

Diagnóstico diferencial nos casos de compressão vículo-nervosa X DTM em pacientes desdentados totais: descrição de caso clínico**Differential diagnosis in cases of venous-nervous compression X TMJ in total edentulous patients: clinical case description**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-186

Recebimento dos originais: 25/06/2020

Aceitação para publicação: 28/07/2020

Aline Kércia Adeodato Leitão

Mestre em DTM e Dor Orofacial pela faculdade São Leopoldo Mandic
Instituição: Faculdade Paulo Picanço
Endereço: Rua Joaquim Sá 900, Dionísio Torres, Fortaleza, Ceará, 60135218
E-mail: aline.kercia@facpp.edu.br

Antônio Sérgio Guimarães

Doutor em ciências da saúde pela Universidade Federal de São Paulo
Instituição: Faculdade São Leopoldo Mandic
Endereço: Rua José Junqueira 13, Campinas- SP
E-mail: asgatm@gmail.com.br

Carlos Clessius Ferreira Xavier

Mestre e Doutor em Odontologia pela UFSC
Instituição: Faculdade São Leopoldo Mandic
Endereço: Padre Valdivino 1415, Aldeota, sede Fortaleza
E-mail: clessiusxavier@yahoo.com.br

Victor Pinheiro Feitosa

Doutor em materiais dentários pela FOP-UNICAMP
Instituição: Faculdade Paulo Picanço
Endereço: Rua Joaquim Sá 900, Dionísio Torres Fortaleza, Ceará, 60135218
E-mail: victor.feitosa@facpp.edu.br

Diego Martins de Paula

Doutor em odontologia pela Universidade Federal do Ceará
Instituição: Faculdade Paulo Picanço
Endereço: Rua Joaquim Sá 900, Dionísio Torres, Fortaleza, Ceará, 60135218
E-mail: diego.martins@facpp.edu.br

Hellen Tomaz Araujo

Aluna do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Paulo Picanço
Instituição: Faculdade Paulo Picanço
Endereço: Rua Joaquim Sá 900, Dionísio Torres, Fortaleza, Ceará, 60135218
E-mail: hellentaraujo@outlook.com

Thiago Roberto Guerreiro Silva

Aluno do curso de graduação em odontologia da Faculdade Paulo Picanço
Instituição: Faculdade Paulo Picanço
Endereço: Rua Joaquim Sá 900, Dionísio Torres, Fortaleza, Ceará, 601352
E-mail: trgs.thiago@gmail.com

Paula Alves Soares

Aluno do curso de graduação em odontologia da Faculdade Paulo Picanço
Instituição: Faculdade Paulo Picanço
Endereço: Rua Joaquim Sá 900, Dionísio Torres Fortaleza, Ceará, 60135218
E-mail: paulacrush60@hotmail.com

RESUMO

Introdução: atrofia de rebordo alveolar na mandíbula é uma sequela comum da perda total da dentição. a atrofia progride causando desconforto e comprometimento de função e estética. durante reabsorção óssea alveolar, o forame mentoniano aproxima-se da crista alveolar, esta situação pode ter como consequência uma compressão vasculo-nervosa ocasionando desde parestesia no lábio inferior até sintomatologia dolorosa na região, semelhante à dor paroxística de uma neuralgia trigeminal. provocada pela compressão da prótese no rebordo. objetivo estabelecer critérios para o diagnóstico diferencial da dor causada pela compressão do rebordo alveolar inferior por prótese total. caso clínico: M.A.S., gênero feminino, 75 anos, procurou a clínica odontológica com queixa de dor no ouvido esquerdo ao mastigar. relatou diagnóstico de neuralgia trigeminal e tomar carbamazepina prescrita pelo médico sem melhora. no exame clínico verificou-se que a mesma usava prótese total. na palpação dos músculos da mastigação não foi encontrado ponto gatilho. esta palpação não reproduziu a dor relatada pela paciente. foi solicitado que a remoção das próteses e realizado palpação da área do rebordo inferior. ao se palpar a área superior antero-lateral do rebordo alveolar inferior, área da saída do nervo mental, gerou a dor familiar queixa principal da paciente. foi realizado alívio da prótese inferior na área geradora da dor, e reembasamento com material resiliente. provável emergência do nervo mental. Conclui-se, que a necessidade de cuidadoso exame físico e anamnese são necessários para o diagnóstico diferencial entre DTM e dor causada por compressão vasculo-nervosa no nervo mental em pacientes desdentados totais. Além da palpação dos músculos da mastigação, a palpação do rebordo alveolar é essencial para reproduzir a dor familiar, e estabelecer o diagnóstico diferencial e condutas de tratamento

Palavras-chave: Diagnostico diferencial, compressão vasculo nervosa, disfunção temporomandibular

