

AValiação de Técnica Alternativa Aplicada ao Tratamento Imediato de Luxação Espontânea da Articulação Têmporo Mandibular

TEST OF ALTERNATIVE TECHNIQUE APPLICAT EARLY TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT SPONTANEOUS LOSS

Roberto BERNARDINO JÚNIOR¹; Márcio TEIXEIRA²; Luciano Vilela GOULART³, Livia Ivo GUEDES³, Elizângela Maria da Cunha COSTA³

RESUMO: O tratamento imediato das luxações da Articulação Têmporo Mandibular (ATM) surge como urgência em nível ambulatorial. A técnica citada por Barros e Rode (1995), com a utilização de rolhas, é a que, entre as freqüentemente utilizadas, mais respeita a anatomia da ATM, sendo esta última uma aliada no tratamento. Terapias complementares (de apoio) e as definitivas (cirúrgico) são importantes desde que bem indicadas e executadas. Como primeira necessidade do cirurgião dentista, sugerimos uma modificação na técnica de Barros e Rode (1995), de fácil execução em tratamentos ambulatoriais com a qual se obteve 100% dos resultados com sucesso.

PALAVRAS-CHAVE: Articulação Temporomandibular. Tratamento. Redução. Luxação.

INTRODUÇÃO

No dia-a-dia do atendimento ambulatorial, com freqüência o cirurgião dentista depara com disfunções temporomandibulares (DTM).

Devido ao pouco contato com a área anatômica, a grande maioria dos profissionais tem dificuldades em contornar situações em que o conhecimento anátomo-fisiológico é essencial.

A mandíbula é o osso de mais amplo movimento da cabeça por se unir ao crânio através de articulações sinoviais, e estas serem as juntas que mais ostensivos movimentos executam. O corpo da mandíbula prolonga-se pósterio-superiormente para formar o ramo ascendente que se divide em dois processos. O anterior é o processo coronóide e o posterior o processo condilar, do qual faz parte o côndilo da mandíbula. O côndilo é a parte da mandíbula que articula com o crânio. Ele se articula na base do crânio com a porção petrosa do osso temporal. Nela encontra-se uma fossa côncava, na qual o côndilo se encaixa e que é chamada de cavidade mandibular ou cavidade glenóide. Na parte imediatamente anterior à

fossa está uma projeção óssea, a eminência articular. O grau de convexidade da eminência articular é altamente variável, mas importante, porque a angulação dessa superfície determina a trajetória do côndilo quando a mandíbula se posiciona anteriormente nos movimentos de abaixamento e protrusão. A eminência articular consiste de um osso espesso e denso e, portanto, capaz de tolerar forças excessivas (OKESON, 1992).

Anatomia

Como um importante componente da Articulação Têmporo Mandibular (ATM) encontra-se, interpondo a cavidade mandibular e o côndilo, um disco composto de tecido conjuntivo cartilaginoso e fibroso destituído de vasos e nervos em sua parte central. Numa secção sagital o disco pode ser dividido em três regiões de acordo com sua espessura. A parte central (zona intermediária) é a mais fina, e as partes anterior e posterior a essa zona intermediária são mais espessas. Na articulação normal a superfície articular do côndilo está localizada na zona intermediária do disco. O disco articular é inserido

¹ Professor Assistente 2 da disciplina Anatomia Humana do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Uberlândia.

² Professor Adjunto 3 da disciplina Unidade de Diagnóstico Estomatológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Doutor em Reabilitação Oral.

³ Cirurgião(a) dentista graduado(a) pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Received: 23/08/05

Accept: 30/06/06

posteriormente a um tecido conjuntivo frouxo localizado na região denominada retrodiscal. Na parte superior, este tecido é delimitado por uma lâmina conjuntiva que contém fibras elásticas (lâmina retrodiscal superior) e a borda inferior pela lâmina retrodiscal inferior, formada por fibras colágenas. A porção remanescente do tecido retrodiscal está presa posteriormente a um grande ligamento que envolve toda a articulação, denominado de ligamento capsular. O disco articular insere-se no

ligamento capsular anterior, posterior, medial e lateralmente. Está também fixado ao côndilo pelos ligamentos discais medial e lateral, o que auxilia no movimento do conjunto côndilo/disco. Este disco divide a articulação em dois compartimentos distintos. O compartimento superior, que é delimitado pela cavidade mandibular e pela superfície superior do disco, e o compartimento inferior, que é delimitado pelo côndilo mandibular e pela superfície inferior do disco (Figura 1).

