

Diagnóstico e terapia conservadora individualizada para um deslocamento de disco com redução: relato de caso

Diagnosis and individualized conservative therapy for a disc displacement with reduction: a case report

 Rana Luísa de Paula Santos¹

 Iana Ferreira Castro¹

 Frank Lucarini Bueno¹

 Larissa de Oliveira Reis¹

 Jean Soares Miranda¹

¹Universidade Federal de Juiz de Fora –Governador Valadares/MG

Autor correspondente:

Jean Soares Miranda

E-mail: jean.miranda@ufjf.br

Como citar este artigo:

SANTOS, R.L.P.; CASTRO, I.F.; BUENO, F.L.; REIS, L.O.; MIRANDA, J.S.; **Diagnóstico e terapia conservadora individualizada para um deslocamento de disco com redução: relato de caso.** Revista Saber Digital, v. 18, n.3, e20251803, set./dez., 2025.

Data de Submissão: 05/02/2025

Data de aprovação: 25/06/2025

Data de publicação: 30/09/2025



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

RESUMO: Objetivo: Diagnosticar e conduzir terapeuticamente o caso clínico de um paciente adulto, sexo masculino, com deslocamento de disco com redução. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 36 anos, foi encaminhado à clínica odontológica do projeto de extensão “Aliviando Dores Orofaciais – DTMs e Bruxismo” da UFJF-GV, apresentando como queixa principal dor no primeiro molar inferior direito (46), associada ao apertamento dentário, além de relatar estalos próximos aos ouvidos. O sintoma teve início há aproximadamente seis meses. Após a realização de anamnese detalhada, exame clínico (eixo I do DC/TMD) e análise dos exames de imagem, incluindo ressonância magnética, foi diagnosticado com bruxismo do sono (BS) e deslocamento de disco articular com redução (DDc/R) em ambas as Articulações Temporomandibulares (ATMs). A partir de então foi então estabelecido um plano terapêutico conservador, que incluiu aconselhamento e o uso de placa estabilizadora, com o objetivo de proteger a articulação temporomandibular e aliviar a dor. Após três meses de tratamento, o paciente apresentou uma melhora significativa na dor e um controle aprimorado dos hábitos parafuncionais. **Discussão:** A discussão reforça a importância de um tratamento individualizado das DTMs, com diagnóstico preciso por ressonância magnética, abordagem biopsicossocial e controle de hábitos parafuncionais. **Conclusão:** O tratamento conservador adotado resultou em uma evolução clínica favorável, com remissão da dor e melhora no controle dos hábitos parafuncionais. Portanto, o acompanhamento inicial de três meses reforça a importância do manejo individualizado para o sucesso terapêutico em casos de DDc/R e BS.

Palavras-chave: Desordens Temporomandibulares; Articulação Temporomandibular; Deslocamento de disco com redução; Estalos; Imagem de Ressonância Magnética.

ABSTRACT: Objective: To diagnose and therapeutically manage the clinical case of an adult male patient with disc displacement with reduction. **Case Report:** A 36-year-old male patient was referred to the dental clinic of the extension project “Alleviating Orofacial Pain – TMDs and Bruxism” at UFJF-GV, presenting with a chief complaint of pain in the right lower first molar (tooth #46), associated with teeth clenching, as well as reporting joint sounds near the ears. The symptom had begun approximately six months earlier. After a detailed anamnesis, clinical examination (Axis I of the DC/TMD), and analysis of imaging exams, including magnetic resonance imaging (MRI), the patient was diagnosed with sleep bruxism (SB) and disc displacement with reduction (DDwR) in both temporomandibular joints (TMJs). A conservative therapeutic plan was then established, including counseling and the use of a stabilization splint, aiming to protect the temporomandibular joint and relieve pain. After three months of treatment, the patient showed significant pain improvement and better control of parafunctional habits. **Discussion:** The discussion highlights the importance of an individualized approach to TMD treatment, emphasizing accurate diagnosis through magnetic resonance imaging, a biopsychosocial approach, and control of parafunctional habits. **Conclusion:** The conservative treatment adopted resulted in a favorable clinical outcome, with pain remission and improved control of parafunctional habits. Therefore, the initial three-month follow-up reinforces the importance of individualized management for therapeutic success in cases of DDwR and SB.

Keywords: Temporomandibular disorders; Temporomandibular joint; Disc displacement with reduction; Cracking sounds; Magnetic resonance Imaging.

