

## QUAL O PAPEL DA ARTROCENTESE NO TRATAMENTO DE UMA DTM - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

### ABSTRACT

As disfunções temporomandibulares dolorosas constituem um desafio atual para os profissionais de saúde. No presente caso clínico, a paciente apresentou-se na consulta de Dor e Disfunção Temporomandibular da Clínica Universitária Egas Moniz com dor aguda na região orofacial, tendo sido diagnosticada com deslocamento de disco bilateral associado a patologia degenerativa, dor miofascial dos músculos mastigadores, artralgia bilateral e bruxismo de sono e de vigília.

O plano de tratamento delineado para este caso teve em conta o princípio de multidisciplinaridade e começando sempre pelo procedimento mais conservador e reversível até ao mais invasivo.

A paciente apresentou diminuição de dor em repouso ao longo do tratamento, no entanto, a dor em função foi mantida. De acordo com as linhas orientadoras do tratamento da patologia articular dolorosa com limitação de abertura foi realizada artrocentese bilateral. Após 1 mês do tratamento obtivemos melhoria tanto na dor como na função.

Este caso reflete a importância de uma abordagem estruturada e multidisciplinar no sentido de restabelecer a normal função do sistema estomatognático e evitar que a dor se torne crónica e incapacitante.

### Introdução

As disfunções temporomandibulares (DTM) englobam um conjunto de condições relacionadas com a dor ou disfunção na articulação temporomandibular (ATM) e estruturas associadas. Frequentemente associada a dor orofacial, a DTM tem uma elevada prevalência no sexo feminino e na população jovem e adulta, com um impacto significativo na qualidade de vida (Chisnoiu et al., 2015).

O tratamento das referidas disfunções passa, principalmente, por restabelecer a normal função do sistema estomatognático e evitar que a dor articular e muscular se torne crónica e incapacitante. Para isso, recorremos a abordagens variadas e multidisciplinares, que progridem sempre do nível mais conservador e reversível – tais como a terapia cognitiva comportamental, aplicação de calor húmido, fisioterapia, farmacoterapia e/ou goteira oclusal – para o mais invasivo, no qual se enquadram os tratamentos cirúrgicos minimamente invasivos, como a artrocentese (Kapos et al., 2020).

Este relato de caso descreve o diagnóstico e tratamento de uma jovem paciente com um quadro complexo de DTM e dor orofacial.

### Caso clínico

Paciente do sexo feminino, com 18 anos, compareceu na consulta de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, da Clínica Universitária Egas Moniz, em maio de 2024, com queixas de “dores fortes e constantes na abertura da boca” (sic), com uma duração superior a 4 anos. A dor estava associada à abertura da boca e à mastigação, sendo classificada como de intensidade 7 na escala visual de dor (EVA). A paciente mencionou a necessidade recorrente de tomar Paracetamol e Tiocolicosido em SOS para alívio das dores.

Na primeira consulta, a paciente foi submetida ao protocolo padrão para a história clínica do departamento de Reabilitação Oral – Vertente Oclusão/ Disfunção

Temporomandibular, da Clínica Universitária Egas Moniz, no qual está incluído o DC/TMD, que compreende entrevista e exame clínico específicos.

Em relação à história clínica progressiva, a paciente não apresentava antecedentes médicos relevantes. Durante o exame clínico, foram detetados sinais clínicos de bruxismo, incluindo linha alba e língua dentada, e a paciente nega qualquer historial de trauma direto ou indireto na região orofacial. Foi ainda efetuada medição da amplitude da abertura mandibular, com 25mm de abertura sem dor e 35mm abertura máxima não assistida, de acordo com o protocolo de DC/TMD.

Relativamente ao sono, a paciente negou roncopatia, e afirmou cansaço e tensão muscular matinal e sonolência

diurna. Foi requisitada uma polissonografia nível II (com eletroencefalograma), com sensores eletromiográficos no músculo masseter, para diagnóstico de bruxismo de sono. A polissonografia diagnóstica a presença de Síndrome de Apneia Obstrutiva leve, com IAH de 6,8/hora.

Foi igualmente requisitada uma tomografia computadorizada de ATM bilateral, boca aberta e boca fechada, que confirmou a presença de patologia degenerativa bilateral.

