

**PATOLOGIA DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR SINDROME
DOLOROSO EN CIRUGIA PLASTICA**

Gavincha Martela Valentin¹

RESUMEN

La cirugía plástica es una rama de la ciencia que no tiene como único fin el de establecer márgenes de estética corporal y facial, sino que además pretende restablecer la funcionalidad de un área anatómica que curse con deformidades, reconstruyendo y reparando tejidos lesionados manteniendo la apreciación visual estética, es decir pretende que el paciente alcance la normalidad tanto en su aspecto como en la función del área lesionada. Esto no es un proceso muy sencillo, ya que requiere de un equipo multidisciplinario para conseguir el objetivo propuesto.

Entre las patologías que son atendidas por la cirugía plástica, están las de la articulación temporomandibular (ATM), la que está propensa a sufrir alteraciones en su desarrollo o fisiología mediante diversos factores: internos, externos, adquiridos, congénitos, etc., que originan dolor agudo o crónico que repercute en estructuras vecinas, confundiendo con algún otro tipo de enfermedad ajena a la ATM.

Es importante mencionar que las lesiones de ATM, frecuentemente son atendidas por los Cirujanos Odontólogos en la especialidad correspondiente, sin embargo este cuadro no es exclusivo de ser tratado por dichos especialistas, sino que debería ser un equipo multi e interdisciplinario quienes se encarguen del tratamiento y rehabilitación del cuadro en mención.

PALABRAS CLAVE

Articulación temporomandibular (ATM), síndrome doloroso, reconstrucción microquirúrgica en la ATM.

INTRODUCCION

Este artículo intenta organizar información sobre anatomía, fisiología y patologías que puede padecer la ATM, para facilitar la comprensión de algunas lesiones que la aquejan y que requieren el manejo de cirugía plástica, debido a que esta estructura anatómica presenta sintomatología que puede ser confundida casi frecuentemente con otros padecimientos ajenos a la misma.

De igual forma se pretende introducir a la comprensión de la función que cumple la cirugía plástica en el manejo de la ATM y tejido circundante, áreas complejas en la distribución anatómica y funcional que requieren en ocasiones el apoyo de especialidades como la neurocirugía y la cirugía maxilofacial.

**ANATOMIA DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR**

La articulación temporomandibular relaciona la mandíbula con el cráneo y está compuesta por el cóndilo mandibular, cuyo eje mayor está dirigido hacia atrás y adentro, encontrándose unido a la rama mandibular mediante un cuello estrecho, donde se inserta el músculo pterigoideo externo. La parte anterior del cóndilo hasta la cresta condilar, está cubierta por un tejido conjuntivo fibroso y denso y se articula con la fosa glenoidea del hueso temporal área anatómica que se caracteriza por una depresión en forma elipsoidal, cuyo eje mayor se dirige hacia atrás y adentro. Esta cavidad, está limitada anteriormente por la eminencia articular del temporal, posteriormente por la cresta petrosa, por fuera por la raíz longitudinal de la apófisis cigomática, y por dentro con la espina del esfenoides, a su vez ésta fosa está dividida por la cisura de Gasser.¹

FISIOLOGIA DE LA ATM

Desde un punto de vista fisiológico, la ATM es una articulación bicondilar que relaciona la mandíbula con el cráneo y sus superficies óseas están recubiertas por un cartílago fibroso con un menisco articular interpuesto, que hace que la misma tenga aptitud para concurrir en un mismo lugar y facilita los

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

movimientos básicos de la mandíbula (apertura y cierre, lateralidades y protrusión y retrusión), de tal forma que su interacción con la oclusión dentaria hace posible las funciones de masticación, deglución y fonación.²

PATOLOGIA DE LA ATM DE MANEJO QUIRURGICO

Según Laskin Daniel M. y el Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial, existen múltiples indicaciones establecidas para reconstruir la ATM, entre ellas se pueden incluir defectos congénitos, como ausencia congénita del cóndilo, procesos neoplásicos, anquilosis, traumatismos severos, osteoartritis, enfermedades infecciosas o inflamatorias, procesos reumatoideos avanzados, o reacción secundaria a implantes aloplásticos.³

Los objetivos de estas reconstrucciones complejas incluyen la restauración de la morfología tridimensional y la función mandibular, disminuir las limitaciones y la sintomatología del paciente, y prevenir la progresión de la enfermedad.

