



vinagrealexandra@gmail.com

Cirurgia ortognática e condilectomia no tratamento de uma hiperplasia condilar unilateral

Alexandra Vinagre^{*1}, Júlio Fonseca¹, Tiago Oliveira¹, Ricardo Martins², David Sanz³

¹Orisclínic, ²Madrident, ³Instituto Português da Face

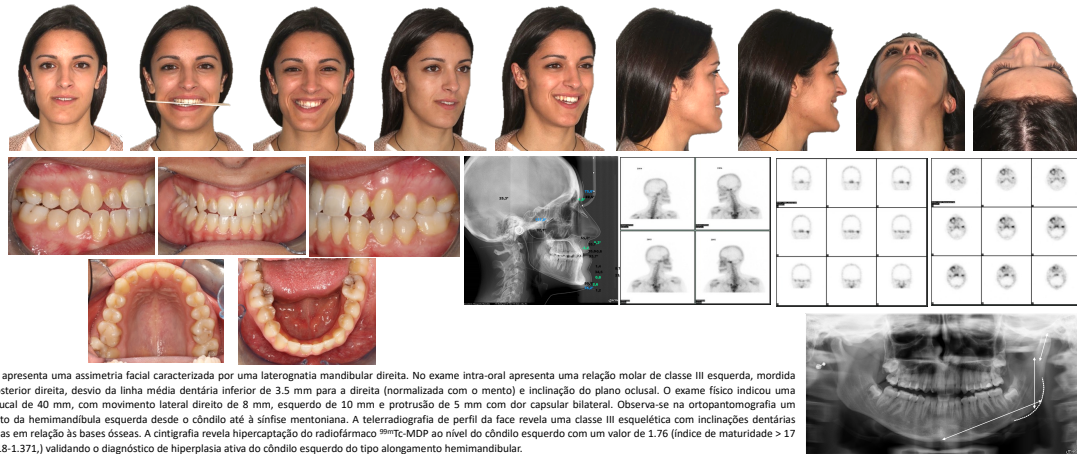
Introdução

A hiperplasia condilar unilateral (HCU) é uma patologia caracterizada pelo crescimento anômalo, progressivo de um côndilo, ramo e corpo mandibular causando assimetria com impacto relevante sobre a função oral, oclusal e estética facial. A doença surge maioritariamente durante a fase de crescimento e apresenta dois tipos de manifestação maior: o alongamento hemimandibular e a hiperplasia hemimandibular, podendo surgir também numa forma híbrida. A sua etiologia é desconhecida tendo sido apontados diversos fatores que incluem a hiperremodelação do côndilo pós-trauma, infecção articular, distúrbios hormonais e fatores genéticos. A HCU resulta de uma atividade hipermetabólica do côndilo afetado sendo o diagnóstico clínico e imagiológico. A cintigrafia óssea do esqueleto com tomografia computadorizada de fótons único (SPECT) é um exame de eleição, pois avalia o índice de metabolismo ósseo e indica se existe ou não hiperatividade condilar. O diagnóstico precoce é importante, pois as possibilidades de tratamento diferem consideravelmente dependendo das estruturas afetadas, idade do paciente, gravidade da assimetria e o status ativo ou inativo da patologia. Em caso de doença ativa podem ser consideradas diferentes abordagens terapêuticas. Geralmente, em primeiro lugar, é efetuada a condilectomia alta, de seguida, o tratamento ortodôntico com vista a normalizar as inclinações dentárias em relação às bases ósseas e, por último, a cirurgia ortognática, se indicada. O tratamento numa única fase cirúrgica envolvendo a cirurgia condilar e ortognática com ou sem benefício antecipado (*surgery first*) pode estar indicado em alguns casos.

Caso Clínico

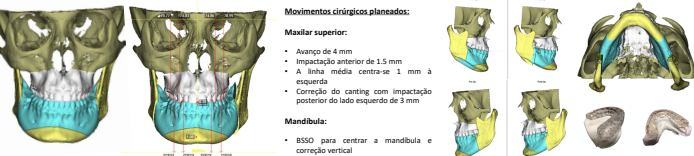
Paciente do sexo feminino, 18 anos, com queixas relativas à assimetria facial, bruxismo noturno e dor articular. Apresentava história de tratamento ortodôntico prévio e sem antecedentes médicos relevantes ou história de trauma ou infeções prévias. O caso será descrito de seguida de acordo com os registos clínicos sequencialmente apresentados.

1. Registos iniciais



A paciente apresenta uma assimetria facial caracterizada por uma laterognatia mandibular direita. No exame intra-oral apresenta uma relação molar de classe III esquerda, mordida cruzada posterior direita, desvio da linha média dentária inferior de 3.5 mm para a direita (normalizada com o mento) e inclinação do plano oclusal. O exame físico indicou uma abertura bucal de 40 mm, com movimento lateral direito de 8 mm, esquerdo de 10 mm e protrusão de 5 mm com dor capsular bilateral. Observa-se na ortopantomografia um alongamento da hemimandíbula esquerda desde o côndilo até à sínfise mentoniana. A telerradiografia de perfil da face revela uma classe III esquelética com inclinações dentárias normalizadas em relação às bases ósseas. A cintigrafia revela hipercaptação do radiofármaco ^{99m}Tc-MDP ao nível do côndilo esquerdo com um valor de 1.76 (índice de maturidade > 17 anos = 0.618-1.371), validando o diagnóstico de hiperplasia ativa do côndilo esquerdo do tipo alongamento hemimandibular.

