

Deglutição Atípica e as Desordens Craniomandibulares

Atypical Deglutition And Craniomandibular Diseases

José Gonçalves **VIEIRA FILHO**
Cirurgião-dentista
Especialista e Mestre em Prótese Dentária

Sérgio Augusto Morey **OURIQUE**
Cirurgião-dentista
Especialista e Mestre em Prótese Dentária
Professor Responsável pela Disciplina de Ortodontia e Oclusão do Centro Universitário São Camilo - UNISC

SINOPSE

O objetivo deste artigo é, através de revisão da literatura, correlacionar a presença da deglutição atípica, com o aparecimento de sinais e sintomas relacionados com as desordens craniomandibulares.

ABSTRACT

The objective of this article is, by literature review, correlate the presence of atypical deglutition with signs and symptoms in craniomandibular disorders.

INTRODUÇÃO

Cada vez mais, os profissionais de saúde percebem a necessidade da integração entre as diversas especialidades, tanto dentro de cada profissão, como também, entre as profissões como a Medicina, a Odontologia, a Fonoaudiologia, a Fisioterapia, etc.

As duas entidades patológicas estudadas neste artigo, refletem de maneira incontestável, a veracidade desta afirmação. Tanto uma, quanto outra, tem um quadro de sinais e sintomas de uma diversidade tal, que se tornam impossíveis seu tratamento sem uma visão global do paciente.

As desordens craniomandibulares são, de longa data, preocupação entre os profissionais da área da saúde; papiros egípcios datados de 3000 anos Ac., já continham explicações sobre as patologias que afetam a ATM, inaugurando, desde então, estudos que até hoje, envolvem polêmicas e desacertos.

Unitermos

Deglutição - Hábitos - Desordens Craniomandibulares.

Key-Words

Deglutition Habits - Craniomandibular Disorders.

Revisão da Literatura

A revisão da literatura está apresentada aqui em ordem cronológica, no intuito de ressaltar ao leitor, a evolução do pensamento dos autores, e também, o progresso científico realizado em cada trabalho publicado.

Segundo AGERBERG & CARLSON (1972), mais da metade da população por eles estudada (1106 pacientes), possuíam algum tipo de alteração na fisiologia da ATM. Outros autores encontraram resultados semelhantes, o que mostra a grande incidência das Desordens Craniomandibulares entre a população, aumentando ainda mais a responsabilidade dos profissionais de saúde frente ao problema.

Os pacientes queixosos são, na sua maioria, mulheres, numa proporção de 1:3 (homem/mulher), com idade entre 25-45 anos. Esta diferença na ocorrência entre os sexos, não está totalmente elucidada na literatura. Segundo SOLBERG (1984), de cada 4 pacientes examinados, 2 possuem algum sinal ou sintoma de DCM; no entanto, apenas 1 em cada 4, tem ciência do problema.

O conceito mais importante sobre a DCM é que, trata-se de uma entidade patológica de etiologia multifatorial e de natureza dinâmica (SOLBERG, 1984), pois, num mesmo indivíduo, ou em indivíduos diferentes, o quadro de sinais e sintomas modifica-se, podendo ou não, apresentar-se como uma importante limitação em algum momento na vida do paciente.

A grande dificuldade no tratamento das DCMs está relacionada, principalmente, com a identificação de sua etiologia, bem como, com a grande variedade de sinais e sintomas, que podem variar de natureza e de intensidade para cada paciente. A esse respeito, os autores concordam que a tolerância fisiológica individual é determinante no aparecimento dos sinais e sintomas, pois, a mesma etiologia pode estar presente em indivíduos diferentes e em um apresentar um quadro de DCM e em outro, não.

Dentre os fatores etiológicos descritos na literatura estão: traumas agudos, alterações oclusais, estresse, doenças degenerativas das articulações, etc. Dentro deste universo de causas e efeitos, a deglutição atípica aparece como fator predisponente das DCMs, no momento em que, como descrito por MOYERS (1980), pode provocar alterações no posicionamento dos dentes, tanto nos decíduos, quanto nos permanentes; ou ainda, causar desequilíbrio no sistema neuromuscular, resultando em mioespasmos dos músculos responsáveis pela movimentação mandibular.

