

Desordens Temporomandibulares – Aspectos Clínicos e Guia para a Odontologia e Fisioterapia

Temporomandibular Disorders – Clinical Aspects and a Guideline to Odontology and Physiotherapy

Rodrigo PIOZZI*
Flávia Chiquito LOPES**

PIOZZI R, LOPES F.C. Desordens temporomandibulares – Aspectos clínicos e guia para a Odontologia e Fisioterapia. JBA, Curitiba, v.2, n.5, p.43-47, jan./mar. 2002.

Uma parcela da população sempre procura os serviços odontológicos pela presença de dores, porém muitas dessas dores não são de origem dentária, mas sim devido a desordens temporomandibulares, que vem cada vez mais tendo importância pela sua maior ocorrência. As causas dessas desordens ainda não são bem definidas, mas os fatores contribuintes para elas são conhecidos e podem ser minimizados e até controlados. O objetivo deste trabalho é mostrar uma forma de guia para facilitar o diagnóstico e, a partir deste, indicar ao paciente uma forma de tratamento simples, com resultados satisfatórios e com procedimentos não-invasivos, que todo Cirurgião-dentista clínico geral pode fazer. A Fisioterapia, por sua vez, atua nas DTMs com a sua função na necessidade de reabilitar o paciente como um “todo”, auxiliando no reconhecimento dos demais membros envolvidos e buscando restabelecer as funções ortopédicas e musculares debilitadas.

UNTERMOS: Desordens temporomandibulares (DTMs); Articulações temporomandibulares (ATMs).

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços científicos e técnicos da Odontologia, a grande maioria da população ainda procura os serviços odontológicos quando da presença de dores, e estas são geralmente de origem dentária; porém, essa procura dos pacientes aos Cirurgiões-dentistas vem cada vez mais aumentando, devido a dores faciais que, muitas vezes, podem debilitar os pacientes e desafiar os profissionais da saúde quanto ao diagnóstico e tratamento.

A dor orofacial representa um importante aspecto do tratamento dental, facial e bucal. Essas dores podem ter origens somáticas, com dores profundas (visceral, musculoesquelética, periodontal, desordens temporomandibulares, ósseas, tecido conjuntivo) ou superficiais (mucogengival e cutânea).

A literatura a esse respeito vem evoluindo à medida que, cada vez mais, há um maior número de pacientes portadores das Desordens Temporomandibulares (DTMs) e estas são largamente estudadas, para separar as diferentes causas e buscar os tratamentos mais adequados para cada situação clínica. Porém, ainda são controversas as opiniões dos autores em relação à causa e ao tratamento destas disfunções. O tratamento das DTMs está relacionado com a especialidade da prótese dentária, porque antigamente achava-se que os problemas articulares estavam relacionados com as próteses odontológicas e as interferências oclusais, e hoje sabe-se que isso nem sempre é verdade.

A Fisioterapia, por sua vez, atua nas DTMs com a função de reabilitar o paciente como um “todo”, auxiliando no reconhecimento dos demais membros envolvidos e buscando restabelecer as funções debilitadas.

* Cirurgião-dentista; Diretor do Departamento de Cirurgia e Deformidade Buco-Maxilo-Facial da Sociedade Paulista de Ortodontia e Ortopedia Facial – Unidade Botucatu

** Graduanda em Fisioterapia

DEFINIÇÃO

A DTM é definida como uma coleção de condições médicas, dentárias ou faciais associadas com anormalidades do sistema estomatognático, que desencadeiam disfunções na Articulação Temporomandibular (ATM) e tecidos adjacentes, incluindo os músculos faciais e cervicais. Os pacientes portadores das DTMs possuem algumas características semelhantes entre si e esses sinais contribuem para a formação de um grupo distinto, que necessita de um diagnóstico diferencial em relação a patologias que possuam sinais e sintomas semelhantes, levando ao tratamento específico mais indicado. Essa diferenciação deve ser realizada entre as DTMs e as artrites ou traumas faciais, que possuem os mesmos sinais e sintomas, mas causas completamente diferentes. Para tanto, uma correta anamnese e exame clínico são essenciais, pois caso essas patologias sejam tratadas da mesma maneira, existe o risco de não se conseguir resultado algum com o tratamento, podendo até levar ao agravamento dos sintomas.

