

AVALIAÇÃO DIÁRIA DA DOR NA DESORDEM TEMPOROMANDIBULAR. CASO CLÍNICO

CÉLIA MARISA RIZZATTI-BARBOSA *; ANDRÉ ROBERTO SETTEN ARANA**;
JOSÉ RICARDO DE ALBERGARIA-BARBOSA ***; ANGELO CELSO CUNHA JR****;
ANTÓNIO BENTO ALVES DE MORAIS *****; IVANA APARECIDA GIL*****

RESUMO

As Desordens Temporomandibulares (DTM) têm etiologia multifactorial e normalmente envolvem uma abordagem interdisciplinar para seu tratamento. Dor nas articulações temporomandibulares, nos músculos da mastigação e na cabeça, sons articulares e movimentos mandibulares incoordenados são os sinais e sintomas mais frequentes. Devido aos diferentes métodos propostos no seu diagnóstico e tratamento, várias pesquisas têm sido feitas na tentativa de aprimorar o controle desta patologia de alta prevalência na população. Uma das maiores dificuldades encontradas refere-se ao controle da dor e avaliação da efectividade do tratamento durante as diferentes intervenções terapêuticas. Neste trabalho, foi proposto o tratamento por abordagem interdisciplinar utilizado no Núcleo de Estudos da Dor (NED) da UNICAMP, a um paciente portador de DTM. A efectividade do tratamento foi acompanhada através da avaliação diária da dor e desagradabilidade por meio de uma escala visual analógica (VAS), com acompanhamento de 251 dias após o tratamento. Esta escala possibilitou comparar as intensidades relativas da dor, uma experiência altamente individual e subjectiva, e favoreceu a avaliação constante do tratamento proposto e sua efectividade, demonstrando ser um método eficaz quando correctamente utilizado

Palavras-Chave: Desordens Temporomandibulares, Escala Visual Analógica, Terapia

SUMMARY

Temporomandibular Disorder (TMD) has a etiology involving interdisciplinary approach to its treatment. Temporomandibular joint, masticatory muscles and head's pain, articular sounds and no coordinate mandibular movements are frequently signs and symptoms' TMD. Due different methods purposed to its diagnosis and therapy, many research had done to improve the control of this prevalent syndrome. One of more difficult refers to pain control and effective evaluation to treatment during all therapeutic intervention. This work purposed a treatment used in the Center of Pain Research (CPR) - UNICAMP - Brazil, to TMD patient. The treatment effectiveness was come along for diary evaluation of pain and unpleasant by the Analogic Visual Scale (AVS) during 251 after treatment application. This scale permitted to compare the relative intensity of pain, a individual and subjective experience, and to favored the constant evaluation of treatment purposed, showing efficient method when correct employed.

Key-Words: Temporomandibular Disorder, Analogic Visual Scale, Therapy

Célia Marisa Rizzatti-Barbosa et al. Avaliação Diária da Dor na Desordem Temporomandibular. Caso Clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 1999; Vol. 40 (1): 25-32.

Trabalho desenvolvido no Núcleo de Estudos da Dor (NED) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - Brasil.

* Professor Assistente Doutor do Departamento de Prótese e Periodontia da FOP - UNICAMP.

** Pós Graduando em Clínica Odontológica da FOP -

UNICAMP.

*** Professor Assistente Doutor do Departamento de Diagnóstico Bucal da FOP - UNICAMP.

**** - Cirurgião Dentista.

***** Professor Titular do Departamento de Odontologia Social da FOP - UNICAMP.

***** Professor Assistente Doutor do Departamento de Odontologia Social da FOP - UNICAMP.

INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A Desordem Temporomandibular (DTM) é uma patologia complexa com etiologia multifactorial. Dores nas articulações têmporo-mandibulares e músculos da mastigação, sons articulares, dor de cabeça, limitação e sem coordenação dos movimentos mandibulares são os sinais e sintomas mais frequentes (Pmeijer⁽⁸⁾, 1988). Em investigação recente Rizzatti Barbosa e col.⁽¹¹⁾ (1997) demonstraram existir correlação genética nesta síndrome.

Estudos epidemiológicos apontam que metade da população adulta apresenta algum sinal clínico ou sintoma de DTM, e dentre estes, o ruído condilar é o mais frequente (Wabeke⁽¹⁴⁾, 1989). Um estudo desenvolvido na Faculdade de Odontologia de Piracicaba demonstrou que a prevalência desta disfunção é de 27% no sexo feminino e de 8% no sexo masculino (Di Hipolito e col., 1997).

