Cynthia Savioli de Paula

**Características orofaciais de pacientes com
dermatomiosite juvenil**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Área de concentração: Neurologia

Orientador: Dr José Tadeu Tesseroli de
Siqueira

São Paulo

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Paula, Cynthia Savioli de

Características orofaciais de pacientes com dermatomiosite juvenil / Cynthia Savioli de Paula. -- São Paulo, 2009.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Neurologia.

Área de concentração: Neurologia.

Orientador: José Tadeu Tesseroli de Siqueira.

Descritores: 1.Saúde bucal 2.Gengiva 3.Transtornos da articulação temporomandibular 4.Dermatomiosite juvenil

USP/FM/SBD-492/09

Esta tese está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, tese e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de AL Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Sueli Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Dermatomiosite juvenil.....	2
1.2. Características orofaciais em pacientes com dmj.....	6
2. OBJETIVOS.....	10
3. MÉTODOS.....	12
3.1. Pacientes.....	13
3.2. Métodos.....	14
3.3. Protocolo de avaliação orofacial.....	14
3.4. Protocolo de avaliação da dmj.....	16
3.5. Análise estatística.....	17
4. RESULTADOS.....	19
4.1. Pacientes e controles	20
4.1.1. Dados demográficos.....	20
4.1.2. Características orofaciais.....	20
4.1.3. Avaliação dentária.....	21
4.1.4. Avaliação periodontal.....	21
4.1.5. Avaliação da função mandibular.....	22
4.1.6. Avaliação do fluxo salivar.....	23
4.2. Pacientes de acordo com a presença de alteração gengiva.....	23
4.2.1. Dados demográficos.....	23
4.2.2. Avaliação periodontal.....	24
4.2.3. Níveis de enzimas musculares e atividade da doença.....	24
4.2.4. Avaliação do doente em relação ao tratamento.....	25

4.3.	Pacientes de acordo com a amplitude de abertura de boca.....	26
4.3.1.	Dados demográficos.....	26
4.3.2.	Níveis de enzimas musculares e atividade da doença.....	27
4.3.3.	Avaliação do doente em relação ao tratamento.....	27
5.	DISCUSSÃO.....	33
6.	CONCLUSÃO.....	38
7.	REFERÊNCIAS.....	40
Apêndice		

LISTA DE ABREVIATURAS

DMJ	dermatomiosite juvenil
CK	creatinoquinase
AST	aspartato aminotransferase
ALT	alanina aminotransferase
DHL	desidrogenase láctica
LESJ	lúpus eritematoso sistêmico juvenil
AIJ	artrite idiopática juvenil
ATM	articulação temporomandibular
CPO-D	dentes cariados, perdidos e obturados
IG	índice gengival
IP	índice de placa
IS	índice de sangramento a sondagem
PCS	profundidade clínica de sondagem
LEC-MG	limite esmalte cimento-margem gengival
PCI	profundidade clínica de inserção
IDC	índice de disfunção clínica
IMM	índice de mobilidade mandibular
RDC-TMD	<i>research diagnostic criteria for temporomandibular disorders</i>
DAS	<i>Disease Activity Score</i>

CMAS	<i>Childhood Myositis Assessment Scale</i>
MMT	<i>Manual Muscle Testing</i>
AB	abertura de boca

RESUMO

Savioli C. Características orofaciais de pacientes com dermatomiosite juvenil [tese]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2009. 49p

Objetivo: Avaliar o comprometimento orofacial em dermatomiosite juvenil (DMJ). **Métodos:** Vinte e seis pacientes com DMJ foram estudados e comparados a 22 controles saudáveis. A avaliação orofacial incluiu: características clínicas, avaliação dentária e periodontal, função mandibular e fluxo salivar. Também foram avaliadas as características clínicas e *scores* da DMJ, enzimas musculares e tratamento. **Resultados:** A média da idade atual foi similar em pacientes e controles ($p>0.05$). Uma alteração gengival específica, caracterizada por eritema, dilatação de capilares e formação em arbustos foi observado somente em pacientes com DMJ (61% vs.0%, $p=0,0001$). As freqüências de mobilidade mandibular alterada e abertura de boca diminuída foram significativamente maiores em DMJ *versus* controles (50% vs. 14%, $p=0,013$; 31% vs. 0, $p=0,005$). Comparando pacientes com DMJ com e sem alteração gengival específica, observamos que os pacientes sem alteração gengival apresentaram menores valores de limite esmalte-cimento (-0.26 vs.-0.006mm, $p=0,013$) e maior índice de sangramento gengival (27.7% vs.14%, $p=0,046$). Este padrão de alteração gengival não foi associado à doença periodontal [índice de placa ($p=0,332$) e perda de inserção dentária ($p=0,482$)]. A mediana do índice disease activity score(DAS) cutâneo e a dose atual de metotrexate foi maior nos pacientes com alteração gengival (2,5 vs.0,5, $p=0,029$; 28.7 vs.15, $p=0.012$). Pacientes com DMJ e limitação de abertura de boca apresentaram mediana significativamente menor do *manual muscle testing*(MMT) quando comparados a pacientes com DMJ sem limitação de abertura de boca (79 vs.80, $p=0.002$). **Conclusão:** O padrão gengival característico, associado à atividade cutânea da doença, e diferente de doença periodontal, sugere que a gengiva seja um possível tecido alvo para DMJ. Além disto, fraqueza muscular pode ser um fator relevante para a mobilidade mandibular.

Descritores: Saúde bucal, gengiva, transtornos da articulação temporomandibular, dermatomiosite juvenil.

SUMMARY

Savioli C. Orofacial characteristics of JDM patients [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009. 49p

Objective: To assess orofacial involvement in juvenile dermatomyositis (JDM). **Methods:** Twenty-six JDM patients were studied and compared to 22 healthy controls. Orofacial evaluation included clinical features, dental and periodontal assessment, mandibular function and salivary flow. JDM clinical features, scores, muscle enzymes and treatment were also assessed. **Results:** The media of current age was similar in JDM patients and controls ($p>0.05$). A peculiar gingival alteration characterized by erythema, capillary dilation and bush loop formation was only observed in JDM patients (61% vs.0%, $p=0.0001$). The frequencies of altered mandibular mobility and reduced mouth opening were significantly higher in JDM *versus* controls (50% vs. 14%, $p=0.013$; 31% vs. 0, $p=0.005$). The comparison of JDM patients with and without gingival alteration showed that the former had lower values of median of cemento-enamel junction (-0.26 vs.-0.06mm, $p=0.013$) and higher gingival bleeding index (27.7% vs.14%, $p=0.046$). Of note, this pattern of gingival alteration was not associated with periodontal disease [plaque index ($p=0.332$ and dental attachment loss ($p=0.482$)]. The median of skin disease activity score(DAS) and current dose of methotrexate were higher in JDM with gingival alteration (2.5 vs.0.5, $p=0.02$; 28.7 vs.15, $p=0.001$). A significant association of lower median manual muscle testing(MMT) with reduced mouth opening was observed in JDM compared to patients without this alteration (79 vs.80, $p=0.002$). **Conclusions:** The peculiar gingival pattern associated with cutaneous disease activity, distinct from periodontal disease, suggest that gingiva is a possible target tissue for JDM. In addition, muscle weakness may be a relevant factor for mandibular mobility.

Descriptors: Oral health, gingiva, temporomandibular joint disorders, juvenile dermatomyositis

1. INTRODUÇÃO

1.1. Dermatomiosite Juvenil

A dermatomiosite juvenil (DMJ) é uma doença auto-imune de etiologia desconhecida, que se caracteriza por uma vasculopatia sistêmica de pequenos vasos com envolvimento predominantemente muscular e cutâneo ^{1, 2, 3, 4}.

Essa doença faz parte do grupo das miopatias inflamatórias idiopáticas, sendo a mais comum na faixa etária pediátrica. Apresenta-se com presença de fraqueza, infiltrado inflamatório muscular e alterações cutâneas características¹⁻³. A caracterização destes grupos se baseia além do envolvimento cutâneo típico, no padrão de envolvimento muscular, presença de manifestações clínicas associadas, alterações histopatológicas, resposta à terapêutica e prognóstico ⁵⁻¹⁰.

As características clínicas e eletromiográficas da DMJ são similares a outras miopatias inflamatórias, sendo que a biópsia muscular é considerada o “padrão ouro” para o diagnóstico diferencial. Nesta biópsia são avaliados quatro domínios: inflamação endomisial, perimisial e perivascular; alterações vasculares; alterações da fibra muscular; e fibrose endomisial e perimisial ¹¹.

A incidência de DMJ é aproximadamente de 3,2 por milhão de habitantes, com maior frequência entre 10 e 14 anos e no sexo feminino (relação sexo feminino:masculino de 3:1) ¹²⁻¹⁴. A média de idade de início dos sintomas é em torno dos sete anos, podendo raramente ocorrer em lactentes a partir de dois meses ^{15,16}.

A sua etiologia ainda é desconhecida, mas acredita-se ser multifatorial ¹⁷. Auto-imunidade, alterações imunológicas, infecções, imunodeficiências, fatores ambientais (luz ultravioleta), estresse emocional, todos estes combinados atuariam em indivíduos geneticamente predispostos, favorecendo as alterações nos mecanismos imunorreguladores responsáveis pelas manifestações da DMJ ^{10, 18, 19}.

Muitas evidências sugerem que na DMJ, o endotélio microvascular é o primeiro “alvo” de alterações ²⁰. São observados: edema da célula endotelial, redução e obliteração do lúmen dos vasos, inflamação perivascular, atrofia perifascicular e degeneração/regeneração de fibras musculares ^{21,22}. Achados de vasculopatia como alterações endoteliais ou uma diminuição no número de capilares, são mais aparentes em estágios precoces da doença, mas podem ser inversamente correlacionadas com atrofia perifascicular e outros achados de desenvolvimento tardio ^{11, 22}. Esta vasculopatia afeta músculo esquelético, pele, trato gastrointestinal, e outros tecidos como pulmões, rins, olhos, e coração. A imunidade celular e humoral contribuem para a patogênese desta doença ²¹.

Ao início da doença, pode ser observado: fadiga fácil, fraqueza muscular, febre e rash que podem anteceder o diagnóstico de 3 a 6 meses ²³. Na evolução da doença outras manifestações podem estar presentes, como: (1) musculoesqueléticas: caracterizada por fraqueza predominantemente proximal, usualmente progressiva, sendo mais comum a de extremidades inferiores.

Cerca de 35% das crianças com DMJ tem artralgia ou artrite que é transitória e não deformante e algumas vezes acompanhada por tenosinovite; (2) mucocutânea: na maioria das vezes patognomônicas da doença, com prevalência de 50 a 100% das crianças. As três manifestações mais típicas são: heliotropo (rash e edema periorbitário), pápulas de Gottron (sobre as superfícies articulares extensoras) e eritema periungueal; (3) calcinose: ocorre em pelo menos 40% das crianças, principalmente de 1-3 anos após o início da doença. Quatro subtipos são descritos: placas ou nódulos cutâneos ou subcutâneos, depósitos que se estendem aos músculos, calcinose em planos fasciais que podem levar a contratura e, exoesqueleto de cálcio difuso; (4) cardiopulmonar: observam-se murmúrios não específicos e cardiomegalia com ou sem alterações eletrocardiográficas. Hipertensão é descrita em torno de 25% dos pacientes e algumas vezes associada e exacerbada por terapias com glicocorticóides. O envolvimento pulmonar assintomático pode ocorrer acima de 50% das crianças; (5) lipodistrofia: presente em 10-40% das crianças com DMJ é caracterizada pela perda lenta mais progressiva de gordura visceral e subcutânea, acompanhada por hirsutismo, acantose nigricans, aumento clitoral, esteatose hepática, resistência a glicose e hipertrigliceridemia ^{21,23}.

