

Paula Cristina Pacheco Lopes

Desordens do Complexo Condilo-Disco

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciencias da Saude

Porto, 2010

Para ser grande, sê inteiro:
Nada teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.

Ricardo Reis

Paula Cristina Pacheco Lopes

Desordens do Complexo Condilo-Disco

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciencias da Saude

Porto, 2010

Paula Cristina Pacheco Lopes

Desordens do Complexo Cndilo-Disco

Trabalho apresentado  Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para
obteno do grau de licenciada em Medicina Dentria

Sumário

O estudo da oclusão humana e de cada uma das suas partes constituintes, assume-se como uma das áreas de maior complexidade da Medicina Dentária. Estudos sugerem que 50 a 60 % da população geral manifesta, pelo menos, um sinal ou sintoma de DTM (desordens temporomandibulares) resultantes de factores etiológicos como o trauma, stress emocional, instabilidade ortopédica e hiperactividade muscular.

A pesquisa e análise de livros e artigos foi realizada nas bibliotecas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e através dos motores de busca Medline, Pubmed, Lilacs e b-On. Foram usadas as palavras-chave: “temporomandibular joint disc”, “temporomandibular joint disc displacement”, “management of TMJ disc displacement”, “anterior disc displacement with reduction”, “stabilization splint and disc displacement”, “occlusal splint and disc displacement”, “physical therapy for disc displacement treatment”. Não foi usado qualquer limite temporal e os idiomas inglês, espanhol e português foram seleccionados.

O objectivo deste trabalho centra-se no estudo das desordens inerentes ao complexo cântilo-disco sendo que, a parte dedicada ao tratamento, foca as situações de anteposição discal com redução, por esta ser a desordem manifestada pelo paciente em estudo no caso clínico apresentado.

As desordens do complexo cântilo-disco resultam de um conjunto sequencial de alterações ao nível das estruturas que compõem a ATM sendo que as alterações surgem de uma forma progressiva e resultante da cronicidade dos factores envolvidos na sua causa e da evolução dos seus sinais e sintomas. O seu correcto diagnóstico apresenta-se como um dos maiores desafios para o clínico, e pode haver necessidade da realização de exames complementares de diagnóstico, como seja, a ressonância magnética. Na procura de uma protocolização de procedimentos, surge The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC-TMD).

O tratamento das situações de anteposição discal com redução passa inicialmente pela confecção de uma goteira oclusal que, consoante a resposta à mesma, poderá exigir o uso de goteira de reposicionamento anterior. Este tratamento pode ter de ser coadjuvado com terapia física e requer sempre a educação e consciencialização do paciente. Nos casos em que não se consegue controlar a sintomatologia poderá ser necessário a abordagem cirúrgica, sendo mais frequente a artrocentese ou a artroscopia. O principal objectivo do tratamento, mais do que corrigir a posição do disco, é controlar a dor e as limitações inerentes à mesma, restituindo ao paciente qualidade de vida.

Summary

The study of human occlusion and each of its constituent parts, assumed as an area of great complexity of Dental Medicine. Studies suggest that 50-60% of the population expresses, at least, one sign or symptom of TMD due to etiological factors such as trauma, emotional stress, instability, orthopedic and muscular hyperactivity.

Research and analysis of books and articles was done in the libraries of the University of Fernando Pessoa, Dental University of Porto and through search engines like MEDLINE, PubMed, Lilacs and b-On .The following keywords were used: “temporomandibular joint disc”, “temporomandibular joint disc displacement”, “management of TMJ disc displacement”, “anterior disc displacement with reduction”, “stabilization splint and disc displacement”, “occlusal splint and disc displacement”, “physical therapy for disc displacement treatment”. Temporal limits were not used and English, Portuguese and Spanish languages were selected.

The aim of this essay focuses on the study of disorders related to the condyle-disc complex. The part devoted to treatment focuses on the situations of anterior disc displacement with reduction, since this is the disorder manifested by the patient in the clinical case study.

Disorders of the condyle-disc complex are the result of a series of sequential changes in the structures of the TMD, since changes occur in a progressive and chronic nature resulting from the factors involved in their cause and evolution of signs and symptoms. Its correct diagnosis is presented as a major challenge for the clinician and may require complementary exams of diagnostic procedures, such as magnetic resonance. Looking for a standardization of procedures arise the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC-TMD).

The treatment of situations of anterior disc displacement with reduction involves, initially, in the confection of an occlusal splint that, depending on the response to it, may require the use of anterior repositioning splint, with cases where it is necessary to consider the use of invasive treatments, as well as surgical treatments. The main aim of

treatment, rather than correcting the position of the disc, is to control pain and the limitations inherent to it, restoring the patient's quality of life.

Dedicatorias

Aos meus pais, a quem simplesmente devo tudo aquilo que hoje sou...

 S.lo pelo apoio nos momentos dificeis...

 av Benigna, pelo fora, exemplo e amor que mantem sempre presente...

Aos amigos que, ao longo destes anos, me mostraram que a vida  uma caminhada nica e repleta de surpresas. Ficam conosco as lembrncias, a amizade, as lgrimas, os risos e os sucessos.

Ao Marinho, um amigo que nunca esquecerei.

.

Agradecimentos

 Dra. Cludia Barbosa, um agradecimento especial, por toda a amabilidade, disponibilidade, simpatia e paciencia dedicada na execuo deste trabalho. Foi incansavel... um muito obrigada.

ndice Principal

Parte I	1
I. Introduao	1
II. Desenvolvimento	3
II.1. Anatomia da Articulaao Temporomandibular	3
II.2. Biomecnica da ATM	4
II.3. Desordens Temporomandibulares	5
II.4. Etiologia e Fisiopatologia das Desordens do Complexo Condilo – Disco ..	6
II.5. Diagnostico e Caractersticas Clnicas das Desordens do Complexo Condilo-Disco	9
II.6. Tratamento das Desordens Temporomandibulares	14
II.6.i. Tratamento das Anteposioes Discais com Reduao	16
Tratamento Definitivo	16
Tratamento de suporte	20
III. Conclusao	22
Parte II	23
Caso Clnico	23
1 Consultas	23
2 Consultas	26
3 Consultas	27
Consultas Seguintes	27
Parte III	29
Actos Clnicos	29
Bibliografia	33

ndice de Figuras

Figura 1: Fotografias frontal e de perfil	23
Figura 2: Imagem frontal do sorriso da paciente	24
Figura 3: Fotografias da arcada superior (Palato em U)	24
Figura 4: Fotografia vestibular frontal com dentes em intercuspidao	24
Figura 5: Modelo Superior de gesso	25
Figura 6: Placa de acetato de 3mm de espessura	25
Figura 7: Modelo na mquina de vcuo e placa de acetato de 3mm	25
Figura 8: Placa prensada e adaptada ao modelo com ajuda de vcuo.....	26
Figura 9: Placa depois de adaptada ao modelo.....	26
Figura 10: Acrlico Jet Denture Repair	27
Figura 11: Goteira em boca na posio de RC	27
Figura 12: Goteira em boca em lateralidade para a esquerda e direita	28
Figura 13: Goteira em boca na posio protusiva	28

ndice de Esquemas e Tabelas

Esquema 1:Desordens temporomandibulares:.....6

Esquema 2: tratamento de anteposio discal com reduo..... 17

Tabela 1:Quadro resumo por reas cientficas:.....29

Tabela 2: Actos clnicos29

Índice de Abreviaturas

DTM.....Desordens Temporomandibulares

ATM..... Articulação Temporomandibular

RDC-TMD *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*

PRC Posição de Relação Cêntrica

PIM..... Posição de Intercuspidação Máxima

Parte I

I. Introduoo

O estudo da oclusão humana e de cada uma das suas partes constituintes, assume-se como uma das áreas de maior complexidade da Medicina Dentária.

Baseando-se em estudos epidemiológicos, Machado *et al*, sugerem que 50 a 60 % da populao geral manifesta, pelo menos, um sinal ou sintoma de desordens temporomandibulares (DTMs). Também referem uma maior prevalência de casos entre os 25 e 44 anos de idade, sendo mais incidente no gnero feminino, que é quem também mais procura o tratamento (86.8%). Factores etiológicos como o trauma, stress emocional, instabilidade ortopédica e hiperactividade muscular surgem como causas para o aparecimento e desenvolvimento de DTMs (Okeson, 2000).

De uma maneira geral podemos distinguir dois tipos de DTMs: os que envolvem os músculos da mastigao e aqueles que envolvem as articulaoes temporomandibulares (ATMs), sendo os distúrbios musculares bastante mais comuns que os distúrbios articulares (Okeson, 2007). Este trabalho irá focar-se, essencialmente, nas desordens do complexo côndilo-disco, parte integrante das desordens funcionais da ATM. Depois de feito um resumo básico da anatomia e normal funcionamento da ATM, passando pelas características clínicas das desordens do complexo côndilo-disco, será abordado o tratamento das anteposioes discais com reduo, patologia inerente ao caso clínico em apresentao.

