

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS  
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ESTEFÂNIA APARECIDA DOS ANJOS PIRES  
RAYSSA DE DEUS VIEIRA**

**REABSORÇÃO CONDILAR IDIOPÁTICA DO  
ADOLESCENTE: relato de experiência**

**PATOS DE MINAS  
2019**

**ESTEÂNIA APARECIDA DOS ANJOS PIRES  
RAYSSA DE DEUS VIEIRA**

**REABSORÇÃO CONDILAR IDIOPÁTICA DO  
ADOLECENTE: relato de experiência**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof.º Ma. Lia Dietrich

FACULDADE PATOS DE MINAS  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
Curso de Bacharelado em Odontologia

**ESTEFÂNIA APARECIDA DOS ANJOS PIRES  
RAYSSA DE DEUS VIEIRA**

**REABSORÇÃO CONDILAR IDIOPÁTICA DO ADOLECENTE: relato  
de experiência**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, composta em 12  
de novembro de 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora  
constituída pelos professores:

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Ma. Lia Dietrich  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.<sup>o</sup> Me. Marcelo Moreira de Assis Costa  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.<sup>o</sup> Me. Leopoldo Henrique Barboza Martins  
Faculdade Patos de Minas

## **REABSORÇÃO CONDILAR IDIOPÁTICA DO ADOLECENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

## **IDIOPATHIC CONDILARY REABSORPTION OF TEENAGER: EXPERIENCE REPORT**

Estefânia Aparecida dos Anjos Pires<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> Aluna do curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM, formanda no ano de 2019. E-mail: estefaniacef@hotmail.com.

Rayssa de Deus Vieira<sup>2</sup>:

<sup>2</sup> Aluna do curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM, formanda no ano de 2019. E-mail: rayssadvieira@gmail.com

Lia Dietrich<sup>3</sup>:

<sup>2</sup> Professora adjunta do curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas – FPM, Patos de Minas - MG, Brasil; Mestre em Reabilitação Oral pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia - MG, Brasil. E-mail: lia\_dietrich@yahoo.com.br

Nome do autor para correspondência:

Lia Dietrich

Rua Major Gote, 1480, Centro

Patos de Minas/MG

E-mail: lia\_dietrich@yahoo.com.br

## **REABSORÇÃO CONDILAR IDIOPÁTICA DO ADOLESCENTE: relato de experiência**

### **RESUMO**

A reabsorção condilar é uma patologia com etiologia questionável, a qual se caracteriza pela diminuição do volume do côndilo mandibular, podendo o paciente apresentar sinais e sintomas como: mordida aberta anterior, instabilidade oclusal esquelética, disfunção temporo mandibular (DTM), retrognatismo mandibular e classe II. Dentre os tratamentos possíveis, destacam-se a utilização de próteses articulares, enxertos com ou sem cirurgias ortognáticas para reconstrução condilar e a utilização de placa acrílica para diminuir a tensão sobre a articulação temporo mandibular (ATM). O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 23 anos, com presença de reabsorção condilar severa e deslocamento do disco articular, leve retrusão mandibular e classe II de Angle, sem a presença de sintomas. A descoberta da reabsorção aconteceu por à caso, durante uma avaliação radiográfica (radiografia panorâmica) para colocação de aparelho ortodôntico. Como a paciente havia realizado exodontia dos terceiros molares foi possível estabelecer e perceber a alteração pela análise das radiografias anteriores e atual. A paciente está sendo acompanhada durante um período de dois anos e, como não houve sintomatologia, a intervenção foi feita somente com a confecção de uma placa acrílica, afim de diminuir as tensões sobre a ATM, buscando uma estabilidade na reabsorção e na preservação do caso com radiografias de quatro em quatro meses. Conclui-se que realmente tal patologia apresenta etiologia questionável como também apresenta evolução e

sintomatologia peculiares à cada caso, cabendo ao Cirurgião dentista acompanhamento e conhecimento para saber o momento certo de cada intervenção.

Palavras chave: côndilo mandibular, reabsorção óssea, transtornos da articulação.

