

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Sinais, Sintomas e Tratamento da Disfunção Temporomandibular

Mayara Boin 2019/2020

Orientador: Mestre Catarina Calamote



CESPU
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Sinais, Sintomas e Tratamento da Disfunção Temporomandibular

Mayara Boin

Orientador: Mestre Catarina Calamote

2019/2020

Declaração de Integridade

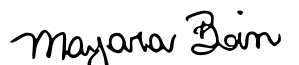
Declaração de Integridade:

Eu, Mayara Boin, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciência da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado “Sinais, Sintomas e Tratamentos da Disfunção Temporomandibular”.

Confirmo que em todo o trabalho conducente á elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultado ou á prática de plágio (ato pelo qual num individuo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em parte dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso, colocação a citação da fonte bibliográfica.

Gandra,


A aluna, Mayara Boin

Aceitação do Orientador

Eu, Catarina Calamote, com a categoria profissional de Assistente convidada do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de estágio intitulado “Sinais, Sintomas e Tratamentos da Disfunção Temporomandibular” do aluno de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Mayara Boin, declaro que sou de parecer favorável para que este relatório final possa ser presente ao júri para admissão a provas conducentes para obtenção do grau de Mestre.

Gandra, Setembro, de 2020

O Orientador

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Catarina Calamote, por todo o apoio, disponibilidade e interesse que sempre demonstrou, foi uma ajuda muito importante na realização deste relatório final de estágio.

A toda a minha família, por me acompanharem nestes 2 anos, pelo apoio nos momentos mais difíceis e pelo carinho.

Ao meu pequeno grande homem meu filho Renan Boin Patussi, que ficou longe de mim nesse período, sei que não foi nada fácil, mas graças ao nosso amor que transcende qualquer distância conseguimos juntos superar a saudade, eu te amo infinitamente meu amor.

Quero agradecer em Particular cada um dos meus irmão primeiramente ao Guido mesmo que longe sei que sempre estive na torcida, Felipe e ao André Victor vocês foram essenciais para a conclusão desse sonho, porque se não fossem vocês junto comigo na reta final, teria desistido, a você Arthur Vinícius só tenho Gratidão pelo cuidado com a casa, com o Renan, por ter feito o meu papel e resolver todas as coisas da minha vida nesse período, e sem me esquecer da minha Mãe que esteve nos bastidores vibrando por mais essa conquista, pois sei que se orgulha de tudo isso, mais uma vez obrigada a todos você eu não teria conseguido sem a ajuda de cada um.

Quero também agradecer você que acreditou junto comigo nesse sonho e me fez viajar e acreditar que seria possível e sem dúvidas, se não fosse você acreditar em mim eu jamais teria realizado esse sonho, você se manteve firme comigo em todos os sentidos possíveis, amo muito você e serei eternamente grata por tudo.

Às minhas amigas Nayra, Sílvia, Raissa e ao Chris por estarem sempre ao meu lado, por terem partilhado comigo esta jornada e por todos os momentos que partilhamos juntos.

E agradecer a Deus em primeiro lugar pela oportunidade da vida, e poder desfrutar e concluir esse sonho, que sempre foi resgatar minhas origens Portuguesa e não ser somente uma cidadã Portuguesa e sim uma profissional nesse País que carrego em meu coração, isso tudo em homenagem aos meus avós.

Gratidão somente Gratidão.

Resumo

Introdução: A disfunção Temporomandibular apresenta-se de forma relativamente frequente na população em geral, levando a quadros de dor, ruídos articulares, restrição dos movimentos mandibulares e de estruturas associadas, necessitando de tratamentos, os quais podem ser conservadores (de primeira escolha), minimamente invasivos ou invasivos.

Objetivos: Este estudo teve por objetivo analisar através de uma revisão da literatura os Sinais, Sintomas e Tratamentos da Disfunção Temporomandibular.

Metodologia: Foi realizado uma pesquisa em artigos indexados nas bases científicas: Scielo, Pubmed, Medline, Livros e outros documentos em formato eletrônico procurando os principais Sinais, Sintomas e Tratamentos da Disfunção Temporomandibular. Usando as palavras chave: Sinais e Sintomas de DTM; Tratamento DTM; Síndrome da disfunção temporomandibular.

Fundamentação Teórica: Existe uma grande diversidade de sinais e sintomas, desde uma pequena dor, estalido ou dificuldade de movimento, assim como, vários protocolos de tratamento, e cada um deles apresenta um benefício, além disso, os protocolos combinam várias técnicas, como por exemplo, a acunpuctura, associada ao uso de placa miorrelaxante, a terapia com exercícios miofuncionais orofaciais, a associação à laserterapia, uso da placa miorrelaxante associada a Toxina Botulínica, ou associado aos exercícios miofuncionais orofaciais, evidenciando assim um resultado mais favorável do que no tratamento isolado. Já o Laser não apresentou melhores resultados que o tratamento miofuncional completo. Essas combinações relacionadas aos aspetos da mobilidade mandibular e da redução da dor orofacial, vem melhorando a funcionalidade do sistema miofuncional como um todo.

Conclusão: Os principais sinais e sintomas encontrados foram: dor, estalo unilateral, travamento, cefaleia, zumbido, tensão emocional e conseqüente encaminhamento para atendimento multidisciplinar por Médicos Dentista, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Otorrinolaringologistas, Neurologista, Clínicos da dor e até Psicólogos. Cada área aborda a sua real necessidade para que tenhamos uma redução da dor, sendo necessária a reabilitação das funções orofaciais, um aspeto diferencial com relação aos demais tratamentos, se isolados. Existe uma grande diversidade nos protocolos de tratamento, e cada um deles apresenta um benefício comprovado, podendo combinar várias técnicas.

