

Avaliação e Monitoramento Fonoaudiológico em Pacientes com Fratura de Cêndilo Mandibular Nãe Cirúrgica

Última revisão: 13/08/2013

Estabelecido em: 05/08/2011

Responsáveis / Unidade

Isabella Costa Melo - Fonoaudióloga | HMAL

Márcia Regina Pacífico Ribeiro - Fonoaudióloga | HMAL

Colaboradores

Vasco de Oliveira Araújo - Odontólogo | HJXXIII

Validadores

Ana Paula Gasparini Braga | Fonoaudióloga

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet

INTRODUÇÃO / RACIONAL

Os traumas são constantes na atualidade mundial e dentre eles o que recebe maior destaque são os traumas faciais, pois, freqüentemente apresentam associadas alterações emocionais, funcionais e possíveis deformidades permanentes. Dentre as lesões faciais, as fraturas mandibulares sobressaem por apresentarem sintomas como: rupturas de artérias, nervos ou mucosas, abalos dentários, imobilidades mandibulares, resultando em alterações nas funções orais envolvendo principalmente a mastigação, a deglutição e a fala.

A mandíbula é o único osso móvel da face tornando fraturas nesta região bastante dolorosas, além de ocasionar piora com/aos movimentos mastigatórios, fonatórios e em algumas situações complicações respiratórios. Desta forma, as fraturas faciais e suas consequências vem ganhando espaço em pesquisas fonoaudiológicas.

As fraturas condilares e subcondilares compreendem de 18 a 29% das fraturas de mandíbula e podem chegar a 37% das fraturas em mandíbulas desdentadas. De acordo com estudos epidemiológicos em relação à caracterização das fraturas, verificou-se maior incidência de casos envolvendo fratura de côndilo. O côndilo é um importante centro de crescimento do terço inferior da face, logo, estas lesões em crianças despertam interesse especial e preocupação com atendimento prioritário.

As fraturas mandibulares, em especial as de côndilos, se não tratadas no início e adequadamente, podem trazer prejuízos funcionais como: limitação parcial da abertura bucal com grande desvio para o lado da fratura, mastigação unilateral do lado afetado, com redução da amplitude do movimento e articulação da fala com desvio no percurso mandibular também para o lado da lesão, assimetrias faciais ósseas e musculares com diferentes graus de comprometimento, principalmente em crianças e adolescentes devido à discrepância de altura do ramo mandibular e redução de estímulos de crescimento. Por isso observa-se a necessidade de realizar diagnóstico e indicação de tratamento preciso para evitar disfunções na articulação temporomandibular, ou ainda, sequelas mais graves que alterem o crescimento facial e/ou da mandíbula ou impossibilitem abertura satisfatória da boca, como as anquiloses temporo-mandibulares.

OBJETIVOS

- Sistematizar o atendimento fonoaudiológico ambulatorial por meio da aplicação de um protocolo específico de avaliação e monitoramento de pacientes com fratura de côndilo mandibular não cirúrgica;
- Prevenir assimetrias faciais, limitações funcionais e sequelas importantes como a anquilose temporomandibular muito comum nas fraturas intracapsulares com o início da fonoterapia no tempo correto e com monitoramentos frequentes no desenvolver das sessões;
- Reduzir o custo com cirurgias posteriores para correção de sequelas evitáveis com fonoterapia;
- Restabelecer a mobilidade mandibular, sensibilidade, força, função e estética facial possibilitando a respiração, mastigação, deglutição, fala e a expressão facial por meio do plano terapêutico, baseado na literatura, a ser desenvolvido após a aplicação desse protocolo;
- Auxiliar na melhoria da qualidade de vida do paciente, no sentido de restabelecer a função e harmonia do sistema estomatognático.

SIGLAS

RX- Radiografia

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

1. Equipe clínica capacitada composta por cirurgiões buco-maxilo-faciais e fonoaudiólogos;
2. Espaço para realização de terapia fonoaudiológica equipado com materiais adequados como: maca, paquímetro, régua, bolsa térmica para compressa morna, ebulidor, luvas de procedimento e abaixador de língua;
3. Serviços de apoio diagnóstico: RX, Tomografia e/ou Ressonância magnética.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Após consulta com equipe de cirurgia buco-maxilo-facial e confirmação de fratura de côndilo mandibular deverá ser realizado encaminhamento imediato do paciente para o serviço de fonoaudiologia.

É importante e necessário o trabalho em equipe, pois a abordagem fonoaudiológica só será possível após condução da equipe de cirurgia buco-maxilo-facial. A integração entre as diferentes especialidades favorece a discussão dos casos e facilita a escolha da melhor estratégia terapêutica. Nos casos onde a condução da equipe de cirurgia buco-maxilo-facial tenha sido pelo tratamento conservador (não cirúrgico) as intervenções da fonoaudiologia devem ser iniciadas.

