

Interdisciplinary care in the treatment of orofacial pain. Case report

Atendimento interdisciplinar do tratamento da dor orofacial. Relato de caso

Luci Mara França Correia¹, Juliana Wille Silva¹, Henrique Lourenço da Costa Lima¹, Michael Krakauer¹

DOI 10.5935/2595-0118.20190053

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The importance of interdisciplinary action has been increasingly recognized in the area of health due to the global effect that has on the various symptoms of the patient. Interdisciplinarity is possible when professionals allow the exchange of knowledge through clinical meetings and jointly follow-up of the case. The objective of this study was to document the interdisciplinary care of patients with orofacial pain symptoms and comorbidities.

CASE REPORT: Female patient, 48 years old, diagnosed with muscular temporomandibular disorder and oral opening limitation, labyrinthine cervicgia, tinnitus, sleep disorder, eating disorders and anxiety after evaluation with an odontologist, otorhinolaryngologist, physiotherapist, acupuncturist, psychologist and nutritionist. The 1-year follow-up with monthly visits with the dentist and nutritionist, and biweekly visits with a psychologist, physiotherapist, and acupuncturist showed symptoms control with total remission of the orofacial pain, cervicgia, labyrinthitis. Tinnitus did not improve in the sense of frequency that remained constant, but according to the patient, there was an improvement in the adaptation to tinnitus in places with excessive noise, thus allowing a better social interaction. Nutrition and psychology made a great contribution to self-esteem and social routine as well as to seek for a better quality of life.

CONCLUSION: The interdisciplinary work promoted a global approach to the patient's symptoms.

Keywords: Chronic pain, Comorbidity, Interdisciplinary, Orofacial pain.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A importância da ação interdisciplinar tem sido cada vez mais reconhecida na área da saúde, pelo efeito global que exerce sobre os diversos sintomas da paciente. A interdisciplinaridade é possível quando os profissionais permitem a troca do conhecimento através de reuniões clínicas e acompanhamento em conjunto do caso. O objetivo deste estudo foi documentar o atendimento interdisciplinar de paciente que apresentava sintoma da dor orofacial e comorbidades.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 48 anos, diagnosticada com disfunção temporomandibular muscular e limitação de abertura bucal, cervicgia labirintite, zumbido, distúrbio do sono, distúrbios alimentares e ansiedade após avaliação com odontólogo, otorrinolaringologista, fisioterapeuta, acupunturista, psicólogo e nutricionista. O acompanhamento de 1 ano com consultas mensais na área da odontologia e nutrição e consultas quinzenais na área de fisioterapia, acupuntura e psicologia demonstrou controle dos sintomas com remissão total da dor orofacial, cervicgia, labirintite. O zumbido não teve melhora no sentido de frequência que permaneceu constante, mas segundo a paciente houve melhora na adaptação ao zumbido em lugares com excesso de barulho, permitindo assim melhor interação social. A nutrição e a psicologia tiveram uma grande contribuição na autoestima e rotina social bem como na busca por melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO: O trabalho interdisciplinar promoveu uma abordagem global dos sintomas da paciente.

Descritores: Comorbidade, Dor crônica, Dor orofacial, Interdisciplinaridade.

INTRODUÇÃO

Segundo a Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP), a disfunção temporomandibular (DTM) é definida como um conjunto de sinais clínicos que envolvem os músculos da mastigação, articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas¹. Os sintomas mais frequentes são: cansaço muscular, dores na face, na ATM, dores de cabeça e ouvidos, limitação e desvio de movimentos mandibulares, podendo em muitos casos também apresentar sintomas em região cervical².

A estreita relação entre as dores orofaciais e cervicais tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores²⁻⁴, e vários trabalhos têm demonstrado a convergência de diferentes tipos de aferentes nociceptivos ao subnúcleo caudal, podendo agir juntos, como uma unidade funcional, para processar informações nociceptivas dos tecidos craniofaciais e cervicais, incluindo os dos tecidos craniofaciais profundos, explicando a íntima relação entre os sintomas dolorosos em região facial e cervical⁴.

Luci Mara França Correia - <https://orcid.org/0000-0002-4977-255X>;
Juliana Wille Silva - <https://orcid.org/0000-0002-4952-4986>;
Henrique Lourenço da Costa Lima - <https://orcid.org/0000-0002-4936-197X>;
Michael Krakauer - <https://orcid.org/0000-0003-4544-0950>.

1. Koya Desenvolvimento Humano e Saúde, Curitiba, PR, Brasil.

Apresentado em 06 de janeiro de 2019.