Então, três passos básicos são largamente relatados na literatura e devem ser seguidos para melhor resultado:

1. O diagnóstico deve ser bem feito, procurando-se descobrir a etiologia das DTMs;
2. Indicar o melhor tratamento para o problema diagnosticado;
3. Passar ao paciente este diagnóstico e as possíveis opções de tratamento, iniciando idealmente pelos tratamentos mais simples ou conservadores e o menos invasivos possível (CLARK, 1995).

As DTMs apresentam sinais e sintomas facilmente detectáveis, e que serão úteis ao diagnóstico. Entre eles, podemos enumerar:

1. Estalidos ou *clicks*: ocorrem principalmente devido ao deslocamento anterior do disco intra-articular da ATM, com redução, em que, devido aos movimentos desta articulação, há a recaptura do disco entre a eminência articular da maxila e o côndilo mandibular. Esse deslocamento ocorre devido a uma alteração da forma anatômica do disco, ficando este com sua porção posterior afinada, fato que pode ocorrer devido ao bruxismo, hipermobilidade ligamentar, traumas na articulação e excesso de uso local. O estalido dificilmente é removido, porém diminui a sua frequência e intensidade (CLARK, 1995). A dor que pode ser originada neste local, pelo deslocamento do disco articular, pode ser mais facilmente removida e controlada.

2. Crepitação: também é um som que pode indicar uma desordem nessa região, sendo semelhante a “barulho de areia” no local, podendo ser devido à falta de lubrificação da articulação pelo líquido sinovial, inflamação localizada ou alteração no disco (perfuração) e estrutura óssea.

3. Hipomobilidade mandibular: isso pode ocorrer devido ao deslocamento do disco sem redução, que impedirá o movimento de translação da mandíbula (mio-espasmos, aderências do disco, fibrose, etc.).

4. Irregularidades e assimetrias dos movimentos de abertura e fechamento da mandíbula: a ATM, na qual ocorre o deslocamento do disco intra-articular (causado por espasmo, capsulite, fibrose capsular, remodelação ou alteração morfológica no disco – todos unilaterais), terá sua movimentação alterada e talvez até limitada, havendo, como consequência, desvios ou deflexões nos movimentos de abertura e fechamento da mandíbula.

5. Desordens do sono: bruxismo noturno e não relaxar durante o sono.

6. Dor na região da ATM: essa dor pode ser devida a vários fatores, como a inflamação localizada, artrite e deslocamento do disco. Essa dor também pode ser de origem muscular, ocorrendo devido a tensões emocionais, contração protetora da musculatura, hiperatividade, hiperalgesia, espasmos musculares e por traumas na região. O deslocamento do disco, por sua vez, gera dor pela exposição das inserções posteriores deste com a zona bilaminar, onde ficam as porções vasculares e nervosas da articulação, que serão comprimidas pelo côndilo na movimentação da mandíbula e também no deslocamento posterior do côndilo.

Para a realização do diagnóstico, a anamnese é imprescindível e algumas perguntas (indicadas na Tabela 1), se respondidas positivamente, direcionarão o Cirurgião-dentista ao diagnóstico mais preciso.

TABELA 1: Perguntas que irão colaborar para o diagnóstico e tratamento.

- Você possui dificuldades para abrir a boca?
- Você ouve barulhos na região da ATM?
- Você já teve “travamento” da mandíbula?
- Você sente dor perto ou dentro dos ouvidos e no maxilar?
- Você sente dor ou dificuldades na mastigação, fala ou bocejamento?
- Sua mordida está desconfortável ou diferente?
- Você tem dores de cabeça ou dores no pescoço com frequência?
- Você teve algum traumatismo recente na cabeça, pescoço ou mandíbula?
- Você sente regularmente a região mandibular firme, cansada ou tensa?