A anamnese e avaliação fonoaudiológica para trauma de face deve ser realizada logo após o diagnóstico da fratura de condilo não cirúrgica, pois assim, a terapia a ser desenvolvida, a partir das informações obtidas nessa, será capaz de favorecer o aumento da amplitude da abertura da boca com adequação dos movimentos mandibulares evitando adaptações nocivas e promover simetria de mobilidade da face e estabilidade funcional. Nas fraturas altas de côndilo, a reabilitação miofuncional visa remodelação óssea por força e ação da musculatura envolvida. A reabilitação do paciente com trauma de face deve ser interdisciplinar, visto que o comprometimento desses pacientes pode ser bastante abrangente.

Atendimento fonoaudiológico

1ª Consulta:

- Realização de anamnese e avaliação fonoaudiológica específica para trauma de face por meio de um exame clínico no qual se realiza as medidas e registros dos movimentos excursivos da mandíbula. Essa aferição é realizada utilizando-se um paquímetro, régua plástica flexível milimetrada e lápis preto número 2 (**ANEXO I**);
- Verificação de exames complementares como RX, tomografia e ressonância;
- Esclarecimento ao paciente sobre o seu caso, descrevendo as alterações encontradas na avaliação visando maior adesão ao tratamento;
- Definição do plano terapêutico, baseando-se em nossas referências bibliográficas.

1º Retorno:

- Monitoramento dos movimentos mandibulares com medição objetiva desses por meio do uso do paquímetro, de régua plástica flexível milimetrada e de lápis preto número 2;
- Realização da terapia definida no plano terapêutico;
- Orientações sobre a importância de dar continuidade em casa, aos exercícios, descritos no plano terapêutico, realizados durante a sessão fonoaudiológica;
- Orientação familiar e/ou ao paciente sobre alimentação e fonação.

Retornos posteriores:

- Após o primeiro mês de fonoterapia, serão marcados retornos quinzenais ou mensais, de acordo com a evolução do paciente e disponibilidade para comparecer às sessões;
- Em cada retorno será realizada a mensuração das medidas mandibulares no início e término da sessão e a avaliação das funções estomatognáticas além da observação da simetria facial.

Alta Fonoaudiológica (ANEXO II):

- No caso de paciente adulto, depois de atingidos os limiares de normalidade das medidas mandibulares ou a funcionalidade das funções estomatognáticas será dado alta definitiva ao paciente;
- No caso de crianças, depois de atingidos os limiares de normalidade das medidas mandibulares ou funcionalidade das funções estomatognáticas será dado alta parcial. O acompanhamento será semestral e posteriormente anual para monitoramento do crescimento facial até ocorrer o término do crescimento ósseo, por volta dos 18 anos de idade;
- Os monitoramentos da oclusão, do crescimento e da função da articulação irão orientar o profissional e direcionar quaisquer intervenções cirúrgicas futuras.

ITENS DE CONTROLE

1. Número absoluto de fraturas de côndilo tratadas conservadoramente / Número absoluto de fraturas de côndilo admitidas no serviço.
2. Número absoluto de pacientes encaminhados ao serviço de fonoaudiologia / Número absoluto de pacientes acometidos por trauma de face com fratura de côndilo-mandibular com decisão de tratamento conservador (sem cirurgia) pela equipe de cirurgia buco-maxilo-facial.

REFERÊNCIAS

1. Andrade Filho EF, Fadul Jr R, Azevedo RAA, Rocha MAD, Santos RA, Toledo SR, et al. Fraturas de mandíbula: análise de 166 casos. *Ver Assoc Med Brás.*2000;46:272-6.
2. Bianchini EMG. Articulação temporomandibular e Fonoaudiologia. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. *Tratado de Fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 2004. p. 315-29.
3. Dingman RO, Nativig P. *Cirurgia das fraturas Faciais.* 2ª edição. São Paulo, 1994.
4. Felício CM, Trawitzki LVV. *Interfaces da Medicina, odontologia e fonoaudiologia no complexo cérvico-cranio-facial.* São Paulo: Pró-Fono, 2009.
5. Felício CM. *Fonoaudiologia Aplicada a casos odontológicos: motricidade oral e audiolgia.* São Paulo: Pancast; 1999.
6. Gallo, IA , Gasparini-Braga, AP. Atuação fonoaudiológica em traumas de face. *Jornal Informativo do Conselho Regional de Fonoaudiologia da 6ª região, Belo Horizonte-MG,* 2001, p.5.
7. Trawitzki LVV. Traumas de face: atuação fonoaudiológica em equipe hospitalar. In: Comitê de Motricidade Oral da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. *Motricidade orofacial: como atuam os especialistas.* São José dos Campos: Pulso Editorial; 2004. p. 99-106.
8. Altmann Ebc. Deglutição atípica. In: Kudo AM. (org). *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em pediatria.* São Paulo: Savier; 1994. 125-133 Bisson JI, Shepherd JP, Dhutia M. Psychological sequelae of facial trauma. *J Trauma.* 1997;43(3):496-500.
9. Bianchini Emg. Mastigação e ATM: avaliação e terapia. In: Marchesan IQ.(Coord.). *Fundamentos em Fonoaudiologia: Aspectos clínicos da motricidade oral.* Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan; 1998. 5: 37-49.
10. Britto Ato, Manzi FR., Gasparini AP. Disfunção Temporomandibular: fundamentos para atuação do fonoaudiólogo. In: Britto ATO. *Livro de Fonoaudiologia.* São José dos Campos: Pulso;2005. p.297-323.
11. Mackenzie EJ. Epidemiology of injuries: current trends and future challenges. *Epidemiol Rev.* 2000;22(1):p.112-9.
12. Reis LF, Marzola C; Toledo Filho JL. Prevalência das fraturas faciais, na região de Bauru, no período de janeiro de 1991 a dezembro de 1995. *Rev. odonto ciências.* 2001; 16(34):231-240.
13. Tussi R, Stefenon M, Tussi JR, Avila GV. Fraturas de face. *Rev Med Hosp São Vicente de Paulo.* 2000;11:16-8.

