

ANQUILOSIS CONDILAR MANDIBULAR UNILATERAL - RELATO DE CASO CLÍNICO

UNILATERAL MANDIBULAR CONDYLAR ANKYLOSIS - A CASE REPORT

Recibido para arbitraje: 07/07/2006

Aceptado para publicación: 08/05/2007

Natanael Atilas Aleva(2,4) Mónica Costa Armond(1) , Paulo Roberto Dominguet(2,4) Diego Andrade Gomes(3) Rodrigo Generoso(1) Adair Ribeiro(1)

1. Profesores del Curso de Pos Grado, nivel maestría, de la Universidad Vale do Rio Verde de Três Corações - MG - UNINCOR, Brasil
2. Profesores de la Asignatura de Cirugía y Traumatología Buco-Maxilo-Facial de la Universidad Vale do Rio Verde de Três Corações - MG - UNINCOR, Brasil.
3. Alumno del curso de Maestría en Clínica Odontológica, sub.-área en Diagnóstico Bucal de la Universidad Vale do Rio Verde de Três Corações - MG - UNINCOR, Brasil.
4. Servicio de Cirugía y Traumatología Buco-Maxilo-Facial da Facultad de Odontología da Universidad Vale do Rio Verde de Três Corações - MG, Brasil

Resumen

La anquilosis de la A.T.M. es una patología clasificada conforme el local donde ocurre, el tipo de tejido envuelto y su extensión. El tratamiento debe ser quirúrgico, con remoción del cóndilo e interposición de algún tipo de material autógeno o aloplástico en el espacio formado.

Palabras Clave: Anquilosis de la ATM, condilectomía, material aloplástico.

Abstract

The anquiloze of TMJ it is a pathology classified the place where happens accordingly, type of involved fabric and her extension. The treatment should be surgical, with removal of the condyle and interference of some type of autogenous material or aloplastic in the formed space.

Key-words: TJM ankylosis, condilectomy, aloplastic material.

Resumo:

A anquiloze da ATM é uma patologia classificada conforme o lugar onde ocorre, tipo de tecido envolvido e sua extensão. O tratamento deve ser cirúrgico com remoção do cóndilo e interposição de algum tipo de material autógeno ou aloplástico no espaço formado

Palavras-Chaves: anquiloze da ATM, condilectomia, material aloplástico

Introducción

La anquilosis de la A.T.M. es la limitación o bloqueo de la articulación temporomandibular, que puede ser parcial o total, uno o bilateral, fibrosa u ósea. Es una de las más serias e incapacitantes condiciones patológicas que pueden ocurrir en la región maxilo facial porque interfiere en el habla, masticación, higiene oral y en el crecimiento facial y mandibular. Puede ser clasificada, de acuerdo con el local de ocurrencia en, intra capsular o extra capsular; conforme el tipo de tejido envuelto, o sea, tejido óseo, tejido fibroso o tejido fibro óseo y de acuerdo con su extensión en completa (donde la articulación está totalmente fundida) o incompleta (donde no hay fusión total). Puede envolver solamente el cóndilo, solamente el proceso coronoide o ambos (1, 2),

Se clasifica todavía, como verdadera o falsa, y en grados de severidad en tipo I, donde la cabeza del cóndilo está presente, pero deformada; tipo II, donde hay una fusión ósea entre la cabeza del cóndilo y la superficie articular; en tipo III, donde existe la formación de un bloc óseo entre o ramo de la mandíbula y el hueso zigomático y tipo IV, donde la anatomía de la articulación temporomandibular está totalmente alterada(9, 8).

Esta alteración patológica resulta de la destrucción de las estructuras articulares estando comúnmente asociada a traumas diversos, infecciones locales o sistémicas o mismo a enfermedades como la espondilitis anquilosante, artritis reumatoide, miositis osificante, esta poco común, entre otras (3, 7).