Após realização destes exames complementares de diagnóstico, e através do DC/TMD, foi estabelecido o diagnóstico final. A nível articular, deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura do lado direito e deslocamento de disco com redução do lado esquerdo, artralgia e patologia degenerativa bilaterais. A nível muscular, dor miofascial



Figs. 1. (A) Fotografias extra-orais iniciais relaxada, (B) Fotografias extra-orais iniciais a sorrir.

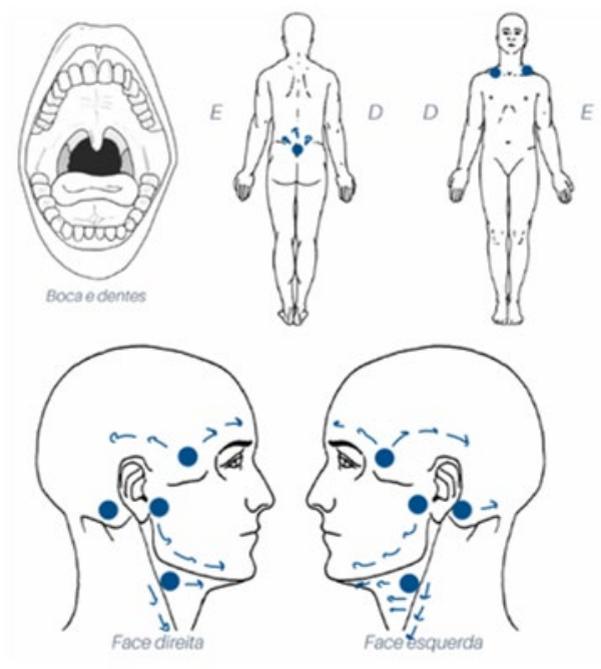


Fig. 2. Desenho de dor.

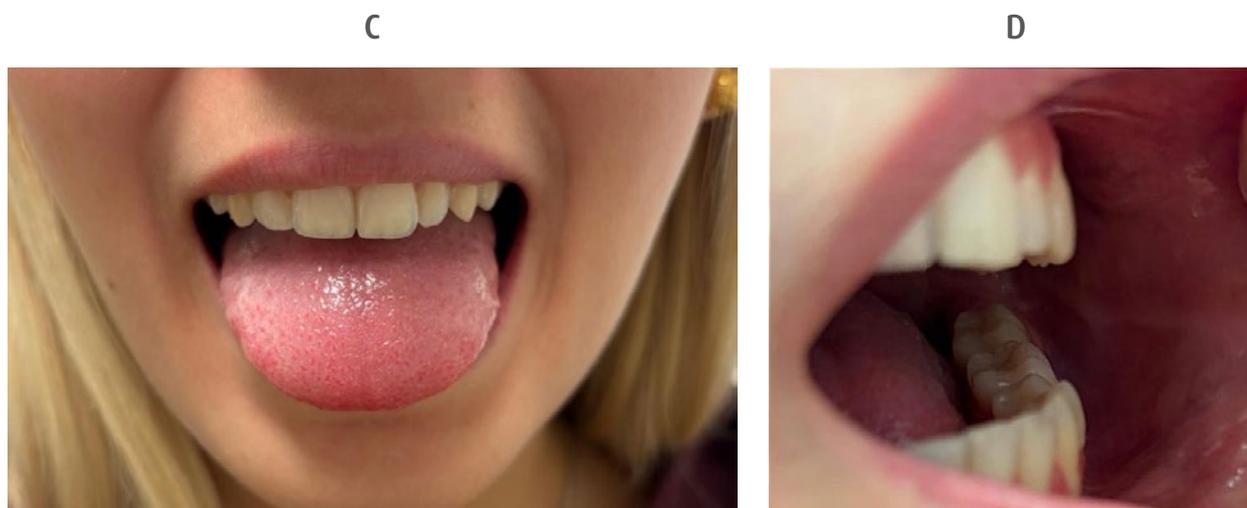


Fig. 3. Sinais clínicos de bruxismo: (C) Língua dentada e (D) Linha alba.

