

ANQUILOSIS POSTRAUMÁTICA UNILATERAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Dr. Iván Alberto Manotas Arévalo*

RESUMEN

La Anquilosis Temporomandibular es una afección manifestada como la limitación del movimiento del cóndilo articular mandibular dentro de la cavidad glenoide del hueso temporal. Son frecuentes las osificaciones de las estructuras articulares intrínsecas, y en algunos otros casos fibrosis de las estructuras intrínsecas y extrínsecas que impiden la dinámica articular adecuada. Los pacientes afectados, generalmente niños y adultos jóvenes, limitan poco a poco su movilidad articular llegando a la inmovilización total de su mandíbula, con las subsecuentes alteraciones para la ingesta de alimentos sólidos, para la deglución, higiene bucal, erupción dental adecuada y para toda la fisiología bucomaxilar y la estética facial. Su corrección quirúrgica representa un reto pues se debe eliminar la masa osificada articular, reponer la fisiología articular, recuperar la estética facial y evitar la recurrencia.

Palabras Clave: Articulación, Temporomandibular, Anquilosis, hemartrosis, Osteoma

INTRODUCCIÓN

Una Anquilosis de la Articulación Temporomandibular (ATM) se considera una afección que limita e impide la movilidad del cóndilo dentro de su cavidad glenoide resultado de la frecuente osificación que los une, o de una fibrosis del tejido blando articular y periarticular (pseudoanquilosis o anquilosis fibrosa) (Kazanjian, 1938)¹. La Anquilosis Temporomandibular altera todas las actividades y procesos dinámicos de la articulación en mención, tales como masticación, deglución, higiene bucal, crecimiento y desarrollo posteroanterior y transversal mandibular y por ende causa compensaciones en el maxilar superior. Puede produ-

cirse de manera uni o bilateral correspondiendo a las siguientes etiologías: 1- traumatismos. 2- malformaciones. 3- tumores. 4- infecciones.^{2,3}

El mecanismo se explica en parte por la existencia de un fino plexo vascular periarticular y susceptible al trauma, cuya lesión provoca hemorragia intraarticular o hemartrosis que posteriormente se organiza fibrosa o se osifica⁴. Otras patologías que causan limitación de la función mandibular son causantes de la detención del crecimiento y de la anquilosis (Disfunción Temporomandibular, microsomías, traumas, infecciones auditivas, etc.)⁵

En los casos de anquilosis unilateral se puede observar una hipoplasia de la estructura articular del lado sano y ligera movilidad del mismo lado, causa además micrognatia mandibular y maloclusión severa por el déficit de espacio para la erupción dentaria adecuada. El Diagnóstico por imágenes puede realizarse a través de unas radiografías de articulación temporomandibular bilateral simples,

* Odontólogo Universidad de Cartagena. Cirujano Maxilofacial Pontificia Universidad Javeriana. Coordinador Autoevaluación y aseguramiento de la calidad, Programa de Odontología, Universidad del Magdalena. Miembro F.O.C. Cirujano Maxilofacial de Práctica Exclusiva.

radiografía panorámica, y Tomografías Computarizadas, con lo cual se desea definir planos quirúrgicos, y magnitud de la lesión⁵.

El procedimiento, para cuyo planeamiento se debe considerar la edad, la presentación bilateral de la patología y la deformidad facial sobreañorada, se realiza bajo Anestesia General intubado mediante broncofibroscopía nasotraqueal, o intubación retrógrada con guía o nasal a ciegas por personal experto, intentando evitar una traqueostomía. Las técnicas quirúrgicas actuales describen un abordaje de la articulación temporomandibular desde una incisión preauricular, postauricular, endoaural, y de ángulo mandibular^{3,6}.

