

42
Gen

INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

LUXACION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

GUILLERMINA CLEMENTE PONCE D' LEON



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CHIHUAHUA, CHIH.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

Í N D I C E

Introducción	6
Capítulo I._ Anatomía	7
a) Artrología	
b) Miología	
c) Neurología	
Capítulo II._ Semiología o Anamnesis.....	26
Capítulo III._ Artropatías.....	39
Capítulo IV._ Diagnóstico Diferencial.....	56
Conclusiones	60
Bibliografía	61

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

La articulación temporomandibular es una de las más importantes, y ha sido tema de considerable interés e investigación científica durante muchos años. Antes debido a su particular posición anatómica y relación con otras estructuras, el odontólogo solía considerarla ajena a su responsabilidad. Por esta razón, el otorrinolaringólogo contribuyó en mucho al conocimiento de la anatomía y fisiología de ésta articulación estimulando el interés de la profesión dental en ella.

La articulación temporomandibular es sin duda una de las estructuras faciales más complejas, que produce, en sus varios estados patológicos muchos problemas, cuyo diagnóstico y tratamiento frecuentemente no son evidentes ni fácilmente ejecutados. Afortunadamente en la actualidad el perfeccionamiento de técnicas para obtener radiografías útiles de ésta articulación y la aplicación de la cinefluoroscopia ofrecen una gran ayuda para la resolución de muchas interrogantes sin respuesta relacionadas a la articulación temporomandibular sana y enferma.

En este estudio nos enfocaremos más a la luxación de la articulación temporomandibular ya que es, dentro de las alteraciones que afectan esta estructura, la más frecuente; por lo que se hace necesario dominar el diagnóstico y tratamiento de la misma. Antes de introducirnos en este tema consideré importante hacer una revisión de la anatomía, fisiología e historia clínica así como el diagnóstico diferencial de los procesos que afectan la articulación.

CAPÍTULO I

ANATOMÍA

En este capítulo incluiremos la artrología, miología y neurología de la región temporomandibular, e iniciaremos con la revisión de la artrología.

La artrología es la encargada del estudio de las articulaciones. Conociéndose como articulación al conjunto de formaciones blandas y duras que sirven para unir dos o más huesos.

Se clasifican de acuerdo a su movilidad en:

- _ Articulaciones móviles o diartrosis
- _ Articulaciones semimóviles o anfiartrosis
- _ Articulaciones inmóviles o sinartrosis.

El grupo de las articulaciones móviles se subdivide en relación a las superficies articulares que la forman en:

- _ Enartrosis
- _ Condíleas
- _ Por encaje recíproco en silla de montar
- _ Troclear o trocleartrosis

_ Trocoides

_ Semitrocoides

_ Artrodias.

La articulación temporomandibular pertenece al grupo de las _ articulaciones móviles o diartrodias del género de las condíleas; caracterizándose éstas porque tienen las superficies articulares - una cóncava y la otra convexa.

Superficies Articulares._ Delas dos superficies articulares - de ésta articulación, una pertenece al maxilar inferior y la otra_ al temporal.

Superficie Maxilar._ Esta constituida por el cóndilo del maxilar inferior. Es una eminencia elipsoidea, de 20 a 22 mm de longitud por 7 a 8 mm de anchura y que se dirige oblicuamente de fuera_ adentro y de delante atrás. De esta oblicuidad resulta que los --- ejes mayores de los dos cóndilos prolongados hacia dentro, se encuentran un poco por delante de la parte central del agujero --- occipital.

El cóndilo del maxilar es convexo a la vez en sentido transversal y en sentido anteroposterior, su superficie articular está_ revestida por una delgada capa de tejido fibroso.

Superficie Temporal._ Comprende: por delante, una eminencia -

transversal, fuertemente convexa de delante atrás, que es la raíz transversa del cigoma, llamada también cóndilo del temporal; por detrás, una depresión profunda de forma elipsoidal, la cavidad glenoidea. Esta cavidad es articular tan solo en su parte anterior, y está separada de su porción posterior o no articular por la cisura de Glaser, hendidura estrecha por la cual pasan la cuerda del tímpano y una arteriola antes de penetrar en la caja del tímpano. La cavidad glenoidea no está separada de la cavidad craneal más que por una delgada laminilla ósea, explicándonos esta disposición por qué las afecciones de la articulación temporomaxilar pueden en --- ciertos casos complicarse con osteítis del temporal y absceso supradural; nos explica también la posibilidad, a consecuencia de una caída sobre el mentón, de que el cóndilo de la mandíbula fracture esta delgada laminilla ósea y hasta penetre en la cavidad craneal.

Menisco Interarticular. Entre las dos superficies articulares ya mencionadas, se encuentra un disco o menisco interarticular para la adaptación perfecta de estas superficies. Este menisco tiene la forma de una elipse cuyo eje mayor se dirige oblicuamente de fuera a dentro y de delante atrás. El menisco fibroso acompaña --- siempre al maxilar en sus desplazamientos.

