

FACULDADES SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA

DIOGO RODRIGUES DE MORAES ZAMITH
MARIANA BONFANTE VILELA RODRIGUES

EMINECTOMIA
Tratamento para luxação recidivante da articulação temporomandibular

Rio de Janeiro
2019

DIOGO RODRIGUES DE MORAES ZAMITH
MARIANA BONFANTE VILELA RODRIGUES

EMINECTOMIA

Tratamento para luxação recidivante da articulação temporomandibular

Projeto de pesquisa apresentado para
a Disciplina de TCC II, sob a
orientação do prof. Alan Ardisson.

Rio de Janeiro

2019

SUMÁRIO

	Página
1. RESUMO	04
2. SUMMARY.....	05
3. INTRODUÇÃO.....	06
4. RELATO DE CASO	08
5. CONCLUSÃO	10
6. REFERÊNCIAS	11
7. ANEXOS.....	12

RESUMO

A luxação da articulação temporomandibular (ATM), ocorre quando o côndilo mandibular se desloca para fora da cavidade articular e permanece luxado anteriormente a eminência articular. Essa condição é mantida pelo espasmo dos músculos da mastigação e estiramento dos ligamentos extra-capsulares, tornando a luxação inevitável. Quando o deslocamento e o travamento do côndilo mandibular, anterior a eminência articular, ocorrem com frequência e determinam uma piora progressiva do quadro clínico do paciente, essa condição passa a ser chamada de luxação habitual, recorrente ou recidivante da ATM, com indicação a abordagem cirúrgica através da eminectomia. A eminectomia consiste na remoção da eminência articular através de ostectomia com uso de instrumentos rotatórios, e tem como finalidade promover movimentos mandibulares livres. O acesso cirúrgico de eleição à área da ATM é realizado através da incisão pré-auricular, e é considerado relativamente fácil, embora a dimensão da exposição seja limitada pela ramificação do nervo facial. Podemos concluir que a eminectomia é, atualmente, o tratamento mais eficaz para a luxação da ATM recidivante, em razão da restituição da função articular e do índice de abertura de boca.

Palavras-chave: luxação da articulação temporomandibular, ATM, eminectomia.

SUMMARY

Temporomandibular joint (TMJ) dislocation, occurs when the mandibular condyle dislocates out of the articular cavity and remains dislocated anteriorly to the articular eminence. This condition is maintained by chewing muscle spasm and extra-capsular ligament stretching, making dislocation inevitable. When displacement and locking of the mandibular condyle, prior to joint eminence, occur frequently and determine a progressive worsening of the patient's clinical condition, this condition is referred to as habitual, recurrent or recurrent TMJ dislocation, indicating the surgical approach through eminectomy. Eminectomy is the removal of joint eminence through ostectomy with preauricular access, and its purpose is to promote free movement. The preferred surgical access to the TMJ area is through the preauricular incision, and is considered relatively easy, although the size of the exposure is limited by facial nerve branching. We can conclude that eminectomy is currently the most effective treatment for recurrent TMJ dislocation, due to the restoration of joint function and mouth opening index.

Keywords: temporomandibular joint dislocation, TMJ, eminectomy.

INTRODUÇÃO:

