

Número 6

Volume 1

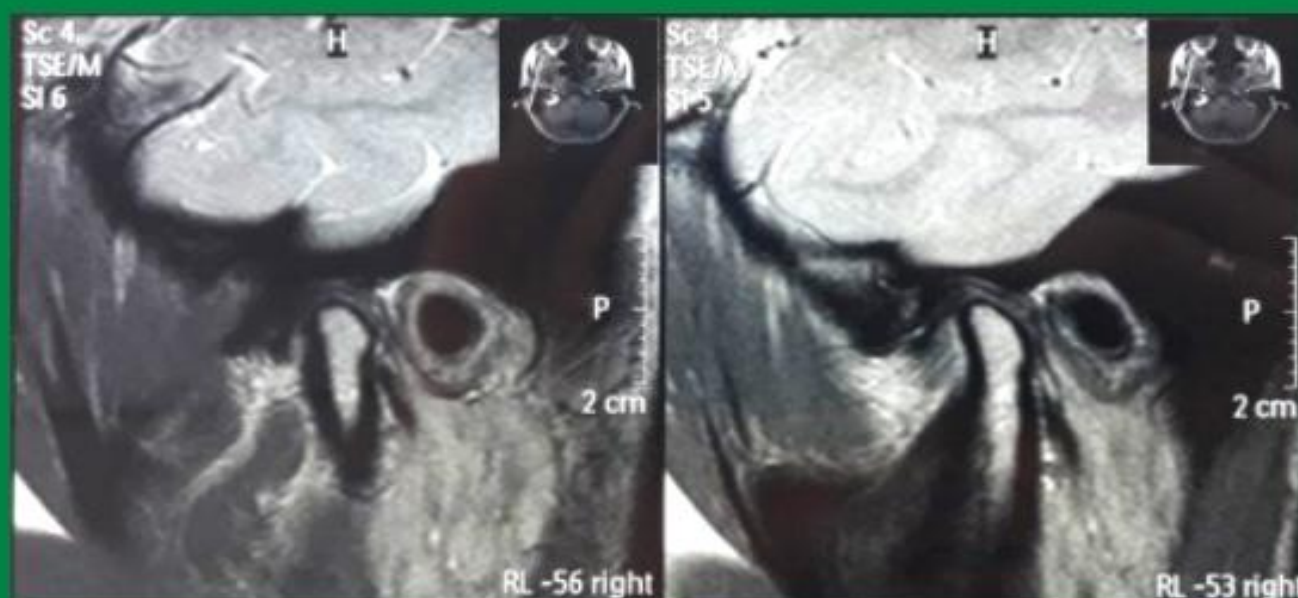
SOBRACIBU

SOBRACIBU JOURNAL

REVISTA

ISSN 2175-3725

ARTIGO DA CAPA



Open surgical treatment of the temporomandibular joint (TMJ) using anchors: A case report by Júnior ER et al.



All rights reserved

Número 6

Volume 1

SOBRACIBU

SOBRACIBU JOURNAL

REVISTA

ISSN 2175-3725

Sumário

Molar extraction through sagittal split osteotomy of the mandibular ramos: report of four cases by Coral AJ et al. _____ 03

Open surgical treatment of the temporomandibular joint (TMJ) using anchors: A case report by Junior ER et al. _____ 17

Supplement The Experience 2024 _____ 45



All rights reserved

Tudo o que você precisa
em um único lugar

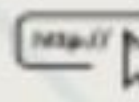
Toxina
Preenchedores
Fio de PDO
Microcânula
Bioestimuladores



Viaesthetic®
Entregando beleza
distribuindo qualidade



(19) 99144-655-8



viaesthetic.com.br



/viaesthetic



@viaesteticoficial



Nossa marca já existe há 55 anos, sendo líder no mercado latino americano e também atuando nos EUA, Alemanha e Paquistão.

Estamos atuando no Brasil desde Janeiro de 2017, importando da nossa fábrica, que possui mais de 55 anos de experiência no mercado mundial, exportando 100% da sua produção para diferentes países.

Agora nossa marca tem como meta ser a maior parceira de profissionais de saúde aqui no Brasil, como já fazemos a anos ao redor do mundo.

Temos certificados internacionais de qualidade como ISO, CE, FDA e no Brasil temos todos os nossos produtos registrados na ANVISA.



Para mais informações:

vendia@6bbrasil.com.br
sac.invent@6bbrasil.com.br

Empresa: +55 (11) 3151-6685
SAC: +55 (11) 98710-0073



www.6binvent.com.br
 @6binventgermany

Molar extraction through sagittal split osteotomy of the mandibular ramus: report of four cases

Exodontia de molar por osteotomia sagital dos ramos mandibulares: relato de quatro
casos

Ana Julia Coral¹, Laura Maria Diaz Rodrigues², Lucas Cavalieri Pereira³

*Oral and Maxillofacial Surgeon, HFC Saúde, Piracicaba, SP, Brazil¹,
Resident Oral and Maxillofacial Surgeon, HFC Saúde, Piracicaba,
SP, Brazil², PhD Oral and Maxillofacial Surgeon, HFC Saúde,
Piracicaba, SP, Brazil³*

Authors Contact: HFC Saúde Service, Piracicaba, SP - E-mail:
anajulia.coral@gmail.com

Received Paper: Jun 12 2024

Paper Accepted: Oct 06 2024

Abstract

The extraction of impacted molars can result in several postoperative complications due to its incorrect planning, such as paresthesia or rupture of the inferior alveolar nerve and also fracture of the mandibular bone in an out-patient setting. With adequate planning, it is possible to avoid transsurgical complications and provide a good prognosis for the patient. This work aimed to demonstrate, through four cases, an alternative, preventive and effective technique for the extraction of second and third molars. The dental elements had their roots in close proximity to the inferior alveolar nerve and/or close proximity to the

mandibular base. The treatment for the four cases was performed in a surgical center, through sagittal split osteotomy of the mandibular (OSRM), followed by removal of the involved tooth and stabilization of the fracture area with a plate and screws from the 2.0 mm system. The treatment prevented the occurrence of ambulatory mandibular fracture and consequent rupture of the inferior alveolar nerve, presenting a favorable prognosis. It is concluded that the surgical treatment for extraction of third molars must be carried out according to the individuality of each case, providing a better prognosis for the patient.

Keywords: Exodontics, Osteotomy, Prognosis.

Resumo

A extração de molares impactados pode resultar em diversas complicações pós-operatórias devido ao seu planejamento incorreto, como parestesia ou ruptura do nervo alveolar inferior e também fratura do osso mandibular em ambiente ambulatorial. Com um planejamento adequado é possível evitar complicações trans cirúrgicas e proporcionar um bom prognóstico ao paciente. Este trabalho teve como objetivo demonstrar, através de quatro casos, uma técnica alternativa, preventiva e eficaz para extração de segundos e terceiros molares. Os elementos dentários tinham suas raízes próximas ao nervo alveolar inferior e/ou próximas

à base mandibular. O tratamento dos quatro casos foi realizado em centro cirúrgico, por meio de osteotomia sagital da mandíbula (OSRM), seguida de exodontia do dente envolvido e estabilização da área fraturada com placa e parafusos do sistema 2,0 mm. O tratamento evitou a ocorrência de fratura mandibular ambulatorial e consequente ruptura do nervo alveolar inferior, apresentando prognóstico favorável. Conclui-se que o tratamento cirúrgico para exodontia de terceiros molares deve ser realizado de acordo com a individualidade de cada caso, proporcionando melhor prognóstico ao paciente.

Palavras-chave: Exodontia,

Osteotomia, Prognóstico.

Introduction

The removal of impacted teeth aims to prevent oral health. The removal of these aims to prevent other pathologies from installing, such as periodontal disease, caries, pericoronitis, cyst and odontogenic tumors, root resorption, mandibular fracture, pain and malocclusion [7].

The space occupied by an impacted third molar in the ramus and/or body of the mandible reduces bone quantity and strength, concentrating forces and making the region more susceptible to fracture. Thus, the greater the degree of impaction, the greater the predisposition of an individual to suffer a mandible fracture at this location, when exposed to trauma [4].

In addition, lower third molars have a higher prevalence of inclusion. When indicated, the extraction of these teeth can result in complications, such as mandibular fracture [8]. Therefore, it is necessary to establish a correct individualized treatment plan.

OSRM is a viable technique for removing impacted teeth in the posterior mandibular region, when the conventional extraction technique offers risks of mandibular fracture associated with the large amount of bone removal or injury to the mandibular bone. inferior alveolar vascular-nervous bundle [11].

