

ADITEME

# Monografia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Odontologia



PROJETO DE EXTENSÃO ADITEME

ATENDIMENTO ESPECIAL DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO  
TEMPOROMANDIBULAR

**TRATAMENTO DAS DESORDENS DOS MÚSCULOS MASTIGATÓRIOS**

**(Resenha sobre a metodologia de OKESON, 2013)**

**Discente: Marcelo Brito de Oliveira Filho**

**Coordenador: Guilherme Brião Camacho**

**Dezembro de 2020**

# TRATAMENTO DAS DESORDENS DOS MÚSCULOS MASTIGATÓRIOS

(Resenha sobre a metodologia de OKESON, 2013)

**Marcelo Brito de Oliveira Filho**

**Guilherme Brião Camacho**

- Queixa predominante: mialgia de início rápido e recorrente.
  - Existem pelo menos 7 tipos de desordens, cada uma com um tipo de tratamento.
1. COCONTRAÇÃO PROTETORA (Contratura Muscular Protetora ou Coativação)
  2. SENSIBILIDADE DOLOROSA MUSCULAR LOCAL (Mialgia não Inflamatória)
  3. DOR MIOFACIAL (Ponto De Gatilho)
  4. MIOESPASMO (Mialgia De Contração Tônica)
  5. MIALGIA CRÔNICA MEDIADA CENTRALMENTE (Miosite Crônica)
  6. DESORDENS MOTORAS MEDIADAS CENTRALMENTE
    - 6.1. BRUXISMO DO SONO
    - 6.2. APERTAMENTO DENTÁRIO DIURNO
    - 6.3. DISTONIA OROMANDIBULAR
  7. FIBROMIALGIA (Fibrosite)

## **COCONTRAÇÃO PROTETORA**

### **(Contratura Muscular Protetora ou Coativação)**

- Resposta inicial de um músculo a um estímulo sensitivo (ou proprioceptivo) alterado ou mesmo a uma injúria tecidual local.
- Na presença de dor ou alteração sensitiva, os músculos antagonistas agem visando limitar a ação dos músculos agonistas, para proteger a estrutura danificada.
- A dor no sistema mastigatório pode gerar Cocontração Protetora desses músculos, sendo clinicamente apresentado como atividade dos músculos abaixadores da mandíbula durante o fechamento bucal, ou atividade dos músculos levantadores da mandíbula durante a abertura bucal.
- Não se trata de uma condição patológica e sim fisiológica e momentânea em resposta a alguma alteração.
- ETIOLOGIA: dor profunda constante, estresse emocional, estímulo sensitivo ou proprioceptivo alterados.
- HISTÓRICO: se desenvolve logo após algum evento específico, permanecendo poucos dias. Caso não melhore deve-se considerar uma Sensibilidade Dolorosa Muscular Local. O histórico irá revelar alteração recente das estruturas locais ou fonte recente de dor profunda constante ou ainda aumento recente do nível de estresse.
- ASPECTO CLÍNICO: Pode haver redução da amplitude e do movimento; dor mínima em repouso que não aumenta quando em movimento; sensação de fraqueza muscular.
- RECOMENDAÇÕES: alimentação pastosa até haver redução da dor, podendo ser prescrito também medicação analgésica e anti-inflamatória (AINES).

### **TRATAMENTO**

- Devido ao fato de não ser uma real patologia, o tratamento baseia-se na remoção da causa que levou a esse desfecho.
- Se a Cocontração for causada por uma restauração mal adaptada, o tratamento adequado é o ajuste desta restauração. Já se a etiologia da Cocontração for oriunda de dor profunda, esta deve ser tratada. Sendo a etiologia o estresse emocional, é recomendado técnicas de controle de estresse e/ou encaminhamento a um profissional adequado.

## **SENSIBILIDADE DOLOROSA MUSCULAR LOCAL**

### **(Mialgia não Inflamatória)**

- Frequentemente é gerada por continuidade de uma Cocontração Protetora.
- É caracterizada por fadiga muscular.
- ETIOLOGIA: Cocontração Protetora prolongada; dor profunda contínua; trauma tecidual local ou sensibilidade muscular de início tardio; estresse emocional elevado.
- HISTÓRICO: dor com início há alguns dias ou horas após o evento associado a Cocontração Protetora; dor com início secundário a outra fonte de dor profunda; início da dor associada a alguma injúria tecidual como abertura bucal excessiva ou injeção no local; episódio recente de estresse emocional.
- ASPECTO CLÍNICO: disfunção devido a limitação da abertura bucal e redução da velocidade de movimentação; dor mínima ao repouso; dor durante a função; fraqueza muscular; sensibilidade muscular a palpação.

