

A PROPÓSITO DE UM SÍNDROME DE DCRS

Virgínia Tavares Guedes*

INTRODUÇÃO

Ao estomatologista e sobretudo nas consultas hospitalares, surgem com frequência doentes com situações de disfunção da ATM, que colocam problemas particulares de terapêutica.

Estes problemas agravam-se quando anteriormente houve a aplicação de goteiras disclusivas na tentativa de resolver a situação.

Vamos a propósito de um caso clínico, tentar contribuir para a sistematização dos sintomas e soluções terapêuticas nestes doentes.

CASO CLÍNICO

Em Outubro de 1986, recorreu à Consulta de Estomatologia do HSM, F.L.C., de 38

anos, sexo feminino, com disfunção dolorosa da ATM, que se caracterizava por dor (D), crepitação (C), ressaltos (R) e subluxação (S). Apresentava ainda limitação da abertura da boca (2 cm).

Tinha recorrido pela 1.^a vez à nossa Consulta há 9 anos, com a mesma sintomatologia, tendo sido medicada, após estudos julgados convenientes, com goteira para disocclusão.

A doente, de modo irregular e sem motivação, usa a goteira até a perder. Refere, no entanto, uma melhoria acentuada da sintomatologia sempre que a utilizava.

OS INIBIDORES DE OCLUSÃO

Os inibidores de oclusão têm como finalidade impedir provisoriamente a oclusão de conveniência do doente, substituindo-a por uma oclusão artificial, livre de qualquer prematuridade ou interferência, assegurando ao seu complexo mastigatório, uma descontração indispensável.

* Interna de Estomatologia do HSM
Director: Prof. Doutor Baptista Fernandes

Obteremos então a oclusão miocêntrica que desde há muito lhe era desconhecida.

Destacamos dois grandes grupos de inibidores de oclusão:

1. Os planos de mordida (**bite planes**), que representam muitas vezes uma terapêutica de urgência visando a eliminação de espasmos musculares e dos reflexos nociceptores de origem paradontal, reprogramando o esquema cerebral. (Fig. 1)

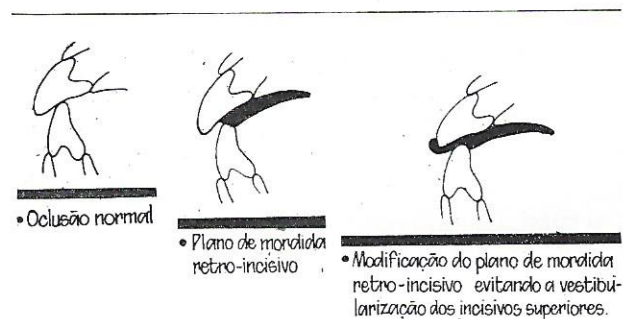


Fig. 1

2. As goteiras oclusais (**occlusal splints**), colocadas no maxilar ou na mandíbula e que cobrem as superfícies oclusais de todos os dentes. Estas goteiras oclusais dividem-se em dois grupos:

a) Inscritas no espaço livre, aproximam-se dos planos de mordida, mas têm a vantagem de poderem ser trazidas permanentemente, sem traumatismo electivo das regiões incisivo-caninas.

b) As ditas de sobrelevação, com altura superior às precedentes, permitem a determinação clínica da altura de oclusão, quando se suspeita uma perda da dimensão vertical ou uma infra-alveolia molar. (Fig. 2)

Propomos hoje em dia as de recobrimento oclusal total.

Estes inibidores da oclusão são terapêuticas transitórias e adjuvantes. Permitem fun-

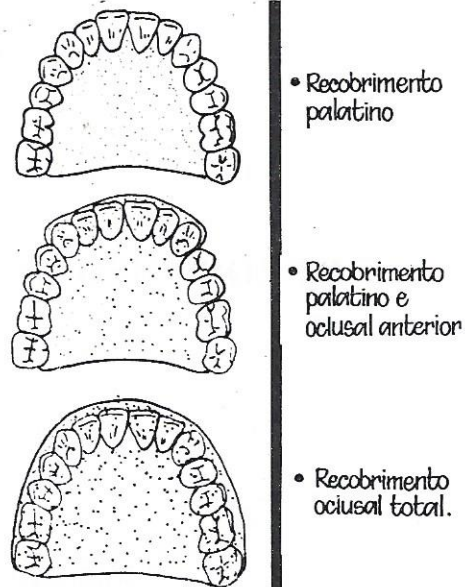


Fig. 2

damentalmente o relaxamento muscular e o retorno a uma oclusão fisiológica, pois foram eliminadas as prematuridades e as interferências dentárias.