## **ABSTRACT**

Condylar resorption is a pathology with questionable etiology, which is characterized by decreased mandibular condyle volume, and the patient may present signs and symptoms such as anterior open bite, occlusal and skeletal instability, temporomandibular dysfunction (TMD), mandibular retrognathism and class II. Possible treatments include the use of joint prostheses, grafts with or without orthognathic surgery for condylar reconstruction and the use of acrylic plaque to decrease the tension on the temporomandibular joint (TMJ). This paper aims to report the clinical case of a 23-year-old female patient with severe condylar resorption and articular disc displacement, mild mandibular retrusion and Angle class II, without symptoms. The discovery of resorption happened on a case-by-case basis during a radiographic evaluation (panoramic radiography) for orthodontic appliance placement. As the patient had performed third molar extraction, it was possible to establish and perceive the change by analyzing the previous and current radiographs. The patient is being followed for a period of two years and, as there was no symptomatology, the intervention was made only with the preparation of an acrylic plate, in order to reduce the tensions on the TMJ, seeking a stability in the resorption and preservation of the case. with x-rays every four months. It is concluded that such pathology really has a questionable etiology

as well as evolution and symptomatology peculiar to each case, and the dentist should follow up and know the right time of each intervention.

Key Words: mandibular condyle, bone resorption, articulation disorders.

## INTRODUÇÃO

A articulação temporo mandibular (ATM) é a única articulação presente no crânio. (4,5,10) Ela é formada pelo côndilo, disco articular, cápsula articular, ligamentos circundantes e fossa articular do osso temporal, sendo a articulação mais complexa e a mais acionada em nosso corpo, por realizar movimentos na mastigação, na fonética e no ato de bochechar, podendo apresentar as mesmas desordens que acometem outras articulações do sistema musculoesquelético.(4,10) Essa complexidade se dá pela presença de duas cavidades articulares sinoviais separadas, que devem funcionar em perfeita harmonia.(4,5,10)(Figura 1A e 1B)

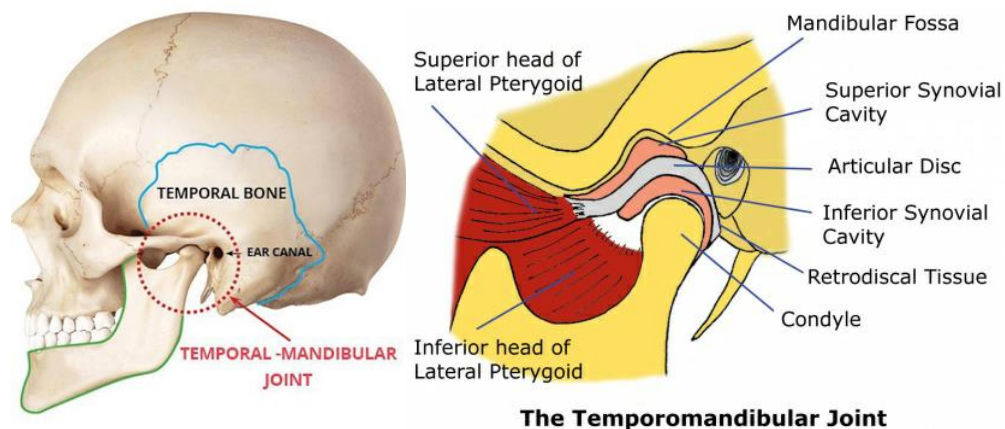


Figura 1: A) localização ATM

(<https://www.north49therapy.com/temporomandibular-therapy-tmjtmtd/>); B) Partes constituintes ATM ([https://www.physio-pedia.com/TMJ\\_Anatomy](https://www.physio-pedia.com/TMJ_Anatomy)).



O disco articular, presente entre a eminência articular e o côndilo mandibular, apresenta uma estrutura bicôncava e é formado por um tecido conjuntivo fibroso denso. (6) O espaço articular é dividido pelo disco em duas repartições: uma superior e uma inferior. (6) Em situações de regularidade, essas estruturas não se comunicam. (6)

O côndilo mandibular é caracterizado por unir estruturas fixas da base do crânio com um osso móvel, a mandíbula, onde se possibilita a movimentação de abertura, o fechamento e a lateralidade da boca. (2,10) Por realizar essas funções, o côndilo sofre uma carga funcional grande, podendo estar suscetível a causar problemas como: luxação, reabsorções e dores orofaciais. (2,7,8,)

A ATM passa por uma constante remodelação durante toda a vida, podendo ser funcional ou não, para que possa exercer suas aplicabilidades conforme as alterações do sistema estomatognático do indivíduo. (2,6) Se for uma remodelação funcional, a capacidade de adaptação com as modificações não causa danos. Já quando não funcional, a capacidade de adequação é limitada, chegando em um determinado ponto que possa causar danos irreversíveis, como retrusão mandibular progressiva, uma taxa de crescimento reduzida e até reabsorção condilar. (8)

