

DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Déborah Lima de Souza*

Profª Ms. Lia Dietrich**

RESUMO

As Disfunções Temporomandibulares é o nome empregado às patologias que acometem a Articulação Temporomandibular na parte muscular, ligamentar e/ou nervosa sendo uma desordem comumente encontrada. O objetivo deste trabalho foi fornecer ao leitor uma revisão de literatura sobre os melhores conceitos, os sintomas mais comuns, a população mais acometida e os tratamentos mais indicados. Apresenta um relato de caso clínico em paciente portador de DTM com redução de luxação no lado direito e sem redução de luxação no lado esquerdo.

Palavras-chave: Disfunção Temporomandibular. Articulação Temporomandibular.
Dor orofacial

ABSTRACT

The Temporomandibular Disorders is the name applied to diseases that affect the temporomandibular joint in the muscle, ligament and / or nerve. Is a disorder commonly found. The objective of this work was to provide the reader with a literature review on the best concepts, the most common symptoms, the population most affected and the most suitable treatments. Presents a case report on a patient with TMD with reduced dislocation on the right side and without reduction of dislocation on the left side.

Keywords: Temporomandibular Disorders. Temporomandibular Joint. Orofacial pain.

*Graduanda em Odontologia pela Faculdade Patos de Minas. Três Marias. deborah.lima_ci@yahoo.com.br

**Mestre em Reabilitação Oral pela Universidade Federal de Uberlândia. Professora da área de Prótese na Faculdade Patos de Minas. lia_dietrich@yahoo.com.br.

1 INTRODUÇÃO

As Disfunções Temporomandibulares (DTM) são desordens funcionais que acometem a Articulação Temporomandibular (ATM) e os músculos orofaciais. Uma DTM pode ser causada por fatores não só funcionais como traumas e problemas oclusais, mas também por fatores psicossociais como o estresse.

Diagnosticar uma Disfunção Temporomandibular exige do Cirurgião dentista conhecimento necessário não só para identificar os sinais e sintomas clínicos, como dores faciais e estalidos na região, mas também saber concluir a etiologia ao qual o paciente foi submetido e saber relacioná-la ao tratamento adequado para cada situação, podendo ser um tratamento mais corriqueiro como fisioterapia, uso de placas interoclusais e medicação para controle da dor ou um tratamento mais invasivo, como o ortodôntico, ortopédico e cirurgia ortognática.

Encontra-se grande dificuldade, entre os Cirurgiões dentistas recém-formados e/ou de pouca experiência clínica em relação às DTM's, sobre o melhor encaminhamento para os pacientes que apresentem sintomas como dores faciais e de cabeça, estalidos ao realizar os movimentos mandibulares, assimetria facial, má oclusões dentárias, entre outros sintomas e sinais clínicos.

As Disfunções Temporomandibulares acometem grande parte da população, sendo os principais portadores destas disfunções os usuários de próteses totais e/ou parciais, pacientes que apresentam problemas de má oclusão dentária, problemas de formação e desenvolvimento ósseo, pacientes que frequentemente se encontram em episódios de estresse, ansiedade e/ou depressão e até mesmo ergonomia desfavorável aos músculos da região de cabeça e pescoço.

Nesta pesquisa podem-se encontrar soluções para pacientes que apresentem tais sintomas, pois permite ao leitor um melhor esclarecimento sobre o assunto, através de uma revisão de literatura que apresenta definições, as várias etiologias possíveis, o melhor modo de se chegar a um diagnóstico e os tipos de tratamentos indicados a cada situação, além de um estudo de caso.

O objetivo principal deste trabalho foi proporcionar ao leitor, de forma clara e objetiva, um manual básico sobre as DTM, assim como também apresentar meios de diagnóstico, os principais sinais e sintomas e as possíveis associações de

tratamento, através de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e exploratória.

2 DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

2.1 Definição

Disfunção Temporomandibular (DTM) é o termo utilizado para designar o conjunto de desordens que acometem a Articulação Temporomandibular (ATM) devido a distúrbios nos músculos mastigatórios e estruturas associadas, (1) caracterizados pela função irregular ou limitada dos mesmos. (2)

Uma DTM é caracterizada por dores não dentais localizadas na região da ATM e músculos da mastigação além de desvios e/ou limitações nos movimentos mandibulares, também indicada por sinais clínicos na região otológica como ruídos, dor e crepitações. (3)

2.2 Etiologia

Caso durante o exame clínico de um paciente que na anamnese relatou a presença de algum sintoma que possa ser proveniente de uma desordem na Articulação Temporomandibular (ATM), o Cirurgião dentista deve observar atentamente a oclusão do mesmo. Contudo, a oclusão não é mais vista como o único fator primário na causa das DTM's, sendo estas de etiologia multifatorial. Assim, é necessário que na anamnese e exame clínico sejam desvendados os possíveis fatores predisponentes, iniciadores e perpetuantes de cada caso. (1)

Dentre os fatores etiológicos mais relevantes há a divisão dos mesmos em Traumas, Fatores Fisiopatológicos e Fatores Psicossociais. (1)

2.2.1 Traumas

Um trauma pode danificar as estruturas contundidas devido à força exercida além da fisiologicamente suportada. (2) Os traumas podem ser divididos em:

- Macrotrauma ou trauma direto

O trauma direto na mandíbula ou face pode dar origem a problemas musculares e da ATM. Por exemplo, a artrite traumática da ATM pode se desenvolver depois de uma batida no queixo, e a miosite, isto é, inflamação, neste caso do músculo masseter, pode se seguir a trauma na bochecha. Dor inchaço e outros sinais de reações inflamatórias, como também limitação dos movimentos mandibulares, podem acompanhar ambas as condições. (2)

