



Caso clínico

Tratamento de anquilose da articulação temporomandibular. Relato de um caso

Milkle Bruno Pessoa Santos^{a,*}, Marcelo Marotta Araujo^b, Irio Cavalieri^b,
Daniel Santiago Vale^a e João Vítor Dos Santos Canellas^a

^a Residência de CTBMF, Hospital Policlín/Clinica Prof^o. Dr^o. Antenor Araujo, São José dos Campos/SP-Brasil, Brasil

^b Professor da Residência de CTBMF, Hospital Policlín/Clinica Prof^o. Dr^o. Antenor Araujo, São José dos Campos/SP-Brasil, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 30 de março de 2011

Aceite a 22 de setembro de 2011

On-line a 30 de novembro de 2011

Palavras-chave:

Desordens da articulação
temporomandibular

Anquilose temporomandibular
Articulação temporomandibular

R E S U M O

A anquilose da articulação temporomandibular (AATM) é uma desordem que está relacionada a uma adesão fibrosa ou fusão óssea entre os componentes anatómicos da articulação, como o côndilo, disco articular, fossa glenoide e eminência articular. Esta condição promove uma restrição dos movimentos mandibulares. A finalidade do tratamento é estabelecer os movimentos articulares, restaurar a aparência, prevenir a recidiva e alcançar a oclusão desejada. Muitas das técnicas descritas para o tratamento da AATM apresentam resultados pouco satisfatórios. A artroplastia em «gaps» com enxerto interposicional é considerada uma opção terapêutica aceitável como tratamento cirúrgico primário. Entre os principais materiais interposicionais utilizados destacam-se o disco da ATM, músculo temporal, fásia temporal, pele, cartilagem auricular, tecido adiposo, materiais aloplásticos e enxertos xenógenos. O presente artigo tem como objetivo demonstrar o caso clínico de um paciente do género masculino, 26 anos de idade, que após infecção de origem dentária evoluiu com AATM. O tratamento efetuado foi a artroplastia interposicional com utilização da fásia e músculo temporal como material de interposição. Oito meses após a cirurgia, o paciente apresentou abertura interincisal máxima de 37 mm e ausência de sinais de recidiva.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Treatment of temporomandibular joint ankylosis: Case report

A B S T R A C T

Temporomandibular Joint Ankylosis (TMJA) is a disorder that is related to a fibrous adhesion or bony fusion between the anatomical components of the joint such as the condyle, articular disk, glenoid fossa and articular eminence. This condition promotes a restriction of mandibular movements. The treatment goal is to reestablish the joint movements, avoid recurrences prevention, and to restore the appearance achieving the desired occlusion.

Keywords:

Temporomandibular joint disorders
Temporomandibular ankylosis
Temporomandibular joint

* Autor para correspondência.

Correios eletrónicos: milklepessoa@hotmail.com, marcelo@fosjc.unesp.br (M.B. Pessoa Santos).

Many techniques for TMJA treatment have been described in the literature, but no technique has proved entirely successful. Gaps arthroplasty with interpositional graft has become an acceptable standard as primary surgical treatment. Interpositional materials have been used such as: TMJ disc, temporalis muscle, temporal fascia, skin, ear cartilage, fat, alloplastic materials and xenogenous grafts. This paper describes a case report of a 26 year-old male patient, which was diagnosed with TMJA after infection of dental origin. The performed treatment was interpositional arthroplasty with temporalis fascia and muscle graft as interpositional material. Eight months after surgery, the patient presented interincisal maximum opening of 37 mm and no signs of relapse.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A anquilose da articulação temporomandibular (AATM) é uma condição que envolve mudanças patológicas na superfície da articulação devido a uma adesão fibrosa ou fusão óssea dos componentes anatómicos da articulação: côndilo, disco articular, fossa glenoide e eminência articular causando limitação dos movimentos mandibulares¹. Os pacientes podem apresentar impossibilidade de abertura mandibular e restrição dos movimentos de protrusão e lateralidade². O limite do movimento mandibular pode variar de uma leve interferência à completa impossibilidade de abertura^{3,4}, alterando, dessa forma, a capacidade de alimentação e fala e a higiene bucal^{5,6}. Esta última situação promove o aparecimento de patologias dentárias, como cáries e periodontites, bem como perda prematura dos dentes⁷. Além disso, pode causar micrognatia e assimetria facial severa agravando o stress psicológico do paciente com consequente diminuição da qualidade de vida^{5,6}.

