

DISFUNÇÃO TEMPORMANDIBULAR NA SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS: RELATO DE CASO

Temporomandibular dysfunction in Ehlers-Danlos Syndrome: case report

 Marina Sartório^a

 Giordana Dal Más^b

 Daniela Disconzi Seitenfus Rehm^c

 Karen Dantur Batista Chaves^d

^aDental surgeon graduated from the Faculty of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

^bDental surgeon graduated from the Faculty of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

^cProfessor of the Department of Conservative Dentistry, Faculty of Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

^dProfessor of the Department of Conservative Dentistry, Faculty of Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

Autora correspondente: Karen Dantur Batista Chaves E-mail: karendanturchaves@gmail.com

Data de envio: 21/06/2025 **Data de aceite:** 06/05/2026



RESUMO

Objetivo: Relatar um caso de Disfunção Temporomandibular (DTM) associada à Síndrome de Ehlers-Danlos (SED), subtipo hipermóvel. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, branca, 30 anos, com queixa de dor crônica intensa na região da articulação temporomandibular (ATM), nos músculos mastigatórios e no complexo crânio-cervical, além de ruídos articulares e episódios diários de luxações e subluxações, especialmente ao bocejar. Na história médica, relatava diagnóstico prévio de SED hipermóvel, com episódios recorrentes de quedas, subluxações e luxações em múltiplas articulações. O diagnóstico de DTM foi estabelecido com base no protocolo *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) e em exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética da ATM, que revelaram alterações morfológicas e funcionais articulares. A abordagem terapêutica adotada foi interdisciplinar, incluindo uso de placa estabilizadora oclusal, fisioterapia especializada, acompanhamento psicológico, controle farmacológico e orientações para manejo de hábitos parafuncionais. **Discussão:** A DTM pode estar associada à hipermobilidade articular, como observado na SED, o que impõe desafios adicionais ao diagnóstico e manejo. São escassos os estudos que abordam a condução clínica de pacientes com essa associação. **Conclusão:** A paciente relatou melhora significativa na qualidade do sono, na dor orofacial e crânio-cervical, bem como maior estabilidade funcional da ATM, embora persista a flutuação dos sintomas. Este caso reforça a importância de uma abordagem ampliada e interdisciplinar, considerando a DTM como possível manifestação de condições sistêmicas, como a SED.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular. Síndrome de Ehlers-Danlos. Relatos de Casos.

ABSTRACT

Aim To report a case of Temporomandibular Disorder (TMD) associated with Ehlers-Danlos Syndrome (EDS), hypermobile type. **Case Report:** A 30-year-old White female patient presented with a chief complaint of severe chronic pain in the temporomandibular joint (TMJ), masticatory muscles, and craniocervical region, in addition to joint noises and daily episodes of dislocation and subluxation, especially when yawning. Her medical history included a previous diagnosis of hypermobile EDS, with recurrent episodes of joint instability, falls, subluxations, and dislocations involving multiple joints. The TMD diagnosis was established based on the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) protocol and imaging exams, including cone-beam computed tomography and magnetic resonance imaging of the TMJ, which revealed significant morphological and functional alterations. The therapeutic approach was interdisciplinary, involving the use of an occlusal stabilization splint, specialized physical therapy, psychological counseling, pharmacological management, and guidance for controlling harmful oral habits. **Discussion:** TMD may be associated with joint hypermobility, as observed in EDS, which adds complexity to both diagnosis and management. However, there is still a lack of clinical studies addressing this comorbidity. **Conclusion:** The patient reported significant improvement in sleep quality, reduction in orofacial and craniocervical pain, and greater functional stability of the TMJ, although symptom fluctuations persist. This case highlights the need for a comprehensive and interdisciplinary approach, considering TMD not as an isolated condition but as a possible manifestation of broader systemic disorders, such as hypermobile EDS.

Keywords: Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome. Ehlers-Danlos Syndrome. Case Reports.

INTRODUÇÃO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) corresponde a um conjunto de alterações que acometem os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e/ou as estruturas associadas¹. Suas manifestações clínicas mais frequentes incluem dor na região orofacial, limitações ou desvios nos movimentos mandibulares e presença de ruídos articulares. Além disso, podem ocorrer sintomas menos específicos, como cefaleia e dores na região cervical¹⁻³.

Trata-se de uma condição de elevada prevalência na população, embora os índices possam variar dependendo dos critérios diagnósticos e dos instrumentos aplicados em cada estudo²⁻⁴. A DTM acomete, predominantemente, indivíduos do sexo feminino^{3,5} e exerce impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes^{6,7}. Segundo Malfait et al.⁸, as síndromes de Ehlers-Danlos (SED) são um grupo heterogêneo de doenças hereditárias do tecido conjuntivo caracterizadas por hipermobilidade articular, hiperextensibilidade da pele e fragilidade geral dos tecidos.

O espectro clínico varia de leve hiperfrouxidão articular e de pele à incapacidade física grave e complicações vasculares com risco de morte. A classificação mais atualizada sobre a SED mostra 13 subtipos distintos, com características específicas relatadas no quadro 1, traduzida por Malfait e De Paepe⁹.

Quadro 1 – Classificação clínica das Síndromes de Ehlers-Danlos, padrões de herança e bases genéticas

SUBTIPO	ABREVIACÃO	PH	BASE GENÉTICA	PROTEÍNA
SED Clássica	cEDS	AD	Geral: COL5A1 Rara: COL1A1	Colágeno tipo V Colágeno tipo I
SED Tipo-clássica	CIEDS	AR	TNXB	Tenascina XP
SED Cardiovascular	CvEDS	AR	COL1A2	Colágeno Tipo I
SED Vascular	vEDS	AD	Geral: COL3A1 Rara: COL1A1	Colágeno tipo III Colágeno tipo I
SED Hiper móvel	hEDS	AD	Desconhecida	Desconhecida
SED Artrocalásia	aEDS	AD	COL1A, COL1A2	Colágeno tipo I
SED Dermatosparaxis	dEDS	AR	ADAM TS2	ADAM TS-2
SED Cifoesciolítica	kEDS	AR	PLOD1 FKBP14	LH1 FDBP22
Síndrome da Córnea Frágil	BCS	AR	ZNF469 PRDM5	ZNF469 PRDM5
SED Espondilodisplásica	spEDS	AR	B4GALT7 B3GALT6 SLC39A13	β4GalT7 β3GalT6 ZIP13
SED Musculocontratural	mcEDS	AR	CHST14 DSE	D4ST1 DSE
SED Miopática	mEDS	AD ou AR	COL12A1	Colágeno tipo XII
SED Periodontal	pEDS	AD	C1R C1S	C1r C1s

Legenda:

PH=Padrões de herança;

AD=Autossômica dominante;

AR=Autossômica recessiva.