INTRODUÇÃO

As disfunções temporomandibulares (DTMs) abrangem um grupo de condições musculoesqueléticas e neuromusculares envolvendo as articulações temporomandibulares (ATMs), os músculos mastigatórios e demais estruturas do sistema estomatognático (Leeuw et al., 2013). Dentre os distúrbios intra-articulares, uma das condições mais comumente encontradas é o deslocamento de disco com redução (DDcR), correspondente a 41% dos diagnósticos de DTM, podendo ser assintomático em 33% dos indivíduos (Talaat et al., 2017; KATZBERG et al., 1996), não gerando dor ou limitação de função (Naeije et al., 2012). Por esse motivo a busca por tratamento muitas vezes não ocorre até que a dor se desenvolva ou os ruídos articulares se tornem incômodo (Poluha et al., 2018), ambos esses sintomas são os mais comuns dessa desordem (Iodice et al., 2019).

Esse desarranjo indica que o disco articular está deslocado em relação à cabeça da mandíbula na posição de boca fechada, geralmente para frente, mas retorna à posição normal durante a abertura bucal (Mehndiratta et al., 2019). Nos estágios iniciais do deslocamento do disco, estalos ou cliques podem ser ouvidos ao abrir e/ou fechar a boca. O estalo na abertura indica a recaptura do disco deslocado entre os espaços articulares, enquanto o estalo no fechamento ocorre antes da oclusão e tende a ser menos intenso e caracterizar o estalo recíproco (Mehndiratta et al., 2019). Esse som corresponde a 30,7% dos sinais clínicos de deslocamento de disco com redução (Iodice et al., 2019) e pode ter origem em fatores anatômicos, como traumas, parafunções orais, alterações no formato do disco, alterações ósseas e ligamentares que levam à subluxação, ou fatores mecânicos, como hiper mobilidade articular sistêmica e alterações na lubrificação articular (Naeije et al., 2012).

O diagnóstico dessa desordem pode ser realizado através de um exame clínico, por meio da avaliação do padrão de abertura bucal, amplitude dos movimentos excêntricos e palpação das ATMs. Se tratando de exames complementares, a imagem de ressonância magnética (IRM) é a única que consegue realizar uma análise simultânea da morfologia e posição do disco articular e das estruturas ósseas da ATM, além das relações funcionais entre a cabeça da mandíbula, disco articular, fossa mandibular, e eminência articular (Yang et al., 2017).

O tratamento conservador do deslocamento de disco com redução para indivíduos assintomáticos inclui explicação do quadro, orientação para

comportamentos orais específicos, exercícios, técnicas de relaxamento e uso de placa estabilizadora rígida durante o sono, visando prevenir sobrecarga na ATM e reduzir a pressão intra-articular (Sanches et al., 2015; Martínez et al., 2018). Quando há dor ou limitação de abertura e a terapia conservadora não é eficaz, podem ser adotadas terapias minimamente invasivas, como artrocentese e viscosuplementação com ácido hialurônico (Briggs et al., 2018; Grossmann, 2012).

Diante disso, o presente texto tem como objetivo relatar o diagnóstico e a abordagem terapêutica instituída para um paciente com deslocamento de disco com redução bilateral nas ATMs (direita e esquerda), associado a estalos mandibulares e bruxismo do sono, o qual foi atendido na clínica de extensão do projeto Aliviando Dores Orofaciais da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus avançado de Governador Valadares (UFJF-GV).

