Correção cirúrgica de luxação mandibular recidivante com eminectomia: relato de casos clínicos

Surgical treatment of recurrent mandibular dislocation with eminectomy: report of clinical cases

EUGÊNIO BRAZ RODRIGUES ARANTES¹

TAIANE DOS SANTOS LOPES²

RAFAEL MÉROLA CORRÊA³

PAULO ROBERTO BARTHOLO⁴

RODRIGO FIGUEIREDO BRITO RESENDE⁵

RESUMO

Objetivo: Relatar dois casos clínicos recidivantes de luxação mandibular tratados por meio do procedimento cirúrgico de eminectomia, apresentando a previsibilidade e os resultados da técnica escolhida.

Relato do caso: Dois pacientes foram atendidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes apresentando episódios recorrentes de luxação da articulação temporomandibular, com queixas de dificuldade nos movimentos de abertura e fechamento da boca e dor intensa. Os dois foram tratados pela técnica de remoção da eminência articular.

Conclusão: A técnica por eminectomia demonstrou-se eficaz por restaurar a função articular adequada e proporcionar uma resposta satisfatória na abertura bucal nos dois casos descritos. Os pacientes estão em acompanhamento pós-operatório por dois anos, sem recidiva ou novos episódios de deslocamento.

Palavras-chave: Articulação temporomandibular. Luxações articulares. Transtornos da articulação temporomandibular.

ABSTRACT

Purpose: In order to present the two recurrent clinical cases of mandibular dislocation treated through the surgical procedure of eminectomy presenting the predictability and results of the chosen management.

Case report: Two patients were treated at the Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes presenting recurrent episodes of temporomandibular joint dislocation with difficulty in mouth opening and closing and intense pain. Both of which were treated by the technique of removal of joint eminence.

Conclusions: The eminectomy procedure proved effective in restoring adequate joint function and providing a satisfactory response to the oral opening in the two cases described. The patients are in postoperative follow-up of two years, without relapse or new episodes of displacement.

Keywords: Temporomandibular joint. Joint dislocations. Temporomandibular joint disorders.

¹ Cirurgião-dentista, Especialista em Estomatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal Fluminense / Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

² Cirurgiã-dentista, Especialista em Estomatologia e Mestranda em Ortodontia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

³ Cirurgião-dentista, Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal Fluminense / Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

⁴ Cirurgião-dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Gama Filho / Hospital de Força Aérea do Galeão, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

⁵ Cirurgião-dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Gama Filho / Hospital de Força Aérea do Galeão, Rio de Janeiro / RJ, Brasil. Mestre e Doutor em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A luxação da articulação temporomandibular (ATM), também chamada de deslocamento completo, é um tipo de disfunção temporomandibular caracterizada pela perda parcial ou total do contato entre as superfícies ósseas articulares e pelo avanço do côndilo, por meio da eminência articular, deslocando-se para fora, no qual não é possível a sua autorredução.¹ Isso se difere do termo “subluxação”, pois no mesmo ocorre o deslocamento, porém com a autorredução dos côndilos, não sendo necessária qualquer intervenção manual.²

Esse evento é acompanhado de espasmos e contrações dos músculos da mastigação e da mímica,² responsáveis pelos sinais e sintomas mais comuns como dor nas articulações e na face, limitação e falta de coordenação nos movimentos de abertura e fechamento da mandíbula, boca entreaberta, incompetência labial, salivação excessiva, cefaleia e deslocamentos prolongados por até duas semanas sem redução espontânea.³

A luxação da ATM pode-se apresentar para anterior, posterior, superior e inferior, podendo ocorrer unilateral ou bilateralmente nas articulações, sendo seu deslocamento para anterior e o bilateral os mais comuns.⁴ O quadro clínico do deslocamento anterior é caracterizado pelo travamento do côndilo à frente da eminência articular e pode ser explicado etiologicamente por uma hipermobilidade da mandíbula, por uma eminência articular proeminente ou por um estiramento recorrente dos ligamentos intracapsulares.⁵

Quando há a presença de três ou mais episódios de luxação dentro de um período de seis meses, esta se caracteriza como luxação habitual, recorrente ou recidivante.⁶ Assim, nesses casos é comum que os pacientes apresentem lacidez nos ligamentos articulares e na cápsula articular, o que causa uma erosão sobre a eminência articular.⁷ Em cada quadro de luxa-

ção podem ocorrer cada vez mais rompimento e estiramento nos ligamentos, o que agrava a condição e leva a episódios mais frequentes.⁶

⁷ Para o tratamento dessas condições devem ser levados em consideração o estado geral do paciente, a quantidade de episódios repetidos da luxação, a presença de dor articular e disfunção na mastigação.⁸

