

TRATAMENTO DO DESLOAMENTO DO DISCO ARTICULAR COM REDUÇÃO (CASO CLÍNICO)

TREATMENT OF DISC DISPLACEMENT WITH REDUCTION (CLINICAL CASE)

*MARCELO OLIVEIRA MAZZETTO

**ALESSANDRA RANGON PONTES

SINOPSE:

O trabalho tem como objetivo o tratamento clínico de uma paciente com Deslocamento do Disco Articular com Redução; nele mostra-se a eficiência de uma terapêutica com a utilização de Placas Reposicionadoras associadas à Terapia de Suporte e posterior Desgaste Seletivo, realizados sob constantes avaliações clínicas, com critério e minúcia, a partir de um diagnóstico correto.

A colaboração da paciente foi um fator primordial, pois o tratamento é prolongado e cansativo (12 meses) onde, no final, obteve-se resultados satisfatórios, com a eliminação dos sinais e sintomas decorrentes desta disfunção.

UNITERMOS:

Deslocamento do disco com redução, Placas reposicionadoras.

INTRODUÇÃO

Embora de suma importância para o profissional da área de odontologia, os estudos e considerações relacionados à Articulação Temporo-mandibular (ATM), datam de relativamente pouco tempo. Em 1934, COSTEN associou a dor de ouvido a distúrbios funcionais da ATM, Acreditando que a ausência dental posterior aumentava a pressão no ouvido, causando sintomatologia dolorosa, a chamada "Síndrome de Costen" em CELENZA¹.

Desde então, o interesse pelo estudo da fisiologia e patologias, relacionadas a esse complexo sistema articular tem evoluído, gerando grande divergência entre autores, quanto a sua etiologia e terapêutica, segundo DAWSON².

MOHL³ propõe como fatores etiológicos para o deslocamento do disco articular com redução o macrotrauma (acidentes, intubações, etc) e o microtrauma (interferências oclusais e hiperatividade muscular crônica ou hábitos parafuncionais). RAYMUNDO⁷, em um estudo literário, inclui os problemas imunológicos (artrites e/ou artroses), ausência dental e efeitos farmacológicos.

DAWSON² afirma que o deslocamento do disco articular com redução (deslocamento anterior) é o tipo de desarranjo mais discutido, onde o côndilo desliza distalmente ultrapassando a banda posterior do disco ou o disco desloca-se anteriormente em relação ao côndilo, pressionando a área posterior do disco, altamente inervada e vascularizada, assim como sua terapêutica e enfoca como principais fatores etiológicos os procedimentos iatrogênicos dos profissionais, como o registro incorreto da Relação Cêntrica (RC), procedimentos ortopédicos extra-bucais incorretos e outros.

Estudos atuais têm demonstrado que, se a etiologia basear-se no Macrotrauma, o sucesso da terapia vai depender também dos seguintes fatores: extensão e agudização da injúria, idade e saúde do paciente, presença de doenças sistêmicas⁶. A disfunção com redução do disco tem como sinal patognomônico o ruído funcional ou estalido recíproco^{3,6}.

nos movimentos de abertura e fechamento da boca e altera inevitavelmente a atividade muscular^{2,4,5,6,8}. Quando esta causa sintomatologia dolorosa, vários autores indicam a terapia de suporte específica^{3,4,5,6,7,8}, sendo a fisioterapia a mais empregada.

A terapêutica utilizada consiste na instalação de uma placa reposicionadora^{2,3,6}, que tem como função possibilitar a recuperação tecidual intra-capsular, permitindo a obtenção da relação cêntrica que, no paciente disfuncionado, é distinta da oclusão cêntrica^{2,6}. Associada a ela a fisioterapia, agindo somente no efeito (dor), e não na causa (disfunção articular). Finalizando o tratamento foi feito o desgaste seletivo (contatos prematuros e interferências oclusais), que vai estabilizar o oclusão em RC, impedindo novo deslocamento articular, segundo OKESON⁶.

É importante ressaltar a necessidade da colaboração e motivação total do paciente e do embasamento teórico do profissional, para que trabalhe com segurança.

Apesar da descrença de muitos profissionais quanto à terapia utilizada, a Placa Reposicionadora pode ser usada com sucesso na recuperação dessas disfunções articulares.

RELATO DO CASO CLÍNICO

O caso clínico apresentado demonstra que, em posse de uma anamnese, exame clínico (extra e intra-bucais), análise dos modelos articulados e complementação radiográfica detalhada, obtem-se um diagnóstico correto. O tratamento consiste na adaptação de uma placa reposicionadora, confeccionada em acrílico termopolimerizável incolor, com uma rampa guia anterior, na posição em que se faz uma protrusão mínima, que permita recuperar o disco deslocado (sem estalidos), deve ser utilizada 24 horas/dia.