Você já foi tratado, previamente, de desordens temporomandibulares?

Você tem problemas de estresse no seu dia-a-dia?

Você tem artrite ou artrose?

Essas perguntas visam a estabelecer uma relação com todos os fatores contribuintes para a DTM citados anteriormente. Então, passa-se ao exame clínico, buscando anormalidades que contribuam para o diagnóstico, junto com fatores já relatados pelo paciente. O exame clínico será realizado medindo-se a movimentação mandibular (movimentos excêntricos e interferências oclusais), a quantidade de abertura bucal, verificando-se se esses movimentos são simétricos, fazendo-se a palpação dos músculos mastigatórios para verificar se há sintomatologia dolorosa, se há presença de estalido ou crepitação na região da ATM, se há dor na musculatura facial e cervical e se há desgastes dentários ou faces oclusais brilhantes, que possam indicar excesso de uso.

Depois de feito o exame clínico e a anamnese, o diagnóstico pode ser realizado, buscando-se a causa mais próxima do problema, e pode-se indicar o tratamento mais adequado. É importante salientar que há DTMs que são cíclicas (CLARK, 1983) e não curáveis, devendo-se apenas manter o controle dos sintomas. Se o tratamento for indicado erroneamente, o quadro clínico poderá inclusive piorar. Esse tratamento deve ser sempre indicado partindo-se do procedimento menos invasivo, do mais simples para o mais complexo, porém sempre se adequando ao estado clínico do paciente.

TRATAMENTO INICIAL

Deve ser instituído apenas com aconselhamentos, sendo bastante simples e com resultados satisfatórios, podendo ser da seguinte maneira:

- Instrução ao paciente para que ele melhore o seu nível de vida, tendo tempo para si mesmo, tomando alguns cuidados pessoais e minimizando ao máximo as condições que possam levar ao estresse (BLANK, 1998).
- Conscientizar o paciente do seu problema, pois a DTM deve ser tratada como uma doença progressiva (LINET, 1989; VON KORF, 1991), diferentemente da osteoartrose e das degenerações internas da articulação, que, na maioria das vezes, não o são (De LEEUW *et al.*, 1995).
- Tratamento multidisciplinar entre a Odontologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Medicina, Psiquiatria e Psicologia.

- Tentar relaxar os músculos da mastigação e melhorar a sua dieta com comidas mais moles e saudáveis, evitando o excesso de uso da musculatura (DWORKIN, 1994; DANZIG, 1983).
- Manter uma boa postura, para a ATM permanecer em uma posição mais anatômica.
- Evitar hábitos parafuncionais como o uso de chicletes e instrumentos de sopro (DWORKIN, 1994; DANZIG, 1983).
- Evitar o uso de cafeína e nicotina (drogas estimulantes) (DWORKIN, 1994; DANZIG, 1983).
- Recomendar ao paciente que faça exercícios físicos de baixo impacto, 3 a 4 vezes semanais (MANNICHE, 1988; SPITZER, 1987).
- Ter um sono mais tranquilo, com o hábito de dormir sempre no mesmo horário, dormir oito horas diárias e sempre de lado ou de costas, para não apoiar o peso da cabeça na ATM.
- Não abrir demais a boca para evitar o estalido, “machucando” a articulação.
- Remoção das interferências oclusais, caso isso ocorra.

A terapia com placa oclusal ou a placa de relaxamento muscular também deve ser utilizada para minimizar os desgastes oclusais e tentar um relaxamento da musculatura, eliminando parte da sintomatologia dolorosa, juntamente com o uso de antiinflamatório não-esteroidal (CLARK, 1984; MOSBY, 1987; RUBINOFF, 1987). O uso dessas placas também terá envolvimento psicológico, sendo um acessório para ajudar a terapia, conscientizar e lembrar o paciente do seu problema. Pode-se, também, usar a placa reposicionadora utilizada nos casos de deslocamento anterior do disco com redução.

