

AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: QUAIS AS ETAPAS PARA SE CHEGAR A UM CORRETO DIAGNÓSTICO?

O sucesso no tratamento das disfunções temporomandibulares (DTM) depende de um diagnóstico preciso, que muitas vezes pode ser difícil e desafiador, até mesmo para o profissional mais experiente. Os pacientes frequentemente apresentam múltiplas queixas, sinais e sintomas, muitas vezes confusos, que podem resultar em diversas possibilidades de diagnóstico.

O diagnóstico depende de um bom exame, no qual colemos informações para gerar dados que serão analisados pelo profissional. O diagnóstico identifica e classifica qualquer anormalidade responsável pelos sintomas do paciente.

O processo de diagnóstico deve estabelecer a categoria da dor (Somática, Neuropática ou Psicogénica), determinar o sistema tecidual envolvido e identificar a fonte de dor específica dentro daquele sistema tecidual.


Dr. Eduardo Januzzi

Doutor em Saúde Baseada em Evidências e mestre em DTM e Dor Orofacial (Escola Paulista de Medicina, UNIFESP); especialista em DTM e Dor Orofacial (CFO, Brasil); especialista em Prótese Dentária e em Periodontia (APCD - Bauru); especialista em Saúde Baseada Em Evidência (Hospital Sírio Libanês - SP), extensão em Dor orofacial, DTM e oclusão (UMD- New Jersey - USA); coordenador de cursos de pós-graduação em DTM / DTM e Implantodontia (Faculdade Ciodonto, MG, Brasil); coordenador do ambulatório de Dor orofacial, DTM e Cefaléias (CETRO, MG, Brasil); consultor científico da Signo Vinces (Sistemas de Implantes Dentais: Brasil e Europa); ITI member; Membro da IASP – International Academy for Study of Pain; Membro do Comitê de Dor Orofacial da Sociedade Brasileira de Cefaléias; Sócio fundador da SBDOF (Sociedade Brasileira de Dor Orofacial); Membro do Board editorial do International Journal of Clinical Anesthesiology; Membro do Board editorial do Journal of Anesthesia & Perioperative Management; tradutor e revisor científico do livro texto “Clinical Management of TMD and OFP” – Richard A. Pertes and Sheldon G. Gross; Sócio Honorário e membro correspondente no Brasil da Sociedade Portuguesa de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular; Responsável pelo Núcleo de Dor Orofacial e DTM do Serviço Mais Saúde do Hospital Mater Dei – Belo Horizonte – MG; Artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, conferencista no Brasil e exterior.


Dr. Rafael Tardin Gonçalves

Fisioterapeuta; Especialista em DTM e Dor Orofacial (CI-ODONTO); Pós-graduação em Fisioterapia pelo Hospital Wimbledon (Londres-Inglaterra); Pós-graduação em Treinamento Esportivo - UGF; Coordenador do Curso de Pós-graduação em Fisioterapia - UGF.


Dr. Guilherme Guerra

Licenciatura em Medicina Dentária pelo ISCSEM; Especialista em DTM e Dor Orofacial pela Faculdade CIODONTO / FACSETE –Belo Horizonte – Brasil; Curso de extensão em Dor Orofacial e DTM Neon Cursos – BH – Brasil; Médico Dentista da Clínica Dental Face – Lisboa - PT

Categorias da dor

A dor pode ser dividida em três categorias:

- Somática
- Neuropática
- Psicogénica

A dor Somática resulta de estímulos nociceptivos de estruturas normais que inervam a área afetada tais como: pressão, calor ou frio excessivos e irritantes químicos. Estes estímulos podem sensibilizar nociceptores transmitindo estes impulsos até ao cérebro, onde ocorrerá a percepção da dor.

Esta por sua vez é dividida em superficial e profunda. A dor somática superficial apresenta qualidade clara e estimulante, normalmente relacionada a condições dolorosas agudas sem dificuldade para o diagnóstico.