A paciente I.C.M. de 26 anos teve seu tratamento iniciado em março de 1993, apresentando a seguinte sintomatologia: dores na ATMs e mandíbula atingindo, posteriormente, a face

* Prof. Doutor do Departamento de Odontologia Restauradora, FORP-USP.

** Cirurgia Dentista estagiária da área de Oclusão, FORP-USP.

e o pescoço com aparecimento de estalos dos lados direito e esquerdo e com travamentos das articulações na abertura bucal. Relata ter recebido trauma na região anterior da pré-maxila direita (acidente) e forte tensão emocional quando do início do problema, há aproximadamente 3 anos.

Na avaliação clínica, constatou-se contatos prematuros em Oclusão Cêntrica (14-45 e 23-33), interferência em balanceio quando fazia lateralidade para o lado direito (26-37) (FIGURA 1), guias de desocclusão insatisfatória na lateralidade esquerda entre

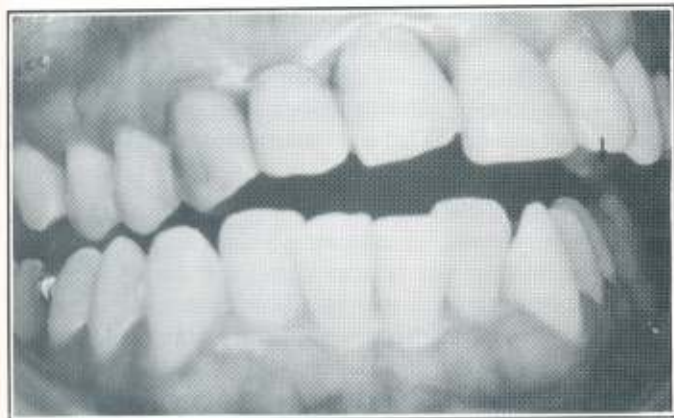


FIGURA 1. Interferência em balanceio na lateralidade para o lado direito.

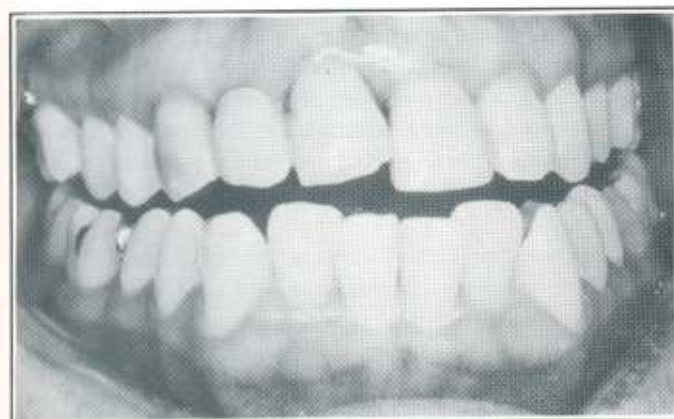


FIGURA 2. Interferências no movimento de protrusão.

(22-32), interferências posteriores em protrusão (16-47 e 26-37) (FIGURA 2), desvio mandibular para a esquerda na abertura e fechamento bucal, indicando uma maior movimentação do côndilo do lado direito, e abertura bucal com 36mm.

Após as moldagens superior e inferior com moldeiras de estoque e alginato, obteve-se os modelos de trabalho em gesso pedra do tipo IV, montado o modelo superior em articulador semi ajustável, com arco

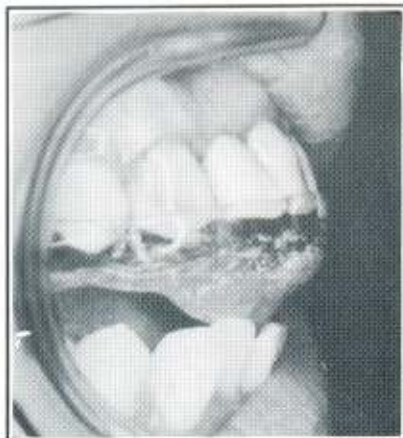


FIGURA 3: Placa reposicionadora

facial e o modelo inferior em RC, pelo método Leaf-gauge e Leaf-wafe, introduzidos por WOELFEL¹⁰. Os limites da placa foram desenhados sobre o modelo superior; ajusta-se o pino guia incisal com 2 a 3mm de acréscimo, permitindo o espaço necessário para o enceramento e seguindo as propriedades físicas e biomecânicas propostas por SANTOS Jr⁹.