CONSIDERAÇÕES E TRATAMENTO

FISIOTERÁPICO

Para esse tratamento inicial, a utilização de procedimentos fisioterapêuticos é essencial. Não compete à fisioterapia remover a etiologia da hiperatividade muscular causada pelo estresse e tensão, levando o indivíduo a apertamento noturno e/ou diurno; porém, podemos agir nessa musculatura com manobras de relaxamento e reeducação postural, que promoverão grande melhora na sintomatologia, principalmente nas crises dolorosas (BARROS & RODE, 1995).

As DTMs podem, ou não, estar associadas a outras afecções do sistema músculo-esquelético. Portanto, o fisioterapeuta deve visar sempre o paciente como um “todo”, e não apenas como uma desordem osteoarticular isolada. A hiperatividade dos músculos mastigatórios

pode ser a resposta diante da disfunção articular ali estabelecida (MANOLE *et al.*, 2000).

Uma avaliação bem elaborada e corretamente aplicada oferece todos os subsídios para que o fisioterapeuta estabeleça os objetivos e a conduta de tratamento, sendo este completo e qualificado, atendendo assim à individualidade de cada paciente. Via de regra, a fisioterapia nas DTMs visa aos seguintes objetivos: educar e orientar o paciente; combater o processo inflamatório; modular e/ou combater a dor; restabelecer o funcionamento normal e examinar e tratar as áreas adjacentes, se necessário.

Os recursos fisioterapêuticos mais utilizados, a fim de atingir os objetivos citados, são: orientação e educação do paciente quanto à sua doença; crioterapia; calor superficial; eletroterapia (ultra-som pulsátil, TENS, laser e ondas curtas); cinesioterapia e reeducação postural global. Cada um desses proporciona efeitos fisiológicos que irão auxiliar na redução do quadro doloroso, no fortalecimento muscular, na reeducação postural, visando, portanto, à melhora no aspecto geral do paciente (MANOLE *et al.*, 2000).

A primeira medida fisioterapêutica consiste na educação do paciente a respeito da natureza do seu problema e da maneira para reduzir a pressão intra-articular, diminuindo a intensidade da atividade dos seus músculos mastigatórios. Os processos inflamatórios nas mediações da ATM são, muitas vezes, exacerbados pelas atividades musculares, que implicam em um aumento considerável da pressão intra-articular. Após a utilização de determinados recursos fisioterapêuticos para reduzir ou eliminar a dor, são ensinados ao paciente os exercícios para o relaxamento, que deverão ser supervisionados pelo fisioterapeuta, e que deverão ser realizados periodicamente.

Antes de iniciar os exercícios, o fisioterapeuta deve orientar o paciente quanto à posição correta de repouso da boca; os dentes superiores devem estar um pouco afastados dos dentes inferiores (2mm) e a língua deve ser posicionada acoplando-se ao “céu da boca”, no palato duro (sem encostar-se nos dentes).

No paciente que apresenta DTM, o objetivo principal dos exercícios de mímica facial consiste em reeducar o sistema neuromuscular, a fim de normalizar o tônus muscular, de melhorar a coordenação e a consciência em relação à ATM, bem como restabelecer a função por meio do treinamento dos padrões motores normais.

Exercícios isométricos da musculatura facial – alternadamente contra a resistência oposta à abertura, ao fechamento, à excursão lateral e à protrusão – aumentam o fluxo sanguíneo dos músculos e a consciência do paciente em relação à musculatura. O exercício de abrir repetitivamente a boca, com a língua acoplada ao “céu da boca”, serve para treinar os músculos e melhorar a

nutrição das estruturas articulares e, ao mesmo tempo, controlar o grau de abertura. Esse exercício é capaz de prevenir as conseqüências nocivas da imobilidade e promover o relaxamento e a reeducação neuromotora dos músculos mastigatórios.

