



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

MARIANA CAMPITELI TOLEDO

**O USO DE DISPOSITIVOS INTRAORAIS NO
TRATAMENTO DA DOR MIOFASCIAL: RELATO DE
CASO**

BAURU
2016

MARIANA CAMPITELI TOLEDO

**O USO DE DISPOSITIVOS INTRAORAIS NO
TRATAMENTO DA DOR MIOFASCIAL: RELATO DE
CASO**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob a supervisão da Profa. Dra. Carolina Ortigosa Cunha.

**BAURU
2016**

Toledo, Mariana Campiteli

T6491u

O uso de dispositivos intraorais no tratamento da dor miofascial: relato de caso / Mariana Campiteli Toledo. -- 2016.
26f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Ortigosa Cunha.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade do Sagrado Coração - Bauru – SP

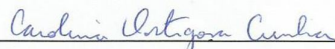
1. Placas Oclusais. 2. Transtornos da Articulação Temporomandibular. 3. Dor Orofacial. 4. Síndromes da Dor Miofascial. 5. Bruxismo do Sono. I. Cunha, Carolina Ortigosa. II. Título.



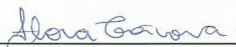
ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Mariana Campiteli Toledo.

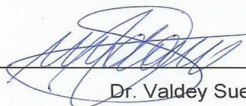
Ao dia dezoito de outubro de dois mil e dezesseis, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de MARIANA CAMPITELI TOLEDO intitulado: **“O uso de dispositivos intraorais no tratamento da dor miofacial: relato de caso.”** Compuseram a banca examinadora os professores Dra. Carolina Ortigosa Cunha, (orientadora), Dra. Flora Freitas Fernandes Távora e Dr. Valdey Suedam. Após a exposição oral, a candidata foi arguida pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVAR, com a nota 10,0 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pela Orientadora e pelos demais membros da banca.



Dra. Carolina Ortigosa Cunha (Orientadora)



Dra. Flora Freitas Fernandes Távora (Avaliador 1)



Dr. Valdey Suedam (Avaliador 2)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família:
Mas primeiramente a Deus,
Por ser amor, fortaleza e o maior responsável por todas as
oportunidades vividas e pelas minhas conquistas.

Aos meus pais, Adriana e Toledo, sem vocês nada disso seria possível. Minha conquista é também, a conquista de vocês. Obrigada por tudo que puderam me proporcionar, pelo amor incondicional e por acreditarem em mim e em meus sonhos. Vocês são minha inspiração, meu exemplo de força e garra, e minha fonte de amor, carinho e proteção. Espero ter dado o meu melhor a vocês sempre, e agora, orgulhá-los por mais esta etapa vencida.

Amo muito vocês. Obrigada!

A minha irmã, Marina,
Por ter dividido comigo, o tempo que estive em Bauru e pela oportunidade de continuarmos vivendo juntas e sendo companhia uma para a outra, compartilhando a vida, os sonhos, e os aprendizados. Te admiro muito por todas suas conquistas. Obrigada por tudo! Amo você.

Ao meu irmão, José Wilson,
Por sempre, mesmo com seu jeito durão, mostrar o amor mais sincero e que estava sempre ao meu lado. Obrigada por ser um dos motivos que me deixava feliz em voltar pra casa e por torcer e acreditar em mim. Te admiro muito. Obrigada por tudo! Amo você e vou pra sempre cuidar de você.

Ao meu avô, Doca, *in memoriam*.
Meu anjinho de luz! Obrigada por ter me mostrado o real significado do amor, da bondade e da pureza que um coração é capaz de carregar. Sempre com um sorriso no rosto me desejando sorte e torcendo por mim, e me olhando sempre com os olhinhos brilhando com seu olhar sereno. Agora sei, que daí, o senhor cuida de mim com o mesmo carinho de sempre e

que é a minha maior força de cada dia. Sinto muita saudade. Te amarei para sempre.

A minha avó, Lourdes.

Por todo cuidado e carinho durante toda minha vida. E que mesmo agora, com as injustiças que a vida deu à senhora, sei que no único e restinho de memória que ainda lhe sobra, torce por mim e me ama muito. Obrigada por tudo. Vou cuidar sempre da senhora. Amo muito você!

Ao meu namorado, João,

Por ser meu companheiro de vida, por vibrar e torcer por mim, e por permanecer ao meu lado mesmo eu estando a maior parte do tempo longe, torcendo e ficando feliz por cada conquista. Obrigada por tudo que me ensinou, e por todo carinho e amor. Amo muito você!

Aos meus tios, tias, primos e primas,

Por serem tão presentes em minha vida, torcendo e se orgulhando sempre de mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de uma forma mais especial à Professora Carolina Ortigosa Cunha, por ter sido TANTO, em tão pouco tempo. Professora, orientadora, e tão especial na minha vida, aos olhos de Deus. É tanto para agradecer! Obrigada por cada ensinamento (e foram MUITOS), pela paciência; por ter acreditado em mim e elevado meu potencial, me incentivando e me fazendo ir além de todos os meus limites. Por cada energia transmitida, por ter me ensinado muito além das coisas da faculdade, ter me ensinado valores e outras e novas formas de olhar o mundo, me fazendo crescer como pessoa e abrindo minha mente para novos e melhores pensamentos. Me mostrou o que é a bondade mais pura, o tamanho do amor que cabe no coração de uma pessoa, e através do que é e do que espalha, me mostrou e me fez acreditar que ainda existem pessoas boas no mundo, e como um sorriso é capaz de acabar com qualquer dor. Se dedicou de uma forma tão especial a ajudar a tornar o meu caminho profissional e o meu futuro, mais seguros baseado em tudo que me ensinou. Admiração, MUITA admiração! Um carinho sem tamanho, e uma gratidão eterna e inenarrável é o que tenho por você. Que Deus te dê sempre muita força, cuide sempre de você e ilumine sua caminhada que tanto ama e que exerce com maestria. Muito sucesso, realizações e conquistas, e que a vida continue te fazendo plenamente feliz.

