

**UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO**

**MARIANA VICENTINI PALONE**

**HÁBITOS PARAFUNCIONAIS COMO ETIOLOGIA DA  
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: RELATO DE  
CASO**

BAURU  
2015

**MARIANA VICENTINI PALONE**

**HÁBITOS PARAFUNCIONAIS COMO ETIOLOGIA DA  
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: RELATO DE  
CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação da Prof. Dra. Carolina Ortigosa Cunha.

BAURU  
2015

Palone, Mariana Vicentini

P181h

Hábitos parafuncionais como etiologia da disfunção temporomandibular: relato de caso / Mariana Vicentini Palone. -- 2015.  
28f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Ortigosa Cunha.

Coorientador: Prof. Dr. Joel Ferreira Santiago Junior.

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

1. Hábitos. 2. Bruxismo. 3. Transtornos articulares. 4. Mialgia.  
5. Síndrome da disfunção temporomandibular. I. Cunha, Carolina Ortigosa. II. Junior, Joel Ferreira Santiago. III. Título.



## ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Mariana Vicentini Palone.

Ao dia nove de novembro de dois mil e quinze, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de MARIANA VICENTINI PALONE, intitulado: **“Hábitos parafuncionais como etiologia da disfunção temporomandibular: relato de caso.”** Compuseram a banca examinadora os professores Dra. Carolina Ortigosa Cunha (orientadora), Dra. Flora Freitas Fernandes Távora e Dr. Joel Ferreira Santiago Júnior. Após a exposição oral, a candidata foi arguida pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVADA, 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.

Carolina Ortigosa Cunha

Dra. Carolina Ortigosa Cunha (Orientadora)

Flora Freitas Fernandes Távora

Dra. Flora Freitas Fernandes Távora (Avaliador 1)

Joel Ferreira Santiago Junior

Dr. Joel Ferreira Santiago Júnior (Avaliador 2)

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, pela minha saúde e a oportunidade de estar na faculdade frente a mundo tão cheio de controversas, e ao meus pais, Carlos e Maristela, minha fonte de amor, educação, carinhos e todos os outros sentimentos bons em mim implantado.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais por serem as melhores pessoas que eu conheço. Tenho muito orgulho de vocês, e espero poder retribuir, ao menos um pouquinho por tudo que fizeram por mim. Vocês são meu espelho. Obrigada pela oportunidade de estar na faculdade, e por toda confiança em mim depositada.

Ao meu irmão, Rafael, por ser alguém em que eu admiro muito principalmente por toda inteligência e dedicação aos seus afazeres, me inspiro muito em você.

Ao meu namorado, Ricardo, por todo amor e carinho que dedicou a mim este ano. Obrigada por tudo o que você fez por mim, eu te amo, e te admiro muito.

A minha avó Nega, in memoriam. Gostaria muito que a senhora estivesse presente em carne para que pudesse contemplar comigo este momento. Mas, sei, que de onde a senhora estiver estará sempre olhando e torcendo por mim. Obrigada por sempre ter sido um exemplo de amor, carinho, respeito, e vó coruja em minha vida. Sinto saudade, e um dia estaremos juntas.

Ao meu avô Laercio, a minha vó dina e ao meu vô nego (in memoriam) por terem sido um incentivo em minha vida. Amo vocês.

Aos meus tios e tias, primos e primas, por todo amor durante a minha vida.

Aos meus sogros por serem tão queridos e me acolherem tão bem.

As minhas amigas, principalmente a Bruna, Manu, Carol e Mariana Bertolucci. Por serem a minha família aqui em Bauru, obrigada por todo apoio durante todos esses anos. Vocês são as irmãs que eu pude escolher, e que eu sempre levarei em meu coração. Boa sorte nesse novo caminho que se inicia. Amo vocês.

A professora Carolina Ortigosa Cunha. pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

Aos professores da banca Flora, Joel, e o suplente Fernando por terem dedicado este tempo a mim, e por terem confiado este trabalho. É um prazer tê-los na banca examinadora.

A paciente relatada no caso, Patricia, pela confiança.

A todos os professores da universidade por todo carinho, disposição e paciência que tiveram com a gente durante todo o curso, e por terem sido tão prestativos e queridos. Obrigada pela minha formação profissional e pessoal.

A todos os pacientes da clínica odontologia da universidade por terem feito tanta importância nessa nossa formação, e pela confiança depositada.

A todos os funcionários do sagrado coração que contribuíram para a nossa formação.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

“Às vezes a vida te bate com um tijolo na cabeça. Não perca a fé. Estou convencido de que a única coisa que me fez continuar foi que eu amava o que eu fazia. Você precisa encontrar o que você ama. E isso vale para o seu trabalho e para seus amores. Seu trabalho irá tomar uma grande parte da sua vida e o único meio de ficar satisfeito é fazer o que você acredita ser um grande trabalho. E o único meio de se fazer um grande trabalho é amando o que você faz. Caso você ainda não tenha encontrado o que gosta de fazer, continue procurando. Não pare. Do mesmo modo como todos os problemas do coração, você saberá quando encontrar. E, como em qualquer relacionamento longo, só fica melhor e melhor ao longo dos anos. Por isso, continue procurando até encontrar, não pare.”