### **TRATAMENTO**

- Eliminação do estímulo de dor profunda (como a de origem dentária por exemplo) e do estímulo sensitivo/proprioceptivo alterado;
- Autorregulação física para controle do estresse;
- Redução da amplitude, da movimentação e do esforço da mandíbula com alimentação pastosa e mastigação lenta e em pequena quantidade de alimento por ciclo mastigatório;
- Estimular a movimentação a limites indolores ao paciente, visando retornar à função muscular normal (uso cuidadoso e ponderado do músculo).
- A ausência de atividade muscular não é indicada.
- Orientar o paciente a reduzir o contato dentário não funcional e ficar com os lábios juntos e os dentes separados (possível principalmente durante o dia);
- Conscientizar o paciente sobre a relação entre estresse e a patologia em questão;
- Quando suspeitar de bruxismo ou apertamento dentário noturno (como por exemplo quando relatada dor logo ao acordar) é indicado confecção de placa oclusal para uso noturno e ocasionalmente durante o dia para redução da dor.
- Vale ressaltar que a placa estabilizadora em Relação Cêntrica (RC) possibilita contato oclusal equilibrado quando os côndilos estiverem em posição anterossuperior sob o disco

articular contra o ventre posterior da eminência articular, visando estabilidade musculoesquelética. A guia excêntrica é feita apenas para os caninos.

- Caso ainda persistam os sintomas, prescrever medicação analgésica (acetaminofeno) ou AINES (ibuprofeno) de 6 em 6 horas durante 5 a 7 dias apenas.
- Deve responder a terapia dentro de uma a três semanas. Caso contrário, considerar o diagnóstico errado e/ou uma desordem miálgica mais complexa.

❖ **Observação:**

Cocontração Protetora e a Sensibilidade Dolorosa Muscular Local se desenvolvem em curto período de tempo. Quando não resolvidas, podem se tornar crônicas (Dor Miofascial, Mioespasmo, Mialgia Mediada Centralmente e Desordens Motoras Mediadas Centralmente).

## **DOR MIOFACIAL**

### **(Ponto De Gatilho)**

- Caracterizada por faixas de tecido muscular firme e hipersensível, chamados de pontos de gatilho.
- A presença de excitação central é comum.
- Descrito pelo paciente como dor de cabeça do tipo tensional.
- ETIOLOGIA: dor profunda contínua; estresse emocional elevado; distúrbios do sono; fatores locais como hábitos e postura instáveis ortopedicamente e tensão muscular; fatores sistêmicos como nutrição inadequada, condicionamento físico deficiente, fadiga muscular ou infecção viral; mecanismos de ponto de gatilho idiopático.
- ASPECTO CLÍNICO: pode haver diminuição da velocidade de movimentação e da amplitude; dor em repouso e aumento da dor quando em movimento; faixa tensa do músculo com pontos de gatilho, que quando provocadas intensificam a dor.

## TRATAMENTO

- Baseado na eliminação dos fatores etiológicos, iniciando pela remoção de estímulos de dor profunda e tratamento do estresse quando presente. Se houver suspeita de distúrbios do sono, realizar encaminhamento apropriado.
- Deve-se ainda tratar e eliminar os pontos de gatilho realizado pelo estiramento indolor (técnicas: spray e estiramento; pressão e massagem; ultrassom e estimulação eletrolgalvânica; injeção e estiramento).
  - I. SPRAY E ESTIRAMENTO: método mais utilizado e mais conservador para eliminação dos pontos de gatilho. Utiliza spray frio (Fluorometano por exemplo) a uma distância de 45 cm da região dolorosa, no tecido que recobre o músculo, seguido de estiramento. O spray visa provocar um disparo da estimulação nervosa cutânea que reduz a percepção de dor na área. Após aplicação, é realizado estiramento do músculo de maneira indolor pois, havendo sensação dolorosa no momento do estiramento, poderá ocorrer cocontração protetora.
  - II. PRESSÃO E MASSAGEM: a pressão deve ser realizada aumentando-se gradativamente a força até 9kg durante 30 a 60 segundos, não podendo haver dor durante o procedimento. Muitas vezes a pressão e massagem do ponto de gatilho podem resultar em sua eliminação.
  - III. ULTRASSOM E ESTIMULAÇÃO ELETROGALVÂNICA: o ultrassom produz calor profundo no ponto de gatilho, causando seu relaxamento. Já a estimulação eletrolgalvânica reduz a atividade muscular e proporciona seu relaxamento.
  - IV. INJEÇÃO E ESTIRAMENTO: injeta-se anestésico local e realiza-se estiramento indolor da musculatura. Preferencialmente deve ser utilizado lidocaína 2% sem vasoconstritor.

