

DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES, DORES OROFACIAIS E SUA REFLEXÃO PSICOSSOCIAL

TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS, OROFACIAL PAINS AND ITS REFLECTION PSYCHOSOCIAL.

LUANNA MALDANER DE OLIVEIRA¹, CLEVERSON DE OLIVEIRA E SILVA², SUZANA GOYA³, FABIANO CARLOS MARSON⁴, PATRICIA SARAM PROGIANTE^{5*}

1. Acadêmico do Curso de graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Mestre e doutor em Periodontia – Unicamp e Ohio State University. Professor adjunto de Periodontia UEM e Uningá. Coordenador de residência em Periodontia UEM e do mestrado em implante Uningá. 3. Professora adjunta da Universidade Estadual de Maringá. 4. Mestre em dentística restauradora – UFS (2002). Doutor em dentística restauradora – UFSC (2006). Pós-Doutorando UEM. Professor visitante na University of Florida (2011-2012) e East Caroline University. Coordenador da especialização em Prótese Dental Prees- Maringá e NEAO- João Pessoa. 5. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, Doutora em Prótese Dentária pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2012). Mestrado em Prótese Dentária pela Faculdade São Leopoldo Mandic (2007). Especialista em Prótese Dentária e Disfunção Temporomandibular Profa. Adjuntado Curso de Odontologia da UNINGÁ (Disciplina de Prótese Dentária, Oclusão e Clínica Integrada I e II) Profa. Efetiva do Mestrado em Prótese Dentária pela Uningá. Possui experiência clínica na área de Odontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Diagnóstico, Prótese Dentária, Excelência Estética, Distúrbios do Sono e Disfunção Temporomandibular.

* Waldemar Gomes da Cunha 269 casa 13, Maringá Paraná, Brasil. CEP: 87060-260. patsaram@hotmail.com

Recebido em 03/07/2016. Aceito para publicação em 17/08/2016

RESUMO

O aparelho mastigatório, desempenha várias funções, sendo as principais a mastigação, a fala e a deglutição. Os movimentos necessários para qualquer uma dessas funções são coordenados por um complexo sistema neuronal, o qual visa o máximo de função com o mínimo de dano para as estruturas que compõem o sistema. Este trabalho tem por objetivo principal de apresentar de forma clara e fundamentada as informações existentes sobre a DTM, onde foi realizado um caso clínico na Clínica de Odontologia da Faculdade Ingá, sem custo para a paciente L.A.M, 51 anos, sexo feminino, com queixa principal de dor orofacial. Portanto, a placa de resina acrílica, utilizada em pacientes diagnosticado com disfunção temporomandibular, apresenta-se como o tratamento adequado para este tipo de patologia, associada ao deslocamento do disco.

PALAVRAS-CHAVE: Dor orofacial, disfunção temporomandibular, tratamento com placa de resina.

ABSTRACT

The masticatory apparatus, performs several functions, the main chewing, speech and swallowing. The movements required for any of these functions are coordinated by a complex neuronal system, which aims at the maximum function with minimum damage to the structures that comprise the system. This work has as main objective to present a clear and reasoned manner the existing information about the DTM, which was conducted a case in Dental Clinic Inga Faculty at no cost to the LAM patient, 51 years old, female, with a chief complaint orofacial pain. Therefore, the resin plate used for patients diagnosed with temporo mandibular dysfunction is presented as the most appropriate treatment for this type of pathology which is associated to the disk displacement.

KEYWORDS: Orofacial pain, temporomandibular dysfunction, treatment with resin plate.

1. INTRODUÇÃO

O aparelho mastigatório, constituído por ossos, músculos, articulações, ligamentos e dentes, é extremamente complexo¹. Essas estruturas relacionam-se entre si para desempenhar várias funções, sendo as principais a mastigação, a fala e a deglutição².

Os movimentos necessários para qualquer uma dessas funções são coordenados por um complexo sistema neuronal, o qual visa o máximo de função com o mínimo de dano para as estruturas que compõem o sistema³.

