

Tratamento clínico de luxação anterior medial irreduzível de disco articular

Clinical treatment of anteromedial articular disc displacement without reduction

Eduardo Grossmann

Pós-graduado em Dor e Anestesia Condutiva, Faculdade de Medicina Ufrgs; professor responsável pela disciplina de Anatomia da Cabeça e PESCOÇO dos cursos de mestrado e doutorado Faculdade de Odontologia da PUCRS.

Resumo

Os distúrbios internos da ATM têm sido tratados através de uma variedade de técnicas não-cirúrgicas. A literatura está repleta de descrições de tais técnicas, as quais, na sua maioria, apresentam graus variados de sucesso. O objetivo deste artigo é discutir o uso de placa de reposicionamento mandibular no tratamento de luxação ântero-medial irreduzível de disco.

Palavras-chave: articulação temporomandibular, disco, placa de reposicionamento mandibular, luxação ântero-medial irreduzível de disco articular.

Recebido em 1º/7/96. Aceito em 18/9/96

Introdução

Os distúrbios da articulação temporo-mandibular (ATM) referem-se a um número de problemas clínicos que envolvem a musculatura mastigatória e/ou ATM propriamente dita. Os sintomas comuns incluem dor e sensibilidade nos músculos da mastigação e articulações, sons durante os movimentos condilares, bem como limitação do movimento mandibular (McCreary *et al.*, 1992).

O deslocamento do disco tem sido definido como uma posição anormal de relação entre este, o côndilo mandibular, a fossa e a eminência articular (Dolwich e Riggs, 1983).

Essas alterações articulares freqüentemente são causadas por trauma, lassidão dos ligamentos do disco, mudança na consistência do fluido articular e/ou incoordenação entre os dois feixes de músculo pterigoideo lateral (Rasmussen, 1981; Blaustein e Scapino, 1986). Tais distúrbios levam o disco, juntamente com

a superfície condilar, a adquirir um padrão funcional desordenado, acarretando o seu deslocamento anormal em uma das diferentes direções. Poderá, então, estabelecer-se uma luxação anterior irredutível do disco articular.

Clinicamente, observa-se um desvio significativo da mandíbula para o lado afetado, limitação da abertura bucal, freqüentemente menor que 30 mm, e dor articular durante a função e o movimento (Bonica, 1990).

A artrografia tem contribuído muito para o completo entendimento dos distúrbios internos da ATM. Foi introduzida para suprir a inabilidade das técnicas radiográficas convencionais na visualização de tecidos moles em geral, bem como da posição e morfologia do disco (Dixon, 1991). A artrografia é indicada para casos que incluem: dor associada a sintomas de disfunção (limitação e clique), falha na terapia sintomática convencional e em pacientes que utilizam placas interoclusais (Gelb, 1991).

As artrografias para esse tipo de transtorno são altamente elucidativas; assim, o deslocamento do disco sem redução é definido como um posicionamento anterior desse, quer seja quando a boca está fechada, quer quando está em abertura máxima (Roberts *et al.*, 1985).

Relato do caso

Paciente B. E., sexo feminino, solteira, 26 anos, foi atendida em clínica privada, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, queixando-se de dor da ATM direita, com uma evolução de aproximadamente dois anos.

Na anamnese, verificou-se tratar-se de

uma dor doída, em choque elétrico. Utilizando-se uma escala análogo-visual (AV), com intervalo de 0 a 10, obteve-se grau 8. A paciente relatava ter dificuldade de abrir a boca e ter a dor exacerbada pela movimentação mandibular. Havia consultado outros especialistas, dentre esses um otorrinolaringologista, um neurologista e um cirurgião bucomaxilo-facial. Este último havia-lhe receitado anti-inflamatório não esteróide, diclofenaco potásico, via oral, 100 mg por dia, alertando-a de que, caso a dor não desaparecesse, a terapêutica seria cirúrgica.

Quanto à etiologia, a paciente mencionava ter sofrido um trauma há cerca de três anos. Ao exame clínico, observava-se, nitidamente, a presença de facetas de desgastes nos dentes de bateria labial anterior, hipertrofia masseterina mais proeminente no lado sintomático, ausência do 2º PMSD, 1º MIE e 2º MID. Procedendo-se à avaliação da ATM, percebeu-se uma limitação da abertura bucal (2,6 cm), desvio da mandíbula durante a movimentação para o lado acometido, com presença de dor, clique final em abertura bucal e impossibilidade de desvio do maxilar inferior para o lado sintomático.

