

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Marcio Benoni Ceratti

**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ASSOCIADA A ALTERAÇÕES
POSTURAS GLOBAIS: RELATO DE CASO**

Porto Alegre

2024

Marcio Benoni Ceratti

**DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ASSOCIADA A ALTERAÇÕES
POSTURAS GLOBAIS: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de curso
apresentado ao curso de Odontologia da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Karen Dantur Batista
Chaves

Porto Alegre, 17 de janeiro de 2024.

Orientadora profa. Dra. Karen Dantur Batista Chaves

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Daniela Disconzi Seitenfus Rehm

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Vivian Chiada Mainieri Henkin

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos professores e a orientadora, responsáveis pela minha aprendizagem, os quais me proporcionaram o embasamento necessários para a realização deste projeto. Em especial, dedico à minha mãe, Isaura, que sempre me ensinou ser o conhecimento o maior valor humano, o qual ninguém jamais poderia tirar de mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente por ter chegado até o presente momento, e todos que, direta ou indiretamente, me auxiliou na realização deste projeto. Aos familiares, pela tolerância e apoio, devido à privação de momentos do convívio familiar, base para que alcançássemos nossos objetivos. Aos professores e orientadora, os quais me proporcionaram o embasamento teórico para a realização deste projeto. Agradeço também pela oportunidade de estudar em uma universidade pública, de excelência, a qual me permitiu abrir os horizontes e crescer, tanto no pessoal quanto profissionalmente.

RESUMO

As desordens temporomandibulares podem estar relacionadas com alterações posturais globais. Há uma interação bidirecional entre a postura e a função da articulação temporomandibular. As alterações posturais podem tanto influenciar negativamente a função da articulação temporomandibular quanto podem levar a compensações posturais para aliviar o desconforto e minimizar o impacto sobre a articulação dolorida. Este relato de caso apresenta uma paciente com desordem temporomandibular e alterações posturais globais que foi tratada por equipe multidisciplinar. A relação entre desordens temporomandibulares e alterações posturais deve ser observada ao tratar-se pacientes com essas condições. Abordagens multidisciplinares, envolvendo especialistas de odontologia, fisioterapia e outros profissionais da saúde podem ser necessárias para abordar tanto as alterações mastigatórias quanto as alterações posturais globais, visando um tratamento abrangente e eficaz.

Palavras-chave: Postura; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Alterações Posturais Globais.

ABSTRACT

Temporomandibular disorders may be related to global postural changes. There is a bidirectional interaction between posture and temporomandibular joint function. Postural changes can either negatively influence the function of the temporomandibular joint or can lead to postural compensations to alleviate discomfort and minimize the impact on the painful joint. This case report presents a patient with temporomandibular disorder and global postural changes who was treated by a multidisciplinary team. The relationship between temporomandibular disorders and postural changes must be observed when treating patients with these conditions. Multidisciplinary approaches, involving specialists from dentistry, physiotherapy and other health professionals may be necessary to address both masticatory changes and global postural changes, aiming for a comprehensive and effective treatment.

Keywords: Posture; Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome; Global Postural Changes.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Vista lateral direita e esquerda da oclusão Classe 1 de Angle.....	17
Figura 2	Sequência para a avaliação da Abertura Bucal.....	18
Figura 3	Avaliação Postural Global.....	18
Figura 4	Exame de Baropodometria Dinâmico.....	19
Figura 5	Avaliação Dinâmica na esteira.....	19
Figura 6	Palmilhas 3D confeccionadas.....	20
Figura 7	Tratamento com Exercícios Globais Posturais.....	21
Figura 8	Tratamento da DTM com Laserterapia.....	22
Figura 9	Tratamento da DTM com Hiperboloide.....	23
Figura 10	Placa oclusal acrílica.....	23
Figura 11	Reavaliação postural com uso de palmilhas.....	24
Figura 12	Aumento na abertura bucal após o tratamento.....	24

LISTA DE SIGLAS

ATM	Articulação Temporomandibular.
DTM	Disfunção Temporomandibular.
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande Do Sul.
RDC/TMD	Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 METODOLOGIA	16
4 RELATO DO CASO	17
<i>4.1 Queixa principal</i>	17
<i>4.2 Avaliação do sistema mastigatório</i>	17
<i>4.3 Avaliação postural global</i>	18
<i>4.4 Tratamentos propostos e evolução terapêutica</i>	19
5 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXO 1.....	28

1 INTRODUÇÃO

A Articulação Temporomandibular (ATM) é um elemento do sistema estomatognático, capaz de realizar movimentos complexos. A mastigação, a deglutição, a fonação e a postura, dependem muito da função, saúde e estabilidade desta articulação para funcionarem de forma adequada. As alterações que acometem as ATMs, a musculatura da mastigação e estruturas associadas são denominadas disfunções temporomandibulares (DTM), cujas características são: dor crônica, fadiga, sensibilidade nos músculos da mastigação, ruídos e limitação de movimento, sendo responsáveis por uma sintomatologia diversificada, de difícil diagnóstico e tratamento, que envolvem manifestações de dor e incoordenação muscular, relacionada ao desequilíbrio biomecânico não apenas da própria articulação, como também de áreas circundantes (OKESON, 1992).

