

Eminectomia para o Tratamento da Luxação Recidivante da Articulação Temporomandibular: Experiência de 37 Casos

Eminectomy to the Management of Recurrent Dislocation of the Temporomandibular Joint: Experience of 37 Cases

Marcus WOLTMANN*
Valtuir Barbosa FELIX**
Ronaldo Rodrigues de FREITAS***

WOLTMANN, M.; FELIX, V.B.; FREITAS, R.R. de. Eminectomia para o tratamento da luxação recidivante da articulação temporomandibular: experiência de 37 casos. JBA, Curitiba, v.2, n.7, p.208-213, jul./set. 2002.

A luxação recidivante da articulação temporomandibular constitui-se em uma perda de contato entre as superfícies articulares, côndilo e fossa articular, não voltando à posição inicial sem auxílio de forças externas para a sua redução.

Os autores realizam uma revisão da literatura, bem como relatam 37 casos de luxação recidivante de ATM tratados por eminectomia.

PALAVRAS-CHAVE: Articulação temporomandibular, cirurgia; Luxação dentária, cirurgia; Síndrome da Articulação Temporomandibular; Artropatias; Resultado de tratamento.

INTRODUÇÃO

A luxação da articulação temporomandibular (ATM) é a perda parcial ou total do contato entre as duas superfícies ósseas articulares, na qual o côndilo ultrapassa os movimentos limitrofes da fossa articular e não volta à posição correta sem a intervenção de forças externas para a redução (BARROS & SOUZA, 1993).

A luxação da ATM foi uma das primeiras afecções dos maxilares descritas na literatura, sendo Hipócrates, cinco séculos a.C., o primeiro a relatar esta condição e o seu tratamento (MERRIL, 1992).

Uma vez deslocado o côndilo, ocorre estiramento dos ligamentos, acarretando hiper mobilidade mandibular. Conseqüência deste estiramento é a luxação recidivante, que a cada deslocamento se agrava mais (ALMEIDA *et al.*, 1991).

ARRUDA (1981) verificou, em 25 pacientes portadores de luxação recidivante da ATM, uma média de idade de 30 anos e uma prevalência do gênero feminino sobre o masculino.

Em crianças, acredita-se que os deslocamentos sejam raros, devido às eminências articulares não estarem suficientemente bem formadas para manter a luxação (ATHERTON & PECKITT, 1997).

A luxação pode ser uni ou bilateral. Caracteristicamente, no paciente com uma luxação unilateral o mento se desvia para o lado oposto à luxação e na bilateral não ocorre desvio do mento, uma vez que os dois côndilos encontram-se fora da fossa articular (BARROS & SOUSA, 1993). Os pacientes referem, ainda, impossibilidade da mastigação, dificuldade de deglutição e manutenção da boca aberta, determinando incontinência salivar (FONSECA, 1951).

* Residente do Setor de Cirurgia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Rua Frederico Abranches, 233/92, Santa Cecília – CEP 01225-001, São Paulo, SP; e-mail: marcuswoltmann@zipmail.com.br

** Assistente do Setor Cirurgia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

*** Coordenador do Setor de Cirurgia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Diferentes fatores têm sido associados com a origem da luxação recidivante: anatomia articular desfavorável (MERCURY, 1992; BARROS & SOUSA, 1993), espasmo muscular (MERCURY, 1992), desordens psicogênicas (MERCURY, 1992; BARROS & MANGANELLO, 1993), fatores oclusais (FERNANDEZ-SANROMAN, 1997), hiper-mobilidade associada a síndromes (FERNANDEZ-SANROMAN, 1997) ou a abertura bucal excessiva ao bocejar, rir, comer, em tratamentos odontológicos e cirurgias bucofaríngeas (TORRES, 1976; SHAFFER, 1979).

Várias formas de tratamento conservador e cirúrgicas são citadas na literatura para o tratamento da luxação recidivante (Quadro 1).

QUADRO 1: Alguns métodos de tratamento conservador e cirúrgico da luxação recidivante do côndilo mandibular.

