

A IMPORTÂNCIA DAS ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS NO SÍNDROME DISFUNCIONAL DA A.T.M.

O. Alves da Silva*

INTRODUÇÃO

É nossa convicção de que quando falamos de disfunção de uma articulação móvel do organismo humano como é a articulação temporomandibular devemos ter em linha de conta dois factores distintos a saber: (Fig. 2)

1 — O estado osteoarticular no seu aspecto anátomofisiológico.

2 — A situação neuromuscular que se relaciona directa ou indirectamente com a força mecânica a imprimir ao movimento articular.

O estado osteoarticular já foi profusamente debatido nesta reunião e não é nosso propósito ocuparmo-nos dele aqui, na medida em que como é natural não faz parte da nossa experiência clínica específica.

Vamos pois ocupar-nos da situação neuromuscular que se relaciona com o factor informação visual. (Fig. 3)

Como é sabido, uma das leis gerais da dinâmica muscular é a lei de Sherrington que nos diz que quando o músculo sinergista se contrai, o músculo antagonista se relaxa.

A nossa experiência ao longo de vários anos e referente a vários milhares de doentes observados, tem-nos feito acreditar que esta lei é demasiado simples para ser inteiramente verdadeira, perante a imensa complexidade existente na dinâmica articular. Vejamos porque pensamos assim: (Fig. 4)



Fig. 1

*Chefe de Serviço Titulado de Oftalmologia do H. Sta. Maria



Fig. 2

Este doente à esquerda não apresenta no seu estudo clínico qualquer evidência de lesão osteoarticular nem neuromuscular e no entanto não é capaz de rodar a cabeça em toda a sua extensão.

Este outro doente à direita também não apresenta qualquer evidência de alteração osteoarticular ou neuromuscular e no entanto é incapaz de fazer a elevação dos seus braços até à posição vertical.

Restá acrescentar que nenhum destes doentes apresenta qualquer situação de tipo histérico.

Os pontos dolorosos à pressão digital, descritos por Martins da Cunha mostram de facto que os seus músculos não se encontram relaxados mas sim em hipercontração. Os músculos antagonistas dificultam assim a acção dos músculos sinergistas para os movimentos referidos.

Por outro lado a lei de Sherrington só pode funcionar quando a informação proprioceptiva que atinge os centros supranucleares encefálicos é correcta e informa com precisão do real estado do tónus muscular.

Estamos em presença de mecanismos automáticos independentes da vontade, em que se



Fig. 3

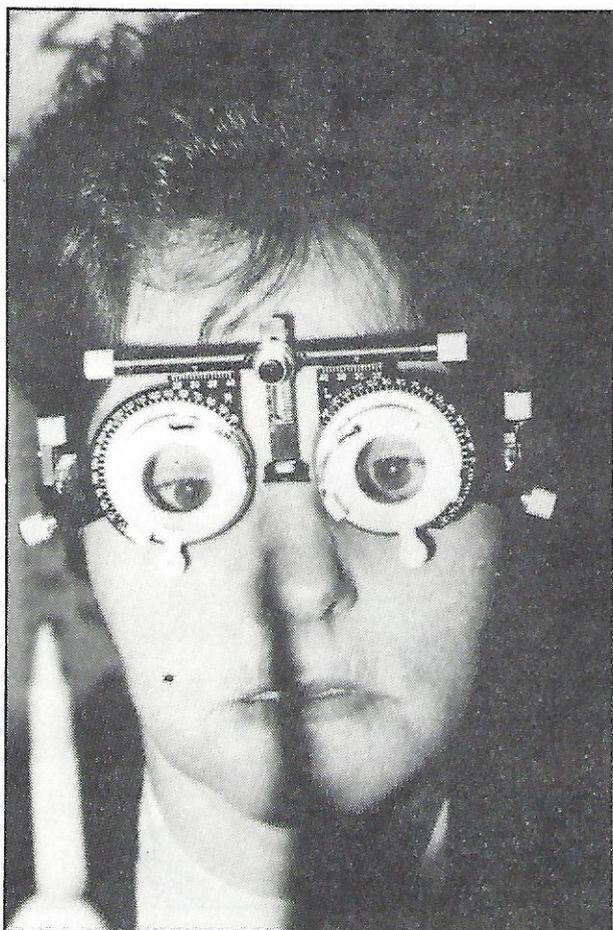


Fig. 4



Fig. 5

utilizarmos uma linguagem cibernética poderemos dizer que o “out put” depende do “in put”.

De facto nos doentes portadores de S.D.P. a informação proprioceptiva que chega aos centros cerebrais é incorrecta. (Fig. 5)

Em relação à doente que podemos observar neste diapositivo utilizámos a técnica descrita por Martins da Cunha, de colocação dos pés em posição paralela, e pedimos à doente que sem observar os seus pés nos indicasse com as mãos a relação espacial subjectiva recebida.

