

Ferrante IM\*, Barbosa CMR, Gama MCS, Gui MS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
DEPARTAMENTO DE PRÓTESE E PERIODONTIA

Pró-Reitoria de Pesquisa da Unicamp  
Programa de Bolsas de Iniciação Científica do Serviço de Apoio ao Estudante da Unicamp



Palavras-chaves (DeCS): eletromiografia - síndrome da disfunção da articulação temporomandibular - sono.

## INTRODUÇÃO

Estímulos nociceptivos e desordens dolorosas interferem no sono, mas distúrbios do sono também contribuem para a experiência dolorosa. Entre as condições dolorosas crônicas, a dor da articulação temporomandibular (ATM) e dor orofacial são frequentemente associadas aos Distúrbios do Sono.

A privação ou a perturbação do sono aumenta a sensibilidade à dor, além de provocá-la. Por sua vez, a dor perturba o sono, desencadeando outras sequelas neurobiológicas do estresse, que são incompatíveis com um sono tranquilo. Assim, um ciclo ininterrupto pode surgir, quer com o sono perturbado ou com experiência dolorosa, no qual as duas condições se mantêm, ou até mesmo uma ou outra se agrave.

## OBJETIVOS

Identificar e relacionar distúrbios do sono em mulheres portadoras de Disfunção Temporomandibular (DTM), e sua associação com a dor e a atividade elétrica de músculos mastigatórios (masseter e parte anterior do temporal bilateralmente).

## METODOLOGIA

Foram selecionadas 20 mulheres, com idade entre 18 e 30 anos, portadoras de DTM, diagnosticadas e classificadas através do Eixo I (Exame Clínico) do RDC/TMD (Dworkin & LeResche, 1992). Foi utilizado o Índice Anamnésico de Fonseca (CHAVES, TC et al, 2008) para determinar a severidade dos quadros de DTM. A dor foi avaliada pela Escala Visual Analógica (EVA), e a qualidade do sono através do questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – PSQI-BR (TOGEIRO e SMITH, 2005).

Cada voluntária foi submetida ao exame de eletromiografia (EMG) dos músculos mastigatórios (masseter e parte anterior do temporal bilateralmente), em posição de repouso mandibular, e na contração bilateral máxima dos elevadores da mandíbula (CVM).

