

SERVIÇO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Mauro Abrantes Filho; Ingrid Claudino Ribeiro; Ana Carolina Loureiro Gama Mota; Ricardo Liberalino Ferreira de Sousa; Rachel Cristina de Queiroz Pinheiro.

Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, maurinho.abrantes@gmail.com

Resumo

Introdução: A disfunção temporomandibular (DTM) é uma patologia multifatorial de origem indefinida que acomete a articulação temporomandibular (ATM), músculos da região facial e cervical, trazendo alterações comportamentais e oclusais, também inter-relacionada com o alto nível de estresse e ansiedade. **Objetivo:** Oferecer, aos pacientes portadores de disfunção temporomandibular que buscam atendimento na Clínica-Escola de Odontologia do Unipê, um tratamento conservador e eficaz. **Metodologia:** Como amostra, foram os pacientes que procuraram o serviço de atendimento da clínica-escola que apresentavam sinais e sintomas da patologia. Inicialmente são examinados clinicamente, seguido de um questionário onde se avalia o nível de sintomatologia dolorosa, região acometida, tipo de DTM e os prováveis fatores agravantes. Após o fechamento do diagnóstico, inicia-se o tratamento preconizado, a confecção da placa miorreaxante, orientações de autocuidado e, se necessário, associar alguma medicação juntamente com o encaminhamento para outras especialidades. **Conclusão:** Existiu uma melhora no padrão de vida dos pacientes para aqueles que deram seguimento ao tratamento, utilizando uma terapia conservadora e não-invasiva, integrando também outras especialidades, realizando um trabalho multidisciplinar.

Palavras-chave: disfunção temporomandibular, dor orofacial, placa miorreaxante.

Introdução: A articulação temporomandibular – ATM – se constitui em uma das mais complexas articulações do corpo humano e, faz parte do sistema estomatognático, estando diretamente relacionada as funções fisiológicas gerais, como movimentos mastigatórios e fonação.

Além disso, interliga tecidos independentes, mantendo a eficiência dos movimentos e a estabilidade da mandíbula (SARTORETTO et al., 2012).

Os processos de modelação e remodelação óssea podem ocasionar mudanças estruturais contínuas que ocorrem

na ATM e são responsáveis por adaptar o tecido articular mediante às forças continuadas que atuam sobre este. Pode ocorrer o aparecimento de morbidades, mais conhecida como a disfunção temporomandibular (DTM) devido às forças atuantes tornarem-se agravos, decorrentes da ultrapassagem do limite fisiológico da ATM (SARTORETTO et al., 2012).

A Academia Americana de Dor Orofacial define a DTM como um conjunto de distúrbios que envolvem os músculos mastigatórios, a ATM e as estruturas associadas (CARRARA et al., 2010). Quando uma dor de origem não dentária afeta as regiões da cabeça, incluindo os elementos relacionados da face, a DTM é vista como principal motivo. Existem várias formas de manifestação dos sintomas e sinais, por isso ela é considerada uma patologia mais complexa, de caráter cíclico ou transitório, ocasionada por diversos fatores. As DTM's geralmente necessitam de uma abordagem interdisciplinar em seu tratamento, pois existem vários fatores associados, como: hábitos parafuncionais, desarmonias oclusais, estresse, ansiedade, traumas e microtraumas, instabilidade mandibular, desequilíbrios posturais, condições fisiológicas anormais, entre outros (SARTORETTO et al., 2012).

As cefaléias, enxaquecas, dores no segmento cervical, bruxismo, como também

alterações no comportamento e fatores psicossociais, são considerados sinais e sintomas das DTM's que podem estar associadas a outras condições clínicas (FERREIRA et al., 2012).

Pesquisas relatam que a etiologia da DTM gira em torno de uma inter-relação entre três fatores: psicocomportamentais, oclusais e neuromusculares (SARTORETTO et al., 2012). Para Ferreira et al., (2012), pode estar relacionada ao estresse, tensão emocional, interferências oclusais, perda de contenção posterior, alterações posturais, hábitos parafuncionais, alterações extrínsecas ou intrínsecas das articulações ou a combinação desses fatores. A mastigação unilateral, deficiência nutricional e fatores sistêmicos também podem contribuir para o aparecimento das DTM's.

