

LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: REVISÃO DE LITERATURA

DISLOCATION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT: A REVIEW OF THE LITERATURE

Belmiro Cavalcanti do Egito VASCONCELOS*

Reginaldo Inojosa Carneiro CAMPELLO**

David Moraes de OLIVEIRA**

Ricardo Viana Bessa NOGUEIRA**

Onilson da Rocha MENDES JÚNIOR***

Recebido em mar/2003

Aprovado em ago/2004

RESUMO

A luxação da articulação temporomandibular caracteriza-se pela posição anormal do côndilo em relação à cavidade glenóide, podendo apresentar-se: anterior, posterior, superior, lateral ou medial. As causas da luxação são diversas, destacando-se: bocejos, manipulação da mandíbula durante procedimentos odontológicos e trauma. A luxação da ATM pode apresentar-se quando ocorre um episódio isolado ou quando ocorre episódios repetidos, chamado de luxação recorrente, cuja ocorrência é relatada entre 3 a 7 % na população geral. Seu tratamento baseia-se em métodos conservadores ou cirúrgicos. Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre a luxação da articulação temporomandibular, mencionando os achados clínicos e os tipos de tratamento.

Descritores: Articulação, Côndilo, deslocamento.

ABSTRACT

Dislocation of the temporomandibular joint (TMJ) may be defined as an abnormal position between the condyle, the articular eminence and the disc, which can lead to an anterior, posterior, superior, lateral or medial dislocation. The literature reports that there are two varieties of the dislocation, one of which is an isolated episode, while the other is a recurrent dislocation, which is found in 3 to 7 % of the world's population. The etiology of the condition is diverse, but the main causes are yawning, manipulation of the jaw during clinical or surgical procedures, and trauma. Treatment modalities for this condition may be conservative or surgical. The aim of this study was to review the literature on the diagnosis and treatment of this condition.

Descriptors: Joint, Condyle, Dislocation.

*Cirurgião-Dentista, Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade de Barcelona – Espanha; Coordenador do curso de Mestrado e Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

** Cirurgião-Dentista, Aluno do Curso de Mestrado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

**Cirurgião-Dentista, Aluno do Curso de Mestrado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

***Cirurgião-Dentista; Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

No deslocamento da articulação Temporomandibular (luxação condilar), o côndilo se encontrará fora de sua posição normal, podendo estar anterior, posterior, superior, medial ou lateralmente à cavidade glenóide. O deslocamento para anterior é mais comum, e, segundo Mead em seu livro "Oral Surgery" (1946), os outros tipos de direcionamento irão ocorrer somente associados a fraturas. O deslocamento anterior também poderá surgir durante a normal atividade muscular de abrir a boca, como no bocejo, não precisando necessariamente ser causado por trauma (MYRHAUG, 1951).

Segundo Hale (1972), a luxação da ATM ocorre quando o côndilo se move para fora da fossa glenóide, travando anteriormente a eminência articular. Este travamento é mantido pelo espasmo dos músculos da mastigação, tornando, portanto, a luxação inevitável. Esta condição é denominada de habitual, recidivante ou recorrente, quando os episódios passam a ser freqüentes, piorando progressivamente. Neste caso, está associada, geralmente, à hiper mobilidade da mandíbula e à inclinação da eminência articular. Os fatores etiológicos da luxação da ATM são múltiplos, e o tratamento varia de métodos conservadores a intervenções cirúrgicas complexas.

Atualmente, quando há referência à articulação temporomandibular (ATM), o termo subluxação refere-se ao deslocamento auto-redutível do côndilo mandibular anteriormente à eminência articular, o que não ocorre na luxação, na qual há necessidade de redução manual do côndilo deslocado para a cavidade glenóide. Nessa segunda situação, a dor estimula espasmo ou contração dos músculos da mastigação, o que provoca uma elevação e travamento do côndilo anteriormente à eminência articular. As luxações ou as subluxações são geralmente bilaterais, mas podem ser unilaterais.

Helman et al. (1984) relataram que 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 a outra com a finalidade de promover movimentos mandibulares livres (remoção da eminência articular), cada um com suas vantagens e desvantagens; no entanto, Shorey e Campbell (2000) relataram que o tratamento da luxação da ATM está baseado na estabilidade dos seguintes fatores: alterações dos ligamentos, alterações da musculatura, alteração da anatomia óssea.

REVISTA DA LITERATURA

A luxação da ATM geralmente é bilateral, e suas características clínicas são: incapacidade de fechar a boca, protrusão do mento, salivação, dificuldade de falar, dor em graus variáveis e tensão da musculatura mastigatória. Nos casos de luxação unilateral, ocorre um desvio do mento para o lado oposto (MYRHAUG, 1951). Segundo Shorey, Campbell (2000), os sinais e sintomas da luxação da articulação temporomandibular é a dificuldade de abrir a boca, depressão pré-auricular, salivação excessiva, tensão da musculatura da mastigação e dor severa na região da articulação.