Entretanto a falta de critérios objectivos pode confundir o diagnóstico, onde a grande prevalência relatada pode estar associada ao estudo de grupos diversificados e não representativos. Segundo Wabeke⁽¹⁴⁾, o uso de diferentes instrumentos de avaliação pode muitas vezes dissociar o diagnóstico da etiologia real. Este autor considera que uma grande variação na prevalência do ruído articular na população pode ser devido à interpretação dos diversos instrumentos empregados, onde o uso de meios diferentes de diagnóstico, mais ou menos sensíveis, indicam um percentual maior ou menor deste sinal na população.

Consideramos a experiência de dor um evento altamente individual, dificultando sua interpretação e mensuração. Sua percepção tem um importante papel na decisão de buscar tratamento, porém a existência dos factores individuais pode influir tanto na experiência da dor como no seu subsequente relato (Gil & Rizzatti Barbosa⁽³⁾, 1998).

Para a sua mensuração, vários métodos já foram tentados, porém a grande maioria apresenta difícil aplicação. Isto provavelmente em função de se constituírem em complicados

questionários sem critérios objectivos, envolvendo longo tempo de execução. Por outro lado, no caso de avaliação de dor através de Escalas Categoriais ocorrem limitações de ordem semântica relacionadas aos adjetivos utilizados para mensurá-la (leve, fraca, forte, insuportável, lancinante, aterrorizante, etc.).

Em 1987, Price & Harkins⁽⁹⁾ formularam uma escala desenhada sobre uma linha horizontal, com os dois extremos. Esta foi denominada Escala Visual Analógica (VAS). Nesta escala avaliadora de intensidade de dor (I-VAS), no extremo esquerdo consta a frase “nenhuma dor”, e no extremo direito “a maior dor possível”. O paciente é orientado a assinalar diariamente sobre esta escala, a intensidade de dor que está sentindo. Geralmente isto é feito sempre no mesmo horário, que é determinado na anamnese, quando o paciente relata o período do dia em que a dor é mais intensa. Da mesma forma, na escala avaliadora de desagradabilidade (U-VAS), no extremo esquerdo consta a frase “nenhuma sensação desagradável”, e no extremo direito, “maior desagradabilidade possível”. Consideramos que estes dois itens - intensidade e desagradabilidade - correspondem a diferentes dimensões da dor. A primeira é sensorial, e a segunda é afectiva. Nem sempre os valores de cada dimensão coincidem, ou seja, num determinado momento, a intensidade da dor pode ser 40% e sua desagradabilidade 70%, ou vice-versa. Em termos coloquiais, a intensidade refere-se ao “tamanho da dor” e a desagradabilidade ao “tanto que a dor incomoda”. Nas duas escalas o paciente, ao definir uma marcação diária, permite determinar, tanto no âmbito afectivo quanto no sensorial, os valores de sua percepção. Estes valores são contados em segmento de reta padrão de 100 mm ou 150 mm.

Como Foreman⁽²⁾, acreditamos que em função das características multifactoriais, as técnicas actuais de diagnóstico e tratamento das DTM devem envolver a interdisciplinaridade, onde a quantificação dos sinais e sintomas deve ser representativa no mesmo indivíduo, desde o início até a conclusão do tratamento. A maioria dos pacientes atendidos no Núcleo de Estudos da Dor parece responder satisfato-

riamente à abordagem interdisciplinar aplicada. Neste atendimento encontram-se incluídas as intervenções da Odontologia, Psicologia, Fisioterapia e Fonoaudiologia (Rizzatti-Barbosa e col.⁽¹¹⁾, 1997; Gil & Rizzatti Barbosa⁽³⁾, 1997), onde o seu acompanhamento é feito pelo próprio paciente, através de avaliações diárias da dor e da desagradabilidade (Price & Harkins⁽⁹⁾, 1987) por meio de ferramentas específicas, que se mostram eficientes na avaliação, compreensão e manejo da dor (Mattocola e col.⁽⁵⁾, 1997).