Sagittal osteotomy has been described primarily as a treatment for prognathism and retrognathia and has rarely been reported as an option for removal of deeply impacted teeth.

The versatility provided by the design of mandibular osteotomies performed in orthognathic surgeries offers ample contact between the osteotomized segments, promoting better repair and stability between the bone segments [13].

This report aims to demonstrate the extraction via Sagittal Osteotomy of the Mandibular Ramos in four cases.

Methods

Extraction was performed through Sagittal Split Ramus Osteotomy for four patients.

In case 1, patient T.A.P.S., 34 years old, female, attended the outpatient clinic of the Department of Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology of the Hospital Suppliers of Cana de Piracicaba, reporting pain in the region of third molars. In a preoperative panoramic radiograph, it was possible to observe teeth 18 and 28 with root apexes close to the maxillary sinus, tooth 38 impacted in a horizontal position and tooth 48, according to the classification of Pell and Gregory (1933), was in position 3B in possible contact with the inferior alveolar nerve and close proximity to the mandibular base. Cone Beam Computed Tomography was requested in order to assess the real proximity of the roots of tooth 48 with the inferior alveolar nerve and the distance between the apex of the root and the mandibular base. In Tomography analysis, it was possible to conclude that the mesial and distal roots were surrounding the nerve and a small amount of bone was confirmed between the root apexes and the base of the mandibular body.

In case 2, patient A.C.N., 18 years old, male, was referred by his orthodontist to the Department of Surgery and Traumatology of the Hospital dos Suppliers de Cana de Piracicaba for extraction of teeth 18, 28, 37 and 47. In imaging examination, close contact of the dental apices of tooth 37 with the inferior alveolar nerve and the mandibular base was observed. Due to the risk of fracture in the left region of the mandible, the treatment of choice for the extraction of tooth 37 was also the surgery in a surgical center, with general anesthesia. Teeth 18, 28 and 47 were extracted using the closed technique.

In case 3, patient G.J.S.T., 17 years old, came to the service complaining of non-eruption of teeth 38, 47 and 48. On intraoral physical examination, the same teeth were absent. The image examination showed the presence of tooth 38 included in a horizontal position, 47 and 48 (48 above 47) in a horizontal position in the region of the mandibular angle/branch. Tooth 47 had crown and root in close contact with the mandibular base and the inferior alveolar nerve passed between the two teeth.

In case 4, patient P.D., 19 years old, attended the service referred for extraction of third molars. In an image examination, tooth 38 was included, horizontal and close to the mandibular base, and Sagittal Osteotomy of the Mandibular Branches (OSRM) was indicated for extraction.

The extractions were performed through sagittal split osteotomy of the mandibular ramus.

After the access was made, a sagittal osteotomy was performed with a reciprocating saw (Figure 1) using the technique modified by Epker (1977). The Maxillo-Mandibular-Block was not performed because, prior to opening

the osteotomy, drilling was performed with the plate in position and adaptation of the screws, serving then as an initial reference guide, with the purpose of preserving the original position of the bone segments (Figure 2). The plate and screws were removed, and the bone plates were separated, making it possible to observe the inferior alveolar nerve and the teeth involved. It was possible to extract the teeth without nerve damage (Figure 3). The bone plates were approximated and stabilized in the original position by inserting a plate and screws over the initial perforations. Stabilization was performed with plates and screws from the 2.0 mm system (Figure 4).



Figure 1. Sagittal split osteotomy of the mandibular ramus.



Figure 2. Adaptation of the plate before separating the bone stumps.

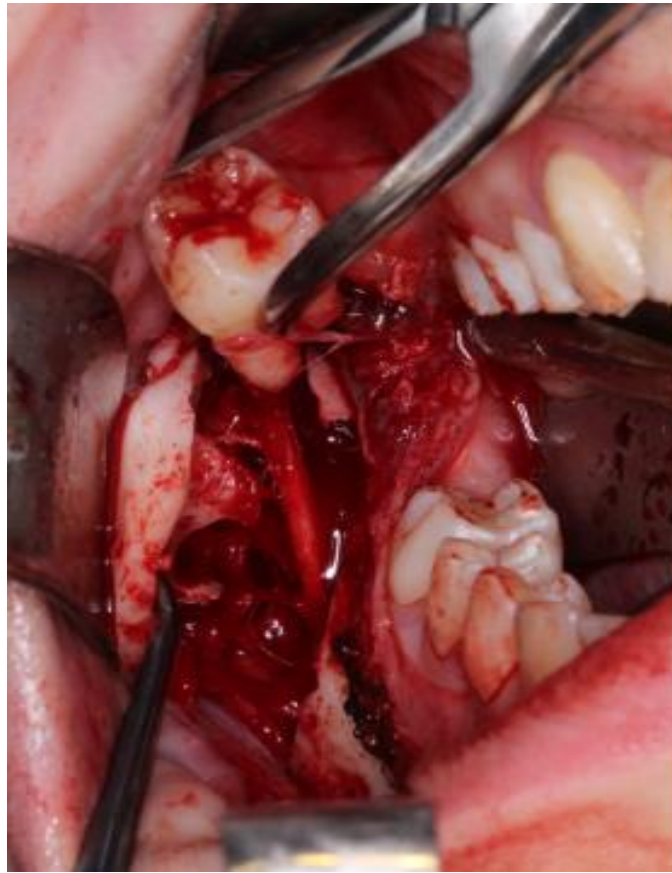


Figure 3 - View of area

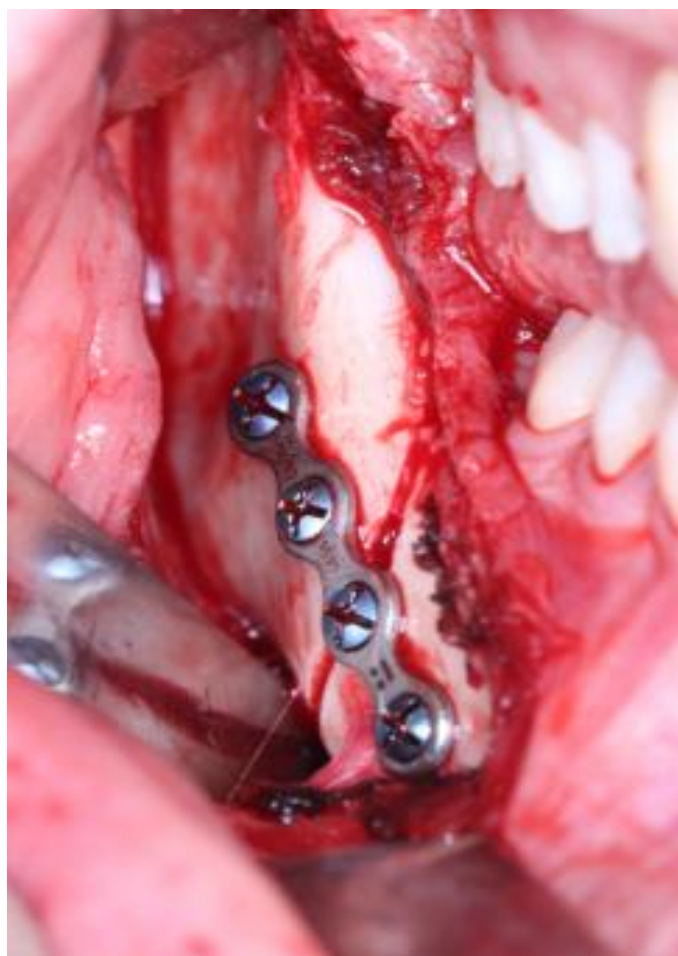


Figure 4. Extract the teeth without nerve damage.

The four patients evolved well and did not present permanent paresthesia of the inferior alveolar nerve.

In the preoperative radiograph images, it is possible to observe the position of the

teeth involved and in the postoperative images, it is possible to observe the extraction procedure performed and the fixation materials (Figure 5: A – Case 1, B – Case 2, C – Case 3 and D – Case 4).

