

# UMA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NOS DISTÚRBIOS CRÂNIO-FACIAIS RELACIONADO ÀS DESORDENS CRANIOMANDIBULARES (DCM) E DISTÚRBIOS POSTURAIIS: RELATO DE CASO

Cristina Endo (Faculdades Integradas FAFIBE)  
Elaine Leonezi Guimarães (Faculdades Integradas FAFIBE)  
Elizandra Leonezi Guimarães (G- Faculdades Integradas FAFIBE)

**Resumo:** O propósito deste estudo foi verificar a relação entre as desordens craniomandibulares (DCM) e os distúrbios posturais, bem como a importância da fisioterapia na avaliação e detecção das causas multifatoriais. Baseado na revisão da literatura e nos achados da avaliação fisioterapêutica em um caso acompanhado na Clínica de Fisioterapia da Fafibe sugere-se que as disfunções posturais provocam alterações na articulação temporomandibular e a fisioterapia tem importante papel na detecção e no controle da sintomatologia das DCM.

**Palavras-chaves:** desordens craniomandibulares; fisioterapia; distúrbios posturais.

## 1. Introdução

Os estudos e conceitos que envolvem as desordens craniomandibulares (DCM) vêm se modificando através dos tempos e se baseiam nas diferentes concepções que cada categoria profissional tem sobre a etiologia destas desordens.

Apesar de a literatura internacional indicar que a atuação do fisioterapeuta nas DCM já vem de longa data, no Brasil, é uma área ainda pouco desenvolvida (PICCOLOTO & HONORATO, 2003). Contudo, acredita-se que esta patologia merece especial atenção e cuidado considerando os aspectos preventivos. A integração entre a medicina, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia, é importante para o avanço e a eficácia do tratamento, em que cada profissão tem a sua atuação, identidade e importância no atendimento visando o tratamento global.

A articulação temporomandibular é uma estrutura altamente especializada do complexo crânio-mandibular que está sujeita a comprometimentos de origem neurológica, ortopédica e músculo-esquelética, originando as desordens craniomandibulares, que são caracterizadas por queixas de dor na região da articulação temporomandibular podendo ser observado fadiga dos músculos craniocervicofaciais, especialmente dos músculos da mastigação, limitação dos movimentos mandibulares e presença de ruídos articulares.

Sua etiologia é multifatorial podendo estar relacionada à tensão emocional, a distúrbios e interferências oclusais, às alterações posturais, à disfunção da musculatura mastigatória, às mudanças intrínsecas das estruturas que compõem a articulação temporomandibular, ou ainda, à combinação desses fatores, caracterizando uma sintomatologia de difícil diagnóstico e tratamento, envolvendo manifestações dolorosas e de incoordenação de movimentos. (DWORKIN & LE RESCHE, 1992; OLIVEIRA *et al.*, 2003; PICCOLOTO & HONORATO, 2003).

As alterações posturais podem ocasionar disfunções da coluna cervical, do osso hióide e do grupo de músculos mandibulares, onde a perda da congruência postural, com a sua direta influência na posição e no movimento da mandíbula, associada a uma constante disfunção cervical, diminui a capacidade de adaptação fisiológica e pode funcionar como fator etiológico inicial das DCM (SALOMÃO, 2002).

Goldstein e colaboradores (1984) descreveram que alteração ântero–posterior da cabeça e postura assimétrica do pescoço tem efeito imediato na biomecânica do fechamento mandibular, onde durante a extensão de cabeça ocorre o deslocamento da coluna cervical associado a uma excursão anterior da mandíbula, ocasionando um decréscimo do espaço interoclusal.

Segundo Mannheim & Rosenthal (1991) a influência da postura e do estresse nas alterações músculo-esqueléticas é um primeiro fator de sobrecarga comumente observado. Isto é importante quando o paciente apresenta disfunção crânio-facial secundariamente à desordem crânio-mandibular. Além disso, a ausência de um evento traumático severo e a presença de uma freqüente sintomatologia crânio-facial caracteriza um quadro clínico com sintomas exaltados.

Kovero & Könönem (1996) em um estudo sobre os sinais e sintomas da DCM, observaram que adolescentes que tocavam violino com grande freqüência mantendo a coluna cervical e o pescoço em posição de inclinação lateral, apresentavam alterações posturais podendo se tornar um importante fator etiológico da DCM.

Piccoloto & Honorato (2003) observaram alta incidência de dores na articulação temporomandibular (ATM) e músculos mastigatórios acompanhado de cefaléias, dor em músculos cervicais, limitação de ADM, desvios e deflexões com ruídos articulares associados a hábitos parafuncionais em 46 pacientes. Esses autores descreveram formas de abordagens fisioterapêuticas buscando demonstrar a eficácia do tratamento.

