

**Tratamento de assimetria facial decorrente de hiperplasia condilar:
relato de caso****Treatment of facial asymmetry due to condylar hyperplasia: case report**

DOI:10.34117/bjdv6n3-300

Recebimento dos originais: 06/03/2020

Aceitação para publicação: 20/03/2020

Raissa Pinheiro Moraes

Especialista em CTBMF pelo Hospital Universitário Presidente Dutra
Mestranda em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará
Rua João Lobo Filho, 55 - Bairro de Fátima, Fortaleza – CE, Brasil
Email: raissapinheiro@hotmail.com

Lucas Emanuel Torquato Loiola

Graduando da Faculdade de Odontologia Paulo Picanço
Rua Joaquim Sá, 900 – Bairro Dionísio Torres, Fortaleza – CE, Brasil
Email: lucastaua@gmail.com

Luis Raimundo Serra Rabêlo

Mestre em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas
Doutor em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas
Rua dos Portugueses, s/n – Bairro Bacanga, São Luis – MA, Brasil
Email: Irrabelo@hotmail.com

Paulo Maria Santos Rabêlo Junior

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Maranhão
Doutor em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas
Rua dos Portugueses, s/n – Bairro Bacanga, São Luis – MA, Brasil
Email: prabelo@yahoo.com

Eider Guimarães Bastos

Mestre em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas
Doutor em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas
Rua dos Portugueses, s/n – Bairro Bacanga, São Luis – MA, Brasil
Email: eider.bastos@me.com

RESUMO

A hiperplasia condilar consiste em uma alteração de desenvolvimento, caracterizada por um crescimento condilar excessivo, autolimitado, geralmente unilateral, que causa uma deformidade assimétrica da face e consequentemente má oclusão dental. Não há um consenso sobre a etiologia desta condição, apesar de fatores como traumatismos prévios, distúrbios hormonais e doenças articulares poderem ser possíveis causas. Quanto à melhor forma de tratamento, deve-se levar em consideração a idade do paciente, presença de

atividade condilar e a severidade da deformidade. O objetivo do presente trabalho consiste em relatar o tratamento para hiperplasia condilar em uma paciente do sexo feminino, 25 anos de idade, queixando-se de “rosto torto”, relatando um tempo de evolução nos últimos 10 anos. Ao exame físico, foi possível observar assimetria facial mandibular com desvio do mento para o lado esquerdo, além de má oclusão com desnível do plano oclusal “cant”. Os exames de imagem confirmaram a suspeita de diagnóstico, sendo possível observar hiperplasia do côndilo direito associado a hiperplasia hemimandibular e alongamento do corpo e ramo em altura. Além disso, a cintilografia óssea revelou um alto nível de atividade condilar do lado afetado. A paciente foi internada em ambiente hospitalar e sob anestesia geral foi realizado um acesso endoaural para condilectomia e discopexia seguida de cirurgia ortognática bimaxilar com mentoplastia. Atualmente, a paciente se encontra com um ano de acompanhamento pós-operatório, sendo possível observar um satisfatório equilíbrio facial, boa oclusão, além da satisfação da paciente com o resultado da cirurgia.

Palavras-Chave: hiperplasia condilar, assimetria facial, tratamento

ABSTRACT

Condylar hyperplasia consists of a developmental change, featured by excessive, self-limited, usually unilateral condylar growth, which causes an asymmetric deformity of the face and consequently dental malocclusion. There is no consensus on the etiology of this condition, although factors such as previous trauma, hormonal disorders and joint diseases may be possible causes. Regards to the treatment choice, the patient's age, presence of condylar activity and the severity of the deformity must be taken into account. The aim of the present study is to report the treatment for condylar hyperplasia in a female patient, 25 years old, complaining of a "crooked face", reporting the evolution time of the last 10 years. It was possible to observe mandibular facial asymmetry with deviation of the chin to the left side on physical examination. Moreover, the malocclusion with unevenness of the “cant” occlusal plane was noted. Likewise, the imaging examination confirmed the diagnosis: hyperplasia of the right condyle associated with hemimandibular hyperplasia and lengthening of the body and ramus in height. In addition, bone scintigraphy revealed a high level of condylar activity on the affected side. The patient was admitted to the hospital and under general anesthesia, an endoaural access was performed for condylectomy and discopexy followed by bimaxillary orthognathic surgery with mentoplasty. Currently, the patient has one year of postoperative follow-up, and it is possible to observe a satisfactory occlusion and facial balance. Furthermore, the patient's satisfaction was achieved.