Por definição, dor orofacial é toda a dor associada a tecidos moles e mineralizados (pele, vasos sanguíneos, ossos, dentes, glândulas ou músculos) da cavidade oral e da face. Usualmente, essa dor pode ser referida na região da cabeça e/ou pescoço ou mesmo estar associada a cervicalgias, cefaleias primárias e doenças reumáticas como fibromialgia e artrite reumatoide⁴.

A etiologia é diversa e pode variar de pessoa para pessoa. Geralmente está associada a fatores físicos (trauma e hábitos parafuncionais) e psicossociais (estresse e ansiedade), podendo ocorrer de forma isolada ou integrada⁵.

Sendo que as principais fontes de dor na região orofacial são problemas odontogênicos, cefaleias, patologias neurogênicas, dores musculoesqueléticas, dores psicogênicas, câncer, infecções, fenômenos autoimunes e trauma tecidual⁶.

Portanto, este trabalho tem por objetivo principal de apresentar de forma clara e fundamentada as informações existentes sobre a DTM, considerando o caráter fisiológico da articulação, a etiologia multifatorial, os

métodos diagnósticos e as formas de tratamento sendo estes apresentados em forma de um estudo de caso.

2. RELATO DE CASO

Estudo de caso⁷ onde foi realizada uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores.

Paciente L.A.M, 51 anos, sexo feminino, relata que foi encaminhada diversas vezes ao hospital, para tomar medicação intramuscular e endovenosa, com queixa principal de cefaleia intensa, na residência chegou a ingerir 15 comprimidos diários, de medicações consideradas fortes, como: Tylex[®], Tramal[®], Miosan[®], Ibuprofeno, Nimesulida, Torsilax[®], Dorflex[®], porém com todo esse arsenal não obteve sucesso.

Um de suas maiores preocupações está durante o sono noturno, pois relatava apertamento e bruxismo centríco, permanecendo com cefaleia por todo dia.

Há cerca de oito anos atrás foi para hospital, realizando tomografia, com suspeita de AVC. Suas dores apresentaram agravamento há 2 anos apresentando dores nos olhos, nos ossos zigomático, depois mandíbula, maxilar e ouvidos.

A mesma apresenta estresse e ansiedade durante todo o tratamento. E após uma conversa com uma médica durante a consulta na UBS de seu bairro, a mesma foi encaminhada para um cirurgião dentista, que o problema poderia estar relacionado com DTM.

O plano de tratamento da paciente (Figura 1) iniciou-se em primeiro lugar com a moldagem onde foi utilizado alginato Hidrogun[®] e molduras de alumínio Tecnodent[®]

Dados da paciente:

Abertura de boca normal 34 mm
 Abertura de boca máxima 45mm
 Abertura de boca com ajuda 46mm
 Desvio da linha media 2mm para direita
 Desvio para direita e para esquerda
 DVO 58mm
 DVR 60mm



Figura 1. Plano de tratamento (com compasso de Willy's), em seguida foi realizado a moldagem anatômica (com alginato).

Após a placa finalizada em resina acrílica (Figura 2), foi realizado o teste na paciente para o ajuste oclusal. Estes ajustes são realizados de maneira bilaterais, simultâneos, de posterior para anterior (Figura 3).



Figura 2. Placa finalizada em resina acrílica.



Figura 3. Ajuste oclusal da paciente.



Figura 4. Ajuste oclusal de perfil da paciente.

Portanto, é de extrema importância que o ajuste oclusal deve ser feito semanalmente. (Figura 4)

Sendo finalizado o processo, com estes dados: $DVR = DVO + EFL = 58\text{mm} + 2\text{mm} = 60\text{mm}$. Com placa 62mm
 $2\text{mm EFL} + 2\text{mm Alteração muscular} = 4\text{mm}$ (Figura 5).



Figura 5. Ajuste oclusal sendo realizado semanalmente, com resultado satisfatório.

3. DISCUSSÃO

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial, a DTM é definida como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas¹.

A placa oclusal é uma forma de tratamento conservador, valiosa na redução de sintomas das DTMs, podendo ser empregadas juntamente com outras terapias⁸.

