



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PATOLOGIA

ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

ROBERTO ANDRADE RAMIREZ

México, D. F.

1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

INTRODUCCION

Capítulo 1.- Etiología.

Síntomas.

Capítulo 2.- Historia Clínica.

Discrepancias oclusales.

Tensión nerviosa.

Capítulo 3.- Examen Radiológico.

Capítulo 4.- Anatomía.

A.T.M.

Inervación e Irrigación.

Membrana Sinovial.

Cóndilo.

Menisco Articular.

Cápsula.

Ligamentos.

Trigémino.

Músculos Masticadores.

Capítulo 5.- Tratamiento.

Calor aplicado.

Analgésicos.

Sedantes.

Ejercicio.

Construcción de un plano de mordida.

Rehabilitación oclusal.

Terapéutica por inyección.

Técnica de inyección de hidrocartisona.

Soluciones esclerosantes.

Condilectomía mandibular.

Procedimiento quirúrgico para efectuar la condilectomía.

Luxaciones.

Tratamiento.

Anquilosis.

Artroplastía.

Como debe realizarse una artroplastía con éxito.

Micrognasia.

INTRODUCCION.

El llevar a cabo esta tesis, tiene como finalidad la importancia que tiene para mi el conocimiento anatómico y fisiológico de la articulación-temporo mandibular y su patología. Es de vital importancia para el cirujano dentista conocer a fondo esta región.

La articulación temporo mandibular en los últimos tiempos más o menos 20 años ha sido considerada en investigaciones científicas. Es una parte-anatómica de las más complejas que produce muchos-problemas patológicos cuyo tratamiento no siempre es correcto ni su diagnóstico pero en estos últimos años se ha progresado en la función y conocimiento y patología. Actualmente los problemas de la articulación temporo mandibular pueden tratarse y corregirse adecuadamente.

Conocer a fondo esta región proporciona al cirujano dentista seguridad en sí mismo para tratar-cualquier problema al respecto.

Me siento profundamente emocionado y satisfecho el haber culminado esta tesis, pues no pretendo otra cosa que seguir progresando en el campo de la odontología.

Gracias al honorable jurado por sus consejos-y ayuda.

CAPITULO 1.

ETIOLOGIA

La artralgia temporo mandibular se atribuye a varios factores a saber:

- 1.- Desarmonia oclusal.
- 2.- Osteoartritis.
- 3.- Sinovitis aguda por fiebre reumática.
- 4.- Artritis reumatoide.
- 5.- Desalojamiento postero superior del cóndilo debido a una disminución de la relación vertical maxilo mandibular.
- 6.- Un simple traumatismo.
- 7.- Factores psicógenos que producen hábitos como bricomania y espasmo muscular.

Es importante señalar que la relación maxilo-mandibular en el dolor articular siempre se le ha dado poca importancia en los últimos años.

Cuando se aprecia clínicamente en pacientes - que usan dentaduras artificiales o que han mascado durante mucho tiempo, lo cual han perdido una cantidad considerable de estructura dentaria por la - abrasión oclusal.

Generalmente se corrige restableciendo un espacio maxilo mandibular adecuado. Debe aclararse - que los músculos no pueden ser distendidos más --

allá de sus límites fisiológicos.

Cualquier antagonismo entre los músculos masticadores, y el hueso, los dientes y encía es siempre ganado por los músculos. En lugar de establecer rivalidad debe de intentarse un ajuste maxilomandibular.

El factor etiológico más común, hábitos como bricomania y espasmo muscular.

SINTOMAS:

Los síntomas son diversos pero puede ocurrir que en un paciente se presentan varios síntomas, y en otro un síntoma. Pero es muy importante permitirle al paciente que exponga su sintomatología.

Los síntomas son los siguientes:

- a.- Imposibilidad de abrir normalmente la boca sin dolor.
- b.- Dolor en el área postarticular.
- c.- Sensación de golpeteo, tronido o gran ruido en el área de la articulación durante la masticación.
- d.- Dolor en la porción anterior de la oreja generalmente unilateral que se extiende hacia la cara. Es especialmente intenso cuando se usa la mandíbula.

- e.- En raras ocasiones dolor en la superficie lateral de la lengua, en este caso va asociado con otros síntomas.
- f.- Imposibilidad de cerrar completamente los dientes posteriores en oclusión normal - del lado afectado.

