

EMINECTOMIA COMO TRATAMENTO PARA LUXAÇÃO CRÔNICA PROLONGADA DA ATM: RELATO DE CASO.

EMINECTOMY AS TREATMENT FOR CHRONIC PROLONGED DISLOCATION OF TMJ: CASE REPORT

Elias Almeida dos **SANTOS**¹;
César Feitoza Bassi **COSTA**²;
Paloma Heine **QUINTAS**²;
Eduardo Francisco de Deus **BORGES**²;
Alana Del'Arco **BARBOZA**²;
Arlei **CERQUEIRA**³.

RESUMO

A Luxação Crônica Prolongada da ATM designa o deslocamento condilar que não foi reduzido adequadamente por um longo período de tempo. Tal condição habitualmente exige intervenção cirúrgica aberta para o restabelecimento da função articular. O presente trabalho se propõe a relatar um caso de eminectomia enquanto terapia para uma paciente portadora de Luxação Crônica Prolongada da ATM. Paciente, 46 anos de idade, compareceu ao ambulatório de Cirurgia Bucomaxilofacial, cursando com luxação da articulação por três meses. A paciente apresentava queixa de dor na articulação, sialorreia, depressão pré-auricular bilateral e mordida aberta anterior. O exame de imagem confirmou o deslocamento da cabeça da mandíbula. A paciente foi submetida à eminectomia bilateral, sob anestesia geral. Após o procedimento cirúrgico, houve cessação dos sinais e sintomas prévios e ausência de recidiva em seis meses de acompanhamento. A luxação crônica recorrente da Articulação Temporomandibular implica desordens funcionais, emocionais e estéticas para seus portadores. A indicação terapêutica adequada é o tema da discussão deste relato à luz da literatura atual. A eminectomia bilateral demonstrou ser um procedimento exitoso para a correção da luxação prolongada, permitindo a redução condilar e a recuperação funcional dos movimentos mandibulares.

UNITERMOS: Articulação Temporomandibular; Transtornos da Articulação Temporomandibular; Luxações Articulares.

INTRODUÇÃO

A Luxação da Articulação Temporomandibular (ATM) caracteriza uma desordem articular em que a cabeça da mandíbula encontra-se deslocada, fora de sua posição funcional na fossa glenoide, e não se reduz voluntariamente¹. O deslocamento na direção anterior é o mais comum, porém o côndilo pode estar posicionado, lateralmente, superiormente ou em posição intracranial². A direção do trauma, morfologia da ATM e função musculo-ligamentar determinam o sentido do deslocamento³.

A etiologia desta condição é diversa, os episódios podem ser desencadeados espontaneamente durante o ato do bocejo, riso, êmese ou canto². Ainda, o trauma ou abertura prolongada da boca durante procedimentos odontológicos ou endoscopias gastrointestinais podem resultar na luxação da ATM⁴. Doenças do tecido conjuntivo como a Síndrome de Ehlers-Danlos e a Síndrome de Mafan predis põem o deslocamento

do côndilo. Da mesma forma, drogas anti-psicóticas que causam efeito extrapiramidal estão associadas aos episódios de luxação³. Por fim, fatores próprios da anatomia articular contribuem para o deslocamento, à exemplo de altura reduzida ou excessiva da eminência articular, relaxamento da cápsula e dos ligamentos articulares, fossa glenoide rasa ou deformação do côndilo mandibular^{2,5}.

A apresentação clínica usual da luxação de ATM compreende dor na articulação, mordida aberta, depressão preauricular, sialorreia, protusão do mento, perfil facial alongado, tensão e espasmos dos músculos mastigatórios⁶. Em casos de luxação unilateral, observa-se desvio do mento para o lado não afetado⁷. Radiograficamente, nota-se o côndilo mandibular fora da fossa articular; tipicamente, o côndilo está além da face anterior da eminência articular. Esta imagem pode ser obtida através de exames radiográficos planos, como a radiografia panorâmica^{6,8}. O posicionamento mais detalhado é

1. Graduado em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia/ Interno do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA/OSID, Salvador – BA, Brasil.*

2. Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da UFBA/OSID, Salvador – BA, Brasil.

Doutor em Odontologia (cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Professor Adjunto do Departamento de Clínica Integrada pela Universidade Federal da Bahia, Salvador – BA, Brasil.

observado por Tomografia Computadorizada (TC) e Imagem por Ressonância Magnética (IRM). Este último ainda possibilita a avaliação do posicionamento do disco articular⁸.