Funcionalmente, a coluna cervical, ATM e a oclusão dentária estão intimamente relacionadas, e a anormalidade funcional ou a má posição de uma delas pode afetar a função ou a posição das outras. Como exemplo podemos citar a alteração na posição da cabeça, que modifica a posição mandibular, acometendo, assim, a oclusão; e o equilíbrio entre os músculos flexores e os extensores da cabeça e do pescoço pode ser afetado pelos músculos da mastigação e pelos músculos supra e infra-hióideos. Assim, a disfunção nos músculos da mastigação ou nos músculos cervicais pode, facilmente, alterar este equilíbrio. (BARBOSA, VCS, BARBOSA FS., 2009; AMANTÉA DV, NOVAES AP, CAMPOLONGO GD, *et al.*, 2004; IUNES DH, 2007).

Independentemente do tipo de avaliação clínica ou questionário aplicado nos diversos trabalhos da literatura pode-se evidenciar vários sinais e sintomas clínicos presentes na DTM, tais como: cefaleia, mialgias, sensibilidade à palpação dos músculos mastigatórios e das articulações temporomandibulares, zumbido, ruídos articulares durante os movimentos condilares e movimentos mandibulares limitados ou assimétricos. Esta variedade de sintomatologia clínica mostra que não há um único fator etiológico responsável pela DTM sendo, portanto, sua patogenia multifatorial, abrangendo importantes

elementos funcionais, anatômicos e psicossociais (OKESON, 1992; AMANTÉA DV, NOVAES AP, CAMPOLONGO GD, *et al.*,2004). As alterações causadas pela DTM, em especial a dor, podem interferir nas atividades diárias sociais do indivíduo afetado e levando a um efeito negativo na função social, na saúde emocional e no nível de energia diário. Nesse sentido, no intuito de se obter um diagnóstico adequado, além de diminuir ou aliviar os sintomas mais acometidos pela DTM, diversas terapias têm sido instituídas em função do diagnóstico e da queixa do paciente (IUNES DH, 2007; FONSECA DM, BONFANTE G, VALLE AL, 1994).

A postura é uma resposta neuro mecânica que se relaciona com a manutenção do equilíbrio. Diz ainda que um sistema está em equilíbrio mecânico quando a somatória de forças que atuam sobre ele é igual a zero. Entretanto, esse sistema tem estabilidade somente se após uma perturbação o mesmo retornar a sua posição de equilíbrio (GAGEY PM, 2000). Para MAGEE (2002; 2002, p. 621-695) é um composto das posições das diferentes articulações do corpo num dado momento. A postura correta é a posição na qual um mínimo de estresse é aplicado em cada articulação. Define postura como qualquer posição que determine a manutenção do equilíbrio com o máximo de estabilidade, mínimo consumo energético e mínima sobrecarga nas estruturas anatômicas. A postura de cada indivíduo é determinada por cadeias musculares, fásCIAS, ligamentos e estruturas ósseas, que possuem, sendo interdependentes entre si, abrangendo todo o organismo. Para mantê-la é necessário um complexo sistema neuromuscular integrado com vários proprioceptores em músculos, tendões, articulações e receptores vestibulares e visuais de áreas motoras corticais e subcorticais. Alguns fatores podem influenciar a postura corporal e promover alterações, como: estados de humor, ansiedade, posição da cabeça e pescoço, funções orais (respiração, deglutição), sistema oculomotor e visual e alterações na orelha interna (WEBER P, CORREA ECR, FERREIRA FS., 2012). Uma alteração local repercute em compensações por todo o corpo em forma de cascata, podendo esta ser de forma ascendente ou descendente. Uma deformação ascendente ocorre quando um desequilíbrio no segmento inferior do corpo produz compensações em segmentos superiores, como o posicionamento anterior da

cabeça, provocando distúrbios de posicionamento e funcionamento mandibular, tensionando a musculatura mastigatória, causando DTM. Já uma deformação descendente ocorre quando um desequilíbrio no segmento superior do corpo produz compensações em segmentos inferiores, como exemplo tem-se a hiperatividade dos músculos da mastigação que pode interferir na atividade dos músculos de contra apoio (esternocleidomastóideo e trapézio) levando ao encurtamento dos músculos posteriores do pescoço e alongamento dos músculos anteriores, resultando em uma projeção anterior da cabeça (IUNES DH, 2007; GAGEY PM, 2000).

Gagey (2000) desenvolveu o conceito do Sistema Tônico Postural, e este sistema processa as informações provenientes de várias entradas do corpo, que são um conjunto complexo de interações entre aferências e eferências dadas pelos receptores posturais e controlado pelo SNC ao nível córtico-espinhal. Este sistema é organizado pelo sistema nervoso central e periférico a partir das informações proprioceptivas e exteroceptivas provenientes das entradas posturais, tendo como órgãos efetores os músculos posturais. Os pés são uma entrada sensorial importante do nosso corpo, ele fornece informações externas (relação com o solo) e internas (sentido de posição) ao controle postural. Sobre os receptores dos pés, vem sendo demonstrado que estes podem interferir no limiar dos neurônios espinhais, nos quais existe uma interação com as informações vestibulares, visuais e proprioceptivas. É também reconhecido que estes mecanorreceptores são capazes de localizar e detectar pequenas mudanças na pressão da sola dos pés para reagir a altas alterações de frequência (FONSECA, H.L., 2011). Um estudo realizado por MOHAMMAD S. G. *et al.* (2016), teve como objetivo investigar o efeito da hiperpronação do pé no alinhamento da coluna. Os resultados deste estudo revelaram aumento do ângulo sacral, da inclinação pélvica, da lordose lombar e cifose torácica com aumento da pronação bilateral do pé. E concluíram que, de fato, cada uma destas alterações ascendentes é um fenômeno compensatório dos pés (GHASEMI MS, *et al.* 2016; ROLL R, KAVOUNOUDIAS A, ROLL JP, 2002). A posição anterior da cabeça, alteração postural mais prevalente, aumenta a extensão do osso occipital sobre a primeira vértebra, atlas, e desta sobre o áxis, o que compromete a mobilidade,