2. PT 3D



Movimentos cirúrgicos planeados:

Maxilar superior:

- Avanço de 4 mm
 - Impactação anterior de 1.5 mm
 - A linha média contrase 3 mm à esquerda
 - Correção do canting com impactação posterior do lado esquerdo de 3 mm
- Mandibular:
- BSSO para centrar a mandíbula e correção vertical

Planeou-se efetuar a cirurgia ortognática / *Surgery first* combinada com uma condilectomia alta, pois havia estabilidade oclusal em normocclusão. Podem observar-se as imagens do planeamento virtual tridimensional do tratamento cirúrgico com impressão das respetivas férulas cirúrgicas. A fase cirúrgica iniciou-se pela osteotomia Le Fort I de avanço maxilar e impactação diferencial para correção do canting, seguida da condilectomia alta esquerda por via aberta pré-auricular e finalizando com osteotomia bilateral sagital mandibular. Na semana anterior à cirurgia procedeu-se à colocação de aparelho fixo maxilar e mandibular com prescrição de Roth e arcos de aço passivos 0.016x0.016 para harmonização das arcadas e estabilização elástica no pós-operatório.

3. Pós-op

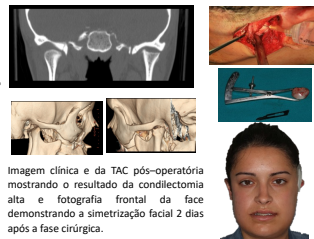


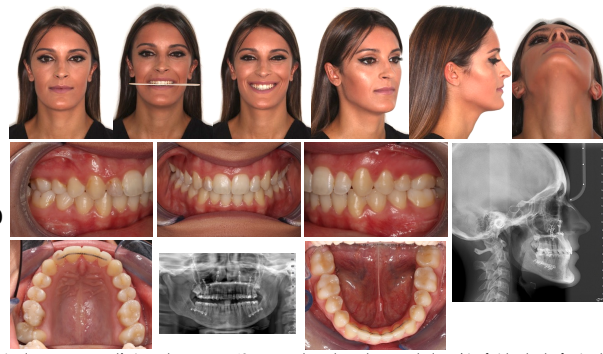
Imagem clínica e da TAC pós-operatória mostrando o resultado da condilectomia alta e fotografia frontal da face demonstrando a simetria facial 2 dias após a fase cirúrgica.

4. 9 meses pós-op



Imagens clínicas e da TAC 9 meses após a fase cirúrgica. Tratamento ortodôntico em processo de finalização. A paciente mantém uma boa estabilidade oclusal e harmonia facial sem quaisquer queixas ou limitações funcionais. Côndilo esquerdo em aparente processo de remodelação.

5. Registos finais



A fase ativa do tratamento ortodôntico prolongou-se por 18 meses tendo-se alcançado um resultado estético facial, oclusal e funcional muito satisfatório. Pelos registos finais após o tratamento pode observar-se uma harmonização do perfil, correção do padrão esquelético de Classe III e da lateralização mandibular, bem como da normalização dos trespasse vertical e horizontal, alinhamento das arcadas mantendo uma oclusão funcional de Classe I molar e canina.

6. 5 anos pós-op



A paciente encontra-se com cinco anos de seguimento clínico revelando uma boa estabilidade do tratamento a nível oclusal, funcional e estético.

Discussão e Conclusões

- ✓ O procedimento de *surgery first* depende de uma boa estabilidade oclusal e de adequadas inclinações dentárias em relação aos planos maxilares correspondentes, condição esta existente no caso apresentado. Adicionalmente, facilita a aceleração do tratamento ortodôntico devido ao fenómeno RAP (rapid acceleratory phenomenon) e resulta num benefício imediato funcional, estético e psico-emocional.
- ✓ O tratamento da hiperplasia condilar é controverso, contudo, a condilectomia alta assume-se como uma possibilidade terapêutica segura e eficaz com reduzidas sequelas articulares e funcionais.
- ✓ Um diagnóstico adequado assumido por uma equipa multidisciplinar são fatores chave para garantir a estabilidade terapêutica.

Bibliografia

Oliveira R, Mendes M. Hemimandibular hyperplasia-hemimandibular elongation. J Maxillofac Surg. 1986 Aug;14(8):183-208. Vitaruana-Ahijol L, Moroy E, Gonzalez-Garcia R. Hyperplasia of the mandibular condyle: Clinical, histopathologic, and treatment considerations in a series of 36 patients. J Oral Maxill Surg. 69(4): 2011. Wolford LM, Mowbrak R, Peraz DE. A classification system for conditions causing condylar hyperplasia. J Oral Maxillofac Surg. 72(5): 2014. Liu P, Shi J. Is single-Photon Emission computed tomography (SPECT) computed tomography superior to single-Photon Emission computed tomography in assessing unilateral condylar hyperplasia? J Oral Maxill Surg. 77:1279-82, 2019. Marikida S, Parvizi V, Bruckner KC, Strohriener D. Concomitant High condylectomy and Orthognathic Surgery to Address mandibular and Facial Asymmetry. J Craniofac Surg. 30:2602, 2019. Kim JH, Ha TH, Park SH, et al. Condylectomy as the treatment for active unilateral condylar hyperplasia of the mandible and severe facial asymmetry: Retrospective review over 18 years. Int J Oral Maxillofac Surg. 48:1840-2019. Faria R, Watanabe E, Jishi J, et al. Three-dimensional skeletal changes after early proportional condylectomy for condylar hyperplasia. Int J Oral Maxillofac Surg. 48:944, 2019. Gattarini J, Coppelton K, Kunag T et al. A better understanding of unilateral condylar hyperplasia of the mandible. J Oral Maxillofac Surg. 79:1122, 2021.