Considerado uma relação anormal do disco articular com côndilo, eminência e fossas articulares, o deslocamento de disco da ATM pode existir com ou sem a presença de sintomatologia, sendo apontado como causa da dor facial, disfunção, estalidos e crepitações na ATM.(6,9) São um total de oito posições em que se pode encontrar o disco deslocado, sendo o deslocamento anterior o mais

comum de ser diagnosticado.(6,9) Pode ocorrer o deslocamento do disco com redução, que é o caso de há deslocamento durante o movimento de abertura da boca, mas em seguida volta para posição normal, e o deslocamento sem redução, no qual o disco deslocado não consegue voltar para a posição inicial, sendo associado à limitação da abertura da boca.(6,9) A utilização da ressonância magnética é a melhor opção para fazer o diagnóstico, pois possibilita a visualização de tecidos moles. (6)

A reabsorção condilar idiopática, também conhecida como reabsorção condilar progressiva, atrofia condilar ou condilise idiopática, é um distúrbio adquirido e definido como sendo uma alteração na forma do côndilo, caracterizado pela redução progressiva de seu volume, com perda óssea e dimensão vertical, acarretando na atenuação da altura facial posterior.(3,9) Sua etiologia ainda é controversa, sendo considerada uma desordem de origem multifatorial.(1,2,6) Dentre os fatores que predisõem o seu aparecimento estão: portadores de má-oclusão do tipo classe II de Angle, com a presença de mordida aberta anterior ou não, após cirurgias ortognáticas e tratamentos ortodônticos, associação com traumas menores ou maiores aos maxilares, propensão pelo sexo feminino numa proporção de 9:1 em relação ao sexo masculino e faixa etária média variando entre 10 a 40 anos, com forte predileção para adolescentes, que, na maioria dos casos descritos por Wolford, foram associados a uma interferência hormonal, pois os pacientes estavam em período puberal.(1,2,6) O hormônio 17B-estradiol parece impossibilitar a capacidade de reparação óssea, além de causar reações bioquímicas na ATM, fazendo com que os ligamentos que dão sustentação ao disco articular se afrouxem, causando seu deslocamento anterior.(1,2,3,7,8)

Clinicamente, é possível observar retrognatismo progressivo.(1,2,3,7,9) Normalmente, os pacientes são classificados com classe II Angle e com o aumento da mordida aberta anterior.(1,2,3,7,9) Imaginologicamente, os côndilos irão apresentar um tamanho reduzido, deslocamento anterior do disco, com ou sem redução na abertura e, em sua fase ativa, o côndilo irá apresentar perda do contorno cortical e diminuição da dimensão vertical posterior.(1,2,3,5,6,7,9) No decorrer da fase ativa da reabsorção, ocorrem desconfortos na ATM e hiperatividade muscular; crepitações articulares são frequentes, mesmo podendo ser encontrado um disco articular rígido na ressonância magnética .(6,3)

Seu diagnóstico é realizado por meio de imagens convencionais; esse é o método de escolha, pois pode oferecer de forma fidedigna o volume e o formato do côndilo mandibular.(1,2,3) A sintomatologia dolorosa é relatada, na maioria dos casos, sendo de grande auxílio para o cirurgião dentista (CD) no momento do diagnóstico.(1,2,3) Nos casos em que a sintomatologia não é relatada, ocorre um atraso na identificação do problema, sendo descoberto, geralmente, em exames de rotina e com um possível grau avançado de reabsorção.(1) Dentre as formas de tratamento, são mais usados os enxertos e próteses articulares totais de ATM individualizadas, que beneficiam o paciente com um retorno da funcionalidade articular, excluindo o processo de reabsorção, podendo ser ou não associados a cirurgias de reconstrução condilar.(1,2,3)

## RELATO DE CASO

Paciente EAAP, sexo feminino, 19 anos, procurou um ortodontista para correção de apinhamentos que lhe causavam desconfortos estéticos. Após anamnese bem criteriosa, ao realizar exame intra oral, verificou-se que a abertura mandibular era com desvio para direita. Notou-se a ausência do primeiro molar inferior direito (46) e a mesialização do segundo molar inferior direito (47), e padrão facial II. Durante a palpação extra oral, não encontrou-se hipersensibilidade dos músculos mastigatórios e cervicais. (Figura 2A-D)



Figura 2: Vista inicial paciente A) vista extra-oral frontal; B) vista lateral extra-oral; C) vista frontal oclusal intra-oral; D) vista frontal em protrusão intra-oral.