Medios de unión. Comprenden una cápsula articular y dos ligamentos laterales, ligamento lateral externo y ligamento lateral interno, considerados como los ligamentos intrínsecos de la articulación; también se incluyen tres ligamentos auxiliares o extrínsecos que son el ligamento esfenomaxilar, ligamento estilomaxilar y ligamento pterigomaxilar.

Cápsula articular. _ Es una estructura ligamentosa delgada que posee forma de manguito, su extremidad superior se inserta en la apófisis cigomática, en la cisura de Glaser y en la base de la espina del esfenoides. Su extremidad inferior se inserta en el cuello del cóndilo.

Histológicamente la cápsula temporomaxilar está formada por fibras verticales de las cuales unas son largas y otras cortas, además de fibras elásticas en su parte posterior extendidas de la cisura de Glaser al menisco y algunas al cuello del cóndilo. Las fibras elásticas limitan los movimientos de descenso del maxilar y reponen el menisco hacia atrás cuando el maxilar vuelve a su posición de reposo.

Ligamento lateral externo. _ Se inserta en el tubérculo cigomático y desciende para terminar insertándose en el cuello del cóndilo.

Ligamento lateral interno. _ Se inserta por fuera de la base de la espina del esfenoides, desciende para insertarse en el cuello del cóndilo.

Ligamentos auxiliares:

- _ **Ligamento esfenomaxilar.** _ Va de la espina del esfenoides a la espina de Spix.
- _ **Ligamento estilomaxilar.** _ Se extiende del vértice de la apófisis estiloides al ángulo del del maxilar.

Ligamento pterigomaxilar. Se inserta en el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides y en la extremidad posterior del borde alveolar del maxilar inferior.

Sinovial. Es una membrana de tejido conectivo, la cual secreta el líquido sinovial que lubrica la articulación, es doble en la mayoría de los casos, existiendo una suprameniscal y otra inframeniscal, ambas tapizan la cápsula.

M I O L O G Í A

La miología estudia los músculos y sus anexos. Los músculos son órganos contráctiles. Existen músculos rojos o estriados que funcionan bajo el influjo de la voluntad; y músculos blancos, lisos o involuntarios o músculos de la vida vegetativa.

De acuerdo a su situación pueden ser divididos en superficiales o cutáneos y profundos. Los superficiales se encuentran por debajo de la piel y por encima de la aponeurosis superficial en tanto que los profundos están colocados por debajo de la aponeurosis superficial.

Por su forma se dividen en:

Músculos largos (principalmente miembros inferiores)

Músculos anchos (tronco)

Músculos cortos (palma de la mano, cara, columna vertebral).

Los músculos pueden estar formados por una sola masa muscular, músculos simples, o bien hallarse constituidos por dos o más masas carnosas, músculos digástricos o poligástricos y se fijan -- por medio de sus tendones a las superficies óseas, cartilaginosas, aponeuróticas o cutáneas.

Los músculos relacionados principalmente con los movimientos del cóndilo mandibular son los masticadores (maseteros, temporales pterigoideos internos y externos) y suprahioides (digástrico, milohioideo, geniohiideo y estilohioideo).

MUSCULOS MASTICADORES

Temporal:

Tiene forma de abanico, se inserta en la línea curva temporal inferior, en la fosa temporal, en la aponeurosis temporal y en la cara inferior del arco cigomático, terminando por constituir un fuerte tendón que acaba en la apófisis coronoides del maxilar inferior.

Está en relación en su cara superficial con la aponeurosis -- temporal, vasos y nervios temporales superficiales, arco cigomático y parte superior del masetero. Su cara profunda está en contacto con los huesos de la fosa temporal, nervios, arterias y venas -- temporales profundas, con los pterigoideos, el buccinador y la bolla grasosa de Bichat.

Es inervado por tres nervios temporales profundos ramos del maxilar inferior.

Su acción consiste en elevar el maxilar inferior y dirigirlo hacia atrás.

Masetero:

Lo constituyen un haz superficial y otro profundo. - El superficial se inserta superiormente en los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático e inferiormente en el ángulo del maxilar inferior. El haz profundo se inserta en el borde inferior y cara interna de la apófisis cigomática, dirigiéndose hacia abajo para terminar sobre la rama ascendente del maxilar inferior.

Está en relación con la aponeurosis maseterina que lo cubre, con la arteria transversa de la cara, prolongación maseterina de la parótida, canal de Stenon, ramos nerviosos del facial, músculos cigomáticos, risorio y cutáneo del cuello, con el hueso donde se inserta, escotadura cigmoidea, nervio y arteria maseterinos, apófisis coronoides, inserción del temporal y con la bola grasosa de Bichat.