Na avaliação muscular, notou-se a presença de pontos-gatilho miofasciais nos músculos trapézio, porção média, esternocleidomastoideo superior, temporal anterior e perigoideo lateral, feixe superior, todos à direita.

A paciente trazia consigo um exame arrotomográfico com diagnóstico compatível com luxação ântero-medial irredutível do disco do lado direito (Fig.1).

Instituiu-se a terapêutica, que compreendeu infiltração local com cloridrato de lidocaína, sem vasoconstritor, 2%, 0,9 ml, injetado

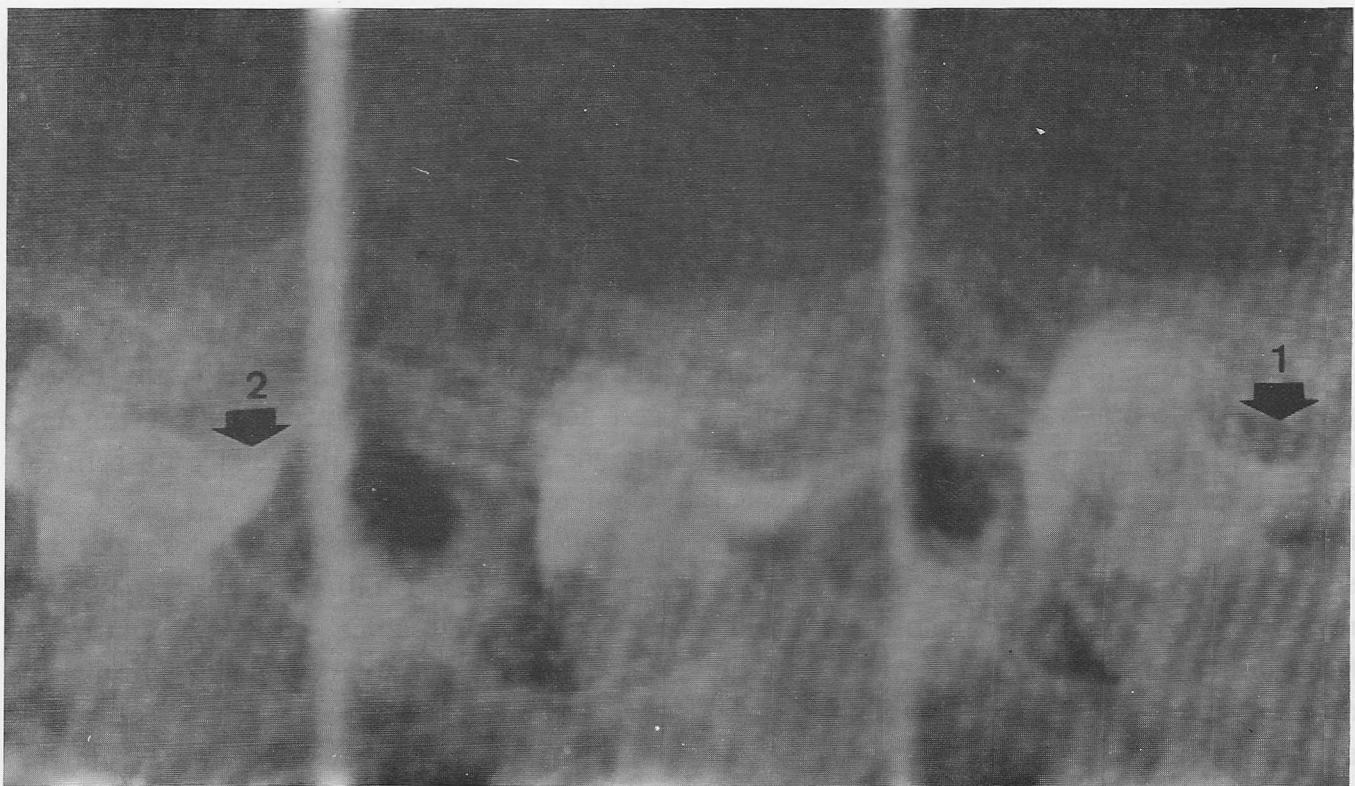


Figura 1 - A artrotomografia inicial (lado direito) na qual as setas estão indicando, em boca fechada e em boca aberta (1 e 2, respectivamente), a presença de luxação anterior irredutível do disco.

por meio de uma seringa carpule com aspiração, agulha Gengibrás, com comprimento de 2 cm, no interior dos pontos-gatilho, com prévia assepsia regional com álcool iodado 70%.

