

Discectomia no desarranjo interno da articulação temporo mandibular: relato de caso

Discectomy for internal derangements of the temporo mandibular joint: case report

Shajadi C. P. KABA¹; Pedro J. C. COSTA²; Adalmir Gonzaga S. QUEIROZ³

1- Doutorando em diagnóstico bucal, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP), Assistente do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais do Hospital Universitário da USP;

2- Cirurgião Buco Maxilo Facial do Hospital do Açúcar de Alagoas e Hospital Geral do Estado de Alagoas. Aluno de Mestrado em Implantodontia Faculdade São Leopoldo Mandic;

3- Ex-residente do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo faciais do Hospital Universitário da USP.

RESUMO

O desarranjo interno da articulação temporo mandibular acomete cerca de 30% da população, sendo que apenas 5% requerem algum tipo de intervenção cirúrgica. A discectomia tem sido empregada quando o disco encontra-se comprometido estruturalmente, deslocado, na dor secundária em desarranjos com estágio avançado (Wilks IV e V) ou na permanência da disfunção após cirurgia prévia de reposicionamento do disco, artroscopia/artrocentese e condilectomia. Considerando-se que

o sucesso no tratamento cirúrgico da articulação temporo mandibular diminui com o aumento no número de procedimentos prévios e que o reposicionamento cirúrgico do disco articular não tem se mostrado tão efetivo em longo prazo, estudos recentes têm mostrado que a discectomia tem sido o procedimento cirúrgico com maior probabilidade de sucesso e com menor morbidade quando indicado como primeira opção terapêutica.

Palavras-chave: Transtornos da articulação temporomandibular; Amplitude de movimento mandibular; Dor.

INTRODUÇÃO

O desarranjo interno articular é um termo ortopédico caracterizado pela presença de alteração mecânica que interfere com a livre movimentação de uma articulação. 30% da população em geral apresenta essa desordem na articulação temporomandibular (ATM), dessa parcela, 15-20% procuram algum tipo de tratamento sendo que apenas 5% requerem intervenção cirúrgica¹. Ainda não se sabe o motivo da predileção pelo sexo feminino na proporção de 4:1 em relação ao masculino. Com o aumento das opções cirúrgicas disponíveis atualmente, parece prudente que o cirurgião tenha uma indicação precisa do procedimento que proporcione ao paciente uma maior probabilidade de sucesso com menor morbidade.

A artrocentese/artroscopia, discopexia, artroplastia, discectomia e condilectomia são opções terapêuticas encontradas na literatura para o desarranjo interno da ATM. A discectomia consiste na total remoção do disco articular sem interposição de nenhum material de substituição. Foi uma técnica que ganhou popularidade entre as décadas de 40 e 60 mostrando inicialmente resultados favoráveis em uma série de pacientes que foram submetidos ao tratamento não cirúrgico sem sucesso^{2,3}. Em outros estudos, a dor articular, dor de cabeça e outros sinais e sintomas da disfunção permaneceram após esse procedimento. Por um tempo a técnica caiu em desuso e foi abandonada. Com a melhora dos meios de diagnóstico e uma compreensão mais efetiva da fisiopatologia articular, a discectomia começou a retomar sua popularidade. Em estudos recentes onde essa técnica foi utilizada especificamente para o desarranjo interno articular, a taxa de sucesso resultou entre 85% e 89%⁴, estando indicada em casos onde há comprometimento estrutural e deslocamento do

disco, dor secundária em desarranjos em estágio avançado (Wilks IV e V), Permanência da disfunção após cirurgia prévia de reposicionamento e artrocentese/artroscopia.

A completa remoção do disco articular foi um dos primeiros procedimentos cirúrgicos intra-articulares descritos na literatura, sendo utilizada quando o disco encontra-se doente ou estruturalmente comprometido com o resultado de aderências, perfurações ou persistência dos sintomas de dor e disfunção após cirurgias prévias de reposicionamento de disco.

Com relação à substituição do disco, não há consenso na literatura. Até tempos recentes alguns autores sugeriam a substituição do disco articular por implantes aloplásticos, porém a alta incidência de reações de corpo estranho fez com que essa prática caísse em desuso. Enxertos autógenos têm sido sugeridos para substituição do disco como cartilagem auricular⁵, derme, músculo temporal e fásia. No momento não há estudos de longo prazo publicados sobre a eficácia de tecidos autógenos, embora alguns de curto prazo pareçam serem promissores.

Silver et al.⁵ após 212 discectomias concluíram que 94% dos pacientes obtiveram bons resultados, onde a menor abertura bucal encontrada foi de 30mm, porém a grande maioria obteve abertura de pelo menos 40mm.