São muito úteis, na medida em que fazem o doente tomar consciência da sua maloclusão e das suas parafunções.

Portanto, as goteiras utilizam-se quando se pretende:

- um aumento da dimensão vertical;
- desprogramar um padrão oclusal;
- por razões semiológicas.

Quanto à nossa doente, os seus sintomas eram os de um síndrome de disfunção temporomandibular, cuja expressão major é o síndrome de DCRS.

O SÍNDROME DE DCRS

1. **Dores:** Traduziam-se por cefaleias, que poderão ser interpretadas não como tal, mas sim como dores musculares interessando o

O SÍNDROME D.C.R.S.

- Expressão maior do síndrome de disfunção da A.T.M.
 - dores
 - crepitações
 - ressaltos
 - subluxações
- ... e ainda:
 - Limitações da abertura da boca, com por vezes, latero-desvio.
 - Fenômenos de bloqueio.
 - Luxações.

Fig. 3

temporal, as inserções altas do trapézio e a região órbito-frontal. (Fig. 3)

A região temporo-mandibular representa um verdadeiro cruzamento muscular e basta uma pequeníssima prematuridade para a doente, por via reflexa (reflexo de origem paradontal), evitar esse obstáculo e adoptar uma nova oclusão, patológica, chamada "de conveniência".

Cria-se uma posição mais anterior ou antero-lateral da mandíbula, que desencadeia um desequilíbrio das articulações temporo-mandibulares e que está na origem das dores (por irrigação, compressão de elementos nervosos das estruturas articulares e musculares, e por vezes edema).

1.a. As dores da esfera orbitária, são frequentes.

A sua localização tanto pode ser sub-orbitária como retro ou supra-orbitária. (Fig. 4)

Estas algias são muitas vezes classificadas de sinusites maxilares ou frontais, e tratadas como tal.

Estas "pseudo-sinusites" têm que nos alertar para o articulado dentário e em especial para a região pré-molar.

O dente mais frequentemente implicado é o 1.º pré-molar superior, causando dor retro-orbitária e por vezes sensação de tensão ocular. (Fig. 5)

DOR ORBITÁRIA

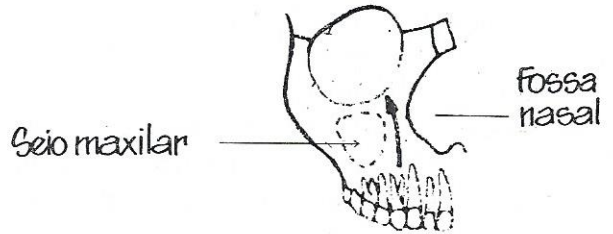
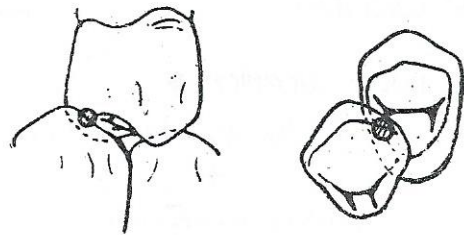


Fig. 4

DOR ORBITÁRIA



- Primeiro pré-molar superior

Fig. 5

Trata-se então duma prematuridade de face vestibular e bordo mesial da cúspide palatina deste dente, ou de um latero-deslize entre a oclusão miocêntrica e a oclusão de conveniência, que termina neste dente.

O reequilíbrio dentário é extremamente eficaz nestas algias orbitárias. Mas as dores supra-orbitárias isoladas, muitas vezes bilaterais, são muito raramente de cauda oclusal.

Podemos explicar estas dores orbitárias de duas maneiras:

— correspondem ao trajecto do nervo

infra-orbitário, que garante a inervação sensitiva dos pré-molares superiores;

— parecem ligadas a um fenómeno de condução óssea.

