

879522

162
Ejemplar



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ENFERMEDADES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ANA IRMA TARANGO ELIZONDO



CHIHUAHUA, CHIH.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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	1	
CAP. I		
ANATOMIA		
SUPERFICIES ARTICULARES	3	
MEDIOS DE UNION	3	
CAPSULA ARTICULAR	7	
LIGAMENTOS	7	
MUSCULOS MASTICADORES:		
TEMPORAL	7	
MASETERO	8	
PTERIGOIDEO INTERNO	8	
PTERIGOIDEO EXTERNA	9	
MUSCULOS SUPRAHIOIDES:		
DIGASTRICO	9	
MILOHIOIDEO	10	
GENIOHIOIDEO	10	
CAP. II		
SISTEMAS NEUROSENSITIVOS Y NEUROMUSCULARES		11
INERVACION	12	
TRIGEMINO	12	
NERVIO OFTÁLMICO	13	
NERVIO MAXILAR SUPERIOR	13	
NERVIO MAXILAR INFERIOR	14	
ASPECTOS HISTOLOGICOS	15	
CAP. III		

ENFERMEDADES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	17
ANOMALIAS DE DESARROLLO	17
DISMINUCION DE DESARROLLO	18
CAUSAS DEL DEFECTO DE DESARROLLO DE LA ATM Y MANDIBULA.	20
CAUSAS LOCALES.	21
CAUSAS GENERALES.	22
MICROGNASIA Y RETROGNASIA.	23
TRATAMIENTO.	24
1.- TECNICA PARA OSTEOTOMIA DESLIZANTE CON ESCALON	25
2.- OSTEOTOMIA DESLIZANTE HORIZONTAL EN L.	27
3.- OSTEOTOMIA VERTICAL EN LA RAMAS CON INJERTO OSEO	27
4.- OSTEOTOMIA DESLIZANTE EN L.	29
5.- OSTEOTOMIA MODIFICADA EN L O EN C	31
6.- OSTEOTOMIA EN Z	35
CAUSAS DEL EXCESO DE DESARROLLO DE LA ATM Y MANDIBULA	37
TRATAMIENTO DEL EXCESO DE DESARROLLO	39
1.- OSTEOTOMIA EN EL CUELLO DEL CONDILO.	40
2.- OSTEOTOMIA VERTICAL EXTRABUCAL EN LAS RAMAS.	43
3.- OSTEOTOMIA SUBCONDILAR EXTRAORAL	47
4.- OSTEOTOMIA SUBCONDILAR INTRAORAL	47
5.- OSTEOTOMIA HORIZONTAL EN LAS RAMAS	49
6.- OSTEOTOMIA SAGITAL INTRAORAL	50
7.- OSTEOTOMIA DE LA MANDIBULA	50
CAUSAS GENERALES DEL EXCESO DE DESARROLLO	53
CAP. IV	
ARTRITIS INFECCIOSA	55
ARTRITIS REUMATOIDE	57

ARTRITIS DEGENERATIVA	58
ARTRITIS TRAUMÁTICA	60
SÍNDROME DE LA DISFUNCIÓN MIOFACIAL DOLOROSA	61
NEOPLASIAS	62
ASTRALGIA TEMPOROMANDIBULAR	63
TRATAMIENTO DE APOYO CONSERVADOR Y CORRECTIVO	64
CAP. V	
TRAUMATISMOS DE LA ATM.	
ANQUILOSIS	69
FRACTURAS	71
SUBLUXACIÓN	76
LUXACIÓN	77
CAP. VI	
PROCESOS QUE SIMULAN DOLOR ARTICULAR	80
CAP. VII	
CASO CLÍNICO	84
HISTORIA CLÍNICA	86
REDACCIÓN DE HISTORIA CLÍNICA	88
CONCLUSIONES	91
BIBLIOGRAFÍA	93

INTRODUCCIÓN

El término "Síndrome de la Articulacion Temporomandibular" se ha usado de forma inadecuada para describir un conjunto de signos y síntomas relacionados con distintas enfermedades que afectan la Articulación Mandibular y las estructuras vecinas.

Es difícil establecer el diagnóstico diferencial de la patología temporomandibular pero sirve de ayuda el hecho de que básicamente las mismas enfermedades afectan a todas las articulaciones y de que sus manifestaciones patológicas se modifican sólo por las variables morfológicas y funcionales de cada zona específica.

La articulación Temporomandibular ha sido tema de considerable interés e investigación científica durante muchos años. Es, sin duda, una de las estructuras faciales más complejas, que produce, en sus varios estados patológicos, muchos problemas cuyo correcto diagnóstico y tratamiento frecuentemente no son evidentes ni fácilmente ejecutados. Sin embargo, se reconoce ahora que varias formas de terapia propuestas en el pasado eran básicamente incorrectas, y esto es evidencia de que es mucho lo que se ha aprendido sobre la articulación en los últimos años.

A medida que ha avanzado la comprensión de la función y la patología de la articulación, también lo ha hecho el manejo de sus muchos problemas. Hoy, la gran mayoría de los problemas de las articulaciones temporomandibulares puede corregirse con un tratamiento adecuado.

Al discutir los procesos más frecuentes que afectan a la ATM deben considerarse algunos aspectos correlativos de anatomía y de fisiología para ver cómo las variaciones en esta zona pueden modificar el proceso patológico, así como

sus síntomas.

Se describirán también, no en forma completamente detallada, pero sí en forma descriptiva, algunos padecimientos y enfermedades de la ATM. Esto con el fin de llegar a describir y analizar un caso de subluxación cuyo tratamiento se llevó a cabo por su servidora durante el año de servicio social.

No se consideró necesario incluir el tratamiento de algunos padecimientos, no por restarles importancia, sino por la razón de que se trata de enumerar la mayoría de las enfermedades que hasta la fecha se conocen, para formar con ello una especie de cuadro sinóptico para darnos cuenta de la clasificación, importancia y frecuencia de la subluxación.

Solamente se incluyen padecimientos o alteraciones de esta articulación que el Odontólogo no pueda dejar a un lado como fracturas, artralgia, prognatismo, micrognasia o apertognasia, etc. Éstas sí en forma detallada.

ANATOMÍA

La articulación temporomandibular es una articulación gínglimo artrodial que difiere de la mayoría de las articulaciones porque las superficies articulares están cubiertas con tejido fibroso avascular en lugar de cartílago hialino. La superficie articular cóncava y tubérculo articular convexo.

La articulación temporomandibular se localiza inmediatamente por delante del orificio auditivo externo.

SUPERFICIES ARTICULARES.

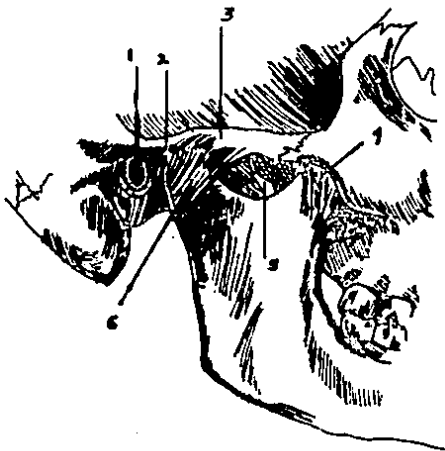
Los cóndilos del maxilar inferior, son dos eminencias ovoideas de eje mayor dirigido hacia atrás y adentro y unidos el resto del hueso por una porción estrecha llamada cuello.

Las superficies articulares son el cóndilo del temporal y la cavidad glenoidea del mismo. El cóndilo se halla constituido por la raíz transversa de la apófisis cigomática y la cavidad glenoidea está situada detrás del cóndilo y es una depresión profunda de forma elipsoidal.

La superficie articular del temporal, no se adapta directamente con el cóndilo del maxilar, sino que la adaptación se realiza por intermedio de un menisco articular, cuya cara anterosuperior está en relación con el cóndilo del temporal y su parte posterior corresponde a la cavidad glenoidea; la cara posteroinferior puede cubrir todo el cóndilo o solamente la vertiente anterior.

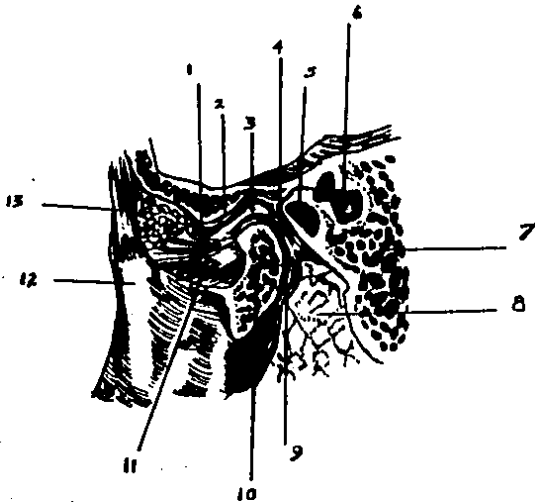
MEDIO DE UNIÓN

Comprenden una cápsula articular y dos ligamentos laterales, conside-



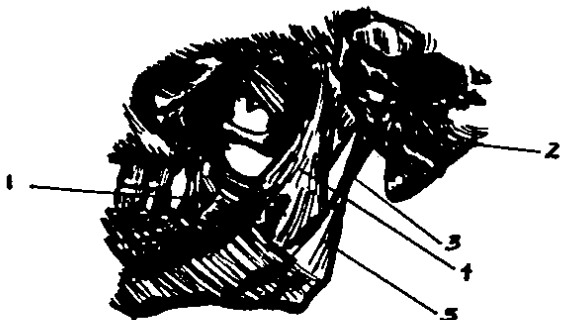
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
(Cara Externa)

- 1.- Conducto Auditivo Externo
- 2.- Parte posterior de la Cápsula Articular
- 3.- Apófisis Cigomática
- 4.- Onserción del Temporal
- 5.- Escotadura Sigmoidea
- 6.- Ligamento Lateral Externo



CORTE SAGITAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1.- Sinovial Superior | 8.- Parótida |
| 2.- Cavidad Glenoidea | 9.- Cápsula Articular y Ligamen
to Lateral Interno |
| 3.- Menisco | 10.- Cóndilo del Maxilar |
| 4.- Sinovial Inferior | 11.- Pterigoideo Externo |
| 5.- Conducto Auditivo Externo | 12.- Apófisis Coronoides |
| 6.- Celdilla Mastoidea | 13.- Músculo Temporal |
| 7.- Apófisis Mastoides | |



ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

(CARA INTERNA)

- 1.- Ligamento Pterigomaxilar
- 2.- Ligamento Lateral Interno
- 3.- Apófisis Estiloides
- 4.- Ligamento Esfenomaxilar
- 5.- Ligamento Estilomaxilar.

rados como los ligamentos intrínsecos de la articulación; también se incluyen - tres ligamentos auxiliares o extrínsecos.

CÁPSULA ARTICULAR

Su extremidad superior se inserta, por delante, en la raíz transversa de la apófisis cigomática, por detrás en el labio anterior de la ciatura de Glasser. Su extremidad inferior es el cuello del cóndilo. Su superficie interna, tapizada por la sinovial, sirve de inserción al reborde del menisco, quedando así dividida la cavidad articular en una porción suprameniscal y otra inframeniscal.

LIGAMENTOS

El ligamento temporomandibular se extiende desde el arco cigomático - hacia abajo y atrás hasta el borde posterior del cuello del cóndilo. Es el único ligamento que da apoyo directo a la cápsula. Los ligamentos esfenomaxilar y estilomaxilar se consideran ligamentos accesorios. El primero se inserta en la espina de Spix de la mandíbula y el ligamento estilomaxilar en su ángulo.

SINOVIAL

Es doble en la mayoría de los casos, existiendo una suprameniscal y - otra intrameniscal. Ambas tapizan la cápsula correspondiente por su cara interna y termina por un lado en el lugar de inserción del menisco sobre la cápsula, y por el otro, en el borde del revestimiento fibroso de la superficie articular correspondiente.

MÚSCULOS MASTICADORES:

TEMPORAL

Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides del Maxilar inferior.

Se fija por arriba en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal y desde estos lugares converge hasta formar un tendón que acaba en el vértice, bordes y cara interna de la apófisis coronoides.

ACCION. Elevar el maxilar inferior y llevarlo atrás.

MASETERO.

Se extiende desde la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior. Se halla constituido por un haz superficial y otro haz profundo.

El haz superficial se inserta en el borde inferior del arco cigomático y abajo en el ángulo del maxilar inferior. El haz profundo se inserta por arriba en el borde inferior y cara interna de la apófisis cigomática y termina sobre la cara externa de la rama del maxilar inferior.

PTERIGOIDEO INTERNO.

Comienza en la apófisis pterigoides y termina en la porción interna del ángulo del maxilar inferior.

Superiormente se inserta sobre la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, en el fondo de la fosa pterigoides, y desde estos lugares sus fibras terminan en la porción interna del ángulo del maxilar inferior y sobre la cara interna de su rama ascendente.

ACCION. Músculo elevador del maxilar inferior, pero también proporciona pequeños movimientos laterales.

PTERIGOIDEO EXTERNO.

Se extiende de la apófisis pterigoides del cuello del cóndilo del maxilar inferior. Se halla dividido en dos haces, uno superior o esfenoidal y otro inferior o pterigoideo.

El haz superior se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides, el haz inferior se fija sobre la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides y ambos haces convergen para insertarse en la parte interna del cuello del cóndilo y en la cápsula articular.

ACCION. La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos produce movimientos de proyección hacia delante del maxilar inferior. Cuando se contraen aisladamente producen movimientos de DIDUCCION y son principalmente en la masticación.

MÚSCULOS SUPRAHIODEOS

DIGÁSTRICO

Músculo compuesto por dos vientres musculares y un tendón intermedio. Se extiende del temporal al maxilar inferior.

El vientre posterior del digástrico se inserta en la rama digástrica de la apófisis mastoidea del temporal y termina en el tendón intermedio el cual da inicio al vientre anterior que finalmente termina en la fosa digástrica del maxilar inferior.

ACCIÓN. La contracción del vientre anterior hace descender al maxilar inferior cuando permanece fijo el hioides.

MILOHIOIDEO

Entre los dos milohioideos forman el piso de la boca. La inserción superior se realiza en la línea milohioidea del maxilar inferior y sus fibras posteriores terminan en la cara anterior del hueso hioides y las anteriores en su rafé aponeurótico que se extiende de la ffnfisis mentoniana al hueso hioides.

