

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

SILVA, Agnaldo Plácido da^[1], PLÁCIDO, Eloá Jessica Mendes dos Santos^[2], MORAES, Walber^[3]

SILVA, Agnaldo Plácido da. PLÁCIDO, Eloá Jessica Mendes dos Santos. MORAES, Walber. Гипоплазия мышцелков: клинический случай. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Год 06, Эд.02, Том 01, стр. 124-131. Февраль 2021 г. ISSN: 2448-0959, ссылка для доступа: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/здравоохранение/гипоплазия-мышцелков>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ru/77896

Contents

- АБСТРАКТНЫЕ
- ВСТУПЛЕНИЕ
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
- ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
- ОБСУЖДЕНИЕ
- ВЫВОД
- РЕКОМЕНДАЦИИ

АБСТРАКТНЫЕ

Формирование лица и стоматогнатической системы имеет сложный характер и включает в себя развитие множества тканевых процессов, которые должны объединяться и сливаться чрезвычайно упорядоченным образом. Нарушения роста этих тканевых отростков или их слияния могут привести к изменениям лица. Височно-нижнечелюстной сустав – один из самых сложных в организме человека, с мышцелковым отростком, ответственным за проявление роста нижней челюсти. Гипоплазия мышцелков характеризуется дефектным формированием мышцелкового отростка, который может быть врожденным или приобретенным. В представленном случае асимметрия лица наблюдается с первого года жизни только с левой стороны. Таким образом, профессионалы, работающие в области височно-нижнечелюстного

сустава, должны знать о существовании и клинических последствиях для ранней диагностики, чтобы избежать развития асимметрии лица, восстановления функции, эстетики и психологического статуса пациента.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав. Асимметрия лица. Гипоплазия мыщелков. Мыщелковый отросток.

ВСТУПЛЕНИЕ

Височно-нижнечелюстной сустав – один из самых сложных суставов в организме человека (SHIVHARE et al., 2013), он определяется как синовиальный двусторонний взаимозависимый сустав с собственными движениями, хотя и одновременными. Он также является единственным в головном скелете, классифицируемым как трехосный, то есть он способен совершать движения вокруг трех осей (LIMONGI; MANZI и LIMONGI, 2019). Он состоит из мыщелкового отростка и суставного возвышения височной кости. ВНЧС впервые появляется на 8-й неделе беременности, когда можно наблюдать две области, широко отделенные от мезенхимальных бластов, которые появляются вблизи предполагаемого местоположения мыщелка нижней челюсти и суставной ямки (HORN et al., 2016). Кость и хрящ впервые обнаруживаются в мыщелке нижней челюсти примерно на 10-й неделе беременности (PEDRA et al., 2003). При рождении суставные поверхности покрыты волокнистой соединительной тканью, со временем ткань медленно превращается в волокнистый хрящ, и за тот же период времени происходит углубление суставной ямки (HORN et al., 2016). Головка нижней челюсти играет очень важную роль в суставе, поскольку она отвечает за выражение роста нижней челюсти (VASCONCELOS et al., 2012).

Во время эмбрионального развития могут возникать морфологические и функциональные изменения, такие как гиперплазия и гипоплазия мыщелков, дефекты, связанные с определенными заболеваниями или синдромами (дизостоз лицевой челюсти или синдром первой жаберной дуги), анкилоз, раздвоенный мыщелок и другие (LIMONGI; MANZI и LIMONGI, 2019).

Принимая во внимание, что рост черепа, верхней и нижней челюсти тесно связан, и

если нет компенсации в росте одной из этих областей, будет асимметричное развитие в какой-то части черепно-лицевого скелета, что могло привести к отклонение подбородка и подбородка, срединная линия нижней челюсти (PROFFIT и WHITE JR, 1990).

Гипоплазия мышцелков определяется в литературе Neville (NEVILLE et al., 2009) как дефектный рост мышцелка нижней челюсти, который может быть врожденным или приобретенным. В случае врожденной гипоплазии мышцелков она связана с синдромами головы и шеи, в том числе нижнечелюстно-лицевым дизостозом, окуло-аурикуло-вертебральным синдромом (синдром Гольденхара) и гемифациальной микросомией. В наиболее тяжелых случаях может наблюдаться агенезия всего мышцелка или ветви (мышцелковая аплазия). В случае приобретенной гипоплазии мышцелка возникает из-за нарушения центра роста развивающегося мышцелка. Наиболее частой причиной является травма мышцелковой области в течение первого и второго десятилетия жизни, другие причины включают инфекции, лучевую терапию и ревматоидный или дегенеративный артрит (NEVILLE et al., 2009).

