

## Abordagem, diagnóstico e tratamento das disfunções temporomandibulares – relato de caso

*Approach, diagnosis and treatment of temporomandibular dysfunctions - case report*

*Enfoque, diagnóstico y tratamiento de las disfunciones temporomandibulares - relato de caso*

Adriana Cristina **ZAVANELLI**<sup>1</sup>  
Nayara Soares **PIRES**<sup>2</sup>  
Caroline Cantieri de **MELLO**<sup>3</sup>  
Ricardo Alexandre **ZAVANELLI**<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Professora Assistente Doutora, Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia, UNESP Univ. Estadual Paulista, 16015-050 Araçatuba - SP, Brasil

<sup>2</sup>Especialista em Prótese Dentária – Instituto Kenedy de Pós-Graduação em Odontologia, 74120-030 Goiânia – GO, Brasil

<sup>3</sup>Cirurgiã Dentista, Especialista, Mestre e Doutora em Prótese Dentária, Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia, UNESP Univ. Estadual Paulista, 16015-050 Araçatuba - SP, Brasil

<sup>4</sup>Professor Doutor, Departamento de Reabilitação Oral, Faculdade de Odontologia, UFG Univ. Federal de Goiás, 74605-220 Goiânia - GO, Brasil

### Resumo

**Introdução:** Dentre as dores orofaciais, a disfunção da articulação temporomandibular (DTM) apresenta alta prevalência na população mundial. A dor é a principal queixa, e o acometimento mais comum para a busca de tratamento. Sintomas como fadiga muscular, dificuldade de abertura, zumbido entre outros, podem estar associados a outras comorbidades como o distúrbio de sono e cefaléia. Não raro, as queixas psicológicas como ansiedade e depressão podem ainda atuar como fatores iniciantes, perpetuantes ou predisponentes do quadro. O diagnóstico e plano de tratamento está apoiado na anamnese cuidadosa buscando descrever detalhadamente os sintomas, duração, tipo, ou seja, todas as informações possíveis sobre o desenvolvimento e manifestação da DTM. O exame físico deve incluir a palpação dos músculos mastigatórios, avaliação dos movimentos mandibulares e região da articulação temporomandibular. Exames de imagens como radiografias panorâmica e seriada da ATM, tomografia e ressonância magnética completam o arsenal para avaliação das estruturas envolvidas. **Objetivo:** descrever a resolução do caso clínico de um paciente que apresenta DTM detalhando os fundamentos do diagnóstico e estabelecimento de um plano de tratamento adequado, em busca de resultados satisfatórios no tratamento proposto para o paciente. **Descrição de caso clínico:** o diagnóstico do caso clínico em questão foi iniciado pela aplicação da anamnese detalhada utilizando o questionário “RDC” – Critério Diagnóstico para Pesquisa, posteriormente foi realizado o exame físico minucioso e a avaliação das radiografias panorâmica e seriada da ATM. O diagnóstico estabelecido foi de dor miofascial com espalhamento. Após o diagnóstico definitivo de disfunção temporomandibular, foi instituído um tratamento multidisciplinar para a resolução dos sinais e sintomas da paciente, e melhora na sua qualidade de vida. Um adequado diagnóstico e um minucioso planejamento são etapas cruciais para o sucesso em reabilitações protéticas envolvendo pacientes com sinais e sintomas de DTM. Por apresentar uma etiologia multifatorial as DTMs devem ser abordadas de maneira multidisciplinar.