ESCARIFICAÇÃO DA CÁPSULA	Introdução de Alcool (HACKER, 1884 apud BARROS & SOUSA, 1993)
	Introdução de Agentes Esclerosantes (McKELVEY, 1950)
	Aplicação capsular (MYRHAUG, 1951)
RESTRIGEM O MOVIMENTO CONDILAR	Fratura baixa do arco zigomático (LECLERC & GIRARD, 1943)
	Aumento da eminência *Enxerto ósseo (MYRHAUG, 1951) *Colocação de pino de aço (FINDLAY, 1964)
	Remoção cirúrgica de porção de mucosa jugal (RIVAS, 1961)
	Miotomia do Pterigóideo Medial (SANDER, 1969)
	Circunscrever a arcada zigomática com fio de aço
	Miotomia do Pterigóideo Lateral (MILLER & MURPHY, 1976)
	Escleroterapia artroscópica (MERRILL, 1991)
	Aplicação de toxina botulínica (MOORE & WOOD, 1997)
NÃO RESTRIGEM MOVIMENTO CONDILAR	Eminectomia (MYRHAUG, 1951)
	Dissectomia (MYRHAUG, 1951)
	Condilectomia (LITIZOW & ROYER, 1962)
	Osteotomia subcondiliana tipo Kostecka (BARROS & BUENO, 1977)
	Osteotomia no ramo em “L” invertido (ADEKEYE et al., 1976)

Este artigo tem por objetivo realizar uma revisão, bem como analisar 37 casos de luxação recidivante tratados por eminectomia, enfocando faixa etária de maior acometimento, envolvimento uni ou bilateral, possíveis fatores relacionados à primeira luxação e o índice de recidiva da técnica.

PACIENTES E MÉTODOS

A casuística compreendeu 37 pacientes com diagnóstico de luxação recidivante de côndilo submetidos a eminectomia, no período de fevereiro de 1998 a fevereiro 2001, no Setor de Cirurgia Oral e Maxilofacial do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. O diagnóstico baseou-se na história e nos achados clínicos. Foram submetidos a procedimento cirúrgico somente os pacientes que referiam pelo menos três episódios de luxações em um período não maior que 6 meses, sendo necessário que pelo menos um dos episódios tenha sido presenciado por um membro da equipe.

Do grupo analisado, 27 pacientes eram do gênero feminino (72,9%) e 10 do masculino (27,1%). A média de idade foi de 33,5 anos (com idade variando entre 15 e 69 anos).

Foram solicitados Rx panorâmico e tomografia computadorizada em janela para tecido ósseo (corte sagital), para análise do conjunto fossa, côndilo e eminência articular.

Todos os pacientes receberam tratamento cirúrgico sob anestesia geral, com o acesso estritamente pré-auricular de aproximadamente 2cm, divulsão por planos, demarcação da ostectomia com uso de brocas e complementação com uso de cinzel e martelo.

Foi analisada a faixa etária de maior acometimento das luxações, envolvimento uni ou bilateral, possíveis fatores associados à primeira luxação e índices de recidiva da técnica de eminectomia.



FIGURA 2: Oclusão da paciente.

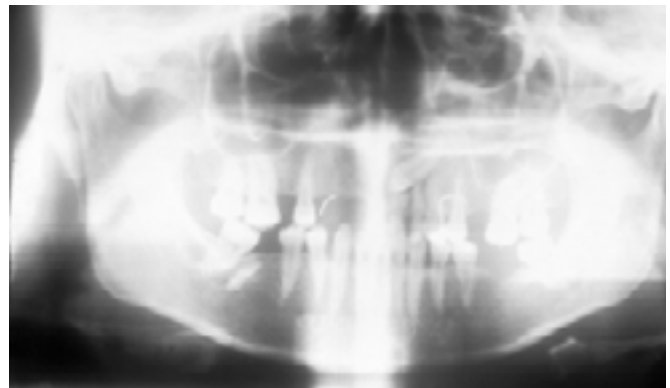


FIGURA 3: Rx panorâmico pré-operatório.

