

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**LUIS OTÁVIO GONTIJO
NATHÁLIA CARDOSO BRANQUINHO**

TRISMO: Revisão de Literatura e Relato de Caso

**PATOS DE MINAS
2016**

**LUIS OTÁVIO GONTIJO
NATHÁLIA CARDOSO BRANQUINHO**

TRISMO: Revisão de Literatura e Relato de Caso

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de odontologia

Orientador: Prof. Ms. Marcel Santana Prudente

**PATOS DE MINAS
2016**

LUIS OTÁVIO GONTIJO
NATHÁLIA CARDOSO BRANQUINHO

TRISMO: Revisão de Literatura e Relato de Caso

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em ____ de setembro de 2016, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.º Ms. Marcel Santana Prudente
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º Ms Marcelo Dias Moreira de Assis Costa
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.ª. Ms Lia Dietrich
Faculdade Patos de Minas

TRISMO: Revisão de Literatura e Relato de Caso

Luís Otávio Gontijo e Nathália Cardoso Branquinho

Prof. Ms Marcel Santana Prudente **

RESUMO

Esta revisão de literatura teve como objetivo estabelecer as causas que levam ao desenvolvimento do trismo e compreender formas de tratamento. Uma breve revisão sobre a abertura bucal foi realizada e fisiologicamente há uma abertura entre 40 e 60 mm, valores entre 10 e 35 foram consideradas como trismo. Esta limitação foi correlacionada a exodontias, radioterapias, ao tétano e à disfunção temporomandibular. Cada causa associada possui sua específica forma de tratamento. Em relação a exodontia foi sugerido o uso de medicação pré-operatória para evitar o desenvolvimento. Na radioterapia, o trismo passa a ser tratado multidisciplinarmente, principalmente com as terapias fisioterápicas. Em relação ao tétano, o trismo é uma das primeiras manifestações e podemos alertar o cirurgião dentista que caso o paciente apresente enrijecimento da musculatura de outras partes do corpo, o paciente deve ser encaminhado imediatamente para avaliação médica. Por fim, observa-se o trismo em pacientes com disfunção temporomandibular, deste modo o cirurgião dentista possui uma grande capacidade de gerenciar o tratamento.

Palavras-chave: Trismo, Odontologia, Tratamento, Abertura bucal

ABSTRACT

The literature review aimed to establish the causes that lead trismus development and understand the treatment. Physiologically, the opening of mouth ranged between 40 and 60 mm. Lower values between 10 and 35 were considered as trismus. This limitation was correlated to teeth extraction, radiotherapies, tetanus and temporomandibular dysfunction. The trismus after extraction treatment is avoid with previously medicines. In radiotherapy, the patient with trismus received multidisciplinary treatment with physiotherapeutic therapies. In relation to tetanus, trismus is the first signs and dentists might diagnosis and require the hospital treatment after other musculature limitation of other parts of the body. Finally, trismus is observed in patients with temporomandibular dysfunction, in this way the dentist has a great capacity to manage the treatment.

Keywords: Trismus, Dentistry, Treatment, Opening mouth

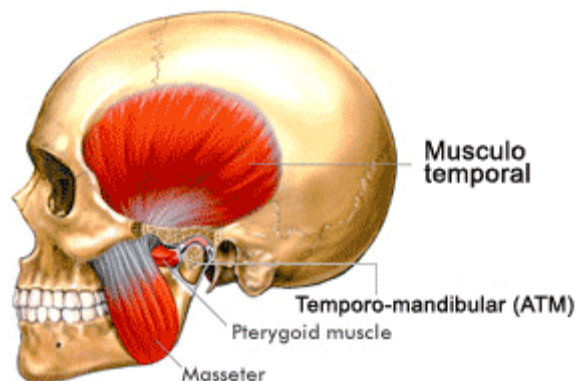
Alunos do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) formando no ano de 2016.

**Professor de Prótese no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Implantes e Mestre em Clínica odontológica pela faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. marcel_prudente@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O sistema estomatognático é uma unidade morfofuncional composto por diferentes estruturas como Articulação Temporomandibular (ATM), ossos, Sistema neuro-muscular, ligamentos e outras estruturas anatômicas. (Figura 1)

Figura 1. Articulação Temporomandibular.



Estas estruturas trabalham em conjunto para permitir os movimentos mandibulares. A ATM e o sistema neuromuscular são considerados de fundamental importância na realização dos movimentos mandibulares.^(1,2,3,4,5,6) Fisiologicamente estes movimentos permitem a abertura bucal. Neste processo ocorre a rotação e translação do côndilo após a ação dos músculos abaixadores da mandíbula. Esta atuação muscular sobre a mandíbula produz um padrão de abertura de boca em um indivíduo saudável está entre 40 a 60 mm.^(4,5,7)

Em algumas situações os movimentos mandibulares se tornam limitados e recebem a denominação de trismo. Define-se trismo como um espasmo miofacial acompanhado de dor muscular e pode ser causado por uma injúria às fibras musculares, por grandes alterações e desordens oclusais, extrações com tempo prolongado, múltiplas injeções anestésicas locais próximas a músculos levantadores, tratamento oncológico na região da face, tétano, fator emocional, e infecções pós-operatória que leva a limitação da abertura de boca.^(8,9,10,11)