Гипоплазия может развиться после потери одного или обоих центров роста мышцелков, возникает на ранних стадиях развития и может сопровождаться анкилозом в результате кровоизлияний и воспалений в соседних структурах, вызывающих фиброз суставной капсулы (IBIKUNLE et al., 2016) (HORN et al., 2016). Его тяжесть связана с периодом роста мышцелков, примерно до 25 лет, поскольку рост мышцелков более активен в первые годы жизни (MOZE; HOYTE и BISSOON, 2012), и любое нарушение во время этой фазы может усилить гипоплазию мышцелков, что приведет к деформации лица, скелета и зубов, что приведет к укорочению ветви нижней челюсти (JACOBSON и STARR, 2008) (HORN et al., 2016). Ранняя диагностика, даже в детстве, дает пациенту возможность лечиться ортопедической терапией. В случае позднего диагноза у взрослых пациентов лечение будет включать ортогнатическую операцию по исправлению деформации скелета (JACOBSON и STARR, 2008).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Шестилетняя девочка прибыла на службу челюстно-лицевой хирургии и

травматологии в больницу Nossa Senhora do Perpetuo Socorro, расположенную в городе Гаранхунс, в сопровождении своей матери; она сообщила, что у ее дочери была асимметрия лица с левой стороны. В анамнезе пациентки ее спутница (мать) указала, что такая асимметрия существует с первых лет жизни и с годами становится все более и более акцентированной, являясь предметом комментариев в социальной среде ребенка. Мать также спросили, имел ли ребенок в первые месяцы жизни какие-либо травмы или имелись картины гнойного отита, но мать не помнила, чтобы какие-либо из этих фактов имели место.

Первоначально было проведено дополнительное обследование полости рта, в ходе которого была обнаружена асимметрия лица в дополнение к отклонению в движении открывания рта. Чтобы лучше оценить костные структуры лица и ВНЧС, потребовалась компьютерная томография. КТ показала гипоплазию мышцелков с левой стороны, также можно было проверить, что поверхности суставных костей на этой стороне (возвышение сустава, мышцелковый отросток и нижнечелюстная ямка) уплощены, в дополнение к укорочению восходящей ветви нижней челюсти на стороне поражения и порок развития тела челюсти. Однако на правой стороне все компоненты суставной кости были в пределах нормы. (Рисунок 1) -



Figura 1. Tomografia computadorizada mostrando a hipoplasia condilar do lado esquerdo (indicado pelas setas). Verifica-se, ainda, aplaínamento da cabeça da mandíbula, fossa mandibular e eminência articular do lado afetado, os autores (2020).



Figura 2. Tomografia computadorizada mostrando encurtamento do ramo ascendente da mandíbula e consequente defeito de desenvolvimento do corpo da mandíbula do lado afetado, os autores (2020).

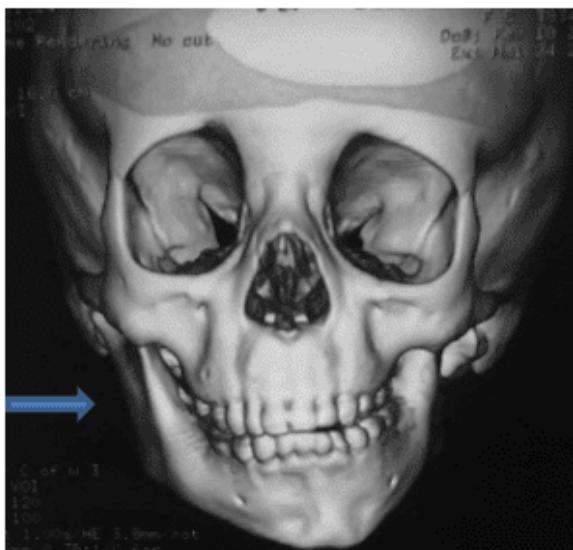


Figura 3. Tomografia computadorizada mostrando a hipoplasia condilar do lado esquerdo. Note o aspecto de normalidade do processo condilar direito (indicado pelas setas), os autores (2020).