A pesquisa bibliográfica foi realizada na biblioteca da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e biblioteca da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. A pesquisa online foi feita através da Medline, Pubmed, Lilacs e b-On utilizando as seguintes palavras-chave: “temporomandibular joint disc”, “temporomandibular joint disc displacement”, “management of TMJ disc displacement”, “anterior disc displacement with reduction”, “stabilization splint and disc displacement”, “occlusal splint and disc displacement”, “physical therapy for disc displacement treatment”. Foram seleccionados apenas os artigos em inglês, espanhol e

portugues. Nao foi colocado qualquer limite temporal na pesquisa bibliografica. Foram ainda consultados livros que se relacionavam com o tema em questao

II. Desenvolvimento

II.1. Anatomia da Articulação Temporomandibular

A ATM é a articulação que liga a mandíbula, através do seu côndilo, à fossa mandibular do osso temporal do crânio, sendo constituída por duas articulações, a direita e a esquerda, denominando-se assim de diartrose bicondílea. Esta articulação é do tipo gínglimoartroidal, já que executa movimentos de rotação e translação (Okeson, 2000).

Na separação das superfícies ósseas da ATM, evitando o seu contacto directo e permitindo-lhe executar um determinado grupo de movimentos complexos, encontra-se o disco articular. Assim, pela presença do disco, osso temporal e osso mandibular, esta articulação encontra-se no grupo das articulações compostas. O disco articular é composto de tecido conjuntivo denso fibroso, na sua maior parte avascular e sem fibras nervosas (Okeson, 2000). Pelas propriedades visco elásticas que apresenta, o disco absorve e distribui forças, contribuindo para a prevenção de stress excessivo sobre as estruturas que compõem todo o sistema articular (Tanaka & Eijen, 2003). No plano sagital são descritas a região intermédia, mais fina, a região anterior e a região posterior. A região posterior é a mais espessa das três. Considerando uma vista frontal, o disco é mais espesso em medial, correspondendo a um espaço maior entre o côndilo e a fossa articular medialmente. Numa articulação dita normal, o côndilo, na posição de repouso, deverá estar alojado na região intermédia do disco, mantendo-se nesta posição por uma pressão inter-articular constante, resultante dos músculos elevadores (Manfredini, 2009).

Tal como qualquer articulação móvel, a integridade e limitações articulares são dadas pelos ligamentos. Compostos por fibras de colagénio, e não participando activamente nos movimentos, têm por função impedir movimentações não fisiológicas da ATM e servir de guias dos movimentos ditos funcionais. O disco encontra-se ligado medial e lateralmente ao côndilo pelos ligamentos colaterais, que permitem o movimento de rotação do disco num sentido anterior e posterior, restringindo-o de movimentos mediais e laterais sobre a superfície articular do côndilo. Para limitar o movimento de

rotação anterior do disco no côndilo, surge a lâmina retrodiscal inferior enquanto o ligamento capsular anterior limita a rotação posterior do disco (Okeson, 2007).

Posterior ao disco articular está o tecido retrodiscal, caracterizado pelo seu elevado grau de vascularização e inervação. Superior a este tecido, surge a lâmina retrodiscal superior composta, na sua maioria, por tecido conjuntivo elástico que permite que o complexo côndilo-disco faça movimentos de translação sem que haja agressão dos tecidos retrodiscais, por produzir uma força reactiva, única na ATM, que leva o disco para posterior enquanto no movimento de fecho actua passivamente e sem grande influência na posição do disco articular (Okeson, 2000).

Inserido no ligamento capsular em anterior e posterior e em medial e lateral, o disco articular divide a articulação em duas cavidades distintas. A cavidade superior, delimitada pela fossa mandibular e pela superfície superior do disco e a cavidade inferior, delimitada pelo côndilo mandibular e pela superfície inferior do disco (Manfredini, 2009). As superfícies internas das cavidades são revestidas pela membrana sinovial. Esta membrana, juntamente com outra localizada no bordo anterior dos tecidos retrodiscais, produz o líquido sinovial que preenche as duas cavidades, conferindo à ATM o título de articulação sinovial (Laskin *et al*, 2006).

Anterior ao complexo côndilo-disco encontram-se os músculos pterigoideu lateral superior e inferior. O músculo pterigoideu lateral inferior, com inserção no colo do côndilo mandibular, actua conjuntamente com os músculos depressores ou de abertura de boca. O músculo pterigoideu lateral superior tem inserção ao nível do colo do côndilo e, numa menor proporção, no disco articular, exercendo a sua função aquando do movimento de fecho mandibular, juntamente com os músculos elevadores da mastigação (Manfredini, 2009). Este músculo encontra-se especialmente activo durante mordidas fortes e relações de intercuspidação máxima, funcionando como um extensor do disco pelo facto de o puxar para a frente (Okeson, 2000).

II.2. Biomecânica da ATM

Por ser uma articulação composta, a estrutura e função da ATM podem ser divididos em dois sistemas distintos. O sistema articular, composto pelos tecidos em torno da cavidade sinovial inferior, responsável pelos movimentos rotacionais na ATM em que a rotação surge do movimento entre a cavidade superior do côndilo e a superfície inferior do disco articular e o sistema do complexo côndilo-disco com função contra a fossa mandibular, responsável pelos movimentos de translação, que envolve a superfície superior do disco articular e a superfície inferior da fossa articular (Manfredini, 2009).

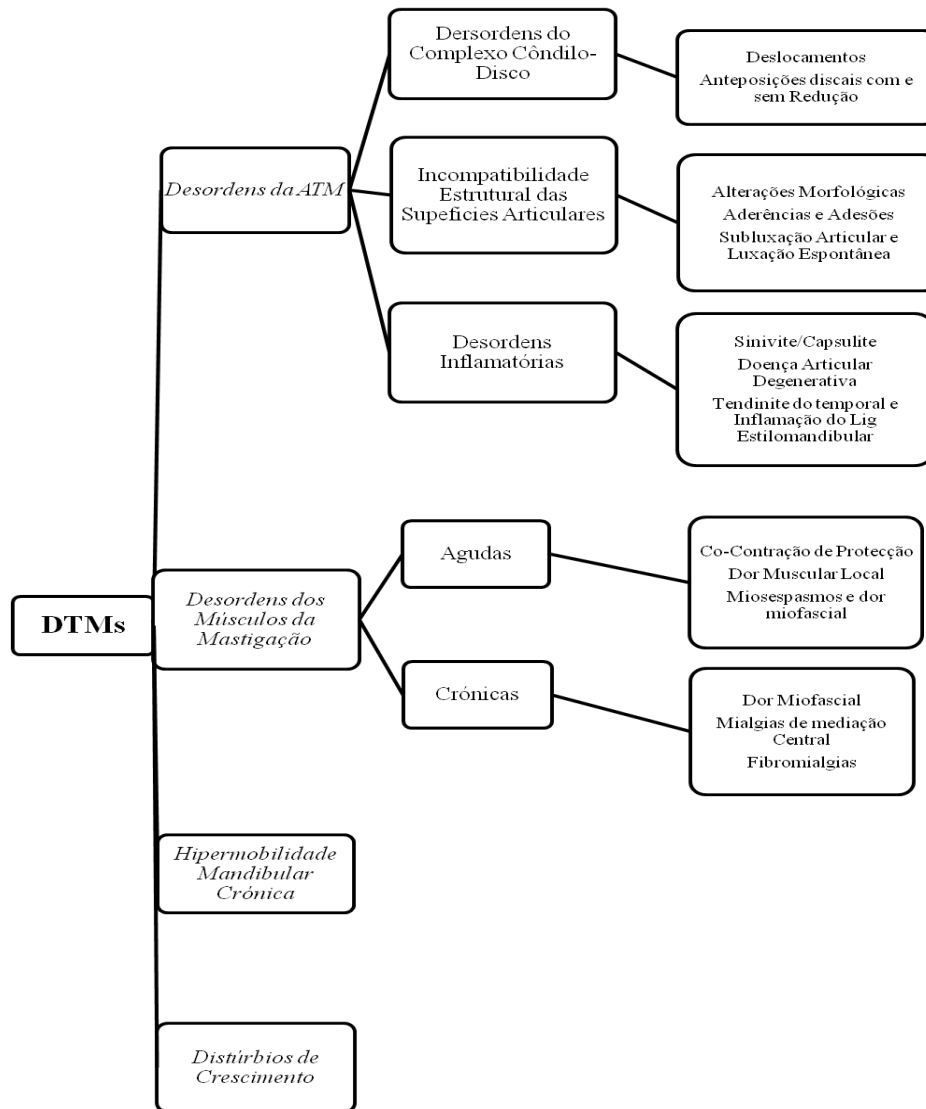
Depois de descritos os dois sistemas, e voltando a ver a ATM como um todo, podemos dizer que o contacto entre as superfícies articulares durante os movimentos de abertura e fecho são mantidos, não pelos ligamentos, mas pela morfologia do disco e pressão inter-articular resultante do equilíbrio da actividade muscular (Okeson, 2000).

Durante a posição de repouso o disco assume uma posição anteriorizada em relação ao côndilo. Como há um aumento da pressão intra-articular e maior tnus do músculo pterigoideu lateral superior, o côndilo fica posicionado na zona pstero-medial do disco (Manfredini, 2009).  medida que o movimento de abertura vai sendo executado a pressão intra-articular aumenta, e o côndilo, articulado na zona intermédia do disco, translada sobre a eminência articular. A lâmina retrodiscal superior, pelas suas características elásticas, funciona como fonte de forçá de retracção, limitando o avanço do disco. Assim, durante a abertura e o fecho mandibular, a relação côndilo-disco é mantida pelas características morfológicas do disco e pelas variações de pressão que acontecem dentro da articulação (Okeson, 2007). Assim, alterações do comportamento biomecânico do disco podem acontecer durante a vida, sejam eles associados à idade e/ou trauma e doenç (Tanaka&Eijen, 2003).