- Microtrauma

Este tipo de trauma caracterizado como hábitos parafuncionais como o bruxismo, o apertamento dental, mordiscar lábios e bochecha, morder objetos como canetas, onicofagia e interposição de língua. (2)

Poderia-se destacar que “foi sugerido que tais hábitos parafuncionais podem levar a uma sobrecarga dos componentes do sistema da mastigação”. (2)

2.2.3 Fatores Fisiopatológicos

Algumas alterações na saúde geral do paciente notadas durante a anamnese também podem ser consideradas fatores etiológicos caso haja o diagnóstico de DTM, pois muitas destas alterações, sendo elas sistêmicas, locais ou genéticas, podem afetar o funcionamento fisiológico normal dos músculos da mastigação e ATM. (1)

As alterações mais comumente encontradas em pacientes que sofrem de Disfunção Temporomandibular são as doenças reumatológicas, como a osteoartrose

e a artrite reumatóide, desordens no deslocamento do disco articular e doenças infecciosas. (2)

2.2.4 Fatores Psicossociais

Os pacientes diagnosticados com DTM não possuem um padrão comportamental, mas frequentemente apresentam sinais de ansiedade, depressão e estresse. Tais desordens psicológicas podem acarretar o aparecimento de hábitos parafuncionais devido a hiperatividade e tensão muscular, causando dor e disfunção no sistema mastigatório. (2)

Em sua maioria, os pacientes não necessitam de tratamento psicológico, mas cabe ao Cirurgião dentista explicar a situação e salientar a necessidade da auto-fiscalização do paciente em relação aos seus hábitos e controle emocional. (2)

2.3 Estudos Epidemiológicos

A realização de um estudo epidemiológico normalmente é feita para se obter dados sobre a prevalência de determinada doença em uma porção da população que é escolhida como amostra, devendo estar de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Através destes estudos torna-se possível a realização de novas pesquisas e experiências para controle e tratamento das doenças. (2)

Em relação às Disfunções Temporomandibulares, a maioria dos estudos realizados foram focados na prevalência dos sinais e sintomas através de amostras representativas de natureza descritiva. (2)

Baseando-se em estudos realizados que foram oficialmente publicados, dividiu-se a prevalência das DTM em grupos:

2.3.1 Faixa Etária

Dados apontam que os sinais e sintomas das DTM são encontrados em pacientes de todas as faixas etárias, onde as crianças apresentam os menores índices de prevalência e os adultos jovens a faixa mais representativa. (2)

Acredita-se que devido às tensões cotidianas relacionadas ao estresse causado pelos problemas no trabalho e pressão em relação a importantes decisões são as justificativas para que os sinais e sintomas sejam mais relevantes na idade de aproximadamente 21 e 30 anos que é considerada a faixa etária mais produtiva da sociedade. (4)

2.3.2 Gênero

Em relação ao gênero, os estudos apontam que a maior prevalência é encontrada nas mulheres em fase reprodutiva, mas que há uma tendência de que os sintomas das DTM diminuam com a chegada da menopausa. Esse achado foi relacionado com o uso ou não de anticoncepcionais, onde o grupo que não fazia o uso do medicamento apresentava um aumento dos sintomas. (4)

Assim julga-se que os índices de prevalência serem maiores no gênero feminino pode ser atribuída às atividades hormonais e também a fatores psicossociais, como a maior preocupação que a mulher tem com sua saúde em relação ao homem. (2)

2.3.3 Ocupação

Ao observar a ocupação dos pacientes que procuram por atendimento devido a dores orofaciais diagnosticadas como DTM's, notou-se que a maioria é composta por trabalhadores que para exercerem suas funções necessitam de um maior esforço muscular como os trabalhadores da área civil, e também por profissionais

que atuam em áreas de constante estresse como professores, operadores de telemarketing, diretores financeiros, e alunos de cursos superiores. (4)

2.3.4 Classe Econômica

Em estudos realizados não evidenciaram associação significativa entre as DTM's e a classe econômica, mas sim em relação ao estresse que pode ser ocasionado pelos eventos sociais. As atividades que cada indivíduo deve apresentar frente à sociedade reunidas com o estresse emocional da realização das mesmas, podem originar uma hiperatividade muscular, onde o indivíduo pode desenvolver o bruxismo e/ou o apertamento dental. (5)

3 SINAIS, SINTOMAS E DIAGNÓSTICO

3.1 Sinais e sintomas

As Disfunções Temporomandibulares apresentam uma extensa grade de sinais e sintomas, alguns bem característicos e outros não muito comuns. Dentre os principais estão os sons, como ruídos, estalidos e crepitações; dor e tamponamento do ouvido; as dores na face, cefaléia e músculos; fadiga muscular e a dificuldade no movimento mandibular de abertura. (2, 6)

O estalido articular é um som único, seco, de curta duração que pode ocorrer durante a abertura e o fechamento mandibular. Está frequentemente relacionado a problemas no disco articular. A crepitação é um som múltiplo e acompanha praticamente todo o trajeto condilar, indica provavelmente lesão do disco e o barulho é característico de contato óssea do côndilo com a eminência articular. A crepitação é comum nas doenças degenerativas. (6)

Por ser um sintoma comumente encontrado e com grandes índices de recidivas, não é recomendado nenhum tipo de tratamento a pacientes que relatam sons articulares quando estes se apresentam com ausência de dor. (7)

O ouvido que se localiza no osso temporal tem grande proximidade com o côndilo mandibular, assim pode apresentar dor reflexa em pacientes com DTM, já que sua separação dá-se apenas pela fina parede do tímpano. (6, 8)