Como Gramling & Elliot⁽⁴⁾, verificamos que durante as intervenções do NED, este instrumento permite comparar as intensidades relativas de diferentes tipos de dor e pode ter grande utilidade na avaliação do progresso do paciente durante toda a intervenção terapêutica.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 27 anos, do sexo feminino, casada, procurou por tratamento de DTM na Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP. Apresentava como sinais e sintomas mais evidentes, dor intensa nas regiões de masseteres e temporais, dificuldade de movimento de flexão e extensão do pescoço, limitação de abertura bucal e ruído intenso na abertura e fechamento bucal, o que a deixava constrangida, principalmente na presença de outras pessoas.

Tendo sido encaminhada ao NED, foi avaliada pela equipe interdisciplinar envolvendo as áreas de Odontologia, Psicologia e Fisioterapia.

A paciente foi submetida a uma primeira avaliação odontológica, onde o exame clínico e anamnese revelaram como sinais e sintomas mais evidentes: ruído em abertura e fechamento bucal, dor intensa nas regiões de masseteres e temporais anteriores, dor articular durante a mastigação, dor à palpação nas regiões auriculares e de pterigoideus laterais e hábito de morder os lábios e região das bochechas.

Na avaliação psicológica ficou constatado que apresentava hábitos com apertamento de

dententes e sucção da parte posterior da mão direita; foco irritativo durante a adolescência, quando procurou um analista; constante estresse emocional e ansiedade intensa; e relatou ter passado por uma fase muito constrangedora no início do problema.

Ao exame fisioterápico ficou evidenciada a presença de escoliose e hiperlordose na coluna vertebral.

Além dos exames específicos, foram ainda feitos exames eletromiográficos dos músculos masseteres, feixes anteriores dos temporais e supraioideus; e radiografias transcranianas. À eletromiografia, observou-se ausência de actividade muscular quando em repouso, hipofunção do masseter esquerdo em movimento isotônico e isométrico, hiperfunção do masseter direito quando contraído em movimento isotônico e isométrico. A avaliação radiográfica demonstrou parâmetros de normalidade entre os côndilos e paredes internas da cavidade glenóide. Também houve relato de dificuldade no monitoramento de abertura bucal durante as tomadas radiográficas para o côndilo direito.

METODOLOGIA

A paciente recebeu em sua primeira entrevista, uma ficha contendo a I-VAS e a U-VAS (anexo 1) para estabelecer uma linha de base da dor durante 30 dias antes do início do tratamento. Desde então, foi instruída para que fizesse marcações diárias na ficha, conforme as suas sensações de intensidade e desagradabilidade da dor.

Estas fichas foram sendo preenchidas durante todo o tratamento, sendo que o período de proervação foi de 220 dias, após a intervenção clínica.

As marcações foram mensuradas com régua milimetrada, com escala de 0 (zero) a 100 (cem) milímetros, o que possibilitou o acompanhamento da efectividade das intervenções.

TRATAMENTO

O tratamento desenvolveu-se de início com

sessões semanais de odontologia, Psicologia e Fisioterapia em dias alternados. Após a instalação do aparelho estabilizador de recobrimento total (Rizzatti-Barbosa e col.⁽¹⁰⁾, 1998; Oliveira & Arcuri⁽⁷⁾, 1995), percebeu-se que houve uma reabilitação da função proprioceptiva durante a sua utilização. Isto favoreceu a acção muscular dentro dos padrões fisiológicos, o que levou a uma diminuição do quadro doloroso. A paciente foi orientada a utilizar o aparelho em períodos regulares e decrescentes, à medida em que o quadro evoluísse favoravelmente, até a sua completa eliminação. Associada à intervenção sintomatológica da Odontologia, a área da Fisioterapia actuou com exercícios de estimulação e relaxamento da musculatura envolvida, bem como exercícios de correção postural. O atendimento psicológico foi realizado numa abordagem comportamental com análise e controle dos hábitos para-funcionais e emprego de técnicas de enfrentamento de estresse e de relaxamento mus-

cular progressivo.

RESULTADOS

Durante os primeiros 30 dias, determinados pela linha de base, foram feitos os registros e posteriormente uma avaliação das I-VAS e U-VAS. As médias obtidas na I-VAS e U-VAS neste período podem ser vistas na Tabela 1. Os dados diários catalogados da I-VAS neste período estão demonstrados na Figura 1 e os da U-VAS, na Figura 2.

Após os tratamentos, foi feita a preservação e controle, através das I-VAS e U-VAS. As médias obtidas nos 30 dias de preservação podem ser vistas na Tabela 2. Os dados diários catalogados da I-VAS neste período estão demonstrados na Figura 3 e os da U-VAS, na Figura 4.