De los síntomas afectados los principales son d, c, a, los restantes son secundarios.

- g.- Dolor en áreas cervicales o temporal generalmente acompañado de dolor facial.

CAPITULO 2.

HISTORIA CLINICA.

La historia clínica debe realizarse meticulosamente, y se realiza un examen sistemático para evitarse errores. Los signos clínicos que se encuentran en el examen se mencionan de esta manera.

1.- Discrepancia en la oclusión y éstas pueden ser claramente visibles, o pueden requerir un estudio cuidadoso, incluyendo modelos articulares.

2.- Crepitación en los movimientos mandibulares, y ésta puede palpase y oirse, o ambas se oye fácilmente con el estetoscopio, pero lo más usual es la palpación directa sobre la cabeza del cóndilo durante los movimientos de abertura.

3.- Desviación de la mandíbula del lado afectado durante los movimientos normales de abertura, éste es un dato importante ya que el espasmo muscular va acompañado de disfunción de la articulación y se presenta el dolor, esto disminuye el movimiento del cóndilo disminuyendo o eliminando el deslizamiento de manera que permanece como articulación en forma de bisagra sin que el cóndilo abandone la fosa.

4.- Dolor a la palpación en la articulación temporomandibular afectado en los movimientos de cierre y abertura, esto se lleva a cabo colocando el dedo examinador en la porción postero superior del cóndilo y haciendo presión hacia delante durante la excursión del cóndilo, éste es un dato de su

ma importancia para justiciar un diagnóstico positivo de artralgia temporo mandibular.

DISCREPANCIAS OCLUSALES.

Mal oclusión adquirida.- La pérdida de cualquier diente o dientes sin sustitución por lo general es seguida por una desrupción en el balance oclusal desviando o inclinando al área edéntula, - esta mal oclusión distorsiona la función normal de oclusión por medio de los tubérculos y contactos a lo que se atribuye la alteración de la función de la articulación y la aparición del dolor.

Esta alteración cuando se combina con tensión nerviosa es una etapa clínica que se nota con frecuencia.

Su tratamiento puede variar desde la simple extracción de un tercer molar fuera de sitio hasta un extenso ajusto oclusal llamado equilibración.

Mal Oclusión Inherente.

El hecho de que los dientes pueden ser estéticamente aceptables ya sea ortodónticamente o naturalmente la interferencia de los tubérculos puede ser considerable en una dentadura que no ha perdido dientes, pero aquí otra vez el estado de tensión nerviosa es el factor que produce espasmo muscular y bricomanía.

También los factores mecánicos pueden producir dolor articular ejemplo un tercer molar inferior que erupciona en dirección postero lateral de

modo que termina por encontrarse en el camino de la excursión del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Esto ocasiona desviación de la mandíbula para evitar el tercer molar durante los movimientos normales durante la masticación y esto ocasiona suficiente alteración fisiológica para ocasionar intenso dolor articular.

El tratamiento consiste en la extracción del diente para establecer los movimientos normales.

Restauraciones dentales inadecuadas.- Es importante por lo tanto revisar la historia de inserción de restauraciones dentales en relación con el comienzo del dolor articular.

TENSION NERVIOSA.

Quizá a este factor no se le da mucha importancia pero debe reconocerse como factor de producción de dolor articular.

El golpeteo y desgaste de los dientes es el resultado de tensión nerviosa, estado de fatiga muscular, puede producir dolor aunque la articulación no esté afectada.

También la interferencia de tubérculos o incluso pérdida de la dimensión vertical producen síntomas en la articulación.

CAPITULO 3.

EXAMEN RADIOLOGICO.

El examen comprende radiografías dentales y - de la articulación tempore mandibular las radiografías de la articulación se deben hacer para proporcionar un registro y tener referencias por si el - paciente presenta otras dificultades más adelante. La toma de radiografías deben incluir tanto de lado doloroso, como del normal para hacer comparaciones y deben de ser en posiciones cerrada y abierta, para verificar la función de la mandíbula y hasta de espasmo muscular.

Las radiografías de diagnóstico son difíciles de obtener. Existen técnicas diferentes y se escoge la que de mejor resultado.

La interpretación de la radiografía es difícil para un observador carente de experiencia, requiere de paciencia y estudio persistente relacionado con datos clínicos y radiográficos.

