

EMINECTOMIA NO TRATAMENTO DA LUXAÇÃO RECIDIVANTE DE ATM: RELATO DE CASO

EMINECTOMY IN THE TREATMENT OF RECIDIVANT TMJ LUXATION: CASE REPORT

FABIANA ALVES DE ARAÚJO¹, LARA TAVARES LOPES¹, CARLA PANTALEÃO PRESTES², PÉROLA DE CASTRO BARRERO³, JONH ELTON REIS RAMOS^{4*}, GUILHERME ROMANO SCARTEZENI⁵, ITALO CORDEIRO DE TOLEDO⁵, ALEX ALVES DA COSTA ANDRADE⁵

1. Graduada em Odontologia, Universidade Evangélica de Goiás - UNI-EVANGÉLICA, Anápolis, GO, Brasil; 2. Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário do Vale do Araguaia - Univar. Barra do Garças MT; 3. Graduada em Odontologia, Universidade Paulista - UNIP, Goiânia, GO, Brasil; 4. Residente Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil; 5. Cirurgiã Bucomaxilofacial do Hospital Cairo Louzada, Aparecida de Goiânia.

* Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, 1ª Avenida, S/N, Setor Leste Universitário, Goiânia, Goiás, Brasil. CEP: 74605-020 jonhreisbuco@gmail.com

Recebido em 01/10/2021. Aceito para publicação em 27/11/2021

RESUMO

A luxação da temporomandibular articulação é uma condição problemática que ocorre em uma forma crônica ou aguda. É definido como um movimento excessivo para a frente do côndilo além da eminência articular, com separação completa das superfícies articulares travamento nesta posição. Os tratamentos podem ser divididos em conservadores ou cirúrgicos. As abordagens conservadoras promovem o alívio temporário dos sintomas, sendo comum a recorrência. A modalidade cirúrgica pode ser realizada de duas formas: restrição de abertura bucal com uso de algum anteparo que se interponha à trajetória da cabeça da mandíbula ou promoção de movimentos mandibulares livres pela remoção da eminência articular. Este artigo relata um paciente com diagnóstico de luxação Recidivante da ATM, que realizou tratamento cirúrgico de eminectomia bilateral.

PALAVRAS-CHAVE: Seio maxilar, dente retido, exodontia.

ABSTRACT

A dislocation of the temporomandibular joint is a problematic condition that occurs in a chronic or acute form. It is defined as an excessive forward movement of the condyle beyond the articular eminence, with complete separation of the articular surfaces locking in this position. Treatments can be divided into conservative or surgical. Conservative approaches provide temporary relief of symptoms, with recurrence being common. The surgical modality can be performed in two ways: restriction of mouth opening with the use of a shield that interferes with the trajectory of the head of the mandible or promotion of free mandibular movements by removing the articular eminence. This article reports a patient diagnosed with recurrent TMJ dislocation, who underwent surgical treatment of bilateral eminectomy.

KEYWORDS: Maxillary sinus, impacted tooth, extraction.

1. INTRODUÇÃO

A Articulação Temporomandibular possui um sistema articular muito complexo, pois existem duas articulações presas no mesmo osso, a mandíbula, que podem trabalhar separadamente, embora a ação de uma influencie na outra. Ressalta-se que elas dificilmente apresentam movimentos iguais e conjuntos¹.

Distúrbios da articulação temporomandibular (ATM) são comuns entre a população adulta, particularmente em mulheres. Eles podem variar de assintomáticos e sintomáticos. Embora a etiologia e patogênese de esta condição é multifatorial, sabe-se que a posição discal em relação ao côndilo e fossa articular, é o principal fator causador dos sintomas².

A luxação da temporomandibular articulação é uma condição problemática que ocorre em uma forma crônica ou aguda. É definido como um movimento excessivo para a frente do côndilo além da eminência articular, com separação completa das superfícies articulares e fixação (travamento) nesta posição³.

