

# FRATURAS CONDILARES: TRATAMENTO CONSERVADOR VERSUS CIRÚRGICO

Pesquisador: DUTRA, J. P. L - Graduando do 8º período

Orientadora: Prof.ª Ms. ZAMBON, C. E - Docente da Disciplina de CTBMF Odontologia UNISA / Docente e Residente Uniprofissional CTBMF e em PNE / Mestre e Doutoranda pela Faculdade de Medicina USP / Cirurgiã Bucomaxilofacial da Prefeitura de Poá / Tenente Dentista Reserva do Hospital da Aeronáutica de São Paulo.

Ciências da Saúde – Odontologia Disciplina de CTBMF

[joapaulolimadutra@hotmail.com.br](mailto:joapaulolimadutra@hotmail.com.br)



## Introdução

Devido sua alta incidência, as lesões no complexo maxilofacial são um grande desafio a saúde pública em todo o mundo. As características epidemiológicas dessas lesões podem variar em função de fatores como meio ambiente, sexo, idade, nível socioeconômico e mecanismo do trauma. As fraturas mandibulares podem levar não só a alterações anatômicas e estéticas na face, mas também alterar funções básicas necessárias, como mastigação, fonação e deglutição<sup>1</sup>. Há grande controvérsia na literatura quanto ao diagnóstico e melhor método de tratamento, pois diversos fatores influenciam na escolha pela abordagem cirúrgica ou conservadora. Portanto confrontaremos resultados obtidos em ambas as abordagens terapêuticas em busca dos melhores prognósticos<sup>1</sup>.

## Metodologia

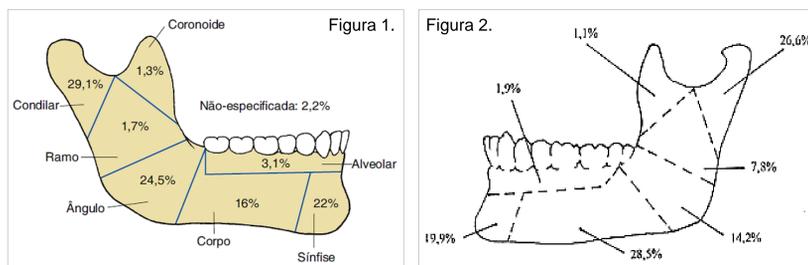
Foi realizada uma revisão bibliográfica com artigos da base de dados PubMed publicados entre os anos de 2000 e 2018 utilizando os descritores: bloqueio maxilo-mandibular, osteossíntese mandibular, barra de Erich e fraturas condilares.

## Objetivo

Este trabalho tem por objetivo avaliar a retrospectiva de algumas características epidemiológicas de fraturas do côndilo mandibular, diagnóstico, modalidades de tratamento e vantagens e desvantagens de cada técnica (Tabela 1).

## Discussão

Existe uma correlação na literatura quanto ao gênero, idade, etiologia e fatores. Tais fraturas são mais prevalentes em homens entre 20 e 40 anos de idade envolvidos em acidentes automobilísticos tendo como agravante o não uso dos equipamentos obrigatórios de segurança e proteção, além da ingestão de substâncias alcoólicas e/ou ilícitas envolvidas, seguido da violência interpessoal. Por outro lado, a literatura é controversa no quesito distribuição anatômica das fraturas mandibulares (Figuras 1 e 2), classificações (Figuras 3 e 4) e abordagem terapêutica<sup>2</sup>. A abordagem conservadora consiste no reestabelecimento oclusal por meio da realização ou não de bloqueio maxilo-mandibular (Figura 5), por um período variado de 10 à 60 dias com reaberturas periódicas para higienização e aferições de medidas (Figura 12), fisioterapia elástica e instrução de dieta líquido-pastosa. A abordagem cirúrgica, entretanto, caracteriza-se pela redução cruenta da fratura à partir da fixação do côndilo, por meio de materiais de osteossíntese, como fios de aço ou mini placas e parafusos (Figuras 6, 7, 8, 11 e 13), promovendo o restabelecimento ocluso-funcional através de acessos intra e/ou extra-oral. Em ambas as abordagens busca-se o reestabelecimento da oclusão pré-trauma<sup>3</sup> (Figuras 9 e 10).



Figuras 1 e 2: Ilustração da distribuição anatômica das fraturas mandibulares (James et al., 2009) (E.F. de Andrade Filho Ed: UNIFESP; 2000), respectivamente.

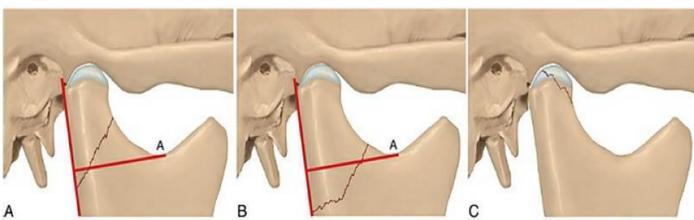


Fig 3. Classificação das fraturas: (A) Fratura sub-condilar alta; (B) Fratura sub-condilar baixa e (C) Fratura intra-capsular. (Fonseca et al., 2015).

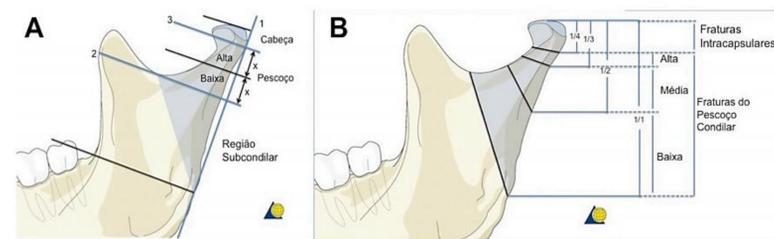


Fig 4. Classificação das fraturas condilares: A- Classificação AO, B- Classificação de Krenkel. (AO Foundation).