Keywords: condylar hyperplasia; facial asymmetry; treatment

1 INTRODUÇÃO

A hiperplasia condilar é considerada uma patologia rara e autolimitada. Pode ser definida como um crescimento condilar excessivo, gerando uma deformidade dentofacial no paciente acometido. Sua etiologia é incerta, embora alguns fatores como trauma, infecções, artrite reumatoide, alterações hormonais e problemas circulatórios podem estar associados (Adams, 1873). Geralmente acomete indivíduos mais jovens, que estão em uma faixa etária

entre 11 a 30 anos de idade (com média de 21,6 anos) sendo o sexo feminino mais relatado (Wolford LM, 2014).

Na maioria dos casos é unilateral, o que gera assimetria facial no paciente. Há relatos na literatura da presença de lateralidade preferencial, em que a hiperplasia condilar do lado direito é mais comum em mulheres e do lado esquerdo em homens (Nitzan DW, et al., 2008).

Clinicamente, o paciente, em geral, apresenta padrão facial III com prognatismo mandibular, sendo evidenciada a presença de assimetria da face com desvio do mento para o lado contralateral do côndilo acometido (Delaire J; Gaillard A; Tulasne JF, 1983). Má oclusão dentária com desvio de linha média, mordida cruzada do lado oposto e aberta do lado afetado são comuns de serem observados. Além disso, o paciente pode apresentar desnível do plano oclusal “cant” devido ao crescimento maxilar compensatório, ângulo mandibular e comissura labial mais baixos no lado ipsilateral (Bruce RA; Hayward JR, 1968).

Nos exames de imagens, podem ser observados um aumento do côndilo em altura e largura, além de um alongamento do corpo e do ramo mandibular, com ausência de alteração no trabeculado ósseo. O canal mandibular pode estar localizado mais inferiormente no lado acometido, visto em radiografias panorâmicas, e a base mandibular é localizada mais inferiormente em vistas laterais. A cintilografia óssea também pode ser utilizada para diagnóstico, porém é um exame com alta sensibilidade e baixa especificidade (Nitzan et al., 2008; López DF, Corral C, 2015).

Quanto ao diagnóstico diferencial, o principal consiste no tumor benigno osteocondroma. Ambos apresentam as mesmas características clínicas, porém o tumor apresenta-se imaginologicamente como uma massa radiopaca; além disso, o seu crescimento não tende a estabilizar com o tempo, sendo considerada uma patologia agressiva e destrutiva (Wolford LM; Mehra P; Reiche-Fischel O, 2002).

Existem diversas classificações citadas na literatura para a hiperplasia condilar, sendo uma das mais conhecidas a de Obwegeser e Makek em que essa condição é dividida em hiperplasia hemimandibular, alongamento hemimandibular e uma combinação das duas entidades (Wolford LM, 2014).

A primeira é causada por um crescimento no plano vertical e se caracteriza por assimetria da comissura bucal com pouco ou nenhum desvio do mento para o lado contralateral; o côndilo se apresenta normalmente irregular e o colo fino e alongado, além do ângulo mandibular arredondado e canal mandibular localizado mais inferiormente e próximo da base da mandíbula. No segundo tipo, há o desvio do mento e da linha média dentária

inferior, sem alterações verticais; o côndilo tem forma e tamanho normal, porém o colo ou ramo mandibular pode apresentar-se alongado. Já a última entidade, caracteriza-se por uma combinação das duas, apresentando quase sempre alterações tridimensionais (Jones & Tier, 2012).

Uma classificação mais recente proposta por Wolford divide a hiperplasia em quatro tipos. O tipo I é subdividido em A(bilateral) e B(unilateral); tipo II é o osteocondroma; tipo III são representados por outros tumores benignos, como osteomas, neurofibromas, condroma, e tipo IV são os tumores malignos como condrosarcoma, osteosarcoma (Wolford LM, 2014).

Quanto ao tratamento, a literatura não é unânime em relação ao melhor método terapêutico; a severidade da deformidade, a presença ou não de crescimento condilar ativo e a queixa principal do paciente são pontos determinantes a serem analisados nesses casos (Wolford LM, 2014).

Tendo isso em vista, o objetivo do presente estudo é o relato de caso de tratamento cirúrgico de assimetria facial decorrente de hiperplasia condilar.

