

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIA CONDILAR E RECONSTRUÇÃO COM PRÓTESE DE ATM****Treatment of condylar hyperplasia and reconstruction with TMJ prosthesis**

ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 1 | Ano 2024

Monique de Paula da Silva Moraes¹; Samuel Benson Lima Barreto²; Camila Menezes Andrade³;
Francisco Valcy Moreira De Oliveira Junior⁴; Anderson da Silva dos Anjos⁵;
José Klidemberg de Oliveira Júnior⁶; Mauro Andrey dos Santos Rodrigues⁷;
Vânia de Cássia Souza da Silva⁸; Mabel Martins Lima⁹; Francisco José Lima Maciel¹⁰

RESUMO

A hiperplasia condilar (HC) é um aumento patológico persistente de um ou ambos os côndilos mandibulares. Estas lesões condilares podem afetar o tamanho e a forma da cabeça, alterar a resistência e o contato direto com o osso maxilar e influenciar o desenvolvimento ou progressão da cárie dentária, como na cabeça da mandíbula; desenvolvimento lento dos côndilos, pescoço, ramo, corpo e face, assimetria, irregularidade, dor. Existem muitas causas possíveis, incluindo tumores, trauma, infecção, extensão condilar anormal, influências hormonais, genética e retardo de crescimento. Esta é a articulação mais poderosa do corpo, movendo-se 2.000 vezes por dia ao falar, mastigar, engolir e respirar. Patologias que promovem alterações físicas na região de ATM e necessitam de correção cirúrgica, posteriormente podem ser reabilitadas por meio do uso de próteses de ATM, essa por sua vez tem a função de devolver a qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chave: Articulação Temporomandibular; Côndilo Mandibular; Artroplastia de Substituição.

ABSTRACT

Condylar hyperplasia (CH) is a persistent pathological enlargement of one or both mandibular condyles. These condylar injuries can affect the size and shape of the head, alter the resistance and direct contact with the jaw bone and influence the development or progression of tooth decay, such as in the condyle; slow development of the condyles, neck, ramus, body and face, asymmetry, irregularity, pain. There are many possible causes, including tumors, trauma, infection, abnormal condylar extension, hormonal influences, genetics, and growth retardation. This is the most powerful joint in the body, moving 2,000 times a day when speaking, chewing, swallowing and breathing. Pathologies that promote physical changes in the TMJ region and require surgical correction can later be rehabilitated through the use of TMJ prostheses, which in turn have the function of restoring the patient's quality of life.

Keywords: Temporomandibular Joint; Mandibular Condyle; Replacement Arthroplasty.

1 Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Ceuma.

2 Mestre em Odontologia pela Universidade Ceuma

3 Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Ceuma.

4 Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Ceuma.

5 Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Ceuma.

6 Doutor em Ciências Odontológicas pela Universidade Federal da Paraíba.

7 Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel (FATEFIG).

8 Especialista em Saúde da Família – FIBRA

9 Pós-graduanda em Ciências de dados e Saúde Digital pela Universidade Federal do Pernambuco.

10 Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Universidade Ceuma

Autor de correspondência

Monique de Paula da Silva Moraes - dramoniquebucohof@gmail.com

INTRODUÇÃO

A hiperplasia condilar (HC), foi inicialmente descrita no ano de 1836 por Robert Adams e se caracteriza como uma má formação rara em região da articulação temporomandibular (ATM), apresentando como característica o crescimento excessivo do côndilo, podendo este ser uni ou bilateral, levando a problemas estéticos e funcionais¹⁶.

A etiologia desta condição ainda é desconhecida, mas acredita-se que fatores como traumatismo, infecções, alterações hormonais, hipervascularização, neoplasia e fatores genéticos podem contribuir para o desenvolvimento da HC. Seus sinais e sintomas começam a aparecer no período pós-puberal, de modo que pode ocorrer alterações no formato da mandíbula e em seu tamanho, provocando a desarmonia do terço inferior da face¹⁶.

O diagnóstico ocorre por meio de exame clínico, histórico do paciente, e como forma de auxílio diagnóstico, a solicitação de exames de imagem, apresentam elevada contribuição, como a radiografia e a cintilografia óssea, vem demonstrando bons resultados, por fornecerem informações anatômicas bem detalhadas¹⁵.