As dores são os sintomas mais relatados, sendo o principal motivo pela busca profissional por parte dos pacientes, devido aos grandes problemas profissionais e sociais ocasionados por elas. (9) Em sua grande maioria, as dores estão diretamente relacionadas ao aumento da tonicidade muscular, o que por sua vez, causa a fadiga muscular devido a tensão que é produzida pelo gasto excessivo de energia. (6) Nestes casos, recomenda-se terapias para hiperatividade muscular como placas mio relaxantes ou aparelhos oclusais. (10)

O movimento de abertura mandibular não possui um padrão único de medida, variando de pessoa pra pessoa dependendo da idade, sexo e estrutura óssea. Assim, nem sempre uma limitação da abertura mandibular é considerada como patológico, podendo apenas ser uma variação da normalidade, mas em exames clínicos normalmente “a abertura mandibular máxima menor que 40 mm e movimentos lateroprotusivos e protusivos menores que 7 mm são considerados restritos”. Em relação às DTM, a dificuldade de abertura bucal pode ser causada por diversos fatores como hiperatividade muscular, artrite traumática, osteoartrose, artrite reumatóide, trismo, anquilose, fraturas ou processos inflamatórios na ATM. (2)

Há outros sinais e sintomas correspondentes a uma DTM que são relatados em menor frequência ou não relacionados com a mesma, como por exemplo, dor e/ou sensibilidade dental, tontura, e ardência na boca devido à xerostomia. (2)

3.2 Diagnóstico

Para diagnóstico de um paciente com suspeita de alguma alteração na ATM, deve-se realizar a anamnese, exame clínico e lançar mão de alguns exames de imagem como tomografia computadorizada, ressonância magnética, entre outros. (2) Entretanto, não há um protocolo padrão, mas a literatura disponibiliza vários estudos e questionamentos que podem ser utilizados. (3)

A anamnese e o exame clínico devem apresentar destaque em alguns pontos:

3.2.1 Anamnese

Durante a anamnese, o Cirurgião dentista deve além de questionar sobre a saúde geral e odontológica, destacar alguns pontos que se relacionem com os possíveis sinais e sintomas de DTM que o paciente pode apresentar além dos já foram relatados pelo mesmo, procurando descobrir as possíveis causas das alterações apresentadas, como hábitos parafuncionais, problemas psicossomáticos, doenças degenerativas ou reumatológicas, etc. (2, 3)

As perguntas primeiramente direcionam-se a fatos cotidianos que podem ser facilmente identificados pelo paciente, como dificuldade de abrir a boca; frequentes dores de cabeça, na face ou no ouvido; presença de ruídos ao abrir a boca ou mastigar; se sente dor ou cansaço durante a mastigação e se já foi observado algum hábito como apertamento ou bruxismo. (3)

É necessário que o questionário inclua questões que procurem identificar a presença de algum possível fator psicossocial que possa ter caráter etiológico, como a ansiedade, depressão e o estresse. (3, 6)

O profissional ainda deve ter o cuidado de relatar no prontuário as características específicas dos sintomas como o tempo (quando iniciou), localização, frequência e características (como por exemplo, o tipo de dor). (2)

3.2.2 Exame Clínico

No exame clínico, o Cirurgião dentista deve realizar um criterioso exame de palpação extraoral, principalmente na região da ATM. (2)

As articulações temporomandibulares estão localizadas ligeiramente anteriores ao meato auditivo. Elas são palpadas bilateralmente, e os achados entre os lados direito e esquerdo são comparados. O aspecto lateral e posterior são palpados durante o repouso e durante o movimento mandibular. A sensibilidade à palpação, sons articulares e a qualidade do movimento (desvio, travamento, luxação) são registrados. (2)

Ainda no exame extraoral o Cirurgião dentista deve realizar a medição dos movimentos mandibulares com uma régua milimetrada e fazer palpação dos

músculos da mastigação: masseter, temporal, pterigóideo medial e lateral e digástrico; como também dos músculos adjacentes que podem ser parcialmente responsáveis pela dor como o esternocleidomastóideo e o músculo trapézio. (2)

A palpação é realizada em toda a extensão do músculo, sendo que alguns deles têm sua inserção em região intraoral como o pterigóideo medial, o temporal e a parte superficial do masseter. Durante o exame deve-se observar a sensibilidade e a tolerância dolorosa do paciente, além da consistência e volume muscular. (2)

No exame intraoral, o Cirurgião dentista deve-se atentar a sinais que indicam alguma parafunção e/ou problemas oclusais, como presença de uma linha branca localizada na mucosa jugal ao nível do plano oclusal devido à irritação e fricção destes tecidos, denominada linha Alba, assim como também, desgastes oclusais patológicos e recessões gengivais. E para verificação de contatos prematuros deve-se realizar a desocclusão em guia canino e em guia incisivo, como também verificar os movimentos mandibulares de lateralidade e protrusão, e para classificar a oclusão de acordo com Angle manter a oclusão mutuamente protegida, onde os dentes posteriores previnem o excessivo contato dos dentes anteriores numa máxima intercuspidação e os dentes anteriores desocluem os posteriores em todos os movimentos excursivos da mandíbula. (2)

3.2.3 Exames radiográficos auxiliares

Para facilitar o diagnóstico de DTM, o Cirurgião dentista pode utilizar algumas técnicas radiográficas:

- Radiografia Panorâmica

Não é a técnica mais indicada, pois não permite a visualização da ATM, mas auxilia o profissional a excluir algumas patologias dentais que poderiam ser algum fator predisponente ou etiológico de algum sintoma, proporcionando uma imagem geral da maxila e mandíbula. (2)

