



FEPEG

FÓRUM DE ENSINO,
PESQUISA, EXTENSÃO
E GESTÃO

TRABALHOS CIENTÍFICOS APRESENTAÇÕES ARTÍSTICAS E CULTURAIS DEBATES MINICURSOS E PALESTRAS

23 A 26 SETEMBRO DE 2015
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

ISSN 1806-549X

A HUMANIZAÇÃO NA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO



Hipermobilidade Articular Generalizada e Disfunção Temporomandibular: Importância do diagnóstico – Relato de Caso Clínico

Luiz Gustavo Martins Figueredo, Patrícia Fernanda Gonçalves Bessa

Introdução

O termo disfunção temporomandibular (DTM) vem sendo utilizado para definir condições que envolvem alterações da estrutura e/ou função da articulação temporomandibular (ATM) e estruturas musculoesqueléticas relacionadas [1]. A etiologia desse quadro disfuncional é multifatorial, sendo que, condições sistêmicas, tais como a hipermobilidade articular generalizada (HAG), tem sido associada a esta disfunção [2]. A HAG é uma característica hereditária definida pelo aumento da amplitude de movimento de múltiplas articulações e tem sido relacionada ao desenvolvimento de sinais e sintomas de DTM [1]. Essa relação é suportada pela hipótese de que a articulação hipermóvel seria sobrecarregada pelo excessivo movimento articular, levando a alterações degenerativas ou mau posicionamento do disco articular [2]. Há relatos de que esta síndrome é mais prevalente em mulheres e indivíduos de ascendência asiática e africana e que, diminui com o aumento da idade [3].

O conhecimento por profissionais da saúde e pacientes referente ao impacto da hipermobilidade sobre a ATM pode contribuir para uma abordagem preventiva e mais específica da DTM. Assim, a HAG poderia ser incluída como um componente do diagnóstico padronizado desta disfunção [1].

Diante do que foi exposto, o objetivo deste estudo é descrever e discutir, através de um relato de caso, a importância de um diagnóstico criterioso frente a um caso de HAG e DTM.

Material e Métodos

Este estudo trata-se de um relato de experiência realizado na clínica odontológica da Universidade Estadual de Montes Claros–Unimontes, durante a disciplina de Reabilitação oral no primeiro semestre de 2015. A paciente B.E.G., 20 anos de idade, gênero feminino, estudante, foi submetida a um exame denominado RDC/TMD que diagnostica presença de DTM. O questionário foi traduzido da expressão original em inglês *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorder*, o qual consiste na união de exame clínico específico e anamnese realizada através de questionário criterioso.

Para avaliação da HAG o método utilizado foi uma modificação da técnica inicialmente desenvolvida por Carter e Wilkinson (1964), examinando as articulações dos dedos polegares e mínimos, cotovelos, joelhos e flexão do tronco. Esta modificação recebeu denominação de “Escore de Beighton” e, até os dias de hoje, é um dos métodos mais utilizados para diagnóstico de hipermobilidade articular.

Resultados e Discussão

Durante a anamnese a paciente relatou estalido a aproximadamente dois anos, apenas do lado direito. Informou ainda que dói quando estalido é muito forte, geralmente quando a paciente faz a abertura máxima da boca durante o consumo de alimentos muito grandes, porém, nunca houve travamento de ATM. A paciente relatou também dor de cabeça na região occipital, às vezes acompanhada de enjôo, do tipo latejante, com frequência de duas vezes por semana e que cessa após uso de medicamento. A dor foi classificada como 7 na escala visual analógica (EVA). Apresentou hábitos parafuncionais como onicofagia, apoio do rosto sobre a mão e apertamento noturno. Apresentou-se um pouco ansiosa, nervosa e estressada devido à família, namorado e faculdade. Ao ser realizado o teste de ansiedade obteve-se 9 pontos, representando um resultado questionável ou duvidoso para ansiedade. A pontuação no escore de Beighton (Tabela 1) foi de 9 pontos, confirmando o diagnóstico de hipermobilidade articular generalizada. Neste teste foram examinados as articulações dos dedos polegares e mínimos, cotovelos, joelhos e flexão do tronco (Fig. 1). A paciente foi também diagnosticada com deslocamento do disco com redução e fadiga muscular na região occipital. A paciente foi esclarecida sobre sua patologia sistêmica (HAG) e orientada sobre a importância da conscientização sobre esta condição a fim de evitar a ocorrência de lesões determinadas por atos ou situações que exijam a abertura mandibular excessiva. Em complemento às orientações foi pedido que a paciente realizasse exercícios de abertura de boca com a língua na papila incisiva todos os dias. Para o tratamento da fadiga



