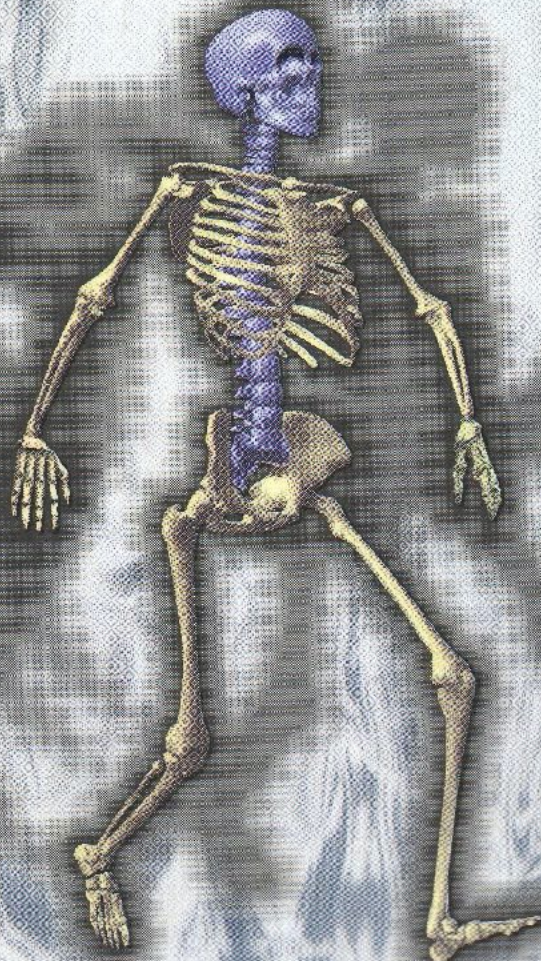
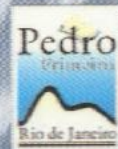


Iniciação à Odontologia *Sistêmica*



Newton Nogueira de Sá Júnior



7

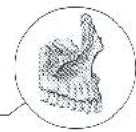
Capítulo

Relação da Postura do Sistema Estomatognático com a Postura Corporal

As disfunções craniocervicofaciais são muito frequentes e em algumas pessoas evoluem em direção à disfunção temporária ou permanente do sistema crânio mandibular.

Os dados clínicos^{5,7} referem-se geralmente à verificação de ruídos articulares, dor à palpação de músculos ou articulações, desvios oclusais. Tem características sintomatológicas como dor no final da noite e antes de se levantar. O paciente acorda com a nuca rígida que se desbloqueia progressivamente após levantar-se. Presença de sintomatologia alta como cervicalgias, cervicobraquialgias, cefaléias occipitais, nevralgia do nervo occipital maior, dores escapulares e dorsalgias altas, dores faciais, dores temporais, espasmos da hemiface, dores hemicranianas, dores maxilomandibulares, dores temporomandibulares, ruídos articulares, desvios dos movimentos, dores de dente, sensibilidade anormal nos dentes.

As observações atuais^{5,4} mostram que a frequência da disfunção aumenta a partir dos 5 anos de idade e na adolescência é semelhante à encontrada no



adulto. A prevalência é em ambos os sexos com predominância nas mulheres de 15 a 40 anos.

A etiologia dessas doenças abrange importantes elementos funcionais, anatômicos e psicossociais. Com isso vemos a necessidade de um tratamento multidisciplinar onde estão envolvidos dentistas, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas.

A oclusão tem um dos mais importantes papéis na disfunção craniomandibular, mas, devemos lembrar que, não é o único fator etiológico, apenas um deles.

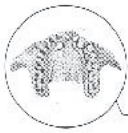
Segundo estudos^{1,3,6}, a disfunção craniomandibular é responsável pelo desenvolvimento anormal do esqueleto facial e o desequilíbrio do aparelho mastigatório poderá interferir sobre todo o conjunto do sistema tônico postural através dos músculos esternocleidomastoideo, trapézio, peitorais e outros.

As assimetrias de tensão nos músculos do pescoço e dos ombros que vão descompensar o sistema postural, podem surgir por informações trigeminais assimétricas no plano frontal, que se projetam nos núcleos dos nervos espinhais nesse plano, as três regiões da face devem ser simétricas -linha bipupilar, linha entre os tragus e a fenda labial-paralelas e horizontais. De perfil estas três regiões devem estar harmoniosas, sem recuos ou projeções^{1,2,3,4}.

Os músculos elevadores e depressores da mandíbula participam da determinação da postura da mandíbula. O principal músculo na determinação do tônus postural da mandíbula é o temporal. Os receptores articulares controlam significativamente o tônus muscular mastigatório e a posição postural da mandíbula.