O tratamento pode variar entre as luxações agudas, tratadas por meio da redução manual, sendo um tratamento transitório, enquanto que a intervenção cirúrgica é utilizada como terapia para as luxações recidivantes, sendo assim um tratamento definitivo.⁹ Entre os tratamentos relatados na literatura, a remoção cirúrgica da eminência articular por osteotomia empregando ou não instrumentos rotatórios, também conhecida como eminectomia, tem demonstrado grande taxa de sucesso. Esse tratamento promove uma livre movimentação do côndilo mandibular e recupera a função articular por intermédio da eliminação do impedimento mecânico.⁷

Neste artigo são relatados dois casos de deslocamento mandibular recorrente, onde foram descritas as formas de tratamento realizadas por meio do procedimento cirúrgico de eminectomia, apresentando os resultados em cada caso clínico e a previsibilidade da técnica.

RELATO DE CASOS

Caso clínico 1

Paciente feminino, 31 anos de idade, meladerma, sem alterações sistêmicas relevantes, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes / RJ, queixando-se de repetidos episódios de luxação da mandíbula, aproximadamente três vezes ao dia, iniciados há cinco anos. Segundo história colhida, os episódios no início eram raros e no último ano, no entanto, as ocorrências se tornaram frequentes e com dores durante os movimentos para bocejar ou mastigar.

Ao exame físico extraoral, observou-se limitação no movimento de abertura da boca e hipermobilidade mandibular, porém, os movimentos de lateralidade e protusão encontravam-se normais (Fig. 1A). Não apresentava sons, estalidos ou crepitações na articulação bilateral, mas a sintomatologia dolorosa estava presente em ambos os lados durante os movimentos excursivos da mandíbula. Ao exame intrabucal não foram observadas alterações relevantes e a mucosa encontrava-se íntegra.

A avaliação por imagem realizada através de radiografia panorâmica não demonstrou alterações na região de côndilo ou eminência articular bilateralmente. Uma tomografia computadorizada da ATM proporcionou melhor visualização da eminência articular que se encontrava inclinada em ambos os lados com côndilos localizados anteriormente e o diagnóstico de luxação articular confirmado.

A paciente apresentava um índice de abertura bucal máxima (ABM), no pré-operatório, de aproximadamente 52mm.

O procedimento cirúrgico foi feito sob anestesia geral e intubação nasotraqueal, onde realizou-se a ressecção bilateral da eminência articular, por acesso endaural convencional bilateral, com o auxílio de instrumentos oscilatórios e cinzéis cirúrgicos (Fig. 1B). Em seguida, a região do osso remanescente foi regularizada com brocas rotatórias, com cuidado para não acessar a fossa infratemporal, removendo irregularidades principalmente na região medial da eminência articular. Os movimentos mandibulares de abertura e fechamento da boca foram simulados facilmente para confirmar a ausência de interferências na movimentação condilar ou novos episódios de luxação e o fechamento com sutura foi realizado por planos anatômicos (Fig. 1C).

Figura 1: A. Vista de perfil pré-operatória da paciente. B. Acesso à eminência articular visualizando sua relação com estruturas anatômicas adjacentes C. Acesso endaural de ATM durante hemostasia e síntese.

Durante o pós-operatório inicial de seis meses foi possível constatar abertura bucal de 45mm, nenhum episódio de luxação relatado e a paciente apresentava sintomatologia dolorosa esporadicamente. Os movimentos de abertura e fechamento da boca, assim como lateralidade e protrusão, estavam mantidos. O pós-operatório com imagem foi realizado através de tomografia computadorizada, que mostrou ambos os côndilos em posição normal e uma eminência articular aparentemente achatada. No pós-operatório atual, de dois anos, a paciente exibe um índice ABM de 43mm, sem episódios de luxação articular ou dor.

Caso clínico 2

Paciente masculino, 27 anos de idade, melanoderma, sem histórico de trauma na região maxilofacial, apresentando episódios de luxação da ATM frequentes com um total de 16 episódios iniciados há aproximadamente um ano. O paciente já havia sido submetido a diferentes tipos de tratamento conservadores através de técnicas manuais para redução da luxação aguda.

