo necessário a remoção desta parte na placa. Após isso, a placa foi corretamente ajustada apresentando os corretos contatos, estabilidade e retenção, sendo então polida com ponta de borracha (American Burrs, Palhoça, SC, Brasil), escova *scotch brite* (American Burrs, Palhoça, SC, Brasil) e pelo de algodão (American Burrs, Palhoça, SC, Brasil) para ser entregue e instalada (Figura 3) com recomendações para o uso de intenso (o máximo que conseguir) durante a primeira semana de utilização. Instruções de higiene e cuidados com a placa também foram passadas a paciente.

Figura 3 - Placa corretamente posicionada na arcada superior.



Fonte: arquivo pessoal dos autores.

Consultas semanais foram posteriormente realizadas, a fim de se verificar o resultado do tratamento e realizar novos ajustes, caso necessário. A cada consulta foi solicitado que o período de utilização da placa fosse reduzido. Após 30 dias de utilização da placa a paciente relatou grande melhora da dor (pontuação 3), mas ainda sentia a sensação de travamento mandibular, o qual foi atribuído ao a interferência oclusal gerada pelo contato prematuro do dente 17 em seu antagonista, durante a oclusão sem a placa (Figura 4). Portanto, foi realizado ajuste oclusal através de desgaste seletivo somente sob a restauração de amalgama do dente 17, não havendo desgaste de nenhuma estrutura dentária (esmalte ou dentina). E já na consulta seguinte a paciente relatou ausência de dor, sendo orientada a utilizar a placa apenas durante o sono (Figura 5).

Figura 4 – Apenas o dente 17 tocando nos dentes inferiores



Fonte: arquivo pessoal dos autores.

Como houve remissão das dores, paciente recebeu alta temporária foi orientada a retornar para nova avaliação após 6 meses, quando foi novamente aplicado o DC/TMD para análise comparativa da sintomatologia. A tabela 2 expõe os dados dessa avaliação. Nesta mesma consulta paciente relata ter fraturado a placa há três dias. Foi então verificado essa fratura na região de pré-molar superior esquerdo. Para solucionar imediatamente o caso, foi realizado um reembasamento e uma união dos fragmentos com resina acrílica autopolimerizável incolor (JET, Clássica, São Paulo, SP, Brasil) (Figura 5). Sendo também indicado a confecção de uma nova placa.

O ajuste oclusal e a terapia conservadora no tratamento de uma disfunção temporomandibular articular: relato de caso com seis meses de acompanhamento

Oliveira CBO, Biswas LFM, Ferreira MA, Carvalho RLA, Miranda JS,

Tabela 2 - Resultados na avaliação pós-tratamento, dor á palpação e movimentos mandibulares pelo *Resorch DiagnosticCriteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD).

DOR A PALPAÇÃO	PÓS-TRATAMENTO	
	Articulação temporomandibular	D-0 / E-0
MOVIMENTO MANDIBULARES	Abertura sem dor	45mm
	Abertura máxima sem auxílio	50mm
	Abertura máxima com auxílio	51mm
	Lateralidade Direita	10mm
	Lateralidade Esquerda	10mm
	Protrusão	06mm

D: lado direito, E: lado esquerdo.

Figura 5 - Placa unida e reembasada, na qual foi realizado os devidos ajustes oclusais (contatos cêntricos em relação cêntricas e guias anteriores de desocclusão).



Fonte: arquivo pessoal dos autores.

