

Fratura de Miniplaca em Tratamento de Luxação de ATM - Que Conduta Tomar?

Miniplata Fracture in Treatment of Dislocation DTM - Conduct that Take?

Fractura de Miniplaca en el Tratamiento de Luxacion de la ATM - ¿cuál es el mejor conducta?

Carlos Henrique Silveira de **CASTRO**²

Roberto de Almeida **AZEVEDO**¹

Anderson Silva **MACIEL**²

Guilherme Mercante da **ROCHA**³

¹*Cirurgião Bucomaxilofacial/Coordenador do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, Avenida Bonfim, 161 Largo de Roma, Salvador – Bahia CEP: 40.420-000.*

²*Cirurgião Bucomaxilofacial /Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce Avenida Bonfim, 161 Largo de Roma, Salvador – Bahia CEP: 40.420-000.*

³*Disciplina de Periodontista/Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda- UNIFOA Av. Lucas Evangelista 862, Aterrado - Volta Redonda - RJ. CEP: 27215-630*

A luxação da articulação temporomandibular (ATM) ocorre quando o côndilo mandibular move-se para fora da cavidade articular e permanece travado anteriormente a eminência articular, sendo sua ocorrência repetitiva geralmente associada a hiper mobilidade mandibular e a inclinação da eminência articular. Geralmente, é bilateral e suas características clínicas são: incapacidade de fechar a boca, depressão pré-auricular da pele, protusão do mento, salivação, dificuldade de falar, dor em graus variáveis e tensão da musculatura mastigatória. Em geral, existem duas modalidades de tratamento cirúrgico para a luxação recidivante da ATM, uma com o objetivo de restringir a abertura bucal (aumento da eminência articular com uso de anteparo) e outra com a finalidade de promover movimentos mandibulares livres (remoção da eminência articular), cada um com suas vantagens e desvantagens. Objetivo: Este trabalho discute as limitações do uso da técnica de miniplaca, apresentada por um caso onde ocorreu a fratura bilateral sendo posteriormente substituída pelo tratamento cirúrgico mais radical sendo realizada eminectomia.

Palavras Chave: Luxações, Articulação Temporomandibular; Cirurgia.

INTRODUÇÃO

A Articulação Temporomandibular (ATM) é certamente uma das mais complexas articulações do corpo; sendo considerada tanto ginglemoidal (por proporcionar movimentos de dobradiça), quanto artroidal (movimentos de deslize)¹.

A translação máxima fisiológica do côndilo mandibular é obtida onde o ponto de maior

convexidade do côndilo encontra o ponto de maior convexidade da eminência articular. Quando a translação está associada a uma sensação de travamento temporário seguida de redução espontânea é denominada *subluxação*, se o músculo pterigóideo lateral continua contraído após máxima abertura bucal, ocorre o travamento do côndilo na posição mais

anteriorizada sem redução espontânea, o que caracteriza a *luxação*. Quando a hipertranslação é recorrente e não auto-redutível, necessitando de reposicionamento manual do côndilo na fossa mandibular para conter o espasmo muscular progressivo, esta situação passa a denominar-se *luxação recidivante*^{1,4,7}.

Análises clínicas e radiográficas indicam que aproximadamente 70% da população possuem subluxação da ATM. Já a ocorrência de luxação recidivante da ATM é relatada entre 3 a 7% na população geral.

Em se tratando dos fatores etiológicos envolvidos no processo patológico, muitos autores consideram os desarranjos internos de ATM, estiramento e pequenas rupturas da cápsula e ligamentos articulares, artrose e estalidos, disfunção da musculatura mastigatória, má oclusão (perdas dentárias e diminuição da dimensão vertical), atrofia da eminência, estresse, trauma^{5,6,8,9,11}.

A luxação recidivante da ATM apresenta-se predominante no gênero feminino e representa 3% de todas as luxações articulares do corpo¹. Em relação às características clínicas da luxação, muitos enumeram a restrição da função mandibular com incapacidade de fechar a boca, protrusão do mento, salivação excessiva, dificuldade de falar, dor em graus variáveis (cefaléias, dores miofasciais, dores temporomandibulares e dores nos ombros, pescoço e costas) tensão da musculatura mastigatória, estalidos e crepitações, além da depressão pré-auricular^{2,3,10,12}.