Comparado ao adulto, na criança observa-se maior incidência de vasculopatia sistêmica, lipodistrofia, calcinose e curso crônico da doença ²¹.

O diagnóstico da DMJ é estabelecido pelos critérios de Bohan e Peter (1975)²⁴ com inclusão das características clínicas, eletromiográficas e histopatológicas. A lesão cutânea [edema periorbitário de coloração violácea

(heliotropo)] e/ou lesão eritematosa sobre as articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais (sinal de Gottron) associada a três dos quatro seguintes critérios diagnóstica a DMJ:

1) Fraqueza muscular simétrica e progressiva de cintura escapular, pélvica e flexores anteriores do pescoço (com ou sem disfagia e envolvimento da musculatura respiratória).

2) Elevação das enzimas musculares particularmente creatinoquinase (CK), freqüentemente aldolase, aspartato aminotransferase (AST-TGO), alanina aminotransferase (ALT-TGP) e/ou desidrogenase láctica (DHL).

3) Padrão miopático na eletromiografia.

4) Biópsia muscular com evidência de miopatia inflamatória.

A evolução clínica da doença é muito variável com crianças apresentando desde um impacto funcional mínimo até uma condição crônica, gravemente debilitante ^{25, 26}, o que reduz a qualidade de vida destes pacientes quando comparados a crianças saudáveis ²⁷.

A terapia da DMJ consiste no controle das manifestações clínicas e laboratoriais durante as exacerbações e não determina cura da doença. O tratamento medicamentoso inclui o uso de corticosteróides como droga inicial, e muitas vezes está associado a outras medicações como metotrexato, azatioprina, ciclosporina, ciclofosfamida e/ou gamaglobulina endovenosa ^{8, 28}, principalmente nos casos refratários aos corticosteróides, com alto risco de morbi-mortalidade (calcinoses, ulcerações cutâneas, envolvimento do trato gastrointestinal e doença pulmonar intersticial). Atualmente têm-se utilizado

também os agentes biológicos anti-TNF α (infiximabe e etanercepte) nos casos resistentes aos tratamentos anteriores²⁹.

Com a melhora do prognóstico e sobrevida dos pacientes com DMJ, novos aspectos devem ser considerados no acompanhamento destes pacientes³⁰. As repercussões da doença no aparelho mastigatório, bem como as conseqüências de doenças dentárias ou periodontais na evolução da DMJ, ainda não são bem conhecidas e podem prejudicar a qualidade de vida destes doentes.

1.2.Características orofaciais em pacientes com DMJ

Estudos relatando a real condição orofacial de crianças com doenças reumatológicas são escassos. Um estudo realizado pela Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança e Equipe de Dor Orofacial – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo avaliando pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ) observou que estes pacientes apresentam pior higiene oral e maior inflamação gengival que os controles saudáveis, principalmente os que receberam maior dose cumulativa de corticóides e que apresentaram maior tempo de doença. Também neste estudo foram observadas anormalidades da articulação temporomandibular de pacientes com LESJ, com 8,3% dos pacientes apresentando disfunção clínica grave da ATM e 7,6% destes pacientes

apresentando alterações importantes nos côndilos mandibulares na avaliação radiográfica ³¹.

Nos pacientes com AIJ, há trabalhos relatando pior condição bucal destes pacientes em relação a controles saudáveis, bem como comprometimento importante da ATM destes pacientes. Em outro estudo realizado pela Equipe de Dor Orofacial – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança, além da constatação de maior comprometimento articular e pior condição bucal nos pacientes com AIJ, foi observado que pacientes com três ou mais articulações de membros superiores acometidas, apresentam pior higiene bucal e maior sangramento gengival ³².

Por sua vez, estudos avaliando o sistema mastigatório em pacientes com DMJ são raros e não foram encontradas pesquisas avaliando os índices de saúde bucal nesta população.

Entretanto, alguns estudos foram realizados em adultos com miopatias inflamatórias. Sinais e sintomas de comprometimento da cabeça e pescoço estão presentes em 55% dos pacientes com dermatomiosite ³³. Uma menor expressão facial pode ser observada em razão do envolvimento dos músculos da mímica. Da mesma forma, o acometimento dos músculos mastigatórios e da faringe pode resultar em disfagia, disfonia, assim como sinais e sintomas de disfunção temporomandibular: limitação e desvio mandibular da abertura de boca, e ruídos articulares. Por sua vez, o envolvimento da musculatura da

língua resulta numa macroglossia com hipotonia, dificultando mastigação e fonação ³⁴.

Apesar de 27,5% dos pacientes com dermatomiosite apresentarem artrite, o acometimento da ATM é raro com apenas um caso descrito na literatura. Este paciente adulto apresentou reabsorção condilar e conseqüente mordida aberta anterior. Dentre possíveis causas para esta reabsorção estão: a própria doença, uso de corticosteróide e estresse mecânico ³⁵.

Em alguns relatos de caso, foram descritos vasos sanguíneos proeminentes em toda a mucosa oral, chamados de teleangectasia em lábios e mucosa jugal ³⁴, ³⁶. Lesões similares a estomatites aftosas e úlceras orais também são descritas ³⁷. Cerca de 10 a 46% das crianças desenvolvem úlceras orais e gengivais, que tem a dor como característica ²³.

Alterações gengivais, denominadas por alguns autores como teleangectasias gengivais ou vasculopatia gengival, são descritas em alguns relatos de casos como um eritema gengival, com proeminentes vasos sanguíneos e capilares em “arbustos” ^{37,38}. Ghali, et al³⁹ descreveu cinco casos de pacientes com dermatomiosite juvenil, que apresentavam clinicamente estas características gengivais mais graves ao diagnóstico inicial da doença e período de atividade da doença. A presença destas alterações gengivais foram relacionadas a presença de vasculopatia periungueal, sugerindo processo fisiopatológico similar para estas duas manifestações da DMJ ^{38, 39}.

Os dentes apresentam raízes curtas e bojudas, com obliteração dos canais radiculares, bem como calcificações na câmara pulpar ³⁶. Manchas violáceas

intrínsecas em dentes de pacientes com dermatomiosite também podem estar presentes ³⁴. Em crianças é observado um atraso na esfoliação dos dentes decíduos em razão da falta de reabsorção radicular e calcificação de tecidos moles ⁴⁰.

Márton et al, 2005 ⁴¹ analisaram o sistema mastigatório de 34 pacientes adultos com miopatia inflamatória idiopática (30 polimiosite e 4 dermatomiosite) e observaram que as queixas mais comuns foram xerostomia e disfagia, com o grupo de estudo apresentando menor fluxo salivar quando comparado ao controle. Ao exame histológico de glândula salivar menor, a alteração mais característica foi a presença de infiltração linfocítica intersticial, seguida por infiltração linfocítica periacdotal. Os pacientes com miopatia apresentaram maiores índices de cárie, maior índice de placa e de sangramento gengival quando comparado a controles saudáveis, com condição periodontal normal, com ambos os grupos apresentando profundidade de bolsa semelhantes. Quanto às alterações de mucosa oral, 20% dos pacientes do grupo estudo apresentaram teleangectasia em lábio inferior, palato ou pele de região perioral. Nenhum paciente apresentou alteração da mobilidade mandibular, porém queixas de dor, desvio em abertura e/ou ruídos articulares estiveram presentes em 26% dos pacientes estudados. Os pacientes do grupo de estudo apresentaram menor força de mordida em região posterior e todos os pacientes deste grupo apresentaram eletromiografia anormal.

2. OBJETIVOS

- a) Avaliar o comprometimento orofacial nos pacientes com dermatomiosite juvenil comparativamente ao grupo controle;
- b) Correlacionar as características orofaciais a manifestações clínicas, exames laboratoriais e terapias em pacientes com dermatomiosite juvenil.

3. MÉTODOS

3.1. Pacientes

Foram avaliados 26 pacientes com diagnóstico de DMJ, em seguimento na Unidade de Reumatologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foram incluídos pacientes com diagnóstico definido segundo os critérios de Bohan e Peter ²⁴, com idade de início da doença até 16 anos, e que apresentavam na data do exame no mínimo quatro anos de idade.

Um grupo controle formado por 22 crianças e adolescentes saudáveis, foi avaliado nas mesmas condições. Este grupo consistiu de crianças e adolescentes, parentes dos pacientes e filhos de funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que foram atendidos e avaliados na Equipe de Dor Orofacial/ATM da Divisão de Odontologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Foram excluídos pacientes com DMJ e crianças e adolescentes do grupo controle que estavam em tratamento ortodôntico, apresentaram outras doenças sistêmicas ou alterações cognitivas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os participantes, e quando necessário, dos seus respectivos pais ou responsáveis (Apêndice 1).

3.2. Métodos

O estudo envolveu uma análise retrospectiva dos dados referentes às características demográficas da população estudada, atividade da DMJ e dano cumulativo da doença, assim como terapêutica utilizada, que se encontram registrados nos prontuários. Um estudo transversal foi também executado para avaliar o sistema mastigatório, a partir dos dados de história odontológica, exame físico orofacial e exames complementares. Foi determinada a classe sócio-econômica⁴² (Apêndice 2) de todos os pacientes e controles.

3.2.1. Protocolo de Avaliação Orofacial

A avaliação clínica do sistema mastigatório foi realizada através da ficha clínica da Equipe de Dor Orofacial/ATM do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo⁴⁷ (Apêndice 3), caracterizando entre outros aspectos eventuais dores presentes no seguimento cefálico, presença de bruxismo, avaliação de mucosa oral e palpação da musculatura mastigatória.

A avaliação dentária foi realizada pelo índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D)⁴⁸ (Apêndice 4). A avaliação periodontal foi realizada pelo mesmo examinador, através dos seguintes índices: índice gengival (IG)⁴⁹ que registrou alterações da forma e contorno dos tecidos

periodontais, índice de placa (IP) ⁵⁰ utilizado para avaliar a condição de higiene oral, é calculado pelo número de superfícies dentárias coradas por pastilhas evidenciadoras de placa, multiplicado por 100 e dividido pelo número total de superfícies, índice de sangramento (IS) à sondagem ⁵¹, determinado pelo número de superfícies sangrantes após sondagem com sonda periodontal, multiplicado por 100 e dividido pelo número total de superfícies, avalia inflamação gengival; profundidade clínica de sondagem (PCS), realizada introduzindo-se a sonda periodontal no sulco gengival, obtendo-se uma medida da margem gengival até o fundo do sulco e profundidade clínica de inserção (PCI) ⁵², ou seja a quantidade clínica de inserção de cada dente. A PCI foi obtida através da PCS somada a medida da distância entre a margem gengival e o limite esmalte-cimento (LEC-MG), que fornece dados com relação à presença ou ausência de recessão ou hiperplasia gengival. Estas medidas foram realizadas nas seis faces de cada elemento (mesiovestibular, cervical, distovestibular, mesiolingual, lingual e distolingual). Através destes parâmetros clínicos o grau de comprometimento periodontal e atividade de doença periodontal foi avaliada.

A avaliação da condição da articulação temporomandibular foi realizada pelo índice de Helkimo⁵³ em questionário traduzido para a língua portuguesa (Apendice 5). Foi utilizado o Índice de disfunção mandibular clínica (IDC) e o Índice de mobilidade mandibular (IMM). O *Research Diagnostic Criteria for*

Temporomandibular Disorders (RDC) - eixo 1⁵⁴, validado na língua portuguesa (Apêndice 6) também foi utilizado para esta avaliação.

Foi realizada a dosagem do fluxo salivar, com e sem estimulação salivar prévia. Tempo de coleta para cada amostra foi 2 minutos. A saliva foi coletada do soalho bucal através de 2 roletes de algodão previamente pesados em coletor universal em balança analítica, como descrito por Pupo et al. O volume de saliva foi determinado pelo peso do coletor universal com os roletes de algodão antes e depois da coleta. A estimulação do fluxo salivar foi realizada com 2 gotas de ácido cítrico a 2%. O fluxo salivar foi expresso em mL/min⁵⁵ (Apêndice 7).

