

JORNAL da SBDOF

Sociedade Brasileira de
Disfunção Temporomandibular
e Dor Orofacial

Volume I | Número IV
Julho | Agosto | Setembro de 2016



O Jornal da SBDOF é um informativo da Sociedade Brasileira de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial (SBDOF).

Os textos assinados e aqui publicados representam a opinião dos respectivos autores e não a posição oficial da Sociedade.

Diretoria da SBDOF – Biênio 2015 – 2017

Presidente: João Henrique Padula

Vice-presidente: Paulo Afonso Cuneli

Secretária: Liete Figueiredo Zwir

Tesoureiro: Rodrigo Estevão Teixeira

Comissão de Educação e Pesquisa: Paulo César Rodrigues Conti

Comissão de Saúde Pública: Roberto Pedras

Comitê de Projetos: Simone Carrara

Comissão de Comunicação: Juliana Stuginski Barbosa e Rodrigo Wendel

Comitê de Divulgação ao Leigo: Adriana Lira Ortega

Editor do Jornal da SBDOF: Reynaldo Leite Martins Júnior

Diagramação: Time Comunicação

Foto capa: Paulo Conti



/sbdoft



@sbdoft



@sbdoft



sbdoft.com

FALA PRESIDENTE

Prezados,

A SBDOF vai de vento em polpa. É com muita satisfação que tenho acompanhado o aumento do nosso quadro de sócios e percebo que há um interesse crescente de nossa especialidade no país.

Por outro lado, é preciso que continuemos a gerar desconforto aos colegas dentistas incentivando-os a buscar conhecimento nos inúmeros cursos de pós-graduação existentes no Brasil. A falta de imersão no conteúdo de formação em dor orofacial, faz com que muitos profissionais de saúde, não apenas dentistas, continuem a defender suas "Linhas" e justificar suas iatrogenias e tratamentos equivocados sem suporte científico.

Dessa forma, o que temos visto é que seguem o caminho mais fácil e pulam as etapas de aprendizado. Surge então a "Trilogia do Erro": Primeiro escolhem a ferramenta terapêutica, por vezes avançam com a solicitação de exames de imagem para confirmação da doença, e por fim executam o tratamento. A velha retórica já conhecida sem mudanças significativas há 14 anos, ou seja, desde a regulamentação da nossa especialidade pelo CFO.

Não podemos ter uma atitude contemplativa diante do desconhecimento dos colegas. Não se trata de condená-los, pois sabemos muito bem a "etiologia" do retrato atual.

Na tentativa de modificar essa situação, as nossas comissões de ensino e saúde pública elaboraram o conteúdo programático que foi apresentado na reunião da ABENO. Vamos em busca da obrigatoriedade da disciplina na graduação.

Diante disso, temos que exercer uma postura firme e proativa para transformação desse cenário. Percebo que cada sócio, cada qual a sua maneira já se mobiliza neste sentido.

Evento chegando:

Nos dias 28 e 29 de outubro faremos o evento satélite na cidade de Brasília. Em alinhamento com o ano mundial contra a dor nas articulações (IASP), focamos um pouco mais neste tema, sem deixar de abordar tantos outros temas interessantes que serão ministrados por profissionais de todo o Brasil. O evento contará com palestras curtas e dinâmicas e, com certeza, será muito produtivo.

Vamos em frente

*João Henrique Padula
é especialista em DTM e Dor Orofacial,
membro fundador e atual Presidente SBDOF*



FALA SÓCIO - OPINIÃO

UMA JORNADA MUSICAL COM A DTM/DOF E A OCLUSÃO



Por Fábio Robles e Marcelo Gomes da Silva

parece que voltamos à moda de discutir esta relação entre oclusão e DTM/DOF. Na verdade, acreditamos que isso se deva a uma série de razões; é um debate que mobiliza, ainda mais em tempos em que todos temos opiniões, e podemos externá-las em redes sociais. Ganhar um debate é ter razão para defender nossos apegos. Claro que aí vêm todas as discussões em termos de relações de causalidade, evidências, etc. O fato é que chega um momento em que, ao percebermos nosso desconhecimento sobre um assunto que pretendemos ‘dominávamos’, caímos em um limbo um tanto quanto desconfortável. Mas, infelizmente, estamos em uma época que precisamos ter times, opiniões, para ver quem “ganha”, ao invés de nos aprofundarmos no debate saudável e produtivo, o que é uma pena, seja lá qual o ‘lado’.

Bem, voltaremos neste tema em breve. Sobre quem tem razão ou será que é possível delimitar papéis e relações de multifatorialidades, risco, perpetuação, ou seja lá qual peso uma questão tem sobre a outra. Cabe agora uma história pessoal nossa dentro de nossos próprios apegos e como fomos assimilando e descontruindo, ou melhor, situando o que a oclusão e a DTM/DOF tem a ver ou como se relacionam. A forma como lidamos com isso foi através da “arte” (ou paródia e gozação para descontrair mesmo).

Voltando então um pouco, a nossa relação com

a especialidade começou de maneira inusitada e acidental, se poderíamos dizer. Nós dois trilhamos carreira acadêmica nas áreas de prótese, oclusão e dentística, além de termos trabalhado cerca de duas décadas em consultório, forças armadas, serviço público e autarquias. Atendemos muitos pacientes, atuamos em serviços de saúde coletiva como promoção de saúde e recuperação do dano, além de termos nos aprofundado em estudo em áreas relativas a esta última característica: a reabilitação, que, mesmo pensando em mínimas intervenções e estética, é invasiva e de alta complexidade, envolvendo procedimentos e atuação mecânica e bastante repetitiva em nosso público-alvo.

Em 2011, já professores em universidade federal, percebemos que a tendência era de se atuar mais como generalistas, o que implicava qualidades que precisávamos desenvolver, como a grande versatilidade nas atuações, ou seja, a despeito de formações específicas, deveríamos abrir nossas cabeças e nos reinventar como professores com visão integrada e de promoção de saúde. Assim, começamos a ajudar um colega nosso, mais experiente, a atuar na disciplina de DTM/DOF na UFF, em Nova Friburgo, RJ. Logo notamos nossa defasagem de conhecimentos e tivemos que, socraticamente, admitir que nada sabíamos, ou melhor, que o pouco que sabíamos não resolia a maioria dos problemas dos pacientes de DTM/DOF.

Assim, decidimos humildemente nos matricular em um curso de especialização na área para então iniciarmos nosso aprendizado, o que foi uma decisão que implicava em viajar para outro estado nos dias de curso e nos dedicarmos muito, depois de “velhos”, afinal não éramos recém-formados e já éramos docentes. Além disso havia custos de deslocamento, estadia, refeições, com o próprio curso e ficar longe de nossas obrigações com o trabalho e família. Após equacionarmos essas dificuldades, estávamos muito empolgados em sermos apenas alunos novamente.

No curso, começamos a perceber que pouco se falava da “nossa praia” e que precisávamos estudar anatomia, neurologia, fisiologia e que a base da DTM/DOF não residia em procedimentos invasivos e nem em esquemas terapêuticos relacionados à ‘cura’, mas sim ao controle e manejo de uma condição multifatorial e complexa, em que precisávamos verificar como era ela para cada paciente e que demandava muita escuta, atenção, sagacidade e relacionar conhecimentos e aplicações práticas. A verdade é que tudo isso deu um nó em nossas cabeças. E dentre todas essas “novidades” e mudanças de paradigmas, enfim então começamos a ver que a oclusão já não era mais causa primária e única das DTM/DOF.

Percebemos ainda que, este ‘choque’ de nossos próprios paradigmas de uma formação tradicional era comum para alguns colegas também (bem menos aos recém-formados). Parecia que essas discussões moviam um certo embate entre professores e alunos, o novo e o estabelecido, apegos e ciência, prática clínica e evidências, experiências próprias e estudos randomizados.