II.3. Desordens Temporomandibulares

Como já foi referido anteriormente, o termo DTM não sugere meramente problemas relativos à ATM. Ele abrange todos os distúrbios funcionais associados às estruturas que compõem o sistema estomatognático. Assim, a compreensão das causas dos distúrbios que afectam este sistema, apesar dos seus sinais e sintomas serem tidos como comuns, pode ser muito complexo, já que não há uma única causa que justifique todos

os sinais e sintomas. Estes sinais e sintomas irão guiar-nos para a classificao das desordens que podem vir a afectar o sistema estomatognático (Esquema 1):



Esquema 1: Desordens temporomandibulares (adaptado de Okeson, 2000)

II.4. Etiologia e Fisiopatologia das Desordens do Complexo Cântilo – Disco.

As desordens do complexo côndilo-disco resultam de um conjunto sequencial de alteraoes ao nível das estruturas que compõem a ATM, que têm início numa translao

para anterior do bordo posterior do disco articular (Arayasantiparb & Tsuchimochi, 2010).

As alterações surgem de uma forma progressiva e resultante da cronicidade dos factores envolvidos na sua causa e da evolução dos seus sinais e sintomas (Okeson, 2000).

Roda *et al* (2007), analisaram factores como a idade, genética, sexo, oclusão, trauma, hábitos parafuncionais e tratamento ortodôntico como causas de desenvolvimento de distúrbios da ATM.

Analisando os fenómenos traumáticos, Okeson (2000), assume que estes poderão ter um impacto directo no desenvolvimento de alterações que perturbarão o equilíbrio de todo o sistema e divide-os em macrotraumatismos ou microtraumatismos. Macrotraumatismos são os casos de grandes pancadas, agravados por posição dentária separada, intubações orais e cirurgias ortognáticas. Jerjes *et al* (2008) referem ainda como macrotraumas tratamentos dentários e grandes períodos de tempo passados com a boca aberta. Podem surgir por trauma directo ou indirecto. Roda *et al* (2007) refere que lesões no pescoço, um exemplo de trauma indirecto, podem afectar a função da ATM. Já os microtraumatismos resultam de forças ligeiras aplicadas durante longos períodos de tempo repetidamente sobre as estruturas articulares. Como exemplos encontramos os hábitos parafuncionais, como o bruxismo ou o hábito de mascar pastilha elástica, e os maus hábitos posturais. Tratamentos ortodônticos e perdas de dimensão vertical posterior também fazem parte deste grupo (Okeson 2000). Contudo a inclusão destes como factores causais de instabilidade articular ainda é controversa. Roda *et al* (2007), assumem que a oclusão é um factor pouco esclarecido e sem grande associação. Já em relação ao tratamento ortodôntico, concluem que não aumenta a prevalência de DTMs.

Existem também uma série de factores predisponentes ligados à etiologia deste tipo de desordens nos quais se incluem: 1) o grau de inclinação da eminência articular, que quanto mais inclinada estiver mais amplo será o movimento do côndilo-disco e logo maior o risco de alongamento ligamentar, 2) incompatibilidade morfológica do côndilo e fossa, 3) hiperlaxidade ligamentar e 4) percentagem de fibras do músculo pterigoideu

lateral superior inseridos no disco (Okeson, 2000). Segundo Manfredini (2009), uma morfologia anormal do disco articular pode ser um importante factor para os deslocamentos discais durante a fase de translação no movimento mandibular, já que o disco acaba por perder a capacidade de ser guiado pelo côndilo, aquando do movimento.

A prevalência de DTMs em crianças e adolescentes varia entre os 6 e os 68 %, valores que, para Roda *et al* (2007), dependem do critério de avaliação usado e do próprio exame clínico efectuado. Slater *et al* (2007), no seu estudo demonstram um aumento significativo de incidência de anteposições discais com redução, em idades jovens e uma crescente estabilização em idades adultas. Para Manfredini (2009) o risco de aparecimento de deslocamento do disco na adolescência é quatro vezes maior que em idades adultas, sendo que o pico de incidência dos deslocamentos acompanhados de dor acontece durante a puberdade. Isto sugere que a idade, vista na perspectiva de crescimento e do desenvolvimento da ATM, é um factor a ter em conta no aparecimento deste tipo de lesões. Já a hereditariedade, não é tida como factor relevante ao aparecimento de sinais e sintomas relacionados com DTMs (Roda *et al*; 2007).

Considerando relações anatómicas, Seligman and Pullinger (2004) apresentam, no seu estudo, algumas características que distinguem as articulações com anteposições discais com redução e sem redução, do ponto de vista anatómico. Segundo estes autores, fossas com uma forma mais ampla ou profunda ou com um ângulo de declive da eminência posterior mais plana que a média surgem relacionados a casos de anteposição discal com redução. Como causa associada ou isolada poderá existir um espaço articular anterior em forma de cunha quando a forma da fossa aparece mais estreita. O espaço articular anterior é uma linha que marca a distância entre a zona anterior do côndilo e a parede anterior da fossa mandibular (esta é uma das catorze características anatómicas obtidas através de imagens tomográficas). Articulações com anteposições discais sem redução surgem caracterizadas, neste estudo, por eminências com grandes comprimentos e fossas com longas paredes posteriores ou por fossas mais rasas e/ou maiores quando a altura do processo glenóide posterior é em média mais curto. O processo glenóide posterior representa a distância entre o ponto mais profundo do processo glenóide e a linha tangente horizontal ao ponto mais alto da fossa. Assim,

alteraoes morfologicas das estruturas que compoem a ATM influenciam a funao da articulaao.

A oclusao surge como um factor controverso e ainda em estudo (Roda *et al*, 2007). Do ponto de vista biomecanico uma ma-oclusao dinamica, como sao o caso das interferencias medio e laterotrusivas, e um factor de risco mais importante que uma ma-occlusao estatica (Manfredini, 2009).

Todos estes factores etiologicos poderao ser precursores do desenvolvimento por etapas das desordens do complexo condilo-disco. A compreensao das causas dos disturbios que afectam este sistema, apesar dos seus sinais e sintomas serem tidos como comuns, pode ser muito complexo, ja que nao ha uma unica causa que justifique todos os sinais e sintomas. Ao ocorrer uma alteraao das estruturas envolvidas no sistema estomatognatico, a sua biomecanica podera ser alterada. De uma forma sucinta, a fisiopatologia destas desordens podera ser apresentada numa sequencia de eventos, iniciada pelo alongamento dos ligamentos colaterais laterais e mediais, da lamina retrodiscal inferior, estando sempre presente a hiperactividade do musculo pterigoideu lateral superior que levara a um afilamento progressivo do bordo posterior do disco e a perda de elasticidade da lamina retrodiscal superior (Okeson, 2000).

II.5. Diagnostico e Caractersticas Clnicas das Desordens do Complexo Condilo-Disco

O correcto diagnostico das DTMs apresenta-se como um dos maiores desafios para o clnico dada a abrangencia das caractersticas clnicas que estas apresentam. Assim, com vista a procurar uma protocolizaao de procedimentos para melhorias tanto a nivel do diagnostico como do tratamento das desordens, foi criado os *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC-TMD)* (Steenks & Wijer, 2009). Este sistema e unico na descriao detalhada de execuao do exame clnico e classificaao dos sintomas por subtipos, dentro das desordens temporomandibulares (Visscher *et al*, 2009).

O *RDC-TMD* é composto por um sistema de diagnóstico duplo: a Axis I e Axis II. A Axis I é o sistema de reconhecimento das condições clínicas da articulação, correspondendo aos problemas físicos encontrados no paciente. Já a Axis II está direcionada para os problemas relacionados com dor e estado psicológico do paciente (Naeije *et al*, 2009). A Axis I divide-se em três grupos, sendo que o segundo correspondente ao grupo das desordens intra-articulares, do qual fazem parte as anteposições discais (Steenks & Wijer, 2009).

Os critérios usados pretendem promover um guia clínico de diagnóstico. Assim o exame clínico, o qual faz parte da Axis I, avalia:

- Palpação muscular e das ATMs
- Dor na abertura de boca (assistida ou não assistida)
- Desvios e deflexões.

Apresentado de uma forma generalizada, os algoritmos de diagnóstico a ter em consideração relativamente às anteposições discais são: 1) O grau de abertura de boca; 2) a eliminação do estalido articular entre 1 a 4 mm de protusão mandibular; 3) a presença de estalido recíproco e no fecho mandibular com resistência; 4) o estalido presente, na abertura e fecho, mas também no movimento protusivo e lateroprotusivo para o lado contra-lateral (Steenks & Wijerl, 2009).

Tendo em conta a natureza progressiva destes distúrbios, numa primeira etapa surge o deslocamento anterior do disco. Esta condição caracteriza-se por uma posição anteriorizada do disco, resultante do alongamento dos ligamentos colaterais e lâmina retrodiscal inferior e da acção do músculo pterigoideu lateral superior.

