

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA CEFALÉIA TIPO TENSIONAL EM PACIENTE PORTADOR DE COLAPSO DE MORDIDA POSTERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO

Contribution to the study of the chronic headache tensional type in carrying patiente of posterior collapse in bite: a case report

Raulino Naves **Borges***

Mauro de **Melo****

Nielse Nogueira **Machado*****

Déborah Ribeiro e **Oliveira*****

RESUMO

A ciência odontológica reconhece a importância e a necessidade de um harmonioso relacionamento oclusal para se obter sucesso nos tratamentos restauradores e reabilitadores. Assim, algumas características oclusais são desejáveis em procedimentos reabilitadores, tais como Máxima Intercuspidação Habitual (MIH) compatível com a Relação Central (RC), guia de desoclusão lateral e anterior, distribuição das forças oclusais no longo eixo dos dentes de maneira simultânea, e uma Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) fisiológica. Nos pacientes com alterações ocasionadas por um relacionamento dental inadequado, e ainda apresentando sintomatologia nas estruturas do Sistema Estomatognático (SE), a placa de mordida pode ser usada como forma de se obter um bom relacionamento oclusal, propiciando contatos oclusais estáveis. Paciente S.A.L. compareceu à Clínica de Oclusão e Disfunção Temporomandibular com queixa de dor na mandíbula, nos ouvidos e cefaléia. Ao exame clínico foi detectado sensibilidade dolorosa em todos os músculos mastigatórios, dor nas Articulações Temporomandibulares (ATMs), diferença entre RC e MIH de 5mm, devido a um deslocamento anterior da mandíbula, intrusão dos pré-molares superiores e diminuição da DVO em 3mm. Indicou-se, como tratamento inicial, a placa de mordida que foi confeccionada com a mandíbula na posição de RC, com a finalidade do restabelecimento da DVO fisiológica e objetivando tratar a sintomatologia dolorosa. A paciente foi acompanhada por um período de 3 meses. Transcorrido esse tempo, a mesma apresentou-se sem sintomatologia dolorosa, tendo sido indicado, a seguir, o tratamento para correção ortodôntica e o tratamento reabilitador. Diante do resultado obtido neste caso, pôde-se concluir que a indicação da placa de mordida, como uma modalidade preliminar de tratamento, foi adequada e eficaz.

UNITERMOS

Dimensão vertical, Relação cêntrica, Máxima intercuspidação habitual, Cefaléia.

INTRODUÇÃO

As desordens temporomandibulares (DTM) vêm chamando a atenção da classe odontológica nos últimos anos, em virtude do aumento significativo de pacientes portadores de dor e disfunção que buscam tratamento especializado¹.

Estas desordens que acometem a articulação temporomandibular (ATM) e/ou a musculatura da face podem ser descritas como distúrbios mandibulares músculo-esqueléticos, que podem fazer parte de um sistema mais amplo e complexo de comportamento (Ash¹ 1998; Ash² 2007).

A sintomatologia envolvida nas DTMs é bastante diversificada⁵, sendo os principais sintomas: dor nas ATMs, cefaléia, estalos, otalgia, dor facial, limitação funcional, dor cervical, cansaço, zumbido, dor na mandíbula^{7,13,14,15}.

Este artigo relata o caso clínico de uma paciente com sintomatologia de dor crônica associada a um conjunto de fatores como DVO diminuída e não coincidência de RC e MIH, tratado com placa inter-oclusal ou placa oclusal terapêutica.

REVISÃO DE LITERATURA

Quayle *et al*¹¹ (1990), apresentaram o resultado de um estudo clínico no qual participaram 57 pacientes portadores de cefaléia tipo tensional, cujos pacientes receberam tratamento com a utilização de placa oclusal. Deste estudo, puderam concluir que houve uma correlação estatisticamente significativa entre o quadro da dor e DTM, ressaltando, porém,

a necessidade de avaliação médica que exclua a possibilidade de desordem neurológica.

Outra manifestação secundária de dor originada a partir da DTM é a presença de pontos de gatilho miofasciais, ou zonas de gatilho, em especial nos músculos masseteres e pterigóides mediais (Barros & Rode³ 1995).

Em alguns casos, quando ocorre perda da DVO fisiológica, alguns sinais e sintomas de DTM podem se manifestar, entre eles o quadro de dor na região dos ouvidos. Para Okenson¹⁰ (2000), o quadro de dor auricular deve ser atribuído a espasmos na musculatura mastigatória, causando contração reflexa dos músculos tensores do tímpano e do véu palatino, sendo uma resposta secundária à dor gerada pela DTM.

A oclusão pode ser o fator primário dos sintomas da DTM⁴, sendo que a ausência de algumas características oclusais podem levar conseqüências para o sistema estomatognático (Corte & Guimarães & Taucci⁴ 2004).

