

247 922

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**CLINICA Y TRATAMIENTO DE LA
ANQUILOSIS TEMPOROMANDIBULAR**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

MARIA LUISA VELAZQUEZ MENDOZA

MEXICO, D. F.

1982



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.

CAPITULO

- I ANATOMIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.
- II ASPECTOS CLINICOS DE LA ANQUILOSIS TEMPOROMAN
DIBULAR.
- III TRATAMIENTO DE LA ANQUILOSIS TEMPOROMANDIBULAR.
- IV PRESENTACION DE 2 CASOS DE ANQUILOSIS TEMPORO-
MANDIBULAR.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

Dentro de los múltiples problemas ante los que se enfrenta el Estomatólogo encontramos la incapacidad funcional del aparato estomatognático.

Incapacidad funcional que puede estar determinada por falta de dientes, por desajuste de aparatos protésicos, por imposibilidad para confeccionar prótesis totales, por espasmos musculares, etc. Otras causas mucho menos frecuentes y que por ello el Estomatólogo tiene poco conocimiento de ellas son las enfermedades de la articulación temporomandibular y dentro de las mismas encontramos la Anquilosis Temporomandibular.

Durante mis estudios profesionales tuve la oportunidad de observar de cerca el manejo de esta rara entidad patológica, lo que me instó a estudiar más a fondo la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de la Anquilosis Temporomandibular, motivo por el cual realice este trabajo, mismo que se complementa con la presentación de dos casos clínicos.

C A P I T U L O I

ANATOMIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La articulación temporomandibular, también llamada temporomandibular y descrita por Sicher como craneomaxilar, es una articulación altamente especializada y es una de las estructuras faciales más complejas.

Se ha dicho que se distingue de otras articulaciones - en virtud a que las superficies articulares de los huesos - no están recubiertas por cartílago hialino sino por un tejido fibroso avascular que puede contener una cantidad variable de células cartilaginosas y puede ser nombrado fibrecartílago, el cual presenta cierto espesor.

La articulación temporemandibular es un complejo de dos articulaciones (articulación bilateral) derecha e izquierda, pertenece a las diartrosis; el trabajo desarrollado por estas articulaciones debe ser simultáneo para mantenerse en equilibrio; en los movimientos laterales de la mandíbula -- inevitablemente existen algunos componentes de frotamiento entre las superficies articulares y es aquí donde se demuestra la importancia de la acción del tejido conectivo fibroso, pues es resistente a este tipo de fuerzas.

Se dice que es una articulación compleja ya que entre el hueso temporal y el maxilar inferior se interpone un -- disco articular, dividiendo el espacio articular en un compartimiento superior y otro inferior.

En el maxilar inferior la superficie articular es la cara superior y anterior del cóndilo, mismo que presenta más o menos de 15 a 20 mm. de un lado a otro y de 8 a 10 mm. de adelante a atrás. Su eje mayor forma un ángulo recto con el plano de la rama ascendente y por consiguiente se desvía del plano frontal; si se extienden los dos ejes de los cóndilos forman un ángulo obtuso más o menos entre los 145 y 160 grados, estos ejes se encuentran casi en el borde anterior del agujero occipital. En sentido anteroposterior el cóndilo es convexo al igual en sentido exterointerno pero esta convexidad está dada generalmente por una formación más o menos en forma de tienda de la superficie superior del cóndilo, que está dividida en una vertiente interna y otra externa por una cresta sagital prominente. La superficie articular del cóndilo mira hacia arriba a manera que de perfil el cuello del cóndilo se ve como si estuviera inclinado hacia adelante.

El polo externo del cóndilo es apenas prominente por fuera de la superficie externa de la rama ascendente y es irregular para la inserción del disco y parte del ligamento temporomaxilar.

En el polo interno del cóndilo el cual se proyecta considerablemente más allá de la superficie interna de la rama ascendente, se insertan el disco y las fibras internas de la cápsula.

La forma del cóndilo puede presentar variaciones e irregularidades, pero éstas se encuentran disimuladas y suavizadas por el grueso recubrimiento de tejido fibroso.

Por delante del hueso timpánico en la porción escamosa del temporal, se encuentra situada la superficie articular - del hueso temporal, comprende la vertiente posterior y la - porción convexa del cóndilo temporal, aplanada hacia adelante y adentro como planos preglenoideo y glenoideo interno, - respectivamente.

El límite entre la porción escamosa y el hueso timpánico está formado hacia afuera por la cisura timpanoescaмосa. Hacia adentro, el borde inferior del techo del tímpano, "tegmen tympani", protruye entre el hueso timpánico y la porción escamosa del temporal para dividir una cisura simple en la - cisura anterior petroescamosa y otra posterior petrotimpánica. La porción posterior de la fosa se eleva para formar - un reborde llamado reborde o labio articular posterior, éste aumenta su altura hacia afuera para formar la prominencia engrosada, conocida, llamada tubérculo cigomático posterior - inmediatamente por delante del conducto auditivo externo.

El borde externo de la fosa por lo general está elevado para formar una cresta estrecha que se une al tubérculo cigomático anterior por delante con el tubérculo cigomático posterior por detrás.

Hacia adentro, la cavidad glenoidea se estrecha en forma considerable y está limitada por una pared ósea, la apófisis entoglenoidea, que se apoya contra la espina angular del hueso esfenoides. En ocasiones la pared articular interna se eleva para formar una apófisis triangular llamada la espina temporal.

El cóndilo temporal es fuertemente convexo en un sentido anteroposterior y algo cóncavo en sentido transversal; - en ocasiones los bordes interno y externo del cóndilo temporal se encuentran acentuados por finas crestas óseas. El límite anterior del cóndilo temporal es generalmente indefinido, se dice que se continúa en forma plana sobre la superficie cigomática del hueso temporal.

Toda la superficie articular del hueso temporal está - cubierta por una capa de tejido fibroso que es más gruesa - en la vertiente posterior y cima del cóndilo temporal.

El disco articular es una lámina fibrosa ovalada de gran firmeza, es más fina en su parte central que en su periferia, su borde posterior es especialmente grueso. Este disco varía de espesor y estas variaciones parecen ir correlacionadas con la prominencia del cóndilo temporal, de aquí se deduce que cuanto más prominente sea el cóndilo temporal, - más grueso será el disco.

Posteriormente el disco se prolonga en una capa gruesa de tejido conectivo laxo y vascularizado que alcanza y se fusiona con la pared posterior de la cápsula articular, conocida como la almohadilla retromeniscal.

Se ha observado que las capas fibrosas que recubren — tanto las superficies maxilares inferiores como las temporales son avasculares. También faltan vasos sanguíneos en la firme zona central del menisco articular; esto demuestra que existe una presión considerable en esta articulación, — al modo de todas las demás articulaciones. La falta de vasos sanguíneos y por consiguiente de circulación sanguínea no significa que no haya circulación de linfa o líquidos tisulares en estos tejidos.