La historia nos relata que en los inicios del siglo XXI tanto los costos y efectividad de los diferentes tratamientos, sumado el método ideal de reconstrucción siguen siendo controvertidos en la actualidad, prueba de ello es la gran variedad de técnicas reconstructivas descritas en la literatura, tanto con injertos autólogos como con el uso mediante materiales aloplásticos.^{4, 5}

INJERTOS AUTÓLOGOS

En la reconstrucción de la ATM se utilizan técnicas basadas en la biocompatibilidad y aceptación de los injertos en el organismo humano, para lo cual se aplican varios tipos de injertos autógenos de naturaleza: costochondral, esternoclavicular, peroneo, tibial, de la cresta ilíaca, calota craneal, o metatarsiano. El más utilizado tradicionalmente por los cirujanos orales y maxilofaciales ha sido el injerto costochondral, que Gillies (1920) aceptó ya como el tejido autólogo más aceptado en la reconstrucción de la ATM siendo popularizada por

Longacre y Gilby en la década de los 50 en artroplastia temporomandibular, mientras que Macintosh plantea las ventajas de este tejido en relación a su compatibilidad biológica, sencillez de trabajo, accesibilidad, adaptabilidad funcional, versatilidad que impide futuras anquilosis en la región y mínima morbilidad adicional para el paciente. Además de todo lo mencionado el potencial de crecimiento del injerto costochondral, determina su aplicación ideal en reconstrucción de la ATM en niños. Sin embargo, a pesar de ser un injerto no vascularizado, el injerto costochondral parece tener escasa tendencia a reabsorción e incluso en muchas ocasiones se hace más grande y resistente con el tiempo comprometiendo a veces el resultado final por una excesiva longitud de la rama ascendente mandibular. No obstante, otros autores prefieren otras alternativas reconstructivas debido a la baja calidad del hueso cortical y medular del injerto costochondral, la flexibilidad y elasticidad del hueso, su facilidad de deformación al ser sometido a carga continua, producen alteraciones oclusales, posible separación del hueso y cartílago del injerto, su potencial fractura y su crecimiento impredecible.^{1, 6.}

Una de las principales complicaciones descritas destaca el riesgo de fractura del injerto, infección con reabsorción parcial o total del mismo, morbilidad en la zona dadora, la variable capacidad de crecimiento del injerto y especialmente, la posible recidiva de una anquilosis, que pese a todo es poco frecuente y en la mayoría de las ocasiones acontece en casos reconstruidos por anquilosis previa. Los tejidos de interposición descritos en la literatura para minimizar la reanquilosis son múltiples, incluidos los músculos temporal, cartílago, fascia, grasa, dermis o piel total.^{2, 7}

En la literatura se encuentran algunas controversias sobre el método de adaptación del injerto y su fijación. Aunque algunos autores prefieren la utilización de miniplacas para fijar el injerto, incluso realizando una fractura en tallo verde en el mismo para incrementar su adaptación a la rama ascendente mandibular y a la fosa glenoidea, la fijación del mismo con tornillos bicorticales parece ser igualmente adecuada.⁷

Algunos autores consideran que el injerto esternoclavicular ofrece ventajas significativas al ser embriológica e histológicamente similar al cóndilo mandibular y en cuanto a su potencial de crecimiento adaptable a la región del cóndilo mandibular. Según Wolford y Cols defienden el injerto esternoclavicular obtenido de la mitad craneal de la clavícula contralateral, utilizando como criterios de éxito terapéutico la reducción o eliminación del dolor, la obtención de una oclusión estable y la movilidad adecuada de los maxilares, con una apertura inter-incisal superior a 30 mm,⁷

EL PRINCIPAL PAPEL DE LA RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA EN LA ATM

La mejor estabilidad tridimensional a largo plazo, la versatilidad reconstructiva y la mínima capacidad de desarrollar complicaciones son las principales ventajas de la reconstrucción microquirúrgica temporomandibular.

Según Landa y Cols (2003), publican excelentes resultados en un seguimiento a largo plazo de 5 pacientes reconstruidos con la segunda articulación metatarso-falángica microvascularizada, pero el colgajo libre más frecuentemente utilizado en estas reconstrucciones fue del peroné. Además del sistema de anclaje tipo Mitek que trata de reconstruir fundamentalmente con interposición de tejidos blandos y fijación de estructuras musculares al neocóndilo permite la obtención de mejores resultados funcionales a largo plazo.⁸

De igual forma, se encuentran en la literatura excelentes resultados con colgajos microvascularizados de peroné en niños, que no corresponden a reconstrucciones específicas de ATM, sino a reconstrucciones de defectos mandibulares amplios, pero que involucran ésta articulación. No obstante la impredecible tendencia a reabsorción y cambios degenerativos a largo plazo son desventajas clásicamente atribuidas a los injertos libres no microvascularizados. También se encuentra en la literatura, referencias sobre alteraciones morfológicas en seguimientos prolongados de injertos

