

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ASSIMETRIA MANDIBULAR RELATO DE CASO CLÍNICO

SURGERY TREATMENTS OF MANDIBULAR ASYMMETRY REPORT OF CASE

*Emanuel DIAS de Oliveira e Silva**
*José Rodrigues LAUREANO FILHO***
*Nelson Studart ROCHA****
*Patrícia Maria Rabelo ANNES*****
*Patrícia Oliveira TAVARES*****

Recebido em 19/01/2004
Aprovado em 09/02/2004

RESUMO

O crescimento assimétrico da face pode ser desencadeado por alterações esqueléticas de origem congênita, genética ou traumática assim como conseqüência de traumatismos e fraturas que comprometem o crescimento mandibular. A correção da assimetria mandibular visa conseguir, simultaneamente, melhora da estética e da função mandibular prevenindo, também, a recorrência de tal deformidade. Os casos de assimetria facial não são de fácil correção e nem sempre envolvem, apenas, a mobilização de um segmento. No entanto, constituem parte importante da cirurgia ortognática. O presente estudo relata um caso clínico de assimetria mandibular, expondo as possíveis causas para esta deformidade e o tipo de tratamento cirúrgico proposto com finalidade corretiva.

Descritores: Assimetria mandibular; Cirurgia ortognática; Alterações maxilomandibulares.

ABSTRACT

The asymmetrical growth of the face can be unchained by functional deviation, skeletal alterations of congenital, genetic or traumatic origin, as well as a consequence of traumas and fractures that compromise the mandibular growth. The aim of the correction techniques for mandibular asymmetry is to obtain, simultaneously, improvement to the esthetic and mandibular function and also, to prevent the recurrence of such deformity. The cases of face asymmetry are not of easy correction and nor always reaches the expectations. However, they constitute important part of the orthognathic surgery. The present study refers to a clinical case of mandibular asymmetry, exposing the possible causes for this deformity and the type of considered surgical treatment with corrective purpose.

Descriptors: Mandibular asymmetry; Orthognathic surgery; Maxillomandibular alterations.

INTRODUÇÃO

Pode-se definir beleza como um estado de harmonia e equilíbrio das proporções faciais, estabelecidas pelas estruturas esqueléticas, pelos dentes e pelos tecidos moles.

A simetria está diretamente relacionada a beleza. Observa-se um equilíbrio em tamanho, forma e organização das características anatômicas entre lados opostos em relação a um plano de referência

* Professor e Chefe da disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE.

** Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp, Professor da disciplina de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE.

*** Cirurgião-dentista. Aluno do curso de especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - FOP/UPE.

**** Alunas do curso de graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE.

mediano (PROCACI et al., 2002).

Graus suaves de assimetria facial são encontrados normalmente na população em geral e usualmente não são perceptíveis esteticamente ou funcionalmente. Desta forma, as assimetrias tornam-se importantes quando afetam a função e/ou estética do paciente.

As assimetrias faciais decorrentes de distúrbios de crescimento dos maxilares quase sempre requerem correção cirúrgica ortognática, seguida, em alguns casos, necessitar de correções teciduais leves. (KAHNBERG et al., 1997). Dentro das assimetrias faciais, a assimetria mandibular é geralmente caracterizada clinicamente, devido à presença dos seguintes fatores: desvio do mento para um lado, discrepância dento-esquelética da linha média, mordida cruzada e discrepância no sentido vertical da mandíbula, sendo considerada como principal causa a variação do potencial de crescimento da mandíbula (SKOLNICK et al., 1994).

A correção destas alterações faciais envolve principalmente, o tratamento ortodôntico-cirúrgico podendo associar, em algumas situações, uma cirurgia combinada de mandíbula e maxila.

Vários fatores, isolados ou em conjunto, podem indicar a necessidade para a realização da cirurgia ortognática. Pode-se citar como fatores a mastigação debilitada, disfunção da articulação têmporomandibular e susceptibilidade à cárie e à doença periodontal, devido à higiene oral debilitada pela protrusão e irregularidades dentárias (ARNETT, 2002). Considera-se que uma das indicações mais importantes para a cirurgia ortognática baseia-se no efeito psicossocial causado pela deformidade dento-facial e pela assimetria facial.

