

HIPOPLASIA CONDILAR UNILATERAL – RELATO DE CASO

UNILATERAL CONDYLAR HYPOPLASIA: A CASE REPORT

Danieli de Souza Gomes Horn¹ Flávio Ricardo Manzi²

1 Pós-graduanda do Curso de Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia da Universidade Tuiuti do Paraná (Curitiba-PR).

2 MSc, Professor Orientador em Radiologia Odontológica e Imaginologia da Universidade Tuiuti do Paraná (Curitiba-PR).

Endereço para correspondência: Danieli S. Gomes Horn - danielibms@hotmail.com

RESUMO: A hipoplasia condilar unilateral resulta numa deformidade facial, esquelética e dental e é caracterizada por uma formação defeituosa do côndilo mandibular podendo ter origem congênita (presente desde o nascimento) ou adquirida (decorrente de traumas, infecções, radiação, desordens endócrinas, doença degenerativa das articulações ou ainda atropatia sistêmica). O presente estudo relata o caso de uma paciente de quinze anos de idade, sexo feminino com grande assimetria esquelética com história pregressa de otite recorrente durante a primeira infância. Ao exame de tomografia computadorizada Cone Beam foi verificada a hipoplasia condilar unilateral no lado esquerdo.

Palavras chave: hipoplasia condilar unilateral, hipoplasia, côndilo.

ABSTRACT: The unilateral condylar hypoplasia resulting in facial deformity, skeletal and dental and is characterized by a defective formation of the mandibular condyle may be congenital (present from birth) or acquired (due to trauma, infection, radiation, endocrine disorders, degenerative joint disease atropatia or systemic). This study reports the case of a fifteen-year-old female with large skeletal asymmetry with a history of recurrent otitis media during infancy. The CT examination Cone Beam verified unilateral condylar hypoplasia on the left side.

Keywords: unilateral condylar hypoplasia, hypoplasia, condyle.

1 INTRODUÇÃO

A articulação temporomandibular é uma das articulações mais complexas do corpo humano. É constituída pelo processo condilar e pela eminência articular do osso temporal. Inicia seu desenvolvimento ainda do 8ª semana de vida intrauterina, onde já se observam duas áreas amplamente separadas por células mesenquimais na região da cabeça da mandíbula e da cavidade glenóide. Ao nascimento, as superfícies articulares são recobertas por tecido conjuntivo fibroso, sendo que lentamente este vai sendo convertido em fibrocartilagem e ocorre o aprofundamento da fossa articular. Difere-se das demais articulações do corpo em seu aspecto e em sua evolução, pois ao nascimento ela encontra-se bem subdesenvolvida. A cabeça da mandíbula desenvolve um papel importantíssimo na articulação, pois é responsável pela expressão do crescimento mandibular.¹

A hipoplasia condilar é caracterizada por uma formação defeituosa do côndilo mandibular, que pode ter origem congênita ou adquirida, sendo que a primeira já está estabelecida desde o nascimento e a segunda pode decorrer de trauma, infecção, radiação, desordens

endócrinas, doença degenerativa das articulações ou ainda atropatia sistêmica.⁴ No grupo das alterações genéticas pode-se citar a Microsomia Facial Congênita, Micrognatia, Síndrome Treacher Collins, Síndrome de Pierre Robin, Síndrome de Crouzon, e fissura labiopalatina. Nesses casos, a diferenciação precoce dos tecidos e os processos de desenvolvimento são afetados, ou seja, o padrão de crescimento da região posterior é prejudicado em decorrência desta anormalidade de desenvolvimento.²

Nos casos onde a hipoplasia condilar é adquirida, os traumas e as infecções são considerados as principais razões para o surgimento desta anormalidade, dentre elas as lesões mecânicas antes dos dois anos de idade (fase de crescimento ativo do processo condilar), infecções da própria articulação ou da orelha média durante a infância, artrite reumatóide, radioterapia, deficiência paratireoídea são as que mais poderiam afetar a formação e a diferenciação dos condrócitos e conseqüentemente prejudicar a formação óssea.^{1,2}

Anatomicamente existe uma proximidade entre o canal auditivo externo e a ATM, estando a cápsula articular presa à fissura escamotimpânica. Sendo assim, a

deiscência congênita do canal cartilaginoso e da fissura escamotimpânica ou a persistência do forame de Huschke podem contribuir para a difusão de uma infecção para a articulação. A fusão do anel timpânico é inicialmente incompleta na sua porção anterior e inferior, resultando em uma abertura (forame de Huschke) presente até o quarto ou quinto ano de vida do indivíduo. Esta fusão separa o canal auditivo externo superiormente e o forame de Huschke inferiormente ou seja, este forame representa a não ossificação da porção ântero-inferior da placa timpânica, que é de origem intramembranosa. Porém, este forame pode persistir por toda a vida do indivíduo. Quando isso ocorre, a região retrodiscal da articulação temporomandibular e a porção medial do canal auditivo externo estão separadas apenas por tecido mole, o que facilitaria a disseminação de processos infecciosos da região.^{5, 6}

