

Uso do acesso retromandibular para tratamento de fratura bilateral de côndilo mandibular: relato de caso

Treatment of bilateral mandibular condylar fractures: a case report

Derivaldo Moura Gois Filho^I | André Souza Amarante^{II} | Rafael de Queiroz Moura^{III} |
Joaquim Almeida Dultra^{III} | Bráulio Carneiro Júnior^{III}

RESUMO

O tratamento da fratura de côndilo mandibular é um assunto de muitas controvérsias na literatura sobre as indicações e contraindicações para o tratamento cirúrgico ou conservador. Além delas, dúvidas ainda permanecem sobre qual o melhor acesso cirúrgico para o tratamento desse tipo de fratura, quando se opta pelo tratamento cirúrgico (aberto). Os acessos extrabuciais, descritos na literatura para o tratamento das fraturas condilares, são: pré-auricular, submandibular, ritidectomia e retromandibular (Hinds). O acesso intraoral, com o auxílio da endoscopia, também pode ser utilizado com a mesma finalidade. Por meio do relato de um caso clínico, os autores apresentam um caso de fratura de côndilo mandibular bilateral em que foi utilizado o acesso retromandibular para redução e fixação da fratura.

Descritores: Cirurgia Oral; Côndilo Mandibular; Articulação Temporomandibular; Fraturas Maxilares.

ABSTRACT

The treatment of a mandibular condylar fracture is a subject of much controversy in the literature regarding indications and contraindications to the surgical or conservative approach. In addition, many doubts remain regarding the optimal surgical approach for treating this type of fracture when the open technique is chosen. The extra-oral approaches described in the literature for the treatment of condylar fractures are the preauricular, submandibular, ritidectomy and retromandibular (Hinds). The intra-oral access, with the aid of endoscopy, can also be used for the same purpose. In this clinical report, the authors present a case of bilateral mandibular condylar fracture in which the retromandibular approach was used for the reduction and fixation of the fracture.

Key words: Surgery, Oral; Mandibular Condyle; Temporomandibular Joint; Maxillary Fractures.

^IEx- residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial do Hospital Santo Antônio, Universidade Federal da Bahia, UFBA.

^{II}Residente Sênior em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial do Hospital da Restauração, Recife-PE.

^{III}Mestre em Odontologia e Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-facial, Hospital Santo Antônio, UFBA.

INTRODUÇÃO

O tratamento da fratura de côndilo mandibular é um assunto bastante controverso na literatura. Muitos estudos já foram realizados sobre o tema, o que provocou o surgimento de revisão sistemática da literatura com o uso da meta-análise visando esclarecer as lacunas que existem sobre o melhor tratamento para a fratura condilar. Contudo, apesar do grande número de publicações, a revisão sistemática com meta-análise demonstrou ainda haver uma carência de ensaios clínicos randomizados, controlados, com uma padronização do tratamento realizado e dos critérios avaliados durante o desenvolvimento das pesquisas¹.

Em relação às fraturas da face, as de côndilo apresentam uma incidência, que varia largamente entre os diversos autores. Essas fraturas, ainda hoje, trazem controvérsias quanto ao melhor e mais eficiente método de tratamento, pois diversos fatores influenciam na indicação da abordagem cruenta ou incruenta, entre eles: idade, localização da fratura, grau e direção de deslocamento do segmento fraturado, fraturas de face associadas, assimetria facial em repouso e durante a abertura de boca, ausência ou presença de dentes, facilidade em estabelecer a oclusão, presença de corpo estranho e o estado geral do paciente. Apesar disso, a maioria das fraturas de côndilo é tratada de forma incruenta, através de bloqueio intermaxilar e fisioterapia precoce, uma vez que, apresentam resultados satisfatórios².

Grande parte das publicações sobre a fratura de côndilo abordam as indicações, contraindicações e resultados obtidos pelo tratamento cirúrgico (aberto) e conservador (fechado)³. As indicações absolutas para tratamento cirúrgico das fraturas condilares são: (1) deslocamento para dentro da fossa média do crânio; (2) impossibilidade de obter adequada oclusão por redução fechada; (3) deslocamento lateral extracapsular do côndilo e (4) invasão por corpo estranho^{3,4}.