A colocação de miniplaca de titânio na eminência articular visa impedir a hiperexcursão do côndilo e possui a vantagem de ser um método reversível e menos invasivo e a desvantagem de levar a uma diminuição da abertura máxima bucal, ainda há a possibilidade de fratura da placa, como relatado neste caso, o que leva à necessidade de um segundo tempo cirúrgico para remoção do dispositivo e realização de um novo tratamento a ser escolhido^{1,4,8,9}.

RELATO DO CASO

Paciente L.S.C., gênero feminino, 71 anos, melanoderma, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, queixando-se de que “sua boca ficava caindo”. Ao exame clínico, foi constatada luxação de sua articulação temporomandibular bilateralmente, a paciente refere ter ocorrido vários episódios diários em sua vida no ultimo ano, sendo que a maioria estavam relacionados a fala e a mastigação (Figuras 1 e 2).



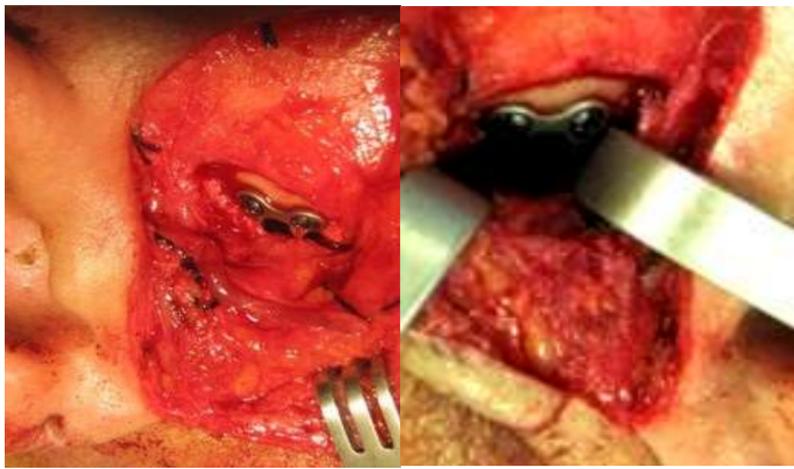
Figuras 1 e 2- Aspecto ao exame clínico

Ao exame de imagem observaram-se ausências dentárias totais em maxila e mandíbula, pneumatização do seio maxilar e luxação da Atm bilateral (Figura 3).

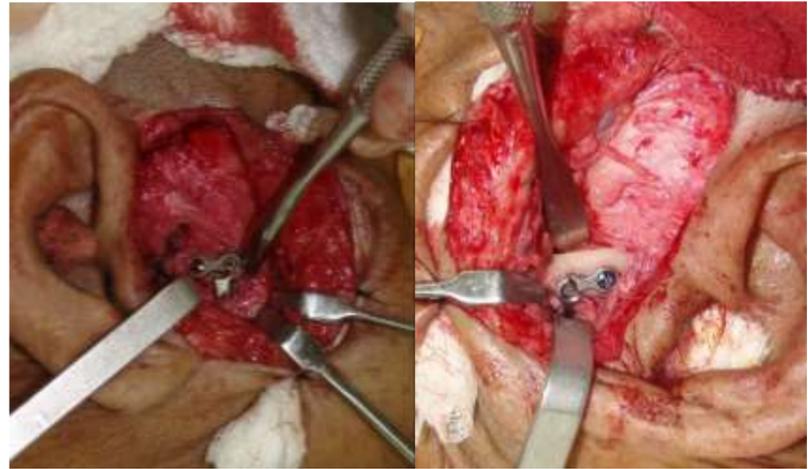


Figuras 3- Aspecto ao exame radiográfico

Foi planejado então sob anestesia geral, acesso pré-auricular com instalação de mini-placa do sistema 2.0 bilateralmente em suas eminências articulares (Figuras 4, 5 e 6),



