

FRATURA DE CÔNDILO EM PACIENTE USUÁRIA DE PRÓTESE TOTAL SUPERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO.

CONDILAR FRACTURE OF A PATIENT WEARING FULL UPPER PROTESIS: REPORT OF A CASE.

Recebido em 12/12/2003
Aprovado em 04/03/2004

Airton Vieira LEITE SEGUNDO*
Marcelo Ferreira Lima FALCÃO**
Josimário João da SILVA***

RESUMO

As fraturas do colo do côndilo são relativamente comuns, sendo normalmente causadas por impactos na região de sínfise e/ou parassínfise, acarretando efeito de contra-golpe e conseqüente ruptura óssea na zona de fragilidade óssea do colo de côndilo. O tratamento dessas fraturas tem sido, há anos, motivo de considerável controvérsia, principalmente quando se confronta as opções de redução aberta ou tratamento funcional. O objetivo do presente trabalho foi relatar o caso de uma fratura de colo de côndilo em uma paciente usuária de prótese total superior, descrevendo as vantagens e desvantagens da técnica de abordagem utilizada.

PALAVRAS-CHAVE: Fratura de côndilo / tratamento conservador / prótese.

ABSTRACT

Condilar fractures are relatively common, normally associated with impacts on sinfise and/or parasinfise that may lead to a against-stroke effect that cause osseous rupture on the osseous fragility zone of condile's neck. The treatment of these fractures had been for years, object of considerable controversy, mainly due to the debate about open reduction or functional treatment. The aim of the present paper was to report a case of condilar neck fracture of a patient wearing a full upper prothesis, describing advantages and disadvantages of the technique used.

KEY WORDS: Condilar fracture / conservative treatment / prothesis

INTRODUÇÃO

As fraturas mandibulares são extremamente freqüentes nos traumas faciais, sendo o segundo osso mais fraturado, haja vista sua posição proeminente, o que a permite receber grande parte dos traumas do terço inferior da face, das quais aproximadamente 24% acometem a região dos côndilos mandibulares (VALENTE et al 11).

Essas fraturas condilares apresentam uma alta relação com os traumas na região sinfisária, por ocasião do efeito de contragolpe devido à transmissão de forças ao côndilo, permitindo afirmar que os impactos na sínfise são os maiores responsáveis pelas fraturas condilares (MARCANTONIO et al 7).

O diagnóstico é baseado nos achados clínicos

1- Especialista em Estomatologia pela Universidade Federal de Pernambuco, Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital da Restauração.

2- Mestre em Odontologia - Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Chefe do Serviço de CTBMF do Hospital da Face / Recife-PE.

3- Mestre e Doutor em Odontologia - Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Pontifícia Universidade Católica / Rio Grande do Sul, Coordenador do Programa de Residência em CTBMF do Hospital da Restauração.

e radiográficos. Podemos observar sinais e sintomas como dor à palpação na região de pré-tragus e no movimento mandibular; edema que pode estar acompanhado de assimetria facial; limitação de abertura bucal; dificuldade de realizar movimentos de lateralidade; mal-oclusão dentária; desvio da linha média para o lado afetado, principalmente durante abertura bucal nos casos de fratura unilateral; mordida aberta anterior nos casos de fratura bilateral e otorragia (VASCONCELOS e VASCONCELLOS 12; ESCADA e SILVA 3). Quanto ao diagnóstico por imagens, as fraturas condilares são mais bem observadas nas radiografias de Towne e nas tomografias computadorizadas em cortes coronais (LAGO e GENÚ 6).

Com relação às formas de terapia, podem ser tratadas por métodos cirúrgico ou não-cirúrgico (tratamento funcional). O tratamento cirúrgico consiste na exposição do foco da fratura por meio de acesso pré-auricular, submandibular ou retromandibular, seguido de redução e contenção rígida da fratura. O bloqueio intermaxilar é mantido por 3 a 5 dias e posterior instituição da terapia funcional por períodos variáveis de 1 a 2 meses (DE RIU et al 2). Como exemplo de indicação da terapia cirúrgica, pode ser citada em fraturas unilaterais em adultos, com deslocamento maior que 45° em relação ao eixo longitudinal do ramo, quando observados em projeções radiográficas frontais ou fraturas em que o côndilo é deslocado da cavidade glenóide (CHOI et al 1; HAUG e ASSAEL 5; ZIDE e KENT 13; TAKENOSHITA et al 10; RAVEH et al 8).