A complexidade anatômica e funcional da região de cabeça e pescoço, com sua abundante vascu-

larização sanguínea e riqueza de inervação dificultam sobremaneira a investigação de sinais e sintomas para estabelecimento do diagnóstico correto, de forma que, segundo OURIQUE (1999), as informações dos pacientes em relação ao desconforto e dores sentidas freqüentemente produzem dados confusos, exigindo atenção redobrada do profissional assistente na elaboração do diagnóstico definitivo.

Um dos mais célebres trabalhos encontrados na literatura foi o de PRENTISS (1918), onde o autor afirma que a perda da dimensão vertical de oclusão (DVO), é responsável pela perda de audição em alguns pacientes. O autor sugere que, o restabelecimento da DVO nestes pacientes, resultaria numa melhora significativa de sua acuidade auditiva.

A associação da perda de DVO, com sintomas otológicos, foi também defendida por MCGRANE & SMITH (1925). Estes autores afirmam que, a alteração da posição mandibular ocasiona pressão atípica sobre o disco articular, e como decorrência, alterações na *Trompa de Eustachio*, levando esta condição a uma surdez traumática.

COSTEN (1935), correlacionou problemas oclusais às queixas de pacientes com dores na região pré-auricular, vertigens, hipoacusia e dores na ATM. O quadro descrito foi denominado como *Síndrome de Costen*.

SICHER (1948), através de estudos anatômicos da ATM, afirma que dores periauriculares, são na verdade derivadas de espasmos musculares, e não oriundas da compressão das estruturas intra-articulares. Acrescenta ainda que, os ruídos articulares, estalos, são provenientes de uma incoordenação entre os músculos *Ptegoídeos* e o movimento dos discos articulares.

Estudando a etiologia das DCMs, RAMFJORD (1961) afirma que interferências oclusais em relação cêntrica, são fatores de extrema importância para a desarmonia muscular durante a deglutição. Em um estudo clínico, usando a eletromiografia, observou a relação existente entre a desarmonia oclusal, dores nas ATMs e nas estruturas adjacentes, antes e após o ajuste oclusal; entre os achados, observou que mesmo após pequenos ajustes oclusais, foi obtido equilíbrio dos músculos masseter e temporal.

GREENE (1979) afirma que qualquer alteração no padrão de deglutição modifica o equilíbrio das forças musculares e conseqüentemente da articulação temporomandibular. WEINBERG (1979) afirma que pacientes com alterações no padrão de deglutição, apresentam retrusão condilar; por colocar a língua entre os dentes, durante a deglutição, estes pacientes têm seu equilíbrio articular comprometido.

Quanto à prevalência das DCMs, o trabalho de AGERBERG & CARLSSON (1972), indica os seguintes resultados: dos 1106 pacientes examinados, aproximadamente 86% relatam que, 24% sofrem de dores faciais, 39% ruídos articulares, 3% cefaléias diárias, 13 a 20% com sintomatologia no pescoço, têmporas, olhos e ouvidos e finalmente 20% apertavam os dentes. Estes resultados indicam a alta incidência desta patologia e, principalmente que, a associação de hábitos parafuncionais era evidente.

Estudando a etiologia das DCMs, CLARKE (1982) revisou todas as teorias da etiologia e do tratamento da dor e disfunção miofascial. Foram realizadas considerações clínicas, biológicas e terapêuticas, demonstrando que a oclusão não está envolvida na etiologia do bruxismo ou da DCM. Defendeu a idéia de que, o tratamento feito através de placas oclusais agiria somente como placebo, e que, o aconselhamento e o tratamento fisioterápico tem efetividade em 80% dos pacientes bruxistas.

A correlação existente entre DCM e deglutição atípica, foi estudada por GELB & BERNSTEIN (1983). Os autores constataram que, em 200 pacientes por eles avaliados com sinais e sintomas de DCM, 144 (72%) apresentavam desvios no padrão de deglutição; o que os fez considerar essa alteração como possível fator etiológico. Os impulsos aferentes oriundos do sistema mandibular, são os mais ricos recursos sensoriais, portanto, qualquer tipo de modificação no padrão muscular, levaria ao desequilíbrio de todo o sistema, segundo MOYERS (1987).

