

Desordens Craniomandibulares e sua Inter-relação com Outras Partes do Corpo Humano – Relato de Caso Clínico

Craniomandibular Disorders and Their Relations with Other Parts of the Human Body – A Clinical Case Report

Nilton Sodi SAUERESSIG*

Anne Caroline de Oliveira JAEGER**

Cícero Augusto GRÜNDLING**

SAUERESSIG, N.S.; JAEGER, A.C. de O.; GRÜNDLING, C.A. Desordens craniomandibulares e sua inter-relação com outras partes do corpo humano - Relato de caso clínico. JBA, Curitiba, v.2, n.7, p.196-199, jul./set. 2002.

As Desordens Craniomandibulares são sinais e sintomas resultantes de vários fatores, tanto externos, como o estresse, que altera o emocional do indivíduo, quanto internos, ou seja, resultantes da presença de disfunções do aparelho mastigador no plano oclusal, ponto de apoio para os fatores de origem externa exercerem suas influências. Dessa maneira, os pares musculares do aparelho mastigador podem entrar em fadiga muscular, em estágio subclínico ou mesmo clínico da dor, atingindo por reciprocidade os músculos adjacentes, cujas funções são outras, por exemplo: os posicionadores da cabeça sobre o tronco, que também têm a sua capacidade funcional ultrapassada, contraturando-se, podem apresentar as mialgias, devido à presença dos pontos de “gatilho da dor”. Esses músculos posicionadores da cabeça, quando contraturados, comprimem as vértebras das regiões cervical e dorsal, o que pode levar a uma alteração posicional das mesmas nessas áreas.

O presente trabalho relaciona sintomatologias de Desordens Craniomandibulares (DCMs) a outras regiões do corpo humano através de um caso clínico. A paciente procurou atendimento na disciplina de Oclusão II da Faculdade de Odontologia da PUCRS, por apresentar diversos sinais e sintomas na região correspondente ao sistema estomatognático e sintomas noutras regiões do corpo, como nas regiões cervical, supra-escapular, lombar, dos braços e das mãos.

PALAVRAS-CHAVE: Desordem craniomandibular; Cervicalgia; Síndrome do túnel carpal; Lombalgia.

INTRODUÇÃO

A desordem craniomandibular, segundo BELL (1992), caracteriza-se por englobar problemas que não atingem somente as articulações, mas inclui todos os distúrbios associados à função do sistema mastigatório. Segundo SCHIFFMANN *et al.* (1990), somente 5% da população que tem problemas severos buscam o tratamento odontológico. A sua etiologia é considerada multifatorial e é uma questão bastante estudada atualmente. PULLINGER *et al.* (1993) consideram que muitos parâmetros oclusais que se acreditava anteriormente serem influentes contribuíram muito pouco para mudança de risco na análise de múltiplos fatores usados nesses estudos.

Basicamente, existem dois principais sintomas que podem ser observados: dor e disfunção. De acordo com SCHIFFMAN *et al.* (1990) e MECREARY *et al.* (1991), desordens funcionais dos músculos mastigatórios são, provavelmente, a queixa mais comum de DCM dos pacientes que procuram tratamento no consultório odontológico. Segundo OKESON (1995), a dor muscular pertence a uma vasta categoria conhecida como desordens da musculatura mastigatória.

* Mestre em Prótese Dentária - FO/PUCRS; Regente das Disciplinas de Oclusão I e II - FO/PUCRS; Rua Germano Petersen Jr., 101/810 - CEP 90540-140, Porto Alegre, RS; e-mail: enesse@portoweb.com.br

** Cirurgiões-dentistas-FO/PUCRS

A grande prevalência e os diversos sintomas que envolvem as DCMs fazem com que a maioria dos pacientes que apresenta sintomatologia dolorosa procure atendimento médico-odontológico. É comum a dúvida, entre os pacientes, quanto ao tipo de atendimento que devem procurar, por apresentarem sintomas não específicos, como tonturas, dores de ouvido, chiado nos ouvidos, dor nos ombros, na região lombar e dorsal, nos braços e em outras regiões.

Na disciplina de Oclusão da Faculdade de Odontologia da PUCRS, presta-se atendimento aos pacientes portadores de disfunções do sistema estomatognático. Considerado como fator de extrema importância por sua influência na precipitação das desordens craniomandibulares, o emocional sofre facilmente alterações conforme a qualidade de vida do indivíduo. Quando o indivíduo a ser examinado apresentar os sintomas acima citados, é-lhe perguntado se já buscou atendimento nas especialidades médicas afins. Em caso negativo, pedimos que o faça. Em caso positivo, complementamos todos os meios de exame de sinais e sintomas e procedemos ao seu tratamento.