Al observar la radiografía es necesario orientarse de la posición del cóndilo y la cavidad glenoidea. Con frecuencia habrá superposición de estructuras sobre el área articular.

Lo que se aprecia con más frecuencia es lo siguiente:

1.- Luxación o subluxación de uno o ambos cóndilos. La relajación de los ligamentos ocasiona -

que el cóndilo se extienda más allá de su posición normal de abertura. Esto se manifiesta en una verdadera luxación (dislocación) y esto requiere reducción o solamente es una excursión sobreextendida hacia delante y se reduce por sí misma (subluxación).

2.- Formación de ostiofitos y se manifiesta - por agrandamiento difuso de la cabeza del cóndilo - o proyecciones opacas de la superficie articular - dentro del espacio interarticular.

3.- Desmineralización de la cabeza del cóndilo, esto puede deberse a una disfunción metabólica o a un proceso tumoral.

4.- Desalojamiento postero superior de la cabeza del cóndilo por disminución de la dimensión vertical. Esto es difícil de interpretar por la angulación de la radiografía.

5.- Pérdida de claridad en el espacio articular en ambas posiciones abierta y cerrada. Generalmente indica inflamación aguda dentro de la articulación.

6.- Restricción de los movimientos de ambos cóndilos, esto es casi siempre unilateral e indica el comienzo de una alquilosis o simplemente un espasmo muscular. Este es uno de los datos más significativos, que se aprecian con más frecuencia.

CAPITULO 4.

ANATOMIA.

La articulación temporo mandibular es bicondilea (diartrosis) está cubierta por tejido fibroso o vascular en vez de cartilago hialino, como en la mayoría de las articulaciones. Su superficie articular consiste en una fosita cóncava y un tubérculo convexo. Y esta fosa termina en el labio articular posterior. Este borde evita el impacto directo del cóndilo en el hueso timpánico. Los labios -- óseos también existen en los bordes lateral y medio de la fosita articular siendo el último el más prominente.

La fosita en su parte anterior se continua con el tubérculo o eminencia articular. El tubérculo es convexo en su parte antero posterior y cóncavo en el sentido lateral.

INERVACION E IRRIGACION.

En su parte posterior del menisco se encuentra tejido conjuntivo laxo ahí se localizan nervios y vasos sanguíneos.

Los nervios sensitivos son ramas aurículo temporal y maseterina del nervio dentario inferior y son propioceptivas para la percepción del dolor.

Su irrigación consta de arterias que provienen de la rama temporal superficial de la carótida externa.

MEMBRANA SINOVIAL.

Es una membrana de tejido conjuntivo la cual recubre la cavidad de la articulación y secreta el líquido sinovial que lubrica esta articulación.

CONDILO.

Es de forma oval con su eje longitudinal - - transversal. Es convexo en su eje antero posterior que en el eje transversal.

La superficie del cóndilo se dirige en dirección superior y anterior. Y viéndolo lateralmente parece estar doblado anteriormente.

MENISCO ARTICULAR.

El menisco está colocado entre la superficie articular del hueso temporal, fosita glenoidea en la parte superior y el cóndilo en la inferior y divide esta articulación en dos partes superior e inferior. El menisco es fibroso y oval. Es delgado en su parte central que en la periferia. En su parte posterior es más grueso. La parte superior es cóncava convexa y la parte inferior es cóncava en dirección antero posterior.

Su periferia se encuentra fija al tendón del músculo pterigoide o externo por la parte anterior, en la parte posterior el disco se continua con una formación de tejido conjuntivo neurovascular el resto de su periferia se fija a la cápsula.

CAPSULA.

La estructura de esta cápsula es ligamentosa-delgada y se extiende desde la porción temporal de la fosita glenoidea en su parte superior, se une - al menisco se extiende hacia abajo hacia el cuello del cóndilo. En su parte superior es libre y permite movimientos de deslizamiento anterior en su función común y corriente, y la porción inferior es - más fija en la parte en donde se llevan a cabo los movimientos de bisagra.

LIGAMENTOS.

El ligamento temporo mandibular se extiende - desde el arco cigomático hacia abajo y atrás, hasta el borde posterior lateral del cuello del cóndilo es el único ligamento que proporciona un sostén directo a la cápsula.

Los ligamentos esfenomandibular y estilomandibular se consideran ligamentos accesorios. El primero se inserta en la espina de spix, y el último en el ángulo de la mandíbula.