Muitos pacientes com deformidades dento-faciais podem ser beneficiados com o tratamento corretivo ortognático (FONSECA et al., 2000). Quando o problema é de origem esquelética, e o paciente já cessou sua fase de crescimento, o tratamento

ortodôntico não mais poderá atuar, sendo indicada a cirurgia ortognática.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de correção de assimetria mandibular, discutindo a literatura atualizada, as formas de tratamento, as etiologia, as indicações das diferentes abordagens terapêuticas utilizadas.

ASSIMETRIA FACIAL

Deformidades dento-faciais afetam aproximadamente 20% da população, podendo os pacientes com estas discrepâncias apresentar em vários graus de comprometimento funcional e estético. Assim, malformações podem surgir isoladamente em um maxilar ou podem se estender para diversas estruturas crânio-faciais. Elas podem ocorrer uni ou bilateralmente e podem ser expressas em graus variados nos planos faciais vertical, horizontal e transversal (FONSECA et al., 2000).

Os fatores causais das assimetrias são classificados como funcional, esquelético, dentário ou a junção de todos (PROCACI, 2002). O conjunto de fatores que podem, habitualmente, correlacionar-se com as alterações faciais podem ser classificados também em nutricionais, funcionais, hormonais, lesões nervosas, lesões vasculares e fatores ambientais. Todos estes fatores, durante a fase de crescimento do indivíduo, podem causar discrepâncias de tamanho, posição e forma das estruturas envolvidas, resultando em alterações anátomo-funcionais importantes (OLMOS ARANDA et al., 1999).

O diagnóstico dessas deformidades deve basear-se na anamnese, avaliação da história médica e odontológica prévia, exame clínico e radiográfico, análise de modelos, idade óssea e, em casos específicos, além de outros exames complementares como a cintilografia óssea. (FONSECA et al., 2000).

Os principais sinais e sintomas em pacientes com assimetrias faciais são: assimetria facial, desequilíbrio entre os terços faciais, limitação funcional

(função mastigatória, distúrbio de ATM), alterações oclusais (mordida cruzada anterior e/ou posterior), desvio de linha média esquelética/dentária (WOLFORD,1999).

Diversas opções de tratamento são descritas na literatura. A indicação de uma técnica em detrimento à outra se faz pelo correto diagnóstico de cada caso (GAZIT-RAPPAPORT, 2003). apresenta uma abordagem conservadora ortodôntica-protética no qual uma oclusão estável e o ajuste da linha média dentária foram obtidos através de movimentação dentária e instalação de componente protético constituindo um terceiro pré-molar.

WOLFORD (2002), descreve um tratamento combinado da articulação temporomandibular associado ao orto-cirúrgico em pacientes com diagnóstico de assimetria facial, causado por hiperplasia condilar. O autor prega a cirurgia ortognática precoce e a abordagem da ATM para realizar uma condilectomia, na tentativa de diminuir o crescimento mandibular e aplicatura meniscal, a fim de possibilitar melhor função.

A utilização da cirurgia ortognática na correção de assimetrias faciais é uma das técnicas mais utilizada e estudada dentro da cirurgia buco-maxilo-facial (ARAUJO, 1999). Em pacientes cujo defeito tem como agente etiológico o componente esquelético não associado a qualquer patologia, a abordagem cirúrgica é o tratamento de escolha.

RELATO DO CASO

Paciente D.P.P., 21 anos, melanoderma, gênero masculino, natural de Recife-Pernambuco, foi encaminhado ao serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz com queixa principal de "quixo torto". Paciente não apresentava nenhuma alteração na condição sistêmica e ausência de patologia prévia associada.

Ao exame extra-oral, em norma frontal e lateral, observou-se assimetria facial do terço inferior

da face em relação aos demais terços (superior e médio), laterognatismo mandibular, desvio da linha média mandibular, alteração da relação ântero-posterior do lábio superior, lábio inferior e pogônio mole, no qual o lábio inferior se encontrava à frente do superior, e o pogônio mole à frente do lábio inferior.