Steve Jobs



## RESUMO

Denomina-se hábitos parafuncionais aqueles não relacionados à execução das funções normais do sistema estomatognático, como a deglutição, mastigação e fonação. Partes das atividades do sistema estomatognático são parafuncionais. Dependendo da frequência, duração e intensidade, esses hábitos podem ser muito destrutivos e obter essas informações contribuirá para o desenvolvimento do plano de tratamento do paciente e do prognóstico deste tratamento. Diante disso, foi realizado um relato de caso compreendendo o diagnóstico e o tratamento de uma paciente que chegou a Universidade do Sagrado Coração com dores fortes. Em seguida, foi diagnosticada como portadora de disfunção temporo mandibular muscular, relacionada com hábitos parafuncionais. O tratamento indicado foi a base de antiinflamatória (quando a DCM estava aguda), e após foi aconselhada e feito uma placa miorelaxante. No decorrer do trabalho foram relatados os hábitos parafuncionais como etiologia da disfunção temporo mandibular, os argumentos que confirmam a tese de acordo com o desenvolvimento da paciente no período do ano de 2015, a partir do momento em que foi diagnosticada como portadora de disfunção, o tratamento realizado com a placa miorelaxante, e por fim, o aconselhamento para que haja mudanças em seus hábitos parafuncionais.

**Palavras-chaves:** Hábitos, Bruxismo, Transtornos da Articulação Temporomandibular, Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular, Mialgia.

## ABSTRACT

Parafunctions is called those not related to the execution of the normal functions of the stomatognathic system, such as swallowing, chewing and speech. Parts of the stomatognathic system activities are Parafunctional. Depending on the frequency, duration and intensity, these habits can be very destructive and get that information will contribute to the development of the patient's treatment plan and prognosis of this treatment. Therefore, a case report was carried out comprising the diagnosis and treatment of a patient who came to Sacred Heart University with severe pain. Then it was diagnosed as having muscular mandicular temporomandibular dysfunction related to deleterious habits. The treatment was the basis of anti-inflammatory (when the DCM was acute) and after was advised and made a miorelaxante board. While you work parafunctional habits such as etiology of mandibular temporomandibular dysfunction have been reported, the arguments that confirm the thesis according to the development of the patient in the 2015-year period, from the time he was diagnosed as suffering from dysfunction, miorelaxante treatment performed with the card, and finally, the advice for which there are changes in their parafunctions.

**Keywords:** Habits, Bruxism, Temporomandibular Joint Disorders, Joint Dysfunction Syndrome Temporomandibular, Myalgia.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Palpação da ATM e do músculo masseter. Paciente relatando dor na palpação da ATM e dor referida na ATM após palpação do músculo masseter profundo.....	16
Figura 2 - Exame inicial abertura e de movimento de lateralidade para a direita: paciente sentia dor e movimentava apenas 8mm e para a esquerda aprox. 13mm .	18
Figura 3 - Instalação da placa estabilizadora rígida com uso de carbono e broca maxicut.....	19
Figura 4 - Polimento após ajustes oclusais .....	20
Figura 5 - Após 15 dias de uso da placa, a paciente retornou com abertura passiva da boca da paciente foi de 60 cm. No retorno de 5 meses, após uma recaída a paciente ainda estava com abertura normal de 49mm, sem dor.....	21
Figura 6 - Retorno de 5 meses: imagem da placa desgastada com o uso, onde os pontos brilhantes na placa mostram o hábito do bruxismo do sono.....	22

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>15</b>
<b>3 RELATO DO CASO .....</b>	<b>16</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema estomatognático é uma unidade funcional formado por um conjunto complexo de estruturas que são responsáveis por pelas funções de sucção, mastigação, deglutição, respiração e fala. As estruturas que compõem esse sistema podem ser divididas em estáticas (passivas) e dinâmicas (ativas). As primeiras são constituídas pelo osso hióide, arcos dentários, maxila, mandíbula e ossos cranianos relacionadas entre si pela articulação temporomandibular (ATM). As estruturas dinâmicas são representadas pela unidade neuromuscular que mobiliza as partes estáticas. Essas estruturas se interligam para a realização de algumas funções vitais e sociais do ser humano (fonação e mastigação), que são de grande importância para manutenção de todo equilíbrio físico-biológico do ser humano (DE LEEUW, KLASSER, 2013).

