

Artrocentese: Por que e quando indicar? - Relato de caso clínico

Arthrocentesis: Why and when indicate? – Case report

Recebido em 03/08/16
Aprovado em 21/04/17

Taiane dos Santos Lopes

Pós-graduanda em Estomatologia pelo Departamento de Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

Marlon Ribeiro Amaral Júnior

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

Paulo Roberto Bartholo

Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro / RJ, Brasil e Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

Maurício Saraiva Meirelles

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela PUC/RJ, Rio de Janeiro / RJ, Brasil e Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Mestre e doutorando em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Taiane dos Santos Lopes
Rua General Belford 205 ap.101– Rocha
Rio de Janeiro – RJ – 20961-000, Brasil.
E-mail: taianeslopes@gmail.com
Telefone: +5521981071384

RESUMO

A artrocentese é um procedimento minimamente invasivo, realizado na articulação têmporo-mandibular com baixo risco de complicações, alta taxa de sucesso e baixo custo operacional. Pode ser realizada sob anestesia geral ou local, sendo considerada de primeira linha para pacientes portadores de disfunção têmporo-mandibular que não responderam à terapia conservadora. Dentre suas indicações de tratamento, estão o deslocamento do disco articular com ou sem redução, limitação da abertura bucal de origem articular, dor articular e outros desarranjos internos na articulação. A técnica tradicional consiste em lavar e injetar medicações no espaço articular, utilizando duas agulhas, sendo uma posicionada para a entrada da solução e a outra para sua saída. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, encaminhado ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Adão Pereira Nunes /RJ, relatando queixas álgicas e limitação de sua abertura bucal, tendo sido proposto, como tratamento inicial, a artrocentese. Após sete dias do tratamento, ele retornou com sua abertura bucal normal e sem queixas álgicas na região. Além disso, serão abordadas, no presente estudo, as indicações da artrocentese, técnicas e medicações descritas na literatura.

Palavras-chaves: Articulação têmporo-mandibular; Artrocentese; Transtornos da Articulação Têmporo-mandibular.

ABSTRACT

Arthrocentesis is a minimally invasive procedure, performed in the temporomandibular joint with low risk of complications, high success rate and low operating costs. It can be performed under general or local anesthesia and is considered first-line patients with temporomandibular dysfunction unresponsive to conservative therapy. Among its treatment indications are the articular disk displacement with or without reduction, limitation of mouth opening articular origin, joint pain and other internal disorders in the joint. The traditional technique involves washing and injecting medications into the joint space using two needles, one being positioned for solution inlet and the other to its output. This study aims to report a case of a male patient, 32 years old, referred to the Maxillofacial Surgery Adão Pereira Nunes Hospital / RJ, reporting pain complaints and limitations of the mouth opening, whom was proposed the arthrocentesis as initial treatment. After seven days of treatment, he returned to his normal mouth opening without pain complaints in the oral region. Furthermore, this study is to discuss beyond the arthrocentesis indications, the techniques and commonly used medications described in the literature.

INTRODUÇÃO

As disfunções têmporo-mandibulares (DTM) têm se tornado um problema de saúde pública nas últimas décadas, por serem cada vez mais frequentes em grande parte da população¹, tendo como sinais e sintomas a presença de dores nos músculos da mastigação e/ou em articulação têmporo-mandibular (ATM), ruídos articulares, limitação de abertura bucal, retração gengival, oclusão inadequada, distúrbios auditivos, cefaleias e sensibilidade em toda a musculatura do sistema estomatognático e cervical.^{2,3} Seu diagnóstico e tratamento devem, por conseguinte, ser direcionados por meio de uma abordagem baseada em evidências.³

Diversas formas de tratamento são apresentadas para essas patologias, porém, como primeira opção, devemos sempre optar por tratamentos mais conservadores, como fisioterapia, placa oclusal, medicação, mudanças de comportamento e de estilo de vida do paciente.⁴ Quando esses meios conservadores não conseguem proporcionar uma solução para a disfunção, a reparação cirúrgica do disco e seu correto reposicionamento são usados para restabelecer a harmonia da articulação.^{4,5,6}

Os procedimentos cirúrgicos para o tratamento de distúrbios na articulação têmporo-mandibular podem ser classificados em três grupos distintos, sendo o primeiro minimamente invasivo, quando são realizadas artrocenteses ou artroscopias, as cirurgias abertas, como artrotomias, artroplastias, discopexias e meniscectomias, e cirurgias reconstrutivas quando são realizadas com a utilização de enxertias ou próteses.⁶