Momentos de tensão, preocupação, agitação e estresse podem também promover uma hiperatividade muscular e acúmulos de toxinas musculares que interferem nos movimentos mandibulares. Como consequência desta disfunção temos a dificuldade de alimentação, interferência na higiene oral pela restrição de

abertura, podendo até mesmo afetar a fala e a aparência facial. Em casos mais graves, o trismo completo pode representar um risco considerável para a função pulmonar em respiradores bucais. ^(7,9)

Buscando a reversão desta patologia, temos descrito na literatura a atuação multiprofissional de áreas como Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Odontologia, Otorrinolaringologia e Reumatologia. ⁽⁶⁾ Este trabalho tem como objetivo apresentar uma Revisão de Literatura sobre o Trismo, descrevendo suas características, causas e formas de tratamento como também relatando um caso clínico em que a paciente possui trismos recorrentes. Para a realização deste trabalho as buscas foram feitas em alguns bancos de dados, assim como PubMed, Google Acadêmico, Periódicos Cape, Biblioteca da UFU. Dos artigos encontrados, foram selecionados 26 para a realização desta revisão de literatura.

O sistema estomatognático funciona como uma unidade morfofuncional composta por um conjunto de estruturas moles e duras que deve trabalhar de forma integrada e sincronizada. Havendo alterações em um de seus componentes pode determinar um desequilíbrio de seu funcionamento, e pode ter como consequência uma Disfunção Temporomandibular. ^(1,2,3)

A Articulação Temporomandibular (ATM) trata-se de um sistema articular complexo e dinâmico, que faz comunicação da mandíbula, único osso móvel do crânio, com a base craniana, em especial ao osso temporal. Essa articulação é responsável pelos movimentos mandibulares que estão relacionados com as funções de mastigação, deglutição fonação e postura. ^(1,2,3,6) A ATM também pode ser classificada como articulação sinovial, devido ao fato de produzir o líquido sinovial que tem função nutritiva e lubrificante. No movimento de abertura, o côndilo gira, e quase de forma imediata começa seu movimento de translação em direção à fossa glenóide em sua porção anterior. ⁽²⁾ Já no fechamento, a ação do côndilo ocorre contrária, ocorrendo contração do ventre superior do pterigoideo lateral, fornecendo uma tensão que vai manter o disco em interposição entre o côndilo e a fossa. ⁽²⁾

Conjuntamente o disco articular também está em equilíbrio com o sistema. É definido como uma placa ovalada que separa a ATM em duas cavidades que são recíprocas e congruentes de tal forma que o côndilo e a eminência articular do osso temporal se encontram em contato contra a superfície oposta do disco é constituída de um tecido conjuntivo denso e fibroso sem inervação e sem vascularização, apresentando irreversibilidade em casos de lesão. ⁽³⁾ Em sua parte posterior, ele está

ligado a cápsula por um coxim esponjoso retrodiscal que mostra uma área de tecido frouxo bastante vascularizado, denominando zona retrodiscal. ^(1,3) Já pela frente, o disco está em conexão com a cápsula onde se insere o feixe superior do músculo pterigoideo lateral, isto se dá através da cápsula da parte média do bordo anterior do disco. ⁽³⁾ Ele atua como estabilizador para a cabeça do côndilo no movimento de abertura devido ao fato de ser flexível e elástico. ^(2,3)

Para limitar estes movimentos, os ligamentos possuem receptores mecânicos e sensitivos (em caso de dor), que funcionam como estruturas proprioceptivas que monitoram os movimentos, posições dos componentes articulares, estabiliza os movimentos e evita que as estruturas ultrapassem seus limites, conferindo limitação de movimento. ⁽¹⁾ Estes ligamentos são denominado: ligamento temporomandibular e o esfenomandibular. ⁽¹⁾

Apesar da existência da ATM, nenhum movimento pode ser realizado sem ação neuromuscular. Este Sistema é constituído de músculos esqueléticos que possuem função elevadora, abaixadora e estabilizadora do único osso móvel da face, suas funções dependem da ação motora do sistema nervoso central. ^(1,2) Esses músculos são classificados como músculos elevadores (temporal, masseter e pterigoideo medial), músculos depressores (pterigoideo lateral, digástrico, geni-hioideo e milo-hioideo) e músculos auxiliares (bucinador, orbicular dos lábios e zigomático maior e menor). Os músculos auxiliares apesar de não estarem relacionados com a função mastigatória, participam de forma ativa nas funções estomatognáticas. ^(2,3)

Durante o movimento de abertura os músculos elevadores da mandíbula relaxam e ocorre a ativação dos músculos depressores. ⁽²⁾ O padrão de normalidade para abertura de boca está entre 40 a 60 mm (Tabela 1).

Tabela 1. Valores de abertura mínima e máxima em condição fisiológica.

Autor/Ano	Mínimo	Máximo
Melo et al, 2015	40 mm	-
Silva et al, 2015	40 mm	60 mm

TRISMO

Quando a abertura de boca possui valores inferiores ao padrão de normalidade considera-se que o paciente possui trismo e diversos valores são apresentados na literatura (Tabela 2).^(4,5,7,12,13)

Tabela 2. Valores máximo de abertura em pacientes com trismo em milímetros.