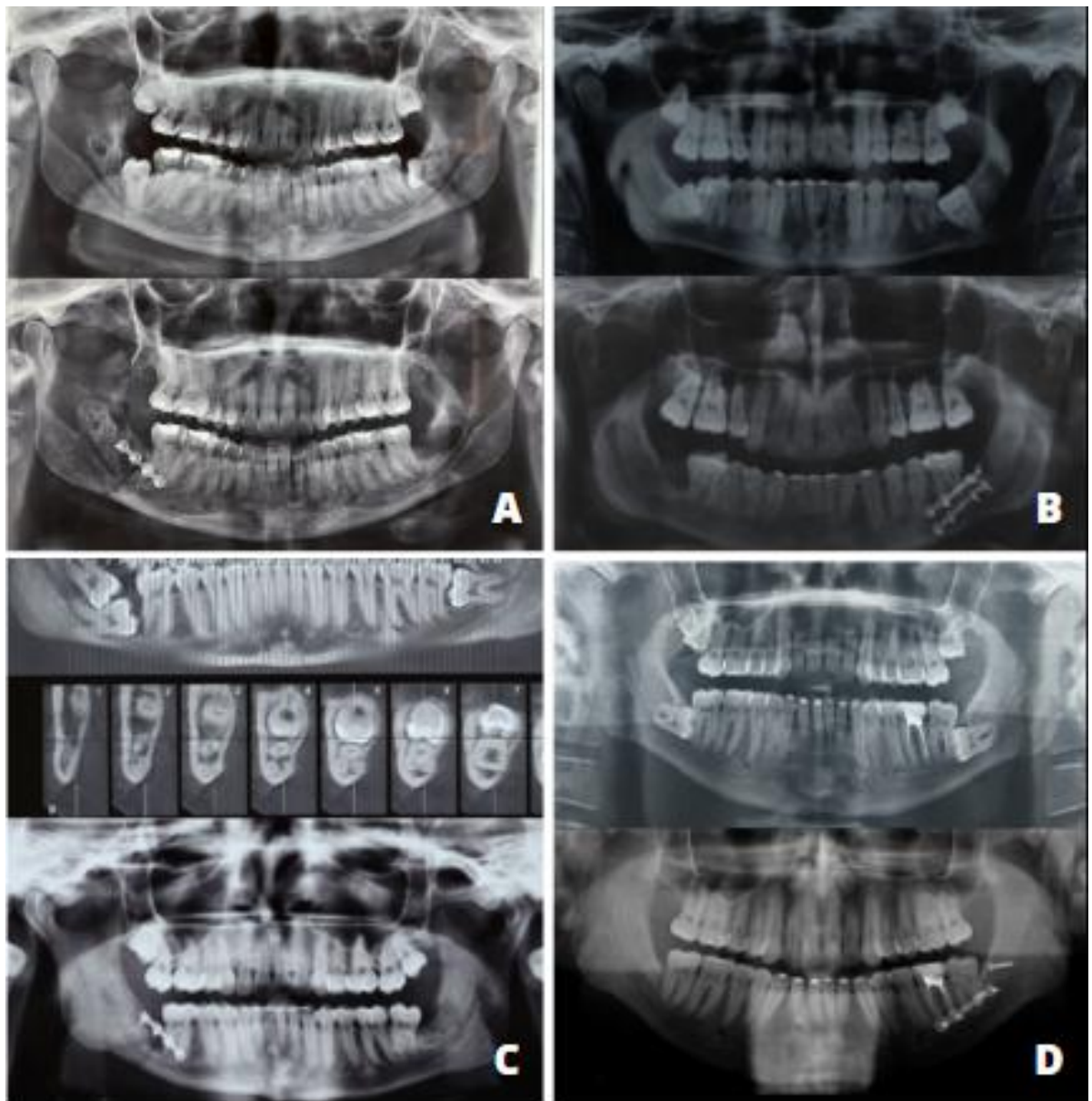


Figure 5. Radiographs before and after surgery.

Discussion

According to Graziani (1995) the mandibular fracture is an accident that can occur during a dental extraction and its location is usually in the mandibular angle, as in the cases of this report. The author pointed out that the presence of impacted third molars greatly predisposes the fracture by the inclusion zone and according to Perry & Goldberg (2000) when the fracture happens, generally the branches of the mandibular nerve also suffer some type of injury.

According to Medeiros et al., (2003) the preventive extraction of impacted teeth leads to bone formation at the site, which increases the resistance of the mandible to fractures. Thus, according to Medeiros, preventive tooth extraction is indicated for the four cases presented in this report.

The anatomical proximity between the roots of the third molars and the inferior alveolar nerve is the main causal factor of injury in this nerve (ALLING, 1986). Therefore, the extraction technique via OSRM was chosen for the four cases described.

Santos et al., (2015) state that the main indication for the use of OSRM for extraction is when the tooth is deeply impacted in the ramus or mandibular body and has an intimate relationship with the inferior alveolar nerve and the vascular bundle associated with it. However, it is possible to contest that this technique can be indicated even if the tooth involved is only present close to the mandibular base, but without intimate relation with the IAN.

To perform occlusion and fracture stabilization, According to et al., (2017) performed transoperative maxillomandibular block (MMB) for their case, Jones et al., (2004) used Leonard buttons for MMB also transoperatively, Santos et al., (2015) performed the previous fixation of the plate before the separation of the bone plates and extraction to guarantee the original position, as performed in the four cases described in this work. Catherine & Paolo (2017) did not mention the proposed technique for BMM.

Through the authors cited above, it is possible to state that the extraction of teeth in

close contact with the inferior alveolar nerve and with root apexes close to the cortical bones, can be performed through sagittal osteotomy of the mandibular ramus, providing a good final result, preventing the risk of mandibular fracture and inferior alveolar and lingual nerve damage in an outpatient setting.

Conclusion

Given the risk of rupture of the vasculo-nervous bundle and fracture of the jaw in the outpatient setting, the extraction of these teeth through OSRM is preventive and adequate for greater patient safety.

References

1. Alling CC. Dysesthesia of the lingual and inferior alveolar nerves following third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; 44(6):454.
2. Segundo AVL; Nogueira EFC; Nascimento DF; Silva LNB; Silva PA. Osteotomia sagital do ramo mandibular na remoção de dentes impactados: Relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. Camaragibe*: 2017. p. 21-24.
3. Catherine Z; Scolozzi P. Mandibular Sagittal Split Osteotomy for Removal of Impacted Mandibular Teeth: Indications, Surgical Pitfalls, and Final Outcome. *J Oral Maxillofac Surg* 2017; 915 - 923.
4. Corso PFCL; Nascimento LC; Kluplell LE; Costa DJ; Antonini, F; Moraes, RS. Osteotomia Sagital e Terceiros Molares Inferiores: Mudança de Paradigma. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. Camaragibe*: 2014.
5. Epker BN. Modifications of the sagittal osteotomy of the mandible. *J Oral Surg*. 1977;35(2):157-9.
6. Gil JN; Gil LF. Cirurgia do Terceiro Molar Impactado – Passo a passo. Livraria Santos Editora LTDA. São Paulo: Santos, 2012. p. 4.
7. Graziani M. Cirurgia Bucomaxilofacial. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
8. Jones TA; Garg T; Monaghan A. Removal of a deeply impacted mandibular third molar through a sagittal split ramus osteotomy approach. *J Oral Maxillofac Surg.*, 2004. p. 365-8.
9. Medeiros PJ; Miranda MS; Ribeiro DPB; Louro RS; Moreira LM. Cirurgia dos dentes inclusos. Livraria Santos Editora LTDA. São Paulo, 2003. p. 25.
10. Oliveira CCMX; JR EZS; JR OB; Almeida HCR; Pachecho GM. Fractured mandible during impacted third molar exodontia: a case report. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. Camaragibe*, 2013.
11. Perry PA, Goldberg MH. Late mandibular fracture after third molar surgery: a survey of connecticut oral and maxillofacial surgeons. *J Oral Maxillofac Sur.* 2000; 58(8):858-61.
12. Santos SE; Tavares RN; Moraes M; Freire-Filho FWV. Sagittal osteotomy for the removal of deeply impacted mandibular molars: a presentation of

series of cases 2013. J Oral Maxillofac Sur. 2015. p. 263–266.

13. Woldenberg Y; Gatot I; Bodner L. Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal. Can it be prevented? Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12:E70-2.

14. Wolford LM. The sagittal split ramus osteotomy as the preferred treatment for mandibular prognathism. J Oral Maxillofac Surg. 2000;58(3):310-2.