La anquilosis de la articulación temporomandibular (A. T. M.) resulta en la imposibilidad del paciente abrir la boca, en función de la restricción al movimiento de la articulación. La misma representa pequeño porcentaje de las alteraciones estomatognáticas. Watanabe (1975), en el Departamento de Cirugía Oral del Hospital Universitario de Okayama, Japón, refiere que solamente 0,1% de los pacientes atendidos durante un periodo de cinco años presentó tal afección. Sin embargo, por la dramática clínica que representa, merece atención especial de los especialistas de esa área (2, 11, 1).

El diagnóstico de la anquilosis temporomandibular se da a través de la evaluación clínica y exámenes complementarios como las radiografías panorámicas, transcraneanas, posteroanterior de mandíbula, telerradiografías de perfil y otros métodos más modernos de diagnóstico por imagen, tales como tomografía computadorizada y resonancia magnética (7).

El tratamiento de la anquilosis de la A.T.M. debe ser quirúrgico asociado a la interposición de algún material en el espacio formado tras la realización de la condilectomía. Ese material puede ser autógeno o aloplástico para que se evite la recidiva (7).

Los materiales o injertos autógenos, esto es, del organismo del propio paciente son: retracción del músculo temporal, injerto de piel, hueso del metatarso, injerto costocondral, cartilago auricular, injerto óseo de costilla y crista iliaca, entre otros. Los materiales aloplásticos son: oro, acero inoxidable, silicona, resina acrílica teflón y papel celofán (7, 4, 6, 10). Estos materiales poseen la ventaja de no provocar morbosidad pos quirúrgica por la ausencia de área donadora, del propio paciente, como en los casos de injertos autógenos. Algunos poseen bajo costo como el papel celofán en cuanto otros presentan como desventaja el alto costo, además de la posibilidad de ser reconocidos como cuerpo extraño, habiendo así, el rechazo (7).

La anquilosis de la A.T.M., cuando diagnosticada precozmente, tiene pronóstico favorable debido al crecimiento óseo de la mandíbula que todavía continúa de forma normal en niños y algunos adolescentes. Se debe también tras la cirugía encaminar al paciente para la fisioterapia oral, pues esta se hace necesaria para la completa recuperación fisiológica del movimiento de la mandíbula, evitando la re-anquilosis de la articulación temporomandibular (5).

Con eso presentaremos un caso clínico de anquilosis temporomandibular que fue diagnosticada a través de evaluación clínica y exámenes complementarios como las radiografías panorámicas, posteroanterior de mandíbula, transcraneanas y de la tomografía computadorizada. El material de elección para interposición en el espacio formado fue el papel celofán, debido al suceso de técnicas vistas en la literatura, su bajo costo y versatilidad (7).

Descripción de caso clínico

Paciente P.C.S., leucoderma, sexo femenino, 14 años, residente en área rural del sur de Minas Gerais, Brasil, buscó al Servicio de Cirugía y Traumatología Buco-Maxilo-Facial de la Universidad del Vale do Rio Verde de Três Corações - MG, Brasil, quejándose de su apariencia estética y dificultad de abertura de la boca. Fue relatado que había sufrido una caída a los dos años de edad causando trauma en la región de A.T.M. del lado izquierdo (FIGURAS 1, 2 y 3).



FIG. 1 Frontal

FIG. 2 Perfil derecho

FIG. 3 Perfil izquierdo

Al examen clínico se observó limitación de la abertura bucal, severa asimetría facial, desvío mandibular y retrognatismo. Fueron solicitadas radiografías panorámicas (FIGURAS 4 y 5), tras craneana, P.A. de mandíbula, telerradiografía lateral y modelos de estudio, que nos posibilitaron concluir el diagnóstico y plan de tratamiento de la anquilosis de A.T.M. del lado izquierdo, del tipo IV.