A AATM pode ser o resultado de trauma, fraturas condilares não tratadas, infecção local ou sistêmica, tratamento cirúrgico inadequado ou pode originar-se devido a doenças sistêmicas como artrite reumatoide, espondilite anquilosante e psoríase^{4,8,9}.

Esta patologia pode ser classificada pela combinação da localização (intra ou extra-articular), tipo de tecido envolvido (fibroso, ósseo, fibro-ósseo) e extensão da fusão (completa ou incompleta). Quando há uma adesão fibrosa ou óssea entre as superfícies da articulação, esta é classificada em anquilose verdadeira. Em casos de condições patológicas que não estão diretamente ligadas à articulação, esta é definida como sendo anquilose falsa^{4,10}. Sawhney (1986)¹⁰ classificou a AATM em 4 graus diferentes: tipo I (quando existe uma adesão fibro-óssea leve ou moderada); tipo II (existe uma ponte óssea que parte do ramo ascendente da mandíbula até à base do crânio); tipo III (há uma disposição medial do côndilo fraturado e formação duma ponte óssea partindo do ramo ao arco zigomático); tipo IV (a arquitetura da ATM é totalmente substituída por uma massa óssea com envolvimento da base do crânio).

O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica, onde a descoberta mais característica é a limitação ou impossibilidade de abertura bucal, bem como em exames de imagem como a ortopantomografia e a tomografia computadorizada (TC) com reconstrução em 3 dimensões¹¹.

Os objetivos no tratamento da AATM são devolver a função normal da mandíbula, evitar possíveis recidivas, restituir a aparência, manter a capacidade de crescimento em

pacientes jovens e reestabelecer uma boa oclusão¹². Muitas das técnicas descritas na literatura, não apresentam resultados aceitáveis¹³. Dentre estas, podem ser citadas a artroplastia em «gap» que se baseia na ressecção do osso anquilosado onde não há utilização de material ou enxerto interposicional⁵. A artroplastia interposicional é uma técnica em que se utiliza material interposicional que se coloca no local da osteotomia prevenindo, assim, recidivas. Dentre os materiais, podem ser citados o uso de enxerto de gordura, enxertos de cartilagem, enxertos miofaciais e implantes aloplásticos^{5,14}. Outra técnica descrita é a excisão e reconstrução total da articulação através da utilização de enxertos ósseos autógenos^{5,15}. A ressecção do bloco anquilótico é uma técnica bastante utilizada e descrita por Kaban et al.⁵ Preconiza-se a ressecção do bloco anquilótico e coronoidectomia ipsilateral. Se a abertura máxima interincisal for menor do que 35 mm está indicada a coronoidectomia do lado oposto. A articulação é então reconstruída com enxerto costochondral, interposição de fásia ou músculo temporal, fixação interna funcionalmente estável e fisioterapia iniciada o mais breve possível.

O objetivo do presente trabalho é apresentar as opções de tratamento existentes na literatura para AATM, bem como demonstrar o sucesso no tratamento de um paciente com AATM que foi tratado pela técnica de artroplastia interposicional e utilização da fásia e músculo temporal como material de interposição por ser uma opção bastante viável, de fácil realização, com baixas taxas de recidiva e promover resultados satisfatórios.

Caso clínico

Paciente com 26 anos de idade, leucoderma, género masculino, procurou o serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do Hospital Policlin/Clínica Prof. Dr. Antenor Araujo, em São José dos Campos – SP, queixando-se de limitação de abertura bucal. Na anamnese inicial, o paciente referiu a extração do dente 14 há mais de 2 anos o qual apresentou uma infecção aguda que afetou toda a hemiface e região cervical do lado direito. Foi realizado o tratamento da infecção por um cirurgião de cabeça e pescoço. Ainda segundo informações do paciente, foi realizada fisioterapia durante 2 meses para tratar o trismo sem resultados positivos. O paciente negou cirurgias prévias ou trauma em região de sínfise mandibular ou diretamente no côndilo, levando a crer tratar-se de uma AATM de origem infecciosa. No exame clínico extra-bucal notou-se, além da limitação de abertura bucal, um

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3173792>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3173792>

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