La cápsula fibrosa de la articulación temporomandibular es bastante fina. La cara externa de la cápsula fibrosa es reforzada por un nítido ligamento conocido como el ligamento temporomaxilar y se puede decir es el más importante de la articulación temporomandibular.

El ligamento temporomaxilar está especializado en dos — capas separadas, una capa amplia, externa e superficial y — una banda interna o profunda.

La porción en abanico externa nace ancha de la superficie externa del tubérculo cigomático en la raíz del arco cigomático.

A menudo existe una cresta ligeramente elevada de inserción en esta área. Los fascículos ligamentosos convergen para correr oblicuamente hacia abajo y atrás a la parte posterior del cuello del cóndilo, por detrás y por debajo del polo condíleo externo. Hacia adentro de esta porción, una banda estrecha del ligamento se origina en la cresta del tubérculo articular. Se prolonga anterointernamente con la inserción anterior del menisco en la porción escamosa del temporal. Sus fibras corren horizontalmente hacia atrás en una cuerda plana, como un cable, para insertarse con el menisco en el polo externo del cóndilo del maxilar inferior y a la parte posterior del menisco. No hay un refuerzo comparable en el lado interno del cóndilo, sino una banda horizontal interna en un nivel inferior.

El ligamento es parte de un sistema de "riendas de freno" que limitan los movimientos articulares. La banda lateral previene los movimientos hacia abajo del cóndilo más allá de la cima del cóndilo temporal y la banda interna previene el desplazamiento hacia atrás del cóndilo por fuera de la vertiente posterior del cóndilo temporal.

La cápsula fibrosa se inserta en el borde de la cara articular del temporal y en el cuello del cóndilo del maxilar inferior.

Hay una sola manera de encajar el maxilar inferior en el cráneo, la cual consiste en poner en oclusión los dientes inferiores y superiores. Entonces los dientes inferiores y superiores sostendrán la mandíbula, y no hay contacto óseo en los puntos de la articulación. Cualquier intento por mover el maxilar inferior perturba el contacto retenedor de los dientes en oclusión. Entonces el maxilar inferior se desliza hacia arriba y atrás y un cóndilo o ambos se adaptan estrechamente contra la fosa articular y se retienen contra una o ambas apófisis esglenoides.

La fusión que sufren el disco y la cápsula permite la inserción de algunos haces de fibras del músculo pterigoideo externo en el menisco. Hacia atrás, el menisco y la cápsula están conectados por una almohadilla de tejido conectivo laxo vascularizado e inervado. Esta conexión laxa da al menisco la libertad necesaria de movimiento hacia adelante.

Hacia afuera y adentro, el menisco y la cápsula están insertados independientemente en los polos externo e interno del cóndilo. Esta inserción directa y firme del menisco a los polos del cóndilo asegura la simultaneidad de movimientos de maxilar inferior y meniscos. Los meniscos siguen pasivamente los movimientos del maxilar inferior en tanto que los músculos funcionen armoniosamente.

La cápsula sinovial de la articulación temporomaxilar tapiza la cápsula fibrosa y recubre el tejido conectivo laxo entre ella y el borde posterior del menisco. En el cuello del cóndilo la cápsula sinovial se inserta a cierta distancia de la superficie articular misma y se refleja y cubre el hueso hasta la línea limitrofe de la faceta articular. Así, parte del cuello del cóndilo está recubierto por la cápsula sinovial y es, por lo tanto, intracapsular, hecho que es importante en el pronóstico y tratamiento de las fracturas del cóndilo. El área incluida en la articulación es más extensa sobre la superficie posterior del cuello que sobre la anterior. La cápsula sinovial forma pequeños pliegues y como vellosidades, especialmente en la región de la almohadilla retromeniscal.

Dentro de la anatomía de la ATM se describen dos ligamentos como accesorios de la articulación temporomandibular: El esfenomaxilar y el estilomaxilar. Ninguno tiene influencia sobre los movimientos del maxilar inferior.

El ligamento esfenomaxilar remanente del cartílago de Meckel, nace de la espina angular del esfenoides y se dirige hacia abajo y afuera. Se abre como un abanico hacia el maxilar inferior, en el cual se inserta en la espina de Spix, en el borde inferior del agujero superior del conducto dentario inferior, y en el borde inferior del surco del cuello del cóndilo.

En la mayoría de las personas es una fina capa de tejido conectivo con bordes anterior y posterior indistintos, - tiene influencia sobre la extensión del líquido inyectado - en la anestesia regional del nervio dentario inferior.

El ligamento estilomaxilar, es una porción reforzada de la hojilla aponeurótica que se extiende desde la apófisis - estiloides y el ligamento estilohipoideo a la región del ángulo de la mandíbula. Parte de sus fibras se insertan en - el maxilar inferior mismo, pero en su mayor parte se prolongan en la aponeurosis de la superficie interna del músculo pterigoideo interno. El borde superior del ligamento estilomaxilar es a menudo aguzado y más grueso. El ligamento - se relaja cuando se cierra la boca y se tensa sólo en la - protrusión extrema de la mandíbula.

Como en todas las demás articulaciones, los vasos y - nervios circundantes contribuyen al servicio de la cápsula - de la articulación temporomandibular. Ramas de las arte- - rias temporal superficial y maxilar superior alimentan la - cápsula desde atrás, en tanto que ramas menores de la arte- ría maseterina lo hacen por delante. Un plexo venoso inusi- - tadamente rico se encuentra en la parte posterior de la cáp- sula, que sirva para igualar la presión en los tejidos me- - diante su llenado y vaciado en tanto que el cóndilo se balan- cea rítmicamente hacia adelante y atrás en la masticación.

Los nervios sensitivos provienen en su mayor parte del nervio auriculotemporal. Por delante hay una contribución regular de ramitas del nervio maseterino mixto y a veces -- del nervio temporal profundo posterior.

La articulación temporomandibular presenta las siguientes relaciones: Por su cara externa se halla recubierta por tejido celular, el cual está atravesado por la arteria transversa de la cara y por el nervio temporofacial; a su vez, - este tejido celular está cubierta por la piel. Por su cara interna se relaciona con los nervios dentario inferior, lingual y cuerda del tímpano, y con la arteria maxilar interna y sus ramas timpánica, meníngea media y meníngea menor y -- con la inserción del pterigoideo externo. Por delante está en relación con haces del músculo masetero y con la escotadura sigmoidea, por donde atraviesan la arteria y el nervio maseterinos. Por atrás se relaciona con el conducto auditivo externo, pero no directamente, sino por intermedio de la prolongación superior de la parótida.

Los movimientos de elevación del maxilar son produci-- dos por los músculos temporal, masetero y pterigoideo interno. Los de descenso, por el vientre anterior del digástri-- co, el milohioideo y el geniohioideo. La proyección hacia adelante es realizada por la acción de los dos pterigoideos externos, contrayéndose simultáneamente.