ABSTRACT

Introduction: alveolar ridge atrophy in the mandible is a common sequel of total loss of dentition. the atrophy progresses causing discomfort and impairment of function and aesthetics. during alveolar bone resorption, the mentonian foramen approaches the alveolar ridge, this situation may result in a vasculo-nervous compression causing from paresthesia in the lower lip to painful symptoms in the region, similar to the paroxysmal pain of a trigeminal neuralgia. caused by compression of the prosthesis in the ridge. objective to establish criteria for the differential diagnosis of pain caused by compression of the lower alveolar ridge by total prosthesis. clinical case: M.A.S., female, 75 years old, sought the dental clinic complaining of pain in the left ear when chewing. she reported a diagnosis of trigeminal neuralgia and took carbamazepine prescribed by the doctor without improvement. in the clinical examination it was found that she wore a total prosthesis. on palpation of the chewing muscles no trigger point was found. this palpation did not reproduce the pain reported by the patient. The removal of the prosthesis and palpation of the area of the lower edge were requested. when palpating the upper

antero-lateral area of the lower alveolar ridge, area of the mental nerve outlet, the patient's main family complaint was generated. relief of the lower prosthesis was performed in the area generating the pain, and rebasing with resilient material. probable emergence of the mental nerve. It is concluded that the need for careful physical examination and anamnesis is necessary for the differential diagnosis between TMJ and pain caused by vasculo-nervous compression of the mental nerve in total edentulous patients. In addition to palpation of the chewing muscles, palpation of the alveolar ridge is essential to reproduce family pain, and to establish differential diagnosis and treatment behaviours

Keywords: differential diagnosis, nerve entrapment, temporomandibular joint disorders

1 INTRODUÇÃO

A anamnese continua sendo o passo mais importante na formulação da impressão diagnóstica inicial. O exame físico, constituído por palpação muscular e da ATM, mensuração da movimentação mandibular ativa e análise de ruídos articulares, quando executado por profissionais treinados e calibrados, é um instrumento de grande validade no diagnóstico diferencial entre Disfunção temporomandibular e outras dores orofaciais, bem como na formulação de propostas de terapia, e acompanhamento da eficácia dos tratamentos propostos. (Shefman 2014).

Dor na cavidade oral pode ser sintoma de anormalidade ou doenças dos maxilares como cistos, dentes inclusos e tumores que podem ser manifestações dolorosas a infecção traumatismo mecânico ou compressão. Simulando outras condições álgicas como neuralgias faciais principalmente quando ocorre no rebordo inferior próximo ao forame mental (Siqueira; Teixeira, 2009).

O sistema estomatognático é constituído por ossos, componentes neuromusculares, dentes periodonto tecidos moles e articulações temporomandibulares (Turano, 2002). A atrofia do rebordo alveolar da mandíbula é uma seqüela comum seguida da perda de dentição e é especialmente evidente em pacientes tratados com uma prótese alveolar muco suportada. A atrofia pode progredir causando além de desconforto na região comprometimento de função e estética (Silva, 2016).

Esse trabalho tem como objetivo estabelecer critérios para o diagnóstico diferencial da dor causada pela compressão do rebordo alveolar inferior atrofiado por prótese total inferior.

2 RELATO DE CASO

Paciente M.A. S, sexo feminino, 75 anos, leucoderma, edêntula total superior e inferior, procurou o atendimento odontológico com queixa de dor no ouvido esquerdo que ocorria sempre que mastigava do tipo choque e intensidade 09 na escala analógica visual. Presente há 01 ano. Relatou ter diagnóstico prévio de Neuralgia do trigêmeo e estar tomando o anticonvulsivante carbamazepina sem melhora dos sintomas.

A paciente fazia uso de próteses total superior e inferior há 20 anos. Durante o exame físico foi realizado palpação dos músculos da mastigação (músculo masseter e temporal) onde não foram encontrados pontos gatilhos miofasciais. Também foi realizado palpação da articulação temporomandibular (ATM). A palpação dos músculos e da ATM não reproduziram a dor relatada pelo paciente.

Dessa forma foi solicitado que a paciente removesse as próteses e foi realizado palpação da área do rebordo alveolar inferior. Ao se palpar a área superior antero-lateral do rebordo alveolar inferior, área de saída do nervo mental, devido à grande reabsorção óssea ocorrida na região, foi gerada a dor familiar da queixa principal do paciente. Provável emergência do nervo mentoniano.

Solicitou-se radiografia panorâmica para avaliação da presença de restos radiculares, dentes retidos e morfologia mandibular. Foi encontrada atrofia mandibular e a superficialização do nervo alveolar inferior (figura 1).

Como manobra clínica conservadora e reversível foi realizado alívio da prótese inferior na área geradora de dor, seguido de reembasamento da prótese com material de revestimento macio à base de sílica (polivinilsilossano, Elite Soft Relling). Ao retornar para avaliação após 15 dias a paciente relatou a remissão dos episódios de dor.

Na consulta de retorno realizada 02 meses após a paciente não apresentava mais a dor da queixa principal e o médico que a acompanhava havia descontinuado a prescrição de carbamazepina. Foi realizado acompanhamento há cada 02 meses por um período de 06 meses e a paciente manteve-se sem sintomas dolorosos.