- Tomografia Computadorizada

“Fornecer informação mais detalhada e precisa sobre alterações de tecido duro, espaço articular e relação entre as estruturas anatômicas na ATM”. (2)

- Artrografia

Nesta técnica é utilizada uma injeção no disco articular que possui um contraste, assim é possível visualizar alterações na ATM, como por exemplo, a perfuração de disco. (2)

- Imagem de Ressonância Magnética

Nesta técnica é possível o estudo tanto de tecidos duros como alterações ósseas, quanto de tecidos moles, como alguma inflamação. (2)

- Cintilografia Óssea

Após a ATM ser escaneada por uma câmera gama, injeta-se por via venosa, isótopos radioativos que evidenciam as áreas com intensa atividade dos osteoblastos. Esta técnica é utilizada quando suspeita-se de tumores ósseos ou distúrbios de crescimento. (2)

4 TRATAMENTO

4.1 Tratamento Inicial

Quando o paciente é diagnosticado com DTM e sua mais provável etiologia é identificada, a próxima etapa é o tratamento. Sendo este, um paciente sintomático, o primeiro objetivo é a eliminação da dor e desconforto causados. (1,2,11)

É necessário que o paciente com DTM seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar que pode envolver além do Cirurgião dentista, fisioterapeutas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, psicólogos, psiquiatras, entre outros. (12)

O tratamento inicial é realizado através de práticas simples e reversíveis, como a tranquilização e aconselhamento do paciente, uso de placas oclusais, fisioterapia e medicação. (2)

4.1.1 Tranquilização e Aconselhamento

Esta primeira etapa é realizada no consultório odontológico, onde o Cirurgião dentista deve de forma compreensiva conversar com o paciente sobre sua condição, contando-lhe os motivos da dor e do desconforto, a caracterização e etiologia da sua disfunção, como também, explicar para o mesmo a grande prevalência de DTM na população e que a mesma é uma desordem benigna. (2)

Também é nessa etapa que devem ser passadas as orientações de autocuidado em relação aos hábitos parafuncionais, ansiedade, estresse, automedicação e instruções para o relaxamento do sistema estomatognático. (13)

Em alguns casos, esta pode ser a única fase de tratamento, como no caso de pacientes que estão passando por fases de grande estresse e tensão. (2)

4.1.2 Placas oclusais

Amplamente utilizadas, promovem uma estabilidade oclusal, relaxamento e melhora na fisiologia muscular, por isso também são denominadas placas miorrelaxantes ou de estabilização. (14)

São indicadas para promoverem uma oclusão funcional ótima, mantendo todo o aparelho estomatognático em uma posição mais estável, sendo seu tempo de uso receitado normalmente durante 45 dias (uso noturno) e após esse tempo, um uso descontínuo com acompanhamento para avaliar a evolução do caso. (14)

As placas oclusais dependem de algumas características essenciais para apresentarem resultados eficientes:

Devem ser finas para não alterar a DV e o ELF (1,5 mm de espessura); devem ser montadas em RC; devem ser lisas e os contatos prematuras removidos; estar perfeitamente adaptada, com total estabilidade e retenção; durante o movimento protrusivo, os caninos inferiores devem contatar uma força uniforme; os incisivos inferiores também podem contatar, porém, com um contato bem mais suave que os caninos; nos movimentos de lateralidade, a desocclusão deve ser pelo canino; em RC os contatos posteriores devem ser bem mais fortes que os anteriores; a superfície oclusal da placa deve ser a mais plana possível. (14)

Segue abaixo as placas utilizadas para auxiliar o diagnóstico tratamento das Disfunções Temporomandibulares:

- Front – plateau

Confeccionada com resina acrílica quimicamente ativada, o *front – plateau* é uma placa interoclusal de cobertura parcial anterior, mantendo o contato da superfície da placa com os dentes anteriores inferiores, eliminando bilateralmente o contato dos dentes posteriores. É indicada quando o paciente apresenta dor muscular, porém contraindicada quando há a suspeita de deslocamento de disco. (15)

- Placa Interoclusal Estabilizadora

Usualmente confeccionada com resina acrílica incolor, esta placa cobre totalmente as superfícies oclusais e incisais dos dentes em um dos arcos, criando um contato oclusal estável com os dentes do arco oposto, assim facilita a estabilização dos côndilos mandibulares modificando a dimensão vertical alterando o comprimento de repouso muscular, promovendo relaxamento dos mesmos. É amplamente indicada para os pacientes portadores de DTM que apresentam sintomatologia dolorosa e hábitos parafuncionais, por eliminar as disfunções e tensão musculares e estabilizar os côndilos. (15)

- Placa Interoclusal Reposicionadora

Este tipo placa confeccionada com material DuraSOFT, sendo dupla face constituída com um material macio (poliuretano) e um material duro e elástico (policarbonato), tem como a finalidade eliminar o torque horizontal ou frontal que a mandíbula sofreu que desviam os cêndilos para uma posiçãõ lateral, medial, anterior, posterior, superior ou inferior. A placa reposicionadora deve ser preferencialmente confeccionada para o arco inferior é está indicada para os casos de DTM intra-articular, (15) como:

Dor na ATM, deslocamento do disco articular com ou sem reduçãõ, inflamações, aderências, perfurações discais, remodelações regressivas, travamento fechado (deslocamento de disco articular sem reduçãõ) e hipometria de origem articular. (15)

