

GLOSSECTOMIA PARCIAL ASSOCIADA À CIRURGIA ORTOGNÁTICA: RELATO DE CASO

PARTIAL GLOSSECTOMY ASSOCIATED WITH ORTHOGNATHIC SURGERY: CASE REPORT

Igor Alexandre Damasceno **SANTOS**¹
Mariana Machado Mendes **DE CARVALHO**²
Juliana Silva Minho **SOUZA**²
Roberto Almeida **DE AZEVEDO**³

RESUMO

A macroglossia é caracterizada pelo aumento de volume da língua, a qual afeta todo o sistema estomatognático em função de sua posição e tamanho. Ela é considerada um fator etiológico para: mordida aberta, protrusão bimaxilar, espaçamento entre os arcos dentários e pode causar instabilidade pós-tratamento ortodôntico/ortodôntico-cirúrgico. Aglossectomia é uma cirurgia com prognóstico favorável, pois melhora a estabilidade oclusal, esta pode ser associada antes, simultaneamente ou após a cirurgia ortognática. Nos casos em que o tamanho da língua inviabiliza a realização da cirurgia ortognática. Descrever um relato de caso de glossectomia associada à cirurgia ortognática, apresentando o diagnóstico, tratamento instituído, técnica cirúrgica e acompanhamento pós operatório. Paciente sexo feminino, acompanhada há 10 anos pelo preceptor do serviço foi submetida à cirurgia ortognática e glossectomia em mesmo tempo cirúrgico, com retração mandibular instituída através de osteotomia bilateral e fixação com duas placas no sistema 2.0. A técnica selecionada para a glossectomia foi de “buraco de fechadura” modificada sem avançar a incisão muito a posterior. Não houve seqüelas e a paciente ficou muito satisfeita com o resultado. A macroglossia é uma condição de difícil diagnóstico que precisa ser tratada para uma melhor qualidade de vida e desenvolvimento do paciente, melhor resultado pós operatório em cirurgias ortognáticas, evitar recidivas devido a memória muscular e a influência da língua na posição alvéolo dentaria.

UNITERMOS: Glossectomia; Cirurgia Ortognática; Deformidades Dentofaciais.

INTRODUÇÃO

A macroglossia é uma doença caracterizada pelo aumento de volume da língua, condição que interfere no desenvolvimento do esqueleto facial e no crescimento anteroposterior do processo alveolar^{1,2}, tem efeito expansivo sobre o arco dental inferior¹ e pode causar deformidades esqueléticas e dentárias como: mordida aberta anterior, protrusão bimaxilar, espaçamentos na arcada dentária, podendo desencadear dificuldades mastigatórias e respiratórias, deglutições atípicas, comprometimento da fonação e instabilidade após tratamento ortodôntico e ortodôntico-cirúrgico^{3,4}. Sua causa deve ser claramente definida para distinção entre macroglossia verdadeira e pseudomacroglossia, o diagnóstico deve ser baseado no volume da língua, mobilidade, posição, função, sintomas, inteligibilidade da fala, mordida aberta anterior esquelética, interferência no tratamento ortodôntico, deglutição atípica e trauma

lingual recorrente¹, critérios essenciais para identificar os pacientes que podem se beneficiar de uma glossectomia parcial para melhorar função, estética e estabilidade do tratamento³.

A pseudomacroglossia é uma condição na qual a língua possui tamanho adequado, porém há um desequilíbrio entre o tamanho da língua e o da cavidade oral, resultando em espaço insuficiente para a estrutura em questão². Este quadro pode ser desencadeado por: prognatismo mandibular verdadeiro, postura habitual da língua, tonsilas hipertrofiadas e tecido adenoide causando deslocamento da língua para frente, abóboda palatina baixa reduzindo o volume da cavidade oral, deficiência transversal e anteroposterior dos arcos maxilar ou mandibular que diminui o volume da cavidade oral, severa deficiência mandibular, e cistos ou tumores que deslocam a língua. Já a macroglossia verdadeira apresenta como causas: hipertrofia

1 Residente do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial UFBA em parceria com as obras sociais Irmã Dulce, HGE e Hospital do Oeste.

2 Interna do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial UFBA em parceria com as obras sociais Irmã Dulce, HGE e Hospital do Oeste.

3 Coordenador do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial UFBA em parceria com as obras sociais Irmã Dulce, HGE e Hospital do Oeste.

muscular, hiperplasia glandular, hemangioma e linfangioma, também ocorre com frequência na Síndrome de Down Síndrome de Beckwith-Wiedemann³.