Figuras 4 e 5- Trans-cirúrgico/instalação de miniplaca



Figuras 8 e 9- Trans-cirúrgico/acesso às miniplacas fraturadas

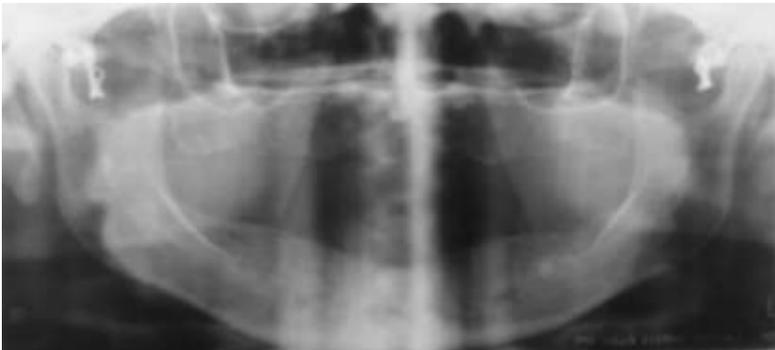


Figura 6- Exame radiográfico pós-cirúrgico



Figura 10- Miniplacas fraturadas após remoção

Foi obtido sucesso em primeiro tempo cirúrgico, porém após um ano de acompanhamento novos episódios de luxação recidivante foram observados. Foram solicitados novos exames de imagem onde pode ser observada fratura das miniplacas instaladas (Figura 7).

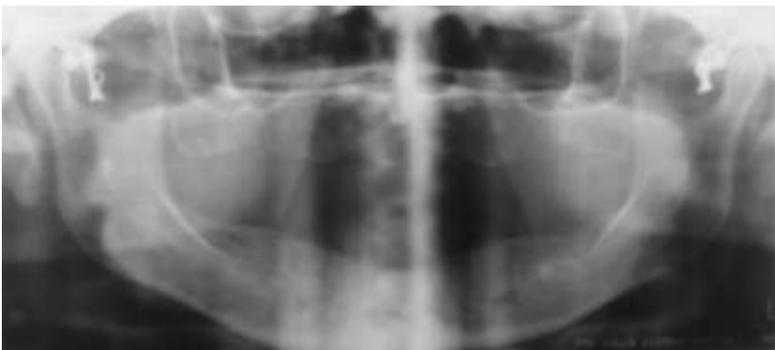
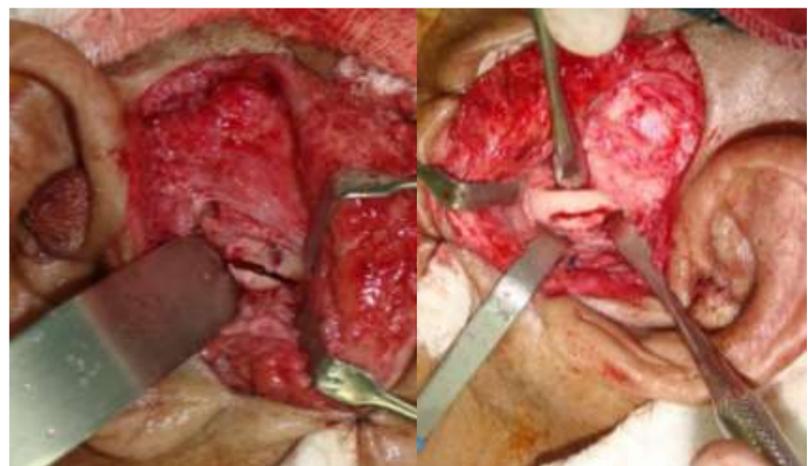
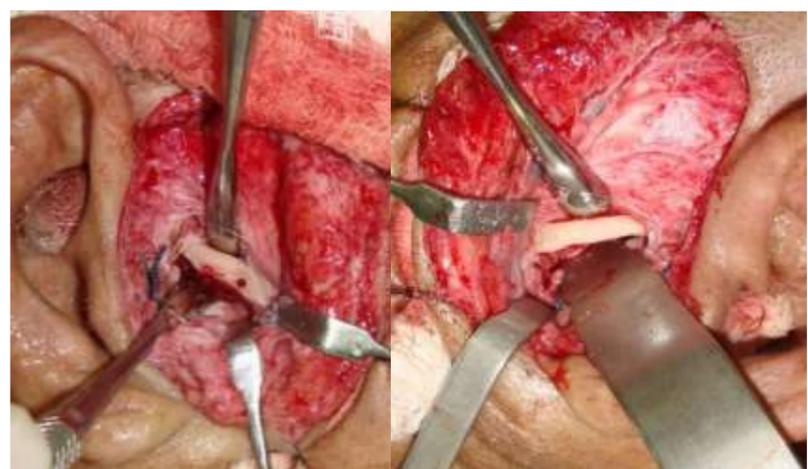