Os dispositivos mio-relaxantes podem ser divididos em reposicionadoras que reposicionam a maxila com a mandíbula, ou estabilizadoras, que estabilizam a maxila com a mandíbula, não modificando sua estrutura⁹.

Estas placas reposicionadoras reposicionam a man-

díbula anteriormente a posição habitual, utilizadas quando o paciente apresenta deslocamento de disco e côndilo¹⁰.

As placas de resina acrílica melhoram as desarmonias e possíveis desvios dos movimentos mandibulares, reposiciona a mordida em relação cêntrica, favorece uma posição articular confortável, reposiciona o côndilo, relaxando a musculatura mastigatória diminuindo a dor, evita o desgaste dentário, redimensiona a dimensão vertical do paciente¹¹.

As placas devem possuir a conformação fina, para não alterar a dimensão vertical de oclusão (DVO) e espaço funcional livre (EFL), apresentando de 1,5mm de espessura, montadas em relação cêntrica (RC), lisas para conforto e deslizamento dos dentes oponentes, os contatos prematuros mais grosseiros devem ser removidos antes da instalação no paciente⁹.

O uso alivia os sintomas de parafunção, como bruxismo e apertamento, evitando desgaste dentário, dor e sensibilidade muscular⁶.

É um tratamento para DTMs reversível, não invasivo, utilizam no diagnóstico diferencial das disfunções e não promovem modificações oclusais permanentes⁹.

Seu uso promove reposicionamento condilar, transferindo a carga para diferentes áreas dos tecidos articulares, alternando o comportamento do apertamento⁶.

A placa realinha os côndilos, relaxando a musculatura mastigatória, onde pode ser confeccionada para as arcadas superior ou inferior, atuando como um desprogramador muscular⁷.

A placa constitui-se de um dispositivo removível, confeccionado de resina acrílica, se encaixa sobre a incisal e oclusal dos dentes, mantém contato estável com a arcada oposta, com a função de proteger a oclusão principalmente durante a noite e é utilizado como dispositivo ortopédico¹².

Ainda promove posição articular estável, oclusão funcional próxima da ideal para reprogramar a musculatura mastigatória, protegendo os dentes de forças anormais que desgastam ou destroem os dentes¹³.

Torna-se eficiente em pacientes bruxistas e outras DTMs, pois descomprime a ATM onde a carga de força é desviada para diferente da ATM. As vantagens deste tratamento implicam no baixo custo do tratamento, facilidade em colocar a placa, confecção, uso diário ou conforme prescrito, é confeccionada por resina acrílica incolor não alterando a estética do paciente⁹.

É considerado mecanismo de ação reversível, estável, não invasiva, baixo custo e simples de confeccionar as desvantagens encontradas são que atrapalha a estética, o tempo de confecção muitas vezes é longo, necessita de adaptação e ajuste periodicamente, atrapalha ao conversar quanto está em uso e depende da forma que o paciente usa e coopera com o tratamento¹³.

Uma das grandes controvérsias que acometem os

aparelhos oclusais está relacionada à cobertura dos aparelhos, pois alguns autores discordam do uso das placas de cobertura parcial, com o grande argumento de que esse tipo de dispositivo promove alterações oclusais irreversíveis, o que vai contra todo o consenso da literatura na promoção de tratamentos reversíveis, especialmente em casos de DTM's¹⁴.

Uma análise dos dados da literatura mostra que os aparelhos oclusais estabilizadores apresentam um índice de eficiência muitas vezes maior que os demais tipos de aparelhos oclusais associado ao fato de que esses não parecem causar mudanças oclusais irreversíveis, mesmo após uso prolongado¹⁴.

Os pacientes portadores de DTM, obtêm uma melhora dos sinais e sintomas das desordens craniomandibulares e apresentam respostas musculares e articulares às alterações no posicionamento horizontal e vertical da mandíbula, antecipadamente a estabilização permanente da oclusão com ajuste oclusal, prótese ou ortodontia¹⁴.

As placas devem sempre possuir as funções de simular uma oclusão ideal, reposicionarem côndilo e disco articular, proteger de desgaste dentário nas parafunções e principalmente alívio da dor⁴.