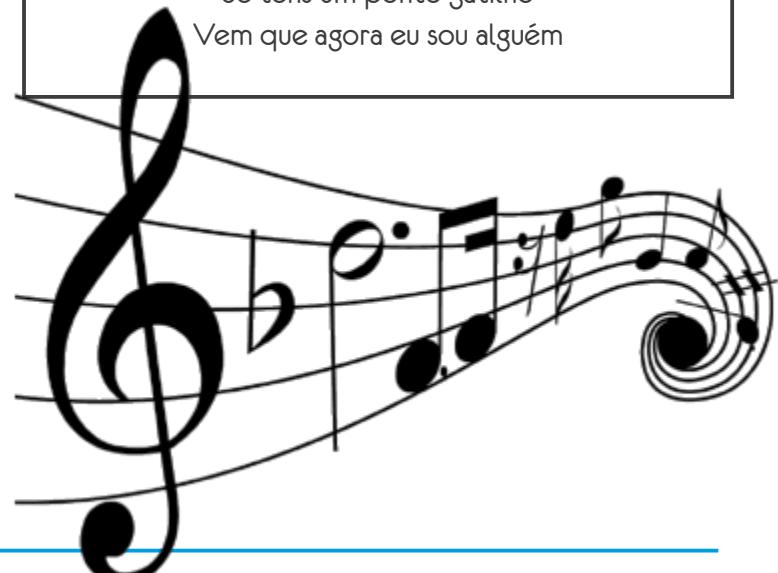
Neste contexto, o Marcelo, que é cantor e músico nas horas vagas, criou algumas paródias que relatavam uma jornada de um personagem confuso neste mundo que desmoronara para se construir um novo, suas angústias, elaborações e perspectivas. Então, utilizando-se de seu “nome artístico” Marcelo Moreno e em parceria fictícia com o cantor e compositor Djavan, ao longo do curso elaborou a seguinte “Trilogia Musical DTM/DOF”, que era como este espírito artístico lidou com este sofrimento. Envolveu todos da turma (e de outras turmas), professores do curso e até professores convidados nacionais e internacionais com esta irreverência.

Segue a primeira canção (paródia de ‘Flor de Lis’) da trilogia, que representava, segundo o parodiante: “O encanto da paixão”:



COMO EU SEMPRE QUIS (Marcelo Moreno e Djavan)

Valei-me Deus
É o fim da oclusão
Eu fiquei sem teso
São vinte anos de profissão
Mas não sei o que fez
Tudo mudar de vez
Onde foi que eu errei?
Eu só sei que ajustei, que ajustei
Que ajustei, que ajustei
Será talvez
Que minha ilusão
Foi ver na oclusão
A solução dos meus problemas de disfunção
Escapei por um triz
E estou tão feliz
Como eu sempre quis
Porque eu vim pra São Paulo
Estudar DTM
Com Ele
Termoterapia e língua na papila
Mudei a minha vida
Com as agulhas e o TENS
Se tens um ponto gatilho
Vem que agora eu sou alguém



Em seguida, em meio ao novo amor, bate a saudade daquele amor antigo, certa culpa ou arrependimento de tê-lo deixado, incerteza de se engajar no novo amor após uma vida a dois... O que é compreensível, mas torna-se um drama este dilema. Para elaborar artisticamente, então os mesmos parceiros Marcelo Moreno / Djavan propuseram a paródia de 'Oceano', saudade batizada de "Oclusão":

OCLUSÃO (Marcelo Moreno e Djavan)

Assim
Que eu pensei nesse curso
Eu achei que era de Oclusão
Já deu pra ver, meu mundo ruiu
O que eu fiz com meu amor? Como pude ser tão vil?
Enfins
Nos livros que eu comprei
Não te encontro em lugar
Nenhum
Da RC mal ouço falar
Eu sei que sou teu traidor
Todos viram que eu sofri
Procuro ter agora outros amores
Aplacam minhas dores os calores
E o cognitivo-comportamental
A vida me esconde suas cores
Tua falta embaralha meus humores
Não sei se haverá um novo amanhã
Hei de con-se-guir te es-que-cer

DORES OROFACIAIS (Marcelo Moreno e Djavan)

Ai...
Eu sei por quem
Bate meu coração
Ai...
Já foi paixão
Sinto que agora
Um novo amor me afoga
Vai...
Pra muito além
Leve-me pela mão
Sai...
Revolução
Se inicia
Na Odontologia
Deixei pra trás
Meus dias de alegria
Junto à Oclusão
E ao palpar
Meu músculo coração
Refere amor pra DTM
E as dores orofaciais
Mas eu tô tão feliz!
Dizem que a dor atrai...

Ao final desta trilogia, muitos expressam preferência especial por uma ou por outra especificamente, mas adotam esta história musical com a DTM/DOF e a Oclusão. Foi muito bacana ver o Prof. Antonio Sérgio Guimarães, coordenador do Curso de Especialização da UNIFESP e defensor ferrenho do que as evidências científicas apontam, cantar conosco em muitos eventos descontraídos.

Entendemos assim, musicalmente, esta polêmica, esperando que as perspectivas futuras sejam lidadas com humor e música, independentemente de vencedores ou de quem tem razão. Foi uma experiência muito rica e prazerosa para nós, professores alunos, dispostos a esvaziar nossas xícaras para podermos experimentar um novo chá, apesar de qualquer dificuldade, para todos nós. ■



A terceira e última paródia desta trilogia já expressava então um amor elaborado e maduro, tendo superado todas as tentações e apegos ao passado. Mais alegre, inclusive, como em "Samurai", do Djavan, as "Dores Orofaciais" da dupla Marcelo Moreno / Djavan:

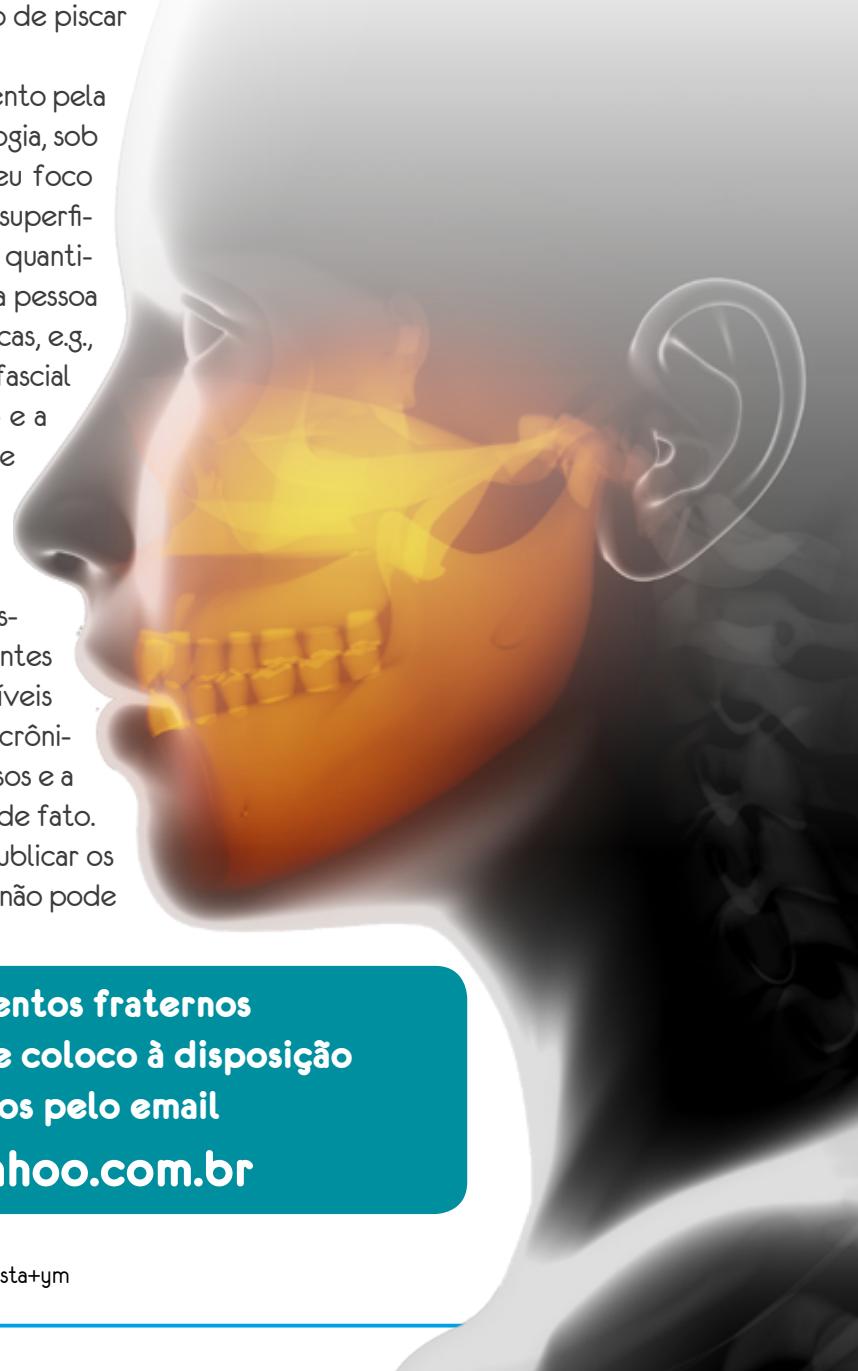
Fábio Robles e Marcelo Gomes da Silva, professores da FOUFF/NF, ex-alunos de especialização em DTM/DOF na UNIFESP, sob a coordenação do Prof. Antonio Sérgio Guimarães.

