

ABORDAGEM CIRÚRGICA EM FRATURA DE SÍNFISE E CÔNDILO MANDIBULAR BILATERAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO

SURGICAL APPROACH FOR SYMPHYSIS AND BILATERAL MANDIBULAR CONDYLE FRACTURE IN A PEDIATRIC PATIENT: A CASE REPORT

ALESSANDRA MONTEIRO SANTANA³,
ALEJANDRO FÁBIO ESTRADA MICHEL³,
TAGNA DE OLIVEIRA BRANDÃO³,
NATÁLIA PASSOS DA SILVA²,
DIEGO MAIA DE OLIVEIRA BARBOSA²
ANTÔNIO LUCINDO SOBRINHO¹.

RESUMO:

As indicações de tratamento das fraturas mandibulares em paciente pediátrico variam em conservador, fixação não rígida e interna rígida. Alterações no crescimento ósseo, disfunções na articulação temporomandibular e assimetrias faciais podem ser decorrentes ao insucesso do tratamento. O objetivo deste trabalho consiste em relatar abordagem cirúrgica em fratura de sínfise e côndilo mandibular bilateral em paciente pediátrico. Paciente gênero feminino, 09 anos de idade, foi encaminhada ao Hospital Geral do Estado - Bahia vítima de queda de nível, cursando com trauma em face. Apresentou queixa principal, referida pela progenitora, de dificuldades em fechar a boca. Ao exame físico, a paciente apresentou mobilidade atípica à manipulação da mandíbula, mordida aberta anterior, equimose sublingual, ausência das unidades dentárias 74 e 75, com abertura bucal regular e suturas em posição em região de mento. Ao exame de imagem de tomografia computadorizada da face, pôde-se notar sinais sugestivos de fratura em região de sínfise e côndilos mandibulares bilateral. Após diagnóstico das fraturas, a paciente foi submetida à cirurgia sob anestesia geral para redução e fixação das mesmas. Realizou-se acessos em ferimento na região mental e retromandibular bilateral com posterior síntese das fraturas utilizando fixação interna rígida com placas do sistema 2.0mm, associada a odontossíntese na fratura de sínfise. Ao acompanhamento periódico, a eleição do tratamento cirúrgico para fraturas mandibulares em pacientes pediátricos, pode permitir segurança no crescimento ósseo mandibular e facial.

UNITERMOS: côndilo mandibular; fratura; fixação interna rígida.

INTRODUÇÃO

As fraturas faciais em pacientes pediátricos são raras, devido estruturas cartilaginosas e ósseas mais elásticas nesta fase do desenvolvimento esquelético. Estas condições permitem maior flexibilidade e compressão em traumas, ocasionando em menores chances de fratura¹. Além disso, o osso mandibular é o último osso facial a atingir a maturidade esquelética, podendo tolerar aos traumas faciais².

De acordo com o estudo de Gondim et al. (2015)³, as fraturas mandibulares são as mais frequente em crianças (80%). A região sinfisária ganha destaque em 44% dos casos e as regiões condilares

apresentam-se em 38% em eventos traumáticos. De acordo com o *AO Foundation*, as fraturas da área de côndilo mandibular ocorrem aproximadamente em 50% de todas as fraturas mandibulares em crianças⁴. Outros estudos trazem a fratura nasal como a mais prevalente nas crianças (58,6%), devido localização proeminente dessa estrutura na face. Porém, em seguida, as fraturas mandibulares ganham destaque em 21,5% dos casos⁵.

Em pacientes pediátricos, apesar da sínfise mandibular apresentar processo de maturação óssea a partir de uma sínfise cartilaginosa, é uma das regiões mais acometida pelas fraturas mandibulares, devido

1. Preceptor do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial HGE/HGRS/EBMSP.

2. Cirurgião Bucomaxilofacial pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID/HGE.

3. Residente do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial UFBA/OSID/HGE.

a sua localização anterior e proeminente na face^{6,3}. O colo condilar é o principal ponto de crescimento vertical da mandibular, portanto, é uma região a ser dada maior atenção quando envolvida em traumas. O colo condilar pediátrico é curto e espesso, tornando-o mais resistente a forças traumáticas em comparação ao colo condilar adulto, comprido e mais fino^{2,7}.