Autor/Ano	Máximo
Andrew, 2012	25 mm
Jolanda et al, 2016	35 mm
Melo et al, 2015	20 mm
Silva et al, 2015	35 mm
Flores et al, 2015	10 mm

Como definição, Trismo é uma contração tônica dos músculos da mastigação (masseter, temporal ou pterigoideos) causando a limitação da abertura bucal. O diagnóstico da abertura bucal é feito clinicamente através de medidas realizadas com uma régua posicionada entre os bordos incisais dos incisivos superiores e inferiores, quando o paciente faz a máxima abertura bucal de modo que não traga dor ao paciente.^(10,14)

Algumas causas foram correlacionadas com o Trismo após a Revisão de literatura aqui proposta. Estão relacionadas com a limitação de abertura bucal: Tétano, exodontia, radioterapia, DTM. Cada relação será discutida abaixo:

Trismo e tétano

Tétano é uma doença infecciosa aguda e grave, imunoprevenível, que acomete na maioria das vezes homens, quando não tratada corretamente pode levar ao óbito do paciente através da insuficiência respiratória ocasionada pelos espasmos que ocorrem nos músculos respiratórios, tem contaminação através do bacilo anaeróbio Gram Positivo, o *Clostridium tetane*, que se encontra em solos fertilizados em formas de poros.^(15,16)

Essa contaminação ocorre de forma generalizada em que a neurotoxina liberada pelo bacilo, a Tetanospamina difunde na corrente sanguínea, a partir de uma ferida, queimadura, procedimentos cirúrgicos ou pelo uso de drogas injetáveis, e se liga nas terminações dos nervos motores periféricos sendo transportadas posteriormente ao Sistema Nervoso Central, causando as contrações musculares quando não tratada. ^(15,16)

Seu diagnóstico clínico é iniciado por espasmos musculares moderados dolorosos nas regiões de boca, face e pescoço. E rapidamente o aparecimento de trismo que evolui para rigidez dorsal, torácico- abdominal e dos músculos da laringe, tendo comprometimento respiratório. ^(15,16)

O tétano pode ser prevenido através da vacinação, porém se houver contaminação e diagnóstico correto, o tratamento adequado será realizado a nível hospitalar pela equipe médica. ^(15,16)

Trismo e exodontia

A exodontia dos terceiros molares inferiores foi um dos procedimentos que mais apresentaram relato de trismo no pós-operatório, porém terceiros molares impactados e erupcionados parcialmente podem desenvolver processos de pericoronarite evoluindo também para o trismo. Procedimentos realizados durante o processo cirúrgico (dentre eles odontosseções, ostectomias, grandes quantidades de perfurações, tempo cirúrgico prolongado) ou a presença de infecções próximos aos músculos elevadores ou depressores podem potencializar o desenvolvimento do trismo. Este fato ocorre principalmente em exodontia de dentes inclusos ou impactados que gera como resposta espasmo muscular, inflamação dos tecidos, que pode também ser acompanhado com hematomas. Estudos comprovam que a idade do paciente pode influenciar nas complicações pós-operatórias, pacientes com idade superior à 24 anos foram os que mais apresentaram estas complicações. ^(3,5,8,17,18,19)

Decorrente destes processos espasmos musculares podem ocorrer, como também a articulação temporomandibular pode sofrer processos inflamatórios crônicos ou agudos. Como tratamento de primeira escolha pode-se lançar mão de anti-inflamatórios associados a terapias utilizando calor, através de compressas. Segundo Sidebottom, (2013) sempre que não houver uma causa relacionada à

dificuldade de abertura bucal, utiliza-se anti-inflamatório não esteroidais como terapia. Deste modo pode-se utilizar Ibuprofeno e Nimesulida para a redução da inflamação e da dor. Algumas terapias sugerem o uso de corticosteroides para o controle em casos cirúrgicos de maior complexidade, porém estes possuem efeitos colaterais. ^(6,9,10,19) O quadro 1 mostra a melhor opção de protocolo medicamentoso encontrada para evitar o trismo como complicação pós operatória.

Quadro 1.. ⁽¹⁹⁾

Autor/Ano	Medicamento	Via de Administração	Posologia
Selimovic et al, 2016	Meloxicam 15 mg	Uso oral	01 comp, 01 hora antes da cirurgia, durante dois dias após a cirurgia
	Metilpredisolona 32mg	Uso oral	01 comp, 01 hora antes da cirurgia, e 12 horas após a cirurgia
	Meloxicam 15 mg / Metilpredisolona 32 mg	Uso oral	01 comp, 01 hora antes da cirurgia, durante dois dias após a cirurgia / 01comp, 01 hora antes da cirurgia, 12 horas após a cirurgia.