Como de protocolo, o cirurgião dentista solicitou a documentação necessária para analisar e realizar o plano de tratamento do caso. Ao receber os exames, fazendo uma cautelosa análise da radiografia panorâmica, observou-se considerável assimetria entre os côndilos mandibulares, constatando uma reabsorção do lado direito. (Figura 3)



Figura 3: Radiografia panorâmica 07 de fevereiro de 2017.

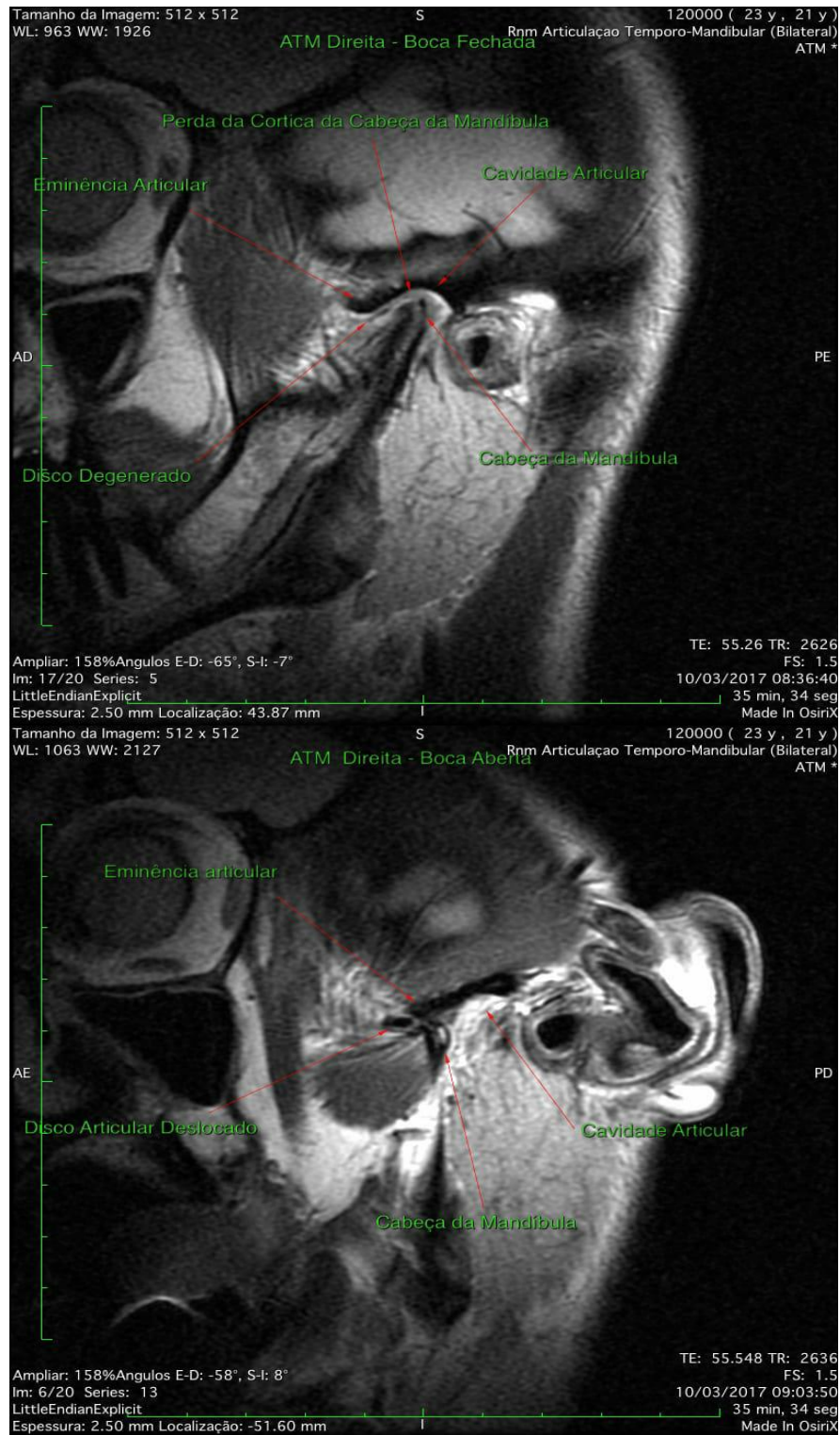
O profissional questionou à paciente se não havia sintomatologia, dificuldade na abertura da boca, estalidos na região auricular ou qualquer outro sinal ou sintoma, mas nenhum incômodo foi relatado. O profissional, então, fez a comparação de exames de imagem anteriores que o paciente possuía e se atentou ao fato de que a reabsorção vista havia ocorrido em um intervalo de dois anos, sendo considerado um prazo curto para a magnitude da reabsorção observada. (Figura 4A e 4B)



Figura 4: A) radiografia panorâmica prévia, 08 de abril de 2015; B) radiografia panorâmica no ato da observação e diagnóstico, 07 de fevereiro de 2017.