Segundo Tinkle et al.¹⁰, existe um espectro complexo de sinais e sintomas em diferentes graus e combinações e a maioria se relaciona a mutações nos genes que

codificam colágenos fibrilares ou enzimas envolvidas na modificação pós-tradução dessas proteínas. A SED tipo hipermóvel é uma desordem hereditária do tecido conjuntivo caracterizada pela hipermobilidade articular, que afeta múltiplas articulações, com diagnóstico feito na ausência de doença articular inflamatória e pelos sinais e sintomas clínicos, uma vez que o gene que determina essa condição permanece desconhecido¹¹.

Segundo Bravo¹², a SED hipermóvel pode afetar múltiplos tecidos devido a alteração genética do colágeno, gerando manifestações de ordem musculoesquelética e extraesquelética, podendo incluir hérnias, varizes, prolapso da válvula mitral e miopia. Também há manifestações de disautonomia frequente em jovens do sexo feminino, bem como osteoporose e osteoartrite em ambos os sexos.

O método mais rápido e mais difundido mundialmente para identificar a hipermobilidade articular é o escore de Beighton¹³, e um questionário para identificar hipermobilidade articular foi criado por Hakim e Grahame¹⁴. A figura 2 mostra este questionário traduzido por Moraes et al.¹⁵.

Quadro 2 – Questionário de Hakim e Grahame, traduzido por Moraes et al.

Perguntas para diagnóstico da Síndrome de Hipermobilidade	
Por favor, assinale com um X a resposta que considerar correta.	
	1. Você consegue (ou já conseguiu) colocar as palmas das mãos completamente estendidas no chão sem dobrar os joelhos? (Veja figura) ☐ Sim ☐ Não
	2. Você consegue (ou já conseguiu) dobrar para trás o seu polegar até tocar o seu antebraço? (Veja figura) ☐ Sim ☐ Não
	3. Quando criança você divertia seus amigos contorcendo o seu corpo em posições estranhas OU podia abrir completamente as pernas, como bailarina? ☐ Sim ☐ Não
	4. Quando criança ou adolescente você já deslocou ou o ombro ou a patela (a rótula do joelho) em mais de uma ocasião? ☐ Sim ☐ Não
	5. Você se considera uma pessoa mais flexível que o normal? ☐ Sim ☐ Não
Muito obrigado pela sua colaboração. Sinta-se a vontade para perguntar no caso de não compreender alguma das perguntas.	

O desconhecimento da SED hipermóvel acarreta um atraso considerável no diagnóstico correto, além de tratamentos inadequados, condições que somadas à dor crônica e a eventuais incapacidades, provoca nos pacientes frustrações, ansiedade e depressão¹⁶.

As manifestações orais são observadas em todos os subtipos da SED. Segundo Mitakides e Tinkle¹⁷, os defeitos no colágeno comprometem a saúde oral no que tange a vascularização, ossos, dentes, tecido gengival, tecido nervoso, bem como tendões e ligamentos que mantêm as estruturas maxilofaciais em posição, incluindo a articulação temporomandibular. Essas manifestações oromandibulares na SED são muito pouco reconhecidas pelos profissionais de saúde, mas são comumente reportadas pelos pacientes e apresentam forte impacto na dor, funcionalidade e qualidade de vida dos mesmos¹⁸.

Apesar da complexidade inerente ao diagnóstico e ao manejo da DTM, esses processos se tornam ainda mais desafiadores em pacientes com SED. Mesmo profissionais experientes em DTM podem deparar-se com dificuldades inesperadas ao diagnosticar e conduzir o tratamento nessa população¹⁷. Mitakides e Tinkle¹⁷ ainda destacam que o manejo da dor e da DTM em pacientes com SED envolve uma combinação de estratégias adaptadas à etiologia e ao quadro sintomático, incluindo a aplicação de calor local para relaxamento muscular; terapia laser de baixa intensidade; massagem terapêutica e técnicas de relaxamento tecidual; uso de órteses personalizadas para estabilização articular; proloterapia; administração de analgésicos e anti-inflamatórios orais; infiltração de toxina botulínica; programas específicos de fisioterapia; e, quando indicados, procedimentos cirúrgicos. Esses recursos, isolados ou em associação, devem ser escolhidos com base na resposta clínica individual e na gravidade da disfunção.

Segundo Hakim¹⁹, as manifestações físicas e dolorosas nas síndromes de hipermobilidade são tratadas de maneira multiterapêutica, combinando fisioterapia, terapia ocupacional, programas de exercícios como Pilates e Tai Chi, além de programas de gerenciamento da dor, que incluem terapia cognitivo-comportamental, com 55% de melhora na gestão de sua condição e estabilidade de 25% no nível de deficiência.

A DTM apresenta alta ocorrência em indivíduos diagnosticados com SED^{20,21}. Essa associação decorre, principalmente, das alterações nos tecidos conjuntivos e na estabilidade articular, características da SED, as quais favorecem disfunções biomecânicas e o desenvolvimento de dor crônica. Diante desse cenário, a identificação precisa e a condução terapêutica adequada da DTM nesses pacientes são fundamentais para promover melhora nos sintomas e na qualidade de vida. Compreender as interações entre essas duas condições torna-se imprescindível para a adoção de abordagens clínicas individualizadas e mais eficazes. O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso de um paciente com DTM e portador da SED.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 30 anos, branca, procurou atendimento no serviço de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com queixa principal de dor crônica intensa na região das articulações temporomandibulares, nos músculos da mastigação e no complexo crânio-cervical. Relatou também episódios diários de luxação e subluxação da mandíbula, principalmente ao bocejar, além de ruídos articulares, rigidez cervical e dor na região crânio-cervical.