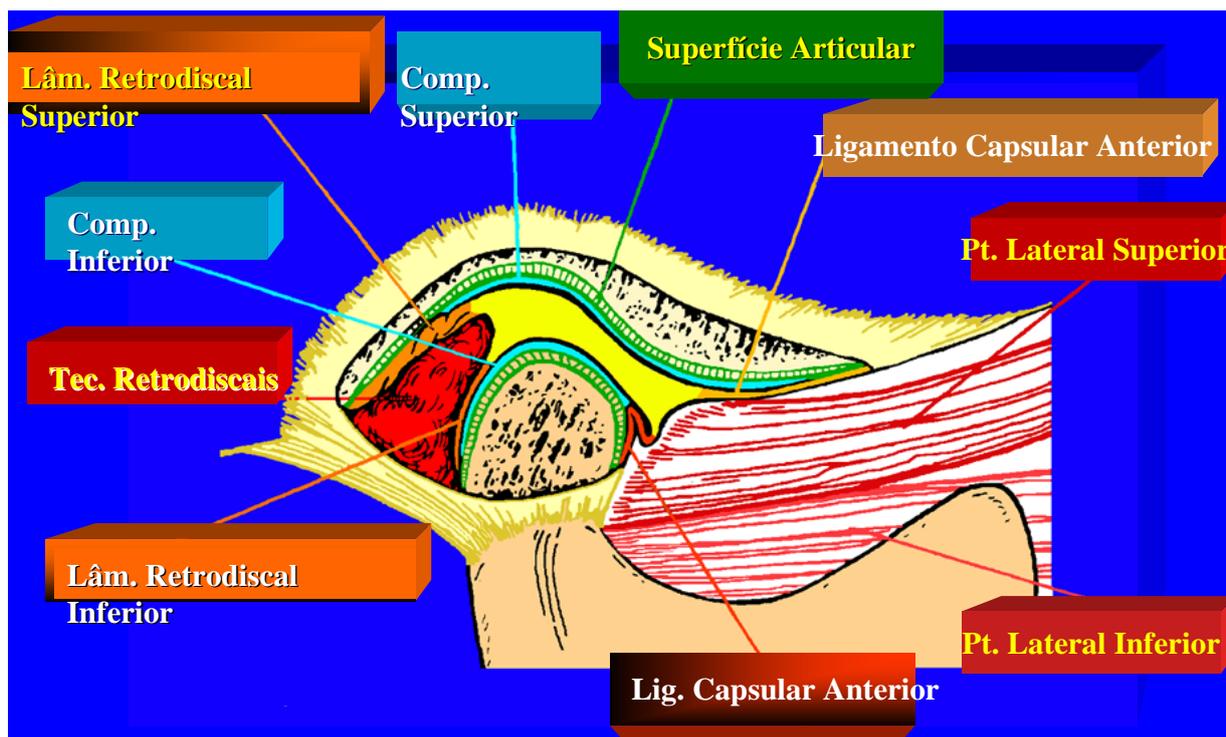


Figura 1. Esquema em vista lateral de corte sagital das estruturas anatômicas que compõem a articulação têmporomandibular.

As superfícies internas dos compartimentos são revestidas por células endoteliais específicas que formam a membrana sinovial, produtora do líquido sinovial, que tem como finalidade agir como um meio de prover as necessidades metabólicas dos tecidos articulares internos à cápsula e servir como lubrificante entre as superfícies articulares durante a movimentação (OKESON, 1992).