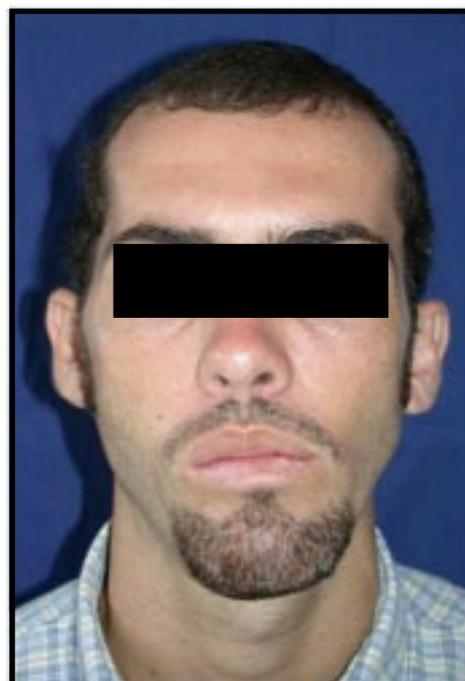


Figura (1)



Figura (2)

Ao exame intra-oral, observou-se desvio de linha média para esquerda, mordida cruzada anterior

e posterior do lado direito, oclusão classe III canino e molar, sendo mais acentuada do lado direito, mucosa sem alterações.



Figura (3)



Figura (4)



Figura (5)

Os exames radiográficos, panorâmico e telerradiografia frontal/perfil apresentaram ausência de alterações de crescimento do côndilo mandibular, projeção lateral da mandíbula e desvio da linha média mandibular +/- 4mm.

O tratamento ortodôntico prévio teve como objetivo alinhar e nivelar os dentes dentro da base

óssea, coordenar as arcadas e remover as compensações dentárias.

Baseado nos dados de diagnóstico, foi proposta cirurgia ortognática na mandíbula para correção da linha média esquelética e dentária, visando obter um melhor resultado estético e funcional.

A técnica cirúrgica utilizada foi osteotomia sagital de mandíbula bilateral. Foi confeccionado um retalho muco-periosteal de espessura total através de uma incisão vertical retilínea, seguindo a linha oblíqua externa no sentido crânio-caudal. Ao se descolar o retalho, foram abordadas as regiões de língula de mandíbula, trigono retromolar, ramo e corpo mandibular ao nível de segundo e primeiro molares.

A linha de osteotomia se estendeu da região acima da entrada do canal mandibular, linha oblíqua externa, seguindo por trigono retromolar até a região de segundo molar, onde segue a osteotomia vertical, estendendo-se a basilar de mandíbula. O segmento distal e proximal são separados com os separadores de sagital e Smith. O corpo mandibular é posicionado em oclusão e corrigido linha média e realizado bloqueio maxilo-mandibular transoperatório com fio de aço Aciflex nº 1. A fixação foi feita com 6 parafusos de titânio do sistema 2.0 mm (MDT-Biotechnology), utilizando-se de uma técnica posicional e em configuração em "L" invertido.



Figura (6)

Esses parafusos devem estar perpendiculares ao ramo mandibular; para isso, foi utilizado o trocater, dispositivo trans-cutâneo, que propicia acesso à perfuração e instalação do parafuso no sentido correto dentro do coto proximal. Em seguida, foi liberado o bloqueio maxilo-mandibular e confirmada a oclusão transoperatória. A sutura do retalho muco-periosteal foi realizada adotando-se a técnica de sutura contínua com fio Vicryl 4-0 (cuticular ou plástico). Figs. 7, 8, 9, 10, 11.



Figura (9)



Figura (7)



Figura (10)



Figura (11)



Figura (8)

DISCUSSÃO

A abordagem cirúrgica da assimetria mandibular constituindo-se é, normalmente do tratamento de escolha para essas deformidades. A utilização neste caso da cirurgia ortognática e não um procedimento menos invasivo ou associação de um procedimento cirúrgico combinado na ATM se deve à análise dos achados clínicos e dos exames complementares.

O paciente apresentava a maior parte dos

sinais e sintomas de um caso de assimetria mandibular, sem alterações de outras estruturas, como por exemplo, a maxila. Através dos exames complementares, observamos o côndilo mandibular sem alterações radiográficas consideráveis e com crescimento ósseo estável. Assim, um tratamento combinado da ATM estaria contra-indicado (SKOLNICK, 1994).