A hipoplasia pode se desenvolver após a perda de um ou de ambos os centros de crescimento condilares, nas primeiras fases de desenvolvimento e também podem ser acompanhadas por anquiloses, provenientes de hemorragias e inflamações nas estruturas adjacentes causando uma fibrose na cápsula articular.^{2,7} Sua

gravidade está relacionada com a fase de crescimento do côndilo (antes do nascimento até aos 25 anos, aproximadamente). O crescimento condilar é mais ativo durante os primeiros anos e perturbações durante essa fase podem acentuar a hipoplasia condilar.³ Resulta numa deformação facial esquelética e dental, levando também a um encurtamento do ramo mandibular.⁴

Quando diagnosticada em pacientes jovens, poderá ser indicado como tratamento a terapia ortopédica. Nos casos de diagnóstico tardio em pacientes já na fase adulta, o tratamento envolve a cirurgia ortognática para a correção da deformidade esquelética.⁴

O presente estudo tem por objetivo relatar o caso de hipoplasia condilar unilateral, raramente encontrado na literatura, demonstrando a sua origem, seus efeitos e complicações, bem como formas de diagnóstico e tratamentos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Shivhare *et al.*¹ (2013) ao relatarem o caso de uma paciente do sexo feminino, de 21 anos, que foi encaminhada ao departamento medicina oral e radiologia da

Universidade Rajiv Gandhi, com queixa principal de subdesenvolvimento da mandíbula, a qual foi se manifestando durante a infância. Durante a anamnese não foi constatada nenhuma história de trauma ou doenças sistêmicas. Ao exame físico a paciente apresentou assimetria facial com grande retrusão de mandíbula, dando uma aparência de rosto de pássaro. Observou-se restrição de abertura bucal (10mm), sem desvio, não foi possível a palpação dos côndilos em ambos os lados. Observou-se ainda um trespasse horizontal e vertical na região de dentes anteriores superiores e inferiores, com relação de molar Classe II de Angle bilateralmente. Após as considerações clínicas, a paciente foi submetida a exames radiográficos e observou-se a completa ausência do côndilo no lado direito e hipoplasia condilar no lado esquerdo. Numa vista lateral do crânio observou-se uma grave retrusão de mandíbula e micrognatia, Após as análises clínicas e radiográficas a paciente foi ainda submetida a uma avaliação sistêmica completa, como clínica geral, cardiologia, oftalmologia, e ortopedia, para que fosse possível descartar a hipótese da paciente ser portadora de síndromes. Após análise de dados clínicos e radiográficos, os autores

constataram se tratar de um caso raro de aplasia total de côndilo do lado direito combinado com hipoplasia condilar do lado esquerdo e que o quadro não estava associado a nenhum distúrbio patológico claro, levantando como hipótese a origem congênita. Observaram ainda que o relato de hipoplasia não relacionada a condições síndromicas é extremamente raro na literatura. Destacaram a importância de um diagnóstico e tratamento precoce restabelecendo a estética e as condições psicológicas. A paciente foi encaminhada ao setor de cirurgia e ortodontia para que recebesse um melhor tratamento para seu caso.

Arun *et al.*² (2002), apresentaram o caso de um paciente, de 08 anos de idade, sexo masculino, que apresentou-se na Faculdade de Odontologia da Universidade de Marmara para avaliação e tratamento de sua assimetria facial. O paciente teve história de trauma no côndilo por volta de 01 ano de idade, porém não foi diagnosticada nem observada qualquer alteração naquele momento. Por volta dos 02 anos de idade seus familiares começaram a notar a progressão de sua assimetria facial. O paciente apresentava-se em dentição mista em oclusão em Classe II de Angle e mordida profunda, com linha média

inferior desviada em 7 milímetros para o lado direito em oclusão habitual, sendo ainda exagerada durante a abertura máxima. Observou-se ainda assimetria com 7 mm de desvio do queixo para o lado direito em relação à linha média craniofacial, que foi confirmado por medições pósterio anterior. Houve uma deficiência de crescimento vertical, sobre o lado direito. Os dados tomográficos demonstraram uma deformação suave da borda inferior da fosse glenóide e ausência da cabeça da mandíbula do lado direito, podendo ser uma provável reabsorção da cabeça da mandíbula devido a fratura anterior e uma posição inferior do côndilo na fossa glenóide. A atividade dos músculos masseter e temporal foi avaliada por eletromiografia. Eletrodos foram colocados bilateralmente sobre o masséter e músculo temporal numa distância de 2cm entre os eletrodos. O paciente foi instruído a morder com força com a cabeça em posição vertical. Foram realizados quatro ensaios com intervalo de 30 segundos cada para evitar a fadiga muscular e como resultados observaram diferenças na atividade muscular entre os lados esquerdo e direito. Para a restauração da função neuromuscular o paciente utilizou uma placa acrílica superior com