A correta identificação do fator agravante da disfunção e sua área de conhecimento envolvida vão estar ligadas a um tratamento direcionado. Neste processo, podemos observar a importância da atuação de equipe multidisciplinar, na maioria das vezes atuam médicos, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos.

No geral, a reabilitação da DTM se baseará na correção da sua causa ou fator predisponente. A odontologia utiliza com bastante frequência, como exemplo de plano terapêutico, as placas oclusais miorelaxantes.

Estas são definidas como dispositivos intrabuciais, removíveis, de resina acrílica, que recobrem as superfícies incisais e oclusais dos dentes, com o objetivo de modificar a oclusão do paciente e criar contatos dentários mais adequados, favorecendo melhor relacionamento maxilomandibular (FERNANDES NETO e BARBOSA, 2008).

Neste sentido, o objetivo desse projeto é prestar atendimento efetivo aos pacientes portadores de DTM que procuram o serviço de saúde da Clínica-Escola de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

Metodologia: Trata-se de um atendimento realizado na Clínica-escola de Odontologia Professor Afonso Pereira, no Componente Curricular Prótese II, do Curso de Odontologia, do Centro Universitário de João Pessoa -UNIPÊ, situado na Br. 230, Km 22, Água Fria ; CEP: 58053-000 ; João Pessoa - Paraíba - Brasil. Fone: (83) 2106-9200.

Como universo da pesquisa, temos os pacientes que procuram atendimento para disfunção temporomandibular na Clínica Escola de Odontologia, sendo a demanda espontânea.

Os pacientes atendidos na Clínica-escola de Odontologia que apresentem sinais e sintomas de DTM, são examinados clinicamente, respondem a um questionário

onde avaliamos as possíveis causas, etiologia, e o grau de sintomatologia dolorosa. Esta ficha de avaliação nos auxilia para reavaliação nos retornos do paciente para observar se houve regressão ou não dos sintomas relatados pelos pacientes quando estes precisam e aceitam o tratamento proposto. Identificada a DTM, iniciamos o tratamento, dependendo do tipo da disfunção diagnosticada, seja ela articular e/ou muscular, podemos utilizar placas miorelaxantes, medicamentos, como também encaminhar para a avaliação psicológica, fisioterápica, fonoaudiológica, neurológica, reumatológica para complementação do atendimento multidisciplinar, ou até mesmo para fechar um diagnóstico.

Durante a anamnese, realizamos um questionário adaptado do Questionário RDC/TMD Validado e por uma ficha de avaliação do índice RDC/TMD eixo I. Inicialmente, vamos ouvir o relato da queixa principal do paciente, onde tomamos conhecimento ou identificamos os fatores agravantes e os fatores que amenizam a sintomatologia dolorosa, se existiu algum traumatismo associado, se a dor é localizada ou generalizada, sua intensidade, a região acometida, qualidade do sono, o tempo que vem se queixando, histórico odontológico, história médica, medicamentos que vem utilizando e que já utilizou, se já realizou

algum tratamento prévio, se exerce algum tipo de profissão, quais hábitos parafuncionais (ranger e apertar dos dentes) realiza e se está passando por alguma mudança de vida que gere desconforto ou estresse.

No exame físico, começamos analisando se existe alguma alteração nos linfonodos com a palpação, em seguida verificamos o limite de abertura bucal, com ou sem auxílio da dor, também realizando movimentos de lateralidade e protrusivos, conseguindo identificar se existe simetria, desvio ou deflexão, depois observamos se existe algum ruído articular durante a abertura e fechamento da mandíbula. Realizamos a palpação muscular na região de: músculo temporal (feixe anterior, médio e posterior), músculo masseter, músculo digástrico anterior e posterior, músculo esternocleidomastóide, músculo pterigóideo lateral e medial, juntamente com a sobrecarga da ATM.

