

Efeito da reabilitação cervical na funcionalidade mandibular e no impacto causado pela dor de cabeça em sujeitos com disfunção temporomandibular: um ensaio clínico piloto

Mônica Ambiel Rezende^{1*}, Letícia Bojkian Calixtre², Bruno Henrique De Melo Lima¹, Ana Beatriz Oliveira³.

1. Estudante de IC da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar; *monica.ambiel@gmail.com

2. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

3. Professora Adjunta da Universidade Federal, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Fisioterapia; Docente do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da UFSCar; Coordenadora do Laboratório de Cinesilogia Clínica e Ocupacional (LACO).

Palavras Chave: *Disfunção temporomandibular, ponto gatilho miofascial, dor orofacial, coluna cervical.*

Introdução e Metodologia

Disfunção temporomandibular (DTM) é um termo geral usado para denominar as dores associadas à articulação temporomandibular (ATM) e à musculatura da mastigação, tendo origem multifatorial e prevalência estimada entre 20-54,3% da população adulta. Aproximadamente 70% dos sujeitos com dor de cabeça também apresentam DTM associada.

Os pontos gatilho encontrados na musculatura da coluna cervical comumente referem dor na região da face, têmporas, olhos e ouvidos (Figura 1) e, portanto, estão relacionados com dores de cabeça e dor orofacial.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a variação do impacto gerado pela dor de cabeça e o comprometimento da funcionalidade mandibular decorrente de um protocolo de reabilitação cervical em sujeitos com DTM miofascial.

Foram incluídas 10 mulheres, com idade média de 23,9 anos ($\pm 3,41$) com idade entre 17 a 30 anos, diagnosticados com DTM miofascial, com ou sem limitação da abertura da boca, a partir do RDC/TMD (*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorder*). Elas apresentaram dor na ATM de pelo menos 3 pontos na Escala Visual Analógica; pontos gatilho nos músculos esternocleidomastóideo, suboccipitais e/ou trapézio superior e queixa de dor de cabeça.

Foram realizadas 3 avaliações, sendo duas delas antes da intervenção, formando uma linha de base de três semanas (AV1 e AV2); e uma após a intervenção (AV3). As três avaliações foram compostas por um questionário de impacto da cefaléia (Headache Impact Test – HIT-6) e um questionário para avaliação da função mandibular (*Mandibular Function Impairment Questionnaire- MFIQ*).

Para tratamento dos sujeitos, foi utilizada a técnica de posicionamento para liberação miofascial dos pontos gatilhos encontrados, bem como o fortalecimento da musculatura flexora profunda cervical com auxílio de um biofeedback de pressão, em 10 sessões distribuídas em 5 semanas.

Para análise estatística as variáveis foram testadas quanto à normalidade a partir do teste de Shapiro Wilk e se mostraram não paramétricas. Os resultados obtidos pelos questionários MFIQ e HIT foram então analisados a partir do teste de Friedman para comparação das três avaliações ($\alpha=0,05$) enquanto as comparações isoladas foram realizadas a partir do teste de Wilcoxon, com correção de Bonferroni ($\alpha=0,025$).

Resultados e Discussão

Houve diferença estatisticamente significativa entre as três avaliações, tanto para o questionário HIT-6 ($P=0,008$) quanto para o MFIQ ($P=0,02$). Nos dois casos a diferença foi significativa entre a AV2 e AV3 (HIT-6 $P=0,006$ e MFIQ $P=0,0024$). Em contrapartida, as diferenças não foram

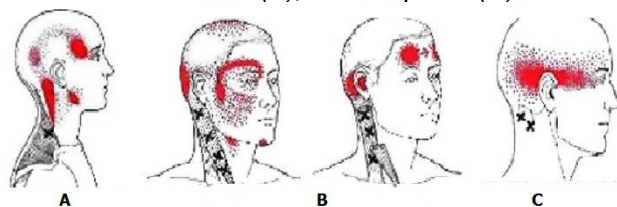
estatisticamente significativas entre as avaliações da linha de base (AV1-AV2).

Os resultados obtidos corroboram com o esperado, dado que durante a linha de base não houve intervenção e portanto as medidas não apresentaram variação enquanto que após o período de tratamento as diferenças foram significativas. Considerando a relação entre a presença de pontos gatilho miofasciais na musculatura cervical em sujeitos com DTM e presença de dor de cabeça, acredita-se que o tratamento da musculatura superficial do pescoço, com a intenção de solucionar os pontos gatilhos, diminuiu os sintomas de dor e tensão nessa musculatura, enquanto que o treino de estabilização segmentar da musculatura profunda melhorou a estabilidade da coluna cervical. Além disso, a diminuição das limitações funcionais causadas pela disfunção temporomandibular aconteceu pela dessensibilização da região inervada pelo nervo trigêmeo, através do núcleo trigeminocervical.

Tabela 1. Média e desvio padrão das variáveis em cada avaliação e valores de P de cada teste estatístico.

	Média (DP)	Friedman (P-valor)	Post-hoc	Wilcoxon (P-valor)
MFIQ				
AV1	0,28 (0,14)	0,02*	1x2	0,76
AV2	0,28 (0,17)			
AV3	0,15 (0,15)		2x3	0,024*
HIT-6				
AV1	66,00 (5,67)	0,008*	1x2	0,87
AV2	65,70 (4,42)			
AV3	52,90 (4,93)		2x3	0,006*

Figura 1. Padrões de dor referida a partir de pontos gatilho nos músculos; Trapézio Superior (A), Esternocleidomastóideo (B), Suboccipitais (C).



Conclusões

O tratamento foi efetivo para a melhora do impacto da cefaléia e da funcionalidade mandibular de indivíduos portadores de DTM mista ou miofascial.

Agradecimentos

Ao apoio financeiro do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento (CNPQ/PIBIC) e a UFSCar.