As Luxações da ATM podem ser classificadas como Aguda (LA), Crônica Recorrente (LCR) ou Crônica Prolongada (LCP)⁵. A primeira designa um episódio pontual que pode ser reduzido manualmente na maior parte das vezes, forçando o ângulo da mandíbula inferior e posteriormente e movendo o côndilo de volta para a fossa glenoide². Quando os episódios agudos tornam-se habituais e cada vez mais frequentes em um curto período de tempo, eles evoluem para a LCR. O termo LCP é usado descrever o deslocamento não tratado ou tratado inadequadamente por um longo período de tempo³.

Enquanto as apresentações agudas da luxação de ATM podem ser tratadas ambulatoriamente, as luxações crônicas por vezes requerem tratamento sob anestesia geral e procedimentos cirúrgicos abertos^{3,9}. Diversos métodos cirúrgicos têm sido descritos para a correção das luxações crônicas, dentre os quais destaca-se a Eminectomia^{1,10,11}. Entretanto não existem protocolos claros sobre a abordagem adequada para cada um dos diversos quadros de Luxação da ATM¹². Consensualmente, aceita-se que quanto maior o tempo decorrido da luxação ao atendimento, mais difícil será a redução e procedimentos mais complexos podem ser requeridos^{3,9}.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de Luxação Crônica Prolongada da ATM, com duração de 03 meses, tratado através de eminectomia bilateral.

RELATO DE CASO

Paciente, melanoderma, sexo feminino, 46 anos, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, queixando-se de dor na ATM e incapacidade de fechar a boca. A paciente referiu que esta condição iniciou-se espontaneamente há 03 meses e negou qualquer histórico de trauma em face.

Durante a anamnese, a paciente negou alergias medicamentosas, bem como patologias de base ou uso contínuo de medicamentos. Ao exame físico maxilofacial, notou-se alongamento do perfil de face, protusão do mento, sialorreia, incapacidade de selamento labial e mordida aberta anterior (Figura 1A a C). Ao exame intraoral, observou-se edentulismo parcial de ambas as arcadas. Marcadamente, os quadrantes póstero-inferiores apresentavam apenas uma unidade dentária cada, as quais estavam mesializadas pela ausência de dentes adjacentes (Figura 01D a F).

Diante do quadro clínico, optou-se pela solicitação de uma radiografia panorâmica. A partir

desse exame, observou-se que as imagens dos côndilos mandibulares situavam-se à frente da eminência articular, porém os côndilos não apresentavam alterações morfológicas (Figura 02). Com base nos dados clínicos e radiográficos, definiu-se o diagnóstico de Luxação Crônica Prolongada da ATM.

Diversas tentativas de redução fechada foram realizadas antes de optar-se pela resolução cirúrgica da LCP. Assim, a equipe decidiu pela realização da eminectomia bilateral para reposicionamento dos côndilos. No ato cirúrgico, a paciente apresentava-se em decúbito dorsal, com intubação nasotraqueal e sob anestesia geral. Foi realizada assepsia e antisepsia intra e extra-oral. O acesso endaural foi efetuado, com incisão paralela e lateral ao trágus seguido de divulsão no sentido ântero-superior e exposição das superfícies articular superior através da cápsula articular. Posteriormente, uma broca 702 foi utilizada para secção total da eminência articular em toda sua espessura, com angulação inferior de 10° para evitar penetração na base do crânio. Finalmente, a área da osteotomia foi regularizada com brocas multilaminadas e seguiu-se uma irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9% (Figura 03). Os operadores executaram os movimentos articulares a fim de observar qualquer interferência funcional. O fechamento cirúrgico foi feito por planos utilizando-se sutura com Vicryl 4-0, internamente e Nylon 6-0, externamente.

No pós-operatório a paciente foi medicada com Dipirona 500mg e Dexametasona 04 mg por 03 dias. Além do uso de Cefalexina 500 mg, a cada 06 horas, nos 07 dias seguintes à operação. Outras orientações incluíram o uso de compressa gelada em face protegida nos 03 primeiros dias, adoção de dieta pastosa nas 02 primeiras semanas após a cirurgia, e a consulta ao fisioterapeuta. Após 06 meses de acompanhamento, a paciente apresenta funcionamento normal da ATM, sem qualquer recidiva ou outras queixas durante este período.



Figura 1: Aspecto clínico pré-operatório. A: Vista extraoral lateral direita; B: Vista extraoral frontal; C: Vista extraoral lateral esquerda. D: Vista Intraoral em oclusão, lado direito; E: Vista frontal em oclusão; F: Vista Intraoral em oclusão, lado esquerdo.