Aplicações Clínicas: A necessidade de tratamento é caracterizada pela presença de sinais e sintomas, de moderado a grave, que normalmente levam o indivíduo a procurar tratamento. Na Clínica Dentária a procura da causa é necessária, e muitas vezes se não for simples ou única, como sendo uma prematuridade, ela pode ser multifatorial. E neste caso também o tratamento é multidisciplinar. O Médico Dentista pode recomendar como terapêutica, orientações de autocuidado, intervenções psicológicas, terapia farmacológica, fisioterapia, acunpuctura, laserterapia de baixa intensidade, o uso de toxina botulínica, placa de oclusão/placa miorrelaxante, exercícios musculares e terapias manuais.

Palavras-chave: Sinais e Sintomas de DTM; Tratamento DTM; Síndrome da disfunção temporomandibular.

Abstract

Introduction: Temporomandibular disorder appears relatively frequently in the general population, which in turn lead to pain, joint noise, restriction of mandibular movements and associated structures, requiring treatments, which can be conservative (first-rate choice), minimally invasive or invasive.

Objectives: This study aimed to analyze through a literature review the Signs, Symptoms and Treatments of Temporomandibular Dysfunction.

Methodology: For this study, a search was carried out on articles indexed in the scientific bases: Scielo, Pubmed, Medline, Books and other documents in electronic format in search of the main Signs, Symptoms and Treatments of Temporomandibular Dysfunction. TMD Signs and Symptoms; TMD treatment; Temporomandibular disorder syndrome.

Theoretical Background: There is a great diversity of signs and symptoms, from a small pain, click or difficulty in movement, as well as several the protocols combine several techniques, such as acupuncture, associated with the use of myorelaxative plaque, therapy with orofacial myofunctional exercises, the association with laser therapy, the use of myorelaxant plaque associated with Botulinum Toxin, the use of plaque associated with orofacial myofunctional exercises, thus showing a favorable result than the isolated treatment. Laser, on the other hand, did not show better results than the complete myofunctional treatment. These combinations, related to aspects of mandibular mobility, reduction of orofacial pain, have been improving the functionality of the myofunctional system as a whole.

Conclusion: The main signs and symptoms were: pain, unilateral popping, locking, headache, tinnitus, emotional tension and there was referral for multidisciplinary care by Dentists, Speech Therapists, Physiotherapists, Otorhinolaryngologists, Neurologists, Pain Clinicians and even Psychologists, where each area addresses its real need for pain reduction and improvement, but emphasizes the need for the rehabilitation of orofacial functions, a differential aspect in relation to other treatments. There is a great diversity in the treatment protocols, and each one of them presents a benefit, in addition, the protocols combine several techniques.

Clinical Applications: The need for treatment is characterized by the presence of signs and symptoms, from moderate to severe, that normally lead the individual to seek treatment. In the Dental Clinic the search for the cause is necessary, and often if it is not simple or unique, as being a prematurity, it can be multifactorial. And in this case, the treatment is

also multidisciplinary. The dentist can recommend self-care guidelines, psychological interventions, pharmacological therapy, physiotherapy, acupuncture, low-level laser therapy, the use of botulinum toxin, occlusion plaque / muscle relaxant, muscle exercises and manual therapies.

Keywords: TMD Signs and Symptoms; TMD Treatment; Temporomandibular Disorder Syndrome.

Índice Geral

CAPÍTULO I – Sinais, Sintomas e Tratamento da Disfunção Temporomandibular

1. Introdução	10
1.1 Conceito, Sinais e Sintomas da Disfunção Temporomandibular	11
1.2 Tratamento da Disfunção Temporomandibular	11
2. Objetivo	12
3. Metodologia	13
4. Fundamentação Teórica	15
4.1 Sinais e Sintomas da Disfunção Temporomandibular	15
4.2 Novas técnicas, tecnologias e tratamentos inovadores sobre a disfunção temporomandibular	16
5. Conclusão	22
6. Referências Bibliográficas	23

CAPÍTULO II – Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

1. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado	26
1.1 Estágio em Clínica Geral Dentária	26
1.2 Estágio em Clínica Hospitalar	26
1.3 Estágio em Saúde Oral e Comunitária	27
2. Anexos	28

Legenda de abreviaturas

ATM – Articulação Temporomandibular

DTM- Disfunção Temporomandibular

AINEs - Medicamento Antiinflamatórios não esteroides

REM – Reduz os movimentos dos olhos

1. Introdução

A articulação temporomandibular (ATM) é formada pelo côndilo mandibular que se insere na fossa mandibular do osso temporal. Os músculos da mastigação são os principais responsáveis pela movimentação desta articulação. As disfunções temporomandibulares (DTM) são caracterizadas por dor craniofacial envolvendo a articulação, os músculos mastigatórios ou as inervações musculares da cabeça e do pescoço.⁽¹⁾ A DTM é uma das principais causas de dor não dentária na região orofacial. Estudos de base populacional mostram que a DTM afeta de 10% a 15% dos adultos, mas apenas 5% procuram tratamento.^(2,3) A incidência de DTM atinge o seu pico aos 20 a 40 anos de idade; é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens e acarreta um fardo financeiro significativo devido à abstenção ao trabalho. Os sintomas podem variar de um leve desconforto a uma dor debilitante, incluindo limitações da função mandibular.⁽⁴⁾

O espectro para DTM é refletido em sua classificação. As síndromes mais comuns são distúrbio de dor miofascial, distúrbios de desarranjo de disco, osteoartrite e distúrbios autoimunes.⁽³⁾