Open surgical treatment of the temporomandibular joint (TMJ) using anchors: A case report

Tratamento Cirúrgico por técnica aberta da Articulação Temporomandibular (ATM) com uso de âncoras: Um relato de caso

Elvis Ribeiro Junior, Guilherme Omizzolo, Darlan Morche¹

¹Faculdade de Odontologia, Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Joaçaba, Santa Catarina, Brasil

Authors Contact: Elvis Ribeiro Junior - E-mail: elvisribeirojunior.odontologia@gmail.com

Received Paper: Aug 23 2024

Paper Accepted: Oct 18 2024

Resumo

As disfunções temporomandibulares afetam grande parte da população, que desconhecem a sua causa e seus tratamentos. O cirurgião dentista em geral, tem como dever orientar o melhor tratamento, cirúrgico ou conservador para o paciente, proporcionando melhora na qualidade de vida e garantindo o funcionamento do sistema estomatognático de maneira correta. O presente trabalho apresenta um relato de caso realizado na cidade de Joaçaba- SC no qual um procedimento de discopexia bilateral por técnica aberta foi realizado em uma paciente feminina de 27 anos, que possuía um deslocamento discal sem redução no lado direito e deslocamento discal com redução pelo lado esquerdo, além de limitação de abertura bucal associado a estalos e dores articulares.

Palavras-chave: ATM, Discopexia, Cirurgia Maxilo-facial

Introdução

A articulação temporomandibular (ATM) é uma estrutura ginglemoartroidal formada pelo côndilo mandibular e a fossa mandibular (tubérculo articular), capaz de realizar movimentos mandibulares de rotação, translação, protrusão, retrusão e lateralidade¹.

A desordem da ATM, teve seu primeiro relato cirúrgico realizado por Annandale em 1887, em anos subsequentes, foram elencadas várias formas de tratamento da disfunção, como os ajustes oclusais, placas mio-relaxantes, tratamentos ortodônticos e fisioterapias musculares utilizadas atualmente. Com a chegada das ressonâncias magnéticas possibilitou um diagnóstico mais preciso sobre as DTM's surgindo novas formas atuais de tratamento. As DTM's foram classificadas por Wilkes, sendo indicada para determinar o diagnóstico da disfunção. As alterações inflamatórias, degenerativas, anatômicas são os desarranjos internos da ATM, caracterizados por deslocamento discal com redução (DDCR) e o deslocamento discal sem redução (DDSR), contudo o

mesmo não pode ser considerado fator etiológico de uma DTM¹⁻⁵.

O tratamento proposto para o caso da paciente do presente relato, é a discopexia por técnica aberta, que consiste em realojar o disco articular em posição correta, e ancorá-lo na região posterior ao côndilo mandibular, corrigindo assim sua posição. Entretanto a sua execução demanda de uma curva de aprendizado, sendo ainda pouco difundida, exigindo mais estudos de acompanhamento, como o presente relato de caso.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 27 anos, leucoderma, sem comprometimento sistêmico, relatou na anamnese e exame clínico a sensação de múltiplos episódios de dor articular crônica durando mais de um ano, estalidos e cliques na ATM, movimentos de lateralidade esquerda 3mm e direita de 1mm,

protrusão de 2mm, caracterizando um estadió de Wilkes III. Durante o exame clínico e a dor muscular nos músculos, masseter, pterigoideo lateral, pterigoideo medial e temporal, foram notados e qualificados pela Escala Visual Analógica (EVA) de dor com o *score* 8.

O de Helkimo foi aplicada na paciente, que retornou com um resultado no momento pré-operatório, um *score* igual a 18, caracterizando um índice 5 compatível com disfunção severa. No estudo de *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) a paciente apresentou os valores mostrados abaixo:

OHIP -14

T0 T1 T2

- | | |
|---|---|
| 01. Você teve algum problema para pronunciar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação? | 1 |
| 02. Sentiu que seu paadar mudou por causa dos problemas em sua boca ou articulação? | 0 |
| 03. Você sentiu dores em sua boca ou articulação? | 3 |

04. Você se sentiu desconfortável em mastigar algum alimento por causa do problema em sua boca ou articulação? 3
05. Você ficou preocupado por causa de problemas em sua boca ou articulação? 3
06. Você ficou estressado por causa de problemas em sua boca ou articulação? 3
07. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas em sua boca ou articulação? 2
08. Você teve que parar sua refeição por causa de problema em sua boca ou articulação? 3
09. Você encontrou dificuldades em relaxar por causa de problemas em sua boca ou articulação? 3
10. Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas em sua boca ou articulação? 2
11. Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas em sua boca ou articulação? 1
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas em sua boca ou articulação? 2
13. Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas em sua boca ou articulação? 2
14. Você ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades normais por causa de problemas em sua boca ou articulação? 0

0= Nunca/Não sei;

1= Dificilmente;

2= Às vezes;

3= Frequentemente;

4= Muito frequente;

T0= Pré-Op;

T1= 15 dias;

T2= 3 mese;

Após exame clínico inicial foi solicitada ressonância magnética da ATM, caracterizado por ser o exame de escolha para avaliação de tecidos moles da articulação. (Ramos 2004) Nas imagens

observou-se um derrame articular pelo lado esquerdo com DDCR (fig. 1), e pelo lado direito notou-se uma alteração de DDSR (fig. 2). Planejou-se o procedimento cirúrgico em ambiente hospitalar sob anestesia geral, para tal, foram

solicitados exames pré-operatórios,
bem como avaliação cardiológica e
pré-anestésica.

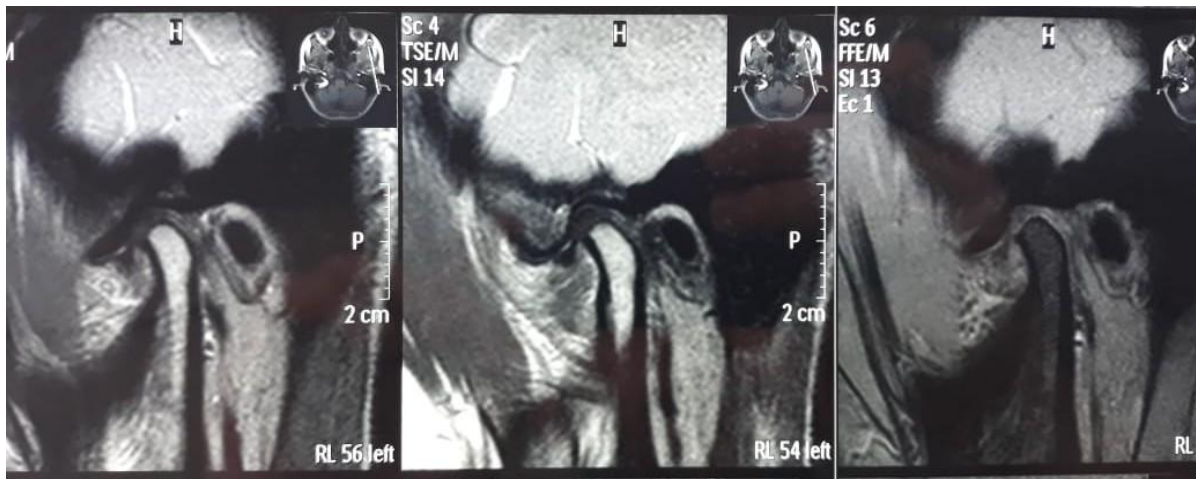


Fig. 1 – Imagens de RNM (boca fechada) demonstrado o deslocamento anterior do discoarticular juntamente com o derrame intra-articular.

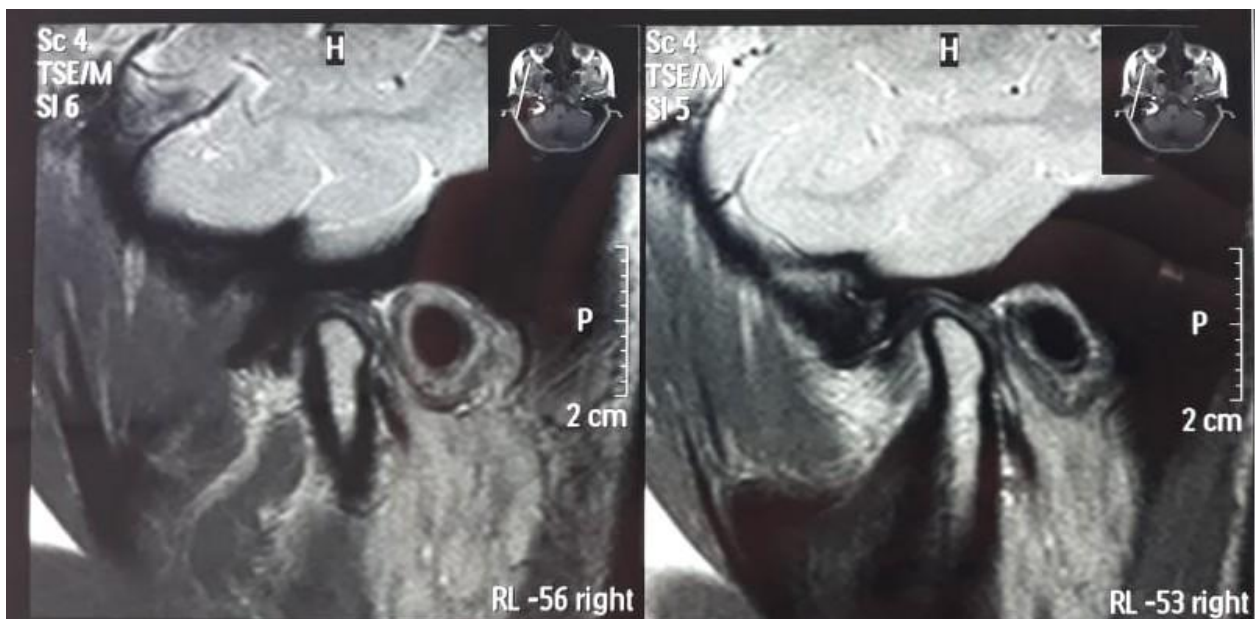


Fig. 2 – Imagem da RNM (boca fechada) demonstrando o deslocamento anterior do discoarticular.