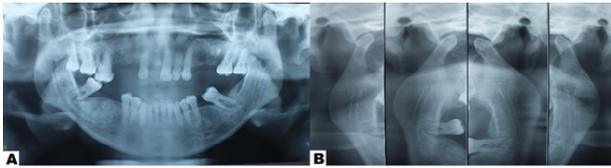


Figura 2: Exame Radiográfico Panorâmico dos Maxilares. A: Imagem em tamanho padrão. B: Ampliação das imagens das superfícies ósseas articulares.



Figura 3: Transoperatório da eminectomia do lado esquerdo. A: Demarcação do acesso endaural. B: Osteotomia inicial da eminência articular; C: Eminência articular parcialmente removida; D: Superfície do osso temporal aplainada após remoção da eminência.

DISCUSSÃO

A definição clínica de LCP não é bem estabelecida na literatura. Enquanto alguns autores a descreve como uma LA não reduzida após 72 horas, outros a consideram como a luxação que não recebeu tratamento adequado por mais de 01 mês^{3,7,13}. Fato é que a LCP constitui a mais incomum das apresentações clínicas de luxação têmporo-mandibular⁴. Em revisão de literatura, Akinbami⁴ (2011) revisou 411 casos de deslocamento da ATM dos quais apenas 35 eram LCP. Com efeito, tal desordem é frequentemente descrita como rara, com uma incidência que varia entre 8,2% a 30,2% das luxações de ATM^{3,4,14,15}. Por esta razão não há relatos numerosos na literatura. Os poucos trabalhos publicados revelam que não há concordância quanto a predileção por gênero^{3,8}. Aparentemente, o acometimento é mais frequente na população idosa, com idade média que varia entre 57 a 63 anos^{3,8}. Em contraste com a literatura, a paciente deste relato era um pouco mais jovem; sua condição definitivamente foi caracterizada como LCP, pois se sustentava por um período superior a um mês.

Enquanto o trauma é a etiologia prevalente das LCR, a descoordenação muscular é o fator subjacente mais comum para a variante crônica prolongada³. De forma compatível, o sentido anterior do deslocamento é o mais frequente para as LCP e também está vinculado ao desarranjo dos movimentos musculares^{2,3}. O mecanismo para tal pode ser compreendido como uma ativação precoce dos músculos elevadores da mandíbula e espasmo dos

protusores durante o fechamento da boca². O relaxamento da capsula e dos ligamentos articulares também perturbam a fisiologia do movimento^{2,4}. Uma vez deslocado, o côndilo é mantido fora de sua posição funcional e impedido de retornar à fossa glenoide pelos espasmos musculares e pelo impedimento mecânico da eminência articular^{1,2,15}.

No presente relato, a paciente negou qualquer evento traumático associado ao início de sua disfunção, mas sim um início espontâneo da luxação, o que leva a crer que irregularidades da dinâmica mastigatória permitiu a LCP. Consistentemente, a paciente apresentava deslocamento anterior bilateral, o padrão mais comum pela literatura^{3,8,12}. O edentulismo parcial posterior pode ter causado relaxamento dos ligamentos e da capsula que restringiriam o movimento condilar excessivo. Jeyaraj e Chakranarayan⁵ (2016) apontam que, quando não corrigida, a falta de antagonismo dentário implica em hiper mobilidade mandibular e consequente flacidez dos tecidos capsulares.

De acordo com Rattan, Rai e Sethi¹² (2013), dois fatores condicionam o prognóstico das LCP, primeiramente a etiologia; em segundo lugar, o tempo até o tratamento. O primeiro porque a hemorragia intracapsular proveniente do trauma provoca formação fibrosa que dificulta a redução condilar. Essa afirmação é controversa, uma vez que o trauma não é elemento tão frequente³. Por outro lado, entende-se, em consonância, que o atraso até a abordagem prejudica de forma proporcional o resultado do terapia empregada^{3,9,12}. Ou seja, quanto maior o intervalo até o manejo terapêutico, mais difícil será a redução e técnicas operatórias mais complexas serão necessárias⁹. Isso porque, a partir de duas semanas de deslocamento, os músculos mastigatórios tornam-se mais curtos e espásticos; e os tecidos retro-discais e ligamentares passam a preencher a fossa glenoide^{15,16}.

Os objetivos do tratamento das LCP são a redução do côndilo à sua posição anatômica, a restauração da oclusão e funcionamento normal da articulação e a prevenção de recidiva⁹. Para estes fins, os manejos da ATM podem ser classificados em redução fechada; redução cirúrgica indireta; procedimentos cirúrgicos abertos, com intervenção direta nos componentes da ATM; e os procedimentos ortognáticos, que são reservados para correção da oclusão dentária, quando a redução do côndilo não é possível³.