Wolford e Cottrell³(1996) afirmaram que a causa mais comum de macroglossia é a hipertrofia muscular, e que em condições normais a língua atinge seu tamanho final aos oito anos de idade. O diagnóstico correto é fundamental para determinação do tratamento.

A glossectomia parcial pode ser realizada antes, simultaneamente ou após a cirurgia ortognática². Nos casos em que o tamanho da língua inviabiliza a realização da cirurgia ortognática a glossectomia deve ser realizada antes para permitir a oclusão^{3,5}. Os riscos potenciais e complicações que podem ocorrer na glossectomia incluem sangramento excessivo, obstrução das vias aéreas secundária ao edema da língua, anestesia e perda do sabor consequente à lesão do nervo lingual, disfunção motora secundária à lesão do nervo hipoglosso, diminuição da mobilidade da língua secundária à formação de cicatrizes, lesão do ducto salivar, alteração fonética e problemas mastigatórios³. Um edema máximo é esperado dentro das 48 a 72 horas de pós-operatório⁵.

RELATO DO CASO

Pacientedo gênero feminino, 32 anos, procurou o Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do hospital Santo Antônio queixando-se de que possuía um “queixo grande”, durante o exame físico foi constatado que a mesma era portadora de oclusão do tipo classe III esquelética com perfil côncavo (Figura 1) e mordida cruzada anterior (Figura 2). Após análise e diagnóstico do caso foi estabelecido um plano de tratamento com ortodontia e cirurgia ortognática, então foi solicitada a documentação e os modelos de estudo com encaminhamento para o tratamento ortodôntico.



Figura 1- Perfil e frontal pré-operatório.



Figura 2- Fotos pré-operatórias intraorais.

Após a finalização da ortodontia pré cirúrgica a paciente foi submetida à cirurgia ortognática na qual foi planejado recuo mandibular de aproximadamente

10 mm através de uma osteotomia sagital bilateral do ramo da mandíbula e fixação com duas placas no sistema 2.0. A cirurgia transcorreu sem intercorrências, porém não era possível se obter a oclusão planejada porque, devido ao tamanho da língua, a mesma se interpunha entre as arcadas impedindo a realização do bloqueio intermaxilar. Por conta desta impossibilidade física e pela maior probabilidade de recidiva no pós-operatório se optou, naquele momento, a realizar uma glossectomia parcial pela técnica da fechadura modificada, sem avançar a incisão para a posterior de forma que a língua assumisse uma nova posição, favorável ao tratamento(Figura 3).

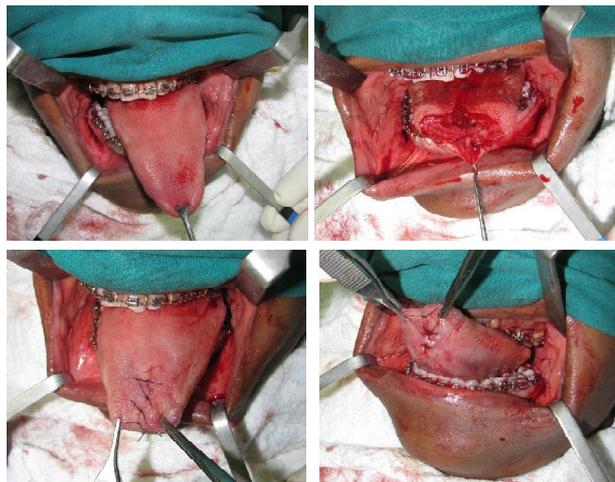


Figura 3- Trans-operatório da glossectomia com a técnica da fechadura modificada.

A redução do tamanho lingual foi plenamente obtida (Figura 4), conseguindo-se a finalização da cirurgia ortognática com cicatrização e recuperação satisfatória (Figuras 5 e 6).



Figura 4- Fotos da língua 6 meses pós-operatório.



Figura 5-Perfil e frontal 6 meses pós-operatório.



Figura 6- Fotos 6 meses pós-operatórias intra orais.

A paciente que foi acompanhada por 10 anos (Figuras 7 a 9) com ausência de queixa e recidiva e com manutenção do resultado obtido.



Figura 7- Fotos 9 anos pós-operatórias intra orais.



Figura 8-Perfil e frontal 9 anos pós-operatório.



Figura 9- Ventre lingual 9 anos pós-operatório.

DISCUSSÃO

A posição da língua e seu tamanho afetam o sistema estomatognático e seus componentes esqueléticos e dentários. A macroglossia é considerada um fator etiológico para: mordida aberta, protrusão bimaxilar, espaçamento entre os arcos dentários e pode causar instabilidade pós tratamento ortodôntico 5e/ou ortodôntico-cirúrgico¹.