La proyección hacia atrás es producida por la acción del digástrico y del temporal. En los movimientos de diducción o laterales intervienen los dos pterigoideos externos al contraerse alternativamente.

C A P I T U L O I I

ASPECTOS CLINICOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Dentro de las enfermedades que más afectan la articulación temporomandibular se encuentra la Anquilosis, la cual se puede definir como una limitación crónica del movimiento de la articulación. Se consideran causas frecuentes de la Anquilosis a las fracturas traumáticas e infecciones en la articulación temporomandibular y alrededor de ella; pero su etiología es amplia y los factores etiológicos han sido revisados y analizados por Straith y Lewis y se enumeran como sigue:

- 1.- Desarrollo Intrauterino anormal.
- 2.- Traumatismos durante el nacimiento.
- 3.- Traumatismos en el mentón.
- 4.- Mala unión de fracturas condilares.
- 5.- Lesiones vinculadas con fracturas del compuesto malar-cigomático.
- 6.- Inflamación articular secundaria a una infección - por vía sanguínea (ejemplo: septicemia, fiebre escarlatina).
- 7.- Neoplasias malignas metastáticas.
- 8.- Inflamación secundaria al tratamiento por radiaciones.
- 9.- Otras.

1.- Desarrollo intrauterino anormal.- La anquilosis de origen prenatal es muy poco frecuente y puede relacionarse con anomalías de la articulación, rama o del conjunto óseo temporal y cigomático. Es muy difícil determinar si el origen de la anquilosis es durante el desarrollo intrauterino o después del parto, en virtud de que la enfermedad se descubre hasta varios meses después del nacimiento.

2.- Traumatismos durante el nacimiento.- 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. Después del traumatismo se observa cierto grado de paresia o parálisis.

3.- Traumatismos en el mentón.- En este tipo de traumatismo el cóndilo es forzado contra la cavidad glenoidea con hemorragia hacia el espacio articular.

4.- Mala unión de fracturas condilares.- Eventualmente las fracturas condilares mal tratadas pueden ser causa de anquilosis temporomandibular, en estos casos algunos autores recomiendan la refracturación y reducción funcional de la fractura por medios quirúrgicos, mientras que otros recomiendan como tratamiento la condilectomía.

5.- Lesiones vinculadas con fracturas del compuesto malar cigonático.- Los traumatismos directos sobre la región cigonático-malar pueden ocasionar una anquilosis real o aparente, comunmente el paciente estará incapacitado para abatir su mandíbula en virtud a que durante el movimiento de apertura la apófisis coroneoides se desplaza hacia adelante y choca contra el arco cigonático o el hueso malar deprimidos; en estos casos el tratamiento consistirá en la reposición quirúrgica del arco o del malar fracturados.

Sin embargo, cuando la fractura no recibe tratamiento se podría generar una anquilosis verdadera debido a que el arco cigonático deprimido podría quedar en contacto directo con la apófisis coroneoides de la rama ascendente de la mandíbula. Es necesario considerar que esta anquilosis aunque verdadera sería extraarticular. El tratamiento consistiría en la refracturación y reposición del arco cigonático o bien en la corenoidectomía.

6.- Inflamación articular secundaria a una infección por vía sanguínea.- Es frecuente que una infección regional se extienda a la articulación. Puede ser una septicemia o un paciente con fiebre escarlatina. Antiguamente era muy frecuente que una otitis media debida a una infección de las vías respiratorias superiores fuera un antecedente de una su

puración en la articulación temporomandibular, pero gracias al uso de los antibióticos esta complicación se ve raramente.

La anquilosis también puede ser secundaria a la extensión de una infección dental; aunque en este caso no se -- afecta propiamente la articulación, sino los tejidos extra-articulares.

7.- Neoplasias malignas metastáticas.- Las neoplasias son causa primaria poco frecuente de anquilosis de la articulación temporomandibular. Raras veces crecen dentro de la articulación. También puede deberse a metástasis de una neoplasia a distancia.

8.- Inflamación secundaria al tratamiento por radiaciones.- La anquilosis temporomandibular también puede presentarse después de una inflamación no infecciosa en pacientes, sean estos jóvenes o viejos, que han sido irradiados para tratarles un tumor benigno o maligno en esta zona.

9.- Otras.- Algunas otras situaciones pueden ser causa de la anquilosis temporomandibular, entre ellas podríamos mencionar: a) Pérdida de tejidos con cicatrices retráctiles.
b) Sífilis congénita.
c) Inflamación primaria de la articulación.- Artritis reumatoidea, artritis infecciosa, enfermedad de Marie Strümpell.

Estadísticas realizadas por Topazian de 229 casos, demuestran que el 49% era producto de inflamaciones articulares de uno u otro tipo, el 31% se relacionaba con traumatismos y el resto eran por causas ideopáticas.

Este tipo de afección de la articulación temporomandibular se puede presentar a cualquier edad, pero con frecuencia se presenta antes de los 10 años de vida. Se distribuye de igual forma entre hombres y mujeres.

Para la comprensión de las características clínicas de la anquilosis es necesario conocer sus diversas manifestaciones, para eso se presenta a continuación su división:

La anquilosis puede ser:

- a) Completa.
- b) Parcial.
- c) Fibrosa.
- d) Ósea.
- e) Unilateral.
- f) Bilateral.
- g) Combinada.- Tomando en consideración las arriba mencionadas.

Según el sitio anatómico con respecto a la articulación puede ser:

- 1) Intraarticular.
- 2) Extraarticular.

La enfermedad se puede manifestar en combinación entre las formas mencionadas anteriormente.

Si la anquilosis temporomandibular no es tratada va a interferir en la ingesta, la masticación, la higiene oral y el habla, en ocasiones se asocia a deformaciones faciales.

1.- Anquilosis Intraarticular.- En este tipo de anquilosis la articulación sufre la destrucción progresiva del menisco, con aplanamiento de la fosa articular, engrosamiento de la cabeza del cóndilo y angostamiento del espacio articular; básicamente es fibrosa, aunque la osificación de la cicatriz resultará en unión ósea.

2.- Anquilosis Extraarticular.- En este tipo de anquilosis se produce una "ferulización" de la articulación temporomandibular mediante una masa fibrosa u ósea externa con la articulación propiamente dicha.

Cuando la anquilosis es completa hay una fusión ósea con absoluta limitación del movimiento.

En la anquilosis fibrosa el paciente presentará menor incapacidad que en la ósea para abrir la boca.

Cuando la anquilosis se presenta en la infancia o la niñez, por lo menos antes de los 15 años, generalmente se encuentra deformidad facial. Esta deformidad facial va a depender parcialmente de si la anquilosis es unilateral o bilateral.

En la anquilosis unilateral el mentón estará desplazado lateralmente y hacia atrás en el lado afectado por falta de desarrollo de la mandíbula. Cuando el paciente intenta abrir la boca, el mentón se desvía hacia el lado anquilosado, en caso de existir movilidad alguna.