As minhas fiéis e inseparáveis companheiras Renata e Ana Beatriz, Re, obrigada por ter sido a melhor parceira de clínica que eu poderia ter escolhido. Cada aprendizado, medos, desafios e conquistas ali compartilhados, foram muito importantes para nosso crescimento profissional. Obrigada pela confiança! Nossa amizade vai muito além de dentro da clínica, com cada momento dividido, da melhor amizade e crescimento pessoal que poderia ter me proporcionado. Obrigada por tudo, pela amizade maravilhosa e eterna, pelo amor, pela confiança, e por ter me abraçado tão carinhosamente, me dando uma família postiça em Bauru.

Obrigada Sandra e Marco. Levarei vocês para sempre em meu coração. Re, boa sorte nesse novo caminho, tão cheio de sonhos e coisas a realizar. Amo você.

Bia, obrigada por tudo! Por cada palavra dita, por cada momento vivido uma ao lado da outra. Você, tão diferente de mim, mas ao mesmo tempo tão igual. Me ajudou a escrever da forma mais linda, a melhor parte do meu livro: minha faculdade, com amizades inesquecíveis. Obrigada por dividir comigo os melhores momentos, pelo amor, carinho, confiança e por me fazer ter a certeza de que nossa amizade é eterna, e por também ter me abraçado tão carinhosamente, me dando uma outra família postiça em Bauru. Obrigada Vera e Alcides. Levarei vocês para sempre em meu coração. Bia, boa sorte nesse novo caminho, tão cheio de sonhos e coisas a realizar! Amo você! Eterna gratidão por terem feito desses 4 anos, os melhores da minha vida. Vocês foram ESSENCIAIS.

Aos meus queridos amigos Nikolas, Vinícius e João Paulo, Pela amizade especial e que tanto gosto. Por terem me ensinado tanto e por terem feito parte desta historia linda! Tenho muito orgulho de vocês, todo sucesso do mundo sempre.

A todos os amigos que dividiram comigo as salas de aulas, corredores, e clínicas durante esses 4 anos. Em especial, Carol Corá, obrigada por me incentivar nessa fase final, nunca é tarde para nos tornarmos mais próximos de pessoas que foram queridas desde o início, mas que só agora a vida se encarregou de nos aproximarmos, talvez tenha sido o melhor momento; Thais Rabello, minha amiga desde o primeiro ano, dividimos muitos momentos especiais, e apesar de a vida ter nos distanciado, você nunca deixará de ser especial e de ser lembrada por fazer parte dessa fase importante da minha vida; Heitor e Carol Ruiz, amigos queridos, obrigada pela amizade e pelas melhores risadas, levarei vocês comigo para sempre!

As minhas amigas Isabela e Ananda,
Que além da amizade, pudemos compartilhar inúmeros momentos importantes e especiais, por dividirmos a mesma casa. Obrigada pela companhia, pelo aprendizado de compartilhar e dividir e pela felicidade de ter vocês sempre ao final do dia.

Ao coordenador do curso, professor e amigo Dr. Fernando Accorsi Orosco, Por cuidar com tanto carinho do curso e fazer dele, um dos melhores. Obrigada pela dedicação, por todo aprendizado, pela amizade e por acreditar e torcer por mim. Você é muito especial e deixará para sempre uma marca importante na minha caminhada.

A todos os professores do curso de Odontologia da Universidade do Sagrado Coração, pela dedicação e carinho. Por transmitirem com tanta maestria aquilo que sabem, pensando sempre em nos tornar grandes profissionais. Obrigada pela amizade, muito além da relação de professor-aluno. Vocês foram essenciais e serão inesquecíveis e aos funcionários da Universidade do Sagrado Coração, em especial os da clínica de Odontologia, que se dedicaram tanto em sempre prover o melhor para nós. Obrigada, vocês fizeram a diferença.

Aos professores da banca Flora e Valdey, e ao suplente Prof. Fernando Scarelli, por dedicarem mais esse tempo a mim. É um prazer tê-los na banca examinadora.

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos”.