Uma vez que a LCP é incomum, não existem protocolos definidos para seu tratamento¹². Apesar de diversos métodos serem descritos na literatura, a etiologia e duração de cada LCP é muito diversa o que dificulta uma padronização da conduta¹⁵. Frequentemente as manobras de redução fechada com ou sem o uso relaxantes musculares, anestesia local ou geral, são tentados primariamente. Além disso a redução fechada ainda contempla o uso de toxina botulínica, sangue autógeno ou agentes

esclerosantes nos tecidos e espaços articulares^{2,12}. Em seguida, são aplicadas as manobras de redução cirúrgicas indiretas, através da tração com fios de aço ou ganchos para osso no ângulo mandibular ou na incisura coronoide, respectivamente³. Entretanto, diversos autores afirmam que esses métodos primários são ineficazes para redução de côndilos deslocados por período superior a 03 meses^{3,9,12}. Ainda, a redução conservadora destes casos podem guiar à recidiva devido às alterações musculares durante o período do deslocamento¹⁶.

As séries de caso relatados por Huang⁸ (2011) e Marqués-Mateo *et al*⁹. (2016) ilustram a necessidade de redução aberta do côndilo quando o deslocamento perdura por mais do que 04 semanas, como o visto no presente caso. A redução aberta consiste em uma intervenção direta na ATM através de um acesso pré-auricular ou endaural². Com a finalidade reposicionar o côndilo na fossa glenoide, variados métodos cirúrgicos têm sido aplicados. Estes incluem as miotomias, condilotomia ou condilectomia, a eminectomia ou criação de um obstáculo anterior à fossa glenoide^{1,2}. A Miotomia do músculo temporal apresenta limitações, uma vez que esta tem sido associada à restrição da abertura de boca por impedir a translação articular³. As condilotomias são mais eficazes no tratamento de redução do disco articular e para correção morfológica do côndilo, enquanto a condilectomia pode causar lesão aos vasos do plexo pterigoide, vasos meníngeos médios e maxilares^{4,9}.

Algumas abordagens das estruturas ósseas articulares visam a criação de um impedimento ao movimento do côndilo além da eminência articular². Estas incluem o aumento do tubérculo articular por osteotomias e interposição de enxertos; ou criação de fraturas do arco zigomático e osso temporal para criar um obstáculo à translação condilar^{2,4}. Entretanto, estes procedimentos trazem consigo o risco de remodelação dos enxertos ou fraturas indesejadas do osso zigomático⁵. Os exames de imagem do presente caso, permitiram constatar que a altura da eminência articular seria um obstáculo ao reposicionamento condilar. Por esta razão, optou-se pela eminectomia.

A eminectomia é o procedimento cirúrgico que consiste da diminuição ou remoção da eminência articular, permitindo o retorno do côndilo à fossa glenoide². Compatível com o caso apresentado, a eminectomia têm sido recomendada para luxações provenientes de descontrolado muscular¹¹. A contra-indicação existe para os casos de pneumotização do processo mastoide, o que não foi encontrado na paciente do presente relato¹¹. A escassez de casos de LCP na literatura torna difícil determinar a estabilidade da eminectomia como tratamento para este quadro. Apesar disso, este procedimento é descrito como a técnica cirúrgica aberta mais valiosa para as luxações crônicas da ATM.^{3,9} O caso apresentado neste trabalho, evoluiu com bastante êxito após seis

meses de acompanhamento, com redução completa do côndilo, restabelecimento da função e impedimento de recidivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Luxações da ATM apresentam etiologia diversa e implicam em sérias alterações funcionais. O diagnóstico e tratamento precoce de episódios agudos desempenham um importante papel na prevenção do quadro Crônico Prolongado. A raridade das LCP dificulta o estabelecimento de guias terapêuticos eficazes para a resolução desta condição. No presente artigo, foi relatado um caso de LCP com duração 03 meses que tratado com sucesso após a eminectomia bilateral, sob anestesia geral. O caso ilustra a eficácia desta técnica dentro das devidas indicações.