Outra forma de tratamento de trismo no pós operatório de exodontia, é a laser terapia. Esta é realizada com um equipamento de laser de baixa intensidade no comprimento de onda de 904nm e potência de 25 w, com emissão infravermelha pulsátil. São feitas duas aplicações intra-orais, localizada nas regiões próximas aos alvéolos que foram submetidos à exodontias, entre 24 e 48 horas após ao procedimento cirúrgico.⁽³⁾

A má higienização feita pelos pacientes no pós-operatório cirúrgico pode também gerar uma infecção seguida de trismo, uma vez que por falta de orientação

muitos pacientes deixam de fazer a escovação na região da extração. Assim, orientar a escovação da língua, já se pode eliminar, um grande quantidade de microrganismos porque há uma retenção de alimentos e bactérias na região, podendo assim ocorrer processos infecciosos e inflamatórios como alveolites. Como medicação de uso colutório, a higienização do local cirúrgico pode ser realizada através de bochechos com gluconato de clorexidina a 0,12%. Controle do acúmulo de resíduos podem ser realizado com escovas extra macias porém, movimentos vigorosos devem ser evitados. Dependendo da limitação de abertura bucal, e da área cirúrgica, a higienização deve ser realizada pelo Cirurgião Dentista através de visitas ao consultório odontológico, pela dificuldade do paciente em realizar essa limpeza. ^(13,17,20)

Trismo e radioterapia

Um dos efeitos colaterais gerados durante a radioterapia é o trismo, promovendo dificuldades no tratamento de pacientes oncológicos. ^(12,13,14) Segundo Graziani 2006, o trismo é caracterizado por espasmo dos músculos mastigatórios causados pela radioterapia com incidência de 5% a 50% dos pacientes que recebem radiação na área de cabeça e pescoço, ocorrendo em maior número em tratamentos para câncer de nasofaringe. ^(5,7,9,12,14,21) Clinicamente a limitação da abertura bucal aparece de forma indolor, mas causa dificuldades para os pacientes tais como, mastigação, fonação, higiene bucal. ^(12,14)

O desenvolvimento do trismo após a radioterapia não são bem compreendidos, mas as causas mais aceitas é que causa lesão direta no músculo gerando contratura e fibrose muscular. ^(14,25) As várias sequências de aplicação de radiação nos músculos ou na ATM causam uma fibrose tecidual, que leva ao trismo ocorrendo a limitação da abertura bucal, causando uma dificuldade no tratamento do paciente consequentemente doenças periodontais podem aparecer. ⁽⁷⁾

Para esses casos onde existe algum tumor e a radioterapia seja a causa do trismo, a forma de tratamento indicada é a fisioterapia, para que o paciente ganhe uma qualidade de vida melhor e ocorra um ganho de funcionalidade na abertura bucal, consideram também um tratamento multidisciplinar incluindo médico, cirurgião-dentista, psicólogo, fonoaudiólogo. ^(7,13,14)

Através de estudos realizados Silva (2015), observou-se uma melhora na abertura bucal após sete sessões de tratamento fisioterápico não havendo recidiva após 1 ano de acompanhamento.⁽¹⁴⁾ Estes tratamentos fisioterápicos são realizados com a simples utilização de tampões de borrachas, saca-rolhas, abaixadores de língua estimulando o alongamento da abertura de boca realizados no mínimo duas vezes ao dia visando a melhora na qualidade de vida do paciente. Dispositivos mais elaborados como Dynasplit Trismus System (DST) também pode ser indicado para estimular a abertura e estiramento muscular. É importante que o paciente colabore, para que os exercícios de abertura bucal sejam realizados e que ocorra o efeito desejado, causando um conforto e uma melhora na abertura bucal.^(11,12,21)

Uma outra opção é o uso de ultrassom terapêutico na região muscular que promove um aumento da vascularização dos tecidos, hiperoxigenação, relaxamento muscular e um aumento na capacidade de regeneração tecidual.^(7,14) A termoterapia que consiste na aplicação de calor local promovendo vasodilatação, e analgesia, reduz a rigidez muscular e relaxamento muscular podendo ser usada como adjuvante. Porém, quando a dor é de origem aguda inflamatória, a crioterapia (aplicação de frio), pode reduzir o espasmo muscular, sendo aplicado imediatamente após as lesões, reduzindo a atividade do fuso muscular elevando o limiar de disparo, reduzindo o tônus muscular.^(7,14)

Trismo e DTM

A articulação temporomandibular está diretamente relacionada com a abertura de boca, juntamente com os músculos mastigatórios movimentando o único osso móvel da face.^(1,2,6)

Disfunção Temporomandibular é definida por um conjunto de desordens clínicas que estão relacionadas a articulação temporomandibular, como trismo, bruxismo, cefaléia, estresse, ansiedade, que acarretam a um desequilíbrio estrutural e muscular. O diagnóstico é feito na anamnese com relatos de dor, estalos na região articular, dificuldade de mastigação, dores de cabeça constantes assim como achados clínicos feitos pelo cirurgião dentista, desgaste dentário recessões gengivais e discrepância entre Máxima intercuspidação habitual e Relação cêntrica.^(4,6,22,23,24)