material macio nas superfícies oclusais para que o paciente pudesse morder corretamente usando a mesma durante seis meses. Após a terapia constatou-se que o músculo masséter direito ganhou uma amplitude maior. Posteriormente o paciente recebeu um aparelho funcional durante um período de 02 anos para corrigir a overbite, a linha média e aumentar o desenvolvimento alveolar vertical para corrigir a oclusão. Devido a deficiência de altura ramal do lado direito devido a assimetria, foi realizada uma distração multidirecional e posteriormente realizou-se tratamento ortodôntico com aparelho fixo e extrações dentárias obtendo-se assim melhoras na linha média e na assimetria facial. O paciente ainda foi submetido a uma cirurgia menor para a correção do achatamento da borda inferior do lado esquerdo da mandíbula para melhorar a assimetria.

Moze *et al.*³ (2012) observaram o caso de uma paciente sexo feminino, 14 anos de idade com queixa de assimetria facial e um leve click no lado esquerdo da mandíbula. A paciente apresentava história de trauma no queixo quando tinha 04 anos de idade. Ao exame extra-oral observou-se assimetria facial e desvio para o lado direito durante a abertura,

apresentando ainda má oclusão classe I e classe II leve esquelética com aumento vertical, overbite normal e overjet de 4 mm com linha média inferior desviada 4 mm à direita, com relação de molar classe III lado esquerdo e classe I no lado direito. Foi sugerida uma radiografia panorâmica para avaliar a morfologia geral e do contorno da cabeça dos côndilos para investigar variações no formato do côndilo do lado direito. Embora esta radiografia não seja o método mais confiável para avaliar com precisão o formato do côndilo mandibular, fraturas condilares e ou ainda doenças articulares degenerativas, foi possível fazer algumas avaliações preliminares. Não foram observadas evidências de fraturas porém constatou-se que a forma e o tamanho da cabeça da mandíbula direita era anormal, sendo recomendado então o exame de tomografia computadorizada cone beam, onde observou-se que a morfologia e contorno ósseo do côndilo esquerdo encontrava-se em normalidade sem evidências de formação de osteófitos ou esclerose subcondral. O espaço articular estava normal (3mm), as margens da fossa glenóide também com aparência normal. A largura mediolateral da cabeça da mandíbula esquerda

apresentou 21mm em sua dimensão máxima. Já no lado direito, quando comparou-se as dimensões com o lado esquerdo observou-se uma diferença de 3mm na largura mediolateral com um espaço de 2,5 mm entre a face superior do côndilo com a fossa glenóide. Numa vista axial observou-se claramente a discrepância na dimensão entre o côndilo direito e esquerdo, o mesmo ocorreu nas dimensões dos espaços articulares. Através da tomografia computadorizada cone beam ficou diagnosticado definitivamente um caso de hipoplasia unilateral da cabeça da mandíbula do lado direito sendo uma manifestação secundária a um trauma mandibular ocorrido na primeira infância. A paciente então foi encaminhada para cirurgia bucomaxilofacial para tratamento.

Jacobson *et al.*⁴ (2008), descreveram o caso de uma paciente do sexo feminino de 70 anos de idade, que apresentou-se na Universidade da Flórida, com queixa estética e mastigatória, com histórico dentário de extrações, coroas unitárias, próteses parciais removíveis e no exame extra-oral uma assimetria facial com desvio de mento para a direita. Não houve relato de histórico de trauma na região da articulação temporomandibular direita, sendo notado o desvio na

mandíbula por volta dos 8 ou 9 anos de idade. No exame intra oral observou-se mordida cruzada e ao exame radiográfico constatou-se um côndilo direito subdesenvolvido, sendo que ramo e corpo também apresentaram esta condição. Foi sugerida a paciente a opção de realizar cirurgia ortognática para correção porém a paciente se recusou a submeter-se ao tratamento, optando pela realização de próteses fixas implanto suportadas para suportar as forças laterais causadas pela mordida cruzada.

Melgaço *et al.*⁵ (2003) realizando uma revisão de literatura sobre o forame de Huschke, evidenciaram que durante o desenvolvimento da porção timpânica do osso temporal, verifica-se a presença de um forame na região central da parede posterior da fossa articular (parede anterior do meato acústico externo) e que tal forame está presente em todos os indivíduos sendo que sua obliteração ocorre por um processo natural de calcificação por volta dos 5 anos de vida, podendo persistir, em uma porcentagem da população, na idade adulta. Sua persistência pode ocorrer por diversos fatores relacionados a patologias relacionadas com a articulação temporomandibular, ouvidos e estruturas adjacentes. Concluem os

autores que na população brasileira este forame pode persistir em aproximadamente 10% da população adulta e que o mesmo pode permitir a comunicação entre a fossa articular e o meato acústico externo, levando a implicações clínicas como otites externas e médias, artrites infecciosas, hérnias e fístulas no conduto auditivo externo, lesões de orelha média e interna com comprometimento auditivo, fraturas ósseas pelo enfraquecimento da parede anterior do meato acústico externo, além de danos neuromotores faciais, sendo de fundamental importância o conhecimento desde acidente anatômico por parte dos profissionais que atuam na região de ATM e ouvido para detectar suas implicações clínicas.