Os impactos na sínfise podem acometer de forma bilateral os côndilos mandibulares em detrimento da energia do trauma, exercendo forças horizontais e verticais^{2,8}. Este cenário pode ocasionar em sinais característicos de mordida cruzada posterior, com a abertura traumática dos segmentos posteriores mandibulares. Além disso, as fraturas bilaterais de côndilo isoladas podem resultar em mordida aberta anterior^{6,8}. Além das mudanças na oclusão dentária, a dor, trismo, diminuição da capacidade de movimento da articulação temporomandibular, assimetria facial e equimoses gengivais são condições tipicamente encontradas frente a casos de fraturas envolvendo os côndilos mandibulares e regiões sinfisárias^{2,9}.

O exame clínico em crianças precisa ser realizado de forma cuidadosa, visto que esta etapa proporciona subsídios para um diagnóstico preciso e manejo oportuno. Frente a dificuldades em obter todos os detalhes da história do trauma e relato dos sintomas, o sucesso do exame clínico, por vezes, dependerá do relato de responsáveis pela criança¹. Adicionalmente, o exame de imagem padrão para compor as hipóteses clínicas é a tomografia computadorizada, onde é possível visualizar com maior riqueza de detalhes as fraturas ósseas. Serviços de saúde onde radiografias convencionais são a única possibilidade, pode ser lançada mão de mais de uma incidência bidimensional, desde de que elas sejam perpendiculares entre si. A exemplo, a incidência pósterio-anterior da mandíbula, Towne e a incidência

lateral oblíqua da mandíbula^{6,8}.

O tratamento preconizado para as fraturas pediátricas varia em conservador, fixação não rígida e interna rígida. A escolha dentre as opções pode depender do grau de ruptura da fratura, da alteração na oclusão dentária, idade do paciente e na sintomatologia dolorosa vigente. Alterações no crescimento ósseo, disfunções na articulação temporomandibular, distopias oclusais e assimetrias faciais são algumas das complicações que podem decorrer ao insucesso do tratamento^{10,4,11}.

O objetivo deste trabalho consiste em relatar o caso clínico de uma paciente pediátrica vítima de queda de nível, ocasionando em fratura de sínfise e côndilos mandibulares bilateralmente. Assim como descrever o manejo clínico e abordagem cirúrgica eleita, evidenciando sucesso terapêutico.

RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, nove anos de idade, foi encaminhada ao Hospital Geral do Estado - Bahia vítima de queda de nível, cursando com trauma em face. Referida pela progenitora, a paciente apresentou queixa principal de dificuldade em fechar a boca, negou patologia de base, uso crônico de medicamentos e histórico de alergia medicamentosa.

Ao exame físico extraoral a paciente apresentou selamento labial forçado, posicionamento retraído da mandíbula, edema em terço inferior da face e suturas em posição e ocluídas em região de mento (Figura 01 A-C). Ao exame físico intraoral, a paciente apresentou mobilidade atípica à manipulação da mandíbula, mordida aberta anterior, equimose sublingual, ausência das unidades dentárias decíduas 74 e 75, com abertura bucal regular (Figura 01 D-F). Devido presença de mobilidade atípica à manipulação da mandíbula em região sinfisária da mandíbula, foi realizada fixação não rígida com fio de aço, no intuito de estabilizar os fragmentos ósseos.



Figura 1: (A-C) exame físico extraoral pré-operatório; (D-F) exame físico intraoral pré-operatório.

O exame de imagem de tomografia computadorizada da face (TC de face) foi o exame complementar eleito, onde pôde-se notar sinais sugestivos de fratura em região de sínfise e côndilos mandibulares bilaterais com rotação medial (Figura 2).