## **MIOESPASMO (Mialgia De Contração Tônica)**

- É uma contração muscular tônica, involuntária e induzida pelo SNC.
- ETIOLOGIA: estímulo continuado de dor profunda; acúmulo de metabólitos locais dentro dos músculos devido à fadiga; causa idiopática.
- Histórico: início súbito de restrição do movimento mandibular, podendo acompanhar rigidez muscular.

- **ASPECTO CLÍNICO:** restrição marcante da amplitude mandibular dependendo do músculo afetado; dor em repouso; aumento de dor durante a função; rigidez muscular e dor à palpação.

## **TRATAMENTO**

- Iniciar o tratamento visando redução da dor com massagem manual ou anestesia local, seguido de alongamento ou estiramento passivo do músculo envolvido em seu comprimento total. Deve-se ainda remover, quando presentes, os fatores etiológicos.
- Vale ressaltar que quando ocorrer repetidas vezes no mesmo músculo, pode-se tratar de uma Distonia Oromandibular (contrações espasmódicas, repetidas e incontroláveis dos músculos) e são supostamente de origem central. Seu tratamento é diferente do utilizado para mioespasmos agudos e ocasionais.
- **TERAPIA DE SUPORTE:** fisioterapia com massagem e estiramento passivo para reduzir o espasmo. Posteriormente, exercícios de condicionamento muscular e técnicas de relaxamento local e sistêmico.

## **MIALGIA CRÔNICA MEDIADA CENTRALMENTE (Miosite Crônica)**

- **ETIOLOGIA:** a medida que o SNC fica exposto a estímulos nociceptivos prolongados pode ocorrer uma alteração funcional das vias do tronco cerebral, podendo resultar em um efeito antidrômico nos neurônios periféricos aferentes. Basicamente os neurônios que antes apenas levavam informação da periferia para o SNC passam a levar informação do SNC para periferia, e quando isso ocorre, há a possibilidade de liberação de neurotransmissores nociceptivos (substância P e bradicinina) nas vias aferentes periféricas, causando nocicepção e dor nos tecidos periféricos, fenômeno denominado de Inflamação Neurogênica. A Mialgia Crônica Mediada Centralmente pode ser causada por um estímulo prolongado de dor muscular derivada da sensibilidade dolorosa muscular local ou ainda da dor miofascial. Quanto maior o período de exposição a dor miofascial ou ao estresse emocional, maior a chance de desenvolver Mialgia Crônica Mediada Centralmente.
- **HISTÓRICO:** dor miogênica constante associada a um histórico prolongado de queixa muscular (meses ou anos).

- **ASPECTO CLÍNICO:** disfunção (redução da amplitude e velocidade de movimentação mandibular); dor significativa em repouso e durante a palpação, exacerbada durante a função; sensação de rigidez muscular. A falta de uso muscular devido a dor pode acarretar em atrofia muscular, contratura miostática ou miofibrótica.

## **TRATAMENTO**

- A medida em que os fatores etiológicos forem controlados, a inflamação neurogênica desaparecerá e os sintomas irão gradativamente regredir.
- Deve-se restringir o uso mandibular a um limite indolor, evitando-se exercícios;
- Dieta pastosa e em pequenas porções, associadas a mastigação lenta;
- Utilização de placa estabilizadora em relação cêntrica;
- Administração de anti-inflamatório AINES (ibuprofeno) durante duas semanas;
- Caso a qualidade do sono esteja afetada, pode-se administrar 10mg de amitriptilina ou de ciclobenzaprina antes de dormir, visando auxiliar na qualidade do sono (ou encaminhamento a um especialista).
- Aplicação de calor úmido no local.

## **DESORDENS MOTORAS MEDIADAS CENTRALMENTE**

- Possui origem no SNC.
- Estas condições incluem: Bruxismo do sono, Apertamento Dentário Diurno e Distonia Oromandibular.
- O Bruxismo e o Apertamento dentário são atividades parafuncionais e produzem hiperatividade muscular.