As DTM são muito comuns na população em geral, com incidência de aproximadamente 50%, apresentando pelo menos um ou mais sintomas.⁽⁵⁾ No entanto, pesquisas recentes demonstraram que somente aproximadamente 10% destas pessoas precisam receber algum tipo de tratamento.⁽⁶⁾

A etiologia da DTM ainda não está muito bem estabelecida, porém o que se sabe é que é multifatorial e inclui gatilhos biológicos, ambientais, sociais, emocionais e cognitivos. Fatores, consistentemente, associados à DTM incluem outras condições de dor (por exemplo, dores de cabeça crônicas), fibromialgia, distúrbios autoimunes, apnéia do sono e doença psiquiátrica.^(1,3) Um estudo de coorte prospectivo com mais de 6.000 participantes mostrou um aumento de duas vezes na DTM em pessoas com depressão (razão da taxa = 2,1; intervalo de confiança de 95%, 1,5 a 3; $P < 0,001$) e um aumento de 1,8 vezes na dor miofascial em pessoas com ansiedade (razão da taxa = 1,8; intervalo de confiança de 95%, 1,2 a 2,6; $P < .001$). Fumar está associado a um risco aumentado de DTM em mulheres com menos de 30 anos.⁽⁷⁾

As injeções de anestésico local em pontos-gatilho envolvendo os músculos da mastigação podem ser um complemento de diagnóstico para distinguir a origem da dor na mandíbula. Este procedimento deve ser realizado apenas por Médicos e Médicos Dentistas com experiência na anestesia da região do nervo auriculotemporal. Quando realizado corretamente, as taxas de complicações são baixas. A dor persistente, após o bloqueio nervoso apropriado, deve alertar o médico para reavaliar os sintomas de DTM e considerar um diagnóstico alternativo.⁽⁸⁾

Os achados do exame físico que suportam o diagnóstico de DTM podem incluir, mas não estão limitados a, movimento mandibular anormal, diminuição da amplitude de movimento, sensibilidade dos músculos mastigatórios, dor com carga dinâmica, sinais de bruxismo e sensibilidade nos músculos do pescoço ou ombro. Os Médicos devem avaliar a má oclusão (por exemplo, o edêntulismo, as assimetrias hemifaciais, a reabilitação oclusal restauradora), o que pode contribuir para a manifestação de DTM. As anormalidades de percurso dos nervos cranianos não devem ser atribuídas à DTM. Um estalo, crepitação ou travamento da ATM podem acompanhar a disfunção articular. Um único clique durante a abertura da boca pode estar associado a um deslocamento anterior do disco.⁽⁹⁾ Um segundo clique durante o fechamento da boca resulta na recaptura do disco deslocado; esta condição é conhecida como deslocamento do disco com redução. Quando o deslocamento do disco progride e o paciente é incapaz de abrir totalmente a boca (isto é, o disco está a bloquear a translação do côndilo), estamos perante um bloqueio fechado. A crepitação está relacionada com a rutura da superfície articular, que costuma ocorrer em pacientes com osteoartrite.⁽¹⁰⁾

A sensibilidade reproduzível à palpação da ATM é sugestiva de distúrbio intra-articular. A sensibilidade dos músculos masseter, temporal e cervical circundante pode distinguir mialgia, pontos-gatilho miofasciais ou síndrome de dor referida. O desvio da mandíbula em direção ao lado afetado durante a abertura da boca pode indicar deslocamento anterior do disco articular.^(9,10)

1.1 Conceito, Sinais e Sintomas da Disfunção Temporomandibular

A disfunção da articulação temporomandibular (DTM) pode incluir distúrbios relacionados à articulação (ATM) ou às estruturas musculoesqueléticas, caracterizada por dor ou desconforto na ATM ou em ambos. É a principal causa de dor não dentária na região

orofacial, podendo levar à restrição dos movimentos mandibulares, aumento da tensão muscular e ranger de dentes, afetando a qualidade de vida do indivíduo.⁽¹¹⁾ Além disso, pode ocorrer sobrecarga funcional na ATM durante o envelhecimento, ocasionada pela falha na reposição de dentes perdidos, hábitos parafuncionais, má oclusão ou mesmo traumas / distúrbios.⁽¹²⁾

1.2. Tratamento da Disfunção Temporomandibular

Apenas 5% a 10% dos pacientes requerem tratamento para DTM, e 40% dos pacientes apresentam resolução espontânea dos sintomas. Em um estudo de acompanhamento de longo prazo, 50% a 90% dos pacientes tiveram alívio da dor após terapia conservadora.⁽¹³⁾ Uma abordagem multidisciplinar é bem-sucedida para o gerenciamento de DTM. Os objetivos iniciais do tratamento devem se concentrar na resolução da dor e da disfunção. Mais de 1.500 pessoas em um registro online de DTM relataram que receberam agentes antiinflamatórios (73%), analgésicos não prescritos (56%), antidepressivos (50%), opióides (48%), ansiolíticos (41%) e relaxantes musculares (40%). As intervenções cirúrgicas foram reservadas para pacientes cujos sintomas não melhoraram após uma tentativa de terapia conservadora.⁽¹⁴⁾

2. Objetivo

O objetivo deste trabalho de revisão bibliográfica é abordar os sinais, sintomas e os vários tratamentos possíveis da disfunção temporomandibular, que estão ao dispor do Médico Dentista.

3. Metodologia

Para esta revisão de literatura foram pesquisados artigos científicos nas bases de dados Pubmed, ebscohost em artigos e livros publicados entre os anos de 1996 e 2020. Foram selecionados artigos e 3 livros com maior relevância para o tema presente, apenas artigos em português e inglês de acordo com os seguintes critérios:

- Critérios de Inclusão: Foram selecionados os artigos em inglês e português que cumpriam com as palavras chave.
- Critérios de exclusão: Foram excluídos artigos em outras línguas que não o Português e o Inglês, artigos incompletos e que não cumpriam com as palavras chave.