Prof. Doutor Pedro Gonçalves de Oliveira

Graduado em Farmácia e Bioquímica pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas Oswaldo Cruz FCF-FOC - São Paulo - Brasil; Doutorado em Fármaco e Medicamentos pela FCFUSP - São Paulo - Brasil; Especialização em Fitoterapia pelo Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos IBEHE/UNAERP - São Paulo - Brasil; Especialização em Economia e Gestão em Saude CPES/UNIFESP - São Paulo - Brasil; Aperfeiçoamento em Vigilância Sanitária ENSP/FIOCRUZ - Rio de Janeiro - Brasil; Aperfeiçoamento em Gestão Estratégica dos Negócios da Saúde GRIDES/ UNIFESP – São Paulo - Brasil; Atua no ensino superior e pós-graduação desde 1993, com participação em cerca de 200 eventos científicos no Brasil e exterior e dezenas de trabalhos publicados em revistas nacionais e internacionais; Desenvolve pesquisas nas áreas de desenvolvimento e aplicação de produtos e métodos farmacêuticos, com patente de invenção nessa área; Atua há mais de 20 anos junto a indústrias farmacêuticas nacionais e multinacionais. Participou da elaboração da regulamentação brasileira sobre Medicamentos Genéricos (1999), sobre controles especiais aplicados a medicamentos a base de gangliosídeos (2002) e rotulagem de produtos para a saúde contendo látex (2015)

A dor somática profunda tem qualidade surda, profunda, depressiva, relacionada com a dor crônica. Este tipo de dor exibe, frequentemente, efeitos excitatórios centrais que podem confundir o clínico. Estes efeitos podem incluir a dor referida, assim como efeitos autonómicos que dificultam o diagnóstico.

A dor neuropática não requer estímulos nocivos ou pode ocorrer por anormalidades do sistema nervoso. Pode ser dividida em episódica (paroxísmal) e contínua.

A dor neuropática episódica é caracterizada por crises de dor intensa, em pontada ou choque, bem definida, e de curta duração. Ocorre ao longo da distribuição unilateral do nervo envolvido (ex: Neuralgia trigeminal).

A dor neuropática contínua é caracterizada por dor constante, ardente ou queimante, frequentemente acompanhada de parestesia ou disestesia (ex: Odontalgia Atípica).


Dr. Eduardo Grossmann

Professor Associado, Responsável pela Disciplina de Dor Crânio Facial aplicada à Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Professor Orientador do Curso de Pós-Graduação em Ciências Cirúrgicas, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Pós-Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Estadual de Maringá; Diretor do Centro de Dor e Deformidade Orofacial, CENDDOR, RS.


Dr. André Mariz de Almeida

Licenciatura em Medicina Dentária pelo ISCSEM; Mestrado em Medicina Dentária pelo ISCSEM; Doutorando na Universidade de Granada; Assistente na Disciplina de Reabilitação Oral I e II da licenciatura de Medicina Dentária e do mestrado integrado em Medicina Dentária na disciplina de Dor Orofacial e ATM no ISCSEM, desde 2005; Autor e co-autor de diversos artigos científicos/trabalhos publicados em revistas/congressos nacionais e internacionais. Conferencista e docente de cursos nas áreas da Prostodontia, Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular.; Prática clínica exclusiva em Dor Orofacial, no Centro Clínico SAMS/SIBS


Dr. David Sanz Lopez

Licenciado em Medicina -Espanha; Especialista de Cirurgia Maxilo-Facial Portugal; Assistente de CMF Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; Estágio de formação no Hospital Universitário La PAZ -Madrid: Tecnicas em microcirurgia/ Cirurgia maxilo-facial pediátrica; Estágio de formação cirurgia minimamente invasiva ATM.: Hospital Infanta Cristina- Dr. Florencio Monje; Protocolo DTM -CHUC; Formador eventual em IMDS; Palestrante convidado na SPODF (Sociedade Portuguesa de Ortodontia Dentofacial) e SPO (Sociedade Portuguesa de Ortodontia); Palestrante convidado XXIII congresso ADM-AMIC (Asociacion Dental Mexicana); Autor e Co-Autor de varias comunicações e artigos nacionais e internacionais; Fundador e Presidente de SPDF; Presidente da Comissão organizadora do 10 Congresso de abordagem multidisciplinar de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial; Coordenador livro Disfunções Temporomandibulares: Uma abordagem multidisciplinar. Autor do capítulo de Artrocentese da ATM

Devemos salientar que algumas dores neuropáticas contínuas podem apresentar envolvimento do sistema nervoso autonómico simpático.