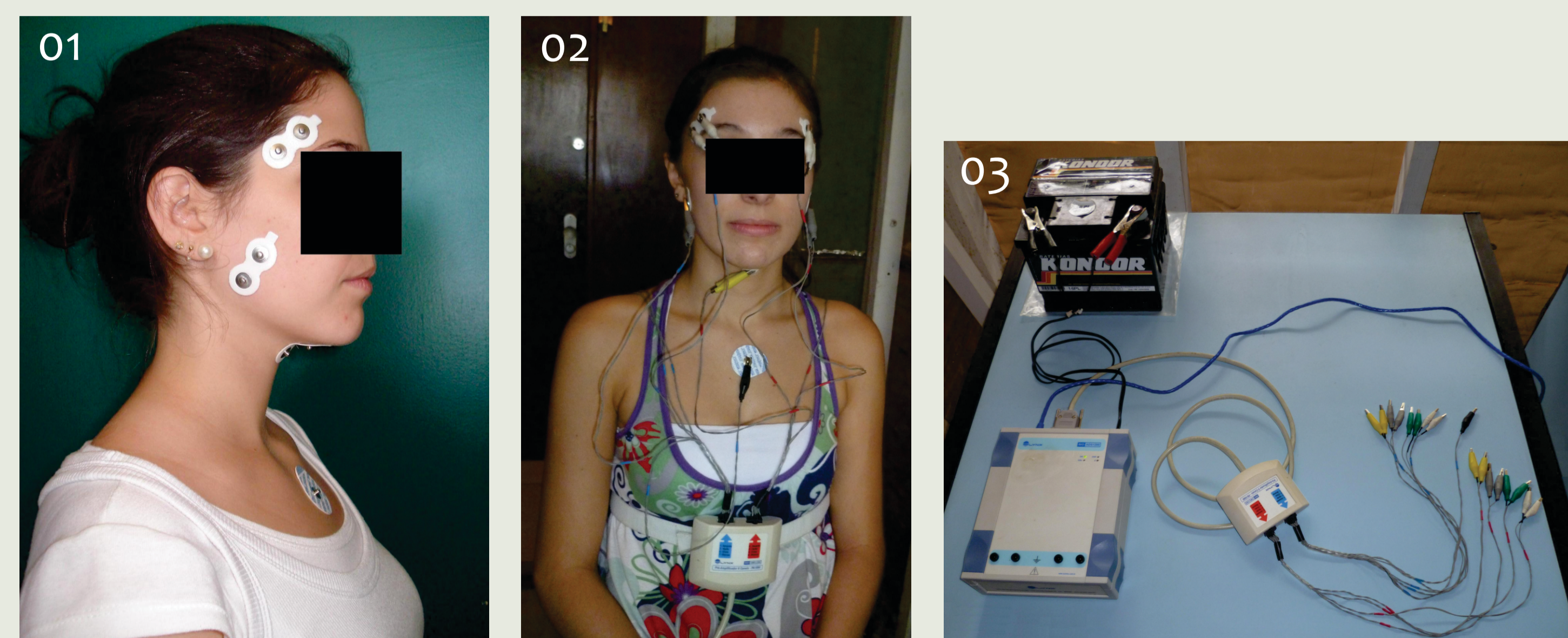


Figura 01 - Eletrodos fixados à pele, eletrodo de referência fixado sobre o esterno.

Figura 02 - Cabos de entrada conectados aos eletrodos, pré-amplificador fixado na cintura.

Figura 03 - Em sentido anti-horário, bateria, eletromiógrafo, pré-amplificador e entradas.

## RESULTADOS

Para as portadoras de DTM severa ou moderada, a média de pontos fornecida pelo PSQI-BR foi superior a oito pontos (8,8 e 8,3 respectivamente), contra a média de 6,0 pontos dentre as portadoras de DTM leve.

Tabela 01 - Média de pontos atingidos na EVA para a musculatura mastigatória direita e esquerda, segundo a severidade da DTM pelo Índice Anamnésico de Fonseca. Piracicaba - 2011.

	DTM Severa	DTM Moderada	DTM Leve
mm Dir.	3,9	3,6	2,4
mm Esq.	4,1	4,3	2,1

Tabela 02 - Média de pontos atingidos na EVA para a musculatura mastigatória direita e esquerda, segundo a pontuação obtida no PSQI-BR. Piracicaba - 2011.

Classe	PSQI-BR		EVA	
	Frequência	Freq. Relativa	mm Dir.	mm Esq.
3-8	9	45%	2,2	3,1
8-13	8	40%	4,0	3,5
13-18	3	15%	5,4	5,9