La anquilosis bilateral se dice que comienza en la infancia y genera el subdesarrollo de la porción inferior de la cara, presentándose mentón retruido y micrognatia. Los incisivos superiores van a sobresalir por no existir desarrollo mandibular. La cara del paciente tiene el signo típico de la cara de pájaro.

En enfermos con anquilosis no asociada a detención del crecimiento condilar o a pérdida de tejidos, no se observa asimetría facial.

Cuando la anquilosis se asocia a una detención del crecimiento o a una pérdida de tejido, la deformidad es muy aparente. Si el paciente intenta abrir la boca, la desviación de la mandíbula hacia el lado afectado se exagera aún más.

Actualmente se ha observado que en enfermos que presentan una casi total incapacidad para abrir la boca, pero en los que no se ha afectado el crecimiento condilar, como en la anquilosis falsa o extraarticular, no hay deformidad de la mandíbula.

Cuando la afectación de la articulación temporomandibular es unilateral con detención del crecimiento condilar y anquilosis, los signos característicos no se ven en el lado opuesto de la mandíbula, que tiene sólo limitación de la movilidad. Pero se puede presentar el caso de que un niño - tenga una infección del oído medio que se extienda a la articulación temporomandibular y afecte tanto al centro condilar del crecimiento como a la función articular y en este caso la anquilosis se manifiesta pronto, mientras que la detención del crecimiento no es aparente hasta más tarde.

Un examen sumamente importante para la detección y el diagnóstico de la anquilosis temporomandibular es el estudio radiográfico.

Para realizar un buen estudio radiológico el cirujano maxilofacial debe solicitar al paciente una serie de radiografías que ayudarán a elaborar el diagnóstico definitivo; las radiografías de elección son las siguientes:

- a) Ortopantomografía.
- b) Artrogramas.
- c) Tomografías de la articulación temporomandibular.
- d) Lateral Oblicua.

Un examen radiográfico completo y exacto es imprescindible del lado sano y del lado enfermo. En las radiografías se observa que mientras en el lado sano el cóndilo conserva sus dimensiones y sus relaciones normales con la cavidad -- glenoidea del temporal, en el lado enfermo se observa una soldadura ósea completa, con desaparición del cóndilo y reemplazo de éste por una masa ósea considerable, compacta, voluminosa en sus dimensiones transversales y anteroposteriores.

El examen radiográfico mostrará un vestigio irregular, plano y ancho de una cabeza condilar. También se puede observar una línea transparente irregular, que representa la línea de segmentación fibrosa, la cual por el grado de abertura que pueda existir. Sobre esta línea de segmentación transparente y también irregular, e inmediatamente bajo ella en la superficie articular de la cabeza condilar -- distorsionada, pueden observarse en diversos grados áreas radiopacas irregulares.

C A P I T U L O I I I

TRATAMIENTO DE LA ANQUILOSIS TEMPOROMANDIBULAR

Una vez descriptas las características clínicas, radiológicas y el diagnóstico de la Anquilosis Temporomandibular, procedere en este capítulo a hablar de su tratamiento.

Para realizar el tratamiento de la Anquilosis Temporomandibular, el Cirujano Maxilo Facial deberá saber que éste debe ser un buen tratamiento y para eso es necesario que el paciente sea estudiado cuidadosa y detalladamente y que el cirujano maxilofacial tenga un expediente perfectamente elaborado con todos los estudios que sean necesarios y sobretodo haber efectuado un diagnóstico definitivo, preciso y conocer a la perfección el manejo quirúrgico y postquirúrgico, saber y manejar la terapéutica medicamentosa y la terapia - que se debe seguir posteriormente hasta rehabilitar por completo al enfermo.

Al paso del tiempo se ha observado que el tratamiento de elección es el quirúrgico y existen varias técnicas que ha continuación serán descritas:

I.- G. Ginestet y colaboradores en su libro de Cirugía Estomatológica y Maxilo Facial describe a la anquilosis temporomandibular como una variedad articular de constricción permanente de los maxilares y dice que forma una sinostosis más o menos importante entre la zona articular del temporal y la parte superior de la rama montante de la mandíbula.

Su tratamiento está enfocado a operaciones altas, en la región articular, por ser estas las únicas lógicas desde el

punto de vista fisiológico. A continuación mencionare las dos técnicas que Ginestet emplea.

1.- Resección del Bloque con Interposición Cartilaginosa:

La intervención puede ser practicada bajo anestesia general con intubación tráqueo-nasal, o bajo anestesia local con buena anestesia de base. Se realiza una incisión habitual hasta la aponeurosis temporal y el plano óseo cigomático. Las únicas referencias óseas persistentes son el borde superior del cigoma y el borde posterior de la rama montante; entre ambos se halla el bloque de anquilosis de aspecto y extensión variables.

La cara externa será expuesta por legrado de atrás hacia adelante, de arriba hacia abajo y de adelante hacia --- atrás. Siempre se debe conservar el contacto óseo y descender hasta llegar al límite inferior del bloque óseo (precau-ción con el conducto auditivo).

El separador autostático se coloca debidamente. Los - bordes anterior y posterior del bloque son reconocidos y liberados de las partes blandas. Un trazo de resección ósea de 1.5 a 2 cms., de altura será delineado con fresa larga - No. 8 por perforaciones "en línea" que demarquen los lími-tes superior e inferior. Estas perforaciones óseas deben - interesar todo el espesor del bloque, según G. Ginestet.

Se debe ser prudente al profundizar para no dejar en su lugar la parte profunda del bloque más o menos fácil para liberar, lo que dará un resultado insuficiente e ineficaz, pero sobre todo para no lesionar los elementos vasculo-nerviosos profundos importantes.

La extensión de la resección dependerá de la importancia del bloque, que se sospecha y calcula en la tomografía y que es reconocido en la intervención; el bloque puede interesar todo el ancho de la rama montante hasta llegar a su borde anterior y complicarse con una anomalía de volumen de la coronoides, que haga necesaria su eliminación. Las perforaciones óseas son unidas entre sí mediante golpes de cincel-buril o con fresa de Lindemann hasta la liberación del bloque óseo, que es tomado con una punza fuerte y retirado. Las superficies óseas inferior y superior son regularizadas con la fresa gruesa.

Un disco de cartílago se interpone entre las superficies óseas, extraído previamente del sujeto o proveniente del "banco" de cartílago de ternero. Su volumen depende de la importancia de la resección ósea. Se lo ubica en la parte posterior, en la región articular, o bien interpuesto -- sobre la casi totalidad de la rama montante. Su talla un pequeño reborde interno (como lo realizan Aubry y Palfer-Sollner en sus prótesis), lo que evita el desplazamiento del injerto.

El cartilago de ternero refrigerado, utilizado desde hace muchos años por G. Ginestet, luego por Van Ommen, da resultados excelentes y constantes.

