



EXCLUSIVO SOCIEDADE

Sente dores de cabeça, estalidos e dificuldade em abrir a boca? Saiba que pode sofrer de disfunção temporomandibular

01.09.2020 às 15h38



A DTM é mais comum em mulheres entre os 20 e os 50 anos de idade. Além de dores intensas no maxilar e na face, esta patologia pode comprometer a mastigação dos alimentos, bloquear a articulação e/ou limitar a abertura da boca, por vezes de forma severa. A ansiedade e o stress estão-lhe associados



MAFALDA GANHÃO



GETTY IMAGES



Os primeiros sintomas podem ser discretos. Estalidos junto ao maxilar, algum incómodo ao mastigar, não necessariamente dor, e, por vezes, dificuldade em abrir completamente a boca. Sem tratamento, as queixas vão evoluindo até o doente com disfunção temporomandibular (DTM) passar destes sinais de desconforto para um quadro que inclui dores fortes, incapacidade de mastigar e dores de cabeça frequentes. O problema é mais comum em mulheres entre os 20 e os 50 anos de idade e, para além de dores intensas no maxilar e na face, a disfunção pode comprometer a mastigação dos alimentos, bloquear a articulação e/ou limitar a abertura da boca, em alguns doentes de forma severa.

Raramente a DTM tem uma só causa, refere o médico David Ângelo, especialista nesta patologia. Mas a ansiedade e o stress são fatores que lhe estão associados. “Uma abordagem multidisciplinar é importante”, explica, antes de reconhecer que a doença se manteve pouco conhecida durante demasiado tempo, até entre a própria classe médica.

“Durante muitos anos poucos clínicos se lembravam dela, o que também acontecia pelo facto de ser uma área de ninguém, uma área de fronteira entre a medicina e a medicina dentária”, diz David Ângelo, o que a levou a ser uma patologia “subdiagnosticada e muitas vezes desvalorizada”.

Também por isso – e pela facilidade com que os sintomas iniciais se podem confundir com ouvidos, por exemplo – não era incomum os doentes passarem de consultório em consultório sem chegar a um diagnóstico concreto, perdendo um tempo crucial para travar a progressão da DTM. “Felizmente, noto que isso agora acontece um pouco menos e já me chegam às consultas pessoas em fases mais iniciais das queixas, mas até há bem pouco tempo não era assim”, afirma o médico.

SOLUÇÃO VÁRIOS ANOS APÓS O DIAGNÓSTICO

A falta de diagnóstico não foi o maior problema de Joana Almeida. No seu caso, as queixas começaram meses após uma extração de um dente do siso, que não estaria ainda “pronto para ser arrancado”, e ainda que inicialmente lhe tenha sido apenas recomendada a aplicação de gelo, a DTM viria a ser identificada. O problema foi encontrar um tratamento eficaz.

“Sentia dor e alguma dormência”, depois “passei a dormir com uma goteira”, o que fez algum efeito durante um determinado período. Joana tinha então 22 anos e foi notando que o problema se agravava com o stress. Com os sintomas a piorar e já sem conseguir abrir a boca normalmente, começaram as dores de cabeça frequentes (que nem sequer relacionava com a DTM) e a dificuldade para comer certos alimentos. Fez acupuntura, procurou um osteopata, mas a solução chegou apenas recentemente, seis ou sete anos após o diagnóstico, quando já não restava outra opção que não fosse a realização de uma “cirurgia aberta”.

Joana fez depois várias sessões de fisioterapia, “para reeducação do movimento” e não podia estar mais satisfeita. “O pós-operatório foi simples e sem complicações e recuperei a abertura normal da boca”, explica: “Consegui voltar a comer pão.”



Rita Coelho espera não chegar a precisar de uma cirurgia, ou pelo menos prefere não pensar muito nisso. Tinha também 22 anos quando notou os primeiros sinais. Natural de Viana do Castelo, aconteceu quando se mudou para Lisboa, num período de maior ansiedade, pela mudança e por estar “longe de casa”. Começou por não dar grande importância aos estalidos que ouvia e ao incómodo ao mastigar, mas quando deixou de conseguir abrir bem a boca passou a não ser possível ignorar. Em dois anos deixou de conseguir comer “hambúrgueres e maçãs”, por exemplo, chegaram as dores de cabeça, as tonturas, com o problema já a atingir os lados esquerdo e direito.

Um amigo, estudante de medicina dentária, disse-lhe saber qual era o seu problema e falou-lhe no nome de um professor, por coincidência envolvido nessa altura numa formação sobre a DTM, destinada a dentistas e fisioterapeutas. Rita acabou diante da turma a expor o seu caso e ainda foi a uma aula prática, onde lhe foi feita uma infiltração, que “lubrifica a articulação e permite ao terapeuta trabalhar melhor”.

Rita também começou a ler muito sobre esta disfunção. Cedo percebeu que era importante controlar a ansiedade e sabe bem como evolui o problema, que podendo ser apenas muscular numa fase inicial, tende a acabar por afetar a articulação – o que já aconteceu no seu caso.

Atualmente faz fisioterapia mensalmente e toma um relaxante muscular todos os dias para controlar a dor. Em casa faz um conjunto de quatro ou cinco exercícios diariamente e até instalou duas aplicações no telemóvel, em parte para garantir que as notificações recebidas não a deixam esquecer-se de cumprir essa rotina.

TRATAMENTOS MENOS INVASIVOS OU CIRURGIA

Os próximos passos envolvem outro tipo de terapias. De entre os “minimamente invasivos”, David Ângelo refere a artrocentese – uma lavagem da articulação em que são removidos os mediadores da dor, para depois ser colocado um lubrificante articular. “É um tratamento rápido, seguro e eficaz”, explica o médico, em que “o doente vai para casa uma hora após a intervenção”.

Já a artroscopia, envolve a utilização de uma pequena câmara, para avaliar o estado da articulação. “Quando é necessário, introduzimos uma cânula de trabalho para reposicionar o disco, libertar o disco ou tratar alguns focos de inflamação na articulação”. Na artroscopia o doente vai para casa quatro horas após a intervenção.

A verdade, continua David Ângelo, é que “as próprias intervenções maiores, onde é aberta a articulação”, também foram melhoradas: “A incisão é mais pequena”, e, no seu caso, está a recorrer a uma técnica nova, RITHNI, em fase de publicação e a ser desenvolvida no Instituto Português da Face (onde trabalha), em que a intervenção permite “uma cicatriz invisível, que está também associada a menos riscos que as técnicas anteriores”.

O médico fala numa taxa de sucesso na ordem dos 85%. Goreti Silva pode confirmá-lo. Na sequência de um quadro clínico complicado, por ter de tratar uma malformação cerebral, acabou por ter de ser submetida a uma cirurgia, em 2019. Não conseguia abrir a boca, já só se alimentava com líquidos “e tinha dores terríveis”. “Até para falar era um problema”, recorda. A intervenção, “para corrigir o congelamento da cápsula articular”, correu bem. Hoje Goreti recuperou a qualidade de vida e já não tem dores.



David Ângelo, que recentemente lhe viu ser atribuída pela Sociedade Europeia de Cirurgias da Articulação Temporomandibular a missão de criar uma base de dados europeia para registar todas as intervenções cirúrgicas nesta área, salienta que esta disfunção é a principal causa de dor oral e facial de origem não dentária.

Os estudos internacionais apontam para prevalências altas na população com diferenças entre países, por exemplo na China um estudo recente observou uma prevalência de 29,1%, no Brasil 34,9%, nos Emirados Árabes de 46,8% da população, um alerta para a importância desta patologia.