diminuindo a lordose cervical fisiológica, aumentando a cifose torácica com elevação e protração dos ombros. Há um encurtamento dos músculos extensores cervicais posteriores (suboccipitais, semiespinal, esplênio), levantador da escápula e esternocleidomastóideo; alongamento dos infrahióideos e elevação do osso hióide, com reposicionamento mandibular e hiperatividade dos músculos da mastigação (temporal e masseter), promovendo uma força de elevação e retrusão que atua na mandíbula, diminuindo o espaço funcional livre. Além disso, a tensão aumentada dos músculos mastigatórios causa, também, uma elevação e retrusão mandibular. Assim, a posição da cabeça para frente pode exercer influência sobre a posição mandibular e está frequentemente relacionada a dores no pescoço, devido à sobrecarga dos músculos cervicais posteriores realizada na tentativa de manter o equilíbrio da cabeça sobre a coluna (GAGEY PM, 2000; MAGEE, 2002)

A disfunção craniocervicomandibular é uma condição comum associada à DTM, representada por um conjunto de sinais e sintomas que envolvem sensibilidade e/ou dor à palpação dos músculos da mastigação e cervicais, limitação da amplitude dos movimentos fisiológicos, desarranjos internos da ATM, ruídos articulares e alterações craniocervicais importantes. Os fatores envolvidos no desencadeamento desses distúrbios são: lesões degenerativas ou traumáticas da ATM, interferência oclusal, problemas esqueléticos, hiperatividade do músculo temporal e masseter, hábitos parafuncionais e fatores psicológicos, como estresse. Além disso, as anormalidades posturais foram postuladas por terem uma influência no desenvolvimento e perpetuação da disfunção (MAGEE, 2002).

As modalidades de tratamento incluem: educação do paciente e autocuidado, modificação do comportamento (técnicas de relaxamento), medicamentos, placas oclusais estabilizadoras, fisioterapia e cirurgias articulares. O profissional deve avaliar cada terapêutica de acordo com a alteração apresentada pelo paciente, observando presença de desconforto, dor, limitação funcional e, a partir disso, analisar as indicações e contra-indicações de cada modalidade (WEBER P, CORREA ECR, FERREIRA FS.,2012; FONSECA, H.L., 2011). As placas oclusais são utilizadas para promover uma posição articular ortopédica mais estável, que reorganiza a

atividade reflexa neuromuscular anormal enquanto propicia uma função muscular mais adequada. Além disso, também são indicadas como barreira física de proteção para as estruturas de suporte, nos pacientes que apresentam bruxismo. É uma modalidade largamente utilizada, pois sua confecção é simples, de baixo custo, é reversível e apresenta resultados positivos quanto à melhora no quadro de disfunção Temporomandibulares (NASSIF NJ, AL-SALLEEH F, AL-ADMAWI M., 2003; Portero PP, Kern R, Kusma SZ, 2009). O tratamento tem como objetivos: aliviar a dor musculoesquelética, reeducando o sistema neuromuscular para reestabelecer a posição de repouso mandibular e coordenação muscular, reduzir a inflamação, melhorar a postura, e restaurar a função motora oral, além de melhorar a qualidade de Vida (CUCCIA A, CARADONNA C. ,2009.; ROCABADO, M.; 1983) O objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de Disfunção Temporomandibular ascendente associada por uma condição postural inadequada, cujo tratamento conservador fisioterapêutico e odontológico foi instituído.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apresentar um relato de caso de disfunção temporomandibular associada a alterações posturais globais.

2.2 Objetivos específicos

- Relatar a relação da postura de cabeça e pescoço com a disfunção temporomandibular;
- Relatar a relação das curvaturas da coluna vertebral com a disfunção temporomandibular;
- Relatar a relação da postura do joelho, fêmur e tíbia com a disfunção temporomandibular;
- Relatar a relação da marcha e pressão da pisada com a disfunção temporomandibular;
- Relatar a relação do tratamento postural global com o tratamento da disfunção temporomandibular.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e de braço único, onde foi realizada uma revisão da literatura sobre as alterações posturais globais e sua relação com a Disfunção Temporomandibular. Sequencialmente, relatado um caso de paciente atendido na Faculdade de Odontologia da UFRGS, na Disciplina de DTM e Dor Orofacial, portador de Disfunção Temporomandibular e alterações posturais globais. O estudo foi aprovado na COMPEAQ e está em análise no CEP-UFRGS.

4 RELATO DO CASO

A paciente J. F. L., sexo feminino, Leucoderma, 27 anos, brasileira, estudante, procedente da cidade de Porto Alegre/RS, foi atendida em consultório particular por um fisioterapeuta e na disciplina de DTM e Dor Orofacial da Faculdade de odontologia da UFRGS em 2022.

4.1 Queixa principal

A paciente relatou ter iniciado sintomatologia dolorosa na região pré-auricular da articulação temporomandibular direita e região massetéica do mesmo lado há cerca de 3 meses. Relatou também, apresentar dores laterais nos joelhos, principalmente quando realizada atividade física.

