

Luxação Temporomandibular e Hipotonia Facial (Fisioterapia e Placa Interoclusal)

Takami Hirono HOTTA*
Angela BATAGLION**
César BATAGLION***
Luiz de Jesus NUNES****
Vanessa Gallo BENASSI*****

SINOPSE: Takami, H. H. et alli. Luxação temporomandibular e hipotonia facial (Fisioterapia e placa interoclusal) O artigo relata um caso clínico de luxação temporomandibular e hipotonia dos músculos faciais do lado direito, após intervenção odontológica, tratado através de fisioterapia (exercícios de coordenação muscular) e placa interoclusal.

UNITERMOS: Luxação temporomandibular; hipotonia muscular; placa interoclusal; Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

Luxação Temporomandibular caracteriza-se pelo afastamento exagerado do côndilo de sua cavidade glenóide, quando sujeito a esforços que ultrapassem seu limite fisiológico¹, sendo que o paciente permanece travado na posição de abertura máxima² impossibilitado de executar qualquer função que envolva a movimentação da mandíbula como a fala, mastigação e deglutição¹.

A redução desse deslocamento é feita pelo profissional através de técnicas manipulativas e por vezes, com o auxílio de anestésias locais^{1, 8}.

Segundo Hankey³, uma disfunção articular pode ser resultante, além de outros fatores, de lesões traumáticas como acidentes, extrações dentais ou mesmo, de procedimentos odontológicos restauradores em que o paciente necessita ficar com a boca aberta por tempo

prolongado. Os efeitos podem ser transitórios ou permanentes originando sintomas articulares crônicos⁶.

Há de se considerar o fator anatômico visto que uma articulação temporomandibular, com características de eminência articular com declive posterior curto e inclinado seguido de um declive anterior mais longo, tem mais tendência a subluxação⁷.

O presente artigo faz referência a um caso clínico de luxação temporomandibular durante tratamento odontológico, seguido de hipotonia dos músculos faciais após efeito da anestesia do nervo alveolar inferior.

PROPOSIÇÃO

A proposta deste trabalho é a de relatar a aplicabilidade da Placa Interoclusal e da Fisioterapia num caso em que estão presentes a dor, episódio de travamento mandibular aberto e hipotonia dos músculos da face.

HISTÓRIA RELATADA

Em 23 de outubro de 1992, a paciente recebeu tratamento odontológico restaurador permanecendo, forçadamente, através de ar-

tifício mecânico, com a boca aberta por tempo prolongado. Solicitada a fechar a boca já não o conseguia fazer sozinha, ficando nessa posição por uns três minutos quando então, através de técnica manipulativa, o profissional que a atendia reduziu o deslocamento, porém as dores articulares e musculares mantiveram-se presentes.

No dia seguinte, sentia-se ainda como que sob o efeito da anestesia local (nervo alveolar inferior) e percebeu alteração nos movimentos da pálpebra e lacrimejamento do olho direito, e a movimentação dos lábios era executada de forma assimétrica. (Fig. 1).

EXAMES CLÍNICOS ODONTOLÓGICO E FISIOTERÁPICO

Apresentava boas condições de higienização bucal e saúde dos tecidos moles e duros.

Clinicamente, estavam ausentes os terceiros molares e o primeiro molar inferior direito (46) e, através de exame radiográfico verificou-se que o mesmo havia sido extraído recentemente, e que os terceiros molares estavam inclusos.

Alguns dentes (11, 31, 32, 33, 41, 42, 43, 44) apresentavam facetas de desgastes o que reforçava

* Cirurgião-dentista do Serviço de Oclusão e Distúrbios da Articulação Temporomandibular da FORP - USP.

** Fisioterapeuta estagiária do Serviço de Oclusão e Distúrbios da Articulação Temporomandibular da FORP - USP.

*** Professor Assistente da Disciplina de Oclusão da FORP - USP.

**** Professor Titular da Disciplina de Oclusão da FORP - USP.

***** Acadêmica do Curso de Odontologia da UNAERP.

o relato de rangimento e apertamento dental.