FEPEG

FÓRUM DE ENSINO,
PESQUISA, EXTENSÃO
E GESTÃO

TRABALHOS CIENTÍFICOS APRESENTAÇÕES ARTÍSTICAS E CULTURAIS DEBATES MINICURSOS E PALESTRAS

23 A 26 SETEMBRO DE 2015
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

ISSN 1806-549X

A HUMANIZAÇÃO NA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO



no músculo occipital foi orientado que a paciente colocasse compressa morna na região occipital três vezes ao dia, durante 20 minutos, por 7 dias e, logo após a utilização da compressa, que ela realizasse exercícios de flexão, extensão e lateralidade direita e esquerda da cabeça e pescoço, durante 10 segundos, também por 7 dias. Em relação aos hábitos parafuncionais a paciente recebeu orientações sobre a importância de evitá-los e foi confeccionada uma placa para tratamento do apertamento noturno. Foi realizado ajuste da placa em sessões posteriores à instalação e reforço das orientações. Foi agendado um retorno da paciente para três meses após a última consulta para avaliação e continuidade do tratamento.

Considerações Finais

Para um correto diagnóstico da disfunção temporomandibular, deve haver um conhecimento amplo desta patologia em decorrência principalmente de seu agente causal ser multifatorial. Sabemos então que é importante um bom entendimento sobre o assunto e muito mais importante são as informações que o paciente relatar. A anamnese, um exame clínico e, se necessário, exame complementar, são aspectos fundamentais no diagnóstico desta patologia. Portanto, o cirurgião dentista ou o especialista em DTM deve ter uma visão sistêmica, da saúde geral do paciente a fim de evidenciar patologias sistêmicas que possam contribuir para o aparecimento e/ou perpetuação da DTM.

Outro ponto que merece destaque é a conscientização do paciente diagnosticado com DTM e HAG sobre sua condição. A mudança de hábitos pode evitar a ocorrência de lesões determinadas por atos ou situações que exijam abertura mandibular excessiva (bocejar, abertura ampla da boca durante a alimentação, procedimentos odontológicos prolongados), atuando de forma preventiva.

Referências

- [1] PASINATO, F., et al. Temporomandibular disorder and generalized joint hypermobility: application of diagnostic criteria. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011;77(4):418-25.
- [2] PASINATO, F. Hiper mobilidade Articular Generalizada em Indivíduos com Disfunção Temporomandibular. Dissertação apresentada na UFSM/RS. Santa Maria, RS, 2010.
- [3] SIMMONDS, JV; KEER RJ. Hypermobility and the hypermobility syndrome. *Man Ther.* 2007; 12:298-309.



FEPEG

FÓRUM DE ENSINO,
PESQUISA, EXTENSÃO
E GESTÃO

TRABALHOS CIENTÍFICOS APRESENTAÇÕES ARTÍSTICAS E CULTURAIS DEBATES MINICURSOS E PALESTRAS

23 A 26 SETEMBRO DE 2015
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

ISSN 1806-549X

A HUMANIZAÇÃO NA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO



Tabela 1. Resultado do Escore de Beighton. Total: 9 pontos.

Escore de Beighton	D	E
Oposição passiva do polegar à parte anterior do antebraço até que estes se toquem;	1	1
Dorsiflexão passiva do dedo mínimo até que esteja paralelo ao antebraço;	1	1
Hiperextensão do cotovelo acima de 10 graus;	1	1
Hiperextensão do joelho acima de 10 graus;	1	1
Flexão do tronco com os joelhos completamente estendidos de modo as palmas das mãos toquem o chão.		1

Figura 1. Avaliação das articulações utilizando o escore de Beighton: Fig. A e B: Oposição passiva do polegar à parte anterior do antebraço até que estes se toquem. Fig. C e D: Dorsiflexão passiva do dedo mínimo até que esteja paralelo ao antebraço Fig. E e F: Hiperextensão do cotovelo acima de 10 graus. Fig. G e H: Hiperextensão do joelho acima de 10 graus. Fig. I: Flexão do tronco com os joelhos completamente estendidos de modo que a ponta dos dedos toquem o chão.