Bruxismo é caracterizado como um hábito parafuncional de ranger ou aperta os dentes, em momentos que estão fora de sua função normal, gerando contração dos músculos elevadores da mandíbula, e pode desenvolver rigor muscular. Está ligado ao fator emocional do paciente, podendo haver reflexos no periodonto, músculos faciais e ATM. Este fenômeno ocorre de forma inconsciente, normalmente durante o sono. ⁽⁵⁾ Sua etiologia pode ser multifatorial, sabendo que está sempre relacionado ao fator emocional e/ou a desordens oclusais. Sendo que o fator psicoemocional é o mais importante. ⁽⁵⁾

O bruxismo pode ser classificado como cêntrico que é o apertamento maxilo-mandibular sem deslizamento, e excêntrico caracterizado pelo rangimento, em que tem apertamento e deslizamento dos dentes em posições de lateralidade e protrusão. ⁽⁵⁾ Pelo fato da maioria dos danos causados pelo bruxismo serem irreversíveis, deve-se diagnosticar o paciente o mais rápido possível. O diagnóstico é iniciado na anamnese através de relatos feitos pelo paciente indicando limitação da abertura bucal e ruídos da ATM, causados pela fadiga e dor muscular na face, dores como uma pressão na região da fonte e do músculo temporal, e atrás dos olhos. Essas dores podem ser unilaterais ou bilaterais. ⁽⁵⁾

A sintomatologia dolorosa nas regiões musculares é evidenciada quando essas regiões são palpadas manualmente, apresentando pontos sensíveis localizados, principalmente na região temporal. Nos casos mais severos de bruxismo, o paciente pode apresentar trismo, que altera o padrão de abertura e fechamento mandibular causando problemas na fala e na mastigação. ^(1,5)

O tratamento deve ser multidisciplinar, pois abrange aspectos médicos, dentários e psicológicos do paciente. Esses profissionais devem analisar a etiologia e escolher o melhor meio para eliminá-la. ^(1,2,4,5,6,22,24)

No tratamento para diminuir o stress e a dor o paciente faz fisioterapia com sessões de massagem e relaxamento muscular. Nos casos das desordens oclusais o cirurgião dentista faz o ajuste oclusal para minimizar os danos gerados pelo bruxismo. Placas interoclusais, que também são denominadas como placas oclusais ou mio-relaxante total, é uma forma de tratamento evitando o ranger dos dentes e causando um relaxamento muscular. Essas placas são feitas de material rígido, ajustada em Relação Cêntrica, com superfície oclusal plana e com características de uma oclusão normal. Medicação mio-relaxantes pode ser utilizada como tratamento, para oferecer um conforto maior ao paciente, para que os tratamentos tenham um

maior benefício possível para o paciente é necessário que a haja uma colaboração do mesmo utilizando corretamente as terapias indicadas para cada caso.^(1,2,4,5,6,11,23)

Estudos mais recentes indicam como tratamento químico a Toxina Botulínica (BTX) produzida por uma bactéria anaeróbia chamada *Clostridium botulinum* que tem ação paralisante devido sua ação inibidora na liberação de acetilcolinas junções musculares. Deve ser injetado a cada 3 meses a uma quantidade de apenas 400 µm (equivalente a milésima parte de um milímetro) de BTX. Esse tratamento além de ter custo alto, deve ser realizado apenas em casos severos, por profissionais que dominem a anatomia e a farmacologia.^(5,10)

Uma forma de tratamento que vem sendo estudada é a artrocentese, porém é utilizada quando há o diagnóstico de deslocamento do disco sem redução e geralmente pode ser diagnosticada por uma dor tipo pressão na região do ouvido e limitação da abertura bucal. Esta terapia que visa lavar o espaço articular superior, liberando o disco articular e rompendo as adesões entre o disco e a fossa articular. A artrocentese é realizada através de uma irrigação que é feita por um solução fisiológica salina, com o paciente sobre efeito de anestesia local. A técnica pode ser realizada com duas agulhas onde a solução entra por uma das agulhas e é drenada pela outra, e com apenas uma agulha onde a solução é injetada no paciente com a boca aberta, que em seguida pede-se para ele feche-la e através desse movimento a solução é drenada pela mesma agulha. A função dessa lavagem é tirar a pressão negativa que está dentro da fossa, restabelecendo a relação fisiológica cêndilo/fossa e devolvendo os movimentos e reestabelecendo a abertura bucal.^(10,23)

Outro método complementar de tratamento da DTM é a acupuntura, uma técnica milenar da Medicina Tradicional Chinesa (TMC). Esta técnica significa inserir agulhas em pontos específicos da pele, denominado acupontos, e tem a finalidade de reduzir a tensão muscular através da liberação de opióides endógenos. A acupuntura não é uma técnica invasiva e nem provoca efeitos colaterais por utilizar mecanismo de analgesia do próprio organismo através da inserção de agulha nesses pontos específicos. Suas aplicações mais frequentes são: no pré atendimento como por exemplo em pacientes com fobia ao tratamento odontológico, durante os procedimentos de cirurgia, dentística, periodontia e endodontia, para controle de dor em casos de DTM, bruxismo, trismo, e no pós-operatório. Existem vários protocolos referentes aos acupontos, ao tipo de estimulação, ao número de sessões e aos intervalos entre as mesmas. Porém esses valores e localizações vão

variar de acordo com a necessidade de cada paciente. Cabe ao cirurgião dentista capacitado na área definir o melhor plano de tratamento em cada caso.

