

Patologia Disfuncional da Articulação Temporomandibular: A Abordagem da Medicina Física e de Reabilitação

The Temporomandibular Joint Dysfunction (TMJD): Physical and Rehabilitation Medicine Intervention

Jorge Moreira⁽¹⁾ | Rui Moreira⁽²⁾

Resumo

A Patologia Disfuncional da Articulação Temporomandibular (PDATM) engloba uma variedade de condições clínicas associadas a dor e disfunção da articulação temporomandibular (ATM) e dos músculos da mastigação, de etiologia controversa. Apesar do excelente prognóstico vital, a PDATM pode impor alterações substanciais na qualidade de vida. As recomendações actuais em relação ao tratamento, sugerem tratamento inicial conservador, sendo consensual que os tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) desempenham um papel muito importante na abordagem desta patologia.

Os autores apresentam uma revisão bibliográfica da evidência científica existente relativamente à eficácia das intervenções de MFR na PDATM.

Palavras-chave:

Patologia Disfuncional da Articulação Temporomandibular; tratamento; Medicina Física e de Reabilitação.

Abstract

The Temporomandibular Joint Dysfunction (TMJD) reaches to a variety of clinical conditions associated to pain and disorders of the temporomandibular joint (TMJ) and masticatory muscles, which are of controversial aetiology. Despite of the excellent vital prognosis, the TMJD could impose substantial decreases in the life quality. The recent recommendations concerning to treatment, advice an initial conservative approach, which includes almost consensually the important role of Physical and Rehabilitation Medicine (PRM).

The authors present a bibliographic overview of the scientific evidence concerning the success of the PRM in the TMJD.

Key-words:

Temporomandibular Joint Dysfunction (TMJD), Physical and Rehabilitation Medicine (PRM)

Introdução

A Patologia Disfuncional da Articulação Temporomandibular (PDATM) engloba uma variedade de condições clínicas associadas a dor e disfunção da articulação temporomandibular (ATM) e dos músculos da mastigação⁽¹⁾.

Em relação à epidemiologia, a PDATM tem uma ocorrência estimada em cerca de 20% da população, com 10% destes procurando tratamento, situando-se o pico de incidência desta entidade entre 16 e 40 anos, sendo mais frequente entre o sexo feminino, contabilizando cerca de 90% do total dos doentes^(1,2). Efectuando uma breve revisão anatómica, a ATM apresenta, como componentes ósseos, a fossa glenóide

do osso temporal e o côndilo mandibular. A cápsula articular apresenta um ligamento colateral, um disco fibrocartilágineo intracapsular (menisco) e uma inervação rica. Os músculos temporal, masseter e pterigoideus medial e lateral são os responsáveis pelos movimentos de elevação/depressão, protusão/retropulsão e de lateralidade, sendo a abertura e oclusão bucal movimentos compostos de rotação e translação do côndilo e do menisco.

A PDATM apresenta como manifestações clínicas um ou mais dos seguintes sinais e sintomas músculo-esqueléticos: dor de localização articular ou muscular, ruídos articulares e limitações de amplitude articular à mobilização da mandíbula. Podem existir ainda outros

(1) Assistente Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação - Serviço de Medicina Física e de Reabilitação - Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE, Unidade de São Sebastião, Sta. Maria da Feira, Portugal

(2) Assistente Hospitalar de Estomatologia - Serviço de Estomatologia - Centro Hospitalar do Porto, EPE, Porto, Portugal

sintomas associados, tais como cefaleias, sintomas de depressão ou sintomas do foro otorrinolaringológico, como *tinnitus*⁽¹⁾.

O diagnóstico é efectuado comumente pelos sinais e sintomas, existindo ainda critérios definidos pelo Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), consistindo na aplicação de um sistema de 2 eixos para diagnóstico e classificação da PDATM, sendo que o 1º eixo permite o diagnóstico e classificação em 3 grupos: PDATM com dor muscular, com artralgia e com deslocamento do disco fibrocartilágneo intra-capsular, e um 2º eixo, consistindo num questionário de 31 itens para avaliação psicológica, psicossocial e comportamental, inferindo sobre limitações funcionais provocadas pela dor, permitindo a classificação em 4 graus de PDATM: os graus I e II, cuja dor não causa limitações na sua actividade e graus III e IV, cuja dor causa algum grau de incapacidade^(1,2).