Miloro e Henriksen⁶ (2010) após realização de 32 discectomias em 24 pacientes, com acompanhamento de aproximadamente 40 meses, verificaram que todos obtiveram uma melhora na função dos movimentos mandibulares e redução na dor articular e facial, concluindo que a discectomia da articulação temporomandibular é eficaz como primeira opção cirúrgica reduzindo significativamente a dor e me-

lhorando a função.

Falhas na disiectomia são caracterizadas pela dor persistente, restrição alimentar e/ou limitação da mobilidade articular. As causas mais comuns para tais é o controle inadequado da carga articular durante os 12 primeiros meses após a cirurgia e/ou danos à superfície articular durante o ato operatório.

O presente trabalho objetiva a apresentação de um caso clínico de uma paciente que foi submetida à disiectomia como opção terapêutica aberta para o tratamento do desarranjo interno articular após falha no tratamento conservador.

RELATO DO CASO

Paciente A.M.S., melanoderma, gênero feminino, 21 anos, estudante, procurou o ambulatório de Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial do Hospital Universitário da USP, com queixa de limitação de abertura bucal e dor crônica em face e em região pré-auricular esquerda há aproximadamente 1 ano, fez uso de analgésicos, porém sem remissão dos sintomas. A paciente nega doenças de base e uso de medicações contínuas, porém refere apertamento dentário. Ao exame físico verificou-se um bom estado geral de saúde, limitação de abertura bucal (24mm) (Figura 1), desvio mandibular para a esquerda em abertura, ausência de excursão condilar em ATM esquerda, além de apinhamento dentário e dor em musculatura mastigatória. A paciente foi diagnosticada com closed lock crônico em ATM esquerda e inicialmente foi introduzido relaxante muscular associado a analgésico e anti-inflamatório bem como encaminhada para confecção de dispositivo oclusal. Foi solicitada ressonância magnética, onde se verificou alterações morfológicas e perfurações no disco articular esquerdo, bem como deslocamento antero-medial sem redução. Após 3 meses do uso do dispositivo oclusal a paciente referiu remissão do quadro álgico em músculos da mastigação porém a limitação de abertura bucal, o desvio mandibular e a dor articular permaneceram. Em seguida a paciente foi submetida à artrocentese da ATM afetada sob anestesia local e com sedação endovenosa. No primeiro mês após o procedimento houve melhora da dor articular e um ganho na amplitude de abertura bucal, porém após 4 meses sintomatologia articular retomou.

Diante disso, optou-se pela realização da eminectomia (no intuito de aumentar o espaço articular) associada à disiectomia via acesso endaural sob anestesia geral (Figuras 2, 3 e 4). A cirurgia ocorreu sem intercorrências e o caso encontra-se preservado por período de 2 anos, estando a paciente sem nenhuma sintomatologia álgica articular, com abertura bucal de 37 mm e em uso de dispositivo oclusal decorrente do apertamento dentário (Figura 5).



Figura 2 - Aspecto transoperatório.

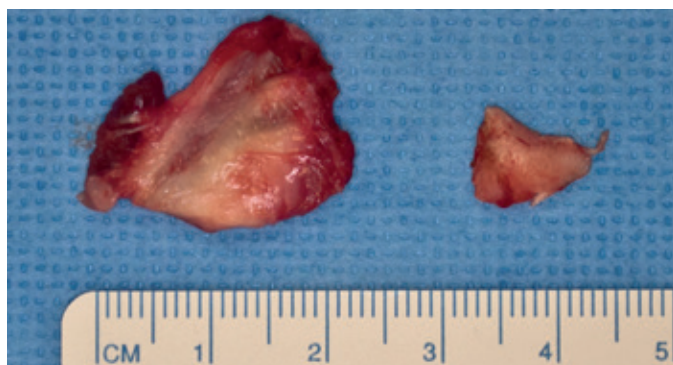


Figura 3 - Alteração morfológica do disco articular após sua remoção.



Figura 4 - Sutura do acesso cirúrgico.



Figura 1 - Abertura bucal inicial de 24mm.



Figura 5 - Pós-operatório de 2 anos, abertura bucal de 37 mm.

DISCUSSÃO

Muitos pacientes que apresentam disfunções da articulação temporomandibular podem ser tratados com métodos conservadores como fisioterapia, dispositivos oclusais, compressas mornas, artrocentese, injeções medicamentosas intra-articulares e sistêmicas. Porém, 5% desses pacientes não apresentam sucesso a essas terapias sendo necessário o tratamento cirúrgico aberto¹. No caso referido, foram tentadas terapias menos agressivas como o tratamento com dispositivo oclusal, medicações e artrocentese, mas a paciente não apresentou evolução satisfatória, sendo assim submetida à cirurgia aberta de ATM.