A paciente foi submetida a anestesia geral com intubação naso-traqueal, sendo então iniciadas as manobras de assepsia com gaze estéril embebida em solução aquosa de Clorexidina 2%, seguido da colocação de campos estéreis deixando as áreas a serem operadas e locais próximos com potencial de contaminação, descontaminados.

Para não haver a contaminação da área operada, a cavidade oral foi obliterada com Micropore® esterilizado e a cavidade auricular descontaminadas

e tamponadas com torundas esterilizadas, evitando a entrada de sangue ou outros fluidos que possam provocar interferências auditivas no pós-cirúrgico.

Na região pré-auricular, foi realizada a injeção de Xilocaína 2% com vasoconstritor e agulha cinza, para diminuir a interferência sanguínea no local operado, seguido de divulsão por planos evitando acidentes indesejáveis que possam comprometer a cirurgia ou piorar o prognóstico e mantendo de forma satisfatória a visualização do campo operatório (fig. 3).



Fig. 3 – Visualização da cápsula articular previamente a injeção de Xilocaína 2% com vasoconstritor.

Após os descolamentos por planos chega-se a capsula articular, para que tenhamos a expansão da cápsula, infiltramos intra-articular, Xilocaína 2% com vasoconstritor, com agulha de insulina no volume de até 5ml. A incisão da capsula se dá com uma lâmina nº15 no sentido de 45° ao arco zigomático e 2 mm da fossa articular, foi iniciada a incisão no sentido anterior para posterior, com extravasamento da Xilocaína

comprova-se o acesso intra-articular.

No interior da capsula articular, com o descolador de Molt avalia-se a presença de bridas, posicionamento discal e sua integridade, pois alterações morfológicas do disco como perfurações podem estar presentes (fig. 4). Infiltrou-se Xilocaína 2% com vasoconstritor com agulha cinza na região atrás da borda

anterior da cápsula, onde se insere o músculo pterigoideo medial, para auxílio na hemostasia quando na realização da miotomia, na porção anterior e a capsulotomia, para permitir a liberação discal e o reposicionamento do mesmo para posterior.



Fig. 4 – Avaliação de interferências no disco articular com o descolador de Molt pelo lado direito.

O procedimento de capsulotomia foi realizada de lateral para medial com auxílio da tesoura Dean, com o objetivo de verificar a liberação do disco e sua mobilidade, podendo ser inserido na posição correta, essa verificação discal se faz necessário a utilização a pinça Jaboma.

A inserção da ancora é realizada 10 mm abaixo do topo da cabeça do côndilo para isso se faz-se uma incisão para descolamento

do periósteo, (fig. 5) realizando então uma perfuração prévia com broca longa, tronco-cônica n°699 auxiliado sempre de um leve apoio no mento. Após eleito o local da instalação da âncora, instalou-se no local por meio de pressão com o parafuso de 2 mm auto rosqueável da Âncora Ancortec agulhada - Engimplan / Materialize Company® (fig. 6). Com a âncora posicionada, no sentido caudo-occipital passou-se o fio de sutura, com agulha em formato triangular no sentido

occipito-caudal sobre disco articular. Após a passagem dos fios de sutura, foi realizado o posicionamento do disco articular no côndilo e fixado

por meio de suturas simples. Aplicou-se Decadron® na região retro-discal.

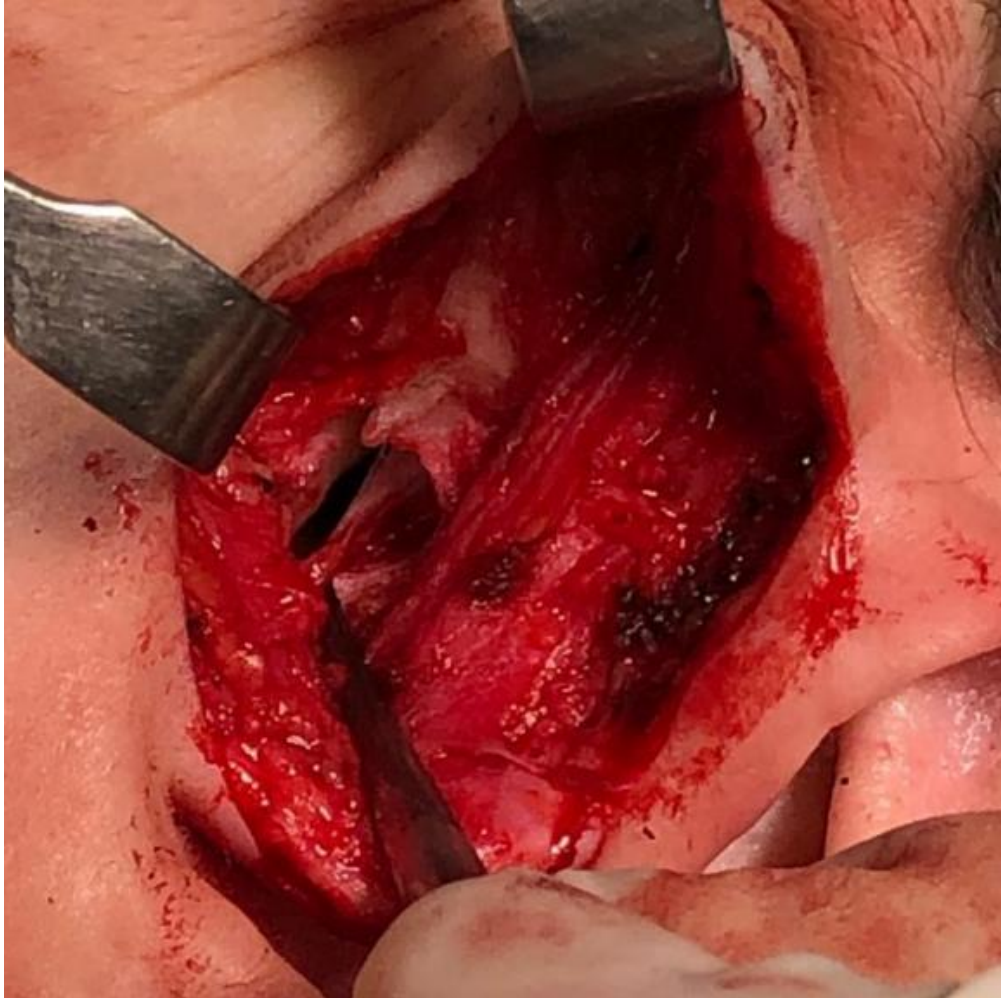


Fig. 5 – Incisão na região eleita no colo condilar para fixação da âncora pelo lado esquerdo.



Fig. 6 – Âncora Ancortec agulhada - Engimplan / Materialize Company®

Finalizada a discopexia, foi feita a síntese das estruturas divulsionadas com suturas simples, dando-se início pelo tecido capsular, tecido muscular e a sub-derme da paciente, ambas estruturas suturadas com fio absorvível Ehticon® 5-0, na epiderme a sutura foi realizada com fio Mononylon® 5-0, aplicação de Nebacetin® tópico na feridacirúrgica e o curativo final.

