

Angela Leal*¹, Vera Chéroux^{1,2}, Eduardo Januzzi^{1,3}, André Mariz de Almeida^{1,2,3}

¹Prática Clínica Privada. ²Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, Portugal. ³Ciem, Almada, Portugal.

Introdução

As Disfunções Temporomandibulares (DTM) são um conjunto de condições que se manifestam na Articulação Temporomandibular (ATM) e músculos associados.

A etiologia é multifactorial e o diagnóstico e tratamento devem ser sempre abordados de forma multidisciplinar^{1,2}.

As desordens musculares são o diagnóstico mais comum³, onde encontramos a miosite que pode ser definida como uma inflamação de músculos, sendo caracterizada por edema associada à inibição da função muscular e alteração da sensibilidade e dor.

A presença de estímulos de dor profunda, sentida nas estruturas locais, pode produzir co-contracção dos músculos associados. Este fenómeno ocorre por meio dos efeitos excitatórios centrais. É importante notar que a origem da dor profunda não precisa de ser, necessariamente, o tecido muscular, mas qualquer estrutura associada, como tendões, ligamentos, articulações ou até mesmo os dentes.⁴

A dor odontogénica é a principal dor orofacial e por vezes cursa com a DTM.

Descrição do Caso Clínico

Discussão e Conclusão

As dores orofaciais podem ser de etiologia variada. As mais comuns são as dores dentárias seguidas das periodontais. Outros distúrbios comuns são de origem músculo-esquelética, que nas estruturas orofaciais são denominados de DTM.^{1,3}

É essencial perceber como uma afeção de origem dentária causa uma limitação tão extrema de abertura mandibular, como tal, o recurso a técnicas de bloqueios anestésicos leva-nos a um diagnóstico final, claro e multidisciplinar.

O manuseamento de problemas complexos de dor, como a DTM requer experiência e especialização, e neste sentido, é necessário a existência de uma equipa multidisciplinar com experiência nos seus respectivos campos.⁵

O correcto diagnóstico médico aliado a um correcto tratamento por parte da fisioterapia, como membros de uma equipa, são a chave para o sucesso na resolução deste tipo de condições.

Referências Bibliográficas

1. De Leeuw R. Orofacial pain: guidelines for classification, assessment, and management. 4th ed. Chicago: Quintessence Publishing;2008.
2. Chantaracherd P, Jonh MT, et al. Temporomandibular joint disorders impact on pain, function, and disability. J Dent Res. 2015 Mar; 94(3 Suppl):79S-86S.
3. Okeson J, Leeuw R. Differential Diagnosis of Temporomandibular Disorders and Other Orofacial Pain Disorders. Dent Clin N Am 55 (2011) 105–120.
4. Okeson J. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 7ª edição. Elsevier
5. Berge T, et al., Assessment of patients with severe temporomandibular disorder in Normwat – a multidisciplinary approach. Nor Tannlegetoren Tid. 2016; 126: 114–21.

* angelaaleal@gmail.com

Paciente com 47 anos, sexo feminino recorre a consulta com queixas de bloqueio de abertura mandibular após tratamento endodôntico, no dente 48, há cerca de 2 semanas, por necrose pulpar, e consequente formação de processo infeccioso com processo periapical e edema na hemiface direita.

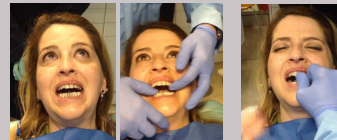


Fig. 1 e 2. Abertura de boca. Fig. 3. Verificação de endfeel

Apresentava uma abertura máxima assistida de 11mm, endfeel duro, sem ruídos articulares, nem dor à palpação das ATM's. Já na palpação muscular apresentava dor em vários músculos mastigatórios (masséter, região do pterigoideu lateral, região submandibular).

| RIGHT SIDE | | Familiar | Familiar | Referred |
|------------------------------|------|----------|----------|----------|
| (S 44) | Pain | Headache | Headache | Pain |
| Temporalis (posterior) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Temporalis (middle) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Temporalis (anterior) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Masseter (superf) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Masseter (deep) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Masseter (anterior) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| TMD | | Familiar | Familiar | Referred |
| Lateral ptery (S 44) | ○ | Pain | Pain | Pain |
| Alveolar lateral pain (S 44) | ○ | ○ | ○ | ○ |

12. Supplemental Muscle Pain with Temporomandibular

| RIGHT SIDE | | Familiar | Familiar | Referred |
|-----------------------------|------|----------|----------|----------|
| (S 44) | Pain | Headache | Headache | Pain |
| Posterior mandibular region | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Submandibular region | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Lateral pterygoid area | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Temporale tendon | ○ | ○ | ○ | ○ |

Fig. 4. Excerto do DC/TMD

Após exame clínico iniciou-se o diagnóstico diferencial com recurso à aplicação de crioterapia com spray de frio, na zona do masséter e temporal e consequentes bloqueios anestésicos musculares, com aumento sucessivo de abertura mandibular.



Fig. 5, 6, 7 e 8. Aplicação de crioterapia (cloreto de etilo) na região do temporal e masséter bilateral

11mm
↓
19 mm

Esquema 1. Evolução de abertura após crioterapia na zona do masséter e temporal bilateral

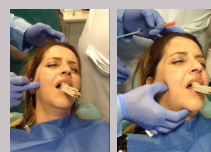


Fig. 9 e 10. Localização de ponto algíco do masséter direito, para consequente bloqueio anestésico

19mm → 22,5mm → 24,6mm

Esquema 2. Evolução de abertura após três bloqueios anestésicos do masséter direito



Fig. 11. Amplitude de abertura pós bloqueios anestésicos musculares

Finalmente foi realizado o bloqueio anestésico infiltrativo na região do 48 o que levou a uma abertura intermédia de 24,6 para 35mm.



Fig. 12. Bloqueio anestésico infiltrativo do alveolar inferior

O diagnóstico final é miosite, com mio-espamo dos músculos masséter à direita secundária a causa odontogénica do 48.

A paciente foi aconselhada a finalizar tratamento endodôntico e iniciar Fisioterapia para relaxamento da musculatura mastigatória e restaurar a qualidade e quantidade dos movimentos mandibulares.