Ao exame físico extraoral, observou-se hiper mobilidade mandibular, dificuldade nos movimentos de abertura e fechamento da boca, com movimentos excursivos de lateralidade e protusão normais (Fig. 2A). Não foram identificados sons e estalidos, mas crepitações bilaterais das articulações e dor durante os movimentos estavam presentes. Ao exame intrabucal foi possível identificar uma destruição no esmalte dentário, principalmente em elementos dentários posteriores, sugestiva de bruxismo não diagnosticado. O paciente foi submetido à radiografia panorâmica e tomografia computadorizada da ATM, onde foi possível visualizar eminências articulares bilaterais volumosas e côndilos deslocados anteriormente à eminência articular, com deslocamento maior no lado direito.

O procedimento cirúrgico foi realizado e a eminência articular foi ressecada bilateralmente através de osteotomia. A eminência articular foi marcada com perfurações na linha de osteotomia, delimitando os limites da remoção óssea, até a porção medial da eminência, removendo o impedimento mecânico que limitava a redução condilar (Figs. 2B e 2C). Após esse passo, os movimentos mandibulares funcionais foram simulados para observar a passagem do côndilo em relação à eminência e avaliar a abertura bucal, permitindo o reposicionamento da mandíbula sem qualquer interferência ou novos episódios de deslocamento.

Nos primeiros meses de pós-operatório o paciente foi instruído quanto à dieta e submetido à fisioterapia ativa para estimular os músculos da mastigação durante os movimentos excursivos da mandíbula e durante a abertura de boca. Não ocorreram novos episódios de descolamento ou sintomatologia dolorosa e no sexto mês de pós-operatório o paciente apresentava abertura bucal de aproximadamente 43mm. Os exames de imagens solicitados não evidenciaram alterações significativas na morfologia articular e os movimentos de lateralidade e protusão foram considerados normais no pós-operatório e durante os movimentos de abertura e fechamento não foram observados desvios.

DISCUSSÃO

Para Nitzan,⁵ os fatores etiológicos da luxação temporomandibular podem ser múltiplos como o ato comum de abrir a boca, traumas ou manipulação inadequada da mandíbula, episódios que podem ser facilitados quando o paciente apresenta mobilidade anormal e exacerbada da articulação, inclinação da eminência articular ou estiramento dos ligamentos intrínsecos e extrínsecos. Já o deslocamento para fora da fossa glenoide também pode ser

Figura 2: A. Vista de perfil pré-operatória do paciente. B-C. Demarcações e perfurações na eminência articular correspondente à área de corte da linha de osteotomia realizada com instrumentais rotatórios.

influenciado pela morfologia alterada das estruturas do côndilo, fossa glenoide, arco zigomático ou fissura timpanoescaamosa.³

Essa condição afeta principalmente as articulações de pacientes do sexo feminino, promovendo repetidos episódios de luxação e sendo caracterizado como um quadro frequente que piora progressivamente recebendo o nome de luxação recidivante.^{4,5} No caso clínico 1 descrito, a paciente, também do sexo feminino, apresentava um quadro grave de episódios de luxação da ATM, desenvolvendo três episódios de luxação por dia durante um período de cinco anos. Com um quadro consideravelmente grave, o diagnóstico de luxação recidivante bilateral da articulação ficou claro e a intervenção cirúrgica foi indicada, uma vez que a paciente fazia controle da dor apenas com a utilização de medicações anti-inflamatórias e analgésicas. Enquanto que no caso clínico 2, apesar do número reduzido de luxações diárias, onde o paciente já havia sido subme-

tido a tentativas conservadoras de reduções manuais que não mostravam sucesso e indicavam a necessidade do tratamento definitivo.

Os tratamentos descritos na literatura podem ser classificados em tratamentos transitórios ou definitivos.⁵ O primeiro tipo de tratamento também pode ser chamado de emergência, podendo ser indicado quando a luxação não for autorreduzida e se define como uma redução manual imediata realizada por um profissional qualificado.^{9,10} Devido ao quadro grave da paciente do caso clínico 1, a mesma não foi submetida aos procedimentos manuais e sim indicada diretamente para o tratamento cirúrgico imediato, uma vez que as técnicas para redução manual não apresentam resultados satisfatórios para luxações crônicas. Já o paciente do caso clínico 2 foi submetido a tentativas prévias para técnicas manuais, que não mostraram resultados adequados e as luxações continuaram a acontecer, permitindo o procedimento cirúrgico por meio da eminectomia.

O tratamento definitivo é dividido em métodos conservadores e intervenções cirúrgicas.⁷ A terapia conservadora propõe uma terapêutica curativa e preventiva e pode ser realizada utilizando bloqueio intermaxilar, fisioterapia muscular e injeção de substâncias reacionais, como soluções químicas esclerosantes ou fatores sanguíneos autógenos, que produzam alterações intrínsecas nas estruturas articulares e por conseguinte limitem os movimentos do côndilo na articulação temporomandibular.⁵ Por apresentar um caráter paliativo e promover apenas o alívio dos sintomas, o tratamento conservador não foi utilizado no caso clínico 1 e a paciente também já se encontrava em um quadro clínico consideravelmente grave e progressivo com três episódios diários no decorrer de cinco anos que evoluíam negativamente. Os episódios de luxação aconteciam principalmente pela manhã ou em movimentos maiores durante abertura e fechamento da boca.