Durante a anamnese, a paciente informou diagnóstico prévio de SED, subtipo hipermóvel, confirmado segundo os critérios revisados de 2017. Relatou histórico de quedas frequentes e episódios recorrentes de subluxações e luxações em múltiplas articulações, incluindo punhos, ombros, tornozelos e joelhos. Referiu também entorses, contusões, hematomas e equimoses de surgimento espontâneo, sem relação com traumas aparentes, sugerindo fragilidade vascular e possível predisposição a rupturas vasculares (Figura 1).

Figura 1 – Hematoma extenso na região do braço direito, compatível com episódio de ruptura vascular espontânea, característico do fenótipo de fragilidade tecidual observado na SED, subtipo hipermóvel



Outras condições associadas à SED relatadas incluíram:

- Sinusites e cistites de repetição, com episódios que demandaram internação e intervenção cirúrgica;
- Disautonomia, caracterizada por disfunção do sistema nervoso autônomo, afetando regulação da temperatura corporal, pressão arterial e frequência cardíaca;
- Desordens gastrointestinais, como gastrite, dores abdominais e constipação;
- Síndrome de Ativação Mastocitária (SAM), com histórico de reações alérgicas extremas, incluindo choque anafilático;
- Fadiga crônica severa, cefaleia crônica, enxaqueca, *brain fog*, fotofobia e infecções recorrentes, principalmente na região oronasal (sinusites e amigdalites).

Ao exame físico, foram observados sinais característicos da SED, subtipo hipermóvel, como:

- Pele fina, translúcida, de textura aveludada, com hiperextensibilidade cutânea (Figuras 2 e 3);
- Cicatrizes atróficas e papiráceas em áreas de maior tensão (Figuras 4 e 5);

- Escleras azuladas, indicativas de afinamento (Figura 6);
- Hiperextensibilidade articular, com escore máximo no Escore de Beighton (9/9), critério maior para o diagnóstico de SED hipermóvel (Figuras 7a–e).

Figura 2 – Aspecto da pele do antebraço, evidenciando fragilidade, textura aveludada e translucidez, características associadas à SED, subtipo hipermóvel



Figura 3 – Demonstração de hiperextensibilidade da pele na pálpebra superior, compatível com as alterações estruturais do tecido conjuntivo presentes na SED, subtipo hipermóvel



Figura 4 – Cicatriz atrófica pós-cesárea, típica da SED, subtipo hipermóvel



Figura 5 – Cicatriz atrófica pós-exérese de nevo (seta azul), compatível com a SED, subtipo hipermóvel



Figura 6 – Esclera azulada, achado compatível com afinamento escleral na SED, subtipo hipermóvel



Figura 7 (a–e) – Hiper mobilidade articular generalizada, com Escore de Beighton 9/9, característico da SED, subtipo hiper móvel



O histórico osteoarticular incluiu múltiplos episódios de subluxações bilaterais dos ombros e punhos, luxação do joelho direito e distensão do tendão e menisco no joelho esquerdo, resultando em hipomobilidade articular, diminuição da amplitude de movimento e redução da resistência tecidual. A paciente relatou piora significativa da dor crônica e da limitação funcional após uma gestação de alto risco, concluída por parto cesáreo em 2020, que evoluiu com cicatrização lenta e puerpério doloroso.

O histórico familiar revelou padrão sugestivo de herança, com relato de hiper mobilidade articular leve na mãe e em outros parentes maternos de terceiro grau, embora sem confirmação diagnóstica formal para SED.

Na história odontológica, a paciente relatou episódios recorrentes de luxação da mandíbula, incluindo um episódio que demandou atendimento de urgência para realização da manobra de redução (Figuras 8a, b).

Figura 8 (a, b) – Luxação mandibular antes e após manobra de redução



No exame clínico odontológico, observou-se mordida cruzada posterior à direita e irregularidade dentária inferior decorrente de discrepância de espaço, além de histórico de múltiplos tratamentos ortodônticos desde a adolescência. Durante esses tratamentos, a movimentação dentária ocorria de forma anormalmente acelerada, com deslocamentos perceptíveis poucas horas após cada ativação, acompanhados de dor orofacial intensa, mesmo sob aplicação de forças ortodônticas minimizadas. Essa resposta biomecânica atípica culminou, progressivamente, em reabsorção radicular generalizada, motivo pelo qual foi estabelecida a contraindicação definitiva para novas intervenções ortodônticas.

A paciente também relatou resistência aos anestésicos locais, exigindo múltiplas complementações anestésicas, especialmente durante exodontias, fenômeno frequentemente descrito em indivíduos com desordens do tecido conjuntivo. Os pós-operatórios foram caracterizados por edema intenso, dor prolongada e cicatrização lenta.

Desde a pré-adolescência, apresenta luxações recorrentes da ATM, acompanhadas de dor orofacial crônica, piora da função mastigatória e necessidade

constante de dieta de consistência branda. Relatou também fadiga da musculatura mastigatória, dor ao acordar, dificuldade para mastigar alimentos duros e episódios de trismo.

O exame funcional da ATM revelou:

- Estalidos e crepitações bilaterais, com dor à movimentação;
- Palpação muscular positiva para dor local e referida, com pontos gatilho nos músculos masseter, temporal e esternocleidomastoideo, configurando DTM de origem mista.

Na avaliação funcional utilizando o DC/TMD (Eixo I), os parâmetros foram:

- Abertura bucal sem dor e sem auxílio: 28 mm;
- Abertura máxima com auxílio: 43 mm;
- Durante luxações, abertura pode atingir até 54 mm, acompanhada de dor.

No exame intraoral, observaram-se palato ogival, presença de úlceras traumáticas atribuídas à fragilidade da mucosa e gengivite persistente.

Achados de exames de imagem:

- Radiografia panorâmica (2019) revelou encurtamento e arredondamento radicular generalizado, sugestivos de reabsorção radicular (Figura 9).
- Tomografia computadorizada (cone beam) da ATM direita mostrou redução do volume condilar, múltiplas erosões ósseas, aplainamento do polo superior e presença de osteófito no polo lateral (Figura 10).
- Na ATM esquerda, observou-se aumento volumétrico condilar, compatível com hipótese de hiperplasia condilar (Figura 11).
- Ressonância magnética (RM) das ATMs revelou, à direita, deformação severa do côndilo, com perda de contorno anatômico e superfície irregular, além de deslocamento anterior do disco sem redução em abertura bucal. À esquerda, o côndilo apresentava leve irregularidade, disco deslocado anteriormente, mas com redução (Figuras 12 e 13).