A ATM promove a articulação da mandíbula com o crânio, mais precisamente do processo condilar da mandíbula com o osso temporal. Esta é uma articulação sinovial, ou seja, apresenta um espaço entre os ossos, o espaço sinovial, que contém em seu interior um líquido sinovial. É classificado como articulação gínglimoartrodial, realizando movimentos de abertura e fechamento e movimentos de lateralidade. As superfícies ósseas (côndilo e osso temporal – fossa mandibular e eminência articular) são recobertas por uma fibrocartilagem, o que diferencia a ATM de outras articulações do corpo humano. Interposto entre o côndilo e o osso temporal existe um disco, composto de tecido conjuntivo denso e fibroso, chamado de disco articular (DE LEEUW, KLASSER, 2013).

Toda articulação é envolvida por uma estrutura fibrosa chamada de cápsula articular formada por tecido conjuntivo fibroso. Além dela, existem três ligamentos principais que estabilizam a articulação: ligamento esfenomandibular, ligamento temporomandibular e ligamento estilomandibular (DE LEEUW, KLASSER, 2013).

As ATMs, muitas vezes, podem sofrer alterações em seu funcionamento, gerando no indivíduo uma Disfunção Craniomandibular (DTM), de origem articular. As DTMs têm grande destaque dentro da odontologia moderna devido ao grande número de pacientes que apresentam sinais e sintomas característicos, como dor ou sensibilidade na região dos músculos da mastigação ou ATM, ruídos (estalido ou crepitações) durante o movimento da mandíbula, limitação e/ou incoordenação dos movimentos mandibulares (DE LEEUW, KLASSER, 2013). Sensações auditivas

como zumbidos, otalgia e vertigem também têm sido citadas pelos pacientes que possuem DTM.

Sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores funcionais, psicológicos, estruturais e sociais. E todos esses fatores devem ser considerados durante a anamnese e exame clínico, para um correto diagnóstico e tratamento do paciente que apresenta a DTM (CONTI et al, 2012).

Levando em consideração o diagnóstico do paciente, deve-se ressaltar que as DTMs podem ser classificadas em três grandes grupos: DTM muscular, a forma mais comum da DTM, caracterizada pelo desconforto ou dor dos músculos mastigatórios; DTM articular, e desarranjos intra-articulares, como os deslocamentos do disco articular com ou sem redução e por fim as doenças degenerativas da ATM como osteoartrite e osteoartrose.

Segundo Oliveira (2002), o correto diagnóstico das DTMs é baseado principalmente na anamnese e no exame físico do paciente. A arte de saber conduzir uma entrevista, explorando cada detalhe relatado e relacionando-o a alguma patologia ou alteração é a parte mais importante da anamnese.

Durante a anamnese de um paciente portador de DTM devem ser realizadas algumas perguntas consideradas chave para o diagnóstico tais como: como a dor se iniciou, qual a localização, intensidade, duração e frequência da dor, investigando se o paciente têm algum hábito parafuncional como bruxismo em vigília (apertamento dentes diurnamente), bruxismo do sono, morder objetos, roer unha, goma de mascar, morder lábios e bochechas, entre outros.

O exame físico também deve ser realizado com muito cuidado. Avaliar a ATM e músculos mastigatórios, realizar o estudo da movimentação da mandíbula como abertura, fechamento e movimentos de lateralidade e protrusão, avaliar presença de ruídos articulares e realizar palpação da ATM e músculos. Exames complementares, como os exames de imagem de tomografia e ressonância magnética podem ser solicitados para auxiliar no diagnóstico.

Como citado anteriormente, fazem parte das atividades funcionais do sistema estomatognático participar da mastigação, deglutição, fonação e respiração. Entretanto, parte de suas atividades são parafuncionais. Este último tipo de atividade danifica as estruturas do sistema (incluindo ATM e músculos mastigatórios) a partir do momento em que estas passam a exceder a tolerância fisiológica do indivíduo. Esta tolerância varia para cada pessoa, assim como os sinais e sintomas que as

parafunções podem causar.

Contatos oclusais com forças excessivas, direcionamento horizontal dessas forças e contrações musculares isométricas são atividades não-funcionais promovidas pelo que chamamos de hábitos parafuncionais (HP) (MANFREDINI, et al, 2003). Dependendo da frequência, intensidade e duração, esses hábitos podem ser muito destrutivos em termos físicos, emocionais e/ou sociais tanto para crianças (BAYARDO, 1996), quanto para adolescentes e adultos (PETERSON, SCHNEIDER, 1991). Fazem parte desses hábitos o ranger dos dentes, morder canetas, morder lábios, morder bochechas, roer unhas, apertamento diurno e noturno, entre outros.