ACCION. Elevador del hueso hioides y la lengua.

GENIOHIOIDEO

Músculo corto que se inserta superiormente en la apófisis geni inferior del maxilar y termina en la cara anterior del cuerpo del hueso hioides.

ACCION. Elevador del hueso hioides o abatidor del maxilar inferior según donde tomo su punto de apoyo.

SISTEMAS NEUROSENSITIVOS Y NEUROMUSCULARES.

La actividad muscular bucofacial se determina por la frecuencia y la sucesión de descargas de las neuronas motoras alfa, ubicadas en los núcleos motores del encéfalo.

La suma total de los acontecimientos eléctricos producidos por la contracción de las unidades motoras, puede ser registrada mediante la electromiografía.

La electromiografía como instrumento clínico y de investigación se ha proyectado en la cinesiología mandibular y ha facilitado la aplicación de estos conocimientos.

Estos estudios han demostrado que la elevación mandibular es producida por el músculo temporal, masetero y pterigoideo interno, y el descenso, por el pterigoideo externo y digástrico. Los movimientos laterales están a cargo del temporal y masetero ipsilaterales y de los pterigoideos interno y externo-contralaterales.

Se demostró también que los músculos elevadores de la mandíbula tienen una gran actividad durante la deglución, especialmente en el deglutir del adulto o somático, en el cual ocurre normalmente el contacto oclusal, mientras que en el deglutir del lactante o visceral los músculos faciales peribucales parecen iniciar la deglución y la lengua es utilizada para alcanzar la mandíbula, en lugar de los dientes.

En el estado edéntulo se observa el tipo infantil de deglución, la colocación de dentaduras completas permitirá al sujeto volver a utilizar el t_l

po de deglución somática.

I N E R V A C I Ó N

Las neuronas ubicadas en el núcleo motor del nervio trigémino o V par craneal inervan, por conducto de su rama mandibular, la porción anterior del - digástrico, milohioideo, el martillo y peristafilino externo, además de los cuatro músculos masticadores.

Aunque el nervio trigémino sea el sistema neurológico predominante relacionado con la función bucal, no debe ignorarse el papel desempeñado por los nervios faciales o VII par craneal, e hipogloso o XII para craneal.

Todos los músculos peribucales y faciales, incluyendo al buccinador, los del estribo, porción posterior del digástrico y estilohioideo son inervados por el nervio facial. El nervio hipogloso inerva todos los músculos intrínsecos y extrínsecos de la lengua con excepción del palatogloso.

TRIGÉMINO

Es un nervio mixto que transmite la sensibilidad de la cara, órbita y fosas nasales y lleva las incitaciones motoras a los músculos masticadores.

Las fibras sensitivas tienen su origen en el ganglio de Gasser, de donde parten las que constituyen la raíz sensitiva.

El Ganglio de Gasser se localiza en la fosa de Gasser, su cara inferior está en relación con la raíz motora del trigémino; en tanto que del borde anteroexterno nacen las tres ramas principales: NERVIO OFTÁLMICO, MAXILAR SUPERIOR Y MAXILAR INFERIOR, que a continuación se describen.

NERVIO OFTÁLMICO

Es un ramo sensitivo que se desprende de la parte anteriointerna del Ganglio de Gasser, desde donde se dirige para penetrar en el seno cavernoso, al salir de este lugar se divide en tres ramas; UNA INTERNA O NERVIO NASAL, OTRA MEDIA O NERVIO FRONTAL, Y UNA EXTERNA O NERVIO LAGRIMAL.

NERVIO NASAL. Penetra en la órbita por la hendidura esfenoidal y se dirige hacia afuera hasta llegar al agujero esfenoidal anterior.

NERVIO FRONTAL. Penetra en la órbita y antes de llegar al reborde orbitario se divide en Frontal interno y externo.

NERVIO LAGRIMAL. Penetra en la hendidura esfenoidal hasta alcanzar la glándula lagrimal.

NERVIO MAXILAR SUPERIOR

Nervio exclusivamente sensitivo y nace de la parte media del borde anteroexterno del Ganglio de Gasser.

A partir de su origen se dirige hasta alcanzar el agujero redondo mayor, penetra en la fosa pterigomaxilar y alcanza el canal suborbitario el cual recorre y sale por el orificio suborbitario donde emite sus ramas terminales.

RAMOS COLATERALES.

RAMOS MENINGEO MEDIO Se desprende del nervio antes que este penetre en el agujero redondo mayor y se distribuye por las meninges de las fosas esfenoidales.

RAMO ORBITARIO. Emanas del tronco del nervio en la fosa pterigomaxilar y penetra en él en la cavidad orbitaria.

NERVIO ESFENOPLATINO. Se desprende del nervio cuando éste penetra en la fosa pterigomaxilar y se divide en sus ramas terminales; los nervios orbitarios, los nasales superiores, el naso platino, el platino anterior, medio y posterior.

NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES. Son dos o tres ramos que se desprenden del tronco en la parte anterior de la fosa pterigomaxilar y penetra en los conductos dentarios posteriores. Proporcionan ramos a los molares superiores, así como a la mucosa del seno maxilar y al hueso mismo.

NERVIO DENTARIO MEDIO. Nace del tronco, en el canal suborbitario y desciende para anastomosarse con el dentario posterior y anterior. Emite ramos para los premolares y a veces al canino.

NERVIO DENTARIO ANTERIOR. Emanado del nervio cuando este pasa por el conducto suborbitario, alcanza el conducto dentario anterior y suministra ramos a los incisivos y caninos.

NERVIO MAXILAR INFERIOR.

Es un nervio mixto que nace del borde anteroesterno del Ganglio de Gasser y se forma por la reunión de la raíz motora y la raíz sensitiva que proviene del Ganglio.

Al salir del ganglio se dirige al agujero oval, una vez fuera de él se divide en un tronco anterior y otro posterior.

EL TRONCO ANTERIOR. Proporciona tres ramos; TEMPOROBUCAL, TEMPORAL PROFUNDO MEDIO Y TEMPOROMASERINO.

EL TRONCO POSTERIOR. Emite cuatro ramos: uno es común a los nervios PTERIGOL-
DEO EXTERNO Y MUSCULO DEL MARTILLO, los otros NERVIOS DEN-
TARIO INFERIOR, NERVIO LINGUAL Y NERVIO AURICULO TEMPORAL.

NERVIO AURICULO TEMPORAL. Nace cerca del origen del tronco posterior y se diri-
ge luego hacia atrás y afuera, a la altura del conducto -
auditivo externo se divide en varias ramas: AURICULARES
INFERIORES, auriculares destinados a la articulación tem-
poromandibular; un ramo anastomótico para el nervio denta-
rio inferior y ramos parotídeos.

NERVIO DENTARIO INFERIOR. Continúa en la misma dirección del tronco y descien-
de acompañado de la arteria dentaria inferior con la cual
penetra en el conducto dentario.

NERVIO LINGUAL. Camina por delante del dentario inferior del que se separa pa-
ra dirigirse a la punta de la lengua.

A S P E C T O S H I S T O L Ó G I C O S .

La exploración microscópica de un cóndilo en crecimiento muestra tres
zonas; condrogénica, cartilaginosa y osteogénica.

La estrecha capa de tejido fibroso avascular que recubre el cóndilo
contiene algunas células cartilaginosas. La capa interna de esta cubierta es
condrogénica, dando lugar a células cartilaginosas hialinas que constituyen la
segunda zona.

En la tercera zona hay destrucción de cartilago y formación de hueso
a su alrededor. El crecimiento del cartilago se detiene normalmente a los 20

años de edad del individuo.

El crecimiento por aposición de la porción cartilaginosa del cóndilo contribuye directamente al aumento de la altura y de la longitud mandibulares e indirectamente, a la erupción de los dientes y al desarrollo de partes del maxilar superior y del rostro.

El cartilago de la parte superior de la mandíbula no es igual al cartilago epifisiario, porque no se interpone entre dos partes óseas ni a un cartilago articular de las otras articulaciones, ya que la superficie articular está recubierta por tejidos fibroso. Sin embargo, el cartilago mandibular es semejante al de la extremidad de la clavícula.

Entre el cóndilo y la fosa glenoides hay un denso disco articular fibroso o fibrocartilaginoso. Este disco se adapta a la forma de las superficies óseas articulares y es más delgado por su parte central. Por su parte posterior, se une a la cápsula articular a través de una gruesa capa de tejido conjuntivo vascular móvil y muy vascularizado.

El resto de la circunferencia del disco se une directamente a la cápsula. Por su parte lateral y media está también unido al cóndilo de forma independiente y directa.

El disco está vascularizado en su periferia, sobre todo por la parte posterior y media, pero es avascular por su parte central. La parte periférica, pero no la central, contiene numerosas fibras nerviosas.

C A P . I I I

ENFERMEDADES DE LA ARTICULACIÓN
TEMPOROMANDIBULAR

La mandíbula tiene una gran capacidad de movimientos. Sin embargo, - todas las posiciones funcionales (cerrada, abierta, dirigida hacia adelante y hacia atrás y lateral) resultan de la combinación de dos movimientos condilares básicos, sobre todo uno rotatorio o de charnela y uno de deslizamiento.

La rotación tiene lugar entre el cóndilo y el disco del compartimiento articular inferior. El movimiento de deslizamiento se realiza entre el disco y la superficie temporal de la articulación.

La relación entre las articulaciones de la mandíbula es distinta que la que existe en los otros huesos ya que ambos cóndilos deben moverse simultáneamente durante todos los movimientos mandibulares. Cualquier limitación en la función de un lado influirá sobre el lado contrario. De esta forma, una alteración unilateral puede transformarse posteriormente en bilateral.

Son muchos los padecimientos o enfermedades de la articulación temporomandibular, a continuación se tratan de describir algunos de ellos, intentando poner de manifiesto el hecho de que la afección a sólo una de las partes anatómicas constituyentes de esta articulación, traen consigo una serie de síntomas y signos que ocasionan dolor y muchas veces disfunción.

I ANOMALÍAS DE DESARROLLO

Hay varias alteraciones del desarrollo del cóndilo, unilaterales y bilaterales que pueden producir desarmonías faciales y oclusivas. Cualquier alteración en el tamaño y en la forma del cóndilo se refleja en la articulación tem

poromandibular.

Ya que la mandíbula es un hueso impar, las alteraciones en una articulación se reflejarán también en la opuesta. En los casos de una alteración general, los cambios en la articulación son sólo una parte del cuadro general.

Las deformidades del desarrollo de los maxilares son aquellas que presentan maloclusión de los dientes, mala relación de los maxilares y la desfiguración facial que con ellos se relaciona. Se las considera más frecuentemente como de origen congénito, pero también pueden ser el resultado de otras causas.

La corrección quirúrgica de estas deformidades es uno de los aspectos más intrigantes y desafiantes de la cirugía bucal.

Los individuos con deformidades del desarrollo en los maxilares inviablemente tienen conciencia de sus facies anormal y, por lo general, tienen problemas de personalidad que se refleja.

Sin embargo, cuando se piensa en la corrección de estas deformidades, debe considerarse algo más que el mejoramiento estético, es decir, la corrección de las deficiencias funcionales que son más importantes, este factor debe considerarse plenamente en el plan de tratamiento. Entre estas anomalías está la disminución y el exceso de desarrollo, que a continuación se describen, al igual que sus causas y algunos ejemplos con sus tratamientos.

1.- DISMINUCIÓN DE DESARROLLO

Cualquier alteración del cartilago condilar que disminuya su actividad de crecimiento dará lugar a una disminución del desarrollo de la mandíbula. La consecuente deformación de la mandíbula y del rostro viene determinado

no sólo por la intensidad y duración del agente nocivo, sino también por la edad de la incidencia. Así, cuando la actividad de crecimiento del cóndilo es mayor, que más tarde, cuando la actividad ha disminuido y casi se ha conseguido la forma y el tamaño de la mandíbula adulta.

Las alteraciones unilaterales del cóndilo se deben generalmente a procesos locales, aunque, a veces, pueden proceder de algún tipo de enfermedades sistémicas.

Las alteraciones bilaterales del cóndilo pueden deberse también a causas locales como fracturas o luxaciones de los cóndilos aunque es más común de procesos sistémicos.

Las características clínicas y radiológicas que siguen a la detención del crecimiento de un cóndilo son:

- 1.- En el lugar de la lesión, un cóndilo corto y ancho y una rama en posición más anterior que su opuesta; una apófisis coronoides relativamente más larga, elevada y dirigida hacia atrás; una hendidura sigmoidea superficial; un cuerpo corto; una fisura ategonial marcada; molares que no han brotado o impactados; plenitud de este lado de la cara.
- 2.- En el lado contrario de la lesión: elongación del cuerpo de la mandíbula y un aspecto aplandado de la cara.
- 3.- Maloclusión de los dientes del cóndilo afectado.

Cuando la detención del crecimiento condilar es bilateral hay generalmente una falta simétrica de crecimiento de la mandíbula (micrognatia), con el mentón desplazado hacia atrás hasta encima del nivel del hioides.

CAUSAS DEL DEFECTO DE DESARROLLO DE LA ATM
Y DE LA MANDÍBULA

A.- UNILATERAL

- a) ALTERACIÓN PRENATAL DEL CRECIMIENTO: hipoplasia o aplasia condilar.
- b) ALTERACIÓN POSNATAL DEL CRECIMIENTO
 - 1.- Traumatismo
 - 2.- Infección
 - 3.- Irradiación
 - 4.- Idiopática: Atrofia progresiva hemifacial.

B.- BILATERAL.

- a) ALTERACIÓN PRENATAL DEL CRECIMIENTO
 - 1.- Hereditaria
 - a) Anomalías cromosómicas (S. Turner, Triploide)
 - b) Acondroplasia
 - c) Nanismo nanocefálico
 - d) Disostosis mandibulofacial
 - e) Progeria
 - f) Síndrome de Hanhart
 - g) Síndrome de Larsen
 - 2.- No Hereditaria
 - a) Síndrome de Robin
 - b) Artromiodisplasia congénita
 - c) Irradiación del feto.

b) ALTERACIÓN POSNATAL DEL CRECIMIENTO.