Paulo Beleki

RESUMO

A Disfunção Temporomandibular (DTM) corresponde a um termo que engloba desordens que envolvem os músculos mastigatórios, a articulação temporomandibular e estruturas associadas, tendo como um dos sintomas característicos a dor, sendo esta de origem musculoesquelética. A DTM pode ser classificada em muscular e/ou articular e o diagnóstico correto através de um exame clínico completo norteia o tratamento de escolha para cada paciente. O presente relato de caso tem como objetivo avaliar o uso de um dispositivo intraoral (D.I.O) (placa estabilizadora lisa rígida) no controle da dor orofacial de uma paciente com diagnóstico de dor miofascial crônica dos músculos mastigatórios, masseter e temporal, refratária a tratamentos prévios com D.I.O de diversos designs e materiais. Paciente do sexo feminino compareceu à Clínica de Disfunção Craniomandibular da Universidade do Sagrado Coração (Bauru-SP), com queixa de dor na face, cabeça e pescoço, com valor 9 na Escala de Análise Visual (EAV), sem diagnóstico definido, e com relato de nunca ter feito uso de placa estabilizadora lisa rígida como tratamento. Foi realizado anamnese e exame físico criterioso, das ATMs e músculos mastigatórios e cervicais, finalizando o exame com diagnóstico de dor miofascial com referência e bruxismo do sono. Tratamento foi realizado com orientações, educação da paciente quanto mudança de comportamento dos hábitos parafuncionais, fisioterapia com compressa de calor úmido e alongamento dos músculos cervicais, e com confecção de placa estabilizadora lisa rígida para uso durante o sono. Paciente retornou depois de 15 dias e após 1 mês da instalação do D.I.O, relatando ter realizado todas as recomendações propostas e ter feito uso da placa durante o sono, com grande melhora (EAV: 3), acordando sem dor e desconforto. O uso do design correto do D.I.O para controle da DTM é essencial para melhora da dor. A paciente havia utilizado 3 tipos diferentes de D.I.O, sem melhora da dor, enfrentando esta por 20 anos. O diagnóstico preciso e uma abordagem terapêutica correta, baseado em evidências científicas, são de extrema importância durante tratamento das Disfunções Temporomandibulares.

Palavras-chaves: Placas Oclusais. Transtornos da Articulação Temporomandibular. Dor Orofacial. Síndromes da Dor Miofascial. Bruxismo do Sono.

ABSTRACT

Temporomandibular disorder (TMD) is a term that encompasses disorders involving the masticatory muscles, the temporomandibular joint and associated structures, having as one of the characteristic symptoms the pain, of musculoskeletal origin. The TMD can be classified into muscle and/or joint origin and the correct diagnosis through a complete clinical examination guides the treatment of choice for each patient. The aim of the present case report is to evaluate the use of an intraoral device (rigid and flat stabilizer splint) in the control of a patient diagnosed with chronic myofascial pain of the masticatory muscles, masseter and temporal refractory to previous intraoral devices treatments with various designs and materials. A female patient attended the Craniomandibular Dysfunction clinic of the Universidade do Sagrado Coração (Bauru-SP), complaining of pain in the face, head and neck, with value 9 in a Visual Analogic Scale (VAS), with no previous diagnosis. It was conducted a complete anamnesis and a careful physical examination of the TMJ and masticatory and cervical muscles, ending the examination with the diagnosis of myofascial pain with reference and sleep bruxism. Treatment was carried out with counseling, patient education for changing the behavior of her parafunctional habits, physical therapy with moist heat compress and stretching of the cervical muscles, and the use of a rigid and flat stabilizer splint for sleep use. Patient returned 15 days and one month after the installation of intraoral device with a great improvement (EAV: 3), waking up without pain and discomfort. The use of the correct intraoral device design to control the DTM is essential to pain relief. The patient had used three different types of intraoral devices, with no improvement in pain, facing this for 20 years. Accurate diagnosis and proper therapeutic approach based on scientific evidence are extremely important for treatment of temporomandibular disorders.

Keywords: Occlusal Splints. Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome. Orofacial Pain. Myofascial Pain Syndromes. Sleep Bruxism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1 - D.I.O apresentados pela paciente adquiridos em tratamentos anteriores: Placa de recobrimento parcial posterior, placa de recobrimento parcial anterior e placa de silicone..... 18
- FIGURA 2 - Exame de palpação da ATM (aspecto lateral) e dos músculos mastigatórios, masseter e temporal, e músculos cervicais. Paciente relatou dor durante palpação dos músculos masseter e cervicais, do lado esquerdo. Exames de abertura e lateralidade não indicaram limitação de movimentos..... 18
- FIGURA 3 - Placa estabilizadora lisa rígida para uso durante sono, com espessura posterior de 2mm..... 19

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	16
3	RELATO DE CASO	16
4	DISCUSSÃO	20
5	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

Dentre as condições de Dor Orofacial, a Disfunção Temporomandibular (DTM) é a segunda queixa de dor mais comum na clínica odontológica, correspondendo a um termo que engloba desordens que envolvem os músculos mastigatórios, a ATM e as estruturas associadas, afetando de 5–12% da população mundial. (DE LEEUW; KLASSER, 2013). A DTM é mais prevalente em mulheres, adultos jovens, com idade entre 20 a 40 anos e pode resultar em comprometimento da qualidade de vida dos pacientes. A prevalência da DTM varia amplamente entre os estudos epidemiológicos. (CAMPOS et al., 2014, GONCALVES et al., 2010, LIU; STEINKELER, 2013).

A dor da DTM é de origem musculoesquelética, que se caracteriza por uma dor somática e profunda, que aumenta com a função. A DTM apresenta sintomas e sinais característicos. Os principais sintomas são as dores na face, ATM e/ou músculos mastigatórios, dores de cabeça e na orelha (ouvido), e manifestações otológicas como zumbido, plenitude auricular e vertigem. Os principais sinais são sensibilidade à palpação muscular e articular, limitação e/ou incoordenação de movimentos mandibulares e ruídos articulares. (DE LEEUW; KLASSER, 2013).

