



Maló L¹, Almeida MJ^{2*}, Roseiro S¹, Vale F¹

¹ Pós-graduação de Ortodontia, Área de Medicina Dentária, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra
² Médica Dentista, Área de Medicina Dentária, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

INTRODUÇÃO

A reabsorção condilar progressiva (RCP) (Fig. 1) é uma patologia degenerativa da ATM na qual ocorre a remodelação disfuncional da articulação com alteração progressiva da sua forma e volume. Consequentemente, a maior parte dos doentes exhibe diminuição da altura facial posterior, retrusão mandibular progressiva e mordida aberta anterior com rotação posterior da mandíbula⁽¹⁾. É uma patologia rara de causa idiopática e afeta maioritariamente jovens com disfunções temporomandibulares, quase exclusivamente do sexo feminino^(2,3), devido ao facto de estar relacionada com a influência do estrogénio e da prolactina no metabolismo ósseo. Existem diversos fatores predisponentes, cirúrgicos e não cirúrgicos, como o sexo e a idade (maioritariamente mulheres entre os 15 e 50 anos), a presença de deformidades dentofaciais como a má oclusão de classe II de Angle, a mordida aberta anterior, a rotação posterior da mandíbula, a altura facial posterior diminuída (inferior a 66%), a inclinação do pescoço e forma condilar, a deficiência de estrogénios, a artrite reumatóide, a degeneração interna da ATM, as fraturas condilares e doenças auto-imunes do tecido conjuntivo. A RCP pode estar associada a procedimentos cirúrgicos ortognáticos como a osteotomia LeFort I e/ou a osteotomia sagital bilateral^(2,4,5). Em doentes que reportam alterações estéticas e da oclusão funcional, associadas ou não a queixas concomitantes de disfunção temporomandibular, o diagnóstico é efetuado com base na observação clínica e nos achados imagiológicos^(2,6,7).



Figura 1 – Imagem de tomografia computadorizada mostrando a remodelação presente nos côndilos de um paciente com RCP.

OBJETIVOS

Determinar através de uma revisão sistemática qual a relação entre a reabsorção condilar progressiva e a cirurgia ortognática, tentando eventualmente inferir quais as melhores opções terapêuticas e o melhor meio de controlar os fatores intervenientes no aparecimento da patologia, o que permitirá ao clínico prevenir ou minimizar os seus efeitos indesejáveis.

MÉTODOS

Critérios de pesquisa:

Estratégia de pesquisa - pesquisa nas bases de dados eletrónicas MedLine, Lilacs, Ovids, Science Direct, Elsevier and Cochrane Library em Janeiro de 2017 usando o algoritmo com termos MeSH: (“orthognathic surgery” [MeSH]) AND (“condylar resorption” OR “progressive condylar resorption” OR “idiopathic resorption” OR “condylar atrophy” OR “dysfunctional remodeling” OR “avascular necrosis” OR “osteonecrosis” OR “condylolysis”);

Critérios de inclusão - literatura em língua inglesa e portuguesa disponível em texto integral publicada desde Janeiro de 1970 a Janeiro de 2017;

Tipos de estudos - revisões sistemáticas, meta-análises, estudos multicêntricos, ensaios clínicos controlados aleatorizados, estudos retrospectivos, observacionais analíticos e estudos prospetivos.

Os dados recolhidos nos estudos selecionados nesta revisão sistemática foram agrupados e a análise estatística dos mesmos foi efetuada com recurso ao programa Rstudio[®] com utilização do pacote de análise “metafor”.