Os objetivos do tratamento são principalmente a redução da dor, ansiedade, das atividades funcionais como no caso a mastigação, e para funcionais que está ligado ao aperto dos dentes que acarretam a sobrecarga prejudicial, fazendo com que haja uma restauração da função e a retomada das atividades de vida diária¹⁵.

Devido a estes principais motivos, a literatura apresenta que os tratamentos irreversíveis como as cirurgias e terapias oclusais, cirurgias devem ser evitadas durante a fase inicial, pois de acordo com as pesquisas a maioria dos pacientes apresentam melhora através dos exercícios terapêuticos, termoterapia e o controle dos hábitos parafuncionais¹⁵.

Um estudo avaliou a incidência de hábitos parafuncionais e posturais em pacientes portadores de DTM. Seus resultados demonstraram relação entre hábitos parafuncionais, DTMs e profissões que necessitam de esforço muscular. Os hábitos foram mais prevalentes no gênero feminino, principalmente nas que apresentavam postura atípica de ombros¹⁶.

Com base nos resultados obtidos e na literatura consultada, ressalta-se a importância de uma minuciosa anamnese, além de exame clínico detalhado, pois, fatores decorrentes da rotina dos pacientes assim como de hábitos parafuncionais realizados, podem estar associados à morbidade.

4. CONCLUSÃO

A placa de resina, utilizada em pacientes diagnosticado com disfunção temporomandibular, apresenta-se como o tratamento mais adequado para este tipo de patologia onde está associado ao deslocamento do disco.

REFERÊNCIAS

- [1] Leeuw R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4ª ed. São Paulo: Quintessence. 2010.
- [2] Alencar Jr FG. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Santos. 2005.
- [3] Paiva HJ, *et al.* Noções e conceitos básicos em oclusão, disfunção temporomandibular e dor orofacial. 1ª. ed. Santos. 2008
- [4] Amantéa DV, *et al.* A importância da avaliação postural no paciente com disfunção da articulação temporomandibular. Acta ortopédica brasileira, São Paulo. 2004; 13(003).
- [5] Farilla EE. Frequência das parafunções orais nos diferentes subgrupos de diagnósticos de Desordens Temporomandibulares de acordo com Critérios Diagnósticos de Pesquisa em Desordens temporomandibulares (RCD/TMD). [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2007.
- [6] Delboni MEG, Abrão J. Estudo dos sinais de DTM em pacientes ortodônticos assintomáticos. Rev Dental Press OrtodOrtop Facial. 2005; 10(4):88-96.
- [7] Donnarumma MDC. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. Rev. CEFAC vol.12 no.5 São Paulo. 2010; 23.
- [8] Dawson PE. Oclusão funcional da ATM ao desenho do sorriso. 1ª.ed. Santos. 2008.
- [9] Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 22a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2012; 1.
- [10] Oliveira AS, Bevilaqua-Grossi D, Dias EM. Sinais e sintomas de disfunção temporomandibular nas diferentes regiões brasileiras. Fisioter Pesq. 2008; 15(4):392-7.
- [11] Leeuw R. Dor orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4ª ed. São Paulo: Quintessence. 2010.
- [12] Pereira KNF, Andrade LLS, Portal TF. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. Rev CEFAC. 2005; 7(2):221.
- [13] Castro AA, Saconatto H, Guidugil F, Clark OAC. Curso de revisão sistemática e metanálise [texto na Internet]. São Paulo (SP): LED-DIS/UNIFESP. 2006.
- [14] Miranda ME, Teixeira ML. A utilização das placas oclusais no controle das disfunções temporomandibulares (DTMs). Ciosp. 2007.
- [15] Carlsson GE, Magnusson T, Guimarães AS. Tratamento das Disfunções temporomandibulares na clínica odontológica. São Paulo. Quintessence Ltda. 2006.
- [16] CauásM, *et al.* Incidências de hábitos parafuncionais e posturais em pacientes portadores de disfunção da articulação craniomandibular. Revista Brasileira de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. 2004; 4(2):121-129.