

# Trismo\*

Dr. Oscar A Rodríguez Grimán

Miembro Correspondiente

En el libro de Hamilton Bailey (1) (Semiología Quirúrgica) el trismo es descrito como que el paciente no puede abrir la boca por un espasmo muscular. Un trismo severo puede complicar cualquier proceso inflamatorio en la vecindad de la articulación temporomandibular siendo la causa más frecuente la erupción incompleta de una muela del juicio, o abscesos dentales, o en los abscesos periamigdalinos donde es parcial. La imposibilidad de abrir la boca por fibrosis de la articulación temporomandibular no se debe confundir con el trismo.

En el tétano se ve acompañado por la risa sardónica.

En el libro de Harrison (2) (Medicina Interna) es descrito como relacionado únicamente con el tétano, así como también en el libro de Mendell (3) (Enfermedades infecciosas) donde se le describe como el inicio de la forma generalizada del tétano (rigidez de los maseteros); también en el libro de Cosío (4) (Semiología Médica) se le asocia a contractura de los músculos masticadores.

En el libro de De Jong (5) (El examen neurológico) se le describe además de en el tétano, en encefalitis, rabia y tetania, así como en histeria y en envenenamiento por estricnina. En el tétano puede ir acompañado de espasmo de la faringe, dificultad para hablar y va acompañado de un aumento generalizado del tono muscular.

En el texto de Cirugía de Dunphy y Way (6) es citado como una manifestación precoz del tétano.

No se menciona en los textos de Cirugía de Allen y Harkins (7) Shwartz (8) y de la clínica Lahey (9 y 10) (versión inglesa o española) de Davis-Christopher (11), Way (12). No se menciona en los textos de Semiología quirúrgica de Dunphy (13,14), Cantele y Méndez (15), ni en los de Semiología Médica de Sanabria (16), Major (17) y Stern (18) ni en el libro de Willis (19) (Patología de los Tumores), ni en el tratado de ORL de Chavalier Jackson (20).

En la Anatomía para Cirujanos de Hollinshead (21), se describe la maloclusión como un factor que causa trismo. El dolor causado por el trismo se localiza en la articulación temporomandibular, en la lengua y el aspecto lateral de la cabeza y puede estar asociado a trastornos de la audición y el equilibrio (síndrome de Costen).

No aparece descrito en los tratados de Oncología de De Vita (22), de Ackerman y del Regato (23) o de Pack y Ariel (24).

En el texto de Cáncer de Cabeza y Cuello de Ariyan (25) se describe el trismo como una desagradable complicación del tratamiento de las lesiones de la mucosa yugal con implantes de Iridium, ya que el músculo masetero es atravesado por los implantes subcutáneos.

En el texto de Martín (26) sobre Cirugía de los Tumores de Cabeza y Cuello se describe el trismo como consecuencia de un espasmo de los músculos masetero y temporal resultante de infiltración tumoral en lesiones avanzadas de la piel de la porción posterior de la mejilla, del oído o de la parótida o de la infección por radionecrosis en lesiones tratadas por radiaciones, de la mucosa yugal o del área amigdalina.

\*Presentado en la Sesión de la Academia Nacional de Medicina del día 23 de octubre de 2003.

En todo caso la cirugía de cabeza y cuello es al menos ocasionalmente complicada por un cierto grado de trismo (operaciones de la pared postero-lateral de la oro-faringe o del maxilar superior donde se exponen los músculos pterigoideos). Por ello aconseja en las operaciones radicales de los maxilares superiores reseca la porción anterior de la rama ascendente, incluyendo la apófisis coronoides para prevenir el trismo ocasionado por espasmo del músculo temporal.

Cuando el trismo es consecuencia de radionecrosis, para aliviarlo habría que reseca la porción posterior del maxilar inferior.

Para los casos de trismo moderado ideó el ejercitador y el dilatador.

Para prevenir esta complicación y tener una mejor exposición Barbosa (27) diseñó la operación en la que para la cirugía radical del maxilar superior se remueve en bloque el proceso zigomático, la porción inferior del músculo temporal, la porción superior del masetero y la mitad superior de la rama ascendente del maxilar inferior conjuntamente con el maxilar superior.

Aunque no aparece descrito en ninguno de los textos clásicos citados, es de conocimiento para los que trabajamos en el área de la patología tumoral en cabeza y cuello, que la infiltración de la fosa pterigo-maxilar por tumor o por fibrosis posradiación ocasiona un trismo severo por contractura de los músculos pterigoideos.

### Caso clínico

Paciente femenina de 67 años de edad con historia de dolor intenso en región parotídea derecha hace 17 días. Diagnóstico litiasis salival. Recibió tratamiento antibiótico y antiinflamatorio con mejoría.

Recayó a los 7 días presentando trismo, nuevo tratamiento antibiótico y antiinflamatorio sin mejoría.