CASO CLÍNICO

Paciente NCB, procurou atendimento na Faculdade Patos de Minas com queixa principal de trismo, na anamnese a paciente relatou que o trismo era recorrente. Na avaliação da história médica, foi relatado uma cirurgia no ano de 2007 para remoção de nódulos na cadeia de linfonodos na região submandibular esquerda, e de cistos nas cordas vocais. Durante o procedimento houve necessidade de intubação. Após um mês ao procedimento cirúrgico, a paciente apresentou o primeiro caso de trismo seguido de edema na região temporomandibular esquerda. Foi prescrito como medicação de uso oral o cloridrato de ciclobenzapina 10 mg (Musculare), e teve como recomendação a aplicação de compressa quente no local. Após três dias o quadro de trismo melhorou e o edema diminuiu. Porém, após esse acontecimento a paciente relata apresentar quadros de trismo recorrentes, e dores na região da face. A cirurgia foi realizada por três vezes para a remoção de tecido que persistia em desenvolver.

Considerando o recorrente trismo, a paciente procurou atendimento odontológico, por volta dos 15 anos e foi proposto como tratamento o uso de placa mio-relaxante para amenizar a dor causada pelo trismo. Paciente relatou que após o uso, não adaptou com o aparelho e não sabe se houve melhora, pois usou medicamento relaxante muscular simultaneamente. Foi relatado também que o trismo ocorria também em situações de stress e ansiedade. Nestes períodos paciente relata apertamento dentário e desconforto muscular. Durante a mastigação de alimentos duro, apresenta sensação dolorosa, dificultando a mastigação e também a sua vida social. No exame clínico foi constatado a limitação na abertura bucal máxima de 15 mm sem dor e de 35mm com dor, presença de dentes girovertidos e discrepância entre máxima intercuspidação habitual e Relação Cêntrica devido a presença de contatos prematuros. (Fig 2,3)

Fig.2 Abertura bucal em condições normais sem dor.



Fig 3 Abertura bucal em condições normais com dor.



A duração de cada evento de trismo permanece em média 5 dias, limitando alimentação e comunicação. O último episódio de trismo relatado pela paciente ocorreu após uma cirurgia de Bichectomia realizada em julho de 2016, durante 10 dias. No exame clínico foi observado limitação da abertura bucal sem dor de 10 mm e com dor de 15mm. Sempre que era submetida a atendimento odontológico havia dificuldade na abertura bucal e após o tratamento sentia dores e trismo.

Fig 4 Abertura bucal sem dor durante o trismo.



Fig 5 Abertura de bucal com dor durante o trismo.



TRATAMENTO

Na primeira sessão foi realizada a moldagem da paciente para a obtenção do modelo de estudo para a montagem em Articulador Semi Ajustável (ASA), foi feito a confecção do Jig de Lúcia e registro em resina da Relação Cêntrica. Na segunda sessão com o modelo em gesso, realizou o registro no arco facial. (Fig 6,7) E a montagem do modelo de gesso no ASA seguido da análise da interferência oclusal. (Fig 8,9)

Fig 6 Registro no arco facial.

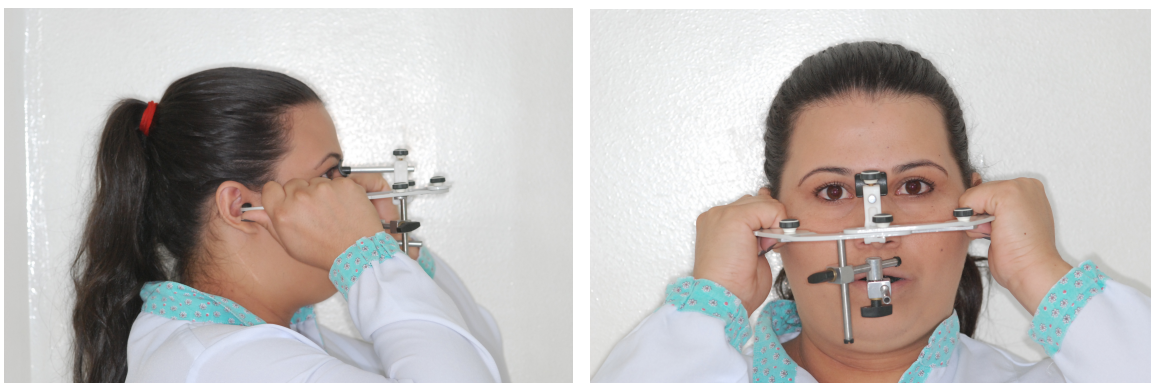


Fig 7 Registro no arco facial.



Fig 8 Montagem do modelo de gesso no ASA.