1.- Endocrina

- a) Hipotiroidismo
- b) Hipofisismo

2.- Deficiencias dietéticas: Vitamina D

3.- Idiopática: artritis reumatoide.

CAUSAS.A.- CAUSAS LOCALES.

Cualquier interferencia local, como es traumatismo, infección o irradiación, que afecte al cóndilo durante su desarrollo activo alterará la progresión ordenada de su crecimiento y dará lugar a alguna forma de deformidad de la ATM y mandíbula.

1.- TRAUMATISMO. Un traumatismo del parto (fórceps o parto de nalgas. En edades posteriores, un trauma recibido ya sea directamente sobre la ATM o un golpe al mentón.

2.- INFECCIÓN. La inflamación de origen infeccioso puede ser otra causa de las alteraciones de la ATM.

Es frecuente la propagación de una infección regional a esta zona.

Puede ser también secundaria a una infección dental. Puede también afectarse por una diseminación hematógica de la infección de zonas lejanas. Ejemplo; En la osteomielitis de un hueso largo.

3.- **IRRADIACIÓN.** La radioterapia de los tumores de la región del cóndilo en crecimiento puede destruir no sólo el tumor sino también afectar al centro de crecimiento condilar y de la Articulación Temporomandibular.

B.- CAUSAS GENERALES.

- 1.- **HEREDITARIAS.** En la Acondroplasia hay una disfunción del cartilago que se caracteriza por un fallo en su contribución al crecimiento normal. El resultado es un nanismo con piernas cortas y falta de desarrollo sobre todo del tercio medio de la cara, con una nariz en forma de silla de montar, frente relativamente convada y un prognatismo mandibular relativo.
- 2.- **PRENATAL.** La micrognasia mandibular (SINDROME DE ROBIN) es una anomalía prenatal de causa desconocida que se asocia a fisura palatina, glosoptosis, cianosis y malnutrición. También hay micrognasia en recién nacidos cuyas madres sufrieron una irradiación pélvica en el embarazo.
- 3.- **INFLAMATORIO.** En la artritis reumatoide, de hecho la primera manifestación clínica evidente de esta enfermedad es en la ATM.

Entre las infecciones generales que pueden también afectar a la articulación están: Gonorrea, sífilis, tuberculosis, fiebre tifoidea, disentería, neumonía, influenza, escarlatina y sarampión, pero es muy raro en estos casos.
- 4.- **DEFICIENCIAS DIETÉTICAS.** Ya que la falta de vitamina D tiene un

efecto general, las manifestaciones que se observan en el carriago condilar son sólo parte del cuadro general. Además de sus manifestaciones generales se observa retraso de la erupción y malposición de los dientes ya que el espacio intermaxilar está disminuido debido a que las ramas de la mandíbula son más cortas.

- 5.- ALTERACIONES ENDOCRINAS. Tanto el hipotiroidismo como el hipopituitarismo pueden influir sobre el crecimiento de la mandíbula al igual que en otras partes del esqueleto.

El hipotiroidismo produce unos resultados intensos y sorprendentes de baja estatura y desproporción. El desarrollo y erupción de los dientes se retrasan, pero su tamaño no se ve afectado. Por ello los dientes y los procesos alveolares parecen demasiado grandes para el pequeño tamaño de la mandíbula.

En el hipohipofisismo, el crecimiento facial está disminuido proporcionalmente al de los maxilares, aunque sean pequeños, su interrelación es la adecuada.

MICROGNASIA Y RETROGENIA

LA MICROGENIA. Se define como la pequeñez anormal del maxilar, particularmente del inferior.

LA RETROGENIA. Implica una posición retruida (Clase II de Angle) del maxilar inferior sin disminución de tamaño.

TRATAMIENTO.

Una técnica quirúrgica ideal para la corrección de una micrognasia mandibular debe proveer:

- 1.- Una oclusión aceptable mejorada de los dientes en una relación de Clase I de Angle.
- 2.- Beneficios cosméticos, incluyendo la prominencia mentoniana y un ángulo gonial pronunciado.
- 3.- Beneficios psicológicos.
- 4.- Fonética mejorada
- 5.- Factibilidad técnica que incluya:
 - a) Adecuado contacto óseo para asegurar la unión del hueso.
 - b) Daño nulo o mínimo a las estructuras anatómicas importantes tales como el contenido del conducto dentario inferior.
 - c) Tiempo operatorio razonable.
 - d) Reparación quirúrgica y cierre que asegure que no haya una interrupción permanente de la función.

Se han sugerido innumerables operaciones para la corrección de esta deformidad, entre ellas:

- 1.- Técnica para la osteotomía deslizando con escalón.
- 2.- Osteotomía deslizando horizontal en L
- 3.- Osteotomía vertical en la rama con injerto óseo
- 4.- Osteotomía deslizando vertical en L, en L modificada o en C (sin injerto óseo)

5.- Osteotomía modificada en L o en C de la rama ascendente y osteotomía sagital del cuerpo de la mandíbula.

6.- Osteotomía en Z

Estas técnicas se utilizan tomando en cuenta la edad del paciente, así como la posición o el tamaño de la mandíbula, algunas ofrecen ventajas en unos aspectos pero no son muy recomendables para otros. A continuación se tratarán de explicar un poco para su comprensión.

1.- TÉCNICA PARA OSTEOTOMÍA DESILIZANTE CON ESCALÓN

Se ha sugerido que esta operación se haga en dos tiempos, basándose en que hay menos probabilidades de crear una comunicación de la herida hacia la cavidad bucal y que las probabilidades de traumatismo del nervio dentario inferior se reducen.

PROEDIMIENTO.

- A) Como regla todo el procedimiento puede realizarse por abordaje submaxilar.
- B) La incisión puede ser de longitud suficiente como para permitir el acceso sin traumatismo indebido a tejidos blandos.
- C) Se realiza un corte horizontal hacia atrás, paralelo al plano de oclusión.
- D) Se separan las dos partes del hueso
- E) Se penetra en la boca y se fijan los dientes en oclusión, que ha sido previamente determinada.



OSTEOTOMIA DESLIZANTE EN EL CUERPO DE LA MANDIBULA

- A.- La falta de espacio medular adecuado entre los ápices de los dientes hace técnicamente imposible el corte en esta zona sin producir un traumatismo en el paquete vasculonervioso dentario inferior.
- B.- La deformidad se corrigió con una osteotomía con escalón y deslizamiento, - las cavidades así creadas tuvieron que ser rellenas con trozos de hueso - para asegurar la unión.
- C.- Si no hubiera habido dientes en el fragmento proximal, se hubiera logrado el contacto del plano horizontal
- D.- El resultado cosmético hubiera sido malo, prácticamente sin ángulo gonial en esta osteotomía en L.

- F) Se descartan los instrumentos usados en la boca y se alambra entre sí los bordes paralelizados de los cortes horizontales.

2.- OSTEOTOMÍA DESLIZANTE HORIZONTAL EN L

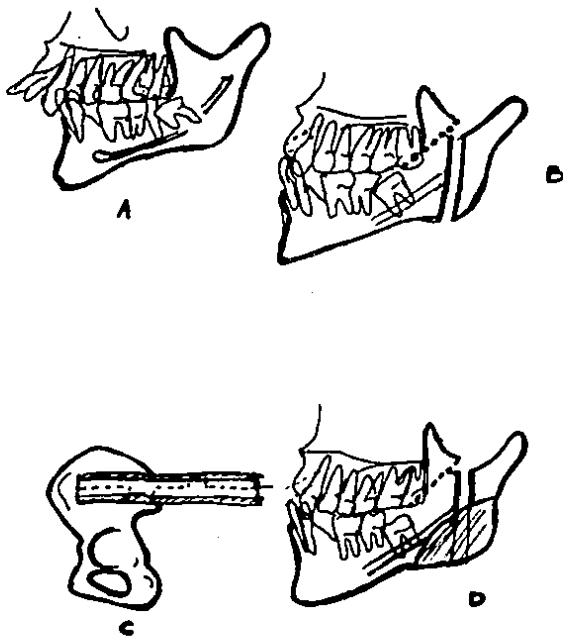
La osteotomía deslizante en L es una variación de la anterior y se realiza fundamentalmente del mismo modo.

Sin embargo, si este diseño está indicado alguna vez es mejor interrumpir el corte horizontal por delante del ángulo y termina la osteotomía con un escalón vertical que va a dejar la prominencia del ángulo gonial para lograr un mejor resultado estético.

3.- OSTEOTOMÍA VERTICAL EN LAS RAMAS CON INJERTO ÓSEO

A grandes rasgos consiste en:

- a) Separación de la rama verticalmente desde la escotadura sigmoidea hasta el borde inferior de la mandíbula a nivel del ángulo, en una línea que pasa por el agujero dentario inferior o inmediatamente por detrás de él.
- b) Un corte angular de la apófisis coronoides desde la escotadura sigmoidea oblicuamente hacia abajo y adelante hasta el borde anterior para permitir el reposicionamiento anterior del fragmento distal (cuerpo y rama anterior) sin interferencias.
- c) Descorticación de la table externa en una amplia zona de la cara



OSTEOTOMÍA VERTICAL CON INJERTO ÓSEO

- A.- Protrusión de los dientes anterosuperiores y retrusión de la mandíbula.
- B.- Corte vertical de la rama ascendente de la mandíbula y coronoidectomía.
- C.- Técnica para cortar el injerto para ambos lados de la mandíbula.
- D.- El injerto óseo alambrado en su sitio.

inferior de la rama sitio receptor del injerto óseo.

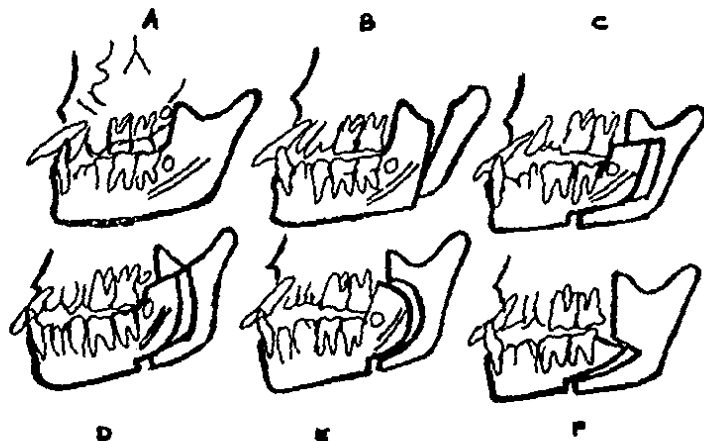
- d) Movimiento anterior del fragmento distal (cuerpo de la mandíbula) hasta la relación oclusal deseada.
- e) Interposición entre los fragmentos y el recubrimiento de la zona - decorticada de una sección de hueso de la cresta ilíaca en bloque, de espesor completo.

4.- OSTEOTOMÍA DESLIZANTE EN L.

EN L MODIFICADA O EN C (SIN INJERTO).

Cuando no hay necesidad de aumentar volumen en la corrección de una - retrognasi sino que simplemente se desea el adelantamiento de la mandíbula a una relación de Clase I, la osteotomía por desplazamiento vertical en L (o modificada) es un excelente procedimiento y uno que es necesario considerar.

- a) Esta operación se realiza por un abordaje submaxilar extraoral, - empleando compresas-cortinas para permitir el acceso a la cavidad bucal.
- b) La incisión debe tener aproximadamente 5 a 6 cm. de longitud para asegurar un acceso adecuado a toda la cara externa de la rama mon tante y varios centímetros del borde inferior de la mandíbula por delante del ángulo.
- c) El contorno de la osteotomía debe trazarse sobre la cara externa del hueso según se planea por los trazados del encefalograma.
- d) Si se planea un corte vertical recto desde la escotadura sigmoidea, debe realizarse una coronoidectomía para eliminar la inter-



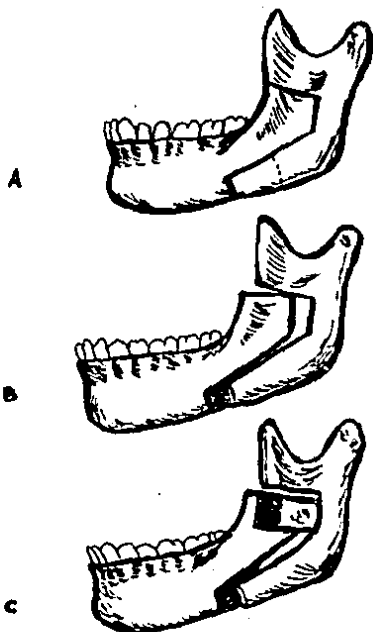
- A.- Trazado de un cefelograma lateral que muestra la mandíbula retruida y la oclusión Clase II de los dientes
- B.- OSTEOTOMIA VERTICAL (o Subcondilar Oblicua) de la rama
- C.- OSTEOTOMIA EN L, INVERTIDA
- D.- OSTEOTOMIA EN L con la Línea de incisión ósea hecha desde la escotadura sigmoidea verticalmente hacia abajo.
- E.- Otra modificación del corte es una sección circular en forma de C.
- F.- Osteotomía sugerida por Hayward es paralela al arco de movimiento de los dientes anteroinferiores.

ferencia del músculo temporal con el desplazamiento anterior de la mandíbula.

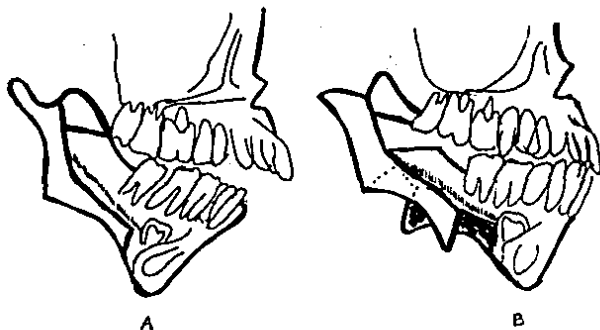
- e) Se realiza la osteotomía, teniendo mucho cuidado con las partes - cortadas por encima del agujero dentario inferior, dado que la proyección de la cara interna no es técnicamente factible.
- f) La libertad del fragmento proximal (rama posterior y condílea) es asegurada por la separación de las inserciones musculares. Se coloca por lo menos una sutura con alambre a cada lado para asegurar un control adecuado del fragmento óseo.
- g) Se realiza el cierre de los tejidos blandos.