Figura 1 - RX Panorâmico mostrando a atrofia mandibular



3 DISCUSSÃO

O atendimento do paciente com sintomatologia dolorosa orofacial perpassa primeiramente pela captação de dados anamnéticos, história médica e progressa, exame de palpação e exame complementar por imagem. A partir da hipótese diagnóstica busca-se diferenciar o agente etiológico da dor e sua

extensão as estruturas atingidas. A dor orofacial tem associação com diversos sintomas psicológicos que podem levar ao sofrimento psíquico agravando as manifestações dolorosas (Leeuw, 2013).

O osso mandibular localiza-se na parte anterior e inferior da face, possuindo duas camadas, a cortical e a esponjosa, tendo em seu interior o canal do nervo alveolar inferior, que vai da língula da mandíbula ao forame mentoniano. Pelo forame mandibular penetram o nervo e os vasos alveolares inferiores, dando início ao canal mandibular que se estende até o plano mediano, exteriorizando-se no forame mental (TURANO,2002).

Na medida em que ocorre a reabsorção do rebordo alveolar inferior o forame mentoniano tende a se aproximar da crista do rebordo. Quando a reabsorção for mais energética temos como consequência uma compressão vaso nervosa a qual pode apresentar desde parestesia no lábio inferior até sintomatologia dolorosa, "sensação de choque" ou "formigamento" em usuários de prótese totais mucossuportadas, caso não aja alívio na base da prótese nessa região (Figun; Garino 1994;Turano 1998; Zardo, 2009; Farias 2020).

O reembasamento com material resiliente minimiza o atrito causado pela resina acrílica sobre a fibromucosa, permitindo uma melhor distribuição de cargas sobre o tecido de suporte remanescente (Feitosa et al., 2003)

A perda dos dentes acarreta alterações significativas no meio bucal, bem como degenerações estruturais nos tecidos e músculos. A dor é muito mais que um simples reflexo. É o resultado de um processo que tem sido alterado nas suas origens por fatores físicos e psicológico (Serralta, 2001).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, a necessidade de cuidadoso exame físico e anamnese para o diagnóstico diferencial entre DTM e dor causada por compressão vaso-nervosa no nervo mental em pacientes desdentados totais. Além da palpação extra-oral dos músculos da mastigação, a palpação intra-oral do rebordo alveolar se faz essencial a fim de reproduzir a dor familiar, e a partir desse momento estabelecer o diagnóstico diferencial e condutas de tratamento

REFERÊNCIAS

- Turano JC, Turano MT. Fundamentos de Prótese Total. Quintessence Editora Ltda., São Paulo. 1998. 4^a ed.
- Turano JC, Turano LM. Fundamentos de prótese total. 6. ed. São Paulo: Santos, 2002. 569p
- The American Academy of Orofacial Pain. In: de Leeuw R, Klasser G, editors. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. 5th edition. New York: Quintessence Publishing Co; 2013. p. 312.
- ZARDO, M. Tratamento de mandíbulas atroficas. Innovations Implant Journal: Biomaterials and Esthetics, v. 4, n. 3, p. 76-82, 2009.
- Marchini L, Leal LF, Cunha VPP. Protese total contemporânea na reabilitação bucal. São Paulo: Santos: 2007, p.197-2007
- Farias B J; Furtado, TCS; Bertoldo, BB; Amaral, E de Paula; da Silva, CB. Relação entre periodontite, doenças articulares e tabagismo em pacientes que irão se submeter a implantes dentários Brazilian Journal of Health Review ,2020, Volume 3, pp 114-132
- Schiffman, E. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial pain special interest group. Disponível em: http://www.pierocascone.it/wp-content/uploads/2014/ofph_28_1_Schiffman_02.pdf
- Assunção, WG,; Barão, VA,; Santos, DM. et al. Influência das Estruturas Anatômicas Oro-faciais nas Próteses Totais. Pesq Bras Odontoped Clin Integ, João pessoa, v.8, n.2, p. 251-257, maio/ago 2008.
- Silva, KT,; Nadal, L,; Basso, A. et al. Forame mandibular- Localização em mandíbulas secas. Rev. Odontologia (ATO), Bauru, SP., v. 16, n.1, p.1-10, jan 2016.
- Trindade, MO & Antunes, TC. Atendimento Clínico Imediato em paciente Bruxista Desdentado Total. International journal Of Dentistry, Recife, v. 6, p.141-145, out/dez 2007.
- Serralta FB, Martins EA, Avila JF. Adaptação de instrumento de triagem para problemas psicológicos em pacientes com disfunção cranimandibular e dor orofacial. JBA,2001; 1(1)
- Feitosa MAI, Vasconcelos lMr, Garcia rCMr, Cury AADB. Efeito dos limpadores químicos de próteses sobre o peso de reembasador resiliente temporário. rPG rev Pós Grad. 2003;10(3):199-203.