ANEXO I

Avaliação Fonoaudiológica de Trauma de Face

Nome: _____
Data da avaliação: ____ / ____ / ____ Nº do prontuário: _____

Queixa: _____

História da moléstia atual: _____

Etiologia do trauma: _____

Local da fratura: _____

Data do trauma: _____

Data da cirurgia: _____

Tratamento Realizado:

- Redução cruenta () **Cirúrgico ou aberto**
- Redução incruenta () **Odontossíntese ou odontossíntese associado a bloqueio mandibular**
- Tratamento conservador () **Não cirúrgico ou fechado**
- Tempo de bloqueio maxilo mandibular: _____

Exame Físico:

Hábitos orais deletérios:

- Mascar chicletes ()
- Morder objetos ()
- Onicofagia ()
- Bruxismo ou Apertamentos ()
- Morder bochecha ()
- Outros: _____

Dor ou desconforto orofacial: _____ Local: _____

O que provoca a dor? _____

Paralisia/Paresia:

- Elevação e contração da testa: () adequada () restrita () ausente
- Fechamento natural dos olhos: () adequada () restrita () ausente
- Fechamento forçado dos olhos: () adequada () restrita () ausente
- Elevação do nariz: () adequada () restrita () ausente
- Protrusão e retração labial: () adequada () restrita () ausente
- Competência para o fechamento labial: () adequada () restrita () ausente

Mímica facial: _____

Parestesia: _____ **Local:** _____

Perdas ou abalos dentários: () Sim () Não

Quais elementos dentários: _____

Distopia Oclusal: _____ Local: _____

Ruído Articular:

() Ausente () Estalo () Crepitação **Local:** _____

Presença de dor associada: () sim () não

Queixas Auditivas e/ou Otológicas: _____

Cicatriz:

() presente () ausente • Local: _____

Edema:

() presente () ausente • Local: _____

Consistência Alimentar Atual: () Sólido () Sólido macio () Pastosa () Líquida

Função mastigatória:

- () liberada () não liberada
- () eficiente () ineficiente
- () unilateral () bilateral () verticalizada

Fala:

Articulação: () Adequada () Travada
Desvio mandibular durante a fala: () Sim () Não. Quais Sons? _____

Medida dos movimentos excursivos da mandíbula:

- Abertura bucal máxima: _____mm (Distância entre as faces incisais dos incisivos superior e inferior, acrescida da medida do trespasse vertical)
- Desvio: () Direita () Esquerda () Ausente
- Deflexão: _____ mm () Direita () Esquerda (Distância entre a linha média superior em relação a linha média inferior na abertura bucal máxima)
- Lateralidade mandibular direita: _____mm (Distância entre a linha média dos incisivos superiores em relação a linha média dos incisivos inferiores no movimento de deslizamento lateral da mandíbula para direita)
- Lateralidade mandibular esquerda: _____mm (Distância entre a linha média dos incisivos superiores em relação a linha média dos incisivos inferiores no movimento de deslizamento lateral da mandíbula para esquerda)
- Protrusão: _____mm (É a somatória da distância do trespasse horizontal com a distância do deslizamento horizontal máximo da mandíbula)

Outras observações: _____

Conduta:

Encaminhamentos necessários: _____

Necessidade de exames complementares: _____

Plano terapêutico: _____

Fonoaudiólogo Responsável:

Carimbo e assinatura

Índices de Normalidade

Adultos	Abertura bucal máxima	entre 45mm e 60mm
	Lateralidade mandibular	entre 10mm e 12mm
	Protrusão	entre 6mm a 8 mm

Obs.: Abertura inferior a 40mm no adulto e inferior a 35mm na criança como um alerta a possíveis problemas musculares ou articulares.