**DISCECTOMIA NO DESARRANJO INTERNO DA ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR: RELATO DE CASO.**

**DISCECTOMY FOR INTERNAL DERANGEMENTS OF THE TEMPORO MANDIBULAR JOIN: CASE REPORT**

**RESUMO**

O desarranjo interno da articulação temporo mandibular acomete cerca de 30% da população, sendo que apenas 5% requerem algum tipo intervenção cirúrgica. A discectomia tem sido empregada quando o disco encontra-se comprometido estruturalmente, deslocado, na dor secundária em desarranjos com estágio avançado (Wilks IV e V) ou na permanência da disfunção após cirurgia prévia de reposicionamento do disco, artroscopia/artrocentese e condilectomia. Considerando-se que o sucesso no tratamento cirúrgico da articulação temporo mandibular diminui com o aumento no número de procedimentos prévios e que o reposicionamento cirúrgico do disco articular não tem se mostrado tão efetivo a longo prazo, estudos recentes tem mostrado que a discectomia tem sido o procedimento cirúrgico com maior probabilidade de sucesso e com menor morbidade quando indicado como primeira opção terapêutica

Descritores: Transtornos da articulação temporomandibular; amplitude de movimento mandibular; Dor.

ABSTRACT

The internal derangement of the temporomandibular affects about 30% of the population, and only 5% require some kind surgery. The most frequent indication currently published for discectomys pain secondary to late-stage internal derangement

(Wilkes stages IV to V), in which the degrees of disc deformity, degeneration, or displacement, and the inelasticity of the anterior attachment, precludeits successful surgical repositioning. Another indication includes discectomy after failed surgical disc repositioning, arthroscopy. Considering that disc repositioning and disc replacement surgery have not been shown to be effective long term, and that the eventual fate of most operated joints is discectomy, then the selection of the surgical procedure with the highest probability of success and the least morbidity should be considered primarily. The aim of this article is show a case report of a female pacient that fail a conservative treatment with occlusal splint and Arthrocentesis, being subjected to discectomy for treatment of internal derangements.

Descriptors: Temporomandibular joint disorders; Range of motion articular; Pain.

**INTRODUÇÃO**

O desarranjo interno articular é um termo ortopédico caracterizado pela presença de alteração mecânica que interfere com a livre movimentação de uma articulação. 30% da população em geral apresenta essa desordem na articulação temporomandibular (ATM), dessa parcela, 15-20% procuram algum tipo de tratamento sendo que apenas 5% requerem intervenção cirúrgica1. E ainda não se sabe o motivo da predileção pelo sexo feminino na proporção de 4: 1 em relação ao masculino. Com o aumento das opções cirúrgicas disponíveis atualmente, parece prudente que o cirurgião tenha uma indicação precisa do procedimento que proporcione ao paciente uma maior probabilidade de sucesso com menor morbidade.

 A artrocentese/artroscopia, discopexia, artroplastia, discectomia e condilectomia são opções terapêuticas encontradas na literatura para o desarranjo interno da ATM. A discectomia consiste na total remoção do disco articular sem interposição de nenhum material de substituição. Foi uma técnica que ganhou popularidade entre as décadas de 40 e 60 mostrando inicialmente resultados favoráveis em uma série de pacientes que foram submetidos ao tratamento não cirúrgico sem sucesso2,3. Em outros estudos, a dor articular, dor de cabeça e outros sinais e sintomas da disfunção permaneceram após a esse procedimento. Por um tempo a técnica caiu em desuso e foi abandonada.Com a melhora dos meios de diagnóstico e uma compreensão mais efetiva da fisiopatologia articular, a discectomia começou a retomar sua popularidade. Em estudos recentes onde a essa técnica foi utilizada especificamente para o desarranjo interno articular, a taxa de sucesso resultou entre 85% e 89%4**,** estando indicada em casos onde há comprometimento estrutural e deslocamento do disco, dor secundária em desarranjos em estágio avançado (Wilks IV e V), Permanência da disfunção após cirurgia prévia de reposicionamento e artrocentese/artroscopia.