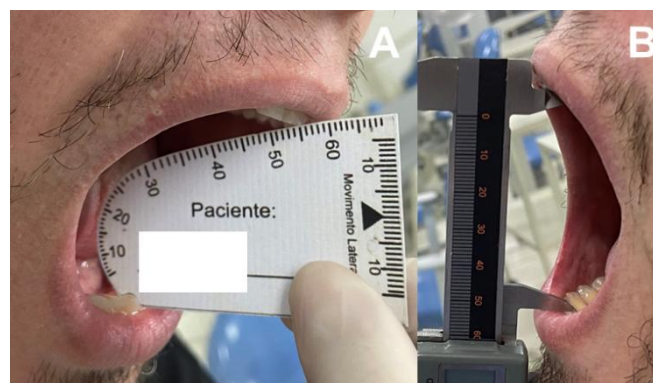
RELATO DE CASO

O presente caso clínico teve sua divulgação aprovada pelo comitê de ética da UFJF-GV segundo o parecer nº 6.843.986. Um paciente do sexo masculino, 36 anos de idade, foi encaminhado para clínica odontológica do projeto de extensão “Aliviando Dores Orofaciais – DTMs e Bruxismo” da UFJF-GV com a queixa principal de “dor no dente primeiro molar inferior direito (46) devido ao apertamento”, nas palavras do mesmo. Segundo ele, tal sintoma, havia iniciado há 6 meses. Foi aplicado o eixo II do critério diagnóstico para as Desordens Temporomandibulares (DC/TMD) (Schiffman et al., 2014), que avalia o estado psicossocial do participante. Nele, o participante afirmou não possuir nenhum problema de saúde significativo. Relatou ter dor recorrente na face tendo início há 6 meses. Também foi questionado se alguma vez sua mandíbula travou fechada de forma que não fosse possível abrir a boca e sua resposta foi positiva. Porém esta limitação de abertura mandibular não foi severa a ponto de interferir com sua capacidade de comer. Sobre os ruídos na ATM, o participante afirmou notar que seus maxilares estalavam durante a abertura e fechamento da boca. Já sobre as atividades parafuncionais, o mesmo diz ter ciência que range os dentes ou aperta os maxilares enquanto dorme a noite. Além disso, seu problema atual o impedia de mastigar alimentos duros.

No exame extraoral, realizado através da aplicação do eixo I DC/TMD (Schiffman et al., 2014), foi possível constatar uma amplitude de abertura de boca de

55mm sem dor, 60mm de abertura máxima não assistida e 65mm de abertura máxima assistida. Todas sem dor e sem interrupção (Figura 1). Também foi observado um desvio corrigido para direita durante essa abertura. A amplitude de movimentos laterais para esquerda e para direita foram de 10mm e o de protrusão de 8mm (Figura 2), todos sem dor. Durante a palpação das ATMs, durante os movimentos de abertura e fechamento, foram observados estalos na ATM direita e também na esquerda. Na palpação dos músculos masseter e temporal, foi constatada ausência de sintomatologia dolorosa em ambos os lados.

Figura 1 - Aferição de amplitude de abertura bucal: 55mm sem dor (A); 60mm de abertura máxima não assistida (B).



Fonte: Imagem de propriedade dos autores (2025).

Figura 2: Lateralidade para esquerda de 10 mm(A), Lateralidade direita de 10 mm(B), Protrusão de 8mm(C).