- Placa Interoclusal Resiliente

A placa resiliente é indicada para tratamento de dor relacionado ao aparelho estomatognático, incluindo pacientes que estãõ em tratamento ortodôntico ou portadores de prótese total ou parcial removível até mesmo sobre placa interoclusal rígida, não havendo contraindicaçãõ desde que seu uso seja controlado e por tempo limitado. Sua espessura dependerá do espaçõ funcional livre do paciente e, assim como a placa reposicionadora, deve ser preferencialmente para o arco inferior. (15)

4.1.3 Fisioterapia

Além de diminuir a dor muscular/articular, a fisioterapia tem o objetivo de reduzir a inflamaçãõ da ATM e coordenar e/ou fortalecer a musculatura. (2)

No tratamento fisioterápico, o profissional fisioterapeuta pode lançar mão de diversas técnicas e aparelhos, como crioterapia, calor superficial, eletroterapia (ultra-som pulsátil, TENS, laser e ondas curtas), cinesioterapia, acunpultura e reeducaçãõ postural global; que sãõ associados de acordo com o grau de DTM e o grau de sintomatologia. (12,17)

É recomendado para os pacientes a realização de exercícios musculares feitos em casa, como abertura máxima de boca, movimentos laterais para direita e esquerda e movimentos protrusivos, onde o paciente deve se manter nessa posição por alguns segundos e após, realizar os mesmos movimentos com resistência, apoiando dois dedos embaixo do queixo (para dar resistência moderada) e abrir a boca vagarosamente, depois apoiar dois dedos no incisivos inferiores e realizar o fechamento da boca com resistência e apoiar os dedos na lateral da bochecha e sobre o queixo para movimentos laterais e protrusivos, respectivamente. (2,11,16)

Figura 1 - Abertura mandibular máxima sem resistência (2)



Figura 2 - Exercício mandibular para a esquerda (2)



Figura 3 - Exercício mandibular para a direita (2)

Figura 4 - Exercício protrusivo mandibular (2)



Figura 5 – Exercício de abertura mandibular contra resistência (2)



Figura 6 – Exercício de fechamento mandibular contra resistência (2)



Figura 7 – Excursão lateral para a esquerda contra resistência (2)



Figura 8 – Excursão lateral para a direita contra resistência (2)



Figura 9 – Movimento protrusivo contra resistência (2)



Figura 10 – Exercício de alongamento (2)



É importante ressaltar, que o fisioterapeuta deve avaliar toda a postura do paciente, pois este pode apresentar problemas na ATM devido a compensação do equilíbrio perdido em outra parte do corpo, com tendência modificar a posição de

cabeça e pescoço para um dos lados, causando uma maior tensão muscular de um lado e maior relaxamento do outro. (16)

4.1.4 Medicação

Em pacientes que apresentam sintomatologia dolorosa, ainda podem ser utilizados, em associação com as demais etapas já mencionadas, a utilização de medicamentos para controle das dores musculares e articulares. (2)

É indicado o uso analgésicos não-narcóticos e anti-inflamatórios não-esteroidais para os casos de dor aguda e relaxantes musculares quando houver tensão do músculo ou do tendão. (2,11)

Os pacientes que apresentam depressão ou ansiedade que refletem na DTM devem ser encaminhados para uma terapia multidisciplinar (psicólogo ou psiquiatra), assim como os pacientes com dores crônicas devem receber o acompanhamento de um especialista em Disfunção Temporomandibular. (11)

4.2 Procedimentos invasivos

Quando o tratamento inicial não se mostra eficaz, o profissional deve lançar mão de alguns procedimentos invasivos, sendo estes irreversíveis. Dentre eles a cirurgia ortognática, o tratamento ortodôntico, ortopédico e/ou reabilitação protética para os casos em que a DTM é causada por uma má oclusão, podendo também o problema ser solucionado apenas por ajuste oclusal por desgaste seletivo. (1)

Quando a etiologia da DTM provém de alguma alteração interna na ATM, a indicação de tratamento é a cirurgia de ATM, sendo estes casos mais raros que apresentam distúrbios congênitos ou de desenvolvimento, fratura ou anquilose. (1)

5 CASO CLÍNICO

As imagens do caso clínico em questão foram cedidas pelos profissionais Lia Dietrich e Marcelo Dias. Paciente DPS, gênero feminino, 19 anos, compareceu ao consultório particular em fevereiro de 2013 com queixas de dor nas articulações temporomandibulares direita e esquerda, dor facial e apertamento dentários diurno e noturno.

Durante avaliação clínica a paciente relatava dor pré auricular bilateral, assim como dor a palpação dos músculos masseter, temporal e pterigoideos. No exame intra oral observou-se má oclusão com mordida aberta nos caninos direito, durante abertura de boca observa-se desvio para o lado esquerdo. Ao exame extra oral observou-se uma posição mais baixa do ângulo mandibular direito e um pequeno desvio do mento para o lado esquerdo.

A paciente inicialmente foi tratada por via terapêutica medicamentosa para retirada da crise aguda, permitindo um alívio sintomático dos sintomas para posterior terapêutica da DTM e da dor orofacial. Paciente relatou como fato importante que ela havia removido aparato ortodôntico recentemente e que tal maloclusão não existia.

Depois de retirada de fase aguda iniciou-se exames imaginológicos para confirmar diagnósticos e instituir terapia adequada. Iniciou-se pela solicitação de radiografias de ATM e tomografia de mandíbula total.

A radiografia da ATM mostra um espaço articular diminuído do lado esquerdo e hipomobilidade do mesmo o que leva a acreditar em um desarranjo interno do disco articular desta articulação. Já a tomografia computadorizada da mandíbula mostrava uma altura aumentada do ramo direito em relação ao ramo esquerdo e desvio do corpo mandibular para o lado esquerdo com desvio do mento para o mesmo lado.