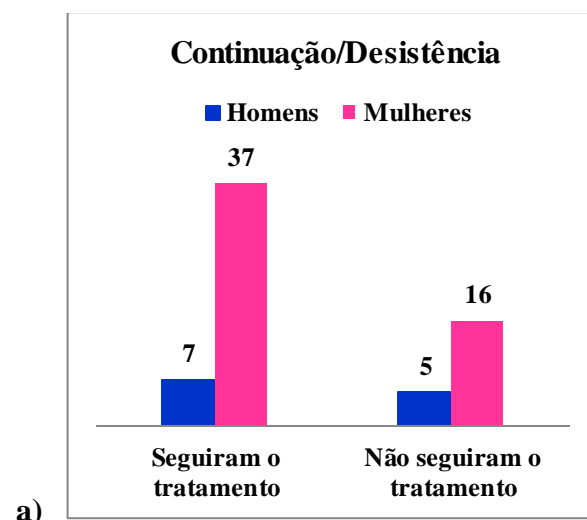
Para darmos início ao tratamento, realizamos a moldagem com alginato, fazendo o registro oclusal com silicone de condensação (pesado e pasta catalizadora), seguido do vazamento do molde com gesso pedra e envio do modelo para o laboratório onde será confeccionada a placa miorreloxante.

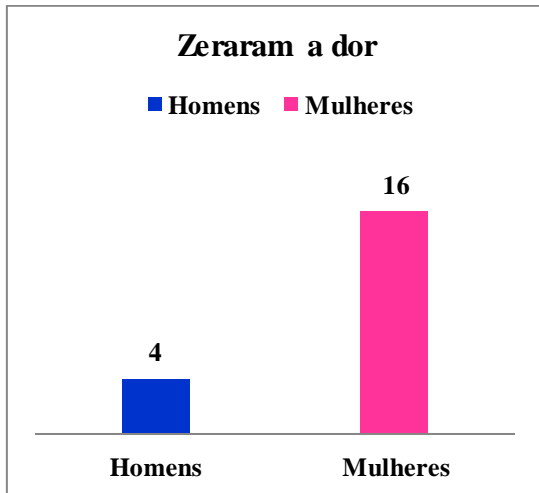
Solicitamos radiografias panorâmicas como protocolo inicial de atendimento para pesquisa de alguma lesão ou cárie, e, caso seja

necessário, é indicada a realização de Ressonância Magnética (RM).

Durante todo o processo de coleta de dados seguimos a paramentação de biossegurança completa (jaleco de mangas compridas, touca, luvas e máscara descartáveis, óculos de proteção).

Resultados e Discussão: No decorrer do projeto foram atendidos 144 pacientes em um período de 2 anos e 3 meses. Destes, 79 pacientes foram diagnosticados com bruxismo e 65 pacientes foram diagnosticados com DTM (muscular, articular ou associadas). Na Figura 1a mostra a quantidade de pacientes, que continuaram seguindo o tratamento e a quantidade de pacientes que desistiram de seguir o tratamento. Já na Figura 1b, referem-se aqueles pacientes, que deram seguimento ao tratamento e zerarem seu quadro de dor.





b)

Figura 1 – a) Número de pacientes que deram continuidade e que desistiram do tratamento; b) Número de pacientes que zeraram a dor.

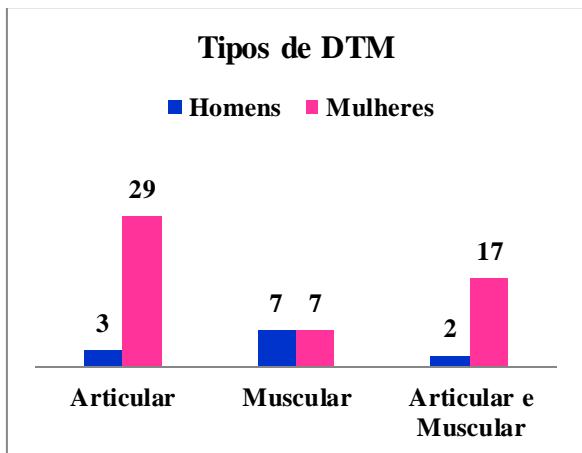


Figura 2 – Número de pacientes e seus respectivos tipos de DTM.