O tratamento funcional consiste na fixação intermaxilar por um período de aproximadamente 7 dias, por meio de barras e bandas elásticas, seguido por terapia funcional por cerca de 40 dias, além da instituição de uma dieta líquida e pastosa (DE RIU et al 2;). São menos traumáticas, seguras, além de apresentarem baixos índices de complicações, como dor e maloclusão, podendo ser indicada em quase

todas fraturas condilares em adultos (intracapsulares ou extracapsulares) que não apresentem deslocamentos condilares significativos (GIANNI et al 4; SIEGEL et al 9).

CASO CLÍNICO

Uma paciente de 46 anos procurou o pronto-socorro relatando queda da própria altura. A avaliação clínica da paciente não revelou alterações sistêmicas significativas. Durante o exame da face foi observado ferimento corto-contuso na região de sínfise mandibular, bem como presença de otorragia no ouvido direito. Foi relatado pela paciente dor à palpação na região pré-auricular e durante a tentativa de abertura bucal. Realizado o exame intra-oral, foi então observado que a paciente era portadora de prótese total superior e apresentava ausência de elementos dentais inferiores (35, 36, 38, 46 e 48). Como sinais clínicos, foram observados limitação de abertura bucal (12 mm) e impossibilidade na realização de movimentos de lateralidade e protusão mandibular. Foram solicitados exames radiográficos (Panorâmica e Towne) que revelaram imagem sugestiva de fratura óssea na região de colo mandibular (Fig. 1).

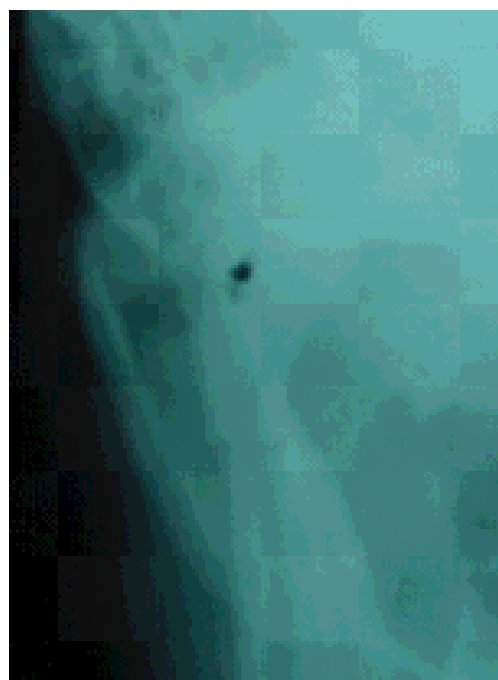


Fig. 1- Radiografia de Towne - Observar traço de fratura e ausência de deslocamento significativo.

Frente os achados clínicos e radiográficos foi emitido o diagnóstico de fratura de côndilo extracapsular sem desvio significativo. Sendo assim, foi proposto o tratamento funcional, que constou do preparo da prótese através de perfurações interdentais (Fig. 2) e colocação de barras de Erich (Fig. 3).



Fig. 2 - Preparo da prótese por meio de perfurações interdentais.

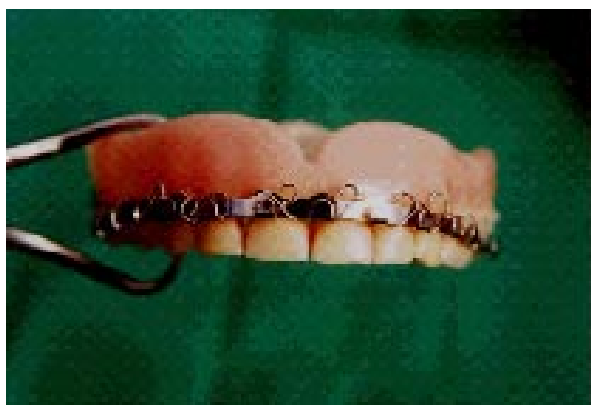


Fig. 3 - Prótese com barra de Erich.