O QUE ESTOU ESTUDANDO

Olá estimados leitores e sócios da SBDOF. É um imenso prazer poder compartilhar com vocês um pouco da minha trajetória. Sou amazonense, criado em Goiás e formado em Odontologia pela Universidade Estadual de Maringá, no Paraná, no ano de 2009. Meu interesse pela área de dor orofacial surgiu ainda no penúltimo ano da faculdade, mas se consolidou de fato em mais uma de minhas perambulações: um estágio internacional durante o último ano de faculdade na Universidad Nacional de Cuyo, que fica em Mendoza, na Argentina. E não foram os vinhos que me despertaram meu interesse não, mas sim um importante centro para atendimento para pacientes com dor orofacial crônica que descobri em minhas pesquisas na época. Após a graduação, fiz um curso de aperfeiçoamento em Dor Orofacial na cidade de Bauru, São Paulo, com o Prof. Paulo César Rodrigues Conti. Continuamos nossa parceria nos cursos de mestrado e doutorado que fiz pela Faculdade de Odontologia de Bauru entre os anos de 2011 e 2016 com um período de 12 meses na Aarhus Universitet, Dinamarca, trabalhando com o Prof. Peter Svensson.

Trabalhei com uma equipe sensacional nesse período e estive envolvido ativamente em pesquisas na área de cefaleia atribuída à disfunção temporomandibular (DTM), testes quantitativos sensoriais e testes neurofisiológicos, e.g., teste do reflexo de piscar nociceptivo.

Atualmente estou cursando o pós-doutoramento pela Faculdade de Odontologia de Bauru, na área de fisiologia, sob supervisão do Prof. Leonardo Rigoldi Bonjardim. Meu foco de pesquisa atual é sobre os efeitos das sensações superficiais (afferências cutâneas) nos resultados dos testes quantitativos sensoriais (testes que avaliam a capacidade da pessoa em sentir diversas modalidades de sensações somáticas, e.g., temperatura, tato e dor) em pacientes com dor miofascial mastigatória. A ideia é estabelecer o real significado e a relevância desses testes na DTM, com o objetivo de eventualmente incluí-los como uma bateria de exames complementares que auxiliem os especialistas na categorização diagnóstica, na escolha de tratamentos mais efetivos e na composição de prognósticos mais precisos. Apesar dos recentes e importantes avanços na área, os recursos e as evidências disponíveis ainda estão longe do ideal. Quem lida com pacientes crônicos sabe bem o tamanho da frustração com muitos casos e a carência de evidências científicas sérias que auxiliem de fato. Nossa pesquisa está em fase inicial, mas esperamos publicar os resultados em breve. O caminho é longo, mas a busca não pode parar. ■



**Deixo aqui meus cumprimentos fraternos
para todos os colegas. Ainda, me coloco à disposição
para mais esclarecimentos pelo email
yurimartinscosta@yahoo.com.br**

AÇÕES DA COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA / COMISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA



OCoordenador da Comissão de Ensino e Pesquisa, Paulo Conti, e o Coordenador da Comissão de Saúde Pública, Roberto Pedras, conduziram a elaboração de um conteúdo programático de DTM e DOF, a fim de orientar sua inserção na grade acadêmica de graduação na área de Odontologia. Este trabalho contou com a participação dos sócios Anne Buss Becker, Fábio Renato Pereira Robles, Gustavo Augusto Seabra Barbosa, José Stechman Neto, Madalena Caporali Pena Rabelo, Márcio José Martins Rabelo, Reynaldo Leite Martins Júnior e Wagner Simm.

O conteúdo programático proposto pela SBDOF foi colocado em discussão na Reunião de Professores de DTM e DOF e Oclusão, na 51ª Reunião da ABENO em Curitiba. Na reunião foi discutido a importância do ensino integrado em odontologia, e das dificuldades de sua implementação, como o despreparo dos professores de graduação para este modelo de ensino. Neste contexto, o papel do professor tem sido questionado, e salientou-se a importância do professor com experiência clínica e com o foco no ensino, em detrimento do enfoque somente em pesquisa.

A SBDOF representada pelo Roberto Pedras, se posicionou a respeito da importância da separação das disciplinas de oclusão e DTM/ DOF, além da existência de um conteúdo mínimo que contemple a formação de um cirurgião-dentista generalista. Ressaltou também a necessidade de se estabelecer os limites da atuação profissional, com base nas dificuldades e limitações atuais do ensino em DTM e DOF e na realidade atual da saúde da população.

Deste modo, o conteúdo programático da SBDOF será incluído no relatório final das atividades realizadas nesta reunião promovida pela ABENO, e enviado a todos os participantes. Assim sendo, torna-se importante salientar a importância deste primeiro passo para a especialidade, e principalmente, para a população que sofre pela falta do atendimento adequado. ■

Paulo Conti

Coordenador da Comissão de Ensino e Pesquisa da SBDOF

Roberto Pedras

Coordenador da Comissão de Saúde Pública da SBDOF

SBDOF ENTREVISTA

O entrevistado deste número do nosso jornal SBDOF é o Professor Danielle Manfredini. Graduado em Odontologia pela Universidade de Pisa, Itália, com Mestrado em Oclusão e Desordens Craniomandibulares pela mesma instituição, e Doutorando em Odontologia pela ACTA Amsterdam, na Holanda, o Doutor Manfredini é atualmente Professor e Coordenador de projetos de pesquisa na clínica de DTM do Departamento da Cirurgia Maxilofacial da Universidade de Padova. É autor de mais de 130 publicações nas áreas de Bruxismo e DTM em periódicos indexados no Medline. Também editou o Livro “Conceitos atuais em Desordens Temporomandibulares” (Editora Quintessence, 2010) , que incluiu contribuições de 45 renomados especialistas de todo o mundo, além de coautor de diversos livros-texto sobre esses assuntos.