Aceito para publicação em 29 de julho de 2019.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Rua Paraíba, 2902 – Guaíra
80630-000 Curitiba, PR, Brasil.
E-mail: draluci.odonto@gmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

A literatura aponta que uma hiperexcitabilidade no sistema nociceptivo central pode favorecer o surgimento ou manutenção da dor crônica nos casos de DTM. Também é possível identificar que a sensibilidade aumentada dos músculos mastigatórios e cervicais pode estar relacionada com os sintomas de dor cervical⁵.

Além da relação com as dores cervicais, as dores orofaciais estão intimamente ligadas com aspectos psicoemocionais, que podem atuar como fatores predisponentes (que aumenta o risco de DTM) e/ou perpetuantes (que interfere no controle da doença)^{6,7}. Essa relação entre fatores psicológicos e DTM é tão relevante que o Critério Diagnóstico para Disfunção Temporomandibular (DC/TMD) aborda 2 eixos de avaliação, um para os fatores físicos denominado eixo 1, e o que avalia a intensidade e gravidade da dor crônica e os níveis de sintomas psicológicos com uma abordagem biopsicossocial denominado eixo 2. A confiabilidade do DC/TMD já foi testada e considerada satisfatória em populações adultas⁸.

Quando a mente adoce, o corpo adoce, e as influências dessa relação mente e corpo são muito bem avaliadas pela medicina tradicional chinesa (MTC), no mundo ocidental, muitas vezes, a saúde é reconhecida como a ausência de doença. Na MTC observa-se o equilíbrio da combinação corpo, mente e espírito. Qualquer desequilíbrio dessa unidade integral causa doença, portanto, a pessoa deve manter uma relação harmoniosa dentro de si e de tudo ao seu redor⁹.

A MTC avalia os fatores patogênicos internos e externos usando a linguagem metafórica por causa de origem histórica e cultural, e não pode ser confundida com a fisiopatológica da medicina contemporânea. As emoções como medo, pânico, raiva, preocupação, alegria (excitação excessiva), tristeza e melancolia, cada uma delas são capazes de gerar problemas fisiológicos¹⁰. Por exemplo, as emoções como a raiva e o medo atingem o fígado e o rim respectivamente.

Sabendo-se dessa relação íntima entre as diversas áreas e a possível comorbidade entre todos os sintomas, há necessidade de uma abordagem interdisciplinar para o tratamento da DTM e todas as variáveis envolvidas¹¹. Diante da atualidade e relevância do tema, o presente trabalho teve como objetivo descrever uma abordagem interdisciplinar relacionando as áreas da odontologia, otorrinolaringologia, fisioterapia, psicologia, acupuntura e nutrição no tratamento da dor orofacial e demais sintomas concomitantes como cervicalgia, labirintite, zumbido, ansiedade, estresse e baixa autoestima.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 48 anos, buscou avaliação na área de DTM e Dor Orofacial com sintomas de cansaço facial, dor durante movimento mandibular, zumbido bilateral com maior intensidade do lado esquerdo, acompanhado de dor cervical e labirintite. A paciente apresentava histórico prévio de tratamento para cada uma dessas queixas de forma individualizada, com resultados limitados ou de curto prazo. O tratamento com fármacos para labirintite, proposto pela área da otorrinolaringologia e usado durante os últimos 30 meses, não estava controlando os sintomas e a labirintite era diária com momentos de piora no decorrer do dia.

A paciente foi submetida à avaliação clínica de acordo com o seguinte instrumento e protocolo:

1. Preenchimento da ficha clínica para detalhar a queixa principal, as características da dor da DTM (local, intensidade, qualidade, du-

ração, fatores de melhora e de piora), presença de outras condições dolorosas na região cervical, dores de cabeça ou outras dores, bem como a história médica;

2. Aplicação da AAOP foi usada para o diagnóstico diferencial com outras condições que podem assemelhar-se à DTM;

3. Uso do questionário sobre DTM (DC/TMD) para diagnóstico de mialgia com limitação de abertura bucal. Foram avaliados os músculos masseter (ventre superficial e profundo) e temporal e as dores referidas para região facial quando palpados os músculos esternocleidomastoideo, suboccipital e trapézio;

4. Avaliação do fisioterapeuta com foco na terapia manual. Foi diagnosticada a presença de dor aos movimentos ativos e a amplitude de movimento (ADM), dor à palpação dos músculos cervicais e alteração postural (ombros e cabeça anteriorizados) e restrição na mobilidade das fáscias cervicais e torácicas;