A dor psicogénica é aquela que surge por causas psicológicas. Não é causada por estímulos nocivos ou anormalidades do sistema nervoso e a causa psicológica da dor não pode ser determinada.

Apresenta como características marcantes:

- Ausência de relação anatómica entre a fonte e o local da dor;
- Dramatização dos sintomas;
- Ausência de relatos consistentes;
- Resposta inadequada ao tratamento.

Grupos de Diagnóstico

Uma vez estabelecida a categoria da dor, o passo seguinte no processo de diagnóstico é determinar o seu grupo de origem. Os sistemas teciduais podem ser divididos nos seguintes grupos:

- Estruturas intracranianas;
- Estruturas extracranianas;
- Desordens musculoesqueléticas;
- Desordens neurovasculares;
- Desordens neuropáticas.

O clínico deve ser capaz de identificar, dentro destes grupos diagnósticos, uma síndrome dolorosa específica com base na história do paciente e nos achados clínicos.

É importante salientar que, quando um paciente se apresentar com queixa de dor orofacial, deve ser avaliado, primeiramente, quanto a uma possível causa de dor odontogénica.

Se nenhuma etiologia dentária for encontrada, deve ser avaliada uma possível dor musculoesquelética. Se ambas as categorias acima forem eliminadas, os outros sistemas devem ser avaliados como possíveis fontes de dor.

Avaliação comprensiva

Uma avaliação comprensiva deve incluir: a história do paciente, um completo exame físico, testes diagnósticos e, se necessário, imagens e testes laboratoriais.

História do paciente

O levantamento da história do paciente é, possivelmente, o passo mais importante no processo de avaliação. Grande parte dos casos de dor orofacial e disfunção temporomandibular (DTM) podem ser diagnosticados apenas com base na anamnese, a qual é obtida através da entrevista, gerando informações sobre o problema. Para tal, o clínico

deve estar preparado para obter uma história precisa e completa, e deve utilizar um questionário prévio devidamente preenchido pelo paciente, que deverá ser confrontado com os achados clínicos.

A Academia Americana de Dor Orofacial recomenda que uma história compreensiva deva conter:

- Queixas principais do paciente;
- História da doença atual;
- História médica e odontológica prévia;
- Revisão dos sistemas;
- História psicosocial.

Exame Físico

Ao finalizar o levantamento da história, o clínico deve ter uma ideia racional da natureza do problema do paciente e iniciar o exercício do diagnóstico diferencial. Portanto, deve ser realizado um exame físico compreensivo, procurando localizar a fonte da dor e identificar uma possível disfunção do sistema mastigatório.

O exame deve incluir exame geral da face, cabeça e pescoço:

- Exame musculoesquelético;
- Avaliação intraoral;
- Avaliação dos nervos cranianos.

CURSO INTERNACIONAL DE ESPECIALIZAÇÃO DOR OROFACIAL DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E OCCLUSÃO LISBOA VAGAS LIMITADAS



Duração: 16 meses | Periodicidade: 1 módulo a cada 45 dias | Início: 26,27 e 28 de Maio de 2016

Quinta-feira: de 18:00 às 22:00 • Sexta-feira / Sábado: de 09:00 às 18:00

PROFESSORES CONVIDADOS:

Ministrador / Coordenador Científico
Eduardo Januzzi

- Dr. Guilherme Guerra - Portugal
- Dr. Rafael Tardin - Brasil
- Dr. David Sanz López - Portugal

- Dr. Pedro G. Oliveira - Brasil
- Dr. Júlio Fonseca - Portugal
- Dr. André Mariz de Almeida