SBDOF: Em primeiro lugar, agradecemos a gentileza em dispor do seu tempo para responder algumas perguntas. Poderíamos começar falando sobre a área de DTM e Dor Orofacial na Itália. É uma especialidade na Odontologia? Faz parte da formação de graduação e pós-graduação do Cirurgião Dentista? É objeto de interesse de outras especialidades da Odontologia?

Profº DM: Obrigado pelo interesse em se aprofundar pela situação aqui na Itália! Infelizmente, a abordagem das DTM e Dor Orofacial nas Universidades é pobre: não existe a especialidade e o ensino somente é oferecido em alguns cursos de pós-graduação (teóricos, com um ano de duração e sem prática real em pacientes) em poucas universidades, principalmente como parte de alguns programas em Ortodontia, como no nosso caso aqui em Padova ou da Professora Ambra Michelotti, em Nápoles.

Isso levou a ideia do Grupo Italiano de Estudos em Desordens Craniomandibulares (Gruppo di Studio Italiano Disordini Craniomandibolari - GSID), nascido em 2013, baseado no interesse de alguns ex-alunos meus (atuantes tanto no âmbito privado quanto no acadêmico) que desejavam manter contato entre si e me questionaram sobre a criação de uma “associação”. Estando envolvido em várias outras associações, eu sabia que haveria uma grande quantidade de burocracia a ser resolvida e, mais importante, que nem sempre é possível organizar eventos com base realmente em evidências científicas quando você tem que discutir com “diretorias” e agradar patrocinadores. Assim, eu propus a criação desse grupo de estudos.

A ideia foi criar uma nova realidade, sem custos, para proporcionar educação no campo de DTM e Dor Orofacial sob minha liderança como coordenador científico. Nós decidimos fixar a base na internet, com discussões no LinkedIn (<https://www.linkedin.com/>

groups/7404674). Isso permite que não haja nenhum tipo de taxa de anuidade. O desafio é também proporcionar educação com valores aceitáveis - alta qualidade com bons preços.

Atualmente nós somos 255 membros (e crescendo...) e decidimos este ano criar um conselho executivo para progressivamente desligar o grupo de estudos da minha pessoa. Assim, alguns outros amigos nos dão suporte, basicamente todos os principais pesquisadores italianos sobre o assunto (Luca Guarda-Nardini, Marzia Segù, Tommaso Castroflorio, Giuseppe Perinetti, Carlo Poggio, Fabio Carboncini, Luca Lombardo). Nós também temos total apoio de Carlo Ghirlanda, o Secretário Cultural da Associação Nacional Dental Italiana (ANDI), na qual eu sou responsável pela educação continuada na nossa área.

Na verdade, existe historicamente outra associação aqui na Itália, chamada SIDA (Società Italiana Disfunzioni ed Algie Temporomandibolari - Sociedade Italiana de Dor e Disfunção Temporomandibular), que foi fundada há quase vinte anos atrás, agregando alguns acadêmicos. Eu fui Secretário Cultural até dezembro de 2015, quando então renunciei porque não era possível trabalhar bem, devido à existência de duas vertentes dentro dela: muitos oclusionistas continuam vivos aqui na Itália, e os congressos sempre terminavam em eventos frustrantes com apenas 50 pessoas. Só para ter uma ideia, o atual (novo) Presidente é um colega desconhecido de Roma, que em acordo com o próximo Presidente (um colega de Turim) decidiu, unilateralmente, associá-la (sociedade) à obsoleta, quase morta, Academia Italiana de Gnatologia (outra associação absurda, que organiza congressos nacionais com 40 pessoas, sempre enfatizando a importância da Oclusão Dentária em DTM!).

Essa situação educacional muito vaga (fluida) e



frustante na Itália pode ser uma das razões pela qual nosso grupo cresceu imediatamente: 80 participantes no ano passado em nosso primeiro encontro, 100 este ano (para o primeiro “evento internacional” com o Prof. Lobezzo e eu palestrando sobre Bruxismo), um curso teórico e prático de seis dias na minha cidade realizado duas vezes ao ano e já lotado para as próximas três edições (até o outono de 2017) e o pedido de organizar um curso de verão ao final de julho sobre o assunto Relação Cêntrica. Ano que vem nosso congresso será realizado nos dias 9 e 10 de Junho, com o tema “Odontologia na era da Dor Orofacial”, e tendo meus amigos Profs. Gary Klasser e Antoon de Laat como palestrantes.

E, finalmente, as “boas novas” sociais: a maioria da receita do evento será doada a uma organização não lucrativa aqui na Toscana, Itália, chamada IRENUS (<http://www.irenum.it/>) da qual eu sou participante, e que tem objetivo de proporcionar atendimento dentário gratuito a pessoas que se alimentam em “soup kitchen” (isto é, restaurantes populares que servem alimentação barata ou gratuita à população carente, geralmente mantidos por voluntários, organizações filantrópicas, igrejas, etc).



SBDOF: Observando suas publicações, podemos ver que elas focam em diversos assuntos “controversos” na área de DTM/DOF. O Senhor poderia brevemente compartilhar conosco sua opinião sobre alguns assuntos que foram objetos de suas pesquisas? Por exemplo, a relação entre zumbido e DTM; Entre DTM, Oclusão Dental e Postura Corporal; e a utilização de Toxina Botulínica no tratamento das DTM's?

Profº DM: Meu(s) grupo(s) de pesquisas e eu temos tantos interesses que é difícil focar em itens específicos. Por vários anos eu ministrei aulas em todos os tópicos de DTM, Bruxismo e Dor Orofacial, e esta é a parte mais excitante do meu trabalho.

Em relação aos questionamentos específicos:

1. a relação entre Bruxismo e Zumbido é muito controversa. Nós publicamos recentemente um trabalho no The Int J Tinnitus (2015; 19: 47-51), no qual não conseguimos encontrar nenhuma relação real entre qualquer tipo específico de DTM e Zumbido, ainda que a prevalência dele em indivíduos com DTM seja maior do que na população em geral. Clinicamente, tenho a sensação que todas as condições de tensão emocional ou muscular provocam uma amplificação do Zumbido.
2. DTM, Oclusão e Postura Corporal: por favor, observe nossas revisões no J Oral Rehabil, abordando preocupações éticas e legais sobre a prática em DTM (38: 101-119) e a relação entre DTM, Oclusão e Postura Corporal. Resumindo: não existe evidência científica dessa associação!
3. Em relação à Toxina Botulínica: nós a utilizamos por algum tempo em Padova, e publicamos dois ensaios clínicos no periódico Cranio comparando sua efetividade com a Manipulação Miofascial (2012; 30: 95-102) e com o Placebo (2008; 26: 126-135). Honestamente, embora não haja dúvida que a droga pode agir como um paralisante muscular, seu efeito na dor não foi tão bom a ponto de nos levar a considerá-la como uma opção verdadeira no nosso aparato clínico. Obviamente, há a necessidade de mais pesquisas no futuro para maior aprofundamento nesse assunto.

SBDOF: Sobre Bruxismo, como o Senhor acha que vai ser o futuro, em termos de diagnóstico e tratamento?

Profº DM: Essa é minha verdadeira paixão no campo da pesquisa. Nós estamos atualmente revisando o documento de consenso sobre classificação e diagnóstico de Bruxismo publicado no J Oral Rehabil três anos

atrás (2013; 40:2-4). Os critérios de polissonografia atualmente adotados falham em identificar o Bruxismo clinicamente relevante. O desafio real será encontrar uma correlação clínica para as diferentes atividades de Bruxismo (ranger x apertar, só para dar um exemplo) e para enxergá-las como um reflexo de condições subjacentes (por exemplo, fenômenos do sono, desordens motoras, psicológicas, uso de drogas). Resumindo, os padrões de Bruxismo do Sono podem então ser vistos como desordens, se tiverem consequências que requeiram tratamento ou prevenção, ou simples comportamentos motores, se não tiverem nenhuma consequência para o Sistema Estomatognático.