Um dos tratamentos mais utilizados em casos de DTM são as placas oclusais estabilizadoras, pois podem promover relaxamento muscular, associado a um alívio de dor (Ferreira & Santos & Reis⁶ 2004).

O desconforto e estalos nas ATMs também são sintomas bastante freqüentes nos pacientes com DTM, que ocorrem devido ao posicionamento inadequado do disco articular, podendo este estar deslocado abruptamente para cima do côndilo, quando o paciente abre a boca (Pereira & Andrade & Costa & Portal¹¹ 2005).

*Professor Coordenador das Disciplinas de Oclusão, Anatomia e Escultura Dentária da FO/UFMG; Mestre em Reabilitação Oral pela FOB/USP. Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

**Professor Titular em Prótese Dentária da FO/UFMG; Mestre e Doutor em Reabilitação Oral pela FOB/USP. Especialista em Prótese Dentária.

***Cirurgiã-Dentista pela FO/UFMG.

A relação cêntrica (RC) é representada pelo relacionamento entre a maxila e a mandíbula, no qual os côndilos e discos articulares podem estar situados numa posição centralizada e superior, no interior das respectivas cavidades articulares, sendo a condição mais favorável buscada nos tratamentos reabilitadores (Ash¹ 1998; Ash² 2007).

Paiva *et al*¹² (2008), afirmaram que “a oclusão é melhor definida como a relação dinâmica, morfológica e funcional entre todos os componentes do sistema mastigatório, incluindo dentes, estruturas de suporte, sistema neuromuscular, ATMs e o esqueleto craniofacial”, daí, torna-se necessário estabelecer e manter o equilíbrio entre todas as estruturas deste sistema para o adequado desempenho de todas as suas funções.

Relato de caso clínico

Paciente, S.A.L., 39 anos, gênero feminino, compareceu à Clínica de Oclusão da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, com queixa de dores de cabeça, dor nos ouvidos, na mandíbula e desconforto na região das ATMs há mais de seis meses.

Durante o exame clínico, realizou-se a palpação digital dos músculos da mastigação e posturais. Foram avaliados segundo a sintomatologia dolorosa (espontânea ou provocada). Os músculos masseteres, temporais (feixes anterior, médio e posterior), pterigóides laterais, mediais e esfenomandibulares bilateralmente, e a musculatura postural se apresentaram com sintomatologia.

Para a análise das relações maxilo-mandibulares, a mandíbula foi conduzida

para a posição mais retruída, tendo sido observado um deslocamento de 5mm para anterior, dando a errônea impressão de um perfil Classe III de Angle (Figuras 1 e 2).

Quando, nos procedimentos reabilitadores, não se tem uma relação dentária inter-arcada adequada e equilibrada, com contatos interoclusais os mais uniforme possível e com movimentos mandibulares sem interferências para realização do tratamento, pode-se empregar a relação da posição condilar, denominada relação cêntrica, conforme sugerido por Paiva *et al*¹² (2008).

Ao exame intra-oral, foram detectadas ausências e migrações dentais, diminuição da DVO em 3mm e intrusão dos pré-molares superiores (Figuras 3 e 4).

Após a realização dos exames, optou-se por um tratamento reversível que pudesse,



Figura 1 - Mandíbula deslocada para anterior 5 mm.



Figura 2 - Mandíbula em posição de RC coincidente com MIH.



Figura 3 - DVO diminuída 3 mm.



Figura 4 - DVO diminuída 3 mm.

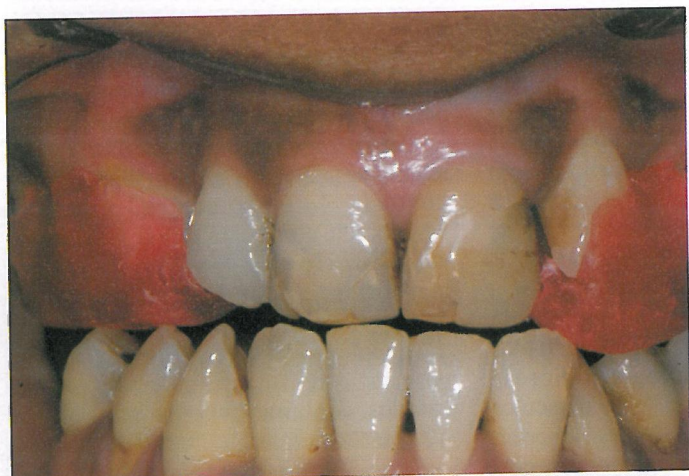


Figura 5 - Registro da DVO através do plano de cera.