**Descritores:** Bruxismo; Bruxismo do Sono; Dor; Articulação Temporomandibular.

### Abstract

**Introduction:** Among the orofacial pains, temporomandibular joint dysfunction (TMD) presents a high prevalence in the world population. Pain is the main complaint, and the most common involvement in the search for treatment. Symptoms such as muscle fatigue, difficulty opening, tinnitus among others, may be associated with other comorbidities such as sleep disorder and headache. Not infrequently, psychological complaints such as anxiety and depression may still act as initiating, perpetuating or predisposing factors of the condition. The diagnosis and treatment plan is supported by careful anamnesis seeking to describe in detail the symptoms, duration, type, ie all possible information about the development and manifestation of TMD. Physical examination should include palpation of the masticatory muscles, assessment of mandibular movements, and temporomandibular joint region. Imaging tests such as panoramic and serial X-ray of the TMJ, tomography and MRI complete the arsenal to evaluate the structures involved. **Objective:** to describe the resolution of the clinical case of a patient with TMD detailing the fundamentals of diagnosis and establishing an adequate treatment plan, in search of satisfactory results in the proposed treatment for the patient. **Description of the clinical case:** the diagnosis of the clinical case in question was initiated by the application of the detailed anamnesis using the "RDC" questionnaire - Diagnostic Criteria for Research, followed by a detailed physical examination and evaluation of the panoramic and serial radiographs of the TMJ. The established diagnosis was myofascial pain with spreading. After the definitive diagnosis of temporomandibular dysfunction, a multidisciplinary treatment was instituted to resolve the patient's signs and symptoms and improved their quality of life. Adequate diagnosis and thorough planning are crucial steps for success in prosthetic rehabilitation involving patients with TMD signs and symptoms. Because of the multifactorial etiology, TMDs should be approached in a multidisciplinary way.

**Descriptors:** Bruxism; Sleep Bruxism; Pain; Temporomandibular Joint.

### Resumen

**Introducción:** Entre los dolores orofaciales, la disfunción de la articulación temporomandibular (DTM) presenta alta prevalencia en la población mundial. El dolor es la principal queja, y el acometimiento más común para la búsqueda de tratamiento. Síntomas como fatiga muscular, dificultad de apertura, zumbido entre otros, pueden estar asociados a otras comorbidades como el trastorno de sueño y cefalea. No es raro que las quejas psicológicas como ansiedad y depresión pueden todavía actuar como factores iniciantes, perpetuantes o predisponentes del cuadro. El diagnóstico y plan de tratamiento está apoyado en la anamnesis cuidadosa buscando describir detalladamente los síntomas, duración, tipo, es decir, toda la información posible sobre el desarrollo y manifestación de la DTM. El examen físico debe incluir la palpación de los músculos masticatorios, la evaluación de los movimientos mandibulares y la región de la articulación temporomandibular. Exámenes de imágenes como radiografías panorámicas y seriadas de la ATM, tomografía y resonancia magnética completan el arsenal para la evaluación de las estructuras involucradas. **Objetivo:** describir la resolución del caso clínico de un paciente que presenta DTM detallando los fundamentos del diagnóstico y establecimiento de un plan de tratamiento adecuado, en busca de resultados satisfactorios en el tratamiento propuesto para el paciente. **El diagnóstico del caso clínico en cuestión fue iniciado por la aplicación de la anamnesis detallada utilizando el cuestionario "RDC" - Criterio Diagnóstico para Investigación, posteriormente fue realizado el examen físico minucioso y la evaluación de las radiografías panorámica y seriada de la ATM. El diagnóstico establecido fue de dolor miofascial con esparcimiento. Después del diagnóstico definitivo de disfunción temporomandibular, se instituyó un tratamiento multidisciplinario para la resolución de los signos y síntomas de la paciente, y mejora en su calidad de vida. Un adecuado diagnóstico y una minuciosa planificación son etapas cruciales para el éxito en rehabilitación protética que involucra a pacientes con signos y síntomas de DTM. Por presentar una etiología multifactorial las DTMs deben ser abordadas de manera multidisciplinaria.**

**Descritores:** Bruxismo; Bruxismo del Sueño; Dolor; Articulación Temporomandibular.

### INTRODUÇÃO

De acordo com a definição de 1979 da Associação Internacional do Estudo de Dor (IASP), a palavra dor é definida como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou

relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos”. Por sua vez a dor orofacial abrange uma série de condições dolorosas relacionadas a boca e a face, estando nesta categoria incluída a dor de dente e das

articulações temporomandibulares, as neuralgias e alguns tipos de cefaléias<sup>2</sup>. Os problemas que envolvem a articulação temporomandibular (ATM) e suas estruturas associadas são considerados os principais causadores das dores orofaciais<sup>3,4</sup>, e quando associadas à transtornos clínicos dos músculos da mastigação e da articulação, temos as disfunções das articulações temporomandibulares (DTMs); termo também especificamente utilizado para denominar a dor mioesquelética crônica ou aguda na face<sup>3</sup>.