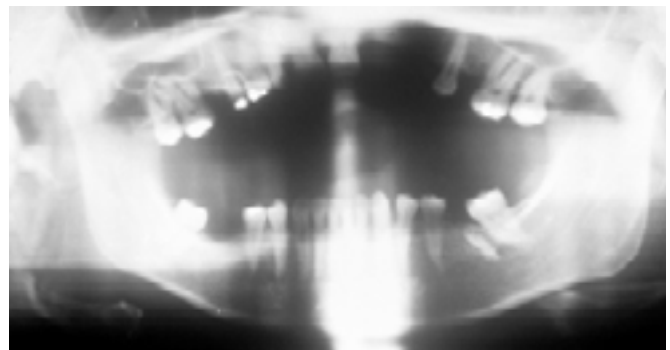


FIGURA 4: Rx panorâmico mostrando luxação de ATM.



FIGURA 1: Paciente com história de luxação recidivante de ATM no pré-operatório.



FIGURA 5: Demarcação da ostectomia à esquerda.

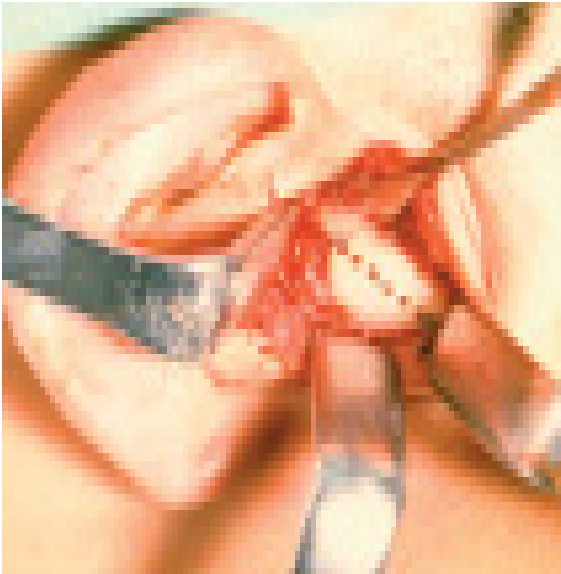


FIGURA 6: *Demarcação da osteotomia à direita.*

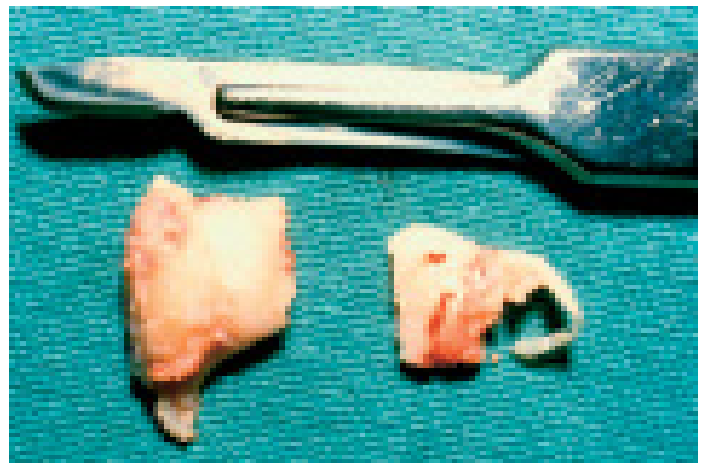


FIGURA 9: *Eminência articular removida à esquerda.*



FIGURA 7: *Aspecto transoperatório, após a remoção da eminência articular à esquerda.*

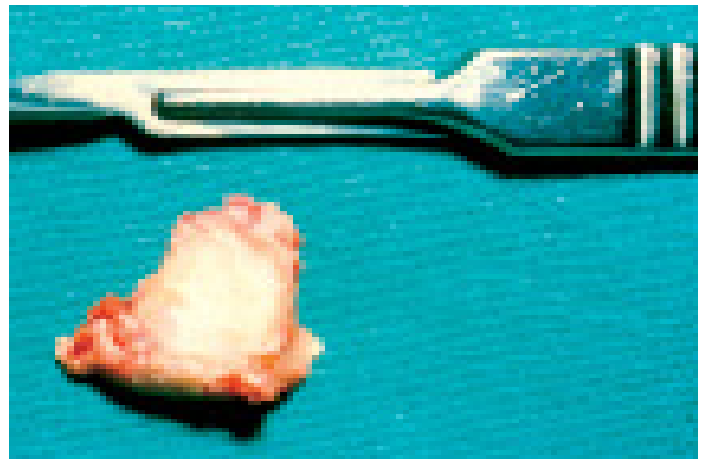


FIGURA 10: *Eminência articular removida à direita.*



FIGURA 8: *Aspecto transoperatório, após a remoção da eminência articular à direita.*



FIGURA 11: *Rx panorâmico pós-operatório.*



FIGURA 12:
Pós-operatório de
1 ano.