A literatura internacional aponta alguns estudos referentes à eficácia da utilização de recursos físicos e manuais nas DCM que se baseiam em outras patologias músculo-esqueléticas. (PICCOLOTO & HONORATO, 2003). Dentre os recursos mais citados encontra-se a terapia termal através do calor úmido e do gelo, “spray” crioterápico, alongamentos musculares (MURPHY, 1997; SANTOS, 1995), ultra-som terapêutico, estimulação elétrica, biofeedback, massagem, mobilização articular e exercícios (CLARK *et al.*, 1990; WRIGHT & SCHIFFMAN, 1995), além de diatermia por ondas curtas, estimulação elétrica transcutânea (TENS), iontoforese (DIMITROULIS *et al.*, 1995), laser de baixa intensidade, e a acupuntura (FEINE *et al.*, 1997). A aplicação deste amplo arsenal terapêutico, disponível ao fisioterapeuta está indicada no alívio da dor, redução da inflamação e do espasmo muscular, melhora da ação muscular e da mobilidade articular e restauração do equilíbrio músculo-esquelético. (PICCOLOTO & HONORATO, 2003)

Contudo, apesar dos benefícios decorrentes dos efeitos fisiológicos desencadeados pelo uso de cada uma destas modalidades terapêuticas, é preciso entender a abrangência de uma intervenção fisioterapêutica que inclui também exercícios terapêuticos, terapia manual, orientações para vida diária, controle postural e a utilização de determinados recursos (MOFFAT, 1997).

Considerando que nenhum tratamento sozinho se mostra efetivo em todos os pacientes, as estratégias de tratamento devem ser traçadas por uma equipe de acordo com as necessidades de cada indivíduo, pois o trabalho interdisciplinar é muito importante no tratamento das DCM.

Assim, o propósito deste estudo foi verificar a relação das DCM com os distúrbios posturais e a importância da fisioterapia na avaliação e detecção das causas multifatoriais destas desordens através do acompanhamento de um caso na Clínica de Fisioterapia da Fafibe – Bebedouro - SP, comparando e discriminando a queixa de dor e desconforto e propor um protocolo de tratamento fisioterapêutico.

## 2. Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 31 anos, professor universitário, foi avaliado na Clínica de Fisioterapia – Fafibe – Bebedouro – SP, com queixa de dor cervical, nas costas, na garganta, com sensação de apertamento na região temporomandibular referindo sensação de tensão (exaustão) com melhora ao adotar a posição de depressão e retração da mandíbula.

Relatava hábitos parafuncionais como: inclinar a cabeça com apoio da mão na região mandibular, morder lábio superior e bochecha do lado direito. Não havia história de trauma anterior, contudo referia piora dos sintomas quando falava muito.

Durante a avaliação fisioterapêutica, notou-se à palpação alguns pontos gatilhos, em região de trapézio (fibras superiores), escalenos, pterigoideo lateral, medial e temporal, e tensão em esternocleidomastoideo. Na avaliação postural observou-se protração de cabeça, hiperlordose cervical e ombros protraídos. Nos testes específicos não foram observadas alterações, descartando assim problemas de ordem ligamentar ou articular da região cervical.

Como protocolo de atendimento, foi proposta terapia manual (massoterapia, dígito pressão, liberação miofacial), e como recurso analgésico e antiinflamatório o uso de corrente interferencial.

Também foram propostos exercícios respiratórios torácicos e diafragmáticos para auxiliar no alongamento da musculatura envolvida, além de promover a reeducação respiratória do paciente.

### 3. Discussão e Conclusão

O corpo humano é constituído por um conjunto de estruturas que se sobrepõem através da atuação das cadeias musculares. Portanto, um encurtamento muscular inicial pode ser responsável por uma sucessão de encurtamentos associados. (Yi *et al.*, 2003)

Em nosso estudo, observamos que o paciente apresentava alteração postural com uma hiperlordose cervical levando a uma anteriorização na postura da cabeça além de apresentar o hábito de manter a cabeça inclinada com apoio da mão na região mandibular.

Nossos achados corroboram como os de Rocabado (1983) o qual concluiu em seus estudos que dores de cabeça, da ATM, no pescoço e ombro são causados por compressão nas articulações cervicais, e com os de Goldstein e colaboradores (1984), os quais concluíram que alteração ântero-posterior da cabeça e postura assimétrica do pescoço tem efeito imediato na biomecânica do fechamento mandibular podendo ocasionar desordens na ATM.

Alterações na atividade muscular do esternocleidomastoideo, bem como de outros músculos como trapézio e peitorais merecem atenção especial, pois, através destes ocorrem alterações no sistema tônico postural, levando ao encurtamento dos músculos posteriores do pescoço e alongamento dos anteriores, fazendo com que o corpo se projete anteriormente. (MANNHEIMER & ROSENTHAL, 1991; YI *et al.*, 2003)

Ao analisar a relação entre a disfunção da ATM e a postura corporal, verificou-se que o paciente apresentava importante tensão em esternocleidomastoideo, com protração de cabeça e ombros associado a hiperlordose cervical.

No estudo de Piccoloto & Honorato (2003), foi observada alta incidência de dor na ATM, associado a cefaléias, cervicalgia, limitação de ATM relacionada a hábitos parafuncionais (roer unhas, apertamento dos dentes, morder lábios, mastigar chicletes, ranger dentes), os quais foram detectados no paciente.