Figura 7- Radiografia panorâmica mostrando fratura das miniplacas

Logo, houve a necessidade de uma nova intervenção cirúrgica, utilizando-se novamente o acesso pré-auricular, porém optando desta vez pela remoção das mini-placas e realização de eminectomia. No transcirúrgico, as miniplacas fraturadas puderam ser facilmente observadas (Figuras 8, 9 e 10). Optou-se pelo procedimento de osteotomia da eminectomia (Figuras 11, 12, 13 e 14).



Figuras 11 e 12- Trans-cirúrgico/eminectomia



Figuras 13 e 14- Trans-cirúrgico/eminectomia

No pós-operatório foi observada a excursão total de abertura e fechamento sem dificuldade o que

demonstrou sucesso no procedimento, sendo observada a ausência da eminência radiograficamente no pós-operatório (Figura 15). Paciente com acompanhamento de 02 anos (Figuras 16 e 17).

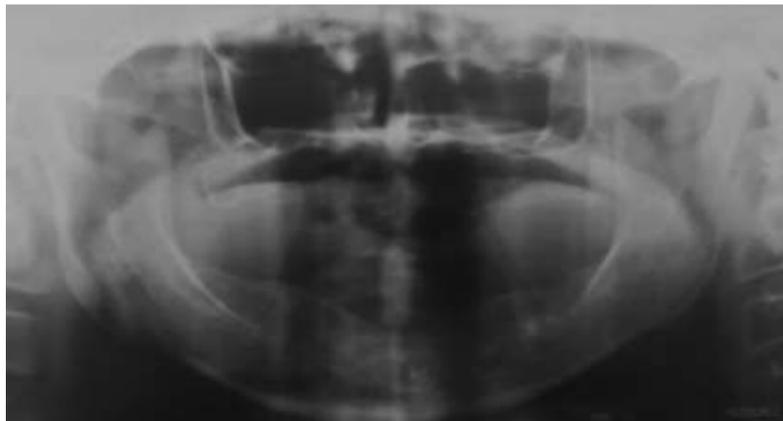


Figura 15- Radiografia panorâmica/ausência bilateral das eminências articulares



Figuras 16 e 17- Paciente com acompanhamento de 02 anos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as diversas possibilidades de tratamento para a luxação recidivante da Articulação Temporomandibular, a decisão de qual tratamento deverá ser realizada avaliação do quadro clínico geral do paciente e pesar os prós e contras pelo cirurgião e optando-se por um tratamento definitivo e mais radical ou conservador, porém com possibilidade de uma segunda intervenção cirúrgica.

As vantagens analisadas e relatadas pela literatura para a escolha do emprego da eminectomia são demonstradas como o procedimento cirúrgico de relativa facilidade de execução, movimentos funcionais pós-operatórios normais, baixa morbidade e,

possibilidade para se avaliar por visão direta os movimentos articulares.

ABSTRACT

Dislocation of the temporomandibular joint (TMJ) occurs when the mandibular condyle moves out of the joint cavity and remains stuck above the articular eminence, and its repetitive occurrence usually associated with mandibular hypermobility and inclination of the articular eminence. It is usually bilateral and clinical characteristics are: inability to close the mouth, depression pre-auricular skin, protruding chin, drooling, difficulty speaking, pain in varying degrees of tension and masticatory muscles. In general there are two types of surgical treatment for recurrent dislocation of TMJ, an order to restrict mouth opening (articular eminence with increased use of screening) and another with the purpose of promoting free mandibular movements (removal of the articular eminence), each with its advantages and disadvantages. Objective: This paper discusses the limitations of using miniplate, presented by a case where a bilateral fracture occurred later being replaced by more radical surgery being performed eminectomy.