Os HP podem ser divididos em dois grupos de acordo com o momento fisiológico que o indivíduo se encontra: durante a vigília e durante o sono. Em vigília, os hábitos são realizados, geralmente, inconscientemente e incluem apertamento e ranger dos dentes, roer unha, morder os lábios, língua e/ou bochechas, mascar chicletes ou balas, levar à boca e morder objetos (caneta, lápis, agulha), empurrar os dentes com a língua e “brincar” com a mandíbula (jogando-a de um lado para outro). Durante o sono, o único hábito parafuncional realizado é o bruxismo (THORPY, 1990). Molina et al (2001) concluíram que pacientes com DTM e que apresentavam hábito de bruxismo são mais susceptíveis a desenvolverem outros HP.

Winocur et al, em 2006, observaram, num estudo realizado com 314 adolescentes, que quase todos os hábitos parafuncionais pesquisados foram fatores de risco para as DTMs. Danos aos músculos mastigatórios e às ATMs, conjuntamente, foram observados relacionados ao hábito de mascar chiclete. Dano às ATMs, isoladamente, foi relacionado ao hábito de “brincar” com a mandíbula.

A etiologia dos HP é complexa e o assunto ainda é bastante discutido. O hábito mais estudado quanto à sua etiologia é o bruxismo. Alguns autores tentaram associar a etiologia dos HP, principalmente o citado acima, com interferências oclusais. Mas diante da grande dificuldade encontrada em se provar essa associação, as pesquisas passaram a focar a etiologia dos hábitos associada aos fatores psicológicos. Os estudos observaram que há grande relação entre os hábitos e as tensões emocionais, principalmente estresse e ansiedade (MANFREDINI, et al, 2003).

Atualmente o quadro de estresse e ansiedade da população mundial é crítico, e o número de indivíduos que desenvolvem DTM está aumentando a cada

ano. A relação de hábitos parafuncionais e DTM, como única causa é errônea, pois como mencionado acima a DTM é multifatorial, mas existem casos de DTM nos quais a presença de hábitos parafuncionais relatados durante a anamnese, contribuem grandiosamente para o desenvolvimento da DTM no indivíduo.



## **2 OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é relatar o quadro de uma paciente que chegou a clínica de DTM da Universidade do Sagrado Coração queixando-se de dor na ATM e com dificuldade para abrir a boca. Assim, objetiva identificar qual a contribuição dos inúmeros hábitos parafuncionais do paciente com o quadro de DTM que este se encontrava. Diante da análise dos hábitos parafuncionais como etiologia de uma DTM, serão analisados os seus recursos para o tratamento.

### 3 RELATO DO CASO

Paciente P.A.D., gênero feminino, profissão de etiquetadora, compareceu a clínica odontológica da Universidade do Sagrado Coração (USC) no período do primeiro semestre do ano de 2015 relatando muita dor na região da ATM e dificuldade para abrir e fechar a boca. A dor na ATM apresentava qualidade “apertada”, com sensação de desconforto e cansaço articular e muscular (Figura 1).

Figura 1 - Palpação da ATM e do músculo masseter. Paciente relatando dor na palpação da ATM e dor referida na ATM após palpação do músculo masseter profundo



Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

A paciente foi submetida a uma anamnese seguida de um exame clínico detalhado. Durante o questionário de avaliação geral da sua saúde, o único dado relevante e positivo foi um problema do trato genitourinário, pois se submetera a uma cirurgia de vesícula e de pedra no rim. Atualmente afirma que o quadro está controlado. De acordo com a anamnese, não relatou nenhum outro problema de saúde, e nem estar fazendo uso de medicamentos. Admitiu realizar exercícios físicos (caminhada) 3 vezes por semana a aproximadamente 1 ano e meio.

Em relação a qualidade do sono, durante o questionário aplicado, ela relatou ter um sono bom, dormindo em torno de 8 horas por dia, na posição de decúbito

dorsal, mas com sonolência durante o dia em alguns momentos como descansar a tarde e assistir a TV.

Durante o questionário, também foi analisado o seu índice de dor, respondendo com “sempre” (resposta positiva), para as seguintes situações: 1- Sempre sente dificuldade ao abrir a boca, grande dificuldade ao movimentar a mandíbula para frente e para trás, sente dor de cabeça com grande frequência, sendo descrita a dor de cabeça pela paciente, como: ‘Há mais de dez anos, dor concentrada na região frontal da cabeça irradiada para o ouvido.’ Com frequência tem dores de ouvido, e próximo a ele. Relatou também, estalidos na ATM quando faz o movimento de abrir a boca.

De acordo com os hábitos relatados pela paciente, ela sinalizou: apertar os dentes, ranger os dentes (em vigília e durante o sono); morder, como hábito, a língua e bochechas. Possui a sensação de que seus dentes não articulam bem (e por isso tem o hábito de tentar encostar os dentes constantemente). Além disso, afirma que é uma pessoa muito ansiosa e nervosa, e que as vezes, sente dores na nuca associadas com torcicolo. De acordo com as respostas obtidas, foi possível classificá-la com uma DTM severa (total de 85 pontos no questionário, sendo que o resultado varia de 75 – 100 para DTM severa).