4. Fundamentação teórica

4.1 Sinais e Sintomas da Disfunção Temporomandibular

A Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo coletivo que abrange uma série de problemas clínicos que envolvem a musculatura mastigatória, a articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas, ou ambos,⁽³⁾ sendo um problema muito comum que afeta até 33% dos indivíduos ao longo da vida. A DTM é frequentemente vista como um distúrbio de movimento repetitivo das estruturas mastigatórias e tem muitas semelhanças com distúrbios musculoesqueléticos de outras partes do corpo. ⁽³⁾, e as abordagens terapêuticas para outros distúrbios musculoesqueléticos também se aplicam a este distúrbio.⁽²⁾ Semelhante a outros distúrbios de movimento repetitivo, as instruções de autocuidado para DTM, rotineiramente, encorajam os pacientes a repousar seus músculos mastigatórios, limitando voluntariamente seu uso, ou seja, evitando alimentos duros ou pouco mastigáveis e restringindo-se de atividades que sobrecarregam os músculos mastigatórios (como por exemplo, diversos hábitos orais como cerrar os dentes, provocando tensão nos músculos mastigatórios, mascar pastilha elástica, e bocejar amplamente).⁽⁶⁾ As instruções de autocuidado também estimulam a consciência e a eliminação de hábitos parafuncionais (por exemplo, mudar o hábito de trincar os dentes para repousar levemente a língua no topo da boca ou onde a língua for mais confortável) e manter os dentes separados e os músculos mastigatórios relaxados.⁽¹⁰⁾

A dor associada à DTM pode ser clinicamente expressa como dor muscular mastigatória ou dor na ATM (sinovite, capsulite ou osteoartrite). A dor da DTM pode estar, mas não necessariamente, associada à disfunção do sistema mastigatório.^(5,7,15) Frequentemente, é uma dor regional, maçante, dolorida, presente principalmente nos músculos que fecham a mandíbula e ao redor da orelha, que pode ocorrer em repouso e pode ser agravada durante a função mandibular. A dor pode ser mais pronunciada pela manhã ou à noite, com uma intensidade de 3 a 7 em uma escala de 10 cm. Os sintomas associados relatados são limitação de movimento, dor de cabeça, ouvido cheio e dor no pescoço (mas uma relação de causa e efeito ainda não foi estabelecida). Pode fazer parte da dor muscular generalizada, como na fibromialgia. A artralgia da ATM é uma dor mais

localizada e aguda, de intensidade moderada, situada na ATM e tecidos circundantes, irradiando principalmente para a região da orelha. A dor é agravada durante a carga e função da articulação e pode limitar o movimento e a função normais. A dor na ATM é frequentemente associada a um disco articular deslocado ou disfuncional que causa estalidos e / ou travamento da articulação, o que pode ser uma causa adicional de limitação de movimento. A osteoartrite da ATM pode ser parte da artrite generalizada e pode ser acompanhada por crepitação.⁽¹⁰⁾

Assim como ocorre com outros distúrbios musculoesqueléticos, a dor durante a função e / ou em repouso é o principal motivo pelo qual os pacientes procuram tratamento, e a redução da dor geralmente é o objetivo primário da terapia.⁽⁵⁾ Menos comumente, os indivíduos procuram terapia para DTM para captura ou travamento da ATM, rigidez mastigatória, amplitude de movimento mandibular limitada, luxação da ATM e mudança inexplicada em sua oclusão (mordida aberta anterior ou posterior, ou deslocamento em sua linha média mandibular). No entanto, os ruídos da ATM são comuns entre a população em geral, geralmente não são uma preocupação para indivíduos ou profissionais, não são comumente tratados e geralmente não respondem tão bem à terapia quanto à dor.⁽⁷⁾

4.2 Tratamentos tradicionais e novas técnicas, tecnologias e tratamentos inovadores para a DTM

Muitas terapias têm sido defendidas para o tratamento da DTM, e muitos profissionais de saúde descobriram que elas podem ajudar os pacientes a melhorar os sintomas da DTM. O médico que gerencia a terapia do paciente deve decidir quais terapias são mais econômicas e baseadas em evidências e quais têm o maior potencial para fornecer ao paciente o alívio dos sintomas a longo prazo. As terapias mais custo-efetivas são as terapias de autocuidado para DTM, especificamente quando o uso é contínuo e aderido.⁽¹³⁾

O tratamento geralmente envolve princípios semelhantes aos de outras regiões. No entanto, pacientes com DTM e dor cervical concomitante exibem um comportamento sintomático complexo que é mais desafiador do que sintomas isolados de DTM. Embora rotineiramente gerenciada por médicos e dentistas, a DTM pode ser tratada de forma mais eficaz quando fisioterapeutas estão envolvidos no processo de tratamento. Portanto, uma lista de situações em que os profissionais devem considerar o encaminhamento de

pacientes com DTM a um fisioterapeuta pode ser fornecida aos profissionais de cada região do fisioterapeuta. Este artigo deve auxiliar os fisioterapeutas na obtenção de referências para pacientes com DTM.⁽¹⁴⁾

A educação de suporte do paciente é o tratamento inicial recomendado para DTM.^(14,16) As medidas adjuvantes incluem repouso da mandíbula, dieta leve, compressas húmidas e quentes e exercícios passivos de alongamento. A imobilização da ATM não mostrou benefícios e pode piorar os sintomas como resultado de contraturas musculares, fadiga muscular e redução da produção de líquido sinovial.⁽¹⁶⁾

