

O USO DA TERAPIA MANUAL NO TRATAMENTO DA DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR

Adriana Brondani Pagliarin Silva¹

Luana Farias dos Santos²

Thais Nogueira de Oliveira Martins³

Camila Baldissera⁴

Maria Amélia Carmona Fontequê⁵

Resumo:

RESUMO: A Articulação Temporomandibular (ATM) faz parte do sistema Estomatognático e é responsável por desenvolver funções comuns, tais como: mastigar, falar, bocejar e ouvir. Alterações nessa articulação gera a Desordem Temporomandibular (DTM), a qual tem características incômodas como a insônia, o estresse, a dor, a má postura, etc. Por se acreditar que a diminuição na amplitude da abertura e a lateralização bucal são associadas à compressão capsular, optou-se por aplicar e testar a eficácia de uma técnica de terapia manual, conhecida como: Manobra de Descompressão Capsular, bem como, analisar se essa técnica é capaz de gerar o aumento da amplitude na abertura bucal e, conseqüentemente, proporcionar o alívio da dor, a melhora da postura e a melhora dos hábitos diários como: comer, bocejar e falar. **METODOLOGIA:** Participaram do estudo 10 voluntários de ambos os sexos, escolhidos de forma aleatória e por conveniência; com idades entre 30 e 45 anos, com queixas de dor, crepitações e limitação da abertura bucal na ATM. No estudo, todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo após submetidos a uma avaliação via Questionário Auto- Explicativo, a classificação de sua dor através da Escala Análoga Visual e então a avaliação da ATM baseado nos guidelines para Desordem Temporomandibular. Todas estas avaliações foram repetidas na primeira, quinta e décima sessões e comparadas entre si. Em respostas a Escala Análoga Visual observou-se uma diferença extremamente significativa com p

Palavras-chave: Articulação Temporomandibular; Desordem Temporomandibular, Amplitude de Movimento Articular; Terapia Manual.

Modalidade de Participação: Pesquisador

O USO DA TERAPIA MANUAL NO TRATAMENTO DA DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR

¹ Aluno de pós-graduação. osteoepilates@gmail.com. Autor principal

² Aluno de pós-graduação. fisioluana7@gmail.com. Co-autor

³ Outro. thais.nogueiramartins@gmail.com. Co-autor

⁴ Aluno de pós-graduação. vinicius.mpiveta@gmail.com. Co-autor

⁵ Docente. salutemsm@gmail.com. Co-orientador



O USO DA TERAPIA MANUAL NO TRATAMENTO DA DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR

THE USE OF MANUAL THERAPY IN THE TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDER

INTRODUÇÃO

O sistema Estomatognático (SE) é um conjunto de estruturas bucais, que desenvolvem funções comuns como mastigar, falar, bocejar e ouvir. A Articulação Temporomandibular (ATM), faz parte deste sistema formando o sistema crânio-cervico-mandibular, que se relaciona diretamente com a coluna vertebral^{2,4,6}.

As jornadas de trabalho intensas, a insônia, o estresse e a má postura provocam alterações e comprometimentos no bom funcionamento da ATM. Fatos estes, que ao longo do tempo geram consequências como a desordem Temporomandibular (DTM)⁵. Descrita como o conjunto de disfunções, marcadas por dor na região pre-articular e músculos mastigatórios, além de desvios na amplitude de movimento e ruídos na ATM². Este quadro também compreende alterações na fala, bruxismo e mastigação inadequada; envolvendo os músculos mastigatórios da cabeça e pescoço. Os sinais e sintomas da coluna cervical são mais reconhecidos como perpetuadores do que predisponentes o que provavelmente possibilita o surgimento da DTM antes da disfunção cervical¹.

Em buscas por artigos, nos sites BIREME, SCIELO e EBSCO HOST, se observou que pesquisas sobre o tratamento de Desordens Temporomandibulares (DTM) envolvendo a Fisioterapia ainda possui produção pouco considerável, em comparação com as outras áreas, como a fonoaudiologia e a odontologia. Diante disto, se questiona: a manobra de descompressão articular, técnica da Terapia Manual, aplicada por fisioterapeutas, pode gerar alívio da dor na ATM? Sabendo que, a descompressão articular proporciona o aumento no espaço discal, diminuindo as dores e as creptações. Desta forma, o objetivo do estudo, foi aplicar a manobra de Descompressão Capsular em casos de DTM, e observar se ocorre o alívio da dor, em poucas sessões.