Considerando que a cirurgia para o reposicionamento e substituição do disco articular não tem se mostrado tão efetiva em longo prazo, a seleção do procedimento cirúrgico com maior probabilidade de sucesso e com menor morbidade deve ser considerada primeiramente. A Dissectomia é a cirurgia mais comum para a dor articular⁸, e é único procedimento que mostra os melhores resultados em longo prazo⁵. Miloro e Henriksen⁶ (2010) concluíram que esse procedimento quando é usado como a primeira opção cirúrgica para o desarranjo interno da ATM reduz significativamente a dor e melhora a função mandibular. Nesse sentido, após a falha ao tratamento conservador anteriormente citado no caso, foi optado pela dissectomia como primeira opção cirúrgica para a paciente.

Segundo Tolvanen⁹ (1988) com um acompanhamento de 30 anos, 96% dos pacientes apresentaram-se livres de dor e com no mínimo 30mm de máxima abertura bucal. Em nosso trabalho a paciente encontra-se no 2 ano de pós-operatório, sem dor articular e com máxima abertura de 37mm, porém ainda observa-se o desvio mandibular durante o movimento de abertura bucal.

Contrariamente ao estudo de Miloro e Henriksen⁶ (2010), o qual demonstra que não há necessidade de medicação, termoterapia, dieta leve, fisioterapia e uso de dispositivos oclusais após a dissectomia, em nosso caso a paciente foi instruída a manter uma alimentação branda por período de 6 meses de pós-operatório, a continuar com o uso do dispositivo oclusal e realização de compressas mornas na região.

Tolvanen⁹ (1988), demonstraram que os achados radiográficos mais comuns após a dissectomia foram o achatamento condilar e esclerose, o que não foi verificado em nosso caso após a realização de uma radiografia panorâmica de controle no segundo ano de pós-operatório.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissectomia se mostrou uma opção cirúrgica efetiva na redução da dor e na melhora da função articular e menos invasiva quando utilizada como primeira opção cirúrgica para o desarranjo interno da ATM. Porém antes de se tentar qualquer tratamento aberto, deve ser considerado o tratamento não cirúrgico.

REFERÊNCIAS

01. Dolwick MF, Dimitroulis G. Is there a role for temporomandibular joint surgery? *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1994; 32(5):307-13.
02. Dingman RO, Moorman WC. Meniscectomy in the treatment of lesions of the Temporomandibular joint. *J Oral Surg.* 1951; 9(3): 214-24.
03. Iehn CL, DesPrez JD. Meniscectomy for internal derangement of the temporomandibular joint. *Br J Plast Surg.* 1962; 15: 199-207.
04. Wilkes CH. Surgical treatment of internal derangement of the temporomandibular: a long-term study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991; 117(1):64-72.
05. Silver CM. Long-term results of meniscectomy of the temporomandibular joint. *Cranio.* 1984; 3(1): 46-57.
06. Miloro M, Henriksen B. Dissectomy as the Primary Surgical Option for Internal Derangement of the Temporomandibular Joint. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 68(4): 782-789.
07. McKenna SJ. Dissectomy for the Treatment of Internal Derangements the Temporo Mandibular Joint. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 59(9): 1051-1056.
08. Hall D. The role of dissectomy for treating internal derangements of the temporomandibular joint. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 1994; 6: 287.
09. Tolvanen M, Oikarinen VJ, Wolf J: A 30-year follow-up study of temporomandibular meniscectomies: A report of 5 patients. *Br J Oral Maxillofac Surg* 26:311, 1988.

ABSTRACT

The internal derangement of the temporomandibular affects about 30% of the population, and only 5% require some kind surgery. The most frequent indication currently published for dissectomys pain secondary to late-stage internal derangement (Wilkes stages IV to V), in which the degrees of disc deformity, degeneration, or displacement, and the inelasticity of the anterior attachment, preclude successful surgical repositioning. Another indication includes dissectomy after failed surgical disc repositioning, arthroscopy. Considering that disc repositio-

ning and disc replacement surgery have not been shown to be effective long term, and that the eventual fate of most operated joints is dissectomy, then the selection of the surgical procedure with the highest probability of success and the least morbidity should be considered primarily. The aim of this article is show a case report of a female patient that fail a conservative treatment with occlusal splint and Arthrocentesis, being subjected to dissectomy for treatment of internal derangements.

KEYWORDS: Temporomandibular joint disorders; Range of motion articular; Pain.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Shajadi Carlos Pardo Kaba

Divisão de Odontologia

Av. Prof. Lineu Prestes, 2.565- Cidade Universitária - CEP 05508-000

E-mail: Shajadi@usp.br