5. Avaliação psicológica após preenchimento do eixo 2 do DC que tenha demonstrado a influência negativa do quadro doloroso, do zumbido e da labirintite em suas atividades diárias e relacionamento social bem como quadro de ansiedade e preocupação com sua saúde;

6. Avaliação nutricional com foco nas questões do zumbido, dor, excesso de peso, baixa autoestima, diagnóstico anterior de colite ulcerativa e fissura anal. Ao diagnóstico nutricional foram identificados: obesidade 1 (OMS), apresentando peso - 81,5kg, altura - 1,64m, índice de massa corporal - 30,3kg/m², desequilíbrio no consumo nutricional, com consumo exacerbado de carboidratos simples;

7. Avaliação diagnóstica pela MTC em pacientes com quadro de labirintite e climatério. A MTC associa essas queixas a uma deficiência de rim;

8. Preenchimento do diário de dor e escala numérica verbal desde a primeira avaliação para acompanhar a progressão ou diminuição do quadro doloroso e demais sintomas.

A equipe interdisciplinar realizou reunião prévia ao início do atendimento para compartilhar o diagnóstico de cada área e apresentar o plano de tratamento proposto. Ficou assim definido: consultas na área da odontologia e nutrição - uma consulta por mês, consultas de fisioterapia, acupuntura e psicologia - duas vezes ao mês. Reuniões clínicas quinzenais para acompanhamento da evolução de cada área e troca de informações, caso necessário, sob acordo com a paciente. Foi orientado o preenchimento de diário de dor contendo informações sobre a frequência e intensidade do zumbido, dor facial, dor cervical e labirintite bem como fatores estressores e qualidade do sono.

Foi iniciado um protocolo terapêutico de DTM muscular com inativação de ponto-gatilho miofascial (IPG) de músculo masseter, temporal e esternocleidomastoideo durante os 4 primeiros meses, bem como orientação sobre alimentação, exercícios musculares e termoterapia.

Concomitante ao trabalho da odontologia foram iniciadas sessões de fisioterapia com terapia manual de liberação miofascial e relaxamento das estruturas envolvidas no complexo de compensação e dor.

O tratamento realizado através da terapia manual teve como abordagem a inibição dos espasmos musculares, manipulação do tecido conectivo, liberação miofascial e mobilização articular cervical.

A labirintite foi avaliada por otorrinolaringologista que diagnosticou perda auditiva crônica. O fármaco para controle da labirintite

já estava sendo utilizada há 1 ano sem resultado satisfatório. Foi, então, introduzida a acupuntura para auxiliar nesse sintoma. Nas primeiras sessões, a paciente já percebeu uma diferença no quadro de labirintite e melhora na qualidade do sono e da ansiedade. Por volta da quinta sessão, o sintoma de labirintite deixou de ser constante e havia relato de dias sem a queixa.

As sessões de psicologia ocorreram a cada 15 dias durante todo o tratamento. Em 2 momentos houve piora dos sintomas, relacionados diretamente com situações estressoras que desequilibraram emocionalmente a paciente, como estressores no trabalho, decisões pessoais e autopercepção de vida. Essas situações foram abordadas pela terapia e sob assentimento da paciente, foi informada aos demais profissionais nas reuniões clínicas quinzenais realizadas pela equipe, para melhor condução do caso.

A melhora dos sintomas foi gradativa sendo acompanhada a cada consulta pela escala numérica verbal e relato da paciente.

O diário de dor apontou diminuição de 100% da labirintite, dores na face e tensão na região de face e cervical após 9 meses de tratamento. O zumbido não teve uma melhora no sentido da diminuição do volume, mas reduziu a percepção da paciente quanto ao incômodo que provocava às atividades sociais da paciente ou à permanência em ambientes com barulho ou música.

Na área da nutrição foi prescrito cardápio com adequações nutricionais ao perfil e particularidades apresentadas pela paciente.

Nos 8 meses de acompanhamento nutricional, apresentou 100% de melhora da dor, no perfil metabólico, na escolha e ingestão alimentar. Houve redução de 7,7kg de peso o que proporcionou melhora da autoestima, maior motivação e disposição da paciente, com acréscimo de mais atividades físicas e sociais no dia a dia. O zumbido apresentou redução do volume em apenas um momento do tratamento nutricional, quando iniciada a suplementação específica. Entretanto houve retorno ao estado anterior. Por outro lado, a percepção auditiva não lhe incomoda atualmente como antes do tratamento interdisciplinar.