A luxação da ATM é uma situação altamente angustiante e às vezes embaraçosa para o paciente. Pode ocorrer como resultado de atividades cotidianas, como bocejar, alimentar ou durante eventos que exigem manter a boca aberta por um longo tempo. Os pacientes apresentam incapacidade de fechar a boca, geralmente após algum episódio traumático, por exemplo. bocejar, rir, vomitar ou abertura bucal excessiva durante o tratamento odontológico ou procedimentos médicos realizados sob anestesia geral. A principal característica é a incapacidade de fechar boca, com ou sem dor. Deslocamento (ou luxação) deve ser diferenciada de subluxação, uma condição comum em que o paciente consegue retornar ao fechamento bucal habitual⁴.

Os tratamentos para a luxação recidivante podem ser divididos em conservadores ou cirúrgicos. As abordagens conservadoras promovem o alívio

temporário dos sintomas, sendo comum a recorrência. A modalidade cirúrgica pode ser realizada de duas formas: restrição de abertura bucal com uso de algum anteparo que se interponha à trajetória da cabeça da mandíbula ou promoção de movimentos mandibulares livres pela remoção da eminência articular, procedimento denominado eminectomia⁵.

Este artigo relata um paciente com diagnóstico de luxação Recidivante da ATM, que realizou tratamento cirúrgico de eminectomia bilateral.

2. RELATO DE CASO

Paciente de sexo feminino, 36 anos, leucoderma, apresentando perfil facial II, procurou o pronto atendimento do Hospital de Aparecida de Goiânia, com dor intensa e generalizada em região de face e luxações frequentes nos últimos seis dias. Ao exame físico, foi possível observar luxação da ATM sem redução, com desvio de mandíbula para o lado esquerdo. A paciente relatou que apresentava quadros frequentes de luxação, não conseguindo realizar sua autorredução. Inicialmente realizou-se a manobra de redução da luxação, conforme a técnica descrita como reposicionamento manual, que consiste na redução da luxação com os polegares apoiados nos molares inferiores. Entretanto, a paciente seguiu com luxações frequentes e severa distonia muscular, mesmo após contenção física por bandagem. Os episódios de distonia muscular somente foram controlados com o uso de sedativos administrados por via endovenosa.

Ao exame de imagem, a tomografia computadorizada demonstrou a cabeça da mandíbula à frente da eminência articular bilateralmente. Entretanto, não foi observado nenhum tipo de alteração importante na morfologia da superfície articular dessas estruturas.

As luxações continuaram ocorrendo com um intervalo de tempo menor, de modo espontâneo, sem movimentos de abertura bucal, segundos após a redução. As distonias musculares se tornaram mais perceptíveis, e a resistência muscular para realizar a redução havia se tornado mais intensa. Devido à dor severa da paciente, optou-se por realizar medicações endovenosas, como Tramadol. Devido ao histórico da paciente de luxações frequentes há mais de um ano, optou-se pela realização da cirurgia de eminectomia bilateral.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral, através do acesso endaural (Figuras 1 – A, B, C e D). Neste a incisão foi realizada aproximadamente a 1,5 mm medialmente à borda lateral do tragus por meio da porção avascular, anterior ao meato acústico externo. A divulsão foi direcionada em sentido ântero superior e ligeiramente medial até o arco zigomático. Após a exposição e identificação da eminência articular, a osteotomia foi realizada com lâmina de piezo em todo o comprimento da eminência (Figuras 2 – A, B e C), finalizando a osteotomia em profundidade com o auxílio de um cinzel reto e martelo. Após a remoção da eminência articular (Figura 3), foi efetivada a regularização óssea com broca de desgaste. Uma vez

concluída a osteotomia, foram realizados movimentos mandibulares funcionais, constatando-se a inexistência de interferências. As suturas foram realizadas com vicryl e nylon 4-0 (Figura 4).

A paciente foi mantida em medicação pós-operatória com antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos de ação central e periférica, além de relaxantes musculares por uso prolongado (30 dias). Exercícios de alongamento e fortalecimento muscular, além dos auxiliares da propriocepção para a nova conformação da abertura bucal, foram realizados.