Há evidências, embora fracas, que apóiam o uso de fisioterapia para melhorar os sintomas associados à DTM. As técnicas podem ser ativas ou passivas (por exemplo, abertura de tesoura com os dedos, ou uso de dispositivos médicos) com o objetivo de melhorar a força muscular, coordenação, relaxamento e amplitude de movimento.⁽¹⁷⁾ Opções de fisioterapia especializada, como ultrassom, iontoforese, eletroterapia ou terapia a laser de baixa intensidade, têm sido utilizadas no manejo da DTM, apesar da falta de evidências para apoiar seu uso. O tratamento de pacientes subjacentes a condições comórbidas resultam em maior probabilidade de sucesso no manejo da DTM.⁽¹⁸⁾

A acupuntura é cada vez mais usada no tratamento da DTM miofascial. As sessões geralmente duram de 15 a 30 minutos, e o número médio de sessões é de seis a oito. Duas revisões sistemáticas sugeriram que a acupuntura é um tratamento adjuvante razoável para analgesia de curto prazo em pacientes com sintomas dolorosos de DTM.^(19,20)

Uma revisão realizada por Aggarwal VR, Lovell K, Peters S, et al. na revista da Cochrane apoia o uso de terapia cognitivo-comportamental e biofeedback no manejo da dor de curto e longo prazo para pacientes com DTM sintomática, quando comparado ao manejo usual. Os pacientes devem ser aconselhados sobre modificações de comportamento, como redução do stress, higiene do sono, eliminação de hábitos parafuncionais (como por exemplo, ranger de dentes, mastigar lápis ou gelo, cerrar os dentes) e evitar movimentos mandibulares extremos (como por exemplo, abertura excessiva durante o bocejo, escovagem dos dentes e uso do fio dental).⁽²¹⁾

Os tratamentos farmacológicos para DTM são amplamente baseados na opinião de especialistas. Várias classes de medicamentos são usadas para tratar a dor subjacente associada à DTM.⁽²¹⁾ Um estudo realizado por Mujakperuo HR, Watson M, Morrison R, et al. na revista da Cochrane avaliou medicamentos antiinflamatórios não esteroides (AINEs; incluindo salicilatos e inibidores da ciclooxigenase), benzodiazepínicos, agentes

antiepilépticos e relaxantes musculares que incluiu inicialmente 2.285 estudos, 11 dos quais foram incluídos na síntese qualitativa. Os autores encontraram evidências insuficientes para apoiar ou refutar a eficácia de qualquer medicamento para o tratamento da DTM.⁽¹⁵⁾ Por outro lado, há estudos que afirmam que os AINEs são agentes importantes e de primeira linha, normalmente, usados por 10 a 14 dias para o tratamento inicial da dor aguda.⁽²²⁾ Pacientes com suspeita precoce de deslocamento de disco, sinovite e artrite se beneficiam do tratamento precoce com AINEs. Apesar das múltiplas escolhas de AINEs disponíveis, apenas o naproxeno (Naprosyn[®]) provou benefício na redução da dor. Relaxantes musculares podem ser prescritos com AINEs se houver evidência de um componente muscular para TMD. Antidepressivos tricíclicos - mais comumente amitriptilina, desipramina (Norpramina[®]), doxepina e nortriptilina (Pamelor[®]) - são usados para o tratamento da dor crônica da DTM. Os benzodiazepínicos também são usados, mas geralmente são limitados a duas ou quatro semanas na fase inicial do tratamento. Agentes de ação mais longa com propriedades anticonvulsivantes (ou seja, diazepam [Valium[®]], clonazepam [Klonopin[®]], gabapentina [Neurontin[®]]) podem fornecer mais benefícios do que agentes de ação mais curta. Os opioides não são recomendados e, se prescritos, devem ser usados por um curto período em caso de dor intensa para pacientes nos quais as terapias não opostas foram ineficazes. Mesmo com esses parâmetros, os opioides devem ser usados com cautela devido ao potencial de dependência.⁽²³⁾

Os medicamentos que têm eficácia limitada ou nenhuma eficácia para o tratamento da DTM incluem tramadol (Ultram[®]), medicamentos tópicos (por exemplo, capsaicina [Zostrix[®]], lidocaína, diclofenac[®])⁽²⁴⁾ e antidepressivos mais recentes (por exemplo, inibidores seletivos da recaptação da serotonina e inibidores da recaptação da serotoninorepinefrina, monoamina oxidase inibidores).⁽¹⁵⁾

Tem havido um número limitado de estudos que investigam a eficácia da onabotulinumtoxin (Botox) no tratamento de DTM.^(25,26,27) Os primeiros pequenos ensaios clínicos randomizados mostraram resultados promissores para a melhora dos sintomas miofasciais dolorosos.^(27,28,29) No entanto, uma revisão recente da Cochrane (quatro estudos, N = 233) encontraram evidências inconclusivas para apoiar o uso de onabotulinumtoxinA para dor miofascial.^(29,30) Apenas um dos quatro estudos demonstrou benefício com esta modalidade.⁽³⁰⁾

Recentemente, os antidepressivos são usados em diferentes tipos de dores crônicas. Por exemplo, a diminuição da dor é esperada com uma dose baixa de amitriptilina

(Elavil®) 10 mg antes de dormir por algumas semanas. Esta dosagem de 1/10 a 1/20 é devido à sua propriedade antidepressiva. Este medicamento pode ser usado em indivíduos que têm depressão e distúrbios do sono, devido à sua dor crônica, e é eficaz no tratamento de dores de cabeça resultantes de contração muscular e de dores musculoesqueléticas. Ele aumenta o estágio 4 delta (estágio mais profundo do sono) reduz o movimento rápido dos olhos (REM) durante o sono. Eles também podem ser eficazes no tratamento do bruxismo noturno. Numa dosagem entre 10 a 75 mg, são eficazes no tratamento de dores crônicas orofaciais. Os medicamentos antidepressivos devem ser aconselhados por especialistas. As recomendações desses medicamentos são para indivíduos com depressão, não apenas para DTM.⁽³¹⁾