3.2.2. Protocolo de Avaliação da DMJ

Os dados demográficos analisados foram: idade atual do paciente (em anos), idade de início da DMJ (em anos) e tempo de duração da doença (em anos). Sintomas constitucionais, manifestações cutâneas e musculares, assim como envolvimento gastrintestinal, pulmonar e cardíaco. Os exames complementares analisados foram: enzimas musculares: [aldolase, desidrogenase láctica (DHL), aspartato aminotransferase (AST-TGO), alanina aminotransferase (ALT-TGP) e creatininoquinase (CK)] (Apêndice 8).

A avaliação clínica constou ainda da determinação da atividade da DMJ no início do estudo por meio dos seguintes escores: *Disease Activity Score*

[DAS, com escores variando de 0 (inativo) a 20 (atividade máxima)]^{43,44} (Apêndice 9). Os testes de força muscular utilizados foram: *Childhood Myositis Assessment Scale* [CMAS, com escores variando de 0 (incapaz) a 52 (normal)]⁴⁵ (Apêndice 10) e *Manual Muscle Testing* [MMT, com escores variando de 0 (ausência de contração muscular) a 80 (força muscular normal, contra-resistência intensa)]⁴⁶ (Apêndice 11).

A avaliação da terapêutica medicamentosa incluiu a frequência de utilização, dose diária e dose cumulativa dos medicamentos empregados (prednisona, difosfato de cloroquina, pulsoterapia com ciclofosfamida, metotrexato, ciclosporina, gamaglobulina endovenosa). As doses de todos os corticóides utilizados (prednisona e metilprednisolona) foram transformadas em gramas (g) de prednisona, através do cálculo de equivalência entre as drogas (Apêndice 12).

3.2.3. Análise estatística

Resultados foram apresentados em mediana (variação) ou média $\pm$ desvio padrão para variáveis contínuas e número (%) para variáveis categóricas. Os resultados foram comparados pelos testes “t” e *Mann-Whitney* para variáveis contínuas para determinar diferenças entre pacientes e controles, assim como entre pacientes de acordo com a presença ou não de eritema gengival e de acordo com a amplitude de abertura de boca. Para as variáveis

categóricas, as diferenças foram calculadas pelo teste exato de *Fischer* . Valor de P menor que 0,05 foi considerado significativo.

4. RESULTADOS

4.1 PACIENTES E CONTROLES

Estes resultados podem ser observados na tabela 1.

4.1.1 Dados demográficos

Os dois grupos foram homogêneos em relação à faixa etária, distribuição por gênero e classe sócio-econômica. A média de idade atual, a frequência de indivíduos do gênero feminino e a frequência de pertencentes à classe sócio econômica C foram similares entre pacientes e controle [$11,8 \pm 3,97$ (5,5-18,5) versus $11,6 \pm 2,85$ (7,3-16,4) anos, $p=0,469$; 58% versus 45% , $p=0,563$; 73% versus 86%, $p=0,307$; respectivamente].

4.1.2. Características orofaciais

Apenas pacientes com DMJ relataram queixa em região orofacial [5 (19%) versus 0 (0%), $p=0,053$], sendo que em 4(80%) destes pacientes, a queixa era odontalgia.

Na avaliação clínica dos tecidos bucais, uma alteração em gengiva marginal, caracterizada pela presença de eritema, dilatação de capilares e vasos em “arbusto” (Figura 1), foi observada apenas nos pacientes com DMJ [16 (61%) versus 0 (0), $p=0,0001$]. Alterações em mucosa oral, eritematosa, visualmente mais vascularizada, também só foram observadas em pacientes com DMJ (6 (23%) versus 0 (0%), $p=0,023$) sendo que 5 deles também apresentaram alteração gengival.

Não houve diferença estatística quanto à frequência de outras características como mordida aberta, mordida cruzada e sobremordida profunda entre pacientes e controles (8% versus 9%, $p=1,0$; 31% versus 32%, $p=1,0$ e 27% versus 27%, $p=1,0$; respectivamente).

4.1.3. Avaliação dentária

A mediana do índice CPO-D foi similar entre os grupos [2 (0-12) versus 1,5 (0-9), $p=1,51$]. Foram também similares entre os grupos as medianas dos números de dentes cariados, dentes perdidos e dentes obturados [0 (0-11) versus 0 (0-8), $p=0,991$; 0 (0-2) versus 0 (0-1) $p=0,929$ e 0(0-6) versus 0 (0-6), $p=0,281$].

4.1.4. Avaliação periodontal

Os grupos apresentaram grau de higiene oral, de inflamação gengival e de inserção óssea dentária semelhantes, demonstrado na avaliação dos índices periodontais, com a frequência de IG >0 (58% versus 41%, $p=0,385$), e as medianas do IP (89,4% versus 80,9%, $p=0,323$), IS (21,7% versus 12,7%, $p=0,141$), PCS (1,83 versus 1,56 mm, $p=0,198$), LEC-MG (-0,12 versus -0,10mm, $p=0,708$) e PCI (1,25 versus 1,04mm, $p=0,07$) similar entre os grupos.

4.1.5. Avaliação da função mandibular

A análise do índice de Helkimo revelou que a frequência de alteração na mobilidade mandibular foi significativamente maior nos pacientes que nos controles (13 (50%) versus 3(14%), $p=0,013$) demonstrando maior prejuízo na mobilidade mandibular. Houve também maior frequência de redução de amplitude de abertura de boca observada nos pacientes com DMJ (31% versus 0%, $p=0,005$) e menor mediana de amplitude de abertura de boca nestes pacientes [42 (19-60) vs. 45 (40-51)mm, $p=0,01$]. Não houve diferença estatística entre as medianas dos movimentos mandibulares de lateralidade direita, lateralidade esquerda e protrusão [9(4-12) versus 9 (7-13), $p=0,089$; 8(4-12) versus 9(5-12), $p=0,324$ e 8 (4-11) versus 8(4-12), $p=0,812$], respectivamente. A frequência de disfunção clínica mandibular pelo índice de

disfunção clínica foi similar entre pacientes e controles (69% versus 59%, $p=0,551$).

Pelo RDC/TMD, apenas os pacientes com DMJ preencheram critérios para o diagnóstico de dor muscular com limitação de abertura de boca (19% versus 0, $p=0,429$). O diagnóstico de dor muscular sem limitação de abertura de boca foi significativamente maior nos controles (15% versus 50%, $p=0,013$) e o diagnóstico de artralgia foi similar entre os grupos (31% versus 23%, $p=0,745$). Nenhum paciente nem controle preencheram critérios para os diagnósticos de deslocamento do disco com e sem redução.

4.1.6. Avaliação do fluxo salivar

Não houve diferença estatística entre as medianas do fluxo salivar sem estimulação prévia [0,59(0,02-1,19) versus 0,73(0,15-1,62) ml/min, $p=0,159$] e com estimulação prévia [1(0,24-2,82) versus 1,04(0,32-1,91), $p=0,501$].

4.2. PACIENTES DE ACORDO COM A PRESENÇA OU NÃO DE ALTERAÇÃO GENGIVAL

Os pacientes foram subdivididos em dois grupos de acordo com a presença ou não de alteração gengival. Os pacientes do Grupo A (16), apresentaram alteração gengival específica e os pacientes do Grupo B (10) não

apresentaram esta alteração em gengiva. Estes resultados podem ser observados na tabela 2.

4.2.1. Dados demográficos

A mediana da idade atual, da idade de início da doença e tempo de duração da doença foi similar entre os grupos A e B [11,2 (5,9-18,5) versus 13 (5,5-17,9) anos, $p=0,544$; 5,6 (2,5-11,5) versus 6 (3-10) anos, $p=0,785$; 4,6 (1,8-11,5) versus 5,9 (0,5-11,1) anos, $p=0,585$, respectivamente]. A frequência de pacientes do gênero feminino e pertencentes à classe sócio-econômica C também foi similar entre os grupos (56% versus 60%, $p=1$; 81% versus 60%, $p=0,369$).

4.2.2. Avaliação periodontal

As anormalidades gengivais visuais ($IG >0$) foram mais frequentes no grupo A que no grupo B (81% versus 20%, $p=0,004$). A mediana do IS foi significativamente maior no grupo A quando comparada ao grupo B (27,7% versus 14,1%, $p=0,046$), e a mediana do LEC-MG foi significativamente menor nos pacientes do grupo A (-0,26 versus -0,06mm, $p=0,013$). As medianas do IP (100% versus 77,8%, $p=0,332$), PCS (1,9 versus 1,74mm, $p=0,292$) e PCI (1,23 versus 1,25mm, $p=0,482$) foram similares entre os grupos.

4.2.3. Níveis de enzimas musculares e atividade da doença

Não houve diferenças significantes entre as medianas das enzimas musculares dos Grupos A comparadas ao B: AST [35 (22-123) versus 39 (30-70) UI/l, $p=0,232$], ALT [30 (13-122) versus 28,5 (20-146) UI/l, $p=0,617$], Aldolase [5,7 (3,4-10,8) versus 6,35 (4,6-68,3) UI/l, $p=0,470$] e DHL [199 (161-1.234) versus 216 (151-562) UI/l, $p=0,912$]. A mediana da CK foi significativamente maior no Grupo B [75 (33-478) versus 136,5(80-6.621) UI/l, $p=0,003$], porém dentro dos valores normais.

A frequência dos níveis elevados das enzimas musculares também foi similar entre o Grupo A e Grupo B, conforme demonstrado na tabela 2.

Na avaliação da atividade cutânea da doença, a mediana do DAS cutâneo foi significativamente maior nos pacientes com alteração gengival específica (grupo A) [2,5 (0-9) versus 0,5 (0-2), $p=0,029$]. As medianas dos demais índices de atividade da doença foram similares entre o Grupo A quando comparadas ao Grupo B: DAS [4 (0-18) versus 2 (0-9), $p=0,106$]; CMAS [52 (14-80) versus 52 (39-52), $p=0,487$] e MMT [80 (37-80) versus 80 (70-80), $p=0,605$]. .

4.2.4. Avaliação do doente em relação ao tratamento

As medianas da dose atual e dose cumulativa de prednisona foram similares entres os grupos [15 (2-40) versus 20 (10-30) mg, $p=0,722$ e 14,7 (4,9-

51,5) versus 14,1 (3,9-28) g, $p=0,743$]. A mediana da dose atual de metotrexato foi significativamente maior nos pacientes do Grupo A [28,7 (17,7-50) versus 15 (10-20) mg, $p=0,01$], mas não houve diferença entre as medianas da dose cumulativa deste medicamento entre os grupos.

No período de avaliação, a frequência de uso de prednisona, antimalárico, metotrexate e ciclosporina, foi maior nos pacientes do Grupo A, porém não significante (56% versus 20%, $p=0,109$; 44% versus 10%, $p=0,091$; 50% versus 40%, $p=0,701$ e 19% versus 0, $p=0,261$; respectivamente).

Nenhum paciente do Grupo B estava em uso de ciclosporina e apenas um paciente do grupo B estava em uso de antimalárico. Por ser uma amostra pequena, com valores constantes, não foi possível realizar teste estatístico.

4.3. PACIENTES DE ACORDO COM A AMPLITUDE DE ABERTURA DE BOCA

Novamente, os pacientes foram subdivididos em dois grupos de acordo com a amplitude de abertura de boca. Os pacientes do Grupo C (8), apresentaram abertura de boca menor que 40mm e os pacientes do Grupo D (18) apresentaram abertura de boca maior que 40mm. Estes resultados podem ser observados na tabela 3.