SBDOF: Soubemos que o Sr. está vindo para o Brasil no próximo mês de agosto para participar de um evento científico e discutir sua experiência no tratamento de *Artrose da ATM*. O que poderia nos falar sobre esse assunto?

Profº DM: Eu tive a honra de conhecer meu colega Prof. Luca Guarda-Nardini dez anos atrás. Ele é, de longe, o melhor Cirurgião Bucomaxilofacial da Itália, assim como é reconhecido por sua expertise em DTM. Nós trocamos experiências, uma excelente amizade nasceu

(a ponto de ele ter sido meu “paraninfo” na minha cerimônia de obtenção de título de Phd em Amsterdam), e realmente acrescentou muito ao meu crescimento profissional. Vocês podem observar no Medline quantos trabalhos nós publicamos juntos na área de tratamento de Osteoartrose da ATM com Artrocentese e Ácido Hialurônico, guiados pelo desafio de individualizar o tratamento. Esse vai ser o assunto da minha aula no Brasil.

SBDOF: Finalmente, é a sua primeira visita ao Brasil? Quais são suas expectativas?

Profº DM: Sim, será a minha primeira visita ao Brasil. Normalmente, eu aceito somente alguns convites ao exterior a cada ano em função dos compromissos com os muitos deveres profissionais e familiares. Nessas ocasiões eu costumo ir acompanhado de minha esposa e meus três filhos. Infelizmente, desta vez, assuntos familiares impedem que eles viajem comigo e serei forçado a limitar minha estada no Brasil ao mínimo. Eu estou certo que terei outras ocasiões no futuro para visitar seu maravilhoso País. ■



RESENHAS CIENTÍFICAS

Non-joint effusion is associated with osteoarthritis in temporomandibular joints with disk displacement. Zheng ZW, Yang C, Wang MH, Zhu XH, Fang YM. *J Craniomaxillofac Surg* 2016;44:1-5.



Liete Zwig é Odontopediatra, Especialista e Mestre em DTM e DOF pela Unifesp, Doutora em Ciências da Pediatria pela Unifesp, Membro da Diretoria da SBDOF e Membro de EuroTMJoint

Aosteoartrite (OA) na articulação temporomandibular (ATM), uma das desordens temporomandibulares mais comuns, apresenta fisiopatologia complexa com diversos fatores de risco interagindo no nível individual. É muito importante salientar a inconsistência entre suas apresentações clínicas e de imagem: às vezes nos deparamos com pacientes apresentando quadros clínicos extremamente exacerbados e no exame de imagem não conseguimos encontrar evidência de alterações estruturais que justifiquem tal manifestação e o inverso também pode ocorrer. Esta situação paradoxal nos direciona para a necessidade de parâmetros e diagnósticos precisos que possibilitem a instalação precoce do melhor protocolo terapêutico para estes pacientes.

O líquido sinovial desempenha um papel fundamental na lubrificação, oxigenação, hidratação e nutrição articular. Alterações importantes na sua quantidade e composição podem levar a um rompimento da homeostase articular e consequentemente à instalação do processo degenerativo. Vários estudos demonstraram resultados inconclusivos sobre a relação entre a presença de efusão articular (EA) e OA em pacientes com disfunção temporomandibular.

O objetivo deste trabalho foi estudar a relação entre a ausência de EA e o desenvolvimento de OA e identificar fatores de risco preditivos para o desenvolvimento de OA em ATM com deslocamento de disco sem redução (DDs/R). Para isto os autores avaliaram 101 mulheres com idades entre 20 e 40 anos (média de 27 anos) e que apresentavam o diagnóstico de DDs/R unilateral. As presenças de EA e OA foram identificadas por meio de imagem de ressonância magnética (IRM). Foram estabelecidos critérios de quantificação para a EA e de categorização para os achados de OA na IRM. Os autores encontraram que 71 (70,3%) pacientes apresentavam OA detectada pela IRM do lado com DDs/R em contraste com apenas 3 (3%) com este achado do lado contralateral ($p<0,001$). Em 66 (65,3%) articulações com DDs/red a presença de EA foi identificada e sempre no compartimento superior. Nenhuma paciente apresentou EA na ATM do lado com o disco em posição normal ($p<0,001$). Os autores encontraram associação positiva entre a ausência de EA e o desenvolvimento de OA e justificam estes achados pela maior possibilidade de aparecimento de fibrose e adesões intrarticulares e de maiores concentrações de citocinas inflamatórias em articulações classificadas como sem EA, e onde teoricamente a quantidade de líquido sinovial seria menor. Pelo fato da ATM permitir ampla movimentação, a adequada lubrificação articular é considerada de vital importância para a dinâmica mandibular. A ausência de EA em articulações com DDs/R poderia refletir num aumento do coeficiente de fricção o que facilitaria a degradação cartilagínea e a instituição do processo degenerativo. Os autores concluem que a importância clínica deste estudo seria que a identificação destes achados poderia auxiliar a predizer de forma precoce a instalação de um quadro de OA em casos de DDs/red, o que possibilitaria a tomada de medidas efetivas no intuito de prevenir a deterioração articular.

Este artigo nos mostra uma visão sobre a associação entre as presenças de efusão e OA, em articulações com DDs/R, num contexto diferente do que estamos acostumados. O fato do estudo apresentar um desenho transversal impossibilita a confirmação de uma relação causal entre as condições. Apesar dos rígidos critérios de inclusão e exclusão o estudo tem uma amostra importante, porque todas as integrantes fizeram IRM considerada padrão de referência para o diagnóstico de DDs/red e EA. Infelizmente o artigo só nos traz informações sobre as associações entre os achados de imagem, sem a descrição das respectivas avaliações clínicas (anamnese e exame físico). Estas considerações nos sinalizam para que sejamos cautelosos na interpretação dos resultados deste estudo, mas também nos possibilitam cogitar estas associações na nossa prática diária. ■

RESENHAS CIENTÍFICAS

Artigo: Chantaracherd P, John MT, Hodges JS, Schiffman EL. Temporomandibular disorders' impact on pain, function, and disability. J Dent Res. 2015 Mar;94(3 Suppl):79S-86S



Reynaldo Leite Martins Júnior é especialista em Ortodontia, DTM e Dor Orofacial e Dentística Restauradora. Mestre em Morfologia, Autor do Livro "Disfunções Temporomandibulares: Esclarecendo a Confusão" e Membro Fundador da SBDOF.

Anecessidade de quando e como utilizar imagens para direcionar um plano de tratamento em Dor Orofacial é sempre objeto de intenso debate, onde o "sempre" e o "nunca" apontam para posições radicais que deveriam ser evitadas.

Uma vez que existem intervenções voltadas para tratar desordens estruturais da ATM, que normalmente envolvem procedimentos invasivos como cirurgias, enquanto outros tem como objetivo a dor articular em todas suas dimensões, é interessante estudar a interação entre essas duas condições (o grau de comprometimento dos tecidos e o seu impacto nos sintomas) em todas as suas manifestações.

Os autores recrutaram 614 indivíduos com alguma desordem intra articular, e os submeteram a exames de imagem (TC e IRM), em que receberam as seguintes classificações: ATM Normal , Disco deslocado com redução, Disco deslocado sem redução ou Desordem Articular Degenerativa. Todos os voluntários foram avaliados em relação à "Intensidade Característica da Dor" "Limitação da Função Mandibular" e "Incapacidade Mandibular" por instrumentos específicos e validados descritos no trabalho. Observaram nos resultados que não houve relação entre o grau de envolvimento da ATM observado nas imagens e a severidade dos sintomas, seja em relação à intensidade de dor ou à incapacitação funcional dela decorrente, o que lança dúvidas sobre propostas de tratamentos que ignorem esses últimos aspectos. ■

O artigo na íntegra está disponível para leitura gratuita em:

ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4336155/pdf/10.1177_0022034514565793.pdf

RESENHAS CIENTÍFICAS

NIKOLOPOULOU, M.; AHLBERG, J.; VISSCHER, C.M.; HAMBURGUER, H.L.; NAEIJE, M.; LOBBEZOO, F. Effects of occlusal stabilization splints on obstructive sleep apnea: a randomized controlled trial. *J Orofac Pain*. Chicago, v. 27, n.3, p.199-205, summer 2013.