Foram feitas mensurações das excursões mandibulares obtendo-se as seguintes medidas: Abertura bucal = 52 mm, Overbite = 2 mm, Ovejert = 2 mm, Lateralidade direita = 12 mm, Lateralidade esquerda = 9 mm, Protrusão = 3 mm, (Fig. 2)

Observou-se desvio no trajeto da abertura bucal e "salto" dos côndilos para frente para atingir a extensão máxima do movimento. Durante essa movimentação procedeu-se à palpação verificando sensibilidade dolorosa a nível de articulações temporomandibulares e nos músculos masseter e pterigoideos do lado direito.

Toda hemi-face, desse mesmo lado, apresentava-se com hipotonia muscular, portanto, o padrão de movimentação dos músculos estava alterado e a paciente não executava, simetricamente, os movimentos solicitados pela profissional.

A fisioterapeuta também constatou hipotonia através de palpação muscular e os testes de coordenação da musculatura facial indicaram assimetria dos movimentos nas duas hemi-faces com desvio,

principalmente dos movimentos labiais, para o lado esquerdo. Os movimentos faciais eram realizados lentamente e alcançavam sua excursão final mediante fadiga muscular.

Foi constatado também que a paciente sentia "fisgadas" na face, principalmente no músculo orbicular do olho, do lado direito. Estes sinais e sintomas acrescidos das alterações nos movimentos da pálpebra e presença de lacrimejamento citados pela paciente na anamnese, segundo Cash², caracterizam o quadro de Paralisia Facial. De modo que a hipótese diagnóstica recaiu sobre paralisia facial após anestesia dentária, possivelmente por variação anatômica.

FISIOTERAPIA

Após avaliação fisioterápica foi instituído um "programa de exercícios de coordenação para a musculatura facial" (Vide tabela 1) realizado na presença da profissional e



Figura 1 - Alteração dos movimentos do olho direito e lábios

orientado a ser realizado pela paciente em seu domicílio, (Fig. 3). Reavaliações e novas orientações também ocorreram semanalmente.

Inicialmente, cada exercício era realizado numa série de 10 repetições, uma vez por dia, todos os dias. Com o decorrer do tratamento, na medida que cedia a fadiga muscular, este programa se intensificava chegando, ao final do tratamento, a 30 repetições por exercício, 2 vezes ao dia. Como parâmetro, foi utilizada a tolerância da paciente aos exercícios².

Tabela 1 - Exercícios de Coordenação facial¹².

1. Elevação das sobrancelhas.
2. Depressão das sobrancelhas
3. Abertura das pálpebras.
4. Fechamento das pálpebras.
5. Fechamento e protrusão labial
6. Estiramento labial
7. Contração do músculo bucinador.



Figura 2 - Mensuração da abertura bucal



Figura 3 - Exercício de fechamento e protração labial

TERAPIA COM PLACA INTEROCLUSAL

Introduziu-se a placa interoclusal, modelo de Michigan¹⁰, após cinco sessões de fisioterapia. (Fig. 4)

Foram feitos ajustes internos na placa para que a inserção fosse completada, não possibilitando movimentos de bascula produzidos quando os dentes opostos se contactavam com ela⁴.

Primeiramente, a placa foi ajustada em uma posição de relação cêntrica, prosseguindo com ajustes em lateralidade direita e esquerda e em movimentos de protração.

A paciente recebeu instruções sobre higienização oral, limpeza e cuidados com a placa e, a princípio, foi estipulado que o seu uso fosse pelo máximo de tempo possível.

As consultas seguintes ocorreram semanalmente, seguindo os mesmos procedimentos anteriores acrescidos de reavaliações comparativas.

RESULTADOS

Após uma semana de instalação do programa de exercícios a paciente relatou melhora nos movimentos labiais e oculares, sendo que

melhora considerável do tônus muscular facial ocorreu com quinze dias de tratamento, e a normalização após um mês do início do tratamento. Ao final desse período, a paciente relatou não sentir mais as "fisgadas", porém se mantinha a dor muscular a nível de músculos pterigoideos. Os movimentos faciais apresentavam-se simétricos e coordenados.

Posteriormente, segundo a paciente, na primeira semana com a placa miorelaxante, percebeu que não sentia mais dores musculares (pterigoideos e masseter direito), e nem dores e ruídos articulares, porém só conseguiu fazer uso noturno dela a partir da segunda semana.