4.3.1. Dados demográficos

A frequência de pacientes do gênero feminino foi significativamente menor no Grupo C quando comparada ao Grupo D (25% versus 72%, $p=0,038$). As distribuições dos demais dados demográficos foram similares entre os grupos: as medianas da idade atual [11,2 (5,5-17,7) versus 11,6 (7,1-18,5) anos, $p=0,559$]; idade de início de doença [6 (4-9,6) versus 5,6 (2,5-11) anos, $p=0,580$]; tempo de duração da doença [2,7 (0,5-10,1) versus 5,1 (1,9-11,5) anos, $p=0,197$]; e a frequência de pacientes que pertencem a classe sócio-econômica C (87,5% versus 61%, $p=0,364$).

4.3.2. Níveis de enzimas musculares e atividade da doença

As medianas das enzimas musculares e as frequências dos níveis elevados destas enzimas foram similares entre os grupos ($p<0,05$).

Os pacientes do grupo C apresentaram maiores alterações nos índices DAS e CMAS, porém sem diferença estatística [5,5 (0-18) versus 2,5 (0-8), $p=0,09$ e 49,5 (14,52) versus 52 (47-52), $p=0,111$; respectivamente] . As alterações do índice MMT foi significativamente maior nos pacientes do grupo C [79 (37-80) versus 80 (80-80), $p=0,002$]

4.3.3. Avaliação do doente em relação ao tratamento

As doses atuais e as doses cumulativas de prednisona [20 (3-30) versus 12,5 (2-40) mg/dia, $p=0,521$; 13,7 (3,9-31,2) versus 15,4 (4,9-51,5) g, $p=0,951$, respectivamente] e de metotrexate [27,5 (17,5-37,5) versus 20 (10-50) mg/dia, $p=0,414$; 3,1 (0,37-4,98) versus 2,1 (0,30-16,9) g, $p=0,724$] foram similares entre os grupos C e D, respectivamente. A frequência de pacientes do grupo C que fazem uso de prednisona, antimalárico, metotrexate foi maior quando comparado ao grupo D, porém sem diferença estatisticamente significativa (62% versus 33%, $p=0,218$; 37% versus 28%, $p=0,667$; 62% versus 39%, $p=0,400$). Foi significativa a frequência de pacientes do grupo C que fazem uso de ciclosporina (37% versus 0, $p=0,023$).

A dose atual de antimalárico, dose atual de ciclosporina e dose cumulativa de ciclosporina não foi realizado teste estatístico, pela amostra ser pequena e a dose atual do antimalárico ser constante quando a abertura de boca estava limitada e a dose atual e cumulativa da ciclosporina ser constante quando AB estava normal.

Figura 1: Alteração gengival característica observada em pacientes com DMJ

Presença de eritema gengival, capilares dilatados e em forma de arbustos

Tabela 1 – Dados demográficos e avaliação orofacial global em pacientes com DMJ versus controle.

Variáveis	Valores de referência	DMJ (n=26)	Controle (n=22)	P
Dados demográficos				
Idade (anos)		11,8±3,97	11,6±2,85	0,469
Gênero feminino		15(58)	10(45)	0,563
Classe socio econômica C		19(73)	19(86)	0,307
Características orais				
Queixas orofaciais		5(19)	0(0)	0,053
Eritema gengival		16(61)	0(0)	0,0001
Eritema mucosa oral		6(23)	0(0)	0,023
Índice dentário				
CPO-D		2(0-12)	1,5(0-9)	0,151
Cariados		0(0-11)	0(0-8)	0,991
Perdidos		0(0-2)	0(0-1)	0,929
Obturados		0(0-6)	0(0-6)	0,281
Índices periodontais				
IG	>0	15(58)	9(41)	0,385
IP (%)	(0-100)	89,4(25-100)	80,9(4-100)	0,323
IS (%)	(0-100)	21,7(2,4-69,4)	12,7(1,5-72,5)	0,141
PCS (mm)		1,83(0,6-2,43)	1,56(1,16-2,42)	0,198
LEC-MG (mm)		-0,12(-0,87-0,0)	-0,10(-0,93-0,01)	0,708
PCI (mm)		1,25(0,73-1,77)	1,04(0,63-1,63)	0,078
Índices de DTM				
Helkimo				
IMM comprometido	< 40 mm	13(50)	3(13,6)	0,013
AB reduzida		8(31)	0(0)	0,005
IDC comprometido		18(69)	13(59)	0,551
RDC/TMD				
Dor miofascial com limitação de AB		5(19)	0(0)	0,429
Dor miofascial sem limitação de AB		4(15)	11(50)	0,013
Artralgia		8(31)	5(23)	0,745
Fluxo salivar				
Sem estimulação	0,1ml/min	0,59(0,02-1,19)	0,73(0,15-1,62)	0,159
Com estimulação	0,5ml/min	1,00(0,24-2,82)	1,04(0,32-1,91)	0,501

Valores expressos em mediana (variação) ou em número (%), com exceção da idade que está expressa em média ± desvio padrão(variação); DMJ - dermatomiosite juvenil; CPO-D- cariados, perdidos e obturados; IG – índice gengival; IP – índice de placa; IS – índice de sangramento gengival; PCS – profundidade clínica de sondagem; LEC-MG – limite esmalte cimento-margem gengival; PCI – profundidade clínica de inserção; IDC – Índice de disfunção clínica; IMM – índice de mobilidade mandibular; RDC/TMD – research diagnostic criteria for temporomandibular disorders; AB – abertura de boca

Tabela 2 – Dados demográficos, índices periodontais, nível de enzimas musculares, índices de atividade e tratamento da doença em pacientes com DMJ e a presença de alteração gengival específica (Grupo A) e sem alteração gengival (Grupo B)

Variáveis	Valores de Referência	Grupo A (n=16)	Grupo B (n=10)	P
Dados demográficos				
Idade (anos)		11,2(5,9-18,5)	13(5,5-17,9)	0,544
Gênero feminino		9(56)	6(60)	1,0
Classe socio econômica C		13(81)	6(60)	0,369
Idade de início da doença (anos)		5,6(2,5-11)	6(3-10)	0,785
Tempo de duração da doença		4,6(1,8-11,5)	5,9(0,5-11,1)	0,585
Índices periodontais				
IG	> 0	13(81)	2(20)	0,004
IP (%)	(0-100)	100(26,7-100)	77,8(25-100)	0,332
IS (%)	(0-100)	27,7(9,0-69,4)	14,1(2,3-61,9)	0,046
PCS (mm)		1,9(0,6-2,4)	1,74(1,3-2,0)	0,292
LEC-MG (mm)		-0,26(-0,87-0,0)	-0,06(-0,24-0,0)	0,013
PCI (mm)		1,23(0,73-1,64)	1,25(0,8-1,7)	0,482
Enzima muscular				
CK UI/I	(39-308)	75(33-478)	136,5(80-6621)	0,003
níveis elevados		1(6)	1(10)	1,0
AST UI/I	(<41)	35(22-123)	39(30-70)	0,232
níveis elevados		3(19)	4(40)	0,369
ALT UI/I	(<37)	30(13-122)	28,5(20-146)	0,617
níveis elevados		3(19)	3(30)	0,644
Aldolase UI/I	(<7,6)	5,7(3,4-10,8)	6,35(4,6-68,3)	0,470
níveis elevados		3(19)	3(30)	0,644
DHLUI/I	(240-480)	199(161-1.234)	216(151-562)	0,912
níveis elevados		5(31)	3(30)	1,0
Índices				
DAS	(0-20)	4(0-18)	2(0-9)	0,106
DAS cutâneo	(0-9)	2,5(0-9)	0,5(0-2)	0,029
CMAS	(0-52)	52(14-52)	52(39-52)	0,487
MMT	(0-80)	80(37-80)	80(70-80)	0,605
Tratamento				
Prednisona				
Dose atual (mg)		15(2-40)	20(10-30)	0,722
Dose cumulative (g)		14,7(4,9-51,5)	14,16(3,9-28)	0,743
Metotrexate				
Dose atual (mg)		28,7(17,5-50)	15(10-20)	0,012
Dose cumulative (g)		2,8(0,30-16,91)	2,5(0,37-4,25)	1
Ciclosporina				
Uso atual		3(19)	(0)	0,261

Valores expressos em mediana (variação) ou em número (%); Grupo A - pacientes com eritema gengival. Grupo B – pacientes sem eritema gengival. DMJ - dermatomiosite juvenil; IG – índice gengival; IP – índice de placa; IS – índice de sangramento gengival; PCS – profundidade clínica de sondagem; LEC-MG – limite esmalte cemento-margem gengival; PCI – profundidade clínica de inserção; CK- creatinoquinase; ALT - alanina aminotransferase; AST - aspartato aminotransferase; DHL - desidrogenase láctica; DAS - Disease Activity Score; CMAS - Childhood Myositis Assessment Scale; MMT - Manual Muscle Testing;

Tabela 3 – Dados demográficos, nível de enzimas musculares, índices de atividade e tratamento da doença em pacientes com DMJ e limitação de amplitude de abertura de boca (Grupo C) e amplitude de abertura de boca normal (Grupo D)

Variáveis	Valores de Referência	Grupo C (n=8)	Grupo D (n=18)	P
Dados demográficos				
Idade (anos)		11,2(5,5-17,75)	11,6(7,1-18,5)	0,559
Gênero feminino		2(25)	13(72)	0,038
Classe socio econômica C		7(87)	11(61)	0,364
Idade de início da doença (anos)		6(4-9,6)	5,6(2,5-11)	0,580
Tempo de duração da doença		2,7(0,5-10,1)	5,1(1,9-11,5)	0,197
Enzima muscular				
CK UI/l	(39-308)	83,5(70-224)	101(33-662)	0,861
níveis elevados		0(0)	2(11)	1,0
AST UI/l	(<41)	35,5(26-123)	34(22-72)	0,579
níveis elevados		3(37)	4(22)	0,646
ALT UI/l	(<37)	30,5(24-122)	29(13-146)	0,244
níveis elevados		3(37)	3(17)	0,331
Aldolase UI/l	(<7,6)	7,1(5-14,6)	5,8(3,4-68,3)	0,232
níveis elevados		3(37)	3(17)	0,331
DHLUI/l	(240-480)	250(151-562)	199(161-1234)	0,244
níveis elevados		4(50)	4(22)	0,197
Índices				
DAS	(0-20)	5,5(0-18)	2,5(0-8)	0,098
CMAS	(0-52)	49,5(14-52)	52(47-52)	0,111
MMT	(0-80)	79(37-80)	80(80-80)	0,002
Tratamento				
Prednisona				
Dose atual (mg)		20(3-30)	12,5(2-40)	0,521
Dose cumulativa (g)		13,7(3,9-31,2)	15,4(4,9-51,5)	0,951
Metotrexate				
Dose atual (mg)		27,5(17,5-37,5)	20(10-50)	0,414
Dose cumulativa (g)		3,1(0,37-4,98)	2,1(0,30-16,9)	0,724
Ciclosporina				
Uso atual		3(37)	0(0)	0,023

Valores expressos em mediana (variação) ou em número (%); Grupo C - pacientes com abertura de boca <40mm. Grupo D – pacientes com abertura de boca >40mm. DMJ - dermatomiosite juvenil; CK-creatinoquinase; ALT - alanina aminotransferase; AST - aspartato aminotransferase; DHL - desidrogenase láctica; DAS - Disease Activity Score; CMAS - Childhood Myositis Assessment Scale; MMT - Manual Muscle Testing;

5. DISCUSSÃO

Embora existam alguns poucos estudos sobre saúde oral e dermatomiosite juvenil ³⁶⁻⁴⁰ eles são apenas relatos de casos e este estudo, pelo nosso conhecimento é o primeiro na literatura médica, que realiza uma avaliação sistemática do aparelho mastigatório de pacientes com DMJ e comprovou que estes pacientes realmente podem apresentar um padrão gengival característico. A presença de eritema gengival, com muitos vasos sanguíneos e capilares dilatados em forma de arbustos, exatamente como descrito nesses relatos de casos ^{36,38,39}, foi observada na gengiva da maioria dos pacientes com DMJ, e foram associados à hiperplasia gengival e ao maior sangramento gengival, mas não a maior presença de biofilme dental e perda de inserção óssea, portanto, não podem ser considerados sinais de doenças periodontais locais, como a gengivite e a periodontite ⁵⁶, sugerindo uma manifestação bucal dessa doença sistêmica.