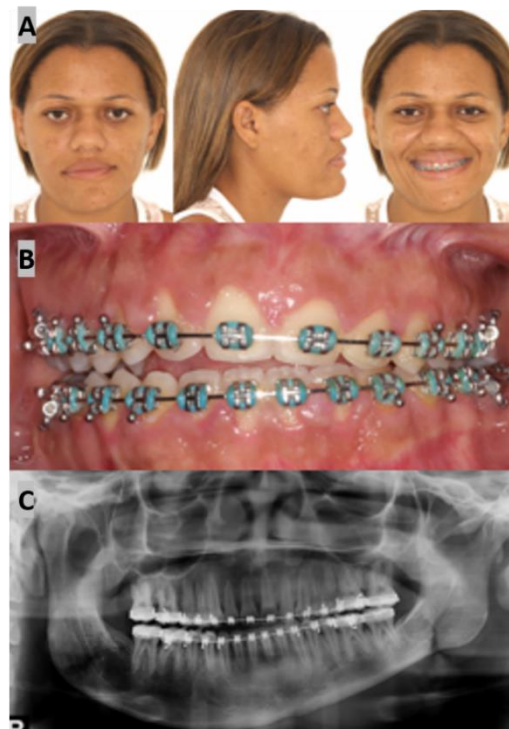
2 RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, de 25 anos de idade, comparece ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Serviço queixando-se de “rosto torto”. Negou qualquer distúrbio sistêmico ou alergia, porém relatou piora gradativa da assimetria, com um tempo de evolução nos últimos 10 anos.

Ao exame físico extra-bucal, apresenta prognatismo mandibular com assimetria facial e desvio do mento para o lado esquerdo, além de comissura labial e ângulo mandibular mais baixos do lado direito. Durante sorriso natural, presença de maior exposição gengival do lado direito devido ao crescimento maxilar compensatório (Figura 1A). Já no exame físico intra-bucal, má oclusão com mordida aberta posterior do lado direito e desvio de linha média dentária mandibular estão presentes (Figura 1B).

Na radiografia panorâmica, foi possível observar hiperplasia do côndilo direito associado a hiperplasia hemimandibular e alongamento do corpo e ramo em altura (Figura 1C). Padrão facial III e desnível na base do corpo e ângulo mandibular são evidenciados na telerradiografia de perfil. Também foi realizada cintilografia óssea, em que apresentou a presença de atividade condilar direita, colaborando para o diagnóstico de hiperplasia condilar (HC) unilateral.

Figura 1 - Aspecto clínica extra-bucal (A). Aspecto clínico intra-bucal (B). Radiográfica pré-operatória (C).



Fonte: Autor

Quanto ao planejamento, optou-se pelo virtual com reconstrução 3D a fim de se obter o mínimo de erros possíveis durante a tomada das medidas, garantindo resultados mais precisos no tratamento da assimetria.

No procedimento cirúrgico propriamente dito, foi realizado acesso endoaural para condilectomia alta à direita e discopexia, seguida de osteotomia sagital do ramo mandibular bilateralmente. É importante salientarmos que a osteotomia sagital do lado direito foi estendida até o forame mental com o objetivo de lateralizarmos o nervo para fazermos a ostectomia da redução do corpo e ramo em altura (Figura 02).

Em seguida, foi feita a mentoplastia e posteriormente a osteotomia Le Fort I. Nessa paciente foi planejado ostectomia de corpo e ramo de 1cm e impacção do lado direito da maxila de 4mm, mantendo o lado esquerdo.

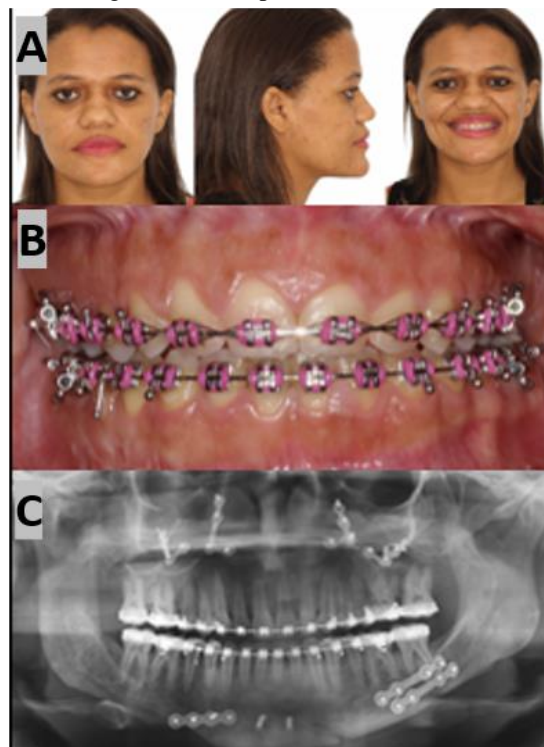
Figura 2 - Sequência operatória.