DISCUSSÃO

As articulações temporomandibulares são compostas individualmente pela cabeça da mandíbula, fossa, eminência do osso temporal e disco articular, estando interligada por músculos e ligamentos responsáveis por movimentos complexos da mastigação, deglutição e fonação, além da postura (NISHIMORI et al., 2014). Como dito, alterações nessas estruturas podem causar uma DTM, a qual pode ou não ser dolorosa (BASSO; CORRÊA; SILVA, 2010); afetar apenas o sistema periférico (como algumas desordens articulares) ou o desregular do sistema nervoso central (mais comum nas disfunções musculares) (GOMES et al., 2012). Os sinais e sintomas mais comuns dessas desordens são as mialgias e/ou artralguas, além de ruídos articulares (estalos ou crepitações) e alterações de movimentos mandibulares (GOIATÁ et al., 2010). No caso apresentado, dentre esses, a paciente apresentava dor intensa na articulação do lado direito da face, incluindo sons de estalo, sendo esses característicos e necessários para fechar o diagnóstico de deslocamento de disco com redução (SCHIFFMAN et al., 2018; POLUNHA et al., 2019; MIERNIK; WIECKIEWICZ, 2015).

Nota-se que a paciente em questão é do sexo feminino, Nota-se que a maior prevalência de DTMs é observada em mulheres, pois comprovadamente os níveis de estrógeno, que variam mensalmente devido ao ciclo menstrual, interferem no limiar da dor das pacientes (MEDEIROS, BATISTA; FORTES, 2011; QUINELATO et al., 2018). Além disso, os níveis de estrogênio das mulheres podem explicar a maior flacidez tecidual das articulações, levando a uma menor capacidade de suportar a pressão funcional (MENEZES et al., 2018). Quanto a faixa etária mais acometida, relata-se de 20 a 50 anos, o que correspondente as mulheres adultas, sendo possível observar que os fatores tensões e menopausa influenciam diferentemente no desenvolvimento das DTMs dolorosas (MAGALHÃES et al., 2018).

No presente caso clínico, o diagnóstico foi obtido através do eixo I do DC, que foi indicativo de artralgia e deslocamento de disco com redução da ATM direita. A artralgia é uma dor aguda na articulação temporomandibular, repentina

e intensa que normalmente está relacionada a função articular, visto isso, quando a articulação está em repouso, a dor tende a sessar ou reduzir (KANDASAMY; GREENE, 2020; SLADE et al., 2016). Essa pode acompanhar um deslocamento de disco com redução, caracterizado quando se possui um mal posicionamento do disco articular em posição de boca fechada, mas que é recapturado, se posicionando entre a cabeça da mandíbula e a fossa articular, durante a abertura bucal (POLUNHA et al., 2019; MIERNIK; WIECKIEWICZ, 2015). Em alguns casos, o que não foi observado nesse relato, essa DTM articular pode estar acompanhada de outros sintomas como dor referida nos músculos faciais e cervicais ou em tecidos dentários, cefaleia, otalgia, zumbido e sensação de plenitude auricular (SCHIMID et al., 2013).

A conduta terapêutica inicial proposta aqui aliviar a sobrecarga aplicada na ATM, reduzindo a dor e restaurando a função do sistema estomatognático, possibilitando ao paciente retomar as atividades diárias normais (BUTTS et al., 2017). O plano de tratamento inicial, que incluía aconselhamento, autocuidado e utilização da placa estabilizadora foi responsável por uma melhora no nível da dor relatada. Melo et al. (2020) comprovaram que terapias manuais, passíveis de serem aprendidas pelos pacientes, e aconselhamento foram igualmente eficientes as clássicas placas estabilizadoras para o tratamento das DTMs. Além disso, recentes descobertas sugerem que sistema de lembretes, realizados por e-mail ou aplicativos, tem o potencial de controlar efetivamente os hábitos parafuncionais que geram a sobrecarga articular, o que pode ser uma estratégia eficaz para o gerenciamento dessas patologias (MIERNIK; WIECKIEWICZ, 2015), sendo essas propostas podem ser uma opção mais atraente e intuitiva para a população em geral do que tratamentos invasivos (IRISH et al., 2013).

Segundo a literatura, o tratamento com a placa estabilizadora também é considerada uma intervenção não invasiva, simplificada, de baixo custo, acessível em todas as classes sociais, onde na maioria dos casos minimizam ou eliminam a dor (BUTTES et al., 2017; FERREIRA et al., 2017). Portanto, esse é um tratamento que apresenta evidências científicas de qualidade, sendo uma

intervenção segura e efetiva para controlar a dor, tanto em curto como em longo prazo (PORTERO et al., 2014).

