

Eminectomia para tratamento de luxação recidivante da ATM

Eminectomy for treatment of recurrent TMJ dislocation

RESUMO

Introdução: A luxação da articulação temporomandibular ocorre quando a cabeça da mandíbula se movimenta para fora da fossa articular, fazendo com que a superfície posterior da cabeça da mandíbula fique à frente da eminência articular. Quando ocorrem episódios frequentes, essa condição é referida como luxação recidivante. Embora existam diferentes tratamentos, a eminectomia apresenta-se como uma opção cirúrgica com resultados satisfatórios e prognóstico favorável. **Relato de caso:** Este trabalho relata o caso de uma paciente com quadro severo de luxações recidivantes associadas à distonia muscular, tratada cirurgicamente por eminectomia. A paciente apresenta acompanhamento de 36 meses, estável, sem sintomatologia ou novos episódios de luxação. A abordagem multidisciplinar apresenta um alto índice de sucesso, e procedimentos cirúrgicos devem ser considerados quando procedimentos clínicos falham. **Considerações finais:** A eminectomia mostra bons resultados no tratamento da luxação recidivante de ATM, com chances mínimas de recidiva ou danos articulares. Após a cirurgia, os pacientes mostram uma boa função articular.

Palavras-chaves: Articulação Temporomandibular; Luxações; Distonia Muscular.

Evelyn Estefani Cristaldo

Cirurgiã-Dentista, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Aline Monise Sebastiani

Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.

Paola Fernanda Cotait de Lucas Corso

Mestranda no Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil.

Rafaela Scariot

PhD, Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Positivo, Curitiba, PR, Brasil. Professora de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Leandro Eduardo Kluppel

PhD, Professor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Delson João da Costa

PhD, Professor da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Nelson Luís Barbosa Rebellato

PhD, Professor da Disciplina de Cirurgia Buco-maxilo-facial II, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Evelyn Estefani Cristaldo
Rua Coronel Pedro Scherer Sobrinho,
260 - Cristo Rei
Curitiba – PR, Brasil. CEP: 80050-470 /
Telefone: +55 41 99286-6554.
E-mail: evelyn-cristaldo@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Dislocation of the temporomandibular joint occurs when the jaw head moves out of the joint fossa causing the posterior surface of the jaw head to be ahead of the joint eminence. When they occur in frequent episodes, this condition is referred like relapsing dislocation. Although there are different treatments, eminectomy presents as a surgical option with satisfactory results and favorable prognosis. **Case report:** This paper reports the case of a patient with severe recurrent dislocations associated with muscular dystonia, treated through surgical treatment of eminectomy associated with a clinical treatment protocol. The patient has a 36-month follow-up, stable, without symptoms or new episodes of dislocation. The multidisciplinary approach has a high success rate and surgical procedures should be considered when clinical procedures fail. **Final considerations:** Eminectomy shows good results in the treatment of recurrent TMJ dislocation, with minimal chances of recurrence or joint damage. After surgery, patients show good joint function.

Key-words: Temporomandibular Joint; Luxations; Dystonia.

INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular (ATM) é uma estrutura bilateral altamente especializada¹, que atua de forma interdependente, com movimentos próprios, porém simultâneos². Durante os movimentos mandibulares, a cabeça de mandíbula excursiona na fossa articular pela parede posterior da eminência articular. Durante esse movimento, pode ocorrer um deslocamento anterior à eminência articular, sem uma autorredução espontânea, denominado luxação da ATM. A incapacidade de retorno da cabeça da mandíbula ocorre devido a espasmos e à contração dos músculos da mastigação, que provocam a elevação e o travamento da cabeça da mandíbula nessa posição¹.

A luxação pode ocorrer unilateral ou bilateralmente^{1,3}. A luxação unilateral se caracteriza clinicamente por desvio do mento para o lado contralateral; a boca é parcialmente aberta, e a cabeça da mandíbula do lado afetado é impalpável. Na luxação bilateral, a boca se mantém aberta com movimentos limitados, e o paciente apresenta dificuldade na fonação. Quando esses episódios se tornam frequentes, a condição pode ser denominada habitual, recidivante ou recorrente³.