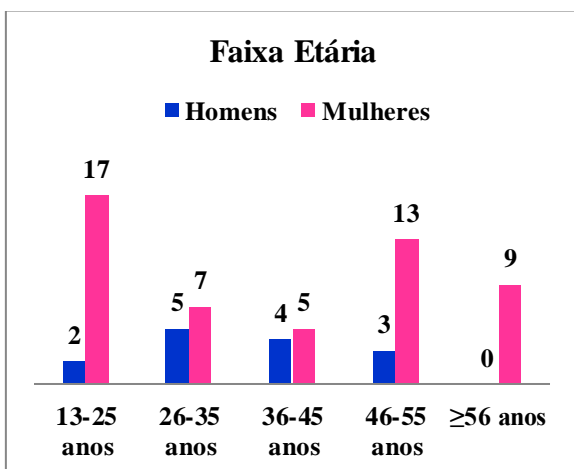


Figura 3 – Número de pacientes e suas respectivas faixas etárias.

Estudos recentes evidenciaram a prevalência de DTM no sexo feminino diante do masculino e destacaram que os aspectos emocionais podem influenciar tanto a ocorrência de DTM's quanto de bruxismo (BLINI et al., 2009).

Pesquisas crêem que na idade fértil da mulher é a alteração mais comum, por isso leva-se em conta que o sexo é fundamental na relação com a DTM (BOVE et al., 2005). Portanto, os níveis hormonais estão relacionados ao aumento da vulnerabilidade genética à DTM, esclarecendo à alta frequência desta patologia em mulheres. Em compensação, Tuz, Onder, Kisnisci (2003) mostram que a mulher procuram serviços de saúde mais que os homens, por serem mais precavidas, indicando assim uma alta incidência de DTM nas mesmas.

Para Gama, Andrade e Campos (2013), no tratamento odontológico, a principal intervenção clínica deve ser voltada para a proteção do dente, reduzindo o ranger, aliviando dores faciais e temporais e promovendo melhorias na qualidade do sono. Em algumas situações, pode haver a necessidade de um tratamento sistêmico com uso de medicação parafuncional e tratamento médico, além de aconselhamento psicológico. O profissional deve realizar procedimentos odontológicos para a preservação das estruturas dentárias, como uso de placa na

terapia oclusal, proporcionando condições de equilíbrio oclusal e/ou mandibular, importante para a proteção dos elementos dentários, relaxamento dos músculos hipertrofiados, prevenindo também a sobrecarga para a articulação temporomandibular.

O uso da placa de mordida abrange todos os dentes de um dos arcos criando contato oclusal prévio com os dentes do arco oposto. A sua função é a obtenção de um diagnóstico diferencial, para problemas de atividade muscular anormal, para o alívio da dor nas fases agudas e como proteção para os dentes do atrito de cargas traumáticas (GAMA et al., 2013).

A utilização das placas interoclusais rígidas diminui a atividade eletromiográfica e a sintomatologia aguda (SILVA; CANTISANO, 2009). Além de promover uma significativa redução da atividade noturna do masseter em pacientes bruxômanos (SERAIARIAN et al., 2001).

No ano 1993, Okeson afirmou que as placas de estabilização eram indicadas para pacientes com incômodo e hiperatividade muscular, assim como iriam promover a diminuição do nível de atividade muscular noturna, em um curto período. Navarro et al., no ano de 2001, sustentaram a afirmação de que as placas rígidas promoveriam uma diminuição da atividade muscular.

O objetivo do tratamento da DTM é controlar a dor, recuperar a função do aparelho mastigatório, reeducar o paciente e amenizar cargas adversas que perpetuam o problema (CARRARA et al., 2010).

Para Gama, Andrade e Campos (2013), em ocorrência de dor, são prescritos analgésicos, anti-inflamatórios, miorelaxantes e também são utilizados fármacos do tipo benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, betas bloqueadores, agentes dopaminérgicos, antidepressivos para casos crônicos. Porém, não há nenhuma droga de primeira eleição, os fármacos são utilizados por um período curto de tempo, contudo esse tipo de tratamento não é seguro, pois pode levar a dependência química e recidiva após a suspensão. Segundo os mesmos autores, o tratamento psicológico consiste em diminuir e controlar o estresse psicológico do paciente, através de técnicas de relaxamento e terapia comportamental baseada na higiene do sono, que tem por finalidade a correção de hábitos pessoais e fatores ambientais que interferem na qualidade do sono.