Neste estudo, a presença deste padrão gengival foi relacionada à atividade cutânea da doença, mas não ao tempo de duração, diferente dos casos relatados na literatura, nos quais os pacientes estavam com a doença ativa e início da doença recente ^{36,39,40}. Os pacientes que apresentaram este padrão gengival faziam uso de doses diárias maiores de metotrexato quando comparados aos pacientes que não apresentavam este padrão. São descritos alguns efeitos deste medicamento na cavidade oral, como a presença de

úlceras orais ^{57, 58} e experimentalmente em ratos, maior reabsorção óssea periodontal relacionada à neutropenia induzida por este medicamento ⁵⁹, mas estes efeitos não foram observados nos pacientes deste estudo.

Outro dado relevante foi a redução da mobilidade mandibular, especificamente da abertura de boca nos pacientes com DMJ. A amplitude da abertura de boca foi reduzida quando comparada aos controles, mas com valores medianos dentro da normalidade. No entanto, 31% dos pacientes com DMJ apresentaram abertura de boca menor que 40mm. A DMJ caracteriza-se por envolvimento muscular ¹⁻⁴ e esta alteração da mobilidade mandibular pode ser a manifestação da doença na musculatura mastigatória, uma vez que está associada à maior fraqueza muscular. Estes pacientes não apresentavam aumento significativo de enzimas musculares, mas estes níveis podem estar normais apesar dos pacientes apresentarem evidências clínicas de atividade da doença, bem como anormalidades imunológicas persistentes⁶⁰. Em outras doenças reumatológicas, como no LESJ e na AIJ, também foi observado alterações na mobilidade mandibular, muitas vezes acompanhada de outros sinais e sintomas de disfunção mandibular ^{31, 32}, embora aparentemente ocorra por mecanismos diferentes que afetam diferentes componentes do aparelho mastigatório.

A limitação de abertura de boca foi significativamente mais freqüente entre os meninos com DMJ, talvez em razão da gravidade da doença, uma vez que na população saudável não são descritas diferenças entre gêneros em relação à amplitude de abertura de boca ^{61,62}.

Em adultos com polimiopatias o fluxo salivar foi reduzido quando comparado a controles saudáveis, possivelmente em razão das alterações histológicas observadas nas glândulas salivares menores, como a presença de um infiltrado linfocítico ⁴¹. Em nosso estudo, o fluxo salivar das crianças com dermatomiosite juvenil foi similar aos controles saudáveis.

Com classe sócio econômica similar, os pacientes com DMJ não apresentaram condição dentária e periodontal diferente dos controles. A classe sócio econômica tem sido considerada nas últimas décadas como fator determinante da saúde bucal⁶³. Em outras doenças reumatológicas a saúde oral dos doentes estava mais comprometida que a dos controles: na AIJ, as limitações físicas parecem justificar a pior saúde bucal destes doentes, por comprometer a execução de adequada higiene oral ³². No LESJ, assim como ocorre em outras doenças crônicas com alta morbidade e mortalidade, a saúde bucal é negligenciada em razão da preocupação com a saúde geral ³¹. Como a evolução clínica da DMJ é variável, com os doentes apresentando diferentes graus de impacto funcional e gravidade da doença ^{25,26}, muitos não apresentam prejuízo importante nas atividades de vida diária e da qualidade de vida, e talvez isto pode justificar a condição de saúde oral semelhante a dos controles saudáveis encontrados na nossa amostra.

No entanto, apesar da condição dentária dos pacientes com DMJ ser similar a dos controles, ainda é inferior às metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, que para 2010 estabelece um CPO-D menor que 1 para esta faixa etária⁶⁴. E além do mais, 15% dos pacientes com DMJ

queixavam-se de dor de dente, e a odontalgia conhecidamente interfere na qualidade de vida das crianças além de ser um fator importante de prejuízo de concentração e produtividade escolar ⁶⁵. Assim, o controle das doenças dentárias é imprescindível não só para a eliminação de focos infecciosos e possível relação com atividade da doença, mas também para a melhora ou manutenção da qualidade de vida destes doentes.

6. CONCLUSÃO

Os pacientes com DMJ apresentaram:

1. Padrão gengival característico, associado à maior sangramento gengival, hiperplasia gengival e atividade cutânea da doença, diferente de doença periodontal, o que sugere que a gengiva é um possível tecido acometido pela DMJ.
2. Redução da mobilidade mandibular associada a fraqueza muscular.

7.REFERÊNCIAS

1. Cassidy JT. Dermatomyositis in children. In: Hicks RV, editor. Vasculopathies of childhood. Massachusetts: PSG. Publishing; 1988: 205-42.
2. Ansell BM. Juvenile dermatomyositis. J Rheumatol. 1992;19:60-2.
3. Compeyrot-Lacassagne S, Feldman BM. Inflammatory myopathies in children. Pediatr Clin North Am. 2005;52:493-520.
4. Pachman LM, Lipton R Ramsey-Goldman R, Shamiyeh E, Abbott K, Mendez EP, et al. History of infection before the onset of juvenile dermatomyositis: results from National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases Research Registry. Arthritis Rheum. 2005;53:166-72.
5. Mastaglia FL, Ojeda VJ. Inflammatory myopathies. Part I. Ann Neurol. 1985;17:215-27.
6. Mastaglia FL, Ojeda VJ. Inflammatory myopathies. Part II. Ann Neurol. 1985;17:317-23.
7. Mastaglia FL, Phillips BA. Idiopathic inflammatory myopathies: epidemiology, classification, and diagnostic criteria. Rheum Dis Clin North Am. 2002;28:723-41.
8. Miller FW. Inflammatory myopathies. Annual Review Course 55th Annual Scientific Meeting, Boston, Massachusetts, november, 1991.
9. Pachman LM. Juvenile dermatomyositis. Natural history and susceptibility factors. In: Woo,P; White,P; Ansell BM (eds).Paediatric rheumatology. Oxford: Oxford University Press;1990: 171-81.

10. Briemberg HR, Amato AA. Dermatomyositis and polymyositis. *Curr Treat Options Neurol.* 2003;5:349-56
11. Wedderburn LR, Varsani H, Li CKC, et al. International consensus on a proposed score system for muscle biopsy evaluation in patients JDM, for potential use in clinical trials. *Arthritis Rheum.* 2007;57:1183-91.
12. Symmons DPM, Sillis JA, Davis SM. The incidence of juvenile dermatomyositis: results from a nation-wide study. *Br J Rheumatol.* 1995;34:732-6.
13. Pachman LM, Hayford JR, Chung A, Daugherty, Pallansch MA, Fink CW et al. Juvenile dermatomyositis at diagnosis: clinical characteristics of 79 children. *J Rheumatol.* 1998;25:1198-204.
14. Mendez EP, Lipton R, Ramsey-Goldman R, Roettcher P, Boyer S, Dyer A et al. US incidence of juvenile dermatomyositis, 1995-1998: results from the national Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases Registry. *Arthritis Rheum.* 2003; 49:300-5.
15. Crowe WE. Dermatomyositis and polymyositis. In: Gershwin ME, Robbins DL. *Musculoskeletal diseases of children.* New York: Grune & Stratton; 1983:113-37.
16. Malleson P. Juvenile dermatomyositis: a review. *J R Soc Med.* 1982; 75:33-7.
17. Sallum AM, Kiss MH, Sachetti S, Resende MB, Moutinho KC, Carvalho MD, Silva CA, Marie SK. Juvenile dermatomyositis: clinical, laboratorial,

- histological, therapeutical and evolutive parameters of 35 patients. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002;60:889-99.
18. Goncalves FG, Chimelli L, Sallum AM, Marie SK, Kiss MH, Ferriani VP. Immunohistological analysis of CD59 and membrane attack complex of complement in muscle in juvenile dermatomyositis. *J Rheumatol.* 2002;29:1301-7.
 19. Sallum AM, Marie SK, Wakamatsu A, Sachetti S, Vianna MA, Silva CA, Kiss MH. Immunohistochemical analysis of adhesion molecule expression on muscle biopsy specimens from patients with juvenile dermatomyositis. *J Rheumatol.* 2004;31:801-7.
 20. Crowe WE, Bove KE, Levinson JE, Hilton PK. Clinical and pathogenic implications of histopathology in childhood polydermatomyositis. *Arthritis Rheum.* 1982;25:126-39.
 21. Feldman BM, Rider LG, Reed AM, Pachman LM. Juvenile dermatomyositis and other idiopathic inflammatory myopathies of childhood. *Lancet.* 2008;371:2201-12
 22. Kissel JT, Halterman RK, Rammohan KW, Mendell JR. The relationship of complement-mediated microvasculopathy to the histologic features and clinical duration of disease in dermatomyositis. *Arch Neurol.* 1991;48:26-30.
 23. Cassidy JT; Lindsley CB - Juvenile dermatomyositis. In: Cassidy JT, Petty RE. *Textbook of Paediatric Rheumatology.* 4rd ed. Philadelphia: B. Saunders Co; 2001: 407-441.

24. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med*. 1975;292:344-7.
25. Pachman LM. Juvenile dermatomyositis: immunogenetics, pathophysiology, and disease expression. *Rheum Dis Clin North Am*. 2002;28:579-602.
26. Miles L, Bove KE, Lovell D, Wargula JC, et al. Predictability of the clinical course of juvenile dermatomyositis based on initial muscle biopsy: a retrospective study of 72 patients. *Arthritis Rheum*. 2007;57:1183-91.
27. Apaz MT, Saad-Magalhães C, Pistorio A, et al. Health-related quality of life of patients with juvenile dermatomyositis: results from the paediatric rheumatology international trials organization multinational quality of life cohort study. *Arthritis Rheum*. 2009;61:509-517.
28. Ascherman DP. Pulmonary complications of inflammatory myopathy. *Curr Rheumatol Rep*. 2002;4:409-14.
29. Amato AA, Griggs RC. Treatment of idiopathic inflammatory myopathies. *Curr Opin Neurol*. 2003;16:569-75.
30. Silva CA, Leal MM, Febrônio MV, Leal GN, Sallum AM, Andrade JQ, Zugaib M. Gravidez em adolescentes com dermatomiosite juvenil. *Rev Bras Reumatol* 2005;45:180-4.
31. Fernandes EGC, Savioli C, Siqueira JTT, Silva CA. Oral health and the masticatory system in juvenile systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2007; 16(9):713-9.

32. Savioli C, Silva CAA, Ching LH, Campos LMMA, Prado EFBG, Siqueira JTT.
Dental and facial characteristics in patients With juvenile idiopathic arthritis.
Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo. 2004; 59(3):93-98.
33. Cunningham JD, Lowry LD. Head and neck manifestations of
dermatomyositis-polymyositis. Otolaryngol Head Neck Surg .1985; 93:673-
7.
34. Sanger RG, Kirby JW. The oral and facial manifestations of dermatomyositis
and calcinosis. Report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1973;
35(4):476-88.
35. Brennan MT, Patronas NJ, Brahim JS. Bilateral condilar resorption in
dermatomyositis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999;
87:446-51.
36. Peretz B. Juvenile Dermatomyositis: literature review and report of a case.
Compend Contin Educ Dent. 2001;22:858-864.
37. Metheny JA. Dermatomyositis: a vocal and swallowing disease entity.
Laryngoscope. 1978;88:147-61.
38. Rider LG, Atkinson JC. Images and clinical medicine. Gingival and
periungual vasculopathy of juvenile dermatomyositis. N Engl J Med. 2009
;360:e21;
39. Ghali FE, Stein LD, Fine JD, Burkes J McCauliffe DP. Gingival
telangiectases, an underappreciated physical sign of juvenile
dermatomyositis. Arch Dermatol. 1999;135:1370-1374.