Vidigal *et al.*⁶ (2008) realizaram estudo sobre o forame de Huschke utilizando um crânio macerado de indivíduo adulto onde havia a presença do forame. Realizaram radiografia panorâmica e técnica transcraniana com cefalostado PTR e posteriormente novas radiografias utilizando marcadores metálicos à base de cobre para identificar a presença do forame. Observando as imagens, constataram que nas duas técnicas radiográficas utilizadas é possível sugerir a presença e localização do forame de Huschke na

região correspondente a parede posterior da fossa articular na região central da porção timpânica do osso temporal, porém as sobreposições de imagens na radiografia panorâmica dificultam a visualização do forame, já na técnica transcraniana com menor sobreposição de imagens observou-se a imagem do forame identificando-a como uma imagem radiolúcida de forma elíptica, porém uma imagem não conclusiva. Sugerem os autores na suspeita da presença do forame a realização de exames mais sofisticados para a detecção do mesmo, uma vez que a sua presença pode resultar numa artrite séptica da ATM, levando a dores e até limitações dos movimentos mandibulares, além de otite e outros males. Finalizam os autores com a sugestão do exame de tomografia computadorizada como exame conclusivo no diagnóstico do forame de Husche.

Agrawal *et al.*⁷ (2011) discutiram o caso de uma paciente do sexo feminino com 40 anos de idade, com queixa de dor na região do elemento 38. Nos exames radiográficos foi observada uma condição patológica no côndilo mandibular do lado esquerdo. A paciente não referia queixas em relação a ATM, sua história pregressa não contribuiu na formulação no

diagnóstico, houve relato de parto normal (sem uso de fórceps) e nenhuma história de traumas nas articulações temporomandibulares, nem sequer história de infecções, radiação na região ou ainda histórico familiar de alterações craniofaciais. No exame extra oral, numa vista frontal observou-se assimetria do terço inferior da face, aplainamento da face no lado direito com linha média mandibular desviada para a esquerda. Não foi observado encurtamento no corpo da mandíbula do lado esquerdo. O côndilo mandibular do lado esquerdo não era palpável e o restante da face encontrava-se em normalidade. A abertura de boca era normal com um ligeiro desvio da mandíbula para o lado esquerdo durante o movimento de abertura de boca. No exame intra oral não foi observado desvio na linha média dentária, o plano oclusal encontrava-se ligeiramente inclinado sem mordida cruzada inferior ou superior. Na radiografia panorâmica foi constatada normalidade no côndilo do lado esquerdo, diferença no formato dos ângulos mandibulares e o ramo do lado esquerdo encontrava-se ligeiramente menor em altura em relação do lado direito. Já na tomografia computadorizada do lado esquerdo foi observada a deformação do côndilo

com formato de Y e ainda a fossa glenóide vazia e achatada. Os autores constataram que o caso tratava-se de uma hipoplasia condilar com indícios de malformação congênita uma vez que não foram observados históricos de traumas ou infecções na região e por se tratar de uma perturbação isolada no desenvolvimento do côndilo no lado esquerdo, podendo ser considerado um distúrbio na diferenciação durante a fase de embriogênese. Com base nas informações do caso, concluíram que o mesmo não se enquadra em nenhum sistema de classificação de anomalia condilar (aplasia, hiperplasia ou hipoplasia), devido a configuração do côndilo em formato de Y, ausência de trauma ou infecção, crescimento do corpo da mandíbula normal e função adequada foi levantada então a hipótese de displasia, ou seja, uma alteração no desenvolvimento.

Em um relato de caso, Miranda *et al.*⁸ (2013), apresentaram o quadro de uma paciente de 06 anos de idade, com anquilose temporomandibular, a qual se originou a partir de um episódio de otite média aguda de difícil resolução, que evoluiu para osteomastoidite aguda, meningite bacteriana e comprometimento da ATM, resultando numa anquilose unilateral e completa. O tratamento proposto foi

osteotomia com artroplastia e interposição de silicone. Os autores destacaram que nesta afecção o diagnóstico deve ser o mais precoce possível, evitando as complicações como assimetria facial, cáries dentárias e dificuldade de fonação e alimentação.