Resultados

No acompanhamento pós-operatório com a paciente, os questionários previamente aplicados foram refeitos. 15 dias após o ato cirúrgico, no índice de Helkimo, a paciente apresentou índice 1, compatível com disfunção severa, escala visual da dor, apresentou um score – 2. No estudo OHIP-14 os resultados estão presentes na tabela abaixo:

OHIP -14	T0	T1	T2
01. Você teve algum problema para pronunciar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação?	1	1	
02. Sentiu que seu paadar mudou por causa dos	0	0	

problemas em sua boca ou articulação?			
03. Você sentiu dores em sua boca ou articulação?			
04. Você se sentiu desconfortável em mastigar algum alimento por causa do problema em sua boca ou articulação?	3	1	
05. Você ficou preocupado por causa de problemas em sua boca ou articulação?	3	1	
06. Você ficou estressado por causa de problemas em sua boca ou articulação?	3	1	
07. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas em sua boca ou articulação?	2	1	
08. Você teve que parar sua refeição por causa de problema em sua boca ou articulação?	3	0	
09. Você encontrou dificuldades em relaxar por causa de problemas em sua boca ou articulação?	3	0	

10. Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas em sua boca ou articulação?	2	0	
11. Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas em sua boca ou articulação?	1	1	
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas em sua boca ou articulação?	2	1	
13. Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas em sua boca ou articulação?	2	1	
14. Você ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades normais por causa de problemas em sua boca ou articulação?	0	0	

0= Nunca/Não sei;

1= Dificilmente;

2= Às vezes;

3= Frequentemente;

4= Muito frequente.

T0= Pré-Op;

T1= 15 dias;

T2= 3 meses

No período de 90 dias após a cirurgia, os resultados dos questionários e estudos provaram um prognóstico bom para a paciente. A análise de Helkimo, apresentou

índice 0, caracterizando a ausência da disfunção. A escala visual de dor resultou em um score – 0, o questionário OHIP-14 apresentou os resultados exibidos a seguir:

HIP -14	T0	T1	T2
01. Você teve algum problema para pronunciar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou articulação?	1	10	
02. Sentiu que seu paadar mudou por causa dos problemas em sua boca ou articulação?	0	00	
03. Você sentiu dores em sua boca ou articulação?	3	1	0
04. Você se sentiu desconfortável em mastigar algum alimento por causa do problema em sua boca ou articulação?	3	10	
05. Você ficou preocupado por causa de problemas em sua boca ou articulação?	3	10	
06. Você ficou estressado por causa de problemas em sua boca ou articulação?	3	10	
07. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas em sua boca ou articulação?	2	10	
08. Você teve que parar sua refeição por causa de problema em sua boca ou articulação?	3	00	
09. Você encontrou dificuldades em relaxar por causa de problemas em sua boca ou articulação?	3	00	
10. Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas em sua boca ou articulação?	2	00	
11. Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas em sua boca ou articulação?	1	10	
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas em sua boca ou articulação?	2	10	
13. Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas em sua boca ou articulação?	2	10	
14. Você ficou totalmente incapaz de realizar suas atividades normais por causa de problemas em sua boca ou articulação?	0	00	

0= Nunca/Não sei;

1= Difícilmente;

2= Às vezes;

3= Frequentemente;

4= Muito frequente;

T0= Pré-Op;

T1= 15 dias;

T2= 3 meses;

Discussão

A técnica cirúrgica de discopexia, são reservadas para os pacientes no qual não obtiveram sucesso em outros tratamentos conservadores. A intervenção cirúrgica apresenta prognósticos favoráveis, o que garante o sucesso do tratamento e a redução imediata da sintomatologia relatada pela paciente que sofre com a condição de deslocamento discal anterior⁴.

A curva de aprendizado para executar tal procedimento deve ser respeitada, como mencionado

anteriormente, estruturas anatômicas nobres estão adjacentes a área cirúrgica, o profissional cirurgião deve ter preocupação e cautela com o procedimento, respeitando os princípios de cirurgia. A técnica de incisão endaural, segundo Peter Quinn(2015), é uma modificação da incisão pré-auricular, com resultados estéticos melhores quando preservado a cartilagem do tragus auditivo e a localização da linha de incisão ser realizada mais no sentido posterior o que a torna menos evidente em comparação a incisão pré-auricular (fig. 7 e 8).



Fig. 7 – Cicatriz pós-operatória pelo lado direito após 15 dias do procedimento cirúrgico.



Fig. 8 – Cicatriz pós-operatória pelo lado esquerdo após 15 dias do procedimento cirúrgico.

Conclusão e Considerações Finais

A multidisciplinaridade envolvida no tratamento, garante o sucesso do procedimento, após o ato cirúrgico propriamente dito, o paciente deve ser encaminhado a profissionais fisioterapeutas como cita Nale e Tucker (2015), uma perda de mobilidade na articulação pode ocasionar a perda de lubrificação intra-articular, por meio

de alterações na membrana sinovial agravando o processo inflamatório/degenerativo, se presente, da ATM.

A busca por profissionais dentistas para o tratamento da DTM será constante, porém a diferenciação de tratamento para cada paciente deve ser avaliada pelo profissional, evitando o uso excessivo de meio conservadores que não possuem efeitos resolutivos e satisfatórios,

podendo omitir o real fator etiológico da DTM. O receio e o reflexo de evitar procedimentos cirúrgicos pode se fazer presente por parte do paciente, cabe ao cirurgião ter conhecimento para diagnosticar corretamente e ter a capacidade de realizar o tratamento proposto, que trará prognósticos benéficos para o paciente.

Os exames de imagem são de grande contribuição para avaliar o grau da disfunção bem como o seu diagnóstico e terapêutica, exigindo um conhecimento do cirurgião dentista em relação a exames considerados não convencionais como as ressonâncias magnéticas, pois radiografias panorâmicas e específicas de ATM, bem como as tomografias computadorizadas, possuem limitações quando a capacidade de visualização dos tecidos moles da articulação. (Cozzolino 2008). A recuperação pós-operatória após procedimentos de discopexia, são graduais e progressivos, demanda tempo e paciência do paciente,

que juntamente com outros profissionais da saúde, possam restabelecer de forma correta o perfeito funcionamento do sistema estomatognático, levando em consideração que o fator de dor na ATM e limitação de abertura bucal, não é mais um empecilho para o progresso.

Os exercícios podem incluir alongamentos suaves da musculatura mastigatória, respeitando o limiar de dor do paciente caso essa condição esteja presente, *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS) e massagens com uso de pressão cutânea, devolvendo a musculatura os movimentos que antes não era possível ou dificultoso de se realizar, reeducando e reparando o sistema estomatognático por completo.

A continuidade dos tratamentos com alternativas conservadoras, como os dispositivos mio-relaxantes intraorais e o acompanhamento profissional do cirurgião para acompanhar a evolução clínica do paciente, não pode ser descartado.

Referências

1. RAMOS, Ana Carolina Araújo et al . Articulação temporomandibular - aspectos normais e deslocamentos de disco: imagem por ressonância magnética. Radiol Bras, São Paulo , v. 37, n. 6, p. 449-454, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842004000600013&lng=en&nrm=iso>.access on 14 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842004000600013>.
- 2.COZZOLINO, Fábio Augusto et al . Correlação entre os achados clínicos imaginológicos nas disfunções temporomandibulares. Radiol Bras, São Paulo v. 41, n.1, p.13-17, Feb. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842008000100006&lng=en&nrm=iso>.access on 14 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842008000100006>.
- 3.QUINN, Peter D., GRANQUIST, Eric J. Atlas of Temporomandibular Joint Surgery. 2ª edição. Wiley-Blackwell. Maio 2015.
- 4.MILORO, Michael et al. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 3. São Paulo: Santos Editora, 2016, 1344 p.
- 5.HUPP, James R.; TUCKER, Myron R.; ELLIS, Edward. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 6. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015, 692 p.



SOBRACIBU

SUPPLEMENT
THE EXPERIENCE

2024

ABSTRACT P001-0224

SAÚDE BUCAL EM PACIENTES EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Azevedo MJC¹; Silva KEA²; Gomes Júnior RF³

1. Mariana Jaciele Chaves de Azevedo, acadêmica da Faculdade Estácio Unijipa, mariana.mjcd@gmail.com; 2. Karolina Emilly de Almeida Silva, acadêmica da Faculdade Estácio Unijipa, karolinaalmeida246@gmail.com; 3. Rômulo Ferreira Gomes Júnior, docente da Faculdade Estácio Unijipa, dr.romulojunior@gmail.com

Introdução

O câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo: mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente. O câncer constitui, assim, um problema de saúde pública para o mundo desenvolvido, assim como, para nações em desenvolvimento, nas quais a soma de casos novos diagnosticados a cada ano atinge 50% do total observado nos cinco continentes, como registrou em 2002 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). No Brasil é a segunda causa de morte por doença¹. Em relação à Odontologia, área foco deste estudo, o tratamento oncológico deve considerar o tipo de câncer que o paciente está enfrentando, a modalidade do tratamento escolhido, dosagem da medicação e as condições psicológicas, tudo isso pode trazer uma série de complicações para a saúde bucal. Desta forma, o cuidado com a saúde bucal é essencial para o tratamento, é não

depende unicamente do dentista, depende do paciente, da família, das políticas públicas e de uma equipe multidisciplinar.