Segundo WILLIAMS (1956), as dores nas costas podem ser determinadas por um grande número de fatores. Logo, o paciente merece que sua história seja recolhida com todo o cuidado, procurando-se apurar os detalhes quanto à maneira por que começou, o grau da persistência dolorosa, seu caráter, os fatores que a agravam e fazendo-se, em seguida, um exame físico metucioso e completo, uma vez que as dores na região dorsal podem ter uma origem alheia à coluna vertebral.

A dor nas extremidades resulta de perturbações dos tecidos dessas regiões e de irritação em qualquer parte de uma via sensitiva que sirva àquela extremidade e dor referida, proveniente de qualquer estrutura profunda, somática ou visceral (STEAD, 1956).

Os principais sinais e sintomas das afecções da coluna vertebral são a dor e a rigidez muscular. A dor pode estar localizada em um segmento da coluna vertebral (cervical, dorsal, lombossacro) ou em toda sua extensão. Considerando em conjunto as características da dor e tendo como referências principais sua localização e irradiação, é possível reconhecer três síndromes: cervicalgia, dorsalgia, lombalgia e lombociatalgia (PORTO, 1995).

Segundo BOLLINGER NETO *et al.* (1998), o ombro é composto de um complexo formado por cinco articulações: três são articulações sinoviais verdadeiras, a glenoumeral, a acromioclavicular e a esternoclavicular, e duas formadas por planos de deslizamento muscular ou osteomuscular, a escapulotorácica e a subdeltóidea.

Segundo HOPPENFIELD (1993), a coluna cervical possui três funções: prover suporte e estabilidade à cabeça, dar mobilidade à cabeça através de suas superfícies

articulares, abrigar e conduzir a medula espinhal e a artéria vertebral.

A apresentação a seguir trata-se do caso de uma paciente que já havia procurado vários tipos de atendimento médico. Realizou diversos tratamentos com outras especialidades, mas continuava a apresentar sinais e sintomas de dor de ouvido; dores na região da ATM; dificuldade de abrir a boca; dor na face, no pescoço e na cabeça. A paciente relatou também dor na região lombar, dorsal, dos braços e das mãos.

CASO CLÍNICO

Paciente C.D., sexo feminino, 54 anos, professora aposentada, divorciada, mãe de um filho, queixava-se de dor no ouvido, nevralgia na face, dor na ATM, principalmente do lado direito, onde dizia sentir nódulo, e aumento de volume na região de masseter. Relatou que a sintomatologia vinha ocorrendo havia muitos anos, desde quando era jovem, intensificando-se nos períodos de muito frio, muito calor, umidade do ar e após exercícios físicos ou períodos de estresse. Já fizera tratamentos de fisioterapia, uso de placa miorrelaxante, assistira a vários cursos relacionados ao seu quadro clínico, mas não obteve sucesso.

A paciente relatou que percebia ruídos na mandíbula em forma de crepitação, dificuldade para abrir a boca (sentia dor e a mandíbula “travada”), pois seus dentes pareciam não articular corretamente. Sua face parecia sempre cansada (principalmente após as refeições e as idas ao dentista, ao precisar manter a boca aberta por um tempo prolongado) e tinha dor na face, região temporal, cabeça, pescoço e costas. Essas dores costumavam incomodá-la tanto que, às vezes, fazia uso de analgésicos e/ou miorrelaxantes. Não conseguia dormir bem à noite. Disse não ter outros hábitos parafuncionais, como roer unhas, mascar chicletes, mastigar caneta.

A paciente, conforme seu médico, é portadora de artrite reumatóide, mas seu estado geral de saúde é bom.

No exame clínico, verificou-se sensibilidade à palpação extrabucal no terço médio do temporal esquerdo, no terço superior e médio do masseter direito, no terço superior do esternocleidomastóideo direito, no terço superior do trapézio esquerdo e direito e nos feixes dos músculos escalenos (E/D).

Ao palpar a ATM, verificou-se sintomatologia dolorosa em ambos os lados. Na palpação intra-auditiva e extra-auditiva, os sintomas eram mais intensos no lado direito e ao abrir a boca. A articulação temporomandibular apresentava ruído em forma de crepitação.

Na palpação intrabucal, a paciente apresentava sensibilidade no masseter direito e no terço médio do pterigóideo lateral esquerdo e direito. A sintomatologia

mais intensa era no lado direito.

A sintomatologia dolorosa nos braços e nas mãos, principalmente no lado direito, foi outra característica bastante ressaltada pela paciente.

Ela apresentava sinais de endentações nas bochechas, abrasões e fraturas nos incisivos superiores e inferiores e nos dentes 35 e 25, além de retrações gengivais nos molares e pré-molares superiores e inferiores e erosões cervicais nos dentes 35, 14 e 15.