A luxação da articulação temporomandibular (ATM), ocorre quando o côndilo mandibular se desloca para fora da cavidade articular e permanece luxado anteriormente a eminência articular (Pinto *et al.*, 2012). Por ser um aparelho articular e musculoesquelético quase único (Bagheri *et al.*, 2013) essa condição é mantida pelo espasmo dos músculos da mastigação e estiramento dos ligamentos, tornando a luxação inevitável e recorrente. Quando o deslocamento e o travamento do côndilo mandibular, anterior a eminência articular, ocorrem com frequência e determinam uma piora progressiva do quadro clínico do paciente (Cardoso *et al.*, 2005). Diferentes fatores etiológicos têm sido sugeridos como prováveis causas das luxações recorrentes, são eles: condições anatômicas, hábitos parafuncionais e hipermobilidade articular generalizada (De Freitas, 2006). Essa ocorrência repetitiva geralmente é associada a hipermobilidade mandibular devido ao estiramento dos ligamentos e uma inclinação da eminência articular (Cardoso *et al.*, 2005). A luxação pode ser unilateral ou bilateral, no paciente com luxação unilateral, o mento se desvia para o lado oposto da luxação e na bilateral não ocorre desvio do mento, já que os côndilos se encontram fora da fossa articular. As características clínicas são: Incapacidade de fechar a boca, depressão pré-auricular da pele, protrusão do mento em caso de luxação bilateral, dificuldade na fala, sialorreia, dor em graus variáveis e tensão da musculatura mastigatória (De Castro *et al.*, 2013). Segundo Ellis Iii e Zide, em 2006, definiram-se como indicações para o tratamento cirúrgico desta patologia a existência de episódios repetidos de luxação, dor articular e disfunção na mastigação. Nas últimas décadas têm sido descritos diversos casos com esta patologia, que apresentam uma grande variedade de opções de tratamento englobando desde abordagens conservadoras não-cirúrgicas até procedimentos cirúrgicos mais invasivos.(Jaisani *et al.*, 2015). O tratamento depende do estado do paciente e varia desde a redução manual, ideal para luxações agudas, à intervenção cirúrgica, que normalmente é necessária apenas nas luxações recidivantes.(Lee *et al.*, 2006).

A eminectomia descrita primeiramente por Hilmar Myrhaug (1951), é uma abordagem cirúrgica, que consiste na remoção da eminência articular por

ostectomia, com o uso de instrumentos rotatórios associados ou não a cinzeis, bastante utilizada até nossos dias atuais com resultados satisfatórios e eficácia comprovada (Vasconcelos *et al.*, 2014). O acesso cirúrgico de eleição à área da ATM é realizado através da incisão pré-auricular, e é considerado relativamente fácil, embora a dimensão da exposição seja limitada pela ramificação do nervo facial (Ellis *lii* e Zide, 2006). Um procedimento mais recente e menos invasivo seria o emprego de miniplaca fixa na eminência articular, tendo como principal desvantagem sua limitação de abertura de boca, sendo assim, a eminectomia eleita como procedimento usado por sua larga experiência clínica, além de ser uma técnica de baixo custo se comparada ou uso de mini placas.

CASO CLÍNICO

Paciente J.R.R., gênero masculino, 3ª década de vida, caucasiano, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, queixando-se de que “sua boca ficava caindo todo mês”. O paciente relatou terem ocorrido vários episódios em sua vida no último ano, sendo que em sua maioria, os episódios, estavam relacionados à fala e a mastigação, uma média de uma a duas vezes na semana. Foi solicitada Radiografia panorâmica para análise do conjunto fossa, côndilo e eminência articular. Ao exame de imagem se observou uma inclinação anterior do côndilo com relação a eminência articular (Fig. 1, 2 e 3).

A eminectomia foi realizada sob anestesia geral, com intubação nasotraqueal, através de um acesso pré-auricular com extensão tipo ROWE ²¹. O preparo do sitio cirúrgico contou com tricotomia, degermação da região com clorexidina 2% e gaze estéril. A incisão foi realizada com lâmina 15 de bisturi de aproximadamente 2 cm pré-auricular sob o hélix da orelha evitando incisão acidental do nervo facial. A incisão é feita através de pele e dos tecidos conjuntivos subcutâneos, com uma incisão de 3 cm partindo da região de fossa temporal inclinada em 45° no arco zigomático, alcançando o limite posterior na margem livre do hélix, continuando inferiormente até o limite posterior do hélix e borda superior do trágus, progredindo a dissecação com tesoura Metzenbaum até a fáscia temporal superficial, alguns vasos cutâneos sangraram e foram cauterizados com bisturi elétrico antes de prosseguir com uma incisão oblíqua da camada superficial da fáscia temporal para descolar o periósteo externo da parte lateral do arco zigomático, seguindo com a dissecação em direção inferior, continuando o acesso à cápsula articular, progredindo anteriormente até a eminência articular (Fig. 4, 5 e 6).