Pacientes que apresentam dor de dente, geralmente, também apresentam dor facial. Assim como ocorre com outras dores referidas, os pacientes ocasionalmente percebem o local de sua dor como a fonte da dor referida e tentam tratar o local em vez da fonte ou causa. Conseqüentemente, um fisioterapeuta pode direcionar o tratamento para DTM quando a verdadeira causa de dor é na verdade um dente. Algumas situações que sugerem que um dente, ao invés de DTM, é a fonte da dor do paciente incluem o paciente relatando que: 1) a dor ocorre ou intensifica ao beber bebidas quentes ou frias, 2) dor latejante ocorre espontaneamente ou 3) dor latejante que desperta o sono (pode haver outras causas para esse sintoma, por exemplo, dor no pescoço e cervical). Em cerca de 3% dos pacientes encaminhados ao dentista, para “DTM”, após exame completo, um dente é encontrado para ser a verdadeira fonte da dor. O dente pode precisar receber terapia de canal radicular ou ser extraído.⁽³²⁾

Outra terapia comumente fornecida pelo Médico Dentista é uma órtese oclusal, também chamada de aparelho dentário, oclusal ou tala. O aparelho ou goteira oclusal pode ser feito para cobrir as superfícies oclusais dos dentes superiores ou inferiores e pode ser fabricado em muitos materiais diferentes, conferindo-lhe uma sensação dura, macia ou intermediária. É geralmente preferido que o aparelho ou goteira oclusal seja usado apenas à noite e, possivelmente, algumas horas durante o dia, quando o paciente ainda não quebrou o hábito da atividade de aperto pesado (por exemplo, ao dirigir um carro). É raro os pacientes estarem dispostos a usar a órtese em público porque geralmente interfere na fala e é pouco atraente.⁽³³⁾

Existem várias teorias sobre as melhores terapias para DTM. Nenhuma dessas teorias é perfeita, mas aquela que parece direcionar melhor os vários pacientes e seus

fatores contribuintes correlaciona as estratégias de tratamento com as variações diárias dos sintomas dos pacientes.^(34,35) Por exemplo, alguns pacientes com DTM acordam com dor de DTM que dura apenas de minutos a horas, sugerindo que fatores noturnos são os contribuintes primários para esses sintomas.⁽³⁶⁾ Outros pacientes com DTM acordam sem sintomas e seus sintomas de DTM se desenvolvem no final do dia, sugerindo que os fatores diurnos são os contribuintes primários para esses sintomas (por exemplo, tensão muscular diurna ou hábitos de aperto). Pacientes com DTM em um terceiro grupo podem relatar que acordam com dor de DTM que nunca passa, sugerindo que fatores noturnos e diurnos estão contribuindo para esses sintomas. Nesse terceiro grupo de pacientes, os pacientes geralmente relatam que os sintomas ao acordar ou durante o dia são piores, sugerindo que há fatores noturnos ou diurnos que contribuem de forma mais significativa para sua sintomatologia.⁽³⁵⁾

Recomenda-se que essas terapias sejam moduladas com a gravidade dos sintomas, conformidade antecipada, habilidades dos profissionais (dentista, fisioterapeuta, psicólogo, etc.), impacto no estilo de vida do paciente (para sintomas e tratamentos) e custo (em termos de preço, tempo, sequelas adversas, etc.). Recomenda-se que os procedimentos menos invasivos sejam usados primeiro e, se isso resolver adequadamente a dor, nenhum outro tratamento é necessário. É apropriado que os pacientes usem órteses oclusais à noite, desde que seja benéfico.⁽³⁵⁾

Além disso, existem distúrbios não-DTM que podem impactar negativamente os sintomas de DTM do paciente, como dor no pescoço, dor generalizada, distúrbios reumáticos, dor sinusal, sono insatisfatório e depressão. A falha em obter uma melhora adequada desses contribuintes não-DTM diminui a probabilidade de os pacientes atingirem uma melhora satisfatória dos sintomas de DTM. Um número significativo de pacientes com DTM tem um componente cervical contribuindo para, ou perpetuando, os sintomas de DTM.⁽³⁷⁾

A cirurgia raramente é necessária para pacientes com DTM. Um estudo que acompanhou mais de 2.000 pacientes com DTM de muitas clínicas descobriu que apenas 2,5% foram submetidos à cirurgia da ATM (1,4% artrocentese, 1,0% artroscopia e 0,1% procedimentos de articulação aberta). Exceto pelas razões óbvias (por exemplo, infecção, fratura ou crescimento neoplástico), existem basicamente três distúrbios de DTM para os quais os pacientes são encaminhados a um cirurgião: 1) inflamação da ATM, 2)

deslocamento agudo do disco da ATM sem redução (fechado-bloqueio), e 3) anquilose da ATM (abertura limitada severa indolor).⁽³⁷⁾