A DTM compreende uma etiologia complexa e multifatorial, a qual pode-se tentar resumir no termo de capacidade adaptativa das estruturas do sistema estomatognático (principalmente músculos e ATM) em relação à traumas (e seus diferentes tipos); parafunções (dependendo da frequência, duração e intensidade), que levam à fadiga muscular e articular e, conseqüentemente, à DTM (MANFREDINI et al., 2003); fatores anatômicos, além de fatores psicossociais, como o estresse, ansiedade e depressão, que podem predispor alguns pacientes à DTM ou perpetuá-la, uma vez que já se tenha sintomas da mesma. Ao englobar esses fatores na etiologia das DTMs, consideramos a DTM inserida em um modelo biopsicossocial (CONTI et al., 2012b, DE LEEUW; KLASSER, 2013, GONCALVES et al., 2010), e não mais mecanicista, como era no passado.

A DTM pode ser classificada em muscular e/ou articular, e o diagnóstico correto norteia o tratamento de escolha para cada paciente. As dores de origem muscular são denominadas mialgias, que se classificam em mialgia local ou dor miofascial. A mialgia local é a dor, geralmente aguda, de origem muscular, associada ao relato de dor limitado ao local da palpação, podendo estar presente à

limitação dos movimentos mandibulares. A caracterização da dor relacionada a esta desordem é de uma dor chata, dolorida e apertada, podendo ser difusa e bilateral e ter como sintomas a fadiga e rigidez muscular. Já a dor miofascial, é geralmente crônica, com presença de pontos gatilhos (bandas musculares contraídas) e se subdivide em dor miofascial com espalhamento, em que a dor se espalha além do local da palpação do músculo, porém restrita ao músculo que está sendo examinado, e dor miofascial referida, uma mialgia associada à referência de dor além da região do músculo mastigatório examinado. (SCHIFFMAN et al., 2014).

As dores de origem articular podem ser inflamatórias, denominando-se Artralguas e Artrites, sendo caracterizadas por uma dor constante, latejante e intensa. As dores de origem articular podem também, serem relacionadas a doenças ou disfunções da ATM, que tem como desordens mais frequentes, as que acometem o disco articular, sendo elas o deslocamento de disco com redução, que tem como sinal o estalo e o desvio da mandíbula, e o deslocamento de disco sem redução, caracterizado pelo travamento e deflexão da mandíbula. (SCHIFFMAN et al., 2014).

Tendo em vista a etiologia das DTMs acima descritas, os tratamentos têm como principais objetivos a redução da dor e da sobrecarga adversa e a restauração da função, dando preferência a tratamentos mais conservadores. Eles podem ser feitos através da educação do paciente, buscando o controle dos hábitos parafuncionais; modificação comportamental, através da terapia cognitiva comportamental; fisioterapia, com compressa de calor úmido e terapia manual; agulhamento dos pontos gatilhos miofasciais; tratamento com medicamentos, de ação periférica ou de ação central, sendo os de ação central os de melhores resultados para dor crônica; e através do uso de dispositivos intraorais, para controle da sobrecarga nas estruturas mastigatórias, articulares e musculares e diminuição do estímulo periférico de dor. (LIU; STEINKELER, 2013, MCNEILL, 1997).

Estes dispositivos por último citados são uma estratégia de grande relevância no tratamento dos pacientes com DTM. Dentre os mais diversos tipos de placas, designs e materiais, as estabilizadoras e as reposicionadoras são as mais utilizadas e eficazes, relatados na literatura científica. (KLASSER; GREENE, 2009). As placas estabilizadoras, também conhecidas como placas estabilizadoras lisas rígidas estão indicadas para a maioria dos casos de DTM, onde hábitos de apertamento e/ou bruxismo estiverem envolvidos como fator contribuinte. Esses aparelhos têm como características básicas uma separação interoclusal de aproximadamente 2mm na

região posterior, superfície lisa e contatos posteriores bilaterais e simultâneos. Normalmente, a utilização da placa é de 3 a 4 meses, quando, uma vez assintomático, o paciente é orientado a diminuir a sua utilização. Deve ficar claro que não existem protocolos científicos bem estabelecidos para a utilização dessas placas e cada caso deve ser avaliado individualmente. O mais importante é sempre manter o paciente sob controle periódico para se evitar possíveis efeitos adversos, como movimentações dentárias. (CONTI et al., 2012b).

Al-Ani *et al.*, em 2005, realizaram um estudo de revisão sistemática, que teve como objetivo analisar a eficácia da placa estabilizadora na redução dos sintomas em pacientes com dor miofascial. Essa revisão foi baseada nas análises das diferenças dos resultados de tratamento com a placa estabilizadora comparada a um tratamento mínimo ou nenhum tratamento e tratamentos convencionais, como acupuntura, exercícios de mandíbula e *biofeedback*. Em termos de dor, houve uma pequena evidência que sugerisse que a placa estabilizadora seja mais eficaz do que um tratamento mínimo ou nenhum tratamento, e nenhuma evidencia de uma diferença estatisticamente significativa, quando comparado com outros tratamentos convencionais. Portanto, os autores concluíram que não há evidências suficientes a favor ou contra o uso da placa estabilizadora sobre outras intervenções convencionais, porém, deve-se considerar que a placa estabilizadora pode ser benéfica para redução da intensidade da dor em repouso e à palpação, quando comparado com nenhum tratamento. (AL-ANI et al., 2005).