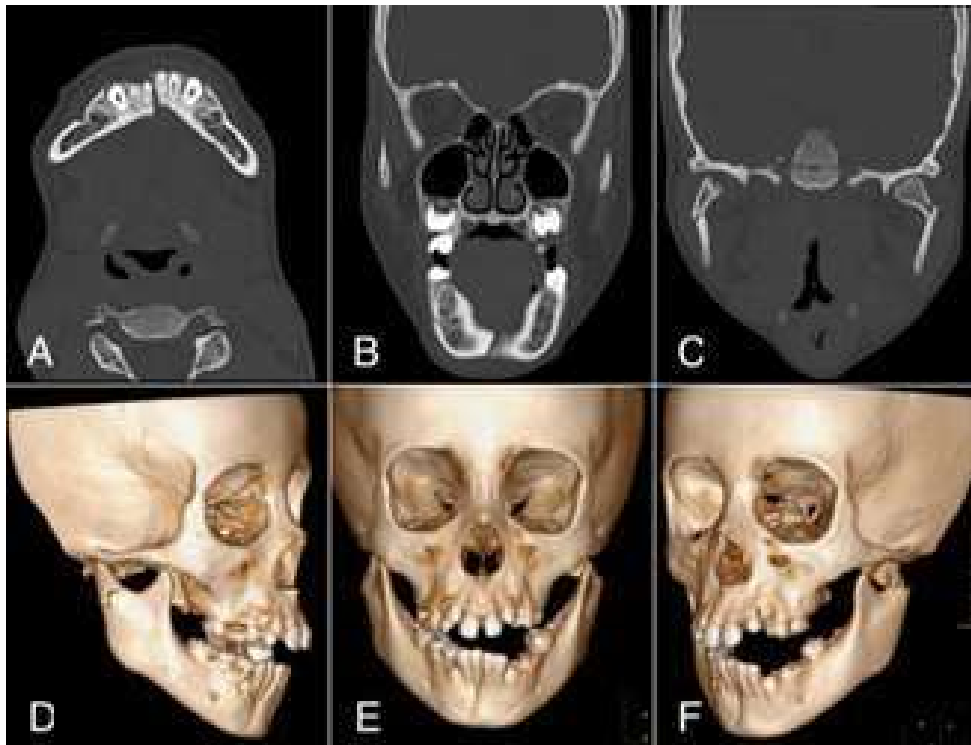


Figura 2: (A) tomografia computadorizada de face corte axial, (B-C) corte coronal; (D-F) reconstrução 3D.

Após hipótese diagnóstica das fraturas, a paciente foi submetida à cirurgia sob anestesia geral para redução aberta e fixação dos cotos ósseos fraturados. Realizou-se acessos em ferimento na região mental e retromandibular bilateral, e divulsão dos tecidos faciais por planos a fim de expor os cotos ósseos fraturados (Figura 3 A-B). Posteriormente seguiu-se com bloqueio maxilomandibular para estabelecer um padrão oclusal (Figura 3 C). Em seguida realizou-se a síntese das fraturas utilizando fixação interna rígida com 01 placa do sistema 2.0mm na sínfise mandibular e 01 placa do sistema 2.0mm em cada côndilo mandibular (Figura 3 D-F). Por fim, foi retirado o bloqueio maxilomandibular e optou-se pela continuidade da fixação não rígida em associação com a interna rígida na fratura sínfisária.

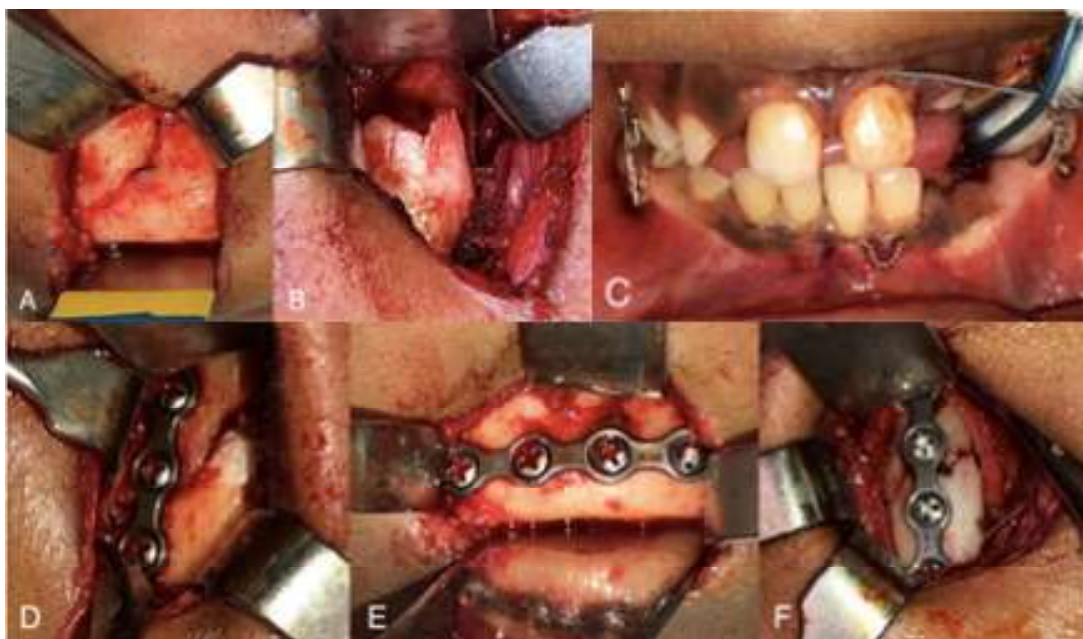


Figura 3: (A) fratura de sínfise; (B) fratura de côndilo lado esquerdo; (C) bloqueio maxilomandibular transoperatório; (D) síntese de fratura condilar lado direito; (E) síntese de fratura sínfisária; (F) síntese de fratura condilar lado esquerdo.