Dentro das *características clínicas* dos deslocamentos do disco é importante referir: (Okeson, 2000)

- a. Existência de um estalido que pode notar-se só durante a abertura (simples e em qualquer fase desta), representando um estadio inicial da desordem, ou poderá ser notado durante a abertura e fecho (estalido recíproco, sendo o de fecho notado perto da intercuspidação máxima),
- b. Amplitude de movimentos sem alterações;
- c. Dor pode ser sentida durante uma mordida forte.

À medida que a patologia evolui, o desgaste do bordo posterior do disco será cada vez maior o que levará a uma perda considerável da elasticidade da lâmina retrodiscal superior, única estrutura do complexo capaz de provocar um movimento de retracção do disco. Quando isto acontece, o músculo pterigoideu lateral superior adquire a capacidade de puxar o disco completamente para a frente, deixando-o numa posição de não articulação com o côndilo, que será restabelecida com o deslocamento da mandíbula, levando à recaptção do disco. A esta condição chamamos de anteposição discal com redução e é, geralmente, considerada uma desordem anódina da ATM causando pouco ou nenhum desconforto ao paciente (Okeson, 2007, Roda *et al*, 2008).

Segundo o RDC-TMD os seus critérios de diagnóstico são:

- a. Estalido recíproco na ATM (estalido na abertura e fecho mandibular, sendo que, na abertura, o estalido ocorre a uma distância interincisal pelo menos 5 mm maior que à distância interincisal na qual ocorre o estalido durante o fecho e considerando-se que o estalido é eliminado durante a abertura protrusiva), reproduzíveis duas a três vezes consecutivas;
- b. Estalido da ATM em um dos movimentos verticais (abertura ou fecho), reproduzível duas a três vezes consecutivas e estalido durante excursão lateral ou protrusão reproduzível duas a três vezes consecutivas;

(cit in: www.rdc-tmdinternational.org)

A presença do estalido recíproco é um dos mais importantes sinais de alerta da existência de anteposição discal com redução. Contudo é importante ter em atenção que este sinal pode não estar presente em todas as articulações afectadas por esta desordem assim como a sua presença pode estar associada a uma articulação dita normal (Kobs *et al*, 2005).

Outra característica clínica é a existência de um desvio na trajectória de abertura para o lado contra-lateral à ATM afectada até ao momento de recaptção do disco. Kobs *et al* (2005), salienta que estalidos podem ser provocados por diferentes causas, não sendo este um factor único de validação desta desordem. A ausência de existência de um estalido durante o fecho, ou seja do estalido recíproco, não implica obrigatoriamente que não estejamos perante uma anteposição discal com redução. Numa situação aguda e recente a dor pode estar relacionada com o alongamento dos ligamentos articulares e com a cronicidade dos eventos de recaptção do disco. Eventualmente, os ligamentos entrarão em colapso e perderão enervação, sendo que passará a estar relacionada com as forças aplicadas sobre os tecidos retrodisciais (Okeson, 2000).

Perdida toda a elasticidade da lâmina retrodiscal superior, o disco deslocado torna-se incapaz de retornar para a sua posição normal com o côndilo, fazendo o deslocamento à frente do côndilo durante todo o movimento de translação anterior. A esta condição chamamos de anteposição discal sem redução (Okeson, 2007; Roda *et al*, 2008). Segundo o RDC-TMD, os critérios de diagnóstico serão os seguintes:

Anteposição Discal Sem Redução, Com Abertura Limitada:

- a. História de limitação significativa de abertura;
- b. Abertura máxima sem auxílio menor ou igual a 35 mm;
- c. Abertura com auxílio aumenta a abertura máxima em 4 mm ou menos;
- d. Excursão contra-lateral < 7 mm e/ou desvio sem correcção para o lado ipsilateral durante abertura;

- e. Ou : (a) ausência de ruídos articulares, ou (b) presença de ruídos articulares não concordando com os critérios para a anteposição discal com redução.

Anteposição Discal Sem Redução, Sem Abertura Limitada:

- a. História de limitação significativa de abertura mandibular;
- b. Abertura máxima sem auxílio > 35 mm;
- c. Abertura com auxílio aumenta a abertura em 5mm ou mais;
- d. Excursão contra-lateral maior ou igual a 7mm;
- e. Presença de ruídos articulares não concordando com os critérios de anteposição discal com redução;
- f. Imagens por artrografia ou ressonância magnética revelam deslocamento do disco sem redução (caso o estudo o permita):
 - a. *Artrografia*: (1) Na posição de intercuspidação máxima, o compartimento anterior parece ser maior e mais marcado com contraste do que em uma articulação normal; (2) durante a abertura, uma quantidade significativa de contraste é retida anteriormente.
 - b. *Ressonância Magnética*: (1) na intercuspidação máxima, a banda posterior do disco está claramente localizada anterior à posição das 12:00, pelo menos na posição de 11:30; (2) em abertura completa, a banda posterior permanece anterior a posição de 12:00.

(cit in: www.rdc-tmdinternational.org)

Numa situação de anteposição discal sem redução o paciente não consegue atingir uma abertura normal de boca já que a posição do disco impede a translação completa do côndilo, que não cedem à pressão, atribuindo-lhe a característica de uma sensação final rígida. É normal os pacientes relatarem o momento em que o deslocamento ocorreu. Estando o côndilo desarticulado, este irá assentar sobre os tecidos retrodiscais, deixando a ATM vulnerável a uma condição degenerativa articular. Incapazes de suportar a força que lhes está a ser aplicada, estes tecidos entrarão em colapso, abrindo caminho para a sua inflamação e consequente dor associada. Numa fase aguda, normalmente o paciente sente dor e é-lhe impossível fazer uma abertura completa de boca. À medida que o distúrbio evolui para crónico, a dor vai desaparecendo e ocorre alguma melhoria na amplitude de abertura de boca conseguida (Okeson, 2000).

Uma melhoria nos diagnósticos tem por base o início de um melhor entendimento dos fenómenos que levam ao aparecimento das DTM's e ainda ao contributo prestado pelo avanço dos meios de diagnóstico que hoje estão disponíveis, tais como as tomografias computadorizadas e as ressonâncias magnéticas (Laskin, 2007).

As ressonâncias magnéticas são úteis na detecção da posição do disco, tanto no plano coronal como no plano sagital, bem como na identificação de alterações morfológicas e variações da sua posição normal. As tomografias computadorizadas, apesar de não serem tão eficazes como as ressonâncias magnéticas, apresentam-se úteis na detecção da colocação do disco articular na posição de boca fechada, atingindo níveis de sensibilidade e especificidade de 91% e 100%, respectivamente. Estes métodos de diagnóstico, apesar de serem relevantes para o diagnóstico, devem ser analisados e enquadrados segundo a situação clínica em que se apresentam (Roda e tal; 2008).

II.6. Tratamento das Desordens Temporomandibulares

O tratamento das DTMs, com o tempo, têm-se tornado bastante mais conservadores, até mesmo nos tratamentos considerados invasivos. Isto, segundo Laskin.D (2007), deve-se a uma compreensão mais profunda dos factores etiológicos que estão na causa destas.

De acordo com Okeson (2007), para que um tratamento de uma DTM que tenha por base um desarranjo do complexo córdilo-disco seja bem sucedido, são fundamentais dois aspectos: primeiramente que o diagnóstico efectuado seja o correcto e logo depois que haja um entendimento da sequênciã dos processos evolutivos dessa desordem. Torna-se importante referir que somente as articulações que apresentem ruídos articulares associados a fenómenos de dor intra-capsular, deverão ser sujeitos a tratamentos, já que sons articulares assintomáticos são bastante comuns na população geral.

Chortis. *et al* (2006) divide as opções de tratamento, para disfunções temporomandibulares sintomáticas, em tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos. Os tratamentos cirúrgicos envolvem técnicas como a artroscopia, artrocentese, condilotomia e artrotomia e integrando o grupo dos tratamentos não cirúrgicos encontramos modificações da dieta, terapias medicamentosas, goteiras, fisioterapia, injeções e alteração de hábitos comportamentais.

De uma forma geral, a maior parte das situações de anteposição discal apresentam melhorias espontaneamente ou por recurso a tratamentos não invasivos. Contudo, nos casos em que a dor e a disfunção persistam, mesmo após o recurso a tratamentos conservadores, o caminho para tratamentos invasivos deverá ser cuidadosamente ponderado (Barkin & Weinberg, 2000).

Na última década, a cirurgia artroscópica e a artrocentese têm sido usadas frequentemente após falha dos tratamentos não cirúrgicos ou recorrência de sintomas, por estes serem minimamente invasivos e eficazes (Raspall, 1997).

Uma correcção da posição do disco não significa necessariamente cura ou sucesso de tratamento. O facto de conseguirmos ter uma articulação livre de dor e funcionalmente equilibrada, hoje em dia, é tido como aceitável. Segundo Leeuw (1994), mais que a eliminação dos ruídos, os factores mais importantes para os pacientes são a melhoria da função mastigatória, redução da dor e o sentimento de segurança. Se ao fim de 2-4 anos após o tratamento não há desaparecimento dos ruídos articulares, é provável que estes persistam por várias décadas.

O recurso ao tratamento por goteiras acrílicas mostra-se eficaz na redução de dor tanto de origem muscular como articular. Já em relação à diminuição dos sons articulares e limitações de abertura de boca, o grau de eficácia diminui consideravelmente (Jerjes *et al*, 2008).