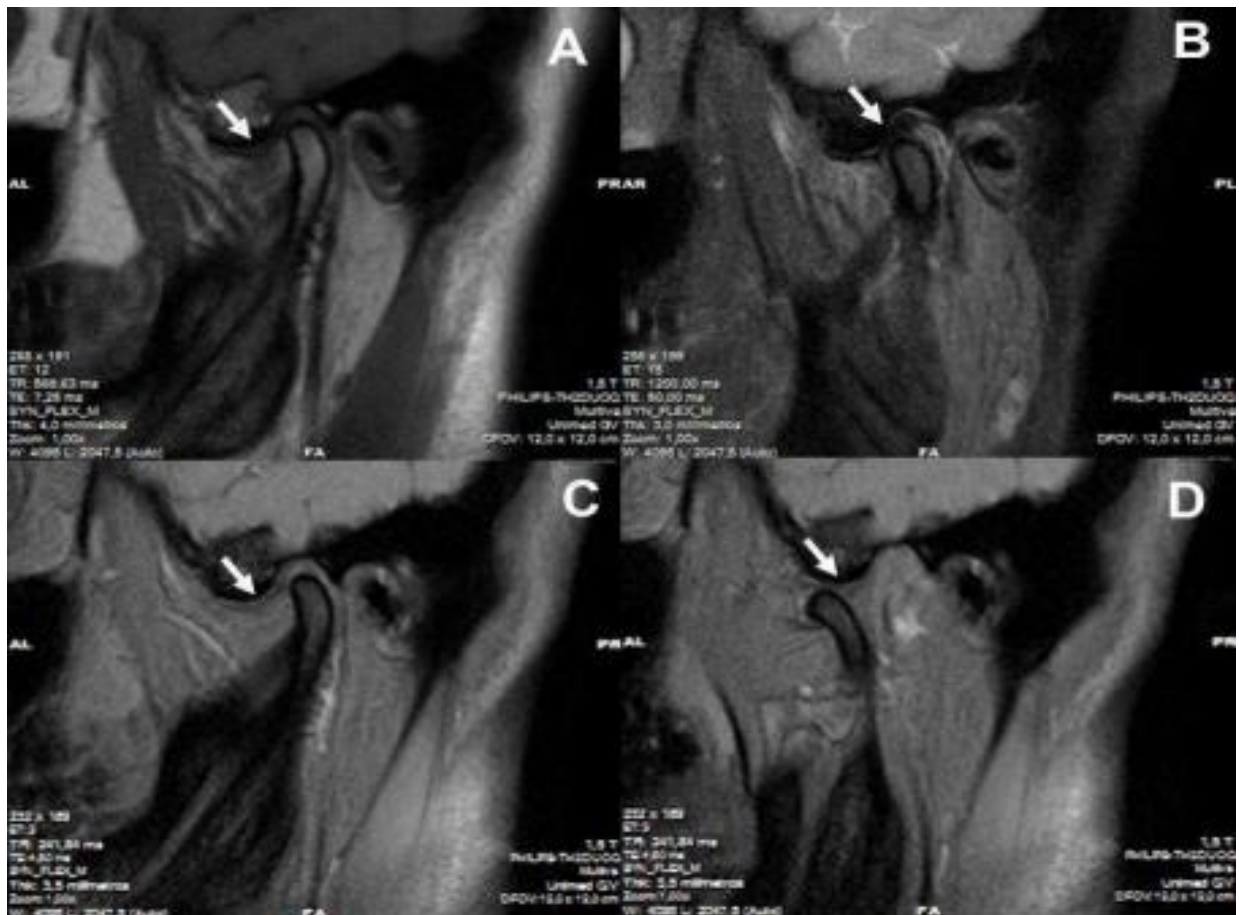


Fonte: Imagem de propriedade dos autores (2025).

Durante o exame intraoral, foi visualizado desgaste na incisal dos incisivos, língua edentada além de trincas no esmalte no dente 46, no qual ele relatava dor. A hipótese diagnóstica dada foi de DTM articular do tipo deslocamento de disco com redução de ambas ATMs, além de bruxismo do sono. Para confirmação, foi solicitado uma IRM, através da qual foi realizada uma análise mais específica do posicionamento do disco articular bem como foi possível obter uma visualização da anatomia dos demais tecidos moles das ATMs. As técnicas de exame foram: sagital

e coronal com sequências ponderadas em T1 e T2 e DP, em boca fechada e em máxima abertura. Os aspectos observados nas imagens foram: espaços articulares preservados; superfícies das fossas mandibulares e tubérculos articulares lisas e regulares, assim como as superfícies articulares das cabeças mandibulares; a excursão das cabeças mandibulares se apresentavam de forma simétrica em ambas as ATMs, até a altura dos os tubérculos articulares nas imagens obtidas com abertura máxima da boca; notou-se também o deslocamento ântero lateral dos discos das articulações direita e esquerda nas imagens com boca fechada, havendo recaptura do mesmo nas imagens realizadas com abertura máxima da boca, mas apesar de uma discreta deformidade destes discos, não houve perda de seu aspecto bicôncavo (Figuras 3 e 4).

Figura 3: IRM (imagem de ressonância magnética) indicando a anteriorização do disco articular direito (A) e esquerdo (C) em boca fechada, bem como suas respectivas recapturas (B e D, respectivamente).



Fonte: Imagem de propriedade dos autores (2025).

Figura 4: IRM da ATM esquerda indicando todo o processo de abertura e recaptura do disco articular durante esse movimento. Boca fechada (A). Início da abertura bucal movimento de rotação (B). Excursão da cabeça da mandíbula esquerda passando da eminência articular durante a abertura máxima da boca (C e D). Recaptura do disco da articulação temporomandibular esquerda durante abertura máxima da boca (D).



Fonte: Imagem de propriedade dos autores (2025).

Após o diagnóstico final, foi adotada como terapia um protocolo não invasivo baseado na literatura científica. De início, foi realizado uma orientação quanto aos hábitos parafuncionais, autocuidado e higiene do sono (evitar o consumo de alimentos que possam atuar como estimulantes próximo ao horário do sono, estabelecimento de horários regulares de sono; deixar o ambiente tranquilo na hora de dormir evitando barulho e mantendo as luzes e celulares desligados durante o período em que estiver dormindo, dentre outros). Além disso, para o controle do bruxismo do sono, foi confeccionada uma placa estabilizadora rígida e lisa em resina acrílica termopolimerizável incolor após a moldagem com alginato (Alva-gel Maquira, Maringá, PR, Brasil) das arcadas superior e inferior, obtenção dos modelos em gesso especial do tipo IV (Asfer, São Caetano do Sul, SP, Brasil). O registro oclusal utilizado para determinar a relação cêntrica e espessura da placa foi realizado através da confecção do JIG de Lucia com resina acrílica vermelha auto polimerizável de baixa contração (JET, Clássico, São Paulo, SP, Brasil) e massa de um silicone de condensação pesado (Perfil, Vigodent, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) para posterior montagem em articulador semi-ajustável (ASA) (A7 Plus, Bio-Art, São Carlos, SP, Brasil).