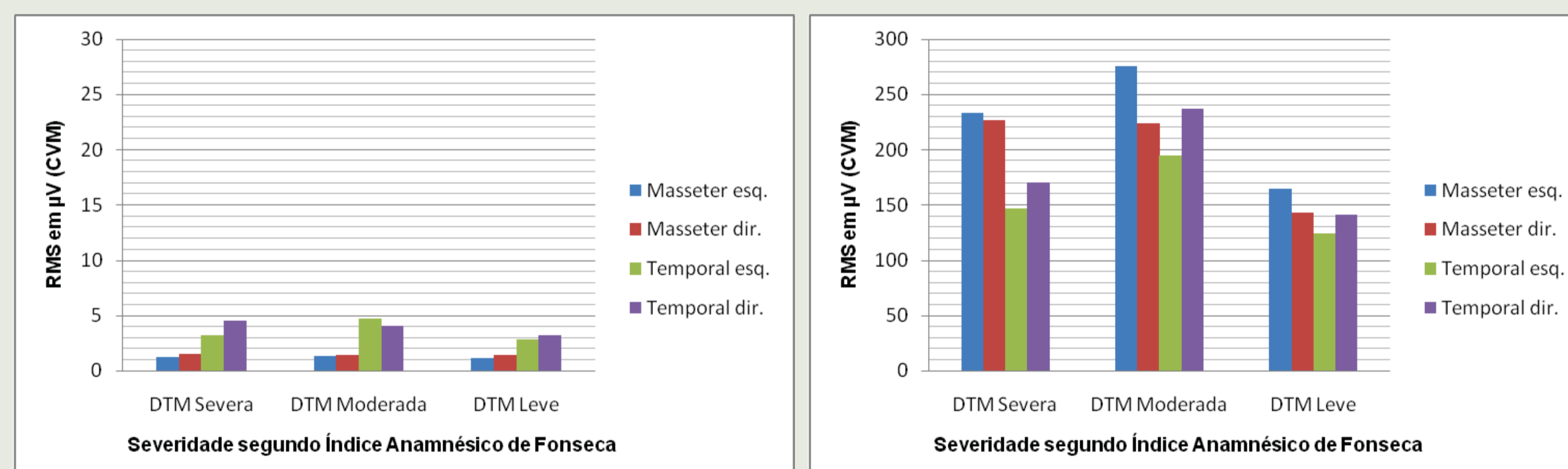


Figura 04 - Média RMS, em  $\mu\text{V}$ , nas situações de repouso mandibular e contração voluntária máxima bilateral dos músculos elevadores da mandíbula, respectivamente, de acordo com a severidade do quadro de DTM. Piracicaba - 2011.

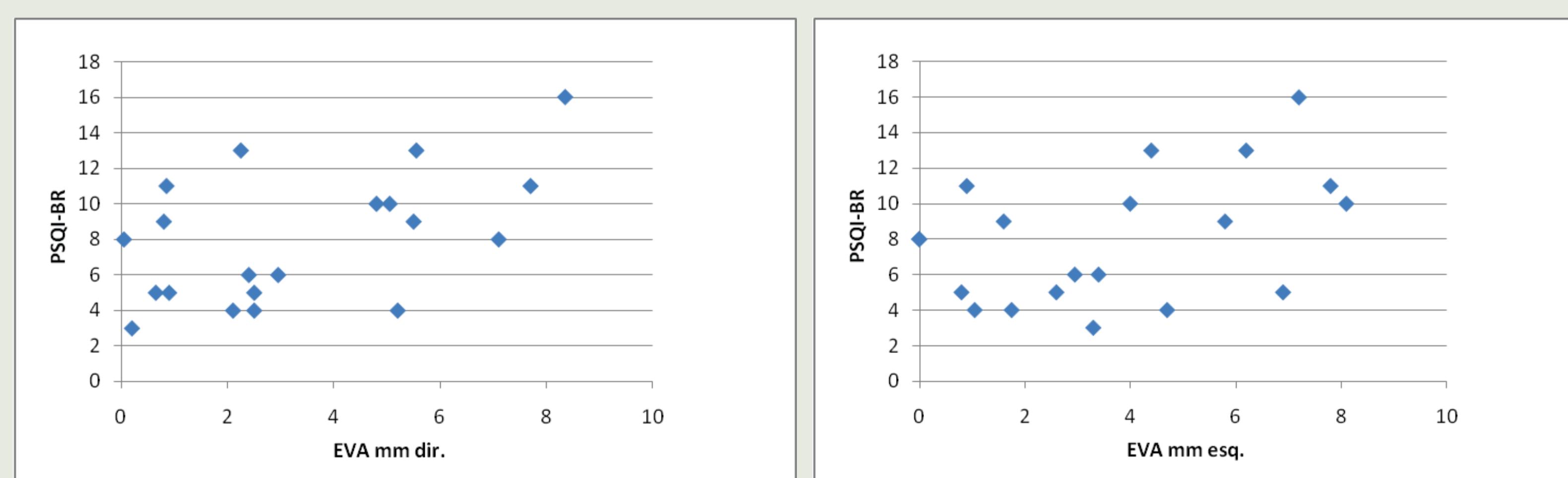


Figura 05 - Dispersão dos pares de valores (y), pontuação obtida no PSQI-BR, e (x), pontuação atingida na EVA, para musculatura mastigatória direita e esquerda, respectivamente. Piracicaba - 2011.

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo identificaram e correlacionaram menor higiene do sono em portadoras de DTM de maior severidade. Os quadros de maior severidade estavam associados a uma maior experiência dolorosa e a uma maior limitação de abertura bucal. A atividade elétrica dos músculos avaliados não estava estatisticamente alterada em função da higiene do sono.