

Discectomia para tratamento de desarranjo intra-articular: Relato de caso

Diskectomy for treating internal derangement of the temporo mandibular joint: Case report

RESUMO

O desarranjo interno da ATM ocorre devido a uma relação anatômica anormal entre disco, côndilo e eminência articular, interferindo na livre movimentação da articulação. Mediante uma análise retrospectiva de 540 pacientes e 740 articulações, Wilkes classificou os desarranjos internos em cinco estágios, baseando-se no exame físico, nos exames de imagem e nos achados artroscópicos. O tratamento inicial dos desarranjos internos é conservador, no entanto, em média, 5% dos pacientes não obtêm melhora e são candidatos à cirurgia aberta da ATM. A discectomia visa à completa remoção do disco articular sem interposição de nenhum material para substituí-lo. É indicada quando o disco se encontra comprometido estruturalmente, há presença de calcificações e/ou deslocamento grave. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de uma paciente classificada como estágio V de Wilkes e, como opção terapêutica, foi submetida à discectomia sem interposição com sucesso para o tratamento do desarranjo intra-articular, após falha no tratamento conservador. Essa técnica tem-se mostrado segura e eficaz na redução da dor e na melhora da função articular no tratamento de pacientes com distúrbios internos na ATM, que, por sua vez, não obtiveram melhora por meio de métodos conservadores.

Palavras-chave: Transtornos da Articulação Temporomandibular; Dor Facial; Artrite.

Pedro Thalles Bernardo de Carvalho Nogueira

Especialista e Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela FOP/UPE, Doutorando em CTBMF pela Universidade do Sagrado Coração (USC), Professor do Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL).

Andréia Aparecida da Silva

Doutora em Estomatopatologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Professora do Programa de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade do Sagrado Coração (USC).

Hugo Franklin Lima de Oliveira

Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade de Pernambuco, Professor do Centro Universitário Cesmac.

Rafaella Amorim Bittencourt Maranhão de Araújo

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Cesmac.

Everaldo Oliveira Souto Neto

Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Luciano Schwartz Lessa Filho

Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Professor do Centro Universitário Tiradentes (UNIT-AL).

Endereço para correspondência

Rafaella Amorim Bittencourt Maranhão de Araújo
Rua dos Bandeirantes, 529, Farol, Maceió-AL.
CEP: 57051-120
Email: rafaellabma@hotmail.com

ABSTRACT

The internal derangements of the temporo mandibular joint occur due to an abnormal anatomical relation among the disc, condyle and the articular eminence, thus interfering in the free articular movement. Through a retrospective analysis of 540 patients and 740 temporo mandibular joints, Wilkes classified the internal derangements into five stages, based on the physical exam, imaging exams and arthroscopic findings. The initial treatment of the internal derangements is conservative. However, an average of 5% of the patients do not achieve recovery and they are likely to have an open surgery of the temporo mandibular joint. The diskectomy aims at the complete removal of the articular disc without the inter-positioning of any material in order to replace it. It is indicated when the disc is found structurally affected, there are calcifications and/or severe displacement. This work aims at reporting a clinical case of a patient classified as Wilkes stage V and who was submitted as therapeutic option to a successful diskectomy without inter-positioning for the treatment of the internal derangement of the temporo mandibular joint, after the failure of the conservative treatment. Such technique has shown itself safe and effective in reducing the pain and improving the articular function in the treatment of patients with internal derangement of the temporo mandibular joint who, in turn, have not achieved recovery through conservative methods.

Key Words: Temporomandibular Joint Disorders; Facial Pain; Arthritis.

INTRODUÇÃO

O desarranjo interno da ATM resulta de uma relação anatômica anormal entre disco, côndilo e eminência articular, interferindo na livre movimentação da articulação.^{1,2} Dos pacientes com **DTM (Disfunção Temporomandibular)**, cerca de 70% possuem essa patologia.³ Não se sabe ao certo o motivo, mas apresenta uma predileção pelo sexo feminino, quando comparado ao masculino, numa proporção de 4:1.² Sua etiologia é multifatorial e mal compreendida, e muitos fatores têm sido relatados para tentar explicar a ocorrência dos desarranjos, como traumas, alterações na zona bilaminar, flacidez articular, bruxismo e mudanças no sistema de lubrificação articular.³ Wilkes, no ano de 1989, realizou uma análise retrospectiva de 540 pacientes e 740 articulações para identificar e avaliar o desenvolvimento dos desarranjos internos da ATM, classificando-os em cinco estágios. Estes foram definidos, baseando-se na história do paciente, no exame físico, nos exames de imagem e nos achados artroscópicos.⁴

Tabela 1 - Características Classificação dos desarranjos internos.