Em relação à etiologia, esta permanece controversa, sendo desconhecida na maioria dos casos, considerada provavelmente multi-factorial, com um papel importante de factores psicossociais. Existem ainda alguns casos secundários a traumatismos (directos ou indirectos) e a reumatismos inflamatórios, como na Artrite Reumatóide, Espondilite anquilosante, artrite gotosa e artrite psoriática⁽²⁾.

Apesar de excelente prognóstico vital, a PDATM pode impor alterações substanciais na qualidade de vida, interferir na actividade social e relações interpessoais⁽³⁾. Em relação ao tratamento, as recomendações actuais referem que o tratamento inicial é conservador, consistindo em medidas gerais (por exemplo, evitar alimentos duros ou volumosos), tratamento farmacológico (analgésicos, anti-inflamatórios não-esteróides, miorrelaxantes, ansiolíticos, antidepressivos), tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), terapia cognitivo-comportamental e estabilização oclusal com goteira. As modalidades de tratamento invasivo consistem em infiltrações (com corticoesteróides e anestésicos, ou com ácido hialurónico), artroscopia e cirurgia^(1,4).

Os tratamentos de MFR actualmente são recomendados pela American Academy of Craniomandibular Disorders e pela American Dental Association, com consenso de opinião de que o papel destes tratamentos é importante, com os objectivos de alívio da dor músculo-esquelética, relaxamento muscular, redução da inflamação e reeducação funcional motora bucal^(1,3,5).

De entre as modalidades de tratamentos de MFR mais utilizadas na PDATM encontram-se os agentes físicos (como termoterapia e electroterapia) e as técnicas cinesiológicas, englobando massoterapia, mobilização articular, exercícios de relaxamento muscular (ensino de posição de repouso mandibular, com lábios unidos, dentes ligeiramente afastados e língua no palato, praticando movimentos de respiração lenta e

profunda, diafragmática) e exercícios de controlo e fortalecimento muscular (controlo do movimento de abertura e oclusão da boca em frente ao espelho, corrigindo desvios mandibulares e realização movimentos de abertura, lateralidade e protusão, contra resistência manual) São ainda utilizados o Biofeedback-electromiográfico, com registo visual e auditivo de potenciais de acção motora, visando a reeducação muscular, com controlo da contracção voluntária e relaxamento através de feedback visual e auditivo.

Revisão bibliográfica

Intervenções de MFR na PDATM

As bases de dados utilizadas na pesquisa bibliográfica referente à eficácia das intervenções de MFR na PDATM foram a Medline, Pubmed e B-on (biblioteca on-line do conhecimento). Foram encontradas algumas revisões sistemáticas de estudos publicados, sendo os sistemas de classificação do grau de evidência científica referenciados nas revisões sistemáticas o Score Jadad (score 0-5, de progressiva melhor qualidade, sendo inferior a 3 metodologicamente fraco e superior a 3 boa qualidade) e Classificação Sacket (graus I a V, de grau decrescente de evidência, sendo considerado grau I as revisões sistemáticas de ensaios randomizados controlados ou ensaio randomizado controlado individual; grau II revisão sistemática de estudos coorte ou estudo coorte individual ou ainda ensaios randomizados controlados de baixa qualidade; grau III: revisão sistemática de estudos caso-controlo ou estudo caso-controlo individual; grau IV: série de casos e grau V: opinião de peritos).

Agentes Físicos na PDATM

Assim, foram encontradas revisões sistemáticas considerando resultados da utilização de agentes físicos (como TENS, LASER e ultra-sons) e de técnicas de cinesiterapia.

Relativamente à utilização do TENS, num estudo efectuado com uma população de 24 doentes, repartida por dois grupos de 12 doentes, utilizando TENS vs TENS placebo, com apenas uma aplicação de 10 minutos de duração, verificaram uma eficaz redução da dor com a aplicação do TENS (a 100 Hz e a 2 Hz) em relação ao TENS placebo. Contudo, a amostra é considerada pequena e a metodologia fraca⁽⁵⁾.

Num estudo semelhante, com 19 doentes e 2 sessões com 1 semana de intervalo, é utilizado como "end-point" além da quantificação da dor, a abertura total bucal (ATB), confirmando melhoria clínica em ambos "end points", realçando eficácia analgésica do TENS modo C (100 Hz) superior aos outros modos (nível de evidência IV Sacket)⁽⁵⁾.