Após a anamnese foi realizado o exame clínico/físico da paciente. Foram avaliadas, entre outras estruturas, principalmente as ATMs (movimentação e palpação) e os músculos mastigatórios (palpação). De acordo com a trajetória de abertura e fechamento da boca, obteve-se as seguintes medidas: abertura ativa de 28 mm, e passiva de 51mm (com dor). Durante o movimento de lateralidade para direita paciente relatou dor, e avançou 8mm (Figura 2). Durante os outros movimentos não houve relato de dor.

No exame de palpação da ATM e músculos mastigatórios, foi utilizado como base para a classificação de dor à palpação, a seguinte escala numérica (valor): 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). A ATM no aspecto lateral, direito e esquerdo, obtivemos dor a palpação valor 2. No aspecto posterior, também nível 2 para ambos os lados. Na palpação do músculo masseter superficial obtivemos 2 para o lado direito, e 3 para o lado esquerdo com referência para a região da ATM. Na palpação do masseter profundo obtivemos 1 para ambos os lados com dor referida na ATM esquerda; músculo temporal anterior, 3 para o lado

direito e 2 para o lado esquerdo; temporal médio, 1 para ambos os lados; musculo pterigoideo medial, também 1 para ambos os lados.

Figura 2 - Exame inicial abertura e de movimento de lateralidade para a direita: paciente sentia dor e movimentava apenas 8mm e para a esquerda aprox. 13mm



Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Durante o exame de presença de rúídos na ATM, percebeu-se um estalido do lado esquerdo que desaparecia durante movimento de protrusão. No interím do exame clínico dos dentes, observou-se facetas de desgaste coincidentes nos dentes anteriores superiores e inferiores.

Paciente relatou ter uma grande apartamento dos dentes e sentia uma dor do tipo “apertada”, como se fizesse exercícios durante toda a noite com a boca (ATM). Relatou que ao acordar se deparava com as bochechas mordiscadas, e, também, com a língua toda “mordida” devido ao fato de ficar praticando o hábito parafuncional, durante o sono, de morder as bochechas e a língua, apertamento e ranger de dentes. O marido da paciente alertou a paciente devido ao fato dela ranger muito os dentes durante a noite.

Diante do exposto, foi diagnóstica com DTM articular e muscular, e com deslocamento de disco com redução lado esquerdo.

Em sequência, pelo fato do paciente estar com muita dor aguda nos músculos mastigatórios e ATMs, foi iniciado o tratamento da DTM com prescrição de antiinflamatório não esteroidal, nome naproxeno 550mg, 1 comprimido por dia pela noite durante 7 dias.

Adicionalmente ao uso de medicamentos como tratamento, foi aconselhado

quanto ao controle dos hábitos parafuncionais, pelo fato da paciente reclamar que apertava muito os dentes durante o trabalho e no decorrer do seu dia a dia. Foi aconselhado que esta fizesse uso de lembretes que chamassem a sua atenção no ambiente de trabalho e no seu dia a dia fora deste ambiente (uso de bilhetes, lembretes e adesivos caloridos), que a lembrassem de parar para se observar quanto ao relaxamento da musculatura, e desencostar dos dentes. Posteriormente foi utilizado também no tratamento a confecção de uma placa estabilizadora rígida e lisa (placa “miorrelaxante”), e aconselhado o uso da mesma no período noturno (durante o sono).

Figura 3 - Instalação da placa estabilizadora rígida com uso de carbono e broca maxicut



Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Figura 4 - Polimento após ajustes oclusais



Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

A figura 3 mostra o processo de instalação da placa estabilizadora rígida com uso de carbono e broca maxicut na tentativa de obter maior quantidade de dentes enconstando na placa. Após os ajustes oclusais, foi realizado o polimento, como retrata a figura 4.

A reavaliação da paciente foi realizada 15 dias após a primeira consulta. Ao realizar novamente o exame de abertura e fechamento da boca, ela obteve as seguintes medidas: abertura ativa 54 mm e passiva de 64 mm (Figura 5). Ao refazer o exame de palpação muscular, usando o mesmo parâmetro supracitado, observou-se: a palpação do aspecto lateral da ATM, que antes era de 2, do lado direito e esquerdo, passou para 0 em ambos os lados. No aspecto posterior, também sofreu alterações e foi de 1 para o lado direito e 0 para o lado esquerdo. O masseter superficial do lado direito e esquerdo foram 2; o temporal anterior no lado direito foi 0 e do lado esquerdo, 2. Músculo temporal médio, 0 para ambos os lados. Músculos pterigoideo medial, 2 para o lado direito e 0 para o lado esquerdo. Diante disso, foi moldada e registrada para confecção da placa estabilizadora.