ABSTRACT

Chronic Prolonged Dislocation of the TMJ designates the condylar dislocation that has not been adequately reduced for a long period. Such a condition usually requires open surgical intervention for the reestablishment of joint function. The present paper proposes to report a case of eminectomy as therapy for a patient with chronic prolonged TMJ dislocation. Patient, 46 years old, attended the ambulatory of Buccomaxillofacial Surgery, with dislocation of the joint for three months. The patient had complaints of joint pain, sialorrhea, bilateral pre-auricular depression and anterior open bite. The imaging examination confirmed the displacement of the jaw condyle. The patient underwent bilateral eminectomy under general anesthesia. After the surgical procedure, there were cessation of previous signs and symptoms and absence of relapse at six months of follow-up. The recurrent chronic dislocation of the Temporomandibular Joint implies functional, emotional and aesthetic disorders for its patients. The adequate therapeutic indication is the subject of the discussion of this report in light of the current literature. Bilateral eminectomy proved to be a successful procedure for the correction of prolonged dislocation, allowing condylar reduction and functional recovery of mandibular movements.

Uniterms: Temporomandibular Joint; Temporomandibular Joint Disorders; Joint Dislocations.

REFERÊNCIAS

1. Pradhan L, Jaisani MR, Sagtani A, Win A. Conservative Management of Chronic TMJ Dislocation: An Old Technique Revived. *J Maxillofac Oral Surg* [Internet]. 2015;14(S1):267–70.
2. Liddell A, Perez DE. Temporomandibular Joint Dislocation. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* [Internet]. 2015;27(1):125–36.
3. Marqués-Mateo M, Puche-Torres M, Iglesias-Gimilio

- ME. Temporomandibular chronic dislocation: The long-standing condition. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21(6):e776–83.
4. Akinbami BO. Evaluation of the mechanism and principles of management of temporomandibular joint dislocation. Systematic review of literature and a proposed new classification of temporomandibular joint dislocation. *Head Face Med [Internet]*. 2011;7(1):10.
 5. Jeyaraj P, Chakranarayan A. A Conservative Surgical Approach in the Management of Longstanding Chronic Protracted Temporomandibular Joint Dislocation: A Case Report and Review of Literature. *J Maxillofac Oral Surg [Internet]*. 2016;15(S2):361–70.
 6. Baur DA, Jannuzzi JR, Mercan U, Quereshy FA. Treatment of long term anterior dislocation of the TMJ. *Int J Oral Maxillofac Surg [Internet]*. 2013;42(8):1030–3.
 7. Tekeli KM, Altman K. Longstanding unilateral dislocation of the temporomandibular joint in a 6-year-old girl. *J Surg Case Reports [Internet]*. 2017; (10):1–3.
 8. Huang IY, Chen CM, Kao YH, Chen CM, Wu CW. Management of long-standing mandibular dislocation. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011;40(8):810–4.
 9. Gholami M, Shirzadeh A, Khalife H. Chronic Long-Standing Temporomandibular Joint Dislocation: Report of Three Cases and Review of Literature. *J Maxillofac Oral Surg [Internet]*. 2017;17(4):502–7.
 10. De Almeida VL, Vitorino NDS, Nascimento ALDO, Da Silva Júnior DC, De Freitas PHL. Stability of treatments for recurrent temporomandibular joint luxation: A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016;45(3):304–7.
 11. Segami N. A modified approach for eminectomy for temporomandibular joint dislocation under local anaesthesia: report on a series of 50 patients. *Int J Oral Maxillofac Surg [Internet]*. 2018;47(11):1439–44.
 12. Rattan V, Rai S, Sethi a. Midline mandibulotomy for reduction of long-standing temporomandibular joint dislocation. *Craniofacial Trauma Reconstr [Internet]*. 2013;6(2):127–32.
 13. Huang C-F, Yu G-T, Wang W-M, Liu B, Sun Z-J. Prognostic and predictive values of SPP1, PAI and caveolin-1 in patients with oral squamous cell carcinoma. *Int J Clin Exp Pathol [Internet]*. 2014;7(9):6032–9.
 14. Deng M, Dong H, Long X, Li X, Cheng Y. Endoscope-assisted reduction of long-standing condylar dislocation. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007;36(8):752–5.
 15. Ogawa M, Kanbe T, Kano A, Kubota F, Makiguchi T, Miyazaki H, *et al*. Conservative reduction by lever action of chronic bilateral mandibular condyle dislocation. *Cranio - J Craniomandib Pract*. 2015;33(2):142–7.
 16. Debnath SC, Kotrashetti SM, Halli R, Baliga S. Bilateral vertical-oblique osteotomy of ramus (external approach) for treatment of a long-standing dislocation of the temporomandibular joint: A case report. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. 2006;101(6):79–82.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

ELIAS ALMEIDA DOS SANTOS

Quadra 07, Caminho 04, Casa 10. Cajazeiras 5 (CEP:41335-310) - Universidade Federal Da Bahia (UFBA) Telefones: (71) 3022-7410, (71) 992169607 E-mail: elias.almeidast@gmail.com