5. Conclusão

- A história clínica é de máxima importância na elaboração de um diagnóstico preciso;
- Devido às causas multifatoriais o tratamento deve ser, numa primeira abordagem, o mais conservador, reversível e não invasivo possível;
- A cirurgia deve estar reservada apenas para casos extremos em que se justifique esta intervenção tão invasiva;
- Conforme pesquisa não existe um consenso quanto a melhor técnica terapêutica e nem o seu real benefício de cada uma delas. O que foi notado é que a predominância dos casos de DTM foi maior no sexo feminino, com queixa de dor, e os principais sinais e sintomas foram: dor, estalo unilateral, travamento, cefaleia, zumbido, tensão emocional, com necessário encaminhamento para atendimento multidisciplinar nas áreas Odontológica, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Psicologia onde cada área aborda a sua real necessidade para que tenhamos uma redução e melhora da dor, porém enfatiza a necessidade da reabilitação das funções orofaciais, aspecto diferencial com relação aos demais tratamentos se isolados;
- Existe uma grande diversidade nos protocolos de tratamento, e cada um deles apresenta um benefício, além disso, os protocolos combinam várias técnicas, como por exemplo, a acupuntura, associada ao uso de placa mio-relaxante, a terapia com exercícios miofuncionais orofaciais, a associação à laserterapia, o uso da placa mio-relaxante associada a Toxina Botulínica, ou associada aos exercícios miofuncionais orofaciais, evidenciando assim um resultado favorável do que o tratamento isolado. Já o Laser não apresentou melhores resultados que o tratamento miofuncional completo.

6. Referências Bibliográficas

1. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. *N Engl J Med.* 2008;359(25):2693-2705.
2. Gonçalves DA, Camparis CM, Speciali JG, et al. Temporomandibular disorders are differentially associated with headache diagnoses: a controlled study. *Clin J Pain.* 2011;27(7): 611-615.
3. Lim PF, Smith S, Bhalang K, et al. Development of temporomandibular disorders is associated with greater bodily pain experience. *Clin J Pain.* 2010;26(2):116-120.
4. Maixner W, Diatchenko L, Dubner R, et al. Orofacial pain prospective evaluation and risk assessment study—the OPPERA study. *J Pain.* 2011; 12(11 suppl):T4-T11.e1-2.
5. Kindler S, Samietz S, Houshmand M, et al. Depressive and anxiety symptoms as risk factors for temporomandibular joint pain: a prospective cohort study in the general population. *J Pain.* 2012;13(12):1188-1197.
6. Hunter A, Kalathingal S. Diagnostic imaging for temporomandibular disorders and orofacial pain. *Dent Clin North Am.* 2013;57(3):405-418.
7. Sanders AE, Maixner W, Nackley AG, et al. Excess risk of temporomandibular disorder associated with cigarette smoking in young adults. *J Pain.* 2012;13(1):21-31.
8. Nascimento MM, Vasconcelos BC, Porto GG, et al. Physical therapy and anesthetic blockage for treating temporomandibular disorders: a clinical trial. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013;18(1):e81-e85.
9. Scrivani SJ, Mehta NR. Temporomandibular disorders in adults. UpToDate. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/temporomandibular-disordersinadults?source=search_result&search=temporomandibular&selectedTitle=1%7E74 (subscription required). Acesso em 10 set. 2020.
10. Okeson JP, de Leeuw R. Differential diagnosis of temporomandibular disorders and other orofacial pain disorders. *Dent Clin North Am.* 2011; 55(1):105-120.
11. Giro G, Policastro VB, Scavassin PM, Leite AR, Mendoza Marin DO, Gonçalves DA, et al. Mandibular kinesiographic pattern of women with chronic TMD after management with educational and self-care therapies: A double-blind, randomized clinical trial. *J Prosthet Dent [Internet].* 2016 [acesso em 09 jan. 2018];116(5):749-55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27236596>. Acesso em 10 set. 2020.
12. Almagro CI, Castro SAM, Matarán PGA, Quesada RJM, Guisado BR, Moreno LC. Temporomandibular joint dysfunction, disability and oral health in a community-

dwelling elderly population. *Nutr Hosp* [Internet]. 2011 [acesso em 30 jan. 2018];26(5):1045. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22072351>. Acesso em: 9 set. 2020.

13. Indresano A, Alpha C. Nonsurgical management of temporomandibular joint disorders. In: Fonseca RJ, Marciani RD, Turvey TA, eds. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 2nd ed. St. Louis, Mo.: Saunders/Elsevier; 2009: 881-897.
14. Hoffmann RG, Kotchen JM, Kotchen TA, et al. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities. *Clin J Pain*. 2011;27(3): 268-274.
15. Mujakperuo HR, Watson M, Morrison R, et al. Pharmacological interventions for pain in patients with temporomandibular disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10):CD004715.
16. Miloro M, Peterson LJ. *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*. 3rd ed. Shelton, Conn.: People's Medical Pub House; 2012.
17. McNeely ML, Armijo Olivo S, Magee DJ. A systematic review of the effectiveness of physical therapy interventions for temporomandibular disorders. *Phys Ther*. 2006;86(5):710-725.
18. Melis M, Di Giosia M, Zawawi KH. Low level laser therapy for the treatment of temporomandibular disorders: a systematic review of the literature. *Cranio*. 2012;30(4):304-312.
19. Cho SH, Whang WW. Acupuncture for temporomandibular disorders: a systematic review. *J Orofac Pain*. 2010;24(2):152-162.
20. La Touche R, Goddard G, De-la-Hoz JL, et al. Acupuncture in the treatment of pain in temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin J Pain*. 2010;26(6): 541-550.
21. Aggarwal VR, Lovell K, Peters S, et al. Psychosocial interventions for the management of chronic orofacial pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(11):CD008456.
22. Hersh EV, Balasubramaniam R, Pinto A. Pharmacologic management of temporomandibular disorders. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2008;20(2):197-210.
23. List T, Axelsson S, Leijon G. Pharmacologic interventions in the treatment of temporomandibular disorders, atypical facial pain, and burning mouth syndrome. A qualitative systematic review. *J Orofac Pain*. 2003; 17(4):301-310.
24. Senye M, Mir CF, Morton S, et al. Topical nonsteroidal anti-inflammatory medications for treatment of temporomandibular joint degenerative pain: a systematic review. *J Orofac Pain*. 2012;26(1):26-32.