Ao término de quatro aplicações, uma a cada sete dias, constatou-se, por meio de palpação, o desaparecimento das áreas doloridas. Realizou-se uma moldagem com material borrachóide e moldeira de estoque nº 4, obtendo-se modelo de gesso do arco inferior. A seguir, confeccionou-se uma placa mandibular de cobertura total, de acrílico termopolimerizável, com ajuste intrabucal realizado por meio de papel articular Accufilm, em MIH, de forma que o aparelho contactasse com todos os dentes superiores. Solicitou-se à paciente que utilizasse tal placa por um período de 24 horas

durante sete dias, inclusive alimentando-se com ela.

Findo o período determinado, confeccionou-se uma rampa anterior de tal maneira que se produziu um aumento na dimensão vertical de oclusão de 4 mm e em protusiva de 3 mm (medidas feitas com o uso de paquímetro digital marca Mitutoyo, digimatic, Caliper, graduado de 0-100mm, resolução de 0,01mm). A cada sete dias, a paciente retornava para novo ajuste do aparelho. Noventa e cinco dias após, foi reavaliada quanto à dor, limitação, movimentação e clique articular. Apresentava-se assintomática, com uma abertura bucal de 4,2 cm, sem clique, com liberdade de movimento lateral para ambos os lados. De posse dos resultados obtidos, pediu-se uma artroto-

mografia pós-tratamento (Fig. 2), obtendo-se como resultado: permanência da luxação ântero-medial do disco. Encaminhou-se a paciente para reabilitação maxilar por meio de prótese fixa e mandibular, por prótese removível e ajustes oclusais subsequentes.

Discussão

Friedman *et al.* (1985) citam que, nos pacientes que mostram clique em abertura final, com diagnóstico presuntivo de luxação irredutível do disco, pode ser impossível a recaptura do mesmo. Para realizá-la, poderá ser necessário um aumento excessivo na dimensão vertical ou na protusão, ou ambos. O tratamento conservador que envolve placas dentais raramente é bem-sucedido. Os achados radiográficos (artrotomografia) vão ao encontro da idéia da impossibilidade de recaptura do disco. Todavia, discorda-se que seja

necessário um aumento excessivo na dimensão vertical ou na protusão, uma vez que disso depende o grau de deslocamento do disco, o tempo em que ele permanece deslocado, a maior ou menor presença de inflamação na zona retrodiscal.

Placas de reposicionamento podem ser utilizadas, embora não melhorem a função articular permanentemente. No entanto, devem ser usadas com cautela, pois geram mudanças irreversíveis da ATM e na oclusão (Bonica, 1990).

Fatos como esses são citados na literatura (Mohl *et al.*, 1989). Contudo, no presente caso, diante da técnica radiológica empregada, torna-se impossível verificar qualquer alteração morfológica irreversível na cabeça da mandíbula e/ou do disco articular. Também não foi verificada nenhuma alteração clínica na oclusão.



Figura 2 - Artrotomografia final na qual as setas indicam, em boca fechada e em boca aberta (1 e 2, respectivamente), a permanência de luxação anterior irredutível do disco.

O possível mecanismo pelo qual a terapia com placa de reposicionamento age pode se dever a uma remodelação do disco, do osso, ou a uma redução da hiperatividade muscular (Dolwick e Riggs, 1983). Uma vez eliminados os fatores etiológicos presentes, que contribuem de forma decisiva para um distúrbio externo, com repercussão intra-articular, espera-se uma diminuição ou desaparecimento da hiperatividade muscular. A remodelação óssea é um processo dinâmico, ficando difícil determinar, por métodos convencionais, se o fenômeno está ocorrendo de uma forma fisiológica ou patológica. Como o disco é composto de fibrocartilagem, possivelmente o que ocorre na cabeça mandibular deve ocorrer no disco. Métodos complementares mais modernos devem ser utilizados para se avaliar tal hipótese, confirmando ou não o fenômeno adaptativo funcional.

Quando o disco está deslocado anteriormente, os ligamentos posteriores estão estirados ou rompidos e localizam-se no espaço intra-articular entre o côndilo e a fossa. O côndilo posiciona-se sobre o ligamento posterior, herniado, que se torna mais fibroso diminuindo a vascularização. Isso, indubitavelmente, representa um tipo de remodelação adaptativa ou resposta tecidual à função anormal (Farrar e McCarthy, 1979), hipótese com a qual se está de acordo.