Com uma etiologia multifatorial complexa, as DTMs podem ocorrer devido a fatores anatômicos, tais como, por exemplo, a relação esquelética biomecanicamente desfavorável, desequilíbrio das relações oclusais, mudanças agudas na condição oclusal e instabilidade ortopédica, a fatores patofisiológicos – alterações sistêmicas, locais e genética dos tecidos, e a fatores psicossociais – como ansiedade e depressão<sup>4,5</sup>.

O tratamento das DTMs exige sensibilidade, atenção aos detalhes e conhecimento profundo do profissional, a fim de se obter as informações primordiais e pertinentes na definição da etiologia e estabelecimento de um diagnóstico adequado; o que conseqüentemente, proporciona maior convicção e êxito ao eleger a terapia ideal para reabilitação desta desordem. Para isso são necessários conhecimentos adicionais sobre neurofisiologia, métodos de diagnósticos precisos e eficazes, avaliação do comportamento do paciente com sinais e sintomas musculares e/ou articulares, reconhecimento da faixa etária e gênero onde ocorrem com maior frequência e conhecimento dos métodos de tratamento mais eficientes<sup>6,9</sup>.

De acordo com a literatura<sup>6,7</sup>, a “Tríade da DTM” é um conjunto de sinais e sintomas visíveis nos pacientes que apresentam estas disfunções, sendo eles: a dor ou sensibilidade nos músculos da mastigação e ATM, ruídos articulares e limitações nos movimentos mandibulares<sup>6,7</sup>.

A abordagem multidisciplinar é fundamental na resolução<sup>6</sup>, tendo como coadjuvantes no tratamento as terapias com a aplicação de toxina botulínica, abordagens cognitivo-comportamentais, o uso de hipnoses, aplicações de laser, massoterapia, termoterapia, controle e orientação da dieta, exercícios de coordenação, uso de medicamentos, viscosuplementos, agulhamento, fisioterapias, aplicações de anestésico nos pontos de gatilhos, uso de placas estabilizadoras e acupuntura<sup>8,9</sup>.

Neste sentido, considerando que o cirurgião-dentista é o profissional responsável pelo tratamento das DTMs, o objetivo deste trabalho foi de apresentar um caso clínico e orientar os profissionais da área no estabelecimento de parâmetros precisos para a coleta de dados, e elaboração de um correto diagnóstico clínico, bem como orientar na eleição do tratamento.

## CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, compareceu ao Instituto Kenedy de Odontologia na clínica do curso de Especialização em Prótese Dentária, com a queixa principal de “dor na face”. Durante a anamnese foram observadas condições de saúde geral e bucal dentro da normalidade; contudo, a paciente relatou sentir dores de caráter intermitente na face desde a adolescência, dores de cabeça, dores ao mastigar e ao abrir a boca, estalido na região do ouvido esquerdo e direito e qualidade de sono ruim. Além disso, a mesma relatou que não houve ocorrências de quaisquer traumas na face ou mandíbula e quando questionada se já procurou ajuda profissional para alívio da sua dor a resposta foi positiva; mas, afirmou que os tratamentos anteriores não apresentaram sucesso.

Inicialmente, a investigação da história da doença atual foi direcionada de forma a entender o impacto desta condição na vida da paciente. Foi solicitado que considerasse uma escala subjetiva graduada de 0 a 10, na qual 0 seria a ausência de dor e 10 a máxima sensação dolorosa possível, analisando sua condição no momento em que foi questionada, e neste momento a paciente relatou sentir dor em nível 8. Em relação ao impacto no seu rendimento diário, nunca houve afastamento de suas atividades diárias como: trabalho, escola e serviços domésticos devido à sensação dolorosa; contudo, quanto à mudança em sua disposição de participar de atividades de lazer, sociais e familiares em uma escala de 1 (nenhuma mudança) e 10 (mudança extrema) ela respondeu 8.