Resultados semelhantes, confirmados com diminuição de actividade electromiográfica dos músculos da mastigação, foram encontrados nos estudos de Treacy,

(1999), com 24 doentes, de Rodrigues Delaine (2005), com 35 doentes e de Wieselmann-Penkner et al (2001), com 20 doentes, sendo a qualidade destes estudos, contudo, de fraca metodologia e pequena amostra^(3,6). Em relação à utilização de LASER, um estudo randomizado controlado com 32 doentes, distribuídos por 2 grupos, um utilizando mid-laser (a 27 mW, 904 nm, 700 Hz) e outro utilizando laser placebo, num programa de 3 sessões/semana, durante 3 semanas, demonstrou uma maior amplitude de abertura bucal e maior diminuição da dor, de forma significativa, no grupo utilizando o LASER terapêutico, com um nível de evidência grau II de Sackett.^(1,5)

Noutro estudo randomizado controlado, de Kulekcioglu et al, a relevância do LASER é realçada através da comparação da utilização combinada de LASER e exercício com LASER placebo e exercício, com resultados evidenciando melhoria significativa de abertura bucal e da dor, com a inclusão do LASER (classificação score Jadad 3).⁽³⁾

Um outro estudo, realizado numa amostra de 10 doentes, compara a eficácia do LASER com a do TENS na abertura bucal, constatando que ambos os métodos são eficazes, com maior eficácia do LASER sobre o TENS⁽⁷⁾.

Estudos efectuados com a utilização de ultra-sons não demonstraram diferença significativa de resultados em relação aos ultra-sons placebo⁽¹⁾.

Cinesiterapia na PDATM

Um ensaio randomizado controlado comparando os efeitos na abertura bucal de um programa de exercícios com um grupo de controlo sem tratamento, verificou um aumento significativo de abertura bucal com os exercícios, com um nível de evidência II (classificação Sackett). Um outro estudo comparando a utilização de técnicas de cinesiterapia com a utilização de uma goteira oclusal constatou maior aumento na abertura

bucal e maior diminuição da dor com a mobilização manual e exercícios activos que com a goteira oclusal (nível de evidência II)^(1,3)

Agentes físicos combinados com Cinesiterapia na PDATM

Estudos utilizando grupos de tratamento combinando a utilização de agentes físicos (calor húmido) e de técnicas de cinesiterapia, versus aconselhamento do doente, demonstraram diminuição da dor e aumento da abertura bucal sem dor, no primeiro grupo (nível de evidência II).⁽¹⁾

Discussão

Evidências demonstram que cinesiterapia com exercícios de abertura oral (activos e passivos) promovem a redução de sintomas de PDATM e a utilização combinada de agentes físicos + exercícios uma melhoria da abertura bucal⁽³⁾.

Os resultados revelam ainda fraca evidência que suporte a utilização de US, com os agentes físicos, em geral, apresentando melhores resultados na abertura bucal que no efeito analgésico⁽³⁾.

Conclusão

A maioria dos estudos existentes tem fraca qualidade metodológica, pelo que os resultados e recomendações dos estudos devem ser interpretados com precaução.

É necessária uma investigação mais rigorosa, com consensos na definição de PDATM e dos critérios de inclusão e exclusão nos estudos, amostras de maior poder estatístico, melhor descrição das intervenções e protocolos utilizados e medidas válidas dos resultados^(1,3).

Referências / References:

1. Medlicott MS, Harris SR. A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. *Phys Ther.* 2006;86:955-973.
2. Gouveia M, Azevedo J. Patologia disfuncional da ATM – definição e etiopatogenia. *Revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses.* 2004.6:5-11.
3. McNeely ML, Armijo Olivo S, Magee DJ. A systematic review of the effectiveness of physical therapy interventions for temporomandibular disorders. *Phys Ther.* 2006;86:710-725.
4. Luis L. Patologia disfuncional da ATM – abordagem fisioterápica. *Revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses.* 2004.6:41-45.
5. Feine JS, Lund JP. An assessment of the efficacy of physical therapy and physical modalities for the control of chronic musculoskeletal pain. *Pain.* 1997; 71:5-23.
6. Rodrigues D et al. Effect of the conventional TENS on pain and electromyographic activity of masticatory muscles in TMD patients. *Pesqui Odontol Bras.* 2005.18:290-295.
7. Nunez SC et al. Management of mouth opening in patients with temporomandibular disorder through low-level laser therapy and transcutaneous electrical neural stimulation. *Photomedicine and Laser Surgery.* 2006.24:45-49.