A artrocentese é uma das primeiras opções de tratamento cirúrgico para pacientes portadores de DTM que não respondem à terapia conservadora.⁷ Essa técnica consiste na lavagem do espaço articular superior da ATM, realizada sem uma visão direta deste, com finalidade primária de limpar a articulação dos tecidos necrosados, sangue e mediadores da dor, objetivando a melhora de abertura bucal do paciente.^{5,8} Dessa forma, considera-se que a falha no tratamento conservador prévio é a principal indicação de tratamento cirúrgico na ATM.⁶ São indicadas também em casos de deslocamento de disco com ou sem redução, pacientes com ruído articular doloroso que ocorre durante a abertura e/ou fechamento da boca, em casos de sinovite /capsulite, limitação de abertura de boca de origem articular e outros desarranjos internos da articulação.^{5,6,7,8}

A artrocentese parece ser um método seguro, minimamente invasivo e eficaz para o tratamento de desarranjos internos da articulação têmporo-mandibular.

RELATO DE CASO

Paciente W.R. de 32 anos de idade, sexo masculino, leucoderma foi encaminhado ao serviço de Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes / RJ para avaliação. A queixa principal relatada foi a de “pouca abertura da boca e dor”. Ao exame físico, notou-se trismo severo com cerca de 4mm de abertura máxima de boca e com evolução de 60 dias, sem história de trauma na região (Figura 1A). As hipóteses de fratura condilar, de coronóide e /ou de arco zigomático ou mesmo de anquilose têmporo-mandibular, foram descartadas após a realização de uma tomografia computadorizada, em que foi demonstrado que não havia qualquer alteração nessas estruturas (Figura 1B e 1C).

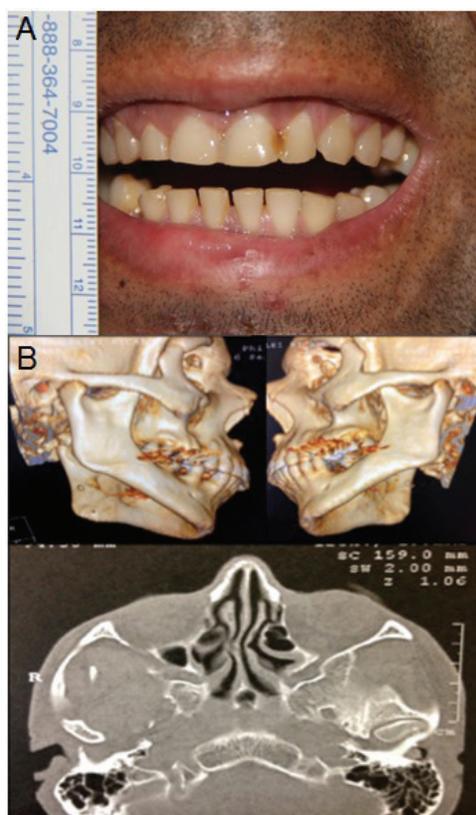


Figura 1 A. Exame físico do paciente, no qual ele apresenta a máxima abertura bucal pré-operatória de 4 mm. B. Reconstrução 3D de face, evidenciando ausência de fraturas condilares, de coronóides e/ou de arcos zigomáticos. C. Imagem de tomografia computadorizada em corte axial, evidenciando ausência de anquilose têmporo-mandibular de ambos os lados.

Como plano de tratamento, optou-se pela realização de uma artrocentese sob anestesia geral, pois, mesmo não sendo considerada um tratamento curativo, é relatada grande melhora na sintomatologia dos pacientes, daí ser o tratamento proposto ao paciente.

O procedimento foi realizado sob anestesia geral com intubação naso-traqueal à esquerda, com o auxílio de broncofibroscópio, tendo sido adotada a técnica mais tradicional com duas agulhas (0,80 x 40 – 21G), sendo uma posicionada estrategicamente para entrada da solução de lavagem e outra como orifício de saída. Primeiramente traçou-se uma linha imaginária da porção média do trago da orelha até o canto lateral do globo ocular. Nessa linha, foram marcados dois pontos para a realização da inserção das agulhas. O primeiro ponto, localizado mais posteriormente, ficou a uma distância de 10 mm do trago e 2 mm abaixo da linha cantotragal, sendo a segunda marcação realizada a 20 mm à frente do trago e cerca de 10 mm abaixo dessa mesma linha. (Figura 2A e 2B). Nesse procedimento, utilizou-se, apenas, soro fisiológico a 0,9%, sendo realizada a infusão de 300ml de cada lado. Ao final do procedimento cirúrgico, não houve qualquer interferência, e o paciente apresentou abertura bucal com cerca de 30 mm, demonstrando ser bastante satisfatório, mesmo sob relaxamento devido à anestesia. No pós-operatório imediato, observou-se o aumento da abertura bucal para 22 mm em amplitude máxima (Figura 3A). Em acompanhamento pós-operatório de 7 dias, a abertura máxima de boca estava 37 mm (Figura 3B), e no 21º dia após a artrocentese, já foram obtidos 45mm em amplitude máxima. O paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial, durante o período de 90 dias, sem regressão funcional e queixas álgicas, recebendo, assim, alta hospitalar.