2.- Artroplastia modeladora con cavidad glenoidea de resina acrílica. Procedimiento de Aubry y Palfier-Sollier:

La intervención podrá realizarse bajo anestesia general con intubación tráqueo-nasal, o bajo anestesia local con buena anestesia de base. Se trata de una intervención "alta" en la región articular que consiste en una resección ósea de 1 a 1.5 cms. y la interposición de una prótesis acrílica de dibujo personal. La resección debe tener una forma particular, angular, de abertura inferior en su límite superior --temporo-cigomático. o redondeada, con gran radio, en su límite inferior mandibular. Esta resección es realizada progresivamente de la superficie a la profundidad utilizando la fresa para hueso, la pinza gubia hasta la eliminación completa del bloque en profundidad. Luego de su liberación, las superficies son regularizadas, y la prótesis a utilizar rectificadas, si fuera necesario. Por su forma, esta "calza" bajo el temporal; permite la rotación de la rama montante sobre la cara inferior concava y no puede desplazarse en razón de la existencia de una cuña interna que se apoya sobre la rama montante.

II.- Laszlo Schwartz en su libro *Afecciones de la Articulación Temporomandibular*, en el capítulo referente a *Métodos Quirúrgicos* habla de la técnica quirúrgica de la anquilosis temporomandibular, mencionando la importancia que tiene el acceso a la articulación temporomandibular y el cuidado que se debe prestar al nervio facial, cuya rama superior cruza el campo y a los vasos sanguíneos que en dicha región se presentan. Muchos tipos de incisiones han sido recomendados para obtener un buen acceso a la articulación temporomandibular.

Laszlo Schwartz prefiere una incisión angular con extensión vertical inmediatamente frente al oído externo, pasando en su extremidad superior rectangularmente por delante, a lo largo del arco cigomático, o bien una incisión retroauricular de Axhausen, en esta el oído externo es movilizado, por la transección del conducto auditivo externo y enpujado hacia adelante, de manera que la parte externa de la articulación temporomandibular queda expuesta. Esta incisión proporciona un acceso muy bueno y también una amplia visión de la articulación y de sus estructuras adyacentes. Las desventajas son la prolongada pérdida de la sensibilidad del oído externo y el riesgo de una estenosis del conducto auditivo en caso de infección.

El tratamiento operatorio de la anquilosis debe consistir en la condilectomía o la amplia resección del hueso recién formado en el sitio de la articulación original. Para prevenir una recurrencia, la resección debe ser lo suficientemente extensa como para que la distancia entre ambas superficies reseçadas sea por lo menos de 1 cm.

Cirujanos maxilofaciales como Kazanjian, Braitwaite y Hopper han recalcado el riesgo, en casos de una anquilosis amplia, ósea, de lesionar la base del cráneo en el momento de eliminar el cóndilo, por lo tanto ellos realizan una osteotomía más baja, en la rama de la mandíbula, donde interponen cartílago de bovino. Para evitar la inclinación hacia arriba de la mandíbula en el lado reseçado, y para contrarrestar la tendencia a la recurrencia, generalmente se interponen diferentes tipos de materiales orgánicos e inorgánicos. Pickrell interpone tejido muscular, Kazanjian empleó fascia, al igual que Straith y Lewis.

Autores como Padgett, Dingman, Smith, sostienen que la interposición es innecesaria. Después de efectuada la condilectomía, Parker llena el espacio con torundas de gasa, que gradualmente se van retirando durante las semanas siguientes a la intervención. Luego fija la posición de la mandíbula ubicando una placa de mordida por distal del lado operado.

Stuteville y Lansranchi han tratado de reconstruir la articulación temporomandibular por medio de injertos óseos. También han sido empleadas prótesis de tantalium (Smith y Robinson).

Laszlo Schwartz opina que la operación constituye el único tratamiento eficaz en las anquilosis verdaderas, ya fueren fibrosas y óseas.

Para evitar la recurrencia, se eliminará una suficiente cantidad de hueso como para que quede un espacio libre de por lo menos 1cm.

En los casos que presenta una fusión ósea amplia a nivel de la articulación, indudablemente es mejor efectuar la resección más abajo, en la rama de la mandíbula como lo recomiendan Braitwaite y Hopper.

Es importante tener una visión de la apófisis coronoides y de las estructuras circundantes, y, si es posible, -- incluir en la resección también a la apófisis coronoides -- siempre y cuando forme parte del bloque óseo. La interposición no se emplea y, de acuerdo a la experiencia de otros autores, la aloplastía no parecería estar indicada.

El tratamiento postoperatorio consiste en el empleo de una férula correctora de mordida, y una breve inmovilización con ligaduras intermaxilares por lo menos durante dos semanas, posteriormente se recomiendan ejercicios de movilidad y apertura de la boca.

III.- Gerard Maurel en su libro Clínica y Cirugía Maxilo Facial al hablar de las artrosis temporomandibulares - menciona el tratamiento de la anquilosis temporomandibular y le da suma importancia a la mecanoterapia, pues la intervención quirúrgica es impotente por sí sola para evitar la constitución de una nueva anquilosis si no se practica la - movilización suficiente y eficaz. También es importante la preparación previa a la intervención y se debe instalar poco después de ésta un dilatador universal de GERLACH, que - posteriormente se reemplaza, cuando sea posible tomar las - impresiones, por un movilizador-dilatador de DARCISSAC.

Maurel menciona que existen dos tipos de operaciones:

1.- La resección condílea, con o sin interposición muscular (LERAT).

2.- Osteotomía de la rama montante con o sin interposición muscular (ROCHET).

Los partidarios de la intervención sobre la rama montante no son muy numerosos, y la mayoría prefiere operar la región temporomaxilar.

La operación de la región condílea tiene el inconveniente de los serios riesgos que corre el facial, pero con una técnica correcta, es relativamente fácil no lesionar este -- importante nervio.

La mayoría de los cirujanos concuerdan actualmente en rechazar la resección con escoplo y martillo o sierra, prefieren las fresas accionadas por el torno eléctrico.

Maurel adopta la incisión en V de Dufourmentel que --- permite abordar la región temporomaxilar evitando el facial y sus ramas, cuya rama anterior puede ser suprimida.

Durante la intervención se practica una resección parcial, tratando de esculpir un nuevo cóndilo en la región de la nueva articulación temporomandibular; la resección condílea, propiamente hablando no se hace por la imposibilidad de encontrar el cóndilo.

Maurel describe dos operaciones:

- 1.- La resección del cóndilo, operación de elección.
- 2.- La osteotomía de la rama montante, que sólo encuentra indicación en casos particulares.

1.- Resección Condílea.-

La anestesia puede ser local o general. En los niños - está mas indicada la general, mientras que en los adultos - se puede emplear anestesia local.