40. Hamlin C, Shelton JE. Management of oral findings in a child with an advanced case of dermatomyositis: clinical report. *Pediatr Dent*.1984;46-9.
41. Márton K, Hermann P, Dankó K, Fejérdy P, Madléna M, Nagy G. Evaluation of oral manifestations and masticatory force in patients with polymyositis and dermatomyositis. *J Oral Pathol Med*. 2005;34:164-9.
42. Almeida PM, Wickerhauser H. Critério ABA (Associação Brasileira de Anunciantes) e ABIPEME (Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de mercado). 1991:1-29.
43. Bode RK, Klein-Gitelman MS, Miller ML, Lechman TS, Pachman LM. Disease activity score for children with juvenile dermatomyositis: reliability and validity evidence. *Arthritis Rheum*. 2003;49:7-15.
44. Rider LG, Feldman BA, Perez MD, Rennebohm RM, Lindsley CB, Zemel LS, et al. Development of validated disease activity and damage indices for the juvenile idiopathic inflammatory myopathies: I. Physician, parent and patient global assessments. *Arthritis Rheum*. 1997;40:1976-83.
45. Lovell DJ, Lindslev CB, Rennebohm RM, Ballinger SH, Bowyer SL, Giannini EH, Hicks JE et al. Development of validated disease activity and damage indices for the juvenile idiopathic inflammatory myopathies. II. The Childhood Myositis Assessment Scale (CMAS): a quantitative tool for the evaluation of muscle function. The Juvenile Dermatomyositis Disease Activity Collaborative Study Group. *Arthritis Rheum*. 1999;42:2213-9.

46. Legg AT, Merril JB: Physical therapy in infantili paralysis, reprinted from "Principles ans paractice of physical therapy". Edited by Mock Pemberton and Coulter, Hagerstown, MD WF Prior; 1932. p.45-71.
47. Siqueira JTT. Disfunção temporomandibular: classificação e abordagem clínica. In: Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Ed Maio; 2001.p. 374-404.
48. World Health Organization – Oral health surveys: basic methods. 4th ed; 1997; Geneva.
49. Silness P, Løe H. Periodontal disease in pregnancy II. Correlations between oral higiene and peridontal condition. Acta Odontol Scand. 22: 121-35, 1964.
50. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. International Dental Journal. 1975; 25:229-235.
51. O'Leary TJ - The periodontal screening examination. Journal of Periodontology 1967; 38:617-624.
52. American academy of periodontology: periodontol record. Ann Periodontol. 1999, 4(1): 1-6.
53. Helkimo H - Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic dysfunction and occlusal state. Swed Dent J. 1974; 67:101-119.
54. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations an specifications, critique. J Craniomand Disord. 1992;6:301-55.

55. Pupo DB, Bussoloti IF, Liquidato BM, Korn GP. Proposta de um método prático de sialometria. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002; 68:219-222.
56. Armitage GC. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol.* 1999;4:1-6.
57. Pastor-Nieto MA, Kilmurray LG, López-Chumillas A, O'Valle F, García-Del Moral R, Puig AM, Bautista P. Methotrexate-associated lymphoproliferative disorder presenting as oral ulcers in a patient with rheumatoid arthritis *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100(2):142-6
58. Kalantzis A, Marshman Z, Falconer DT, Morgan PR, Odell EW. Oral effects of low-dose methotrexate treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100(1):52-62.
59. Yoshinari N, Kameyama Y, Aoyama Y, Nishiyama H, Noguchi T. Effect of long-term methotrexate-induced neutropenia on experimental periodontal lesion in rats. *J Periodontal Res.* 1994;29(6):393-400
60. Pachman LM, Abbott K, Sinacore JM, Amoruso L, Dyer A, Lipton R, et al. Duration of illness is an important variable for untreated children with juvenile dermatomyositis. *J Pediatr.* 2006; 148:247-53.
61. Abou-Atme YS, Chedid N, Melis M, Zawawi KH. Clinical measurement of normal maximum mouth opening in children. *Cranio.* 2008;26(3):191-6.
62. Sousa LM, Nagamine HM, Chaves TC, Grossi DB, Regalo SC, Oliveira AS. Evaluation of mandibular range of motion in Brazilian children and its correlation to age, height, weight, and gender. *Braz Oral Res.* 2008 .22(1):61-6.

63. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condição sócio-econômica no estado do Paraná-Brasil. Cad. Saúde pública, 2002; 18: 755-763.
64. Hobdell MH, Myburgh NG, Kelman M, Hausen H. Setting global goals for oral health for the year 2010. Int Dent J. 2000;50:245-249.
65. Goes PSA. The prevalence, severity and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families. (PhD thesis). Department of Epidemiology and Public health. University and College London. University of London; 2001.

APÊNDICES

APROVAÇÃO CAPPESQ

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23.11.06, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa **nº 1144/06**, intitulado: **"Características orofaciais de pacientes com dermatomiosite juvenil"** apresentado pela **Divisão de Odontologia**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador (s) Responsável(s) : Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira,

Dr. Clóvis Artur Almeida da Silva

Pesquisador (a) Executante: Cynthia Savioli

CAPPesq, 23 de novembro de 2006.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

CLASSE SÓCIO-ECONÔMICA ABA-ABIPEMI

A. Quem é o chefe da família na sua casa?

() o próprio entrevistado

() outro

B. Qual foi o último ano da escola que o chefe da família cursou?

Grau de instrução máximo	Pontos
Não estudou ou primário incompleto	0
Primário completo ou ginásio incompleto	5
Ginásio completo ou colegial incompleto	10
Ginásio incompleto ou universitário incompleto	15
Universitário completo	21

C. Na sua casa tem?

Aparelho de vídeo cassete () não () sim (10 pontos)

Máquina de lavar roupa () não () sim (8 pontos)

Geladeira () não () sim (7 pontos)

Aspirador de pó () não () sim (6 pontos)

D. Quantos (cada item abaixo) existe em sua casa?

Ítem	nenhum (pontos)	1 (pontos)	2 (pontos)	3 (pontos)	4 (pontos)	5 (pontos)	6 ou + (pontos)
Carro	0	4	9	13	18	22	26
TV em cores	0	4	7	11	14	18	22
Banheiro	0	2	5	7	10	12	15
Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32
Rádio	0	2	3	5	6	8	9

Classe sócio-econômica ABA-ABIPEMI	Total de pontos
A	89 ou mais
B	59 A 88
C	35 A 58
D	20 A 34
E	0 A 19

FICHA CLÍNICA DA EQUIPE DE DOR OROFACIAL/ATM

Data: _____

O paciente está: ☐ só ☐ acompanhado por _____ ☐ cadeira de rodas**I. ANAMNESE – CARACTERÍSTICAS DA DOR**

1. QP (**Qual é a sua queixa?**) _____
2. Há quanto tempo você tem essa dor?: _____ (☐ Dias (☐ Meses (☐ Anos
3. Periodicidade: (☐ Diária (☐ 2-3 X sem (☐ Sem (☐ Quinz (☐ Mensal.
4. Período do dia que tem dor: (☐ M (☐ T (☐ N (☐ Indiferente
5. Como ela aparece? (☐ Espontânea: (☐ N (☐ S (☐ Provocada: (☐ N (☐ S Como? _____
- 6 Quanto tempo dura a sua dor? (☐ segs (☐ mins (☐ horas (☐ dias (☐ Outro _____
7. Tipo (característica) da dor: (☐ Pontada (☐ Peso (☐ Queimor (☐ Choque (☐ Latejante
(☐ Contínua (☐ Outro _____.
8. Intensidade da dor: (☐ fraca (☐ moderada (☐ forte 9. Nota de 0 a 10: _____
10. Essa dor te acorda durante o sono? (☐ N (☐ S
11. Período do dia em que a dor é pior: (☐ M (☐ T (☐ N (☐ sono (☐ indiferente (☐ Outro: _____
13. Sabe o que iniciou a sua dor? (☐ N: (☐ S Como? _____
14. O que piora a sua dor? -- _____
15. O que acalma a sua dor? - _____
16. Tratamentos realizados para a dor e melhora (M,PM,SM) _____
17. Possui o hábito de morder: (☐ língua (☐ bochecha (☐ lábios (☐ objetos: _____
18. Você mastiga do lado: (☐ D (☐ E (☐ na frente (☐ bil (dos 2 lados)
19. Você acha que sua mastigação é: (☐ boa (☐ ruim (☐ péssima (☐ não sabe (☐ causa dor –
Onde? _____
20. Ao acordar sente alguma dor em seu corpo? (☐ N (☐ S: (☐ rosto (☐ ouvido (☐ cabeça
(☐ dentes (☐ pescoço (☐ corpo (☐ Outro _____
21. Sente o rosto cansado com frequência: (☐ N (☐ S: (☐ ao acordar (☐ ao mastigar (☐ ao falar
(☐ ao sorrir (☐ outro _____
22. Sabe se range os dentes: (☐ à noite (☐ de dia (☐ não sabe (☐ N (☐ S: Quem disse? _____
23. Sente ruídos na (☐ face (☐ cabeça (☐ N (☐ S: Lado? _____ Quando? (☐ AB (☐ fala
(☐ mastiga (☐ outro _____
24. Tem dor provocada por algum movimento da boca? (☐ N (☐ S - (☐ AB (☐ Protrusão
(☐ later. D (☐ Later. E (☐ outro _____
25. Tem dor de ouvido? (☐ N (☐ S: Lado? (☐ D (☐ E Passou pelo médico (ORL)? (☐ N (☐ S:
O que ele disse? _____
26. Tem dor de cabeça? (☐ N (☐ S: Onde? _____
27. Passou pelo médico (Neuro)? (☐ N (☐ S – o que ele disse ou receitou? _____
28. Tem dor no corpo: (☐ N (☐ S: Onde? _____
29. Passou pelo médico? (☐ N (☐ S: Qual? _____ O que ele disse ou receitou? _____

30. Teve algum acidente, cirurgia ou doença grave? ()N ()S – Qual, como e onde afetou seu corpo? _____

31. Mostre onde é a sua dor. _____ ()D ()E ()Bilateral; e as dores do seu corpo.

III. ANTECEDENTES MÉDICOS PESSOAIS:

32. Tratou-se de alguma destas doenças:

- () Artrite reumatóide () Asma () Bronquite () Hepatite () Amigdalite
() Derrame (AVC) () Fibromialgia () Sinusite () Pressão alta (HAS) () Diabetes
() Úlcera () Gastrite () Rinite () Coração () Depressão
() Doença renal (rins) () Infecções () Enxaqueca () Herpes zoster (cobreiro)
() Parkison () Outra: _____

33. Está em tratamento médico atual? Doenças que tem e remédios que usa: _____

IV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

34. Comportamento durante a consulta: _____

V. EXAME FÍSICO:

35. Face: () Assimetria facial () Prognatismo () Laterognatismo: -D E

Hipertrofia: () Masseter () Temporal – () D () E

36. Pele da Face: _____

37. Linfonodos: - _____

38. Mucosa oral: _____

39. Língua: _____

40. Alterações neurológicas: _____

41. Periodonto: _____

42. Dentes: _____

43. Percussão (Vert e Horiz) (0 a 3)

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
44. Ausências dentárias (/)	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