Muitos pacientes com desarreglo interno, com disfunção do disco, demonstram relativo padrão de normalidade em abertura bucal. Outros pacientes com graus anormais de distância interincisal apresentam resultados artrotomográficos normais (Roberts *et al.*, 1986). Isso significa que é imperativo realizar o diagnóstico diferencial entre um distúrbio interno (intra-articular), de origem muscular, ou de origem combinada. Faz-se mister deter-

minar se se está frente a uma patologia crônica ou se o caso tem uma duração de poucos dias ou, mesmo, de um mês. Disso dependem, fundamentalmente, a terapia a ser empregada e o prognóstico esperado.

Outros autores (Minagi *et al.* 1981), realizando um estudo com 35 pacientes portadores de deslocamento anterior de disco sem redução, obtiveram, ao final de um tratamento fisioterápico, uma distância interincisal de 40 mm. Esta abertura bucal realmente pode ser um importante critério de avaliação dos resultados de uma terapia conservadora de um distúrbio interno da ATM.

Conclusão

Mesmo que o paciente tenha se submetido a uma extensa avaliação por profissionais das mais diferentes especialidades e que esses tenham esgotado os recursos terapêuticos a seu alcance, ainda restam alternativas de tratamento, como a descrita, conservadoras, que podem ser empregadas. A literatura, porém, não as menciona com a ênfase devida. Conclui-se que a placa de reposicionamento anterior pode ser indicada no tratamento da luxação anterior irredutível do disco articular.

Abstract

The temporomandibular joint internal derangements have been managed using a variety of nonsurgical techniques. The literature is very rich in descriptions of these techniques, most of them showing some degree of success. It is the purpose of this paper to discuss the use of mandibular repositioning appliance in the treatment of the anteromedial disc displacement without reduction.

Key words: temporomandibular joint, interarticular disc, mandibular repositioning appliance, anteromedial articular disc displacement without reduction.

Referências bibliográficas

- BLAUSTEIN,D.I., SCAPINO,R.P. Remodeling of the temporomandibular joint disk and posterior attachment in disk. *Plastica Reconstr. Surg.* n. 78, p. 756-764, 1986.
- BONICA,J.J. *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990. 2120p.
- DIXON, D.C Diagnosis Imaging of the temporomandibular joint. *Dent. Clin. North Am.*, v. 35, n. 1, p. 53-74, 1991.
- DOLWICH,M.F., RIGGS,R.R. Diagnosis and treatment of the temporomandibular joint. *Dent. Clin. North Am.*, n. 27, p. 561-572, 1983.
- FARRAR,W.B, MCCARTHY JR,W.L Inferior joint space arthrography and characteristics of condylar paths in internal deragements of the TMJ. *J. Prosthet. Dent.*, v. 41, n. 5, p. 548-555, 1979.
- FRIEDMAN,M.H., WEISBERG, J., NATHAN, H.*et al.* *Temporomandibular joint disorders diagnosis and treatment*. Illinois: Quintessence, 1985. 170p.
- GELB,H. *Clinical management of head, neck and TMJ pain and dysfunction. A Multi-Disciplinary Approach to Diagnosis and Treatment*. Ishiyaku EuroAmerica, Inc Publis., 1991. 637p.
- MCCREARY,C.C.*et al.* Predicting response to treatment for temporomandibular Disorders. *J. Craniomandib. Disor. Facial Oral Pain.*, v. 6, n. 3, p. 161-170, 1992.
- MINAGI,S. NOZAKI, S., SATO, T.*et al.* A manipulation technique for treatment of anterior disk displacement without reduction. *J. Prosthet. Dent.* v. 65, n. 5, p. 686-691, 1981.
- MOHL,N.D., ZARB, G.A., CARLSSON, G. E. *et al.* *Fundamentos de Oclusão*. Illinois: Quintessence, 1989, 449p.
- RASMUSSEN,O.C. Description of population and progress of symptoms in a longitudinal study of the temporomandibular arthropathy. *Scand. J. Dent. Res.* n. 89, p. 196-203, 1981.
- ROBERTS,C.A., TALLENTS, R.H., ESPECANO, M.A. *et al.* Mandibular range of motion versus arthographic diagnosis of the temporomandibular joint *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, n. 60, p. 244-251, 1985.

Endereço para correspondência

Prof. Dr. Eduardo Grossmann

R. São Luis, 700/801

CEP 90620-170 - Porto Alegre - RS