A instalação e o ajuste da placa foram feitos de maneira a garantir todos os contatos dentários bilaterais e simultâneos na mesma, bem como a obtenção da guia protrusiva, e das guias canino direita e esquerda, verificadas pelo papel carbono (Accufilm II, Parkell, Estados Unidos) (Figuras 5 e 6). Tal dispositivo foi realizado com objetivo de evitar a sobrecarga das ATMs, diminuindo a pressão intra-articular e protegendo os dentes do desgaste do bruxismo. Foram passadas, ao participante, instruções de uso (diariamente durante o sono) e cuidado com a placa estabilizadora,

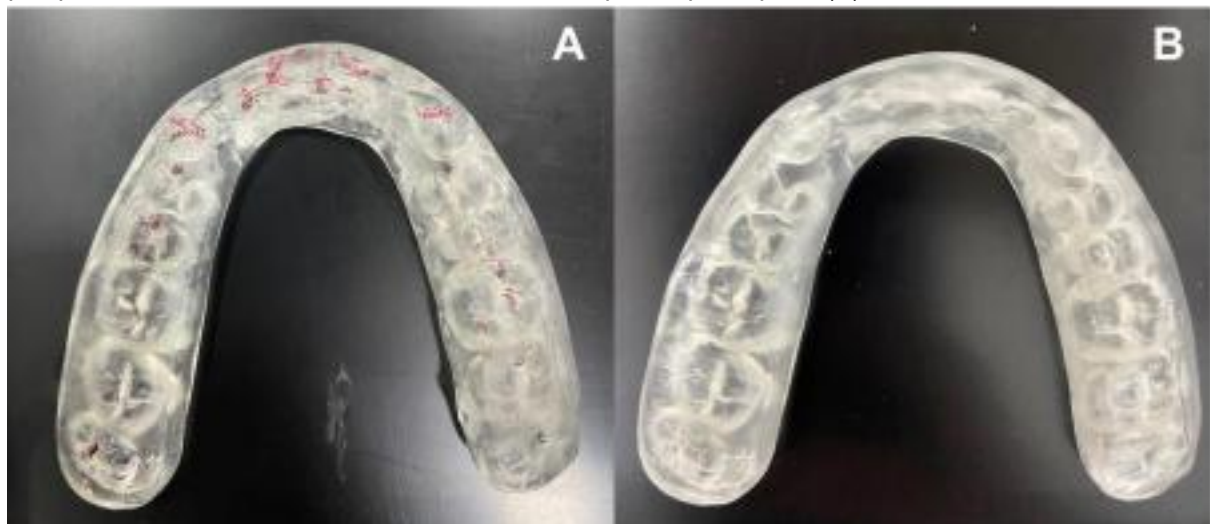
dentre elas: como lavar; escovar utilizando sabão neutro (não utilizar creme dental abrasivo); armazenar em um recipiente com água; higienizar 1 vez ao mês e em uma solução composta por água e uma colher de sopa de hipoclorito de sódio 0,5 ou 1%. Ao fim desse protocolo o participante foi orientado a retornar à clínica para realizar novos ajustes de placa, sendo o primeiro em sete dias e os seguintes a cada 3 meses.

Figura 5: Conferência de contatos oclusais com carbono demarcando cúspides durante a Oclusão.



Fonte: Imagem de propriedade dos autores (2025).

Figura 6: Demarcação dos contatos bilaterais e simultâneos com papel carbono(A), Placa estabilizadora pós polimento, oferecendo estabilidade e conforto para o participante(B).



Fonte: Imagem de propriedade dos autores (2025).