Conti et. al, em 2012, realizaram um estudo sobre a importância da mudança comportamental e do uso de placas oclusais para o tratamento da dor miofascial mastigatória. O objetivo do estudo foi testar a hipótese de que o uso de dispositivos intraorais com diferentes designs oclusais é benéfico para o tratamento da dor, quando comparado a um grupo controle. O estudo foi realizado em 51 pacientes, divididos e analisados em 3 diferentes grupos, sendo o grupo I usando uma placa oclusal estabilizadora de acrílico, com cobertura total; grupo II usando um dispositivo NTI (tipo front planeou) e o grupo III, como grupo controle, que recebeu apenas orientações e aconselhamento, para mudança comportamental e cuidados quanto a diminuir sobrecarga. Os grupos foram avaliados através dos valores de uma escala de análise visual (EAV), e o que apresentou resultados significativos em menor tempo, foi o grupo I, que apresentou melhora da dor em 2 semanas, seguido do grupo II, que apresentou melhora da dor em 6 semanas e o grupo III, em 3 meses.

Quando comparado o grupo I e o grupo II, não houve diferença significativa entre eles, porém considera-se que o uso do dispositivo NTI pode causar alguns efeitos adversos como mobilidade dentária e alterações oclusais quando usados por um longo período de tempo. Os autores concluíram que a mudança comportamental é efetiva na melhora da dor, porém com o uso simultâneo de dispositivos intraorais, em especial a placa estabilizadora lisa rígida, os resultados são mais rápidos na melhora da dor miofascial mastigatória. (CONTI et al., 2012a).

2 OBJETIVO

O presente relato de caso tem como objetivo avaliar o uso de um dispositivo intraoral (placa estabilizadora lisa rígida) no controle da dor miofascial crônica dos músculos mastigatórios de uma paciente com queixa de dor na face, cabeça e pescoço, refratária a diversos tratamentos com diferentes tipos de dispositivos intraorais, como os de materiais resilientes e os de recobrimento parcial, posterior e anterior, sem que tenha feito uso da placa estabilizadora lisa rígida como parte de um tratamento abrangente e biopsicossocial.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, C.B.D, compareceu à clínica de Disfunção Crâniomandibular da Universidade do Sagrado Coração (Bauru – SP) com queixa de dor na face, cabeça e região cervical do lado esquerdo. Foi realizada anamnese completa e perguntas-chave sobre a queixa de dor da paciente (início, localização, frequência, duração, intensidade, qualidade da dor, fatores de melhora e piora da dor e sintomas associados). Paciente relatou que a dor tinha iniciado aproximadamente 20 anos, com um incômodo, e ao longo dos anos houve uma piora, com interferência no sono e aparecimento do bruxismo do sono, tendo a dor se tornando mais severa a 2 anos, com a paciente classificando como dor 9 na Escala de Análise Visual (EAV) (que varia de 0 – nenhuma dor, a 10 – pior dor imaginável). A paciente qualificou a dor como profunda e apertada, com frequência de 4 a 5 vezes por semana, e duração de horas, quase constante. A dor se apresentava em maior intensidade no período da manhã e no fim da tarde. A paciente afirmou que já havia feito o uso de diferentes tipos de placas (FIGURA 1) para tratamento do bruxismo e da dor (placa de material resiliente (silicone), placa de recobrimento parcial posterior e placa de recobrimento parcial anterior), porém sem resultados efetivos e apenas um alívio momentâneo da dor foi sentido com uso de analgésicos e relaxamento muscular. Os fatores de piora da dor ficaram limitados à: momentos de estresse, alterações de humor, apertamento em vigília e sono ruim (bruxismo do sono). Quando questionada sobre episódios de estresse e qualidade do sono, paciente relatou ser uma pessoa ansiosa, passando por grande estresse a maior parte do tempo e uma qualidade de sono muito ruim, acordando sempre cansada e com dor intensa nas regiões que se queixou anteriormente, face e região cervical.

No exame físico (FIGURA 2), foi realizada palpação da ATM e dos músculos mastigatórios, em que paciente foi avaliada através de uma escala numérica com os seguintes valores: 0 para nenhuma sensibilidade ou dor, 1 para desconforto à palpação, 2 para dor à palpação e 3 para dor com reflexo palpebral (muita dor) à palpação. Sendo assim, relatou dor intensa (valor 3) durante exame do músculo masseter do lado esquerdo, com a presença de um ponto gatilho no corpo do músculo, que referiu dor para região da face e região cervical. O masseter do lado direito reagiu com dor 2 após a palpação. Os músculos cervicais do lado esquerdo

(esternocleidomastoide e trapézio) se apresentaram com dor intensa de valor 3, e do lado direito, nenhuma dor. Durante o exame da ATM, paciente não apresentou queixa de dor especificamente nessa região. Quanto a presença de ruídos, houve a presença de crepitação bilateral. Em relação ao exame de padrão de abertura e fechamento, obteve-se valor de abertura ativa de 44 mm e nos movimentos excursivos, as medidas foram: 11 mm para o lado direito, 10mm para o lado esquerdo e 4 mm de protrusão (FIGURA 2).



FIGURA 1. D.I.O apresentados pela paciente adquiridos em tratamentos anteriores: Placa de recobrimento parcial posterior, placa de recobrimento parcial anterior e placa de silicone.