Na fase cirúrgica, a prótese foi fixada através de suspensões nos arcos zigomáticos e espinha nasal anterior (Fig. 4), que prosseguiu com realização da fixação intermaxilar, através de elásticos ortodônticos de 1/8 e força moderada (Fig. 5).

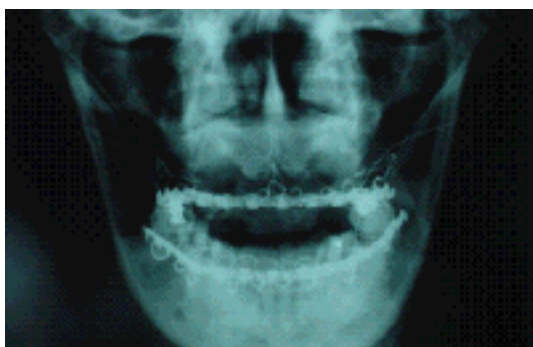


Fig. 4 - Radiografia PA de mandíbula - Observar suspensões com fio de aço.



Fig.5 - Bloqueio com ligas ortodônticas

Doze horas após a cirurgia foi instituída uma alimentação líquida hipercalórica e hiperprotéica baseada em alimentos como iogurtes, coalhadas, caldo de feijão ou carne, sucos (laranja, acerola, goiaba, graviola, etc.), sopa de carne e verduras (após liquidificada) e mistura de leite, amido de milho e composto alimentar (Sustagem[®]). A paciente foi orientada a realizar higiene bucal através de escova ortodôntica, seguido de bochechos com água morna e 1 (uma) colher de chá de bicarbonato de sódio. Após 14 dias foi removida a fixação intermaxilar e nesse momento observamos uma abertura bucal interincisal de 15 mm. A alimentação líquida e pastosa foi mantida e instituída a fisioterapia que constou de:

1. Utilização de compressa morna por 20 (vinte) minutos
 2. Fazer exercício de abertura e fechamento de boca por 3 (três) minutos
 3. Fazer abertura forçada da boca por meio de colocação de espátulas entre os incisivos. Cada espátula deve ser colocada após cessação da resposta dolorosa ao estiramento
 4. Fazer exercício de protusão mandibular (20 vezes)
 5. Fazer exercício de lateralidade mandibular (20 vezes)
- Realizar a fisioterapia 3 (três) vezes ao dia, durante 10 (dez) semanas.

A paciente foi orientada a colocar elásticos no período noturno, promovendo a manutenção da fixação por

um período médio de 10 horas diário. Quinze dias após a instituição da fisioterapia, a paciente retornou e foi observada uma abertura bucal de 22 mm. Com 30 dias a abertura era de 31mm e aos 50 dias foi conseguida uma abertura de 40 mm. A paciente atualmente se encontra em controle clínico periódico e não apresenta maiores complicações do tratamento. (Fig. 6)

