



FIGURA 15: Ressonância da ATM direita do paciente: A original e B colorida.

Observe-se na articulação temporomandibular direita com uso da ortose construída em cêntrica neuromuscular a decompressão póstero-superior; o côndilo se localiza na parte posterior do disco.

É importante ressaltar que, neste caso, não se fala de recaptura do disco, mas sim de uma reposição fisiológica dos côndilos mandibulares em equilíbrio com a musculatura, onde a trajetória habitual e neuromuscular são coincidentes. É fundamental ter em conta como evoluem os estados patológicos, um côndilo apoiado nos tecidos retrodiscais é o primeiro passo para uma luxação discal. Dr. Learreta acrescenta que realmente não se trata

de uma luxação discal, mas de uma luxação dos ligamentos, já que é o ligamento que luxa. É importante remetemos ao trabalho editado pelo Journal de Radiologie, 1999, v. 80, p. 1543-1554, Disorders of the temporomandibular joint: value of gradient-echo T1w sequences to evaluate bony change (SARRAT, CHEYNET, CHOSSEGROS, ORTHLIEB, PHILIP, CARRASSET, BAYLE).

O trabalho introduz o conceito de desunião côndilo discal em três graus.

As mudanças neste caso estão na posição do côndilo.

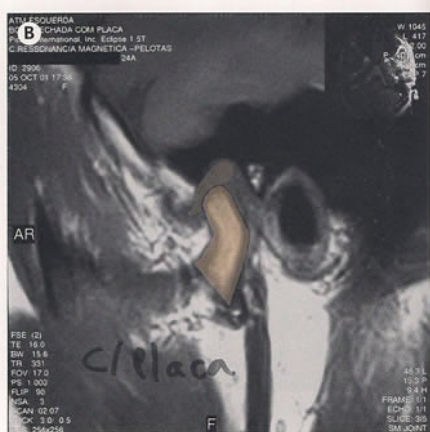


FIGURA 16: Ressonância da ATM esquerda do paciente: A original e B colorida.

A instrumentação permite medir o estado muscular antes e depois da desprogramação. Permite registrar os movimentos mandibulares e controlar a nossa terapêutica. Verificando, por exemplo, se a trajetória neuromuscular e a habitual são coincidentes, podemos também medir o espaço livre interoclusal. Permite, além disso, comprovar realmente se a musculatura está trabalhando simetricamente quando necessário e em forma antagonônica, de acordo com

a tarefa requerida, com o mínimo esforço.

Lembremos o fato muito importante de que nesses casos a dor é só um dos dados que podemos avaliar pelo relato do paciente.

Se um dispositivo intrabucal só alivia a compressão, mas não equilibra os músculos em todas as funções do sistema, estaremos trasladando uma patologia dos dentes, por exemplo, para uma placa.

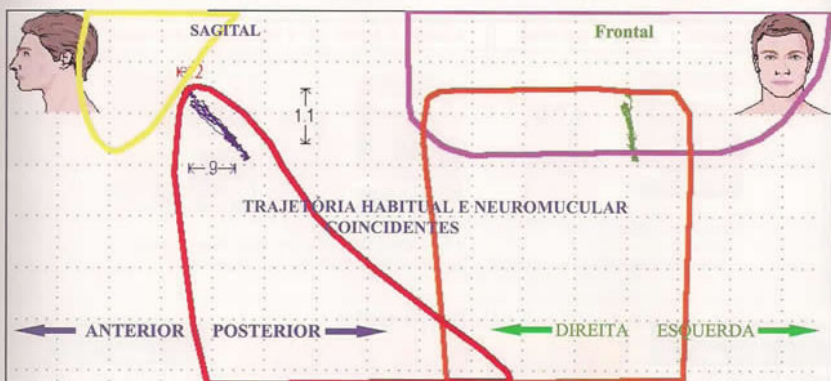


FIGURA 17: Registro cinesográfico com a ortose colocada. Note-se a coincidência da trajetória neuromuscular com a habitual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É a partir de um calmo ambiente neuromuscular que devemos iniciar nossos trabalhos restauradores, em todas as especialidades da Odontologia.