5.- OSTEOTOMÍA MODIFICADA EN L O EN
C DE LA RAMA ASCENDENTE Y OSTEOTOMÍA
SAGITAL DEL CUERPO DE LA MANDÍBULA

- a) El corte vertical en la cara externa se origina en la escotadura sigmoidea y se lleva hacia abajo hasta un punto que está inmediatamente por detrás del agujero dentario inferior. El corte horizontal en la cortical externa puede estar superpuesto o por encima del trayecto del conducto dentario inferior.
- b) El corte interno se hace desde el ángulo o aun por encima de él o oblicuamente hacia arriba y adelante hasta un punto en que se curva el corte de la cara externa.
- c) En la separación final el nervio debe estar intacto aunque se eleva la cortical externa exponiéndolo.



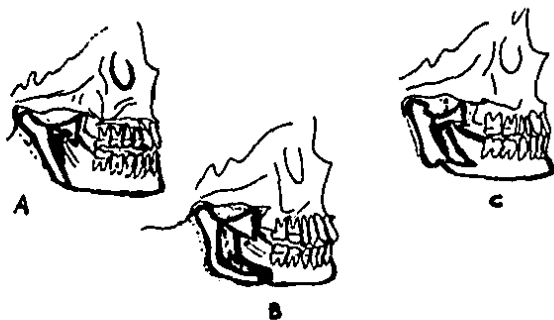
- A.- Caras externas de la mandíbula con líneas que muestran las secciones óseas.
- B.- Relación posoperatoria corregida de los fragmentos proximal y distal
- C.- Hayes había sugerido un injerto deslizante de la tabla externa de la rama ascendente (según Hayes).



A

B

Al aplicar la idea de la separación de las corticales interna y externa, como sugiriera Hayes, se ha movido el corte vertical interno, hacia atrás y luego - se ha hecho ese corte en una dirección oblicua hacia el ángulo; así, se mantiene aún más hueso en contacto cuando el cuerpo de la mandíbula es desplazado hacia adelante.

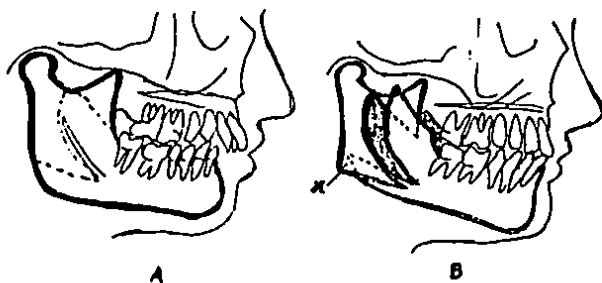


- A.- La Osteotomía vertical (Robinson) redujo el ángulo gonial pero dejó poco con tacto óseo y también rotó el cóndilo hacia adelante.
- B.- La osteotomía en L sería suficiente, pero no logró reducir el ángulo gonial.
- C.- El diseño en Z cumplió todos los objetivos: el adelantamiento de la mandíbula, una relación de Clase I, el aumento de la dimensión N- Pog, y la reducción del ángulo gonial prominente.

Es infrecuente la hipoestesia pero puede producirse por un estiramiento cuando el segmento distal (cuerpo) es reubicado hacia adelante.

6.- OSTEOTOMÍA EN Z

- a) Se emplea el abordaje convencional de Ridsen para la rama de la mandíbula.
- b) La coronoidectomía se realiza de la manera habitual.
- c) Se identifica la prominencia del agujero dentario inferior, y se juzga la ruta aproximada del conducto dentario inferior.
- d) Se traza una línea curva desde la escotadura sigmoidea en sentido vertical hacia abajo y adelante inmediatamente por debajo del trayecto que se piensa que describe el conducto dentario.
- e) En un punto que está por delante de la escotadura facial y varios milímetros por encima de ella, se invierte el curso del corte óseo y se realiza un ángulo agudo que se lleva horizontalmente hasta el borde posterior de la rama, nuevamente varios milímetros por arriba del ángulo.
- f) Puede requerirse una modesta decorticación y realización de mortaja en algunos puntos en ambas caras de las incisiones en Z para asegurar una buena aposición ósea.
- g) El maxilar inferior debe inmovilizarse durante aproximadamente 6 semanas.



A.- Diseño de la Osteotomía en Z y la coronoideotomía.

B.- Al adelantar la mandíbula, se aumenta la dimensión N-Pog. Al mismo tiempo, se acorta la rama vertical y se reduce la prominencia del ángulo gonial. Puede reducirse aun más por resección del hueso del borde posterior en el punto X.

2.- EXCESO DE DESARROLLOCAUSAS DEL EXCESO DE DESARROLLO DE LA ATM Y DE LA
MANDÍBULA.I UNILATERALA) DEL DESARROLLO

- 1.- Hiperplasia condílea
- 2.- Hipertrófia hemifacial

B) NEOPLÁSICA

- 1.- Condroma, osteocondroma y osteoma del cóndilo
- 2.- Displasia del cóndilo fibroso.

II UNILATERAL.A) HEREDITARIO.

- 1.- Síndrome de Klinefelter

B) DEL DESARROLLO

- 1.- Prognatismo verdadero

C) ENDÓCRINO

- 1.- Gigantismo
- 2.- Acromelgalia.

C A U S A S .A) CAUSAS LOCALES

- 1.- HIPERPLASIA UNILATERAL DEL CÓNDILO MANDIBULAR. Se caracteriza por una lenta distrocción del crecimiento y por un agrandamiento del cóndilo, un agrandamiento unilateral progresivo de la mandíbula, una asimetría facial y un desplazamiento del mentón hacia el lado afectado, lo que da lugar a una maloclusión cruzada. La rama y el cuerpo de la mandíbula son más anchos y más largos en el lado afectado que en el contrario, - ya que el cuadro histológico es relativamente normal y el proceso es autolimitado, no se trata de una neoplasia.
- 2.- MANDÍBULA PROGNÁTICA. La mandíbula prognática es más ancha y se halla en una posición más adelantada que la maxila, por lo que el mentón es más prominente de lo normal.

- CARACTERÍSTICAS:
- 1) El ángulo mandibular tiende a ser más obtuso que el normal.
 - 2) La escotadura sigmoides forma un arco circular muy abierto.
 - 3) El cóndilo no está agrandado.
 - 4) El cuello mandibular es más largo y relativamente más estrecho que el normal.
 - 5) No hay molares impactados.

TRATAMIENTO.

La técnica para la corrección de esta alteración son varias, entre ellas:

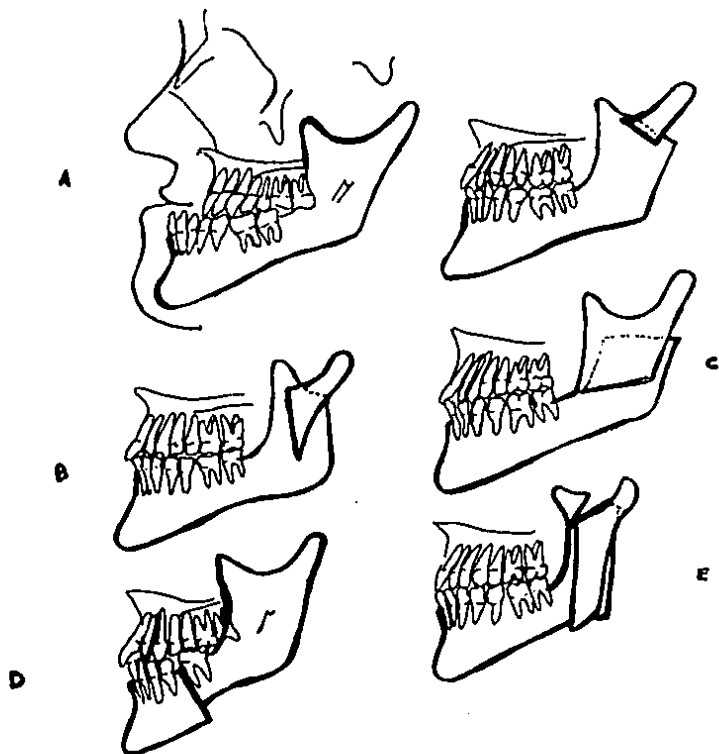
- 1.- OSTEOTOMÍA EN EL CUELLO DEL CÓNDILO
- 2.- OSTEOTOMÍA VERTICAL EXTRABUCAL EN LAS RAMAS
- 3.- OSTEOTOMÍA SUBCONDILAR EXTRAORAL (OBLICUA)
- 4.- OSTEOTOMÍA SUBCONDILAR INTRAORAL (OBLICUA)
- 5.- OSTEOTOMÍA HORIZONTAL EN LAS RAMAS
- 6.- OSTEOTOMÍA SAGITAL INTRAORAL
- 7.- OSTEOTOMÍA EN EL CUERPO DE LA MANDÍBULA.

Estas técnicas son utilizadas según el caso clínico de cada uno de los pacientes.

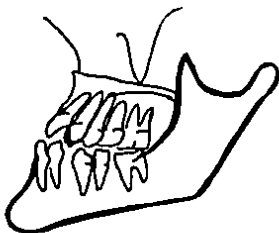
1.- OSTEOTOMÍA EN EL CUELLO DEL CÓNDILO

Se realiza comúnmente empleando la sierra de Gilgi en un corte "ciego" Puede realizarse a través de una incisión preauricular. El objetivo es el corte quirúrgico del cuello del cóndilo, creando fracturas quirúrgicas bilaterales, - con reposicionamiento de toda la mandíbula en una relación oclusal y maxilar normal.

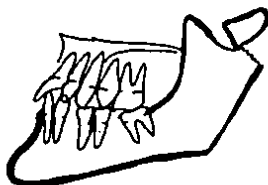
- A) Se hace una incisión de aproximadamente 1 cm. a través de la piel en el borde posterior de la rama ascendente, algo por debajo de la base del cuello del cóndilo.
- B) Se alcanza el hueso por disección roma para impedir dañar el nervio facial o a sus ramas.
- C) Se pasa entonces una aguja curva para aneurismas en contacto constante con la cara interna de la rama por debajo del cuello del cóndilo en dirección angular hacia arriba y oblicuamente hacia adelante hasta que se desliza saliendo por encima de la escotadura sigmoidea.
- D) Al elevarse la piel por la emergencia de la aguja sobre la escotadura sigmoidea, se hace otra incisión corta para permitir su salida.
- E) En este punto se fija a la aguja una sierra de Gilgi y se la lleva a través de los tejidos blandos hasta su posición para la osteotomía.
- F) Una vez terminada la osteotomía y retirada la sierra, se realizan una o dos suturas en ambas incisiones para cerrar la piel.



- A.- OSTEOTOMIA ATRAVÉS DEL CUELLO DEL CONDILO O EN SU BASE
 B.- OSTEOTOMIA SUBCONDILAR (U OBLICUA) en la rama por encima del ángulo.
 C.- OSTEOTOMIA INTRAORAL MODIFICADA POR DIVISION SAGITAL.
 D.- OSTEOTOMIA en el borde de la mandíbula
 E.- OSTEOTOMIA VERTICAL DE LA RAMA.



A



B

TRAZADOS CEFALOMETRICOS

A.- Preoperatorio

B.- Posoperatorio, después de la corrección de una protrusión de 7 mm por osteotomía CIEGA CON SIERRA DE GILGI.

- G) La mandíbula se reubica en la relación deseada, y se aplica fijación intermaxilar en zonas en las que se colocaron los arcos-peine, que son férulas coladas hechas en forma individual, deben estar bien adaptadas para permitir la protección de los dientes contra el movimiento o la extrusión en los períodos prolongados de inmovilización.

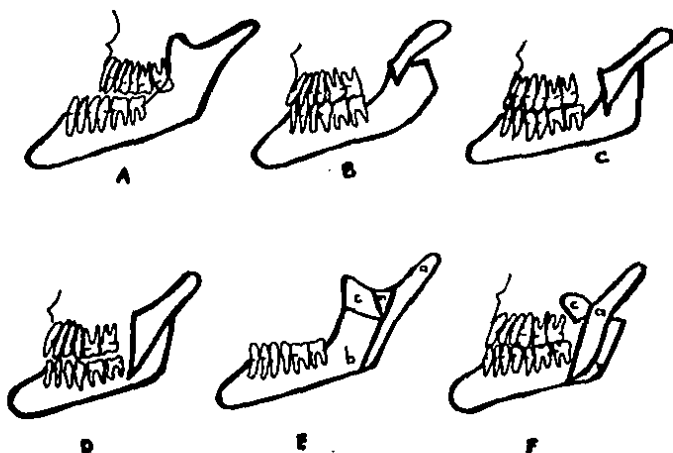
2.- OSTEOTOMÍA VERTICAL

EXTRABUCAL EN LAS RAMAS.

La osteotomía vertical en las ramas para la corrección del prognatismo que se realiza generalmente es una operación extrabucal a través de un abordaje submaxilar. El objetivo es el corte vertical de la rama en una línea que va desde la cara inferior de la escotadura sigmoidea verticalmente hacia abajo por encima del agujero dentario inferior, o inmediatamente por detrás de él hasta el borde inferior de la mandíbula en su ángulo.

Por decortización de la porción del fragmento distal (rama) la superposición del fragmento proximal, y la creación así de una superposición a mortaja, todo el cuerpo de la mandíbula es reubicado hacia atrás en una relación occlusal y mandibular normal.

- a) La cirugía del tejido blando se hace a través de una incisión de aproximadamente 3 a 4 cm. de longitud.
- b) La cara externa de la rama se expone hasta la escotadura sigmoidea. Las inserciones musculares en la cara interna de la rama ascendente no se tocan en este momento.