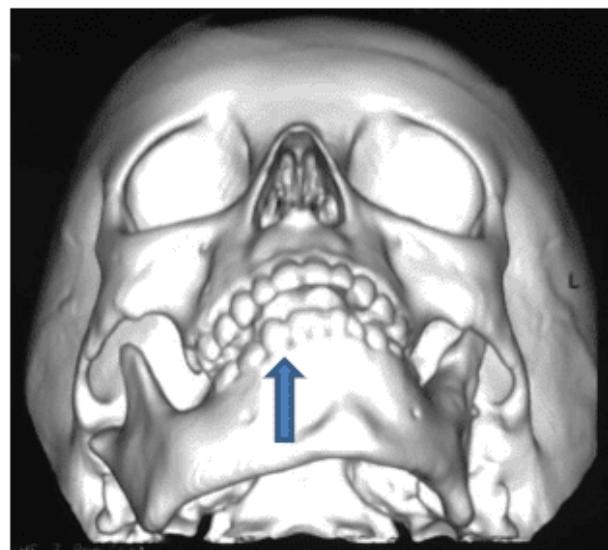


Figura 4. Tomografia computadorizada mostrando o desvio de oclusão para o lado afetado (indicado pelas setas), os autores (2020).

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В качестве терапии пациент был направлен на последующее наблюдение и ортопедическое лечение к ортодонту с целью исправить окклюзионную плоскость и минимизировать асимметрию лица с вероятной потребностью в ортогнатической хирургии в будущем после полного созревания кости пациента.

ОБСУЖДЕНИЕ

При обращении к пациенту с асимметрией лица, точнее с асимметрией нижней челюсти, согласно упомянутым авторам, гипоплазия мыщелков описывается как имеющая два возможных происхождения и несколько диагнозов. Для Miloro; Larsen и Waite (2008) одной из наиболее частых причин асимметрии лица, в данном случае нижней челюсти, является травма мыщелка; во многих случаях ни у ребенка, ни у родителей нет никаких воспоминаний о травмирующем событии (MILORO; LARSEN и WAITE, 2008).

Согласно литературным данным, это может быть приобретенное происхождение (травма во время роста мыщелка, инфекция или дегенеративный артрит) или врожденное происхождение (гемифациальная микросомия или причины генетического происхождения). В этих случаях визуализирующие исследования имеют большое значение для постановки диагноза (обычные рентгенограммы, панорамная рентгенография, компьютерная томография). Эти тесты помогают установить анатомическую степень деформации и взаимосвязь между деформацией и остальной частью лицевого скелета (MISHRA et al., 2013).

Гипоплазия мыщелков требует мультидисциплинарного подхода, «это неоднозначная тема и может иметь несколько возможных причин, поэтому для постановки правильного и точного диагноза необходимо хорошо изучить случай и оценить все возможные факторы, прежде чем начинать лечение асимметрии нижней челюсти». (FONSECA, 2015).

Важным фактом является то, что, согласно отчету матери, асимметрия присутствует с

первого года жизни пациентки, то есть при рождении у нее не было никаких отклонений на лице, что наводит нас на мысль, что это состояние было приобретено в процессе роста. В этом случае пациент начал ортопедическое наблюдение, чтобы свести к минимуму асимметрию лица. Доказано, что ранняя ортопедическая терапия является эффективной, поскольку проблема не только скелетная, но и мышечная, поскольку она представляет элементы мягких тканей с возможным изменением (MOULIN-ROMSÉE et al., 2004). «С помощью стимуляции функционального аппарата можно добиться некоторого развития мягких тканей и, таким образом, улучшить развитие лица» (RIBEIRO et al., 2011).

Будет проведен рентгенологический мониторинг, чтобы определить, есть ли активный рост мышцелка нижней челюсти во время ортопедического лечения. Активность роста мышцелков можно наблюдать, сравнивая рентгенограммы с помощью цефалометрических, панорамных или других методов визуализации, описанных в литературе, и с появлением новых технологий трехмерной реконструкции костных структур эти исследования становятся еще более точными и ценными (ROTH et al., 2010).

Оценка роста лица имеет большое значение в случаях скелетных, черепно-лицевых или лицевых деформаций зубов, а также в случаях асимметрии, вызванной гипер- или гипоплазией мышцелков (BITTENCOURT et al., 2005) (CISNEROS и KABAN, 1984). Благодаря этим знаниям можно определить идеальный момент, тип и размер операции, то есть следует ли проводить операцию в раннем возрасте или должен ли быть завершен рост кости, тем самым определяя менее инвазивную форму для пациенты, более серьезные случаи (BITTENCOURT et al., 2005).