Existem diversos fatores etiológicos relatados, incluindo alterações estruturais, como frouxidão do ligamento temporomandibular e da cápsula articular^{1,4}, achatamento da eminência articular³, hiperatividade muscular e, ainda, o uso de determinados medicamentos e algumas doenças sistêmicas¹. Alguns estudos têm relacionado uma maior frequência de luxação da ATM em pacientes com doença de Parkinson ou distúrbios cerebrovasculares, atribuídos à incoordenação muscular mastigatória⁵. Uma vez presente um ou mais desses fatores, a luxação pode ser desencadeada por um simples bocejo, pela ação de rir ou comer ou na abertura excessiva da boca durante o tratamento odontológico ou médico^{1,3}.

Os tratamentos para a luxação recidivante podem ser divididos em conservadores ou cirúrgicos^{1,3,5}. As abordagens conservadoras promovem o alívio temporário dos sintomas, sendo comum a recorrência¹. A modalidade cirúrgica pode ser realizada de duas formas: restrição de abertura bucal com uso de algum anteparo que se interponha à trajetória da cabeça da mandíbula ou promoção de movimentos mandibulares livres pela remoção da eminência articular, procedimento denominado eminectomia^{1,4}. A técnica da eminectomia foi proposta por Myrhaug

em 1951^{4,6}, tendo sido amplamente utilizada para tratar luxações recidivantes. Essa técnica propicia a livre movimentação da cabeça da mandíbula, recuperando, assim, a função da articulação e permitindo uma abertura bucal maior que em procedimentos que restringem a movimentação da cabeça da mandíbula¹.

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de luxação unilateral recorrente, associado à distonia muscular, tratado por meio de eminectomia associada ao tratamento clínico.

RELATO DE CASO

Paciente de sexo feminino, 20 anos, leucoderma, apresentando perfil facial II, procurou o pronto atendimento do Hospital do Trabalhador, Curitiba, PR, Brasil, com dor intensa e generalizada em região de face e luxações frequentes nos últimos dois dias. Ao exame físico, foi possível observar luxação da ATM sem redução, com desvio de mandíbula para o lado esquerdo. A paciente relatou que apresentava quadros frequentes de luxação, realizando sempre sua autorredução, mas narrou que, nos últimos dias, as luxações se tornaram mais frequentes. Inicialmente realizou-se a manobra de redução da luxação, conforme a técnica descrita como reposicionamento manual, que consiste na redução da luxação com os polegares apoiados nos molares inferiores. Entretanto, a paciente seguiu com luxações frequentes e severa distonia muscular, mesmo após contenção física por bandagem. Os episódios de distonia muscular somente foram controlados com o uso de sedativos administrados por via endovenosa.

Ao exame de imagem, a tomografia computadorizada demonstrou a cabeça da mandíbula esquerda à frente da eminência articular, com a cabeça da mandíbula do lado direito dentro da fossa articular (**Figuras 1 - A e B**). Entretanto, não foi observado nenhum tipo de alteração importante na morfologia da superfície articular dessas estruturas. Sugestivamente, a eminência articular apresentava-se com uma maior altura quando comparada ao lado contralateral, enquanto a fossa articular apresentava-se profunda, o que poderia justificar os episódios recorrentes de travamento.

As luxações continuaram ocorrendo com um intervalo de tempo menor, de modo espontâneo, sem movimentos de abertura bucal, segundos após a redução. As distonias musculares se tornaram

mais perceptíveis, e a resistência muscular para realizar a redução havia se tornado mais intensa. Devido à dor severa da paciente e estado emocional caracterizado por choro e ansiedade intensa, optou-se por realizar sedação por medicações endovenosas, como Morfina e Diazepam, e realizar um bloqueio maxilomandibular (BMM) com fios de aço (**Figura 1 C**). Mesmo após o bloqueio, ainda era possível visualizar os espasmos musculares que foram reduzindo à medida que a medicação endovenosa era administrada. A paciente permaneceu com o BMM por 1 dia, evoluindo com melhora da dor e estabilização do quadro de distonia muscular. Devido a esses episódios e ao histórico da paciente de luxações frequentes há mais de um ano, optou-se pela realização da cirurgia de eminectomia em lado esquerdo.