Após os primeiros 3 meses, o paciente retornou relatando não sentir mais dor. Não foi necessário realizar ajuste oclusal, uma vez que o participante ainda apresentava uma oclusal ideal como movimentos excursivos bem estabelecidos. Sendo assim, foi realizado polimento de sua placa estabilizadora visando maior

conforto e estabilidade. É importante salientar que o paciente ainda é acompanhado constantemente e que o uso do dispositivo oclusal durante o sono deverá ser contínuo e durante seu uso é necessário um acompanhamento a cada 3 meses para melhor desprogramação da atividade muscular noturna.

DISCUSSÃO

A condução do presente caso clínico demonstra a necessidade de um tratamento individualizado, bem como, a importância de se realizar uma anamnese que aborda, também, os aspectos psicológicos. Para mais, também é indispensável o conhecimento sobre a anatomia de ambas ATMs, tal qual, a etiopatogenia que as acometem. Visto que, apesar de às vezes serem dolorosas, muitas vezes as DTMs articulares apresentam-se indolores até que um ou mais fatores de risco levem a uma crise dolorosa. A literatura cita muitos fatores de risco potenciais como parafunções orais adversas, traumas, lesões agudas, falta de lubrificação, distúrbio articular degenerativo, anormalidades oclusais, hiperatividade muscular, fraqueza ou frouxidão do ligamento da ATM e da cápsula articular (DE Leeuw R, 2008; Lalue M et al. 2015; Okeson JP, 2007).

Tais condições clínicas podem ser mecânicas, anatômicas e genéticas estando relacionadas a condições psicológicas, sociais e a limiares de dor que são parcialmente atribuídos a forças biomecânicas anormais aplicadas a cabeça da mandíbula, alterando a forma e função dos tecidos da articulação. Portanto, isso pode contribuir para o desarranjo interno articular por aumentar a pressão intra-articular (Lalue M., et al 2015). Dentre dessa etiologia multifatorial, o apertamento dentário (bruxismo de vigília) demonstra ser o fator causal dominante (Slade et al., 2016). Tal parafunção pode ser consequência de estresse psicológico (Akhter R et al., 2011). Dessa forma, fatores psicossociais são questões importantes de serem levantadas. Em vista disso, esses dados devem ser coletados e aplicados no eixo II do DC/TMD. Uma vez que, a partir desses fatores é possível formular um tratamento personalizado com base no perfil individual do paciente (Kothari SF et al., 2017; Gierthmuhlen J et al., 2014).

Outrossim, dentre as classificações de DTMs articulares, que podem ser dolorosas ou não, estão os deslocamentos de disco com redução que podem ser acompanhados de sons da ATM, geralmente descritos como cliques e estalos. Sua

sintomatologia dolorosa advém da prática de hábitos orais nocivos como o uso de goma de mascar, onicofagia, encostar a mão na mandíbula e dormir de lado com a mão embaixo do rosto pois aumentam a chance da presença de dor na articulação em indivíduos com estalidos na ATM (Poluha et al., 2020).

A ressonância magnética é o exame ideal para análise de imagens da ATM em indivíduos com DTM, particularmente para os distúrbios em tecidos moles como a articulação. Por meio de uma análise multi-seccional de imagens é possível distinguir a posição correta do disco do deslocamento do disco, visualizar processos inflamatórios agudos como artralguas melhorando a capacidade de analisar vários estágios de desarranjo intra-articular da ATM. Tal recurso estabelece um diagnóstico preciso que servirá de base para determinar as etapas do tratamento (Yang Z et al., 2017). Com base nestas características este exame confirmou deslocamento de disco com redução em ambas as articulações no participante deste estudo.

É importante salientar que, o deslocamento de disco com redução não necessariamente evolui para um deslocamento sem redução, ou seja, isso não pode ser considerado um curso natural da condição (Poluha et al., 2018), mas o indivíduo deve ser conscientizado dessa possibilidade e dos cuidados que deve tomar, evitando hábitos deletérios as ATMs. O tratamento conservador baseado nessa conscientização e o aconselhamento foi realizado para o participante nesse caso clínico, por meio da explicação sobre o que é, como ocorre o deslocamento de disco com redução e quais os fatores que possivelmente levaram ao seu desenvolvimento. Por esse motivo, neste presente caso o paciente foi conscientizado de sua desordem e recebeu orientações quanto aos hábitos parafuncionais e a utilização da mandíbula dentro do limite doloroso. Alguns autores afirmam que pacientes que não recebem informações corretas sobre o quadro podem apresentar maiores queixas e procura por tratamento (Schiffman EL et al., 2017). Sendo assim, é imprescindível a educação adequada do paciente, uma vez que, existe a necessidade de aprimorar, na sociedade, a compreensão sobre as DTMs, por meio do cirurgião-dentista, demais profissionais da área saúde, mídias sociais como o fornecimento de informações mais abrangentes e confiáveis (Baharvand M et al, 2010; Akan B, Dindaroğlu FÇ, 2020).