Depois do período de intervenção a paciente recebeu uma "alta relativa" e passou para a

NÚCLEO DE ESTUDOS DA DOR

Nome PG
 DATA/...../.....

FICHA DE AVALIAÇÃO DIÁRIA DE DOR E DESAGRADABILIDADE

Instruções - Preencher esta ficha diariamente, sempre no mesmo horário, segundo as recomendações do seu Médico Dentista. Qualquer dúvida procurar esclarecimento com o Superior de Área do Núcleo de Estudos da Dor (NED)

Segunda	Sem dor dor _____	Pior	Sem desagrad desagrad _____	Pior
Terça	Sem dor dor _____	Pior	Sem desagrad desagrad _____	Pior
Quarta	Sem dor dor _____	Pior	Sem desagrad desagrad _____	Pior
Quinta	Sem dor dor _____	Pior	Sem desagrad desagrad _____	Pior
Sexta	Sem dor dor _____	Pior	Sem desagrad desagrad _____	Pior
Sábado	Sem dor dor _____	Pior	Sem desagrad desagrad _____	Pior
Domingo	Sem dor dor _____	Pior	Sem desagrad desagrad _____	Pior

Escola Visual Analógica	Média inicial em %
I-VAS	33,60
U-VAS	47,67

Tabela 1. Médias dos registros de intensidade e desagradabilidade à dor, no período de linha de base (30 dias antes da intervenção terapêutica).

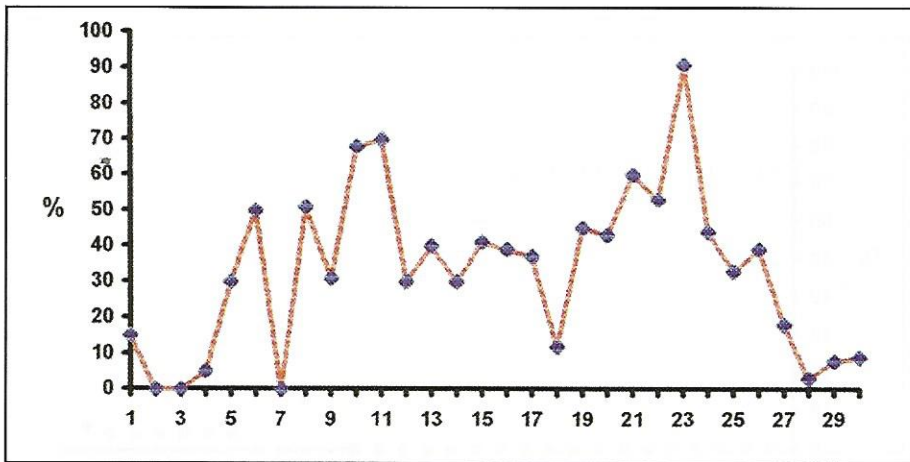


Figura 1 - Avaliação diária das I-VAS nos 30 primeiros dias (linha de base). No eixo y estão as marcações diárias e no eixo x, os 30 primeiros dias.

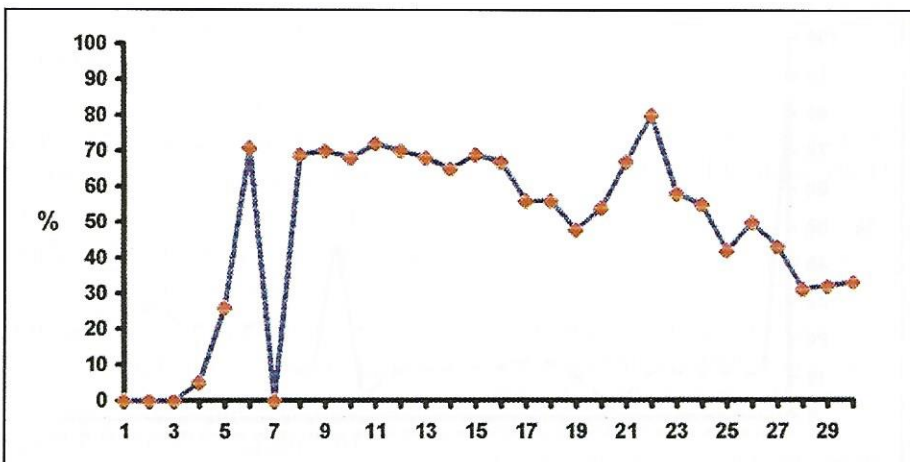


Figura 2 - Avaliação diária das U-VAS nos 30 primeiros dias (linha de base). No eixo y estão as marcações diárias e no eixo x, os 30 primeiros dias.