As possíveis relações existentes entre, os distúrbios fonoaudiológicos e as desordens craniomandibulares, foram estudadas por CORREA (1988). O autor, examinando 70 pacientes portadores de DCMs, chegou à conclusão de que havia uma alta incidência de alterações fonoaudiológicas e que, o órgão mais afetado era a língua. Ressalta também, que a função reflexo-vegetativa mais alterada é a deglutição. Dentre os achados estão: dos 70 pacientes examinados, 44 (62,9%) possuíam distúrbios fonoaudiológicos.

OURIQUE (1997), estudando desordens craniomandibulares e atividade fonoaudiológica, alerta para a necessidade da intervenção multiprofissional e multidisciplinar no diagnóstico, prevenção e tratamento destas afecções. Neste artigo o autor convida a fonoaudiologia a uma participação mais estreita junto aos demais profissionais envolvidos com DTM, e ressalta a importância da participação da deglutição em seus desvios da normalidade como fator participante nas desordens craniomandibulares.

FELÍCIO *et al.* (1991), numa avaliação de 40

pacientes do Serviço de Oclusão e Desordens da ATM da Faculdade de Ribeirão Preto, concluíram que 85% destes apresentavam deglutição atípica. Relacionaram, também, as mudanças nas funções reflexo-vegetativas e fonéticas com a etiologia das DCMs. Os mesmos autores em 1994, afirmam que a deglutição atípica pode ser considerada como um dos fatores predisponentes das DCMs, pois, o equilíbrio das articulações temporomandibulares podem estar alterados pela ação da musculatura orofacial. E ainda, que na presença de deglutição atípica, as recidivas de sinais e sintomas de DCMs são mais frequentes, indicando assim, a necessidade de reeducação postural para um completo controle da patologia (Figuras 1, 2 e 3).

SOLBERG (1993) ressalta a dificuldade de tratamento de pacientes portadores de DCM, atribuindo a uma real falta de informação e de adestramento, por parte dos dentistas. Junto a estas questões, está o desinteresse por parte destes profissionais pelos fatores psicossociais associados à etiologia, de uma moléstia multifatorial. As DCMs resultam de cargas adversas do sistema da mandíbula, causadas diferencialmente por cargas repetitivas devido à tensão, à carga postural e ao macrotrauma.



Figura 1: *Mordida aberta anterior - vista frontal.*



Figura 2: *Mordida aberta anterior - vista frontal com aproximação.*



Figura 3: Mordida aberta anterior - vista de perfil.

A inter-relação existente entre o estresse emocional somado às interferências oclusais no desenvolvimento de atividades parafuncionais, foi afirmado por OKESON (1997). E ainda, esta inter-relação depende da tolerância fisiológica e estrutural de cada paciente. A tolerância altera-se por toda a vida do indivíduo, afetada pela idade, condição social, profissão, estado de saúde geral, nível de estresse, etc. O aparecimento dos sintomas de DCM, está diretamente relacionado ao nível de tolerância fisiológica de cada paciente.

Discussão

Pela literatura consultada, fica evidente a relevância do tema, quando se considera, principalmente, os dados estatísticos sobre a incidência das duas entidades patológicas. A responsabilidade dos profissionais da saúde dentro das mais diversas atividades diante do problema é indiscutível.

A deglutição atípica não pode ser considerada como uma patologia adquirida pelo indivíduo de forma aguda, e sim, resultado de um desenvolvimento insatisfatório do sistema estomatognático, devido à fatores diversos atuantes desde o nascimento. Assim como a respiração, a deglutição é uma função vital do ser humano, aparecendo desde a vida intra-uterina. Seu ato é reflexo nos primeiros meses de vida e torna-se um ato consciente depois do aparecimento dos dentes, (FELÍCIO, 1994).

Percebe-se que a literatura específica, correlacionando as duas entidades patológicas, é escassa. No entanto, em trabalhos como de GELB & BERNSTEIN (1983), CORREA (1988) e FELÍCIO (1994), verificamos a alta incidência de deglutição atípica, associada às desordens craniomandibulares; em média 70% dos pacientes queixosos de DCM eram portadores de Deglutição atípica, variando de 46% a 85%.

Segundo a literatura consultada, as DCMs são

oriundas fundamentalmente de desequilíbrios neuro-musculares, causados por fatores etiológicos de múltiplas naturezas, em geral, de origem endógena, exceção se faz aos traumas acidentais agudos. Neste aspecto, os hábitos parafuncionais assumem papel relevante na etiologia das DCMs, sendo estes, fortes fatores de desequilíbrios neuro-musculares.