A luxação pode ser desencadeada pelo bocejo, pela manipulação da mandíbula durante tratamento dentário ou por uma abertura exagerada da boca em cirurgias bucais ou faringeanas, sob anestesia geral. A luxação recidivante da articulação temporomandibular geralmente está associada à hiper mobilidade da mandíbula e a uma eminência articular proeminente. O paciente com uma verdadeira hiper mobilidade da mandíbula e luxação recidivante da ATM entra num ciclo vicioso. Cada vez que ocorre a luxação, há mais rompimento e estiramento do ligamento capsular, que agrava a condição e conduz a mais episódios de recorrência

(HALE,1972).

A ocorrência de luxação recidivante da ATM é relatada entre 3 a 7% na população geral. Cooper, em 1832, propôs os termos luxação e subluxação da ATM. Subluxação é definida como um deslocamento do côndilo para fora da cavidade glenóide e anterosuperior da eminência articular, podendo ser auto – redutível.

Análises clínicas e radiográficas indicam que aproximadamente 70 % da população possuem subluxação da ATM. Em contrapartida, a luxação também é o deslocamento do côndilo para fora da cavidade glenóide, sem apresentar a auto-redução.

As indicações para tratamento incluem: episódios repetidos de luxação, dor articular e disfunção mastigatória. O tratamento da luxação divide-se em transitório ou definitivo. O tratamento transitório ou de emergência torna-se necessário, quando a luxação não pode ser reduzida pelo paciente.

Nesses casos, o profissional reduz a luxação manualmente, posicionando o côndilo à cavidade glenóide, e as estruturas articulares não sofrem intervenções. O tratamento definitivo pode ser constituído de conservador ou cirúrgico, sendo este último indicado nos casos de fracasso do tratamento conservador, por exemplo luxação recidivante (IRBY,1957).

Sobre o tratamento conservador, HALE (1972) afirma que os tipos deste tratamento são: bloqueio maxilo-mandibular, exercícios musculares e injeções esclerosantes na articulação temporomandibular.

A imobilização da mandíbula por bloqueio maxilo-mandibular pode ser adotada isoladamente ou em conjunto a outras modalidades de tratamento. O bloqueio tem sido recomendado por um período de três a seis semanas, para facilitar a cicatrização de presumíveis ligamentos articulares lesados.

Entretanto, o bloqueio maxilo-mandibular isoladamente ou concomitante ao uso de agentes esclerosantes tem falhado na obtenção de resultados

permanentemente satisfatórios (SHOREY, CAMPBELL, 2000).

A injeção de agentes esclerosantes na articulação tem sido utilizada por muitos anos. Os agentes mais efetivos, como psilato de sódio não estão mais disponíveis, mas um grau de fibrose pode ser induzido por injeção periarticular de tetradecilsulfato de sódio 3%, um agente esclerosante usado para injeção intravenosa de veias varicosas e hemorróidas, e por sangue autógeno. Esse procedimento, por causar considerável dor, é mais indicado para pacientes idosos, nos quais a cirurgia poderia implicar maiores riscos (LEOPARD,1987).

Hasson, Nahlieli (2001) utilizaram injeção de sangue autógeno para tratamento de três pacientes com luxação recidivante da ATM. Foram injetados 5,0 ml da solução, e após sua aplicação, foi utilizada uma bandagem elástica por 24 horas e recomendado aos pacientes uma alimentação leve por sete dias. Foram prescritos cefalosporina e antiinflamatório não-esteroidal por sete dias. Após uma semana do procedimento, os pacientes iniciaram fisioterapia supervisionada e foram encorajados a abrir a boca até o limite de 40 mm. Nenhuma luxação da ATM foi relatada após o tratamento, exceto uma subluxação unilateral em apenas um dos três pacientes. Todos os pacientes apresentaram-se com abertura bucal normal.

Em relação ao tratamento cirúrgico, muitos métodos têm sido descritos: eminectomia (MYRHAUG,1951; IRBY,1957; HALE,1972), escarificação do tendão do músculo temporal por via intrabucal, com o intuito de limitar os movimentos mandibulares (MAW, MCKEAN, 1973; GOULD, 1978), plicatura da cápsula articular (MACFARLANE, 1977), osteotomia oblíqua da raiz do osso zigomático ou procedimento de Dautrey (LAWLOR, 1982; TO, 1991; SRIVASTAVA et al.,1994), miotomia do músculo pterigóide lateral por via intrabucal (SINET-EDERSEN, 1988), uso de miniplacas na eminência articular

(BUCKLEY, TERRY, 1988; PUELACHER, WALDHART, 1993), aumento da eminência articular pelo uso de enxerto aloplástico (KARABOUTA, 1990), e uso de mini-âncoras "mitek" no côndilo e na raiz posterior do arco zigomático (WOLFORD et al,2001).