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICA
I	DESLOCAMENTO DE DISCO COM REDUÇÃO PRECOCE.
II	DESLOCAMENTO DE DISCO COM REDUÇÃO TARDIA.
III	DESLOCAMENTO DE DISCO SEM REDUÇÃO AGUDA/SUBAGUDA.
IV	DESLOCAMENTO DE DISCO SEM REDUÇÃO CRÔNICA.
V	DESLOCAMENTO DE DISCO SEM REDUÇÃO CRÔNICA COM OSTEOARTRITE.

Fonte: Miloro (2016)⁵

O tratamento inicial dos desarranjos internos é conservador, sendo a maioria dos pacientes tratados com sucesso, por meio de técnicas não cirúrgicas, como fisioterapia, placas de mordida, lavagem intra-articular, lise, aplicação de calor úmido, talas e terapia medicamentosa. No entanto, em média, 5% dos pacientes não obtêm êxito com técnicas conservadoras destinadas à melhora da função articular e são candidatos à cirurgia aberta da ATM.^{1,3} Atualmente, face a variedade de técnicas disponíveis, cabe ao Cirurgião Buco-Maxilo-Facial escolher a mais indicada para o paciente, que apresente maior probabilidade de sucesso e menor morbidade.

A artrocentese/artroscopia, a discopexia, a artroplastia, a discectomia e a condilectomia são alternativas encontradas na literatura para o tratamento dos desarranjos internos. A discectomia visa à completa remoção do disco articular sem interposição de nenhum material para substituí-lo.² É indicada quando o disco se encontra comprometido

estruturalmente, há presença de calcificações e/ou deslocamento grave.⁶ O objetivo dessa cirurgia é ajudar o paciente a se adaptar à afecção, retirando o impedimento físico do movimento.⁵

Segundo Miloro *et al.* (2017)³, a cirurgia de reposicionamento e substituição do disco articular não demonstram ser efetivos a longo prazo e, em decorrência disso, a discectomia sem interposição passa a ser a cirurgia mais comum em articulações com algum tipo de desarranjo interno, considerado também o único procedimento que apresenta melhores resultados a longo prazo. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de discectomia sem interposição com sucesso para o tratamento do desarranjo interno da ATM após falha no tratamento conservador.

RELATO DO CASO

Paciente, SMS, melanoderma, gênero feminino, 50 anos de idade, compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Memorial Arthur Ramos, com queixa de dores severas em ATM esquerda há dois anos (EVA = 10), estalido e dificuldade para abrir a boca. A paciente relatou o uso de placa miorreaxante, porém não apresentou melhora dos sintomas, além de ter se submetido a duas artrocenteses também sem sucesso. Nega doenças de base, alergias, hábitos e vícios. Ao exame físico, verificou-se um bom estado geral de saúde e limitação de abertura bucal (19mm) (Figura 1). Ao exame radiográfico, não se observou nenhuma alteração óssea, porém, ao exame de ressonância magnética, observou-se derrame intra-articular e ruptura do disco articular do lado esquerdo. Diante dos achados clínicos e imaginológicos, o quadro foi classificado como Wilkes V e como opção terapêutica, ela foi submetida a procedimento cirúrgico sob anestesia geral para discectomia sem interposição.

Figura 1 - Pré-operatório - abertura bucal inicial: 19mm.

Foi realizada antissepsia e aposição dos campos, seguida de incisão cutânea pré-auricular e exposição do campo operatório, em que foi realizada discectomia sem interposição, eminectomia e cauterização da zona retrodiscal, seguida de lavagem copiosa do leito cirúrgico e sutura por planos (Figura 2). Atualmente, a paciente encontra-se com 24 meses de pós-operatório, sem queixas álgicas significativas (EVA = 1), sem estalido e com abertura bucal de 44mm. (Figura 3)

Figura 2 - A: Disco articular rompido; B: Eminência articular; C: Loja cirúrgica.

Figura 3 - Pós-operatório de 15 meses - abertura bucal: 44mm.

DISCUSSÃO

A discectomia ganhou popularidade entre as décadas de 40 e 60, apresentando inicialmente resultados positivos numa série de pacientes submetidos ao tratamento aberto da ATM após falha no tratamento conservador.² Quando comparada a outros procedimentos cirúrgicos para tratar os desarranjos internos, a discectomia demonstra ser eficaz tanto a curto como também a longo prazo, pelo fato de ser uma técnica que trata

o problema anatômico sem o risco de recidivas de sinais e sintomas,³ conforme foi visto no caso apresentado.

De acordo com Miloro e Henriksen (2010)⁷, quando esse procedimento é utilizado como a primeira opção cirúrgica para o tratamento do desarranjo interno da ATM, reduz, de maneira significativa, a dor e melhora a função mandibular. Em um estudo realizado por eles, 24 pacientes acompanhados num período de 2 a 60 meses, 83% obtiveram um resultado satisfatório. Ressalta-se que se fez opção pela discectomia sem interposição após falha no tratamento conservador.