Figura 11 - Radiografia Panorâmica



Figura 12 – Radiografia ATMs Direita e Esquerda

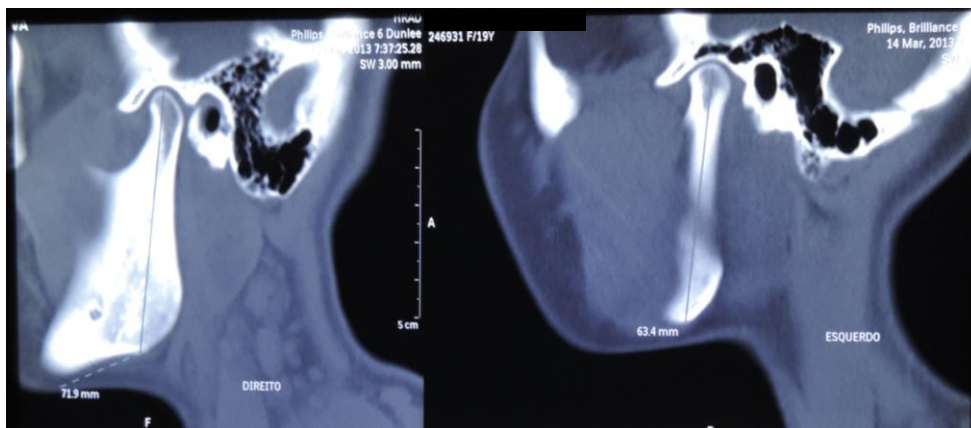


Figura 13 – Tomografia Computadorizada (assimetria lado direito e esquerdo – medidas)



Figura 14 - Tomografia Computadorizada (assimetria facial)

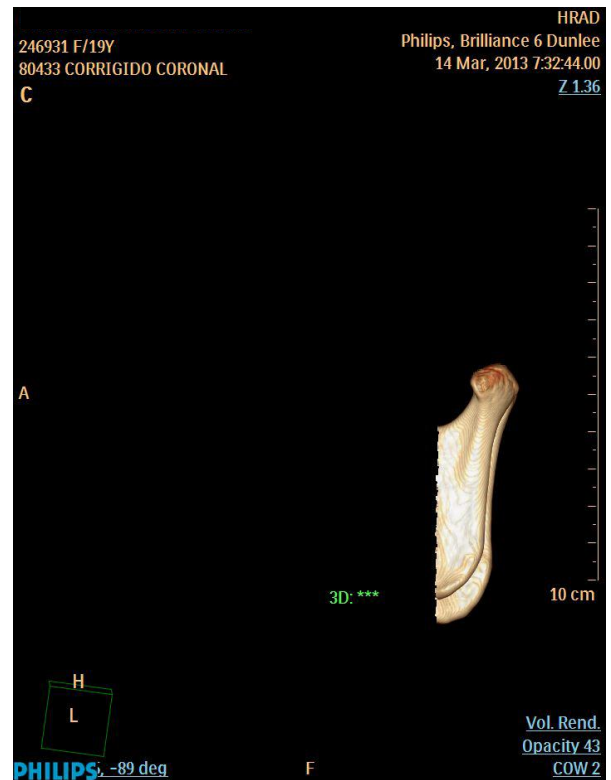


Figura 15 – Tomografia Computadorizada (assimetria dos ramos e côndilos – vista perfil)



Figura 16 – Tomografia Computadorizada (diferença de altura dos ramos e côndilos – vista frontal)

Devido às características informadas foi solicitada uma cintilografia das ATM's onde não foi observado hiper captação em nenhum dos côndilos mandibulares, levando a entender que uma possível hiperplasia condilar já existente havia cessado.



Figura 17 – Cintilografia óssea

Diante das características de desarranjo interno das articulações foi solicitado uma ressonância magnética das ATM's onde foi fechado o diagnostico de deslocamento de disco bilateral sendo que o mesmo apresenta redução da luxação do lado direito, e o lado esquerdo a luxação permanece sem redução.