DISCUSSÃO

A presença de dor é um dos motivos mais comuns para a busca por profissionais da área da saúde, e dentre essas dores encontra-se a DTM, que tem demonstrado um relacionamento íntimo com várias outras comorbidades como dor cervical e dores de cabeça. Todas essas disfunções poderão tornar-se crônicas se não gerenciadas desde o início, causando fenômenos fisiopatológicos como sensibilização central e diminuição da ação do sistema inibitório de dor². Pesquisas atuais demonstraram que o relacionamento do sintoma doloroso nessas diversas regiões, quando acontece de forma concomitante, pode ser explicado pelo mecanismo fisiológico de convergência neuronal².

Ficou evidente nessa paciente a influência dos fatores emocionais na piora do quadro durante o acompanhamento de 9 meses. Outros autores também constataram o fator psicológico influenciando nos quadros de dor^{6,7}, principalmente nas dores musculares. No estudo de Paiva Bertoli et al.⁶, a relação entre ansiedade e DTM foi significativa, tanto em DTM muscular quanto articular, no deslocamento de disco com redução, cerca de 70% da amostra apresentou ansiedade moderada e cerca de 12% apresentaram alta ansiedade. Uma possível explicação para a relação entre dor e ansiedade na DTM pode dar-se ao fato de que a ansiedade exacerba a tensão do músculo mastigatório por apertamento. O estudo de Alkudairy et al.¹¹ demonstrou através de questionários que os hábitos e a emoção apresentavam relação estatisticamente significativa como: “dor ou rigidez na mandíbula ao acordar, ou hábito de apertar os dentes” e “com que frequência você ficou chateado por causa de algo que aconteceu inesperadamente”, ou então “você já teve dor em sua mandíbula, têmpora, orelha, ou na frente da orelha” e “quantas vezes você se sentiu chateado por causa de algo que aconteceu inesperadamente”. Essa avaliação biopsicosocial no tratamento da DTM é tão importante que o DC-TMD a inclui no eixo II de avaliação dos aspectos psicoemocionais. O estudo de Dworkin et al.⁸ demonstrou que os níveis severos de somatização podem potencialmente confundir a interpretação do exame clínico do eixo I, influenciando no diagnóstico e controle da DTM.

Neste relato, a DTM foi controlada a partir do quarto mês de tratamento, com remissão total dos sintomas no quinto mês. Porém, houve 2 episódios de piora do quadro após estabilização das dores e dos sintomas de tensão facial e limitação de abertura bucal, claramente relacionados a fatores de estresse emocional. Novas sessões de IPG foram realizadas e o emocional controlado e os sintomas cessaram.

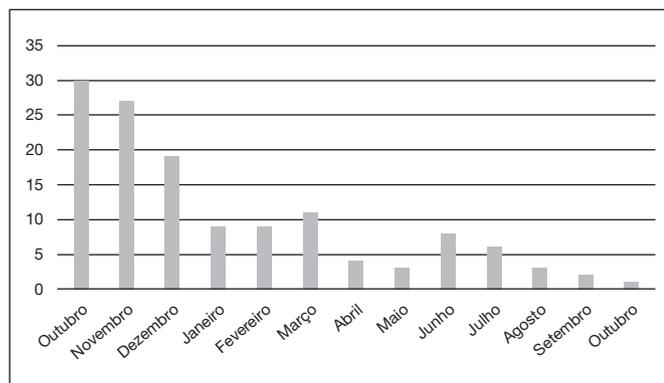


Figura 1. Acompanhamento da frequência de dias de labirintite desde o mês de outubro de 2017 a outubro de 2018

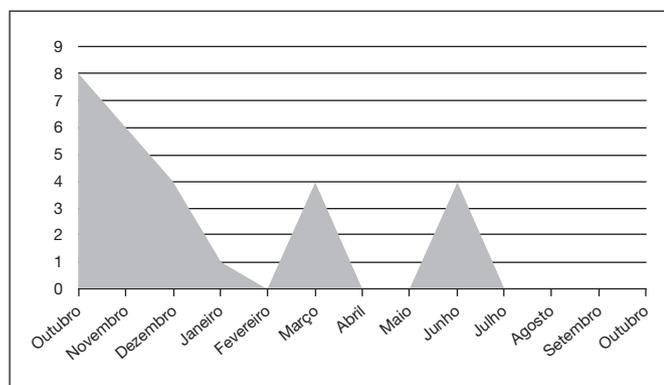


Figura 2. Sintoma de disfunção temporomandibular, dores na face, articulação, limitação de abertura. Melhora nos 4 primeiros meses e 2 picos de recidiva relacionado a fatores emocionais

Segundo a MTC, a fisiologia do rim também está relacionada com a força de vontade ou desejo de realizar alguma coisa. O tratamento contribuiu muito para a paciente desenvolver mudança de hábitos, pois a cada etapa promoveu autopercepção corporal, controle emocional e determinavam o equilíbrio físico.