RESULTADOS

A primeira luxação teve um maior acometimento na terceira década de vida (16 casos – 43,2%), seguido pela segunda década (9 casos – 24,3%), quarta década (5 casos – 13,5%), quinta década (4 casos – 10,8%), sexta década (2 casos – 5,4%) e sétima década (1 caso – 2,7%) de vida.

Em 7 casos, a luxação era unilateral (19%) e em 30 bilateral (81%).

Dos fatores associados à primeira luxação, relatados pelos pacientes em ordem decrescente, citam-se: tratamento odontológico (13 casos – 35,1%), bocejo (11 casos – 29,7%), durante a alimentação (5 casos – 13,5%), trauma (3 casos – 8,1%), epilepsia (3 casos – 8,1%), cantando (1 caso – 2,7%), vômito (1 caso – 2,7%).

Não foi evidenciado nenhum caso de infecção e a dor pós-operatória foi controlada com o uso de anti-inflamatórios não-hormonais e analgésicos.

Todos os pacientes apresentavam algum grau de trismo no pós-operatório, obtendo-se o restabelecimento da abertura bucal normal após a regressão do processo inflamatório e uso auxiliar de fisioterapia com espátulas de madeira.

Não foi observado nenhum caso de paralisia muscular definitiva por lesão ao ramo temporal do nervo facial, embora a neuropraxia possa ser encontrada em alguns poucos casos, a qual atribuímos ao afastamento traumático dos tecidos.

Constatou-se três casos de recidiva no primeiro ano de pós-operatório, que corresponde a um índice de recidiva da técnica de 8,1%.

DISCUSSÃO

Nossos resultados mostraram uma prevalência maior do gênero feminino (27 casos – 72,9%), quando comparado ao masculino (10 casos – 27,1%), e que a ocorrência da primeira luxação é mais comum na terceira década de vida (16 casos – 43,2%), resultados estes semelhantes aos encontrados por ARRUDA (1981) e MERRIL (1992). Não tivemos nenhum caso de acometimento em pacientes da primeira década de vida, o que pode ser justificado pela citação de ATHERTON & PECKITT (1997), que acreditam que as luxações em crianças sejam raras devido às eminências articulares não estarem suficientemente formadas para manter a luxação.

O envolvimento bilateral (81%) mostrou-se muito mais comum quando comparado ao unilateral (19%), valores estes semelhantes aos citados por MERRIL (1992), que mostra 71% de casos com envolvimento bilateral.

Quanto aos fatores relacionados à primeira luxação, o tratamento odontológico (13 casos – 35,1%) foi o mais comum, seguido do bocejo (11 casos – 29,7%). Principalmente estes dois fatores, quando comparados aos demais, promovem uma abertura bucal exagerada, justificando o seu maior acometimento. Na literatura, estes fatores são relacionados à luxação, embora não tenham sido encontrados valores para comparação.

Em 37 casos operados pela técnica de eminectomia, obtivemos apenas três casos de recidiva (8,1%), valores estes superiores aos encontrados por POGREL (1985), que em 15 casos operados pela mesma técnica não apresentou nenhuma recidiva, porém menores que os 25% encontrados por CHERRY *et al.* (1977), de duas recidivas em 10 casos, e que os 33,3% de GOODE *et al.* (1973), que correspondeu a um caso de recidiva em uma amostra de três pacientes.

FERNANDEZ-SANROMAN (1997) inclui entre as vantagens da eminectomia a sua abordagem extracapsular com preservação da estrutura articular. Concordamos com as vantagens citadas pelo autor acima e adicionamos o fato de se tratar de um procedimento rápido, de média morbidade e, segundo os nossos resultados, de baixo índice de recidiva (8,1%).

Em dois dos três casos de recidiva pós-operatória foi observada, ainda, a presença de uma porção da eminência articular no seu aspecto mais medial na reabordagem. Estes dois casos caracterizaram-se como erro de técnica. No terceiro caso, optou-se pela condilectomia alta, uma vez que a paciente não apresentava mais o obstáculo mecânico da eminência articular. Os três casos, até o presente momento, foram solucionados com sucesso.