Ricardo Luiz de Barreto Aranha é especialista em DTM/ Dor Orofacial pela EPM / Unifesp, membro fundador da SBDOF, membro do serviço de Dor Orofacial da Especialização/Clínica Dor e Cuidados Paliativos Prof. Josefino Fagundes HC/ UFMG

Aplaca estabilizadora é um recurso amplamente utilizado para controle das DTMs / bruxismo, mas muitas vezes sem um critério bem definido. O seu uso em pacientes com ronco/apneia pode requerer alguma cautela, diante da possibilidade de interferência no problema respiratório. O estudo clínico em questão objetivou analisar a influência de placas oclusais estabilizadoras em variáveis respiratórias relacionadas ao sono na Apneia obstrutiva do sono (AOS). Alguns trabalhos anteriores mostraram uma piora de índices de Apneia-Hipopneia com o uso de placas planas sem função protrusiva. Os participantes foram selecionados entre aqueles referidos ao Centro de sono/vigília do Centro Médico "Slotervaart" em Amsterdam.

No total, 10 pacientes com AOS de moderada a média (IAH de 5 a 30 eventos/hora) foram selecionados e alocados aleatoriamente para um de dois grupos de investigação. Placas oclusais estabilizadores tradicionais, com elevação de mordida no nível molar de 1,0mm foram construídas para cada indivíduo. Foram programados dois sets de três exames polissonográficos consecutivos, com duas semanas de intervalo, usando um desenho transversal. O primeiro grupo submeteu-se a três noites de polissonografia sem o uso da placa. Após as duas semanas de prazo para normalização ("wash out"), procederam aos mesmos exames com a placa "in situ". Diferentemente, o segundo grupo primeiramente realizou os registros polissonográficos com os splints oclusais na boca e duas semanas após sem os mesmos. Foi obtida uma média dos índices em questão, para as três noites com a placa e três noites sem a placa. A média do IAH com o splint oclusal in situ foi significativamente maior (embora não consideravelmente maior) do que aquela para as três noites sem o artefato na boca. Se há relevância clínica neste pequeno aumento ainda está para ser confirmado. Os efeitos de longo prazo das placas na AOS ainda precisam de avaliação em futuros ensaios longitudinais.

O exato mecanismo pelo qual o aumento de dimensão vertical causou os discutidos efeitos nos índices referidos é ainda desconhecido. O efeito é pequeno e seu significado clínico pode ainda ser questionado, contudo, o problema pode ser maior para pacientes individuais - o que deve chamar a atenção do clínico para a possível presença da AOS na tomada de anamnese. Adicionalmente, talvez seja prudente reavaliar os critérios de contraindicação para Aparelhos de Protração Mandibular (APMs) usados em casos de ronco/apneia que citem a presença da DTM como limitante (American SDA, 2006; Junior et al., 2011), uma vez que placas planas utilizadas para seu controle (da DTM) talvez agravem a apneia - como já visto - e em contrapartida, tais aparelhos de avanço mandibular potencialmente ainda signifiquem alguma alternativa como uso concomitante às DTMs. Mais estudos e maiores investigações são indicados. ■

1º EVENTO SATÉLITE DE BRASÍLIA

DTM e Dor Orofacial

Ano mundial da Dor Articular IASP

28/29 Outubro 2016

(27/10 - 14 horas - Assembléia Geral Extraordinária)



Investimento: Sócio SBDOF **R\$ 150,00** Não Sócios **R\$ 380,00** Acadêmicos **R\$ 180,00** Pós-graduando **R\$ 250,00**

Apoio:  

Promoção:

SBDOF

Sociedade Brasileira de
Distinção Temporomandibular
e Dor Orofacial

Local:

brasília 
HOTEL-EVENTOS-REALTY
(61) 3425-0000

Diária para
duas pessoas
a partir de **R\$ 199,00**

Informações:

Wolanda Ribeiro
(61) 99986-1598 
satelitebrasilia@gmail.com

1º EVENTO SATÉLITE DE BRASÍLIA

DTM e Dor Orofacial

Ano mundial da Dor Articular IASP

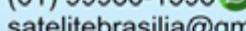
28/29 Outubro 2016

(27/10 - 14 horas - Assembléia Geral Extraordinária)

Informações:

Wolanda Ribeiro

(61) 99986-1598



satelitebrasilia@gmail.com

Promoção:

SBDOF

Sociedade Brasileira de
Disfunção Temporomandibular
e Dor Orofacial

Local:

brasilia imperial
HOTEL-EVENTOS-BALLET

(61) 3425-0000

Diária para

duas pessoas

a partir de R\$ 199,00



Programação Científica

Dia 28 /10

8:00 DTM e Dor Orofacial - Responsabilidade civil do cirurgião dentista
João Henrique Padula DF

8:45 DTM e Dor Orofacial – Diagnóstico e Classificação
Paulo Conti SP

9:15 Tratamento das alterações inflamatórias na ATM
Liete Zwig SP

Mesa - perguntas
Intervalo

10:30 Travamento fechado - muscular, articular ou estrutural?
Rodrigo Estevão Teixeira MG

11:00 Viscussuplementação na ATM e os diferentes pesos moleculares
Eduardo Januzzi MG

11:30 Disfunções Articulares - Tratamento por Artrocentese
Walter Gealh PR

Mesa - perguntas

TARDE

14:00 Disfunções Articulares - Tratamento por Artroscopia
Fábio Guedes RJ

14:30 Travamento aberto - Luxação - Em que momento é cirúrgico ?
Glauber Bastidas SP

15:00 Fisioterapia para as DTM articulares e Musculares
Marcelo Mascarenhas MG
Mesa - perguntas

16:30 Tratamento das DTM articulares e Musculares - Medidas em domicílio - Qual a escolha para qual diagnóstico?
Jorge Luis Hipólito - SP

17:00 Bruxismo e DTM na infância
Adriana Lira Ortega SP

17:30 Aconselhamento: A importância no tratamento das DTM - Revisão sistemática
Patricia Calderon - RN

1º EVENTO SATÉLITE DE BRASÍLIA

DTM e Dor Orofacial

Ano mundial da Dor Articular IASP

28/29 Outubro 2016

(27/10 - 14 horas - Assembleia Geral Extraordinária)

Informações:

Wolanda Ribeiro

(61) 99986-1598

wolanda.ribeiro@outlook.com.br

Promoção:

SBDOP

Sociedade Brasileira de
Distúrbio Temporomandibular
e Dor Orofacial

Local:

brasilia imperial
HOTEL-EVENTOS-REALTY

(61) 3425-0000

Diária para
duas pessoas
a partir de R\$ 199,00



Investimento: Sócio SBDOP R\$ 150,00

Não Sócios R\$ 380,00

Acadêmicos R\$ 180,00

Pós-graduando R\$ 250,00

Apoio: FENELON CRO-DF

Programação Científica

Dia 29 /10

8:00 Impacto da cultura nas Disfunções Temporomandibulares

Simone Carrara DF

8:45 Abordagem psicossocial em pacientes portadores de dor crônica

Daniela Franzen PR

9:15 DTM e qualidade de vida - Implicações do eixo II

Anderson Israel SP

Mesa - Perguntas

intervalo

10:30 Dor Orofacial dental de origem não odontogênica

Rodrigo Wendel DF

11:00 Dor facial Atípica

Jose Luiz Peixoto RJ

11:30 Dor neuropática - A importância do Teste Quantitativo Sensorial

André Porporatti SC

Mesa- perguntas

TARDE

14:00 Odontologia do Sono - Métodos terapêuticos para controle do uso do AIO

Paulo Cunali PR

14:30 DTM, antes, durante ou depois do Tratamento Ortodôntico

Reynaldo Leite Martins Junior MT

15:00 Reabsorção condilar na clínica de ortodontia - Diagnóstico e Manejo

Sormani Pimenta Sacchetto GO

mesa- perguntas

intervalo

16:30 Tratamento da Dor orofacial Oncológica - atendimento em nível terciário

Roberto Pedras MG

17:00 Dor Orofacial e Cefaléias - Como se relacionam?