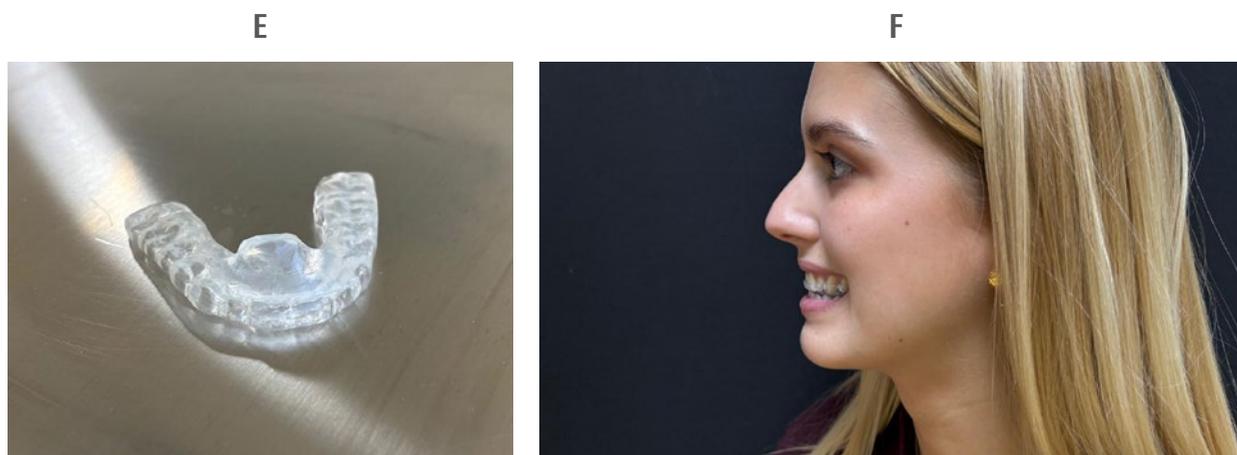
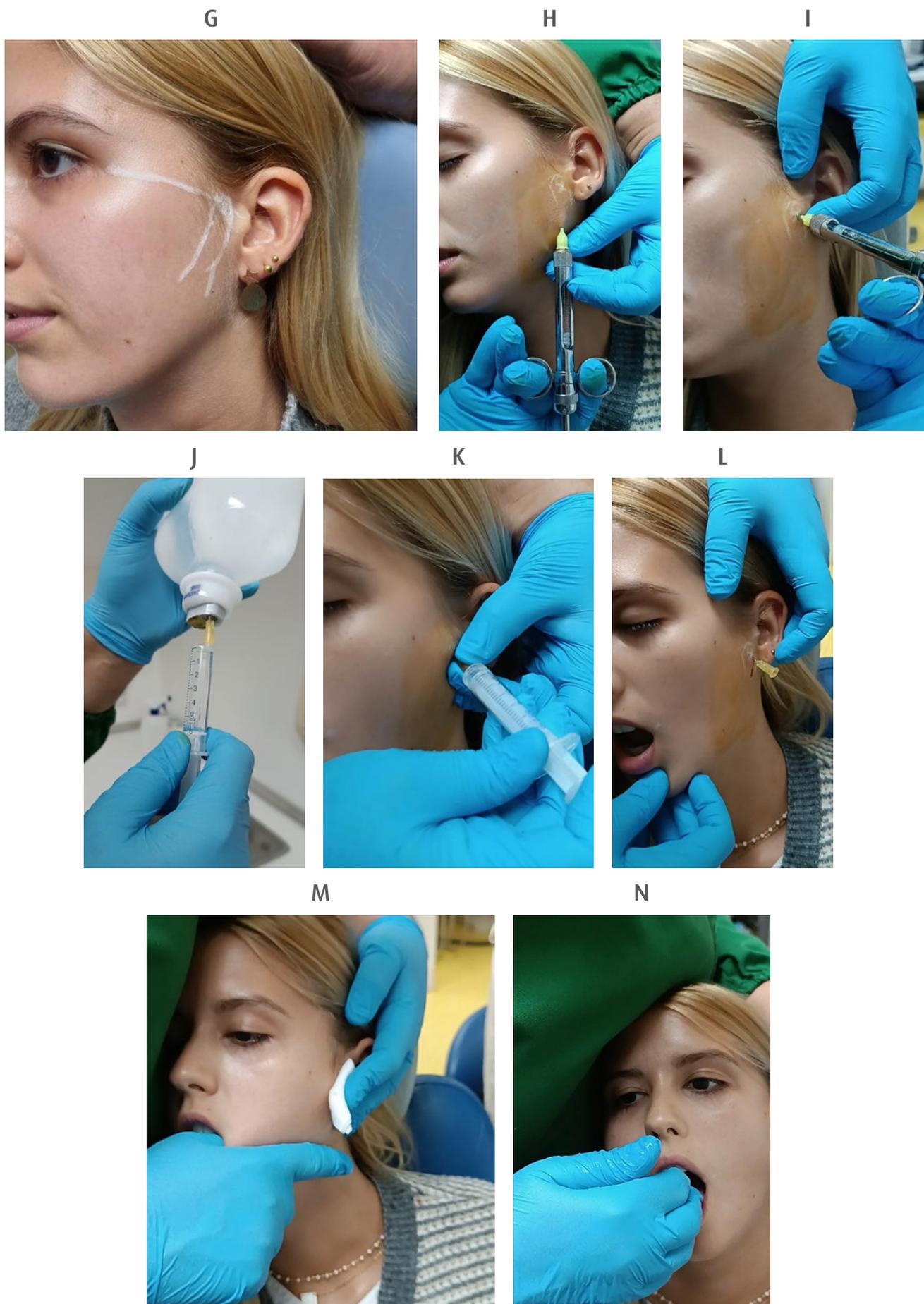