Paralelamente a esse tratamento (placa e fisioterapia), continuou a fazer as restaurações dentais sem no entanto, ter travamentos mandibulares abertos e nem sintomas dolorosos.

DISCUSSÃO

Para muitos pacientes, o simples fato de ter que adentrar no consultório odontológico caracteriza uma situação estressante, e é de atribuição do profissional perceber e entender o problema conduzindo da melhor maneira possível a consulta.

O saber ouvir a história do paciente auxilia no futuro diagnóstico da desordem visto que, essa postura estimula o relato minucioso e também, conforta emocionalmente quem está falando.

Outro ponto que consideramos importante é o esclarecimento do paciente sobre a sua condição, eliminando pensamentos errôneos que induzem ao medo e a ansiedade, e direcionando-os para causas reais. Quando o medo e a ansiedade são reduzidos, geralmente, observa-se uma notável melhora da percepção do paciente sobre sua condição e as respostas ao tratamento⁵.

Inicialmente, a paciente foi



Figura 4 - Placa interoclusal em posição

introduzida na fisioterapia pela necessidade de se trabalhar os músculos da face que estavam hipotônicos comprometendo os movimentos faciais e a estética, e esses aspectos poderiam repercutir, emocionalmente, de forma negativa acentuando os sintomas dolorosos, além do que nessa fase, seria inadequado dar início a outras modalidades terapêuticas porque a posição e o movimento mandibular estavam alterados e a relação dos fatores oclusais como parte da causa do problema, não seria corretamente definida.

Pelas medidas iniciais pudemos verificar que não havia limitação dos movimentos, apenas uma diminuição na extensão da lateralidade esquerda em relação à direita (LD = 12 e LE = 9) provavelmente, ainda subsequente a hipotonia facial do lado direito acrescida da presença de processo algico a nível do complexo pterigoideo. Sabe-se que o processo algico relaciona-se com a alteração do tônus muscular e pode promover uma limitação dos movimentos mandibulares⁸. Além de que esses movimentos mandibulares só ocorrem funcionalmente, devido a uma sincronicidade da musculatura que deve apresentar-se com tônus muscular fisiológico. Os movimentos de lateralidade esquerda da mandíbula, são realizados às custas da contração principalmente, dos pterigóideos lateral e medial contralaterais⁹. No caso, o trabalho muscular da hemiface direita que estava comprometida em tonicidade e condições sensitivas, inclusive o complexo pterigoideo alterou a excursão do movimento lateral esquerdo.

Próximo à abertura bucal máxima, foi possível observar um "salto" dos côndilos para frente e

ligeira depressão atrás deles, fato que nos induziu a pensar em subluxação temporomandibular, visto que a abertura inicial foi de 52 mm acrescida de 2 mm de trespassse vertical totalizando 54 mm que é uma medida considerável principalmente, sendo a paciente do sexo feminino e com quadro sintomatológico presente.

O travamento mandibular aberto ocorreu durante o tratamento odontológico quando a paciente manteve a boca aberta, por tempo prolongado, ocorrendo superestiramento dos músculos e conseqüentes dores, porém, há de se salientar que na anamnese constou-se que houveram, anteriormente a esse episódio, ameaças de travamento simplesmente, ao bocejar e, segundo Solberg¹¹, o deslocamento na abertura bucal representa uma tendência a hiper mobilidade da ATM. Lembramos também que os hábitos parafuncionais são atividades que alteram os padrões neuromusculares e, integrando os exames clínico e radiográfico aos dados relatados, presume-se que a paciente já apresentasse as condições predisponentes acrescidas do incidente traumático.

Segundo SANTOS Jr.¹⁰, a placa modelo de Michigan é de grande valia no tratamento de várias disfunções, inclusive das subluxações temporomandibulares. Através dela obteve-se uma oclusão isenta de interferências oclusais nocivas e com contatos dentais ideais, reduzindo ou eliminando a atividade muscular anormal e também, estabilizando e melhorando as funções das articulações temporomandibulares. Cabe lembrar que também promoveu proteção das estruturas dentais contra atrito e cargas traumáticas adversas, visto que a paciente executava

hábitos como apertamento e rangimento dental, quando sujeita a situações de tensão.