Orhan *et al.*⁹ (2005), determinaram em um estudo a prevalência da presença de otomastoidite e a sua relação com distúrbios da ATM, sendo que sete pacientes foram diagnosticados com otomastoidite aguda e um paciente diagnosticado como otite média crônica ativa com colesteatoma numa série de 2270 ressonâncias magnéticas, representando uma prevalência de 0,39%. Neurilemoma foi diagnosticada no processo mastóide esquerdo em um paciente. O diagnóstico final de todos os pacientes foram feitos após consulta médica. Destacaram os autores a importância da análise conjunta da ATM e suas estruturas adjacentes, verificando ainda características anatômicas próximas e evidências de doenças inflamatórias.

Hadlock *et al.*¹⁰ (2001), relataram o caso de uma paciente de 11 anos de idade sem histórico otológico significativo que foi atendida na emergência relatando recorrentes quadros de otalgia. Anteriormente ao

atendimento já havia apresentado otite média bilateral aguda para a qual recebeu medicação antibiótica via oral com resolução completa dos sintomas, sendo que quatro dias antes da sua apresentação ao setor de emergência foi novamente diagnosticada com sintomatologia de otite aguda do lado esquerdo e novamente foi tratada com antibióticos. Paciente relatou praticar natação diariamente. Ao exame físico apresentou edema no canal auditivo externo e um pequeno crescimento da membrana timpânica. A região mastoidea apresentou-se indolor a palpação, com audição normal. Foi então novamente medicada e orientada. Trinta e seis horas após o atendimento a paciente retornou com piora no quadro, já apresentado trismo (15mm) do lado esquerdo do pescoço. Em oclusão a mandíbula já apresentava desvio de 3 mm para a direita. Foi realizada tomografia computadorizada com contraste a qual revelou mastoidite coalescente, com destruição dos septos ósseos da mastoide e um consistente derrame séptico na região da ATM. O ouvido médio foi ocupado por um tecido macio sugestivo de supuração. A paciente então foi submetida a mastoidectomia simples, miringotomia e aspiração da ATM, sendo retirados vários ml da

mater-purulenta da cavidade do ouvido médio e da mastoide sendo que já apresentava tecido de granulação. O líquido aspirado da ATM apresentou-se turvo. Foi realizada antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro e sua oclusão voltou ao normal ao longo de vários dias, a qual teve a antibioticoterapia via oral mantida sete dias. Com base nesse caso os autores destacam a relação anatômica estreita do ouvido médio e cavidade mastoide com a fossa glenóide e ATM, sendo fundamental a apreciação desta relação anatômica para um diagnóstico correto da mastoidite e a análise dos sintomas, exame físico e ainda radiográfico para avaliar a disseminação patológica para a ATM, uma vez que a mastoidite não é um quadro comum e um otorrinolaringologista necessita de prática para um correto diagnóstico, suspeitando sempre da ocorrência desta patologia cada vez que deparar-se com um caso de infecção repetitiva do ouvido médio após um episódio inicial de otite média aguda.

Scolozzi *et al.*¹¹ (2004), relataram o caso de uma paciente de 56 anos de idade com inchaço pré auricular indolor no ouvido esquerdo, afebril e com bom estado de saúde. Ao exame extra oral apresentou um inchaço pré auricular no lado esquerdo ligeiramente eritematoso

sobre a superfície. A função da ATM foi avaliada bilateralmente utilizando-se o índice de Helkimo. O lado direito apresentou-se assintomático e o lado esquerdo mostrou sinais de disfunção grave com dor à palpação, dor durante abertura de boca, mobilidade limitada do côndilo, abertura de boca dentro dos limites normais ligeiramente desviada. Não apresentou espasmo muscular nem ruídos articulares. Ao exame intra-oral indícios de normalidade exceto a ausência do segundo molar superior direito. Exames otoscópicos, físicos radiografia panorâmica e rastreio microbiológico normais, sendo excluídas as hipóteses de artrite séptica ou artrite reumatóide. Foi então prescrita fisioterapia e após um mês de tratamento houve piora da sintomatologia incluindo uma dor de ouvido pulsátil principalmente durante a noite e ao exame otológico observou-se que a membrana timpânica encontrava-se ligeiramente eritematosa com derrame moderado recebendo diagnóstico de otite média serosa e aos exames tomográficos e de ressonância magnética da ATM foi visualizada uma grande efusão da articulação esquerda com deslocamento lateral do côndilo e otomastoidite moderada no lado esquerdo e uma fissura petrotimpânica deiscente. O côndilo demonstrou