ВЫВОД

Кандиллярная гипоплазия может рассматриваться как патологическое состояние, которое представляет проблему как для ортодонтов, так и для челюстно-лицевых хирургов из-за прогрессирующей и тяжелой зубочелюстной деформации. Понимание этиологии, характера деформации, хронологического и биологического возраста – важнейшие требования для достижения лучших результатов лечения, ранняя

диагностика – одна из основополагающих предпосылок для восстановления функций, эстетики и психологического статуса пациента.

РЕКОМЕНДАЦИИ

BITTENCOURT, L. P. et al. Skeletal scintigraphy for assessment of condylar uptake in class III malocclusion. Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 273-277, July/Aug. 2005.

CISNEROS, G. J.; KABAN, L. B. Computerized Skeletal Scintigraphy for Assessment of Mandibular Asymmetry. Oral Maxillofac Surg, v. 42, n. 8, p. 513-520, Aug. 1984.

FONSECA, E. F. R. P. D. ASSIMETRIA MANDIBULAR: DIAGNÓSTICO PRECOCE EM ORTODONTIA. Universidade Fernando Pessoa. Porto, p. 47. 2015.

HORN, D. D. S. G. et al. Hipoplasia condilar de provável origem otológica. Revista CEFAC, v. 18, n. 3, p. 801-806, Maio-Junho 2016.

IBIKUNLE, A. A. et al. Management of a Rare Case of Mandibular Condylar Aplasia in a Resource-limited Setting. Nigerian Journal of Experimental and Clinical Biosciences I, v. 4, n. 2, p. 48-52, July-December 2016.

JACOBSON, N.; STARR,. Implant-supported Rehabilitation of Severe Malocclusion Due to Unilateral Condylar Hypoplasia: Case Report. J Oral Implantol, v. 34, n. 2, p. 90-96, 2008.

LIMONGI, M. C.; MANZI, F. R.; LIMONGI, J. B. F. Temporomandibular joint alterations: two clinical case-reports of bifid condyle and temporomandibular joint ankylosis. Revista CEFAC, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2019.

MILORO, M.; LARSEN, P. E.; WAITE, P. D. Princípios de Cirurgias Bucomaxilofacial. São Paulo: Santos, v. II, 2008.

MISHRA, L. et al. Hemifacial Microsomia: A Series of Three Case Reports. Journal of Clinical and Diagnostic Research, v. 7, n. 10, p. 2383-2386, Oct. 2013.

MOULIN-ROMSÉE, C. et al. Treatment of Hemifacial Microsomia in a Growing Child: The Importance of Co-Operation between the Orthodontist and the Maxillofacial Surgeon. *Journal of Orthodontics*, v. 31, n. 3, p. 190-200, Sep. 2004.

MOZE, K.; HOYTE, T.; BISSOON, A. K. Cone Beam Computed Tomography in the Diagnosis of Unilateral Condylar Hypoplasia: Report of a Case. *West Indian Med J*, v. 61, n. 7, p. 739-742, Oct. 2012.

NEVILLE, B. W. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3^a. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 17 p.

PEDRA E CAL NETO, J. O. A. et al. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA MAXILA. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, v. 33, n. 3, p. 25-29, JANEIRO / JUNHO 2003.

PROFFIT, W. R.; WHITE JR, R. P. Who Needs Surgical-Orthodontic Treatment? *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg*, v. 5, n. 2, p. 81-89, 1990.

RIBEIRO, F. A. V. et al. Tratamento não-cirúrgico de microssomia hemifacial por meio da ortopedia funcional dos maxilares. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 131-134, Jan./Mar. 2011.

ROTH, L. S. et al. Hiperplasia condilar: considerações sobre o tratamento e relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, Camaragibe, v. 10, n. 3, p. 19-24, Jul./Set. 2010.

SHIVHARE, P. et al. Condylar Aplasia and Hypoplasia: A Rare Case. *Case Reports in Dentistry*, p. 1-5, 2013.

VASCONCELOS, B. C. D. E. et al. Mandibular asymmetry: literature review and case report. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 78, n. 4, p. 137, July/August 2012.

^[1] Аспирант биомедицинских наук в IUNIR – Институте итальянского университета Росарио, Аргентина. Специалист по челюстно-лицевой хирургии и травматологии – FACSETE – Faculdade de Sete Lagoas. Окончила стоматологию ASCES – Associação Caruaruense de Ensino Superior. Получила диплом биолога в UPE – Universidade de Pernambuco.

^[2] Окончила факультет физиотерапии UNINASSAU.

^[3] Диплом по биологии UPE – Университет Пернамбуку. Магистр природных ресурсов – UFCG. Профессор UNOPAR.

Отправлено: Июль 2020 г.

Утверждено: Январь 2021 г.