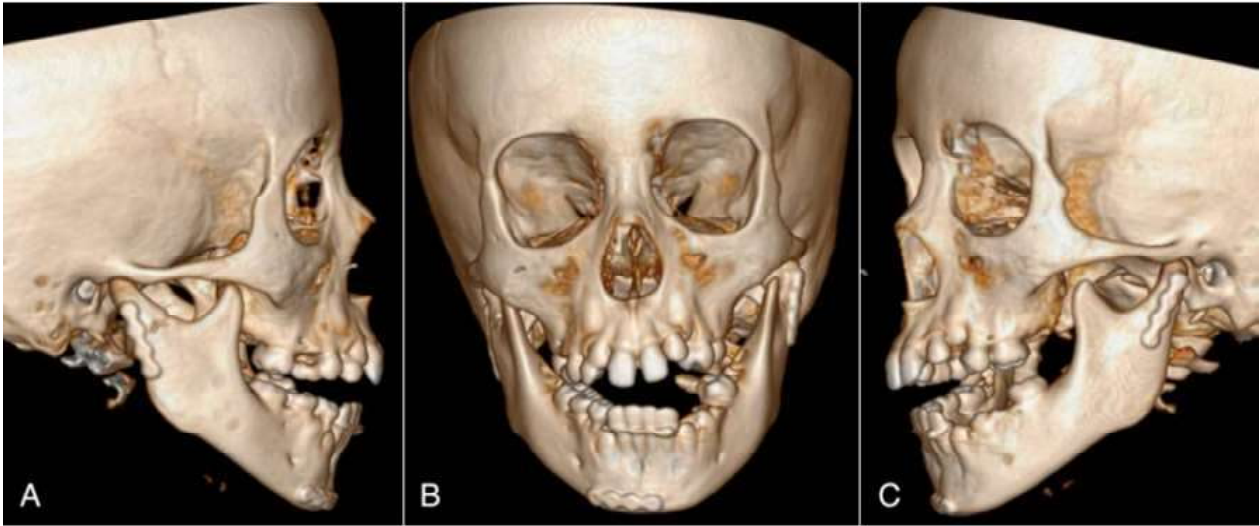


Figura 4: (A-C) tomografia computadorizada de face, reconstrução 3D.

A tomografia computadorizada de face pós-operatória imediata evidenciou adequada redução e fixação dos cotos ósseos fraturados e reestabelecimento do direcionamento para o padrão oclusal harmônico (Figura 4 A-C). A paciente foi orientada a realizar dieta leve durante 15 dias no pós-operatório, assim como realizar movimentos de exercício das funções mandibulares.

Ao décimo quinto dia pós-operatório, a paciente cursou com resolução do edema em terço inferior da face, mímica facial preservada e adequada cicatrização em suturas extraorais. Além disso, apresentou adequada abertura bucal, com retomada de habilidade de selamento labial em repouso, e com movimentos de abertura, fechamento e lateralidade preservados, evidenciando sucesso da terapêutica escolhida (Figura 5 A-F). Nesse mesmo momento de acompanhamento pós-operatório foi retirada a fixação não rígida da região anterior mandibular, cursando com ausência de mobilidade atípica à manipulação da mandíbula. Conduta eleita devida associação com fixação interna rígida, sendo capaz de dar continuidade à posição adequada para consolidação óssea. Ao trigésimo dia pós-operatório, a paciente apresenta satisfatória evolução de cicatrização tecidual (Figura 6 A-F) e boa abertura bucal com aproximadamente 31mm de abertura (Figura 7).



Figura 5: (A-C) exame físico extraoral ao 15º dia pós-operatório; (D-F) exame físico intraoral ao 15º dia pós-operatório.



Figura 6: (A-C) exame físico extraoral ao 30º dia pós-operatório; (D-F) exame físico intraoral ao 30º dia pós-operatório.



Figura 7: abertura bucal de aproximadamente 31mm em 30º dia pós-operatório.