METODOLOGIA

Após o estudo piloto demonstrar resultado em duas sessões, no aumento da ADM bucal de 2,8 cm para 4,3 cm, em um caso com diagnóstico de DMT; foi realizado o cálculo amostral que resultou em um número de 10 voluntários, com desvio padrão de 4,01 e, aceitando um erro máximo da estimativa de 3, com nível de significância e poder estatístico respectivamente 5% e 95%. Para o cálculo amostral foi utilizado o programa Pepi, versão 4.0.

Os voluntários do estudo, de ambos os gêneros, com faixa etária entre 30 e 45 anos, foram selecionados de forma aleatória e por conveniência; os que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sabendo que suas exposições físicas permanecerão em sigilo, sem riscos ou danos à sua saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e registrado na Plataforma Brasil com protocolo/CAAE nº07534112.60000.5539. Foram aplicadas

dez sessões, sendo duas/semana, com duração de cinquenta minutos; no consultório da pesquisadora, sem custo para os voluntários.

Primeiramente, todos os voluntários responderam aos questionários Autoexplicativo sobre ATM e Escala Análoga Visual; na sequência, foram avaliados conforme as recomendações das diretrizes da Academia Americana de Dor Orofacial (2008) e “Research Diagnostic Criteria” (RDCTMD, 1992), as quais são os guilines para a DTM. Em um segundo momento, foi realizada a medida da abertura da boca e lateralização da mandíbula com auxílio do *Paquímetro*. Aqueles que, apresentaram queixas de dor na abertura bucal e lateralização da mandíbula, tendo dificuldades nos hábitos de vida diárias como: mastigar, bocejar, alimentar-se e higiene pessoal, além de insônia durante as horas de sono, foram incluídos no estudo, com diagnóstico fisioterapêutico de DTM.

Os questionários e a avaliação física foram repetidos na quinta e décima sessões. Em todas as sessões foram, usadas luvas descartáveis da marca *Supermax* e máscara de proteção para o profissional, o qual, foi sempre o mesmo. Em um terceiro momento, foi aplicada a Manobra de Descompressão Capsular da ATM, a qual se dividiu em três regiões: a posterior, a lateral e a medial. Quanto ao posicionamento das mãos do terapeuta, os polegares ficam sobre os dentes do paciente e, empurram a mandíbula para cima e para baixo. Na lateralidade o polegar roda para fora da boca do paciente enquanto que a mandíbula roda medialmente. Já na posição medial, o polegar do terapeuta se posiciona sobre a arcada dentária inferior e a mão contralateral sobre a testa do paciente, tentando aproximar os côndilos laterais.

Após todas as sessões realizadas, os dados coletados passaram pela normalização pelo teste Shapiro-Wilks, com estatística descritiva para dados paramétricos. Foi usada análise inferencial para comparar os resultados entre a 1ª, 5ª, e 10ª. Sessões e ANOVA de uma via, com o post-hoc de Tukey além do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 19. Observando-se uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Os resultados demonstraram aumento extremamente significativa com $p < 0,001$, na abertura bucal (ADM) entre a 1ª e a 10ª sessões, demonstrando evolução entre a 1ª e 5ª sessão, com aumento de 5%. A lateralização da mandíbula para a esquerda e para a direita, não apresentam grandes diferenças estatísticas, ao longo do tratamento. No entanto, a lateralização para a esquerda apresentou maior eficiência entre os voluntários, nas três etapas do tratamento. Em relação a EAV, se observou uma diferença extremamente significativa entre a 1ª e a 5ª sessões.

Tabela 2: Amplitude de movimento e escala visual analógica da articulação temporo mandibular dos participantes com comprometimento na capsula da articulação temporo mandibular

Variáveis	1 sessão	5 sessão	10 sessão	Valor de p
Abertura Bucal	24,40 (4,01) ^a	28 (2,83) ^b	34 (2,75) ^c	0,000*
Lateralização Esquerda	12,60 (2,92)	13,30 (2,58)	13,10 (1,91)	0,814
Lateralização Direita	12 (2,67)	13 (2,54)	12,90 (2,92)	0,667
Escala Visual Analógica	5,20 (2,04) ^d	3 (2) ^e	0,90 (1,45) ^f	0,000*

Legenda: valores expressos em média e desvio padrão.