As características clínicas de um paciente portador de fratura condilar podem ser: (1) evidência de trauma facial, principalmente na área de mandíbula e especialmente na sínfise, (2) edema e dor localizada na região de articulação temporomandibular (ATM), (3) limitação da abertura bucal, (4) desvio ao abrir a boca em direção ao lado fraturado, (5) mordida aberta posterior, no lado contralateral, (6) mudança da oclusão no lado fraturado, com possível mordida cruzada, (7) presença de sangue no canal auditivo, (8) dor à palpação no lado fraturado, (9) ausência de movimento condilar à palpação, tanto transmeato quanto lateralmente sobre o côndilo, (10) desvio mandibular em direção ao lado fraturado, (11) incapacidade do paciente de excursionar a mandíbula no lado fraturado, (12) dificuldade de excursões e de protrusão da mandíbula e (13) ocorrência de mordida aberta, geralmente, em fraturas subcondilares bilaterais⁵.

A abordagem cirúrgica da fratura é realizada por acessos extrabucais como o submandibular, pré-auricular, ritidectomia, retromandibular, e acesso intraoral, nesse caso com o auxílio da endoscopia. Com o objetivo de contribuir para a decisão do cirurgião sobre o melhor acesso para o tratamento cirúrgico da fratura condilar, o presente artigo faz o relato de um caso clínico de fratura de côndilo mandibular bilateral, tratado de forma cirúrgica, por acesso extraoral (retromandibular)⁶.

RELATO DE CASO

Paciente de 17 anos de idade, gênero masculino, faioderma, vítima de acidente automobilístico há aproximadamente 4 anos, foi encaminhado da emergência do Hospital Geral do Estado (Salvador-BA) para o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Santo Antônio-BA (Obras Sociais Irmã Dulce), apresentando fratura de côndilo mandibular bilateral.

Ao exame extrabucal, foi observado incompetência labial, discreto edema em região pré-auricular bilateral, pequena equimose em região infraorbitária direita. Ao exame intraoral, observou-se mordida

aberta anterior devido a contato posterior dos molares inferiores com os molares superiores, consequência do “encurtamento” do ramo mandibular devido à fratura condilar bilateral (Figura 1).



Figura 1: Aspecto intrabucal demonstrando mordida aberta anterior.

Ao exame de imagem, tomografia computadorizada com cortes axiais e coronais, foi observada a fratura condilar bilateral, a ausência de relação cêndilo-cavidade glenoide fossa mandibular e o deslocamento medial dos cotos ósseos fraturados (Figura 2).

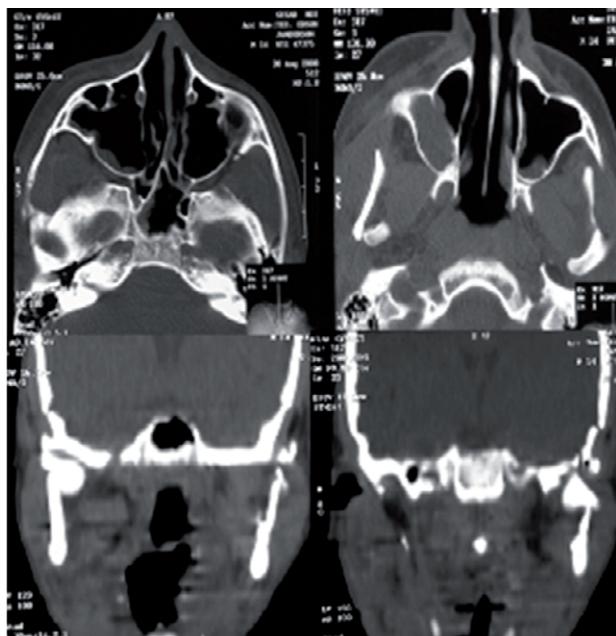


Figura 2: Tomografia computadorizada evidencia ausência do cêndilo na cavidade e o deslocamento medial cêndilo.

O tratamento proposto para o caso foi a redução cirúrgica e a fixação da fratura por acesso retromandibular bilateral, com o uso de 2 miniplacas do sistema 2.0 para cada cêndilo fraturado. O

acesso cirúrgico iniciou-se com a marcação da incisão 0,5cm abaixo do lóbulo da orelha e continua inferiormente de 3 a 3,5cm. A incisão é realizada através da pele e dos tecidos subcutâneos até o músculo platíma. Após a incisão sobre o músculo e o Sistema Músculo-Aponeurótico Subcutâneo (SMAS), procede-se a uma divulsão romba por meio da glândula parótida em direção ântero-medial. A cinta pterigomassetérica é, então, visualizada, sendo a incisão realizada na borda posterior do ramo mandibular, procedendo-se ao descolamento subperiosteal e acesso à fratura. Uma especial atenção é dada às estruturas nobres associadas (ramo marginal mandibular, ramo cervical, veia retromandibular). As barras de Erich, previamente instaladas antes do início do acesso em arco superior e inferior, tiveram o objetivo de realizar o bloqueio maxilomandibular (BMM) no transcirúrgico para utilização da oclusão como guia e auxílio na redução da fratura. As fraturas foram reduzidas e fixadas com miniplacas do sistema 2.0 para cada cêndilo fraturado. O BMM foi removido após a redução e a fixação da fratura no transcirúrgico, para avaliação do resultado obtido na oclusão. Após a observação da oclusão satisfatória, foi realizado debridamento do sítio cirúrgico, por meio de lavagem abundante com solução fisiológica a