Como apresentado no trabalho de Tai⁹ a cura não pode ser isolada por um método físico específico. Em vez disso, qualquer doença deve ser entendida e tratada de forma holística e equilibrada como propõe a MTC¹³.

Dentre os fatores associados ao zumbido, as alterações metabólicas podem prejudicar o funcionamento da orelha interna. Isso porque lesões das células ciliadas decorrentes da resistência periférica à insulina, das alterações do metabolismo glicose, da hiperinsulinemia, da dieta hiperlipídica, da disponibilidade de ATP, dos níveis de oxigênio, podem modificar a homeostase coclear¹².

O acompanhamento nutricional, o ajuste metabólico e a perda de peso contribuíram para a melhora da qualidade de vida e da autoestima, no funcionamento da orelha interna, auxiliando no controle da labirintite. Bem como os pontos-gatilhos inativados durante as sessões de DTM muscular puderam realizar um relaxamento dos músculos do ouvido e dos músculos da mastigação contribuindo para a melhora dos sintomas do zumbido.

Este é apenas um relato de caso, com variáveis não controladas, mas o interessante de se destacar neste estudo é o fato de a paciente ter buscado anteriormente vários tratamentos por vários anos, de áreas isoladas, não simultâneos, que trazia resultado muito pequeno ou quase inexistente, tanto que as dores retornavam em pouco tempo. Quando a terapia passou a ser interdisciplinar e concomitante entre todas as áreas, o controle foi atingido e a paciente conseguiu atingir um equilíbrio psicoemocional relevante e um autoconhecimento corporal importante que a mantém saudável e com boa qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O trabalho interdisciplinar promoveu uma abordagem global dos sintomas da paciente.

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Orofacial Pain. General assessment of the orofacial pain patient. In: de Leeuw R, Klasser GD, editors. Orofacial pain – guidelines for assessment, diagnoses and management. 5th ed. Chicago: Quintessence; 2013. 23-46p.
2. Costa YM, Conti PC, de Faria FA, Bonjardim LR. Temporomandibular disorders and painful comorbidities: clinical association and underlying mechanisms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2017;123(3):288-97.
3. De Wijer A. Neck pain and temporomandibular dysfunction. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 1996;103(7):263-6.
4. Sessle BJ, Hu JW, Amano N, Zhong G. Convergence of cutaneous, tooth pulp, visceral, neck and muscle afferents onto nociceptive and non-nociceptive neurons in trigeminal subnucleus caudalis (medullary dorsal horn) and its implications for referred pain. *Pain.* 1986;27(2):219-35.
5. Chaitow L. *Terapia Manual para disfunção fascial.* Porto Alegre: Artmed; 2017.
6. de Paiva Bertoli FM, Bruzaminin, de Almeida Kranz GO, Losso EM, Brancher JA, de Souza JF. Anxiety and malocclusion are associated with temporomandibular disorders in adolescents diagnosed by RDC/TMD. A cross-sectional study. *J Oral Rehabil.* 2018;45(10):747-55.
7. Reiter S, Eli I, Mahameed M, Emodi-Perlman A, Friedman-Rubin P, Reiter MA, Winocur E. Pain catastrophizing and pain persistence in temporomandibular disorder patients. *J Oral Facial Pain Headache.* 2018;32(3):309-20.
8. 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):207-20.
9. Tai MCT. An oriental understanding of health. *Tzu Chi Med J.* 2012;24:92e-5.
10. Souza EF, Luz MT. Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *Hist Ciênc Saúde - Manguinhos.* 2011;18(1):155-74.
11. Alkudhairy MW, Al Ramel F, Al Jader G, Al Saegh L, Al Hadad A, Alalwan T, et al. A self-reported association between temporomandibular joint disorders, headaches, and stress. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2018;8(4):371-80.
12. Oliveira M, El Hassam S. Correlação entre os sintomas auditivos e vestibulares no período pré e pós-cirurgia bariátrica. *Com Ciências Saúde.* 2014;25(1):45-56.
13. Ximenes CSX, Lobão P, Lobo JS. *Medicina Tradicional Chinesa: Fundamentos em Medicina Erval Chinesa e Formulação no Síndrome de Estagnação do Qi.* Dissertação do 2º Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre em Tecnologia Farmacêutica. repositorio-aberto.up.pt. Abril-2014.