Quanto à ocorrência de travamento mandibular impossibilitando movimento parcial ou total da mandíbula a resposta foi positiva, mas sem interferência limitante na mastigação. Relatou ainda ouvir estalos ao mastigar e ao abrir a boca; rangido, apitos e zumbidos no ouvido; bruxismo noturno e dores de cabeça e enxaquecas frequentes além de apontar regiões de sensibilidade em que havia exposição de dentina. A paciente considerou que tais condições impedem/limitam ou prejudicam algumas de suas necessidades básicas como o ato de mastigar, sorrir/gargalhar, bocejar, engolir e conversar.

Ao exame físico intraoral, foi detectada ausência dos elementos dentários 18, 28, 46 e 48; mesioversão do elemento 47, vestibuloversão do elemento 12, diastemas inter-incisivos superiores e relevante desgaste dentário generalizado (Figura 1). A aferição da extensão vertical durante a abertura bucal revelou 55mm de abertura máxima sem auxílio, enquanto que a abertura máxima com auxílio foi de 58 mm. Sobre os ruídos articulares a palpação, no movimento de abertura foi constatado estalidos, não havendo sinais de anormalidade no movimento de fechamento. Em relação às excursões, os movimentos

de lateralidade direita e esquerda e protrusão não apresentaram sintomatologia dolorosa.

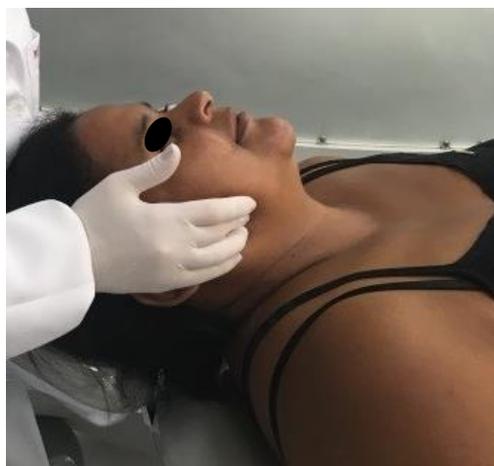


**Figura 1:** Aspecto intrabucal demonstrando a presença de diastemas generalizados, giroversão do dente 12 e desgaste de alguns dentes.

Ao exame físico extraoral, a palpação foi realizada pelo examinador em diferentes áreas da face, cabeça e pescoço (Figuras 2 a 7), orientando a paciente para que classificasse a intensidade da dor nos lados esquerdo e direito como: 0= Somente pressão (sem dor) ;1= dor leve; 2= dor moderada; 3= dor severa.



**Figura 2:** Aspecto lateral do procedimento de palpação enfocando o músculo temporal nos seus ventres.



**Figura 3:** Aspecto lateral do procedimento de palpação enfocando o músculo masséter nos seus feixes superficial e profundo.



**Figura 4:** Aspecto frontal do procedimento de palpação enfocando os polos laterais.



**Figura 5:** Aspecto frontal do procedimento de palpação enfocando os ligamentos posteriores no meato acústico externo.



**Figura 6:** Aspecto da palpação do músculo pterigoideo lateral.



**Figura 7:** Aspecto lateral do procedimento de palpação enfocando o músculo esternocleidomastóideo.

Seguindo as diretrizes acadêmicas, os músculos masseter e temporal receberam palpação para determinar o diagnóstico, buscando reproduzir a dor relatada pela paciente - “dor familiar”. A paciente apontou dor severa em ambos músculos e acenou positivamente, ou seja, confirmou que a dor na palpação era semelhante a que sentia. A dor tinha início em um ponto e irradiava para outras áreas do músculo palpado.

Outros achados clínicos foram relatados pela paciente para complementar o diagnóstico, como uma maior sintomatologia de caráter pulsátil e que irradiava durante a mastigação, pela manhã, ao entardecer e à noite, que se intensificava durante os movimentos e com a presença de calor e frio, aliviada apenas em repouso. Tonturas e náuseas foram relatadas como frequentes além dos relatos de ansiedade e de não se considerar uma pessoa feliz.