4.2 Avaliação do sistema mastigatório

No exame clínico do sistema mastigatório, observou-se a classificação de oclusão tipo Classe 1 de Angle. (Figura 1). Apresentou desgastes nos incisivos superiores, caninos e primeiros pré-molares. Como hábitos parafuncionais, foram relatados e identificados o bruxismo do sono, o apertamento dentário e os hábitos posturais inadequados.



Figura 1 – Vista lateral direita e esquerda da oclusão Classe 1 de Angle.

Para o exame dos músculos mastigatórios e das articulações temporomandibulares, utilizou-se o protocolo RDC/TMD (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*). (Anexo 1). Chegou-se ao diagnóstico de DTM, caracterizada por artralgia e dor miofascial com limitação

de abertura bucal. Houve sintomatologia moderada à palpação dos pterigoideos laterais e masseter, e leve para os músculos temporal anterior e médio, esternocleidomastoideo, cervicais e trapézio superior. Foi constatada a presença de dor bilateral durante exame de palpação das ATM's, tanto em boca aberta quanto fechada e limitação de abertura bucal, sendo 35mm somando com o trespasse vertical. (Figura 2)



Figura 2 - Sequência para a avaliação da Abertura Bucal: A- Marcação do Trespasse, com auxílio de grafite; B- Trespasse; C- Medição da Máxima Abertura bucal conseguida pelo paciente, com paquímetro digital, a partir do Trespasse até a borda incisal do Incisivo Central Superior.

4.3 Avaliação postural global

Paciente realizou exames com fisioterapeuta, antes da consulta do exame mastigatório. Foram realizados exames e testes posturais, tais como: avaliação da postura, exame de baropodometria e teste dinâmico na esteira. Na avaliação postural global foram constatadas alterações como tornozelos em pronação, tíbia e fêmur rodados internamente, joelhos em valgo, anteroversão da pelve e aumento das curvaturas da coluna vertebral, anteriorização da cabeça e pescoço e inclinação para o lado esquerdo (Figura 3).

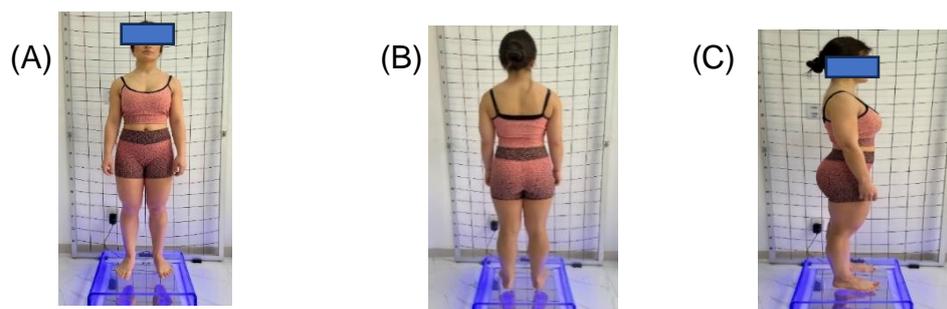


Figura 3 - Avaliação postural Global, A- Anterior, B- Posterior, C- Perfil.

Com a avaliação na plataforma de baropodometria (marca Baroscam) e com o teste dinâmico na esteira foram constatados: pés planos e a pisada com excesso de pressão na parte interna dos pés, característico da pisada pronada (Figura 4 e 5).

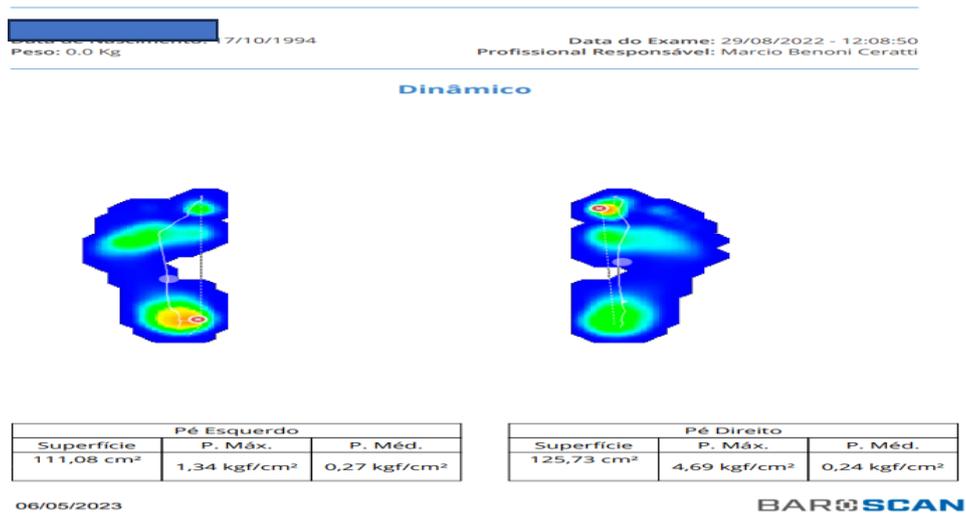


Figura 4 - Exame de Baropodometria Dinâmico.