Visto o tratamento das patologias inerentes ao complexo córdilo-disco ser diferente, Okeson divide-o em duas categorias: tratamento dos deslocamentos e anteposições disciais com redução e tratamento das anteposições disciais sem redução. Este trabalho irá referir o tratamento das anteposições disciais com redução.

II.6.i. Tratamento das Anteposições Disciais com Redução

É importante referir que uma anteposição discal com redução pode persistir durante décadas, sem haver progressão (Leeuw; 1994). Segundo Okeson (2000), o tratamento de deslocamentos e anteposições disciais com redução divide-se em tratamentos definitivos e tratamentos de suporte.

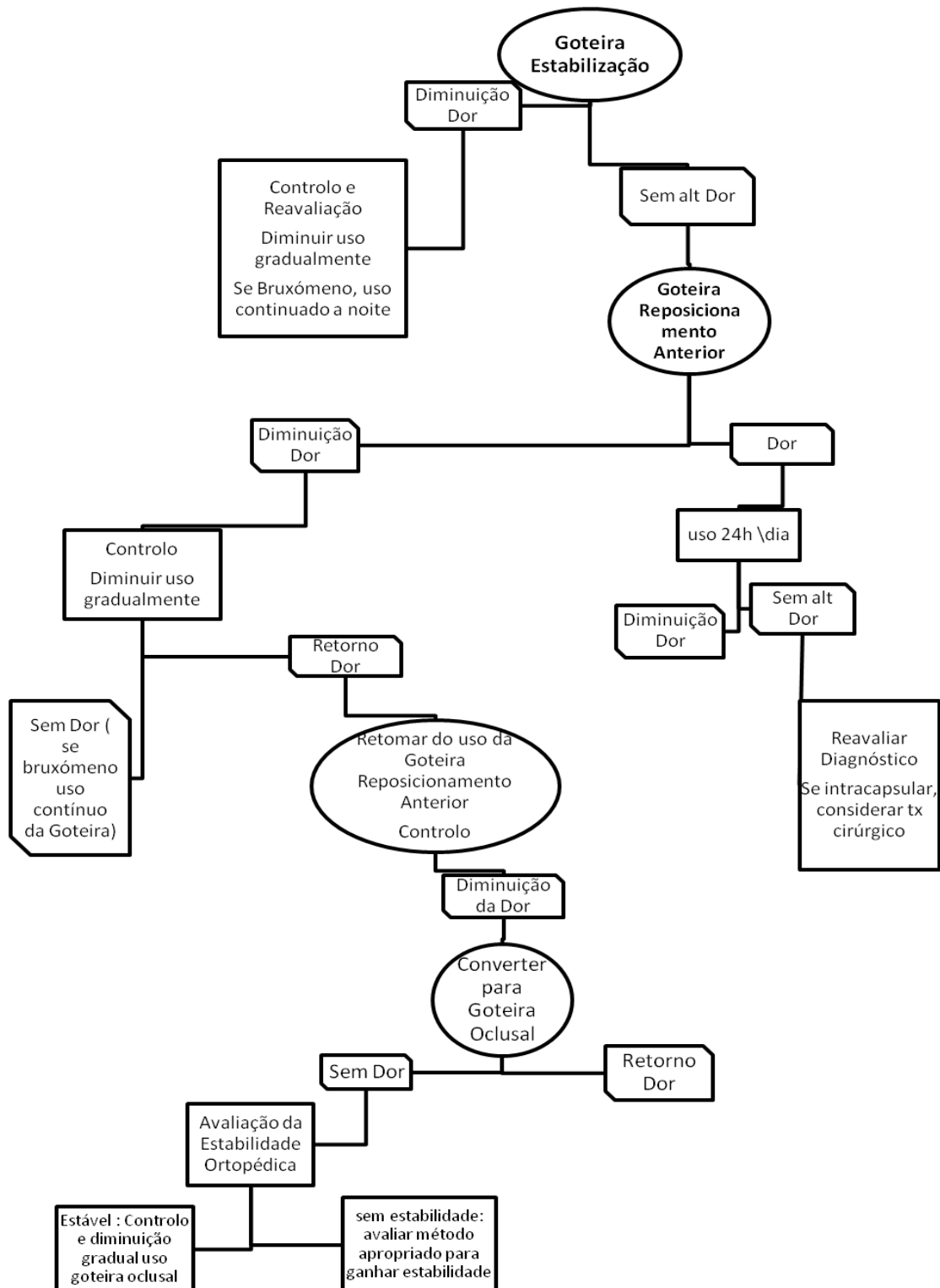
Tratamento Definitivo

O principal objectivo deste tratamento é reduzir a dor intra-capsular, e não recapturar o disco. Assim, existem duas alternativas: o uso de Goteiras de Estabilização, mais aconselhadas pela minimização de danos colaterais que apresentam a longo prazo, e Goteiras de Reposicionamento Anterior, caso a goteira de estabilização não surta efeito (Okeson, 2000).

Goteiras oclusais são instrumentos de tratamento em casos de disfunção muscular e dor com influência a nível das estruturas anatómicas da ATM (Eberhard *et al*, 2002).

De acordo com Maloney and Howard (1986) e Davies and Gray (1997), as goteiras de reposicionamento anterior compelem a mandíbula a assumir um posicionamento terapêutico, para a frente da posição de intercuspidação máxima, influenciando a relação córdilo-disco existente (cit in Eberhard *et al*, 2002).

Okeson (2000) sugere o seguinte esquema de tratamento:



Esquema 2: tratamento de anteposição discal com redução (Adaptado de Okeson 2000)

Dentro das limitações do uso prolongado das Goteiras de Reposicionamento Anterior encontramos o desenvolvimento de mordida aberta posterior. Esta condição torna-se reversível com um ajuste gradual do uso da goteira, reduzindo o tempo de uso e reajustando o número de vezes que o clínico considere pertinente, caso os sintomas retornem. Sempre que os sintomas não regridam, deverá ser ponderada a hipótese de instabilidade ortopédica, transformando a goteira de reposicionamento anterior numa goteira de estabilização que permita ao côndilo retornar à sua posição músculo esquelética estável, para posterior tratamento (Okeson, 2000)

Clark.G e Minakuchi.H (2006) dão, às goteiras de estabilização, o propósito de servirem como guias de referência capazes de fazerem o paciente tomar consciência das parafunções que possa ter, de forma a conseguir controlar os sintomas apresentados.

As goteiras de estabilização, quando bem ajustadas, levam: 1) a uma oclusão na posição de relação cêntrica (em que os músculos se encontram numa posição relaxada e livre de estiramentos nocivos); 2) à eliminação de interferências posteriores; 3) à criação de uma guia anterior; 4) à redução da actividade neuromuscular; 5) à obtenção de relações oclusais estáveis (Al-Ani, 2004).

Numa fase aguda da desordem, as goteiras de estabilização irão eliminar possíveis interferências oclusais e levar os músculos a um estado de relaxamento, protegendo assim as estruturas dos efeitos nocivos da excessiva actividade muscular (Eberhard *et al*; 2002 e Al-Ani, 2004).

O clínico pode recorrer, sempre que o considere oportuno, ao uso da artrografia ou tomografia computadorizada para melhorar o relacionamento existente entre o côndilo e o disco aquando da confecção da goteira (Laskin, 2007).

É importante aceitar que alguma disfunção persista, assumindo o clínico o papel de controlador de dor enquanto as estruturas articulares se vão adaptando. Como Laskin (2006) e Okeson (2007) exprimem, um tratamento invasivo só deve ser aplicado para os casos em que a terapia não cirúrgica não conduza à eliminação de dor ou na persistência de grande instabilidade ortopédica.

A Artrotomia é o tratamento cirúrgico mais invasivo existente. Este, progressivamente, tem vindo a ser substituído pela artroscopia, por ser menos invasiva, provocar menos complicações e requerer um menor tempo de internamento. As anteposições discais com redução, entre outras DTMs, estão no grupo propício ao tratamento artroscópico, sempre que a ATM em causa constitua incapacidade ao paciente, recorrente de tratamentos não invasivos e que exijam alterações estruturais internas na articulação (Barkin & Weinberg, 2000).

Barkin & Weinberg (2000) referem algumas técnicas artroscópicas que tentam um reposicionamento do disco, como o sejam: a injeção de soluções esclerosantes que visam induzir uma cicatriz na fixação posterior do disco. McCain *et al* e Tarro (cit in Barkin & Weinberg, 2000) defendem desenvolvimento de protocolos artroscópicos para reposicionamento e sutura do disco, sendo que Tarro suporta a criação de uma incisão anterior no disco que lhe permita maior mobilidade. Contudo estas técnicas não parecem ser mais eficazes que a lise e lavagem artroscópica.

A artrocentese, segundo Vasconcelos *et al* (2006), é uma técnica que se situa no intermédio entre as técnicas não cirúrgicas e as técnicas cirúrgicas. Está indicada, entre outras, para os casos de anteposições discais com redução e consiste numa lavagem da cavidade articular superior da ATM sem recurso à visão directa, com vista na remoção dos tecidos necróticos, sangue e mediadores de inflamação (Barkin & Weinberg, 2000). A lavagem, feita com uma solução salina, é injectada e retirada recorrendo ao uso de seringas (Nardini *et al*, 2009). Dentro das suas vantagens encontramos uma baixa morbidade e riscos, baixos custos e a possibilidade de ser executada em ambulatório. Uma diminuição da dor é alcançada pela remoção dos mediadores inflamatórios enquanto o aumento da mobilidade mandibular é atingida pela remoção de possíveis adesões, eliminação de pressões negativas e melhoramento da mobilidade discal com consequente melhoria da relação cântilo-disco (Vasconcelos *et al*, 2006).