Maurício Kominsky PE

17:30 DTM e Bruxismo - Quais as evidências para o uso da Toxina Botulínica tipo A

Adriana Lira Ortega SP

18:00 Disfunções Temporomandibulares - Disfunções Temporomandibulares - Formas de tratamento:

"A evolução do conhecimento"

Antonio Sérgio Guimarães SP

O SÓCIO PERGUNTA, O SÓCIO RESPONDE

RODRIGO WENDELL

Especialista em DTM e Dor Orofacial e Mestre em Morfologia pela Unifesp-SP e Membro Fundador da SBDOF.

O que é Viscosuplementação e como o procedimento pode ser útil no manejo de pacientes com DTM?



DANIEL BONOTTO

Especialista em DTM e Dor Orofacial, Doutor em Odontologia e atualmente é professor do Curso de Odontologia da UFPR e coordenador do Curso de Especialização em DTM e DOF da UFPR.



Aviscossuplementação é uma técnica de manejo das desordens articulares que consiste na injeção intra-articular de hialuronato de sódio, o sal sódico do ácido hialurônico. Este, por sua vez, é um dos grandes componentes do líquido sinovial constitutivo, exercendo importante função na lubrificação e nutrição intra-articular. O papel da lubrificação em articulações sinoviais parece ser relevante para manutenção da saúde articular. Articulações submetidas a condições de sobrecarga acabam por apresentar perdas na quantidade e qualidade do líquido sinovial, com consequente aumento da fricção entre as superfícies articulares.

No manejo das DTM articulares, a viscossuplementação vem sendo utilizada há pouco mais de três décadas. A infiltração de hialuronato de sódio pode ser feita de forma isolada, ou seja, com a simples injeção do fármaco no compartimento superior da ATM ou ainda de forma combinada com procedimentos cirúrgicos como a artrocentese, artroscopia ou cirurgia aberta.

Assim como outras técnicas de manejo das DTM articulares, o objetivo geral é o controle da dor e recuperação da função mandibular. Alguns mecanismos de ação têm sido propostos, dentre eles: restabelecimento da qualidade e quantidade de líquido sinovial devolvendo suas propriedades reológicas; inativação de mediadores inflamatórios; liberação dos movimentos discais pelo efeito de "pumping" do procedimento; efeito viscoindutor que estimula as células sinoviais a retomar a função normal

na produção do líquido sinovial constitutivo.

Como qualquer técnica terapêutica, é necessário olhar para a viscossuplementação sob o prisma da prática baseada em evidência. Atualmente, existem pouco mais de 20 ensaios clínicos controlados e randomizados que envolvendo hialuronato de sódio no manejo de diferentes DTM, com desfechos variados. De uma forma resumida, pode-se dizer que temos um nível suficiente de informação científica para indicar o procedimento nas seguintes condições: deslocamentos de disco com e sem redução, osteoartrite e osteoartrose.

Nas alterações degenerativas, um estudo recente da equipe do Hospital de Xangai avaliou os efeitos da infiltração de hialuronato de sódio no compartimento inferior da ATM com acesso assistido por videoartroscópio com avaliação de imagens de tomografia computadorizada e demonstrou redução de medular esclerótica e neoformação de osso cortical em áreas de erosão. Esses resultados chamam a atenção e revelam o quanto ainda precisamos apreender sobre a viscossuplementação.

Realizada a descrição do procedimento e de suas principais indicações respaldadas pela literatura atual, é necessário discutir quem é o paciente que pode se beneficiar com a técnica. Deve-se ter em mente que muitas das DTM podem sofrer remissão espontânea. Além disso, a escolha do arsenal terapêutico no manejo das DTM deve seguir degraus de complexidade. A absoluta maioria dos pacientes vai se beneficiar de terapias reversíveis mais conservadoras e estas

devem ser a primeira escolha. Neste contexto, a viscoimplantação surge como uma opção para casos refratários a abordagens estritamente conservadoras, com a vantagem de ser realizada em ambulatório – um degrau a mais antes de intervenções mais invasivas.

Concluindo, por se tratar de um procedimento

minimamente invasivo, realizado em nível ambulatorial, entendo que o especialista possa utilizar-se deste recurso para enriquecer seu arsenal terapêutico, desde que esteja tecnicamente bem preparado para execução da técnica. ■

MARTA SOLANGE RAMPANI

Especialista em DTM e Dor Orofacial e Prótese Dentária, Mestre e Doutora pela UNESP, Membro do COAT (Centro de Oclusão e Articulação da Faculdade de Odontologia de S.J.Campos- ICT-UNESP, Membro Fundadora da SBDOF.



Cara Dra. Priscila, a relação entre DTM e Zumbido é um dos assuntos ainda muito controverso. Há espaço para o especialista em DTM/DOF no tratamento de pacientes com queixa de Zumbido?

Quando e de que forma isso seria útil ao paciente?"

PRISCILA BRENNER

Especialista em DTM e Dor Orofacial, Mestre e Doutora em Reabilitação Oral e Professora do curso de Odontologia da UFPR.



Olá! Com certeza! Já vem de longa data a tentativa de se explicar como sinais e sintomas de DTM podem estar relacionados com sintomas otológicos como o zumbido. A teoria mais recentemente aceita é de que o zumbido em pacientes com DTM é resultante de uma interação somatossensorial entre os sistemas trigeminal e auditivo, sendo que ambos podem ser influenciados por alterações centrais de neuroplasticidade. Provavelmente, essas condições frequentemente encontradas juntas, explicam-se através do conceito de **comorbidade**. A prevalência de DTM em pacientes com zumbido pode chegar a 85%, um número extremamente relevante do ponto de vista clínico.

Zumbido especificamente pode ser definido como um som subjetivo percebido nos ouvidos ou cabeça sem qualquer fonte sonora externa. Não é uma doença e sim um **sintoma**! A origem do zumbido não é somente otológica, pode ser metabólica, neurológica, farmacológica, vascular e/ou musculoesquelética, todas com

a chance de sofrer influência dos aspectos psicológicos. É um sintoma de que algo está sendo mal interpretado, ou mal processado dentro da via auditiva. Há um consenso que o zumbido é uma atividade neural aberrante dentro das vias auditivas e que esta atividade é erroneamente interpretada como som nos centros auditivos.

O especialista em DTM/DOF deve estar preparado para receber esses pacientes e saber identificar quem é aquele que **pode** ser tratado por ele. Talvez esse seja o ponto mais crítico e responsável por tanto insucesso e frustração por parte daqueles que se aventuram na estrada do zumbido. Portanto, o nosso foco em um primeiro momento deve ser sempre no correto diagnóstico! É muito comum o paciente procurar o dentista já com uma carta de encaminhamento do Otorrinolaringologista, escrita que não há alterações do ponto de vista otológico. Mas e as outras causas que já foram citadas? Será que foram igualmente investigadas? Alguns pacientes com zumbido podem ter o

seu tratamento com um simples remédio para controle da pressão arterial ou somente com controle de dieta!