Figura 9 – Radiografia panorâmica mostrando reabsorção radicular generalizada em 2019

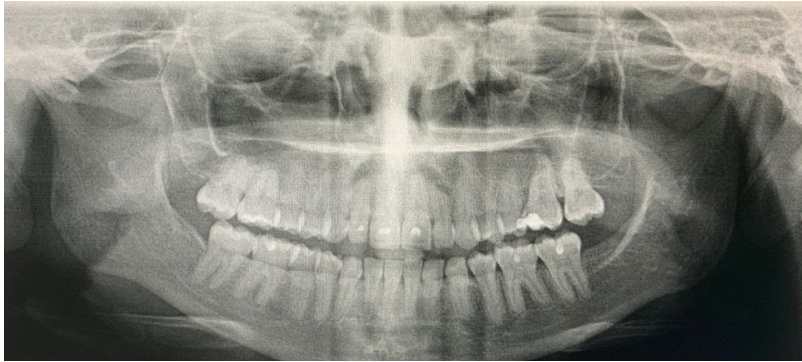


Figura 10 – Tomografia cone beam da ATM direita mostrando alterações morfológicas e erosões ósseas no côndilo (seta azul)

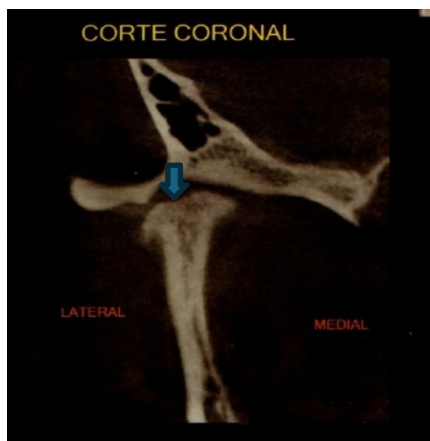


Figura 11 – Tomografia cone beam da ATM esquerda com suspeita de hiperplasia condilar

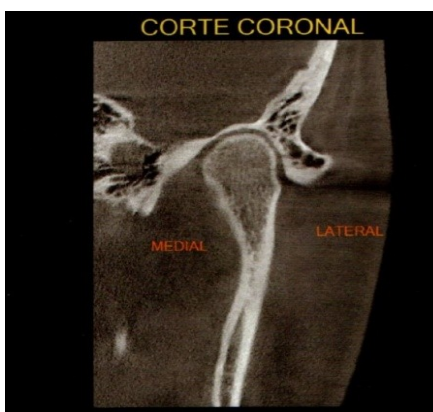


Figura 12 – Sequência de três cortes de ressonância magnética da ATM direita em boca fechada (a) e aberta (b), mostrando alterações morfológicas do côndilo (seta vermelha), perda do contorno anatômico, superfície irregular e deslocamento anterior do disco articular sem redução (seta verde)

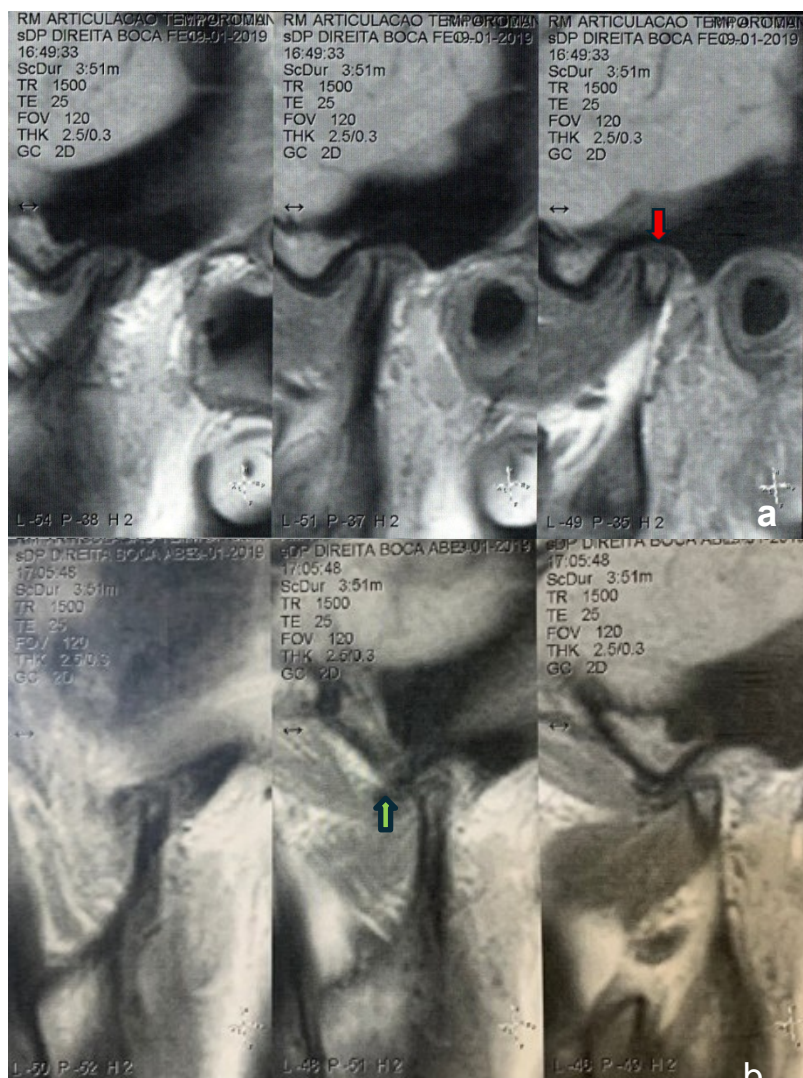
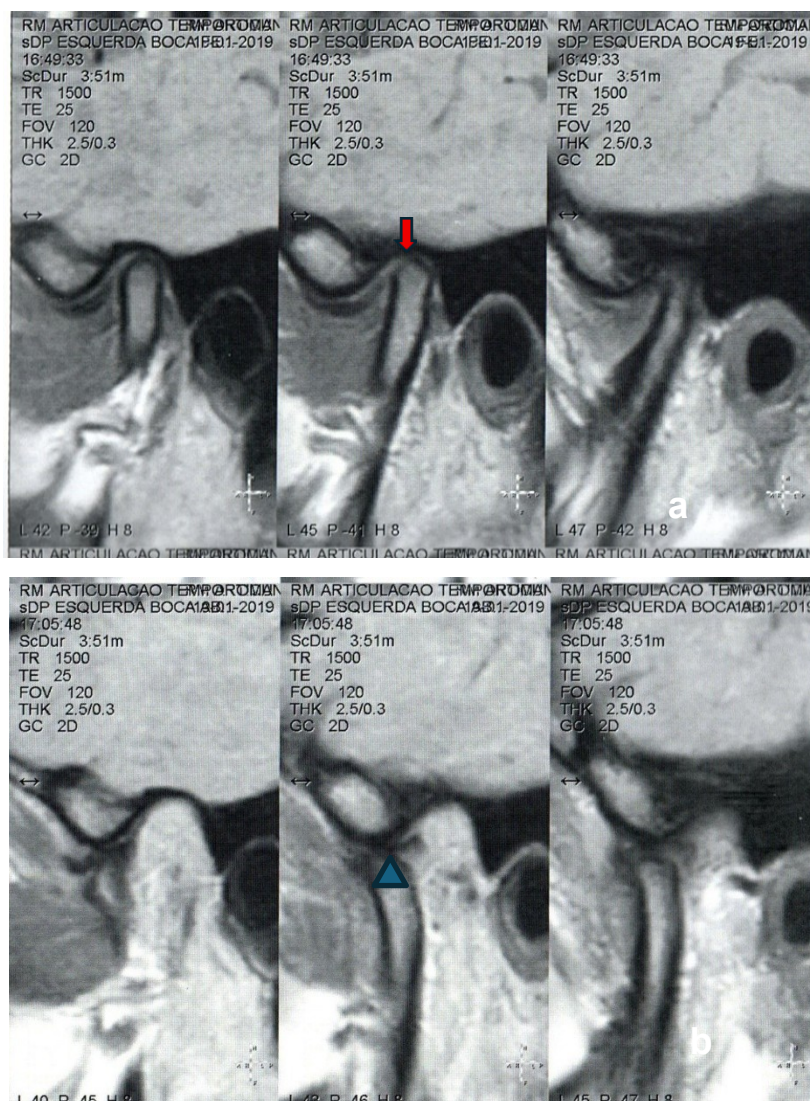