óseos vascularizados, es así que Guyot y Cols., encuentran remodelación del neocóndilo peroneo en seguimientos radiológicos a largo plazo, consistente en redondeamiento y estrechamiento del muñón.^{5,8}

LUXACIÓN RECIDIVANTE DE LA ATM

Se describen dos principales grupos de técnicas quirúrgicas para los casos de luxación recidivante de ATM: un primer grupo de cirugías dirigido a eliminar los posibles determinantes que inducen al bloqueo del cóndilo mandibular por delante de la eminencia articular; y un segundo grupo que persigue minimizar las excursiones del cóndilo mandibular durante la apertura oral.^{2,9}

En este artículo sobre reconstrucción de la ATM mediante injertos autólogos se menciona a aquellas técnicas quirúrgicas destinadas a crear un obstáculo para la translación del cóndilo mandibular durante la apertura oral mediante un incremento de altura de la eminencia temporal. Para lograr ello se realiza una osteotomía glenotemporal e interposición de injerto inlay en la eminencia articular, técnica popularizada por Norman. Aunque se han descrito excelentes resultados con materiales aloplásticos, las ventajas de los tejidos autólogos se hacen igualmente presentes en éstos casos. La inmensa mayoría de los autores defienden el empleo de injertos de hueso obtenido de la región temporoparietal, con la ventaja adicional de que se aprovecha la misma incisión quirúrgica para la cirugía de ATM, a pesar de ello, otros autores prefieren el empleo de injertos de cresta iliaca.¹

CONDICIONES PARA UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ATM

Intra-articulares

Dentro de esta tenemos:

- Dolor pre-auricular y/o intra-mentoniana a la palpación.
- Rango limitado del movimiento mandibular a la abertura de la boca y las excursiones lateral y hacia adelante.
- Sonidos articulares: click, chasquido y crepitación.

- Dolor a la palpación de los músculos de la masticación.
- Evidencias radiográficas de patología de la articulación.

Extra-articulares

- Existe un patrón más difuso de dolor, y dolor a la palpación. El paciente de manera típica no puede localizar el dolor de la articulación.
- La limitación de la función mandibular no es constante pero fluctúa con el dolor, el cual aumenta o disminuye.
- Los sonidos articulares generalmente están ausentes o son intermitentes.
- No existe evidencias radiográficas de la patología articular precozmente en el proceso⁹

7. Consultorio del milagro, Patología del ATM, Lupa comunicaciones, Argentina; 2011; (1); 1-19, URL disponible en: <http://www.consdelmilagro.com> Fecha de acceso 19/11/11,
8. Philippe C, Cadenas Muscular y Articulares de la (ATM) Lencina Berdu, España; junio 2007(1); 40-47, URL disponible en : <http://www.efisioterapia.net> fecha de ingreso 09/11/11, fecha de acceso 19/11/11,
9. Laskin D. M., Cirugía Bucal y Maxilofacial, Hispano, España; 2009; (3); 467-470.

BIBLIOGRAFIA

1. Centro médico TeKnon, unidad-de-patologia-de-la-articulacion-temporo-mandibular-y-dolor-bucofacial Vilana, Barcelona; 2011; (3) 1-12 URL disponible en: <http://www.teknon.es>, fecha de ingreso 09/11/11.
2. Gay-Escoda Cosme, Cirugía Bucal y Maxilofacial, Dasi informática, Barcelona; diciembre 1991; (1); 401-412; URL disponible en <http://www.gayescoda.com> fecha de acceso 19/11/11.
3. Gay-Escoda C., Berini Aytes L., Tratado de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Ergon S.A., Madrid; 2004; (I), 527-530
4. Nieto Gonsales S. Cirugía Articulacion Temporomandibular, Imagen & Juvetud, Plastica, Colombia; (II); 12-17; URL disponible: <http://www.plasticacolombia.comf>. Fecha de acceso 19/11/11
5. Arquero P., Artículo Clínica de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Madrid-España; 1998-2011; (I); 1-2, URL disponible: <http://www.cirurgiabucalymaxilofacial.com> fecha de ingreso 09/11/11.
6. Benarroch S., Dolor Facial y Articular Temporomandibular, Synergy Websites, Madrid; 2011; (II); 1-8. URL disponible en : <http://www.clinicabenarroch.com> fecha de ingreso 09/11/11.