A forma de tratamento a ser escolhida irá depender da situação clínica apresentada pela HC, se a mesma se apresenta ativa, recomenda-se o tratamento conservador, realizado por meio da condilectomia alta ou baixa, quando o paciente apresenta esta condição de forma inativa, recomenda-se a cirurgia ortognática em combinação com a condilectomia¹⁵.

Após o tratamento cirúrgico em alguns casos existe a necessidade de se realizar a reabilitação da região da articulação por meio

de próteses de ATM, que substituem a função da articulação e promovem ao paciente mais conforto e qualidade de vida¹⁷.

O objetivo com este trabalho é relatar um caso clínico, onde foi realizado o tratamento cirúrgico de HC e a posterior reabilitação por meio de prótese em ATM. Como objetivo específico o trabalho visa descrever os exames realizados, os sinais e sintomas clínicos apresentados pelo paciente e o manejo da condição apresentada.

RELATO DE CASO

A HC é um tumor ósseo benigno de etiologia desconhecida e considerado raro, localizado na cabeça do côndilo mandibular. A prótese total unilateral da ATM pode ser considerada para substituição da ATM após ressecção da HC com ressecção do côndilo.

A paciente L.C.S, 33 anos, procedente de Teresina-PI procurou o serviço de Saúde do Hospital Prontomed, queixando-se de que “já tinha percebido há um tempo, o seu rosto inchar e que sentia dor e uma certa dificuldade para abrir a boca” há cerca de 19 anos de evolução. Durante a anamnese relatou não ser etilista e/ou tabagista, negou o uso de drogas ilícitas, não relatou comorbidades ou doenças de base. Também não expressou relato de traumas antecedentes na região de côndilo de mandíbula.

Ao exame físico apresentou assimetria facial em região de terço médio e inferior da face direita ++/4+, desvio de abertura bucal durante a abertura bucal (Figuras 1 a 4).

A hipótese diagnóstica levantada foi osteoma, posteriormente confirmada através do exame anatomopatológico.



Figuras (1 a 4). Aspecto da paciente durante o exame físico, nas seguintes posições: boca fechada, boca aberta, lateral esquerda e lateral direita. Fonte: autora.

Diante do caso, a conduta escolhida pelos cirurgiões foi a reconstrução cirúrgica com prótese de ATM, devido ao tamanho considerável da HC.

Foram solicitados os exames subsidiários pré-operatório: laboratoriais, ECG, risco cirúrgico, ressonância magnética que teve como

conclusão: deformidade do ramo, e sobretudo, do côndilo mandibular à direita de aspectos displásico, alterações degenerativas da ATM (Figura 5), e imagens compatíveis com osteoma em região de cabeça de côndilo. (Figura 6)