TRIGEMINO.-(nervio mixto 5o. par craneal).

Origen.- Nace a los lados de la cara anterior de la protuberancia por dos raíces adosadas: una - pequeña y motriz, la otra gruesa y sensitiva. El origen real comprende dos núcleos de origen, uno - pequeño y redondo situado a cada lado de la protuberancia entre el 4o. y 6o, par, para la raíz mo-

triz; el otro mucho más grueso para la raíz sensitiva por fuera del precedente y de forma irregular.

De aquí el trigémino se dirige al vértice del peñasco y ahí se presenta el ganglio de gasser.

Ramas.- El ganglio de gasser da nacimiento a tres ramas: Oftálmica, maxilar superior y maxilar inferior. Además se anastomosa con varios filetes del gran simpático.

Oftálmico.- Nacido de la parte más interna - del ganglio de gasser, el oftálmico se dirige a la pared más externa del seno cavernoso se anastomosa con el gran simpático y los tres nervios motores - de la órbita y se divide en tres ramas terminales: nasal, frontal, lagrimal.

NASAL.- Llegado al agujero orbitario interno-anterior, se divide en dos ramos, nasal interno y nasal externo.

FRONTAL.- Se divide en la órbita en frontal interno y frontal externo.

LAGRIMAL.- Se dirige hacia la parte externa de la cavidad orbitaria hacia la glándula lagrimal.

MAXILAR SUPERIOR.- Nacido de la parte media - del ganglio de gasser, este nervio atraviesa el - agujero redondo mayor, penetra en el conducto sub-

orbitario y se termina en el agujero de este nombre dando numerosas ramificaciones nerviosas, nervios infraorbitarios, para la piel y la mucosa de la mejilla, del labio superior y la nariz.

En su trayecto da cuatro ramas colaterales.

- 1.- Ramo orbitario.
- 2.- Raíces sensitivas para el ganglio esfenopalatino.
- 3.- Nervios dentarios posteriores.
- 4.- El nervio dentario anterior.

Del ganglio esfenopalatino o de Meckel da - - tres ramas a saber:

- A.- Pterigopalatina.
- B.- Esfenopalatina.
- C.- Los palatinos.

MAXILAR INFERIOR.- Nacido en la parte inferior del ganglio de gasser, este nervio está formado por la parte motriz del trigémino y una parte de la sensitiva. Sale del cráneo por el agujero oval y proporciona siete ramas.

- a.- La bucal.
- b.- El temporal profundo medio.
- c.- El maseterino.
- d.- Pterigoideo interno.

e.- Auriculotemporal.

f.- Nervio dentario inferior y da mentoniano-
e incisivo.

g.- Nervio lingual.

MUSCULOS MASTICADORES. (inervados por el ner-
vio maxilar inferior)

Masetero.- Inserciones. 1.- Borde inferior y-
cara interna del arco cigomático. 2.- Dos tercios-
inferiores de la cara externa de la rama del maxi-
lar inferior.

Relaciones.- Cubre la rama del maxilar, y el-
tendón del temporal.

Acción.- Elevador de la mandíbula inferior.

Temporal.- Inserciones. 1.- Dos tercios supe-
riores de la fosa temporal. 2.- Apófisis coronoi--
des del maxilar inferior.

Relaciones.- Está cubierto por la aponeurosis
temporal.

Pterigoideo interno.- Inserciones. 1.- Fosa -
pterigoidea. 2.- Cara interna del maxilar inferior.

Relaciones.- Por dentro faringe y periestafi-
lino externo, por fuera pterigoideo externo, maxi-
lar inferior y vasos y nervios dentarios.

Acción.- Elevador de la mandíbula inferior.

Pterigoideo externo.- Inserciones. 1.- Apófisis pterigoides. 2.- Cara interna del cuello del cóndilo.

Relaciones.- Por abajo pterigoideo interno, - vasos y nervios dentarios, por arriba base del cráneo.

Acción.- Dirige hacia delante el cuello del cóndilo del maxilar.

CAPITULO 5.

TRATAMIENTO.

Este tratamiento debe considerarse en 3 etapas progresivas a saber: Conservador de soporte y correctivo, terapia por inyección y condilectomia-mandibular.