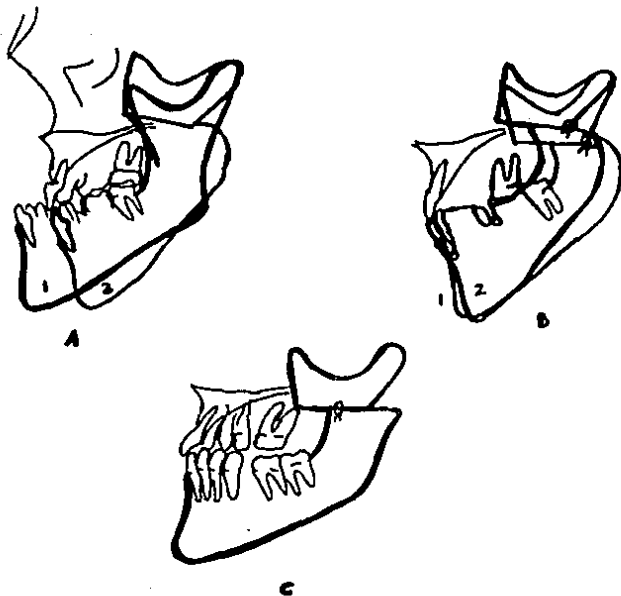
A.- Trazado cefalométrico

B.- Relaciones si se hubiera empleado el método quirúrgico de la Condilectomía.

C.- Se emplearon las relaciones de la Osteotomía Subcondilar

D.- Osteotomía Vertical que requirió una modificación como se muestra en E y F. las líneas de la Osteotomía Vertical según se planearon.

- c) Se identifica la espina que recubre el agujero dentario inferior.
- d) Se planea una línea vertical de incisión ósea desde el punto más inferior de la escotadura sigmoides hasta el borde inferior de la mandíbula en el ángulo, pasando por encima de la prominencia del agujero dentario inferior o ligeramente por detrás de él.
- e) El corte inicial se hace cuidadosamente sobre la zona del agujero dentario para evitar la penetración completa de la cortical externa, evitando así dañar al nervio cuando entra al hueso.
- f) Se secciona, si está indicado, la apófisis coronoides (se aconseja coronoidectomía cuando se prevee corrección de 80 a 10 mm.)
- g) Se hace un corte vertical en el cortical externa, aproximadamente por encima del trayecto que se sospecha del conducto dentario inferior se unen entonces los dos cortes verticales con varios cortes horizontales espaciados a intervalos de 6 a 8 mm.
- h) Se repite esto en lado opuesto.
- i) Se gira el segmento proximal ligeramente para permitir la visualización de la superficie interna. El periostio y las inserciones del músculo pterigideo interno son elevados hacia atrás, pero sólo lo suficiente para permitir una directa superposición del hueso sobre hueso sin lesionar los tejidos blandos.
- j) En este momento es cuando se manipula la mandíbula para colocar o "fabricar" una oclusión normal o deseada y se colocan ligaduras elásticas intermaxilares.
- k) Se realiza la sutura de los tejidos blandos.



Trazados de los cefalogramas de un paciente con una protrusión de 15 mm, corregida por Osteotomía deslizando horizontal extrabucal con alambrado directo hacia atrás.

- A.- 1) Trazado Preoperatorio
2) Trazado Posoperatorio final

B.- 1) Trazados hechos del cefalograma 1 mes después de la intervención.

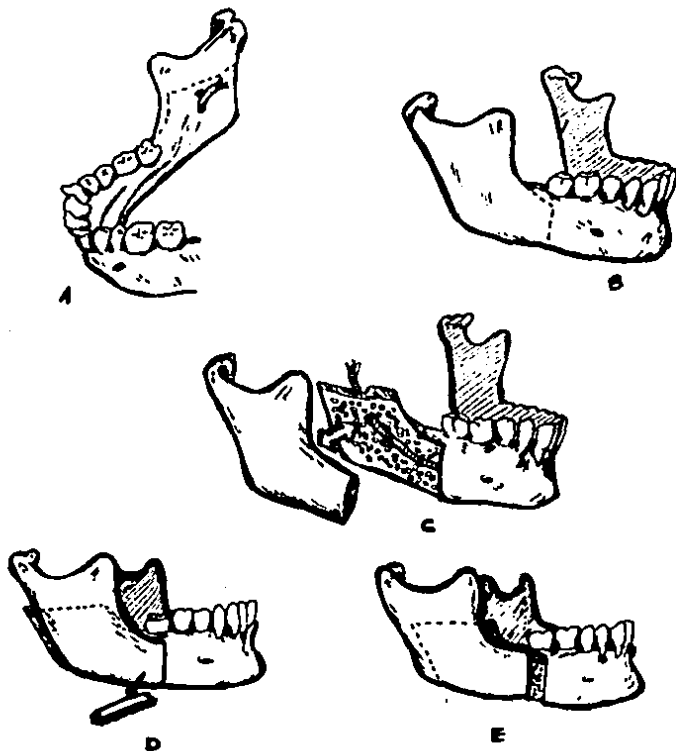
C.- Resultados teóricos posibles con la Osteotomía intrabucal, con alambrado - transverso hacia adelante impidiendo la tendencia a la mordida abierta y resistiendo la fuerza separadora del músculo temporal.

3.- OSTEOTOMÍA SUBCONDILAR EXTRAORAL
(OBLICUA).

La osteotomía subcondilar extraoral (oblicua) sigue en la misma técnica general descrita para la osteotomía vertical, excepto unas pocas modificaciones.

- a) La incisión puede variar en longitud entre 2.5 y 4 cm.
- b) La línea de la osteotomía se inscribe desde el punto más inferior de la escotadura sigmoides oblicuamente hacia abajo hasta un punto en el borde posterior de la rama, 1 o 2 cm por encima del ángulo de la mandíbula.
- c) No es de esperar que se dañe el nervio o los vasos dentarios inferiores, dado que la línea de la osteotomía se hace por detrás del agujero dentario inferior.
- d) La musculatura y el periostio que la recubre deben levantarse en medida suficiente como para permitir la colocación externa del fragmento proximal (posterior) y el movimiento irrestricto del fragmento distal (cuerpo) hacia atrás en una medida satisfactoria.
- e) Los dientes se colocan en oclusión deseada como en la osteotomía vertical, sin embargo, debe realizarse una inmovilización por medio de arcos-peine (antes descritos) bien adaptados o férulas durante 6 a 8 semanas.

4.- OSTEOTOMÍA SUBCONDILAR INTRAORAL
(OBLICUA)



OSTEOTOMÍA SAGITAL MANDIBULAR

- A.- Incisión ósea horizontal media desde el borde anterior hasta el posterior -
através del espesor laterolateral de la rama ascendente.
- B.- La incisión ósea vertical se lleva hasta los límites anteriores de la línea -
oblicua externa.
- C.- La rama dividida se separa
- D.- Después de la corrección de una maloclusión de Clase III, se retira un trozo de
hueso externo.
- E.- Después de la corrección de una maloclusión Clase II, se expone un trozo de hueso
medular como resultado de la prolongación de la rama vertical.

- A) La incisión mucoperiosteica se hace firmemente hasta la línea oblicua externa desde aproximadamente el nivel del agujero dentario inferior hasta la zona del primer molar.
- B) Los tejidos periosteicos y blandos de recubrimiento se levantan ampliamente de la cara externa de la rama desde el nivel de la escotadura sigmoidea hasta el borde inferior de la mandíbula.
- C) Se realiza la osteotomía, el corte se hace desde el punto más bajo de la escotadura sigmoidea oblicuamente hacia abajo hacia el ángulo de la mandíbula, ligeramente por encima de él y por detrás del agujero dentario inferior.
- D) Es algo complicado pues además de la tumefacción posoperatoria inmediata habitual y las abrasiones labiales, puede haber secuelas a largo plazo que pueden causar cierta preocupación.

5.- OSTEOTOMÍA HORIZONTAL EN LAS RAMAS

Como se concibió originalmente, esta técnica parecía simple y consistía en pasar una aguja de Blair larga y curvada o una gusa para la sierra de Giligi a través de una breve incisión cutánea en el borde posterior de la rama, introduciendo la sierra de Giligi hasta la cara interna de la rama montante por encima del agujero dentario inferior y haciendo el corte. Los peligros eran muchos incluyendo la posibilidad de :

- a) dañar las ramas del nervio facial
- b) Corte de la arteria maxilar superior
- c) Sección del nervio dentario inferior.

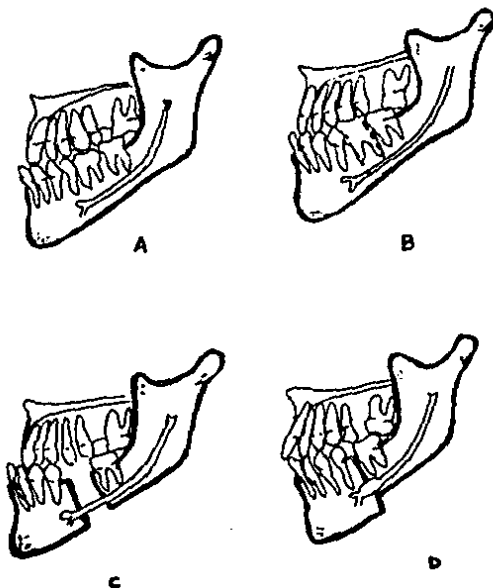
Debido a estos peligros potenciales, la osteotomía horizontal (a ciegas) ha sido descartada como una operación aceptable.

6.- OSTEOTOMÍA SAGITAL INTRAORAL

- A) La incisión *basa* horizontal media se hace desde el borde anterior hasta el borde posterior a mitad de camino a través del escalón pero laterolateral de la rama ascendente.
- B) La incisión *basa* vertical se lleva hasta los límites anteriores de la línea oblicua externa.
- C) La incisión *basa* externa se hace en ángulo recto con el borde inferior de la rama horizontal de la mandíbula hasta el hueso.
- D) Se divide la rama con un osteotomo.
- E) La rama dividida se separa de manera que el paquete vasculonervioso dentario inferior pueda ser disecado del fragmento proximal.
- F) Después de la corrección de una maloclusión de clase III de Angle, se retira un pequeño trozo de hueso externo para permitir una buena aproximación de los segmentos *basa*.
- G) Después de la corrección de la maloclusión, se expone un trozo de hueso medular como resultado de la prolongación de la rama horizontal.

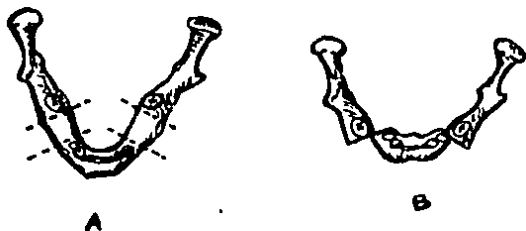
7.- OSTEOTOMÍA DE LAMANDÍBULA (CUERPO)

Rara vez hay una indicación de osteotomía en el cuerpo de la mandíbula para corrección del prognatismo. Cuando se realiza consiste en la resección de una porción medida del cuerpo de la mandíbula para establecer una relación normal de los dientes anteriores y corregir la prostrusión del maxilar inferior.



TRAZADOS CEFALOMETRICOS

- A.- El ángulo gonial no era marcadamente obtuso.
- B.- Primer estadio intrabucal de las incisiones óseas.
- C.- Continuidad ininterrumpida del nervio dentario inferior después del segundo estadio de la osteotomía.
- D.- Trazado cefalométrico 9 meses después de la intervención.



- A.- Resección de un gran segmento óseo del cuerpo de la mandíbula.
(osteotomía) que trae como resultado una aposición imperfecta de los extremos óseos.
- B.- Excesiva rotación de los fragmentos proximales (ramas) hacia la línea media.

Se le puede realizar por un abordaje intrabucal, uno extrabucal, o una combinación de ambos en uno o deos estadios.

- A) Se hacen incisiones en las papilas intermedias adyacentes a el sitio de la osteotomía y a través del mucoperiostio a nivel de la cresta del reborde desdentado se se ha extraído un diente previamente.
- B) El colgajo mucoperiostico de la cara vestibular se separa, teniendo mucho cuidado con el nervio mentoniano y después se separa el colgajo lingual.
- C) Se hacen los cortes verticales planeados en el cuerpo de la mandíbula solo a través del hueso cortical y se va resecano poco a poco el hueso mandibular hasta que se alcanza la cortical externa.
- D) Se protege el paquete vasculonervioso dentario inferior.
- E) Se practican orificios en los fragmentos distales, para el alambrado transóseo.
- F) Se realiza la inmovilización intermaxilar con los dientes en la nueva relación oclusal deseada y se retuercen las suturas de alambre colocadas en los fragmentos distales.
- G) Se cierra la herida y se coloca un pequeño dren hecho con goma dique desde la profundidad de la herida hasta el exterior.

B) CAUSAS GENERALES:

1.- HIPERTROFIA HEMIFACIAL PRENATAL.

Aquí no solo están agrandadas las articulaciones temporomandibulares, huesos de la cara, mandíbulas y dientes, sino también las demás estructuras -

del mismo lado como la lengua, paladar, y orejas.

El agrandamiento de los dientes ayuda a diferenciar ésta de otras deformidades de la mandíbula.

2.- ALTERACIONES ENDOCRINAS.

La hiperactividad de las células eosinófilas del lóbulo anterior de la hipófisis puede afectar de forma manifiesta el centro de crecimiento condilar y crecimiento de los maxilares.

Ello es bien patente en el gigantismo y la acromegalia.

En el gigantismo hay un exceso de desarrollo proporcionado de todo el sistema óseo antes de que se cierren las epífisis.

En los maxilares existe una marcada desproporción entre el tamaño de las coronas de los dientes, que no están agrandadas, y el gran tamaño que presentan los maxilares.

La característica principal de las alteraciones acromegálicas en el cráneo es el enorme agrandamiento de la mandíbula.

Se debe al latente crecimiento potencial del cóndilo mandibular.

C A P . I V

II. ENFERMEDADES DE LA ATM.

- 1.- ARTRITIS
- 2.- SÍNDROME DE LA DISFUNCIÓN MIOFACIAL DOLOROSA
- 3.- NEOPLASIAS
- 4.- ARTRALGIA TEMPOROMANDIBULAR.

1.- ARTRITIS.

La artritis es el proceso patológico más frecuente de la articulación temporomandibular.

Puede clasificarse en cuatro tipos:

- a) INFECCIOSA
- b) REUMATOIDE U OSTEOARTRITIS
- c) TRAUMÁTICA

A) ARTRITIS INFECCIOSA.

ETIOLOGÍA. La artritis infecciosa es quizá la forma menos frecuente en la articulación temporomandibular.

Puede ser de origen sistémico, acompañado a enfermedades como la gonorrea, sífilis, tuberculosis, fiebre tifoidea, disentería, neumonía, influenza, escarlatina y sarampión, o puede provenir de la extensión de lesiones locales que afecten el oído medio, apófisis mastoides, la glándula parótida o los -

dientes y la rama de la mandíbula.