Es trasladada a Caracas (desde Maracay) y hospitalizada en Clínica del Este.

La veo en consulta y se constata trismo acentuado aunque con ligera movilidad de la articulación temporo-mandibular. No hay espasmo del masetero (Figuras 1 a 4).

Se hace el diagnóstico de infiltración de la fosa pterigo-maxilar por infección o tumor.

La tomografía y la RMN revelan ocupación de la fosa pterigo-maxilar por un proceso difuso con áreas

de aclaramiento en su interior. Dx absceso de la fosa pterigo-maxilar por sialoadenitis del lóbulo profundo de la parótida vs. tumor necrótico. Se decide realizar punción diagnóstica por vía externa, bajo sedación, el día siguiente.

Al día siguiente la paciente amanece sin trismo y el examen de la cavidad oral revela una perforación en la fosa amigdalina por donde sale secreción purulenta.

El proceso inflamatorio se resuelve completamente lo que es confirmado por un control radiológico. A los 6 meses no hay patología evidente.

### Resumen

Se presenta un caso clínico con trismo como manifestación predominante con una etiología poco frecuente y que no aparece referida en los textos de uso corriente.

Se hace el diagnóstico clínico que es confirmado por las exploraciones radiológicas. El caso se resuelve espontánea y favorablemente.

### Diagnóstico

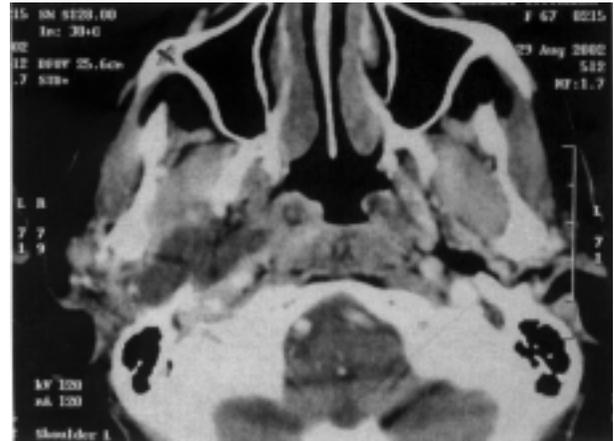
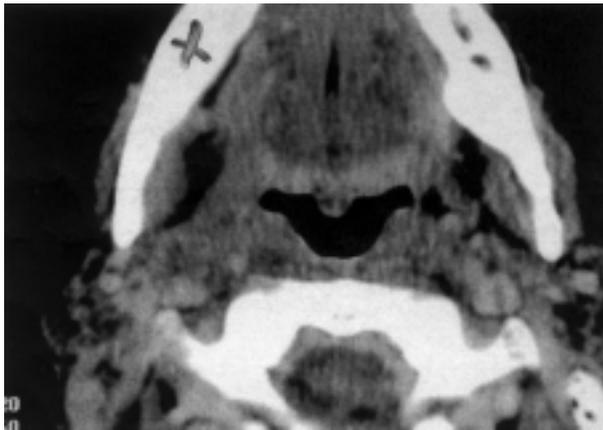
Absceso de la fosa pterigo-maxilar por sialoadenitis aguda del lóbulo profundo de la parótida derecha, por litiasis salival.



Figura 1. Corte a nivel de la escotadura cigomática. Se observa un aumento en la densidad de la parótida derecha, incluyendo el lóbulo profundo.



Figura 2. Corte a nivel de la parte media de la rama ascendente del maxilar inferior. Se observan límites borrosos de las estructuras del espacio pterigo-maxilar derecho con pared lateral abombada de la faringe.



Figuras 3 y 4. Se observan límites borrosos del pterigoideo interno por una lesión difusa que ocupa el espacio pterigo maxilar.

## REFERENCIAS

1. Bayley H. Physical signs in clinical surgery. 13ª edición. Bristol: John Wright and sons Ltd; 1960.
2. Harrison's Principles of Internal Medicine. 9ª edición. Nueva York: McGraw Hill Book Co.; 1980.
3. Mendell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infections Diseases. 4ª edición. Filadelfia: Churchill and Livinstone; 1995.
4. Cosio P. Semiología Médica. Tomo II. Buenos Aires: Prensa Médica Argentina; 1958.
5. De Jong RN. The neurological examination. 4ª edición. Filadelfia: Harper and Row Publishers; 1979.
6. Dunphy JE, Way LW. Current surgical diagnosis and treatment. 3ª edición. Los Altos California: Lange Medical Publications; 1975.
7. Allen JG, Harkins HN, Moyer CA, Rhoads JE. Surgery: Principles and Practice. Filadelfia: J.B Lippincott Co.; 1957.
8. Schwartz SI. Principles of Surgery. 3ª edición. Nueva York: McGraw Hill Inc.; 1979.
9. Bernades J. Práctica Quirúrgica de la Clínica Lahey. Buenos Aires: Ed. Científica; 1954.
10. Surgical Practice of the Lahey Clinic. Filadelfia: W.B. Saunders Co.; 1962.