Podemos afirmar então, que a deglutição atípica entra neste universo de causas e efeitos de duas maneiras: a primeira como fator de desequilíbrio oclusal, pois, a força anormal exercida pela língua, principalmente na posição de repouso, afeta a posição dos dentes no arco, tanto dos decíduos, quanto dos permanentes. Como já foi exaustivamente exposto na literatura, o equilíbrio oclusal deve ser considerado como um dos principais fatores predisponentes das DCMs, juntamente, e principalmente quando relacionado à hiperatividade muscular causada pelo estresse emocional.

É importante salientar também, que interposições linguais lateral ou posterior, podem levar a uma incorreta erupção dos dentes, causando à posteriori, uma dimensão vertical de oclusão diminuída, que segundo os autores é fator etiológico de DCM.

A segunda forma de atuação da deglutição atípica nas DCMs, é caracterizada pelo desequilíbrio neuro-muscular, causado pela incorreta ação da língua durante a sua função. Ou seja, quando a deglutição atípica aparece como fator de desequilíbrio muscular, percebe-se um aumento significativo da atividade dos músculos supra-hióideos e periorais principalmente (FELÍCIO *et al.*, 1991, 1994), em geral, pacientes com interposição lingual complexa (MOYERS, 1987), mostram uma intensa atividade eletromiográfica dos músculos facial e mentoniano e, quase nenhuma atividade dos músculos elevadores da mandíbula. Segundo GREENE (s.d.), qualquer alteração do padrão de deglutição, pode alterar o equilíbrio de forças musculares e conseqüentemente da ATM.