FIG. 4 Radiografía panorámica



FIG. 5 Visión en mayor aumento del área afectada

Presentando un mejor planeamiento quirúrgico, se decidió realizar la tomografía computadorizada (T. C.), con la utilización del aparato CT Sytec 2000, GER de la región afectada. Fueron realizados cortes tomográficos axiales y coronales de la A.T.M., con 5,0 mm de espesura y 3,0 mm de espaciamento (FIGURAS 6 y 7). Los cortes evidenciaron en la A.T.M. derecha una reducción del espacio articular, estructura ósea preservada y contornos regulares. En la A.T.M. izquierda, se notó reducción del espacio articular con irregularidad de contornos de las superficies articulares, masa hiper densa en la región del cóndilo y fosa mandibular.

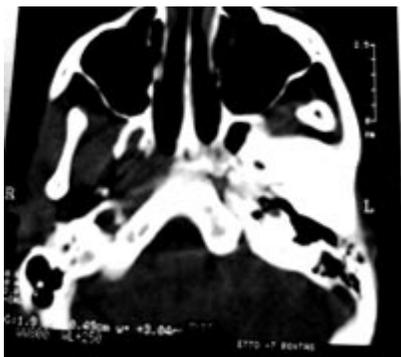


FIG. 6 T. C. corte axial (CT Sytec 2000, GE)R



FIG. 7 T. C. corte coronal (CT Sytec 2000, GE)R

El tratamiento quirúrgico ocurrió en ambiente hospitalario, con la paciente bajo anestesia general. Primeramente fue hecha la marcación de la incisión pre auricular y enseguida la piel fue incisada con lámina n°.15 y divulsionada (FIGURAS 8 y 9)



FIG. 8 Demarcación de la incisión pre auricular



FIG. 9 Incisión PRE auricular

Fueron localizados dos ramos del nervio facial (FIGURA 10) y, cuidadosamente, separados para evitar su sección y posible parálisis facial. A fin de facilitar el procedimiento quirúrgico fue hecha una sutura para prender y alejar el retajo quirúrgico y la glándula parótida, facilitando la visualización (FIGURA 11). Se unió la arteria temporal superficial para evitar una posible hemorragia. Se divulsionó entonces el tejido muscular hacia el ángulo facial temporal, donde enseguida, fue expuesto el arco zigomático para acceso al área anquilosada.



FIG. 10 Ramos del nervio facial



FIG. 11 Sutura prendiendo el retajo y exposición del ángulo facial temporal

Después de la exposición del bloc anquilosado, se inició la osteotomía con instrumento de baja rotación y broca esférica bajo irrigación con suero fisiológico. Esta osteotomía fue realizada sobre la masa anquilosada y el proceso coronóide (FIGURA 12). Enseguida fueron utilizados martillo y cincel para la separación final de la masa anquilosada y esta fue traccionada con un alveolo tomo y removida (FIGURA 13).



FIG. 12 Profundidad de la osteotomía



FIG. 13 Bloc quirúrgico removido

La arteria maxilar fue pinzada y unida para evitar una posible hemorragia. Después de hecha la completa resección de la masa ósea anquilosada, con condilectomía asociada a la coronoidectomía, fue interpuesto, en el espacio formado, el papel celofán que fue el material alo plástico de elección, debidamente preparado y esterilizado en autoclave (FIGURAS 14 y 15).



FIG. 14 Papel celofán esterilizado y preparado



FIG. 15 Colocación del papel celofán

Hecho el acondicionamiento del papel celofán, fue colocado un dren externo y se inició la sutura de los diversos planos tejí duales (FIGURAS 16 y 17).



FIG. 16 Sutura pos quirúrgico y dren



FIG. 17 Sutura después de 15 días

La sutura fue removida después 15 días donde la paciente compareció sin ninguna ocurrencia pos quirúrgica y con mejora acentuada de la abertura de la boca. Concomitantemente, la paciente fue orientada en relación a la fisioterapia con espátulas de madera (FIGURAS 18 y 19).