Por fim, apesar de saber que a oclusão não é considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento ou perpetuação das DTMs (KANDASAMY; GREENE, 2020; SLADE et al., 2016; MANFREDINI; LOMBARDO; SIALIANI, 2017) e que portanto ajustes oclusais, por meio de ameloplastias, tratamentos ortodônticos ou reabilitações protéticas não são formas efetivas de tratamento para as disfunções (MANFREDINI; LOMBARDO; SIALIANI, 2017), nesse caso um ajuste foi realizado apenas sobre uma restauração de amálgama em um dente extraído, para tentar amenizar essa condição, garantir um conforto durante as funções excêntricas da paciente e impedir um maior prejuízo periodontal (CAMPINÔ et al., 2019). Visto isso, recomenda-se cuidado ao indicar esse tipo de terapia para tratamento demais casos de DTMs (MANFREDINI, 2018), as quais certamente podem ser mais bem cuidadas quando se tem uma visão biopsicossocial do paciente (KANDASAMY; GREENE, 2020).

CONCLUSÃO

O tratamento proposto para DTM articular composto pelo aconselhamento, placa estabilizadora e a realização de ajuste oclusal apenas sob a restauração demonstrou-se eficiente nesse caso. Considerando as dores e limitações funcionais que a paciente apresentou na primeira consulta, após a terapia realizada é possível afirmar que se obteve uma remissão dos sintomas, o que implicou em melhor qualidade de vida para paciente.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir nenhum conflito de interesse.

SUPORTE FINANCEIRO

Os autores declaram que o financiamento da pesquisa foi realizado pelos próprios pesquisadores envolvidos.

REFERÊNCIAS

BASSO, D.; CORRÊA, E.; SILVA, A. M. DA. Efeito da reeducação postural global no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n. 1, p. 63–68, 2010.

BONTEMPO, K.; ZAVANELLI, R. Desordem temporomandibular: prevalência e necessidade de tratamento em pacientes portadores de próteses totais duplas. **RGO**, v. 59, n. 1, p. 94–97, 2011.

CAMPIÑO, J. I. et al. Association between traumatic occlusal forces and periodontitis: A systematic review. **Journal of the International Academy of Periodontology**, v. 21, n. 4, p. 148–158, 2019.

FERREIRA, F. M. et al. Effect of occlusal splints on the stress distribution on the temporomandibular joint disc. **Brazilian dental journal**, v. 28, n. 3, p. 324–329, 2017.

FUJIWARA, M. et al. Comparison of joint pain in patients diagnosed with and with-out articular disc displacement without reduction based on the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Dis-orders. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 116, p. 9–15, 2013.

GOMES, N. C. et al. Efeitos da estimulação elétrica de alta tensão catódica sobre dor nas mulheres de DTM. **RevBrasFisioter**, v. 16, n. 1, p. 10–15, 2012.

GOYATÁ, F. R. et al. Evaluation of signs and symptoms of temporomandibular dysfunction among scholars of dentistry of the University Severino Sombra, Vassouras-RJ. **Int J Dent**, v. 9, n. 4, p. 181–186, 2010.

HUNTER, A.; KALATHINGAL, S. Diagnostic imaging for temporo-mandibular disorders and orofacial pain. **Dent Clin North Am**, v. 57, p. 405–418, 2013.

IRISH, L. A. et al. The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. **Sleep medicine reviews**, v. 22, p. 23–36, 2015.

KANDASAMY, S.; GREENE, C. S. The evolution of temporomandibular disorders: A shift from experience to evidence. **Journal of oral pathology & medicine**, v. 49, n. 6, p. 461–469, 2020.

KLASSER, G. D. et al. Classification of Orofacial Pain. Em: **Contemporary Oral Medicine**. Cham: Springer International Publishing, 2018. p. 1–24.