Entre as inúmeras intervenções cirúrgicas, presentes na literatura, a eminectomia é uma das técnicas mais utilizadas com resultados positivos. É indicada principalmente para o quadro de luxação recidivante, por promover a preservação dos movimentos funcionais articulares adequados e ainda permitir a visualização direta do complexo côndilo-disco e seus movimentos durante o ato cirúrgico.^{2,10} Os casos descritos neste trabalho demonstraram uma maior vantagem observada nos pacientes tratados por essa técnica, pois não exibiram novos episódios de luxação nos dois anos de acompanhamento pós-operatório. E, apesar do caso clínico 1 ter apresentado dor no pós-operatório imediato, ambos os pacientes não relataram sintomatologia dolorosa após dois anos de cirurgia, e estalidos, crepitações ou outros sinais relevantes não foram observados no pós-operatório.

A remoção da eminência articular nesses casos permitiu a manutenção da morfologia articular e dos movimentos mandibulares fisio-

lógicos além de aumentar os valores do índice ABM no pós-operatório. A eminectomia foi considerada satisfatória e um sucesso cirúrgico em longo prazo, por fornecer melhora funcional e devolver a movimentação adequada do côndilo mandibular por meio da remoção do impedimento exercido a ele pela eminência articular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, a técnica de eminectomia mostrou-se adequada ao apresentar resultados favoráveis com melhora no quadro clínico dos pacientes. Atualmente, é o tratamento mais eficaz e definitivo para a luxação recidivante. A restituição da função articular e do índice ABM que produz é considerada superior às outras técnicas descritas na literatura.

REFERÊNCIAS

1. Gupta D., Rana AS, Verma VK. Treatment of recurrent TMJ dislocation in geriatric patient by autologous blood - A technique revisited. **J Oral Biol Craniofac Res.** 2013, Jan./Apr/, 3 (1): 39-41. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942129>]
2. Vasconcelos BCE, Porto GG, Ribeiro-Neto JPM, Vasconcelos CFM. Treatment of chronic mandibular dislocations by eminectomy: follow-up of 10 cases and literature review. **Med Oral Pathol Oral Cir Bucal.** 2009, Aug., 13 (1): 20-26. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19680206>]
3. Jeyaraj P., Chakranarayan A. A conservative surgical approach in the management of long-standing chronic protracted temporomandibular joint dislocation: A case report and review of literature. **J Maxillofac Oral Surg.** 2016, Jul., 15 (Suppl. 2): 361-70. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4925610>]
4. Chan TC, Harrigan RA, Ufberg J., Vilke GM. Mandibular Reduction. **Journal of Emergency Medicine.** 2008, May, 34 (4): 435-440. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18242920>]

5. Nitzan DW. Temporomandibular joint “open lock” versus condylar dislocation: signs and symptoms, imaging, treatment and pathogenesis. **J Oral Maxillofac Surg.** **2002**, May, 60 (5): 506-11; discussion 512-3. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11988925>]
6. Bernardino Junior R., Teixeira M., Goulart L., Guedes L., Costa E. Avaliação de técnica alternativa aplicada ao tratamento imediato de luxação espontânea da articulação temporomandibular. **Bioscience Journal**, **2006**, Sept./Dec., 22 (3): 105-111. [<http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/6811>]
7. Guven O. Inappropriate treatments in temporomandibular joint chronic recurrent dislocation: A literature review presenting three particular cases. **J Craniofac Surg.**, **2005**, May, 16: 449-52. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15915113>]
8. Ellis III E., Zide MF. **Transoral approaches to the facial skeleton**, 2nd Ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, PA, 2006.
9. Lee S., Son S., Park J., Park I., Nam J. Reduction of prolonged bilateral temporomandibular joint dislocation by midline mandibulotomy. **Int Journal Oral Maxillofacial Surgery**, **2006**, Nov, 35(11): 1.054-1.056. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16829033>]
10. Lowery LE, Beeson MS, Lum KK. The wrist pivot method, a novel technique for temporomandibular joint reduction. **J Emerg Med.**, **2004**, Aug, 27 (2): 167-70. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15261360>]

Submetido em: 25-3-2019

Aceito em: 29-1-2020