Quando se tem informações do sistema nervoso, assimétricas ou patológicas, estas geram uma reação de adaptação que levam um ajuste postural patológico que o organismo se adapta e acaba considerando como correto.

Foi demonstrado experimentalmente^{5,7} que uma modificação no apoio no chão modifica o ciclo mastigatório, e sua correção também. No desequilíbrio postural ocorre uma nova forma de integração do esquema corporal que, apesar dos desequilíbrios, torna-se para o organismo como postura em normalidade. O sistema postural, funciona em seu desequilíbrio, mas é incapaz de corrigir-se sozinho.



Os músculos posturais trabalham na forma de conjuntos sinérgicos ou antagonísticos. Alguns autores consideram essas cadeias musculares partindo dos pés e as chamam de “cadeias ascendentes”, outros consideram o ponto de partida em cima e as denominam “cadeias descendentes”. A maior parte do tempo, estas duas descompensações coexistem^{1,3}.

Fica claro que o sistema postural global pode ser alterado por problemas no sistema estomatognático.

A disfunção craniocervicofacial pode ocorrer por alteração do padrão de crescimento, principalmente da mandíbula, o que vai gerar adaptação da morfologia da face e cabeça que é obrigada a se adaptar à situação de equilíbrio com a coluna cervical ou pelo crescimento ou pela força muscular^{1,6}.

Segundo estudos⁶ descreveu-se relação entre hipertrofia de adenoides e amígdalas, respiração bucal e morfologia facial (como exemplo o retrognatismo). Podem-se observar relações entre a morfologia da cabeça e o eixo longitudinal das primeiras vértebras cervicais, quando a cabeça tende a cair para trás quando as vias aéreas estavam obstruídas. Com isso, pode-se relacionar a lordose ou cifose da coluna vertebral com a inclinação da cabeça no plano sagital e a morfologia da face.

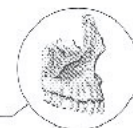
É provável então que alterações no crescimento da mandíbula gerem compensação na morfologia global da face e do crânio interferindo no equilíbrio da cabeça e grupos musculares responsáveis pelo equilíbrio global.

Existe uma relação íntima entre a região cervical e as estruturas que compõem o aparelho mastigatório.

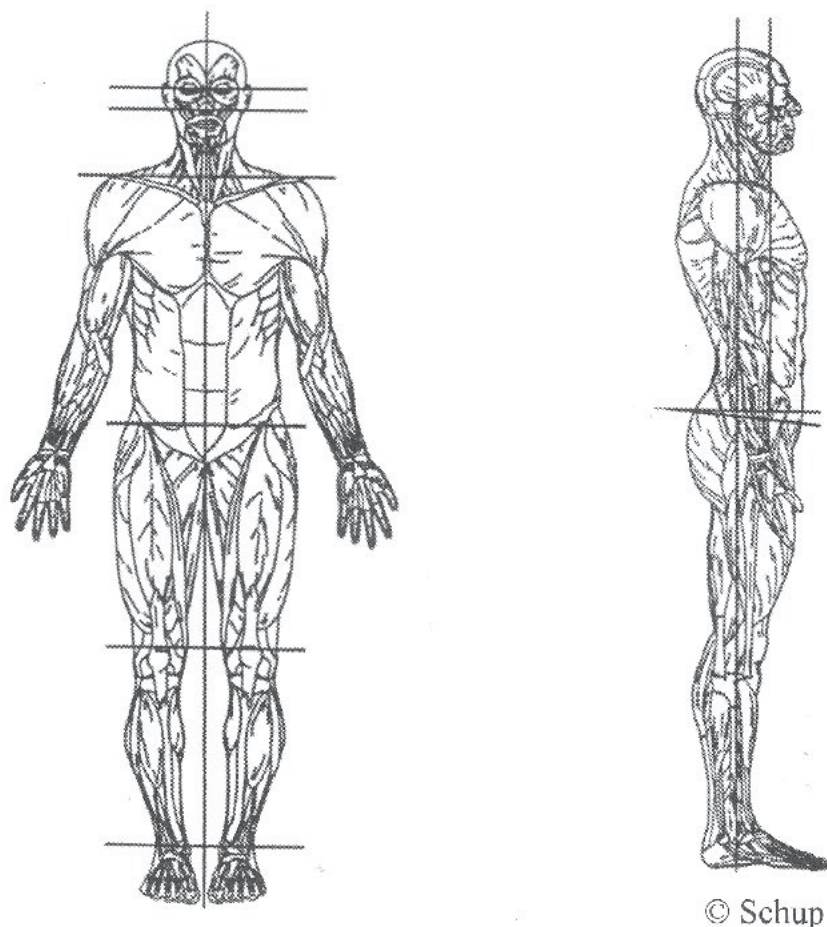
A transmissão dos estímulos dolorosos procedentes da articulação temporomandibular tem como responsável o nervo trigêmeo e as áreas de percepção dolorosa do facial, glossofaríngeo, e vago encontra-se adjacentes. Existe uma área de projeção dolorosa do aparelho mastigatório e da região superior da coluna cervical que se superpõem devido à ligações neuroanatômicas entre as fibras aferentes dos nervos trigêmeo, hipoglosso, glossofaríngeo e vago assim como as fibras aferentes que procedem das primeiras vértebras cervicais.