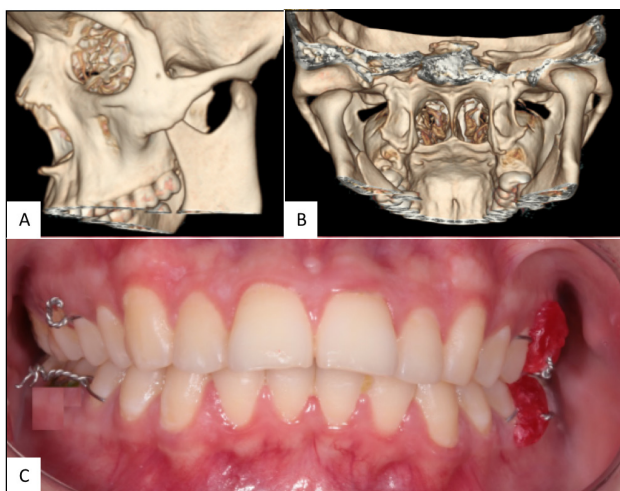


Figura 1 - Reconstrução em 3D de tomografia computadorizada evidenciando a cabeça da mandíbula à frente da eminência articular.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral, através do acesso endaural. Neste a incisão foi realizada aproximadamente a 1,5 mm medialmente à borda lateral do tragus por meio da porção avascular, anterior ao meato acústico externo. A divulsão foi direcionada em sentido ântero superior e ligeiramente medial até o arco zigomático (**Figura 2 A e B**). Após a exposição e identificação da eminência articular, a osteotomia foi realizada com serra recíprocante em todo o comprimento da eminência, finalizando a osteotomia em profundidade com o auxílio de um cinzel reto e martelo (**Figura 2 C**). Após a remoção da eminência articular, foi efetivada a regularização óssea com broca de desgaste (**Figura 2 D**). Uma vez concluída a osteotomia, foram realizados movimentos mandibulares funcionais, constatando-se a inexistência de interferências

na trajetória da cabeça da mandíbula. A sutura foi realizada por planos, utilizando-se, para isso, fio reabsorvível de poligalactina 910 (Vycril) nas camadas profundas e fio de nylon 6-0 para sutura interna na pele.

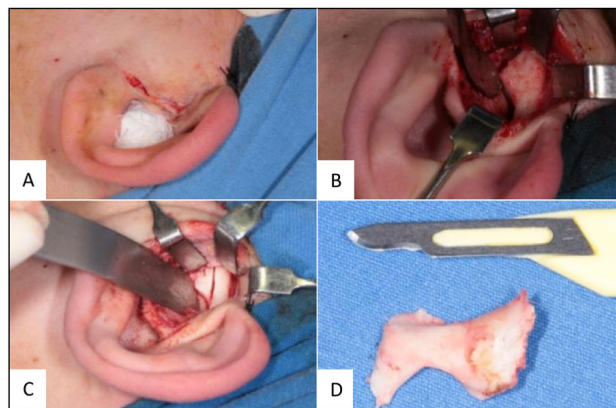


Figura 2 - Acesso endaural para exposição da eminência articular, que foi removida por meio de osteotomia com serra recíprocante.

A paciente foi mantida em medicação pós-operatória com antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos de ação central e periférica, além de relaxantes musculares por uso prolongado (30 dias). Exercícios de alongamento e fortalecimento muscular, além dos auxiliares da propriocepção para a nova conformação da abertura bucal, foram realizados.

As **Figuras 3 - A e B** demonstram a reconstrução tridimensional da tomografia de pós-operatório imediato, evidenciando a regularização óssea na região da eminência removida e côndilos bem posicionados bilateralmente. A paciente demonstrava excelente processo de reparo na região de acesso, com cicatriz pouco evidente (**Figura 3 C**), movimentos amplos de abertura bucal sem travamentos (**Figura 3 D**), ausência de sintomatologia dolorosa, com um leve déficit motor do ramo frontal do nervo facial. Atualmente, após 36 meses, a paciente apresenta-se sem sintomatologia dolorosa, sem déficit funcional do facial, ausência de disfunção temporomandibular e nenhuma ocorrência de luxação mandibular após a cirurgia. Devido ao fato de a paciente possuir má-oclusão classe II, encontra-se em preparo ortodôntico para cirurgia ortognática de avanço mandibular.