De acordo com Shorey, Campbell (2000), a estabilidade de qualquer articulação depende de três fatores principais: integridade dos ligamentos, atividade muscular e arquitetura óssea das superfícies articulares, os quais devem ser sempre levados em consideração. Citam ainda os principais fatores desencadeadores da luxação da ATM: bocejar, cantar, dormir com a cabeça apoiada no antebraço, manipulação da mandíbula em pacientes sob anestesia geral, maloclusão severa e perda da dentição. Em relação ao tratamento da luxação recidivante da ATM, relatam que, na maioria dos casos, os métodos conservadores promovem apenas alívio temporário dos sintomas, sendo a recorrência um caso comum, ao contrário do tratamento cirúrgico que busca um tratamento definitivo.

DISCUSSÃO

A luxação recidivante da ATM apresenta-se predominante no gênero feminino e representa 3% de todas as luxações articulares do corpo. Pensa-se que este fato esteja relacionado à anatomia, em relação à fossa mandibular rasa.

A luxação anterior do côndilo da mandíbula é a mais freqüente e caracteriza-se pela ausência do fechamento bucal, protrusão do mento, tensão e espasmos musculares mastigatórios, sialorréia, dificuldade na fonação e dor na região da ATM (LOVELY, COPELAND,1981).

Segundo Shore, Campbell (2000), muitas modalidades de tratamento são consideradas, objetivando a resolução de dores e disfunções da luxação recidivante da articulação temporomandibular. Intervenções cirúrgicas têm geralmente apresentado melhores resultados, por se

tratar de um tratamento definitivo. Comparações sobre relatos de tratamento são difíceis, devido a estudos com metodologias diferentes e por causa dos desiguais períodos de acompanhamento pós-operatórios, entretanto, a técnica da eminectomia tem sido bem descrita na literatura sem relato de recidiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O deslocamento anterior do côndilo apresenta-se mais comumente.
- O tratamento conservador resulta no alívio dos sintomas, geralmente havendo recorrência da luxação.
- O tratamento cirúrgico apresenta-se mais efetivo, destacando-se a técnica da eminectomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - MYRHAUG, H. A New method of operation for habitual dislocation of the mandible: review of former methods of treatment. *Acta Odontol. Scand, Oslo*, v. 9, p. 247-261, 1951.
- 2 - HALE, R. H. Treatment of recurrent dislocation of the mandible: review of literature and report of cases. *Oral Surg, St. Louis*, v. 30, p. 527-530, 1972.
- 3 - HELMAN, J.; LAUFER, D.; MINKOV, B.; GUTMAN, D. Eminectomy as surgical treatment for chronic mandibular dislocations. *Int. J. Oral Surg, Copenhagen*, v. 13, p. 486-489, 1984.
- 4 - IRBY, W. B. Surgical correction of chronic dislocation of the temporomandibular joint not responsive to conservative therapy. *J. Oral Surg, Philadelphia*, v. 15, n. 4, p. 307-312, 1957.
- 5 - WESTWOOD, R. M.; FOX, G. L.; TILSON, H. B. Eminectomy for the treatment of recurrent temporomandibular joint dislocation. *J. Oral Surg, St. Louis*, v. 33, n. 10, p. 774-779, 1975.
- 6 - CHERRY, C. Q.; FREW JR, A. L. Bilateral reductions of articular eminence for chronic dislocation: review of eight cases. *J. Oral Surg, Philadelphia*,

v. 35, n. 7, p. 598-600, 1977.

- 7 - LOVELY, F. W.; COPELAND, R. A. Reduction eminoplasty for chronic recurrent luxation of the temporomandibular joint. J. Can. Dent. Assoc, Toronto, v. 47, n. 3, p. 179-184, 1981.
- 8 - OATIS JR, G. W.; BAKER, D. A. The Bilateral eminectomy as definitive treatment: a review of 44 patients. Int. J. Oral Surg, Copenhagen, v. 13, p. 294-298, 1984.
- 9 - BUCKLEY, M. J.; TERRY, B. C. Use of bone plates to manage chronic mandibular dislocation: report of cases. J. Oral Maxillofac. Surg, Philadelphia, v. 46, n. 11, p. 998-1002, 1988.
- 10 - SHOREY, C. W.; CAMPBELL, J. H. Dislocation of the temporomandibular joint. Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol., Oral Radiol. Endod, St. Louis, v. 89, n. 6, p. 662-668, 2000.