

TERAPIA EM PACIENTE COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR MUSCULAR – RELATO DE CASO

*Aline Avrella^a, Elen Mikeli Heck^a, Greice Demichei Hurtig^a, Larissa Pires Ceron^a,
Milene Daniele Ebling Pasinato^a, Patricia Spohr^a, Leticia Stefenon^b,
Fernando Thalheimer Bacchi^b, Carolina Barreto Mozzini^b*

^a Curso de Odontologia – Faculdade Especializada na Área de Saúde do
Rio Grande do Sul, Passo Fundo, RS, Brasil.

^b Docente da Faculdade Especializada na Área de Saúde do
Rio Grande do Sul, Passo Fundo, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo. Relatar um caso clínico de uma paciente jovem com disfunção temporomandibular muscular (DTM). **Materiais e métodos.** O estudo foi realizado em uma clínica odontológica de ensino superior, utilizando a aplicação de calor úmido, exercícios ativos e agulhamento seco. **Resultados.** Paciente feminina, 31 anos, relatando dor na região parotídea-massetérica bilateral, sendo diagnosticada com DTM muscular bilateral em masseter com presença de pontos gatilho. Para o tratamento foi realizado a termoterapia pela utilização do calor úmido, fisioterapia com exercícios ativos de relaxamento, agulhamento seco utilizando agulhas filiformes sólidas e, Terapia Cognitiva Comportamental, com melhora importante referida pela paciente. **Discussão.** Dentre as formas de tratamento para DTM muscular encontram-se as técnicas utilizadas com a paciente em estudo, as quais proporcionando uma melhora biopsicossocial. **Conclusão.** As técnicas de tratamento realizadas foram efetivas para o tratamento da paciente, proporcionando alívio da dor e melhora nos sintomas.

Palavras-chave: Síndrome da Disfunção Temporomandibular, Terapêutica, Terapia Comportamental.

INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é do tipo sinovial, biaxial e capaz de realizar movimentos de elevação, depressão, protrusão, retração e lateralidade da mandíbula^{1,2}. Esta articulação pode sofrer alterações, gerando a disfunção temporomandibular (DTM), a qual é uma síndrome que descompensa as estruturas do sistema estomatognático, sendo caracterizada por uma sequência de sinais e sintomas¹.

A principal característica da DTM abrange alterações craniofacial de origem multifatorial ou biopsicossocial, sendo mais predominante no gênero feminino^{1,6,4}. Sua causa é multifatorial,

podendo ocorrer na população em geral, relacionando a fatores psicológicos, alterações posturais, hiperatividade muscular, interferências oclusais, lesões traumáticas e/ou degenerativas da ATM ou a combinação entre os diversos fatores^{1,5}. A etiologia dos pontos de gatilho (PG) foi explicada por Travell e Simons, os quais citaram o trauma, a hipovitaminose, a fadiga, as infecções virais, o stress emocional e a dor profunda como fatores prevalentes para o aparecimento dos PG⁶.

A DTM possui uma natureza heterogênea de sintomas, incluindo como seus principais sinais e sintomas dor ou desconforto na ATM, nos ouvidos, músculos mastigatórios e cervicais relacionados à cabeça e pescoço^{3,7,8}. Pode ter origem em músculos e articulações, sendo classificada

assim em muscular, articular ou mista⁹ e portanto, considerada de difícil diagnóstico^{7,10,11}.

Dentre as formas terapêuticas não-invasivas estão a educação/motivação do paciente; o tratamento fisioterapêutico, que provoca relaxamento da musculatura; termoterapia, com calor úmido ou crioterapia, com a finalidade de reduzir a espasticidade; estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS); terapia cognitiva comportamental (TCC) e dispositivos interoclusais^{12,13,14}. Em relação as formas terapêuticas invasivas são encontrados os fármacos, laserterapia e o agulhamento seco, este último que elimina pontos-gatilho (PG)^{12,13,14}.

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de uma paciente com dor miofascial em região de masseter bilateralmente, utilizando a termoterapia, agulhamento seco, fisioterapia e TCC.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 31 anos, fisioterapeuta, chegou a Clínica Odontológica da Faculdade Especializada na Área de Saúde do Rio Grande do Sul - FASURGS, referindo dor na face com grau sete segundo a Escala Visual Analógica (EVA), a qual se estendia para a região parotídea-massetérica bilateral, dificuldade na abertura bucal e estalos na ATM. Além disso, a paciente mencionou o uso de dispositivo interoclusal rígido há mais de 10 anos.

Ao exame físico, a mesma apresentava abertura bucal de 25mm, mensurada por meio da régua para mensuração de amplitude bucal, com presença de dor muscular.

Ao exame intraoral observou-se um contato prematuro no elemento 26 e 36, sendo realizado imediatamente o ajuste oclusal. Após avaliação pelo RDC/TMD, a paciente foi diagnosticada com DTM muscular bilateral em masseter com presença de pontos gatilho.