## **BRUXISMO DO SONO**

- Ato de ranger os dentes, geralmente em posições excêntricas repetidas.
- Desgaste dentário é um achado comum em portadores desta patologia.
- Placas oclusais diminuem a atividade muscular noturna, pelo menos em curto prazo. Atuam gerando um estímulo sensitivo periférico alterado para o SNC, ativando um feedback negativo que reduz a atividade muscular intensa.



- Forte influência de estresse emocional.
- Atualmente não existem tratamentos para eliminação permanente do bruxismo. Embora a placa oclusal reduza o desgaste dental e a dor musculoesquelética, ela não cura o bruxismo.

## **APERTAMENTO DENTÁRIO DIURNO**

- Atividade parafuncional estática.
- Pode apresentar-se como um hábito ou uma resposta subconsciente ao estresse.
- A quantidade de força aplicada aos dentes é inferior a associada ao bruxismo do sono.
- Deve-se desenvolver no paciente uma consciência cognitiva (despertar a consciência do paciente sobre essa atividade).
- Depois que esta consciência for instruída, sempre que percebido esta atividade o paciente deve ser orientado a relaxar a musculatura labial e soprar um pouco de ar entre eles, permitindo o relaxamento da musculatura mandibular e uma melhor postura estrutural com a língua repousada no assoalho bucal e os dentes separados. Isso reduz a carga sobre a articulação e a atividade muscular.
- Deve-se ainda, quando necessário, indicar técnicas de autorregulação física.

## **DISTONIAS OROMANDIBULARES**

- Trata-se de uma tonicidade muscular desordenada.
- Clinicamente apresenta-se como uma contração muscular repentina e descontrolada (contração única e prolongada é referida como mioespasmo, contudo quando um mioespasmo se repete de forma descontrolada é considerado uma distonia).
- As características clínicas dependem dos músculos afetados (músculos da mastigação, da expressão facial e/ou língua).
- Os espasmos distônicos podem resultar em contrações nasais, lábios franzidos, sucção dos lábios, bruxismo, discinesia lingual, retrações da comissura labial, contrações do platisma.
- No momento não existe cura para distonia oromandibular, sendo o tratamento mais eficaz voltado para os fatores de gatilho.

- A toxina botulínica é utilizada para tratamento da maioria das distonias focais (que envolvem um grupo específico de músculos).
- A toxina botulínica A, quando injetada no músculo, causa bloqueio pré-simpático da liberação de acetilcolina na placa motora terminal, impedindo a contração muscular (paralisia).
- Um problema detectado é que a duração do efeito desta toxina dura cerca de 3 a 4 meses, sendo necessário outras aplicações. Entretanto, esta toxina pode ser imunogênica, o que restringe seu uso repetidas vezes.
- Em casos graves que não respondem a terapia com toxina botulínica, pode ser necessário controle cirúrgico, como a miotomia.

## **FIBROMIALGIA**

### **(Fibrosite)**

- Desordem miálgica crônica que se apresenta como um problema de dor musculoesquelético sistêmico, acometendo diversos pontos do corpo (não é exclusiva do sistema mastigatório).
- Pode ser reconhecida pelo dentista, mas a conduta ideal é o encaminhamento médico.
- HISTÓTICO: queixa de dor musculoesquelética crônica disseminada nos 4 quadrantes do corpo, presente há mais de 3 meses. Pode apresentar dor artrálgica sem qualquer evidência de desordem articular. Distúrbios do sono, sedentarismo e depressão são achados comumente em pacientes portadores de Fibromialgia.
- ASPECTO CLÍNICO: disfunção mandibular; dor disseminada pelo corpo; sem aumento de dor durante a palpação (principal diferença entre Fibromialgia e Dor Miofascial); dor durante a função; sensação generalizada de fraqueza muscular e fadiga crônica generalizada; geralmente os pacientes não apresentam bom condicionamento físico.

## **TRATAMENTO**

- Terapia adjunta com outros profissionais de saúde, pois a Fibromialgia não é uma desordem primária do sistema mastigatório.
- Administrar AINES para tratamento dos sintomas, semelhante à Miagia Crônica Mediada centralmente;
- Tratar distúrbios do sono quando houver;

- Considerar administração sistêmica de anticonvulsivantes para supersensibilidade do sistema nervoso autônomo;
- Incentivar o paciente a praticar de exercícios de forma branda e regular.

## **REFERÊNCIAS**

OKESON, J.P.; Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão. 7º edição. Rio de Janeiro, Editora Elsevier, 2013.