A Figura 5 demonstram a reconstrução tridimensional da tomografia de pós-operatório imediato, evidenciando a regularização óssea na região da eminência removida e côndilos bem-posicionados bilateralmente. A paciente demonstrava excelente processo de reparo na região de acesso, com cicatriz pouco evidente, movimentos amplos de abertura bucal sem travamentos, ausência de sintomatologia dolorosa, sem déficit motor do nervo facial. Atualmente, após 12 meses, a paciente apresenta-se sem sintomatologia dolorosa, sem déficit funcional do facial, ausência de disfunção temporomandibular e nenhuma ocorrência de luxação mandibular após a cirurgia.





Figura 1. Acesso endaural. A) marcação e incisão; B) Dissecção dos planos com tesoura íris; C) planos dissecados D) acesso a eminência articular.

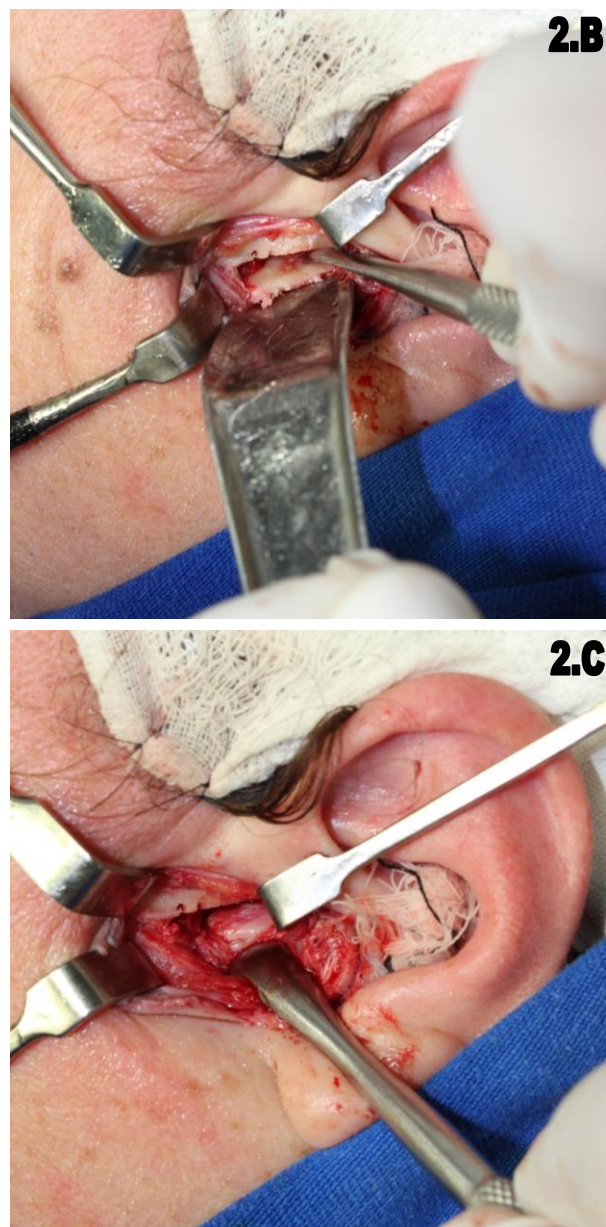


Figura 2. Transoperatório. A) marcação de osteotomia; B) osteotomia com piezo C) Aplainamento da região



Figura 3. Eminências articulares removidas



Figura 4. Sutura intradérmica do acesso endaural.



Figura 5. Tc pós-operatória.

3. DISCUSSÃO

O deslocamento da ATM é uma emergência que requer atenção imediata do cirurgião Bucumaxilo, pois o paciente geralmente apresenta dor aguda. Muitas modalidades de tratamento estão disponíveis para o manejo da disfunção e sofrimento causados pela luxação recorrente da articulação temporomandibular⁶.