Já para o controle de bruxismo do sono foi realizada a confecção de placa oclusal estabilizadora rígida e lisa para uso noturno com o intuito de proteger a articulação do processo degenerativo bem como foram dadas instruções para a

prática da higiene do sono. O aparelho oclusal foi confeccionado na superfície oclusal dos dentes do maxilar superior e utilizado no período noturno durante o período do estudo desse caso. Seu mecanismo terapêutico consiste na redução da atividade muscular excessiva, proteção dos dentes contra forças parafuncionais e promoção de uma oclusão estável durante o sono. Ao cobrir as superfícies oclusais, a placa distribui as forças mastigatórias de forma uniforme, aliviando a pressão sobre a articulação temporomandibular (ATM) e músculos. Além disso, evita contatos prematuros, permitindo que a mandíbula adote uma posição anatômica adequada, aliviando os sintomas das DTMs (Ebrahim et al; 2012).

A placa estabilizadora deve ter superfície plana, com dentes de apoio em contato, e foi ajustada na posição mais ortopedicamente estável para o paciente. Além disso, também apresenta proteção canina nos movimentos laterais e contatos simétricos na borda incisal dos dentes anteriores durante os movimentos protrusivos (Sjoholm et al; 2014). O participante foi instruído a usá-la apenas durante o sono, sendo seus ajustes programados a cada três meses. Pesquisas apontam que o conforto e a funcionalidade do dispositivo oclusal necessita de ajustes a cada 3 meses após a inserção. Uma vez que, nesse intervalo de tempo é obtido uma melhor desprogramação da atividade muscular mastigatória noturna e controle do bruxismo do sono (Sjoholm et al; 2014).

Mediante ao exposto, certifica-se que o tratamento de DTMs não possui um protocolo único. Ademais, a ressonância magnética deve ser utilizada como estratégia complementar ao exame clínico a fim de estabelecer um correto diagnóstico que servirá de base para determinar, posteriormente, as etapas do tratamento.

CONCLUSÃO

O sucesso desse caso clínico foi obtido por meio de uma terapia conservadora e acompanhamento do participante após 3 meses, que relatou o desaparecimento da sintomatologia dolorosa e uma melhoria na qualidade de sono bem como controle de comportamentos orais nocivos.

SUPORTE FINANCEIRO

Este trabalho não apresenta nenhum suporte financeiro.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses relacionados a este trabalho.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Jean Soares Miranda: Conceitualização, Revisão de literatura, Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Redação final do artigo e correção, Formatação nas normas da Revista, Submissão no site e autor para correspondência; **Rana Luísa de Paula Santos:** Revisão de literatura, Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Redação inicial; **Larissa de Oliveira Reis:** Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Redação inicial; **Iana Ferreira Castro:** Conceitualização, Revisão de literatura, Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Redação inicial; **Frank Lucarini Bueno:** Conceitualização, Metodologia da Pesquisa, Redação final do artigo e correção.

REFERÊNCIAS

DE LEEUW, R.; KLASSER, G. D. (Eds.). Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. Chicago: Quintessence Publishing Co, 2013. 312 p.

TALAAT, W. M.; ADEL, O. I.; AL BAYATTI, S. Prevalence of temporomandibular disorders discovered incidentally during routine dental examination using the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, v. 125, n. 3, p. 250-259, 2017.

KATZBERG, R. W.; WESTESSON, P. L.; TALLENTS, R. H.; DRAKE, C. M. Anatomic disorders of the temporomandibular joint disc in asymptomatic subjects. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 54, n. 2, p. 147-153, 1996.

MEHNDIRATTA, A.; KUMAR, J.; MANCHANDA, A.; SINGH, I.; MOHANTY, S.; SETH, N.; GAUTAM, R. Painful clicking jaw: a pictorial review of internal derangement of the temporomandibular joint. Polish Journal of Radiology, v. 84, p. E598-E615, New Delhi, Índia, 2019.

IODICE, G.; CIMINO, R.; VOLLARO, S.; LOBBEZOO, F.; MICHELOTTI, A. Prevalence of temporomandibular disorder pain, jaw noises and oral behaviors in an adult Italian population sample. Journal of Oral Rehabilitation, v. 46, p. 691-698, 2019.