A paciente possuía abertura bucal de 3,2cm, guia anterior prejudicada, mordida cruzada na região posterior, ausência do dente 36 e prótese fixa unitária metalocerâmica no dente 16. Na manipulação mandibular, pelo sistema bimanual, apresentava contato prematuro no lado esquerdo da Relação Central (R.C.), interferência oclusal no lado de balanceio esquerdo e direito e no lado de trabalho esquerdo.

Foi constatada ausência de mútua proteção e contatos em dentes anteriores em máxima intercuspidação habitual.

Após esse protocolo de exames, que faz parte do prontuário da Disciplina de Oclusão II da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, foi sugerido o tratamento a seguir, que foi aceito pela paciente.

TRATAMENTO

Após o exame clínico, a conclusão do diagnóstico foi através da confecção de um *front-plateau* em resina acrílica autopolimerizável. A paciente usou o máximo possível nas primeiras 24 horas e depois somente à noite para dormir, aproximadamente 8 horas por dia, durante 15 dias. Após o uso nas primeiras 24 a 48 horas, realizou-se novo ajuste e, nessa situação, usou o dispositivo no período restante desses 15 dias. Pedimos-lhe que caracterizasse as diferenças ocorridas na sintomatologia, quando estava com o *front-plateau* e quando estava sem o mesmo, em cada manhã após o seu uso noturno. Essa caracterização foi feita através de um valor auferido à sintomatologia, que, antes de qualquer intervenção, de diagnóstico através do *front-plateau* ou de qualquer outro meio, era de valor 10. Daqui por diante, em cada visita foi dado um valor à sintomatologia na cabeça, na região cervical e em todos os pontos de dor, individualmente, logo após a remoção do dispositivo.

A senhora C.D. relatou melhora na sintomatologia. Acordava sem dor e, algumas horas após ter retirado o *front-plateau*, a sintomatologia retornava, aumentando ao longo do dia. Essa alteração dos sintomas confirma o diagnóstico da influência das guias oclusais restabelecidas através desse dispositivo parcial.

Após o uso do *front-plateau*, foi sugerido, como meio

de tratamento, o ajuste da oclusão, conforme protocolo da disciplina de Oclusão II da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Iniciou-se o tratamento com o ajuste oclusal em posição de Relação Cêntrica, com tempo máximo de 45 a 50 minutos para cada sessão. Depois de obtido o ajuste da oclusão em relação cêntrica, nas consultas seguintes, foram realizados os ajustes nos movimentos de lateralidade e protrusão. É importante que seja citada a necessidade de, em cada sessão, previamente ser revisto se há alguma alteração que possa ter ocorrido quanto aos contatos do ajuste oclusal da consulta anterior em relação cêntrica. Caso tenha, é importante que se faça primeiro e só depois se dê seguimento às lateralidades e protrusão.

As consultas foram realizadas somente de semana em semana, devido ao cronograma de aulas da Faculdade, embora o ideal seja com intervalos de 2/2 dias, no máximo, para cada intervenção.

Após a primeira sessão de ajuste oclusal, a paciente já pôde sentir uma melhora bem significativa; passou uns dois dias sem dor, mas essa reapareceu logo depois. O tratamento teve a duração de dois meses aproximadamente.

Ao final desse período de tratamento, a paciente relatou a ausência de sintomatologia em todas as regiões afetadas, inclusive nos braços, mãos, região lombar, pescoço. Ela não mais sentiu o nódulo na inserção inferior do masseter no lado direito. Constatou-se um melhor engrenamento dentário (com proteção mútua) e sua face não parece mais cansada. No momento, a paciente está em proervação, há três meses, sem evidenciar qualquer sintomatologia.

DISCUSSÃO

PULLINGER *et al.* (1993) afirmam que o plano oclusal pouca influência pode ter com relação às desordens temporomandibulares, entretanto, neste nosso trabalho, percebe-se que ela na verdade pode existir.

WILLIAMS (1956) já constatava que dor nas costas pode ter origem alheia à coluna vertebral. Neste nosso trabalho, além de evidenciar isso, constatamos que dores em regiões ainda mais distantes do sistema estomatognático, como nos braços e nas mãos, também podem ter relação com ele.

OKESON (1995) cita que dor muscular do aparelho mastigador faz parte das desordens temporomandibulares. Pode-se observar que, no caso da paciente C.D., essas mialgias, ou fibromialgias, podem envolver também músculos de regiões próximas, trazendo ao portador sintomas nessas e noutras partes do corpo, envolvendo

inclusive estruturas como vértebras, discos e ramificações nervosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso apresentado nos mostra, através dos resultados obtidos, o acerto dos métodos de tratamento, preconizado pelas disciplinas de Oclusão I e II da FOPUCRS, dos sinais e sintomas de DCM que foram constatados na paciente.