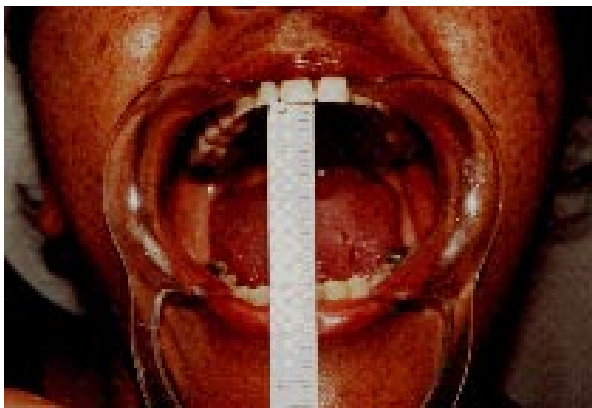


Fig. 6 - Abertura bucal após 50 dias de fisioterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento das fraturas do côndilo mandibular representa um dos tópicos mais controversos da traumatologia bucomaxilofacial. Em pacientes adultos, o tratamento pode variar de acordo com a localização e deslocamento da fraturas. De maneira geral, as fraturas condilares devem ser submetidas, sempre que possível, ao tratamento funcional, que consiste na fixação intermaxilar por menor tempo possível e instituição precoce da fisioterapia. No presente caso, utilizamos a prótese total superior da paciente como auxílio no bloqueio intermaxilar, realizando a fixação esquelética da prótese com fios de aço por meio de suspensões nos arcos zigomáticos e espinha nasal anterior. Baseado na literatura e em nossa experiência, o tratamento funcional produz bons resultados, devendo ser adotado como primeira escolha nas fraturas condilares que não apresentarem deslocamentos significativos da cabeça articular.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- 1- CHOI, B. H.; YI, C. K.; YOO, J. H. Clinical evaluation of 3 types of plate osteosynthesis for fixation of condylar neck fracture. *J. Oral and Maxillofac Surg*, v.59, n.7, p.734-737, Jul., 2001.
- 2- DE RIU, G.; GAMBA, U.; ANGHINONI, M.; SESENNA, E. A comparison of open and closed treatment of condilar fracture: a change of filosof. *Int J. Oral Maxillofac Surg*, v.30, n.5, p.384-389, 2001.
- 3- ESCADA, P; SILVA, J. M. Otorragia pós-traumática por fractura associada do côndilo da mandíbula e da face articular timpânica da articulação tempomandibular. *Rev Port ORL*, v.38, n.1, p.51-55, 2000.
- 4- GIANNI, A. B.; TULLIO, A.; SESENNA, E.; RAFFAINI, M.; MOSCATO, G. Risultatio distanza nel trattamento funzionale delle fratture di condilo. *Rev Itaniana di Chirurgia Maxillo-faccial*, v.2, p.55-62, 1991.
- 5- HAUG, R. H.; ASSAEL, L. A. Outcomes of open versus closed treatment of mandibular subcondylar fracture. *J. Oral Maxillofac Surg*, v.59, n.4, p.370-375, Apr., 2001.
- 6- LAGO, C. A.; GENÚ, P. R. Diagnóstico do trauma bucomaxilofacial In: VASCONCELOS, B. C. E.; SILVA, E. D. O. *Traumatologia bucomaxilofacial*. 1. ed., São Paulo: EDUPE, 2001. Cap.3, p.61-76.
- 7- MARCANTONIO, E.; GABRIELLI, M. R.; GABRIELLI, M. A. C.; BARBOSA, C. E. M. Fratura do côndilo mandibular. In: SOUZA, L. C. M.; BARROS, J. J. *Traumatismo bucomaxilofacial*. 4. ed., São Paulo: Roca, 2000. Cap.9, p.231-264.
- 8- RAVEH, J.; VUILLEMIN, T.; LADRACH, K. Open reduction of the dislocated, fractured condylar process.

J. Oral Maxillofac Surg, v. 47, p.120-126, 1989.

9- SIEGEL, M. B.; WETMORE, R. F.; POTSIC, W. P.; HANDLER, S. D.; TOM, L. W. C. Mandibular fractures in pediatric patient. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, v.117, p.533-536, 1991.

10- TAKENOSHITA, Y.; ISHIBASHI, H.; OKA, M. Comparison of functional recovery after nonsurgical and surgical treatment of condilar fracture. J. Oral Maxillofac Surg, v.48, n. , p.1191-119, 1990.

11- VALENTE, R. O. de H.; SOUZA, L. C. M.; ANTONINI, S. V.; GLOCK, L.; NISA-CASTRO-NETO, W. Epidemiologia das fraturas mandibulares atendidas no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (HSCSP) entre 199 e 1998. Rev Bras Cir Periodontia, Curitiba, v.1, n.2, p.141-146, abr./jun.,2003.

12- VASCONCELOS, B. C. E.; VASCONCELLOS, R. J. H. Lesões traumáticas da ATM In: VASCONCELOS, B. C. E.; SILVA, E. D. O. Traumatologia bucomaxilofacial. 1. ed., São Paulo: EDUPE, 2001. Cap.9, p.183-205.

13- ZIDE, M. F.; KENT, J. N. Indications for open reduction of mandibular condyle fracture. J. Oral Maxillofac Surg, p.89-98, 1993.