45. Interferências oclusais: _____

46. Mordida aberta: () S () N 46. Mordida cruzada: () Ant () Post- () D () E

47. Sobremordida profunda: () N () S - () a () b () c

48. Desgastes dentários: () N () S - () incisais () 1/3 incisal () 1/3 médio () 1/3 cervical

49. Angle: () CI I () CI II () CI III

50. Desdentado Total: () Sup () Inf () Duplo 51. PPR: () N () S – Qual: _____

52. Perda de DV: () N () S - ____ mm 53. Tempo de uso de PT: _____;

54. Tempo da PT atual: _____; 55. Tempo de uso da PPR: _____

56. Movimentos mandibulares: **AB**: ____ mm – () sem dor () com dor – local: _____

P: ____ + ____ mm – () sem dor () com dor – local: _____; **LD**: ____ mm – () sem dor () com dor – local: _____; **LE**: ____ mm – () sem dor () com dor – local: _____

Linha Media: DLMf: ____ mm () E () D DLMa: ____ mm – () E () D

57. Ruídos na ATM: () Ausentes () POP () crepitação () D () E

Estalo D- () IA () MA () FA () IF () MF () FF

Estalo E- () IA () MA () FA () IF () MF () FF

58. Palpação da ATM e dos músculos da mastigação e do pescoço:

ATM ou	Dir	Esq	Obs.
Músculos			
ATM – pólo lateral			
ATM – pólo posterior			
Masseter Inferior			
Masseter Médio			
Masseter Superior			
Masseter Intra-Oral			
Temporal Anterior			
Temporal Medio			
Temporal Posterior			
Temporal Intra-Oral			
Digástrico anterior			
Digástrico posterior			
ECM superior			
ECM medio			
ECM inferior			
Esplênio cervical			
Esplênio da cabeça			
Suboccipitais			
Trapézio ombro			
Trapézio pescoço			

59. Movimentos cervicais dolorosos? () N () S- rotação D () rotação E () extensão () flexão

60. Rx, exames ou interconsultas solicitadas: _____
61. Hipótese Diagnóstica para a **dor (CID)**: _____
62. Diagnósticos secundários (CID): _____
63. Diagnóstico final (**dor**): _____
64. Tratamento sugerido para a **dor**: _____
65. Reabilitações sugeridas: _____

VI. TRATAMENTO INICIAL (dor): _____ **Data:** ____/____/____

1º retorno - data: _____ () SM () PM () S () O () SD () M: _____ % () P () I

Tratamento realizado: _____

2º retorno - data: _____ () SM () PM () S () O () SD () M: _____ % () P () I

Tratamento realizado: _____

3º retorno - data: _____ () SM () PM () S () O () SD () M: _____ % () P () I

Tratamento realizado: _____

4º retorno - data: _____ () SM () PM () S () O () SD () M: _____ % () P () I

Tratamento realizado: _____

5º retorno - data: _____ () SM () PM () S () O () SD () M: _____ % () P () I

Tratamento realizado: _____

Obs.: _____

AVALIAÇÃO DENTÁRIA E PERIODONTAL

- Avaliação dentária

1. Índice CPO-D: $CPO-D = C + P + O$

C (dentes cariados) =

P (dentes perdidos) =

O (dentes obturados) =

- Avaliação periodontal

1. Índice gengival:

IG = 0	IG = 1	IG = 2	IG = 3
gengiva normal	gengiva com moderada inflamação, discreta mudança de cor, discreto edema, sem sangramento a sondagem	gengiva com moderada inflamação, vermelhidão, edema e com sangramento a sondagem	gengiva inflamação acentuada, vermelhidão, edema as ulcerações e com sangramento espontâneo

2. Índice de placa: $\frac{\text{n.º de superfícies coradas} \times 100}{\text{n.º de dentes} \times 4} = \text{___\%}$

n.º de dentes x 4

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

3. Índice de sangramento: $\frac{\text{n.º de superfícies sangrantes} \times 100}{\text{n.º de dentes} \times 6} = \text{___\%}$

n.º de dentes x 6

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ÍNDICE DE HELKIMO

- Índice de disfunção clínica
 - *Sintoma: Comprometimento do índice de mobilidade mandibular*

Critério: Movimentos normais _____	0
Ligeiro comprometimento do movimento _____	1
Severo comprometimento do movimento _____	5
 - *Sintoma: Comprometimento funcional da ATM*

Critério: Movimento suave, sem ruído articular e desvio em AB e FEC < 2mm _____	0
Ruído articular uni ou bilateral e/ou desvio > 2mm na AB ou FEC _____	1
Travamento ou luxação da ATM _____	5
 - *Sintoma: Dor muscular*

Critério: Sem dor a palpação muscular _____	0
Dor em 1-3 locais _____	1
Dor em quatro ou mais locais _____	5
 - *Sintoma: Dor em ATM*

Critério: Sem dor à palpação _____	0
Dor à palpação lateral _____	1
Dor à palpação posterior _____	5
 - *Sintoma: Dor em movimentos mandibulares*

Critério: Sem dor _____	0
Dor em 1 movimento _____	1
Dor em 2 ou mais movimentos _____	5

Score

0 ----- sem sintomas clínicos
 1-4 ----- disfunção leve
 5-9 ----- disfunção moderada
 10-25 ----- disfunção grave

- 3. Índice de mobilidade mandibular
 - *Abertura bucal máxima de ____ mm*

> 40 mm _____	0
30-39 mm _____	1
< 30 mm _____	5
 - *Máximo movimento de lateralidade D de ____ mm*

> 7 mm _____	0
4-6 mm _____	1
0-3 mm _____	5
 - *Máximo movimento de lateralidade E de ____ mm*

> 7 mm _____	0
4-6 mm _____	1
0-3 mm _____	5

-	Máxima protrusão de ____mm	
	> 7 mm	0
	4-7 mm	1
	0-3 mm	5

Score

0	-----	movilidade mandibular normal
1-4	-----	movilidade ligeiramente comprometida
5-20	-----	movilidade gravemente comprometida

nenhum	0
direito	1
esquerdo	2
ambos	3

<i>Direito</i>		<i>Esquerdo</i>	
Nenhuma	0	Nenhuma	0
Articulação	1	Articulação	1
Músculos	2	Músculos	2
Ambos	3	Ambos	3

Reto	0
Desvio lateral direito (não corrigido)	1
Desvio lateral direito corrigido ("S")	2
Desvio lateral esquerdo (não corrigido)	3
Desvio lateral corrigido ("S")	4
Outro	5
Tipo _____	

- Abertura passiva sem dor ____ mm
- Abertura máxima passiva ____ mm
- Abertura máxima ativa ____ mm
- Transpasse incisal vertical ____ mm

DOR MUSCULAR				<i>DOR ARTICULAR</i>			
Nenhum a	direito	esquerdo	ambo s	nenhuma	direito	esquerdo	ambo s
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3

	Direito	Esquerdo
Nenhum	0	0
Estalido	1	1
Crepitação grosseira	2	2
Crepitação fina	3	3
Medida do estalido na abertura	mm	mm

b. Fechamento

	Direito	Esquerdo
Nenhum	0	0
Estalido	1	1
Crepitação grosseira	2	2
Crepitação fina	3	3
Medida do estalido de fechamento	___ mm	___ mm

c. Estalido recíproco eliminado durante abertura protrusiva

	Direito	Esquerdo
Sim	0	0
Não	1	1
NA	8	8

6. Excursões

a. Excursão lateral direita	___ mm
b. Excursão lateral esquerda	___ mm
c. Protrusão	___ mm

Tabela abaixo: Para os itens “a” , “b” e “c”

DOR MUSCULAR				DOR ARTICULAR			
nenhuma	direito	esquerdo	ambos	Nenhuma	direito	esquerdo	Ambos
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3
0	1	2	3	0	1	2	3

d. Desvio de linha média

___ mm

direito	esquerdo	NA
1	2	8

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

	Nenhum	estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve
Excursão Direita	0	1	2	3
Excursão Esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

Ruídos esquerdo

	Nenhuma	estalido	Crepitação grosseira	Crepitação leve
Excursão Direita	0	1	2	3
Excursão Esquerda	0	1	2	3
Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES, ÍTEMS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpações de acordo com a escala abaixo. Circule o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpações direita e esquerda.

0 = Sem dor / somente pressão

1 = dor leve

2 = dor moderada

3 = dor severa

8. Dor muscular extra-oral com palpação

	DIREITO	ESQUERDO
a. Temporal (posterior) "parte de trás da têmpora"	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Temporal (médio) "meio da têmpora"	0 1 2 3	0 1 2 3
c. Temporal (anterior) "parte anterior da têmpora"	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Masseter (superior) "bochecha/abaixo do zigoma"	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Masseter (médio) "bochecha/lado da face"	0 1 2 3	0 1 2 3
f. Masseter (inferior) "bochecha/linha da mandíbula"	0 1 2 3	0 1 2 3
g. Região mandibular posterior (estilo-hióide/região posterior do digástrico) "mandíbula/região da garganta"	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Região submandibular (ptérigoide medial/supra-hióide/região anterior do digástrico) "abaixo do queixo"	0 1 2 3	0 1 2 3

9. Dor articular com palpação

	DIREITO	ESQUERDO
a. Polo lateral "por fora"	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Ligamento posterior "dentro do ouvido"	0 1 2 3	0 1 2 3

10. Dor muscular intra-oral com palpação

	DIREITO	ESQUERDO
a. Área do ptérigoide lateral "atrás dos molares superiores"	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Tendão do temporal "tendão"	0 1 2 3	0 1 2 3

FLUXO SALIVAR

Dados	Sem estimulação salivar prévia	Com estimulação salivar prévia
Peso do tubo		
Peso após excreção salivar		
Valor em ml / min		
Valores de referência	> 0,1 ml/min	> 0,5 ml/min

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Registro: _____
 Pai: _____ Mãe: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade de início da DMJ: _____
 Idade atual: _____ Tempo de duração da DMJ: _____
 Data da 1ª consulta: _____ Data da avaliação: _____
 Raça: _____ Sexo: _____ Procedência atual: _____
 Altura: _____ Peso: _____
 Naturalidade: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____
 CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DMJ

Sintomas constitucionais	sim ()	não ()
Febre	sim ()	não ()
Perda de peso	sim ()	não ()
Sistema retículo endotelial	sim ()	não ()
Adenomegalia	sim ()	não ()
Hepatomegalia	sim ()	não ()
Esplenomegalia	sim ()	não ()
Cutâneo-mucoso	sim ()	não ()
Eritema malar	sim ()	não ()
Vasculite cutânea	sim ()	não ()
Gotron	sim ()	não ()
Heliotropo	sim ()	não ()
Hiperemia ungueal	sim ()	não ()
Músculo-esquelético	sim ()	não ()
Artrite	sim ()	não ()
Fraqueza muscular	sim ()	não ()
Calcinose	sim ()	não ()
Cardíaco	sim ()	não ()
Pericardite	sim ()	não ()
Miocardite	sim ()	não ()
Derrame pericárdico	sim ()	não ()
Pulmonar	sim ()	não ()
Pleurite	sim ()	não ()
Pneumonite intersticial	sim ()	não ()
Esôfago	sim ()	não ()
Refluxo	sim ()	não ()
Esofagite	sim ()	não ()
Rim	sim ()	não ()
Hipertensão arterial	sim ()	não ()

MANIFESTAÇÕES LABORATORIAIS DA DMJ

Hematológico	sim ()	não ()
Anemia	sim ()	não ()
Leucopenia	sim ()	não ()
Linfopenia	sim ()	não ()
Plaquetopenia	sim ()	não ()
Enzimas musculares ↑	sim ()	não ()
Aldolase ↑	sim ()	não ()
TGO ↑	sim ()	não ()
TGP ↑	sim ()	não ()
CK ↑	sim ()	não ()
VHS↑	sim ()	não ()
PCR↑	sim ()	não ()

DISEASE ACTIVITY SCORE (DAS)

1. ESTADO FUNCIONAL	
Função normal	0
Limitação leve	1
Limitação moderada	2
Limitação grave	3

2.FRAQUEZA MUSCULAR	NÃO	SIM
Fraqueza da musculatura flexora do pescoço	0	1
Fraqueza da musculatura abdominal	0	1
Fraqueza da musculatura proximal superior	0	1
Fraqueza da musculatura proximal inferior	0	1
Sinal de Gowers	0	1
Andar anormal	0	1
Dificuldade de engolir	0	1
Voz anasalada	0	1

3.TIPO DE ENVOLVIMENTO CUTÂNEO	
Ausente ou resolvido completamente	0
Apenas atrofia (incluindo pápulas de Gottrons)	1
Eritema leve	2
Eritema moderado	3
Eritema grave	4

4. DISTRIBUIÇÃO DO ENVOLVIMENTO CUTÂNEO	
Nenhum	0
Focal (incluindo pele ao redor das articulações)	1
Difuso(incluindo superfícies extensoras dos braços)	2
Generalizado (incluindo tronco)	3

5.VASCULITE	Ausente	Presente
Eritema palpebral	0	1
Dilatação vascular palpebral	0	1
Trombose palpebral	0	1
Eritema periungueal	0	1
Telangiectasia ungueal	0	1
Dilatação em palato	0	1
Outros	0	1

6. PÁPULAS DE GOTTRONS	
Ausente	0
Leve	1
Moderado	2
Grave	3

A SOMA DOS VALORES OBTIDOS VARIA DE 0 (VALOR MÍNIMO) E 20 (VALOR MÁXIMO).