Após 2 semanas, de uso da placa interoclusal do tipo miorreloxante, modelo de Michigan (Santos Jr⁹), cobrindo todos os dentes e adaptada no maxilar superior (24/05/93 a 07/06/93), a paciente relatou fortes dores nos músculos do pescoço e aumento nos estalos. Devido aos sinais e sintomas relatados, sugeriu-se a adaptação de uma rampa anterior na placa, com resina autopolimerizável incolor, passando a reposicionadora do disco (FIGURA 3), pois a miorreloxante não estava conseguindo recuperar o disco articular e forçando o mesmo mais anteriormente. Além disso, os estalos se davam no meio do movimento de abertura (20mm) e no final de fechamento, indicando a recuperação do disco na abertura e deslocamento anterior do mesmo no final do fechamento (figura 4).

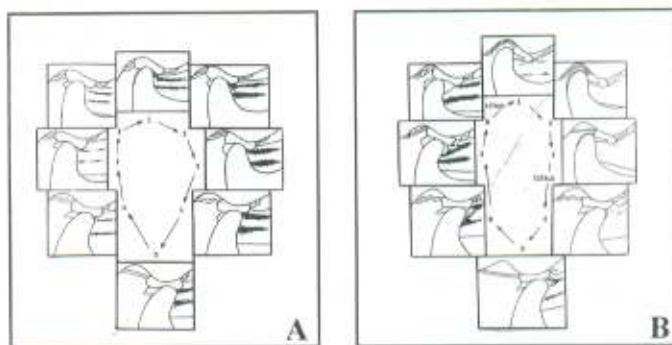


FIGURA 4 A. Função normal do disco articular. B. Deslocamento do disco com redução, observe que durante a abertura do côndilo passa sobre a borda posterior do disco para a zona intermediária, assim reduzindo o disco desalojado.

Juntamente com a placa reposicionadora a paciente se submeteu a orientação fisioterápica (compressas de águas quente e exercícios). Após uma semana de uso da placa (24 horas) e fisioterapia, as sintomatologias musculares e articulares (estalos) desapareceram, indicando que estava-se procedendo uma terapêutica correta.

A paciente retornou semanalmente para novas avaliações sem apresentar qualquer sintomatologia. Após 2 meses, começou-se a diminuir a rampa anterior em 2mm (25/08/93)

Depois de 3 semanas (17/09/93), a paciente relata novas dores de cabeça e articular direita, e de um travamento, mas sem estalos articulares. Teve nova orientação fisioterápica, sem qualquer intervenção na placa. Retornou no dia 24/09/93, com melhora total da sintomatologia e foi indicado para que continuasse com a fisioterapia e novo retorno para o dia 08/10/93. Retorno satisfatório sem dores e estalos.

No dia 22/10/93 diminuiu-se mais 2mm na rampa anterior e retorno para o dia 05/11/93, a onde removeu-se mais 2mm da rampa e a paciente estava sem sinais e sintomas.

Em 07/02/93 removeu-se toda a rampa, passando para uma placa miorreloxante superior, com superfície oclusal lisa e polida, com contatos em todos os dentes inferiores, nos movimentos mandibulares não apresentava nenhum tipo de sinal (estalido) e sintomas (dores musculares). Foi recomendado à paciente para que continuasse a usar a placa 24 horas por dia,

para evitar que o disco articular se deslocasse anteriormente, visto que a placa miorreaxante, estava com 2mm de espaçamento interoclusal, causando ainda uma rotação no côndilo.

A paciente retornou em 28/02/94, sem qualquer sintomatologia, fez-se uma nova avaliação clínica da oclusão e os resultados foram satisfatórios, fez-se pequenos ajustes oclusais, em 21/03/94, pode-se notar que não havia mais desvio no movimento de abertura e fechamento, fato este que ocorria quando do início do tratamento, sem estalos e qualquer sintomatologia, e já começamos o processo de retirada da placa, orientando a paciente para retirar a mesma apenas para se alimentar, e novo retorno para 20 dias.

No dia 08/04/94, a paciente relatou leve som de "folhas secas amassadas" na ATM esquerda sem, entretanto, qualquer sintomatologia, por apenas um dia, após alimentar-se, durante a higienização bucal. Constatou-se que tal ruído provinha da sobrecarga mastigatória que ela vinha exercendo, com dieta natural crua e dura, mesmo desacostumada a mastigar sem a placa. Foi feito novo exame de auscultação (ausência de ruídos) e a paciente foi instruída a alterar seus hábitos alimentares para uma dieta mais macia e pastosa. A placa não sofreu qualquer alteração e a paciente agendada para retorno em 30 dias.