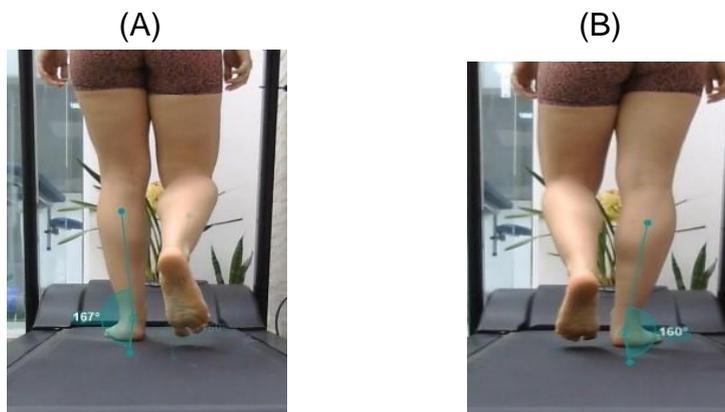


Figura 5 - Avaliação Dinâmica na esteira (marca Athletic), A- Pé esquerdo, B- Pé direito.

4.4 Tratamentos propostos e evolução terapêutica

Na primeira sessão foi realizado avaliação postural global e da articulação temporomandibular (ATM) da paciente. O tratamento interdisciplinar foi

realizado em 3 etapas. As duas primeiras, que compõe o tratamento postural global e da articulação temporomandibular foram realizadas simultaneamente, e a terceira com a confecção de uma placa oclusal para hábitos parafuncionais.

As condutas terapêuticas iniciais buscaram atuar nas queixas principais da paciente, objetivando atenuar a hiperatividade muscular e o padrão postural compensatório, por meio da utilização de uma palmilha personalizada, exercícios posturais globais e atendimento fisioterapêutico para a DTM. Na primeira consulta, foram entregues as palmilhas personalizadas (figura 6) para a paciente e iniciou-se os atendimentos fisioterapêuticos para as alterações posturais encontradas e a disfunção temporomandibular, evidenciada na avaliação.



Figura 6 - Palmilhas 3D confeccionadas para pés planos e pisada pronada.

Os atendimentos foram realizados num total de 6 sessões, 2x por semana, seguindo protocolo estabelecido nas consultas. Inicialmente a realização de 3 exercícios globais (Figura 7) de forma isométrica, ou seja, manter-se parado na posição pré-determinada, por 3 vezes de 45 segundos cada um, com intervalo de 15 segundos entre as séries. O primeiro exercício realizou-se com auxílio de um *step* e uso de faixa elástica de cor azul (resistência média) logo acima dos joelhos, agachando em 45° com as pernas abertas e os pés para fora, mantendo os ombros e a coluna encostado no *step*, com objetivo de alinhamento da coluna vertebral e fortalecimento muscular. O Segundo exercício com auxílio de um colchonete para apoio dos braços, manter-se na postura de “prancha”, com ombros alinhados, com objeto de fortalecimento da musculatura paravertebral da coluna vertebral. O

terceiro exercício realizado na ponta dos pés, estimulando os quadris e joelhos para fora, com objetivo fortalecimento do arco longitudinal dos pés e estimular rotação externa de joelhos e quadris.

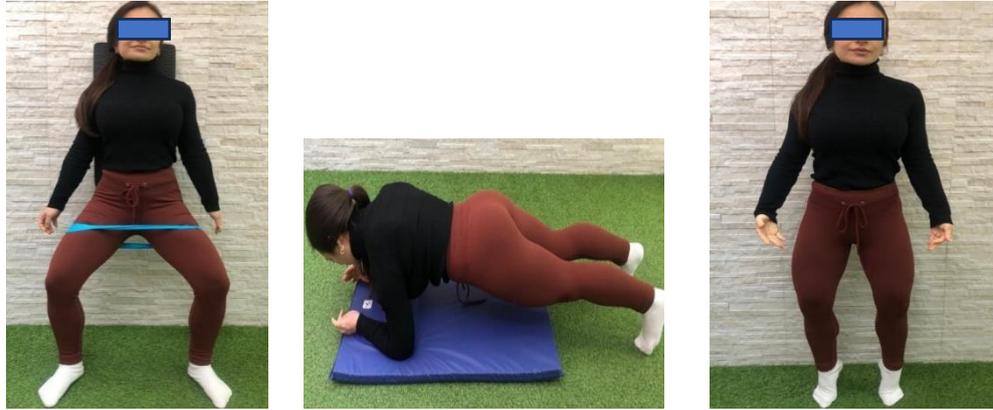


Figura 7 - Tratamento com Exercícios Globais Posturais. Da esquerda para a direita, Abdução de quadril em 45 graus, Ponte, Ponta dos pés.

Após, a paciente realizou a Laserterapia (Figura 8) (Marca DMC e Modelo Therapy EC): Aplicado Laser infravermelho, com comprimento de onda 808nm, potência fixa de 100mW e dose de 4J por ponto. O tempo de exposição de 40 segundos por ponto de dolorimento. Aplicação em 5 pontos pré-determinados das ATMs e mais 5 pontos nos pontos de maior dolorimento dos músculos masseter e temporal anterior.

Pontos aplicados:

- Ponto superior do polo lateral do côndilo;
- Ponto anterior do polo lateral do côndilo;
- Ponto inferior do polo lateral do côndilo;
- Ponto posterior do polo lateral do côndilo;
- Ponto na linha do ouvido externo (meato acústico externo);
- Músculo masseter (3 pontos);
- Músculo Temporal Anterior (2 pontos).

