



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



ARTIGO CIENTÍFICO

Intubação orotraqueal e disfunção temporomandibular: estudo longitudinal controlado



Cláudia Branco Battistella^{a,*}, Flávia Ribeiro Machado^b, Yara Juliano^c,
Antônio Sérgio Guimarães^a, Cássia Emi Tanaka^a, Cristina Talá de Souza Garbim^a,
Paula de Maria da Rocha Fonseca^a e Monique Lalue Sanches^a

^a Departamento de Genética e Morfologia, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Departamento de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^c Departamento de Saúde Pública, Universidade Santo Amaro, São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 7 de maio de 2014; aceito em 26 de junho de 2014

Disponível na Internet em 12 de março de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Transtornos
da articulação
temporomandibular;
Síndrome da dor
miofascial;
Anestesia geral;
Intubação;
Dor orofacial

Resumo

Justificativa e objetivos: Determinar a incidência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) em pacientes de cirurgia eletiva submetidos à intubação orotraqueal.

Métodos: Estudo longitudinal controlado com dois grupos. O grupo de estudo incluiu pacientes que foram submetidos à intubação orotraqueal e um grupo controle. Usamos o questionário da Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP) para avaliar os sinais e sintomas da DTM no primeiro dia de pós-operatório (T1) e os estados basais dos pacientes antes da cirurgia (T0) também foram registrados. O mesmo questionário foi usado após três meses (T2). A amplitude da abertura bucal foi medida em T1 e T2. Consideramos um valor p inferior a 0,05 como significativo.

Resultados: No total, 71 pacientes foram incluídos, com 38 pacientes no grupo de estudo e 33 no grupo controle. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto à idade (grupo de estudo: 66 [52,5-72]; grupo controle: 54 [47-68], $p=0,117$) ou gênero feminino (grupo de estudo: 57,9%; grupo controle: 63,6%, $p=0,621$). No T1, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à incidência de limitação de abertura bucal (grupo de estudo: 23,7% vs. grupo controle: 18,2%, $p=0,570$) ou amplitude de abertura bucal (grupo de estudo: 45 [40-47] vs. grupo controle: 46 [40-51], $p=0,278$). Em T2, os resultados obtidos foram semelhantes. Não houve diferença significativa na resposta afirmativa a todas as perguntas individuais do questionário AAOP.

* Autor para correspondência.

E-mails: cbb4680@yahoo.com.br, contato@indof.com.br (C.B. Battistella).

Conclusões: Em nossa população, a incidência de sinais e sintomas de DTM de origem muscular não foi diferente entre os grupos.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

KEYWORDS

Temporomandibular joint disorders;
Myofascial pain syndromes;
General anesthesia;
Intubation;
Orofacial pain

Orotracheal intubation and temporomandibular disorder: a longitudinal controlled study

Abstract

Background and objectives: To determine the incidence of signs and symptoms of temporomandibular disorder in elective surgery patients who underwent oro-tracheal intubation.

Methods: This was a longitudinal controlled study with two groups. The study group included patients who underwent oro-tracheal intubation and a control group. We used the American Academy of Orofacial Pain questionnaire to assess the temporomandibular disorder signs and symptoms one-day postoperatively (T1), and the patients' baseline status prior to surgery (T0) was also recorded. The same questionnaire was used after three months (T2). The mouth opening amplitude was measured at T1 and T2. We considered a p value of less than 0.05 to be significant.

Results: We included 71 patients, with 38 in the study group and 33 in the control. There was no significant difference between the groups in age (study group: 66 [52.5-72]; control group: 54 [47-68]; $p=0.117$) or in their belonging to the female gender (study group: 57.9%; control group: 63.6%; $p=0.621$). At T1, there were no statistically significant differences between the groups in the incidence of mouth opening limitation (study group: 23.7% vs. control group: 18.2%; $p=0.570$) or in the mouth opening amplitude (study group: 45 [40-47] vs. control group: 46 [40-51]; $p=0.278$). At T2 we obtained similar findings. There was no significant difference in the affirmative response to all the individual questions in the American Academy of Orofacial Pain questionnaire.

Conclusions: In our population, the incidence of signs and symptoms of temporomandibular disorder of muscular origin was not different between the groups.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

A disfunção temporomandibular (DTM) compreende uma série de condições clínicas que envolvem os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM) e as estruturas associadas. Os sinais e sintomas comuns da DTM são ruídos articulares (estalos), capacidade limitada de abertura mandibular, desvios nos movimentos padrões da mandíbula e dor nos músculos da mastigação e na ATM ou facial.¹⁻³ A DTM é, de longe, a mais prevalente de todas as condições de dor orofacial crônica.⁴ A prevalência de DTM entre os indivíduos que apresentam pelo menos um sinal clínico varia de 40% a 75%.² No Brasil, pelo menos um sintoma de DTM foi relatado por 39,2% da população.⁵ Ruídos da ATM e desvios na abertura da boca e dos movimentos de fechamento ocorrem em aproximadamente 50% da população não paciente e são considerados normais, sem a necessidade de tratamento.⁶ O subtipo mais comum é o DTM de origem muscular,⁷ caracterizado por dor localizada e sensibilidade nos músculos da mastigação.⁸

Durante a intubação, as manobras de rotação e translação da ATM usadas pelo anestesiologista para obter a abertura máxima da boca do paciente e a passagem

atraumática de um tubo endotraqueal pode resultar em danos do aparelho da ATM, devido às forças excessivas aplicadas manualmente ou com o laringoscópio. Além disso, podem ocorrer danos devido ao período de tempo em que as estruturas ficam em posição de tensão. Há muito que se considera a intubação orotraqueal um fator de risco para o desenvolvimento ou exacerbação da DTM que inclui dor facial.^{9,10}

Alguns estudos relataram alterações nas estruturas do sistema mastigatório após intubação orotraqueal. Essas alterações podem ser de origem articular¹¹ ou articular e muscular.^{9,12,13} Em contraste, um estudo relatou que as técnicas de intubação não representam risco para o desenvolvimento de DTM.¹⁴ Uma atualização das diretrizes para o manejo da via aérea difícil feita pela Sociedade Americana de Anestesiologistas recomenda especificamente a avaliação pré-operatória da função da ATM.^{15,16} Contudo, a evidência atual da literatura é baseada em relatos de casos^{10,17-20} e pequenos estudos.^{9,11-13,20} Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de sinais e sintomas de DTM de origem muscular em pacientes submetidos a cirurgias eletivas com intubação orotraqueal em comparação com os pacientes sem intubação.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749095>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749095>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)