Nardini *et al* (2009) sugerem o uso de injeções de ácido hialurónico logo após a execução da artrocentese. Esta associação conjuga, aos benefícios da lavagem articular, uma diminuição do efeito de fricção na articulação pelas propriedades viscoelásticas do ácido hialurónico, Contudo referem no seu estudo, que uma protocolização do

procedimento, assim como, mais estudos a longo prazo, se tornam necessários, visto que a técnica aplicada, de 5 sessões de lavagem e injeções de ácido hialurónico, poderá ser demasiado invasiva.

Tratamento de suporte

Um dos parâmetros mais importantes será o de educar o paciente sobre a biomecânica da DTM da qual padece. Este processo assume-se fundamental para a boa execução e seguimento do qualquer plano de tratamento que lhe seja proposto, bem como para a obtenção dos melhores resultados possíveis que dele advenham (Okeson, 2007).

Em relação aos cuidados em casa é necessário encorajar os pacientes para que diminuam a carga exercida sobre a articulação, bem como para que tenham um especial cuidado na alimentação, preferindo alimentos moles, praticando uma mastigação lenta e mordidas pequenas. O consumo de pastilhas elásticas deve ser banido. No caso de existirem ruídos articulares, estes devem ser evitados, sempre que possível (Jerjes, 2008)

A prescrição de anti-inflamatórios está recomendada sempre que o médico suspeite de fenómenos inflamatórios associados à ATM (Okeson, 2000).

Exercícios terapêuticos têm sido evidenciados como bem sucedidos na eliminação/redução de ruídos articulares, eliminação de dor, alívio de stress muscular, coordenação muscular e melhoramento dos movimentos funcionais nas ATMs afectadas por anteposições discais com redução, como explica Chortis. *et al* (2006) e McNeely *et al* (2006).

McNeely *et al*, 2006 suportam que a execução de exercícios passivos aliado ao uso de goteiras oclusais se mostra como benéfico na redução e controlo da dor, bem como no aumento dos limites dos movimentos funcionais mandibulares.

Okeson (2007) recomenda que exercícios activos sejam evitados, por provocarem cansaço e conseqüente dor, e assume que exercícios mandibulares passivos e

fisioterapia (ex. aplicação de ultrassons) poderão ser úteis na obtenção de redução de dor articular.

A fisioterapia, tida como benéfica no caso de anteposições discais com redução, inclui a execução de exercícios mandibulares activos e passivos repetitivos bem como modalidades termais, manipulação articular e aplicação de calor húmido ou frio (Jerjes, 2008).

Terapias electrofísicas, tais como o são os ultrassons, são usados com o intuito de diminuir o grau de inflamação, procurar um relaxamento muscular e levar a um aumento do fluxo sanguíneo por aumento da permeabilidade dos capilares sanguíneos (McNeely *et al*, 2006). Os ultrassons são referidos como benéficos quando associados ao uso de goteiras oclusais e exercícios terapêuticos (Nicolakis e tal, 2000).

As terapêuticas comportamentais cognitivas, na opinião de Jerjes *et al* (2008), mostraram-se úteis no tratamento de desordens articulares, especialmente quando acompanhadas de outras modalidades de tratamento, levando a redução das limitações e dor. Estas visam permitir ao indivíduo uma melhor gestão das suas dificuldades através de uma consciencialização de pensamentos, comportamentos e sentimentos, controlando estados de stress, ansiedade e depressão. Dela fazem parte, por exemplo, técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios.

III. Conclusão

Os distúrbios do complexo cântilo-disco resultam de um conjunto sequencial de alterações ao nível das estruturas que compõem a ATM, e têm por base factores etiológicos como o trauma, alterações morfológicas das estruturas articulares, idade e a oclusão.

Recorrendo aos critérios protocolados pelo *RDC-TMD* e, em alguns casos, à análise imagiológica através das ressonâncias magnéticas e tomografias computadorizadas, será feito o diagnóstico destas desordens. Os deslocamentos anteriores do disco apresentam como características clínicas a existência de estalido simples na abertura ou, numa fase mais avançada da patologia, estalido recíproco, acompanhados de normal amplitude de abertura de boca. As situações de anteposição discal com redução, maioritariamente, manifestam estalido recíproco e desvios na abertura para o lado contra-lateral à ATM afectada enquanto as anteposições discais sem redução manifestam limitações na abertura de boca, com sensação final rígida, existência de deflexão para o lado ipsilateral e movimento de lateralidade diminuído para o lado contra-lateral à ATM afectada.

O tratamento das situações de anteposição discal com redução passa principalmente pelo uso de métodos não invasivos, como o são as goteiras de estabilização. Consoante a resposta a estas, o tratamento poderá passar posteriormente pelo uso de goteiras de reposicionamento anterior e, caso a situação o exija, tratamentos ditos invasivos, como o são a artrocentese e artroscopia. Encorajar o paciente para uma diminuição da carga exercida sobre a ATM, através da correcção de maus hábitos, em associação com exercícios passivos e ultrassons, meios terapêuticos de suporte, apresenta-se como benéfico no tratamento destes distúrbios.

Parte II

Caso Clínico

O paciente A.J.D.A.C.S, do sexo feminino, nascido em 03/07/1988 apresentou-se na clínica Medicina Dentária da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa no dia 04/03/2010 com a indicação de realização de uma goteira de estabilização oclusal, como coadjuvante do tratamento de anteposição discal com redução na ATM direita. O diagnóstico, feito previamente, indicava também a presença de patologia articular degenerativa bilateral em ambas as eminências articulares.

É de referir ainda que paciente tinha hábitos de onicofagia e era uma consumidora crónica de pastilha elástica.

Em relação ao exame clínico extra-oral, a abertura máxima de boca era de 3 dedos, as ATMs apresentavam ruídos e estalidos e existia história de 2 episódios de bloqueio a meia abertura. Era de notar um ressalto e desvio na abertura e fecho para a direita.

1ª Consulta

Foi feito o orçamento da goteira oclusal, o qual a paciente aceitou, e foram tiradas as fotografias iniciais à paciente (Figura 1 – Figura 4).



Fig 1: Fotografias frontal e de perfil.



Fig 2: imagem frontal do sorriso da paciente



Fig 3: Fotografias da arcada superior (Palato em U)



Fig 4: Fotografia vestibular frontal com dentes em intercuspidação

Depois das fotografias iniciais, foi realizada a impressão da arcada superior, com alginato (Turboprint[®] Chroma ou Palgat Plus[®]), para a confecção da goteira.

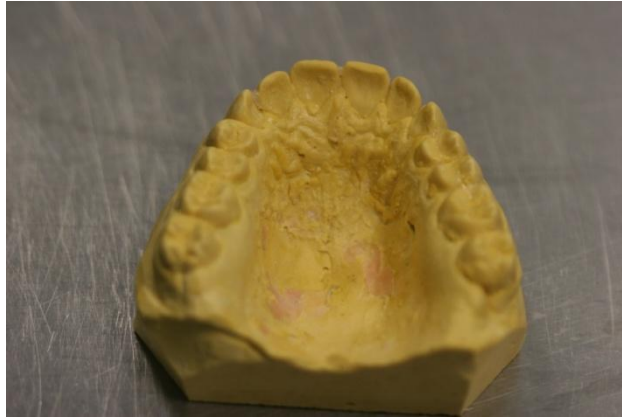


Fig 5: Modelo superior de gesso

Depois da impressão ter sido feita, seguida da vazagem a gesso tipo III (Pro-Solid[®] Super) (Figura 5), foi adaptada ao modelo superior uma placa de acetato (Dentaflux[®]), de 3mm de espessura (Figura 6).

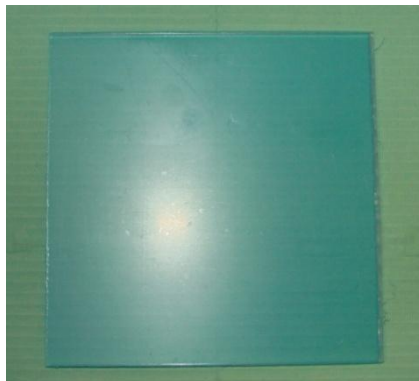


Fig 6: Placa de acetato de 3mm de espessura

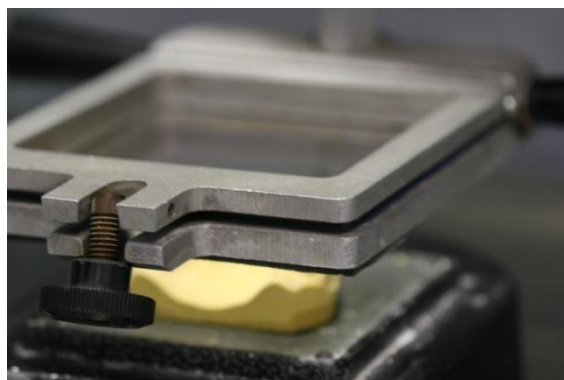


Fig7: Modelo na máquina de vácuo e placa de acetato de 3mm

O modelo superior foi colocado sobre a máquina de vácuo (ProForm®) e a placa de acetato foi fixada (Figura 7). Depois de aquecida, a placa vai sofrer um amolecimento e consequente abaulamento, momento no qual é aplicada no modelo e sujeita ao vácuo (Figura 8).