Após 1 semana a placa foi instalada e ajustada, e na primeira reavaliação após 15 dias de uso da placa a paciente retornou à clínica relatando melhora de 100% da dor. Com quadro negativo à palpação das ATMs e músculos, indicativo 0 dor na escala de análise visual, e afirmou ter feito sido eficaz um lembrete com “canetinha laranja na mesa do trabalho” para controlar efetivamente os hábitos de apertar os dentes e de morder língua e bochechas durante o trabalho.

No dia 08/10/2015, a paciente compareceu a clinica odontológica para a

reavaliação do estado de sua disfunção e para verificar como estava a sua placa miorrelaxante (Figura 5).

Em conversa, ela relatou ter sentido uma grande melhora, e que conseguia se policiar muito mais durante o dia, principalmente pelo fato de ter desenhado uma “bola laranja” no local em que ela trabalhava para lembrar de desocluir os dentes. Na noite, durante o sono, ela relatou estar fazendo o uso da placa, e não conseguir dormir mais sem ela, devido ao conforto que a mesma traz para ela.

Entretanto, devido a problemas de saúde, e a uma cirurgia em que a paciente teve que se submeter, ela demonstrou uma piora durante o tratamento, e disse estar apertando muito o dente, principalmente nesse período em que estava submetida a um grande estresse e ansiedade.

Figura 5 - Após 15 dias de uso da placa, a paciente retornou com abertura passiva da boca da paciente foi de 60 cm. No retorno de 5 meses, após uma recaída a paciente ainda estava com abertura normal de 49mm, sem dor



Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

Ao exame clínico foram relatados os seguintes valores: na palpação do músculo masseter do lado direito e esquerdo foi classificado como valor 1 (desconforto) na origem, inserção e corpo do músculo. No músculo temporal foi retratado valor 0 (nenhuma dor nem desconforto) para ambos os lados (parte anterior, médio e posterior), no pترigóideo medial valor 2 (dor) para o lado direito, e 0 para esquerdo, para o músculo digástrico número 2 (lado direito) e 0 para o esquerdo. Na apalpação da ATM também foram obtidos valores 0 para ambos os lados.

Ao fazer o exame com medidas da lateralidade e protusão máximas obteve-se seguintes constatações: do lado direito a paciente relata dor, e a movimentação ativa foi de 13 mm. E do lado esquerdo 10mm sem dor e a protrusão ativa de 7 mm.

Devido ao fato de ter sido operada recentemente, a paciente relatou ter pontos que incomodam do lado esquerdo, porque adquiriu o hábito de dormir do lado direito, com as mãos apoiadas embaixo da ATM do lado direito, sendo isso, uma hipótese para piorar a dor e reativar a DTM, mostrando novamente a importância dos hábitos na etiologia da DTM.

Ao exame da placa miorelaxante foram encontradas marcas de desgaste na parte oclusal da placa que demonstram o hábito ativo da paciente de ranger dos dentes durante a noite. Foram encontradas também marcas do canino e dos incisivos na placa mostrando onde os dentes inferiores tocam nela durante os movimentos de ranger (Figura 6).

Figura 6 - Retorno de 5 meses: imagem da placa desgastada com o uso, onde os pontos brilhantes na placa mostram o hábito do bruxismo do sono



Fonte: Elaborado pela autora, 2015.



## 4 DISCUSSÃO

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com danos teciduais reais, ou potenciais, ou descrita nos termos de danos (DE LEEUW, KLASSER, 2013). Diante disso, tem um importante impacto na vida dos indivíduos pelo sofrimento e limitações causados no cotidiano e acarreta um dramático efeito para a sociedade, devido ao elevado custo do tratamento e ao custo das horas perdidas no processo produtivo (MACFARLANE, et al, 2002).

Locker e Grushka (1987), em dos estudos de associação entre saúde oral e qualidade de vida, relataram que a dor é um sintoma comum da condição bucal e tem um imediato e profundo impacto na qualidade da vida diária. A dor prejudica o sono, o trabalho, o lazer e o relacionamento com as pessoas (LACERDA, TRAEBERT, ZAMBENEDETTI, 2008).

Sabe-se que, hoje em dia, existem várias classificações para os tipos de dores, e, para algo ser classificado como “dor”, precisa ser, necessariamente: desagradável. Uma experiência psicológica. E cada indivíduo, aprende a usar a palavra por experiências relacionadas a injúrias sofridas durante a vida. Existem as dores musculoesqueléticas e as dores neuropáticas. Uma das dores considerada musculoesquelética é a dor da DTM.

As DTMs correspondem a um termo que englobam desordens que envolvem os músculos mastigatórios, a ATM e as estruturas associadas. Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP), as DTMs podem ser divididas em distúrbios da ATM e distúrbios dos músculos mastigatórios (DE LEEUW, KLASSER, 2013).