Os traumatismos suportados pelo 1.º pré-molar seriam transmitidos pela parte densa do osso maxilar superior, enquadrado a este nível pelas cavidades pneumáticas (seio maxilar por fora, fossas nasais por dentro). Logo, o traumatismo do 1.º pré-molar teria uma irradiação retro-orbitária e para o sulco naso-geniano, ao passo que o que afectaria o 2.º pré-molar levaria a uma dor sub-orbitária externa. (Fig. 6)

DOR ORBITÁRIA

- 1.º pré-molar superior ►
 - irradiação retro-orbitária
 - +
 - sulco naso-geniano

 - 2.º pré-molar superior ►
 - dor sub-orbitária externa
-

Fig. 6

2. Crepitações: São muitas vezes inaudíveis, e são por vezes mais tácteis do que audíveis; mas são um sinal bastante importante para nós, pois são muito sensíveis à terapêutica, desaparecendo precocemente se esta foi bem instituída, dando-nos assim uma indicação de que estamos no bom caminho.

3. Estalidos: São sonoros e muitas vezes incomodativos, mais para os estranhos do que para o paciente.

São o testemunho duma disfunção condilo-meniscal e surgem tanto ao abrir como ao fechar a boca.

4. Sub-luxação: É frequente.

Traduz-se por uma sensação de mandíbula “desencaixada” e é explicada por um movimento de translação anterior exagerado, dum côndilo, que ultrapassa em abertura máxima da boca, a raiz transversa do zigoma.

Acompanha-se por um latero-desvio à abertura. Esta sub-luxação é testemunho dum assincronismo dos dois côndilos. Realiza-se um mecanismo compensador do côndilo oposto que permanece mais ou menos bloqueado na sua cavidade glenóide e não efectua a translação anterior.

Ela é apenas a tradução duma hipomobibilidade do côndilo contra-lateral.

5. Fenómenos de limitação da abertura da boca: Também são frequentes.

São por vezes máximos ao despertar, melhorando pela manhã. São então testemunho de um bruxismo nocturno.

Se não os tratarmos, tendem a passar à fase crónica e a instalar-se de uma maneira mais ou menos permanente.

Estas limitações estão ligadas à contractura dos músculos mastigadores. Começam por ser funcionais, facilmente resolvidas pela reabilitação dentária, mas se as abandonarmos, passam a ser orgânicas, explicando-se então a dificuldade da sua resolução por uma fibrose muscular ou articular.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO SÍNDROME DE DCRS

Em todos estes doentes há um quadro mais ou menos acentuado de ansiedade, o que nos leva a considerá-los do foro psíquico e como tal, a ter este pormenor em conta.

Isto não é de estranhar, pois não nos podemos esquecer que a ATM também é um órgão sensitivo e que é nela que se localizam receptores que nos informam a todo o momento da posição do aparelho mastigatório.

Assim, no nosso 1.º contacto com o doente, temos que procurar tranquilizá-lo e levá-lo

a ter confiança em nós. Isto consegue-se procurando explicar-lhe o mais simplesmente possível a etiologia da sua doença e o que lhe vamos fazer, informando-o desde logo da possível morosidade da terapêutica.

Nesta 1.^a entrevista estabelecemos desde logo a periodicidade das suas visitas que deverão ser semanais.

A terapêutica que consideramos eficaz e que na verdade melhora consistentemente uma grande parte destes doentes, são os desgastes selectivos.

Não nos esqueçamos que a oclusão ideal é aquela que faz entrar em contacto as pontas das cúspides de suporte com as fossetas ou cristas marginais dos dentes antagonistas. Fig. 7

OCLUSÃO FISIOLÓGICA

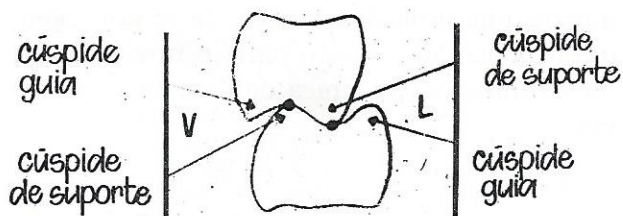


Fig. 7

Vamos então fazer um registo simplificado, tendo fundamentalmente a indicação das prematuridades e interferências encontradas. Fig. 8

No nosso Serviço utilizamos um quadro, que em ordenadas indica as classes para as prematuridades segundo Jankelson e em abscissas, os dentes portadores de impressões patológicas.