Colocación de la articulación en reposo.- Se corrige dándole un régimen de dieta blanda y limitación de movimiento. Pero no se aconseja eliminar por completo los movimientos con ligadura interdental ya que esto ocasiona una exacerbación del dolor por compresión del cóndilo contra el menisco - y las estructuras periarticulares los cuales se encuentran con cierto grado de inflamación y esto por sí mismo no elimina la bricomania. La limitación de los movimientos y la dieta blanda permiten a las estructuras de la articulación descansar hasta donde sea posible de manera que la inflamación y el edema deben desaparecer gradualmente. La apertura de la mandíbula debe restringirse a una apertura que sea posible sin producir dolor.

CALOR APLICADO.

Se lleva a cabo con calor aplicado en el área afectada. Un cojín eléctrico es la forma más usual Sin embargo se aplican también compresas húmedas, - el cojín eléctrico se puede aplicar durante las noches y mañanas cuando el dolor es más intenso.

ANALGESICOS.

Se aplica 0.65 gr de ácido acetilsalicílico 4 veces al día, elimina el malestar debido a una acción analgésica, reduce el espasmo y el trismo. Este tratamiento se deberá efectuar con sumo cuidado.

En lo referente a horario de dosis durante este período y no tiene contraindicaciones pero si presentan intolerancias gástricas.

Esto es mucho más eficaz cuando se toma 20 minutos antes de los alimentos y la dosis final al acostarse.

SEDANTES.

En su mayoría los pacientes con artralgia dolorosa temporomandibular los tienen considerable - tensión nerviosa acompañada de dolor continuo. El amital sódico en dosis de 0.06 gr, 4 veces al día es eficaz y no deprime. El alivio del factor tensión nerviosa también es una gran ayuda para reducir la tensión muscular y la bricomania.

EJERCICIO.

El espasmo y la tensión nerviosa ambos se alivian considerablemente por medio de un programa diario de ejercicio físico, los ejercicios al aire libre y los deportes son necesarios pero no indispensables. Se recomienda caminata y andar en bicicleta son eficaces para individuos sedentarios. La mayoría de los pacientes son de sexo femenino y -

eluden este tipo de ejercicio. Si el paciente es -
tenso, una caminata por las tardes seguida de un -
baño tibio y una dosis diaria de ácido acetilsali-
sílico y amital sódico ayudan a pasar una noche -
descansada libre de dolor muscular.

CONSTRUCCION DE UN PLANO DE MORDIDA.

Se construye un plano de mordida palatino en-
pacientes con signos de bricomania. Se diseña de -
una forma en que los dientes anteriores inferiores
puedan tocar la superficie lisa del plano para que
no puedan cerrarse en oclusión evitando la bricoma
nia.

El plano de oclusión no debe considerarse, co-
mo férula para abrir la oclusión sino para quitar-
el hábito de chocar, y remoler los dientes en el -
sueño o despierto. Este aparato se usa durante un-
tiempo de tres semanas, pero debe evitarse en las-
noches por que de lo contrario hay posibilidad de-
alargamiento de los dientes posteriores. Este pla-
no de mordida se construye de acrílico cubriendo -
la mitad anterior del paladar duro. (el acrílico -
debe ser duro y pulido) este aparato se sostiene -
en su lugar por medio de un alambre que se extien-
de a lo largo de los márgenes cervicales de los --
dientes anterior superior. Se le considera una fé-
rula temporal ya que el propósito es que el pacien-
te rompa con el hábito de la bricomania, y logran-
do esto la férula se le retira gradualmente.

REHABILITACION OCLUSAL.

Este es un esfuerzo de conciencia del paciente tal como se le han indicado. Después de estar sometido a los ajustes oclusales, pero el objetivo base es que el paciente tenga una oclusión normal - sin contactos prematuros o interferencias de tubérculos. Esto requiere un desgaste oclusal extenso - inclusive se llevan a cabo algunas extracciones y la restauración de áreas edéntulas. El uso de moda los articulados y el estudio del funcionamiento de la oclusión son indispensables para obtener buenos resultados. También puede ocurrir con restauraciones mal ajustadas que se pudieron haber colocado - inmediatamente antes del comienzo del dolor merecen corrección inmediata.

Y en lo que respecta a los terceros molares - son de gran importancia ya que pueden ocasionar - una desviación de la oclusión y basta con esto para ocasionar un desgaste muscular con el subsecuente espasmo y dolor articular.

TERAPEUTICA POR INYECCION.