Objetivo

Compreender os problemas e alterações bucais enfrentados no tratamento oncológico.

Metodologia

Adota uma abordagem qualitativa centrada em uma revisão de literatura, tomando como base obras existentes e estudos disponíveis em bases de dados eletrônicos que discorrem sobre o tema de estudo em linha temporal que vai de 2004 a 2024 o que aponta historicamente o desenvolvimento da doença.

Revisão da literatura

Os tratamentos de câncer visam, de maneira individualizada e se baseando, na localização e grau de inatividade da doença, identificando se há presença de metástase, além, das condições atuais do paciente. Todavia, devido os tratamentos não terem a capacidade de distinguirem os tipos de células, eles agem da mesma maneira em células saudáveis causando danos que podem originalizar doenças bucais. Segundo INCA², o tratamento do câncer pode ser feito através de cirurgias, quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, há necessidade de combinar mais de uma modalidade de tratamento. Podendo assim ocasionar consequências a saúde e a qualidade de vida desses pacientes. A quimioterapia é o tratamento que faz a utilização de agentes químicos chamada de quimioterapia antineoplásica ou antitumoral. Por seu

uso ser altamente tóxico, o paciente passa a ser imunossuprimido, desencadeando quadros infecciosos crônicos dentais e bucais, podendo complicar o tratamento oncológico³. A ação dos agentes citotóxicos e da radiação, ocasiona inflamação e diferentes graus de mucosite, caracterizada por lesão eritematosa que pode progredir para ulceração e hemorragia. Seus sintomas estão presentes como ardência, desconforto e dor na região interna bucal, pois trata-se de uma inflamação aguda⁴. A xerostomia é outra complicação frequente em pacientes oncológicos e ocorre quando o campo de radiação envolve áreas de glândulas salivares, ocasionando o decréscimo do fluxo salivar que, por consequência, gera complicações como desconforto, doença cárie, agravamento da mucosite, infecções e reabsorções ósseas e dentárias, quando presentes⁴. A cárie de radiação, consequência do tratamento de radioterapia, ocorre por consequência da hipossalivação e hipofunção das glândulas salivares. A descalcificação dos tecidos dentais ocasionada pela diminuição do fluxo salivar faz com que a cárie se desenvolva⁴. A osteorradionecrose é uma das sequelas mais severas da radioterapia na região de cabeça e pescoço, caracterizando-se basicamente pela desvitalização do osso em função de uma necrose da fina vascularização. As manifestações orais podem ser graves gerando complicações sistêmicas importantes. Devido à neutropenia decorrente do tratamento de quimioterapia, infecções por microorganismos oportunistas (*Candida albicans*, herpes simples vírus, citomegalovírus, varicela zoster), são

frequentes e tendem a potencializar os sinais e sintomas. Um dos efeitos colaterais da quimioterapia de grande relevância para a odontologia, embora raro, representando apenas cerca de 6% das complicações bucais, é a neurotoxicidade⁵. A mucosite é uma resposta inflamatória da mucosa bucal as altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia, características clínicas de áreas avermelhadas, seguidas de ulcerações, sangramento e edema, sempre acompanhado de intensa dor⁶.

Discussão

Esta revisão da literatura que teve como propósito compreender se o tratamento oncológico pode afetar a saúde bucal e como isso ocorre, após concluída, é possível considerar que as três formas terapêuticas utilizadas em conjunto ou isoladamente no tratamento do câncer: a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, trazem diversos efeitos colaterais ao sistema estomatognático, podendo trazer grandes consequências à saúde bucal e a qualidade de vida do paciente em tratamento.

Comentários finais

É importante ressaltar a correlação entre o tratamento do câncer na saúde bucal. Informação e educação quanto aos cuidados com a saúde da boca é fundamental, assim como, a presença do cirurgião-dentista nos hospitais em equipe multidisciplinar para que haja uma avaliação estomatológica. Por fim, há e se considerar que a melhor forma de tratamento é a prevenção.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto

Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf.

2. Câncer: tratamento de câncer. Instituto Nacional de Câncer - INCA: Ministério da Saúde; 2022. Disponível: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento>

3. Faza J, Brum SC. A influência da quimioterapia na saúde bucal. Rev Pró-UniverSUS. 2018 Jul-Dec;9(2):81-9. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1368/1034>.

4. Sanson IP, Figueiredo CBR, Pereira KA, Nunes M de S, Vale MCS do, Seroli W. Impacto da radioterapia na saúde bucal: principais complicações em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. EACAD.4(2):e0742448; 2023. Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/448>

5. Ribas MO, Araújo MR. Manifestações estomatológicas em pacientes portadores de leucemia. Rev Clin Pesq Odontol 2004; 1(1):35-41 <https://periodicos.pucpr.br/oralresearch/article/view/22798>

6. Rosa FM, Hammerschmitt T, Souza HP. Utilização do laser de baixa potência na prevenção e terapêutica da mucosite oral. Stomatos. 2005;1(21):41-4. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/850/85002107.pdf>.

ABSTRACT P002-0224

RESSECÇÃO PARCIAL DE MAXILA PARA TRATAMENTO DE MIXOMA: RELATO CASO

Cabral AKL¹; Pinto PHS²; Gonçalves FC³; Arantes PHR⁴; Araújo MP⁵

1. Anny Karolliny Lopes Cabral, ABRANGE, Rio Branco – AC, annykarollinylopescabral@gmail.com; 2. Pedro Henrique da Silva Pinto, ABRANGE, Rio Branco – AC, pedroohenri@outlook.com; 3. Fabiano Conrado Gonçalves, ABRANGE, Rio Branco – AC; 4. Pedro Henrique Ribeiro Arantes, ABRANGE, Rio Branco – AC; 5. Mailson Paiva Araújo, ABRANGE, Rio Branco – AC

Introdução

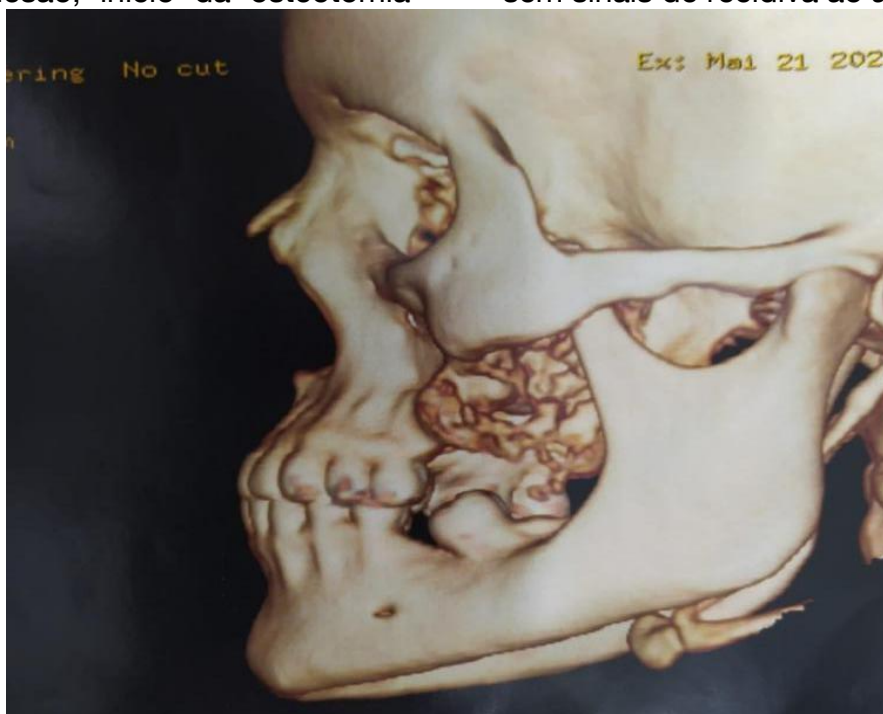
Mixoma odontogênico ou Mixofibroma é classificado como um tumor odontogênico benigno de origem ectomesenquimal, pois microscopicamente sua estrutura é similar a polpa ou ao folículo dentário, é um tumor localmente agressivo, comumente assintomático porém à medida que evolui em tamanho pode apresentar sinais e sintomas preocupantes.