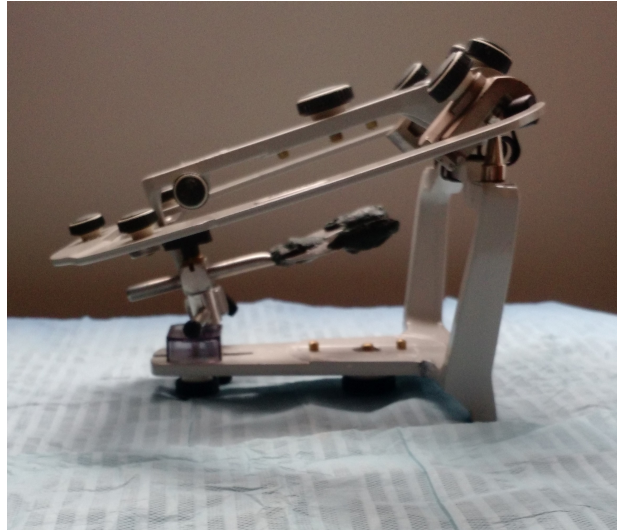


Fig 9 Montagem do modelo de gesso no ASA.



O tratamento indicado para a paciente foi primeiramente ortodôntico para o alinhamento e nivelamento dentário, porém por motivos financeiros e estéticos não foi realizado. Então foi proposto um ajuste oclusal com o objetivo de eliminar as discrepâncias oclusais. Na terceira seção iniciou o ajuste oclusal da paciente e após

utilização do Jig por 5 minutos para ocorrer a desprogramação neuromuscular a manipulação do paciente foi realizada. Para este tratamento o paciente foi orientado a projetar a cabeça para traz e língua no palato, levando o côndilo para o centro da fossa do osso temporal durante a manipulação até identificar o contato prematuro. Após a análise da discrepância e realizada o ajuste oclusal a paciente relatou conforto muscular no dia-a-dia.

Pela presença de pericoronarite nos terceiros molares inferiores, o que também pode estar causando inflamação muscular e conseqüentemente o trismo, foi orientada a realizar a extração dos terceiros molares também como forma de tratamento a exodontia dos dentes 28, 38 e 48.

Diante da Revisão de Literatura uma provável causa de recorrentes trismos foram atribuídos aos procedimentos cirúrgicos. Possivelmente a ausência da cadeia de linfonodos na região cervical causa acúmulo de linfa, a drenagem limitada e possivelmente uma das causas da limitação da abertura bucal. Considerando os trismos recorrentes, sem nenhuma causa cirúrgica associada, pode-se suspeitar que a discrepância oclusal seria uma causa, tratada pelo ajuste oclusal e uma fibrose da musculatura decorrente do acesso cirúrgico poderia ser outra hipótese, deste modo seria afetado os músculos depressores da mandíbula limitando a abertura bucal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trismo é uma patologia que envolve o aparelho estomatognático, resultando limitação da abertura de boca. Valores normais de abertura bucal estão entre 40mm a 60mm. Uma limitação de abertura bucal menor que 40mm é determinado trismo e está ao desequilíbrio da ATM, disco articular e côndilo mandibular. Dentre as causas estão: DTM, radioterapia, exodontia, tétano, fatores psicológicos. Seu diagnóstico é feito através de anamnese, exames físicos, clínicos e radiográficos.

O tratamento para o trismo, na maioria das vezes não é realizado apenas por cirurgiões dentistas, e sim, por uma equipe multidisciplinar, envolvendo também médicos, fisioterapeutas e psicólogos desde que sejam aptos para trabalhar na área.

REFERÊNCIAS

- 1 – Nogueira MF. Disfunção da articulação temporomandibular (DTM) e mastigação: Uma relação de causa e efeito. [TCC]. Recife: Centro de especialização em fonoaudiologia clínica; 2001.
- 2- Morimitsu L. Disfunção temporomandibular causas e efeitos.[TCC]. Londrina: Centro de especialização em fonoaudiologia clínica; 2000.
- 3- Laureano Filho JR, Camargo IB, Firmo ACB, Silva EDO, A influência do laser de baixa intensidade na redução de edema, dor e trismo no pós-operatório de cirurgia de terceiros molares inferiores inclusos: resultado de preliminar com 13 casos.
- 4- Favero EK. Disfunções da articulação temporomandibular uma visão etiológica e terapêutica multidisciplinar. [TCC]. São Paulo: Centro especialização em fonoaudiologia clinica motricidade oral; 1999.
- 5- Rodrigues CK, Ditterich RG, Shintcovsk RL, Tanaka O. Bruxismo: Uma revisão da literatura. set. 2006. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 12 (3): 13-21.
- 6- Silva HF. Farmacoterapia como coadjuvante no tratamento da disfunção temporomandibular. TCC. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba;2011.
- 7- Melo AUC, Ribeiro CF, Prata Sobrinho JR, Calasans FJCP, Nascimento MJ, Carvalho FLO. Trismo decorrente da radioterapia em cabeça e pescoço - abordagem fisioterápica.2015,ClipeOdonto – UNITAU, 7(1):37-44.
- 8- Martins M, Garcia MAP, Fernandes MV, Reis EMF, Vilela RR, Azevedo TS et al. Principais complicações clínicas odontológicas pós-operatórias da cirurgia de terceiro molar incluso/impactado. Vol.9. São Paulo, Brasil. ConScience Saúde.2010
- 9- Flores JÁ, Machado E, Flores FW. Avaliação da prevalência de trismo em pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. jan./mar.2007. RGO, Porto Alegre,v.55, n.1, p. 17-22.
- 10- Sidebottom AJ. How do i manage restricted mouth opening secondary to problems with the temporomandibular joint?. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 4 December 2012. Access in: 2016. Available in: www.com