A completa remoção do disco articular foi um dos primeiros procedimentos cirúrgicos intra-articulares descritos na literatura, sendo utilizada quando o disco encontra-se doente ou estruturalmente comprometido como o resultado de aderências, perfurações ou persistência dos sintomas de dor e disfunção após cirurgias prévias de reposicionamento de disco.

Com relação a substituição do disco, não há consenso na literatura. Até tempos recentes alguns autores sugeriam a substituição do disco articular por implantes aloplásticos, porém a alta incidência de reações de corpo estranho fizeram com que essa prática caísse em desuso. Enxertos autógenos tem sido sugeridos para substituição do disco como cartilagem auricular5, derme, músculo temporal e fáscia. No momento não há estudos de longo prazo publicados sobre a eficácia de tecidos autógenos, embora alguns de curto prazo parecem ser promissores.

Silver et al 5 após 212 discectomias concluíram que 94% dos pacientes obtiveram bons resultados, onde a menor abertura bucal encontrada foi de 30mm, porém a grande maioria obteve abertura de pelo menos 40mm.

Miloro e Henriksen 6 al após realização de 32 discectomias em 24 pacientes, com acompanhamento de aproximadamente 40 meses, verificou que todos obtiveram uma melhora na função dos movimentos mandibulares e redução na dor articular e facial, concluindo que a discectomia da articulação temporomandibular é eficaz como primeira opção cirúrgica reduzindo significantemente a dor e melhorando a função.

Falhas na discectomia são caracterizadas pela dor persistente, restrição alimentar e/ou limitação da mobilidade articular. As causas mais comuns para tais é o controle inadequado da carga articular durante os 12 primeiros meses após a cirurgia e/ou danos a superfície articular durante o ato operatório.

O presente trabalho objetiva a apresentação de um caso clínico de uma paciente que foi submetida a discectomia como opção terapêutica aberta para o tratamento do desarranjo interno articular após falha no tratamento conservador.

**RELATO DO CASO**

Paciente A.M.S., melanoderma, gênero feminino, 21 anos, estudante, procurou o ambulatório de Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial do Hospital Universitário da USP, com queixa de limitação de abertura bucal e dor crônica em face e em região pré auricular esquerda há aproximadamente 1 ano, fez uso de analgésicos, porém sem remissão do sintomas. A paciente nega doenças de base e uso de medicações contínuas, porém refere apertamento dentário. Ao exame físico verificou-se um bom estado geral de saúde, limitação de abertura bucal (24mm) (FIGURA 1), desvio mandibular para a esquerda em abertura, ausência de excursão condilar em ATM esquerda, além de apinhamento dentário e dor em musculatura mastigatória. A paciente foi diagnosticada com closed lock crônico em ATM esquerda e inicialmente foi introduzido relaxante muscular associado a analgésico e anti-inflamatório bem como encaminhada para confecção de dispositivo oclusal. Foi solicitada ressonância magnética, onde verificou-se alterações morfológicas e perfurações no disco articular esquerdo, bem como deslocamento Antero-medial sem redução. Após 3 meses do uso do dispositivo oclusal a paciente referiu remissão do quadro álgico em músculos da mastigação porém a limitação de abertura bucal, o desvio mandibular e a dor articular permaneceram. Em seguida a paciente foi submetida à artrocentese da ATM afetada sob anestesia local e com sedação endovenosa. No primeiro mês após o procedimento houve melhora da dor articular e um ganho na amplitude de abertura bucal, porém após 4 meses sintomatologia articular retomou.

Diante disso optou-se pela realização da eminectomia (no intuito de aumentar o espaço articular) associada a discectomia via acesso endaural sob anestesia geral (FIGURA 2, 3 e 4). A cirurgia ocorreu sem intercorrências e o caso encontra-se proservado por período de 2 anos, estando a paciente sem nenhuma sintomatologia álgica articular, com abertura bucal de 37 mm e em uso de dispositivo oclusal decorrente do apertamento dentário (FIGURA 5).

**DISCUSSÃO**

Muitos pacientes que apresentam disfunções da articulação temporomandibular podem ser tratados com métodos conservadores como fisioterapia, dispositivos oclusais, compressas mornas, artrocentese, injeções medicamentosas intra-articulares e sistêmicas. Porém 5% desses pacientes não apresentam sucesso a essas terapias sendo necessário o tratamento cirúrgico aberto1. No caso referido, foi tentado terapias menos agressivas como o tratamento com dispositivo oclusal, medicações e artrocentese, mas a paciente não apresentou evolução satisfatória, sendo assim submetida a cirurgia aberta de ATM.