Figura 13 – Sequência de três cortes de ressonância magnética da ATM esquerda em boca fechada (a) e aberta (b), evidenciando irregularidade leve da superfície condilar (seta vermelha) e deslocamento anterior do disco articular com redução durante a abertura (cabeça de seta azul)



A condição crônica, complexa e multissistêmica associada à SED, subtipo hiper móvel, tem gerado impacto significativo na vida psicossocial da paciente. As limitações funcionais impostas pelas dores musculoesqueléticas, pelas instabilidades articulares recorrentes e pela disfunção tempormandibular comprometeram, ao longo dos anos, sua autonomia nas atividades diárias e profissionais, levando a adaptações constantes, períodos de afastamento e redução

da produtividade. As restrições alimentares decorrentes da dor orofacial e dos episódios de luxação mandibular, bem como a necessidade de manejo contínuo de sintomas sistêmicos — como fadiga crônica, disautonomia, alergias e infecções recorrentes —, contribuíram para isolamento social, restrição nas atividades de lazer e sobrecarga emocional. Além disso, o histórico de múltiplos tratamentos odontológicos fracassados, associado à resistência a anestésicos e à cicatrização lenta, gerou insegurança frente a procedimentos odontológicos, agravando a ansiedade relacionada ao cuidado em saúde. Por esse motivo, o acompanhamento psicológico tornou-se parte indispensável da abordagem terapêutica, tanto no enfrentamento da dor crônica quanto na reestruturação de estratégias cognitivas para lidar com os desafios físicos, emocionais e sociais impostos pela evolução da síndrome.

A conduta terapêutica foi multidisciplinar, incluindo:

- Pilates terapêutico, para fortalecimento muscular, melhora da estabilidade articular e propriocepção;
- Terapia Cognitivo-Comportamental, associada ao uso de Mirtazapina 30 mg/dia para manejo da dor crônica, ansiedade e depressão;
- Uso de canabinoides medicinais, com formulação contendo CBD 50 mg e THC 15 mg/dia, fracionados em três doses;
- Tramadol 100 mg/dia, para controle da dor;
- Dymista® (Azelastina + Furoato de Fluticasona), para controle de rinossinusite crônica.

Na abordagem odontológica, foram instituídas as seguintes medidas:

- Placa estabilizadora interoclusal superior (Figura 14), com objetivo de proteger a ATM e auxiliar no controle da dor;
- Encaminhamento para fisioterapia especializada em DTM, com possibilidade de intervenções como agulhamento seco e eletroterapia;
- Solicitação de nova ressonância magnética das ATMs, devido ao intervalo prolongado desde o último exame (2018), para reavaliar a progressão do quadro.

Figura 14 – Placa estabilizadora superior em vista lateral direita (a) e esquerda (b)