Para calcular o valor de p foi utilizado Anova

^a e ^b = Medidas que diferem estatisticamente entre si pelo teste de Tukey ($\alpha=5\%$)

^c = Medida que difere com extrema significância com ^a e ^b pelo teste de Tukey ($\alpha=5\%$)

^d e ^e = Medidas que diferem estatisticamente entre si pelo teste de Tukey ($\alpha=5\%$)

^f = Medida que difere com extrema significância de ^a e com ^e pelo teste de Tukey ($\alpha=5\%$)

* Valor de p extremamente significativo ($p < 0,001$)

Quando comparado as respostas do questionário Auto Explicativo, sobre a ATM, com as respostas algicas, após a aplicação da manobra de descompressão

articular, na 1º, 5º e 10º se percebeu que, no início do tratamento 60% dos voluntários relataram dor, dificuldades ou ambas ao abrir a boca (questão 1). Rigidez e cansaço maxilar, com/sem apertamento dentário com regularidade (questão 5) e, ainda cefaleia, dores no pescoço e/ou dentes com frequência (questão 7). Na 5º sessão, os resultados se inverteram, isto é, 60% dos voluntários apresentaram melhora em todas as queixas acima citadas e, na 10º sessão 100% deles já não relatavam dor ou dificuldades ao abrir a boca, nem mesmo cefaleia, dores no pescoço e/ou dentes. No entanto, 80% relataram alívio no apertamento dentário e cansaço nos maxilares com regularidade.

Todos os voluntários (100%) no início do tratamento relataram dificuldades e dor ao mastigar, falar ou usar seus maxilares (questão 3) e 70% destes apresentaram ruídos na articulação durante a abertura bucal (questão 4). Na questão 6, 90% dos voluntários relataram dor nas ou ao redor das orelhas, têmporas ou bochechas. Após cinco sessões 80% relataram alívio e, após dez sessões, 100% referiram alívio, nestas mesmas regiões. Os ruídos nos maxilares diminuíram 50% após cinco sessões e 80% após dez sessões. As dificuldades, dor ou ambas ao mastigar permaneceram em 80% dos voluntários após cinco sessões; no entanto, após dez sessões, apenas 10% ainda relataram dificuldades ao mastigar.

Quando questionados se a mandíbula ficava presa, travada ou saía do lugar (questão 2), 50% dos voluntários relataram queixas e, após cinco sessões, diminuiu para 30% e, após dez sessões nenhum voluntário apresentou queixas (0%).

No início do tratamento nenhum voluntário havia sofrido trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares (questão 8); porém, ao longo das sessões, um voluntário (10%) sofreu acidente automobilístico sem sequelas graves, o que possibilitou ao mesmo continuar o tratamento e permitiu que a pesquisa fosse finalizada com o mesmo número de voluntários que iniciou.

Através do questionário autoexplicativo, foi observado que nenhum voluntário havia realizado qualquer tratamento fisioterapêutico para a ATM antes do estudo, mas todos relataram ter seguido corretamente as instruções de cuidados em casa (questão 10). Em relação às alterações recentes na mordida, no início do tratamento 70% dos voluntários apresentaram queixas, mas ao final do tratamento 100% destes tiveram melhora; em contrapartida, até a quinta sessão 60% dos voluntários ainda permaneciam com alterações na mordida (questão 9).

Diante destes resultados, foi possível observar, que a dor na ATM foi o principal motivo que instigou os voluntários a participarem do estudo, e não o desconforto e estalidos ao abrir e fechar a boca, as dificuldades para bocejar, comer e realizar hábitos de higiene diária, ou ainda a insônia. Além disso, destacam-se as cefaleias, decorrentes da dor na ATM, como uma das dores mais relatadas no início do tratamento (60%) (questão 7), pelos voluntários, comparadas com as dores no pescoço e nos dentes (30% e 40% respectivamente). A região das têmporas (questão 6) também apresentaram maior índice de queixas entre os voluntários (80%), comparadas com as dores nas orelhas (20%) e dores nas bochechas (60%).

DISCUSSÃO

Santos et. al (2006), realizaram um estudo com o mesmo enfoque que esta sendo descrito, em 45.711 famílias sobre suas queixas álgicas envolvendo o Sistema Estomatognático. Como conclusão, foi percebido que 22% da população, em geral, já experimentaram, no mínimo, um dos cinco tipos de dor orofacial nos últimos seis meses. Sendo a dor de dente (12,2%), seguida por dor na articulação

Temporomandibulares (5,3%) e, por último, a dor na face ou bochecha (1,4%) as mais relatadas. A dor é o principal fator que motiva os pacientes a procurarem tratamento de saúde, sendo a dor de cabeça uma das queixas mais comumente encontradas pelos profissionais³, resultado este, que veio ao encontro com este estudo.