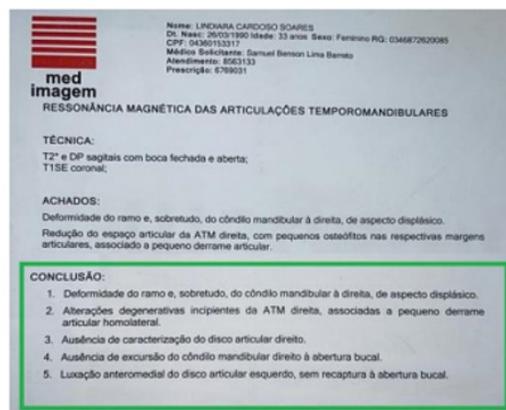


Figura 5. Laudo da ressonância magnética. Fonte: autora

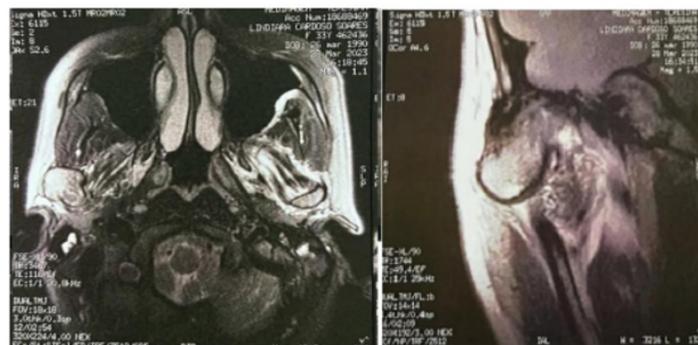


Figura 6. Hiperplasia em cabeça de côndilo. Fonte: autora

Para realização da cirurgia, a paciente foi posicionada em decúbito dorsal horizontal (Figura 7), foi realizada a anestesia geral com intubação naso-traqueal, seguida pela antisepsia em região de toda a face e pescoço, aposição dos campos estéreis e infiltração anestésica extraoral em região pré-auricular e submandibular direita. Os acessos realizados foram: submandibular direito, e pré-auricular direito.

Além disso, a paciente esteve durante toda a cirurgia sob monitoramento neurofisiológico, realizado pela médica neurofisiologista, que tinha como objetivo monitorar as funções nervosas envolvidas no procedimento cirúrgico, a fim de evitar algum dano nos ramos do nervo facial.



Figura 7. Paciente em decúbito dorsal horizontal. Fonte: autora.

Após a realização dos acessos, efetuou-se a ressecção da lesão, através de acesso préauricular direito (Figuras 8, 9 e 10), em seguida a osteotomia

com piezomecronic, e osteoplastia com brocas de desgaste.



Figura 8. Acesso pré auricular. Fonte: Autora



Figura 9. Ressecção da lesão. Fonte: autora



Figura 10: Lesão do tipo osteoma. Fonte: autora

Prosseguiu-se com a seleção dos componentes articulares através de testes e simulações através de guias de seleção de prótese, para a escolha do tamanho adequado para a



Figura 11. Guia de seleção de prótese tamanho médio (componente craniano). Fonte autora



Figura 12: Teste com os componentes articulares, (craniano e mandibular)

Foi realizada a reconstrução da ATM fixados com parafusos monocorticais de 1,5mm. com componente craniano (CPMH) (Figura 13),



Figura 13 : Componentes articulares, (craniano e mandibular)

Efetuuou-se o acesso submandibular fixado com parafusos bicorticais de 2mm. A (Figura 11) para reconstrução do ramo síntese foi feita em dois planos com Vycril® 3-0 mandibular através do componente protético de e Mononylon® 6-0. ramo mandibular direito (CPMH) (Figura 12),



Figura 11. Acesso submandibular. Fonte: autora



Figura 12. Componente mandibular. Fonte: autora



Figura 13. Reconstrução articular através de prótese de ATM em posição. Fonte: autora

Ao final da cirurgia, avaliou-se a abertura bucal e constatou-se a abertura em 29mm. (Figura 14)



Figura 14. Abertura bucal em 29mm. Fonte: autora

Para terapia antibiótica utilizou-se Cefalexina 500mg de oito em oito horas durante 7 dias, Ibuprofeno 600mg de oito em oito horas por 5 dias e Tylex 30 mg a cada 06 horas, durante uma semana. Além disso, foi prescrita fisioterapia para controle de dor, edema e reabilitação das funções da ATM.

A paciente evoluiu sem complicações, apresentando abertura bucal satisfatória (Figura 15), e relatou boa satisfação com os resultados atingidos, melhora do quadro nutricional, bem como mastigação e fonação.



Figura 15. Abertura bucal após 7 dias. Fonte: autora

O RX panorâmico apresentou imagem compatível de boa adaptação da prótese articular (Figura 16). Cabe ressaltar, ainda, que a paciente

assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a publicação dos dados.



Figura 16. RX panorâmico com imagem compatível de boa adaptação protética. Fonte: autora

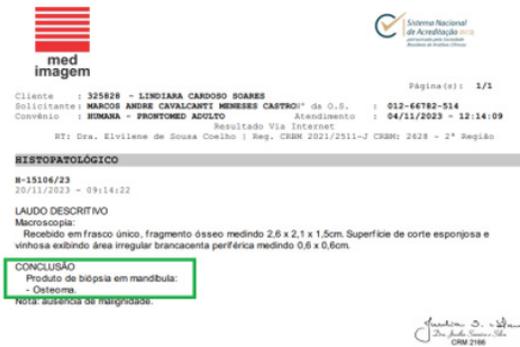


Figura 17. Laudo anatomopatológico: osteoma. Fonte: autora

DISCUSSÃO

A hiperplasia da cabeça mandibular é uma doença na qual há um crescimento excessivo do côndilo, podendo se estender ao ramo, causando assimetria facial. A sua abordagem terapêutica não apresenta um consenso e, dada a sua complexidade, constitui um desafio para o cirurgião maxilofacial¹.