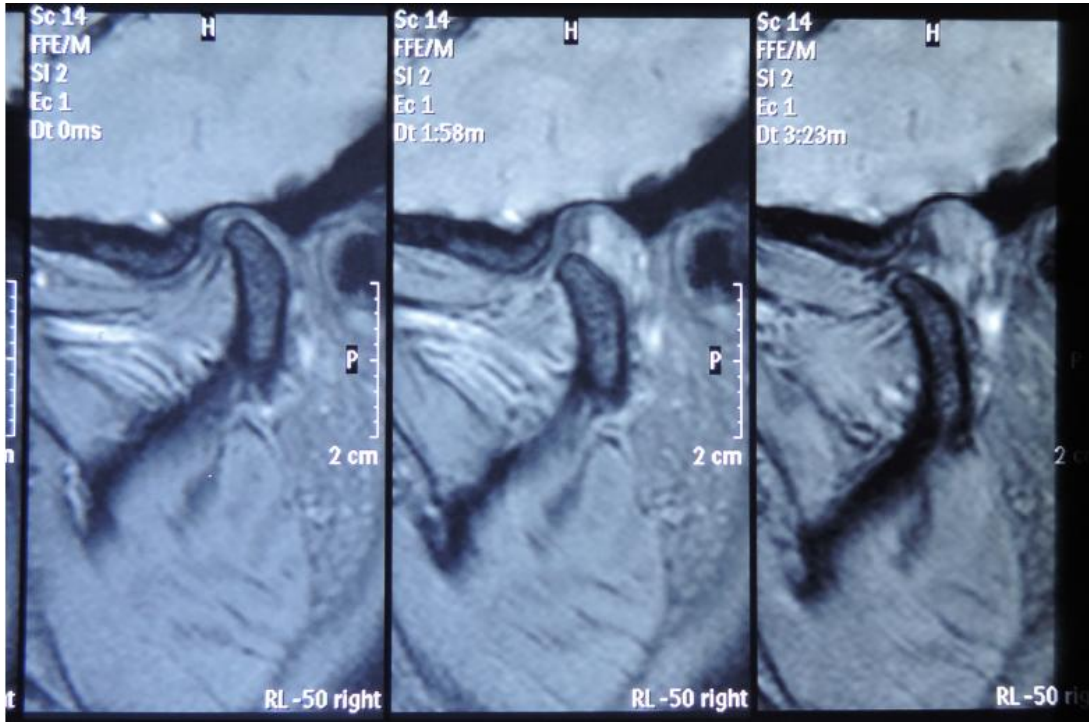


Figura 18 – Ressonância Magnética (lado direito)

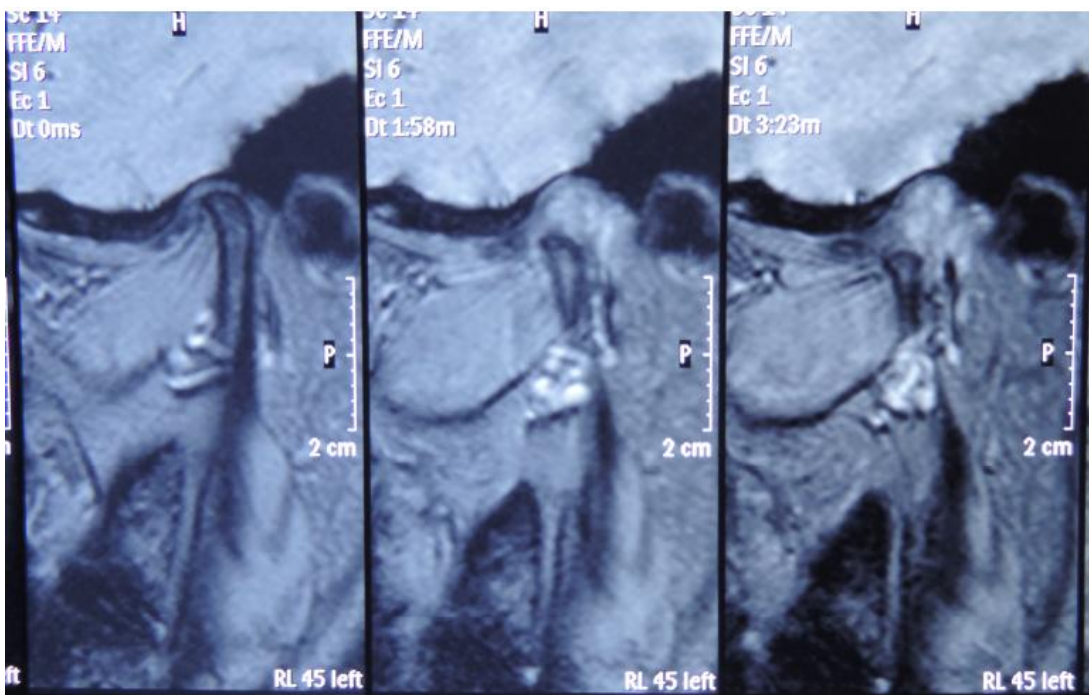


Figura 19 – Ressonância Magnética (lado esquerdo)

Diante do quadro clínico apresentado pela paciente, agravado pela situação clínica da gravidez em que a paciente se encontra, o tratamento inicial proposto de controle medicamentoso fica impossibilitado.

Seguindo o protocolo terapêutico recomendado a próxima fase do tratamento requer a utilização de placas, inicialmente protratora da mandíbula para alívio

sintomático, alívio da carga da ATM, e tentativa de recaptura dos discos articulares luxados. Posteriormente a esta fase inicial de três meses, inicia-se a utilização de uma nova placa (placa miorelaxante) com objetivo de alívio articular permitindo uma melhor cicatrização dos tecido articulares danificados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Disfunção Temporomandibular (DTM) é o termo utilizado para designar o conjunto de desordens que acometem a Articulação Temporomandibular (ATM) caracterizada por dores não dentais localizadas na região da ATM e músculos da mastigação além de desvios e/ou limitações nos movimentos mandibulares, também indicada por sinais clínicos na região otológica.

As DTM são de etiologia multifatorial, sendo seus fatores divididos em traumas, fisiopatológicos e psicossociais, acometendo principalmente adultos jovens, sendo mais comum nas mulheres. Em relação à ocupação, está mais presente em profissionais braçais e naqueles que exercem função de grande desgaste emocional e psicológico, como professores, operadores de telemarketing, diretores financeiros, e alunos de cursos superiores, não apresentando diferenças significativas quando relacionada às classes sociais.

Apresentam sinais e sintomas bem característicos e outros não muito comuns. Dentre os principais estão os sons, como ruídos, estalidos e crepitações; dor e tamponamento do ouvido; as dores na face, cefaleia e músculos; fadiga muscular e a dificuldade no movimento mandibular de abertura.

Para diagnóstico, pode-se lançar mão de vários questionamentos específicos fornecidos pela literatura e utilizar exames de imagem como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, mas é de suma importância a realização dos exames básicos de anamnese, exame físico e bucal.