Fig. 4. (E) Goteira de reposicionamento anterior equilibrada, (F) Paciente com goteira de reposicionamento anterior em posição topo-topo.



Figs. 5. Procedimento clínico da artrocentese: Marcações anatómicas (G), anestesia local com mepivacaína (H; I), preparação da seringa com solução salina a 0,9% (J), irrigação articular (K), movimentos mandibulares de abertura e encerramento (L) e manipulação manual da mandíbula (M).

bilateral dos músculos masseter, temporal e pterigódeo lateral e cefaleia associada à DTM. A doente apresenta ainda hiperlaxidão ligamentar, bruxismo provável de sono e de vigília, e síndrome de apneia obstrutiva de sono leve.

Parante este diagnóstico, como plano de tratamento inicial, foi preconizada terapia cognitivo-comportamental, aplicação de calor húmido, fisioterapia, tratamento farmacológico, com prescrição de um anti-inflamatório não esteroide (90mg de Etoricoxib), um anticonvulsivante (300 mg de Gabapentina), e um antidepressivo tricíclico em doses baixas (10 mg de Amitriptilina), além da confecção de uma goteira de reposicionamento anterior para alívio imediato da zona retrodiscal.

Posteriormente, estabeleceu-se um plano de *follow-up*, com consultas de reavaliação após 1 mês, 3 meses e 6 meses.

Nas diversas consultas de reavaliação, após 6 meses de uma abordagem conservadora, os sintomas articulares mantiveram-se de uma forma intermitente, tal como a limitação de abertura. Neste sentido, planeou-se a realização de artrocentese bilateral como tratamento cirúrgico minimamente invasivo.

## Procedimento clínico da artrocentese

O procedimento de artrocentese foi conduzido seguindo um protocolo estruturado para garantir, simultaneamente, a eficácia e a segurança (Guarda-Nardini, 2008). Após palpação articular foram realizadas as marcações anatómicas com lápis dermatológico branco, incluindo a linha entre o tragus auricular e o canto do olho, o contorno do côndilo da mandíbula e o ponto de inserção da agulha, localizado a 10 mm do tragus e 2 mm abaixo da linha tragus - cantal.

Realizou-se anestesia local utilizando mepivacaína sem vasoconstritor para o bloqueio do nervo auriculotemporal, além dos nervos massetérico e temporal profundo posterior, garantindo analgesia adequada da região periarticular, conforme protocolo descrito.