Apresentação do caso

Paciente E.L.O do gênero feminino, 41 anos de idade, leucoderma, foi encaminhada para a Fundação Hospitalar do Acre relatando importante assimetria e desconforto em maxila esquerda, acompanhada de radiografia panorâmica evidenciando uma lesão osteolítica hipodensa e reabsorção radicular das unidades dentárias posteriores do lado esquerdo, os demais exames pré-operatórios, histórico familiar e médico mostraram-se sem alterações. Após aspiração negativa optou-se pela realização de biópsia incisional que resultou em um laudo

anatomopatológico sugestivo de mixoma odontogênico, subsequentemente solicitou-se tomografia computadorizada (TC) com janela para tecidos moles e duros, cortes axiais e coronais, o que evidenciou a invasão da lesão no seio maxilar esquerdo, com extensão por parede posterior e assoalho esquerdo. A terapia escolhida foi a maxilectomia parcial com margens de segurança, para isto a cirurgia sucedeu-se sob anestesia geral, com acesso cirúrgico de Newman, divulsão por planos permitindo acesso direto e exposição total da lesão, início da osteotomia

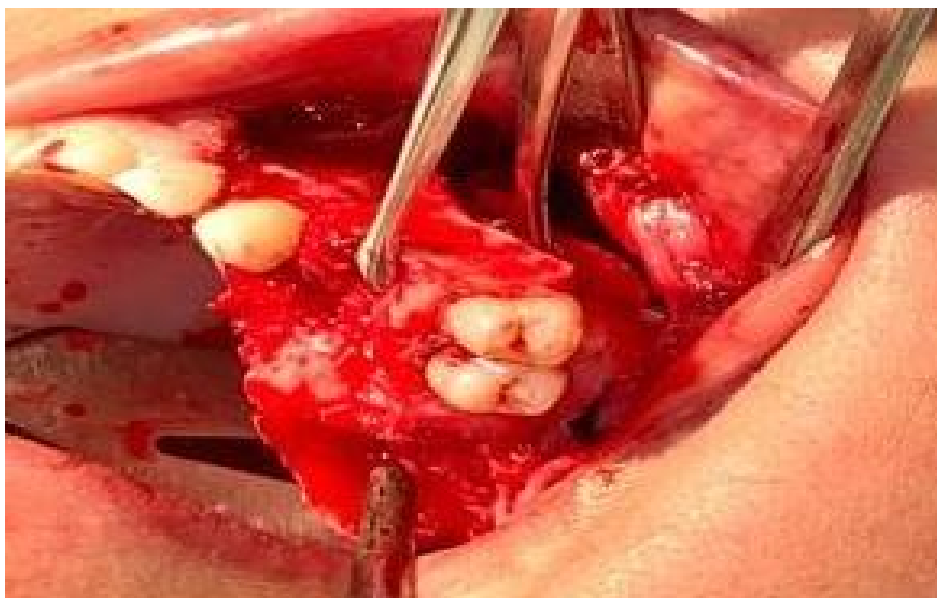
com margem de segurança de 2cm através do PiezoSurgery®, separação das corticais ósseas com micro serra, separação do fragmento com cinzel e martelo, exérese do fragmento permitindo que a loja óssea ficasse exposta para as manobras antissépticas e hemostáticas, interposição da bola de bichat e síntese por planos utilizando vicryl 5.0. Após 21 dias a ferida cirúrgica encontrava-se em cicatrização compatível a normalidade, após 7 meses a ferida cirúrgica se apresentava totalmente cicatrizada e sem sinais de recidiva ao analisar TC.



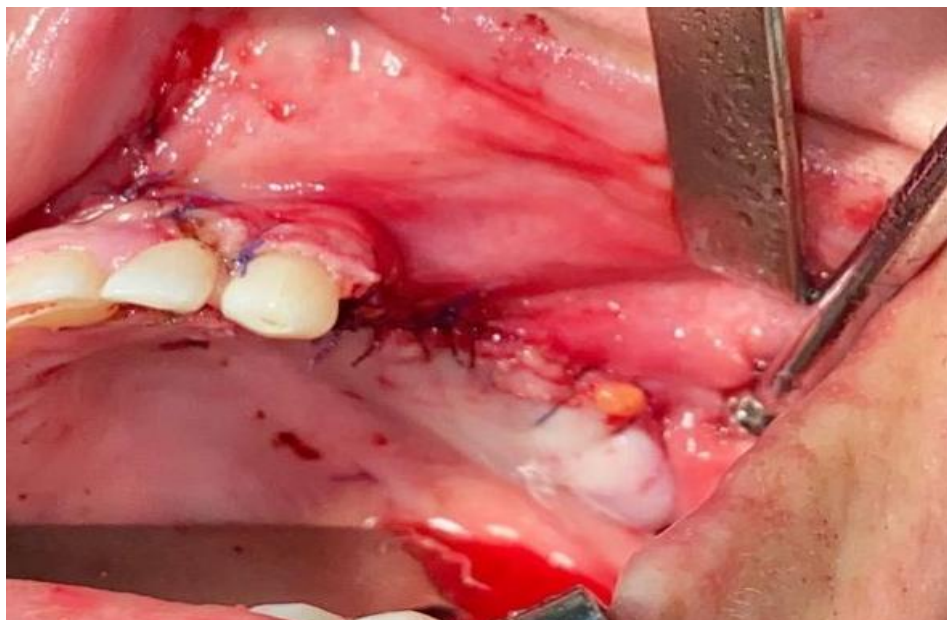
Fotografia 1. GOLÇALVES, F. C. Tomografia Computadorizada evidenciando lesão em maxila posterior esquerda. 2022.



Fotografia 2. GOLÇALVES, F. C. Incisão Newman e Divulsão de tecido palatino expondo a lesão. 2022.



Fotografia 3. GOLÇALVES, F. C. Exérese do mixoma com margens de segurança. 2022.



Fotografia 4. GOLÇALVES, F. C. Interposição da bola de bichat e síntese por planos com vicryl 5.0. 2022.

Metodologia

Este trabalho tem por objetivo descrever um caso clínico, sem grupo controle, de caráter narrativo e reflexivo, cujos dados foram obtidos através de participação clínica, fotografias e prontuário.

Resultados e Discussão

Há descrito na literatura a capacidade desse tumor de crescimento lento atingir grandes dimensões e seu potencial de invasão ao seio maxilar, compatível ao caso aqui descrito, há

discussão sobre os benefícios de tratamentos conservadores como a preservação estética, menor tempo de internação e economia, porém devido a ausência de cápsula ao redor da lesão associada a infiltração no tecido ósseo sem destruição imediata esse tipo de técnica possui um alto risco de recidiva, principalmente quando em maxila podendo a chegar até 30% dos casos, tendo isto em vista há descrito na literatura que esta técnica pode ser realizada em mixomas inferiores a 3 cm de diâmetro, enquanto os maiores devem-se ser tratados de forma mais radical através de ressecção com

margem de segurança. A respeito da preservação Koga *et al.* mostra que estes pacientes devem ser acompanhados pelo menos durante os 2 a 5 primeiros anos após a cirurgia, porém o ideal é que estes sejam acompanhados indefinidamente. Tendo isto em vista a literatura, o tratamento preconizado para a paciente foi a maxilectomia parcial com margem de segurança e o acompanhamento semestral que há 2 anos não apresenta sinais de recidiva.

Comentários finais

A exérese radical com margens de segurança do mixoma é uma abordagem muito empregada, pois apresenta grandes chances de resolatividade. Esta patologia raramente dispõe de crescimento rápido associado à dor, reafirmando a importância do emprego de consultas de rotina como forma de prevenir que a lesão atinja grandes proporções e necessite de tratamentos mais radicais. Pelo fato do mixoma possuir altas taxas de recidiva, é de extrema importância o acompanhando por um

longo período, necessitando de tomografias e radiografias de controle.

Referências

1. Mourão CFA, Júnior JWNR. Management of odontogenic myxoma: review of literature. *Rev. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 2010.
2. Simon ENM et al. Odontogenic myxoma: a clinicopathological study of 33 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004.
3. Melo AU. Mixoma Odontogênico Maxilar: Relato de Caso Clínico comprometendo Seio maxilar, *SciELO-Brasil*, 2008.
4. Kogga YK. Tratamento cirúrgico do mixoma odontogênico: relato de caso e revisão da literatura. *National Library of Medicine*, 2014.
5. Ngham H. Mixoma odontogênico de maxila: relato de caso raro e revisão da literatura, *National Library of Medicine*, 2022.
6. Lo MUZIO L et al. Odontogenic myxoma of the jaws: a clinical, radiologic, immunohistochemical, and ultrastructural study. *Oral Surg Oral*

Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.
1999.