Os músculos presentes na região desempenham um papel importante em se tratando das ATMs, sendo de suma importância a ação do músculo pterigóideo lateral, que se divide em ventre inferior e superior. O ventre inferior do músculo pterigóideo lateral origina-se na face lateral da lâmina lateral do processo pterigóideo e estende-se para trás, para cima e para fora tendo sua inserção primariamente no colo do côndilo. Quando o ventre inferior do músculo pterigóideo lateral direito e esquerdo se contraem

simultaneamente, os processos condilares são puxados para baixo nas eminências articulares e a mandíbula protrui. A contração unilateral cria um movimento méiotrusivo daquele côndilo e causa um movimento lateral da mandíbula para o lado oposto. Quando esse músculo atua juntamente com os depressores mandibulares, a mandíbula é abaixada e os côndilos deslizam para frente e para baixo nas eminências articulares (OKESON, 1992).

O ventre superior do músculo pterigóideo lateral é consideravelmente menor do que o inferior e origina-se na superfície infratemporal na asa maior do osso esfenoide, estendendo-se quase horizontalmente para trás e para fora, indo inserir-se, primariamente, na cápsula articular e no disco, e, depois, uma pequena parte no colo do côndilo. Enquanto o ventre inferior do músculo pterigóideo lateral é atuante na abertura da boca, o

superior permanece inativo, atuando somente em conjunção com os músculos elevadores. É importante salientar que a pressão de ambos os pterigóideos laterais no disco e no côndilo é em direção a linha média. À medida que o côndilo se move para frente, a angulação mediana de tração desses músculos torna-se cada vez maior e, na posição de boca totalmente aberta, a tração do músculo é inteiramente mediana (OKESON, 1992).

Existem alguns ligamentos que dão estabilidade à ATM. O ligamento temporomandibular ou ligamento lateral e o ligamento capsular são considerados os principais e, juntamente com os ligamentos colaterais (ligamento discal medial e ligamento discal lateral), são classificados por Okeson (1992) como ligamentos funcionais. Os ligamentos estilomandibular e esfenomandibular são acessórios na função supracitada. Quanto à irrigação dos elementos que constituem a ATM, esta é feita pela artéria auricular posterior. A inervação é dada por ramos dos nervos aurículo temporal e masseterino (FERNANDES NETO, 1997).

Luxações e subluxações

A ATM é classificada como uma articulação monoaxial, pois, apesar de realizar três pares de movimentos, apenas um deles apresenta eixo (movimento de abaixamento e elevação da mandíbula), sendo os outros dois (protrusão/retrusão e lateralidade) caracterizados por executarem deslizamento (movimento sem eixo). Os movimentos são de translação bilateral, translação unilateral e rotação. O movimento de rotação ocorre entre o côndilo e o disco durante os 20mm iniciais de abertura da boca. A partir desse ponto, para que estruturas cervicais não sejam comprimidas ou lesadas, ocorre o movimento

de translação, que acontece entre o disco e o osso temporal. Assim sendo, para os movimentos supracitados da ATM, teremos os movimentos mandibulares de protrusão e retrusão, lateralidade, depressão e elevação.

Dentro das disfunções da ATM, encontram-se as subluxações e as luxações espontâneas uni e bilaterais.

Entende-se por subluxação da ATM um movimento súbito do côndilo para frente durante o último estágio da abertura. Conforme o côndilo se move além da crista da eminência articular, ele parece pular para frente numa posição de abertura maior.

A subluxação ocorre na ausência de qualquer condição patológica e representa um movimento articular normal. Uma ATM, cuja eminência articular tem um declive posterior curto e inclinado seguido de um declive anterior mais longo, tende a subluxar (OKESON, 2000).

O paciente que subluxa a ATM geralmente relata que a mandíbula “desloca” toda vez que se abre bastante a boca. Alguns pacientes relatam um estalido, mas quando observado clinicamente, o estalido não é semelhante ao de um deslocamento de disco. O barulho articular é mais bem descrito como um ruído surdo (baque). Clinicamente, a subluxação pode ser observada apenas pedindo ao paciente que abra bem a boca. No último estágio da abertura, o côndilo “pula” para frente, deixando uma pequena depressão atrás de si (OKESON, 2000).

Caracteriza-se por luxação espontânea sempre que a abertura máxima da boca resulta em deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular, de forma a se posicionar sobre a face anterior da eminência articular. Observando-se pelo exame clínico que o côndilo é mantido nessa posição, o paciente não é capaz de realizar a reposição da mandíbula sem ajuda (STEENKS, 1996) (Figuras 2 e 3).