Es de dos tipos: compuestos de hidrocortisona, y soluciones esclerosantes.

Compuestos de hidrocortisona. La inyección intraarticular de compuestos de hidrocortisona se ha comprobado que es eficaz para aliviar el dolor de las articulaciones, y reduce inflamaciones de las articulaciones.

Pero actualmente se usan compuestos muy potentes como el acetato de metacortolona (acetado de prednisolona) e hydetra T.B.A. butil acetato terciario de prednisolona. Todas estas drogas son benéficas por medio de inyección intramuscular de 15 miligramos dentro de la articulación temporo mandibular.

Indicaciones de las inyecciones deben observarse estrictamente.

- a.- La articulación es dolorosa que su rehabilitación no se lleva a cabo inmediatamente.
- b.- El dolor persiste a pesar de la terapéutica indicada conservadora y de sostén.
- c.- La inyección de hidro cortisona no se debe usar sistemáticamente sino solo como ayuda ocasional en otro plan de tratamiento.

En casos que el comienzo es brusco, pero no hay complicaciones oclusal se pueden producir una cura permanente.

Pero en pacientes que tienen convalecencia prolongada y desarmonías oclusales, y tensión nerviosa la inyección pero sin otro tratamiento adicional ya sea correctivo o de soporte va seguida de recidiva en 4 semanas cuando la inflamación ha desaparecido.

En pacientes con signos radiográficos de alteraciones dentro de la articulación o de erosión de la cabeza del cóndilo se les trata quirúrgicamente cuando persisten los síntomas a pesar de la terapia de sostén.

Es muy raro cuando ambas articulaciones están afectadas entonces la inyección se da invariablemente en un solo lado a pesar que se puede efectuar de los dos lados.

TECNICA DE INYECCION DE HIDROCORTISONA.

- 1.- El lugar de inyección esté completamente estéril.
- 2.- La boca debe abrirse un tercio de lo normal.
- 3.- En la técnica de anestesia local se deposita en la escotadura sigmoidea.
- 4.- El paciente con la boca abierta un tercio la inyección se efectúa con aguja calibre 25 y ésta se introduce en la superficie lateral de la articulación temporo mandibular hacia la cavidad glenoidea.
- 5.- Localizándose el techo de la cavidad, la aguja se extrae un milímetro, se espera y se inyecta el farmaco 925 mg de hidrocortisona. - 0.15 mg de acetato de prednisolona o bitulacetato terciario de prednisolona.
- 6.- En la cavidad inferior de la A.T.M. puede inyectarse dirigiendo la aguja hacia la superficie, pero esta técnica se ha abandonado ya - que no mejora y se han presentado traumas de la superficie de la articulación.
- 7.- La aguja se saca y colocamos un apósito estéril. Cuando se usa esta técnica en ocasiones el paciente se queja de aumento de síntomas - durante 3 días, pero va reduciéndose progresi

vamente generalmente los resultados son benéficos- y da tiempo para efectuar los ajustes oclusales.

SOLUCIONES ESCLEROSANTES.

La inyección de este tipo debe restringirse - en articulaciones con signos clínicos y radiográficos de hipermotilidad (subluxación o luxación) hay relajación de la cápsula y de los ligamentos temporo mandibulares y permite al cóndilo sobreextender se en sus movimientos.

La inyección de soluciones esclerosantes debe de restringirse a la cápsula para favorecer la fibrosis.

Esta solución no debe ser inyectada dentro de la cavidad articular como se hace con los compuestos de hidrocortisona.

Generalmente se aplican varias inyecciones esclerosantes por dos o tres semanas y así lo debe - de comprender el paciente.

Condilectomía mandibular.- La región anatómica en relación con la incisión y la disección subsecuente conviene señalar que si se hace la disección en contacto con el cartílago de la oreja, no se lesiona los vasos ni los nervios.

' CONDILECTOMIA MANDIBULAR.

En la cirugía para eliminar el dolor de la articulación temporo mandibular ésta se efectúa cuan

do han fracasado los métodos conservadores y hay -
 signos radiográficos o erosión de la cabeza del -
 cóndilo. Los pacientes psiconeuróticos no deben -
 ser sometidos a este tratamiento a menos que haya-
 sido aprobado por su psiquiatra. En la interven- -
 ción quirúrgica el procedimiento ideal es la condi-
 lectomía alta.