Uma pesquisa de Louis Harris, descrita por Friction et. al (2003) constatou que adultos que trabalham durante um período integral faltam mais ao trabalho por causa de dor na cabeça e face do que por dor em outras áreas. Além disto, esta pesquisa relata que dores de cabeça e na face têm relação com atividades diárias como comer, escovar os dentes, bocejar, conversar e ouvir, além de formar base da aparência, autoestima e expressão. Para este autor, a dor de origem orofacial pode afetar profundamente um indivíduo⁵.

As creptações são queixas comuns entre os pacientes com diagnóstico de DTM^{1,4,6} e também em pacientes com desconforto na ATM mesmo sem diagnóstico patológico da mesma. Comparando estes dados com este estudo, percebeu-se que as creptações foram queixas comuns entre os voluntários e que com a aplicação da Manobra de Descompressão Capsular, nas dez sessões, as creptações apresentaram uma diminuição significativa, mas não total (80%), bem como o alívio algíco e o aumento da amplitude bucal.

É de suma importância destacar que quando as creptações e outras queixas associadas ou não a articulação temporomandibular, não pioram ou não se tornam socialmente incomodas as pessoas, com este tipo de queixa, não buscam tratamento^{3,4,6}. Muitas vezes as creptações, as cefaleias, dores ao abrir e fechar a boca, dores ao redor das orelhas, em fundo de olho e até mesmo na coluna cervical são facilmente confundidos pelas pessoas, com estas queixas e, também pelos profissionais da saúde, como dores locais; pois muitos tratamentos são realizados sem a multidisciplinaridade.

CONCLUSÃO

A Manobra de Descompressão Capsular mostrou-se eficiente, mesmo com um pequeno número de voluntários sem diagnóstico de Desordem Temporomandibular, proporcionando aumento na amplitude bucal da articulação temporomandibular e secundariamente alívio algíco, diminuição das creptações e uma melhor postura. Em consequente, conclui-se que esta manobra é eficiente na descompressão da capsula articular da articulação temporomandibular.

Desta forma, acredita-se que a fisioterapia, usando técnicas de terapia manual no tratamento da desordem temporomandibular, pode mostrar muita eficiência, como demonstrou este estudo, usando apenas uma técnica: descompressão articular. Porém se a atuação conjunta da fisioterapia, fonoaudiologia e odontologia fossem mais frequentes, mais estudos e resultados positivos poderiam ser alcançados.

REFERENCIAS

- 1- Bevilaqua-Gross D, et al. Proposta de um Ficha de Avaliação para Desordem Crânio-Mandibular a partir de uma Ficha de Avaliação dos Pacientes Atendidos na Clínica de Fisioterapia da UNIMEP. Rev. FISIOT UNIV. 2001 JAN/JUL1; 8: 30-39.

- 2- Carneiro, Carolina da Fonte Porto. Desordens Temporomandibulares: A importância do diagnóstico Fonoaudiológico. [Monografia conclusão Especialização: CEFAC] [Centro de Estudos em Fonoaudiologia Clínica Motricidade Oral Recife]: http://biblioteca.universia.net/html_bura/verColeccion/params/id/721.html; 2001.
- 3- Friction JR; Dubner R. Dor Orofacial e Desordens Temporomandibulares. [Livro] [CAPITULO 1: Epidemiologia das Desordens Temporomandibulares. Friction JR, Schiffman EL; CAPITULO 11: Mensurando o resultado do tratamento para Desordens Temporomandibulares. Friction JR] São Paulo: Santos, 539 p. 2003.
- 4- Hiatt JL, Gartner LP. Anatomia Cabeça e Pescoço. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan; 2011. 203 -210.
- 5- Junqueira, P.S – A Importância do Trabalho Fonoaudiológico Integrado a Dentistas e Psicólogos nas Disfunções da Articulação Temporomandibulares. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1990.
- 6- Santos ACE, Bertoz AF, Pignatta BML, et al. Avaliação Clínica de Sinais e Sintomas da Disfunção Temporomandibular em Crianças. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2006;11(2):29-34