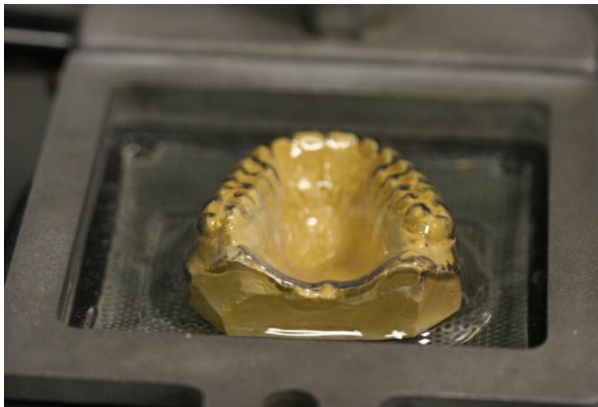


Fig 8: Placa prensada e adaptada ao modelo pelo vácuo.

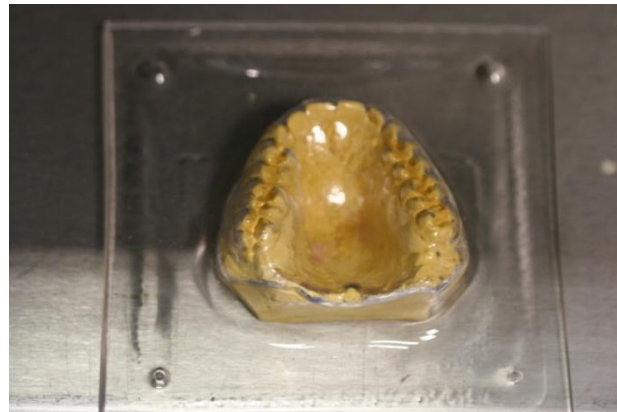


Fig 9: Placa depois de adaptada ao modelo

Depois de adaptada (Figura 9), a placa foi recortada por vestibular pelo equador dentário, por palatino ao nível da transição do palato mole para palato duro e lateralmente seguindo os contornos gengivais dos dentes. Em seguida foi feito o acabamento e polimento da placa de acetato.

2ª Consulta

Foi feita a prova da placa de acetato, verificando a retenção e estabilidade da mesma. Foi necessário acrescentar acrílico na zona anterior da mesma para aumentar a retenção. Em seguida procedeu-se à confecção do plano anterior de mordida, usando o acrílico (Jet Denture Repair®) de canino a canino e criado espaço posterior com recurso a películas de chumbo em pinças de Miller (1mm espessura). Os dentes ântero-inferiores, previamente vaselinados, foram levados até à posição de contacto com o acrílico da porção anterior da goteira. Executaram-se os ajustes oclusais, na posição de intercuspidação máxima (PIM) e em posição de relação cêntrica (PRC), com papel articular azul e vermelho de 8 µm de espessura (Arti-Fol®), mantendo-se todos os contactos ântero-inferiores, e criando-se uma pequena guia incisiva de forma a evitar qualquer contacto posterior nos movimentos excêntricos.



Fig 10: Acrílico Jet Denture Repair®

Foram, ainda, dadas, ao paciente, as instruções de uso, inserção, manutenção e higienização da goteira.

3ª Consulta

Na primeira parte da consulta, o paciente foi questionado quanto à utilização da goteira e à variação de contactos oclusais a nível anterior, procedendo-se ao seu ajuste em PRC. Seguidamente, procedeu-se à confecção do plano posterior de mordida. Para isto foi colocado acrílico desde os primeiros pré-molares até ao limite posterior da goteira e os dentes inferiores, vaselinados, foram levados ao contacto com o acrílico. Depois de polimerizado, foram feitos os ajustes em PIM e PRC. Por último corrigiu-se a guia anterior para que houvesse guia canina na lateralidade e na protrusão.

Consultas Seguintes

Procedeu-se à realização de controlo oclusal e avaliação muscular do paciente.



Fig 11 : Goteira em boca na posição de RC

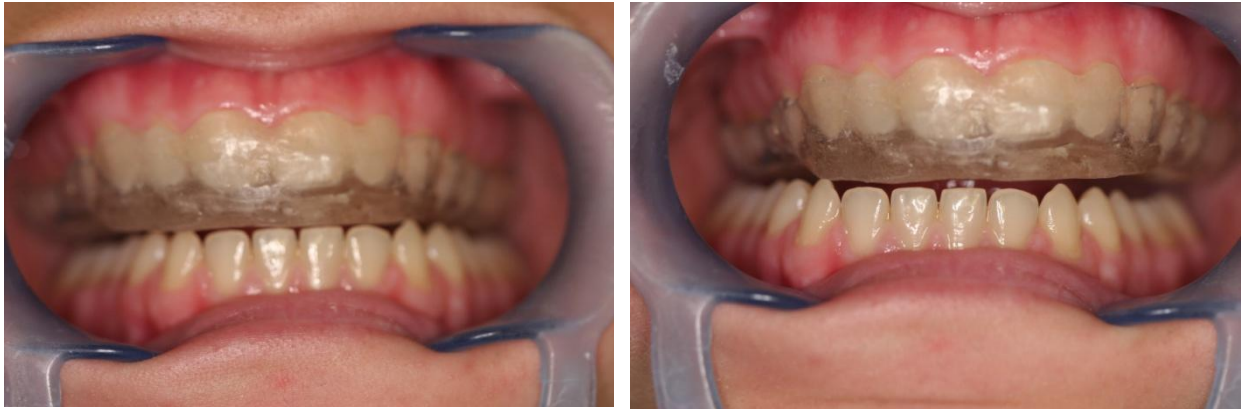


Fig 12: Goteira em boca em lateralidade para a esquerda e direita



Fig 13: Goteira em boca na posio protusiva

Parte III**Actos Clínicos**

Área Científica	Nº de tratamentos realizados
Oclusão	3
Periodontologia	23
Dentística	25
Consultas de Triagem	7
Cirurgia	9
Endodontia	5
Prótese Removível	2

Tabela 1: quadro resumo por áreas científicas.

<i>Data</i>	Trabalho
17 Setembro 2009	Controlo de Goteira de RC, com ajuste oclusal
18 Setembro 2009	Triagem. Destartarização e Polimento
22 Setembro 2009	Triagem. Destartarização e Polimento
24 Setembro 2009	Destartarização e Polimento
25 Setembro 2009	Triagem. Restauração dos dentes 2.1 e 2.2
29 Setembro 2009	Paciente faltou
1 Outubro 2009	Sem aula
2 Outubro 2009	Avaliação de profundidades de sondagem e mobilidades. Ficha de Orçamento.
6 Outubro 2009	Triagem.
8 Outubro 2009	Restauração a compósito do dente 4.5 (O.D)
9 Outubro 2009	Extracção do dente 4.7 + Sutura
13 Outubro 2009	Triagem
15 Outubro 2009	Paciente faltou
16 Outubro 2009	Extracção do dente 1.5 + Sutura
20 Outubro 2009	Destartarização e Polimento
22 Outubro 2009	Paciente Faltou
23 Outubro 2009	Destartarização e Polimento
27 Outubro 2009	Consulta de Controlo de paciente com historial de gengivite e dor aguda
29 Outubro 2009	Restauração a compósito do dente 4.6 (MOD)
30 Outubro 2009	Restauração a compósito do dente 3.7 (M)
3 Novembro 2009	Restauração do dente 4.6 a amálgama (D) e compósito (M)
5 Novembro 2009	Congresso da OMD
6 Novembro 2009	Congresso da OMD
10 Novembro 2009	Restauração do dente 4.5 (D) a compósito
12 Novembro 2009	Destartarização e Polimento
13 Novembro 2009	Triagem
17 Novembro 2009	Restauração a compósito do dente 4.6 (O)