Os exercícios ativos, dentro dos limites da amplitude para a excursão lateral e a protrusão, podem ser introduzidos assim que a transposição do côndilo para diante deixe de impor solicitação exagerada aos tecidos em vias de cicatrização e quando o objetivo for o aumento de mobilidade dos elementos capsulares e miofasciais.

SEGUNDA PARTE DO TRATAMENTO

Irá depender dos resultados obtidos nos procedimentos anteriormente citados e estará indicado para os pacientes com dores mais fortes e um quadro clínico mais grave, havendo limitações de suas atividades diárias, como a alimentação e o trabalho. Essa parte do tratamento consiste em: uso de antiinflamatório não-esteroidal (porém, cabe salientar que estes, se usados durante longo período, podem causar problemas gastrointestinais, hemorrágicos e outros); analgésicos narcóticos não são usados rotineiramente, porém podem ser usados em dores agudas por causa traumática; uso de relaxante muscular, para pacientes com espasmo muscular agudo ou trismo severo causado por dor local; para pacientes depressivos, o uso de antidepressivos tricíclicos é uma boa opção, porém o tratamento multidisciplinar é o ideal, sendo então o paciente encaminhado ao psicólogo ou psiquiatra, como sugerido por ERIKSSON (1985), GESSEL (1975) e MERSKEY & HESTER (1972); o tratamento da oclusão do paciente só deve ser feito se o paciente apresentar uma oclusão instável ou interferências, e isso não deve ser realizado durante o estágio agudo da DTM, pois durante esse estágio será difícil a manipulação do paciente.

A injeção de anestésico (lidocaína) nos *trigger points* (pontos algícos de hiperirritabilidade) também é uma terapia utilizada, porém já passa a ser uma terapia invasiva e mais complexa e o Cirurgião-dentista deve pensar na relação desconforto-benefício, descrita por BLANK (1998), que possa levar ao paciente. A acupuntura também é uma opção para esses casos.

Se com esses procedimentos o Cirurgião-dentista clínico ainda não conseguir melhoras no quadro clínico do paciente, deve então encaminhar o paciente a um especialista em DTM, para que se possa avaliar os procedimentos subseqüentes indicados, mesmo que sejam procedimentos bem mais invasivos, por vezes até cirúrgicos, com resultados mais incertos e mais incômodos ao paciente.

CONCLUSÃO

A DTM é um grupo de desordens com um complexo quadro de sintomas e sinais similares, que podem interagir como três tipos de fatores: predisponentes, iniciantes ou perpetuantes. Elas são causadas pela interação dos elementos que excedem o limite de adaptação do paciente e, portanto, requerem tratamentos múltiplos e, se necessário, encaminhamento do paciente para especialistas.

A maioria dos pacientes terá grande melhora com essas duas etapas de procedimentos e poderão voltar a ter uma vida normal e mais saudável, sendo mais favorável a melhora do quadro clínico antes apresentado. Porém, deve-se instruir o paciente que os aconselhamentos passados não devem ser encarados apenas como tratamento, mas sim inseridos na rotina diária, para que a DTM não torne a ocorrer, pois cada vez que a DTM retorna tende a ser mais intensa, e o tratamento com resultados menos satisfatórios.

PIOZZI, R.; LOPES, F.C. Temporomandibular disorders – Clinical aspects and a guideline to Odontology and Physiotherapy. *JBA*, Curitiba, v.2, n.5, p.43-47, Jan./Mar. 2002.

Most of population frequently searches the dentist because of the pain. Even so, many of those pains have not dental origins, but they are caused by temporomandibular disorders, which becomes more and more important, considering its wide occurrence. The causes of those disorders are not very defined yet, but the factors that contribute for them are known and can be minimized, and even controlled. The objective of this paper is to show a guideline to facilitate diagnosis, and then, with a very defined diagnosis, indicate to the patient a simple way of treatment, with satisfactory results, and with non-invasive procedures, that every generalist dentist can fit. The physiotherapy action over the TMDs has a function that is originated from the necessity to rehabilitate the patient, helping him to restore his debilitated functions.

