



DISCOPEXIA DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM USO DE ÂNCORAS.

AUTORES: ELVIS RIBEIRO JUNIOR¹, ANA LUISA CRUZ CARVALHO¹, GUILHERME OMIZOLO², DARLAN MORCHE³.

NOME DAS INSTITUIÇÕES: CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI¹, INSTITUTO OMIZOLO DE CIRURGIA², CTBMF - INSTITUTO ANDREONI³.

INTRODUÇÃO:

A articulação temporomandibular (ATM) é uma estrutura ginglemoartroidal formada pelo côndilo mandibular e fossa mandibular, realiza movimentos mandibulares funcionais essenciais.

A desordem da ATM, teve seu primeiro relato cirúrgico realizado por Annandale em 1887. Com a chegada das ressonâncias magnéticas, exame de escolha para avaliação de tecidos moles da articulação, possibilitou um diagnóstico mais preciso sobre as DTM's surgindo novas formas atuais de tratamento.

O tratamento chamado de discopexia por técnica aberta, que consiste em realojar o disco articular em posição correta e ancorá-lo ao côndilo mandibular, corrigindo sua posição.

DESCRIÇÃO DO CASO:

A paciente compareceu em consultório relatando na anamnese e exame clínico, múltiplos episódios de dor articular crônica, estalidos na ATM, caracterizando um estadió de Wilkes III, durante o exame clínico, a dor nos músculos mastigatórios.

Na análise das ressonâncias, notou-se um derrame articular pelo lado esquerdo com DDCR e pelo lado direito notou-se uma alteração de DDSR. Na região pré-auricular, foi realizada a injeção de Xilocaína 2% com vasoconstritor, seguido de incisão endaural e divulsão por planos, evitando interferências que possam comprometer a cirurgia mantendo a visualização do campo operatório.

Após as divulsões chega-se a capsula articular, uma nova infiltração de Xilocaína 2% com vasoconstritor é feita. A incisão da capsula se dá com uma lâmina nº15 no sentido de 45° ao arco zigomático e 2 mm da fossa articular, com extravasamento da Xilocaína comprova-se o acesso intra-articular.

Infiltra-se Xilocaína 2% com vasoconstritor região da inserção do músculo pterigoideo medial, para hemostasia na realização da miotomia e capsulotomia.

A inserção da ancora é realizada 10mm abaixo do côndilo uma perfuração com broca tronco-cônica nº699 auxiliado de apoio no mento.

Após eleito o local da instalação, instala-se por meio de pressão o parafuso de 2mm. Com a âncora posicionada, passou-se o fio de sutura, em formato triangular sobre disco articular.

Em seguida a passagem dos fios, foi realizado o posicionamento do disco e suturado por meio de suturas simples. Os planos profundos foram suturados com Vicryl 4-0 e em pele, usou-se Nylon 4-0.

DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS FINAIS:

A discopexia, são indicadas para pacientes no qual não obtiveram sucesso em tratamentos conservadores. A multidisciplinaridade envolvida garante o sucesso do procedimento, o paciente deve ser encaminhado a profissionais fisioterapeutas para realização de exercícios estimuladores da ATM, que podem incluir alongamentos da musculatura mastigatória. Alguns cuidados com dispositivos intra-orais, como ajustes periódicos e confecção adequada, se algum elemento dental não for incluído na oclusão do dispositivo, pode ocorrer a extrusão desse elemento. Em estudo realizado com 50 pacientes, 100% relatavam dores na ATM 76% com clicks/estalidos. Após reposicionamento discal com ancoragem, 92% não relataram dores na ATM, 90% ausência de clicks/estalidos.

REFERÊNCIAS:

- OKESON JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 8a ed, Vol 8. St Louis: Mosby; 2019.
WILKES, C. H. (1989). Internal Derangements of the Temporomandibular Joint: Pathological Variations. Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 115(4), 469-477. doi:10.1001/archotol.1989.01860280067019
SATO S., NASU F., & MOTEGI K. Natural course of nonreducing disc displacement of the temporomandibular joint: Changes in chewing movement and masticatory efficiency. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 60(8), 867-872. doi:10.1053/joms.2002.33854