Técnica Operatoria.-

Primer Tiempo.- Incisión. Después de haber adoptado - durante cierto tiempo la incisión V de Dufourmentel, actual mente se traza una incisión vertical preauricular de 3 cms.,

por delante del pabellón de la oreja, cuya extremidad inferior se encuentra inmediatamente por delante del tragus.

Una vez practicada la incisión cutánea, hay que incidir sin temor los planos profundos, hasta llegar al hueso; en esta zona triangular no existen órganos importantes; el tronco del facial pasa por debajo de la incisión, por debajo del cóndilo; la rama temporofacial queda por delante de la incisión anterior, y en la región utilizada sólo se encuentran algunos filetes temporales, cuya sección no determina ningún trastorno funcional. Los filetes palpebrales de la rama temporofacial son más anteriores.

Al seccionar los planos profundos, se encuentran importantes vasos venosos (plexo pterigoideo), que producen una hemorragia relativamente fácil de cohibir.

La arteria temporal superficial puede resultar igualmente lesionada; antes de proseguir la intervención se practican las ligaduras necesarias.

Segundo Tiempo.- Denudación del plano óseo. Una vez abierta la cápsula articular se procede a denudar el plano óseo con la legra.

El colgajo triangular se confía a un ayudante, quien lo reclina hacia arriba, mientras el cirujano continúa despegando el periostio, también hacia arriba; luego se despega prudentemente hacia abajo, manteniendo estrecho contacto

con el hueso, y se confía el colgajo inferior al ayudante, quien lo reclina fuertemente.

Una vez expuesto el plano óseo, se verifica la disposición anatómica de las lesiones; generalmente, en el lugar del cóndilo, se encuentra una importante masa de hueso. -- Esta masa tiene siempre un espesor considerable (más de 2 cms.), y en sentido anteroposterior puede englobar no sólo el antiguo cóndilo, sino la apófisis coroneoides.

Tercer Tiempo..- Resección ósea. Teóricamente habría -- que ejecutar la resección del cóndilo, pero como éste no -- existe en la práctica y está reemplazado por una enorme masa ósea, hay que esculpir una línea curva a concavidad inferior a nivel de la antigua interlínea articular para separar la mandíbula del temporal. Este paso se realiza con -- fresas.

Es preferible no practicar una simple sección, sino -- una verdadera resección, de unos 6 milímetros de altura, -- que evite mejor las recidivas. Para prevenir la lesión de los órganos más profundos, se podría deslizar bajo la masa ósea un protector curvo apropiado, pero esta precaución no siempre es indispensable.

Al aproximarse el fin de la resección el ayudante debe ensayar movilizar la mandíbula, por otra parte, la sepa

ración de los maxilares puede obtenerse por la fractura de las últimas trabéculas óseas, que después se regularizan con la fresa.

A continuación hay que limpiar la herida mediante la irrigación con suero fisiológico, proyectado a presión, para eliminar la limadura de hueso, cuya presencia favorecería la supuración

Hugier preconiza igualmente el curetaje o la supresión del periostio vecino al cuello del cóndilo, para impedir el trabajo de reparación, generador de recidivas.

Una vez terminada la resección, se comprueba la posibilidad de descenso de la mandíbula y la ausencia de tejido fibroso de vecindad que pudiera ser causa de constricción.

La apófisis coronoides debe ser reseçada si forma parte del bloque óseo cóndilo-temporal, y también en los raros casos en que se encuentre soldada a la arcada cigomática independientemente del bloque osteoarticular.

En los casos de lesiones menos marcadas, en que el cóndilo es aparente, se podría practicar su verdadera resección y liberarlo de los elementos profundos que en él se insertan, cápsula articular y pterigoideo externo, que se seccionan en profundidad con la tijera o la legra.

Por el contrario, en otros casos la masa ósea reseçada es considerable, tiene una dimensión de varios centímetros en sentido anteroposterior y engloba no sólo la zona de la

articulación temporomandibular, sino que se extiende mucho más adelante, al nivel de la escotadura sigmoidea, la que - por otra parte ha desaparecido, y de la apófisis coronoides, igualmente incluida en el bloque óseo que es preciso rese--car para eliminar la anquilosis.

En el sentido de la profundidad la masa ósea suele ser voluminosa y sus dimensiones pueden alcanzar varios centí--metros; en estos casos ciertos autores renuncian a suprimir - un obstáculo óseo cuya resección les parece demasiado diff--cil o aún imposible y recurren a una osteotomía baja.

Se utiliza en este tipo de intervención la inclusión - de piezas de acrílico, previa liberación total del obstácu--lo óseo. La instalación de dichas piezas se realiza después de una cuidadosa hemostasia para prevenir la formación de un hematoma. Desde este punto de vista es recomendable dejar una mecha de gasa iodoformada entre dos puntos de sutura, -- que se retira 48 horas después de la intervención.

Si estas piezas de acrílico son bien seleccionadas no hay necesidad de fijarlas al tejido óseo vecino después de colocadas, como hacen ciertos autores, ni a nivel del tempe--ral ni a nivel del maxilar resecado; sin embargo, si se qui--siera practicar la fijación, es fácil de ejecutar desde el punto de vista técnico, por medio de hilos metálicos apre--piados; más fácil a nivel del borde superior de la rama nog

tante reseca que a nivel del temporal, como lo ha hecho Houpert.

Al principio se utilizaba acrílico rosa, mismo que ha sido sustituido por el acrílico transparente. Se recomienda incluir dentro de la pieza de acrílico un pequeño hilo metálico formando un cuadro; esto se hace tomando en cuenta la radiolucidez de las piezas de acrílico y esto permitira verificar fácilmente la situación del bloque de acrílico.

Ultimos tiempos operatorios.-- La intervención termina con una hemostasia cuidadosa: hay que evitar la formación de hematomas en la región operatoria. Se debe taponar la región como se mencionó anteriormente.

Encima de la mecha de gasa iodoformada (y siempre con fines hemostáticos), se hace un plano de revestimiento profundo y finalmente la sutura cutánea con material fino. -- Se recomienda colocar una curación compresiva para impedir la formación de hematomas.

Período Postoperatorio.-- Generalmente no presenta -- incidentes notables, pero en ocasiones se producen hematomas y una ligera supuración, que termina por ceder rápidamente con los procedimientos habituales de drenaje y aspiración. La rápida cicatrización permite instituir un tratamiento mecanoterápico postoperatorio precoz y riguroso, del cual hablaré más adelante.

1.1.- Resección condílea con interposición muscular.-

Hace algunos años cuando todavía no se daba a la movilización postoperatoria la importancia que merece y se observaban frecuentes recidivas después de la resección condílea simple, se preconizaba la interposición muscular, con el fin de evitar dichas recidivas, pero al pasar el tiempo esta técnica está en desuso, por lo que solamente se menciona.

2.- Osteotomía de la rama montante de la mandíbula.
(Operación de Rochet).-

Primer Tiempo.- Incisión. La incisión se practica - contorneando el ángulo o por detrás de él, de modo que tenga dos centímetros a lo largo de la rama horizontal y otros dos ascendiendo por dentro de la rama montante.