Com relação à intervenção fisioterapêutica, na literatura pesquisada encontram-se fortes evidências de eficácia à utilização de recursos como frio e calor favorecendo a resolução de alterações inflamatórias e promovendo o relaxamento muscular e a analgesia, com a utilização de correntes analgésicas (TENS e Interferencial), massoterapia e mobilização articular entre outros (PICCOLOTO & HONORATO, 2003).

O protocolo proposto para o paciente acompanhado foi massoterapia, dígito pressão, liberação miofacial e interferencial buscando relaxamento, analgesia e desativação de pontos gatilhos. Observou-se a partir da segunda sessão, através do relato do paciente e do exame de palpação melhora do quadro álgico e da tensão muscular em região da ATM e cervical.

Considerando os dados da literatura e o acompanhamento do paciente pode-se inferir que a fisioterapia tem importante papel na avaliação, detecção e diagnóstico das DCM, bem como, no controle da sintomatologia manifestada por estas.

Contudo, a participação de outros profissionais (médico, dentista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo) no tratamento das DCM cuja etiologia é multifatorial é extremamente importante, pois este deve ser global.

Apesar dos resultados positivos observados na prática clínica, a atuação da fisioterapia nas desordens craniomandibulares requer maiores estudos, principalmente sobre a fisioterapia aplicada de forma mais abrangente, sem restringir-se à utilização isolada de modalidades terapêuticas, podendo auxiliar no controle da sintomatologia manifestada pelas DCM e promover uma melhora na qualidade de vida.

#### 4. Referências Bibliográficas

- CLARK, G.T., ADACHI, N.Y., DORNAN, M.R.: Physical medicine procedure affect temporomandibular disorders: a review – **JADA**, v. 121, 1990, p.151 – 61.
- DIMITRIOULIS, G., GREMILLION, H. A., DOLWICK, M. F., WALTER, J.H.: Temporomandibular disorders. 2. Non-surgical treatment. **Aust-Dent. J.**, v.40, n. 6, 1995, p. 372 – 6.
- FEINE, J. S., WIDMER, C. G., LUND, J. P.: Physical Therapy a critique. **Oral Surg. Oral Med. Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 83, 1997, p. 123 – 37.
- GOLDSTEIN, F. D., KRAUS, S., WILLIAN, B.: Influence of cervical posture on mandibular movement. **J. Prosthet. Dent.**, v. 52, Sept. 1984, p. 421 – 426.
- KOVERO, O & KÖNÖNEM, M.: Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent violin players. **Acta Odontol. Scand.**, v. 54, n. 4, 1996, p. 271 – 274.
- MANNHEIMER, J. S., ROSENTHAL, R. M.: Acute and Chronic Postural Abnormalities as Related to Craniofacial Pain and Temporomandibular Disorders. **Dent Clin of North America**, v. 35, n. 1, January, 1991, p. 185-208.
- MOFFAT, M. Physical Therapy for TMD. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 84, n. 3, 1997, p. 228.
- MURPHY, G. J.: Physical medicine modalities on trigger point injections in the management of temporomandibular disorders and assessing treatment outcome. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 83, 1997, p. 118 – 22.
- OLIVEIRA, A S., BERMUDEZ, C. C., SOUZA, R. A, SOUZA, C. M. F., CASTRO, C. E. S., BÉZIN, F.: Avaliação Multidimensional da dor em portadores de desordem temporomandibular utilizando uma versão brasileira do questionário MCGILL de dor. **Rev. Bras. Fisiot.**, v. 7, n. 2, 2003, p. 151 – 158.

- PICCOLOTO, M. A., HONORATO, D. C.: Uma abordagem fisioterapêutica nas desordens temporomandibulares: estudo retrospectivo, **Rev. Fisiot. Univ. São Paulo**, v.10, n. 2, 2003, p. 77 – 83.
- ROCABADO, M.: Biomechanical Relationship of the cranial, cervical, and hyoid regions. **J. Craniomand Practice**, v. 3, 1983, p. 62 – 66.
- SANTOS, Jr., J.: Supportive conservative therapies for temporomandibular disorders. **Dent. Clin. North Am.**, v. 39, n. 2, 1995, p. 459 – 77.
- SALOMÃO, E. C.: A Influência dos Distúrbios Posturais nas Desordens Craniomandibulares. **Reabilitar**, S.P., ano 4, n. 17, 2002, p. 32 – 35.
- WRIGHT, E. F., SCHIFFMAN, E. L.: Treatment alternatives for patients with masticatory myofascial pain. **JADA**, v. 126, 1995, p. 1030 – 9.
- DWORKIN, S. F., LE RESCHE, L., Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review criteria, examinations and specifications, critique **J. Craniomandib. Disord. Fall**, v.6, n. 4, 1992, p. 301 – 55.
- YI, L.C., GUEDES, Z.C.F., VIEIRA, M.M.: Relação da postura corporal com a disfunção da articulação temporomandibular: hiperatividade dos músculos da mastigação. **Rev. Fisioterapia Brasil**, v.4, n.5, 2003, p.341-347.