Novamente, a habilidade de posicionar espacialmente a mandíbula através da medição do comprimento de repouso dos músculos mastigatórios se torna uma premissa fundamental.

The ultimate goal of any therapy in dentistry is to treat the three components of the stomatognathic system, to create an environment for the synergistic function of teeth, temporomandibular joints and neuromuscular system.

When the skeletal system is in disharmony with the neuromuscular system, the muscles of the face and mandible are in a position of unnatural tension, in rest and in dynamics.

When the mandible needs to twist or make torque movements to assemble the teeth together, the muscles are in a constant state of contraction, provoking muscular spasms.

KEYWORDS: Habitual trajectory; Neuromuscular trajectory; Rest position.

REFERÊNCIAS

BASMAJIAN, J.V. *Muscles alive: their function revealed by electromyography*. 4.ed. Williams and Wilkins, 1979. p.26.

CALLENDER, J.M. Orthodontic application of the mandibular kinesiograph - Part I. *J Clin Orthod*, v.18, n.10, p.710-718, Oct. 1984.

DAVID, M.H. (Ed) *Neuromuscular dentistry the next millennium*. Anthology, Volume V. INTERNATIONAL COLLEGE OF CRANIO-MANDIBULAR ORTHOPEDICS.

GARRY, J.F. Early isotropic orofacial muscle, skeletal, and Mj dysfunction. In: MORGAN, D.; HOUSE, H.; VAMAS, C.V. *Diseases of the Temporomandibular Apparatus*. Mosby: St Louis, 1992. p.35-69.

GLENN, S.; KASMAN; JEFFREY, R.; CRAM; STEVEN, L. *Clinical applications in surface Electromyography*. Chronic Musculoskeletal Pain. Wolf An Aspen Publication.

GRIMMONS, D. *Orthodontics for the TMJ/TMD patient*. Scottsdale: Wright & Co. Publ., 1994.

JANKELSON, B. Three dimensional orthodontic diagnosis and treatment - a neuromuscular approach. *J Clin Orthod*, p.627, Sept. 1984.

JANKELSON, B.; RADKE, J. The myomonitor: use and abuse. *Quintessence Int Dent Digest*, v.9, p.47-52, 1978.

JANKELSON, R. *Neuromuscular dental diagnosis and treatment tsbyaku EuroAmerica*. Inc. Publishers.

JANKELSON, R.; FRAY, D.D.S.; ADIB; BSEE, M.A. *Scientific studies supporting the efficacy of surface electromyography, low frequency lens, and mandibular tracking for diagnosis and treatment of TMJ/MSD*.

LEARRETA, J.A. *Compêndio sobre diagnóstico das patologias da ATM*. (Pôr editor).

PERRY, H.T. Principles of occlusion applied to modern orthodontics. *Dent Clin North Am*, v.13, n.3, p.581-590, July 1969.

PULLEY, M.L.M. (Ed) *Solving the pain puzzle: myofascial pain dysfunction*. 3.ed. MyoData, 1982, revised 1995.

RENE CAILLET, MD Editorial. *Síndromes dolorosas cabeça y cara*. Mexico, D.F.: El Manual Moderno, S.A.

RICKETTS, R.M. Provocations and perceptions in cranio-facial orthopedics. *RMO*, 1989.

SCHÖTEL, W. *Die cranio-mandibuläre regulation*. Heidelberg:Hüthig, 1991.

TRAVELL, J.G.; SIMONS, D.G. *Myofascial pain and dysfunction: the trigger point Manual*. [S.J.]: Williams & Wilking, 1983. p.17.

Recebido para publicação em: 06/05/02
Enviado para análise em: 15/05/02
Aceito para publicação em: 27/05/02