edema da medula com consistentes alterações degenerativas. O diagnóstico final foi de osteoartrose acompanhada de grave sinovite e otite média serosa. Foi realizada timpanotomia e atrocentese da ATM. Houve melhora rápida com total desaparecimento dos sintomas dentro das primeiras 24 horas do pós-operatório. Os autores sugerem estudos de mais casos para melhor compreensão da relação da fissura petrotimpânica com infecções ou inflamações na ATM.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino de 15 anos de idade procurou um cirurgião dentista, especialista em ortopedia funcional dos maxilares, com queixa de grande assimetria esquelética. Na anamnese, a paciente e sua acompanhante (mãe) afirmaram que tal assimetria existe desde o primeiro ano de vida, e com o passar dos anos, apresenta-se cada vez mais acentuado, sendo motivo de comentários nos meios de convívios da adolescente. A mãe da paciente relatou que a filha sofre *bullying*, tendo como consequência o isolamento social. Um dado bastante relevante na história pregressa, foi que a paciente

apresentou vários quadros de otite média purulenta do quinto ao nono mês de vida. No exame extraoral constatou-se a assimetria facial, limitação da abertura bucal, além de deflexão no movimento de abertura.

Para melhor avaliação das ATMS, foi solicitada a tomografia computadorizada. Neste exame foi constatado a hipoplasia condilar do lado direito. Verificou-se, ainda, que as superfícies ósseas articulares deste lado (processo condilar, eminência articular e fossa mandibular) apresentavam-se aplainados, além do encurtamento do ramo ascendente da mandíbula do lado afetado e consequente defeito de

desenvolvimento do corpo da mandíbula. Entretanto, no lado esquerdo, todos os componentes ósseos articulares apresentavam-se dentro dos aspectos de normalidade (Figuras 1 a 3).

Como tratamento, a paciente apresenta-se em tratamento ortopédico para minimizar a assimetria facial com provável necessidade futura de cirurgia ortognática, após a maturação óssea completa da paciente.



Figura 1: Tomografia computadorizada mostrando a hipoplasia condilar do lado direito (indicado pelas setas). Note o aspecto de normalidade do processo condilar esquerdo; A- Corte Axial e B- Corte Coronal.

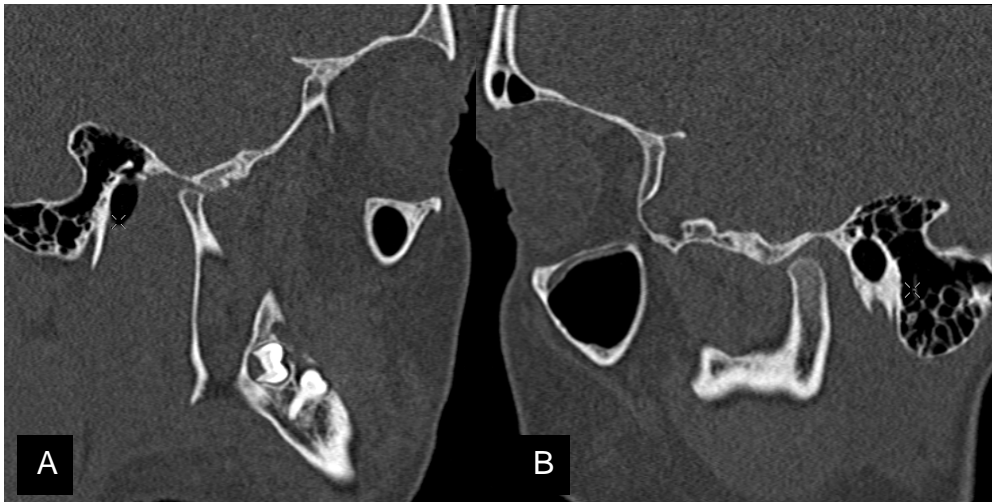


Figura 2: Tomografia computadorizada mostrando a hipoplasia condilar do lado direito. Ambos os processos condilares apresentam-se anteriorizados nas fossas mandibulares. Verifica-se, ainda, aplainamento da cabeça da mandíbula, fossa mandibular e eminência articular do lado afetado; A- Corte Sagital do lado direito e B- Corte Sagital do lado esquerdo.