Su acción consiste en elevar el maxilar inferior. La inervación está dada por el nervio maseterino ramo del maxilar inferior.

Pterigoideo Interno:

Este músculo se inserta en la cara interna del ala externa y en la cara externa del ala interna de la apófisis pterigoides, en la fosa pterigoidea, apófisis piramidal del palatino, porción interna del ángulo del maxilar inferior y cara interna de su rama ascendente.

Se relaciona con el pterigoideo externo y con la aponeurosis interpterigoidea. Con la cara interna de la rama ascendente del maxilar constituye éste músculo un ángulo diedro, por donde se deslizan el nervio lingual, dentario inferior y vasos dentarios. Entre la cara interna del pterigoideo interno y la faringe se encuentra el espacio maxilofaríngeo por donde atraviezan el neumogástrico, -glosofaríngeo, espinal e hipogloso, carótida interna y yugular interna.

La inervación está dada por el pterigoideo interno procedente del maxilar inferior. Su acción es elevar el maxilar inferior y -- proporcionar también pequeños movimientos laterales.

Pterigoideo Externo:

Se halla dividido en dos haces, uno superior o esfenoidal y otro inferior o pterigoideo. El haz superior - se inserta en la superficie cuadrilátera del ala mayor del esfenoides. El haz inferior se inserta en la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides. Las fibras de ambos haces convergen para fundirse al insertarse en la parte del cuello del cóndilo.

Este músculo se halla en relación con la fosa cigomática, el nervio temporal profundo medio y el maseterino, nervio bucal, escotadura sigmoidea, inserción coronoidea del temporal, bola grasosa de Bichat, pterigoideo interno, nervios y vasos linguales y dentarios inferiores.

Recibe dos ramos nerviosos procedentes del bucal. La contracción simultánea de ambos pterigoideos externos proyecta hacia delante el maxilar inferior. Si se contraen aisladamente, el maxilar

ejecuta movimientos de diducción principales en la masticación.

MUSCULOS SUPRAHIOIDEOS

Digástrico:

Está compuesto por dos vientres musculares y un -- tendón intermedio. El vientre posterior se inserta en la ranura di gástrica de la apófisis mastoidea del temporal, sus fibras se diri gen hacia abajo para terminar en el tendón intermedio, el cam bia de dirección, se vuelve hacia arriba, adelante y adentro, el - tendón termina y se inicia el vientre anterior que va a insertarse en la fosa digástrica del maxilar inferior. El tendón intermedio - emite fibras descendentes que van a fijarse al hueso hioides.

Este músculo se encuentra en relación con la apófisis mastoi- des, el esplenio, esternocleidomastoideo, estilohioideo, estiloglo so, ligamentos estilomaxilar y estilohioideo, carótida interna y - externa, glándula submaxilar, milohioideo y gran hipogloso, con ea tos dos últimos forma un triángulo llamado de Pirogoff cuyo fondo - está ocupado por el músculo hiogloso.

La inervación del vientre posterior está dada por un ramo del nervio facial y otro del glosofaríngeo, el vientre anterior está - inervado por un ramo del milohioideo procedente del maxilar infe- rior.

La contracción del vientre anterior hace descender al maxilar inferior cuando permanece fijo al hueso hioides; Por el contrario, eleva el hueso hioides cuando el maxilar permanece fijo.

Cuando se contrae el vientre posterior, se eleva el hueso ---

hioides si permanece fija la cabeza; o por el contrario, se inclina la cabeza, si es el hioides el que permanece fijo.

Milohioideo:

Entre los dos milohioideos forman el suelo de la boca. Es de forma aplanada y mas o menos cuadrangular. Se inserta superiormente en la línea milohioidea del maxilar inferior; las fibras posteriores se insertan en la cara anterior del hueso hioides, las anteriores lo hacen en un rafé aponeurótico que se extiende de la sínfisis mentoniana al hueso hioides.

Se encuentra en relación con la glándula submaxilar, digástrico, cutáneo del cuello, geniohiideo, hiogloso, nervios lingual y gran hipogloso y con el canal de Warthon.

Recibe su inervación del nervio milohioideo procedente del maxilar inferior.

Su acción es elevar el hueso hioides y la lengua, interviniendo por consiguiente en los movimientos de deglución.

Geniohiideo:

Es un músculo corto, se inserta superiormente en la apófisis geni inferior del maxilar, terminando en la cara anterior del cuerpo del hueso hioides.

Se halla en relación con el borde interno del músculo del lado opuesto, con el milohioideo, geniogloso, glándula sublingual y la mucosa del piso de la boca.

Recibe su inervación del nervio hiogloso. Su acción consiste en elevar el hueso hioides o abatidor del maxilar inferior, según donde tome su punto de apoyo.