Existem vários fatores causais. Alguns estudos mostram que existem fatores desencadeados e predisponentes. Os fatores desencadeados que causam a luxação mandibular e subsequente travamento são bem conhecidos e extensivamente descrito na literatura. Eles incluem várias situações como trauma, bocejos, risos, vômito e abertura excessiva da boca

durante tratamento odontológico ou procedimentos médicos^{2,6}.

No caso de luxação aguda da ATM, não redutível, o tratamento primário consiste no método de reposicionamento manual descrito por Bradley. A técnica consiste em ficar na frente do paciente, que fica sentado, pressionando os polegares na superfície oclusal dos molares inferiores. Os dedos são colocados extraoralmente, sob o ângulo da mandíbula, e o queixo é puxado para baixo da posição deslocada antes de ser pressionado horizontalmente para trás⁷.

Este procedimento pode ser difícil por causa do reflexo neuromuscular (espasmo muscular). Em casos em qual o procedimento falha ou o paciente está muito apreensivo, sedação com ansiolíticos intravenosos é indicado^{7,8}.

Myrhaug (1951)⁹ relatou pela primeira vez a eminectomia como tratamento para a luxação recidivante de ATM. A justificativa para este procedimento é permitir que a cabeça condilar se mova para frente e para trás, livre de obstrução pela excisão da eminência articular, em vez de tentar restringir o avanço movimento da cabeça condilar. Embora a luxação ocorra, ocorrerá redução indolor automaticamente. Desde que a descrição de Myrhaug foi publicada em 1951, sua técnica foi realizada com resultados satisfatórios, e sua eficácia foi confirmada na literatura.

Com relação às possíveis complicações associadas à técnica de eminectomia, a intervenção cirúrgica apresenta alta taxa de sucesso, mas é um procedimento invasivo que requer anestesia geral, internação hospitalar e uma incisão extraoral, além de um risco aumentado de lesão ao nervo facial. O acesso cirúrgico não é observado como uma complicação na estética, visto que os acessos pré-auricular ou endaural são considerados rotineiros e com boa estética. No presente caso, não foi observado nenhum déficit motor nos ramos do nervo facial¹⁰.

4. CONCLUSÃO

A eminectomia mostra bons resultados no tratamento da luxação recidivante de ATM, com chances mínimas de recidiva ou danos articulares. Após a cirurgia, os pacientes mostram uma boa função articular.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Vasconcelos BC, Porto GG. Treatment of chronic mandibular dislocations: a comparison between eminectomy and miniplates. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009 Dec; 67(12):2599-604.
- [2] Fernandez-sanroman, J. Surgical treatment of recurrent mandibular dislocation by augmentation of the articular eminence with cranial bone. *J Oral Maxillofac Surg.* v.55, p.333-338, 1997.
- [3] Undt G. Temporomandibular joint eminectomy for recurrent dislocation. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2011 Sep; 19(2):189-206.
- [4] Helman J, Laufer D, Minkov B, Gutman D. Eminectomy as surgical treatment for chronic

- mandibular dislocation. *Int J Oral Surg.* 1984; 13:486–9.
- [5] Stassen LF, Currie WJ. A pilot study of the use of eminectomy in the treatment of closed lock. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1994; 32(3):138–41.
- [6] Martins WD, RibasMde O, Bisinelli J, França BH, Martins G. Recurrent dislocation of the temporomandibular joint: a literature review and two casereports treated with eminectomy. *Cranio.* 2014 Apr; 32(2):110- 7.
- [7] Gay-Escola C. Eminectomy associated with redirectioning of the temporal muscle for treatment of recurrent TMJ dislocation. *J Craniomaxillofac Surg.* 1987; 15:355–8.
- [8] Kluppel LE, Olate S, Serena-Gomez E, et al. Efficacy of eminectomy in the treatment of prolonged mandibular dislocation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010;15(6): e891–4.
- [9] Myrhaug H. A new method of operation for habitual dislocation of the mandible. *Acta Odont Scand.* 1951; 9:247–61.
- [10] Souza LCM, Tenorio-Cabezas N, Dias OS. Eminectomia no tratamento da luxação recidivante do côndilo mandibular. *Rev Paulista Odontol.* 1998; 1:16–20.