Ao acompanhamento de dois meses pós-operatório (Figura 8 A-F), a paciente apresenta excelente cicatrização tecidual, evolui sem queixas álgicas em regiões de côndilos mandibulares, manutenção de funcionalidade da mastigação e oclusão dentária mista em desenvolvimento. Além disso, à radiografia panorâmica de controle, é possível

notar sinais sugestivos de material de síntese em posição, com adequada consolidação óssea das fraturas (Figura 9). A abertura de boca permanece com a mesma proporção em dois meses, com aproximadamente 31mm (Figura 10), revelando sucesso da terapêutica adotada para a paciente.



Figura 8: (A-C) exame físico extraoral ao 60º dia pós-operatório; (D-F) exame físico intraoral ao 60º dia pós-operatório.

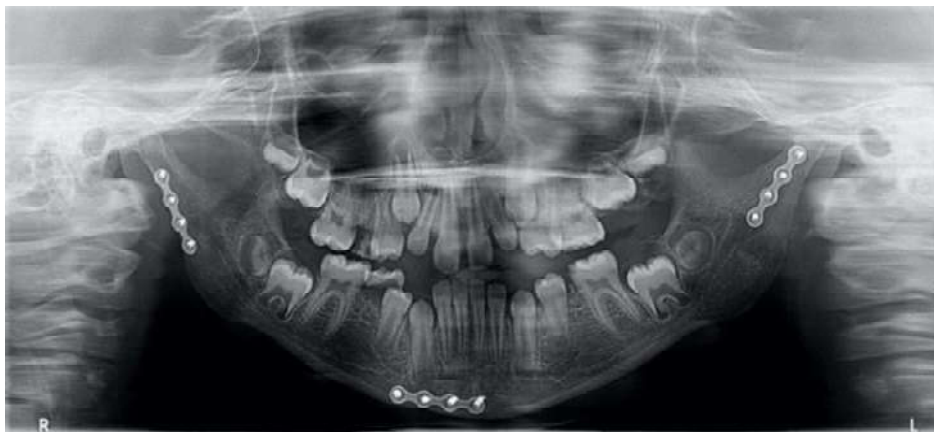


Figura 9: radiografia panorâmica de 60 dias após o procedimento cirúrgico.

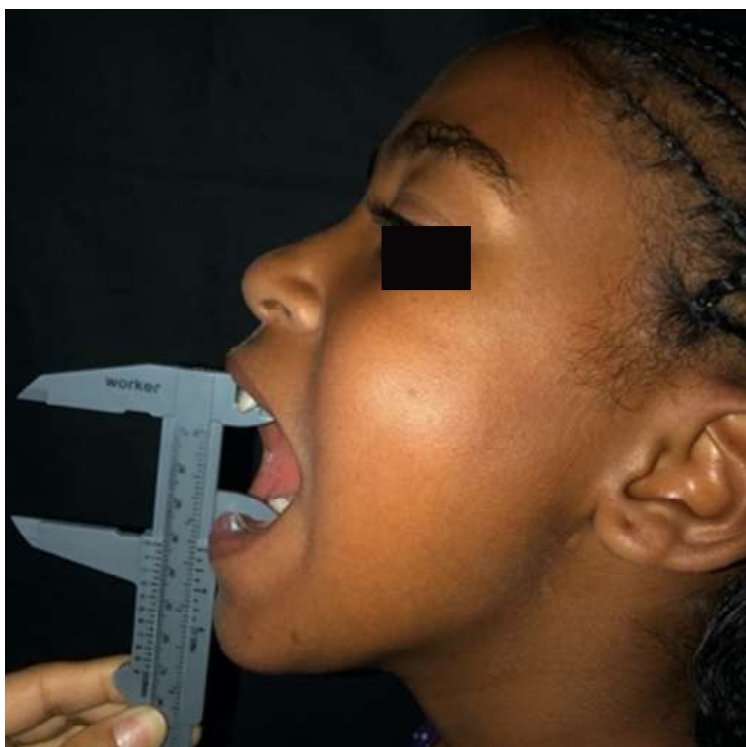


Figura 10: abertura bucal de aproximadamente 31mm em 60º dia pós-operatório.

DISCUSSÃO

A mandíbula é um osso ímpar e único móvel da face¹². A partir dele, ações essenciais para a vida humana como mastigação, fonação, deglutição e manutenção do arcabouço dentário, são possíveis de serem mantidas¹³. Em pacientes pediátricos e adultos, alguns pontos do osso mandibular apresenta maior vulnerabilidade, como a região de côndilo mandibular². Este é participante da articulação temporomandibular de característica sinovial, responsável por movimentos simultâneos e interdependentes da abertura e fechamento de boca¹².