Apesar de muito já se ter estudado sobre as DTMs, pouco se conseguiu esclarecer e definir sobre sua etiologia, mecanismo e tratamento (SARLANI, et al. 2004). Apresentam caráter multifatorial e o seu tratamento geralmente é multidisciplinar. Além disso, as DTM podem ser agudas ou crônicas, assumindo características e comportamento diferentes, influenciando no diagnóstico e tratamento. As DTM crônicas geralmente envolvem processos de geração mais complexos e podem ser mantidas durante longos períodos se não tratadas adequadamente.

O relato de caso acima apresentado englobou um DTM articular e muscular de uma paciente que estava com dor na ATM e músculos da face, se queixava de

dificuldade de movimentação da boca, constatado durante exame clínico da paciente, e com um relato de ser uma pessoa muito estressada e ansiosa, com um sono bom mas com sonolência durante o dia. Ou seja, a paciente se apresentou como uma típica paciente de DTM, onde o sono ruim, juntamente com o estresse e a ansiedade contribuiu para que alguns hábitos parafuncionais relatados pela paciente iniciassem nela essa DTM articular e muscular que ela apresentava, e a dificuldade de movimentação pela dor que estava sentindo.

Ficou muito claro durante a anamnese e exame clínico (facetar de desgaste em vários dentes) que o grande fator causal da DCM da paciente era devido aos hábitos parafuncionais de apertar e ranger os dentes em vigília e durante o sono, muito pelo estresse e ansiedade da paciente. Após tratamento medicamentoso e controle dos hábitos que foi relatado pela paciente, esta retornou após 15 dias com apenas desconforto em alguns músculos e na ATM. A movimentação estava normal (aumentou a abertura passiva de 28 para 54 mm) e a paciente relatou que o fato da auto-regulação de controle de hábitos com lembretes coloridos espalhados pelo ambiente de trabalho, melhora do sono e controle estresse e ansiedade, fez com ela diminuísse muito os hábitos parafuncionais realizados durante a vigília. E como o controle dos hábitos noturnos é inconsciente, a melhora do sono ajudou no conforto ao acordar, mas para controlar a dor e o desgaste dos dentes, uma placa estabilizadora rígida então foi confeccionada.

Denomina-se hábitos parafuncionais aqueles não relacionados à execução das funções normais do sistema estomatognático, como a deglutição, mastigação e fonação. Segundo MacFarlane et al. (2003), fatores mecânicos locais, como os hábitos parafuncionais, apresentam papel importante na etiologia da dor orofacial, podendo sua influência variar segundo a tolerância do paciente à dor e suas diferentes respostas bioquímicas e fisiológicas a estes fatores (GLAROS, TABACCHI, GLASS, 1998). Para Molina et al. (2001), dentre os hábitos orais que afetam as estruturas mastigatórias está o hábito de ranger ou apertar os dentes, também denominado de bruxismo. Segundo os autores, pacientes com DTM e que apresentavam hábito de bruxismo são mais susceptíveis a desenvolverem outros HP.

Schiffman, Fricton, Haley, em 1992, ao investigar hábitos orais, obtiveram resultados que mostravam que o nível de HP reportados em auto-relato depende da habilidade do paciente em estar ciente dos mesmos e avaliar sua frequência. A

paciente, além de relatar o fato de apertar muito os dentes durante a vigília, observou que seu marido, constatou que ela tinha o hábito de ranger os dentes durante o sono.

O bruxismo noturno, ou seja, durante o sono, implicaria em contrações prolongadas dos músculos mastigatórios de forma inconsciente. Attanasio, em 1997, descreveu que os episódios de bruxismo durariam entre 8 a 9 segundos, havendo registros de até 5 minutos de duração, documentado na literatura. O tempo total médio dos eventos de bruxismo por noite seria de 42 segundos, podendo ocorrer, entretanto, variação do comportamento bruxômano de uma noite para outra, em um mesmo indivíduo.

Aproximadamente 5 meses após início do tratamento, e paciente com controle de hábitos e sem dor e desconforto, esta apresentou um problema de saúde no útero, e foi submetida a uma cirurgia. Devido a isto, todo o quadro que até então estava controlado de estresse e ansiedade e hábitos, voltou, e por conta disso a paciente demonstrou uma piora durante o tratamento, relatando que estava apertando muito os dentes, principalmente nesse período em que estava submetida a um grande estresse e ansiedade. Isso demonstra que a DTM é muito cíclica, tendo períodos, geralmente em que o paciente está sendo submetido a grande estresse, e tensão, que ela se manifesta de forma mais drástica, e tendo picos de melhoras e pioras.