Não há um consenso na literatura acerca da classificação da macroglossia. Wolford e Cottrell³(1996) afirmam que a pseudomacroglossia se estabelece quando a língua tem um tamanho adequado, mas é grande em relação a cavidade oral como descrito por Tanaka et al.⁴(2013) e exemplificado no caso clínico deste artigo; já a macroglossia verdadeira pode ser causada por fatores congênitos ou adquiridos, dentre estes podemos citar a de Síndrome de Beckwith-Wiedemann Distrofia muscular congênita, deficiência de merosina 5 e a Síndrome de Down³.

Bell e Proffit⁶ (1980) acrescentaram uma terceira classificação denominada macroglossia funcional, para os casos em que a língua não se adapta a cavidade oral após um procedimento cirúrgico no qual foi estabelecido um novo padrão esquelético. Considerando a classificação de Bell e Proffit⁶(1980), o caso clínico descrito neste trabalho se tratava de uma macroglossia funcional.

Não há fatores patognomônicos para o diagnóstico da macroglossia nem um consenso de métodos práticos para a mensuração do tamanho da língua e sua influência na má oclusão⁴mas, são observadas algumas características cefalométricas e radiográficas (protrusão mandibular dentoalveolar, protrusão bimaxilardentoalveolar, aumento do plano mandibular, do ângulo goníaco e do planooclusal, diminuição das vias aéreas orofaríngeas, discrepância excessiva do crescimento mandibular com protrusão dentoalveolar e quando a língua preenche a cavidade oral e se projeta anteriormente através da mordida aberta³, além das clínicas (comprometimento da função respiratória, deglutição, fonação, maloclusões causadas pela força e interposição da língua e fatores estéticos), que levam a um melhor diagnóstico da macroglossia¹⁻³.

Algumas características clínicas foram consideradas nos relatos de caso como critério para o diagnóstico da macroglossia como: assimetria facial⁵ interposição crônica da língua entre os dentes anteriores^{2,3}, dificuldade de deglutição e fonação^{2,3,5}, dentes anteriores inferiores inclinados³.

Por isso, compreender os sinais e sintomas da macroglossia são essenciais na indicação da glossectomia parcial, o emprego da terapêutica adequada melhora a função, estética, estabilidade do tratamento e previne recidivas em cirurgia ortognática³.

A glossectomia é uma alternativa cirúrgica com prognóstico favorável nos casos de mordida aberta, pois proporciona maior estabilidade do resultado⁴. Além disso, segundo Petdachaiet al.⁷(1993) a realização da osteotomia mandibular combinada à glossectomia parcial para o tratamento de pacientes portadores de mordida aberta anterior e prognatismo mandibular previne recidivas pois, o espaço oral ocupado pela língua após a cirurgia ortognática é diminuído, e sem o auxílio da glossectomia parcial a língua pode assumir uma posição desfavorável ao tratamento.

A maioria dos casos observados na literatura descreviam pacientes com mordida aberta em contraste com o nosso caso clínico. Mas, em concordância nenhum estudo da literatura consultada relatasequelas após as cirurgias^{3,4,5,9,10}.

Tanaka et al.⁴(2013) foram os únicos a relatar um caso de glossectomia parcial de um paciente classe 1 de Angle e classe 1 esquelética, pois a maioria, assim como neste relato de caso, eram classe 3 esquelética^{3,5,9} e classe 3 de Angle^{2,3,9}.

Diferentes incisões são descritas para a correção cirúrgica da macroglossia. Quando se deseja alterar apenas o comprimento da língua a técnica mais adequada é a incisão em forma de “V” no ápice lingual. A glossectomia através de incisões na porção anterior da língua pode ocasionar hipomobilidade e aspecto rombóide^{1,3,8}.

A técnica de incisão elíptica na região mediana não modifica o comprimento, somente altera a largura lingual. Quando deseja-se preservar a porção central da língua, a incisão em “W” é empregada⁸. Tanaka et al.⁴ (2013) e Wolford e Cottrell³(1996) afirmam que a técnica cirúrgica mais comumente empregada para glossectomia parcial é a incisão em forma de “buraco de fechadura”, que resulta na diminuição do volume total da língua, ou seja, comprimento e espessura. É ideal que se realize um protocolo de controle de sangramento durante a cirurgia para evitar contusões e grave inchaço⁴.

A técnica selecionada para a resolução do caso descrito foi do tipo “buraco de fechadura” modificada, pois se limitou ao terço médio da língua. Em concordância a maioria dos casos consultados na literatura que realizaram a mesma técnica^{3,4}e obtiveram sucesso. Em discrepância, Lopes et al.²(2009) utilizaram em seus casos as incisões de Egyedi e Obwegeser e em forma de “V”.

