



**Filipa Ricardo\*<sup>1,2</sup>, Beatriz Teles<sup>1</sup>, Graziella Silva<sup>1</sup>, Gabriela Videira<sup>1,2</sup>, Eduardo Januzzi<sup>1,3</sup>, André Mariz de Almeida<sup>1,3,4</sup>**

<sup>1</sup>Prática Clínica Privada. <sup>2</sup>Unidade da Dor – Hospital Cuf Infante Santo. <sup>3</sup>Ciem, Almada, Portugal. <sup>4</sup>Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, Portugal.

\* filiparicardo@gmail.com

## Introdução

A disfunção temporomandibular (DTM) é definida como um conjunto de condições que afectam os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas<sup>1</sup> de etiologia multifactorial<sup>2</sup>. A hiper mobilidade articular generalizada (HAG) tem sido apontada como factor predisponente para a referida disfunção e é avaliada através do índice de Beighton (≥4/9)<sup>3</sup>. A redução da capacidade para proteger a articulação e prevenir o movimento excessivo pode levar a artralgia, instabilidade articular, mialgia, fadiga muscular e à ocorrência de lesões articulares<sup>4</sup>.

## Descrição do Caso Clínico

## Discussão e Conclusões

A HAG tem sido considerada um factor de risco para a DTM<sup>3,5,6,7</sup>. Vários autores encontraram índices de hiper mobilidade mais elevados em indivíduos com sintomas de DTM<sup>3,8,9</sup>. A paciente encontra-se no grupo com maior risco pois há maior prevalência de hiper mobilidade articular em mulheres jovens<sup>7,10</sup>.

O diagnóstico das DTM exige o conhecimento das etapas de avaliação do paciente, bem como, dos critérios de classificação das disfunções<sup>1</sup>.

Para além das disfunções, muscular e articular, a equipa deverá identificar quadros sistémicos que possam ter repercussões clínicas, tais como, a HAG com consequente excessiva amplitude de movimento de abertura da boca. A implicação dessa abertura para além dos limites fisiológicos é que, na presença de DTM, a amplitude de movimento ainda se encontra dentro dos valores normais, mesmo que já tenha sofrido uma redução, o que pode determinar um diagnóstico tardio de disfunção<sup>3</sup>. A osteoartrose da ATM é uma das condições cujas manifestações clínicas e funcionais podem acontecer tardiamente<sup>3</sup>.

O caso clínico realça a importância da intervenção interdisciplinar para o sucesso terapêutico<sup>1</sup> e justifica a relevância de uma avaliação atempada dos indivíduos com hiper mobilidade para que não desenvolvam ou agravem uma eventual DTM. Neste contexto, a educação do paciente e o exercício terapêutico são fulcrais para o tratamento destes pacientes e para a manutenção dos resultados a longo prazo<sup>11,12</sup>.

É essencial que se realizem mais estudos que ajudem a compreender a relação entre a HAG e a DTM. Desta forma, a equipa multidisciplinar será mais eficiente a identificar os pacientes em risco de desenvolver disfunções, bem como, elaborar planos de tratamento adequados ou estratégias de prevenção, e ainda, promover um estilo de vida activo que vá ao encontro da qualidade de vida dos pacientes.