- 11- Chen Y, Lin C, Lo L. A device for temporomandibular joint exercise and trismus correction: design and clinical application. *Journal of Plastic.* 21 May 2007. Access in: 2016. Available in: www.jprasurg.com
- 12- Kamstra JL, Reintsema H, Roodenburg JLN, Dijkstra PU. Dynasplint Trismus System exercises for trismus secondary to head and neck câncer: a prospective explorative study. Published online: 2016. This article is published with open access at Springerlink.com.
- 13- Johnson J, Johansson M, Rydén A, Houltz E, Finizia C. The impact of trismus on health-related quality of life and mental health. Department of Oncology Blastraket 2, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg;2016.
- 14- Silva KB, Dias FAP, Silva Junior AMR, Amaral AA, Marques Filho MF. Abordagem fisioterápica no tratamento do trismo em carcinoma de orofaringe. , Janeiro / Fevereiro / Março 2015. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v.44, nº 1, p. 18-19
- 15- Baldessar MZ, Bolan RS, Vargas FR, Moretti G, Bettiol J. O trismo como primeira manifestação do tétano. 2006. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 35, no. 2.
- 16- Tapajós R. Trismo, opistótono e riso sardônico: quem se lembra dessa doença?. 2011. *Rev Bras Ter Intensiva*; 23(4):383-387.
- 17- Aguiar ASW, Oliveira ACX, Martins PC, Freire ROM. Avaliação do grau de abertura e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos. julho/setembro 2005; *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.5, n.3, p. 57 – 64.
- 18- Oliveira LB, Schmidt DB, Assis AF, Gabrielli MAC, Hochuli-Vieira E, Pereira Filho VA. Avaliação dos acidentes e complicações associados à exodontia dos 3º molares, abril/junho 2006. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.6, n.2, p. 51 – 56.
- 19- Selimovic E, Seper LI, Sisic I, Sivic S, Huseinagic S. Prevention of trismus with different pharmacological therapies after surgical extraction of impacted mandibular third molar. Volume14, Number 1. *Medicinski Glasnik*; 2016.
- 20- Mariano RC, Feltran KP. Avaliação da influência da limpeza do dorso de língua na incidência de alveolite no controle de dor, edema e trismo pós-extração de terceiros molares inferiores e superiores retidos.

- 21- Caccelli EMN, Rapoport A. Para-efeitos das irradiações nas neoplasias de boca e orofaringe. Para-efeitos das irradiações nas neoplasias de boca e orofaringe.
- 22- Graziani RC, Bankoff ADP, Zamai CA. Alterações posturais relacionadas com a disfunção da articulação temporomandibular e seu tratamento. N.8, Espírito Santo de Pinhal: Movimento e Percepção; 2006.
- 23- Busana CQ. Avaliação da eficácia da técnica modificada da artrocentese utilizando uma agulha. TCC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
- 24- Santos MC. Cefaleia e disfunção temporomandibular: classificação e diagnóstico. Revista Dentística on-line 9, número 19,2010.
www.ufsm.br/dentisticaonline
- 25- Garbelotti TO, Turci AM, Serigato JMA, Pizzol KEDC, Micheloni ALF. Eficiência da acupuntura no tratamento de disfunções temporomandibulares e sintomas associados. Revista dor. [periódico na internet]. 2016 [acesso em 22 de dezembro de 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000300223&script=sci_arttext&lng=pt.
- 26- Sousa MLR, Mashuda CS, Sato JE, Siqueira JTT. Efeitos da acupuntura em adultos com disfunção temporomandibular. Revista dor. [periódico na internet]. 2014 [acesso em 22 de dezembro de 2016]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180600132014000200087&script=sci_arttext&lng=pt.

AGRADECIMENTOS

Deus, obrigado por nos iluminar, dando força e coragem por toda essa caminhada.

Um agradecimento mais que especial aos nossos pais e irmãos que se dedicaram nos dando amor e apoio em todos os momentos passando sempre a certeza de que nunca estaríamos sozinhos, e principalmente por eles acreditarem e investirem em nosso sonho.

Aos professores que são verdadeiros mestres, nos doando sempre a melhor coisa que se pode receber, o conhecimento. Aos professores que fazem parte da nossa banca examinadora Lia e Marcelo, em especial ao nosso orientador Ms. Marcel Prudente, pela dedicação e por acreditar que nós seríamos capazes de fazer este trabalho.

Agradecemos também aos nossos colegas, e principalmente aos verdadeiros amigos que fizemos ao longo desses cinco anos e levaremos para sempre, Ericka Santana, Lorrane Cristina, Pâmela Cristina Silvia Letícia e Tatiele Cristina.

E um agradecimento especial a Faculdade Patos de Minas, por toda a estrutura e amparo que nos ofereceu em todos os momentos, principalmente aos orientadores do curso, Fernando Nascimento e Roberto Góes.

Somos muito gratos por todos vocês participarem do nosso sonho.