A respeito da substituição do disco, ainda há controvérsias na literatura. Miloro *et al.*, (2016)⁵ acreditam que a substituição do disco é necessária para impedir ou minimizar a remodelação óssea, as aderências intra-articulares e a dor recorrente, que podem surgir após a discectomia. Sugerem a utilização de implantes aloplásticos ou enxertos autógenos como derme, cartilagem auricular, gordura cutânea, músculo e fáscia temporal para minimizar o atrito entre o côndilo e cavidade glenoide. Em contrapartida, reconhecem que sua eficácia não é comprovada, como são os resultados da discectomia sem interposição a longo prazo, muito superiores aos da discectomia a curto prazo, com substituição do disco. No caso descrito, não houve interposição de nenhum material para substituir o disco articular e, com o intuito de minimizar o atrito ósseo durante a abertura bucal e conseqüentemente a dor pós-operatória, foi realizada eminectomia.

Para avaliar o resultado clínico e as mudanças a longo prazo no espaço articular em pacientes submetidos à discectomia sem interposição, Takaku, Sano e Yoshida (2000)⁸ acompanharam, por meio de imagens de ressonância magnética, 33 pacientes, por período de em média 9 anos e 4 meses e observaram imagem compatível com a presença de um tecido macio entre o côndilo e a fossa glenoide.

Na parte posterior, o disco articular se insere em uma área altamente vascularizada e inervada, conhecida como zona bilaminar ou tecido retrodiscal. Anatomicamente, divide-se em zona retrodiscal superior e inferior, envolvidas na formação do fluido sinovial. Sua irrigação se dá pelas artérias temporal superficial, timpânica anterior e auriculares profundas, além de ser abundantemente inervada pelo nervo auriculotemporal. A intensa vascularização e inervação demonstram que essa região não foi biologicamente desenvolvida para receber pressão durante a função. Lesões nessa região podem ocasionar desarranjos internos

na ATM, que podem vir acompanhados ou não de degenerações. Nesse caso, como a paciente queixava-se de fortes dores na ATM esquerda, foi realizada, também, cauterização da zona bilaminar para que os estímulos nervosos cessassem.^{5,9}

Contraopondo-se ao estudo de Miloro *et al.* (2017)³ o qual demonstra que 17% dos pacientes apresentaram fragilidade ainda que transitória do nervo facial, perceptível durante vários meses que se resolveram completamente sem intervenção, no caso relatado, a paciente não apresentou alterações nervosas.

Em concordância com o estudo proposto por Miloro e Henriksen (2010)⁷, após a discectomia, não há necessidade de tratamentos adicionais com medicação, termoterapia, dieta suave, dispositivos oclusais e fisioterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de tratar a etiologia primária da disfunção e eliminar inúmeros procedimentos cirúrgicos, a discectomia sem interposição mostrou-se um procedimento seguro e eficaz na redução da dor e melhora da função articular no tratamento de pacientes com distúrbios internos na ATM, que, por sua vez, não obtiveram melhora significativa por meio de métodos conservadores.

REFERÊNCIAS

- 1- Candirli C, Dermikol M, Yilmaz O, Memis S. Retrospective Evaluation Of Three Different Joint Surgeries For Internal Derangements Of The Temporomandibular Joint. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017 May; 45(5): 775-780.
- 2- Kaba SCP, Costa PJC, Queiroz AGS. Discectomia no desarranjo interno da articulação temporomandibular: relato de caso. *Rev Odontol Bras Central.* 2015; 24(71): 201-203.
- 3- Miloro M, McKnight M, Han MD, Markiewicz MR. Discectomy Without Replacement Improves Function In Patients With Internal Derangement Of The Temporomandibular Joint. *J Craniomaxillofac Surg.* 2017 Sep; 45 (9): 1425-1431.
- 4- Cardoso MFP. Artroscopia da articulação temporomandibular: revisão de literatura e relato de caso clínico [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; 2012.

5- Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. *Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson.* 3 ed. São Paulo: Santos; 2016.

6- Grossmann E, Grossmann TK. Cirurgia da articulação temporomandibular. *Rev Dor.* 2011 Abr-Jun; 12(2):152-159.

7- Miloro M, Henriksen B. Discectomy as The Primary Surgical Option For Internal Derangement Of The Temporomandibular Joint. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Apr; 68(4): 782-789.

8- Takaku S, Sano T, Yoshida M. Long-Term Magnetic Resonance Imaging After Temporomandibular Joint Discectomy Without Replacement. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000 Jul; 58 (7): 739-745.

9- Coelho Filho D, Pêgo RS, Ferreira YF, Taitson PF. Bilaminar zone: anatomical, histological and functional aspect. *Arqu Bras Odontol.* 2010; 6(2): 71-77.