FIGURA 2. Exame de palpção da ATM (aspecto lateral) e dos músculos mastigatórios, masseter e temporal, e músculos cervicais. Paciente relatou dor durante palpção dos músculos masseter e cervicais, do lado esquerdo. Exames de abertura e lateralidade não indicaram limitação de movimentos.

Tendo em vista a anamnese e exame físico completo descrito acima, diagnosticou-se a paciente com uma DTM muscular crônica do tipo dor miofascial referida, com a presença de ponto gatilho no músculo masseter do lado esquerdo e presença de bruxismo em vigília e do sono.

Baseado na anamnese, exame físico e diagnóstico, o plano de tratamento escolhido para a paciente foi, no primeiro momento, o uso da placa estabilizadora lisa rígida de uso durante o sono (FIGURA 3), com 2 mm de espessura posterior e ajustada com contatos bilaterais posteriores e anteriores simultâneos, além de fisioterapia dos músculos cervicais com alongamento e compressa de calor úmido na região da dor; aconselhamento e educação da paciente quanto a mudança de comportamento em relação aos hábitos parafuncionais realizados em vigília e tratamento medicamentoso para a dor crônica e melhora do sono com Pamelor[®] (cloridrato de nortriptilina) 10mg, 1 comprimido por dia uma hora antes de dormir durante um período de 30 dias (alteração da dosagem após retorno da paciente, se necessário).



FIGURA 3. Placa estabilizadora lisa rígida para uso durante sono, com espessura posterior de 2mm.

Nesta primeira consulta, a paciente foi moldada para confecção da placa e todo o tratamento proposto foi instituído. Após 15 dias paciente retornou para controle da dor e instalação da placa. Durante esta segunda consulta (retorno) a paciente relatou melhora da dor, não significativa, com palpação do músculo masseter com valor 3 (escala de 0 a 3) e músculos cervicais sem relato de dor à palpação. Na EAV, realizada como controle da eficácia do tratamento e progresso do sucesso do tratamento, o valor passou de dor 9 (relatada no início) para dor valor 7, e melhora na qualidade do sono. Nesta consulta foi realizado reforço do aconselhamento e educação da paciente quanto ao comportamento sobre os hábitos parafuncionais.

Após 30 dias da instalação da placa, a paciente retornou, apresentando melhora significativa da dor ao acordar (EAV diminuiu de 7 para 3), evidenciando a melhor adaptação e conforto da placa estabilizadora lisa rígida, quando comparado com as outras três placas usadas anteriormente. Porém, ainda relatou desconforto no músculo masseter esquerdo, na qual ainda foi detectado um ponto gatilho que continuava referindo dor para cervical do mesmo lado. Por esse motivo, optou-se por um agulhamento deste ponto, adicionando a infiltração de 0,5 ml de anestésico sem vasoconstrictor, com relato de melhora imediata e significativa da dor. Para maior eficácia do tratamento, optou-se pela mudança na dosagem do medicamento Pamelor® de 10mg para 25mg, 1 comprimido por dia, a noite, por 30 dias. Após retorno de uma semana do agulhamento, paciente relatou melhora ainda maior da qualidade do sono, e uma redução da dor, de 3 para 0, na EAV. Paciente ainda está sob tratamento, mas sem dor.

4 DISCUSSÃO

A dor orofacial crônica apresenta inúmeros aspectos biopsicossociais, que necessitam ser abordados durante o tratamento de um indivíduo com esse tipo de desordem. A parte psicossocial é abordada com terapia cognitiva comportamental, psicoterapia e mudanças quanto ao enfrentamento da dor. Já a parte biológica da dor deve ser encarada em duas esferas: o componente central da dor crônica e o componente periférico dessa dor.

A paciente do relato de caso acima apresentado já havia procurado inúmeros profissionais e cirurgiões-dentistas para tratar a dor, e não havia conseguido um diagnóstico definido e portanto nenhum tratamento apropriado, sendo que por inúmeras vezes o único tratamento proposto foi o uso de dispositivos intraorais que não possuem evidências científicas quanto ao mecanismo de ação. O fator reversibilidade não pode ser utilizado pelos clínicos como justificativa para o uso indiscriminado de “placas” para tratamento dos pacientes com DTM. A maioria desses dispositivos têm sido confeccionados sem necessidade, devido à falta de diagnóstico preciso, como aconteceu com a paciente do presente relato de caso.

O bruxismo é uma atividade repetitiva da musculatura mastigatória, caracterizado por apertamento e ranger de dentes e/ou segurar ou empurrar a mandíbula, e apresenta duas manifestações circadianas: pode ocorrer enquanto se está acordado (bruxismo em vigília) ou durante o sono (bruxismo do sono), cada um com características fisiopatológicas e tratamentos distintos. (LOBBEZOO et al., 2013). Conhecer a fisiopatologia do bruxismo primário é fundamental para se guiar a abordagem ao paciente e controle de seus efeitos deletérios. O bruxismo é controlado pelo sistema nervoso central. Nenhuma terapia até a presente data é efetiva na cura de bruxismo. As modalidades terapêuticas visam controlar e prevenir as consequências deletérias do bruxismo às estruturas orofaciais. (CARRA et al., 2012). A paciente do presente relato de caso só teve como parte do tratamento a indicação do uso da placa estabilizadora lisa rígida para uso durante o sono, porque, por apresentar um sono ruim, apresentava o bruxismo do sono citado acima, e para controlá-lo e diminuir a sobrecarga nas estruturas mastigatórias durante o sono, fez-se necessário o uso de um dispositivo intraoral, como o descrito no relato de caso e discutido no presente trabalho.