Escola Visual Analógica	Média inicial em %
I-VAS	1,73
U-VAS	16,73

Tabela 2. Médias dos registros de intensidade e desagradabilidade à dor, nos últimos dias 30 dias de tratamento.

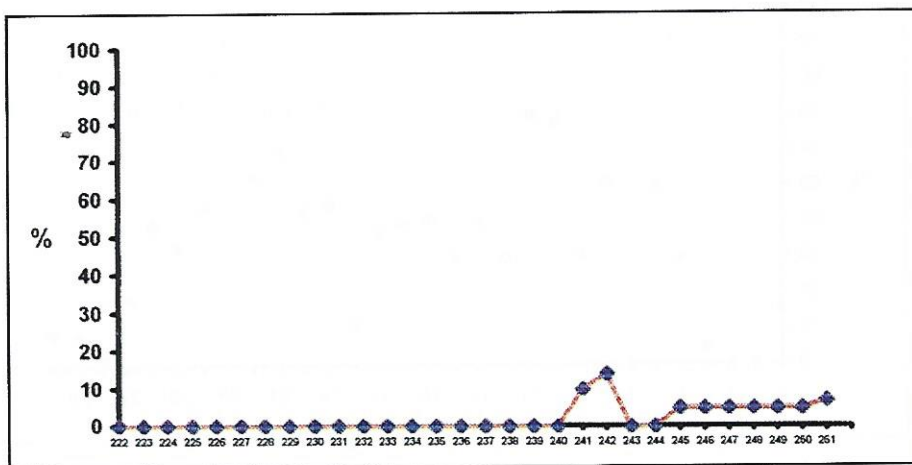


Figura 3 - Avaliação diária das I -VAS nos 30 dias pós-tratamento (proservação). No eixo y estão as marcações diárias e no eixo x, os 30 últimos dias do tratamento.

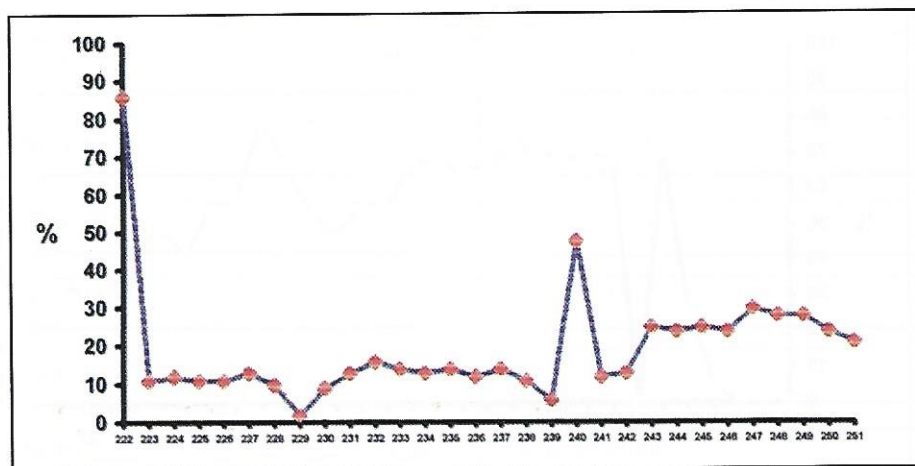


Figura 4 - Avaliação diária das U -VAS nos 30 dias pós-tratamento (proservação). No eixo y estão as marcações diárias e no eixo x, os 30 últimos dias do tratamento.

fase de acompanhamento (6 meses). Durante esse período foram realizadas avaliações semanais das duas dimensões da dor (intensidade e desagradabilidade). A dor relatada pelo paciente permaneceu em níveis mínimos por aproximadamente 2 meses, sendo depois eliminada por completo. Esse tipo de controle é utilizado no NED para avaliação complementar da eficiência do tratamento. É importante ressaltar também que os pacientes são instruídos a continuar realizando o treino diário de relaxamento muscular após o término do tratamento propriamente dito, para prevenir recidivas da dor crônica.

DISCUSSÃO

Os resultados sugerem que a dor crônica pode ser eficientemente acompanhada antes da intervenção, no transcorrer do tratamento e durante a proervação, através do uso das Escalas Visuais Analógicas utilizadas nesta intervenção.