0,9%, para a remoção de toda e qualquer esquirola óssea que ainda permanecesse no sítio cirúrgico. Procedeu-se à sutura interna com fio Vicryl® 3.0, com especial atenção para o fechamento da cinta pterigomassetérica, da cápsula parotídea e do platisma, evitando-se, assim, fístula salivar. A sutura

da pele utilizada foi intradérmica com fio de nylon 4.0. Um curativo compressivo bilateral na região pré-auricular também foi realizado e mantido por 48h, com o objetivo de se evitarem salivomas (Figura 3).



Figura 3: Acesso a fratura e fixação com 2 miniplacas sistema 2.0.

32

O paciente foi instruído quanto à necessidade de fisioterapia, e elásticos foram utilizados apenas como guia da oclusão durante as duas primeiras semanas. Paciente evoluiu com boa cicatrização e manutenção da oclusão alcançada no transcirúrgico. Ao exame de imagem (radiografia panorâmica), foi observado fixação bem posicionada e alinhamento ósseo satisfatório (Figura 4). Não foi observado, clinicamente, déficit motor da musculatura associado aos nervos marginal mandibular, bucal e cervical (ramos do nervo facial), tampouco fístula ou formação de salivoma (Figura 5). Paciente encontra-se em proervação de dois anos, apresentando oclusão satisfatória, tendo sido orientado e encaminhado para tratamento ortodôntico da má oclusão pré-existente ao trauma.



Figura 4: Radiografia panorâmica demonstrando a fixação da fratura.



Figura 5: Ramos do nervo facial preservados durante o acesso.

DISCUSSÃO

As fraturas do côndilo mandibular são motivo de muitos relatos na literatura, pois as indicações para tratamento cirúrgico ou conservador ainda geram muitas diferenças de opiniões^{3,4,7}.

Diversos são os fatores que influenciam na indicação e, conseqüentemente, no prognóstico do tratamento das fraturas condilares. Devem ser levados em consideração antes da decisão final sobre o tipo de tratamento, ressaltando-se que não devem

ser avaliados isoladamente, mas, sim, em conjunto. Podem ser citados o grau de deslocamento do fragmento, a idade do paciente, a localização da fratura, a direção do deslocamento, o estado físico do paciente, as fraturas associadas no terço médio da face, a presença e as condições da dentição, a possibilidade de se realizar oclusão adequada, a presença de corpos estranhos na articulação temporomandibular e o trauma com lesão exposta^{3,8}.

Foram descritas muitas técnicas para a redução de fratura de côndilo mandibular por meio do tratamento aberto por acesso extraoral. O uso de abordagens extraorais, como por incisões pré-auriculares, retromandibulares e submandibulares, apresenta um relativo risco de lesão do nervo facial, além de produzir cicatrizes visíveis^{7,9}. Ainda há algumas limitações para o acesso extraoral quando do uso da incisão submandibular para fazer a aproximação dos segmentos fraturados ao existir deslocamento medial do côndilo e nos casos de fixação de fraturas mais altas^{3,4,7}.

A redução das fraturas subcondilares pode ser feita por endoscopia, com abordagem intraoral. A abordagem retromandibular de Hinds, descrita neste estudo, é também citada em vários outros^{15,20-23}, porque apresenta facilidade de acesso à fratura e pouca morbidade, comparada a outras abordagens, sendo melhor indicada nas fraturas condilares altas ou intracapsulares^{3,4}.

Fraturas com deslocamento lateral foram facilmente reduzidas e fixadas, entretanto os casos, em que se observa deslocamento medial, torna o procedimento mais difícil para visualizar e manipular⁴.

O acesso retromandibular promove um acesso amplo e direto do sítio da fratura, sem a necessidade de grandes afastamentos de tecidos moles, como ocorre no acesso submandibular, este que também apresenta a possibilidade de lesão nervosa (n. marginal da mandíbula). Já em relação ao acesso pré-auricular, este apresenta dificuldade para tratamento de fraturas condilares baixas e para

instalação das placas e parafusos^{4,5}.