Então, como identificar aquele que será o nosso paciente dentre todos aqueles que nos procuram? O paciente que nós especialistas poderemos ajudar é aquele que apresenta um zumbido do tipo somatossensorial associado a presença de sinais e sintomas de DTM. Ou seja, aquele paciente que apresenta uma modulação no zumbido, com algum tipo de palpação ou manobra muscular. Basicamente, devemos procurar durante o nosso exame algum músculo que quando palpado diretamente ou quando provocado através de testes, gere um alteração no padrão de percepção do som. O exemplo mais comum disso é quando encontramos um ponto gatilho miofascial na musculatura mastigatória, que reproduz a queixa de dor do paciente, e que ao mesmo tempo exacerba a percepção do zumbido. Este é o nosso típico **paciente alvo!**

Os estudos mostram que ainda não se tem evidência científica suficiente de que as terapias conservadoras para as DTMs são benéficas para os sintomas otológicos. No entanto, não podemos esquecer do caráter **multifatorial** do zumbido. O seu surgimento é decorrente de uma combinação de fatores. Se não controlarmos todos ou sua maioria, o sintoma não regide. Assim como a dor, o zumbido requer um tratamento **multidisciplinar!** A nossa parte será realizada com a intenção de se diminuir atividade muscular, desativar pontos gatilho, reverter ou controlar o processo de sensitização central e restabelecer a função e a qualidade de vida. Portanto, a associação da nossa terapia de suporte para a DTM junto com a participação de um médico Otorrinolaringologista, um Psicólogo e um Fonoaudiólogo, é fundamental para conseguirmos obter o sucesso no tratamento! ■

Mais alguma dúvida sobre esse assunto? Mande sua pergunta para o jornal SBDOF pelo email editorialsbdo@gmail.com para a possibilidade de vê-la respondida no próximo número da SBDOF, ou entre em contato diretamente com o Dr. Reynaldo Leite Martins Jr pelo email reynaldo@terra.com.br



Muito além da DOR:
Paulo Conti



* FIGURA 2

**PESCARIAS, ENDORFINAS
E OUTROS CAUSOS!**

* FIGURA 1

“DECEPÇÃO, TRISTEZA, QUASE UM CHORO COLETIVO, AFINAL OS VINHOS AFLORAM AS EMOÇÕES...”

Já eram quase 3 horas numa tarde fria do mês de julho, num rincão distante quase 500Km ao sul de Foz do Iguaçu, numa cidadezinha argentina, onde não vivem mais de que 4.000 pessoas...

Estávamos no meio do Rio Paraná, em busca de grandes pintados e dourados, e logicamente degustando um bom MALBEC à espera (quase sempre frustrada quem pesca, sabe muito bem do que estou falando....) do MAIOR peixe da caravana....

Fazia muito frio (por que pescar na Argentina em julho se não se quer passar frio??) e o dia de pesca tinha sido apenas regular (primeira mentira...., na verdade, péssimo dia....), e já estávamos na terceira garrafa de vinho (sem contar as “douradas”...), quando de repente.....o susto que todo pescador quer levar: uma das varas de um amigo de barco (por que nunca acontece com a nossa???) envergou, com a ponta tocando a superfície da água, sinal de coisa grande.....

Pronto; corre para lá, grita para cá, retirem as outras varas (a sua, que não “pega” nada..) e vamos atrás do “gigante”... Três segundos depois, a decepção: estourou a linha de meu amigo....(juro por tudo: NÃO foi praga ou olho gordo....).

Decepção, tristeza, quase um choro coletivo, afinal os vinhos afloram as emoções.....

Mas vamos nós de novo: ele há de retornar para nossa garras....Mais uns goles e nova emoção: vejo algo enroscado na minha vara (até que enfim....) e para nossa surpresa, adivinhem: a linha do meu amigo, que o tal “gigante” tinha levado. Uau, com muita perícia, técnica, fineza de movimentos, destreza ímpar, e tantos outros adjetivos, eu trouxe a linha até o barco...

Nosso piloteiro (“piloto” da lancha - aquele que sempre diz que está “dando” muito peixe exatamente na semana que você está pescando...), mais do que rápido, emendou essa linha na vara de meu amigo, que começou a recolher, recolher, muita força, suor, até que surge um belo pintado das águas do nosso Paraná....(figura 1)(figura1???) Seria vício de redação de artigos???.

Festa, gritaria, pronto: tínhamos acabado de salvar a temporada. Mas como podem observar na figura 1 (de novo???) era somente um exemplar razoável, bem menor do que a média. Porém, não faz mal, o que realmente importa foi a significativa ($p<0.05$) liberação de ENDORFINAS nas últimas horas....

E é exatamente aqui que se inicia a relação entre a pescaria, bem-estar, qualidade de vida e a dor crônica: liberação de ENDORFINAS....Há mais de 15 anos faço parte de uma turma de aproximadamente 15 amigos

que nos reunimos uma vez por ano (quantidade máxima liberada pelas esposas para tais atividades perigosíssimas...) para passarmos 1 semana pescando, convivendo, vivenciando “causos” e liberando ENDORFINAS...

Pantanal, Bacia Amazônica, Argentina, barco-hotel que sobe (ou desce-nunca sei bem isso..) o Rio Paraguai, já fizemos quase todos os percursos. Na verdade, o local, tipo de pesca ou acomodações pouco importam, desde que a companhia, a boa pesca (acreditem, às vezes acontece!) e a semana de folga garantem doses cavalares de ENDORFINAS.

Quantas vezes na pousada de nosso amigo Zico (também dentista e pescador..) pudemos vivenciar um nascer/pôr do Sol da Baía de Siá Mariana (Figura 2, desculpa gente...) e desfrutar das belezas animais do amanhecer no Pantanal Mato-Grossense. Deste jeito, não há Substância P ou Glutamato que se atreva a nos atrapalhar!!!

Pouco importam as roupas que se usa, se seu traje está na moda “alta-pescaria”, ou se a sua “traiá” (material de pesca, de acordo com alguém etc e tal- ai, ai, ai de novo não!) seja a mais avançada. O importante é acordar cedo, aproveitar o dia e esquecer as dores da vida.

Falando em dores, estranhamente nunca vi uma caravana de mulheres pescadoras. Seria este o motivo da altíssima incidência de DTM no gênero feminino? Sem pesca, menos endorfina, mais dor, simples assim....Ops, sem inferências, afinal não há nenhum estudo randomizado, controlado que demonstre tal associação. Talvez tal estudo de pesca feminina seria inviável: muitos fatores de confusão a serem controlados (lembrem aquelas coisas de roupas, moda, pois é, sei não, melhor não arriscar!!!!)

As eternas competições de quem pesca o maior peixe em cada viagem nos fazem voltar no tempo e viramos adolescentes em busca do troféu da temporada. Em tempo: a história da linha pescada é real, já o pintado, aquele de tamanho razoável? Nada de “razoável”, uns 50 Kg (há controvérsias), um dos maiores que já pescamos!!!!

Enfim, para isso viemos pescar, não? Não, viemos em busca delas, as ENDORFINAS, que nos fazem retornar cheios de energia e encarar mais um ano de trabalho, pacientes, alunos, publicações, viagens, orientações, etc, etc, etc.

Ufa, chega de tantos compromissos, preciso pescar!!!!

Paulo Conti é professor titular da Faculdade de Odontologia da USP-Bauru, Sócio Fundador e ex-presidente da SBDOF, e autointitulado excelente pescador .

Nota de redação: a julgar pela figura 1, também é PhD em Photoshop. Já contratamos uma auditoria independente para atestar a veracidade ou não da fotografia. (Desculpe Professor, mas não podíamos perder esta oportunidade!) ■

SBDOF

Sociedade Brasileira de
Disfunção Temporomandibular
e Dor Orofacial

SBDOF.COM