Estilohioideo:

Músculo en forma de huso, situado por dentro y por delante del vientre posterior del digástrico. Se inserta por arriba en la porción externa de la base de la apófisis estiloides; desde aquí se dirige hacia abajo y adelante para fijarse en la cara anterior del hueso hioides.

Está en relación este músculo con la apófisis mastoideas, el esplenio, esternocleidomastoideo, estilogloso, carótida interna y externa.

La inervación está dada por un ramo nervioso procedente del facial. Su acción consiste en elevar el hueso hioides.

NEUROLOGÍA

T R I G É M I N O

El trigémino, quinto par craneal, es el encargado de inervar los músculos masticadores y dos de los suprahioides (milohioideo y digástrico).

El trigémino es un nervio mixto que trasmite la sensibilidad de la cara, órbita y fosas nasales, y lleva las incitaciones motoras a los músculos masticadores.

Origen Real._ Las fibras sensitivas tienen su origen en el -- ganglio de Gasser, las cuales penetran en el neuroeje por la cara_ anteroinferior de la protuberancia anular.

Las fibras motoras tienen su origen en dos núcleos masticadores, uno principal y otro accesorio. El núcleo principal, de cinco milímetros de extensión, se inicia a la altura del polo superior de la oliva protuberancial. Este núcleo representa en la protuberancia la cabeza del asta anterior de la médula espinal. El núcleo accesorio es continuación del anterior y se extiende hasta la parte interna del tubérculo cuadrigémino anterior.

Del borde posterointerno del ganglio, se desprende la raíz -- sensitiva del trigémino, en tanto que del borde anteroexterno nacen las tres ramas del trigémino que son; oftálmico, maxilar superior y maxilar inferior.

Oftálmico:

Ramo sensitivo que se desprende de la parte antero-interna del ganglio de Gasser, penetra en la pared externa del seno cavernoso, al salir de este lugar se divide en:

Ramos terminales:

Ramo interno o nervio nasal

Ramo medio o nervio frontal

Ramo externo o nervio lagrimal

Ramos colaterales:**Meníngeos**

Ramos anastomóticos para los nervios motores del ojo III, IV, y VI.

Maxilar Superior:

Este nervio es exclusivamente sensitivo y nace de la parte media del borde anteroexterno del ganglio de Gasser, se dirige hacia adelante para alcanzar el agujero redondo mayor, por el cual atraviesa para penetrar a la fosa pterigomaxilar. de aquí se dirige a la hendidura esfenomaxilar y después al canal suborbitario, donde emite sus ramos terminales.

Ramos terminales:

Ramos ascendentes o palpebrales que van al párpado inferior.

Ramos labiales que se distribuyen en la mucosa y tegumentos del labio superior y del carrillo.

Ramos nasales que recogen las impresiones sensitivas de los tegumentos de la nariz.

Ramos Colaterales:

Meníngeo medio

Orbitario: se divide en temporomalar y lacrimopalpebral.

Esfenopalatino: Se divide en ramos terminales que son;

- orbitarios
- nasales superiores
- nasopalatino
- ptericogopalatino
- palatino anterior
- palatino medio
- palatino posterior.

Dentarios Posteriores: proporciona ramos a los molares superiores así como a la mucosa del seno maxilar y al hueso mismo.

Dentario Medio: se anastomosa con el dentario posterior y anterior, emitiendo ramos para premolares y a veces para el canino.

Dentario anterior: alcanza el conducto dentario anterior y suministra ramos a los incisivos y al canino.

Maxilar Inferior:

Es un nervio mixto que nace del borde antero

externo del ganglio de Gasser y se forma por la unión de la raíz - motora y la raíz sensitiva que proviene del ganglio.

Al salir del ganglio de Gasser, camina en un desdoblamiento - de la duramadre hasta llegar al agujero oval, queda colocado por - fuera de la aponeurosis interpterigoidea y del ganglio ótico al -- cual se une intimamente. Se divide entonces en dos troncos, uno an - terior y otro posterior, pero emite antes de su bifurcación un ra - mo recurrente, que se introduce en el cráneo por el agujero redon - do menor, acompaña a la arteria meningea media y se distribuye por las meninges.

Tronco Anterior. Proporciona tres ramos:

Temporobucal._ Parte del tronco y se dirige hacia afuera en - tre los dos haces del pterigoideo externo al - que le suministra algunos ramos, se divide en:

Temporal profundo anterior._ Que va al músculo temporal.

Nervio bucal._ Cruza la cara interna del ten - dón del temporal, alcanza la cara externa del - buccinador donde proporciona ramos para la --- piel y la mucosa del carrillo; su ramo cutáneo se anastomosa con el facial.

Temporal profundo medio._ Alcanza la cresta esfenotemporal y - se distribuye en los haces medios del músculo - temporal.