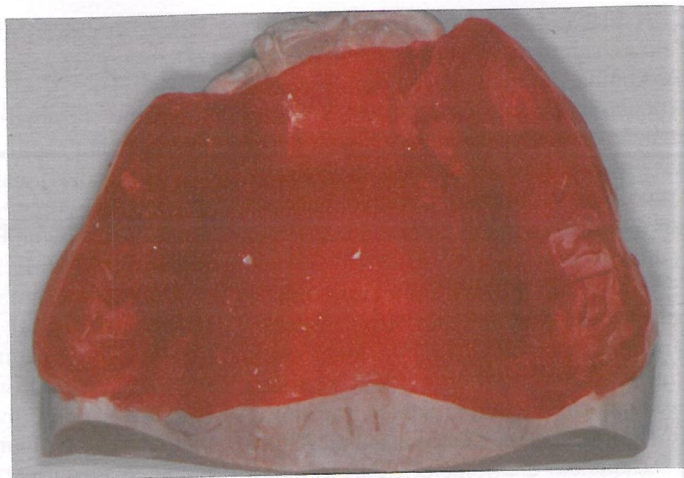


Figura 6 - Confeção da placa inter-oclusal em cera.



Figura 7 - Placa inter-oclusal recuperando a condição fisiológica da mandíbula - Terapia de suporte.



Figura 8 - Placa inter-oclusal recuperando a DVO da paciente.

de forma rápida, corrigir a DVO e reduzir a sintomatologia auditiva, muscular e nas ATMs.

A correta DVO foi registrada em cera na posição de RC, e esse registro foi enviado para laboratório, onde foi confeccionada uma placa inter-oclusal em resina termopolimerizável. A paciente foi orientada a retirar a placa somente para higienização (Figuras 5, 6, 7 e 8).

Após uma semana de colocação da placa, a paciente encontrava-se livre de toda sintomatologia dolorosa. Foi acompanhada por três meses e encaminhada para tratamento definitivo.

O uso da placa interoclusal foi o tratamento inicial para eliminar a sintomatologia encontrada. O tratamento definitivo consiste na correção ortodôntica e na reabilitação protético-restauradora, recuperando a correta DVO.

DISCUSSÃO

A articulação temporomandibular é

uma estrutura que compõe o sistema estomatognático, formada por vários componentes, capazes de realizar movimentos complexos. A mastigação, deglutição, fonação e postura dependem da função, saúde e estabilidade dessa articulação.

Alterações na ATM são chamadas de desordens temporomandibulares, e envolvem uma série de sinais e sintomas que podem ser verificados clinicamente ou por meio de exames complementares, assim, Magnusson & Carlsson⁸ (1979), ressaltaram que a frequência e a severidade dos sintomas variam de acordo com a severidade da disfunção mandibular, sugerindo tratamento funcional, voltado para redução da atividade muscular.

Para Pereira & Andrade & Costa & Portal¹³ (2005), a etiologia das DTMs é multifatorial, sendo alterações na oclusão, lesões traumáticas ou degenerativas da ATM, problemas esqueléticos, fatores psicológicos e hábitos deletérios os

principais causadores dessa disfunção.

Segundo os estudos de Schokker *et al*¹⁴ (1990), mais da metade dos pacientes com algum tipo de cefaléia apresentam também disfunção temporomandibular, com prevalência de sensibilidade à palpação nos músculos masseter e temporal.

Nos pacientes com alterações ocasionadas por mau relacionamento dental e com sintomatologia em estruturas do Sistema Estomatognático, a placa de mordida pode ser usada como forma de se obter um bom relacionamento oclusal, propiciando contatos oclusais estáveis, o que pode ser constatado neste caso, em que a paciente apresentava o citado quadro sintomatológico proveniente do colapso posterior da mordida.

O tratamento inicial indicado foi a placa interoclusal terapêutica, objetivando devolver a oclusão fisiológica, sendo que o emprego da placa oclusal trouxe como resultado não só o equilíbrio do sistema estomatognático como, também, o desaparecimento da sintomatologia

dolorosa, comprovando a afirmação de Okenson⁹ (1992), que considerou ser o uso da placa interoclusal um tratamento de suporte e não um tratamento definitivo. A maioria das terapias de suporte¹⁶, orientadas no sentido de alterar os sintomas do paciente, freqüentemente não têm efeito na etiologia ou causa da desordem. São usadas no tratamento de DTM com finalidade de reduzir ou eliminar a dor.

Segundo Ash et al² (2007), embora a perda da dimensão vertical seja avaliada pela análise clínica e o seu aumento temporário possa, em alguns casos, fornecer alívio dos sintomas da DTM, seria inadequado sugerir uma relação de causa e efeito positiva entre o alívio dos sintomas e a DTM. Entretanto, é apropriado usar uma placa do tipo estabilizadora para aumentar a dimensão vertical.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados no presente estudo, parece lícito concluir que o emprego da placa interoclusal terapêutica:

- Reduz sintomatologia dolorosa advinda de causas oclusais;
- Redimensiona corretamente a DVO;
- É efetiva no tratamento de suporte, para posterior realização de tratamento reabilitador definitivo.