Conclusão

A deglutição atípica pode ser de origem congênita, nos casos de problemas anatômicos ou neurológicos, ou, adquirida nos casos de maus hábitos, como o uso indiscriminado de mamadeiras substituindo a amamentação natural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGERBERG, G. & CARLSSON, G.E. Functional disorders of the masticatory system I. Distribution of symptoms according to age and sex as judged from investigation by questionnaire. *Acta Odontol Scand*, v.30, n.6, p.513-97, 1972.
- AGERBERG, G. & CARLSSON, G.E. Functional disorders of the masticatory system II. Distribution of symptoms according to age and sex as judged from investigation by questionnaire. *Acta Odontol Scand*, v.31, n.6., p.335-47, 1973.
- CLARKE, N.G. Occlusion and myofascial pain dysfunction - Is there a relationship? *J Am Dent Assoc*, v.104, n.4, p.433-6, 1982.
- COSTEN, J.B. Correlation of ray findings in the mandibular joint with clinical signs, specially trismus. *J Am Dent Assoc*, v.26, n.3, p.405-7, 1939.
- CORREIA, F.A. **Disfunção da articulação temporomandibular e seu relacionamento com distúrbios fonolológicos: Contribuição ao estudo.** Tese apresentada na Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, para a obtenção do título de Doutor, 123p., 1988.
- DAWSON, P.E. **Avaliação, Diagnóstico e Tratamento dos Problemas Oclusais.** São Paulo, Artes Médicas, 405p., 1980.
- FARRET, M.M.B. *et al.* Proposta de um tratamento para reposicionamento lingual em pacientes portadores de deglutição atípica. *Ortodontia*, v.29, n.1, p.43-7, 1996.
- FELÍCIO, C.M. *et al.* Síndrome Dor-Disfunção Miofacial - Uma abordagem fonolológica. *Odontol Mod*, v.18, n.5, p.26-8, 1991.
- FELÍCIO, C.M. *et al.* Myofunctional therapy combined with occlusal splint in treatment of temporomandibular joint dysfunction pain syndrome. *Br Dent J*, v.2, n.1, p.27-33, 1991.
- FELÍCIO, C.M. **Fonolologia nas Desordens Temporomandibulares.** 1.ed., São Paulo, Ed. Pancast, 179p., 1994.
- GELB, H. & BERNSTEIN, I. Clinical evaluation of two hundred patients with temporomandibular joint syndrome. *J Prosthet Dent*, v.49, n.2, p.234-43, 1983.
- GOLDSTEIN, L.B. *et al.* Prevalence of hyperactive digastric muscles during swallowin as measure by electromyography in patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *Funct Orthod*, v.14, n.3, p.18-24, 1997.
- HEINRICH, S. The role of physical therapy in craniofacial pain disorders - An adjunct to dental pain management. *J Craniomandib Pract*, v.9, n.1, p.71-5, 1991.
- LINO, A.P. Introdução ao problema da deglutição atípica. *In:* INTERLANDI, S. **Ortodontia - Bases para a iniciação.** São Paulo: Artes Médicas, p.231-50, 1977.
- LINO, A.P. **Ortodontia Preventiva Básica** - 2.ed., São Paulo: Artes médicas, p.91-101, 1994.
- Mc GRANE, H.F. Traumatic deafness cause by the retrusion of the condyles of the mandible on the external auditory canal. *J Am Dent Assoc*, v.12, n.10, p.1231-4, 1925.
- MELLO, J.B. & ARAÚJO, M.A. Incidência de disfunção da ATM em relação à ausência da guia anterior. *Rev Odontol Br Assoc Clin*, v.6, n.22, p.52-5, 1997.
- MODESTO, A. *et al.* Deglutição Atípica - Quando e porque tratá-la? Um tema controverso. *Rev Odontoped*, v.3, n.1, p.1-6, 1994.
- MOYERS, R.E. **Ortodontia.** Trad. Décio Rodrigues Martins, 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 669p. 1987.
- OKENSON, J.P. **Management of temporomandibular disorders and occlusion.** 2.ed. St. Louis: Mosby, 572p., 1997.
- OKENSON, J.P. **Orofacial pain - guidelines for assessment, diagnosis and management.** Illinois: Quintessence, 285p., 1996.
- OURIQUE, S.A.M. A importância da integração entre Odontologia e Fonolologia na reabilitação de pacientes portadores de desordens da articulação temporomandibular (ATM). *Rev Fono Atual*, ano 1, n.3, 3º Trimestre, p.31-3; 1977.
- OURIQUE, S.A.M. *et al.* Considerações sobre dor orofacial referenciada na região da orelha. *Rev Fono Atual*, ano 3, n.8, 2º trimestre, p.27-9, 1999.
- PADOVAN, B.A.E. Correlação entre Odontologia e Fonolologia. *J Bras Ortod Ortop Maxilar*, v.1, n.2, p.73-6, 1996.
- PRENTISS, H.J. Preliminary report upon temporomandibular articulation in human type. *Dent Cosmos*, Philadelphia, v.60, n.6, p.505-12, 1918.
- RIX, E. Degutition and the teeth. *Dent Rec*, v.66, n.7, p.103-8, 1946.
- SHEPPARD, L.M. & SHEPPARD, S.M. The relationship of vertical dimension to atypical swallowing with complete dentures. *J Prosthet Dent*, v.38, n.3, p.249-253, 1977.
- SICHER, A. Temporomandibular articulation in mandibular overclosure. *J Am Dent Assoc*, v.36, n.2, p.131-9, 1948.
- SILVA, C.E.F. *et al.* Prevalência da deglutição atípica em jovens adultos universitários. *Rev Fac Lins*, v.6, n.20, p.27-30, 1993.
- SMITH, T. A review of literature on the eustachian tube, with data indicating a relation to the dental occlusion. *J Am Dent Assoc*, v.12, p.671-81, 1925.
- SOARES, C.A. & TOTTI, J.I.S. Hábitos deletérios e suas conseqüências. *Rev CROMG*, v.2, n.1, p.21-6, 1996.
- SOLBERG, W.K. **Disfunção e Desordens Temporomandibulares.** 2.ed., Trad. Wilma Simões Gomes, São Paulo, Ed. Santos, 139p., 1993.
- STRAUB, W.J. Malfunction of the tongue. *Am J Orthod Dentofacial Ortop*, v.46, n.6, p.404-24, 1960.
- TRUESDELL, B. & TRUESDELL, F.B. Deglutition - with special reference to normal function and the diagnosis, analysis and correction of abnormalities. *Angle Orthod*, v.7, n.2, p.90-2, 1937.
- WEINBERG, L.A. The etiology, diagnosis and treatment of TMJ dysfunction pain syndrome. Part I Etiology. *J Prosthet Dent*, v.42, n.6, p.654-64, 1979.

Endereço para correspondência
 Rua Dr. Félix, 100
 01533-010 São Paulo, SP
 Brasil