A hiperplasia condilar é uma anormalidade de crescimento pós-natal, caracterizada por crescimento unilateral ou bilateral excessivo, resulta em assimetria facial e defeitos de mordida. O distúrbio afeta mais comumente pessoas com idade entre 10 e 30 anos, sendo igualmente afetados homens e mulheres. Embora a etiologia exata seja desconhecida, distúrbios

genéticos e hormonais contribuem para o seu desenvolvimento, bem como traumas, pode se desenvolver em resposta ao estresse excessivo no côndilo ou a uma infecção⁷.

A hiperplasia condilar (HC) é um crescimento excessivo progressivo e patológico de um ou ambos os côndilos mandibulares. Essas patologias condilares podem afetar adversamente o tamanho e a morfologia da mandíbula, alterar a oclusão e afetar indiretamente a maxila, com o resultante desenvolvimento ou agravamento de deformidades dento faciais, como a prognatismo mandibular; alargamento unilateral do côndilo, pescoço, ramo e corpo; assimetria facial; má oclusão; e dor⁸.

A articulação temporomandibular (ATM) é a única articulação do corpo que é ao

mesmo tempo uma dobradiça e uma articulação deslizante. As disfunções da articulação temporomandibular fazem parte de um grupo heterogêneo de patologias denominadas disfunções temporomandibulares (DTM), que podem se manifestar por meio de vários sinais e sintomas. Atualmente, as DTM são consideradas a condição de dor orofacial crônica mais frequente. Apesar da introdução dos Critérios de Diagnóstico de Pesquisa para Disfunções Temporomandibulares que representam a melhor tentativa de padronizar procedimentos de avaliação e classificação no ambiente de pesquisa, existe uma baixa homogeneidade diagnóstica entre os grupos epidemiológicos e investigações desses distúrbios⁸.

Atualmente, as DTM são divididas em distúrbios articulares e musculares, sendo que os primeiros incluem entidades patológicas que ocorrem dentro das estruturas intra-articulares da ATM e os últimos incluem condições que provocam dor e disfunção muscular mastigatória. Os distúrbios articulares e musculares estão quase igualmente representados entre as populações de pacientes, e as condições mistas, com uma combinação de sintomas articulares e musculares, são as mais frequentes. A prevalência estimada de dor orofacial relacionada à DTM na população geral é de cerca de 12%, enquanto a prevalência de sinais de DTM é de até 60%¹⁰.

Desde a primeira implantação de material aloplástico como meio de tratar doenças da articulação temporomandibular (ATM),

muitos conceitos protéticos diferentes foram desenvolvidos, incluindo uma substituição total da articulação (TJR) com componente condilar e fossa. Embora as indicações para a ATJ da ATM permaneçam limitadas, um aumento no número de casos tem sido observado nos últimos anos, incluindo pacientes mais jovens, levantando preocupações sobre a vida útil das próteses utilizadas. Uma metanálise recente sobre próteses totais de joelho relatou 95% e 92% de sobrevivência do implante em 15 e 20 anos, respectivamente¹².

CONCLUSÃO

Para o correto tratamento da hiperplasia condilar mandibular, é de extrema importância o diagnóstico preciso, para que se possa delinear o tratamento ideal. Para se realizar um correto tratamento da hiperplasia condilar mandibular é necessário um correto diagnóstico, subsidiado por exames laboratoriais e imaginológicos, como a tomografia computadorizada de face, além claro, da investigação anamnética. Além disso, a condilectomia com reconstrução da ATM com prótese é um dos tratamentos mais eficazes, a vista não há a necessidade de enxerto autólogos, que poderiam afetar a conformação anatômica da área doadora, e provê função imediata, sem necessidade de fixação intermaxilar.