Após anamnese completa, foram solicitados exames radiográficos (radiografia panorâmica seriada de ATM) para avaliação mais precisa e conclusão do diagnóstico (Figuras 8 a 10). O resultado revelou projeção anterior do côndilo durante movimento de abertura, ultrapassando a eminência articular do lado esquerdo, junto à presença de desgastes dentários.

A hipótese diagnóstica foi disfunção articular e muscular associada – caracterizada como dor miofascial com espalhamento e deslocamento de disco com redução, provocado por parafunção (bruxismo do sono e em vigília) associada à perda de suporte dentário posterior e comportamento caracterizado como catastrófico. A partir dos dados obtidos, os procedimentos clínicos foram iniciados com a realização da moldagem com alginato (Cavex Holland BV, Haarlem, Holanda) dos arcos dentários para obtenção dos modelos de trabalho, e envio ao laboratório para confecção da placa estabilizadora.

Na consulta inicial ainda foi empregada a laserterapia para analgesia bilateralmente na região dos músculos masséter, temporal, frontal, occipital, esternocleidomastóideo, pterigoideo lateral e polo lateral do côndilo. Além disso, foi orientada a reabilitação total das arcadas superior e inferior e a aplicação da toxina botulínica nos músculos masséter e temporal para diminuir a ação muscular tensional, porém impossibilitada por motivos financeiros não foram executadas.

As estratégias terapêuticas adotadas para a paciente foram relacionadas ao protocolo para DTM muscular e articular com os seguintes pontos:

- Laserterapia inicial;
- Aconselhamentos gerais;
- Controle de hábitos de apertar ou ranger;
- Orientação da dieta alimentar voltada aos alimentos de textura mole para não forçar as ATMs;
- Fisioterapia térmica com frio/quente para diminuir a inflamação (frio – gelo na fase aguda) e

aumentar a vascularização local (quente – bolsa térmica na fase crônica);

- Trabalhar na hipomobilidade e não em tensão muscular;
- Uso de medicação de relaxamento muscular;
- Uso de placa estabilizadora.
- Sugestão de aplicações de toxina botulínica nos músculos masséter e temporal para diminuir a ação muscular tensional.



**Figura 8:** Aspecto da radiografia panorâmica, evidenciando desgaste incisal, ausência do dente 46, desnivelamento gerias do plano oclusal e leves giroversões.



**Figura 9:** aspecto das radiografias seriadas da ATM, em posição de fechamento bucal. Aferição do formato dos côndilos por comparação e das estruturas associadas.



**Figura 10:** Aspecto das radiografias seriadas da ATM, em posição de abertura bucal. Aferição do formato dos côndilos por comparação e das estruturas associadas.

O aconselhamento consistiu em educação e autorregulação física com explicação do que se tratava a DTM e como a paciente poderia lidar com mudança de hábitos e controle emocional para melhorar sua qualidade de vida. Foi sugerido a

terapia psicológica utilizando profissional com abordagem cognitivo-comportamental.

A orientação para permanecer com dentes desencostados e também com a musculatura relaxada – como suporte foi sugerido que a paciente utilizasse o aplicativo de celular chamado “Desencoste seus dentes”, controlando dessa forma o apertamento quando em estado de vigília.

Utilizar ainda dieta livre de dor, utilizando alimentos macios e cortados em pequenas porções para que a função mastigatória fosse executada livre de dor, ou seja, promover uma preservação da função mandibular em níveis não dolorosos. Em adição, solicitou-se que fossem evitados hábitos como goma de mascar, aberturas excessivas, interposição de língua, morder objetos, entre outros. Realizar termoterapia caseira, aplicando gelo para diminuir a inflamação quando a dor aguda estiver presente e quente quando na presença de dor crônica.

Foi sugerido ainda que a paciente se empenhasse em realizar exercícios físicos e realizasse a higiene do sono.

A laserterapia aplicada na paciente utilizou o laser infravermelho em função de seu efeito modulador inflamatório e analgésico. Foram aplicados nos músculos e região da ATM como já anteriormente mencionado. As aplicações ocorrem a cada 72 horas, sendo realizadas 5 aplicações utilizando a fluência e 110 J/cm<sup>2</sup>.