A veces la artritis infecciosa puede deberse a la localización de un organismo transportado por la sangre en la articulación o a una afectación directa por una herida penetrante.

Por lo general, la artritis infecciosa es supurada, aunque cuando se asocia a la escarlatina, disentería y otras fiebres agudas puede no ser supurada.

Los organismos infecciosos que causan más frecuentemente la artritis supurada son los estafilococos, estreptococos, a veces los gonococos y raramente los neumococos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. En la artritis supurada, el proceso inflamatorio afecta sobre todo a la membrana sinovial y después del tratamiento, hay una buena regtitución sin dejar secuelas.

En la artritis supurada hay generalmente necrosis de la membrana sinovial y de las superficies articulares.

Al final puede dar lugar a una osteomielitis, fibrosis y disminución de la movilidad.

SIGNOS Y SÍNTOMAS. El comienzo de la artritis infecciosa suele acompañarse de escalofríos, fiebre y sudoración.

En la región de la articulación hay dolor, hiperestesia rumefacción y enrojecimiento.

En la forma piógena puede haber fluctuación. Los movimientos arti-

culares pueden estar por lo general muy limitados y son muy dolorosos.

En los primeros estadios no se aprecian generalmente alteraciones radiológicas pero en el curso posterior puede demostrarse radiográficamente la degeneración del cartilago y del hueso.

TRATAMIENTO. En la artritis infecciosa el tratamiento debe estar encaminado a eliminar el agente causal de la enfermedad sistémica que la produjo.

La artritis supurada por lo general está causada por microorganismos como estreptococos, gonococos o neumococos en base a ello los antibióticos del tipo de la penicilina, eritromicina, etc. son los más indicados para su tratamiento, el cual debe ser oportuno para evitar complicaciones en la articulación como osteomielitis, fibrosis o anquilosis.

B) ARTRITIS REUMATOIDE.

ETIOLOGÍA. Cerca de un 50% de los enfermos con artritis reumatoide presentarán cierta afectación de la articulación temporomandibular.

Se desconoce la causa, aunque se piensa que la afección se deba a una reacción atípica antígeno-anticuerpo en respuesta a la infección bacteriana.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Se caracteriza por una afectación inflamatoria progresiva de las estructuras articulares, empezando por la membrana sinovial y extendiéndose más tarde a las superficies articulares.

SIGNOS Y SÍNTOMAS. Se presenta por lo general en personas de menos de 40 años de edad.

Hay dolor, tumefacción de los tejidos periarticulares y limitación de movilidad.

En las primeras fases de la artritis reumatoide la exploración radiográfica no indica ninguna alteración en la ATM.

Al progresar la enfermedad, pueden encontrarse signos de lesión de las superficies articulares.

TRATAMIENTO. Estará encaminado al tratamiento de la artritis reumatoide, es decir, algunos antiinflamatorios y analgésicos como el tipo del ácido acetilsalicílico, etc.

C) ARTRITIS DEGENERATIVA

{ OSTEOARTRITIS }

Esta forma de artritis de la articulación temporomandibular es la más frecuente y se le conoce también como:

MANDÍBULA GOLPEANTE

DESTRUCTORA

ALTERACIÓN INTERNA

ARTICULACIÓN SUBLUXANTE O HIPERMOVIL

SÍNDROME DE LA ATM.

ETIOLOGÍA. Aunque no se conoce la causa exacta de la artritis degenerativa, se piensa que los microtraumas repetidos son por lo menos un factor agravante, si bien no etiológico.

El trauma resulta más frecuentemente de la malposición repetida del cóndilo mandibular.

La causa más común de estos desplazamientos es el espasmo crónico de uno o más de los músculos masticadores.

Puede también ser consecuencia de un diente mal colocado, una restauración dental incorrectamente delimitada, una prótesis defectuosamente adaptada o un desgaste anormal de los caninos.

Las personas con prognatismo mandibular pueden ocluir con exceso los maxilares cuando intentan cerrar los dientes.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. La primera alteración es una degeneración y destrucción del tejido conectivo que recubre el cóndilo y la eminencia articular, después desgaste del cartilago subyacente y por último quedan expuestas las superficies óseas del cóndilo y la cavidad glenoidea.

Como consecuencia de la resorción ósea tanto la eminencia articular como el cóndilo se aplanan.

SIGNOS Y SÍNTOMAS. El comienzo de la enfermedad es muy insidioso. En las primeras fases el único síntoma puede ser un ligero malestar en la región de la articulación durante la masticación o al despertar por la mañana.

Más tarde, la compresión de las fibras nerviosas en la parte posterior del disco y la pérdida de tejido conjuntivo detrás del cóndilo pueden producir un intenso dolor preauricular que irradia a la sien y al ángulo mandibular.

En la fase aguda, durante la inflamación y exudación de líquido en la cavidad articular, hay un dolor intenso que se irradia a la zona preauricular, trismo y una zona de hipersensibilidad sobre el cuello de la mandíbula.

Finalmente el diagnóstico preciso se lleva a cabo por medio de lamio
grafía pues muestran una imagen más clara y cierta que las radiografías.

TRATAMIENTO. El tratamiento en primer lugar debe estar enfocado a eliminar al a
gente causal, previa identificación de éste, es decir, evitar colocar prótesis -
mal ajustadas, tratar de corregir hasta donde sea posible una malposición denta-
ria, etc.

Una vez establecida la enfermedad se tratará de eliminar los agentes -
causales para evitar que la destrucción de la cápsula y cartilago de la articulac*ión*
se produzcan.

D) ARTRITIS TRAUMÁTICA.

ETIOLOGÍA. Puede ser un golpe, una excesiva apertura de la boca en un bostezo o
en ciertas actuaciones médicas como en una extracción dental o en una intubación
endotraqueal.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Generalmente, hay distensión o desgarró de los tejidos cap
sulares y de la membrana sinovial. Se acompaña del derrame de un exudado infla-
matorio, sangre en el espacio articular o ambos.

SIGNOS Y SÍNTOMAS. El traumatismo da lugar a dolor, hipersensibilidad periauri-
cular y considerable limitación de la movilidad.

Si el proceso es unilateral, el mentón se desviará hacia el lado afec-
tado durante los movimientos de apertura.

TRATAMIENTO. El tratamiento estará encaminado a la identificación exacta del -
problema que causa esta artritis, una vez localizado el agente causal se trata-
rá según el caso, ya sea mediante antiinflamatorios, analgésicos, etc.

2.- SÍNDROME DE LA DISFUNCIÓN MIOFACIAL DOLOROSA

Es uno de los más frecuentes, predomina en la mujer, sobre todo entre los 20 y los 40 años de edad y es generalmente unilateral.

El dolor suele describirse como una molestia relativamente pesada y que se intensifica durante la función mandibular.

Puede percibirse en la zona de la articulación, al en oído en el ángulo de la mandíbula, en la garganta, o en la región temporal.

Pueden combinarse diversas localizaciones simultáneas del dolor. Normalmente hay zonas de hiperestesia en los músculos masticadores, relacionados con los dolores regionales. Así, el dolor de la articulación o en el oído se asocia generalmente a la hiperestesia en el pterigoideo medial; y el dolor de un lado de la cabeza, a hiperestesia del temporal. El dolor se acompaña de cierto grado de golpeteo o crujidos articulares.

El primer factor que inicia el síndrome de disfunción dolorosa es el espasmo muscular. Este espasmo puede deberse a tres causas:

- a) Hiperextensión muscular
- b) Hipercontracción muscular
- c) Fatiga muscular.

Se han realizado estudios que han comprobado la relación de la fatiga con los hábitos de relajación oral, molienda o cierra de los dientes. Por ello el síndrome de disfunción dolorosa sería esencialmente una enfermedad psicósomática. En los enfermos que presentan bruxismo, el dolor y la limitación serían

más intensos al despertar por la mañana.

3.- NEOPLASIAS.

Los tumores primarios de la articulación temporomandibular son raros, el grupo más importante lo constituyen el agrandamiento del cóndilo debido a:

- 1) hiperplasia
- 2) Condroma
- 3) Osteocondroma
- 4) Osteoma.

Se han publicado pocos casos de:

- a) SINOVIALOMA
- b) MIXOMA
- c) DISPLASIA FIBROSA

Los tumores malignos son aún más raros, habiéndose encontrado algunos casos de:

- a) MIELOMA MÚLTIPLE
- b) FIBROSARCOMA
- c) CONDROSARCOMA DEL CÓNDILO

Sin embargo, los tumores regionales como el adenocarcinoma de la glándula parótida, el carcinoma de la mejilla o el ameloblastoma puede invadir secundariamente la articulación.

A veces pueden también ocurrir metástasis en el cóndilo de tumores a distancia.

Quando una neoplasia afecta al cóndilo o invade la cavidad, el enfermo puede tener dificultades en la oclusión de los dientes y el mentón se desviará - hacia el lado no afectado. Si se abre la boca, la deformidad tiende a disimularse.

4.- ARTRALGIA TEMPOROMANDIBULAR.

ETIOLOGÍA. La artralgia temporomandibular se atribuye generalmente a uno o más de los siguientes factores:

- 1.- Desarmonía oclusal
- 2.- Desplazamiento posterosuperior de la cabeza del cóndilo como resultado de una disminución de la relación maxilomandibular vertical.
- 3.- Factores psicógenos que producen hábitos que llevan al bruxismo y al espasmo muscular.
- 4.- Un traumatismo aislado.
- 5.- Sinovitis aguda como resultado de una fiebre reumática aguda.
- 6.- Artritis reumatoide
- 7.- Osteoartritis.

SÍNTOMAS: Los síntomas que surgen de la disfunción de la articulación pueden resumirse en los siguientes puntos:

- a) Dolor por delante del oído, generalmente unilateral y que se extiende hacia adelante a la cara; especialmente marcado durante el uso de la mandíbula.
- b) Saltos, crujidos o sensación de frotamiento en la zona de la articulación durante la masticación.

- c) Incapacidad de abrir la boca normalmente sin dolor.
- d) Dolor en la zona posauricular.
- e) Dolor en la zona temporal o cervical generalmente asociado con dolor facial.
- f) Incapacidad de cerrar los dientes posteriores completamente asociado con dolor facial.
- g) Rara vez dolor en la cara externa de la lengua.

TRATAMIENTO. El programa de tratamiento debe considerarse en 3 estadios progresivos:

- a) Tratamiento de apoyo conservador y correctivo
- b) Tratamiento con inyecciones
- c) Condilectomía mandibular.

A) TRATAMIENTO DE APOYO CONSERVADOR
Y CORRECTIVO.

Todo paciente que tenga dolor en la mandíbula debe colocarse bajo un programa específico que está diseñado para reuicir los cambios inflamatorios locales tan rápidamente como sea posible.

Sin embargo, todos deben comprender que aunque se obtenga alivio con el tratamiento conservador, la articulación puede nuevamente empezar a doler si se le somete a una tensión indebida.

En esta fase del tratamiento son tres los requisitos indispensables:

- 1) Reposo de la articulación
- 2) Aplicación de calor.
- 3) Sedantes y tranquilizantes.

Después que se ha realizado lo anterior se procede a:

- a) Ejercicios Regulares
- b) Construcción de un plano de mordida
- c) Rehabilitación oclusal.

B) TRATAMIENTO CON INYECCIONES.

El tratamiento con inyecciones puede ser de 2 tipos: COMPUESTOS DE HIDROCORTISONA Y SOLUCIONES ESCLEROSANTES.

C) CONDILECTOMÍA MANDIBULAR.

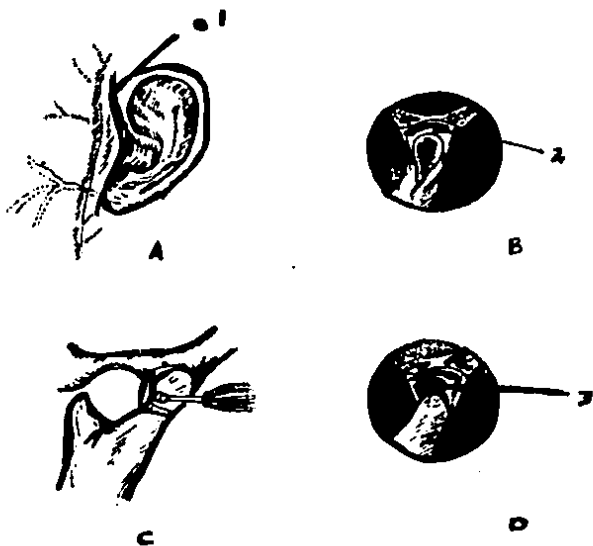
- 1) Se hace una incisión por delante del oído, extendiéndola desde sus inserciones superiores a las inferiores, y que corra a lo largo de la cara interna del tragus.
- 2) Se separa el colgajo cutáneo de aproximadamente 2 cm. por delante de la incisión.
- 3) Se palpa el cóndilo y se hace una incisión para exponerlo.
- 4) Se resaca a 6 u 8 cm. por debajo de su borde superior, se retira el fragmento y el muñón del cóndilo se alisa con limas para hueso y se coloca Gelfoam.
- 5) Se sutura la cápsula, se aplica un apósito que se deja en su sitio

durante 48 horas.



INYECCION DE HIDROCORTISONA

(25 Mg. de Hidrocortisona o 15 Mg. de acetato de prednisolona) en el compartimiento superior de la articulaci3n temporomandibular.



CONDILECTOMIA MANDIBULAR

- A.- Anatomía regional en relación con la incisión y la disección.
- B.- Sección transversal de la articulación que muestra la relación del menisco, los compartimientos articulares.
- C.- Se hace la transección de la cabeza del cóndilo.
- D.- Espacio creado por la resección condilar.

C A P . V

III TRAUMATISMO DE LA ATM

- 1.- ANQUILOSIS
- 2.- FRACTURAS
- 3.- SUBLUXACIÓN
- 4.- LUXACIÓN.

1.- A N Q U I L O S I S

Puede definirse como una limitación crónica del movimiento de la articulación.

Pueda ser parcial o completa; fibrosa u ósea; intrarticular (verdadera) o extrarticular (falsa); y unilateral o bilateral.