## Referências Bibliográficas

- de Leeuw R, Klasser GD. *Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management*, ed 5. Chicago: Quintessence, 2013.
- Chantarachai P, John MT, Hodges JS, Schiffman EL. Temporomandibular joint disorders impact on pain, function, and disability. *J Dent Res*. 2015; 94(3 Suppl): 795-865.
- Paulatze F, Sousa JA, Cordeiro EC, Silva AM. Temporomandibular disorder and generalized joint hypermobility: application of diagnostic criteria. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011; 77(4): 418-425.
- Ward AM, Cameron RA, Owens RG. Impact of joint laxity and hyper mobility on the musculoskeletal system. *J Am Acad Orthop Surg*. 2011; 19(8): 463-71.
- Paulatze F, Sousa JA, Cordeiro EC, Teófilo da Silva AM. Temporomandibular disorder and generalized joint hypermobility: electromyographic analysis of the masticatory muscles. *Braz J Oral Sci*. 2013; 10 (2): 146-151.
- Amorim V, Sousa JA, Karamba A, Karamba C. The role of systemic hypermobility and condyle hypermobility in temporomandibular joint dysfunction syndrome. *Rheumatol Int*. 2006; 26: 292-296.
- Hirsch C, John MT, Stang A. Association between generalized joint hypermobility and signs and diagnosis of temporomandibular disorders. *Eur J Oral Sci*. 2008; 116: 525-530.
- Davies J, Hurrell R, Gargioli R, Scahill M. Predisposition for temporomandibular joint disorders: social genetics. *Cranio*. 2006; 24: 179-183.
- Sato-Nagata MM, L. Lins-Teixeira E, Calvo-Gustavo D, Bernago Fennell A, Rodrigues-Luzo F. Joint hypermobility and disk displacement confirmed by magnetic resonance imaging: A study of women with temporomandibular disorders. *Oral Surg Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009; 107: 54-57.
- Samuel L, Wilson DV, Ward EC. Epidemiology of general joint hypermobility and basis for the proposed criteria for benign joint hypermobility syndrome: review of literature. *J Rheumatol*. 2007; 34: 804-809.
- Srinivas AK, Keer R. Hyper mobility and the hyper mobility syndrome. Part 2: Assessment and management of hyper mobility syndrome: illustrated via case studies. *Man Ther*. 2008; 13 (2): 61-11.
- Palmer NJ, Bailey S, Barker L, Barriely L, Elliott A. The effectiveness of therapeutic exercise for joint hyper mobility syndrome: a systematic review. *Physiotherapy*. 2013 (9): 1-8.

Paciente com 28 anos. Sexo feminino.

Recorreu à consulta por ruído articular na articulação temporomandibular esquerda, fadiga dos músculos mastigatórios e episódios de cefaleia há 2 anos.

Avaliou-se hiper mobilidade da articulação temporomandibular [Abertura máxima não assistida 51mm - sem dor]

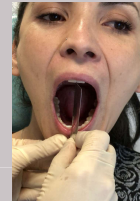


Fig. 1. Abertura máxima não assistida.

Num contexto de hiper mobilidade articular generalizada (índice Beighton=8).



Fig. 2. Índice de Beighton. Fonte: www.foorth4kids.com.au

A paciente apresentava deslocamento do disco com redução à esquerda, mialgia dos músculos mastigatórios e dor miofascial dos músculos da cervical relacionada com cefaleia tensional.



Fig. 3. Avaliação dos músculos mastigatórios.

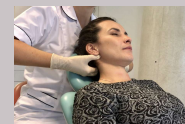


Fig. 4. Avaliação dos músculos da cervical.



Fig. 5. Localização da Cefaleia.

Apresentava bruxismo diurno. Foi requisitada uma tomografia axial computadorizada para identificar eventual patologia degenerativa da articulação.

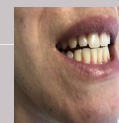


Fig. 6. Aspecto das peças dentárias.

O plano de tratamento foi determinado pela hiper mobilidade e centrou-se na fisioterapia para o seu controlo e para recuperar a biomecânica articular, diminuir a mialgia e a dor miofascial através de terapia manual.

Foi dado enfoque à educação do paciente e estratégias de terapia cognitivo-comportamental (BruxApp®) para evitar os fatores contribuintes e incentivo à actividade física para intervir na hiper mobilidade articular generalizada minimizando o seu impacto.

Foi prescrito tratamento farmacológico. Para o resgate da biomecânica e lubrificação articular foi indicada viscosuplementação com ácido hialurónico.

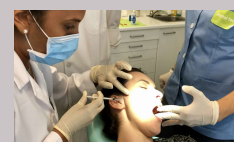


Fig. 7. Viscosuplementação.