A ostectomia foi iniciada na eminência articular usando como referência de limite superior da borda inferior do arco zigomático, utilizando broca 702 em todo o comprimento e profundidade da eminência articular, sob irrigação contínua com soro fisiológico 0,9% com uma inclinação de aproximadamente 10° com o plano horizontal, sendo finalizada com o uso de Cinzel bi biselado e martelo cirúrgico. Após remoção da eminência articular (Fig. 7), efetuou-se a

regularização óssea com uma lima para osso (Fig. 8 e 9), os movimentos mandibulares funcionais foram realizados para confirmar o retorno do côndilo a uma posição posterior dentro da fossa articular sem travamentos e a sutura por planos foi realizada com fio de nylon 6-0 na pele.

CONCLUSÃO:

Podemos concluir que a eminectomia é, atualmente, um tratamento viável para a luxação recidivante da ATM, em razão da restituição da função articular e do índice de abertura de boca. As vantagens que a técnica demonstra pela literatura para a escolha do emprego da eminectomia são mostradas como um procedimento cirúrgico de fácil execução, movimentos funcionais pós-operatórios normais, baixa morbidade e possibilidade de avaliar diretamente os movimentos articulares. Nas luxações onde são utilizadas a eminectomia como tratamento, geralmente apresenta resultados melhores, atuando como terapia definitiva. Métodos conservadores apresentam terapia paliativa, ou seja, alívio temporário, muitas vezes sendo necessário um segundo tempo cirúrgico.

REFERÊNCIAS:

BAGHERI, S. C.; BELL, R. B.; KHAN, H. A. Terapias atuais em cirurgia bucomaxilofacial. In: (Ed.). **Terapias atuais em cirurgia bucomaxilofacial**, 2013.

CARDOSO, Á. B.; VASCONCELOS, B. C.; OLIVEIRA, D. M. D. J. R. B. O. Estudo comparativo da eminectomia e do uso de miniplaca na eminência articular para tratamento da luxação recidivante da articulação temporomandibular. v. 71, n. 1, p. 32-7, 2005.

DE CASTRO, C. H. S. et al. Fratura de miniplaca em tratamento de luxação de ATM-Que conduta tomar? , v. 2, n. 5, 2013. ISSN 2317-3009.

DE FREITAS, R. **Tratado de cirurgia bucomaxilofacial**. Santos, 2006. ISBN 8572885854.

ELLIS III, E.; ZIDE, M. F. Acessos cirúrgicos ao esqueleto facial. In: (Ed.). **Acessos cirúrgicos ao esqueleto facial**, 2006.

JAISANI, M. et al. Use of cervical collar in temporomandibular dislocation. v. 14, n. 2, p. 470, 2015. ISSN 0972-8279.

LEE, S.-H. et al. Reduction of prolonged bilateral temporomandibular joint dislocation by midline mandibulotomy. v. 35, n. 11, p. 1054-1056, 2006. ISSN 0901-5027.

PINTO, L. A. P. F.; GUIMARÃES, M. A. D. A.; COUTINHO, M. A. Eminectomia: tratamento para a luxação da articulação temporomandibular recidivante %J Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-facial. v. 12, p. 53-60, 2012. ISSN 1808-5210. Disponível em: < http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102012000100008&nrm=iso >.

VASCONCELOS, B. C. et al. Conduta em Luxação Condilar Anterior Prolongada: Relato de Caso. v. 14, n. 2, p. 31-36, 2014. ISSN 1808-5210.

ANEXOS:



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

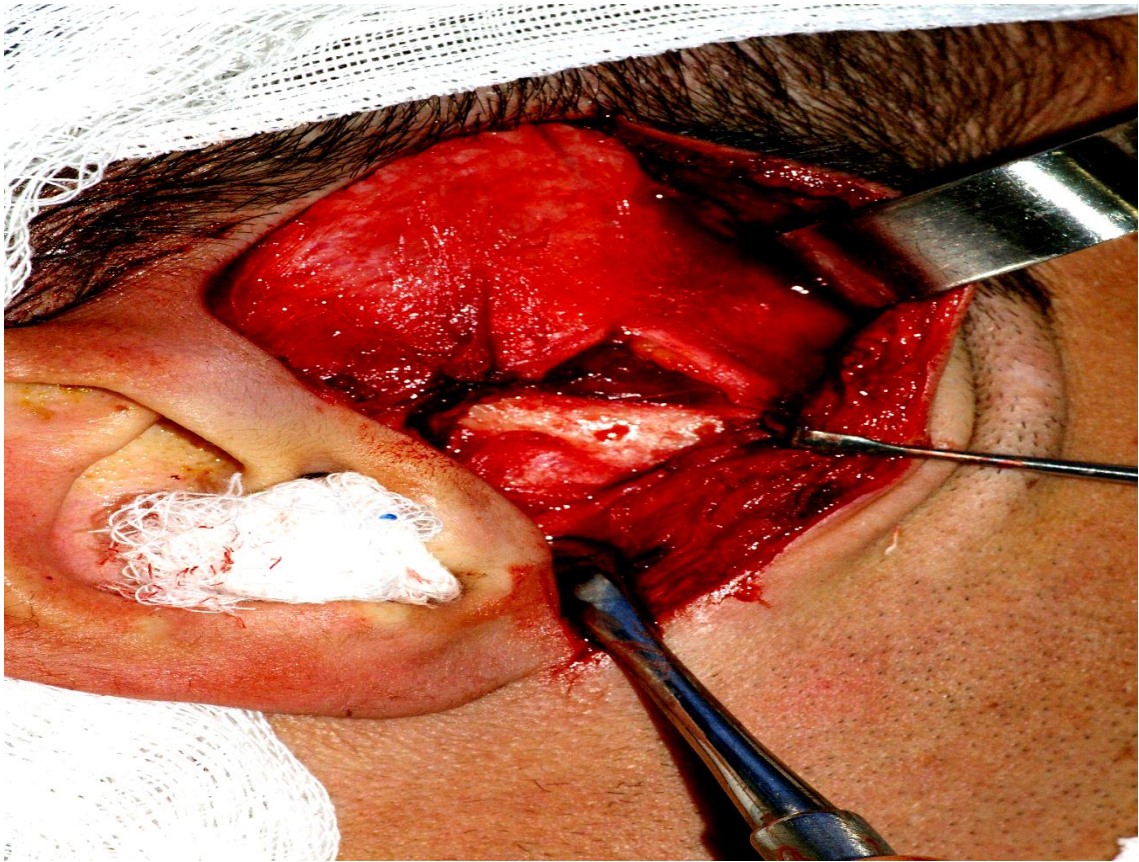


Fig. 4

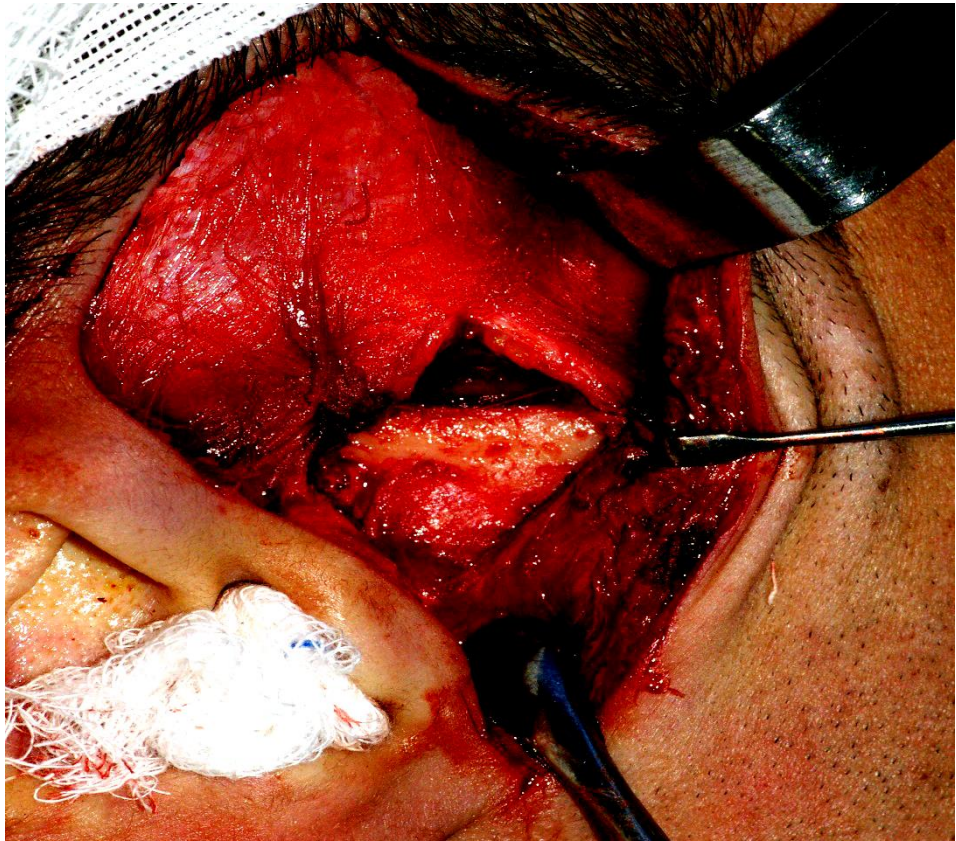