Segundo Tiempo.- Denudación del plano óseo. Con la legra se va exponiendo la rama montante del maxilar, cara superficial y profunda, desinsertando por fuera el masetero y por dentro el pterigoideo interno; el colgajo superficial se despega conservando estrecho contacto con el hueso, para evitar la lesión de la rama cervicofacial.

Tercer Tiempo.- Resección ósea. Se puede realizar -- con diversos instrumentos pero es preferible la fresa. Es preferible resecar la rama montante en una altura de 1 cm.,

en el curso de la resección se debe cuidar la sección de la arteria y el nervio dentario inferiores; inconveniente que determina solamente la supresión de la sensibilidad en la región correspondiente del labio inferior, lo que resulta bastante molesto para el enfermo. Si la resección ósea se practica por debajo de la espina de Spix, la sección del paquete vasculonervioso es inevitable; es preferible realizarla más arriba, e si las lesiones lo permiten ejecutar una verdadera resección subcondílea.

Ultimos tiempos operatorios.- Estos tiempos no presentan nada de particular. En la técnica original de Rochet, la resección ósea es seguida de interposición muscular, gracias a un colgajo desprendido de la cara profunda del masetero que se hace pasar entre los bordes del hueso reseado y se sutura al pterigoideo interno.

Se puede decir que los resultados de esta operación son satisfactorios, tanto en lo que respecta a la supresión de la anquilosis como a la ausencia de recidivas. Pero Maurel cree que no tiene el valor de la resección condílea, porque no elimina directamente el obstáculo óseo, sino que lo evita, pasando debajo de él. Determina voluntariamente la formación de una pseudoartrosis mandibular, con todos sus inconvenientes, sin embargo, se sabe que cuanto más alta la pseudo

artrosis, más proxima a la articulación temporomandibular, menores son los trastornos funcionales. Además, se produce una desviación del maxilar; consecutivamente a la intervención, la mandíbula tiende a desviarse hacia el lado sano, y habrá que combatir esta tendencia, por medio de prótesis adecuadas.

Cuando esta intervención está indicada, Maurel cree -- preferible sustituirla por la osteotomía subcondílea, --- siempre que sea practicable, o sea cuando se trata de lesiones limitadas, que no incluyan la apófisis coronoides; también piensa que esta operación (Rochet), tiene indicaciones excepcionales; se le puede emplear particularmente en los -- casos de recidiva, después de la resección condílea.

Mecanoterapia Postoperatoria.-

Maurel es partidario de la mecanoterapia postoperatoria y emplea aparatología y la técnica preconizadas por Darcisac.

La aparatología está constituida por el dilatador-movilizador, el cual es extraoral; a este dilatador-movilizador se le agrega un dispositivo algo más complejo, que permita los movimientos de diducción. Se trata de un vástago horizontal, que forma parte del aparato inferior, en que se colocan elásticos, que determinan fuerzas laterales. De --

este modo se pueden obtener, al mismo tiempo que la dilatación, los movimientos de diducción.

Darcisac indica cuatro períodos en el curso del tratamiento protético postoperatorio:

Un primer período de 5 días, en que la apertura de la boca se realiza mediante dilatación forzada con el aparato.

Un segundo período de seis semanas, de dilatación y no movilización permanente de la mandíbula, es decir, que permitirá durante este tiempo el juego libre del maxilar. El aparato debe permanecer colocado día y noche.

Un tercer período de dilatación y movilización intermi tente; el enfermo retorna a sus ocupaciones normales, y sólo lleva el aparato durante la noche, y en sesiones de una a dos horas durante el día. Este período dura de uno a dos meses.

El cuarto y último es el período de mantenimiento, de duración variable según los casos; puede ser de larga duración, pero el aparato sólo se coloca una o dos veces por día, durante media hora, como simple entrenamiento.

Estas indicaciones son solamente un esquema y pueden ser modificadas en su duración y características según los casos.

En lo referente a la parte intrabucal del aparato, es preferible utilizar goteras metálicas, que permanecieran con

tinuamente colocadas durante el primer mes de tratamiento. Cuando se trate de niños se pueden emplear goteras de caucho no fijadas.

La dilatación postoperatoria no es utilizada por otros autores, pero Maurel considera que es de suma importancia - llevarla a cabo para rehabilitar completamente al enfermo - y evitar recidivas.

Según la revisión realizada y la experiencia de la Clínica de Cirugía Maxilo Facial de la Facultad de Odontología, el tratamiento de la anquilosis temporomandibular es aún muy discutido.

Actualmente existe opinión generalizada de que el bloque óseo debe ser eliminado por medio de la ostectomía en - la rama ascendente de la mandíbula. Sin embargo aún se discute el acceso ideal y la indicación para colocar algún material entre las superficies óseas remanentes.

Para muchos autores la incisión ideal es la preauricular.

Al parecer esta incisión está indicada cuando la ostectomía va a ser alta y el bloque a resecaer no muy grande.

La incisión submandibular se debería emplear cuando la ostectomía es baja y cuando el bloque óseo es grande.

Con esta incisión se obtiene una visibilidad mejor de toda la rama, la ostectomía baja es fácil de efectuar, pero en ocasiones es difícil resecar el fragmento óseo en su -- unión con la cavidad glenoidea, debido a esto en algunas -- ocasiones se podrá emplear un acceso mixto.

La interposición de materiales (teflón, cartílago, músculo, fascia, etc.) entre la rama y la cavidad articular -- aún es discutida en el ámbito de cirujanos maxilo faciales. Con estas técnicas el riesgo de recidiva es más alto.

Actualmente se está empleando la colocación de injertos de vitalium o tantalium con forma de cóndilo y unidos a la rama por medio de tornillos y recubiertos por una placa de proplastic. La justificación para el empleo de esta técnica es la rehabilitación absoluta de la función y de la oclusión.

Sin embargo, la ostectomía amplia, con un mínimo de separación de 1 cm., entre los fragmentos, prácticamente no -- ocasiona cambios funcionales ostensibles y la incidencia de recurrencia es muy baja.

C A P I T U L O I V

PRESENTACION DE 2 CASOS DE ANQUILOSIS TEMPOROMANDIBULAR

PRIMER CASO CLINICO:

H.J., paciente femenino de 45 años de edad, que se presenta a la consulta de clínica integral por presentar severa odontalgia a nivel mandibular derecho, es entonces cuando se detecta la imposibilidad para abrir la boca.

Entre sus antecedentes heredofamiliares no se reportó ningún dato de interés para el padecimiento actual. Dentro de los antecedentes personales patológicos la paciente refirió haber padecido las enfermedades eruptivas de la infancia. Cuadros enterales frecuentes acompañados de diarreas. Antecedentes quirúrgicos positivos (dos intervenciones para solucionar su padecimiento actual), negó otros antecedentes.