Na mesma consulta, a paciente foi orientada a fazer o uso da termoterapia por meio de calor úmido por 20 minutos, três vezes ao dia na região dos masseteres; exercício ativo livre de abertura e fechamento bucal com a ponta da língua na papila incisiva, três séries de dez repetições - três vezes ao dia e, massagem em deslizamento com 20 movimentos da origem para a inserção do masseter. Tais exercícios foram facilmente aplicados pela paciente, uma vez que a mesma é

fisioterapeuta. Além disso, foi orientado a paciente evitar o apertamento dentário ao longo do dia e conscientizar-se da importância de aderir ao tratamento domiciliar.

Quinze dias após, foi realizada a segunda consulta, na qual a paciente referiu melhora parcial dos sintomas, apresentando dor grau 4. Neste momento, foi proposto a confecção de um novo dispositivo interoclusal rígido de Michigan, pois o antigo encontrava-se em mau estado. Além disso, foi realizada a primeira sessão de desativação dos pontos gatilhos miofasciais pela técnica do agulhamento seco e, foi mantida a sequência de terapia supracitada a nível domiciliar. Nos cinco dias subsequentes a paciente relatou melhora da abertura bucal, e dor proveniente do procedimento.

Quinze dias após a última sessão, foi realizada a terceira consulta, na qual a paciente chegou sem dor e com a abertura de 44mm. Neste dia, foi realizada a segunda seção do agulhamento seco, na qual a paciente relatou muita dor durante o procedimento, especialmente no lado direito. Assim, o mesmo foi interrompido neste lado, seguindo no lado contralateral e foi mantido o mesmo protocolo clínico domiciliar.

Vinte dias após, foi realizada a mesma sessão terapêutica supracitada, na qual a paciente referiu maior volume muscular no lado direito, provavelmente pela interrupção do agulhamento seco neste lado na sessão anterior mas, sem dor espontânea, sentindo-a somente à palpação. Semanas após, a paciente viajou em férias, motivo este que fez os sintomas desaparecerem, e voltarem a aparecer após o retorno as atividades, sugerindo assim a influência do fator de risco biopsicossocial para a severidade dos sintomas.

No momento, a paciente segue em tratamento, através do mesmo protocolo citado.

DISCUSSÃO

A termoterapia é o método mais antigo na prática da reabilitação física. Seus efeitos incluem vasodilatação, melhora do metabolismo e circulação local, relaxamento muscular, analgesia, redução da rigidez articular, aumento da extensibilidade do tecido colágeno e alívio do espasmo muscular¹³.

A aplicação do calor produz efeito analgésico, aplicado sobre distúrbios musculoesqueléticos e neuromusculares, gerando relaxamento e uma

redução antálgica musculoesquelética, aumenta a elasticidade e diminui a viscosidade do tecido conjuntivo simultaneamente. Seu efeito analgésico resulta na redução da intensidade da dor¹³.

A fisioterapia é uma opção de tratamento para reabilitação dos indivíduos com DTM. As repercussões e os benefícios de seus recursos e procedimentos podem minimizar ou erradicar os sinais e sintomas, contribuindo para melhora da qualidade de vida, tendo o objetivo de reestabelecer a função normal da ATM e estruturas associadas¹.

Somado a isso, a fisioterapia proporciona condições para o controle do tônus e dos movimentos, aquisições de posturas e de padrões normais, visando inibir a atividade reflexa patológica e facilitar o movimento¹³.

A terapia de agulhamento seco é conhecida como uma estimulação intramuscular que utiliza agulhas filiformes sólidas semelhantes as utilizadas na prática de acupuntura, sem a utilização de produto de injeção na musculatura. A técnica pode ser inserida nas imediações de nervos periféricos e feixes neurovasculares, a fim de gerenciar uma melhora na dor da síndrome neuromusculoesquelética^{15,16}.

Existem vários efeitos dessa técnica, tais como a diminuição da dor e tensão muscular, melhor na amplitude de movimento, força muscular e coordenação¹⁵.

O mecanismo das ações do agulhamento seco difere dependendo a localização do estágio da agulha, a profundidade da inserção, as forças e os movimentos da agulha utilizada e, conseqüentemente, aumenta a fluidez do sangue através de uma vasodilatação local e uma proliferação do colágeno. É o procedimento mais utilizado e eficaz para a desativação de pontos gatilho miofasciais^{15,16}.

A TCC abrange uma intervenção psicoterapêutica, que há uma combinação de abordagem cognitiva, emocional e de um conjunto de procedimentos comportamentais¹⁷. Ele busca proporcionar autonomia ao paciente, alcançando assim o alívio ou a redução total dos sintomas¹⁸.

A TCC se propõe a ser uma forma empiricamente validada de intervenção, cuja eficácia já foi testada para uma grande quantidade de transtornos psiquiátricos¹⁸.

De acordo com a literatura, as TCCs podem ser classificadas em três divisões principais¹⁹:

1) terapias de habilidades de enfrentamento, com objetivo de fornecer ao paciente formas para lidar com situações problemáticas;

2) terapia de solução de problemas, que salienta o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com dificuldades pessoais;

3) terapias de reestruturação cognitiva, que enfatizam a mudança de pensamentos perturbadores e promove pensamentos adaptativos.