O diagnóstico de Paralisia facial após anestesia dentária se manteve hipotético, porém o prognóstico do tratamento fisioterápico específico para o quadro de paralisia facial foi satisfatório, visto que se atingiu a recuperação da coordenação muscular com normalização funcional após um mês de tratamento. Em muitos casos a recuperação se inicia após 2 a 3 semanas e completa-se até a sexta semana de fisioterapia².

O programa de exercícios estabelecido propiciou melhores condições musculares para a instalação da placa oclusal. Nenhuma medida fisioterápica foi direcionada a articulação temporomandibular e também, não foram inseridos exercícios mandibulares no programa de tratamento. Todos os procedimentos relacionados a luxação temporomandibular foram de caráter odontológico. Desta forma, a fisioterapia se enquadrou realmente, como uma terapia de suporte importante na evolução satisfatória do quadro clínico.

CONCLUSÕES

A terapêutica aplicada ao caso propiciou resultados satisfatórios como o restabelecimento da tonicidade dos músculos faciais, movimentos mandibulares harmônicos e simétricos, eliminação dos sintomas dolorosos miofaciais e articulares e, após a instituição dessa terapêutica não mais ocorreram episódios de travamento mandibular aberto, portanto, acreditamos na eficácia dos métodos utilizados para esse caso, especificamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - CARVALHO, J. C. M.; DIAS, R. B. E.; ANDRÉ, M.; & MIRACCA, R. - Considerações gerais sobre luxação da articulação temporomandibular. *Odonto - caderno documento*, v. 1, n. 4, p. 123-127
- 02 - CASH, J. E. - Neurologia para fisioterapeutas. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1982, cap. 19, p. 288-304; Neuritis
- 03 - HANKEY, G. T. - Temporomandibular arthrosis. An analysis of 150 cases. In: Molina, O. F. - *Fisiopatologia Craniomandibular - Oclusão e ATM*. São Paulo, Pancast Editora, 1989, cap. 5, p. 183-231; Disfunção da ATM.
- 04 - MOHL, N. D.; ZARB, G. A.; CARLSSON, G. E. & RUGH, J. D. - Fundamentos de Oclusão. Trad. Milton Edson Miranda. Rio de Janeiro, Quitessence Editora, 1989, cap. 20, p. 305-315.: Terapia com placas oclusais.
- 05 - MOHL, N. D.; ZARB, G. A.; CARLSSON, G. E. & RUGH, J. D. - Fundamentos de oclusão. Trad. Milton Edson Miranda. Rio de Janeiro, Quitessence Editora, 1989, cap. 23, p. 369-379; Terapia Comportamentalista.
- 06 - MORGAN, D. G.; HALL, W. P.; & VAMVAS, V. J. - Enfermedades del aparato temporomandibular - un enfoque multidisciplinario. Trad. Marina Gonzales de Grandi. Buenos Aires, Editorial Mundi, 1979, cap. 13, p. 200-208: Diagnóstico diferencial de las lesiones de la ATM.
- 07 - OKESON, J. P. - Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares. Trad. Milton Edson Miranda. 2ª Edição. Artes Médicas. 1992, cap. 10, p. 220-242; Diagnóstico das desordens temporomandibulares.
- 08 - OKESON, J. P. - Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares. Trad. Milton Edson Miranda. 2ª Edição. Artes Médicas. 1992, cap. 12, p. 266-298; Tratamento das desordens dos músculos mastigatórios.
- 09 - SANTOS, JR., J. - Oclusão - Tratamento da Sintomatologia Craniomandibular. São Paulo, Pancast Editora, 1987, cap. 1, p. 061-88: Anatomofisiologia do aparelho mastigatório.
- 10 - SANTOS JR., J. - Oclusão Tratamento da Sintomatologia Craniomandibular. São Paulo, Pancast Editora, 1987, cap. 7, p. 157-189; Férulas oclusais (Placa de mordida)
- 11 - SOLBERG, W. K. - Disfunções e desordens temporomandibulares. Trad. Wilma Simões Gomes. 2ª Edição. São Paulo, Editora Santos, 1989, cap. 3, p. 43-57: Importância clínica das modificações da ATM.
- 12 - VOSS, D. E. - Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva, São Paulo, Medicina Panamericana Editora, 1987, cap. 3, p. 331-343; Estimulo das Funções Vitais e Relacionadas.