Quando diagnosticado, o portador de DTM recebe acompanhamento interdisciplinar, podendo seu tratamento ser simples e de intervenções reversíveis como fisioterapia, utilização de placas oclusais e medicação para controle da dor, ou pode ainda ser necessário um tratamento mais complexo com procedimentos

invasivos e irreversíveis, como tratamento ortodôntico, ortopédico, desgastes oclusais e cirurgias ortognáticas ou de ATM.

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. Carlsson GE, Magnusson T, Guimarães AS. Tratamento das Disfunções Temporomandibulares na Clínica Odontológica. 1ª ed. São Paulo: Quintessence; 2006.
3. Campos JADB, Gonçalves DAG, Camparis CM, Speciali JG. Confiabilidade de um formulário diagnóstico da severidade da disfunção temporomandibular. *Rev Bras Fisioter*. 2009; 13(1): 38 - 43.
4. Cauás M, Alves IF, Tenório K, Filho JBHC, Guerra CMF. Incidências de Hábitos Parafuncionais e Posturais em Pacientes Portadores de Disfunção da Articulação Craniomandibular. *Ver Cirurg e Traumat Buco Max Fac*. 2004; 4(1): 121 – 129.
5. Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundefeld MLMM. Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular. *Ver Bras Epidemiol*. 2007; 10(2): 215 – 22.
6. Tomacheski DF, Barboza VL, Fernandes MR, Fernandes F. Disfunção Temporomandibular: Estudo introdutório visando estruturação de prontuário odontológico. *Ci Biol Saúde*. 2004; 10(12): 17-25.
7. Conti PCR, Miranda JES, Ornelas F. Ruídos articulares e sinais de disfunção temporomandibular: um estudo comparativo por meio da palpação manual e vibratografia computadorizada da ATM. *Pesq odontol bras*. 2000; 14(4): 367-71.
8. Mota LAA, Albuquerque KMG, Santos MHP, Travassos RO. Sinais e sintomas associados à otalgia na disfunção temporomandibular. *Arq int otorrinolaringol*. 2007; 11(4): 411-15.
9. Oliveira AS, Bermudez CC, Dias EM, Castro CES, Bérzin F. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. *Jor appl oral sei*. 2003; 11(2): 138-43.
10. Landulpho AB, Silva WAB, Silva FA. Análise dos ruídos articulares em pacientes com disfunção temporomandibular tratados com aparelhos interoclusais. *Jor bras de oclu atm e dor orof*. 2003; 3(10): 112-17.

11. Piozzi R, Lopes FC. Desordens Temporomandibulares: Aspectos Clínicos e Guia para a Odontologia e Fisioterapia. Jor Bras Oclu ATM e Dor Orof. 2002; 2(5): 43-7.
12. Issa JPM, Silva MAMR, Silva AMBR. Disfunções Temporomandibulares e suas implicações clínicas. Rev Dor. 2005; 6(2): 573-8.
13. Maluf AS, Moreno BGD, Alfredo PP, Marques AP, Rodrigues G. Exercícios terapêuticos nas desordens temporomandibulares: uma revisão de literatura. Fisio e Pesq. 2008; 15(4): 408-15.
14. Matos FSF. A utilização das placas mio-relaxantes nas disfunções temporomandibulares [Monografia]. Governador Valadares: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce; 2009.
15. Paiva G, Mazzetto MO. Atlas de Placas Interoclusais. 1ª Ed. São Paulo: Santos; 2008.
16. Marzola FT, Marques AP, Marzola C. Contribuição da Fisioterapia para a Odontologia nas Disfunções da Articulação Temporomandibular. Rev Odonto Ciência. 2002; 17(36): 119-34.
17. Branco CA, Fonseca RB, Oliveira TRC, Gomes VL, Fernandes Neto AJ. Acupuntura como tratamento complementar nas disfunções temporomandibulares: revisão de literatura. Rev Odontol Unesp. 2005; 34 (1): 11-6.

AGRADECIMENTOS

A força de vontade e a persistência me trouxeram até aqui, mas nenhuma conquista seria possível sem o auxílio daqueles que em todos os momentos se fizeram presentes nesta caminhada. Agradeço a Deus pela vida e por todos os dias em quem não me foi permitido, sequer por um único minuto, o malicioso pensamento de desistência, apesar de todas as dificuldades e dúvidas.

Dos meus pais, Anísio e Marilza, reconheço todo o amor, educação e confiança depositados ao longo destes anos. Com vocês pude compartilhar meus maiores sonhos com a certeza de que teria todo o apoio e dedicação de quem não só apenas me deu a vida, mas ensinou-me a vivê-la com dignidade. Obrigada pelo carinho, suporte e orações, vocês são para mim uma fortaleza incontestável!

Agradeço imensamente minha orientadora, a professora Lia Dietrich pelos ensinamentos repassados e pelo tempo e atenção que a mim foram dedicados. Tenho-a não somente como professora exemplar, mas também como grande amiga. Em sua presença fui além de aprender, mas descobrir, pensar, imaginar e me surpreender. Obrigada pela magnífica oportunidade!

Deixo também, o meu muito obrigado a todos os professores do curso de Odontologia. Vocês foram para mim exemplo de profissionais dedicados e professores ideais. Muito Obrigada!

À professora Nayara Lima, agradeço pela paciência e por toda a ajuda cedida desde a fase inicial deste trabalho. Seu esforço foi a peça chave para a minha conclusão. Obrigada!

Agradeço também a todos os meus colegas aos quais convivi durante esses anos. Obrigada pela amizade, pelo companheirismo e por estarem presentes em todos os momentos.