Já existem nos celulares hoje em dia, aplicativos que alertam o paciente a desocluir os dentes e mude seus hábitos de apertamento em vigília. Pois, está é uma maneira de se melhorar a DTM, uma vez que, sua cura depende muita das mudanças de comportamento dos pacientes, como mudanças dos hábitos parafuncionais. É também recomendado para que o paciente cole adesivos coloridos que chamem atenção em locais que ele costuma passar durante o dia para que ele lembre de desocluir seus dentes e relaxar a musculatura e não sobrecarregar as ATMs.

Outro artifício muito utilizado na odontologia para tratamento de pacientes com DTM e para controle do bruxismo noturno é a confecção de uma placa estabilizadora rígida lisa para que o paciente utilize durante a noite, enquanto dorme, para evitar desgaste dentários, e para permitir que a musculatura e a ATM não sejam sobrecarregadas também.

O tratamento das DTM's com placas oclusais estabilizadoras ou

repositoradoras é muito frequente, sendo a maneira mais utilizada pelos dentistas. Glass et al. (1993) relataram, em um levantamento com 10.000 membros da ADA (Associação Americana de Odontologia), que o uso de placas havia sido o tratamento de eleição para a dor miofascial com sucesso.

Segundo Widmalm (1999), as placas oclusais são amplamente utilizadas no tratamento das DTM's para alterar as relações oclusais e redistribuir as forças, evitar o desgaste dentário, alterar as relações estruturais das forças musculares e da ATM, melhorar a função muscular e articular e aliviar a dor associada.

## **5 CONCLUSÃO**

De acordo com as informações obtidas durante as reavaliações da paciente, e baseando-se no fato da paciente ter conseguido controlar seus hábitos parafuncionais - relatado por ela -, e ter feito corretamente o uso do medicamento e da placa, observou-se uma grande melhora em seu quadro de DTM. Corrobora-se, portanto, a importância dos hábitos parafuncionais na etiologia da DTM, bem como do seu controle para um efetivo tratamento e regressão da DTM.

## REFERÊNCIAS

- ATTANASIO, R. An overview of bruxism and its management. **Dent Clin North Am**, v.41, n.2, p.229-241, 1997.
- BAYARDO, R. E., et al. Etiology of oral habits. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.63, n.5, p.350-353, set-out 1996.
- CONTI, P. C., et al. Orofacial pain and temporomandibular disorders: the impact on oral health and quality of life. **Brazilian Oral Research (Impresso)**, São Paulo, v. 26, p.120-123, 2012.
- DE LEEUW, R.; KLASSER, G. D. **Orofacial Pain: Guidelines for assessment, diagnosis, and managment**. American Academy of Orofacial Pain. 5. ed. Chicago: Quintessence Publishing, 2013.
- GLAROS, A. G.; TABACCHI, K. N.; GLASS, E. G. Effect of para functional clenching on TMD. **J. Orofac. Pain**, Carol Stream, v.12, n.2, p.145-152, 1998.
- LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J.; ZAMBENEDETTI, M. L. Dor orofacial e absenteísmo em trabalhadores da indústria metalúrgica e mecânica. **Saude soc. [online]**, São Paulo, v.17, n.4, p.182-191, 2008.
- LOCKER, D.; GRUSHKA, M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. **Community Dent Oral Epidemiol**. v.15, n.3, p.169-72, 1987.
- MACFARLANE, T. V., et al. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. **J. Dent.**, Bristol, v.31, n.8, p.535-542, nov. 2003.
- MANFREDINI, D. et al. Etiopathogenesis of parafunctional habits of the stomatognathic system. **Minerva Stomatol**, Torino, v.52, n.7-8, p.339-345, jul-ago, 2003.
- MOLINA, O. M., et al. Oral jaw behaviors in TMD and bruxism: a comparison study by severity of bruxism. **J. Craniomandibular Practice**, Chattanooga, v.19, n.2, p.114-122, 2001.
- OLIVEIRA, W. de. **Oclusão/ATM, Prótese sobre implantes e Prótese Bucomaxilofacial**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
- PETERSON, J. E.; SCHNEIDER, P. E. Oral habits: a behavioral approach. **Pediat Clin North Amer**, Philadelphia, v.38, n.5, p.1298-130, out. 1991.
- SARLANI, E., et al. Evidence for up-regulated central nociceptive processing in patients with masticatory myofascial pain. **J Orofac Pain**, v.18, n.1 p.41-55, 2004.

SCHIFFMAN, E. L.; FRICTON, J. R.; HALEY, D. The relationship of occlusion, parafunctional habits and recent life events to mandibular dysfunction in a non-patient population. **J Oral Rehabil**, Oxford, v.19, n.3, p.201-223, 1992.

THORPY, M. J. In: Thorpy MJ (ed). **International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual**. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association, 1990.

WIDMALM, S. E. Use and abuse of oral splints. **Compend Contin Educ Dent**, Jamesburg, v.20, n.3, p.249-60, mar 1999.

WINOCUR, E., et al. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents: a gender comparison. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v.102, n.4, p.482-487, out. 2006.