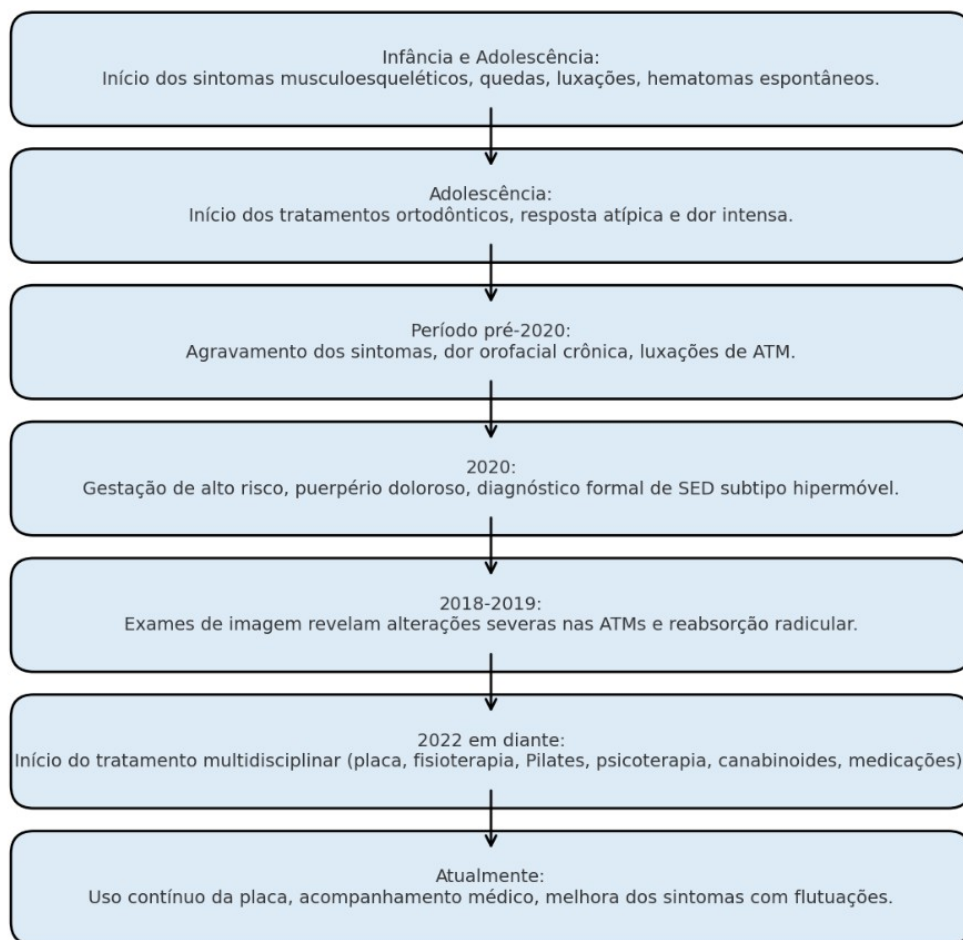
A paciente recebeu orientações quanto à adoção de estratégias de autocuidado, incluindo:

- Evitar hiperabertura bucal (bocejos amplos);
- Não apoiar a mandíbula sobre superfícies durante o sono;
- Evitar mastigação de alimentos duros ou pegajosos;
- Reduzir hábitos parafuncionais como bruxismo diurno e noturno.

Atualmente, a paciente segue em uso contínuo da placa estabilizadora, realizando manutenções periódicas a cada seis meses, conforme orientação odontológica, com o objetivo de preservar a integridade do dispositivo, ajustar a oclusão e monitorar a evolução do quadro. Mantém acompanhamento médico regular, com revisões periódicas para ajuste e controle dos fármacos prescritos, visando manejo dos sintomas dolorosos, das disfunções autonômicas e das manifestações sistêmicas associadas à síndrome. A paciente também relatou percepção de melhora significativa na qualidade do sono, na redução da dor orofacial e crânio-cervical, bem como maior estabilidade funcional da articulação temporomandibular desde a adoção da abordagem interdisciplinar integrada. No entanto, salienta que os sintomas ainda apresentam flutuações, com períodos de exacerbação, especialmente associados a sobrecargas mecânicas, estresse físico ou emocional, reforçando a natureza crônica, variável e de manejo complexo da SED subtipo hipermóvel.

A trajetória clínica da paciente, bem como os principais marcos relacionados ao diagnóstico, manifestações clínicas e intervenções terapêuticas, está sintetizada na linha do tempo apresentada na Figura 15.

Figura 15 – Linha do tempo representando os principais eventos clínicos, diagnósticos e terapêuticos relacionados à evolução da SED, subtipo hipermóvel, e da disfunção temporomandibular na paciente



DISCUSSÃO

A literatura atual mostra uma clara associação entre a SED do tipo hipermóvel e a DTM, com alta prevalência de dor miofascial, estalos e crepitação articulares, subluxações, deslocamentos discais e degeneração articular^{20,22-25}. Esses achados estão presentes no nosso relato de caso, no qual a paciente apresenta dor orofacial

recorrente, limitações funcionais, crepitações e episódios frequentes de subluxação mandibular.

As alterações estruturais na ATM de pacientes com SED hipermóvel são bem documentadas, incluindo aplainamento condilar, osteófitos, erosões e esclerose subcondral^{20,23}. Esses achados são visíveis nas imagens deste relato de caso, que demonstram alterações degenerativas compatíveis com os padrões descritos na literatura, reforçando o entendimento de que a degeneração articular é precoce e progressiva nesses pacientes.

O histórico de movimentação ortodôntica rápida e reabsorção radicular acentuada também é compatível com a fragilidade tecidual presente na SED hipermóvel. Estudos indicam que esses pacientes têm maior susceptibilidade a reabsorções radiculares, migração dentária e dificuldades na estabilidade dos resultados ortodônticos, devido à menor resistência das fibras colágenas periodontais^{17,26}.

A fragilidade tecidual, relatada frequentemente na literatura, explica manifestações como ulcerações traumáticas, gengivite persistente, sangramentos e edema exacerbado após procedimentos odontológicos^{9,26}. No nosso relato de caso, as úlceras recorrentes e a gengivite crônica, mesmo com boa higiene, além de dificuldades na cicatrização após exodontias, mostram essas complicações.

A resistência à anestesia local é outro achado significativo e bem documentado em pacientes com SED hipermóvel. Estudos indicam que até 88% dos pacientes relatam falhas na anestesia local convencional, principalmente com lidocaína, sendo que articaína, bupivacaína e mepivacaína apresentam taxas um pouco melhores de eficácia²⁷⁻²⁹. Este dado é consistente com o nosso relato de caso, onde houve diversas falhas anestésicas, necessidade de múltiplas infiltrações e edema exacerbado no pós-operatório, além de dor não controlada.

Do ponto de vista psicossocial, há um impacto significativo na qualidade de vida desses pacientes, com altas taxas de ansiedade, depressão, fadiga crônica e fenômeno de “*brain fog*”^{24,27}. O sofrimento psicossocial associado à dor crônica e às limitações funcionais da ATM, evidenciado no presente relato de caso, reforça a importância de uma abordagem biopsicossocial no manejo desses indivíduos.