Figura 2. Vista lateral das estruturas anatômicas que compõem a articulação têmporo mandibular em situação de luxação. 1) eminência articular anterior esquerda; 2) processo condilar esquerdo; 3) cavidade mandibular (glenóide) esquerda.



Figura 3. Vista frontal de paciente apresentando luxação bilateral da articulação têmporo mandibular.

Na condição de luxação espontânea o paciente permanece em posição de abertura máxima da boca, impossibilitado de executar qualquer função que envolva a movimentação da mandíbula como a fala, mastigação e deglutição (COSTA, 1981).

A luxação espontânea acontece quando há perda total ou parcial do contato entre duas superfícies articulares. As ATMs ocorrem quando o côndilo ultrapassa o limite anterior da cavidade mandibular e eminência articular, e não consegue retornar sem auxílio à posição inicial funcional (BARROS; RODE, 1995).

Redução das luxações espontâneas de ATM

Os procedimentos clássicos de redução de luxação espontânea da ATM consistem em fazer o caminho inverso ao da luxação.

Segundo Barros e Rode (1995), em casos de luxação espontânea bilateral, protegem-se os polegares com gazes e esparadrapos e toma-se a mandíbula apoiando os polegares sobre a face oclusal ou preferentemente no espaço retromolar. Com os demais dedos envolve-se o corpo mandibular pela sua margem inferior. Segurando firmemente, força-se a mandíbula para baixo com o objetivo de fazer com que o côndilo ultrapasse a altura da eminência articular e ao mesmo tempo bascula-se a mandíbula tentando empurrá-la para trás (Figura 4).



Figura 4. Vista lateral direita da execução da técnica convencional para redução de luxação espontânea da articulação têmporo mandibular (setas).

No momento em que é vencida a eminência articular, o côndilo penetra na cavidade glenóide com fechamento brusco dos dentes. Por esta razão é melhor apoiar os dedos no espaço retromolar da mandíbula e proteger bem os polegares. Pode-se lançar mão de anestesia infiltrativa local nos músculos e/ou articulação para facilitar a redução. Em seguida, imobiliza-se a mandíbula com uma bandagem, para evitar uma recidiva e proporcionar maior conforto ao paciente, que deve ser mantida por aproximadamente 24h.

Ainda segundo Barros e Rode (1995), uma segunda forma de reduzir a luxação espontânea bilateral consiste em colocar duas rolhas na altura dos molares, exercendo força sob o mento, no sentido caudocranial, provocando uma báscula sobre as rolhas que em seguida projeta o côndilo, vencendo a eminência articular. Em vez de rolhas, podem ser usados vários abaixadores de língua, rodando-os 45° para abaixar a mandíbula. Após a manobra, deverão ser colocadas bandagens e fazer eventual uso de miorelaxantes, caso necessário.

De acordo com Okeson (2000), o clínico deve envolver bem seus polegares com gaze e posicioná-los nos molares mandibulares exercendo pressão para baixo enquanto o paciente boceja. Isso normalmente produz espaço suficiente para se recapturar o côndilo à cavidade mandibular, e como existe uma tensão muscular no local,

ocorre um súbito fechamento da boca. Se o deslocamento ainda não for resolvido, é muito provável que o músculo pterigóideo lateral inferior esteja em espasmo, impedindo o reposicionamento posterior do côndilo. Quando isso acontece, é necessário injetar no músculo pterigóideo lateral um anestésico sem vasoconstritor na tentativa de se eliminar o mioespasmo e promover seu relaxamento.

Modificação sugerida para a Técnica de Barros e Rode (1995)

Na técnica alternativa sugerida, substitui-se a rolha pelos polegares do profissional, que se apóiam na face oclusal dos molares ou no trígono retromolar, servindo de fulcro para o movimento mandibular. Em seguida, com os outros dedos das mãos apoiados na base da mandíbula, inicia-se uma lenta elevação do mento. Como a musculatura movimentadora da mandíbula, nos casos de luxação, estará tencionada, ao fazer-se este deslocamento da mandíbula, conseguir-se-á contornar o obstáculo à redução da luxação, que é a eminência articular, pois a face funcional do côndilo, neste momento, ficará paralela à crista da eminência articular facilitando o tracionamento posterior da mandíbula pelos próprios músculos que nela inserem e estão sob tensão (Figura 5).