Fig. 5

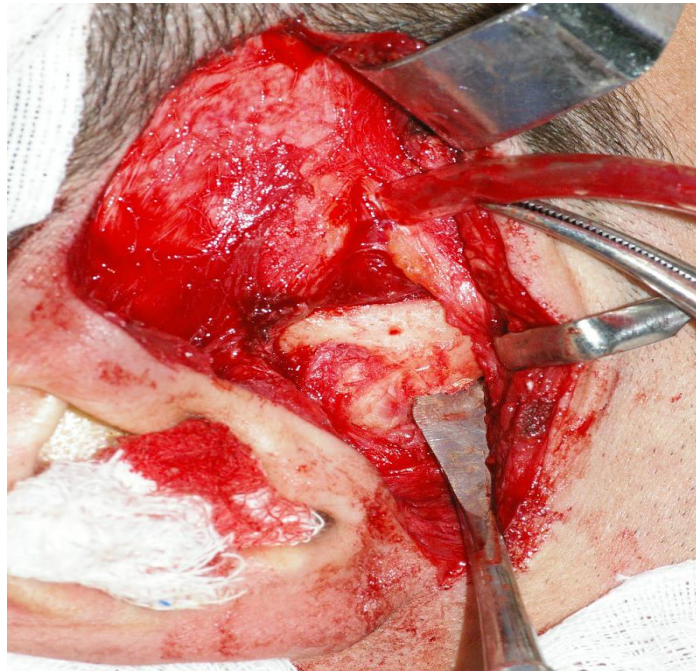


Fig. 6

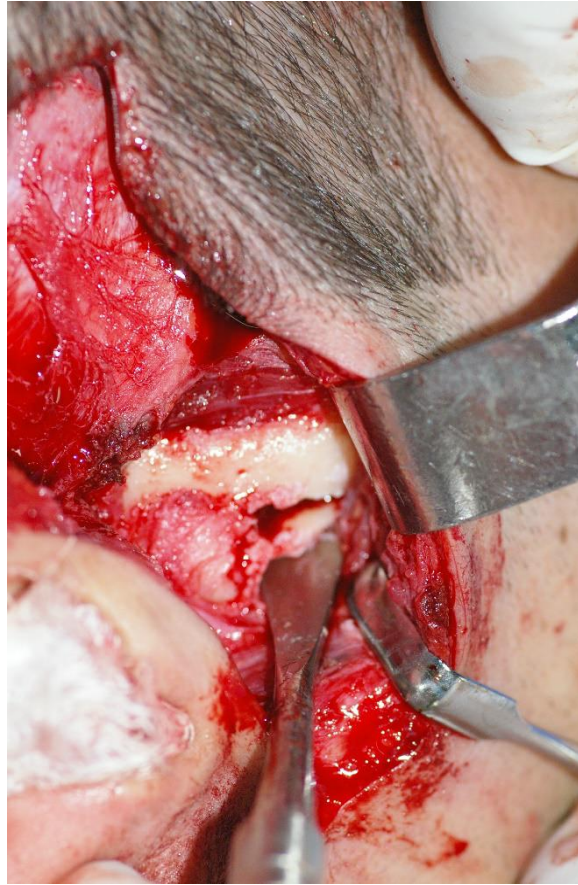


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9