CHILDHOOD MYOSITIS ASSESSMENT SCALE (CMAS)

1. Elevação da cabeça (flexão do pescoço)

- 0= Incapaz
 1= 1-9 segundos
 2= 10-29 segundos
 3= 30-59 segundos
 4= 10-119 segundos
 5= ≥ 2 minutos # segundos

2. Elevação das Pernas/Alcançar e tocar Objeto

- 0= Incapaz de elevar a perna acima da mesa de exame
 1= Capaz de elevar a perna, mas não consegue tocar objeto (mão do examinador)
 2= capaz de levar a perna e tocar objeto (mão do examinador)

3. Duração da manobra de pernas elevadas e estendidas

- 0= Incapaz
 1= 1-9 segundos
 2= 10-29 segundos
 3= 30-59 segundos

4. 'Virar de braços' Do decúbito dorsal ao ventral.

- 0= Incapaz. Tem dificuldade ate para virar de lado, capaz de liberar os braços do tronco parcialmente ou incapaz de liberar o braço.
 1= Vira-se de lado com relativa facilidade, mas não consegue liberar os braços do tronco e não consegue assumir o decúbito ventral completo.
 2= Vira-se de lado facilmente, tem alguma dificuldade para liberar os braços do tronco, mas libera-os completamente e assume o decúbito ventral.
 3= Vira-se de braços facilmente, libera os braços sem nenhuma dificuldade.

5. "Abdominais" / Flexão do tronco

- Mãos apoiadas nas coxas, com contrabalanço _____
 Mãos cruzadas no peito, com contrabalanço _____
 Mãos na nuca, com contrabalanço _____
 Mãos apoiadas nas coxas, sem contrabalanço _____
 Mãos cruzadas no peito, sem contrabalanço _____
 Mãos na nuca, sem contrabalanço _____

6. 'Sentar-se' - Do decúbito dorsal à posição sentada

- 0= Incapaz de sentar-se sem ajuda
 1= Muita dificuldade. Muito lento, esforça-se e quase não consegue
 2= Alguma dificuldade. Capaz de fazer, mas lentamente e com certo esforço.
 3= Nenhuma dificuldade

7. Elevação dos braços estendidos

- 0= Não consegue elevar os punhos ate o nível da articulação acromio-clavicular (AC)
 1= Consegue elevar os punhos acima da articulação AC, mas não acima do topo da cabeça
 2= Consegue elevar os punhos acima do topo da cabeça, mas não consegue elevar os braços com extensão completa dos cotovelos
 3= Eleva os braços completamente estendidos acima da cabeça

8. Elevação dos braços/ Duração

- 0= Incapaz
 1= 1-9 segundos
 2= 10-29 segundos
 3= 30-59 segundos
 4= ≥ 60 segundos # segundos

9. Sentar-se no chão. (Partindo da posição ortostática, sentar-se no chão)

- 0= Incapaz. Temeroso até de tentar, mesmo com o apoio de uma cadeira (A criança tem medo de cair e machucar-se durante a manobra)
- 1= Muita dificuldade. Consegue, mas precisa de apoio da cadeira durante a descida. Incapaz, recusa-se a fazer o exercício sem o apoio de uma cadeira.
- 2= Alguma dificuldade. Consegue, estando em pé abaixar-se e sentar no chão, mas tem alguma dificuldade na descida. Pode fazer a 'manobra de Gower'. Abaixa-se lentamente ou apreensivamente, pode não ter controle completo do equilíbrio para assumir posição sentada.
- 3= Nenhuma dificuldade. Não requer nenhuma manobra compensatória.

10. Posição de quatro / “Engatinhar”

- 0= Incapaz de partir do decúbito ventral para a posição de quatro
- 1= Capaz de assumir e manter a posição de quatro com muita dificuldade. Incapaz de elevar a cabeça e olhar para frente.
- 2= Capaz de manter a posição de quatro com o dorso estendido e a cabeça elevada (olhando para frente), mas não consegue arrastar para engatinhar para frente.
- 3= Capaz de manter a posição de quatro, olhar para frente e engatinhar.
- 4= Mantém o equilíbrio enquanto eleva e estende uma perna.

11. Levantar-se do chão

- 0= Incapaz, mesmo se for permitido usar a cadeira como apoio.
- 1= Muita dificuldade. Capaz de levantar-se, mas precisa apoiar-se na cadeira (incapaz, se não for permitido apoiar na cadeira)
- 2= Dificuldade moderada. Capaz de levantar-se sem o apoio da cadeira, mas precisa apoiar uma ou ambas as mãos nas coxas/jelhos ou no chão (Incapaz sem apoiar as mãos)
- 3= Pouca dificuldade. Não necessita de apoio das mãos nos joelhos, coxas ou no chão, mas mostra alguma dificuldade durante a subida.
- 4= nenhuma dificuldade

12. Levantar-se da cadeira

- 0= Incapaz de levantar-se da cadeira, mesmo se for permitido apoiar as mãos nas laterais do assento.
- 1= Muita dificuldade. Capaz, mas necessita apoio das mãos nas laterais do assento.
- 2= Dificuldade moderada. Capaz, mas apoia as mãos nos joelhos/coxas. Não precisa apoiar nas laterais do assento.
- 3= Pouca dificuldade. Não necessita de apoio das mãos nas laterais do assento, joelhos ou coxas, mas tem alguma dificuldade durante a subida.
- 4= nenhuma dificuldade

13. Subir um degrau no banquinho ou escadinha

- 0= Incapaz
- 1= Muita dificuldade. Capaz, mas necessita de apoiar as mãos na mesa de exame (ou na mão do examinador)
- 2= Alguma dificuldade. Não necessita apoiar na mesa de exame (ou na mão do examinador) mas apoia as mãos nos seus joelhos/coxa.
- 3= Capaz. Não necessita apoiar na mesa de exame, ou colocar as mãos nos seus joelhos/coxas.

14. Apanhar um objeto no chão

- 0= incapaz de curvar-se e abaixar para apanhar o objeto no chão.
- 1= Muita dificuldade. Capaz, mas precisa muito do apoio das mãos nos joelhos/coxas
- 2= Alguma dificuldade. Tem alguma dificuldade (mas não excessiva). Precisa de um apoio mínimo das mãos sobre os joelhos/coxas, e um pouco lento.
- 3= Nenhuma dificuldade. Não requer nenhuma manobra compensatória.

A pontuação máxima possível para os 14 exercícios (manobras) é de 52.

MANUAL MUSCLE TESTING (MMT)

INSTRUÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PELA ESCALA DE KENDALL (Com a permissão do "International Myositis Outcome Assessment Collaborative Study Group")

A avaliação da força muscular utilizando a escala de Kendall modificada da escala original de 0-5 será aplicada para crianças acima de 4 anos. Abaixo da faixa etária de 4-5 anos há limitações para cooperação e entendimento dos comandos para a realização do teste. Sinta-se à vontade para realizar a avaliação de crianças menores que se mostrarem cooperativas com os comandos para as tarefas. A força muscular proximal e distal será avaliada considerando o grau da amplitude dos movimentos. [A modificação de Kendall permite desdobrar em (+) e (-) as determinações a partir do grau 2 da escala padrão de 0-5, desta forma convertendo-a para uma 'escala expandida' de 0-10.] O teste manual de avaliação da força muscular será realizado **UNILATERALMENTE** (somente do lado direito) para os seguintes grupos musculares: flexores do pescoço, deltóide, bíceps, extensores do punho, glúteus maximus, glúteus medius, quadríceps, dorsiflexores dos tornozelos (Veja as instruções na próxima página).

CÁLCULO DA PONTUAÇÃO FINAL

Número total de músculos (ou grupos musculares) testados 8
Pontuação final (0-10) 80

Referência: Legg AT, Merrill JB: Physical Therapy in Infantile Paralysis, reprinted from 'Principles and Practice of Physical Therapy'. Edited by Mock Pemberton and Coulter, Hagerstown, MD WF Prior Co., Inc. 1932; 45-71.

PONTUAÇÃO PARA A AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PELA ESCALA DE KENDALL			
	<i>FUNÇÃO DO MÚSCULO</i>	Escala de 0-10	
Ausência de movimento	Nenhuma contração (ou fasciculações) palpáveis	0	
	Tendões tornam-se proeminentes ou tênue contração muscular palpável		
Teste de Movimento	MOVIMENTOS NO PLANO HORIZONTAL		
	Movimenta-se com amplitude parcial dos movimentos	1	
	Movimenta-se com amplitude total dos movimentos	2	
	Apresenta amplitude total dos movimentos contra resistência ou apresenta amplitude dos movimentos total contra a pressão	3	
	POSIÇÃO ANTIGRAVITACIONAL		
	Movimentos anti-gravitacionais com amplitude parcial		
	Teste das Posições	Liberação gradual da posição testada	4
Permanece na posição testada (sem nenhuma pressão)		5	
Permanece na posição testada contra uma pressão leve		6	
Permanece na posição testada contra uma pressão leve a moderada		7	
Permanece na posição testada contra uma pressão moderada		8	
Permanece na posição testada contra uma pressão moderada a intensa		9	
Permanece na posição testada contra uma pressão intensa		10	

PADRONIZAÇÃO DOS COMANDOS PARA O TESTE DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR MANUAL (MMT)

."QUEREMOS VER SE VOCE ESTÁ FORTE DE VERDADE! Quando eu disser para você segurar e não deixar que eu te empurre, tente segurar com força para não me deixar vencer. Você tem que ser forte como um 'power ranger' (pode ser sugerido qualquer herói nacional ou personagem popular, veja o que cai bem para motivar os seus pacientes).

- Medida da Força Muscular pelo Método Manual de Kendall em escala de 0-10 (MMT 0-10)

[illegible]

TRATAMENTO UTILIZADO

- corticosteróides (prednisona/deflazacort/metilprednisolona/hidrocortisona)
dose total _____ tempo de uso _____
efeitos colaterais _____
- pulsoterapia com ciclofosfamida
nº pulsos (dose/indução) _____
nº pulsos (dose/manutenção) _____
dose total _____ tempo de uso _____
indicação _____
efeitos colaterais _____
- metotrexate
dose semanal: _____ dose total: _____
via de administração (VO,IM,SC): _____ tempo de uso: _____
efeitos colaterais: _____
- ciclosporina
dose diária: _____ dose total: _____
tempo de uso: _____
efeitos colaterais: _____
- outras drogas:
dose diária: _____ dose total: _____
tempo de uso: _____
efeitos colaterais: _____