Como podem verificar a doente indicou uma posição claramente convergente, que falsaria completamente a situação objectiva. Fig. 6

Mas nos doentes portadores de S.D.P. não é apenas a informação proprioceptiva que se encontra perturbada, a informação visual também é incorrecta.

Observando o doente que vos apresentamos neste diapositivo e utilizando a técnica de pesquisa de convergência tónica de Baron em que fazemos a aproximação lenta de um ponto de fixação de pequenas dimensões, chegamos facilmente à conclusão que um dos olhos não converge.

Pareceria pois à primeira vista que estaríamos perante uma insuficiência de convergência em que o olho que não converge corresponderia a um olho desviado. É fácil um oftalmologista identificar se um olho se en-



Fig. 6

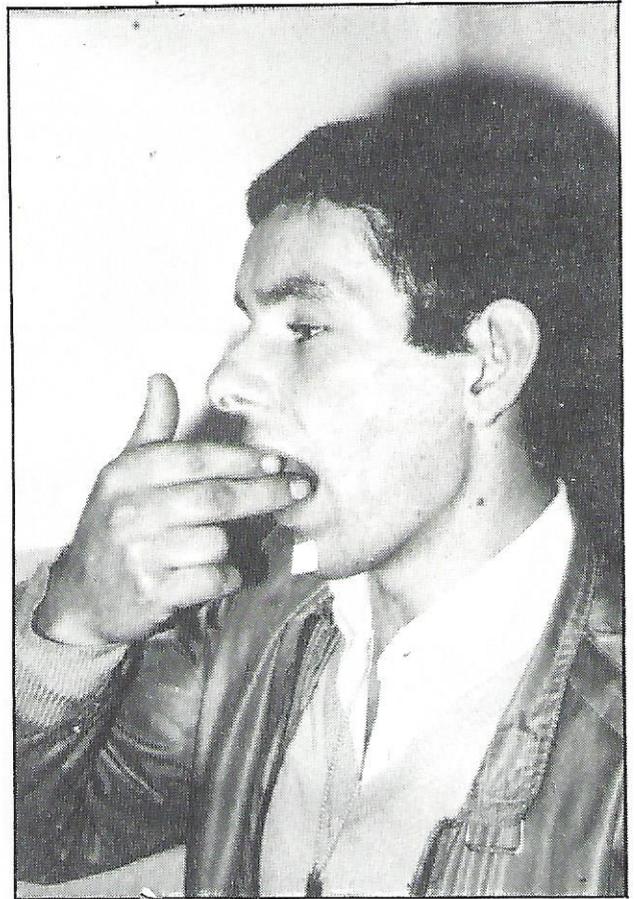


Fig. 7

contra ou não desviado em relação a um ponto de fixação. Basta para isso ocluir o olho contralateral e verificar se esse olho executa ou não um movimento de refixação. (Fig. 7)

Foi isso que fizemos e como podem verificar não houve qualquer movimento de refixação. Curiosamente o doente refere estar a fixar bem centralmente o objecto de fixação.

Trata-se como é evidente de um erro de informação visual em que mais uma vez a subjectividade contraria a objectividade.

A nossa experiência de vários milhares de doentes com S.D.P. tem mostrado que existe uma ligação íntima entre a informação visual e a informação proprioceptiva. Seria pois lógico pensar que poderia ser possível

modificar a informação proprioceptiva modificando a informação visual. (Fig. 8)

Fizemos o estudo postural oftalmológico da doente, com erros de informação proprioceptiva, cujo diapositivo vos mostrámos há momentos e modificámos-lhe a informação visual por intermédio de lentes prismáticas de pequena potência, cujo código de aplicação obtivemos recorrendo à técnica de escotometria direccionada executada com auxílio do sinóptoforo.

Voltámos a colocar-lhe os pés paralelos desta vez com as lentes prismáticas aplicadas e voltámos a pedir-lhe que indicasse com as suas mãos a localização espacial dos seus pés. A doente, que anteriormente nos tinha

indicado uma posição convergente, desta vez e nestas condições passou a indicar-nos uma posição paralela que como podem observar corresponde à realidade objectiva.

