

Malocclusão, e a DTM com isso?

Na última reunião da AILDC (Academia Ibero Latino-americana de Disfunção Crânio Mandibular e Dor Orofacial), em Agosto 2011, muitos temas foram abordados, muitos avanços científicos foram apresentados, (principalmente no estudo da dor) e, como de costume na ciência, muitas perguntas ficaram sem resposta.

Porém, um assunto, em específico, continuou gerando muitas dúvidas.

De fato, a associação Malocclusão / DTM foi novamente debatida e as velhas e incômodas dúvidas voltaram a assombrar a mente de muitos profissionais que ali estavam.

Existe uma relação direta de causa e efeito entre malocclusão e DTM?

A malocclusão pode ser considerada o fator primordial no desencadeamento e manutenção das DTMs?

A rearmonização oclusal, através de tratamentos irreversíveis, tais como ortodontia, reabilitações protéticas e ajustes oclusais podem ser preconizados e justificados para eliminar os sinais e sintomas destes pacientes?

Durante este artigo, tentaremos sintetizar o que de mais relevante foi exposto neste congresso no que diz respeito a este tema.

Vários pesquisadores brasileiros e internacionais, de relevância ímpar no estudo da DTM e da Dor Orofacial, ali estavam para expor os seus achados científicos mais recentes e as suas pesquisas em andamento.

Apesar das diversas linhas de pesquisa e dos diferentes pontos de vista, o tema - malocclusão / DTM - não parece deixar muitas dúvidas no mundo acadêmico e na cabeça dos pesquisadores.

De fato, os diversos estudos publicados desde os anos 90 nos ajudaram a entender melhor (mas não totalmente!) a fisiopatologia das DTMs e a aceitar que a malocclusão é, apenas, um fator de risco, entre outros, no aparecimento e manutenção destes distúrbios.

Assim sendo, as observações clínicas abaixo, que tanto incomodavam os “oclusionistas” podem, doravante, ser justificadas com mais embasamento e menos “crenças”.

Por que de 100 pacientes, 80 são mulheres? Sendo que a mulher, normalmente, cuida melhor de seus dentes e teoricamente, teria uma oclusão mais harmoniosa.....?

Por que, pacientes que apresentam uma boa oclusão, sofrem de DTM e outros que apresentam desarmonias oclusais importantes, tais como edentação, migrações dentárias e outros não são acometidos por DTM?

Por que a DTM é mais freqüente dos 30 a 50 anos, na época da vida mais produtiva e estressante?

Por que em 50% dos casos, a resolução dos sinais e sintomas é espontânea (sem a necessidade de tratamento)?

Por que 50% dos pacientes respondem positivamente ao reconforto profissional e ao tratamento placebo?

Por que em 70 a 80% dos casos, a melhora da sintomatologia independe do tipo de tratamento (conselhos comportamentais, reeducação funcional, acupuntura, fisioterapia, placas oclusais)?

Por que os sinais e sintomas das DTM são cíclicos e crônicos e estão intimamente relacionados a distúrbios comportamentais?

Poderemos listar uma serie enorme de perguntas que confirmam a pequena ou quase-inexistente relação de maloclusão nas DTMs, mas a observação mais importante envolve a função:

O fato é que , sem querer ser redundante, sabemos que a oclusão (ou a má oclusão), ocorre quando o paciente.....oclui!!!!

Mas, quando é que a oclusão funcional ocorre??

A oclusão, que é determinada pelos contatos funcionais dento-dentários ocorre durante a deglutição e em momentos muito furtivos da mastigação.

E, segundo estudos de Charles H. Gibbs, 1981 e De Laat, 2007 (entre outros), estes contatos dentários diários funcionais totalizam, em média, 15 a 20 minutos.

Este dado é de fundamental importância, já que este tempo de “oclusão funcional”, independente de o paciente ser portador de desarmonia oclusal, não justificaria por si só o aparecimento de DTM.

Então, o que ocorre???

Quais os fatores associados ao aparecimento das DTMs e a sua manutenção?

A DTM, cuja sintomatologia é o cansaço, rigidez e dor à palpação dos músculos da mastigação (masseter, temporal e pterigóideos); ruídos nas ATMs (estalido e crepitação) e limitação e alteração dos movimentos mandibulares, tem uma etiologia multifatorial.

Contudo, as parafunções (ou sobrefunções) do sono e de vigília e as características individuais frente á transmissão e os mecanismos de controle da dor estão sendo consideradas, na atualidade, os fatores de risco mais importantes nas DTMs.

Mas, podemos associar a maloclusão ao aparecimento de parafunção, como o bruxismo?

Esta, também é uma “lenda” que precisa ser desenraizada da cabeça de muitos colegas.

O bruxismo, tendo origem no sistema nervoso central, não poderia ser causado por desequilíbrios oclusais (contatos prematuros, interferências oclusais) e assim, o tratamento deste distúrbio não deveria se focar apenas no restabelecimento da harmonia oclusal (através de ortodontia, ajustes oclusais...), e como dizem muitos pesquisadores:

“Não se pode descartar completamente a oclusão. Mas tanto o contato prematuro não causa bruxismo como uma oclusão perfeita pode ser palco de um bruxismo severo”. O tratamento do bruxismo com ajuste oclusal não é mais aceito, embora tenha quem ainda acredite nisso!!!!” Siqueira, Lobezzo, 2001

Então, qual à melhor abordagem terapêutica para os pacientes portadores de DTM?

A conclusão do estudo de Glaros, 2005, retrata de uma forma clara e definitiva a posição dos acadêmicos em relação á abordagem terapêutica mais adequada para o as DTMs:

“Os tratamentos que ajudam a reduzir as parafunções, o excesso de tensão dos músculos da mastigação, o estresse e os distúrbios emocionais são os mais eficientes na redução da sintomatologia dolorosa das DTMs”.

Para finalizar, vale citar a recomendação das Academias de Desordens Crânio Mandibular (Americanas, Européias, Ibero-Americanas e outras):

*“Qualquer intervenção irreversível, como o ajuste oclusal (por desgaste dentário), a realização de próteses e o tratamento ortodôntico, poderá eventualmente ser indicada, porém, **somente após** a remissão total dos sinais e sintomas iniciais das DTMs”*

E não nos esqueçamos que:

“A DTM é um distúrbio que pode ser controlado mas dificilmente curado!”

Assim sendo, o provérbio francês do século passado continua de atualidade:

“Tão importante quanto tratar o paciente é não prejudicá-lo com terapias inadequadas”

Dr Alain Haggiag

Especialista em DTM e Dor Orofacial pela Universidade de Paris - Membro do grupo de DTM e dor Orofacial da USP e do HC-FMUSP