Após a preparação asséptica da região com iodopolvidona, utilizou-se uma única agulha de calibre 19G e comprimento de 25 mm para acesso ao compartimento superior da articulação temporomandibular (ATM). A agulha foi inserida seguindo a orientação anatómica padronizada: para cima, para frente e para dentro. Durante o procedimento foi realizada irrigação articular com 10 ml de solução salina a 0,9%, utilizando uma seringa de 5 ml. Repetiu-se esta irrigação 2 vezes. A paciente foi instruída a realizar movimentos mandibulares de abertura e encerramento durante a irrigação, com o intuito de facilitar a remoção do soro com o líquido inflamatório do espaço articular.

Após a irrigação, a agulha foi removida e a região foi novamente desinfetada com álcool.

O procedimento foi concluído com manipulação manual da mandíbula, de forma a restabelecer a mobilidade articular e reduzir a tensão residual (Almeida et al., 2023).

Na consulta de *follow up*, 1 mês após a artrocentese, e 8 meses após a consulta inicial, a paciente apresenta-se sem dor e sem limitação de abertura, com abertura de 38mm.

## Discussão

Este caso destaca a complexidade diagnóstica e terapêutica das DTM's. A etiologia multifatorial destas condições exige uma abordagem multidisciplinar e individualizada (Chisnoiu et al., 2015).

O diagnóstico de DTM pode ser obtido por aplicação de questionários aliado à observação clínica. Atualmente, o DC/TMD constitui o sistema mais atualizado e internacionalmente aceite de diagnóstico para DTM (Schiffman et al., 2014). Esta metodologia validada e padronizada para a identificação e categorização das DTM permitiu um diagnóstico sistemático e específico.

A abordagem terapêutica adotada foi multidisciplinar e individualizada. A combinação de terapia comportamental, intervenções farmacológicas, fisioterapia e uso de dispositivos oclusais foi determinante para abordar os múltiplos fatores associados à condição. A terapia comportamental, centrada na redução do stress, consciencialização e modificação de hábitos parafuncionais, desempenhou um papel essencial na gestão do bruxismo, um dos principais fatores agravantes da DTM. Por outro lado, a aplicação de calor húmido e a fisioterapia, com exercícios de lubrificação articular e distração condilar, tal como relaxamento muscular, foram eficazes na redução da dor muscular e articular e na melhoria da função mandibular. A goteira de reposicionamento anterior proporcionou alívio mecânico às articulações temporomandibulares, reduzindo a sobrecarga articular, nomeadamente na zona retrodiscal, e os efeitos da sobrecarga causada pelo bruxismo. (Naeije et al., 2013; Okeson, 2019; Yoda et al., 2003)

Após a implementação das abordagens conservadoras, a paciente apresentou diminuição de dor em repouso ao longo do tratamento, no entanto, a dor em função foi mantida. Apesar da persistência inicial dos sintomas, a realização da artrocentese demonstrou ser um recurso eficaz para aliviar a dor e melhorar a função articular. Este procedimento minimamente invasivo permite que seja realizada uma lavagem da articulação sem necessidade de visualização direta, e está recomendado em casos de deslocamento de disco sem redução, com limitação de abertura associado a artralgia com ou sem bloqueio intermitente que não respondam aos tratamentos conservadores (Tvrđy et al.,

2015). Os resultados observados confirmam a sua eficácia neste contexto.

Tradicionalmente, esta técnica envolve o uso de duas agulhas: uma para a entrada e outra para a saída do líquido de irrigação. Contudo, neste caso clínico, foi utilizada uma abordagem com uma única agulha, que apresenta vantagens práticas, como a simplificação do procedimento, a redução do risco de complicações associadas à inserção de múltiplas agulhas e a diminuição do tempo operatório. Esta técnica permite uma irrigação eficaz da cavidade articular e a remoção de mediadores inflamatórios, sem comprometer os resultados clínicos (Grossmann et al., 2017).

A artrocentese, no presente caso, demonstrou ser crucial para o sucesso clínico, quando antecedida e complementada pelos tratamentos conservadores. Assim, é importante compreender que mesmo que os tratamentos menos invasivos não tenham por si só solucionado a condição, preparam a paciente para as terapêuticas seguintes.