Percebendo a seriedade do processo, foi solicitada uma ressonância magnética das ATMs, na qual diagnosticou-se o deslocamento do disco articular e

uma notável degeneração do côndilo mandibular e do disco articular das ATM's.  
(figura 5)



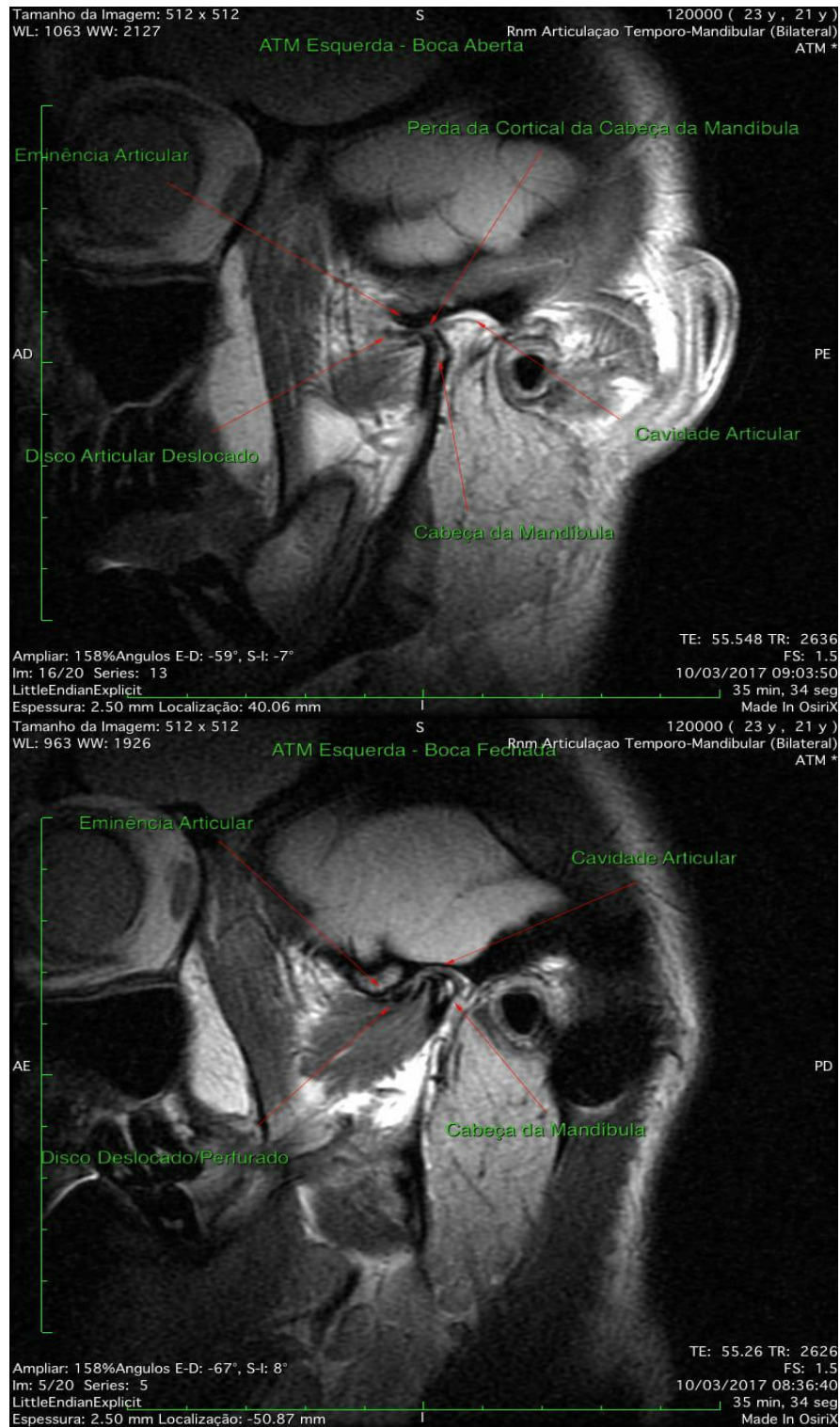


Figura 5: Imagem obtida do exame de ressonância magnética observando o desgaste condilar e processo reabsorção.