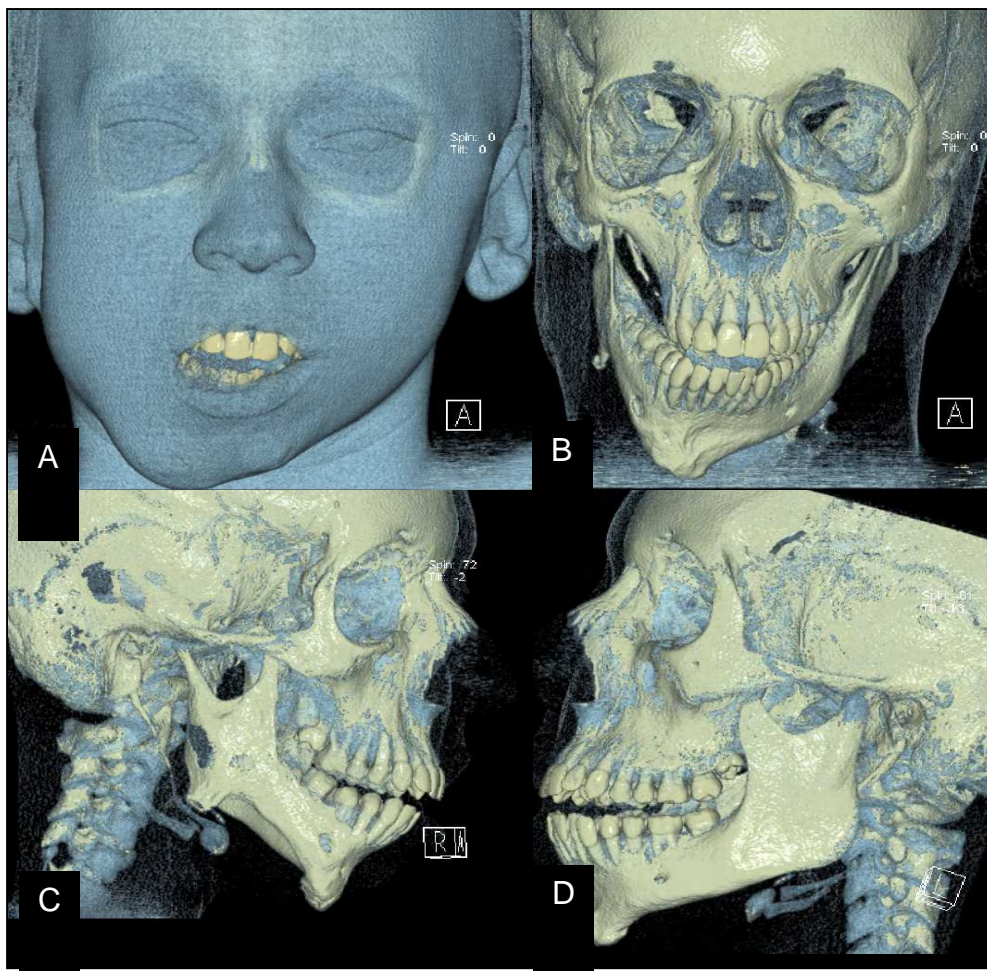


Figura 3: Tomografia computadorizada mostrando a hipoplasia condilar do lado direito. Verifica-se, ainda, encurtamento do ramo ascendente da mandíbula e conseqüente defeito de desenvolvimento do corpo da mandíbula do lado afetado; Reconstruções Tridimensionais A- com tecido mole e B, C e D- janela de tecido ósseo em várias vistas.

4 DISCUSSÃO

A otite média aguda é um processo inflamatório agudo do ouvido médio, que é desencadeado a partir de infecções das fossas nasais, das cavidades paranasais e da rinofaringe, propagadas por meio da tuba auditiva. A membrana do tímpano torna-se abaulada, opaca e eritematosa e à otoscopia pneumática apresenta-se com mobilidade limitada ou ausente, tendo sinais de acúmulo de líquido no ouvido médio, podendo ainda ser visualizada com uma perfuração e secreção purulenta. Podem ter complicações otológicas - mastoidite, petrosite, paralisia facial e sintomas vestibulares e intracranianas - abscesso extradural, tromboflebite do seio lateral, abscesso subdural, abscesso encefálico e hidrocefalia otítica.⁸

Existe uma estreita relação entre o ouvido médio, processo mastóide, cavidade glenóide e a articulação temporomandibular. A ATM é um dos lugares onde as doenças inflamatórias do ouvido e do processo mastóide se espalham. As paredes ósseas dos espaços pneumatizados do processo mastóide são barreiras importantes contra a disseminação de infecção, porém a destruição dessas barreiras

ósseas e na presença de suturas abertas na fossa glenóide e ainda a ossificação retardada da placa timpânica podem ocasionar a disseminação de infecções tais como otite média aguda, mastoidite aguda e crônica diretamente para a ATM.^{9, 10}

Em crianças, as barreiras densas de osso podem ainda não ter desenvolvido até o ponto onde esta prevenção ocorre. Os jovens estão em maior risco para infecções otológicas, devido à imaturidade da tuba auditiva e ainda não tenham um completo desenvolvimento ósseo do osso temporal, cavidade glenóide e ATM. Essa combinação de fatores coloca essa faixa etária em alto risco de disseminação da infecção entre estas duas regiões anatómicas distintas.¹⁰ A introdução da antibioticoterapia reduziu drasticamente a incidência de infecções otológicas e mastoidites, bem como da artite séptica nos últimos anos, e conseqüentemente a disseminação dessas infecções para a ATM têm sido raramente encontradas. Dentre as possíveis justificativas para que isso ocorra, podemos citar a disseminação de fluídos inflamatórios através de canais anatómicos que permitem a comunicação dessas estruturas.¹¹