As forças horizontais e verticais em região anterior de mandíbula, advindas dos traumas, podem seguir em relação com as fraturas condilares bilaterais. Estes, por sua vez, refletem em alterações diretas na oclusão dentária^{2,13,14}. O que explica as mudanças na oclusão dentária da paciente do caso clínico relatado.

Zhou e colaboradores (2019)¹⁴, em seu estudo retrospectivo de fraturas de côndilo mandibular em pacientes pediátricos, demonstraram que os traumas geralmente são causados pelas quedas, sejam elas da própria altura (68,5%) ou de níveis elevados (25,2%). Gondim e colaboradores (2015)³ evidenciaram que o acidente motociclístico foram a causa de traumas em 35% dos pacientes pediátricos, seguido pelas quedas em 20% dos casos, e acidentes ciclísticos em terceira posição com 15% das ocorrências.

O agente etiológico da paciente do caso clínico relatado, vítima de queda de nível, esteve de acordo com uma das causas mais prevalentes em pacientes nessa faixa etária. Apesar do sexo masculino pediátrico apresentar-se com prevalência nos casos de fraturas mandibulares^{3,5}, a paciente do caso em questão, do sexo feminino, corrobora com a incidência do estudo de Yamamoto et al. (2010)¹⁵, onde as quedas de alturas prevaleceram em meninas, nessa faixa etária.

Estudos relatam que a maioria das fraturas mandibulares pediátricas podem ser tratadas de forma conservadora^{16,17}. Porém, a indicações para este manejo são variáveis¹⁸. A abordagem fechada pode ser seguida por observação, dieta branda, repouso mandibular de 4 a 6 semanas, imobilização adequada, fisioterapia e avaliação ortodôntica tardia^{1,13}. A terapêutica conservadora é respaldada pela alta capacidade de remodelação dos tecidos osteocondrais pediátricos^{2,19}. Além disso, em casos de fraturas de galho verde e aquelas com desvios leves de até 30° nos côndilos mandibulares, a terapia conservadora provavelmente será suficiente^{9,10}.

A redução aberta e fixação interna rígida estarão indicadas para as fraturas condilares pediátricas ocasionando má oclusão severa, deslocamento de fragmentos condilares para dentro do meato acústico externo ou fossa craniana média, luxação extracapsular lateral e dor associada^{1,4}. Vesnaver (2020)¹⁰ em seu estudo de acompanhamento de 07 tratamentos cirúrgicos em côndilos pediátricos

fraturados, afirma que os resultados do tratamento conservador de fraturas condilares deslocadas são insatisfatórios. Devido ao disco articular e seus ligamentos serem usualmente rompidos nos traumas, a capacidade de remodelação dessas estruturas é excedida. O autor evidencia que a abordagem cirúrgica é capaz de reparar a anatomia e possibilita o crescimento simétrico do esqueleto facial. Ademais, o reparo aberto necessita de retorno precoce às funções mandibulares.

Em relato de caso de Barbosa et al. (2017)²⁰, de fratura de côndilo mandibular unilateral com deslocamento medial – em paciente de 10 anos de idade, foi eleita a redução aberta e fixação interna rígida com 02 placas do sistema 1.5mm. Neste caso foi evidenciado apropriado reposicionamento dos cotos ósseos fraturados e reestabelecimento do movimento de abertura da boca pós-operatório, com edema leve e sem queixas de dor ao 7° e 15° dia de acompanhamento.

No caso clínico presente foi realizada a redução aberta e fixação interna rígida das fraturas de côndilos mandibulares e sínfise com placas do sistema 2.0mm, em associação com fixação não rígida. Conduta eleita em razão da existência de fraturas associadas do côndilo e arco mandibular, apresentando rotação medial do côndilo mandibular maior do que 30°, presença de distopia na oclusão dentária, dor associada, dificuldade de fechamento e retrusão da mandíbula. Condições estas respaldadas pela literatura revisada para optar por tratamento aberto.

Os riscos da terapia aberta incluem lesão do nervo facial e dos vasos temporais superficiais em escolha de acesso facial pré-auricular. A formação de sialocele ou fístula salivar podem ocorrer em acesso retromandibular, em razão de íntimo contato com a glândula parótida, assim como injúrias em ramos do nervo facial^{18,21}. Além disso, os aspectos da cicatriz facial, infecções pós-operatórias, sangramento no trans-operatório e necessidade de reabordagem devido ao meu posicionamento dos fragmentos, são considerados como complicações referentes à terapia aberta^{2,10,21}.