En algunos casos la limitación del acceso quirúrgico requiere la ampliación del abordaje o la combinación de éste, y en todos los casos se evita la lesión del nervio Facial y de los vasos adyacentes a la articulación. El tratamiento quirúrgico consiste básicamente en desarrollar una nueva pseudo artrosis. Se han descrito casos en que el procedimiento de osteotomía de la anquilosis no se acompaña de material interpuesto entre las nuevas superficies articulares, en otros se colocan bloques de silicona, injerto condrocotal, y también se han descrito en la literatura: fascia de temporal, músculo, piel parcial y total autógena, y materiales aloplásticos^{3,6}.

REPORTE DE UN CASO

Se presenta el caso de la paciente EVA20020429, de 25 años de edad, sexo femenino, natural residente y procedente de Barranquilla, quien refiere politrauma al ser arrollada por automóvil en 25-02-1997, remitida a una institución de urgencias es atendida, manejada con sutura de heridas y estabilización de sus condiciones generales. Es dada de alta y en sus controles por consulta externa no se hallaron variaciones. A los tres meses de producido el evento inicia un cuadro de limitación del rango de apertura



Foto No. 1

ra bucal que desciende rápidamente hasta apertura de 0 milímetros. Como antecedentes personales paciente refiere no ser alérgica, cesáreas x 1, con hemorragia vaginal preparto, antecedente traumático 2 años previos al parto por lo cual le extraen los incisivos centrales superiores para poder atender su parto y mejorar su alimentación y le confeccionan prótesis parcial removible acrílica de estos dientes. Antecedentes ginecoobstétricos Grava:2, cesárea:1, FUM:11-03-2002. Al examen físico se evalúa paciente con buen desarrollo y balance

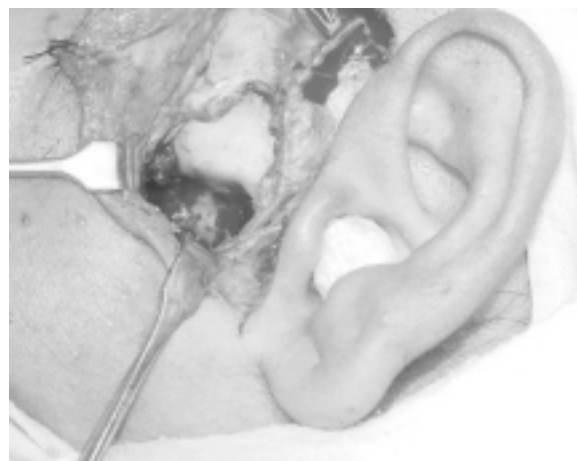


Foto No. 2

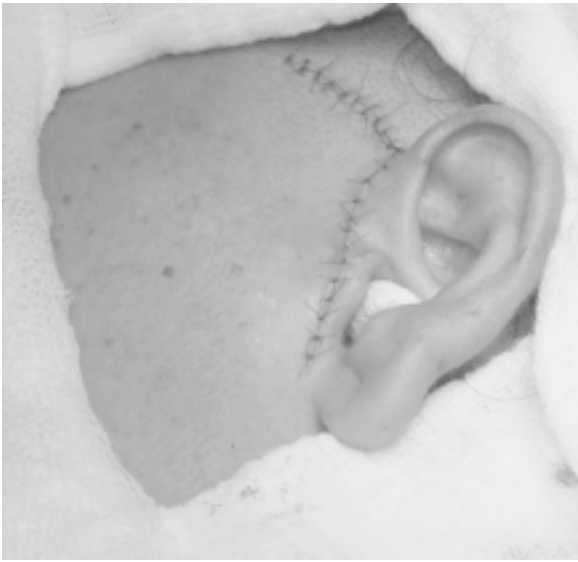


Foto No. 3

entre peso y estatura, altura 1.55 m, Normocefálica, simetría facial y balance excepto micrognatia mandibular con hipomentonismo e hipertonia del músculo borla del mentón y músculos suprahioi-