UNITERMS: Temporomandibular disorders (TMDs); Temporomandibular joint (TMJs).

REFERÊNCIAS

- BARROS, J.J.; RODE, S.M. *Tratamento das disfunções craniomandibulares – ATM*. São Paulo: Santos, 1995. 331p.
- BLANK, L.W. Clinical guidelines for managing mandibular dysfunction. *Gen Dent*, v.46, p.592-596, Nov./Dec. 1998.
- CLARK, G.T. A critical evaluation of orthopedic interocclusal appliance therapy: design, theory and overall effectiveness. *J Am Dent Assoc*, v.108, p.359-364, 1984.
- CLARK, G.T.; KIM, Y.J. A logical approach to the treatment of temporomandibular disorders. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, v.7, n.1, p.149-166, Fev. 1995.
- CLARK, G.T. *et al*. Guidelines for the examination and diagnosis of temporomandibular disorders. *J Am Dent Assoc*, v.106, p.75-78, 1983.
- DANZIG, W.N.; VanDYKE A.R. Physical therapy as an adjunct to temporomandibular joint therapy. *J Prosthet Dent*, v.49, p.96-99, 1983.
- DeLEEUW, R.; BOERING, G.; STEGENGA, B.; de BOND, L.G.M. Symptoms of temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement 30 years after non-surgical treatment. *J Craniomand Pract*, v.13, p.81-88, 1995.
- DWORKIN, S.F. *et al*. Brief cognitive behavioral intervention for temporomandibular disorders. *Pain*, v.59, n.2, p.175-187, Nov. 1994.
- ERIKSSON, A.; WESTESSON, P. Long-term evaluation of meniscectomy of the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg*, v.43, p.263-269, 1985.
- GESSEL, A.H. Electromyographic biofeedback and tricyclic antidepressants in myofascial pain-dysfunction syndrome: Psychological predictors of outcome. *J Am Dent Assoc*, v.91, p.1048-1052, 1975.
- LINET, M.S. *et al*. An epidemiologic study of headache among adolescents and young patients. *J Am Med Assoc*, v.261, p.2211-2216, 1989.
- LOW, J.; REED, A. *Eletroterapia explicada: princípios e prática*. 3.ed. São Paulo: Manole, 2001. 472p.
- MANNICHE, C. *et al*. Clinical trial of intensive muscle training for chronic low back pain. *Lancet*, v.2, p.1973-1976, 1988.
- MANOLE, T.; McPOIL, T.; NITZ, A.J. *Fisioterapia em Ortopedia e Medicina do esporte*. São Paulo: Santos, 2000. 633p.
- MERSKEY, H.; HESTER, R.A. The treatment of chronic pain with psychotropic drugs. *Postgrad Med*, v.48, p.594-598, 1972.
- MOSBY, E.L. Efficacy of temporomandibular joint arthroscopy: A retrospective study. *J Oral Maxillofac Surg*, v.51, p.17-21, 1993.
- RUBINOFF, M.S.; GROSS, A.; McCALL, W.D. Jr. Conventional and monocluding splint therapy compared for patients with myofascial pain dysfunction syndrome. *Gen Dent*, p.502-506, Nov./Dec. 1987.
- SOUCHARD, P.E. *O stretching global ativo: a reeducação postural global a serviço do esporte*. São Paulo: Manole, 1996. 170p.
- SPITZER, W. *et al*. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine*, p.51-59, 1987. Suplemento 1.
- Von KORF, M.; WAGNER, E.H.; DWORKIN, S.F.; SAUNDERS, K.W. Chronic pain and use of ambulatory health care. *Psychosom Med*, v.53, p.61-79, 1991.

Recebido para publicação em: 26/11/01
Enviado para análise em: 18/12/01
Aceito para publicação em: 05/02/02

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Av. Paula Vieira, 500 Vila Maria
18611-020 Botucatu, SP
Brasil