Temporomaseterino. Pasa encima del músculo pterigoideo externo y se divide en:

Temporal profundo posterior. Inerva los haces posteriores del musculotemporal.

Maseterino. Se distribuye en la cara profunda del músculo masetero.

Tronco posterior. Emite cuatro ramos:

Tronco de los nervios del pterigoideo interno, peristafilino externo y músculo del martillo, se unen al ganglio ótico, del que se separan para dividirse en tres ramos:

Pterigoideo interno. Penetra en la cara profunda del músculo pterigoideo interno.

Peristafilino externo. Alcanza el borde posterior del músculo peristafilino externo.

Nervio músculo del martillo. Llamado así porque va a distribuirse a este músculo.

Auriculotemporal. Este nervio pasa sobre la arteria maxilar interna, bordea luego el cuello del cóndilo del maxilar inferior y penetra después en la cara profunda de la parótida, se divide en varios ramos:

Auriculares inferiores. _ Para el conducto auditivo _
externo.

Auriculares. _ Destinados a la articulación temporo-
mandibular.

Ramo anastomótico. _ Para el nervio dentario inferior

Ramo anastomótico. _ Que se une al nervio facial.

Ramos parotídeos. _ Que se distribuyen por la glándu
la parótida.

Dentario Inferior. _ Es el mas voluminoso de los originados --
por el maxilar inferior. Emite diversos -
ramos:

Ramos colaterales:

Rama anastomótica del lingual. _ Alcanza -
al lingual por debajo de la cuerda del --
tímpano.

Milohioideo. _ Suministra ramos para el mi
lohioideo y el vientre anterior del digás
trico.

Ramos dentarios. _ Inervan los gruesos mo-
lares, premolares y canino, así como el -
maxilar inferior y la oncia que lo cubre.

Ramos terminales:

Nervio incisivo._ proporciona ramos a los incisivos y al canino.

Nervio mentoniano._ Se distribuye en el mentón, labio inferior y mucosa.

Nervio Lingual. Es casi tan voluminoso como el dentario inferior, se dirige a la punta de la lengua. El lingual recibe diversos ramos anastomóticos:

_Del dentario inferior la rama anastomótica del lingual que ya fué descrita.

_Del facial la cuerda del tímpano.

_Un ramo que se anastomosa con el hipogloso mayor.

_Ramo anastomótico que se une con el nervio milohioideo.

Ramos colaterales destinados a:

_ Pilar anterior del velo del paladar.

_ Amígdalas.

_ Mucosa de las encías.

_ Piso de la boca.

CAPÍTULO II

SEMIOLÓGIA O ANAMNESIS

Es de suma importancia para la realización de un buen diagnóstico, el contar con una detallada historia clínica.

La evaluación clínica debe hacerse con cuidado metódico para asegurar una evaluación correcta.

El estudio radiográfico adecuado debe incluir radiografías dentales, así como placas de las articulaciones temporomandibulares. Las placas articulares deben obtenerse en todos los casos para clasificar el tipo de alteración articular y para proveer un registro básico para futura referencia si el paciente presenta dificultades adicionales en los años siguientes. A continuación expongo la historia clínica específica para la articulación temporomandibular.

HISTORIA CLÍNICA
DE LA
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

No. _____ Fecha _____

Dirección _____

Edad ____ Sexo ____ Estado Civil _____ Profesión _____

I. Motivo de consulta

II. Comienzo y evolución

III. Antecedentes patológicos

A) Médicos

1. Artritis

- a) Infecciosa
- b) Traumática
- c) Degenerativa
- d) Reumatoide

e) Gota

2. Fiebre reumática
 3. Ileítis
 4. Colitis
 5. Úlcera
 6. Insomnio
 7. Cefaleas
 8. Vértigo
 9. Convulsiones
 10. Neuralgia
 11. Otras enfermedades neurológicas
 12. Problemas emocionales
 13. Sinusitis
 14. Parotidítis
 15. Enfermedades del oído
- a) Dolor
- b) Infección

c) Tinnitus

d) Tapones

e) Zumbidos

f) Disminución de la audición

16. Enfermedades musculares

17. Traumatismos (craneales, faciales, cervicales)

18. Otros problemas médicos

19. Corrientemente bajo tratamiento médico debido a:

B) Quirúrgicos

C) Dentales

1. Edad en el tratamiento anterior
2. Trabajo que se realizó
3. Relación entre el trabajo dental y el comienzo de los síntomas

D) Fármacos

1. Medicación anterior y actual
2. Alergia medicamentosa

E) Dieta

1. **Apetito**
2. **Digestión**
3. **Consistencia general**
4. **Estado de nutrición**
5. **Alergia alimentaria**

F) Hábitos

1. **Apretar los dientes**
2. **Bruxismo y bruxomanía**
3. **Masticación de chicle**
4. **Tabaco (forma y cantidad)**
5. **Hábitos ocupacionales (zapateros, costureros etc...)**

IV. Exploración

A) Cara

1. **Deformidades**
2. **Tumefacciones**
3. **Espasmos**

B) Músculos de la masticación

1. **Dolor**
 - a) **En reposo**
 - b) **Funcional**
2. **Hipersensibilidad**
 - a) **En reposo**
 - b) **Funcional**
3. **Espasmos**
4. **Fatiga**

5. Contractura

C) Musculatura cervical (dolor, hipersensibilidad, espasmos, fatiga).