Quando finalizada, a placa estabilizadora confeccionada em material rígido (acrílico) foi instalada realizando-se ajustes internos com o auxílio de carbono líquido (Arti-spray, Bausch, 50769 Colônia, Alemanha), e ajustes oclusais seletivos (abertura e fechamento, lateralidades e protrusão) com o auxílio de folhas de papel carbono (Accufilm, Parkell, Farmingdale, NY, EUA) (Figura 11).



**Figura 11:** Aspecto intrabucal da placa estabilizadora em posição, com a função de proteção dos dentes remanescente e auxiliar no restabelecimento da função muscular.

As orientações de uso foram de tempo integral, exceto durante a alimentação. Orientação para a paciente não encostar dentes na placa. Este regime de uso foi instituído por 3 meses. Após este período a paciente foi aconselhada apenas para uso

noturno da placa estabilizadora. Concomitantemente, houve a prescrição de um anti-inflamatório não estereoidal (AINES) (Nimesulida 100mg 1 vez ao dia durante 4 dias) associada ao relaxante muscular de ação central (Miosan 10mg, duas vezes ao dia, por um período de 15 dias).

Deste modo, após um mês de uso da placa e a correta utilização da medicação, a paciente retornou a clínica, relatando completa adaptação ao uso do dispositivo oclusal, melhora nas sintomatologias e aumento na sua qualidade de vida.

## DISCUSSÃO

O termo aparelho estomatognático se refere a um sistema composto por órgãos e tecidos que se integram para o correto desenvolvimento de funções como a mastigação, deglutição, fonação, expressão e estética facial, além de ser responsável pela postura mandibular, lingual e do osso hióide. Compõem tal sistema os ossos fixos da cabeça, a mandíbula, o osso hióide, as clavículas e o esterno, os músculos responsáveis pela mastigação, deglutição, expressão facial e posteriores do pescoço, o periodonto, a ATM e seus ligamentos, os sistemas vasculares e nervoso, os dentes, a língua, os lábios, as bochechas e as glândulas salivares<sup>3</sup>. A existência de quaisquer anormalidades em alguma destas estruturas resultam em desequilíbrio do aparelho estomatognático e podem desencadear a disfunções na articulação temporomandibular (DTMs) e tecidos adjacentes<sup>2</sup>.

A ATM é uma complexa articulação móvel do crânio e é a única que permite movimentos rotacionais e translacionais. Isso ocorre devido à existência de duas articulações que funcionam simultaneamente e estão conectadas a um único osso, a mandíbula (mais precisamente em seu côndilo). Para que ocorra o funcionamento fisiológico desta estrutura, a articulação temporomandibular, a oclusão dental e o equilíbrio neuromuscular devem estar em comum relação<sup>6,7</sup>.

As desordens temporomandibulares possuem etiologia complexa e multifatorial. Sua classificação é baseada em sinais e sintomas<sup>5</sup>. Entre várias possibilidades, a etiologia pode ser proveniente de traumas articulares, desequilíbrio oclusal devido á perdas dentárias, desgastes, próteses mal adaptadas, restaurações inadequadas e aspectos físicos e psicológicos como ansiedade, distúrbio do sono, depressão, atividade parafuncional (bruxismo)<sup>4,5,6</sup>.

A literatura revela maiores prevalências das DTM em mulheres, sugerindo uma possível correlação entre a patogênese destas disfunções e o hormônio sexual feminino estrogênio<sup>10,11,12</sup>, ou entre a DTM e os mecanismos de modulação da dor, uma vez que mulheres apresentam maior sensibilidade para a maioria das modalidades de dor<sup>12,13</sup>.