RESULTADOS

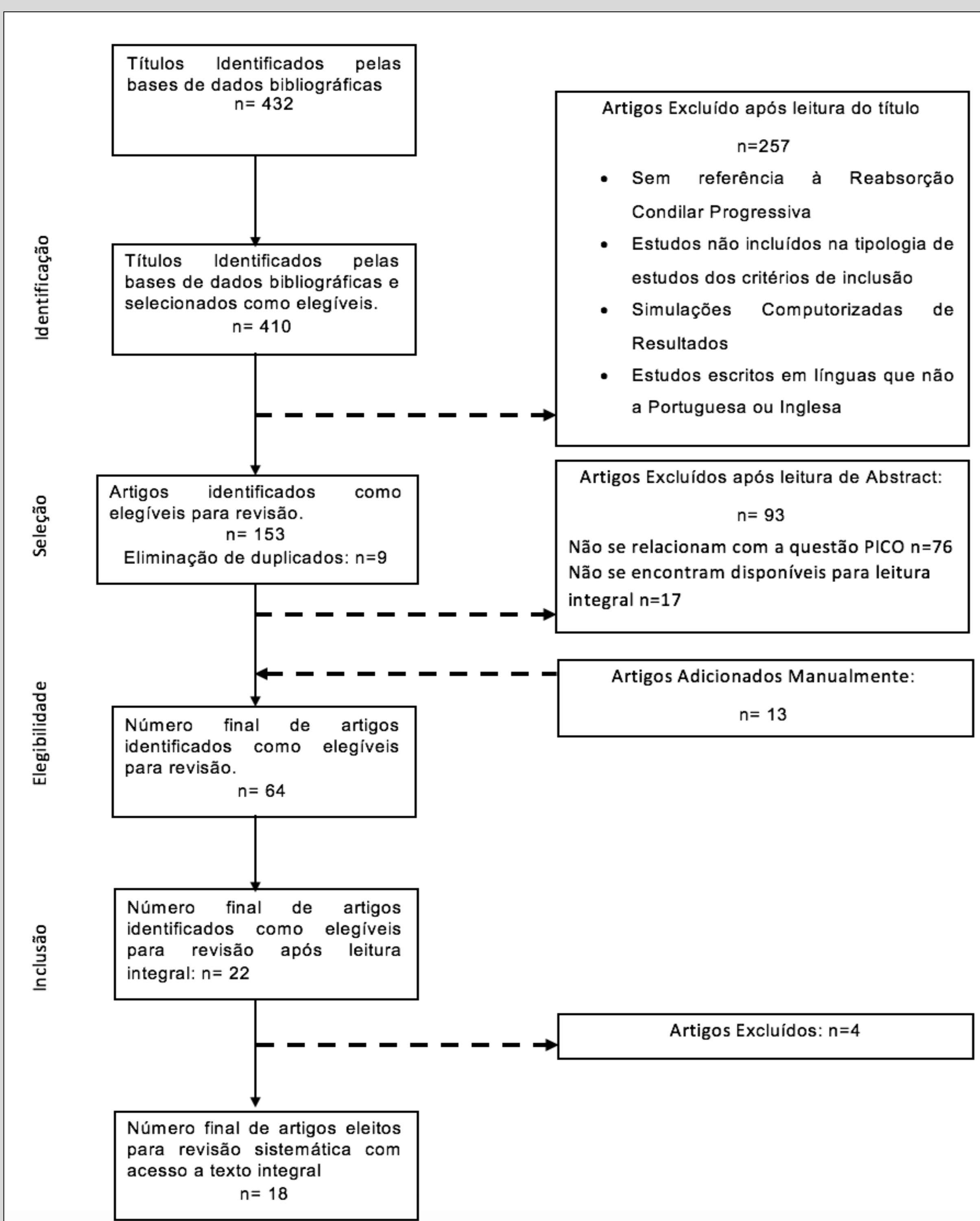


Figura 2 - Diagrama PRISMA da seleção das publicações resultantes da pesquisa eletrónica.