D) Articulación temporomandibular

1. Dolor

- a) En reposo (D) (I)
- b) Al cierre (D) (I)
- c) Ala apertura(D) (I)
- d) Desplazamiento lateral izquierdo (D) (I)
- e) Desplazamiento lateral derecho (D) (I)
- f) Protrusión
- g) Retrusión (D) (I)

2. Deformación

3. Tumefacción

4. Hipersensibilidad

5. Hipermovilidad (D) (I)

6. Hipomovilidad (D) (I)

7. Crepitación

- a) En el lado derecho
 - + Tipo
 - + Momento de la presentación (inmediata, en la apertura o cierre amplios)

8. Movimientos asincrónicos (D) (I)

E) Movimientos mandibulares**1. Apertura**

- a) Distancia interinicial mayor
- b) Desviación de la línea media
 - + Dirección (D) (I)
 - + Inmediata () intermedia () terminal ()
 - + Distancia de la línea media

2. Desviación lateral

- a) Normal (D) (I)
- b) Limitada (D) (I)
- c) Excesiva (D) (I)

3. Protrusión

- a) Normal (D) (I)
- b) Limitada
- c) Excesiva
- d) Desviación (D) (I)

4. Retrusión

- a) Normal
- b) Limitada
- c) Excesiva
- d) Desviación (D) (I)

F) Cavidad Oral

- 1. Patología mucosa
- 2. Patología periodontal
- 3. Extensión de la caries
- 4. Prótesis dentales
- 5. Oclusión

- a) Relación mandibulomaxilar
 - + Normal
 - + Protrusiva
 - + Retrusiva
 - + Mordida cruzada

- b) Mordida superior
 - + Normal
 - + Aumentada
 - + Disminuida

- c) Grado de desgaste de los caninos

- d) Contactos que interfieren la oclusión (contactos prematuros, mal posición de los dientes, etc..)
 - + Relación central
 - + Lateral derecha
 - + Lateral izquierda
 - + Protrusión

G) Exploración radiográfica

H) Datos de laboratorio

V. Análisis clínicos

VI. Diagnóstico final

VII. Recomendaciones

VIII. Curso y tratamiento posterior.

La historia clínica antes expuesta abarca una gran información con respecto al paciente, la cual toma un tiempo considerable en su elaboración. A fin de ahorrar tiempo y obtener la información necesaria se puede utilizar el siguiente formato y formular preguntas relacionadas en preimer término con los síntomas locales, ya que el paciente estará más interesado en hablar sobre su padecimiento actual.

HISTORIA LOCAL

- 1) Comienzo de los síntomas
- 2) Tipo y distribución del dolor
- 3) Relación del dolor con el tipo de movimientos, masticación, hora del día, bruxismo, etc.;
- 4) Cualquier restricción o traba en el cierre de los maxilares
- 5) Ruido de choque o de chasquido en las articulaciones temporomaxilares
- 6) Cualquier síntoma aledaño a las articulaciones temporomaxilares.

HISTORIA GENERAL

Es también esencial para el diagnóstico obtener información respecto a artritis o reumatismo en cualquier parte del cuerpo, mialgias profesionales y posturales, tensión psíquica o emocional, esfuerzo físico y fatiga, y padecimientos o trastornos generales.

TRATAMIENTO ANTERIOR

La experiencia con el tratamiento anterior puede proporcionar valiosa información. Sin embargo, el hecho de que un paciente haya tenido ajuste oclusal, férulas, o cualquier otro tratamiento oclusal, no descarta de ninguna manera a la oclusión como un factor importante en la etiología del problema del paciente.

El tratamiento de los trastornos funcionales puede resultar extremadamente difícil y con frecuencia es efectuado en forma incorrecta. En un considerable número de pacientes, se puede encontrar también que un tratamiento defectuoso a venido a complicar su enfermedad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física incluye el examen sistemático de las áreas locales (articulación temporomaxilar, cabeza y cuello), ciertas observaciones de la totalidad del cuerpo, y exploración radiográfica y exámenes de laboratorio cuando están indicados.

ÁREAS LOCALES

(articulación temporomaxilar, cabeza y cuello)

Explórese en busca de asimetría de la cara y cuello, así como de cualquier irregularidad que pudiera indicar hipertrofia o atrofia muscular, inflamación y evidencia de lesión traumática. Las cicatrices relacionadas con lesión traumática o cirugía pueden ser importantes para el diagnóstico.