Fonte: Autor

Em um pós-operatório de um ano, paciente apresenta aspecto facial equilibrado e oclusão em fase de conclusão ortodôntica, porém estável (Figura 3A e 3B). Em um acompanhamento radiográfico, é possível observar bom posicionamento dos materiais de fixação, bom reparo ósseo, remodelação condilar, além de altura de ramo e corpo mandibulares compatíveis (Figura 3C).

Figura 3 - Pós-operatório de 1 ano



Fonte: Autor

3 DISCUSSÃO

Em casos de hiperplasia condilar, não há um consenso sobre a prevalência de sexo, apesar de autores citarem o feminino como o mais comumente acometido. Alguns estudos relatam que quando afeta o sexo feminino a hiperplasia é mais reportada no lado esquerdo, e aos homens, no lado direito. Quanto a idade, prevalece em torno da segunda e terceira década de vida, porém em estudos como o de (Roth LS, 2009), essa faixa etária variou entre 17 e 54 anos (Roth LS, 2009; Olate S, 2013). Os dados do caso clínico corroboram com o que é presente na literatura.

Quanto ao diagnóstico clínico da condição, os achados intra e extrabucal exibem na maior parte dos casos, padrão facial III com prognatismo mandibular, assimetria da face com desvio do mento para o lado contralateral do côndilo acometido. Além disso, o paciente geralmente apresenta má oclusão dentária com desvio de linha média, mordida cruzada do lado oposto e aberta do lado afetado e desnível do plano oclusal, sendo tais características observadas no caso clínico apresentado (Roth LS, 2009; Ferguson JW, 2005).

O diagnóstico se baseia na história de progressão da doença, no acompanhamento clínico, na realização de fotografias, modelos e exames de imagem de controle. Pela distorção das radiografias panorâmicas e de perfil lateral, a tomografia computadorizada é o exame padrão-ouro no tratamento dessas condições (Ghaws S, Aagaard E & Thygesen, 2016).

Outro exame bastante utilizado consiste na cintilografia óssea, que avalia a atividade esquelética metabólica, utilizado principalmente em casos mais agressivos da presente condição, porém deve ser apenas uma ferramenta auxiliar (Ferguson JW, 2005; Roth LS, 2009). Isto deve-se ao fato de que o exame tem baixa especificidade e é inconclusivo, sendo positivo para outras condições, como em tumores localizados no côndilo (Jones & Tier, 2012).

Quanto ao tratamento, não há consenso quanto a um protocolo terapêutico para hiperplasia condilar, sendo cada caso particular e tratado de forma individualizada (López DF, 2015). Há uma variedade de tratamentos: ortodôntico compensatório, condilectomia alta associada a discopexia, tratamento orto-cirúrgico, além da realização de procedimentos adicionais estéticos (Jones RHB. Et al., 2012).

Naqueles casos onde a deformidade não for severa e o paciente não relatar queixa estética, apenas o tratamento ortodôntico compensatório é uma opção. Se houver queixa estética, deve-se avaliar a idade do paciente e presença de crescimento condilar ativo (Nitzan DW, et al., 2008). Em pacientes jovens e com crescimento positivo, pode-se optar pela condilectomia alta e avaliação futura sobre a necessidade de cirurgia ortognática para

tratamento da deformidade; pode-se aguardar também pelo cessamento do crescimento do indivíduo para, assim, intervir de forma orto-cirúrgica, porém a deformidade pode-se apresentar mais agravante e o tratamento mais difícil (Venturin JS, et al., 2010).

O tratamento da assimetria facial é um desafio principalmente devido ao manejo do tecido mole. Planejamentos e procedimentos cirúrgicos bem delineados e executados podem estar associados a resultados não estéticos devido a resposta do tecido tegumentar em não acompanhar de forma prevista os movimentos ósseos. Dessa forma, alguns tratamentos estéticos associados, como remoção de tecido mole e colocação de enxertos, são formas de auxiliar e beneficiar no ganho estético final.

A condilectomia alta tem sido reportada na literatura como o procedimento cirúrgico mais utilizado e consiste na remoção de 4 a 5 mm da porção cartilaginosa do côndilo, removendo-se o centro de crescimento. A discopexia é benéfica por garantir um bom posicionamento do disco articular e por favorecer remodelação condilar após a cirurgia (Ferguson JW, 2005; Roth LS, 2009).