Este método permite o acompanhamento diário do comportamento da dor do paciente frente sua DTM, globalizando a avaliação como um todo, o que contraria os estudos que separam os sinais e sintomas (Okeson⁽⁶⁾, 1982), como as dores musculares, dores de cabeça, restrição dos movimentos, etc. Além disso, a maioria destes estudos referem-se a grupos tratados, sem associar um grupo controle, dificultando a sua interpretação.

Por se tratar de uma enfermidade denominada de Desordem Temporomandibular, deve ser dada uma atenção especial ao comportamento da dor do paciente, associada à interpretação dos sinais e sintomas individualizados. Este cuidado também é sugerido por Spruijt⁽¹³⁾ (1991), que considera que factores individuais podem influenciar ambos, a experiência da dor e o seu subsequente relato. A experiência de acompanhamento individual dos sintomas também é importante para determinar o tempo em que o indivíduo permanece sob tratamento.

CONCLUSÕES

1. A Desordem Temporomandibular parece

envolver um fenômeno intrincado, onde diversos factores ainda merecem elucidação. Os aspectos psicológicos de percepção dos sintomas e seu relato precisam ser melhor estudados, pois têm um importante papel na avaliação da efectividade do tratamento.

2. As Escalas Visuais Analógicas são eficientes em oferecer uma contribuição prática na avaliação multidimensional da dor crônica e ao grau de desagradabilidade que esta causa ao paciente. Permitem evidenciar aspectos subjectivos da dor crônica e associá-los à evolução do tratamento.

3. Para o mesmo paciente, nem sempre os relatos de dor e de desagradabilidade coincidem.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às áreas de Radiologia e Morfologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, pela elaboração dos exames radiográficos e eletromiográficos utilizados nesta paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Di Hipólito Jr. O. e col.- Considerações sobre o perfil clínico do paciente atendido na Faculdade de Odontologia de Piracicaba. In: Jornada Odontológica de Piracicaba. Anais 1995; 188.
2. Foreman P.A. - Temporomandibular joint and myofascial pain dysfunction - some current concepts. Part 2: treatment. N Zealand DJ 1985; 81: 52-57.
3. Gil I.A., Rizzatti-Barbosa C.M. e col. - Multidisciplinary approach to chronic pain from myofascial pain dysfunction syndrome: a four year experience at a Brazilian Center. J Craniomand Disorders 1998; 16: 17-25
4. Gramling S.E., Elliot T.R. - Efficient pain assessment in clinical setting. Behav Res Ther 1992; 30: 71-73.
5. Mattacola C.G. e col. - A comparison of visual analog and graphic rating scales for assessing pain following delayed onset muscle soreness. J Sport Rehabil 1997; 6: 38-46.
6. Okeson J.P. - A study of use of occlusion splints in the treatment of acute chronic patients with craniomandibular disorders. J Prosth Dent 1982; 48: 708-712.
7. Oliveira W, Arcuri H. - Placas oclusais de relaxamento: confecção e ajuste. Rev Ass Paul Cir Dent

1995; 49: 358-362.

8. Pmeijer J.H.N. - The role of the general practitioner in restoring patients with temporomendibular joint dysfunction. *Int Dent J* 1988; 38: 40-44.
9. Price D.D., Harkins J.L. - Combined use of experimental pain and visual analogue scales in providing standadized measurement of clinical pain. *Clin J Pain* 1987; 3:1-8.
10. Rizzatti-Barbosa C.M. e col. - Occlusal spints in treatmen of craniomandibular disordes *RGO* 1998; 46: 37-41.
11. Rizzatti-Barbosa C.M. e col. - Abordagem interdisciplinar no tratamento das disfunções craniomandibulares - Experiência desenvolvida na Faculdade de Odontologia de Piracicaba. *Rev Bras Fisiot* 1998; 2: 67-70.
12. Rizzatti-Barbosa C.M. e col. - Estudo sobre a correlação genética nas desordens craniomandibulares 1997. In Press.
13. Spruijt R.J. - The research on temporomandibular joint clicking: a methodological review. *J Craniom Facial Oral Pain* 1991; 5: 45-90.
14. Wabeke K.B. - Temporomandibular joint clicking: a literature overview. *J Craniom Dis Facial Oral Pain* 1989; 3: 163-173.