FIG. 18 Abertura bucal tras 15 días



FIG. 19 Fisioterapia con espátulas de madera

A paciente actualmente se encuentra en tratamiento ortodóncico, en la propia Universidad, haciendo uso de un disyuntor palatino do tipo Hyrax, donde tras la disyunción serán utilizados aparatos fijos preparatorios para cirugía ortognática de avance de mandíbula.

Considerada una grave condición patológica, la anquilosis da A.T.M. debe ser tratada a través de cirugía e interposición de algún tipo de material en el espacio formado, tras la remoción de la masa anquilosada, para así evitar la re-anquilosis. Este material puede ser autógeno o alo plástico, dependiendo del conocimiento y habilidades técnicas del cirujano y, principalmente de la condición financiera y cooperación del paciente en el pos quirúrgico, con relación a la fisioterapia.

Entre los materiales autógenos tenemos la ventaja de no haber rechazo por parte del paciente, pero en contrapartida, tenemos la desventaja de la morbosidad quirúrgica de este paciente (7, 4, 6, 10).

Los materiales aloplásticos no debilitan al paciente, pues no hay área donadora, pero pueden causar el rechazo del organismo al material de elección. Algunos poseen la desventaja del alto costo y dificultad de confección de la pieza para sustitución de la anquilosis como el oro y el acero inoxidable (1, 2). Otros tienen bajo costo y facilidad de trabajo, como es el caso de la resina acrílica y del papel celofán (7, 8).

Para el tratamiento de anquilosis de la A.T.M., se debe siempre considerar que el riesgo de recidiva cuando se utiliza material autógeno es mayor, principalmente en el caso de fisioterapia mal conducida, pues los tejidos pueden tornarse fibrosos o calcificar, siendo que, en los materiales alo plásticos este riesgo es menor.

Elegimos el papel celofán en virtud del suceso de la técnica utilizada por Pereira et al. en 1996, además de poseer bajo costo y gran versatilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONVERSE, J. M. -Kazanjian & Converse's Surgical Treatment of Facial Injuries. Baltimore, The Williams & Wilkins, 1974. p.1224 -234.
2. CHIDZONGA, M. M.; Temporomandibular joint ankylosis: review of a thirty-two cases, 1991.
3. FAERBER, T. H.; ENNIS, R. L.; ALLEN, S. A. Temporomandibular joint ankylosis following mastoiditis: report a case. J. Maxillofac. Surg. 1990: 48:886-70.
4. KABAN, L. B.; PERROT, P. H.; FISHER, K. A. Protocol for management of temporomandibular joint ankylosis. J. Maxillofac. Surg. 1990: 48:1145-51.
5. MACCARI-FILHO, M.; PALOMBO, C. R.; MACCARI, C. I. T.; D'OTTAVIANO, N. Ancilose congênita temporomandibular - um caso extremo, Revista Ciências Médicas da PUC/Campinas, Vol. 7, N. 2, 1998.
6. PELTOMAKI, T. Growth of a costochondral graft in the rat temporomandibular joint. J. Maxillofac. Surg. 1992. 851-7.
7. PEREIRA, A. M.; ALEVA, N. A.; OLIVEIRA, M. G. Anquilose da articulação temporomandibular: uma nova proposta para tratamento. Revista odontológica, n.21, Faculdade odontológica/PUC-RS, 1996, 67-74.
8. ROWE, N. L.; Ankylosis of temporomandibular joint J. R. Coll. Surg. Edin. 1982. 27: 67-79. 167-73. 209-18.
9. SAWHONEY, C. P.; Bony ankylosis of the temporomandibular joint: follow up of 70 patients treated with arthroscopy and acrylic spacer interposition. Plast. Reconstr. Surg. 1986. 77: 29-38.
10. YIH, W. Y. et al. Histologic study of the fate of Antigenous articular cartilage flaps in the human temporomandibular joint. J. Oral Maxillofac. Surg. 1992: 50:964-967.
11. WATANABE, Y.-Temporo mandibular Joint. In: Archer, W. H. -Oraland Maxillo facial Surgery, Philadelphia, 1975. p. 1527 -1539