Considerando que a cirurgia para o reposicionamento e substituição do disco articular não tem si mostrado tão efetiva a longo prazo, a seleção do procedimento cirúrgico com maior probabilidade de sucesso e com menor morbidade deve ser considerado primeiramente. A Discectomia é a cirurgia mais comum para a dor articular8, e é único procedimento que mostra os melhores resultados a longo prazo9. Miloro e Henriksen 6 concluíram que a esse procedimento quando é usado como a primeira opção cirúrgica para o desarranjo interno da ATM reduz significativamente a dor e melhora a função mandibular. Nesse sentido, após a falha ao tratamento conservador anteriormente citado no caso, foi optado pela discectomia como primeira opção cirúrgica para a paciente.

Segundo Tolvanen10 com um acompanhamento de 30 anos, 96% dos pacientes apresentaram-se livres de dor e com no mínimo 30 mm de máxima abertura bucal. Em nosso trabalho a paciente encontra-se no 2 ano de pós operatório, sem dor articular e com máxima abertura de 37mm, porém ainda observa-se o desvio mandibular durante o movimento de abertura bucal.

Contrariamente ao estudo de Miloro e Henriksen 6, o qual demonstra que não há necessidade de medicação, termoterapia, dieta leve, fisioterapia e uso de dispositivos oclusais após a discectomia, em nosso caso a paciente foi instruída a manter uma alimentação branda por período de 6 meses de pós operatório, a continuar com o uso do dispositivo oclusal e realização de compressas mornas na região.

Tolvanen 10, demonstraram que os achados radiográficos mais comuns após a discectomia foram o achatamento condilar e esclerose, o que não foi verificado em nosso caso após a realização de uma radiografia panorâmica de controle no segundo ano de pós operatório.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

A discectomia se mostrou uma opção cirúrgica efetiva na redução da dor e na melhora da função articular e menos invasiva quando utilizada como primeira opção cirúrgica para o desarranjo interno da ATM. Porém antes de se tentar qualquer tratamento aberto, deve ser considerado o tratamento não cirúrgico.

**LEGENDAS**

FIGURA 1- Abertura bucal inicial de 24mm

FIGURA 2- Aspecto trans operatório

FIGURA 3 – Alteração morfológica do disco articular após sua remoção

FIGURA 4- Sutura do acesso cirúrgico

FIGURA 5 - Pós operatório de 2 anos, abertura bucal de 37 mm

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁGICAS**

 1- Dolwick MF, Dimitroulis G: Is there a role for temporomandibular joint surgery? Br J Oral Maxillofac Surg 32:307, 1994.

 2- Dingman RO, Moorman WC. Meniscectomy in the treatment of lesions of the Temporomandibular joint. J Oral Surg 1951;9:214-24

3-Iehn CL, DesPrez JD. Meniscectomy for internal derangement of the temporomandibular joint. Br J Plast Surg 1962;15:199-207.

4- Wilkes CH. Surgical treatment of internal derangement of the temporomandibular -7 joint. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1991;117:64

 5- Silver CML: Long-term results of menisectomy of the temporomandibularjoint. J Craniomandib Pract 3:46, 1984

 6- Miloro M, Henriksen B. Discectomy as the Primary Surgical Option for Internal Derangement of theTemporomandibular Joint. J Oral Maxillofac Surg 68:782-789, 2010

 7- McKenna *SJ.* Discectomy for the Treatment of Internal Derangements The Temporo Mandibular Joint. J Oral Maxillofac Surg59:1051-1056, 2001

8- Hall D: The role of discectomy for treating internal derangements of the temporomandibular joint. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 6:287, 1994

9- Silver CM: Long-term results of meniscectomy of the temporomandibularjoint. J Craniomand Pract 3:46, 1984

10- Tolvanen M, Oikarinen VJ, Wolf J: A 30-year follow-up study of temporomandibular menisectomies: A report of 5 patients. Br J Oral Maxillofac Surg 26:311, 1988