MAGALHÃES, B. G. et al. Temporomandibular disorder: otologic implications and its relationship to sleep bruxism. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, 2017.

MANFREDINI, D. Occlusal equilibration for the management of temporomandibular disorders. **Oral and maxillofacial surgery clinics of North America**, v. 30, n. 3, p. 257–264, 2018.

MANFREDINI, D.; LOMBARDO, L.; SICILIANI, G. Temporomandibular disorders and dental occlusion. A systematic review of association studies: end of an era? **Journal of oral rehabilitation**, v. 44, n. 11, p. 908–923, 2017.

MEDEIROS, S. P.; BATISTA, A.; FORTE, F. Prevalência de sintomas e disfunção temporomandibular e hábitos parafuncionais em estudantes universitários. **RGO**, v. 59, n. 2, p. 201–208, 2011.

MELO, R. A. et al. Conservative therapies to treat pain and anxiety associated with temporomandibular disorders: a randomized clinical trial. **International dental journal**, v. 70, n. 4, p. 245–253, 2020.

MENEZES, M. S. et al. Correlação entre cefaléia e disfunção temporomandibular. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 183–187, 2008.

MIERNIK, M.; WIĘCKIEWICZ, W. The basic conservative treatment of temporomandibular joint anterior disc displacement without reduction--review. **Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University**, v. 24, n. 4, p. 731–735, 2015.

NISHIMORI, L. E. et al. Utilização das placas oclusais em resina acrílica no auxílio do tratamento de DTMs: revisão de literatura. **Uninga Review**, v. 17, n. 1, p. 59–64, 2014.

POLUHA, R. L. et al. Temporomandibular joint disc displacement with reduction: a review of mechanisms and clinical presentation. **Journal of applied oral science**, v. 27, n. 0, p. e20180433, 2019.

PORTERO, P. P. et al. Placas oclusais no tratamento da disfunção temporomandibular (DTM): revisão de literatura. **Rev Gestão & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 36–40, 2009.

POUBEL, T. et al. Association between generalized joint hypermobility and temporomandibular dysfunction: a clinical and radiographic investigation. **Arquivos em Odontologia**, v. 52, n. 2, p. 94–99, 2016.

QUINELATO, V. et al. Association Between Polymorphisms in the Genes of Estrogen Receptors and the Presence of Temporomandibular Disorders and Chronic Arthralgia. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 76, n. 2, p. 314–317, 2018.

REIS, L. O. et al. Prevalence of myofascial pain in patients with temporomandibular disorder. **HU Revista**, v. 42, n. 3, p. 225–229, 2016.

ROBERTO, G. J.; MARCELO, F. Ética e publicação de relatos de caso individuais. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 32, n. 1, p. 2–3, 2010.

SCHIFFMAN, E. 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**, v. 28, n. 1, p. 6–27, Inverno 2014.

SCHIMID, M. S. et al. Conservative management of temporomandibular dysfunction: A literature review with implications for clinical practice guidelines (Narrative review part 2). **J Bodyw Mov Ther**, v. 27, n. 1, p. 541–548, 2013.

SILVEIRA, A. M. et al. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados no setor de otorrinolaringologia. **Revista brasileira de oto-rinolaringologia**, v. 73, n. 4, p. 528–532, 2007.

SLADE, G. D. et al. Painful temporomandibular disorder: Decade of discovery from OPPERA studies: Decade of discovery from OPPERA studies. **Journal of dental research**, v. 95, n. 10, p. 1084–1092, 2016.

TAKEUCHI-SATO, T. et al. Efficacy of an email-based recording and reminding system for limiting daytime non-functional tooth contact in patients with temporomandibular disorders: A randomized controlled trial. **Journal of oral rehabilitation**, v. 47, n. 2, p. 158–163, 2020.

**O ajuste oclusal e a terapia conservadora no tratamento de uma disfunção temporomandibular articular:
relato de caso com seis meses de acompanhamento**

Oliveira CBO, Biswas LFM, Ferreira MA, Carvalho RLA, Miranda JS,