Este enfoque ha surgido después de que han fa-
 llado los métodos conservadores y van acompañados-
 de dolor intenso después de la cirugía que consis-
 tía en extraer el menisco. Pero debe tenerse sumo
 cuidado en saber que el dolor proviene de la arti-
 culación y no de los músculos faciales o masticado-
 res.

El procedimiento de esta intervención se basa
 en la reducción quirúrgica de la altura de la cabe-
 za del cóndilo aliviando por lo tanto la irrita-
 ción y la presión de la inervación articular. En-
 la parte posterior de la cabeza del cóndilo se lo-
 caliza tejido conjuntivo laxo rico en vasos sangui-
 neos y nervios y por lo consiguiente terminaciones
 nerviosas que une al disco articular y a la cápsu-
 la.

A pesar de que en la intervención ocurre de -
 un solo lado se espera la desviación del lado ope-
 rado pero no ocurre tal cosa porque esto suele ser
 mínimo y se corrige con un ajuste oclusal.

La preservación del menisco es de suma impor-
 tancia ya que impide las adherencias entre el mu-
 ñón de la mandíbula y la cavidad glenoidea que oca-

siona desviación de la mandíbula hacia el lado - -
afectado.

Si hay dientes conviene colocarlos en oclu- -
sión por medio de tracción elástica durante 4 sema-
nas después de la intervención para prevenir cual-
quier desviación.

En pacientes edéntulos no es necesario res- -
tringir los movimientos.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PARA EFECTUAR LA CONDILECTOMIA.

- 1.- Se afeita el pelo por detrás y delante del pa-
bellón de la oreja.
- 2.- Se infiltra una solución de anestésico que --
contenga epinefrina por encima del cóndilo y-
el área anterior de la oreja.
- 3.- Se hace una incisión por delante de la oreja-
y se extiende de superior a inferior.
- 4.- Se disecciona un colgajo de piel hasta una distan-
cia aproximada de 2.5 cm anteriormente a la -
incisión y se sutura hacia adelante con la --
piel para ayudar la retracción.
- 5.- Esta disección va en contacto con el cartíla-
go de la oreja, y esta disección consiste en-
despegar la inserción de tejidos blandos del-
cartílago de la oreja y del conducto auditivo
externo y llegar al arco cigomático.
- 6.- Se palpa el cóndilo y se continúa la disec- -
ción hasta descubrir la cápsula articular.

- 7.- Se abre la cápsula en una incisión semilunar - que se extiende a lo largo de los bordes ante riores y superiores evitando el menisco.
- 8.- El cóndilo se reseca a 8 ó 10 mm por debajo - del borde superior esto se eleva y se lleva - a cabo fácilmente con una fresa redonda de - tugsteno y carburo (número 8 de S.S. White) - con pieza de mano de alta velocidad.
- 9.- Se extrae el cóndilo cortando ligeramente las fibras que lo sujetan del músculo pterigoideo externo. Algunas fibras de este músculo perma necen fijas por debajo del sitio de resección proporcionando una buena función postoperato- ria.
- 10.- El muñón del cuello del cóndilo se alisa con- limas de hueso y se coloca gelfoan dentro del defecto para cohibir la hemorragia capilar - que pueda presentarse.
- 11.- La cápsula se sutura con catgut simple delga- do. Y el resto de la herida se sutura con los medios usuales.
- 12.- Se lleva a cabo un vendaje compresivo y se de ja durante 48 hrs.
- 13.- Si no hay fijación interdental se instruye al paciente a que use la mandíbula lo más pronto posible.
- 14.- Como suele haber derrame de sangre dentro del conducto auditivo externo se lava y se limpia después de la intervención.

Esta técnica tiene muchas ventajas permite - una mejor visualización, también se disecan los tejidos blandos desde el cartílago de la oreja, es - prácticamente imposible dañar el nervio facial o - los vasos que irrigan el área.

LUXACIONES.

La luxación (dislocación) de la articulación temporomandibular ocurre con relativa frecuencia cuando hay relajación de la cápsula y del ligamento temporomandibular que permite al cóndilo moverse hasta un punto anterior o la eminencia articular en movimientos de apertura. El espasmo y la - contracción muscular mantienen el cóndilo en posición de manera que es imposible para el paciente - cerrar la boca y regresarla a su posición normal - de oclusión.