O acesso retromandibular bilateral foi o eleito para a paciente relatada, devido posicionamento favorável da fratura frente ao acesso. Ao acompanhamento pós-operatório de 15 dias, a paciente evoluiu com mímica facial preservada bilateralmente, ausência de complicações em glândula parótida, ausência de hematomas, infecções e mau posicionamento dos fragmentos ósseos. As cicatrizes retromandibulares bilaterais e na região de mento apresentaram adequado reparo, porém com aspecto hipopigmentado.

No estudo de Ghasemzadeh e colaboradores (2015)¹⁶, foram analisadas 92 fraturas pediátricas de côndilo, sendo todas tratadas de forma conservadora. Apenas 10 pacientes apresentaram complicações ao acompanhamento pós-operatório, sendo a má oclusão

a complicação prevalente. 90% dessa amostra de complicações ocorreu em casos de fratura condilar associada a fratura no arco mandibular. Complicações de má oclusão provavelmente estão correlacionadas com a má escolha do tratamento empregado. Quando presente, esta pode exigir cirurgias com osteotomias, redução adequada e restabelecimento da oclusão adequada.

Além disso, a escolha de tratamento conservador em fraturas mandibulares é capaz de gerar má união óssea. Intervenções cirúrgicas podem ser indicadas, a fim de remover tecidos que impedem o contato íntimo dos cotos ósseos, realizando nova redução e fixação rígida²¹. A abordagem cirúrgica da paciente em questão garantiu oclusão dentária estável pós-operatória, assim como preservou os movimentos mandibulares. Além disso, cursou com ausência de trismo mandibular, cicatrização óssea na posição correta, logo, sucesso da terapêutica adotada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, fraturas condilares associadas a outras fraturas do arco mandibular em crianças, principalmente quando deslocadas e com má oclusão dentária, podem ser tratadas de forma aberta com fixação interna rígida. Este método pode ser levando em consideração a fim de restaurar a anatomia mandibular e auxiliar o crescimento e consolidação óssea na posição correta.

ABSTRACT

The indications for treatment of mandibular fractures in pediatric patients vary from conservative, non-rigid fixation and rigid internal fixation. Changes in bone growth, temporomandibular joint disorders and facial asymmetries may be due to treatment failure. The objective of this work is to report a surgical approach to bilateral symphysis and mandibular condyle fractures in a pediatric patient. Female patient, 9 years old, was sent to the State General Hospital - Bahia, victim of a fall in level, suffering from trauma to the face. She presented a main complaint, mentioned by her mother, of difficulties in closing her mouth. On physical examination, the patient presented atypical mobility when manipulating the jaw, anterior open bite, sublingual ecchymosis, absence of dental units 74 and 75, with regular mouth opening and sutures in position in the chin region. When examining the computed tomography image of the face, signs suggestive of fracture in the region of the symphysis and bilateral mandibular condyles were noted. After diagnosis of the fractures, the patient underwent surgery under general anesthesia to reduce and fix them. Access was performed on a wound in the mental and bilateral retromandibular region with subsequent synthesis of the fractures using rigid internal fixation with 2.0mm system plates, associated with odontosynthesis in the symphysis fracture. With periodic monitoring, the choice of surgical treatment

for mandibular fractures in pediatric patients can allow for safe mandibular and facial bone growth.