Pueden combinarse varias de ellas. Si no se trata, la anquilosis interfiere la ingesta, la masticación, la higiene oral y el habla.

Muchas veces, aunque no siempre, se asocia a la anquilosis una deformación de la mandíbula que se debe a una detención concomitante del crecimiento del cóndilo.

Es más frecuente que la anquilosis se deba a un traumatismo.

La lesión de las estructuras articulares, los músculos relacionados y los tejidos blandos relacionados da lugar a hemorragia e inflamación, y la fibrosis consecuente puede dar lugar a una limitación permanente de la movilidad.

En el momento de nacer, el traumatismo puede ser directo sobre la zona articular o transmitirse de otra parte de la mandíbula durante un parto con fórceps o de nalgas.

Otra importante causa de anquilosis es la inflamación de origen infeccioso. No es frecuente que una infección regional se extienda a la articulación, pero es frecuente que una infección regional se extienda a la articulación o seguida a la extensión de una infección dental. En este caso no se afecta propiamente la articulación sino los tejidos extraarticulares.

Uno de los signos sobresalientes y que se debe tomar muy en cuenta para el diagnóstico de la anquilosis es que cuando la boca está cerrada, el mentón se desvía hacia un lado (el afectado); mientras que en un tumor de cóndilo cuando la boca se abre, el cóndilo no afectado se desplaza hacia delante y la deformidad facial tiene tendencia a corregirse ya que el mentón adopta una posición más normal hacia la línea media.

TRATAMIENTO.

La corrección quirúrgica (artroplastia) comprende la exposición de la zona de la articulación a través de la incisión presauricular previamente descrita.

Si sólo está involucrada en la anquilosis la zona condilar, no es necesario exponer la pófisis coronoides.

La osteotomía generalmente se extiende primero a través de la base del cuello del cóndilo. Luego se cincala el cóndilo librándolo y se le reseca.

Hay dos principios involucrados en el desarrollo de una artroplastia exitosa:

- 1.- Realizar una artroplastia adecuada removiendo el cóndilo desplazado, si existe, y creando un espacio de 1 a 1.5 cm entre el borde superior de la rama y la apófisis cigomática.
- 2.- Proveer una temprana, vigorosa y sostenida dilatación mandibular posoperatoria.

2.- FRACTURAS

Aunque el traumatismo de la mandíbula puede dar lugar tan sólo a una lesión pasajera de las estructuras blandas de la articulación temporomandibular, puede también producir una fractura del cóndilo.

Las causas más frecuentes en los adultos son los puñetazos, los accidentes automovilísticos o los accidentes laborales.

En los niños, la causa más frecuente de las fracturas son las caídas. La aplicación inadecuada de los fórceps en el parto pueden producir a veces fracturas en el recién nacido.

Generalmente se asocia a diversos grados de parestesia o parálisis facial, fracturas de la clavícula, y contusión de los tejidos adyacentes.

Las fracturas del cóndilo se conocen generalmente como "fracturas condilares". Aunque algunas fracturas afectan la porción intracapsular y son por ello verdaderas fracturas condilares, es más frecuente que la fractura ocurra alrededor del cuello del cóndilo. El nombre más correcto de tales fracturas es de "fracturas subcondilares".

Las fracturas que empiezan en la escotadura mandibular y se extienden hacia abajo y atrás son más bien fracturas oblicuas de la rama de fracturas

subcondilares ya que el cóndilo queda intacto. Sin embargo, en aquellas fracturas altas de la rama el cóndilo puede luxarse y salir de la fosa glenoidea.

Las fracturas del cóndilo pueden ser unilaterales o bilaterales. Las bilaterales ocurren generalmente cuando la fuerza se aplica directamente sobre el mentón.

Cuando el golpe se ha recibido en un lado de la mandíbula, suele fracturarse sólo el proceso mandibular contralateral, aunque, hay excepciones.

La fractura unilateral del cóndilo se combina con mucha frecuencia con la fractura del cuerpo de la mandíbula en la región del agujero mentoniano del lado opuesto.

El diagnóstico de las fracturas del cóndilo se hará mediante la historia, exploración clínica e interpretación de las radiografías. Se debe pensar siempre en una fractura cuando haya antecedentes de golpes en el mentón o señales clínicas de traumatismo en esta zona.

En una fractura unilateral, el desplazamiento lateral hacia el lado normal suele ser limitado y el mentón se desvía hacia el lado afectado durante el movimiento de apertura.

En una fractura bilateral suele haber una falta de oclusión anterior. No pueden realizarse el desplazamiento lateral y protrusión y puede ser difícil abrir la boca.

El diagnóstico definitivo de fractura del cóndilo dependerá de los datos radiográficos.

CLASIFICACIÓN

Clasificación dependiendo de la gravedad de la fractura.

- a) SIMPLE
- b) TALLO VERDE
- c) EXPUESTA
- d) CONMINUTA

A) FRACTURA SIMPLE.

- Es aquella en la que el integumento que la recubre está intacto.
- El hueso se ha roto por completo, pero no está expuesto al aire.
- Puede ser desplazada o no.

B) FRACTURA EN TALLO VERDE.

- Es aquella en que un lado del hueso está roto, mientras que el otro está doblado.
- Frecuentemente se observa en niños.

C) FRACTURA EXPUESTA.

- Es aquella en que la rotura del hueso se asocia con una herida externa.
- Su tratamiento requiere antibiótico.
- Puede estar expuesta a través de la piel o la mucosa.

D) FRACTURA CONMINUTA.

- Es aquella en la que el hueso está fragmentado o aplastado
- Puede ser simple, es decir, no abierta a los contaminantes externos.
- O puede ser expuesta.
- Generalmente las heridas de bala son conminutas expuestas.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las fracturas está dirigido hacia la colocación de los extremos del hueso en la relación adecuada, de manera que se toquen y mantengan esta posición hasta que se produzca la cicatrización.

El término utilizado para reubicar el hueso es la REDUCCION de la fractura. El término empleado para mantener esta posición es FIJACION.

REDUCCIÓN CERRADA.

Se dispone de varios métodos de reducción. El más simple es la re-ducción cerrada, es decir, la manipulación sin exposición quirúrgica del hueso a la vista.

La mayoría de las fracturas recientes del maxilar pueden reducirse manualmente. En las más viejas, en las que los segmentos óseos no se mueven con libertad, la tracción provista probandas de goma entre los maxilares ejerce una fuerza potente y continua que va a reducir una fractura entre 15 minutos y 24 horas.

REDUCCIÓN ABIERTA.

No es posible reducir todas las fracturas satisfactoriamente por procedimientos cerrados. Las fracturas que a menudo se encuentran en el ángulo de la mandíbula es difícil de reducir, y por lo tanto es donde se recomienda la reducción cerrada.

Una de las ventajas que se tiene en esta reducción, sobre todo en las fracturas viejas, es la oportunidad que tiene el cirujano de limpiar el tejido conectivo que se está organizado y los restos que existen entre los extremos óseos.

Las desventajas que tiene ésta son:

- a) El procedimiento quirúrgico remueve el coágulo protector del sitio, y se incide el periostio intacto.
- b) Es posible la infección aun con procedimientos asépticos externos y antibióticos.
- c) Se requiere hospitalización y se aumentan los costos.
- d) Se presenta una cicatriz cutánea.

FIJACIÓN

La fijación de las fracturas de los maxilares se logra en pasos graduales. Por lo general, la fijación intermaxilar por medio de alambres, arcos-peine o férulas, es el primer paso.

En muchos casos es todo lo que se necesita, sin embargo, si resultara insuficiente, puede hacerse por medio de una técnica abierta la colocación de alambres directamente a través de orificios practicados en el hueso. Esto se hace

además de la fijación intermaxilar.

3.- SUBLUXACIÓN

La subluxación se define como una dislocación parcial autorreducible de una articulación.

En la articulación temporomandibular esta definición significa que el cóndilo pasa a una posición anterior en relación a la eminencia articular durante el movimiento de apertura.

El nombre de subluxación se dará sólo a aquellos procesos en los que la posición anterior del cóndilo se acompañe de ciertos síntomas con dolor, bloqueo temporal o crujidos.

La subluxación, que es un síntoma más que una enfermedad se debe a una relajación anormal de la cápsula.

Puede aparecer después de un traumatismo agudo a causa de un golpe, dislocación de la mandíbula, o una excesiva manipulación del maxilar durante ciertas maniobras médicas como la intubación enotraqueal o la extracción dental, sobre todo cuando el enfermo está bajo anestesia general.

La relajación de la cápsula puede suceder también después de las alteraciones degenerativas crónicas de una osteoartritis prolongada.

TRATAMIENTO.

Por lo general la ubicación del cóndilo en la cavidad glenoidea sólo ocupa su lugar nuevamente.

Pero se recomienda miorelajantes y analgésicos para reducir el dolor

y disminuir un poco la hiperreacción de los músculos masticadores.

4.- LUXACIÓN

Es la pérdida de la relación entre los componentes de una articulación, que no es autorreducible.

La luxación de la articulación temporomandibular puede ser a consecuencia de:

- a) Traumatismos externos, sobre todo cuando la boca está abierta.
- b) Apertura brusca y amplia, como bostezo y durante una convulsión epiléptica.
- c) Apertura amplia y prolongada de la boca durante las maniobras dentales, orales y faríngeas.
- d) Laxitud capsular externa asociada a subluxación crónica.
- e) Discoordinación muscular.

Puede ser unilateral o bilateral

En una luxación anterior, el cóndilo se desplaza hacia delante y arriba de la eminencia articular.

La luxación posterior sólo se realiza cuando la fuerza es tan intensa como para producir fracturas del hueso temporal.

Cuando la luxación es bilateral, las mandíbulas se mantienen en una posición abierta, conectando sólo, los dientes posteriores maxilares y mandibulares.

En la luxación unilateral hay también un déficit de cierre, pero el mentón está desviado hacia el lado normal.

TRATAMIENTO.

Las dislocaciones pueden reducirse generalmente realizando presión hacia abajo sobre los dientes posteriores y presión hacia arriba sobre el mentón, acompañada por un desplazamiento hacia atrás de toda la mandíbula. Es preferible que el operador esté de pie frente al paciente.

Por lo general la reducción no es un procedimiento difícil. Sin embargo, ocasionalmente el espasmo muscular puede ser lo suficientemente grande como para impedir la simple manipulación del cóndilo devolviéndolo hacia atrás a su posición normal de cierre.

En tales casos es necesario inducir una relajación muscular suficiente como para impedir una reducción adecuada del cóndilo luxado. Esto puede lograrse con la administración de un anestésico general complementado, de ser necesario, por una droga miorrelajante. Este método no requiere manipulación, dado que los músculos se vuelven lo suficientemente flácidos como para permitir que el cóndilo caiga de vuelta a su posición normal en la cavidad glenoidea.

Existen dislocaciones de larga duración, sin que el paciente lo haya notado, la reducción abierta se realiza en estos casos y consiste en hacer abertura hasta la articulación a través de una incisión preauricular como se describió en la condilectomía, exponiendo el cóndilo dislocado y, bajo relajación profunda y visión directa, manipular el cóndilo devolviéndolo a la cavidad glenoidea.

C A P . V I

PROCESOS QUE SIMULAN DOLOR EN LA ARTICULACIÓN
TEMPOROMANDIBULAR.

I CIRCULATORIOS

- A) NEURALGIA FACIAL ATÍPICA
- B) INSUFICIENCIA ARTERIAL CORONARIA
- C) ARTRITIS TEMPORAL

II INFLAMATORIOS

- A) PULPITIS
- B) PERICORONITIS
- C) OTITIS
- D) PAROTIDITIS

III TRAUMÁTICOS

- A) SÍNDROME AURICULO TEMPORAL
- B) FRACTURA DE LA APÓFISIS ESTILOIDES

IV NEOPLÁSICOS

- A) AGRANDAMIENTO DE LA APÓFISIS ESTILOIDES
- B) CARCINOMA DE LA NASOFARINGE

V IDIOPÁTICOS

- A) NEURALGIA DEL TRIGÉMINO
- B) NEURALGIA GLOsofaringe

PROCESOS QUE SIMULAN UN DOLOR

ARTICULAR

El dolor es un síntoma que acompaña a diversos procesos que afectan la articulación temporomandibular, como son las diversas formas de artritis, lesiones traumáticas, infecciones y enfermedades neoplásicas.

En la mayoría de los casos el dolor que procede de la articulación temporomandibular se caracteriza por ser relativamente constante y profundo. Se irradia a menudo a la oreja, a lo largo de la superficie lateral de la cabeza y hacia el ángulo mandibular, muchas veces se asocia hipersensibilidad sobre la articulación o sobre el cuello mandibular así como en la musculatura espática. El dolor aumenta generalmente durante los movimientos mandibulares, haciéndose entonces más agudo.

Diversos procesos pueden producir un dolor que se parece al que se debe a procesos que afectan a la articulación temporomandibular o al que tiene su origen en los músculos de la masticación (síndrome de la disfunción miofacial dolorosa).

Una pulpitis de un diente posterior superior o inferior, o una pericoronitis que afecte al tercer molar mandibular, produce muchas veces dolor referido en el oído.

El trismo que asocia al último proceso puede hacer aún más difícil el diagnóstico. Sin embargo, la presencia de inflamación en la zona del tercer molar ayudará a distinguir ambos procesos.

También debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor de la articulación temporomandibular, el dolor por afectación directa del oído (otitis externa, otitis media). Por lo general los enfermos con estos problemas - tienen hipersensibilidad al apretar la oreja o si se presiona sobre la apófisis mastoides.

También hay señales de drenajes purulento dentro del conducto auditivo externo.

El dolor de la neuralgia del trigémino que afecta a su tercera rama suele ser más lacinante y de más corta duración que el dolor de la articulación temporomandibular. Se irradia desde la cara anterior de la mandíbula hacia el oído y no en dirección contraria y tiene la zona gatillo en el labio inferior o mentón.

El carácter del dolor en la neuralgia glossofaríngea es parecido al de la neuralgia del trigémino. Se irradia desde el dorso de la lengua o zona tonsilar hacia el oído o a veces a la parte lateral cuello. Ya que las zonas gatillo se encuentran generalmente en la lengua o en la faringe, las crisis se inician generalmente al tragar, hablar o boatezar. Sin embargo, el solo acto de la masticación no inicia normalmente el dolor.