Devido a ausência de sintomatologia dolorosa, o profissional optou por um plano de tratamento conservador, visando a estabilização da reabsorção por meio do uso de placas miorreaxantes e o acompanhamento através de radiografias panorâmicas de quatro em quatro meses.

Para a confecção da placa miorreaxante, o paciente foi moldado com alginato e moldeiras de estoque perfuradas individualizadas com cera utilidade. Os modelos foram vazados em gesso tipo III, conforme as medidas preconizadas pelo fabricante e, após tomada a presa, seguiu-se a sequência para montagem em articulador semi-ajustável.

Realizou-se a obtenção dos registros no garfo de mordida em três pontos, um anterior e dois posteriores, com godiva na proporção de 3:1. Após o registro, instalou-se o arco facial no paciente, introduzindo as olivas nos condutos auditivos. O relator nasal foi posicionado e encaixado na barra transversal do arco apoiado no nasion do paciente. Em seguida, apertou-se o parafuso de fixação do arco e dos parafusos de fixação do garfo de mordida, enquanto o paciente estabilizava o arco facial. O conjunto foi removido da boca e posicionado no articulador já preparado, respeitando a distância cônica obtida (P/S/1), o ângulo de Bennett de 15° e as guias condilares de 30°. (Figura 6)



Figura 6: Obtenção registro maxilar com Arco Facial.

Para a montagem do modelo superior, foram realizadas retenções no gesso e aplicado sobre ele e sobre as placas de montagem o gesso pedra. Em seguida, apoiou-se o ramo superior do articulador sobre o arco facial, que ficou sobre a bancada até que o gesso tomasse presa. Para a montagem do modelo inferior, foi realizada, inicialmente, a confecção do Jig de Lúcia para desprogramação da oclusão da paciente, permitindo, assim, o seu registro em relação cêntrica.

Aplicou-se vaselina sólida nas faces vestibular e palatina dos incisivos superiores e os envolveu com papel alumínio. A resina acrílica quimicamente ativada foi manipulada conforme as orientações do fabricante em pote dappen e moldada em forma de cilindro, sendo levada até a boca do paciente e adaptada sobre os dentes protegidos de vestibular para palatina. Após o início do aquecimento da presa da resina, removeu-se o Jig da boca do paciente e obteve sua presa final em água fria.

O cirurgião dentista o manipulou em relação cêntrica e, com o auxílio de um carbono ajustou-se a altura e posição de encaixe do incisivo inferior ao JIG. A paciente usou o Jig por 5 minutos, preparou-se uma placa de cera rosa 7 para o registro interoclusal. O paciente ocluiu em relação cêntrica com a cera entre os dentes e o Jig em posição, e a cera foi marcada apenas pelas cúspides e incisais dos dentes.

Após o registro interoclusal pronto, realizou-se a montagem do modelo inferior, compensando na altura do pino incisivo a altura da cera. (Figura 7)



Figura 7: Montagem do modelo inferior

Ao final, removeu-se a cera, retornou-se o pino guia em zero e obteve-se o paralelismo entre os ramos do articulador, sendo possível observar a discrepância oclusal entre a relação cêntrica e a máxima intercuspidação habitual. O articulador foi mantado pelo cirurgião dentista ao protético para a confecção da placa miorreaxante. (Figura 8)

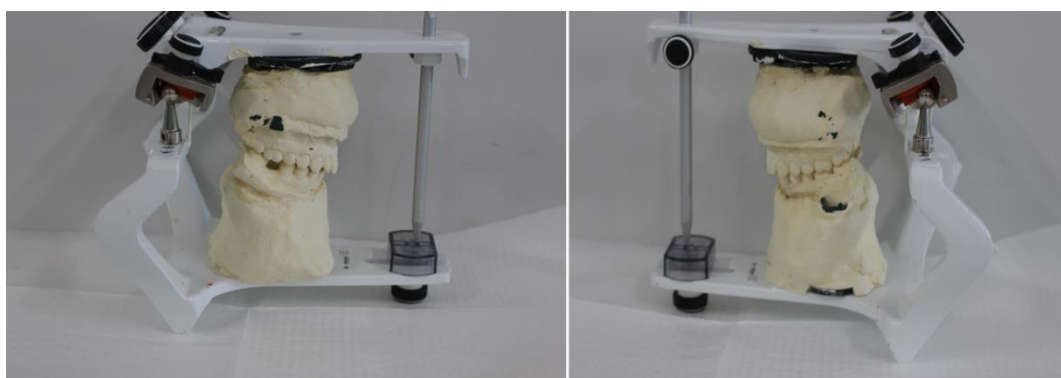


Figura 8: Modelos de gesso montados em articulador para confecção da placa.