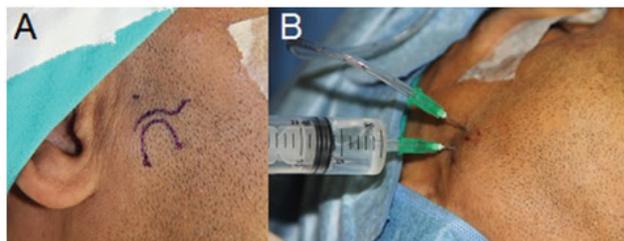


Figura 2 A. Exame físico do paciente no qual ele apresenta a máxima abertura bucal pré-operatória de 4mm. B. Reconstrução 3D de face, evidenciando ausência de fraturas condilares, de coronoides e/ou de arcos zigomáticos. C. Imagem de tomografia computadorizada em corte axial, evidenciando ausência de anquilose têmporo-mandibular de ambos os lados.

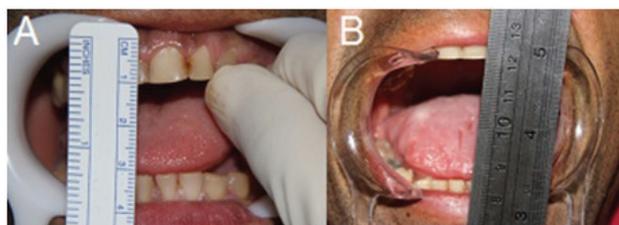


Figura 3 Exame físico pós-operatório. A. Na realização da máxima abertura bucal, no período pós-operatório imediato, o paciente apresentava 22 mm. B. Após o período de 7 dias de pós-operatório, a máxima abertura apresentava 37 mm.

DISCUSSÃO

Quando existe a disfunção têmporo-mandibular (DTM), o paciente apresenta sintomas, como dor de cabeça, dor de ouvido e/ou zumbidos, dor ou cansaço dos músculos da mastigação, ruídos articulares e dificuldade para abrir a boca. Esses sintomas são alguns dos fatores indicativos para a realização da artrocentese quando não se obtém melhora por meio do tratamento clínico conservador.^{1,7}

O diagnóstico de DTM está baseado nesses sintomas, testando a amplitude dos movimentos mandibulares, auscultando os ruídos articulares, examinando a oclusão, a palpação das articulações como também os músculos da face e da cabeça. Geralmente o cirurgião busca informações de dor e outros sintomas, além de traumas sofridos recentemente ou nos últimos anos, hábitos parafuncionais, tratamentos médicos e dentais prévios. Além disso, existem alguns exames imaginológicos que nos auxiliam no diagnóstico da DTM, como a radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada, nas quais pode ser visualizada a estrutura óssea da articulação, sendo geralmente úteis para avaliar mudanças morfológicas e processos degenerativos da doença. Outro exame que pode ser solicitado, de grande valia nesses casos, é a ressonância nuclear magnética, considerada o melhor método para avaliação e estudo da ATM, pois produz imagens detalhadas e precisas dos tecidos moles e duros da região. A artrotomografia permite o estudo posicional e funcional da articulação, inclusive do disco articular, sendo que o procedimento é realizado pela injeção de um material de contraste na articulação, seguida por radiografias ou tomografias, vídeo ou uma combinação.⁷

Quando os pacientes apresentavam dor da articulação têmporo-mandibular que não respondiam aos tratamentos conservadores, a re-

posição cirúrgica, enxertias e artroplastia eram de escolha para a melhora do quadro. Com a técnica da artrocentese, sendo uma modalidade cirúrgica menos invasiva que os métodos propostos até então, surge uma inovação no tratamento de dores articulares com uma menor morbidade, sendo vista por muitos cirurgiões como um meio termo entre o tratamento conservador e o cirúrgico.⁸

Essa técnica tem demonstrado ótimos resultados ao longo dos anos, sendo minimamente invasiva, de baixo custo, com altas taxas de sucesso, de fácil execução, sem necessidade de equipamentos cirúrgicos adicionais.⁹ Apresenta eficácia na melhora de queixas álgicas, restabelecimento da abertura bucal e movimentos de lateralidade. Além disso, pode ser realizada sob anestesia local.^{1,5} A artrocentese provou ser altamente eficaz, proporcionando uma melhoria significativa em máxima abertura de boca e o movimento lateral.^{5, 10}

