

A Articulação Temporomandibular (ATM), estrutura do sistema estomatognático, é uma das mais complexas e dinâmicas dentre as articulações existentes no corpo humano. Por ser uma articulação bilateral, o acometimento de um dos lados acaba modificando o funcionamento do outro também.

Qualquer alteração em ATM pode resultar em prejuízos ao sistema estomatognático no que diz respeito ao desenvolvimento das funções, em especial, a mastigação, uma vez que a mesma é totalmente dependente do movimento mandibular. Dentre as diversas anomalias que afetam a articulação temporomandibular, a anquilose, ou seja, quando a aderência da articulação com presença de rigidez entre as suas superfícies e os movimentos mandibulares encontram-se impossibilitados ou limitados. Sua gravidade está diretamente relacionada com o tipo de extensão da lesão, a época do acometimento.

A causa é principalmente relacionada a trauma direto na ATM ou indireto, sendo encontradas também referências a quadros infecciosos e inflamatórios maxilares ou articulares graves: artrites reumáticas e causas congênitas.

Podemos citar dois tipos principais de anquilose: intra-articular (intra-capsular) é chamada de anquilose verdadeira :é devida à união, ou seja, fusão dos ossos de uma articulação móvel; sendo a extra-articular (extra-capsular) ou anquilose falsa é devida à rigidez das partes que rodeiam a articulação. A forma intra-articular é mais freqüente e tem tendência a transformar-se em extra-articular se for deixada sem tratamento por um longo tempo.

A deformidade facial será assimétrica quando a anquilose for unilateral e simétrica quando for bilateral.

A função mais comprometida nestes pacientes acometidos por anquilose são as alterações na mastigação e, em decorrência disso, há uma grande dificuldade para a alimentação.

O tratamento da anquilose da ATM inicialmente é cirúrgico e se baseia em excisão adequada e ressecção da anquilose seguida de terapia fonoaudiológica miofuncional oral. A musculatura atrofiada pela falta de uso em virtude de restrição óssea, precisa ser intensamente estimulada após a cirurgia. É necessário iniciar, em curto prazo, a mobilização mandibular para direcionar a formação de tecido cicatricial, sem permitir que esta restrinja o movimento.

Alguns autores defendem que os exercícios devam ser iniciados 24 horas após a cirurgia mesmo que a dor presente seja um fator de desestímulo. Os treinos mioterápicos devem ser concomitantes à reabilitação funcional, implícito em

acompanhamento posterior para manutenção dos resultados obtidos por ao menos um ano.

Na prática clínica fonoaudiológica, constata-se, que os casos de anquilose temporomandibular, mesmo já operados passam novamente a apresentar restrição de amplitude de abertura mandibular devido à nova formação de tecido cicatricial e grande dificuldade funcional. A mastigação, uma das funções mais importantes do sistema estomatognático, é a mais prejudicada. Os pacientes realizam a função da mastigação com muita dificuldade, usando mecanismo adaptativo de estruturas associadas. A deglutição mostra-se compensada com elevação brusca da laringe e ou movimento associado de cabeça com grande função de dorso da língua. A articulação dos sons da fala apresenta-se com reduzida amplitude do movimento mandibular, ressonância posterior e pobreza de articulação

comprometendo a inteligência

A proposta fonoaudiológica, por meio de reabilitação miofuncional orofacial, visa principalmente o direcionamento da mobilidade da mandíbula, alongamento do tecido cicatricial, imediata, estimulação da musculatura facial e reabilitação funcional. Os exercícios buscam o estímulo à musculatura facial e os treinos o restabelecimento das funções estomatognáticas, em especial a mastigação, deglutição e fala .

Que tal retomar ao prazer de se alimentar, falar e viver novamente??

A Bless aguarda por você!!