Aunque la neuralgia facial atípica (dolor vascular) es de naturaleza difusa, parecido al que se presenta cuando hay afectación de la articulación man dibular, tiene un carácter más bien pulsátil y de quemazón que de dolor profundo. No suele aumentar con los movimientos mandibulares y a menudo asocia con otros signos de disfunción autónoma, como son enrojecimiento de la piel y sensación de rasguño en el ojo.

Debido a la proximidad de la glándula parótida a la articulación temporomandibular, el dolor de origen glandular puede confundirse a veces con el do lor articular. Aunque muchas veces el carácter del dolor es muy parecido, y ambos procesos pueden presentar un aumento del dolor en el momento de las comidas y se asocian a trismo, la parotiditis dará siempre tumefacción por debajo y delante de la oreja. La tumefacción no es un signo frecuente en la afectación de la articulación temporomandibular. Este solo dato ayudará muchas veces a la di ferenciación clínica.

A veces, ciertos procesos raros pueden producir dolor en la vecindad de la articulación temporomandibular o dolor referido en aquella zona. Entre e llos se encuentran el síndrome auriculotemporal, la fractura de la apófisis estiloides, la insuficiencia de la arteria coronaria, la arteritis temporal y el carcinoma de la nasofaringe. El síndrome auriculotemporal se debe a procedimien tos quirúrgicos, lesiones o infecciones de la glándula parótida. Se diferencia del dolor de la articulación temporomandibular por el enrojecimiento facial uni lateral asociado y por exudación preauricular durante la masticación. La frac tura o agrandamiento de la apófisis estiloides puede reconocerse radiográficamente.

El dolor referido con origen en la insuficiencia arterial coronaria se relaciona generalmente con el esfuerzo físico y desaparecerá cuando el enfer-

no use un fármaco vasodilatador como el nítrito de amilo o la nitroglicerina.

La arteritis temporal puede producir dolor en la zona de la articulación temporomandibular así como en la parte lateral de la cabeza a lo largo del borde posterior de la mandíbula, extendiéndose hacia abajo en el cuello. El dolor suele ser persistente, intenso, de carácter profundo o pulsátil que recuerda al de la articulación temporomandibular. Sin embargo, se acompaña generalmente de fiebres, malestar, anorexia que no se presente en los procesos que afectan la articulación. Además con una palpación cuidadosa puede encontrarse una arteria temporal superficial dura y dolorosa.

El carcinoma de la nasofaringe no causará sólo dolor en la articulación temporomandibular, sino también insensibilidad, asimetría e inmovilidad del paladar blando y trismo. Estos se deben a la afectación por el tumor del nervio trigémino en la zona en que el nervio sale por el foramen oval. El dolor acostumbra ser muy intenso y no suele calmarse con los analgésicos normales.

A veces puede visualizarse o palpase la masa tumoral. Debido a la gravedad del proceso debe tenerse en cuenta el diagnóstico diferencial de cualquier enfermo con dolor articular intenso y persistente.

CAP. VII

CASO CLÍNICO

El siguiente es un caso clínico de subluxación a causa de maniobras bruscas al momento de una extracción dentaria.

Este caso, como hay muchos, refleja la importancia que el dentista debe dar al momento de la extracción; pues al hacerlo sin cuidado o usando excesiva fuerza y mal empleada trae consigo complicaciones posoperatorias que pueden ir desde una subluxación hasta luxación verdadera o fractura.

No sólo la extracción dentaria, sino muchos otros tratamientos que realizamos pueden acarrear alteraciones desde leves, hasta complicadas en la articulación temporomandibular. Entre éstos tenemos colocación de puentes mal adaptados, placas completas mal ajustadas, etc.

También es sumamente importante que realicemos un buen diagnóstico de una enfermedad de la articulación ya que, como vimos antes, hay procesos patológicos que simulan dolor articular sin serlo.

El caso es de una señora de 43 años de edad que se presentó con nosotros pues sentía un fuerte dolor en la región preauricular y dolor al ejercer movimientos con la mandíbula.

Se realizó una historia clínica detallada y se llegó a la conclusión de que se trataba de una subluxación pues se observó además la herida de una extracción realizada 24 horas antes.

A continuación se incluye la historia clínica del centro de salud rea

lizada a la paciente después de la extracción; la primera historia clínica (fecha de extracción) no fue posible obtenerla pues no existen archivos de los pacientes atendidos en dicho departamento pues, los pacientes son esporádicos.



HISTORIA CLINICA
Y PLAN DE ATENCION
ESTABLECIMIENTO ODONTOLÓGICA

NO. EXPEDIENTE

1

NOMBRE DEL PACIENTE JULIA ACOSTA PÉREZ SEXO M F

FECHA DE NACIMIENTO 10 DE JULIO DE 1991 DOMICILIO COL. REFORMA

ESCUELA _____ GRADO _____ FECHA DE INSCRIPCIÓN _____

EDAD 43 a.

EXAMEN DE RUTINA (PRIMERA VISITA)

1- HA SIDO UO HOSPITALIZADO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MOTIVO _____
2- CUAL LO EN TRATAMIENTO BIENGO ACTUALMENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DE QUE TIPO _____
3- ESTA US TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUAL _____
4- ES US ALERGIKO A LA PENICILINA O ALCUNA OTRA DROGA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUAL _____
5- HA TENIDO MEMORIAS QUE REQUIERAN TRATAMIENTO ESPECIAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUANDO _____
6- HA TENIDO COMPLICACIONES POR ANESTESIA LOCAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUAL _____
7- ESTA US EMBARAZADA ACTUALMENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MESES _____
8- HA COMIDO O BEBIDO ALGO EN LAS ÚLTIMAS 8 HORAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
9- TENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

PRUEBAS DE LABORATORIO COMPLEMENTARIAS (NO DE RUTINA)

HEPES DE TUBERCULISA _____ TEPES DE PARATUBERCULISA _____

TIEMPO DE TUBERCULISA _____ TIEMPO DE PARATUBERCULISA _____

TIEMPO NORMAL DE TUBERCULISA _____ RESULTADO PLASMASTOMA _____

130 80

MOTIVO DE LA CONSULTA

Hipersensibilidad y dolor agudo en zona preauricular con limitación de movimientos mandibulares.

OBSERVACIONES

Extracción realizada 24 horas antes del primer molar inferior, inflamación en esa región.

TEJIDOS BUCALES

TEJIDOS BUCALES	NORMAL (S)	ANORMAL (S)
PIED DE LA DENT	X	
SEJILLAS	X	
BANILLAS	X	
LARIBS	X	
LEPINA	X	
PALABRO PURO	X	
OLABRO BLANCO	X	

EXAMEN COMPLEMENTARIO (PARA TRATAMIENTO)

EXAMEN DENTAL

10	11	12	13	14	15	16	17	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	31	32	33	34	35	36	37	41	42	43	44	45	46	47	48
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CLAVES UTILIZADAS PARA
LLENAR EL ORTOFOTOGRAFIA

CARIADO (SUPERFICIES EN ROJO)
OSTURADOS (SUPERFICIES EN AZUL)
PERIODOS (DES ROJO)
EXTRACION INDICADAS (LINES DOLINA
EN ROJO).

DENTES REEMPLAZADOS (CIRCULO
AZUL)

ENFERMEDAD PARODONTAL	PRESENCIA CON X
PLACA BACTERIANA	X
BATERIA ALBA	X
SABRO	
SUBMUCOSA	X
PARADENTARIAL	
QUISTES	X
MOVILIDAD	X
DELADO PARODONTAL	X
AGUDO PARODONTAL	
REABSORCION OSEA	X

EXTRACCION MOTIVO DE CONSULTA

LESIONES PULPARES	NUMERO DEL DENTE
EXPOSICION PULPAR	NO
PULPITIS	NO
ABSCESO AGUDO	NO
ABSCESO CRONICO	NO
QUISTE PERIAPICAL	NO
GRANULOMA	NO

SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA
EN EL ESTADO.

HISTORIA CLINICA GENERAL

I.- FICHA DE IDENTIFICACION.

a).- NOMBRE: ACOSTA PÉREZ JULIA
PATERNO MATERNO NOMBRE(S)

b).- EDAD: 43 SEXO: F ESTADO CIVIL: CASADA

c).- SERVICIO: ODONTOLOGIA

INTERROGATORIO

II.- ANTECEDENTES:

a).- HEREDITARIOS FAMILIARES: S.D.P.

b).- PERSONALES NO PATOLOGICOS: S.D.P.

c).- PERSONALES PATOLOGICOS: S.D.P.

III.- PADECIMIENTO ACTUAL.

a).- FECHA DE INICIACION: 20-SEPTIEMBRE-84 PRINCIPALES SINTOMAS: Dolor preauricular
Hipersensibilidad en dicha zona

EVOLUCION: En 24 horas ha ido aumentando el dolor a causa de una ex-
tracción dental efectuada el día anterior.

SINTOMATOLOGIA ACTUAL: Dolor en zona preauricular e hipersensibilidad,
dificultad para movimientos mandibulares

TERAPEUTICA EMPLEADA ANTERIORMENTE: ninguna

IV.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

a).- APARATO DIGESTIVO: S.D.P.

b).- APARATO RESPIRATORIO: S.D.P.

c).- APARATO URINARIO: S.D.P.

REDACCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 43 años de edad, de sexo femenino, con fascias dolorosa.

A la exploración e interrogatorio, relata la realización de una extracción del primer molar inferior izquierdo 24 horas antes, en el mismo departamento dental.

El dolor en la región preauricular es bilateral e intenso, interviniendo en los movimientos mandibulares.

Además, hay hipersensibilidad aunado al trismus que, en la primera visita no permitió una buena exploración bucal.

Por interrogatorio, relató que la extracción había sido relativamente traumática y desde ese momento sintió la molestia en la articulación temporomandibular, convirtiéndose en dolor cuando la acción de la anestesia terminó.

TRATAMIENTO.

1a. VISITA. En la primer visita se dió tratamiento a base de un antibiótico, un antiinflamatorio y un miorrelajante.

1 (uno) Dorirol 500 mg caps. tomar 1 tab c/6 hors.

2 (dos) Dansen Takeda tabs
tomar 2 tabs. c/8 hrs.

1 (uno) Robaxisal tabs
tomar 1 cap. c/8 hrs.

Al término del tratamiento regresar.

2a. VISITA.

En la revisión de la segunda visita se observó que el trismus había cedido, la paciente podía abrir un poco más la boca.

En esta visita se recetó al paciente un miorrelajante acompañado de un antineurítico.

1 (uno) Robaxisal tabs.

tomar 1 c/8 hrs.

1 (uno) Benexol tabs.

tomar 1 c/8 hrs.

(regresar al terminar el tratamiento)

3a. VISITA.

En esta ocasión la paciente podía abrir su boca con sólo cierta molestia y relató su agradecimiento por el tratamiento.

En esta cita se recetó solo antineurítico (vitamina B6 y B12) como dosis de mantenimiento por 6 semanas.

3 (tres) benexol tabs.

tomar 1 c/6 hrs.

(Regresar al término del tratamiento)

4a. VISITA.

Esta se realizó aproximadamente un mes después de la 3a. y la pacien-

te relató que el dolor había cedido y los movimientos mandibulares se hacían ya casi sin molestias.

Sólo se recomendó terminar el tratamiento de la 3a. visita, y se le dio de alta.

NOTA: Todo este tratamiento se llevó a cabo en el Centro de Salud B con Hospital de la Ciudad de Cuauhtémoc, Chih. durante mi servicio social y bajo la supervisión del Jefe del Depto. Dra. Juana Plata Jaramillo.

CONCLUSIONES

La articulación Temporomandibular, es sin duda, una de las articulaciones del cuerpo más importantes. Estudiando su composición anatómica así como su inervación, irrigación, músculos que la recubren, etc. Se llega a la conclusión de que -- cualquier alteración en la oclusión o sus partes componentes, trae consigo repercusiones, leves o graves en la ATM.

Las conclusiones a las que se ha llegado después del presente trabajo se podrían resumir de la siguiente manera:

- I. El presente trabajo trata de esbozar, de un modo general, todos los padecimientos, o casi todos, que pueden encontrarse en determinado momento en dicha articulación, que si no es atendida concienzudamente va -- degenerando hasta producir destrucción de la cápsula, cóndilo, etc.
- II. Del mismo modo los movimientos que realizamos al momento de una extracción sin tener cuidado, puede producir una subluxación en el mejor de -- los casos, porque puede, en casos graves, producirse luxación o hasta -- fractura.
- III. Este trabajo contiene el caso clínico de una subluxación tratada durante mi servicio social. La causa ya se describió en la Historia Clínica; -- éste caso es solo la muestra de los problemas que podemos, o se pueden -- ocasionar en el consultorio ya sea por accidente o por descuido.

- IV. Se menciona sólo un caso, a pesar de que, como el presente y otros, tuvo conocimiento pero no en forma descrita y detallada.

B I B L I O G R A F Í A

- HAM ARTHUR W. TRATADO DE HISTOLOGÍA
1978, Naucalpan de Juárez
Estado de México, 935 Pág.
- KORBENDAU ABJEAN OCLUSIÓN
Editorial Médica Panamericana
San José, Buenos Aires
1980 . 126 Pág.
- KRUGER GUSTAVO CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL.
Editorial Médica Panamericana
San José, Buenos Aires.
1982. 685 Pág.
- KRUPP MARCUS A. DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y TRATAMIEN
TO.
El Manual Moderno, S.A.
México 13, D.F.
1981. 1324 Pág.
- MEYERS FREDERIK H. MANUAL DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA
El Manual Moderno, S.A.
México, D.F.
1980. 469 Pág.
- OZAWA DEGUCHI JOSÉ Y. PROSTODONCIA TOTAL
Editorial Andrómeda, S.A.
1981 . 447 Pág.
- QUIROZ FERNANDO ANATOMÍA HUMANA (Tomo I)
Larios e Hijos Impresores
Tacubaya, D.F.
1979. 501 Pág.
- QUIROZ FERNANDO ANATOMÍA HUMANA (Tomo II) . 525 Pág.
- ZEGARELLI EDUARD V. DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL
Salvat Editores, S.A.
Mallorca, Barcelona
1978, 631 Pág.