

Caso clínico: DTM articular

Profa. Ana Cristina Lotaif.
São Paulo, SP
<http://www.clinicaacl.com>



Descrição:

Paciente BXM, sexo feminino, 25 anos, advogada, apresentou-se para exame com queixa de “dificuldade de abrir a boca” (sic) repentinamente há uns 35 dias.

História da Doença Atual:

A paciente relata ter apresentado episódios semelhantes de travamento fechado há 1 ano, com resolução espontânea, e há seis meses, onde fez uso de antiinflamatório não esteroideal (AINE) por 3 dias e placa de mordida por 1 mês.

Durante este período, ela continuou a apresentar episódios de travamento da boca ao despertar pela manhã, também acompanhados de dor, mas que se resolviam espontaneamente em duas ou três horas. Posteriormente, percebeu o aparecimento de um “estalo” na frente do ouvido direito quando movimentava a mandíbula, porém assintomático.

A paciente relata que há aproximadamente 1 mês e meio não utiliza a placa de mordida. No último episódio de travamento fez uso de um AINE sem nenhuma melhora da dor ou da abertura da boca. Consultou um novo C.D. que solicitou exame tomográfico das ATM, fez aplicações de laser e o ajuste oclusal de um dente, também sem alcançar uma melhora significativa da sua queixa. Neste momento foi indicada a avaliação por um especialista em Disfunção Têmporo-Mandibular e Dor Orofacial (Dra. Ana Cristina Lotaif).

História Médica – Familiar – Social: sem histórico de problemas de saúde relevantes, atualmente estudando de 14 a 16 horas por dia.

Exame Clínico:

Músculos mastigatórios, cervicais anteriores e posteriores, e cintura escapular: não relatou dor durante as manobras de palpação ou manipulação.

ATM: o exame das Articulações Têmporo-Mandibulares revelou a ausência de ruídos bilateralmente. Ausência de dor nas ATM direita e esquerda durante palpação lateral e

dorsal à cápsula articular. Presença de dor moderada na ATM direita ao morder um abaixador de língua do mesmo lado e do lado oposto na região dos molares. Presença de dor severa ao se manipular a ATM direita em direção posterior.

Intra-oral: A mucosa intra-oral apresenta-se dentro dos limites de normalidade.

Avaliação oclusal: classe I de Angle, sobressaliência de 2 mm e sobremordida de 4 mm, presença de contatos oclusais bilaterais simultâneos, com poucos sinais de desgaste dentário.

Movimentos Mandibulares: Abertura bucal ativa sem dor = 22 mm (Figura 1) e com dor na ATM direita = 35 mm, passiva com dor na ATM direita = 37 mm. Deflexão para o lado direito durante o movimento de abertura (Figura 2). Desvio para o lado direito durante o movimento protrusivo, limitação no movimento lateral esquerdo, sem limitação para o lado direito.

Exame Complementar:

Tomografia das ATM: dentro dos limites de normalidade anatômica (cortical e medular), apresentando diminuição do movimento de translação condilar bilateralmente.

Hipótese Diagnóstica: *(segundo os critérios diagnósticos propostos pela Academia Americana de Dor Orofacial – AAOP 4th edition 2008)*

1) **Deslocamento do Disco sem Redução** ATM direita (*IHS 11.7.1.2; ICD-9 524.63*)

2) **Capsulite / Sinovite** ATM direita (*IHS 11.7.1.3.1; ICD-9 524.62 ou 726.90 ou 716.98*)

Tratamento:

O tratamento consistiu de procedimentos realizados no consultório na primeira visita destinados a mobilizar a mandíbula da paciente, seguido de orientações para a paciente executar em casa, com avaliações periódicas posteriormente.

1) Manipulação mandibular com a finalidade de aumentar a mobilidade articular: a manipulação mandibular foi realizada após a infiltração anestésica de 1 ½ cc de Xylestesin 2% (cloridrato de lidocaína sem vasoconstritor) na ATM direita seguida de uma infiltração de ½ cc de Depo-Medrol 40mg/mL (acetato de metilprednisolona). A abertura bucal ativa alcançada imediatamente após este procedimento foi de 47 mm e a passiva de 51 mm (com dor leve em ATM direita).

2) Medicações:

- Spidufen (Ibuprofeno 600mg): sete dias de 12 em 12 horas.
- Cloridrato de Ciclobenzaprina 10mg: sete dias, uma vez ao dia, antes de dormir.

3) Repouso Mandibular:

- Não apertar os dentes durante o dia.
- Evitar comer alimentos duros ou muito fibrosos ou que causem desconforto ao mastigar.

4) Terapia Domiciliar:

- Orientação postural mandibular e cervical.
- Exercícios de alongamento dos músculos mastigatórios.
- Aplicação de gelo na região pré-auricular.

5) Aparelho Interoclusal: apenas para dormir, destinada ao controle da carga intra-articular (Figura 3).

Resumo das Consultas de Retorno:

A paciente relatou após duas consultas melhora de 50% na sintomatologia ao acordar, porém com melhora de apenas 40% durante o dia.

Na consulta seguinte relatou piora da dor na ATM direita, sendo novamente prescrito o Ibuprofeno por uma semana, que resultou em melhora sintomatológica somente enquanto fazia uso da medicação. Neste momento foi proposta a realização de Ressonância Magnética para melhor avaliação da ATM direita e tecidos retrodisciais e sugerida a transformação do aparelho interoclusal em uma placa reposicionadora anterior com a finalidade de diminuir mais ainda a pressão intra-articular durante o sono (Figura 4).

A RNM confirmou a hipótese diagnóstica de Deslocamento do Disco sem Redução na ATM direita (Figura 5 e 6), mas com evidências de discreta alteração degenerativa (Figura 7).

Duas semanas após o início do uso da placa reposicionadora anterior a paciente relatou estar melhor 100%, sem dor ao acordar pela manhã e durante o dia e com abertura bucal já dentro dos limites de normalidade (ativa sem dor = 44 mm, ativa com dor leve = 47 mm) (Figura 8). O aparelho foi usado por cerca de dois meses e então se iniciou o desgaste progressivo da rampa anterior da placa reposicionadora com a finalidade de transformá-la em um aparelho interoclusal liso (“de estabilização”).

Atualmente a paciente retorna uma vez por mês para acompanhamento sintomatológico, ajustes no aparelho interoclusal e reforço nas orientações domiciliares.