Fig 5: Aspecto clínico do bloqueio maxilo-mandibular com Barra de Erich.



Fig 6: Radiografia panorâmica demonstrando a fixação interna dupla do côndilo mandibular no lado direito.



Fig 7: Figura ilustrativa demonstrando fixação dupla em fratura condilar. (Conci RA. Ed. PUCRS; 2016).

Fig 8: Figura ilustrativa demonstrando fixação por placa única em fratura condilar. (Conci RA. Ed. PUCRS; 2016).



Figura 9: (A) Tomografia Computadorizada (TC) pré-operatória em corte coronal demonstrando pequeno traço de fratura incompleta e bem posicionada no lado direito. (B) Grande deslocamento do côndilo esquerdo. (C e D) Corte Axial com janela para tecido ósseo demonstrando no lado direito fratura bem posicionada e lado esquerdo fratura com grande deslocamento do côndilo. (E e F) Aspecto clínico intra-oral pós-trauma, demonstrando alteração oclusal.

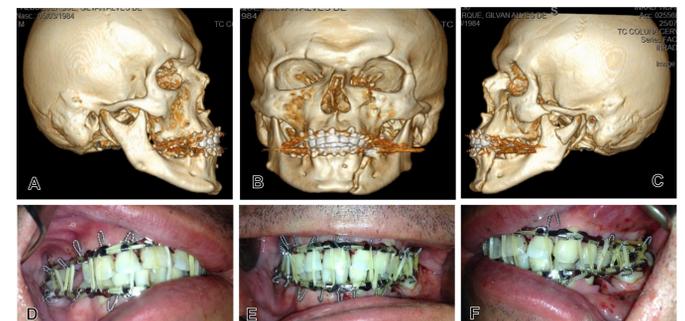


Figura 10: (A e C) Reconstrução tridimensional à partir da TC, apresentando fratura incompleta sem deslocamento no lado direito e fratura sub-condilar com deslocamento no lado esquerdo. (B) Reconstrução tridimensional frontal demonstrando a complexidade do trauma que também envolvia o complexo zigomático esquerdo e a parasinfise. (D à F) Aspecto clínico intra-oral após a passagem da Barra de Erich e fixação interna rígida do côndilo esquerdo, onde é notável a estabilidade oclusal.



Fig 11: Radiografia panorâmica demonstrando a fixação interna dupla do côndilo mandibular no lado esquerdo fixado pelo esquema AO. Podendo observar o embridamento ósseo e o bloqueio maxilo-mandibular.

Tabela 1: Comparação do Tratamento Conservador e Cirúrgico.

Conservador		RAFIR	
Vantagens	Desvantagens	Vantagens	Desvantagens
Procedimento ambulatorial	Não abrange a maioria dos pacientes	Visualização direta da lesão	Risco de hemorragia trans-operatória
Baixo tempo de execução	Necessidade de dentes adjacentes com boa inserção e/ou ancoragem adicional	Redução imediata da fratura	Riscos neurológicos relacionados a anestesia geral e incisões extra-orais
Ausência de incisões e cicatrizes	Alto risco de contaminação	Melhor reposicionamento dos cotos ósseos	Infecções
Ausência de danos neurossensoriais	Necessidade de higiene bucal rigorosa	Retorno precoce as funções	Necessidade de Internação
Baixo custo	Danos ao periodonto Dieta restrita vinculada a perda de peso	Dispensa o BMM Diminuição dos riscos de anquilose da ATM	Maior custo do tratamento Cicatriz residual (acessos extra-orais)

## Conclusão

A escolha pela abordagem conservadora ou cirúrgica deve ser feita à partir de uma análise individual de cada caso e com base nos riscos e benefícios, buscando sempre como objetivo restabelecer a função sem causar alterações funcionais e estéticas. A fixação interna rígida, por meio de miniplacas e parafusos, apresenta maiores benefícios, quando comparada ao uso de bloqueio maxilo-mandibular com fios de aço (Barra de Erich), pois promovem ao paciente maior conforto pós-operatório e retorno precoce às funções mastigatórias e atividades de rotina.

## Referências

1. Cardenas JLM, Nunes PHF, Passeri LA. Etiology, treatment, and complications of mandibular fractures. J Craniofac Surg. 2015 May;26(3):611-615.  
 2. Dutra JA, Dultra FKA, Azevedo RA, Júnior BC. Evaluation of Conservative Treatment of Mandibular Fracture. International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2009 Apr;9(2):89-96.  
 3. Araújo CFSN, Braga PLS, Ferreira JDB. Delayed treatment of condylar fracture: Case report. 2013 Apr;13(2):17-24.  
 Figuras: 5, 6, 9, 10, 11, 12 e 13: Gentilmente cedidas pela Equipe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HCFMUSP.



Fig 12: Imagem demonstrando aferição da abertura bucal.

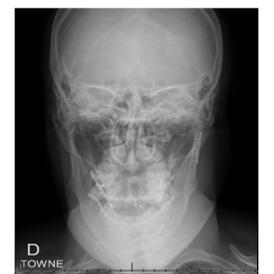


Fig 13: Radiografia TOWNE pós-cirúrgica demonstrando fixação interna rígida com duas placas em região condilar esquerda.