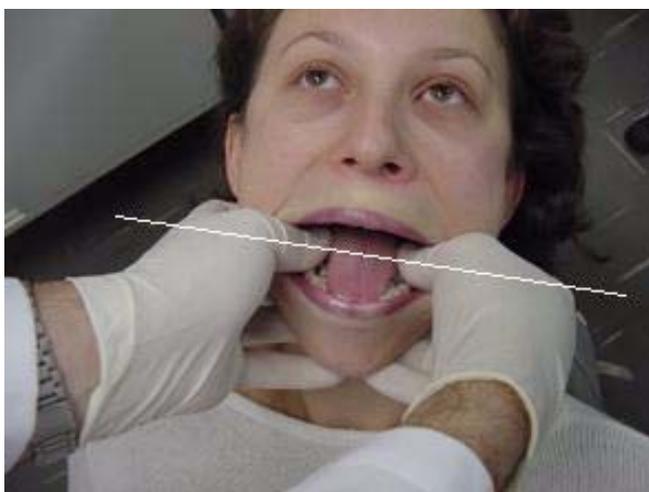


Figura 5. Vista frontal do paciente em luxação espontânea bilateral da articulação têmporo mandibular com o posicionamento dos polegares sobre a face oclusal dos molares inferiores e dos outros dedos das mãos na base da mandíbula formando um eixo de rotação (linha branca) para manipulação da mandíbula.

Alguns tratamentos para luxações e subluxações espontâneas de ATM

As luxações, assim como as subluxações, também podem ser tratadas tanto pela cirurgia como pela prótese.

Os aparelhos protéticos constituem em apoios fixos nas arcadas superior e inferior, limitando a amplitude dos movimentos mandibulares, o que constitui o tratamento de apoio. A terapia de apoio (preventiva) começa pela educação do paciente com relação às causas

da subluxação e quais movimentos a provocam, por exemplo, restringindo a abertura da boca. A terapia farmacológica, segundo Okeson (1992), pode também ser usada aqui como um complemento à anterior e que se fundamenta no sentido de melhorar os sintomas do paciente. Geralmente torna-se inapropriada se utilizada por um longo período, uma vez que os fatores etiológicos devem ser visualizados e eliminados para que o sucesso do tratamento seja alcançado.

Uma ampla variedade de classes de drogas tem sido descrita para o tratamento da DCM (Disfunção Crânio Mandibular). Em um levantamento das publicações literárias de 1980 a 1992, Dionne (1997) encontrou várias categorias de fármacos: analgésicos não narcóticos e/ou antiinflamatórios não-esteróides, analgésicos narcóticos, corticosteróides, injeção intracapsular, antidepressivos, relaxante muscular, sedativos hipnóticos e ansiolíticos.

Bell (1991) enfatiza a importância de se conhecer o medicamento, indicação e contra indicação para o seu uso, incompatibilidade da droga, forma de administração, dosagem segura e tóxica, efeitos colaterais e possíveis complicações. Okeson (1992) sugere que quando se indicam drogas para Disfunção Crânio Mandibular (DCM), elas sejam prescritas em intervalos regulares por um período específico. No final deste período, espera-se que o tratamento definitivo promova alívios dos sintomas e a medicação não mais seja necessária. Isso se aplica principalmente para os narco-analgésicos e tranqüilizantes.

Para Mongini (1998), a terapia farmacológica é indicada para o tratamento colateral da disfunção do sistema estomatognático e suas conseqüências, sendo a indicação de tratamento mais freqüente a necessidade de diminuir o nível de ansiedade do paciente. A segunda indicação é representada pela contração muscular acentuada e prolongada que não pode ser superada por outras modalidades terapêuticas. A terceira indicação é para os casos de lesões degenerativas que têm um componente inflamatório. A terapia de apoio pode ser complementada pelo uso de compressas, colocadas sobre o local por aproximadamente 20 minutos, duas ou três vezes ao dia, durante três ou quatro dias.