-
25. Fallah HM, Currimbhoy S. Use of botulinum toxin A for treatment of myofascial pain and dysfunction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(5): 1243-1245.
 26. Klasser GD, Greene CS. Oral appliances in the management of temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;107(2):212-223.
 27. Castro WH, Gomez RS, Da Silva Oliveira J, et al. Botulinum toxin type A in the management of masseter muscle hypertrophy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63(1):20-24.
 28. Von Lindern JJ, Niederhagen B, Bergé S, et al. Type A botulinum toxin in the treatment of chronic facial pain associated with masticatory hyperactivity. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(7):774-778.
 29. Soares A, Andriolo RB, Atallah AN, et al. Botulinum toxin for myofascial pain syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(7): CD007533.
 30. Bohluli, B, Motamedi, M. H, Bagheri, S. C, Bayat, M, Lassemi, E, Navi, F, & Moharamnejad, N. Use of botulinum toxin A for drug-refractory trigeminal neuralgia: preliminary report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* (2011). Jan;Epub 2010 Jul 31, 111(1), 47-50.
 31. Mortazavi, S. H. Motamedi MHK, Navi F, Pourshahab M, Bayanzadeh SM, Hajmiragha H, Isapour M: Outcomes of management of early temporomandibular joint disorders: How effective is nonsurgical therapy in the long-term? *National J Maxillofac Surg,* (2010).
 32. Wright, E. F. Pulpalgia contributing to temporomandibular disorder-like pain: A literature review and case report. *J Am Dent Assoc.* 2008;139:436-440.
 33. Abdel-Fattah, R. A. *Evaluating and Managing Temporomandibular Injuries*, 3rd ed. Boca Raton, FL: Radiance; 2008.
 34. Orlando, B.; Manfredini, D.; Salvetti, G.; Bosco, M. Evaluation of the effectiveness of biobehavioral therapy in the treatment of temporomandibular disorders: A literature review. *Behav Med.* 2007;33:101-118.
 35. Chen, C. Y, Palla, S.; Erni, S.; Sieber, M.; Gallo, L. M. Nonfunctional tooth contact in healthy controls and patients with myogenous facial pain. *J Orofac Pain.* 2007;21:185-193.
 36. Camparis, C. M.; Siqueira, J. T. Sleep bruxism: Clinical aspects and characteristics in patients with and without chronic orofacial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;101:188-193.
 37. McNeely, M. L.; Armijo Olivo, S.; Magee, D. J. A systematic review of the effectiveness of physical therapy interventions for temporomandibular disorders. *Phys Ther.* 2006;86:710-725.

CAPITULO II – Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

1. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

O estágio de medicina dentária desenvolveu-se em três áreas distintas: Clínica Geral Dentária, Clínica Hospitalar e Saúde Oral Comunitária.

1.1 Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em clínica Geral Dentária decorreu na Clínica Filinto Batista no Instituto Universitário de Ciência da Saúde – Gandra, com uma carga horaria de 5 horas semanais no período de 28 de Setembro de 2018 até dia 14 de Junho de 2019 todas as sextas feiras. O estágio sob a regência da professora Doutora Filomena Salazar, e supervisão do Mestre João Batista. Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se discriminados no Anexo - **Tabela 1.**

1.2 Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar foi realizado no Hospital Da Senhora Da Oliveira de Guimarães no período compreendido entre 21 Setembro de 2018 e 30 de Julho 2019, com uma carga semanal de 5 horas, sob a supervisão do Doutor Professor Fernando Figueira. Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se discriminados no Anexo - **Tabela 2.**

1.3 Estágio em Saúde Oral e Comunitária

O estágio em Saúde Oral Comunitária foi realizado no período de 19 de Setembro de 2018 a 13 de junho de 2019, ás quintas-feiras das 9h às 12h30 no hospital de Santo Tirso, com a supervisão do Professor Doutor José Pedro Novais Carvalho. Este estágio teve como objetivo a promoção da saúde oral em pacientes que frequentam este hospital. Os atos clínicos realizados neste estágio encontram-se discriminados no Anexo - **Tabela 3.**

Foram realizadas, também as seguintes tarefas no Estágio em Saúde Oral Comunitária:

- Projeto de intervenção comunitária na área de saúde oral em um estabelecimento prisional;
- Implementação de um projeto de intervenção comunitária na área de saúde oral no Hospital da Misericórdia;
- Elaboração de um projeto de intervenção comunitária na área de saúde oral;
- Participação na IX Reunião da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria e elaboração de relatório com o tema: “Patologias Sistêmicas com repercussão na cavidade oral. Conhecer e saber como proceder.”
- Participação na IX Reunião da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria e elaboração de relatório com o tema: “Patologia benigna dos tecidos moles em Odontopediatria. Diagnóstico e terapêutica no ambulatório.”
- Participação na IX Reunião da Sociedade Portuguesa de Odontopediatria e elaboração de relatório com o tema: “Patologia Oral Maligna em Odontopediatria. Diagnóstico e o que saber fazer para terapêutica em ambulatório.”

2. Anexos

Tabela 1: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio em Clínica Geral Dentária.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	9	3	12
Exodontia	9	5	14
Periodontologia	9	4	13
Endodontia	1	5	6
Reabilitação	5	-	5

Tabela 2: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio Hospitalar Da Senhora Da Oliveira de Guimarães.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	34	9	43
Exodontia	21	24	45
Periodontologia	14	11	25
Endodontia	-	1	1
Reabilitação	-	1	1

Tabela 3: Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio Hospitalar de Santo Tirso.

Ato clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	4		4
Exodontia	7		7
Periodontologia	4	2	4
Endodontia		1	1
Reabilitação			