Os dispositivos intraorais têm sido historicamente utilizados no controle das DTMs tanto de origem articular como muscular. Apesar de eficazes nas maiorias dos casos, principalmente quando associadas às terapias descritas anteriormente, o exato mecanismo de ação das placas ainda é desconhecido. (HARADA et al., 2006, LOBBEZOO et al., 2008). Entre esses mecanismos citados na literatura a diminuição da sobrecarga nas estruturas mastigatórias, a conscientização cognitiva e a alteração de impulsos periféricos ao SNC têm sido descritos como os mais importantes. O efeito placebo desses aparelhos também deve sempre ser levado em consideração, e é este efeito placebo que contribui muito para o tratamento de paciente com dor crônica, como a paciente citada no presente relato de caso. (KLASSER; GREENE, 2009).

Guillermo Casares et al, em 2014, analisou a influência da placa estabilizadora na pressão intra-articular, através da mensuração de 50 articulações com DTM, inserindo uma agulha no interior da articulação e ligando-a um transdutor de pressão. Essa análise foi realizada com a articulação nas posições de repouso, abertura máxima, apertamento na posição de máxima intercuspidação e apertamento com a placa estabilizadora posicionada. Os autores concluíram que com a placa estabilizadora, houve melhora no estado funcional da articulação e diminuição significativa de 31,2% da pressão intra-articular. (CASARES et al., 2014).

Os dispositivos intraorais surgiram como tratamento para as DTMs e ao longo dos anos muitos designs e materiais foram utilizados para confeccioná-las e torná-las eficazes. Hoje em dia existe um apelo comercial para o uso de dispositivos resilientes (macios) como pré-fabricados e placas confeccionadas com silicone por talvez serem mais confortáveis para os pacientes. Entretanto, placas rígidas, lisas, confeccionadas em resina acrílica, são preferidas por facilidade de ajuste e adaptação, prevenção de movimentos dentários e por serem mais efetivas na redução da atividade muscular mastigatória durante o sono. Cerca de 20% dos pacientes com bruxismo do sono apresentam aumento na atividade muscular, sobretudo com o uso de um dispositivo confeccionado com material resiliente. (LOBBEZOO et al., 2008).

Um outro problema enfrentado pelos clínicos e geralmente estudado pelos pesquisadores é o desenho ou *design* do dispositivo e da superfície oclusal dessa placa. Klasser e Greene, em 2009, em um artigo de revisão de literatura, abordaram sobre o uso de dispositivos intraorais para tratamento das DTM, tendo como

principal foco a comparação dos diferentes designs. Foram citados oito diferentes tipos: placa estabilizadora com superfície plana, *front plateau* tradicional, placa anterior mini, placas reposicionadoras, aparelho neuromuscular, placa com superfície de mordida apenas posterior, pivot oclusal e aparelho hidrostático. Foi relatado o mecanismo de ação e os objetivos clínicos de cada um deles, além de uma análise sobre o papel que os dispositivos intraorais podem ou não desempenhar no tratamento da DTM. Concluiu-se que esses dispositivos apresentam grande eficácia no tratamento das DTM, sendo um tratamento conservador e reversível, desde que seja evitado o uso de alguns designs específicos que levem a alterações permanentes da oclusão se usadas a longo prazo, como no caso de placas reposicionadoras somente na região anterior ou posterior. (KLASSER; GREENE, 2009).

O uso de dispositivos com cobertura somente em alguns dentes (anteriores ou posteriores) tem seu uso contraindicado em longo prazo pelo risco de movimentação dentária como extrusão. Assim, dado a estes resultados, para prevenção ou limitação de danos a estruturas dentais, periodontais e reabilitadoras, é prudente manter o uso de dispositivos intraorais rígidos e com cobertura total no tratamento da DTM. (LOBBEZOO et al., 2008).

Em 2015, Costa et.al, fizeram um estudo randomizado e controlado com 60 pacientes adultos diagnosticados com dor miofascial, e tinha como objetivo relatar o efeito das placas oclusais como tratamento adicional nos aspectos psicológicos em pacientes com DTM. Os pacientes foram divididos em dois grupos, em que o grupo I recebeu apenas aconselhamento e o grupo II, recebeu placa estabilizadora além do aconselhamento, e foram avaliados no início, após 2 e 5 meses. Considerando que altos graus de ansiedade, estresse e depressão são considerados fatores predisponentes da DTM, foi avaliado o efeito dessas duas estratégias de tratamento para a dor miofascial, e os resultados foram que estratégias minimamente invasivas se apresentaram eficaz na melhoria dos sintomas de ansiedade, depressão e dor catastrófica, após 5 meses; e que o aconselhamento e terapia de auto regulação, quando combinados com o uso da placa oclusal, apresentou uma melhora mais rápida na dor catastrófica e nos graus dos sintomas de ansiedade, estresse e depressão, indicando que os dispositivos intraorais oferecem um efeito adicional ao tratamento. Portanto, os autores concluíram que estratégias minimamente invasivas para o tratamento da DTM em pacientes com queixa de dor miofascial,

proporcionam efeitos positivos em relação à melhoria nos aspectos psicológicos e que o uso da placa oclusal parece acelerar esses efeitos benéficos.