A sua queixa principal, de dores generalizadas na região cervical e da cabeça com repercussão nas regiões dorsal, lombar, braços e mãos, também foram eliminadas com o tratamento.

O correto diagnóstico e plano de tratamento, direcionados para a região do sistema estomatognático, trouxeram resultados positivos não somente a esse sistema, mas também às demais regiões citadas pelo

paciente. Isso nos leva a supor uma certa relação das desordens craniomandibulares com as manifestações sintomatológicas em outras regiões do corpo.

Também nos permite deduzir que, para este caso, tendo presente uma boa guia anterior, simulada sobre o *front-plateau*, pudemos concretizar o diagnóstico e, após realizar o tratamento, devolver a harmonia funcional ao sistema estomatognático, liberando a musculatura para as suas funções, sem fadiga, sem espasmo e sem compressão dos espaços intervertebrais das regiões esqueléticas.

Fica evidente a possibilidade de influência da “lei da mútua proteção” do aparelho mastigador sobre o complexo sistema muscular. Entretanto, requer que os estudos sejam continuados, usando-se o sistema da “mecanoterapia” como uma forma de tratamento dessas sintomatologias.

SAUERESSIG, N.S.; JAEGER, A.C. de O.; GRÜNDLING, C.A. Craniomandibular disorders and their relations with other parts of the human body – A clinical case report. *JBA, Curitiba*, v.2, n.7, p.196-199, jul./set. 2002.

Craniomandibular disorders are signs and symptoms resultant from several agents, the so called external agents, such as emotional stress, as much as the internal agents, which are resultant from dysfunctions of the masticatory system in the occlusal plane, reference point for the external agents to exert their influences. Under this situation, the masticatory system muscle pairs might undergo a fatigue process which injures by reciprocity other adjacent muscles, whose functions are different. This condition may settle on a subclinical level or even on a clinical pain probation. For example, the posture muscles that sustain the head over the trunk may have their functional aptness exceeded, so it takes to a muscle spasm which might cause myalgia, due to the presence of pain “trigger points”. These head posture muscles, when under long and exceeding contractions, compress the cervical and dorsal vertebrae, carrying to a positional change in these areas.

The present study relates the signs and symptoms of craniomandibular disorders (CMD) with other body areas, throughout a clinical case. A patient sought the Occlusion Chair of the PUCRS Dentistry School by presenting many signs and symptoms around the masticatory system and other body areas, as cervical region, suprascapular area, back area, arms and hands.

KEYWORDS: Craniomandibular disorders; Cervical pain; Carpal tunnel syndrome; Backache.

REFERÊNCIAS

- BELL, W.E. *Clinical management of temporomandibular disorders*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1992.
- BOLLINGER NETO *et al.* *Apud* HERBERT S.; XEVIER, R. *et al.* *Ortopedia e traumatologia - Princípios e prática*. 2.ed. [S.l.]: Artmed, 1998. cap.4, p.44.
- HOPPENFELD, S. *Propedêutica ortopédica - Coluna e extremidades*. [S.l.]: Atheneu, 1993. cap. 4, p.110.
- MECREARY, C.P. *et al.* Psychological distress and diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Pain*, v.44, p.29-34, 1991.
- OKENSON, J.P. *Bell's orofacial pains*. 5.ed. Chicago: Quintessence, 1995. p.61-73.
- PORTO, C.C. *Exame clínico - Base para a prática médica*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan AS, p.104.
- PULLINGER, A.G.; SILGMANN, D.A.; GOMLEIN, J.A. A multiple logistic regression analysis of the risk and relative odds of temporomandibular disorders as a function of common occlusal features. *J Dent Res*, v.72, n.6, p.968-979, 1993.
- SCHIFFMAN, E. *et al.* Mandibular dysfunction, occlusal dysfunction, and parafunctional habits in a nonclinical population. *J Dent Res*, v.65, p.306, Abstr 1237, 1986.
- SCHIFFMAN, E.L.; FRICTON, J.R.; HALEY, D.P.; SHAPIRO, B.L. The prevalence and treatments needs of subjects with temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc*, v.120, n.3, p.295-303, 1990.
- STEAD, E. *Medicina interna*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1956. v.1, p.65.
- WILLIAMS P.C. *Medicina interna*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1956. v.1, p.62.

Recebido para publicação em: 26/04/02
Enviado para análise em: 02/05/02
Aceito para publicação em: 14/05/02