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO RESUMIDO

Anatomia da ATM e Músculos da Mastigação | Introdução à Disfunção Temporomandibular (DTM) e Dor Orofacial (DOF) | DTM Articulares e Possibilidades de Controle | DTM Musculares e Possibilidades de Controle | Neurofisiologia da Dor e suas implicações clínicas | Etiologia das DTM | DTM Baseada em Evidências | Intervenções nos Modelos de Dor Aguda e Crônica | Princípios Básicos para avaliar Paciente com DTM e DOF | Bruxismo e Desordens do Sono | Placas Oclusais | Fisioterapia aplicada à DTM | Farmacologia Aplicada à DTM e DOF | Viscossuplementação da ATM com Hialuronato de Sódio | Uso Terapêutico da Toxina Botulínica em DTM e DOF | Oclusão e DTM | Análise e Diagnóstico Oclusal | Intervenções Aplicadas a Patologias Oclusais | Relação DTM x Ortodontia | Aspectos Psicológicos da Dor | Dores Neuropáticas, Diagnóstico e Tratamento | Cefaleias Primárias, Diagnóstico e Tratamento | Discussão de Casos Clínicos | Atendimento Clínico a Pacientes com DTM e DOF | Análise Oclusal - Finalização de Casos Ortodônticos e Refinamento de Contactos | Desgastes Seletivos para Estabilização Oclusal

Apoio:



Consulte a programação completa e currículo dos ministradores no website:

www.ecds.pt

INSCRIÇÕES / INFORMAÇÕES

Sra. Rose Cabral
rose.cabral@signovinces.com.br
935.014.972
Avenida 5 de Outubro, 151, 6ºB.
Lisboa – Portugal 1050053

LOCAL: LISBOA - PORTUGAL

Teóricas:
Edifício Atrium Saldanha
Praça Duque de Saldanha, 1
4G - 1050-094 Lisboa

Práticas:
Dental Face Edifício Atrium
Saldanha Praça Duque de Saldanha, 1-3º E 1050-094
Lisboa

INVESTIMENTO

Médico Dentista: 9.600,00 € + IVA*

16 parcelas de 600,00 € + IVA*

Fisioterapeuta: 4.800,00 € + IVA*

16 parcelas de 300,00 € + IVA*

Sócios do SPDOF tem 10% desc.

INSCRIÇÃO

250,00 € + IVA*
Até o dia 20 de Abril desc. 20% na inscrição.

A inspeção da face, cabeça e pescoço inclui a visualização e palpação, procurando identificar possíveis tumores, infecções e /ou outras patologias. Também devemos investigar cicatrizes indicativas de traumas, sinais de doenças dermatológicas que podem sugerir desordens sistémicas, procurar áreas com possíveis alterações de sensibilidade e palpação dos linfonodos da cadeia (submentoniana, submandibular e cervicais superficiais).

O exame do canal auditivo através de otoscopia também deve fazer parte desta etapa.

O exame musculoesquelético consiste na avaliação das articulações temporomandibulares (ATM), dos músculos da mastigação e cervicais. A dor musculoesquelética é classificada como dor somática profunda, normalmente descrita como constante com períodos de exacerbações ocasionais de dor bem definida. Testes de provação, atividade funcional e palpação das áreas afetadas, podem aumentar a dor.

Testes de diagnósticos e imagens

Cerca de 70 por cento das informações necessárias para se estabelecer um diagnóstico são obtidas através do exame físico e história do paciente. Algumas vezes, uma avaliação psicológica pode ser importante, permitindo uma melhor compreensão das queixas.

Testes laboratoriais ou de imagem só devem ser indicados para confirmar ou não o diagnóstico – são exames complementares.

Bloqueio anestésico diagnóstico

Tem como objetivo ajudar na localização da real fonte de dor do paciente. É extremamente útil em problemas de dor musculoesquelética, em dores neuropáticas e também nas de origem odontogénica, esclarecendo se a dor é primária ou secundária.

As injeções diagnósticas devem ser realizadas com anestesia de curta duração, de preferência sem vasoconstritores como a epinefrina, sobretudo quando se suspeita de dor mediada pelo sistema nervoso autónomo simpático.

O termo anestesia diagnóstica não é limitado somente a bloqueios dos nervos somáticos. Outras formas de anestesia, incluindo anestésicos tópicos e bloqueios simpáticos, podem ser utilizadas com este propósito.

Testes laboratoriais

Quando há sinais e sintomas sugestivos de doença sistémica, outros testes como o hemograma, de urina e fluido sinovial podem ser indicados.

Estas doenças sistémicas incluem uma variedade de

alterações dos tecidos conjuntivos, alterações metabólicas, doenças infeciosas, alterações hematológicas, deficiências nutricionais e até tumores malignos. Testes específicos devem ser solicitados para pacientes selecionados, desde que o resultado possa afetar o diagnóstico e o tratamento a ser realizado.