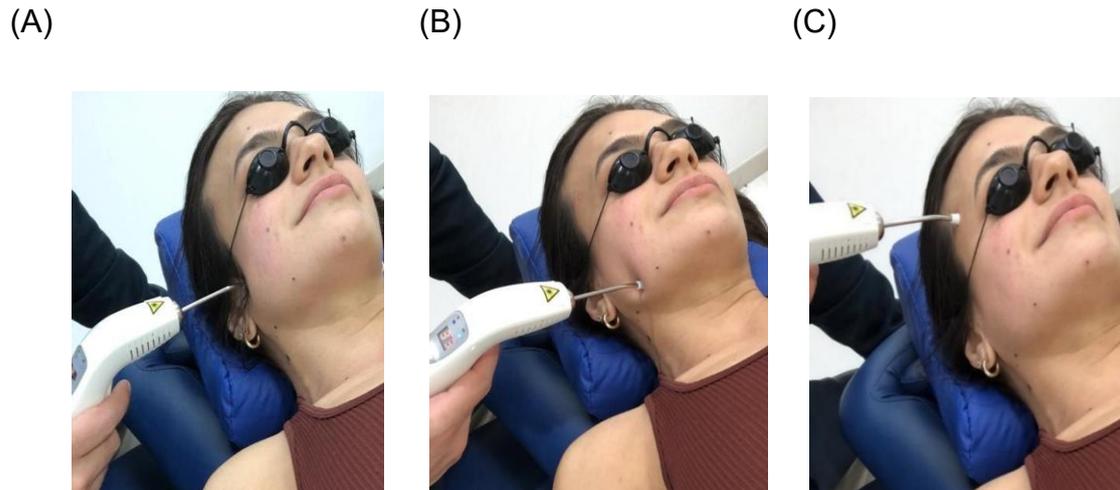


Figura 8 - Tratamento da DTM, A- Laserterapia na ATM, B- Laserterapia no músculo Masseter, C- Laserterapia no musculo temporal.

Ao final dos atendimentos foi realizado Uso do Hiperboloide para treinamento da musculatura mastigatória (figura 9), em que foram realizados 3 exercícios, por 3 vezes de 15 repetições, com o dispositivo para treinamento da musculatura mastigatória.

Exercícios realizados:

- Exercícios de protrusão mandibular apertando o dispositivo ao final do movimento.
- Exercícios de lateralidade mandibular direita, apertando o dispositivo ao final do movimento.
- Exercícios de lateralidade mandibular esquerda, apertando o dispositivo ao final do movimento.

Associado ao tratamento fisioterapêutico, foi confeccionada e instalada uma placa de acrílico de cobertura da arcada superior, para proteção dos dentes do desgaste do bruxismo. Esta placa também foi realizada com objetivo de alívio dos sintomas musculares e articulares. (Figura 10).

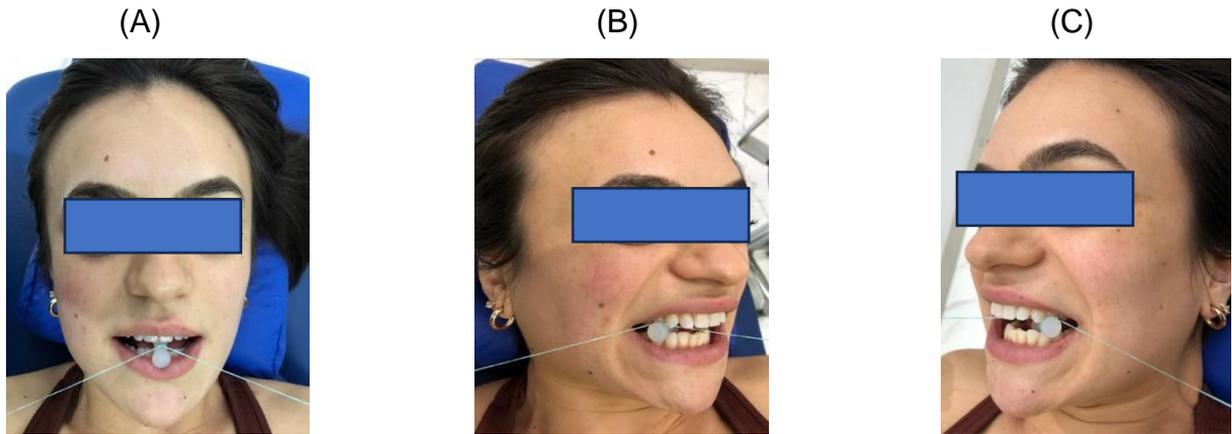


Figura 9 - Tratamento da DTM, A- Exercícios com hiperboloide de protrusão mandibular, B- Exercícios com Hiperboloide de Lateralidade mandibular direita, C- Exercícios com hiperboloide de lateralidade mandibular esquerda.



Figura 10 – Placa oclusal acrílica (A), de cobertura na arcada superior (B).

Após o final do tratamento em 3 etapas, foi realizada reavaliação da paciente. Decorridos 2 meses do início do tratamento, a paciente encontrava-se sem queixas álgicas, tanto na articulação temporomandibular bilateralmente quanto na musculatura mastigatória, com características posturais mais adequadas (Figura 11). Houve aumento significativo de abertura bucal, de 35 mm para 42mm, somando com o trepasse vertical (Figura 12).