Keywords: Dislocations, Temporomandibular Joint, Surgery.

RESUMEN

Luxación de la articulación temporomandibular (ATM) se produce cuando el cóndilo mandibular se mueve fuera de la cavidad articular y permanece pegado encima de la eminencia articular, y su ocurrencia repetitiva asocia generalmente con hiper movilidad mandibular y la inclinación de la eminencia articular. Por lo general, las características bilaterales y clínica son: incapacidad para cerrar la boca, la depresión pre-auricular piel, sobresale la barbilla, babeo, dificultad para hablar, dolor en diferentes grados de tensión y los músculos masticatorios. En general, hay dos tipos de tratamiento quirúrgico para la luxación recurrente de la ATM, una orden para restringir apertura de la boca (eminencia articular con un mayor uso de la detección) y el otro con el propósito de promover los movimientos mandibulares libres (eliminación de la eminencia articular), cada uno con sus ventajas y desventajas. Objetivo: El artículo discute las limitaciones del uso de mini placas, presentado por un caso en el que una fractura bilateral más tarde se produjo siendo reemplazada por la cirugía más radical que se realiza eminectomy.

Palabras clave: Luxaciones, Articulación Temporomandibular, Cirugía.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso, A. B.; Vasconcelos, B. C. E.; Oliveira, D. M. Bessa-Nogueira RV.. Tratamento cirúrgico da luxação recidivante da articulação temporomandibular pela

- eminectomia: relato de caso. Rev. Fac. Odont. Univ. Passo Fundo 2005; 10(1): 106-10.
2. Cardoso AB, Vasconcelos BCE, Oliveira DM, Bessa-Nogueira RV. Tratamento cirúrgico da luxação recidivante da ATM: uso de miniplaca. Rev. Odontol. Cienc. 2006; 21(54):392-7.
 3. Hale RH. Treatment of recurrent dislocation of the mandible: review of literature and report of cases. Oral Surg, 1972; 30: 527-30.
 4. Helman J, Laufer D, Minkov B, Gutman D. Eminectomy as surgical treatment for chronic mandibular dislocations. Int. J. Oral Surg. 1984; 13: 486-9.
 5. Irby W. B. Surgical correction of chronic dislocation of the temporomandibular joint not responsive to conservative therapy. J. Oral Surg. 1957; 15(4): 307-12.
 6. Kuttenger JJ, Hardt N. Long-term results following miniplate eminoplasty for the treatment of recurrent dislocation and habitual luxation of the temporomandibular joint. Int J Oral Maxillofac Surg. 2003; 32:474-9
 7. Myrhaug H A New method of operation for habitual dislocation of the mandible: review of former methods of treatment. Acta Odontol.Scand, 1951; 9: 247-61.
 8. Oatis GW, Baker DA. The bilateral eminectomy as definitive treatment. A review of 44 patients. Int J oral Surg. 1984; 13: 294-8.
 9. Puelacher WC, Waldhart E. Miniplate eminoplasty: a new surgical treatment for TMJ dislocation. J Cranio maxillofac Surg. 1993; 21:176-8.
 10. Sato J, Segami N, Nishimura M, Suzuki T, Kaneyama K, Fujimura K. Clinical evaluation of arthroscopic eminoplasty for habitual dislocation of temporomandibular joint: comparative study with conventional open eminectomy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003; 95(4): 390-5.
 11. Segami N, Kaneyama K, Tsurusako S, Suzuki T. Arthroscopic eminoplasty for habitual dislocation of temporomandibular joint: preliminary study. J Craniomaxillofac Surg. 1999; 27(6): 390-7.
 12. Shorey CW Campbell JH. Dislocation of the temporomandibular joint. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2000; 89(6): 662-8.

Correspondência

Carlos Henrique Silveira de Castro
Hospital Santo Antônio - Obras Sociais Irmã Dulce
Avenida Bonfim, 161 Largo de Roma
Salvador – Bahia
CEP: 40.420 000
carloshsilveirac@hotmail.com

Recebido: 18/08/2013

Aprovado: 28/10/2013