BARROS & SOUZA (1993) confirmam o cuidado de remover totalmente a eminência, principalmente na sua porção mais medial, mas mesmo frente a esta possibilidade de se deixar parte da eminência articular,

segundo os autores, a eminectomia é a técnica que apresenta os resultados mais consistentes.

Alguns dos nossos pacientes com luxação recidivante da ATM apresentavam associado um quadro de deslocamento anterior de disco com redução, em que a eminectomia resultou em uma melhora ou remissão total do quadro de deslocamento do disco articular. Segundo FERNANDEZ-SANROMAN (1997), com a eminectomia o disco articular se movimenta mais facilmente, prevenindo o seu aprisionamento entre a eminência e o côndilo, tratando desta forma um possível desarranjo interno da ATM.

Dentre as diversas técnicas cirúrgicas citadas na literatura, acreditamos que a eminectomia seja a mais fisiológica e de resultado mais previsível em relação às outras. Das formas de tratamento conservador, a que vem sendo mais pesquisada recentemente é uso da toxina botulínica que, segundo UNDT *et al.* (1998), apresenta um efeito reversível e não elimina a possibilidade de recidiva da luxação, necessitando de reaplicações, o que ao nosso ver limita as indicações desta técnica, uma vez que torna o custo do tratamento oneroso e pouco previsível.

Desde os tempos mais remotos em que se preconizava a injeção de álcool na cavidade articular (HACKER,

1884 *apud* BARROS & SOUSA, 1993) até os dias atuais, muitos tratamentos conservadores e cirúrgicos foram relatados, colocando à prova todos os tipos de tratamento deste problema articular, determinando que ainda não existe uma técnica absoluta para o tratamento da luxação recidivante do côndilo mandibular, cabendo ao Cirurgião a escolha da técnica à qual ele melhor se adapte e com isto traga benefícios ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura, bem como os dados coletados, permitiram as seguintes conclusões:

- O gênero feminino é quase 3 vezes mais acometido que o masculino.
- A faixa etária de maior incidência das luxações recidivantes é a terceira década de vida.
- As luxações bilaterais da ATM são prevalentes.
- Dentre os fatores responsáveis pela primeira luxação, o tratamento odontológico prolongado é o mais associado.
- A eminectomia é uma técnica simples, de baixa morbidade e índice de recidiva.

WOLTMANN, M.; FELIX, V.B.; FREITAS, R.R. de. Eminectomy to the management of recurrent dislocation of the temporomandibular joint: experience of 37 cases. *JBA, Curitiba*, v.2, n.7, p.208-213, jul./set. 2002.

The recurrent dislocation of the temporomandibular joint consists in a loss of contact between the surfaces of the condyle and the articular fossa, with no return to the initial position without the aid of external forces towards its reduction.

The objective of the authors was to carry on a revision of literature regarding the subject, as well as to report 37 cases of recurrent dislocation of TMJ treated by eminectomy.

KEYWORDS: Temporomandibular joint, surgery; Tooth luxation; Temporomandibular joint syndrome; Joint diseases; Treatment outcome.