Desordens do Complexo Côndilo-Disco

19 Novembro 2009	Paciente Faltou
20 Novembro 2009	Paciente Faltou
24 Novembro 2009	Restauração a compósito do dente 2.4 (OD)
26 Novembro 2009	Prescrição de azitromicina (500mg) para edema pós-extracção do dente 1.8
27 Novembro 2009	Sessão de TENC do dente 3.4 (Step-back)
1 Dezembro 2009	Feriado Nacional
3 Dezembro 2009	Paciente Faltou
4 Dezembro 2009	Destartarização e Polimento
8 Dezembro 2009	Feriado Nacional
10 Dezembro 2009	PASOP
11 Dezembro 2009	Colocação de condicionador de tecidos em prótese acrílica provisória
15 Dezembro 2009	Destartarização e Polimento
17 Dezembro 2009	Restauração a compósito do dente 2.4 (OMV)
18 Dezembro 2009	Falta
5 Janeiro 2010	Destartarização e Polimento
7 Janeiro 2010	Paciente Faltou
8 Janeiro 2010	Destartarização e Polimento
12 Janeiro 2010	Extracção do dente 4.8 + Sutura
14 Janeiro 2010	Extracção 18
15 Janeiro 2010	Destartarização e Polimento Desgaste do 4.2 por trauma no 11 Restauração a compósito do dente 4.7 (O) Sessão de TENC do dente 3.7
19 Janeiro 2010	Paciente Faltou
21 Janeiro 2010	Sessão de TENC do dente 2.5 (Rx inicial, Crown-down e Step-back)
22 Janeiro 2010	Restauração a compósito do dente 1.7 (O)
	2º Semestre
1 Fevereiro 2010	Restauração Provisória do dente 3.6
3 Fevereiro 2010	Impressões Preliminares Ficha de Prostodontia
4 Fevereiro 2010	Sem Paciente
8 Fevereiro 2010	Restauração a compósito do dente 2.8 (OD)
10 Fevereiro 2010	Paciente Faltou
11 Fevereiro 2010	Sem registo
15 Fevereiro 2010	Carnaval
17 Fevereiro 2010	Assistente nas 4 horas.
18 Fevereiro 2010	PASOP
22 Fevereiro 2010	Restauração a compósito do dente 1.2 (MP)
24 Fevereiro 2010	Destartarização e Polimento Extracção das raízes dos dentes 1.6, 2.5 e 2.6
25 Fevereiro 2010	Restauração a compósito do dente 2.5 (OD)
1 Março 2010	Restauração a amálgama e base de Ividro do dente 4.7 (O)
3 Março 2010	Paciente Faltou

Desordens do Complexo Cômulo-Disco

4 Março 2010	Triagem
8 Março 2010	Restauração a compósito do dente 3.4 (DL)
10 Março 2010	Extracção do dente 3.5 + Sutura Remoção de espícula óssea
11 Março 2010	Destartarização e Polimento
15 Março 2010	Restauração a compósito do dente 4.5
17 Março 2010	Destartarização e Polimento
18 Março 2010	Extracção do dente 4.8
22 Março 2010	Assistência na extracção do dente 3.8 incluso (Prof Ana Rita Nóbrega)
24 Março 2010	Impressões para confecção de Goteira.
25 Março 2010	Restauração a compósito do dente 1.7 (D)
12 Abril 2010	Viagem de Finalistas (México)
14 Abril 2010	Viagem de Finalistas (México)
15 Abril 2010	Paciente Faltou
19 Abril 2010	Paciente Faltou
21 Abril 2010	Restauração a compósito do dente 1.7 (O)
22 Abril 2010	Paciente Faltou
26 Abril 2010	Paciente Faltou
28 Abril 2010	RAR dos dentes 3.3, 3.4, 4.3 e 4.4
29 Abril 2010	Restauração a compósito do dente 4.6 (V)
3, 5 e 6 Maio 2010	Sem Paciente (Queima das Fitas)
10 Maio 2010	Restauração a compósito do dente 1.4 (OD)
12 Maio 2010	Sessão de TENC do dente 3.4 (Crown-down e Step-back)
13 Maio 2010	TENC do dente 3.5
17 Maio 2010	Restauração provisória com Cotosol
19 Maio 2010	Controlo de Goteira (confecção de guia posterior)
20 Maio 2010	PASOP
24 Maio 2010	Paciente Faltou
26 Maio 2010	Destartarização e Polimento
27 Maio 2010	Restauração a compósito do dente 4.7 (M)

Tabela 2: Actos Clinicos

Eu, _____, tutor(a) e orientador(a) do aluno Paula Cristina Pacheco Lopes, com o número 14376, a frequentar o 6º ano de Medicina Dentária, confirmo e valido os actos clínicos efectuados pelo aluno referentes ao 1º e 2º semestre da disciplina de Estágio.

Orientadora
Dra. Cláudia Barbosa

Eu, _____, Directora da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, valido os actos clínicos efectuados pelo aluno Paula Cristina Pacheco Lopes, com o número 14376, referentes ao 1º e 2º semestre da disciplina de Estágio.

Directora Clínica
Prof. Doutora Sandra Gavinha

Bibliografia

Al-Ani,MZ. *et alli*. “Stabilisation splint therapy for temporomandibular pain dysfunction syndrome (Review)”; *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2004.

Arayasantiparb,R; Tsuchimochi, M. “Quantification of disc displacement in internal derangement of the temporomandibular joint using magnetic resonance imaging”; *Odontology*; 2010; 98:73–81

Barkin,S; Weinberg,S. “Internal Derangements of the Temporomandibular Joint: The Role of Arthroscopic Surgery and Arthrocentesis”; *J Can Dent Assoc*; 2000; April, Vol. 66, No. 4

Chortis, A *et alli*. “Therapeutic Exercise In The Management of Anterior Disc Displacement of The Temporomandibular Joint”; *Physical Therapy Reviews*; 2006; 11: 117–123

Eberhard, D *et alli*. “The efficacy of anterior repositioning splint therapy studied by magnetic resonance imaging”; *European Journal of Orthodontics*; 2002; 24: 343-352

Jerjes, W. *et alli*. “Muscle disorders and dentition-related aspects in temporomandibular disorders: controversies in the most commonly used treatment modalities”; *International Archives of Medicine* 2008, 1:23

Kobs, G. *et alli*. “Critical Assessment of Temporomandibular Joint Clicking in Diagnosing Anterior Disc Displacement”; *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*; 2005; 7:28-30.

Laskin, DM; Greene, CS; Hylander, WL. *Temporomandibular Disorders: an evidence-based approach to diagnosis and treatment*; Quintessence Publishing Co,inc; 2006; pags: 249-253, 377-388,413- 415

Laskin,D. “Temporomandibular disorders: the past, present, and future”; *Odontology*; 2007; 95:10–15

Leeuw, R. *et alli*. “Clinical signs of TMJ Osteoarthritis and Internal Derangement 30 years after Nonsurgical Treatment”; *J OROFACIAL PAIN*; 1994; 8: 18-24.

Machado, LP *et alli*. “The Prevalence of Clinical Diagnostic Groups in Patients with Temporomandibular Disorders”; *THE JOURNAL OF CRANIOMANDIBULAR PRACTICE*; 2009; Jul; 27 (3): 194-9

Manfredini.D. “ Etiopathogenesis of disk displacement of the temporomandibular joint: A review of the mechanisms”; *Indian Journal of Dental research*; 2009; vol 20 : 212-221

Minakuchi,H. *et alli*. “Self-reported remission, difficulty, and satisfaction with nonsurgical therapy used to treat anterior disc displacement without reduction”; *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 2004;98:435-40

Naeije,M *et alli*. “Evaluation of the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders for the Recognition of an Anterior Disc Displacement with Reduction”; *J Orofacial Pain*; 2009; Volume 23,n4

Nardini,L; Manfredini,D; Ferronato,G. “Short-term effects of arthrocentesis plus viscosupplementation in the management of signs and symptoms of painful TMJ disc displacement with reduction. A pilot study”; *Oral Maxillofac Surg*; 2010; 14:29–34

McNeely *et alli*. “A Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Interventions for Temporomandibular Disorders”; *Physical Therapy* ; 2006; May; Volume 86 . Number 5

Nicolakis *et alli*. “Exercise Therapy for Craniomandibular Disorders”; *Arch Phys Med Rehabil*; 2000; September ; Volume 81:1137-42

Okeson, JP. “Joint Intracapsular Disorders: Diagnostic and Nonsurgical Management Considerations”; *Dent Clin N Am*, January 2007; volume 51, no 1

Okeson, JP. *Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusao*; 4a ediao; editora Artes Medicas; 2000; pags: 3-20, 151-161, 181-186, 195-201, 216-232, 246-248, 257-259, 276-293, 319-330.

Raspall, G. *Cirurgia Maxilo-facial*; editora Panamerica; 1997

Roda *et alli*. Review of temporomandibular Joint Pathology. Part I: Classification, epidemiology, and risk factors; *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*; 2007; 12: 292

Roda,R. *et alli*. “A review of temporomandibular joint disease (TMJD). Part II: Clinical and radiological semiology. Morbidity processes”; *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*; 2008; Feb1; 13(2): E102-9.

Schiffman, E. *et alli*. “Randomized Effectiveness Study of Four Therapeutic Strategies for TMJ Closed Lock” ; *J Den Res*; 2007; January ; 86(1): 58–63

Selingman, DA; Pullinger, AG. “Improved Interaction models of Temporomandibular Joint Anatomic Relationships in Asymptomatic Subjects and Patients with Disc Displacement with or without reduction”; *J Orofacial Pain*; 2004; Volume 18, no3

Slater *et alli*. Anterior Disc Displacement with reduction and Symptomatic Hipermobility in the Human Temporomandibular Joint: Prevalence Rates and Risk Factors in Children and Teenagers; *J Orofacial Pain*; 2007; 21: 55-62

Steenks, MH; Wijer,A. “Validity of the Research Diagnostic criteria for Temporomandibular Disorders Axis I in Clinical and Reseach Settings”; *Journal of Orofacial Pain*; 2009; volume 23, no1

Tanaka, E; Eijden, T. “Biomechanical Behavior of the Temporomandibular Joint Disc”; *Crit Rev Oral Biol Med*; 2003; 14; 138.

The international RDC-TMD home page disponvel em: <http://www.rdc-tmdinternational.org/>

Vasconcelos, B. *et alli*. “Temporomandibular joint arthrocentesis: evaluation of results and review of the literature”; *Rev Bras Otorrinolaringol*; 72; September/October 2006.