A opção da movimentação ortodôntica com instalação posterior de prótese resulta na correção da linha média dentária sem resolução do problema esquelético. (GAZZIT-RAPPÁPORT, 2003), sendo indicada somente em casos de assimetria dentária ou quando a discrepância esquelética é mínima, e a compensação não afeta negativamente a função estética facial ou a estabilidade final de tratamento.

A utilização da técnica de osteotomia sagital foi escolhida, por ser uma técnica versátil, podendo ser utilizada tanto para avanço quanto para recuo mandibular, por apresentar maior superfície de contato entre o segmento proximal e o distal, e, em relação a outras técnicas de osteotomia, como a vertical de ramo ou a subcondiliana, permite o uso da fixação interna rígida, não necessitando de bloqueio pós-operatório. (WOLFORD, 2002).

CONCLUSÃO

Podemos concluir que o uso da cirurgia ortognática no tratamento da assimetria facial é uma técnica bem estudada na literatura, de resultados previsíveis e estabilidade a longo prazo. O correto diagnóstico e planejamento do caso é fundamental para indicação do procedimento cirúrgico mais adequado. A análise do crescimento ósseo e patologia mandibular associada são parâmetros relevantes à escolha de uma abordagem mais conservadora ou mais invasiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, F. A. **A ortodontia e ortopedia facial diante das anomalias maxilo-faciais.** J. Bras. Ortodon. Ortop. Facial; 3(18): 86-95, nov. -dez. 1998.
2. ARAÚJO, A. M.; et al. Estabilidade de avanços mandibulares em cirurgias ortognáticas combinadas com a utilização de fixação interna rígida. **Ortodontia**; 33 (2): 65-75, maio-ago. 2000.
3. ARAÚJO, A. **Cirurgia Ortognática.** 1ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1999, 374p.
4. DE MASSIAC, G. et al. Préparation orthodontique à la chirurgie orthognathique. Quelques points particuliers. **Rev Stomatol Chir Maxillofac**; 99 (1):11-9, apr. 1998.
5. ARNETT, G. W.; et al. Cirurgia ortognática de modelo, realizada passo a passo. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortopedi.** Facial; 7(1): 93-105, jan.-fev. 2002.
6. FONSECA, R. J et al. Oral and Maxillofacial Surgery. 1ª ed. Pennsylvania: **W. B. Saunders Company**, 2000.
7. FUKUI T.; et al. Multilingual bracket treatment combined with orthognathic surgery in a skeletal class III patient with facial asymmetry. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**; 115(6): 654-9, 1999 Jun.
8. GARBIN, A. J. I. e PASSERI, L. **A. Análise de proporções divinas em pacientes submetidos à cirurgia de retroposicionamento mandibular.** Ortodontia; 34 (2): 45-56, maio-ago. 2001.

-
9. KAHNBERG, K. E. **Correction of maxillofacial asymmetry using orthognathic surgical methods.** J Craniomaxillofac Surg; 25(5): 254-60, 1997 Oct.
 10. OLIVEIRA, K. C.; et al. Mentoplastias nos laterodesvios mandibulares. **Rev. Odonto Ciênc;** 15(29): 103-110, jun. 2000.
 11. OLMOS ARANDA, L.; et al. Osteogenic mandibular distraction. A case report. **Rev. ADM;** 56 (3): 124-7, mayo-jun. 1999.
 12. PETERSON, L. J. et al. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
 13. PROCACI, M. I. M. A e RAMALHO, S. A. Crescimento assimétrico da face: atividade muscular e implicações oclusais. **Rev. dent. Press Ortodon.** Ortopedi. Facial; 7(6): 87-93, nov.-dez. 2002.
 14. SOUZA, M. M. G. **Alinhamento e nivelamento ortodôntico na cirurgia ortognática segmentada.** Rev. Odonto Ciênc; 15(29): 31-38, jun. 2000.
 15. SKOLNICK, J.; et al. Prepubertal trauma and mandibular asymmetry in orthognathic surgery and orthodontic patients. **Am J Orthod Dentofacial Orthop;** 105(1): 73-7, 1994 Jan.
 16. VALENTE, C. **Técnicas cirúrgicas bucais e maxilofaciais.** Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2003.