O paciente encontra-se utilizando a placa acrílica inter-oclusal para a desprogramação condilar e a diminuição da hiperatividade muscular, com o intuito da estabilização do processo de reabsorção. Ainda não foi possível observar a inatividade da RCI, sendo indicado pelo cirurgião dentista a continuidade do uso das placas e da realização dos exames radiográficos de 4 em 4 meses para a

proservação do caso. (Figura 9) Futuramente, não apresentando-se melhoras e o paciente desenvolvendo sintomatologia dolorosa, o tratamento indicado será a realização de cirurgia para colocação de próteses articulares totais customizadas para a ATM.



08 de abril de 2015



07 de fevereiro de 2017



03 de maio de 2018



28 de novembro de 2018



25 de junho de 2019

Figura 9: Radiografias panorâmicas para preservação do caso.

Ressalta-se que desde a constatação da RCI, a paciente foi informada da condição, possíveis complicações e sintomatologias, bem como a real condição clínica que pode evoluir para o tratamento cirúrgico

## **DISCUSSÃO**

A RCI apresenta uma etiopatogenia desconhecida, sendo assim, seu tratamento ainda é considerado controverso por muitos autores.(2,3) Dentre as várias formas de tratamento, a mais conservadora é a utilização de placas acrílicas inter-oclusais para a desprogramação condilar, podendo estabilizar o processo de reabsorção e trazer conforto ao paciente, diminuindo a sintomatologia dolorosa e a hiperatividade muscular.(2,3,9)

Os pacientes mais afetados pela RCI são os adolescentes, sendo eles, na maioria dos casos, indicados para tratamento ortodôntico ou ortognática, devido a

presença de deformidades oclusais e faciais.(2) Porém, a intervenção por meio desses tratamentos pode sobrecarregar a ATM, fazendo com que inicie ou acelere a reabsorção condilar.(1,2,7)

Essa reabsorção pode ser de forma mais branda ou, em casos mais graves, reabsorver todo o pescoço e a cabeça do côndilo.(1,2,3,7,8) Mesmo após sua estabilização, hábitos parafuncionais, trauma, ortodontia e tudo que possa sobrecarregar, a ATM pode reativar a reabsorção.(1,2,7)

A escolha entre o tratamento cirúrgico e o não cirúrgico, atualmente, é discutível, dependendo da gravidade das alterações esqueléticas, oclusais, da chance de uma compensação ortodôntica e da reabilitação odontológica.(2) Nos casos em que a cirurgia é indicada, inicialmente, deve-se preconizar a estabilização da reabsorção, visto que nas situações em que esta se encontra ativa, as taxas de recidivas são aumentadas.(2,3,7,9) Outro ponto importante e que deve ser considerado é a máxima minimização de traumas durante todo o processo cirúrgico, pois podem acarretar na reativação de uma RCI que se encontrava inativa anteriormente.(2,3,9)

Um dos protocolos cirúrgicos propostos por Wolford e Cardenas seria o reposicionamento dos discos articulares e a estabilização por meio de mini âncoras, seguido da cirurgia ortognática para correção dos maxilares e possíveis deformidades oclusais associadas.(1,3,7,8,) Não é indicada a realização exclusiva da cirurgia ortognática, visto que casos tratados assim apresentam reativação da reabsorção condilar, aumento dos sintomas e disfunções da ATM. (1,2)

Nos casos em que o côndilo ainda apresenta uma boa quantidade estrutural, mas o disco se encontra degenerado, o indicado é a remoção do tecido

sinovial hiperplásico e a substituição do disco por tecidos autógenos.(1,2,3,7) Entretanto, quando não é possível recuperar nem o disco nem o côndilo, o protocolo a ser seguido é a substituição côndilar por enxerto esternoclavicular, costocondral ou, ainda, prótese de ATM.(1,2,3,7,9) A utilização de próteses articulares totais para ATM vem sendo aplicada nos casos em que o paciente apresenta uma reabsorção côndilar bilateral severa, se tornando a única opção terapêutica possível.(5)