Pacientes que lidam com DTM são recomendados a iniciar um tratamento com terapias não-invasivas e reversíveis, pois sua etiologia é incerta, de caráter autolimitante e altíssima eficácia (CARRARA et al., 2010).

Portanto, segundo a Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular

e Dor Orofacial, os tratamentos para as DTM's são conservadores e apresentam excelentes resultados, sendo eles: autocuidados, medicação, placa de mordida, terapias físicas, entre outros (SBDOF, 2016).

Conclusão: Diante dos dados expostos, concluiu-se que o tratamento de primeira escolha para a DTM é o tratamento conservador com o uso da placa miorelaxante; a prescrição de medicamentos (antiinflamatórios, analgésicos e relaxantes musculares) se faz presente quando necessária, a prática de exercícios físicos, como a fisioterapia facial é bastante importante, e o encaminhamento para outras especialidades, trabalhando em conjunto.

Dessa forma, seguindo o tratamento correto, há uma melhora significativa do quadro da DTM, onde a sintomatologia dolorosa é reduzida ou eliminada, os níveis de estresse e ansiedade são estabilizados e os pacientes melhoram sua qualidade de vida, retornando as suas atividades diárias e trazendo de volta o bem estar físico e social para os pacientes.

Referências: BLINI, C. C.; MORISSO, M. F.; BOLZAN, G. P.; DA SILVA, A. M. T. Relação entre bruxismo e o grau de sintomatologia de disfunção

temporomandibular. **Rev. CEFAC**, São Paulo, 2009.

BOVE, S. R.; GUIMARÃES, A. S.; SMITH, R. L. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.5, p.686-691, set./out. 2005.

CARRARA, S. V.; CONTI, P. C. R.; BARBOSA, J. S. Statement of the 1st Consensus on Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain. **Dental Press J. Orthod**, v. 15, n. 3, p. 114-120, 2010.

FERNANDES NETO, A. J.; BARBOSA, G. A. S. O papel das placas interoclusais nas disfunções Temporomandibulares. **ABO Nacional**, v.15, p. 367-371, 2008.

FERREIRA, F. B.; CRUZ, L. M. P.; URBAN, V. M.; FERNANDES, F.; CAMPANHA, N. H.; JORGE, J. H. Prevalência das desordens temporomandibulares em graduandos da Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Arq Odontol.**, Belo Horizonte, v. 48, n. 1, p. 13-18, jan./mar., 2012.

GAMA, E.; ANDRADE, A. de O.; CAMPOS, R. M. Bruxismo: uma revisão da literatura. **Ciência Atual Revista Científica**

Multidisciplinar das Faculdades São José,
Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 16-22, 2013.

NAVARRO, H. et al. Placas mistas. **JAO**,
ano 4, p. 52-54, 2001.

OKESON, J. P. **Fundamentos de oclusão e
desordens temporomandibulares**. 2. ed. São
Paulo: Artes Médicas, 1993, p.137.

SARTORETTO, S. C.; DAL BELLO, Y.;
DELLA BONA, A. Evidências científicas
para o diagnóstico e tratamento da DTM e a
relação com a oclusão e a ortodontia. **RFO**,
Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 352-359, set./dez.,
2012.

SBDOF. Sociedade Brasileira de Disfunção
Temporomandibular e Dor Orofacial.

Disfunção Temporomandibular (DTM).

Disponível em: <http://sbdof.com/>. Acesso em:
22/05/2016.

SERAIDARIAN, P. I.; ASSUNÇÃO, Z. L.
V.; JACOB, M. F. Bruxismo: uma atualização
dos conceitos, etiologia, prevalência e
gerenciamento. **JBA**, Curitiba, v. 1, n. 4, p.
290-295, out./dez., 2001.

SILVA, N. R. da; CANTISANO, M. H.
Bruxismo: etiologia e tratamento. **Rev. Bras.**

Odontol, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 223-
227, jul./dez., 2009.

TUZ, H.H.; ONDER, E.M.; KISNISCICI, R.S.;
Prevalence of otologic complaints in patients
with temporomandibular disorder. **J. Orthod
Dentofacial Orthop**, v.123, n.6, p. [620-623](#),
[2003](#).