Para a paciente tratada pelo serviço e acompanhada há 10 anos, foi realizada a cirurgia ortognática e glossectomia em mesmo tempo cirúrgico, também observado em Lopes et al.²(2009), Wolford e Cottrell³ (1996), Tanaka et al.⁴ (2013), Jones e Waite⁵ (2012), Hikita et al.⁹ (2014) e Kriwalsky et al.¹⁰ (2008), além disso a retração mandibular foi instituída através de osteotomia bilateral, como também descrito por Wolford e Cottrell³ (1996), sem queixas e apresentando mobilidade normal da língua e estabilidade do resultado obtido na cirurgia ortognática.

CONCLUSÃO

A glossectomia parcial pode e deve ser considerado um importante adjuvante na cirurgia ortognática, evitando a recidiva, principalmente nos casos de grandes recuos mandibulares, sendo uma técnica de fácil execução e de baixos níveis de complicações.

ABSTRACT

The macroglossia is characterized by an increase in the volume of the tongue, which affect the entire stomatognathic system in function of the tongue position and size. It is considered an etiological factor for: open bite, bimaxillary protrusion, spacing between dental arches and may cause orthodontic / orthodontic-surgical post-treatment instability. Glossectomy is a surgery with favorable

prognosis, because cause a improvement of occlusal stability, may be associated before, simultaneously or after an orthognathic surgery. In cases where the size of the tongue makes it impossible to perform orthognathic surgery. To describe a case report of glossectomy associated with orthognathic surgery, presenting the diagnosis, treatment instituted, surgical technique and postoperative follow-up. Female patient, followed for 10 years by the preceptor of the service. She had been submitted to orthognathic surgery and glossectomy in one surgical time, with mandibular retraction instituted through bilateral osteotomy and fixation with two plaques in the 2.0 system. The technique selected for glossectomy was a modified “keyhole” without advancing the incision much later. There were no sequels and patient was very satisfied with the result. Macroglossia is a difficult diagnosis condition that needs to be treated for a better quality of life and development of the patient, better postoperative result in orthognathic surgeries, to avoid relapses due to a Muscular memory and the influence of the tongue in the dental alveolus position.

UNITERMS: Glossectomy; Orthognathic Surgery; Dentofacial Deformities.

REFERÊNCIAS

1. Salmen FS, Dedivitis RA. Partial glossectomy as auxiliary method for the orthodontic treatment of dentofacial deformities. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2012; 16(3): 414-417.
2. Lopes KM, Santos MR, Morando FS, Milani BA, Franchim GH, Jorge WA. Tratamento cirúrgico da macroglossia: relato de 2 casos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac* 2009; 9(1): 9-14.
3. Wolford LM, Cottrell DA. Diagnosis of macroglossia and indications for reduction glossectomy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1996; 110(2): 170-177.
4. Tanaka OM, Guariza-Filho O, Carlini JL, Oliveira DD, Pithon MM, Camargo ES. Glossectomy as an adjunct to correct an open-bite malocclusion with shortened maxillary central incisor roots. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2013; 144(1): 130-140.
5. Jones LC, Waite PD. Orthognathic surgery and partial glossectomy in a patient with merosin-deficient congenital muscular dystrophy. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70(2): 141-146.
6. Bell WH, Proffit WW. Surgical correction of dentofacial deformities. Philadelphia: WB Saunders:1980.
7. Petdachai S, Inoue Y, Inoue H, Sakuda MJO. Orthognathic surgical approach and partial glossectomy to a skeletal 3 adult open bite. *Univ Dent Sch* 1993; 33:14-20.

8. Ceber M. A new reduction glosso plastytechnique formacroglosia. ActaOtoLaryngol 2007;127(5): 558-560.
9. Hikita R, Kobayashi Y, Tsuji M, Kawamoto T, Moriyama K. Long- term orthodontic and surgical treatment and stability of a patient with Beckwith-Wiedemann syndrome. Am J OrthodDentofacia IOrthop 2014;145(5):672-684.
10. Kriwalsky MS, Deschauer M, Eckert AW, Schubert J, Zierz S. Orthognatic surgery in a case of infantile facioscapulohumeral muscular dystrophy with macroglossia. Oral Maxillo facSurg 2008;12(4):195-198.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

ALEXANDRE DAMASCENO SANTOS
Rua André Gonçalves, 136, condomínio San
Francisco, Ap 904, Pituaçu , CEP 41741020
Salvador , Bahia, Brasil

E-mail para contato: igordamascenosa@gmail.com