NAEIJE, M.; TE VELDHUIS, A. H.; TE VELDHUIS, E. C.; VISSCHER, C. M.; LOBBEZOO, F. Disc Displacement in the human temporomandibular joint: a systematic review of a "noisy nuisance". Revista de Reabilitação Oral, v. 40, p. 139-158, 2012.

YANG, Z.; WANG, M.; MA, Y.; LAI, Q.; TONG, D.; ZHANG, F.; et al. Magnetic resonance imaging (MRI) evaluation for anterior disc displacement of the temporomandibular joint. Medical Science Monitor, v. 23, n. 8, p. 712-718, 2017.

POLUHA, R. L.; CANAIS, G. D. T.; COSTA, Y. M.; GROSSMANN, E.; BONJARDIM, L. R.; CONTI, P. C. R. Temporomandibular joint disc displacement with reduction: a review of mechanisms and clinical presentation. São Paulo, 2018.

LALUE-SANCHES, M.; GONZAGA, A. R.; GUIMARÃES, A. S.; RIBEIRO, E. C. Disc displacement with reduction of the temporomandibular joint: the real need for treatment. *Journal of Pain Relief*, v. 4, n. 5, p. 2-5, 2015.

GIL-MARTÍNEZ, A.; PARIS-ALEMANY, A.; LÓPEZ-DE-URALDE-VILLANUEVA, I.; LA TOUCHE, R. Management of pain in patients with temporomandibular disorder (TMD): challenges and solutions. *Journal of Pain Research*, v. 11, n. 1, p. 571, 2018.

BRIGGS, K. A.; et al. Arthrocentesis in the management of internal derangement of the temporomandibular joint. *Australian Dental Journal*, v. 64, n. 1, p. 90-95, Wiley, 19 dez. 2018.

GROSSMANN, E. Técnicas de artrocentese aplicadas às disfunções artrogênicas da articulação temporomandibular. *Revista Dor*, v. 13, n. 4, p. 374-381, dez. 2012.

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, 2014.

DE LEEUW, R. Intra-articular derangements of the temporomandibular joint. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, v. 20, n. 2, p. 159-168, 2008.

OKESON, J. P. Joint intracapsular disorders: diagnostic and nonsurgical management considerations. *Dental Clinics of North America*, v. 51, n. 1, p. 85-103, 2007.

SLADE, G. D.; et al. Painful temporomandibular disorder: decade of discovery from OPPERA studies. *Journal of Dental Research*, v. 95, n. 10, p. 1084-1092, 2016.

AKHTER, R.; et al. Development of temporomandibular disorder symptoms: a 3-year cohort study of university students. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 38, n. 6, p. 395-403, 2011.

KOTHARI, S. F.; BAAD-HANSEN, L.; SVENSSON, P. Psychosocial profiles of temporomandibular disorder pain patients: proposal of a new approach to present complex data. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, v. 31, n. 3, p. 199-209, 2017.

GIERTHMÜHLEN, J.; BINDER, A.; BARON, R. Mechanism-based treatment in complex regional pain syndromes. *Nature Reviews Neurology*, v. 10, n. 9, p. 518-528, 2014.

POLUHA, R. L.; CANALES, G. D. T.; BONJARDIM, L. R.; CONTI, P. C. R. Clinical variables associated with the presence of joint pain in patients with temporomandibular joint clicking. *Oral Clinical Investigations*, Springer-Verlag GmbH, Alemanha, 2020.

SCHIFFMAN, E. L.; AHMAD, M.; HOLLENDER, L.; et al. Longitudinal stability of common TMJ structural disorders. *Journal of Dental Research*, v. 96, n. 3, p. 270-276, 2017.

BAHARVAND, M.; et al. Temporomandibular disorders: knowledge, attitude and practice among dentists in Tehran, Iran. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, v. 4, n. 3, p. 90-94, 2010.

AKAN, B.; DINDAROĞLU, F. Ç. Content and quality analysis of websites as a patient resource for temporomandibular disorders. *Turkish Journal of Orthodontics*, v. 33, n. 4, p. 203-209, 2020.

EBRAHIM, S.; et al. The effectiveness of splint therapy in patients with temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Dental Association*, v. 143, p. 847-857, 2012.

SJOHOLM, T.; KAUKO, T.; KEMPPAINEN, P.; RAUHALA, E. Long-term use of occlusal appliance has impact on sleep structure. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 41, p. 795-800, 2014.