Observe los patrones de movimiento del maxilar inferior. Las desviaciones del maxilar en los movimientos suaves de deslizamiento pueden estar relacio

nadas con interferencias oclusales, fracturas, parálisis muscular y trastornos de las articulaciones temporomaxilares.

Pálpese las articulaciones temporomaxilares con los dientes en oclusión, en reposo, con los maxilares completamente abiertos, y durante los movimientos del maxilar. Los movimientos de chasquido o de brinco dentro de la articulación pueden ser sentidos aun cuando no se producen sonidos audibles. Las desviaciones del maxilar pueden estar relacionadas con interferencias articulares u oclusales.

Escúchese en busca de ruido en las articulaciones. El choque y el chasquido articular pueden ser audibles cuando son graves, pero si son ligeros únicamente serán percibidos por palpación, a menos que se utilice un estetoscopio.

Pálpese todo el lado de la cabeza y del cuello en busca de dolor. Una ligera percusión puede localizar áreas de adolorimiento no discernibles por la palpación regular. Pálpense también los músculos que pueden ser alcanzados por vía intrabucal. El dolor en los músculos, así como en las áreas cercanas a las articulaciones, resulta importante en el diagnóstico de los trastornos funcionales de las articulaciones o de los músculos.

Efectúese un análisis clínico funcional del aparato masticador. El análisis debe incluir un intento de encontrar la relación céntrica e interferencias en dicha posición, así como en las excursiones lateral y protrusiva del maxilar. Nótese las facetas de desgaste sobre los dientes, movilidad dental, y cualquier indicación de oclusión traumática, inestable o desequilibrada.

Búsquese signos de bruxismo e hiperactividad muscular. Posiblemente el signo dental más importante de bruxismo sean los patrones de desgaste oclusal o incisivo que no se adaptan o no coinciden con los patrones de desgaste normal masticatorio o de deglución. Tales patrones o facetas de desgaste se observan frecuentemente fuera del límite normal de la función, en la punta incisiva de un canino superior. La hiperactividad muscular puede hacerse patente por contracciones espasmódicas o encorvamiento de los músculos afectados.

El análisis funcional del aparato masticador es extremadamente difícil y nunca resulta fidedigno en pacientes con artritis -- traumática temporomandibular e hiperactividad muscular. En algunos casos el paciente no puede siquiera abrir la boca lo suficiente para permitir la inspección de las relaciones oclusales.

EXPLORACIÓN DE TODO EL CUERPO

La exploración física debe incluir aquellas observaciones -- que pueden ser de valor para relacionar los trastornos de las articulaciones y músculos temporomaxilares con algún padecimiento de índole general.

La marcha y postura del paciente deben ser observadas en busca de signos de enfermedades óseas o articulares, trastornos musculares y padecimientos del sistema nervioso.

Obsérvese las articulaciones de los dedos y de otras regiones en busca de signos de formas generalizadas de artritis. Aunque no es frecuente, otras formas de artritis pueden también afectar las articulaciones temporomaxilares.

Los estudios de laboratorio pueden en ocasiones resultar útiles para el diagnóstico diferencial.

EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA

Resulta sumamente importante lograr radiografías que proporcionen una vista aceptable de la región articular. Para este objeto se dispone de varias técnicas radiológicas. Sin embargo debido a la variación anatómica individual, es difícil obtener siempre buenas radiografías de estas articulaciones. Se debe disponer de una placa en cierre y otra con el maxilar en abertura forzada, para cada articulación.

Las radiografías deben ser estudiadas en cuanto a contorno y diseño de la superficie articular del cóndilo, fosa glenoidea y tubérculo articular. Se debe observar la posición del cóndilo en el cierre y en la abertura, así como estudiar todas las estructuras adyacentes con detenimiento para buscar cualquier alteración patológica.

La llamada hipermotilidad o subluxación del maxilar ha sido con frecuencia diagnosticada sobre la base del movimiento del cóndilo por delante del tubérculo articular en las aberturas forzadas del maxilar. Sin embargo, se observa con frecuencia esta posición del cóndilo como parte de una abertura máxima completamente normal y no es de importancia clínica si no se acompaña de signos o síntomas indeseables.

Las radiografías resultan esenciales para descartar fracturas, para el diagnóstico de osteoartritis, padecimientos nasales, paranasales y sinusales, hiperplasia unilateral del cóndilo.

C A P Í T U L O III

ARTROPATÍAS

La mandíbula tiene gran capacidad de movimientos (cerrada, - abierta, dirigida hacia delante, atrás y lateral) que resultan de la combinación de dos movimientos condilares básicos; uno rotatorio y uno de deslizamiento. Cualquier limitación en la función -- nos indicará que existe alguna afección a ese nivel.