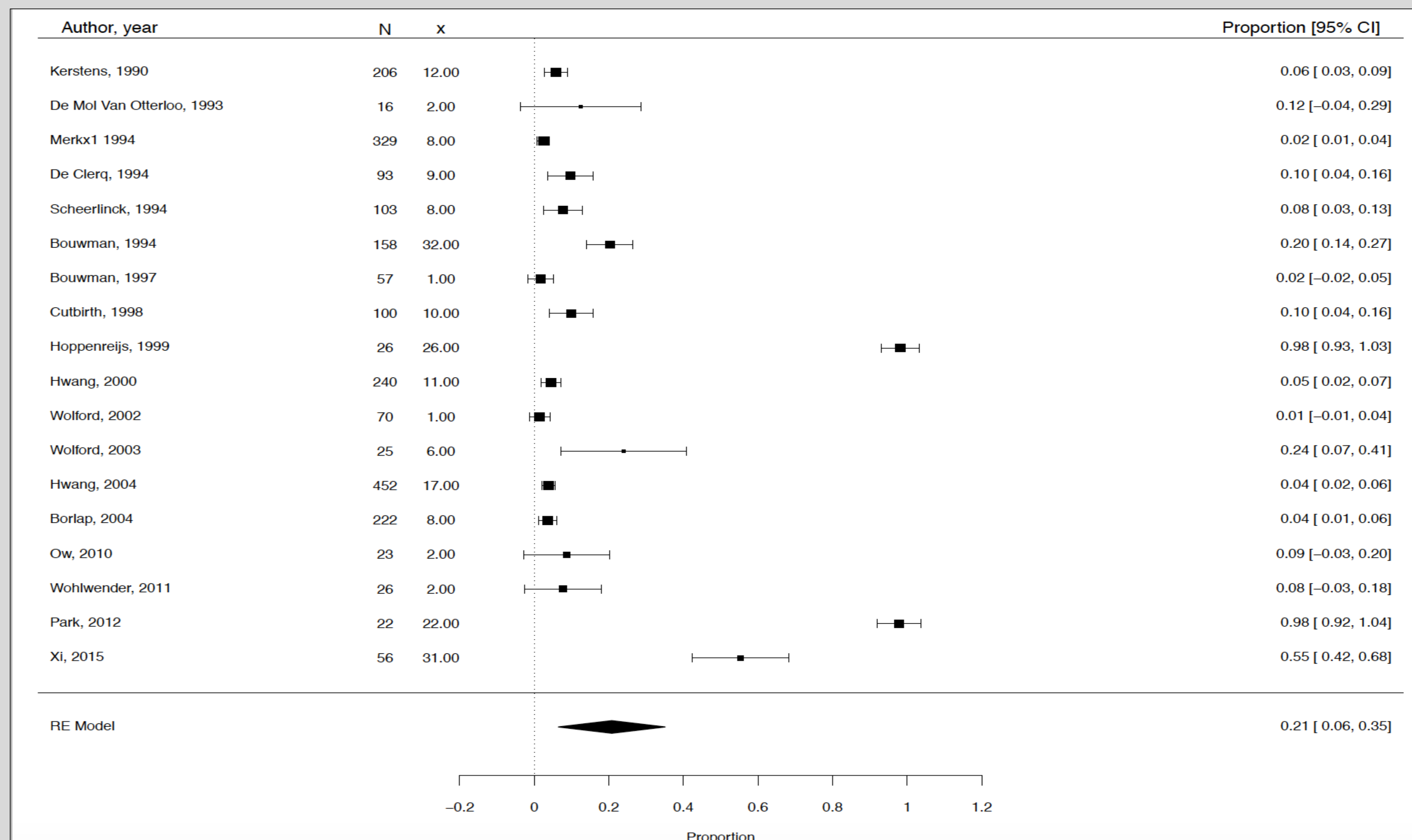


Figura 3 - Esquema de meta-análise resultante da avaliação estatística dos estudos selecionados.

- O risco de RCP é de 21%, para um intervalo de confiança que varia entre os 6-35% de prevalência nos doentes submetidos a cirurgia ortognática;
- 13 estudos encontram-se à direita da linha de equivalência ou linha de não-efeito, o que significa que a RCP não é um fator condicionante no tratamento ortognático das deformidades dentofaciais;
- 5 estudos cruzam a linha de não-efeito pelo que os seus resultados não têm representatividade estatística nesta meta-análise.

CONCLUSÕES

(1) A literatura atual confirma a RCP como consequência pós-operatória da cirurgia ortognática, o que não inviabiliza o tratamento cirúrgico dos doentes com deformidades dentofaciais; (2) A heterogeneidade grupal presente em larga medida nos resultados deste estudo limita a ilação de conclusões quanto à relação da RCP com os fatores de risco predisponentes cirúrgicos e não-cirúrgicos e com os fatores modificadores pré, intra ou pós-cirúrgicos, bem quanto ao estabelecimento de uma relação credível ao nível da evidência científica entre os termos pesquisados; (3) São necessários mais ensaios clínicos com metodologias aplicadas mais válidas, desenhos de estudos clínicos controlados aleatorizados com períodos de *follow-up* longos, com critérios de inclusão/exclusão e de diagnósticos bem definidos de forma a melhor se estudar esta temática e as suas ramificações clínicas e cirúrgicas, bem como possivelmente determinar um protocolo consensual de tratamento para a patologia.

Bibliografia: (1) de Moraes PH, Rizzati-Barbosa CM, Olate S, Moreira RW, de Moraes M. Condylar resorption after orthognathic surgery: A systematic review. Int J Morphol. 2012;30(3):1023-28. (2) Catherine Z, Breton P, Bouletreau P. Condylar resorption after orthognathic surgery: A systematic review. Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale. 2016;117(1):3-10. (3) Sansare K, Raghav M, Mallya S, Karjodkar F. Management-related outcomes and radiographic findings of idiopathic condylar resorption: a systematic review. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2015;44(2):209-216. (4) Sant'Ana E, Dias-Ribeiro E, de Lima V, Correa A, Sonoda C, Nogueira R. Orthognathic Surgery in Patients With Large Condylar Destructions. Journal of Craniofacial Surgery. 2016;27(2):e202-e206. (5) Catherine Z, Breton P, Bouletreau P. Management of dentoskeletal deformity due to condylar resorption: literature review. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology. 2016;121(2):126-132. (6) Manière-Ezvan M, Savoldelli C, Busson F, Queiss A, Orthlieb J. Maxillo-facial surgery in skeletal Class II: repercussions on the temporo-mandibular joints. L'Orthodontie Française. 2016;(87):77-81. (7) Gunson M, Arnett G, Milam S. Pathophysiology and Pharmacologic Control of Osseous Mandibular Condylar Resorption. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2012;70(8):1918-1934.