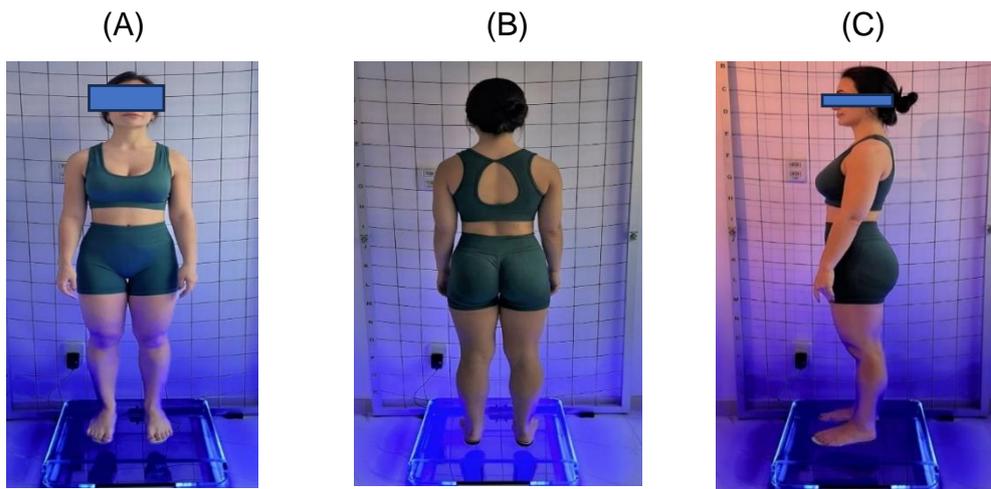


Figura 11: Reavaliação postural com uso de palmilhas, após o final do tratamento proposto. A- Anterior, B-Posterior, C- Perfil.



Figura 12 – aumento na abertura bucal após tratamento.

5 CONCLUSÃO

Neste relato de caso, foram levantados os dados de uma paciente jovem portadora de disfunção temporomandibular e que, simultaneamente, apresentou queixas de dores e alterações funcionais em outros grupos musculoesqueléticos. Trata-se de um problema onde a disfunção temporomandibular está associada a alterações posturais como postura de cabeça, coluna e alterações na marcha. Nos casos em que a disfunção temporomandibular está associada a outras alterações musculoesqueléticas, há necessidade de que todas as alterações sejam identificadas e tratadas para o sucesso do tratamento da disfunção temporomandibular. Este caso também traz à tona o porquê de muitas situações de disfunção temporomandibular sem sucesso no tratamento quando a condução do caso por equipe multidisciplinar não é realizada. Outrossim, possui relevância na medida em que chama atenção para a necessidade de um olhar mais amplo quando das alterações nas funções miofuncionais orofaciais, visto que muitas vezes não são um problema isolado e sim parte de um problema maior, como por exemplo uma condição de alteração postural global.

REFERÊNCIAS

- OKESON, J. P. Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1992.
- BARBOSA VCS, BARBOSA FS. Abordagem fisioterápica. In: Barbosa VCS, Barbosa FS. Fisioterapia nas disfunções temporomandibulares. São Paulo: Phorte; 2009. p.106-190.
- AMANTÉA DV, NOVAES AP, CAMPOLONGO GD, BARROS TP. A importância da avaliação postural no paciente com disfunção da articulação temporomandibular. Acta ortop bras. 2004; 12(3):155-59.
- IUNES DH. Análise da postura crânio-cervical em pacientes com disfunção temporomandibular [Tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
- FONSECA DM, BONFANTE G, VALLE AL, FREITAS SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. RGO 1994; 42(1):23-8. 2. Okeson, J. P. Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares.
- GAGEY PM, WEBER B. Posturologia – Regulação e distúrbios da posição ortostática. São Paulo: Manole; 2000.
- MAGEE D. Avaliação Musculoesquelética. 3 ed. São Paulo: Manole; 2002.
- MAGEE D. Perna, Tornozelo e Pé In: Magee, DJ, editor. Disfunção Musculoesquelética. 3 ed. São Paulo: Manole; 2002. p.621-695.
- WEBER P, CORREA ECR, FERREIRA FS, SOARES JC, BOLZAN GP, SILVA AMT. Frequência de sinais e sintomas de disfunção cervical em indivíduos com disfunção temporomandibular. J Soc Bras Fonoaudiol. 2012;24(2):134-39.
- FONSECA, H.L., Análise dos Efeitos de Três Métodos de Correção do alinhamento do pé na Cinemática do complexo do pé-tornozelo na Marcha. 2011. 58 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- GHASEMI MS, et al. The effect of foot hyperpronation on spine alignment in standing position. Mohammad Sadegh Ghasemi et al., 2016.
- ROLL R, KAVOUNOUDIAS A, ROLL JP. Cutaneous Afferents from Human Plantar Sole Contribute to Body Posture Awareness Régine Roll (2002).
- NASSIF NJ, AL-SALLEEH F, AL-ADMAWI M. The prevalence and treatment needs of symptoms and signs of temporomandibular disorders among young adult males. J Oral Rehabil 2003; 30:944-950.

PORTERO PP, KERN R, KUSMA SZ, GRAU-GRULLÓN P. Placas oclusais no tratamento da disfunção temporomandibular (DTM): revisão de literatura. Rev Gestão & Saúde. 2009; 1(1):36-40.

CUCCIA A, CARADONNA C. The relationship between the stomatognathic system and body posture. Clinics (Sao Paulo). 2009;64(1):61-6.

ROCABADO, M.; JOHNSTON Jr., B.R.; BLANKEY, M.G. - Physical Therapy and Dentistry: An Overview - The J. of Craniomand.Prac. 1(1): 47/50,1983.