A repercussão da dor na vida do paciente é avaliada nos quesitos relacionados ao prejuízo social,

ao desenvolvimento das atividades diárias e à percepção do paciente sobre a reação de terceiros a sua condição dolorosa<sup>1,14</sup>. Neste caso o direcionamento do questionário durante a coleta de dados foi realizado utilizando o Critério Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular (*Diagnostic Criteria For Temporomandibular Disorders* – *RDC/TMD*), uma ferramenta reconhecida mundialmente por sua fundamentação e auxílio no processo de classificação e diagnóstico das DTMs. Compõe-se por dois eixos, nos quais inclui a avaliação de aspectos físicos - Eixo I, e a intensidade e severidade da dor crônica e avaliação de aspectos psicológicos - Eixo II<sup>4,5</sup>.

Os sinais e sintomas relatados pela paciente deste caso podem ser facilmente identificados na literatura como pertinentes aos problemas na articulação temporomandibular, e a comparação destes sintomas com os relatos literários auxiliam na obtenção do diagnóstico definitivo. Neste caso, a paciente apresentava evidências da atividade de bruxismo (desgaste dentários, dor muscular), crepitação (som semelhante a barulho de areia) devido à falta de lubrificação da articulação pelo líquido sinovial, inflamação localizada ou alteração do disco e dor na região da ATM. Os exames radiográficos revelaram deslocamento anterior do disco articular do lado esquerdo. Em particular, o estalido articular pode ser um sinal indicativo de bruxismo do sono, o que sugere que esta parafunção possa ter alguma relação com o deslocamento do disco articular<sup>5,15</sup>.

Há indícios de que indivíduos com DTM possuem maior grau de ansiedade e predisposição a serem mais depressivos quando comparados a indivíduos assintomáticos, além de relatos de que os sintomas da disfunção geralmente se iniciam/intensificam durante episódios de estresse<sup>4</sup>. No caso, a paciente foi conscientizada de sua condição e orientada a melhorar sua qualidade de vida visando minimizar as condições que possam levar ao estresse. Além disso, foi orientada a execução de exercícios físicos de baixo impacto de 3 a 4 vezes por semana e atenção à sua alimentação, preferindo sempre comidas mais macias e saudáveis, para evitar o excesso de uso da musculatura<sup>2,4</sup>. Associada às mudanças nos hábitos de vida, foi confeccionada uma placa estabilizadora para uso rotineiro e a prescrição de fármaco com intuito de aliviar a dor até estabilização da condição.

A abordagem de tratamento em longo prazo mais apropriada para o controle de parafunções é a combinação de placas estabilizadoras com estratégias cognitivo-comportamentais e abordagens farmacológicas, as quais devem ser consideradas de forma global<sup>5,15</sup>. A terapia com placa também deve ser utilizada para minimizar os desgastes oclusais e tentar um relaxamento da musculatura, eliminando

parte da sintomatologia dolorosa<sup>2</sup>.

Outro ponto abordado nas terapias coadjuvantes está relacionado com o uso da toxina botulínica, sugerido à paciente, mas que, no entanto, por questões de custo da medicação, não foram utilizadas. Vale ressaltar que entendemos o uso da toxina botulínica como uma placa química, indicada principalmente aos pacientes com menor adesão ao uso da placa miorelaxante ou que são menos disciplinados e estando a droga aplicada nos músculos masseter e temporal, haverá uma notada diminuição da força muscular e melhor controle do apertamento dentário. Sugere-se o uso de 60 unidades no músculo masséter (distribuídos em 5 pontos com 5 unidades em cada ponto e em ambos os lados direito e esquerdo) e 18 unidades nos músculos temporais (distribuídos em 3 pontos com 3 unidades em cada ponto e em ambos os lados direito e esquerdo).

Pode-se afirmar que as terapias indicadas para o tratamento das DTMs não promovem uma cura das disfunções, mas sim um controle dos sinais e sintomas, principalmente porque as DTMs tratam-se de etiologia multifatorial, cujo comportamento e aspecto psicossocial envolvidos são relevantes e tem grande parcela na causa das disfunções. Nesse cenário, nossos pacientes e nossas vidas passam por constantes mudanças, transtornos emocionais, situações de estresse e evoluções que fogem do nosso controle, podendo afetar diretamente na recidiva das disfunções e levando os pacientes à novos episódios de apertamento e ranger dos dentes.