Apesar da abordagem biopsicossocial adotada e da melhora clínica relatada pela paciente, este relato apresenta como limitação a ausência da aplicação longitudinal de instrumentos padronizados do Eixo II do DC/TMD, especialmente da *Graded Chronic Pain Scale* (GCPS), antes e após a instituição da terapêutica. A utilização da GCPS teria permitido uma mensuração mais objetiva da intensidade da dor e do grau de incapacidade associada, contribuindo para uma avaliação mais robusta dos desfechos clínicos. Em pacientes com DTM associada a condições sistêmicas complexas, como a Síndrome de Ehlers-Danlos, em que a dor crônica e o impacto psicossocial são marcantes, o uso sistemático de ferramentas do Eixo II mostra-se particularmente relevante, tanto para o planejamento terapêutico quanto para o acompanhamento da evolução clínica ao longo do tempo. Assim, ressalta-se a importância da incorporação desses instrumentos na prática clínica e em futuros estudos envolvendo essa população.

As diretrizes atuais recomendam uma abordagem conservadora e multidisciplinar no tratamento de DTM em pacientes com SED hipermóvel, evitando procedimentos irreversíveis e priorizando terapias físicas, placas estabilizadoras, manejo da dor e suporte psicológico^{8,26}. A conduta proposta neste relato de caso, envolvendo uma equipe multiprofissional, está alinhada com essas recomendações.

Outro aspecto relevante é a presença de hiperalgesia e sensibilização central em pacientes com SED hipermóvel, que manifestam respostas exageradas à dor, mesmo frente a estímulos de baixa intensidade^{24,28}. Isso explica a dor intensa e desproporcional observada na paciente durante procedimentos odontológicos e manobras funcionais simples.

A fragilidade vascular, com tendência a hematomas espontâneos, sangramentos exacerbados e edema, é outro fator crítico no manejo odontológico^{8,26,28}. Esse quadro está presente no nosso relato de caso, especialmente nas intercorrências pós-procedimento, reforçando a necessidade de adoção de técnicas minimamente invasivas e planejamento cuidadoso.

Nosso relato apresenta limitações inerentes à sua natureza descritiva, não permitindo a generalização dos achados para a população em geral. Além disso, o diagnóstico da Síndrome de SED, subtipo hipermóvel, foi fundamentado

exclusivamente em critérios clínicos, considerando que, até o momento, não existem biomarcadores genéticos específicos disponíveis para essa variante, o que ainda é uma limitação científica reconhecida na literatura⁸.

Além disso, a ausência da realização de cintilografia óssea das articulações temporomandibulares constitui outra limitação relevante do presente relato. Esse exame poderia ter contribuído para a avaliação da atividade metabólica condilar, auxiliando na distinção entre hiperplasia condilar ativa e alterações morfológicas decorrentes de processos adaptativos ou de remodelação patológica. Tal diferenciação apresenta implicações clínicas importantes, especialmente no que se refere ao risco de progressão de assimetrias faciais, ao impacto funcional sobre a ATM e à definição de condutas terapêuticas futuras. Em pacientes com Síndrome de Ehlers-Danlos, nos quais a indicação cirúrgica deve ser criteriosamente avaliada, a cintilografia óssea pode desempenhar papel decisivo no planejamento terapêutico, particularmente em casos com suspeita de crescimento condilar ativo e agravamento progressivo da disfunção temporomandibular.

Outro aspecto relevante a ser considerado é que o acompanhamento da paciente ocorreu em ambiente especializado, com acesso facilitado a atendimento interdisciplinar, incluindo profissionais capacitados e familiarizados com doenças raras. Tal realidade, embora ideal, não reflete a maioria dos contextos assistenciais, especialmente no sistema público de saúde, o que pode limitar a replicabilidade dos resultados e das condutas adotadas em outros cenários.

Adicionalmente, o tempo de seguimento, embora suficiente para avaliar a resposta às intervenções iniciais, não permite ainda a análise aprofundada dos desfechos em longo prazo, particularmente diante da natureza crônica, progressiva e flutuante dos sintomas associados à SED subtipo hipermóvel. Soma-se a isso a ausência de exames de imagem atualizados das articulações temporomandibulares, uma vez que o último exame de ressonância magnética foi realizado em 2018. Essa lacuna limita a análise detalhada da evolução morfológica da ATM e, conseqüentemente, a correlação plena entre os achados clínicos atuais e as possíveis alterações estruturais recentes.

Por fim, destaca-se uma lacuna significativa na formação dos profissionais de saúde, especialmente na odontologia, que frequentemente desconhecem as particularidades do manejo clínico de pacientes com SED subtipo hipermóvel, sobretudo quando associada a disfunções temporomandibulares. Este relato evidencia não apenas os desafios clínicos e terapêuticos, mas também reforça a urgência em promover a capacitação de cirurgiões-dentistas e demais profissionais de saúde para assegurar um cuidado seguro, qualificado e empático a esse grupo populacional, cuja condição demanda abordagens individualizadas, interdisciplinares e fundamentadas no modelo biopsicossocial.

CONCLUSÃO

Este relato evidencia a complexidade do diagnóstico e manejo da DTM em pacientes com SED, tipo hipermóvel. As manifestações clínicas multifatoriais, que incluem hipermobilidade articular, dor musculoesquelética crônica, fadiga, instabilidade articular e possíveis alterações do tecido conjuntivo, exigem uma abordagem clínica ampliada, interdisciplinar e centrada no paciente. Este relato de caso reforça que o reconhecimento precoce da SED tipo hipermóvel, especialmente na presença de queixas orofaciais persistentes e refratárias, é fundamental para direcionar condutas mais efetivas, prevenir iatrogenias e reduzir a cronicidade da dor.

Além disso, destaca-se a importância de intervenções que considerem não apenas o controle biomecânico da DTM, mas também os aspectos neurofisiológicos, emocionais e psicossociais que permeiam essas condições. Por fim, ressalta-se a necessidade urgente de maior divulgação e capacitação profissional, especialmente entre cirurgiões-dentistas e outros profissionais da saúde, que muitas vezes desconhecem as particularidades do manejo clínico de pacientes com SED hipermóvel associada à DTM. O desenvolvimento e implementação de protocolos específicos para o acompanhamento e tratamento dessa população são essenciais para promover um cuidado seguro, eficiente e empático, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e funcionalidade desses indivíduos.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod*. 2010;15(3):114-20.
2. List T, Jensen RH. Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia*. 2017;37(7):692-704.
3. Campos JADB, Carrascosa AC, Bonafé FSS, Maroco J. Epidemiology of severity of temporomandibular disorders in Brazilian women. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014;28(2):147-52.
4. Valesan LF, Da-Cas CD, Réus JC, Denardin ACS, Garanhani RR, Bonotto D, et al. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2021;25(2):441-53.
5. Ferreira CLP, Silva MAMR, Felício CM. Sinais e sintomas de desordem temporomandibular em mulheres e homens. *CoDAS*. 2016;28(1):17-21.
6. Lemos GA, Paulino MR, Forte FDS, Beltrão RTS, Batista AUD. Influence of temporomandibular disorder presence and severity on oral health-related quality of life. *Rev Dor*. 2015;16(1):10-4.
7. Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLPD, Bonan PRF, Batista AUD. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in college preparatory students: associations with emotional factors, parafunctional habits, and impact on quality of life. *Cien Saude Colet*. 2018;23(1):173-86.
8. Malfait F, Francomano C, Byers P, Belmont J, Berglund B, Black J, et al. The 2017 international classification of the Ehlers-Danlos syndromes. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2017;175(1):8-26.
9. Malfait F, De Paepe A. The Ehlers-Danlos Syndrome. In: Halper J, editor. *Progress in Heritable Soft Connective Tissue Diseases*. *Adv Exp Med Biol*. 2014; 802:129-43.