Na revisão sistemática da literatura realizada por Ghawsi S, Aagaard E & Thygesen (2016) com estudos entre 1994 e 2014, dos 58 artigos selecionados, apenas 2 apresentaram complicações relacionados ao nervo auriculotemporal. O procedimento aumenta sua taxa de sucesso quando associado a cirurgia ortognática.

Ferguson (2005) propôs uma modificação da osteotomia sagital realizada na cirurgia ortognática, em que ela se estende até o forame mentoniano, sendo ainda associado a mentoplastia. É realizada a lateralização do nervo mentoniano, permitindo a realização da osteotomia na porção superior do segmento proximal e inferior do segmento distal, o que reduz o excesso de tecido ósseo, medidas essas determinadas no planejamento. A partir disso, o segmento proximal sofre uma pequena rotação até coincidir com a borda superior do segmento distal. A grande vantagem da realização dessa técnica consiste no menor descolamento do tecido mole em região de ângulo mandibular, obtendo uma melhor resposta tegumentar em acompanhar o movimento do tecido ósseo, ponto crucial a se tratar pacientes com assimetria facial.

O presente caso foi conduzido seguindo a técnica proposta por Ferguson (2005), visto que o paciente necessitaria da condilectomia e de cirurgia ortognática para correção das deformidades e assimetrias faciais. A técnica proposta pelo autor, permite resultados mais previsíveis e uma morbidade diminuída.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hiperplasia condilar é uma condição rara e autolimitada, sendo o diagnóstico crucial no tratamento. O planejamento deve ser realizado cautelosamente devido a dificuldade ao se tratar pacientes com assimetria facial, sendo o planejamento virtual uma opção para minimizar erros durante a tomada das medidas. Ao se tratar essa patologia, existem diversas modalidades terapêuticas, devendo-se levar em consideração alguns fatores determinantes, como o grau da deformidade, a presença de crescimento condilar ativo e a queixa principal do paciente. Dessa forma, o tratamento será direcionado e individualizado para cada paciente, obtendo-se, assim, bons resultados estéticos e funcionais.

REFERÊNCIAS

1. Adams R. A treatise on rheumatic gout or chronic rheumatic arthritis of all joints. 2nd ed. London: Churchill; 1873: 271.
2. Wolford LM. A Classification System for Conditions Causing Condylar Hyperplasia. *J Oral Maxillofac Surg*, 2014; 72:567-595.
3. Nitzan DW, et al. The Clinical Characteristics of Condylar Hyperplasia: Experience With 61 Patients. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 2008 66: 312-318.
4. Delaire J, Gaillard A, Tulasne JF: The place of condylectomy in the treatment of hypercondylosis. *Revue De Stomatologie Et De Chirurgie Maxillo-Faciale* 84(1): 11-18, 1983
5. Bruce RA, Hayward JR: Condylar Hyperplasia and Mandibular Asymmetry: A Review. *Journal of Oral Surgery* 26(4): 281-290, 1968.
6. López DF, Corral C. Hiperplasia condilar: características, manifestaciones, diagnóstico y tratamiento. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2015;26(2):78-99.
7. Wolford LM, Mehra P, Reiche-Fischel O, Morales-Ryan CA, García-Morales P. Efficiency of high condylectomy for management of condylar hyperplasia. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121:136-50.
8. Jones & Tier. Correction of Facial Asymmetry as a Result of Unilateral Condylar Hyperplasia. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012, 70: 1413-1425
9. Roth LS, Condylar Hyperplasia: Treatment Points and Report of Case. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac*, 2009,9:67-74

10. Olate S. Mandible condylar hyperplasia: a review of diagnosis and treatment protocol. *Int J Clin Exp Med*, 2013, 6: 727-737
11. Ferguson JW. Definitive surgical correction of the deformity resulting from hemimandibular Hyperplasia. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 2005; 33:150-157.
12. Ghawsi S., Aagaard E., & Thygesen, T. H. (2016). High condylectomy for the treatment of mandibular condylar hyperplasia: a systematic review of the literature. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 45(1), 60–71
13. Jones RHB et al. Correction of Facial Asymmetry as a Result of Unilateral Condylar Hyperplasia. *J Oral Maxillofac Surg*, 2012; 70:1413-1425.
14. Venturin JS et al. Temporomandibular Joint Condylar Abnormality: Evaluation, TreatmentPlanning, and Surgical Approach. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 68:1189-1196.