No dia 05/05/94, a paciente recebeu alta, sendo instruída apenas para usar a placa miorreaxante para dormir e quando tivesse mais estressada, e retorno com 90 dias, para ajustes da placa e nova avaliação dos sinais e sintomas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No caso clínico apresentado, conseguiu-se eliminar os estalidos pelo tratamento proposto, corrigir os desvios mandibulares nos movimentos de abertura e fechamento, eliminar a sintomatologia dolorosa muscular com a aplicação de Fisioterapia (Cinesioterapia e Termoterapia).

Deve-se ressaltar a boa colaboração da paciente, também fator primordial do sucesso para eliminar suas desordens craniomandibulares, sem esquecer de que os profissionais têm a grande responsabilidade de manter o paciente informado sobre todo o Plano de Tratamento e incentivado a seguir todas as orientações dadas, principalmente nas possíveis fases em que há recorrência de alguma sintomatologia.

Por aproximadamente 9 meses, a paciente utilizou a placa

por 24hs/dia, inclusive para se alimentar. Para a higiene bucal, foi instruída a remover a placa, para a escovação desta e dos dentes sem, entretanto, ocluí-los em nenhum momento.

A rampa anterior foi desgastada gradativamente, sob constante avaliação da sintomatologia, observando-se a excelente colaboração da aplicação de compressas quentes e exercícios executados pela paciente. No oitavo mês de tratamento, a placa já tornará-se miorreaxante, ainda de uso contínuo. Nesta fase, foram realizados pequenos ajustes oclusais e a paciente instruída a retirar a placa para alimentar-se.

Atingida a Relação Cêntrica, verifica-se a intercuspidação. Os dentes estão em harmonia com o conjunto côndilo-disco, ambos corretamente posicionados e alinhados, a relação cêntrica e a oclusão cêntrica coincidindo. Este é o objetivo que deve ser alcançado em um tratamento oclusal.

CONCLUSÕES

O trabalho realizado comprova a eficiência de uma terapêutica muito discutida (placas reposicionadoras). Conclui-se que, quando o profissional age conscientemente, realizando o tratamento com critério e minúcia, principalmente com consciência de sua capacidade para tal, o sucesso é inevitável. Cabe a ele avaliar, prognosticar, diagnosticar e tratar o problema com sutileza e apreensão, principalmente quando se trata as Desordens Temporomandibulares.

SUMMARY

This work has for objective the clinical treatment of a patient with Disc Displacement with Reduction. It shows the efficiency of a therapeutic, with the use of Anterior Repositioning Appliance associated to Physical Therapy and later Selective Grinding, realized under constant clinical evaluations, with criterion and detail, starting with a correct diagnosis.

A primordial factor was the patients collaboration, because the treatment is extensive and tiring (12 months), and at the conclusion, the results were satisfying, with the elimination of signs and symptoms current of this dysfunction.

UNITERMS:

Disc Displacement with Reduction, Anterior Repositioning Appliance.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CELENZA et al. *Review em ATM e Oclusão*. Trad. e adaptação Milton Edson Miranda, Quintessence Books, 1988.
2. DAWSON, P.E. *Avaliação, Diagnóstico e Tratamento dos Problemas Oclusais*. Trad. Silas da Cunha Ribeiro, 2ª ed., Artes Médicas, 1993.
3. MOHL, N. D. *Fundamentos da Oclusão*. Trad. Milton Edson Miranda, 1ª Edição, Quintessence Books, 1989
4. MOLINA, O.F. *Fisiopatologia craniomandibular (Oclusão e ATM)*. 1ª ed. Pancast editorial, 1989
5. MONGINI, F. *The Stomatognathic System - Function, Dysfunction and Rehabilitation*, 1ª ed. Quintessence Books, 1984
6. OKESON, J. P. *Fundamentos de Oclusão e Desordens Temporomandibulares*. Trad. Milton Edson Miranda, 2ª ed., Artes Médicas, 1992.
7. RAYMUNDO, S. M. O. *Desordens do Disco Articular*, F. O. R. P. - U.S.P Ribeirão Preto, 1992
8. SANTOS Jr., J. dos. *Oclusão: Tratamento da Sintomatologia Craniomandibular*. Pancast editorial, 1987.
9. WOEFEL, J. H. B. & NUNES, L. J. Novo dispositivo para registro preciso da Relação Cêntrica. *Revista Gaucha de Odontologia*, 35(6): 453-60, Nov./Dez. 1987.