Nestes casos, torna-se indispensável o encaminhamento para o médico especialista adequado.

Desta forma, devemos estar sempre atentos à queixa principal do paciente, procurando elucidar a real fonte de dor, através de um diagnóstico preciso, e assim tentar controlar a dor, melhorando a qualidade de vida ou eliminando a algia que acomete o paciente. ■

Bibliografia

- Austin DG, Pertes RA. Examination of the TMD patient. In: Pertes RA, Gross SG (eds). Clinical Management of Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain. Chicago: Quintessence, 1995: 123-160.
- Bates BA. Guide to Physical Examination. Ed 6. Philadelphia: Lippincott, 1995: 480-484.
- Bron C, Franssen J. Myofascial Trigger Points: An Evidence-Informed Review. 2006;14(4):203-21.
- Campbell RL. The role of nerve blocks in the diagnosis of traumatic trigeminal neuralgia. In: Oral and Maxillofac Clin N Amer. 1992;4 (2):369-374.
- Cole SA, Bird J. The Medical Interview. Ed 2. St. Louis: Mosby, 2000.
- Dworkin SF, Sherman J, Mancl L, Ohrbach R, LeResche L, Truelove E. Reliability, validity, and clinical utility of the research diagnostic criteria for Temporomandibular Disorders Axis II Scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. J Orofac Pain 2002;16(3):207-220.
- Ernberg M, Hedenberg-Magnusson B, List T, Svensson P. Efficacy of botulinum toxin type A for the treatment of persistent myofascial TMD pain: a randomized, controlled, double-blind multicenter study. Pain 2011;152(9):1988-96.
- Fuller G. Neurological Examination Made Easy. London: Churchill Livingstone, 1993.
- Gonçalves AGG, Fabbro ALD, Campos JADB, Bigal ME, Speciali JG. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. J Orofac Pain 2010;24(3):270-8.
- Gross SG. Diagnostic anesthesia: Guidelines for the practitioner. Dent Clin N Amer 1991;35 (1): 141-153.
- Januzzi E, Nasri-Heir C, Grossmann E, Leite FM, Heir GM, Melnik T. Combined palliative and anti-inflammatory medications as treatment of temporomandibular joint disc displacement without reduction: a systematic review. Cranio. 2013;31(3):211-25.
- List T, Axelsson S. Management of TMD: Evidence from systematic reviews and meta-analyses. J Oral Rehabil. 2010;37(6):430-51.
- Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. Community Dent Oral Epidemiol. 1987;15(3):169-72.
- Melzack R. The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain 1975;1:277-289.
- Nolan MF. Introduction to the Neurologic Examination. Philadelphia: F.A. Davis, 1996.
- Okeson JP. Bell's Orofacial Pains. Ed7. Chicago: Quintessence, 2014.
- Okeson JP. (ed) Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. Chicago: Quintessence, 1996.
- Pertes RA. Evaluation of the Profacial Pain Patient. Internet Course, 2003.
- Plesh O, Adams SH, Gansky SA. Temporomandibular Joint and Muscle Disorder-type Pain and Comorbid Pains in a National US Sample. J Orofac Pain 2011;25(3):190-198.
- Rossetto O, Pirazzini M, Montecucco C. Botulinum neurotoxins: genetic, structural and mechanistic insights. Nature Rev Microbiol 2014;12(8):535-49.
- Scott NA, Guo B, Barton PM, Gerwin RD. Trigger point injections for chronic non-malignant musculoskeletal pain: A systematic review. Pain Med. 2009;10(1):54-69.
- Weiner WJ, Goetz CG. Neurology for the Non-Neurologist ed3. Philadelphia: Lippincott, 1994.
- Wilson-Pauwels L, Adesson Ej, Sterart PA. Cranial Nerves: Anatomy and Clinical Comments. Toronto: BC Decker, 1988.



EDIÇÃO DIGITAL OTIMIZADA PARA MULTIPLATAFORMAS

Leia a edição digital do jornal em PC, Tablet e Smartphones

www.jornaldentistry.pt ou www.ojd.pt

Siga-nos no Facebook www.facebook.com/jornaldentistry