El padecimiento actual lo inicia hace 30 años, al sufrir aparentemente sarampión, lo cual origina grave lesión granulomatosa a nivel de hemicara izquierda, principalmente a nivel preauricular. Poco tiempo después (3 meses) la enferma notó dificultad progresiva en la apertura bucal, hasta ser prácticamente imposible.

Hace 20 años fué sometida a una primera intervención - en un servicio de cirugía plástica, en donde se le practicó aparentemente plastía de ATM con abordaje preauricular; la intervención no tuvo éxito y se produjo una lesión al nervio facial del lado correspondiente. 5 años más tarde fué

nuevamente intervenida en un servicio de cirugía maxilofacial sin resultados satisfactorios.

Actualmente la paciente presenta imposibilidad para -- abrir la boca, parálisis facial del lado izquierdo y 2 cicatrices; una a nivel preauricular y la otra a nivel submandibular.

La exploración física maxilofacial denota una apertura máxima de 0.7 mm., y los datos anotados anteriormente.

Se aprecia una hipertrofia de los músculos suprahioides. No se palpan adenopatías, ni alguna otra patología.

El estudio radiográfico panorámico muestra un berramiente total de las estructuras de la articulación temporo mandibular izquierda, en donde existe un bloque radiopaco que habla de una hiperostosis a nivel de esa articulación temporomandibular. La articulación derecha aparentemente no presenta datos patológicos. Además se observa la presencia de varios restos radiculares y caries de diversos grados en algunos órganos dentarios.

Se decide intervenir quirúrgicamente para efectuar una ostectomía a nivel de rama mandibular y eliminar el bloque óseo que interfiere la función.

Los resultados de los exámenes de laboratorio preoperatorio encuadran dentro de la normalidad.

La intervención se lleva a efecto bajo anestesia general, con intubación naso traqueal cerrada, en virtud a la imposibilidad para abrir la boca, en caso de que la intubación no hubiera sido posible, se debería haber practicado una traqueostomía.

Se practicó una incisión de 7.5. cms., por debajo del ángulo mandibular correspondiente, se hizo disección hasta llegar a la rama mandibular. Con fresa se practicó un corte horizontal a unos 5 cms., por arriba del ángulo, posteriormente, con cincel y martillo se disecó el bloque óseo que se encontraba unido al hueso temporal.

La intervención se concluyó suturando por planos y dejando un drenaje.

Al cuarto día se retiraron suturas cutáneas y el drenaje correspondiente.

Actualmente la enferma ya fué rehabilitada en operatoria dental y en prótesis y su función mandibular es adecuada. Su apertura máxima es de 6 cms.

SEGUNDO CASO CLINICO:

L. M., paciente femenino de 12 años de edad, quien fué remitida por el departamento de odontopediatría por presentar imposibilidad para abrir la boca.

Al practicarse la historia clínica se observó que sus antecedentes heredo familiares y no patológicos no reportaron ningún dato de interés para el padecimiento actual.

Dentro de los antecedentes personales patológicos se determinó la presencia de un traumatismo a los 6 años de edad en la región mentoniana (muestra cicatriz), a partir de entonces ha ido perdiendo movilidad mandibular hasta llegar a la incapacidad actual.

Negó otros antecedentes patológicos ligados a la enfermedad actual.

La exploración física determinó una apertura máxima de 1.2 cms., perfil de "cara de pájaro" con una importante hipoplasia mandibular y una hipertrofia marcada de los músculos suprahioides.

La radiografía ortopantomográfica determinó anatomía irregular en ambas articulación, siendo más ostensible la patología en la del lado derecho.

Con sus pruebas de laboratorio dentro de la normalidad se decide efectuar osteotomía condilar de la articulación derecha.

Bajo anestesia general con intubación nasotraqueal y previa preparación del campo operatorio se practica una incisión preauricular, con disección roma e incisión de la cápsula articular se llega al cóndilo, se efectúa un corte con fresa a nivel del cuello condilar y con cincel y martillo se desinserta de su cavidad glenoidea, en donde se encontraba anquilosado. Se revisa la apertura bucal y se observa que es satisfactoria, 4.1 cms., por lo que se decide no hacer nada en la ATM contralateral.

La intervención se termina con suturas por planos. A los 4 días se retiran las suturas y se observa una función mandibular aceptable (apertura máxima de 4.8 cms.), actualmente la paciente tiene una función normal.

CONCLUSIONES

Los dos casos clínicos mencionados anteriormente son muestra de que la verdadera Anquilosis de la Articulación Temporomandibular puede presentarse tanto en pacientes -- jóvenes como en pacientes adultos.

Establecer el diagnóstico es de importancia decisiva para la elaboración de un adecuado plan de tratamiento.

Podemos pensar que los tratamientos recibidos por -- nuestra primer paciente posiblemente fueron improductivos en virtud a un diagnóstico inadecuado.

Estos dos casos confirman una vez más dos de las causas etiológicas posiblemente más frecuentes:

- Procesos infecciosos
- Traumatismos directos o indirectos de la articulación temporomandibular.

Así mismo, es una confirmación más de que la condillectomía no afecta definitivamente la función y cuando -- se realiza en forma baja evita la reincidencia.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Corlin, Robert J. y Henry Goldman
PATOLOGIA ORAL.
Salvat Editores, S.A.
Barcelona, 1979.
- 2.- Hinds, Edwards C. y Kent, John N.
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS ANOMALIAS DE DESARROLLO
DE LOS MAXILARES.
Editorial Labor, S.A.
Barcelona, 1974.
- 3.- Kruger, Gustav O.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.
Editorial Interamericana
4a. edición
México, 1978.
- 4.- L. Testut y A. La Tarjet
COMPENDIO DE ANATOMIA DESCRIPTIVA.
Salvat Editores, S.A.
Barcelona, 1968.
- 5.- Maurel, Gerard
CLINICA Y CIRUGIA MAXILO FACIAL, TOMO II
Editorial Alfa
3a. edición
Buenos Aires, 1959.
- 6.- Pichler, Hans Dr. y Traumer, Richard Dr.
CIRUGIA BUCAL Y DE LOS MAXILARES, TOMO II
Editorial Labor, S.A.
España, 1953.

- 7.- Quiroz, Gutierrez Fernando
TRATADO DE ANATOMIA HUMANA, TOMO I
Editorial Perrua, S.A.
3a. edición
México, 1959.

- 8.- Sicher, Harry y Du-Brul, Lloyd
ANATOMIA DENTAL
Editorial Interamericana
6a. edición
México, 1978.

- 9.- Shafer, William G., Maynard, K. Hine, Barnett M. Levy
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Editorial Interamericana
3a. edición
México, 1977.

- 10.- Whitaker, Linton A. M.D.
SYMPOSIUM ON RECONSTRUCTION OF JAW DEFORMITY.
The C.V. Mosby Company
Saint Louis, 1978.