Foram realizados os acesso pré-auricular direito e, também submandibular direito para a realização da osteoplastia em região de ramo de

mandíbula direita, e instalação dos componentes da fossa articular e componente protético do ramo, aliando tecnologia ao tratamento cirúrgico, podemos aumentar as chances de sucesso haja vista, trata-se de próteses biocompatíveis e com grande previsibilidade, além de evitar-se possível tratamento cirúrgico ortognático secundário.

REFERÊNCIAS

1. Pinto I, Fonseca J, Vinagre A, Ângelo D, Sanz D, Grossmann E. Hiperplasia condilar mandibular: diagnóstico e manejo. Relato de caso. Rev dor [Internet]. Out;17(4):307–11. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160095>. 2016
2. Ogbureke KU, Nashed MN, Ayoub AF. Enorme osteoma periférico de mandíbula: relato de caso e revisão da literatura. Patologia, Pesquisa e Prática. ;203(3):185-188. DOI: 10.1016/j.prp.2007.01.004. PMID: 17307307. 2007
3. Roth, Lídia S.; Biond, Gustavo B. R.; Azevedo, Roberto de Almeida e Cerqueira, Arlei. Hiperplasia condilar: considerações sobre o tratamento e relato de caso. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. [online]., vol.10, n.3, pp. 19-24. ISSN 1808-5210. 2010
4. Araújo A, Gabrielli MFR, Medeiros PJ. Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Santos, 2007
5. Al Senaidi A, Al Hashmi A, Al Ismaili M, Bakathir A: Unilateral condylar hyperplasia: two case reports and a literature review. Oman Med J, Páginas 36-285. 2021.
6. V. Machon, J. Levorova, D. Hirjak, et al, Condylar hyperplasia following unilateral temporomandibular joint replacement. Int. J. Oral Maxillofac. Volume. 44, Páginas. 771–773. 2015
7. Kyle J, Chepla, M D, Cachecho C, et al. Use of Intraoral Miniplates to Control Postoperative Occlusion After High Condylectomy for the Treatment of Condylar Hyperplasia. The Journal of Craniofacial Surgery. Volume 23, Número 2, 2012.
8. Daniel B. R, Vanessa C, Hiperplasia Condilar da Articulação Temporomandibular Tipos, Tratamento e Implicações Cirúrgicas. Oral Maxillofacial Surg Clin. Volume. 27, Páginas. 155– 167.
9. Arora S k, Bansal R, Mohapatra J, et al. Review and Classification Update: Unilateral condylar hyperplasia, 2019.
10. L. Nardini G . Manfredini, D, Ferronato G, et al. L. Guarda-Nardini, D. Manfredini, G. Ferronato. Int. J. Oral Maxillofac. Volume 37, Páginas 103–110. 2008
11. Int. J. Temporomandibular joint total replacement prosthesis: current knowledge and considerativos for the future. Volume 37, Páginas 103–110. 2008.
12. Meurechy N, | Aktan M K, Bart Boeckmans, Surface wear in a custom manufactured temporomandibular joint prosthesis. J Biomed Mater Res. Páginas 11-10. 2022.
13. Ghawsi, e. Agaard, T, Thygesen,. High condylectomy for the treatment of mandibular condylar hyperplasia: a systematic review of the literature Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2015.
14. Chiarini, L, Albanese, M, Anesi A, et al. The Journal of Craniofacial Surgery, Volume 25, Número 3, 2014.
15. Santana DLF de, Mendonça RDS de, Queiroz JTA de, Nascimento MEG de AT, Silva LT, Ramos AC. Estudo de tratamento conservador para hiperplasia condilar: revisão de literatura. RSD [Internet]. 30 de junho de 2022 [citado em 21 de janeiro de 2024];11(8):e58511831455. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31455>
16. Rocha NS, Silva CCG, Santana B de M, Figueiredo Filho AO de Landim FS, Laureano Filho JR. Tratamento precoce da hiperplasia condilar com condilectomia alta. RSD [Internet]. 2020Set.26 [citado em 2024]Jan.21;9(10):e29108688. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8688>
17. Ferreira FM, Cunali RS, Bonotto D. Reconstrução aloplástica total da articulação temporomandibular. Rev. Dor. 2014;15(3):211-4

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.