Destaca-se também, pelo fato do paciente ser o agente ativo de seu tratamento; e problemas os quais o TCC lida, que incluem os transtornos e problemas específicos do paciente, problemas de autocontrole e habilidades gerais de solucionar problemas²⁰.

Diante das técnicas supracitadas aplicadas a paciente em estudo, constatou-se que houve um alívio importante dos sintomas bem como uma melhora biopsicossocial, uma vez que todas elas possuem uma relevância importante no alívio dos sintomas da DTM muscular, especialmente durante o período de atividade laboral, na qual há interferência biopsicossocial nos sintomas.

REFERÊNCIAS

- 1 Bassi FB, Morimoto RS, Costa ACS. Disfunção temporomandibular: uma abordagem fisioterapêutica. III Encontro Científico e Simpósio de Educação UNISALESIANO - Lins. 2011;1:1-5.
- 2 Gonzalez-Perez LM, Infante-Cossio P, Granados-Nunez M, Urresti-Lopez FJ. Treatment of temporomandibular myofascial pain with deep dry needling. *Med Oral Patol Oral Cir. Bucal.* 2012;17(5):781-5.
- 3 Dall'Antonia M, Oliveira Netto, RM, Sanches ML, Guimarães AS. Dor miofascial dos músculos da mastigação e toxina botulínica. *Rev Dor.* 2013;14(1):52-7.
- 4 Couto CLM. Eficácia da estimulação intramuscular no tratamento da dor miofascial crônica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre: 2009.
- 5 Silva ROF. Avaliação da Eficácia do agulhamento de pontos-gatilho miofasciais (seco, 0,5% e 1% de lidocaína) em pacientes portadores de dor miofascial na musculatura mastigatória. Universidade de São Paulo – USP. Bauru: 2007.
- 6 Caramês J, Carvalhão F, Real Dias MC. Dor miofascial por pontos gatilho, uma doença multidisciplinar. *Acta Reumatol Port.* 2009;34:38-43.
- 7 Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod.* 2010;15(3):114-20.

- 8 Martins NG. Aspectos relevantes do ponto-gatilho que gera dor referida. Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic. Campinas: 2013.
- 9 Branco JO, Fracasso HAA, Barbieri E. Breeding biology of the kelp gull (*larus Dominicanus*) at Santa Catarina Coast, Brazil. *Ornitologia Neotropical*. 2009;20:409-19.
- 10 Shah JP, Heimur J. New Frontiers in the Pathophysiology of Myofascial Pain. *The Pain Practitioner*. 2012;22(2):26-33.
- 11 Cagnie B, Dewtte V, Barbe T, Timmermans F, Delrue N, Meeus M. Physiological effects of dry needling. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17:1-8.
- 12 Torres F, Campos LG, Fillipini HF, Weigert KL, Vecchia GFD. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. *Fisioter. Mov*. 2012;25(1):117-25.
- 13 Felice TD, Santana RL. Recursos Fisioterapêuticos (Crioterapia e Termoterapia) na espasticidade: revisão de literatura. *Rev Neurocienc*. 2009;17(1):57-62.
- 14 Souza CAS. Agulhamento na síndrome da dor miofascial. Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic. Campinas: 2010.
- 15 Dunning J, Butts R, Mourad F, Young I, Flanagan S, Perreault T. Dry needling: a literature review with implications for clinical practice guidelines. *Physical Therapy Reviews*. 2014;19(4):252-65.
- 16 MIRANDA, D. G. Emprego do agulhamento seco no tratamento de pacientes com DTM. Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic. Campinas: 2013.
- 17 Duchesne M, Almeida PEM. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2002;24(Supl. III):49-53.
- 18 Neufeld CB, Cavanage CC. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Rev. bras. ter. cogn*. 2010;6(2):3-35.
- 19 Barbosa JIC, Borba A. O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn*. 2010;12:60-79.
- 20 Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30:54-64.

Therapy in patients with muscular temporomandibular disorder - case report

ABSTRACT

Objective. To report a case of a young patient with muscular temporomandibular disorder (TMD). **Materials and methods.** The study was accomplished in a dental clinic of a graduate school, using the application of moist heat, active exercises and dry needling. **Results.** Female patient, 31 years, reporting pain in bilateral parotid - masseteric region, being diagnosed with TMD bilateral masseter muscle with the presence of trigger points. For the treatment was performed thermotherapy by using moist heat, physical therapy with active relaxation exercises, dry needling using solid filiform needles and Cognitive Behavior Therapy with significant improvement reported by the patient. **Discussion.** Among the forms of treatment for muscular TMD are the techniques used with the patient in the study, which providing a biopsychosocial improvement. **Conclusion.** The processing techniques used were effective in the treatment of the patient, providing relief of pain and improvement in symptoms. **Keywords:** Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome, Therapeutics, Behavior Therapy.

Autor correspondente:

Carolina Barreto Mozzini
 Rua Teixeira Soares 1392, Centro, Passo Fundo/RS, 99010-081
 E-mail: <carolmozzini@gmail.com>