UNITERMS: mandibular condyle; fracture; rigid internal fixation

REFERÊNCIAS

1. Rogan DT, Ahmed A. Pediatric Facial Fractures. In: Pediatric Facial Fractures [Internet]. StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563256/>
2. Bae SS, Aronovich S. Trauma to the Pediatric Temporomandibular Joint. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* [Internet]. 2018;30(1):47–60. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2017.08.004>
3. Gomes de Alencar Gondim D, Viana Bessa-Nogueira R, Cavalcanti do Egito Vasconcelos B, do Amaral MF, Rocha Melo A, Cavalcante Pita-Neto I, et al. Pediatric Facial Fractures: case series and critical review. *Int Arch Med* [Internet]. 2015;8(January):196. Available from: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1250>
4. Ehrenfeld M, Manson PN, Prein J. Biomechanics of the craniomaxillofacial skeleton. Thieme, editor. *AOCMF: Principles of Internal Fixation of the Craniomaxillofacial Skeleton Trauma and Orthognathic Surgery*. AO Foundation; 2012. 1–412 p.
5. Alcalá-Galiano A, Arribas-García IJ, Martín-Pérez MA, Romance A, Montalvo-Moreno JJ, Juncos JMM. Pediatric Facial Fractures: Children Are Not Just Small Adults. *RadioGraphics* [Internet]. 2008 Mar;28(2):441–61. Available from: <http://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.282075060>.
6. Fonseca RJ, Walker R V, Baber HD, Powers MP, Frost DE. *Trauma Bucocomaxilofacial*. 4th ed. Elsevier, editor. Rio de Janeiro; 2015.
7. Dantas BPSDS, Fialho PV, Fernandes ACF, Silva DT, Queiroz CS. Fratura complexa de mandíbula: relato de caso. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.38, n.3, p. 43-48, Setembro/Dezembro, 2017.
8. Manganello-Souza LC, Luz. JG de C. *Tratamento cirúrgico do trauma bucomaxilofacial*. 3rd ed. São Paulo: São Paulo: Roca; 2006. 340 p.
9. Yuen H-W, Hohman MH, Mazzoni T. Mandible Fracture. In: Mandible Fracture [Internet]. StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507705/>
10. Vesnaver A. Dislocated pediatric condyle fractures — should conservative treatment always be the rule? *J Cranio-Maxillofacial Surg* [Internet]. 2020 Oct;48(10):933–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1010518220301839>
11. Manganello LC, Silva AAF. Fraturas do côndilo mandibular/ : classificação e tratamento Mandibular condylar fractures/ : classification

- and treatment. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002;68(5):749–54.
12. Marcelle Alvarez Rossi. *Anatomia Craniofacial Aplicado à Odontologia: abordagem fundamental e clínica.* 1st ed. Santos, editor. São Paulo; 2013. 181 p.
 13. Souza ICDE, Henrique P, Lopes DES, FerrazANAC, Ferreira D, Nascimento DO, et al. Conservative Treatment of Jaw Condyle Fracture Using Child Brackets Orthodontic. 2015;10:27–31.
 14. Zhou HH, Lv K, Yang RT, Li Z, Yang XW, Li ZB. Mandibular condylar fractures in children and adolescents: 5-Year retrospective cohort study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2019;119(January):113–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.01.025>
 15. Yamamoto K, Kuraki M, Kurihara M, Matsusue Y, Murakami K, Horita S, et al. Maxillofacial Fractures Resulting From Falls. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2010;68(7):1602–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2009.09.029>
 16. Ghasemzadeh A, Mundinger GS, Swanson EW, Utria AF, Dorafshar AH. Treatment of Pediatric Condylar Fractures. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2015 Dec;136(6):1279–88. Available from: <http://journals.lww.com/00006534-201512000-00024>
 17. Nogami S, Yamauchi K, Bottini GB, Otake Y, Sai Y, Morishima H, et al. Fall-related mandible fractures in a Japanese population: A retrospective study. *Dent Traumatol.* 2019;35(3):194–8.
 18. Vincent AG, Ducic Y, Kellman R. Fractures of the Mandibular Condyle. *Facial Plast Surg* [Internet]. 2019 Dec 29;35(6):623–6. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0039-1700888>
 19. McGoldrick DM, Parmar P, Williams R, Monaghan A, McMillan K. Management of Pediatric Condyle Fractures. *J Craniofac Surg* [Internet]. 2019 Oct;30(7):2045–7. Available from: <http://journals.lww.com/00001665-201910000-00031>
 20. Barbosa AA, Mariano RC. Open Reduction in Pediatric Condylar Fracture. *J Craniofac Surg* [Internet]. 2017 May;28(3):e289–92. Available from: <http://journals.lww.com/00001665-201705000-00120>
 21. Sawhney R, Brown R, Ducic Y. Condylar Fractures. *Otolaryngol Clin North Am.* 2013;46(5):779–90.
 22. Costa CFB, Gusmão TB, Loureiro CE, Pereira LDA, Galvão AC, Sobrinho AL. Fratura condilar em paciente pediátrico: um relato de caso c o n d i l a r fracture in pediatric patient: a case report. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.42, n.3, p. 21-25, Setembro/Dezembro, 2021.

ENDEREÇO PARA CORRSPONDÊNCIA
 ALESSANDRAMONTEIRO SANTANA;
 Endereço: Av. Araújo Pinho, n. 62 – Canela,
 Salvador – BA, 40110-150;
 Faculdade de odontologia da Universidade Federal
 da Bahia;
 E-mail: alemont.am@gmail.com.