Fazemos um registo de 3 sessões e actualizamos só nos dentes que ao fim das mesmas apareçam repetidos. Fig. 9

DENTES COM CONTACTOS PREMATUROS						
Classe I	4.7	3.4-4.4	4.7	3.7 4.6-4.7		
Classe Ia		1.6	1.6-1.7	1.6-1.7		
Classe II	1.6	1.6-1.7	1.6-1.7 2.6-2.8	1.6-2.8		
Classe IIa			4.4-4.5			
Classe III	1.5 1.7-2.4	2.6	1.5 1.6-1.7	1.4-1.5	2.3	2.7 1.7-1.5
Classe IIIa	3.4-4.4		3.4	4.4-4.5		
Data	86.12.15	87.1.5	87.2.2	87.2.16	87.3.23	87.3.30

Fig. 8

CLASSIFICAÇÃO DAS PREMATURIDADES OCLUSIVAS

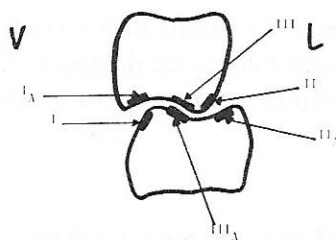


Fig. 9

Como se observa na fig. 9, consideramos três classes principais e três acessórias.

CLASSE I: Faces vestibulares das cúspides vestibulares dos pré-molares e molares inferiores.

CLASSE Ia: Faces palatinas das cúspides vestibulares dos antagonistas superiores.

CLASSE II: Faces palatinas das cúspides palatinas dos pré-molares e molares superiores.

CLASSE IIa: Faces antagonistas dos dentes mandibulares.

CLASSE III: Faces vestibulares das cúspides palatinas dos pré-molares e molares superiores.

CLASSE IIIa: Faces antagonistas dos dentes mandibulares.

Ao realizarmos os desgastes temos que obedecer a 6 regras fundamentais:

1. Nunca desgastar em oclusão de conveniência.
2. Nunca desgastar uma ponta de cúspide de suporte.
3. Polir sempre minuciosamente a superfície desgastada para evitar qualquer aspereza que levaria ao bruxismo.
4. Desgaste económico.
5. Os desgastes só podem efectuar-se em oclusão mio-cêntrica.
6. Nunca fazer desgastes na mesma sessão de classes diferentes, salvo excepções muito criteriosas.

Estes desgastes serão feitos com micromotor, utilizando pedras de desgaste. O polimento será efectuado como é uso na nossa Especialidade.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A nossa doente, a quem iniciámos uma terapêutica baseada no que acabámos de expor, apresentava na 2.^a semana após o início dos desgastes, uma diminuição da crepitação, tendo esta desaparecido na 3.^a semana,

bem como uma diminuição daquilo que ela chamava cefaleias.

Encorajados por estarmos no bom caminho, verificámos com agrado que na 5.^a semana, a sua abertura bucal passou de 2 cm para 4 cm e na 9.^a semana para 4,5 cm.

A doente ao fim de dez sessões foi considerada sem qualquer sintomatologia da que apresentava aquando da sua primeira visita.

Numa época em que todos os conceitos referentes à oclusão estão a ser revistos e alterados em alguns aspectos, torna-se importante para o estomatologista a abordagem criteriosa dos doentes com disfunção da ATM.

Esta requer um estudo cuidado e a utilização de técnicas terapêuticas que não sejam meramente sintomáticas e transitórias, mas que resolvam de forma definitiva, ou pelo menos prolongada, a situação oclusal dos doentes.

A nossa experiência na Consulta do HSM mostra que uma das formas de se conseguir um benefício duradouro para os nossos doentes é utilizando a técnica de desgastes selectivos.

RESUMO

A Autora, a propósito de um caso clínico de síndrome de DCRS aborda a utilização dos inibidores de oclusão, a etiopatogenia das disfunções da ATM, e aspectos terapêuticos das mesmas.

Conclui ainda pela utilização dos desgastes selectivos como uma medida terapêutica definitiva ao contrário das goteiras disocclusivas que são soluções transitórias.