Consideramos também que o papel do fator oclusal na etiologia das DTMs é relevante, porém não deve ser o único a ser levado em consideração (como tradicionalmente era o enfoque do tratamento dos pacientes com disfunções), principalmente considerando a capacidade de adaptação dos indivíduos pacientes que são tratados e que apresentam grandes discrepâncias oclusais (alteração de dimensão vertical, desgaste dentário, giroversões, prematuridades e interferências), sem que isso necessariamente leve ao quadro de sintomatologia dolorosa de nossos pacientes.

Nesse sentido, os profissionais que atendem os pacientes com DTMs devem estar atentos às consequências das disfunções em relação ao sistema mastigatório, normalmente relacionadas com o desgaste dos dentes, desarmonias oclusais que fogem de uma oclusão ideal ou fisiológica, limitação de abertura, movimentação excêntrica dificultada, curvas de compensação em desarmonia entre outros problemas, procurando corrigi-los com as reabilitações bucais, mas deixando claro aos pacientes que esse restabelecimento da normalidade oclusal não necessariamente irá durar para sempre, ou que não irá quebrar os desgastar novamente, deixando claro os pacientes que naquele determinado momento, o paciente está controlado, mas que o

transtorno poderá voltar a qualquer momento de sua vida, e devendo o paciente retornar ao profissional para os controles e manutenções periódicas constantes.

### CONCLUSÃO

Os fundamentos para um adequado diagnóstico e um minucioso planejamento são etapas cruciais para o sucesso em reabilitações protéticas envolvendo pacientes que apresentam sinais e sintomas de DTMs, que apresentam etiologia multifatorial e por isso devem ser abordadas de maneira multidisciplinar, buscando alívio dos sintomas e aumento da satisfação do paciente.

### REFERÊNCIAS

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2.ed. Seattle: IASP Press; 1994.
2. Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida. Curitiba: Maio Editora; 2001.
3. Oliveira AS, Bermudez CC, Souza RA, Souza CMF, Dias EM, Castro CES et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. J Appl Oral Sci 2003;11(2):138-43.
4. Fuarra FJC. Disfunção temporomandibular e síndrome fibromiálgica: caracterização de amostra segundo critérios clínicos [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008.
5. Oliveira W. Disfunção temporomandibular, São Paulo: Artes Médicas; 2002.
6. Quinto CA. Classificação e tratamento das disfunções temporomandibulares: qual o papel do fonoaudiólogo no tratamento dessas disfunções. Rev Cefac. 2000;2(2):15-22.
7. Wright IJ, Deary IJ, Geissler PR. Depression, hassles and somatic symptoms in mandibular dysfunction syndrome patients. J Dent. 1991; 19(6):352-56.
8. Sousa MLR, Mashuda CS, Sato JE, Siqueira JTT. Effects of acupuncture in adults with temporomandibular disorders. Rev Dor. 2014;15(2):87-90.
9. Bérzin MGR. Características da formação profissional: prática clínica e perfil biopsicossocial de cirurgiões-dentistas e médicos que atuam na área de dor orofacial [tese]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas; 2007.
10. Warren MO, Field JL. Temporomandibular disorders and hormones in women. Cells Tissues Organs. 2001;169(3):187-92.
11. Schmid-Schwap M, Bristela M, Kundi M, Piehslinger E. Sex-specific differences in patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2013;27(1):42-50.
12. Cairns BE. Pathophysiology of TMD pain: basic mechanisms and their implications for pharmacotherapy. J Oral Rehabil. 2010;37(6):391-410.
13. Bereiter DA, Okamoto K. Neurobiology of estrogen status in deep craniofacial pain. Int Rev Neurobiol. 2011;97:251-84
14. Castro CES. A formulação linguística da dor - versão brasileira do questionário McGill de dor [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1999.
15. Kata T, Thie NM, Huynh N, Miyawaki S, Lavigne GJ. Topical review: sleep bruxism and the role of peripheral sensory influences. J Orofac Pain. 2003; 17(3):191-213.

### CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

**Adriana Cristina Zavanelli**  
adriana.zavanelli@unesp.br

Submetido em 30/05/2018

Aceito em 27/06/2018