A atividade nocissensitiva devido aos distúrbios funcionais do aparelho mastigatório é projetada para a última vértebra cervical e a terceira vértebra torácica por neurônios intermediários que se localizam na medula espinhal.

O conhecimento das relações entre as partes resultou na adoção do



exame estrutural do aparelho mastigatório, coluna vertebral como um todo, cinturas escapular e pélvica e na avaliação da estática (desvios dos planos^{1,3}).



© Schup

Fig. 7.1 a e b

Deve-se observar influências da área visceral ou psíquica. Todos os testes vão auxiliar o dentista a elaborar um plano de tratamento adequado ao seu paciente. Quando temos casos onde o problema postural tem relação direta com a má postura bucal a integração dos tratamentos (o médico, a fonoaudiologia, a psicologia, o fisioterapeuta), se torna de fundamental importância para a obtenção do equilíbrio do paciente^{1,3}.



Na figura 7.2, observamos um paciente com escolioses torácica e lombar, na figura 7.3 a radiografia foi feita com um aparelho na boca do paciente com uma mordida construtiva levando a mandíbula à posição de equilíbrio (posição determinada pelo exame estrutural do paciente), nessa figura não são mais observadas as escolioses. Diante disso, o cirurgião dentista não pode mais ter uma posição passiva diante dos problemas globais causados pelo seu campo de trabalho.

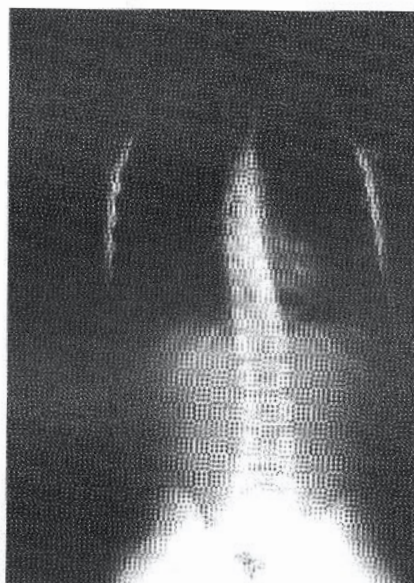


Fig. 7.2

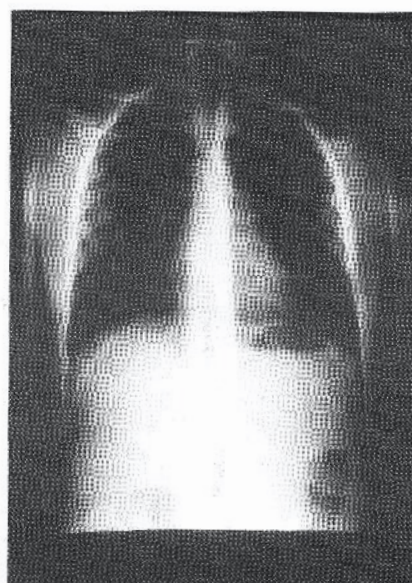


Fig. 7.3

Referências Bibliográficas

- 1 - Hans Garten & Werner Schupp, Ausbildung in Applied Kinesiology, AK - Stomatognathes System - Orale Orthopädie - 1997.
- 2 - Rocabado, M., The proceedings of the 5th International Conference IFOMT, Vancouver, 1984.
- 3 - Goodheart G. J., Kinesiology and Dentistry - Journal of the American Society of Preventive Dentistry - 1976.
- 4 - Bricot, Bernard, Posturologia - 1999.
- 5 - M. H. Steenks & A. de Wiger, Disfunções da Articulação Temporomandibular do Ponto de Vista da Fisioterapia e da Odontologia - Diagnóstico e Tratamento - 1996.
- 6 - Antonio de Padua Ferreira Bueno, Crescimento Craniofacial - Uma Interpretação Sistêmica - 1997.
- 7 - C. R. Douglas, Tratado de Fisiologia - 1994.