Foto No. 4

deos, con apertura bucal 0 mm, con palpación de masa redondeada a nivel condíleo izquierdo y leve movilidad protrusiva (1 mm) en cóndilo derecho, portadora de prótesis acrílica removible superior que reemplaza 11-21, mucosas orales son normales Radiografía panorámica revela masa radioopaca en cabeza condilar temporomandibular izquierda y no se evidencian adecuadamente las estructuras articulares. Se realiza Diagnóstico presuntivo de



Foto No. 5

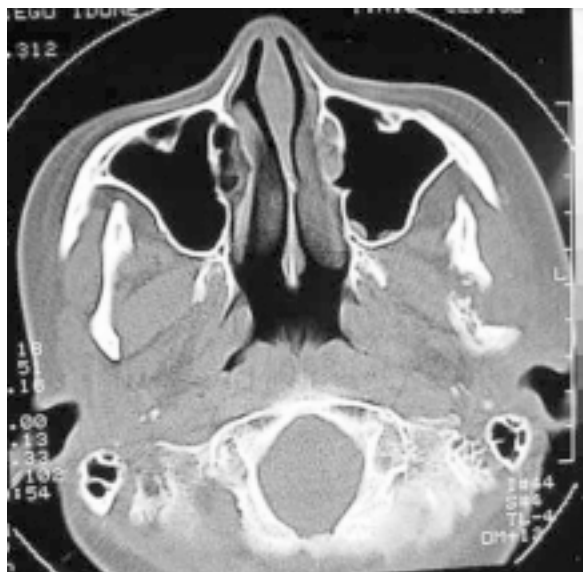


Foto No. 6

Anquilosis Temporomandibular Postraumático Izquierda. Se solicita Tomografía Computarizada (TAC) y paraclínicos prequirúrgicos.

El reporte del TAC de articulaciones temporomandibulares bilaterales en cortes coronales, horizontales y axiales, confirma anormalidad tipo masa condensada compacta en cabeza condilar izquierda que pierde relaciones articulares y se continua uniformemente con la cavidad glenoide y el hueso temporal sin respetar el disco articular respectivo, de 3.0 cm de diámetro mayor y 2.5 cm diámetro menor, extendida hacia la apófisis coronoides y al cuello del cóndilo. Otros exámenes prequirúrgicos Electrocardiograma, Perfil tiroideo, tipo de sangre y factor Rh, Hemograma completo, Nitrógeno Ureico, Perfil de coagulación, Velocidad de segmentación Globular, radiografía de tórax se evalúan dentro de parámetros normales.

La paciente es llevada a cirugía en 14-11-2002 y bajo el diagnóstico de Anquilosis Temporomandibular

postraumática izquierda, se realiza intubación nasotraqueal con broncofibroscopio para anestesia general. Protegiendo el conducto auditivo externo izquierdo y demarcando, se realiza abordaje preauricular en palo de golf.

Se realiza disección por planos identificando y preservando los vasos preauriculares y sin entrar en la zona del nervio facial. Se llega a plano óseo realizando incisión en la cápsula fibrosa periarticular, y se expone la masa ósea compacta e indistinguible de hueso sano.

Se demarca y realiza ostectomía alta con microsierra neumática refrigerada, protegiendo las estructuras adyacentes. Se considera ostectomía suficiente cuando se logra movilidad protrusiva y de apertura y cierre bucal mayor de 5 mm en el área articular y no hay continuidad de la estructura ósea que generó la lesión, la cual una vez resecada es enviada a estudio histopatológico. Se determinó no colocar ningún material interpuesto, y lograda la hemos-