Quando se estuda a anatomia e embriologia do osso temporal percebe-se a existência de um “defeito” ósseo na parede medial do meato acústico externo (parede posterior da fossa articular). Esta condição permanece até aproximadamente os quatro anos de vida do indivíduo. Porém, aproximadamente 20% dos adultos podem apresentar vestígios deste “defeito”.⁵ Esta comunicação poderia servir como meio de comunicação de infecções da orelha média e externa para os tecidos da ATM ou vice-versa. A presença do forame de Huschke seria uma provável causa de enfraquecimento da estrutura óssea do canal auditivo externo, com possível tendência à fratura do mesmo em casos de traumas e infecções.⁵

No caso relatado neste trabalho, tem-se a informação da história clínica pregressa de que a paciente apresentava recorrentes casos de otite purulenta durante a primeira infância, mais precisamente entre o 5º e 9º mês de idade, justamente nos estágios iniciais do fechamento da sutura temporotimpânica e do fechamento do forame de Huschke. Nessa fase ainda existe também uma imaturidade das estruturas ósseas que rodeiam a região do ouvido e da ATM o que facilitaria a disseminação dessa infecção otológica

e comprometeria o desenvolvimento do côndilo mandibular resultando na hipoplasia condilar identificada na paciente.

Outro fato que pode ser relevante para um diagnóstico de hipoplasia condilar neste caso é que a hipoplasia encontra-se presente apenas no lado direito, justamente no lado apontado com recorrentes otites na primeira infância, enquanto que o lado esquerdo encontra-se em normalidade.

Um outro dado importante temos no relato da mãe da paciente que nos informa que a assimetria está presente desde o primeiro ano de vida da paciente, ou seja, ao nascer não apresentava irregularidades na face, o que nos leva ainda a acreditar que esta condição foi adquirida ao longo de crescimento.

5 CONCLUSÃO

Com base no caso relatado anteriormente, na análise das imagens tomográficas e na revisão de literatura é possível afirmar que a etiologia da hipoplasia condilar é diversificada, exigindo um detalhado exame clínico para investigar a sua provável origem.

O diagnóstico deve ser precoce sendo requisito fundamental para restabelecer a função, estética e estado

psicológico do paciente. É de fundamental importância que os profissionais que atuam na região de ATM e ouvido conheçam a existência e as implicações clínicas decorrentes da existência do forame de Huschke para o diagnóstico precoce, evitando o desenvolvimento das assimetrias faciais nos casos em que estas apresentem associação com sinais clínicos de infecção das áreas afetadas. A análise da anamnese da paciente no caso relatado nos faz supor que a condição de hipoplasia condilar teria a causa adquirida, ou seja, devido as recorrentes otites purulentas sofridas durante a primeira infância.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shivhare P, Shankarnarayan L, Usha, Kumar M, Sowbhagya M B. Condylar Aplasia and Hypoplasia: A Rare Case. *Case Rep Dent* 2013; 2013:745602.
2. Arun T, Kayhan F, Kiziltan M. Treatment of Condylar Hypoplasia with Distraction Osteogenesis: A Case Report. *Angle Orthodontist*, 2002;72(4):371-6.
3. Moze K, Hoyte T, Bissoon AK. Cone Beam Computed Tomography in the Diagnosis of Unilateral Condylar Hypoplasia: Report of a Case. *West Indian Med J*. 2012;61(7):739-42.
4. Jacobson N, Starr C. Implant-Supported Rehabilitation of Severe Malocclusion Due to Unilateral condylar Hypoplasia: Case Report. *J Oral Implantol*. 2008;34(2):90-6.
5. Melgaço CA, Penna LM, Seraidarian PI. O forame de Huschke e suas implicações clínicas. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003;64(3):406-13.
6. Vidigal BCL, Seraidarian PI, Rodrigues EP, Manzi FR. Avaliação anatomo-radiográfico do Forame de Huschke. *Rev ABO Nac*. 2008;15(6):372-4.
7. Agrawal S, Singh S, Agrawal M, Singh S. Unilateral Hipoplasia of the Mandibular Condyle or Displasia-An Usual Case Report. *Int J Contemp*. 2011;2(6):122-5.
8. Miranda SL, Antonini RA. Anquilose da Articulação Temporo - Mandibular Pós - Otite Média Aguda. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2013; 60(3):240-2.
9. Orhan K, Nishiyama H, Tadashi S, Shumei M, Furukawab S. MR of 2270 TMJs: prevalence of radiographic presence of otomastoiditis in temporomandibular joint disorders. *Eur J Radiol*. 2005;55(1):102-7.
10. Hadlock TA, Ferraro AF, Rahbar R. Acute mastoiditis with temporomandibular joint effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001 Jul;125(1):111-2.
11. Scolozzi P, Becker M, Richter M. Temporomandibular Joint Osteoarthritis: A Cause of a Serous Otitis Media? A Case Report. *J Oral Maxillofac Surg*, 2004;62(1):97-100.