Anexo 1 - Protocolo RDC/TMD

EXAME CLÍNICO																					
<p>1. Você tem dor no lado direito da sua face, lado esquerdo ou ambos os lados?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nenhum</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Direito</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ambos</p>																					
<p>2. Você poderia apontar as áreas aonde você sente dor ?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Direito</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Articulação</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Articulação</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Músculos</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Músculos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </tbody> </table>		Direito	Esquerdo	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos										
Direito	Esquerdo																				
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma																				
<input type="checkbox"/> 1 Articulação	<input type="checkbox"/> 1 Articulação																				
<input type="checkbox"/> 2 Músculos	<input type="checkbox"/> 2 Músculos																				
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos																				
<p>3. Padrão de abertura:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Reto</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Desvio lateral direito (não corrigido)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Desvio lateral direito corrigido ("S")</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Desvio lateral esquerdo (não corrigido)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Desvio lateral esquerdo corrigido ("S")</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Outro tipo _____ (Especifique)</p>																					
<p>4. Extensão de movimento vertical</p> <p><i>Incisivo superior utilizado</i> <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 21</p> <p>a. Abertura sem auxílio sem dor <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p> <p>b. Abertura máxima sem auxílio <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </tbody> </table> <p>c. Abertura máxima com auxílio <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Dor Muscular</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Dor Articular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> <td><input type="checkbox"/> 0 Nenhuma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Direito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Esquerdo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> <td><input type="checkbox"/> 3 Ambos</td> </tr> </tbody> </table> <p>d. Trespasse incisal vertical <input type="text"/> <input type="text"/> mm</p>		Dor Muscular	Dor Articular	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	Dor Muscular	Dor Articular	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos
Dor Muscular	Dor Articular																				
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma																				
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito																				
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo																				
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos																				
Dor Muscular	Dor Articular																				
<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma	<input type="checkbox"/> 0 Nenhuma																				
<input type="checkbox"/> 1 Direito	<input type="checkbox"/> 1 Direito																				
<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo	<input type="checkbox"/> 2 Esquerdo																				
<input type="checkbox"/> 3 Ambos	<input type="checkbox"/> 3 Ambos																				

d. Desvio de linha média mm

1 Direito

2 Esquerdo

8 NA

(NA: Nenhuma das opções acima)

7. Ruídos articulares nas excursões

Ruídos direito

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina
7.a Excursão Direita	0	1	2	3
7.b Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.c Protrusão	0	1	2	3

Ruídos esquerdo

	Nenhum	Estalido	Crepitação grosseira	Crepitação fina
7.d Excursão Direita	0	1	2	3
7.e Excursão Esquerda	0	1	2	3
7.f Protrusão	0	1	2	3

INSTRUÇÕES, ÍTENS 8-10

O examinador irá palpar (tocando) diferentes áreas da sua face, cabeça e pescoço. Nós gostaríamos que você indicasse se você não sente dor ou apenas sente pressão (0), ou dor (1-3). Por favor, classifique o quanto de dor você sente para cada uma das palpações de acordo com a escala abaixo. Marque o número que corresponde a quantidade de dor que você sente. Nós gostaríamos que você fizesse uma classificação separada para as palpações direita e esquerda.

0 = Somente pressão (sem dor)
 1 = dor leve
 2 = dor moderada
 3 = dor severa

8. Dor muscular extraoral com palpação	Direita				Esquerda				
a. Temporal posterior (1,0 Kg.) "Parte de trás da têmpora (atrás e imediatamente acima das orelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
b. Temporal médio (1,0 Kg.) "Meio da têmpora (4 a 5 cm lateral à margem lateral das sobrancelhas)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
c. Temporal anterior (1,0 Kg.) "Parte anterior da têmpora (superior a fossa infratemporal e imediatamente acima do processo zigomático)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
d. Masseter superior (1,0 Kg.) "Bochecha/ abaixo do zigoma (comece 1 cm a frente da ATM e imediatamente abaixo do arco zigomático, palpando o músculo anteriormente)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
e. Masseter médio (1,0 Kg.) "Bochecha/ lado da face (palpe da borda anterior descendo até o ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
f. Masseter inferior (1,0 Kg.) "Bochecha/ linha da mandíbula (1 cm superior e anterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
g. Região mandibular posterior (estilo-hióideo/ região posterior do digástrico) (0,5 Kg.) "Mandíbula/ região da garganta (área entre a inserção do esternocleidomastóideo e borda posterior da mandíbula. Palpe imediatamente medial e posterior ao ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
h. Região submandibular (pterigóideo medial/ supra-hióideo/ região anterior do digástrico) (0,5 Kg.) "abaixo da mandíbula (2 cm a frente do ângulo da mandíbula)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
9. Dor articular com palpação									
a. Polo lateral (0,5 Kg.) "Por fora (anterior ao trago e sobre a ATM)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
b. Ligamento posterior (0,5 Kg.) "Dentro do ouvido (pressione o dedo na direção anterior e medial enquanto o paciente está com a boca fechada)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
10. Dor muscular intraoral com palpação									
a. Área do pterigóideo lateral (0,5 Kg.) "Atrás dos molares superiores (coloque o dedo mínimo na margem alveolar acima do último molar superior. Mova o dedo para distal, para cima e em seguida para medial para palpar)."	0	1	2	3	0	1	2	3	
b. Tendão do temporal (0,5 Kg.) "Tendão (com o dedo sobre a borda anterior do processo coronóide, mova-o para cima. Palpe a área mais superior do processo)."	0	1	2	3	0	1	2	3	