REFERÊNCIAS

- ADEKEYE, E.O.; SHAMIA, R.I.; COVE, P. Inverted L-shaped ramus osteotomy for prolonged bilateral dislocation of the temporomandibular joint. *Oral Surg*, v.41, p.568-651, 1976.
- ALMEIDA, S.C.; RODRIGUES, C.B.F.; TOLEDO FILHO, J.L.; MARZOLA, C.; AGUIAR, H.F.; MORAES JÚNIOR, E.F.; CARVALHO, L.E.P.; ZORZETO, D.L. Eminectomia articular como tratamento para luxações mandibulares recidivantes. *Odonto Ciência*, n.11, p.51-59, 1991.
- ARRUDA, F.P. Contribuição ao estudo do tratamento cirúrgico da luxação recidivante da articulação temporomandibular, pela técnica de Wagner & Wagner. Porto Alegre, 1981. Tese (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- ATHERTON, G.J.; PECKITT, N.S. Bilateral dislocation of the temporomandibular joints in a 2-year-old child: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*, v.55, p.646-647, 1997.
- BARROS, J.J.; SOUSA, L.C.M. Luxação da articulação temporomandibular. *In:_____ Traumatismo bucomaxilofacial*. São Paulo, Roca, 1993. p.161-170.
- FERNANDEZ-SANROMAN, J. Surgical treatment of recurrent mandibular dislocation by augmentation of the articular eminence with cranial bone. *J Oral Maxillofac Surg*, v.55, p.333-338, 1997.
- FINDLAY, I.A. Operation for arrest of excessive condylar movement. *J Oral Surg*, v.22, p.110, 1964.
- FONSECA, E.P. Luxação temporomandibular. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, v.4, p.11-14, 1951.
- LECLERC, G.C.; GIRARD, C. Un nouveau procédé de dutée dan le traitement chirurgical de la luxation recidivante de la achoire inferieur. *Mem Acad Chir*, v.69, p.457-659, 1943.
- LITZOW, T.J.; ROYER, R.Q. Treatment of long stading dislocation of the mandible: report of a case. *Mayo Clinic Proc*, v.37, p.399, 1962.
- McKELVEY, L.E. Sclerosing solution in the treatment or chronic subluxation of the temporomandibular joint. *J Oral Surg*, v.8, p.225, 1950.
- MERCURY, L.G. *In: KWON, P.H.; LASKIN, D.M. Clinician's manual of oral and maxillofacial surgery*. 2.ed. Chicago: Quintessence, 1997. p.355-373.
- MERRILL, R.G. Mandibular dislocation. *In: KEITH, D.A. Surgery of the temporomandibular joint*. 2.ed. Oxford: Blackwell, 1998. p.154-179.
- MERRILL, R.G. Arthroscopic TMJ lysis, lavage, manipulation and chemical sclerotherapy for painful hypermobility and recurrent dislocation. *In: CLARK, G.T.; SANDERS, B.; BERTALOMI, C.N. Advances in diagnostic surgical arthroscopy of the TMJ*. Philadelphia: Saunders, 1991 p.75-84.
- MILLER, G.A.; MURPHY, E.J. External pterygoid myotomy for recurrent mandibular dislocation. *Oral Surg*, v.42, p.705, 1981.
- MOORE, A.P.; WOOD, G.D. Medical treatment of recurrent temporomandibular joint dislocation using botulinum toxin A. *Br Dent J*, v.183, p.415-417, 1997.
- MYRHAUG, H. A new method of operation for habitual dislocation of the mandible: review of former methods of treatment. *Acta Odontol Scand*, v.9, p.247-261, 1951.
- RIVAS, L.A. Nuevo método quirúrgico para el tratamiento de las luxaciones y subluxaciones comunes de la articulación temporomandibular. *Rev Assoc Odont Argent*, v.49, p.215-216, 1961.
- SANDNER, O. Las lujaciones y subluxaciones habituales y recidivantes de la ATM. Su tratamiento por medio de la miotomia del músculo pterigoideo interno. *Acta Odont Venez*, v.1, p.28-45, 1969.
- SHAFFER, W.G. *et al.* Distúrbios traumáticos da articulação temporomandibular: luxação e subluxação. *In:_____ Patologia bucal*. 3.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. Cap. 13, p.564.
- SOUZA, L.C.M.; TENORIO-CABEZAS, N.; DIAS, O.S. Eminectomia no tratamento da luxação recidivante do côndilo mandibular. *Rev Paul Odontol*, v.1, p.16-20, 1998.
- TORRES, J.S.; FLORES, A.; TORANZO, M. Luxación mandibular crónica: um nuevo enfoque para su tratamiento. *ADM*, v.33, p.73-78, 1976.
- UNDT, G.; KERMER, C.; RASSE, M. Botulinumtoxinbehandlung der neurogenen Kiefergelenkluxation. *Mund Kiefer Gesichtschir*, 2 Suppl, v.1, p.125-129, 1998.
- WAGNER, J.E.; WAGNER, J.C.B. Luxação da articulação temporomandibular: tratamento cirúrgico. *Rev Fac Odontol UFRS*, v.10, p.139-143, 1968/1969.

Recebido para publicação em: 11/06/02

Enviado para análise em: 09/07/02

Aceito para publicação em: 30/07/02