A incapacidade do disco de deslizar pode ser resultado de forças adesivas provenientes de um aumento da viscosidade do fluido sinovial ou de um efeito de vácuo criado entre o disco e a fossa. Tais eventos podem ser advindos de hábitos para-funcionais como apertamento.⁵ A injeção do líquido no complexo proporciona a quebra dessa união adesiva, o que leva, além da melhora na abertura bucal, o alívio de quadros dolorosos e estalidos.⁵

Diversos estudos na literatura obtiveram sucesso com esse método de tratamento, corroborando nosso trabalho em relação ao ganho na abertura bucal, movimentos de lateralidade, na diminuição de queixas álgicas e no conforto para o paciente de forma menos invasiva.^{1,5,7,10}

No estudo de Nitzan et al., em 1991⁵, foi reafirmado que a fisioterapia antes da artrocentese foi incapaz de proporcionar melhorias, porém, após a realização da técnica, a fisioterapia mostrou resultados satisfatórios. No caso relatado, não foi realizada fisioterapia nos períodos pré e pós-operatórios. Mesmo assim, obtivemos resultados positivos e tivemos uma abertura de boca inicial de 4mm e, numa avaliação pós-operatória de 21 dias, 45mm, resultando em um aumento significativo.

Variações dos valores em relação a outros estudos podem ser justificadas pelas diferenças na utilização de medicamentos intra-articulares empregados para o tratamento, como é o caso no estudo realizado Lyrio et al. por., 2010⁶, utilizam o ácido hialurônico para injeção intra-articular. No estudo de Chandrashekar et al., 2015¹, utilizou-se

solução de Ringer com Lactato para injeção.¹ No caso descrito, foi realizada apenas infusão intra-articular com soro fisiológico 0,9%.

Estudos mostram o volume de lavagem ideal para remover a bradicinina, a interleucina-6 e proteína da ATM. Realizaram-se artrocenteses com diferentes volumes de lavagem e concluiu-se que o volume de lavagem ideal de perfusão para artrocentese é entre 300 e 400 ml. Considerou-se que é possível irrigar o espaço articular superior em 2 mm com uma solução de 300 ml de solução salina.⁹ No presente estudo, foi utilizado soro fisiológico na quantidade de 300ml de cada lado para lavagem articular, respeitando o proposto pelos autores anteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a artrocentese não seja considerada um tratamento curativo, o procedimento tem sido realizado, demonstrando-se efetivo em relação à sintomatologia de pacientes que apresentam distúrbios temporomandibulares, como no caso relatado. Porém, um acompanhamento pós-operatório a longo prazo se torna necessário devido a possíveis recidivas.

REFERÊNCIAS

1. Chandrashekar VK, Kenchappa U, Chinnannavar SN, Singh S. Arthrocentesis a minimally invasive method for TMJ disc disorders - A Prospective study. J Clin Diagn Res. 2015 Oct;9(10):59-62.
2. Bezerra BPN, Ribeiro AIAM, Farias ABL de, Farias ABL de, Fontes LBC, Nascimento SRN, Nascimento AS, Adriano MSPF. Prevalence of temporomandibular joint dysfunction and different levels of anxiety among college students. Rev Dor. São Paulo. 2012 Jul-Set;13(3):235-242.
3. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. Dental Press J Orthod. 2010 May-June;15(3):114-120.
4. Rahal A, Poirier J, Ahmarani C. Single-puncture arthrocentesis--introducing a new technique and a novel device. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Aug;67(8):1771-1773.

5. Nitzan DW, Dolwick MF, Martinez GA. Têmporo-mandibular joint arthrocentesis: A simplified treatment for severe, limited mouth opening. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49:1163-1167.
6. Lyrio MCN, Filho VAP, Silva LM de C, Moraes M. Use of sodium hyaluronate slution in the treatment of disc displacement and closed lock. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilofac.* 2010 Jan-Mar;10(1):49-56.
7. Grossmann E, Grossmann TK. Têmporo-mandibular joint surgery. *Rev Dor. São Paulo.* 2011 Apr-Jun;12(2):152-159.
8. Vasconcelos BCE, Bessa-Nogueira RV, Rocha NS. Têmporo-mandibular joint arthrocentesis: evaluation of results and review of the literature. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006Sept-Oct;72(4):634-638.
9. Alkan A, Kilic E. A new approach to arthrocentesis of the têmporo-mandibular joint. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2009;38:85–86.
10. Lee SH, Yoon, HY. MRI Findings of Patients With Têmporo-mandibular Joint Internal Derangement: Before and After Performance of Arthrocentesis and Stabilization Splint. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:314-317.