No caso descrito, o paciente não apresenta sintomatologia nem deformidades faciais que a incomode esteticamente, e assim tornem necessária a realização do protocolo cirúrgico proposto por Wolford e colaboradores, que seria a utilização de uma prótese total articular customizada para ATM.(7) O tratamento inicial sugerido foi a utilização da placa acrílica interoclusal, visando a estabilização da reabsorção, caso futuramente seja necessário a realização do procedimento cirúrgico.(1,2,3,9)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Até o presente momento, a RCI é considerada uma patologia com prognóstico duvidoso, o que causa preocupação na prática clínica.(8) Por não possuir uma causa certa, seu tratamento vem sendo motivo de controvérsias por vários profissionais que pesquisam essa área. Portanto, ainda há muito que se estudar e descobrir quando se trata da reabsorção condilar idiopática.(8)



## REFERÊNCIAS

1. Wolford LM. Idiopathic Condylar Resorption of the Temporomandibular Joint in Teenage Girls (Cheerleaders Syndrome). BUMC Proceedings. [periódico na internet] 2001 [acesso em 05 nov 2018]; 14(3):246-252. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08998280.2001.11927772?needAccess=true>.
2. Weigert NM, Moniz NJ, Freitas RR. Reabsorção idiopática do côndilo mandibular: frequente e desconhecida. Rev Bras Cir Craniomaxilofac. [periódico na internet] 2011 [acesso em 05 nov 2018]; 14(2):102-107. Disponível em: <http://www.abccmf.org.br/cmf/Revi/2011/abril-junho/07Reabsor%C3%A7%C3%A3o%20idiop%C3%A1tica%20do%20c%C3%B4ndilo%20mandibular.pdf>.
3. Maia BF. Reabsorção Condilar Idiopática. Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. [periódico na internet] 2011 [acesso em 05 nov 2018]; 1(1):3-5. Disponível em: <http://itpack31.itarget.com.br/uploads/cbm/arquivos/L4-FASCICULO-ODONTO.pdf>.
4. Silva Filho OG, Mendes OF, Aiello CA, Okada T. O aparelho de Herbs e as alterações adaptativas na ATM: revisão de literatura. J Bras Ortodon Ortop Facial. [periódico na internet] 2002 [acesso em 05 nov 2018];7(41):426-437. Disponível em: <https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/10/O-Aparelho-Herbst-e-as-Altera%C3%A7%C3%B5es-Adaptativas-na-ATM-Revis%C3%A3o-de-Literatura.pdf>.
5. Carvalho RT, Braga FSFF, Brito F, Capelli Juinior J, Figueredo CM, Sztajnbok FR. Alterações da articulação temporomandibular e suas repercussões orofaciais

em pacientes portadores de artite idiopática juvenil. Rev. Bras. Reumatol. [periódico na internet] 2012 [acesso em 07 mar 2019]; 52(6):907-911. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042012000600009>.

6. Ramos ACA, Sarmiento VA, Campos PSF, Gonzalez MOD. Articulação temporomandibular- aspectos normais e deslocamentos de disco: imagem por ressonância magnética. Radiol Bras. [periódico na internet] 2004 [acesso em 07 mar 2019]; 37(6):449-454. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842004000600013>.

7. Arantes EBR, Beserra JPR, Resende R, Uzeda MJ, Louro RS. Reconstrução cirúrgica de reabsorção condilar progressiva severa: Relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. [periódico na internet] 2017 [acesso em 07 mar 2019]; 17(2):19-25. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2017/02/Artigos/04ArtigocasoClinicoReconstrucaoCirurgica.pdf>.

8. Almeida RS, Rodrigues WC, Melo WM, Shinohara EH, Pellizzer EP. Reabsorção condilar progressiva: revisão de literature. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. [periódico na internet] 2014 [acesso em 07 mar 2019];43(4):188-192. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/133167>.

9. Galiano A. Reabsorção condilar interna da articulação temporomandibular no paciente adolescente [dissertação] [internet]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2012. [acesso em 07 mar 2019]. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/bitstream/tede/1212/1/Aluisio%20Galiano.pdf>

10. Nunes Júnior PC, Maciel LRL, Babinski MA. Propriedades anatômicas e funcionais da ATM com aplicabilidade no tratamento fisioterapêutico. Fisioterapia

Brasil. [periódico na internet] 2005 [acesso em 07 mar 2019];6(5):381-387.

Disponível em:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2027/3>

156

## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome do Orientando

---

Nome do Orientador

## DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA

Eu \_\_\_\_\_,  
matriculado sob o número \_\_\_\_\_ da FPM, DECLARO que  
efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa  
Pública do meu TCC intitulado:

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas  
Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical  
exigida no Curso de Graduação em  
\_\_\_\_\_ da Faculdade Patos de Minas.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Aluno Orientando**

**Graduando Concluinte do Curso**

**DECLARO**, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está

**AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

\_\_\_\_\_  
**Professor(a) Orientador(a)**