



Pedro Cebola<sup>1,3</sup>, Paula Moleirinho-Alves<sup>2,3,4</sup>, Shanna Soares<sup>3</sup>, André Mariz Almeida<sup>1,2,3</sup>, Eduardo Januzzi<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM), Quinta da Granja, Monte de Caparica, 2829-511 Caparica, Portugal. <sup>2</sup>Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CIEM), Cooperativa de Ensino Superior, C.R.L., Quinta da Granja, Monte de Caparica, 2829-511 Caparica, Portugal. <sup>3</sup>Prática Clínica Privada. <sup>4</sup>Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM), Quinta da Granja, Monte de Caparica, 2829-511 Caparica, Portugal.

## Introdução

As disfunções temporomandibulares são uma das principais preocupações relativamente às patologias orofaciais e apresentam um número ascendente de casos. Caracterizam-se como um grupo de condições patológicas que podem afetar a articulação temporomandibular, a musculatura mastigatória e/ou outras estruturas anatómicas adjacentes, levando a quadros de dor e disfunção<sup>1</sup>. As disfunções temporomandibulares denotam uma elevada complexidade com uma etiologia multifactorial que afetam uma quantidade relativamente elevada da população mundial e que requerem uma avaliação e diagnóstico multidisciplinar por parte da equipa clínica<sup>2</sup>. Entre os vários elementos que constituem a equipa multidisciplinar destacamos o médico dentista e o fisioterapeuta. O médico dentista enquanto profissional de primeira linha, na maioria das vezes, é responsável pela identificação de doentes potencialmente de risco e pelo acompanhamento daqueles que já apresentam efetivamente a patologia<sup>3</sup>. Por sua vez, o Fisioterapeuta tem como objetivos reduzir a dor músculo-esquelética, promover o relaxamento muscular, reduzir a hiperatividade muscular e melhorar a qualidade e quantidade de movimentos mandibulares e maximizar a mobilidade articular.<sup>3,4</sup>

## Descrição do Caso Clínico

### Discussão e Conclusões

Após 2 meses do início da plano de tratamento a paciente apresenta já uma abertura de 38mm, diminuição da intensidade da crepitação, a artralgia mantém-se mas apenas em abertura máxima, dor miofascial apenas quando estimulada<sup>6,7,8,9,10</sup>. Mantém-se no entanto o deslocamento do disco sem redução, mas constatou-se uma melhoria significativa da qualidade de vida da paciente.

### Referências Bibliográficas

- Cuccia, A. M., Caradonna, C., Bruschetta, D., Vaccarino, G., & Milardi, D. (2014). Imaging of temporomandibular joint: approach by direct volume rendering. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 8(11), ZC105-9. <https://doi.org/10.7860/JCDR.2014.9977.5195>
- Cuccia, A. M., Caradonna, C., Annunziata, V., & Caradonna, D. (2010). Osteopathic manual therapy versus conventional conservative therapy in the treatment of temporomandibular disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14(2), 179-184. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2009.08.002>
- Kogawa, M., Kato, T., Santos N. Conti C. Evaluation of the efficacy of low-level laser therapy (LLLT) and the microelectric neurostimulation (MENS) in the treatment of myogenic temporomandibular disorders: a randomized clinical trial. *Journal of applied oral science: revista FOB*. 2005;13(3):280-285.
- Armijo-Olivo, Magee, D., Parfitt M., Major W., Thie N. The cervical spine, the stomatognathic system and orofacial pain: what is the connection? A critical review. *Journal of Orofacial Pain*. 2006; In Press.
- Sanz, D., Fonseca, J., Oliveira, T., (2015). *Disfunções Temporomandibulares: Uma abordagem Multidisciplinar* (2st ed.). Sociedade Portuguesa De Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. ISBN: 978-989-20-5674-6
- L. Guarda-Nardini, A. Rossi, R. Ramonda, L. Punzi, G. Ferronato, D. Manfredini: Effectiveness of treatment with viscosupplementation in temporomandibular joints with or without effusion. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2014; 43: 1218-1223.
- Michelotti, Iodice, Vollaro, Steenks and Farella Evaluation of the short-term effectiveness of education versus an occlusal splint for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles. *JADA* 2012;143:47-53
- L. Jokubauskas, L. Baltusaityte, A. Pilicikiene, G Oral appliances for managing sleep bruxism in adults: a systematic review from 2007 to 2017. *Journal of Oral Rehabilitation* 2018 45: 81-95
- Ouanounou, A.; Goldberg, M.; Haas, D. Pharmacotherapy in Temporomandibular Disorders: A Review. *J Can Dent Assoc* 2017;83:h7 July 24, 2017
- Calixtre, L., Moreira, R., Franchini, G.; Albuquerque, F & O liveira, B., Manual therapy for the management of pain and limited range of motion in subjects with signs and symptoms of temporomandibular disorder: a systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Oral Rehabilitation* 2015 42: 847-861

Paciente de 42 anos, sexo feminino

Refere dor na articulação temporomandibular esquerda, dor na face bilateral, dificuldade em abrir a boca e mastigar e dor de cabeça diária.



Fig. 1,2 e 3. Paciente.

Apresentava hipomobilidade articular (29mm), bruxismo de vigília e do sono, deslocamento de disco sem redução com limitação da abertura e deflexão para a esquerda, crepitação, artralgia, dor miofascial no masséter com dor referida para outras regiões anatómicas.



Fig. 4. Deflexão para a esquerda com limitação da abertura bucal.

O Plano de tratamento consistiu em terapia cognitivo comportamental<sup>7</sup>, farmacoterapia<sup>9</sup>, goteira oclusal de estabilização<sup>8</sup>, infiltração com Osteonil<sup>®</sup> na articulação temporomandibular esquerda e direita<sup>6</sup>, aplicação de técnicas de mobilização articular, técnicas neuromusculares e miofasciais<sup>10</sup>.

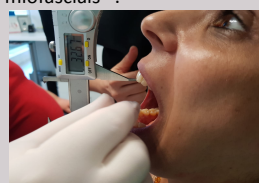


Fig. 5. Abertura da boca, pré viscosuplementação.

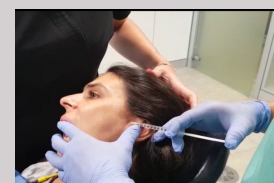


Fig. 6. Viscosuplementação.



Fig. 7. Técnica de mobilização articular.



Fig. 8. Alongamento muscular e capsular.



Fig. 9. Abertura de boca final.

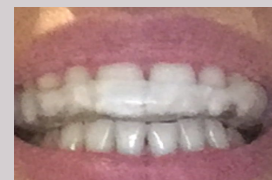


Fig. 10. Goteira oclusal de estabilização.