Já o tratamento cirúrgico (tratamento definitivo) consiste, basicamente, em aumentar a altura da eminência articular como barreira mecânica ao deslocamento anterior do côndilo. Porém, é uma técnica que só deve ser utilizada como último recurso, pois expõe o paciente a um risco operatório nem sempre condizente com o resultado obtido (BARROS; RODE, 1995).

RELATO DE CASOS

Objetivamos avaliar a eficácia de uma técnica alternativa para redução de luxações espontâneas bilaterais, modificada da técnica da rolha apresentada por Barros e Rode (1995).

A aplicação da técnica sugerida foi realizada no Pronto Socorro Odontológico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e clínicas particulares, em 50 pacientes que se apresentaram com luxação espontânea bilateral da articulação têmporo mandibular. No pós-operatório prescreveram-se antiinflamatórios e/ou analgésicos, quando necessário, com a utilização de bandagens nos casos que eram recidivantes. Para a redução (das luxações espontâneas) usou-se apenas luva cirúrgica. Usou-se a estatística de porcentagem para análise dos resultados.

DISCUSSÃO

Obteve-se 100% de êxito nos casos em que se utilizou a técnica sugerida. A técnica de redução de luxações em que se tem o abaixamento da mandíbula e posterior recolocação do côndilo em sua posição fisiológica (BARROS; RODE, 1995), mais acentua as lesões musculares e ligamentares. Isto porque além da lesão provocada pela luxação em si, ao executar a técnica, estira-se ainda mais a musculatura, já que a mandíbula é inicialmente forçada para baixo. Este ato leva também a um relaxamento ligamentar, o que facilitará ainda mais uma recidiva do problema em questão. Com a técnica sugerida consegue-se uma redução da luxação espontânea bilateral da ATM sem movimentos bruscos, sem necessidade de proteção dos polegares e respeitando a anatomia da ATM, o que a princípio já é um fato positivo para reduzir a possibilidade de recidivas.

CONCLUSÃO

Depois de executada por cirurgiões-dentistas e acadêmicos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) concluiu-se sobre a técnica sugerida que:

- é altamente eficaz;
- é de fácil execução;
- não exige proteção dos polegares;
- não requer força para sua realização;
- respeita a anatomia da articulação têmporo mandibular.

ABSTRACT: The immediate treatment of the Temporomandibular Joint (TMJ) luxation arises as urgency at clinical levels. Barros e Rode (1995) mentioned technique using corks, is the one that most list the TMJ anatomy among all the most used ones. One to that, it is easy execution. The complementary (aid) treatments and effective (surgical) ones are important, providing they're well indicate and given. As a first need of the dental surgeon, this paper reads about the most known techniques of reduction of the TMJ luxation in regard to easy operation in clinical treatments.

KEYWORDS: Luxation. Temporomandibular Joint. Treatment. Reduction.

REFERÊNCIAS

- BARROS, J. J.; RODE, S. M.** Tratamento das disfunções craniomandibulares. **São Paulo: Santos, 1995. 371 p.**
- BELL, W. E. **Dores Orofaciais:** classificação, diagnóstico, tratamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Quintessence Book, 1991.
- COSTA, E. A; PITANGUY, I; CRUZ, R. L; CERAVOLO, M. P. Síndrome articular têmporo mandibular. Conclusão e análise de 654 casos. **Revista Brasileira de Cirurgia**, São Paulo, v. 71, n. 3, p. 195-204, 1981.
- DIONNE, R. **Pharmacology treatments for temporomandibulare disorders.** Oral Surgery, Oral Medical, Oral Pathology, Oral Radiology Endododontic, v. 83, n. 1, p. 134-42, 1997.
- FERNANDES NETO, A. J. et al. **Roteiro de estudo para os iniciantes em oclusão.** Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 1997. 128 p.
- MONGINI, F. **O sistema estomatognático.** Rio de Janeiro: Quintessence, 1998, 373 p.
- OKESON, J. P. **Fundamentos de oclusão e desordens têmporomandibulares.** 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1992. 449 p.
- OKESON, J. P. **Tratamento das desordens têmporomandibulares – oclusão.** 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. 500 p.
- STEENKS, M. H.; WIJER, A. **Disfunções da articulação têmporomandibular.** São Paulo: Santos, 1996. 66 p.