10. Tinkle BT, Bird HA, Grahame R, Lavallee M, Levy HP, Sillence D. The lack of clinical distinction between hypermobility type of Ehlers-Danlos syndrome and the joint hypermobility syndrome. *Am J Med Genet A*. 2009;149A (11):2368-70.
11. Ferrell WR, Tennant N, Sturrock RD, Ashton L, Creed G, Brydson G, et al. Amelioration of symptoms by enhancement of proprioception in patients with joint hypermobility syndrome. *Arthritis Rheum*. 2004;50(10):3323-8.
12. Bravo JF. Síndrome de Ehlers-Danlos tipo III, llamado también Síndrome de Hiperlaxitud Articular (SHA): Epidemiología y manifestaciones clínicas. *Rev Chil Reumatol*. 2010;26(2):194-202.
13. Beighton P, De Paepe A, Steinmann B, Tsipouras P, Wenstrup RJ. Ehlers-Danlos syndromes: revised nosology, Villefranche, 1997. *Am J Med Genet*. 1998;77(1):31-7.
14. Hakim AJ, Grahame R. A simple questionnaire to detect hypermobility: an adjunct to the assessment of patients with diffuse musculoskeletal pain. *Int J Clin Pract*. 2003;57(3):163-6.
15. Moraes DA, Cavalcante AC, Brasil AS, Oliveira RR, Assumpção RM, Kowalski SC. Translation into Brazilian Portuguese and validation of the five-part questionnaire for identifying hypermobility. *Rev Bras Reumatol*. 2011;51(1):54-60.
16. Miller SMC, Lamari MM, Lamari NM. Síndrome de Ehlers-Danlos - tipo hipermobilidade: estratégias de inclusão. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(1):21-7.
17. Mitakides J, Tinkle BT. Oral and mandibular manifestations in the Ehlers-Danlos syndromes. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2017;175(1):220-5.
18. Conti PCR, Costa YM, Gonçalves DA Svensson P. Orofacial pain and temporomandibular disorders: the impact on oral health and quality of life. *Braz Oral Res*. 2012;26(Suppl 1):120-3.
19. Hakim AJ. Joint Hypermobility Syndrome (JHS) and Ehlers-Danlos Syndrome Hypermobility Type (EDS-HM). A Brief Guide for Medical Professionals on Presentation, Diagnosis, and Treatment. Hypermobility Syndromes Association; 2013 [cited 2023 Aug 16]. Available from: <http://hypermobility.org/help-advice/hypermobility-syndromes/jhseds-hm-clinicians-guide/>

20. Oelerich O, Daume L, Yekkalam N, Hanisch M, Menne MC. Temporomandibular disorders among Ehlers-Danlos syndromes: a narrative review. *J Int Med Res.* 2024;52(4):03000605241242582.
21. Demeslay J, Cosnay M, Gunst D, et al. Prevalence and quality of temporomandibular disorders, chronic pain and psychological distress in patients with classical and hypermobile Ehlers-Danlos syndrome: an exploratory study. *Orphanet J Rare Dis.* 2023; 18:294.
22. Willich L, Bohner L, Köppe J, Jackowski J, Hanisch M, Oelerich O. Prevalence and quality of temporomandibular disorders, chronic pain and psychological distress in patients with classical and hypermobile Ehlers-Danlos syndrome: an exploratory study. *Orphanet J Rare Dis.* 2023; 18:294.
23. Bech K, Fogh FM, Lauridsen EF, Sonnesen L. Temporomandibular disorders, bite force and osseous changes of the temporomandibular joint in hypermobile Ehlers-Danlos syndrome. *J Oral Rehabil.* 2022;49(9):872-83.
24. Sipilä K, Pezold M, Wänman A, Dittmar J, Äyräväinen L, Maixner W, et al. Risk factors for temporomandibular disorders and orofacial pain among women with hypermobile Ehlers-Danlos syndrome and hypermobility spectrum disorder: a multicenter cross-sectional study. *J Oral Rehabil.* 2024;51(1):5-13.
25. Malfait F, Francomano C, Byers P, Belmont J, Berglund B, Black J, et al. The 2017 international classification of the Ehlers-Danlos syndromes. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2017;175(1):8-26.
26. Castori M, Morlino S, Celletti C, Celli M, Morrone A, Giannini E, et al. Management of pain and fatigue in the joint hypermobility syndrome (aka Ehlers-Danlos syndrome, hypermobility type): principles and proposal for a multidisciplinary approach. *Am J Med Genet A.* 2012;158A (8):2055-65.
27. Song JZ, Luong D, Feldman ECH, et al. Psychological interventions for individuals with Ehlers-Danlos syndrome and hypermobility spectrum disorder: a scoping review. *Orphanet J Rare Dis.* 2023; 18:254.
28. Schubart JR, Schaefer E, Janicki P, Adhikary SD, Schilling A, Hakim AJ, et al. Resistance to local anesthesia in people with the Ehlers-Danlos syndromes presenting for dental surgery. *J Dent Anesth Pain Med.* 2019;19(5):261-70.

29. Wloch K, Simpson M, Gowrie Mohan S. Local anaesthetic resistance in a patient with Ehlers-Danlos syndrome undergoing caesarean section with continuous spinal anesthesia. *Anaesth Rep.* 2020;8(1):56-8.