Esta luxación puede ser unilateral o bilateral y puede ocurrir espontáneamente, también ocurre durante un bostezo.

También ocurre cuando el paciente fuerza la - mandíbula al aplicarle anestesia general.

TRATAMIENTO.

Esta luxación puede reducirse haciendo presión hacia abajo en los dientes posteriores y presión hacia arriba en el mentón acompañada de un - deslizamiento posterior de la mandíbula.

Es conveniente que el operador esté de pie - delante del paciente por lo general esta reducción no es difícil. Pero puede ocurrir un espasmo muscular suficientemente grande que no permita la manipulación del cóndilo para regresarlo a su posición normal, en tal caso es necesario producir relajación muscular suficiente para lograr la reducción adecuada del cóndilo. Y se recomienda un relajador muscular. Hay ocasiones cuando se administra anestésico hay reducción espontánea porque la musculatura que rodea al cóndilo se muestra flácida y en estas circunstancias no requiere manipulación y el cóndilo regresa solo a la cavidad glenoidea.

Cuando la dislocación es bilateral solamente es necesario anestesiar un lado para lograr la reducción bilateral. Con frecuencia las luxaciones de larga duración pueden pasar inadvertidas esto ocurre después de extracciones o amigdalectomía - con anestesia general pues la mandíbula se abre al máximo, puede pasar inadvertida si el paciente no se examina después de la intervención. Pero por lo general las luxaciones de larga duración requieren reducción abierta porque se puede desarrollar una nueva articulación por delante de la eminencia articular. Esta reducción abierta consiste en -- abrir la articulación a través de una incisión -- preauricular como se describe en la condilectomía mandibular descubriendo el cóndilo dislocado y se puede manipular el cóndilo hacia la cavidad glenoidea.

ANQUILOSIS.

Es rara y consiste en la pérdida de la función articular y ésta puede ser parcial o completa.

La intervención quirúrgica es necesaria. El uso de antibióticos en la niñez causaba anquilosis. Pero la causa más común es el traumatismo; la fractura del cóndilo con lesión de la superficie articular con hemorragia y subsecuente despegamiento del periostio seguida de la organización del coágulo en ocasiones produce unión ósea entre la rama ascendente y la mandíbula y arco cigomático.

La artritis avanzada también puede producir alteraciones del cóndilo que fácilmente resultan anquilosis.

LA ARTROPLASTIA.

Corrección quirúrgica es descubrir el área articular a través de la incisión preauricular. Si el área del cóndilo es la única que participa en la anquilosis no es necesario descubrir la apófisis coronoides. La artroplastia generalmente se extiende primero a través de la base del cuello del cóndilo. Después el cóndilo se extirpa con cincel. En otros casos cuando el cóndilo fracturado está desalojado hacia la línea media es necesario realizar una ostectomía de un centímetro en porción superior de la rama ascendente del cóndilo desalojado y puede separarse con cincel de la superficie interna de la rama ascendente y retirarse a través de la herida.

COMO DEBE REALIZARSE UNA ARTROPLASTIA CON EXITO.

Son dos principios a saber:

- a.- Se extirpa el cóndilo desplazado y crear un espacio de uno y medio centímetros entre el margen superior y la rama ascendente y el arco cigomático.
- b.- Se establece una dilatación vigorosa y continuada de la mandíbula.

LA MICROGNASIA.

Es también una complicación de la anquilosis por falta de desarrollo del centro condilar de crecimiento. Se lleva a cabo también la corrección - quirúrgica y logra un estado funcional y estético.

(No está indicado en injertos óseos).

C O N C L U S I O N E S .

Llevar a cabo esta tesis, tiene como finalidad que el cirujano dentista conozca a la perfección la anatomía de la articulación temporo mandibular, porque esta región es muy importante y da seguridad al profesionista para tratar cualquier problema.

Actualmente los problemas de la articulación-temporo mandibular pueden tratarse y corregirse adecuadamente gracias al profundo conocimiento de esta región.

BIBLIOGRAFIA.

Cirugía Bucal

Asher

Editorial INTERAMERICANA.

Tratado de cirugía Bucal

Gustav O Kruger

Editorial INTERAMERICANA.

Cirugía de la cavidad Bucal

Thoma

Editorial GONZALEZ PORTO.

Anatomía Humana.

Lokart Hamilton

Editorial INTERAMERICANA.