Apesar dos dispositivos intraorais terem sido utilizados desde o fim do século passado, foi enfatizado e discutido no presente trabalho os estudos mais recentes sobre esse dispositivos, com o intuito de trazer o conhecimento atual sobre seus mecanismos de ação e eficácia no tratamento da dor miofascial. Nos dias atuais a prevalência de DTM na população vem aumentando, mas isso é inversamente proporcional ao conhecimento quanto a essa disfunção. Os cirurgiões-dentistas não se interessam em saber diagnosticar corretamente uma DTM e seus subtipos e muito menos em saber tratá-la corretamente, de maneira abrangente, por se tratar de uma entidade de diagnóstico complexo e etiologia multifatorial, que demanda uma anamnese muito abrangente e um exame físico bastante detalhado. Por isso, passam a se utilizar apenas do que é palpável no tratamento da DTM, como os dispositivos intraorais citados acima, porém, a falta de conhecimento leva os clínicos a utilizarem placas com designs não eficazes e sem embasamento científico, sendo assim o paciente não melhora, e o que poderia ser uma DTM aguda, aparentemente mais simples de ser tratada, se cronifica, complicando o tratamento.

5 CONCLUSÃO

O uso do design correto do dispositivo intraoral para controle da DTM é essencial para melhora da dor e conforto do paciente durante o uso e tratamento. A paciente do presente relato de caso havia utilizado 3 tipos diferentes de dispositivo (resiliente, placa anterior e placa não-oclusiva), sem melhora da dor, enfrentando esta por 20 anos, sem diagnóstico correto, e sem tratamento eficaz, de visão biopsicossocial. A utilização de uma placa estabilizadora lisa rígida, como discutido acima é eficaz, não apenas do ponto de vista mecanicista, mas como parte de um tratamento abrangente, completo do paciente com dor miofascial, ainda mais por ser uma desordem crônica. O diagnóstico preciso e uma abordagem terapêutica correta, baseado em evidências científicas, são de extrema importância durante tratamento de qualquer Disfunção Temporomandibular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AL-ANI Z., GRAY R.J., DAVIES S.J., SLOAN P., GLENNY A.M.: Stabilization splint therapy for the treatment of temporomandibular myofascial pain: a systematic review. *J Dent Educ* 69(11):1242-50, 2005

CAMPOS J.A., CARRASCOSA A.C., BONAFE F.S., MAROCO J.: Epidemiology of severity of temporomandibular disorders in Brazilian women. *J Oral Facial Pain Headache* 28(2):147-52, 2014

CARRA M.C., BRUNI O., HUYNH N.: Topical review: sleep bruxism, headaches, and sleep-disordered breathing in children and adolescents. *J Orofac Pain* 26(4):267-76, 2012

CASARES G., THOMAS A., CARMONA J., ACERO J., VILA C.N.: Influence of oral stabilization appliances in intra-articular pressure of the temporomandibular joint. *Cranio* 32(3):219-23, 2014

CONTI P.C., DE ALENCAR E.N., DA MOTA CORREA A.S., LAURIS J.R., PORPORATTI A.L., COSTA Y.M.: Behavioural changes and occlusal splints are effective in the management of masticatory myofascial pain: a short-term evaluation. *J Oral Rehabil* 39(10):754-60, 2012a

CONTI P.C., PINTO-FIAMENGUI L.M., CUNHA C.O., CONTI A.C.: Orofacial pain and temporomandibular disorders: the impact on oral health and quality of life. *Braz Oral Res* 26 Suppl 1:120-3, 2012b

DE LEEUW R., KLASSER G. *Orofacial Pain: Guidelines for assessment, diagnosis, and management*. 5th ed. Chicago: Quintessence Publishing; 2013.

GONCALVES D.A., DAL FABBRO A.L., CAMPOS J.A., BIGAL M.E., SPECIALI J.G.: Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. *J Orofac Pain* 24(3):270-8, 2010

HARADA T., ICHIKI R., TSUKIYAMA Y., KOYANO K.: The effect of oral splint devices on sleep bruxism: a 6-week observation with an ambulatory electromyographic recording device. *J Oral Rehabil* 33(7):482-8, 2006

KLASSER G.D., GREENE C.S.: Oral appliances in the management of temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 107(2):212-23, 2009

LIU F., STEINKELER A.: Epidemiology, diagnosis, and treatment of temporomandibular disorders. *Dent Clin North Am* 57(3):465-79, 2013

LOBBEZOO F., AHLBERG J., GLAROS A.G., KATO T., KOYANO K., LAVIGNE G.J., et al.: Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil* 40(1):2-4, 2013

LOBBEZOO F., VAN DER ZAAG J., VAN SELMS M.K., HAMBURGER H.L., NAEIJE M.: Principles for the management of bruxism. *J Oral Rehabil* 35(7):509-23, 2008

MANFREDINI D., LANDI N., ROMAGNOLI M., CANTINI E., BOSCO M.: Etiopathogenesis of parafunctional habits of the stomatognathic system. *Minerva Stomatol* 52(7-8):339-45, 45-9, 2003

MCNEILL C.: Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. *J Prosthet Dent* 77(5):510-22, 1997

SCHIFFMAN E., OHRBACH R., TRUELOVE E., LOOK J., ANDERSON G., GOULET J.P., et al.: Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group dagger. *J Oral Facial Pain Headache* 28(1):6-27, 2014