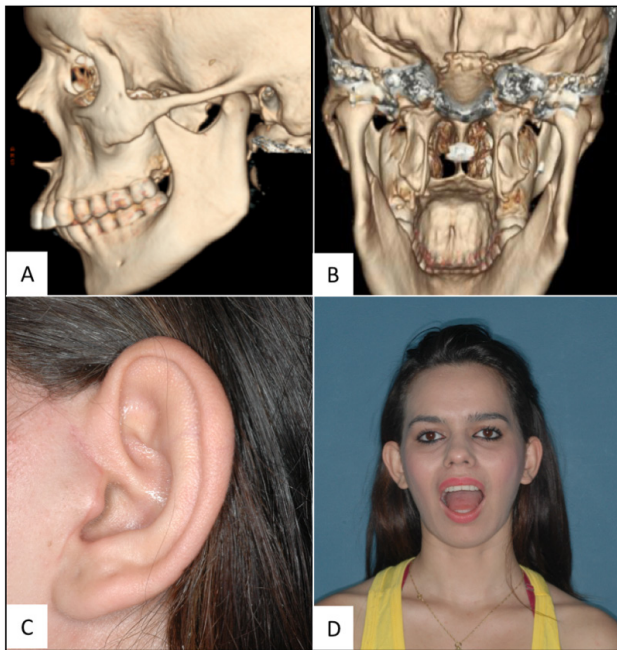


Figura 3 - Reconstrução em 3D de TC pós-operatória imediata mostrando ausência de eminência articular esquerda e cabeça da mandíbula adequadamente posicionada na fossa articular.

DISCUSSÃO

Aluxação da articulação temporomandibular geralmente mostra uma maior prevalência para o sexo feminino^{1,6}, embora as razões para essa ocorrência não sejam bem compreendidas¹.

A patogênese da luxação é multifatorial^{3,6}, frequentemente ocorrendo como resultado de alterações dos componentes estruturais, como frouxidão da cápsula^{3,6}, forma condilar anormal⁶, tamanho incomum da eminência³. Os estudos realizados por Martins et al. e Marqués-Mateo et al. citam que alguns fatores predisponentes à luxação de ATM se devem a fatores sistêmicos, como síndrome de Ehler-Danlos, doenças neurodegenerativas^{3,6}, como doença de Parkinson^{3-5,6}, e distrofias musculares³. Em outros casos, a luxação pode ser ocasionada por distonias musculares, que afetam os músculos mandibulares, produzindo uma contração intensa, involuntária e repetitiva, que pode ser sustentada (tônica) ou espasmódica (rápida ou clônica). Esses movimentos involuntários podem ser responsáveis por desvios da mandíbula, luxação, trauma intraoral de tecidos moles e reabsorção óssea⁷. No presente caso, a paciente era jovem, não apresentando qualquer alteração sistêmica e histórico de trauma ou doença que justificasse as luxações recidivantes. Entretanto, a paciente apresentava retrognatismo mandibular, o que, na opinião dos autores, sugestivamente

pode ter levado a paciente a realizar movimentos protrusivos frequentes, favorecendo as ocorrências das luxações. Devido à alta frequência de luxações, associadas com a distonia muscular, que foram se intensificando com o estado psicológico de ansiedade da paciente, cogitou-se encaminhar a paciente para avaliação neurológica após o procedimento. Entretanto, a paciente evoluiu sem quaisquer alterações, após a eminectomia.

Aluxação da articulação temporomandibular é uma situação de emergência, que requer atenção imediata³. Vários estudos relatam casos de luxação, oferecendo uma variedade de opções de tratamento conservador e cirúrgico^{1,3,5,6}, entretanto, em alguns casos, o tratamento conservador mostra-se ineficaz e ineficiente, sendo necessário o tratamento cirúrgico⁴. Dentre as técnicas cirúrgicas, a eminectomia provou ser uma técnica versátil no manejo de luxação de ATM em diferentes tipos de paciente, com diferentes complexidades e sem limite de idade⁴. Ela é considerada padrão-ouro no tratamento da luxação recorrente da ATM, com taxas de sucesso superiores a 85%⁵.