Apesar de a incisão retromandibular não ser frequentemente citada na literatura, apresenta como vantagens uma menor distância da incisão para o côndilo, melhor acesso, por permitir uma retração dos tecidos ântero superiormente e melhor resultado estético⁹.

Fraturas medianas e baixas na região condilar podem ser reduzidas por meio de abordagem submandibular e retromandibular de Hinds⁶. Essa última por ser paralela ao ramo mandibular, proporcionando boa visão da fratura e pouca morbidade em relação ao nervo facial e aos vasos sanguíneos. Várias maneiras de fixação e redução são descritas pelos autores^{4,6,9-12}, como aplicação de uma ou duas miniplacas de titânio, parafusos tipo Lag Screw, fios de Kirschner e placas compressivas^{5,10}.

A abordagem retromandibular de Hinds, descrita neste estudo, é também citada em vários outros^{5,6,11}, porque apresenta facilidade de acesso à fratura e pouca morbidade, comparada a outras abordagens. O manejo da fratura de côndilo é controverso quanto às indicações do tratamento cirúrgico ou conservador e quanto ao acesso utilizado para o tratamento quando se opta pelo tratamento aberto^{12,13}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso retromandibular para tratamento da fratura de côndilo bilateral mostrou ser uma boa opção no caso apresentado, pois o paciente foi reabilitado de forma satisfatória, sem prejuízos estéticos e funcionais. A experiência profissional do cirurgião, entretanto, é um fator que deve ser considerado no uso desse tipo de acesso bilateralmente, pois há sempre a possibilidade de lesão nervosa (n. facial), e, em caso positivo, poderá acometer a mímica de toda a face. O acesso retromandibular promove uma exposição ampla e direta do sítio fraturado, sendo uma excelente opção para o tratamento das fraturas condilares baixas.

REFERÊNCIAS

1. Nussbaum ML, Laskin DM, Best AM. Closed versus open reduction of mandibular condylar fractures in adults: a meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008 Jun;66(6):1087-92.
2. Freitas RR, Nogueira GR, Moniz NJ, Gonçalves AJ, Rodrigues AAN. Tratamento das fraturas de côndilo mandibular. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2007 jul/set; 36(3): 163-6.
3. Zide MF, Kent JN. Indications for open reduction of mandibular condyle fractures. *J Oral Maxillofac Surg.* Feb 1983; 41(2): 89-98.
4. Vasconcelos BCE, Silva EDO, Nogueira RVB, Sá AS, Cassundpe MFP. Utilização de procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos para o tratamento de fratura do côndilo mandibular. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac.* 2005 abr/jun;5(2):25-32.
5. Goto AAA, Aguiar SA, Dernadin OVP, Rapoport A. Tratamento cirúrgico das fraturas subcondilares: avaliação da abordagem retromandibular de Hinds. *Rev Col Bras Cir.* 2007 set/out; 34(5): 303-9.
6. Shetty S. Rhytidectomy vs retromandibular approaches for open reduction and internal fixation of mandibular condyle: a comparative study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009 May;38(5):486.
7. Ellis E 3rd. Complications of mandibular condyle fractures. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998 Aug;27(4):255-7
8. Andrade Filho EF, Martins DMFS, Sabino Neto M, Toledo Júnior CS, Pereira MD, Ferreira LM. Fraturas do côndilo mandibular: análise clínica retrospectiva das indicações e do tratamento. *Rev Assoc Med Bras.* 2003; 49(1): 54-9.
9. Manganello LC, Silva AAF. Fraturas do Côndilo Mandibular: classificação e tratamento. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002 set/out; 68(5): 749-54.
10. Choi BH, Huh JY, Yoo JH. Computed tomographic findings of the fractured mandibular condyle after open reduction. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003 Oct;32(5):469-73.
11. Deng M, Long X, Cheng AH, Cheng Y, Cai H. Modified trans-oral approach for mandibular condylectomy. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009 Apr;38(4):374-7.
12. Baker AW, McMahon J, Moos KF. Current consensus on the management of fractures of the mandibular condyle. A method by questionnaire. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998 Aug;27(4):258-66.
13. Andersson J, Hallmer F, Eriksson L. Unilateral mandibular condylar fractures: a 31-year follow-up of non-surgical treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2007 Apr;36(4):310-4.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Renato Fonseca Oliveira

Condomínio Portal dos Mares Ed. Mar do Norte
ap. 101

Coroa do Meio

Aracaju/Se

e-mail: derivaldofilho@hotmail.com