FISIOTERAPIA DE APERTURA BUCAL

Fecha	derecha	línea media	izquierda
13-11-2002 prequirúrgico	0.0mm	0.0mm	0.0mm
14-11-2002 cirugía	10.mm	10.mm	10.mm
15-11-2002 postquirúrgico	5.0mm	5.0mm	5.0mm
16-11-2002	5.0mm	5.0mm	5.0mm
18-11-2002	10.mm	10.mm	10.mm
19-11-2002	15.0mm	15.0mm	12.0mm
20-11-2002	15.0	15.0	11.0
25-11-2002	15.0mm	15.0mm	13.0mm
29-11-2002	18.0mm	16.0mm	14.0mm
02-12-2002	18.0mm		14.0mm
04-12-2002	19.0mm		16.0mm
04-01-2003	23.0mm		23.0mm
06-02-2003	23.0mm		22.0mm
09-03-2003	23.0mm		23.0mm
12-04-2003	31.0mm		30.0mm

tasia se procede a lavar y al cierre por planos iniciando en la cápsula fibrosa articular, el plano muscular temporal, plano celular subcutáneo y piel, con sutura discontinua tipo monofilamento de nylon 6-0. Se realiza control posquirúrgico, extubación, recuperación postanestésica y de alta en 36 horas con antibioticoterapia y analgésicos antiinflamatorios no esteroides.

Se inician sesiones de fisioterapia de apertura bucal y se registran en la historia clínica. Posteriormente se instruye al paciente acerca de la importancia de mantener una fisioterapia de apertura bucal y la mecánica para efectuarla, además de tomar como señal de alarma para tomar una cita urgente el evento observar una reducción de las últimas medidas, de forma consistente.

Se da control cada mes durante los próximos 6 meses y continuará cada tres meses hasta completar dos años.

Se ordena Tomografía computarizada de control para observar los diámetros de diastásis y para controlar la neoformación ósea, la cual revela área de separación descrita en la cirugía

Tanto en sentido posteroanterior como cefalocaudal en la zona temporomandibular izquierda.

DISCUSIÓN

En la Anquilosis de la Articulación Temporomandibular sus causas etiopatogénicas siempre han sido motivo de estudio, en cada caso. El manejo quirúrgico ha sido indiscutible a la luz de los conceptos actuales, pero dentro de ello se discute el empleo de elementos interpuestos para evitar la recidiva de la lesión. Las imágenes diagnósticas han evolucionado (TAC, RNM) y el estudio histopatológico

no parece haber variado a pesar de los diferentes mecanismos de estudio de las masas como ésta. Es discutible el empleo de técnicas de cirugía ortognática para restablecer la dimensión mandibular en el mismo tiempo quirúrgico que la resección de la anquilosis, en éste caso no se empleó este criterio.

CONCLUSIONES

La patología Anquilosis de la Articulación Temporomandibular es un gran reto para el clínico Cirujano Maxilofacial, por cuanto sus objetivos quirúrgicos, además de eliminar la lesión y volver la articulación por lo menos a una función comfortable, también tiene como objetivo mediato restaurar la estética que por la limitación del crecimiento y desarrollo postero anterior del tercio inferior o mandibular se ha creado.

REFERENCIAS

1. AAOMS Educational summaries and outlines- AAOMS 78th Annual Meeting and Scientific sessions. V5N8 Supplement 3 August 1996 Journal Oral and Maxillofacial Surgery.
2. Atlas of oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America -Mandibular fractures. William d Weber Gregory c Chotkowsky V5N1 Marzo 1997
3. A textbook and colour atlas of the temporomandibular joint 1a ed 1993 John E. de B. Norman Paul Bramley ISBN 84-335-6796-9 Edit Mosby España.
4. Cirugía Craniomaxilofacial. Jorge Miguel Psillakis et al ISBN 85-85019-53-0 edit Medicocientifica. Rio de Janeiro Brasil 1987.
5. Clinical and computed tomographic findings in costochondral grafts replacing the mandibular condyle. Aune Raustia et al J. Oral and Maxillofacial Surgery 54:1393-1400,1996
6. Oral and Maxillofacial clinics of North America Trauma. Leon a Assael WB Ssaunders Company V2N1 Feb 1990 issn 1042-3669.