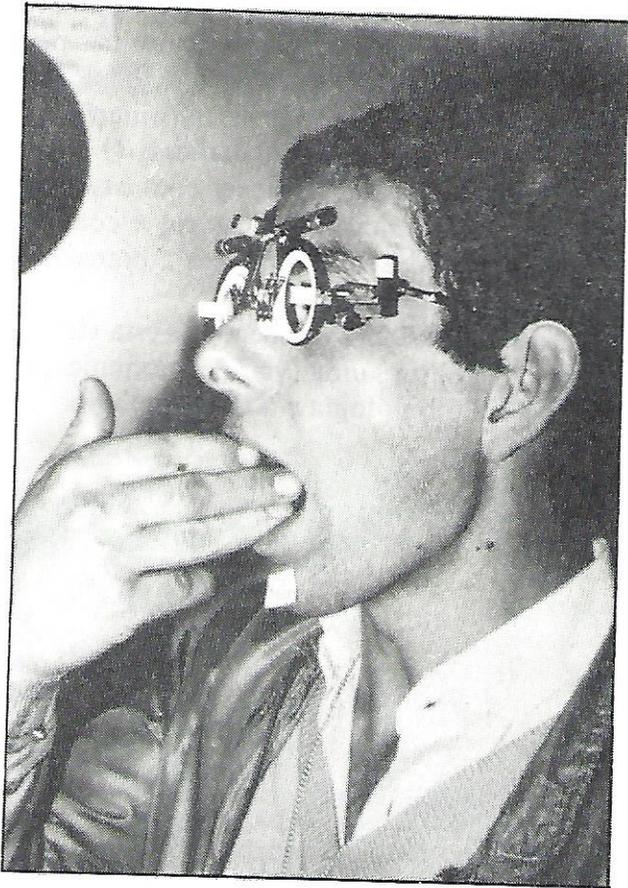


Fig. 8

Estudámos também a doente que era incapaz de fazer uma convergência ocular perfeita e modificámos a informação visual utilizando os mesmos métodos e técnicas do caso anterior.

O resultado como se pode observar é uma boa convergência ocular que ao funcionar como prova terapêutica vem reforçar as teorias que temos expandido a este respeito.

Mas se é certo que a modificação de informação visual pode modificar também a informação proprioceptiva e a própria oculo-

motricidade, que influência poderá ter sobre a musculatura esquelética?

No início desta comunicação apresentámos o caso de um doente que não era capaz de rodar a cabeça em toda a sua amplitude e de um outro que não era capaz de fazer a elevação dos braços até à vertical apesar de não se terem encontrado lesões orgânicas que o justificassem. Procedemos ao seu estudo postural oftalmológico e introduzimos a modificação adequada da informação visual através de lentes prismáticas de pequena potência como nos casos anteriores. O resultado obtido é bem evidente: a rotação da cabeça passou a ser normal e a elevação dos braços atingiu a vertical sem qualquer esforço significativo.

Sempre nos pareceu evidente que não haveria qualquer razão para que os músculos mastigadores tivessem um comportamento diferente dos restantes músculos esqueléticos, quer quanto às perturbações do seu tónus quer quanto à perturbação da relação sinergista-antagonista que a informação proprioceptiva incorrecta origina ou influencia.

Pedimos a este doente portador de S.D.P. que abrisse a boca o máximo de que fosse capaz. Utilizando a mão do doente medimos a abertura da boca, que como podem verificar correspondia à espessura de dois dedos.

Fizemos o estudo postural, introduzimos a lente prismática adequada (neste caso apenas uma) e verificámos que o doente passou de imediato a conseguir uma maior abertura da boca sendo-lhe já possível a introdução de 3 dedos.

Os casos que vos trouxemos aqui são casos em que apenas utilizámos as lentes prismáticas, mas o tratamento completo tem de incluir necessariamente a reprogramação postural já descrita por Martins da Cunha. São dois processos que se potenciam e se completam.

Como dissemos no início desta comunicação um dos factores a ter em conta na disfunção A.T.M. é a disfunção muscular.

Ao sermos capazes de influenciar a disfunção muscular estamos a contribuir significativamente para uma melhoria da disfunção A.T.M.

A Estomatologia e a Oftalmologia sempre viveram em compartimentos estanques, esperamos ter aberto uma janela de comunicação.

RESUMO

O autor começa por considerar que as perturbações do tónus muscular, são factores importantes na disfunção articular, não sendo a A.T.M. uma excepção a essa regra.

O autor mostra alguns casos de perturbação funcional do movimento articular, faz um paralelismo entre essas perturbações, os erros de informação visual e os erros de informação proprioceptiva.

Durante a comunicação é posta em evidência a possibilidade de tratamento das perturbações articulares de tipo funcional, por processos de modificação de informação visual através de lentes prismáticas. O autor documenta as suas afirmações com casos clínicos. A reprogramação postural é considerada uma técnica que completa e potencia a terapêutica com prismas.

O autor considera também que esta técnica terapêutica abre uma via de comunicação entre a Estomatologia e a Oftalmologia.