## TRISMO

11. Sabiston DC. Davis-Christopher Textbook of Surgery. 11ª edición. Filadelfia: W.B. Saunders Co.; 1977.
12. Way LW. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. 8ª edición. México DF: Editorial El Manual Moderno; 1989.
13. Dunphy JE. Propedéutica quirúrgica. 3ª edición. Ciudad de México: Editorial Interamericana S.A.; 1966.
14. Dunphy JE. Physical examination of the surgical patient. Filadelfia: W.B. Saunders; 1953.
15. Cantele HE, Mendez MA. Semiología y Patología Quirúrgica. Bogotá (Colombia): McGraw Hill; 2003.
16. Sanabria A. Clínica Semiológica y propedéutica. Caracas: UCV OBE. 1973.
17. Major RH, Delp WH. Physical diagnosis. 6ª edición. Filadelfia: W.B. Saunders Co.; 1962.
18. Stern TN. Clinical Examination. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc.; 1964.
19. Willis RA. Pathology of tumor. 2ª edición. Londres: Butterworth and Co. LTD.; 1953.
20. Jackson CH. Diseases of the nose throat and ear. 2ª edición. Filadelfia: W.B. Saunders Co.; 1959.
21. Hollinshead WH. Anatomy for Surgeons. Vol I. The Head and Neck. 2ª edición. Nueva York: Hoeber Medical Division, Harper and Row Publishers; 1968.
22. De Vita V, Hellman S, Rosenberg S.A. Cancer Principles and Practice of Oncology. Filadelfia: J.B. Lippincott Co; 1982.
23. Ackerman LV, Del Regato JA. Cancer Diagnosis and Treatment. 3ª edición. St Louis: The C.V. Mosby Co.; 1962.
24. Pack GT, Ariel IM. Treatment of Cancer and Allied Diseases. 2ª edición. Vol III. Tumors of head and neck. Nueva York: Paul B Hoeber Inc.; 1940.
26. Martin H. Surgery of head and neck tumors. Nueva York: Herber Harper; 1957.
27. Barbosa JF. Surgical treatment of head and neck tumors. Nueva York: Grune and Stratton; 1974.

---

## Publicación duplicada

Tal como recomienda el Comité Internacional de Editores de revistas médicas (1), cumplimos con el deber de comunicar a nuestros lectores que la entrevista titulada "Félix Pifano: la historia viviente de la Medicina Tropical", realizada por los doctores Pedro Navarro y María Luisa Safar, publicada en el número 2, del volumen 111, de la Gaceta Médica de Caracas, correspondiente al trimestre abril-junio de este año, en las páginas 171 y 172, la cual circuló la primera semana de julio, antes de la muerte del Dr. Pifano ocurrida el 1º de agosto, fue publicada también como Editorial en el número 1, del volumen 26, de la Revista de la Facultad de Medicina, correspondiente al semestre enero-junio de este año, la cual recibimos el 29 de septiembre próximo pasado.

Tan pronto como tuvimos conocimiento de la situación nos dirigimos por escrito al Dr. Manuel Velasco, Editor-Jefe de la Revista de la Facultad de Medicina, con fecha 1 de octubre que le entregamos personalmente al día siguiente. Casualmente, el mismo día nos encontramos con el Dr. Pedro Navarro, a quien le planteamos el problema y le solicitamos su explicación por escrito.

Queremos dejar constancia que desde que el doctor Pedro Navarro nos entregó el manuscrito original hasta su publicación en la fecha anteriormente señalada, jamás recibimos ninguna comunicación ni escrita ni verbal en la que manifestaran los autores su intención de retirarlo para publicarlo en otra revista.

Como hasta la fecha del cierre del número 4, del volumen 111 de la Gaceta Médica de Caracas, correspondiente al trimestre octubre-diciembre de este año, no hemos recibido respuesta alguna ni de los autores, ni del editor-jefe de la Revista de la Facultad de Medicina, consideramos nuestro deber presentar esta aclaratoria a nuestros lectores.

A pesar de todo lo enojoso que pudiera ser este incidente, nos reconforta el pensar que por tratarse de una entrevista al insigne maestro de la medicina tropical, quien tanto contribuyó al conocimiento de las enfermedades que más nos aquejan y quien dejó honda huella en la formación científica y moral de tantas generaciones de médicos, merece divulgarse, aun en forma no ortodoxa.

J.M. Avilán Rovira

Director

Caracas: 10 de noviembre de 2003

(1) Requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas médicas. Revisado en mayo de 2000. Gac Méd Caracas 2000;108(4):541-556.