Mayrink *et al.*, em 2012, relatam três casos nos quais foi utilizada a técnica de eminectomia para luxação recorrente de ATM. O resultado obtido com essa técnica mostrou-se eficaz, sem luxação recorrente, dor pós-operatório ou alterações funcionais. Kluppel *et al.* relatam o caso de uma mulher com deslocamento crônico de 3 meses de duração que foi tratada com eminectomia, sem sequelas dolorosas ou recorrências de luxação. No presente caso, o resultado obtido com a eminectomia foi favorável, não houve recorrência da luxação, a paciente não relatou dor pós-operatória, e os achados foram consistentes com os resultados dos autores acima citados. Outra vantagem da eminectomia é o fato de se tratar de um procedimento de curta duração, sem necessidade de fixação maxilo-mandibular no período pós-operatório, e oferecer uma boa resolução a longo prazo para luxação recidivante³, vantagens também consistentes com nosso estudo.

Para Undt, a razão para a intervenção cirúrgica é frequentemente influenciada pela duração dos sintomas do paciente e o esgotamento de outras formas de tratamento. Embora uma hipermobilidade condilar possa ser esperada porque não há eminência⁴; não existiram mudanças nos movimentos articulares, e a translocação extrema não foi observada, indicando como causa provável a presença de uma cicatriz fibrosa,

que evita movimentos excessivos⁹. No presente caso, a paciente também seguiu com movimentos excursivos normais.

Com relação às possíveis complicações associadas à técnica de eminectomia, a intervenção cirúrgica apresenta alta taxa de sucesso, mas é um procedimento invasivo que requer anestesia geral, internação hospitalar e uma incisão extraoral, além de um risco aumentado de lesão ao nervo facial⁵. Para Mayrink *et al.*, o acesso cirúrgico não é observado como uma complicação na estética ou como possível dano ao nervo facial, visto que os acessos pré-auricular ou endaural são considerados rotineiros e com boa estética. No presente caso, a paciente relatou um déficit motor no ramo frontal do nervo facial transitório, com remissão ao vigésimo dia de pós-operatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eminectomia mostra bons resultados no tratamento da luxação recidivante de ATM, com chances mínimas de recidiva ou danos articulares. Após a cirurgia, os pacientes mostram uma boa função articular¹⁰.

REFERÊNCIAS

1. Pinto Leonardo Augustus Peral Ferreira, Guimarães Marco Aurélio de Almeida, Coutinho Michelle Alonso. Eminectomia: tratamento para a luxação da articulação temporomandibular recidivante. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [periódico na Internet]. 2012 Mar [citado 2017 Jun 11]; 12(1): 53-60.
2. MADEIRA, C.M. Anatomia da Face. 6. ed. São Paulo: Sarvier, p. 101-117, 2008.
3. Martins WD, Ribas Mde O, Bisinelli J, França BH, Martins G. Recurrent dislocation of the temporomandibular joint: a literature review and two case reports treated with eminectomy. Cranio. 2014 Apr;32(2):110-7.
4. Mayrink G, Olate S, Assis A, Sverzut A, de Moraes M. Recurrent mandibular dislocation treated by eminectomy. J Craniofac Surg. 2012 Sep;23(5):e516-20.
5. Yoshioka N, Shimo T, Ibaragi S, Sasaki A. Autologous Blood Injection for the Treatment of Recurrent Temporomandibular Joint Dislocation. Acta Med Okayama. 2016 Aug;70(4):291-4.
6. Marqués-Mateo M, Puche-Torres M, Iglesias-Gimilio ME. Temporomandibular chronic dislocation: The long-standing condition. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2016 Nov;21(6):e776-e783.
7. Gandhi YR. Oro-mandibular dystonia. Natl J Maxillofac Surg. 2010 Jul;1(2):150-2. doi:10.4103/0975-5950.79218.
8. Klüppel LE, Olate S, Serena-Gomez E, De Moraes M, Fernandes-Moreira RW. Efficacy of eminectomy in the treatment of prolonged mandibular dislocation. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Nov;15(6):e891-4.
9. Undt G. Temporomandibular joint eminectomy for recurrent dislocation. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2011 Sep;19(2):189-206.
10. Vasconcelos BC, Porto GG. Treatment of chronic mandibular dislocations: a comparison between eminectomy and miniplates. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Dec; 67(12):2599-604.