SUMMARY

Dentistry science recognizes the importance and the necessity of a harmonious occlusal relationship to get success in the restoring treatments and rehabilitators. Thus, some occlusal characteristics are desirable in procedures rehabilitators, such as Maximum Habitual Intercuspitation (MIH) compatible with Central Relation (RC), guide of lateral and previous desocclusion, distribution of the occlusal forces in the long axle of teeth in

simultaneous way, and a Occlusion Vertical Dimension (DVO) physiological. In the patients with occasional alterations for inadequate a dental relationship, and still, presenting sintomatology in the structures of the Estomatogmatic Systems (IF), the plate of bite can be used as form of if getting a good occlusal relationship, propitiating steady occlusal contacts. Patient S.A.L appeared to the clinic of Occlusal and Dysfunction Temporomandibular with complaint of pain in the jaw, in the ears and chronic headache. To the clinical examination painful sensitivity in all was detected the bite muscles, pain in the Joints temporomandibulars (ATMs), difference between RC and MIH of 5 mm, had to a previous displacement of the jaw, intrusion of the daily pay-molar superiors and reduction of the DVO in 3mm. The plate of bite was indicated as initial treatment that was confectioned with the jaw in the RC position, with the purpose of reestablishment of the physiological DVO and objectifying to treat the painful sintomatology. The patient was followed by a period of 3 months. After this time the same one was presented without painful sintomatology, tense been indicated to follow the rehabilitator treatment. Ahead of the gotten result in this in case that, the indication of the plate of bite could be concluded that as a preliminary modality of treatment was adjusted and efficient.

UNITERMS

Vertical dimension, Centric relation, Maximum habitual intercuspitation, Chronic headach.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Ash MM et al. Oclusão. São Paulo. Santos. 1998.
- 2 - Ash MM, Schmidseder J. Oclusão. São Paulo. Santos. 2007. p.272.
- 3 - Barro JJ, Rode SM. Tratamento das Disfunções Craniomandibulares-ATM. São Paulo. Santos. 1995:155-163.

- 4 - Corte AA, Guimarães JP, Taucci R. Desordem temporomandibular associada a mordida cruzada e disfluência de fala: relato de caso clínico. Revista do Serviço ATM 2004;4(2):65-7.
- 5 - Costa LFM, Guimarães JP. Desordens temporomandibulares: qual o papel atual do cirurgião dentista? RBO 2002;59(5).
- 6 - Ferreira JR, Santos RF, Reis HN. Terapias de suporte nas desordens temporomandibulares: relato de caso clínico. Revista do Serviço ATM 2004;4(2): 69-73.
- 7 - Ludwig AM. A perspective jaws revisited: Costen's Syndrome. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997;106:802-22.
- 8 - Magnusson T, Carlsson GE. Recurrent headaches in relations to temporomandibular joint pain-dysfunction. Acta Odontol Scand 1978;36(6):333-8.
- 9 - Okenson JP et al. Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares 2 ed. São Paul. Artes Médicas. 1992:257.
- 10 - Okenson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4 ed. São Paulo. Artes Médicas. 2002. 01 - 500.
- 11 - Quayle AA et al. Soft occlusal splint therapy in treatment of migrains and other headches. J Dents 1990;18(3):123-9.
- 12 - Paiva H J et al. Noções e conceitos básicos em oclusão, disfunção temporomandibular e dor orofacial. São Paulo. Santos. 2008. p. 457.
- 13 - Pereira KNF, Andrade LLS, Costa MLG, Portal TF. Sinais e Sintomas de Pacientes com Disfunção Temporomandibular. CEFAC 2005;7(2):221-8.
- 14 - Schokker RP et al. Craniomandibular disorder in patients with different types of headache. J Craniomandib Disord 1990;4(1):47-51.
- 15 - Soares BSZ, Mello EB. Desordem temporomandibular associada à cefaléia tensional: relato de caso clínico. Revista do Serviço ATM 2004;4(2):55-59.
- 16 - Uemoto L, Mello EB, Macedo MEG. Influência de terapia de suporte para desordem temporomandibular em sintomas otológicos: relato de caso clínico. Revista do Serviço ATM 2004;4(2):55-59.

AUTOR RESPONSÁVEL

Raulino Naves Borges

Av. República do Líbano, 2417, salas 409/410 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás
CEP: 74.115-030

E-mail: raulinonaves@hotmail.com

Recebido para publicação: 10/04/2008

Aceito para publicação: 20/05/2008