O plano de tratamento foi continuamente ajustado com base na evolução clínica da paciente, demonstrando a importância de um tratamento dinâmico e progressivo.

## Conclusões

O sucesso do tratamento de uma disfunção temporomandibular depende de um conjunto de fatores, tais como um diagnóstico preciso, um tratamento individualizado e uma abordagem multidisciplinar.

O médico dentista deve iniciar o seu tratamento com uma história clínica minuciosa e um diagnóstico claro, permitindo a melhor abordagem terapêutica e individualizada a cada paciente. O objetivo principal do tratamento na consulta de dor orofacial deve ser a qualidade de vida, reduzindo a dor e restabelecendo a função.

Os tratamentos cirúrgicos para a DTM não estão recomendados como medida preventiva, devendo ser reservados para casos graves que não respondam aos tratamentos conservadores.

De realçar, ainda, a importância da medicina baseada na evidência e medicina individualizada, que nos permite personalizar, de entre todos os procedimentos adequados num determinado caso, qual o melhor indicado para cada doente. ■

<sup>1</sup>Clinical Research Unit (CRU), Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiEM), Egas Moniz School of Health and Science, Caparica, 2829-511 Almada, Portugal

<sup>2</sup>SAMS Mais—Centro Clínico, 1070-128 Lisboa, Portugal

<sup>3</sup>School of Dentistry, Campus de Cartuja, University of Granada, Colegio Maximo s/n, 18011 Granada, Spain

## Bibliografia

Almeida, A. M., Botelho, J., Machado, V., Mendes, J. J., Manso, C., & González-López, S. (2023). Comparison of the efficacy of two protocol treatments in patients with symptomatic disc displacement without reduction: a Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3228.

Chisnoiu, A. M., Picos, A. M., Popa, S., Chisnoiu, P. D., Lascu, L., Picos, A., & Chisnoiu, R. (2015). Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders - a literature review. *Clujul medical* (1957), 88(4), 473-478. <https://doi.org/10.15386/cjmed-485>

Guarda-Nardini, L., Manfredini, D., & Ferronato, G. (2008). Arthrocentesis of the temporomandibular joint: a proposal for a single-needle technique. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 106(4), 483-486.

Grossmann, E., Guilherme Vargas Pasqual, P., Poluha, R. L., Iwaki, I. C. V., Iwaki Filho, L., & Setogutti, E. T. (2017). Single needle arthrocentesis with upper

compartment distension versus conventional two needle arthrocentesis: randomized clinical trial. *Pain Research and Management*, 2017(1), 2435263.

Kapos, F. P., Exposto, F. G., Oyarzo, J. F., & Durham, J. (2020). Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral surgery*, 13(4), 321-334. <https://doi.org/10.1111/ors.12473>

Naeije, M., Te Veldhuis, A. H., Te Veldhuis, E. C., Visscher, C. M., & Lobbezoo, F. (2013). Disc displacement within the human temporomandibular joint: a systematic review of a 'noisy annoyance'. *Journal of oral rehabilitation*, 40(2), 139-158

Okeson, J. P. (2019). Management of temporomandibular disorders and occlusion-E-book. Elsevier Health Sciences

Schiffman, E., Ohrbach, R., Truelove, E., Look, J., Anderson, G., Goulet, J. P., List, T., Svensson, P., Gonzalez, Y., Lobbezoo, F., Michelotti, A., Brooks,

S. L., Ceusters, W., Drangsholt, M., Ettlin, D., Gaul, C., Goldberg, L. J., Haythornthwaite, J. A., Hollender, L., ... Orofacial Pain Special Interest Group, International Association for the Study of Pain. (2014). 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†. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 28(1), 6-27. <https://doi.org/10.11607/jop.1151>

Tvrđy, P., Heinz, P., & Pink, R. (2015). Arthrocentesis of the temporomandibular joint: a review. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 159(1), 31-34.

Yoda, T., Sakamoto, I., Imai, H., Honma, Y., Shinjo, Y., Takano, A., & Takato, T. (2003). A randomized controlled trial of therapeutic exercise for clicking due to disk anterior displacement with reduction in the temporomandibular joint. *Cranio*, 21(1), 10-16.