Los diferentes tipos de artropatías que pueden afectar la articulación temporomandibular son :

1. Lesiones traumáticas: Luxación hacia adelante

Luxación hacia atrás.

2. Artritis temporomaxilares.

3. Trismo.

4. Constricción no inflamatoria de los maxilares.

5. Constricción permanente de las mandíbulas.

6. Anquilosis temporomaxilar

7. Conatricción permanente de las mandíbulas de origen extra articular.

Dentro de estas afecciones la más frecuente es la luxación.

L U X A C I Ó N

La luxación puede definirse como una pérdida de la relación entre los componentes de una articulación, que no es autorreductible, y ocurre cuando la cabeza del cóndilo se desplaza hacia adelante sobre la eminencia articular en una posición tal que no puede ser vuelta voluntariamente a su lugar normal.

Persiste una gran confusión respecto a los términos "luxación" y "subluxación". Luxación de una articulación es la dislocación completa, en tanto que la subluxación es parcial o incompleta, en realidad, una forma de hipermovilidad. Muchos autores desaprueban el uso del término subluxación, argumentando que cuando el cóndilo está obviamente fuera de los límites normales en su posición, la articulación esta realmente dislocada.

La luxación de la articulación temporomandibular puede ser consecuencia de:

- 1) Traumatismo externo, sobre todo cuando la boca esta abierta;
- 2) Apertura brusca y amplia, como un bostezo o durante una convulsión epiléptica;
- 3) Apertura amplia y prolongada de la boca durante las maniobras dentales, orales y faríngeas;
- 4) Laxitud capsular extrema asociada a subluxación crónica;
- 5) Discoordinación muscular (el músculo pterigoideo lateral_

no se relaja cuando los músculos temporal, masetero y pterigoideo interno inician la contracción y cierre de los maxilares.

Aunque la articulación temporomandibular es capaz de una gran amplitud de movimientos, la luxación se realiza generalmente en su dirección anterior. Debido a los límites óseos posterior y superior de la cavidad glenoidea, la luxación en estas direcciones solo es posible cuando la fuerza externa que se aplica sobre la mandíbula es tan intensa como para producir una fractura del hueso temporal.

Ya que la mandíbula es un hueso impar y ambas articulaciones temporomandibulares funcionan en forma coordinada, el límite medial de un lado sirve también para limitar el desplazamiento lateral del otro lado. Por ello la luxación lateral puede tener lugar solo cuando se asocia a la fractura contralateral del cuello del cóndilo.

LUXACIÓN HACIA ADELANTE

LUXACIÓN TRAUMÁTICA SIMPLE:

Es bastante rara, con mayor frecuencia unilateral y se presenta habitualmente en mujeres.

Etiología. Ciertas condiciones anatómicas (laxitud ligamentosa, anomalías de las extremidades articulares) crean condiciones favorecedoras, pero la causa habitual es el descenso forzado del maxilar inferior, realizado por un acto fisiológico (risa, bostezo, vómito) o un traumatismo (golpe sobre el mentón, avulsión dentaria).

Anatomía patológica. La luxación del maxilar hacia adelante se caracteriza por la imposibilidad, después de la abertura forzada de la boca, de la retropulsión del cóndilo hacia atrás y, por consiguiente el cierre de la boca.

El cóndilo pasa por encima de la raíz transversa y se desliza mas o menos lejos, hacia adelante de la vertiente anterior del cigoma, contra el cual queda aplicado.

El menisco conservaría para ciertos autores, relaciones normales con el temporal. En piezas experimentales, Mathieu observó que el menisco acompañaba al cóndilo, mientras que para Dufourmentel, el menisco vuelve hacia atrás y se repliega sobre sí mismo.

Los ligamentos laterales permanecen intactos; los posteriores están tensos. La cápsula y la sinovial submeniscales, por lo general desgarradas hacia abajo y adelante, dejan salir al cóndilo por el desgarro.

En el cadáver, la luxación no puede obtenerse mas que después de incisión de la cápsula. En el ser vivo, no sucede así y la lesión capsular no es constante. Cabe pensar que la luxación del maxilar queda a menudo intracapsular. De todas formas, el cóndilo desplazado se mantiene en su posición anormal.

Patogenia. Se han propuesto numerosas teorías para explicar la fijeza de la luxación:

Obstáculo Meniscal (Mathieu):

El cóndilo pasa por debajo del plano inclinado situado por delante de la raíz transversa del arco cigomático, queda fijo en este punto por contracción muscular, sujeto hacia atrás por esta raíz transversa recubierta por el menisco.

Teoría Ligamentosa (Farabeut):

La tensión de los ligamentos largos (esfenomaxilar y estilomaxilar) se opondría a la acción de los músculos elevadores y, -- por consiguiente, al retorno del cóndilo hacia atrás.

Teoría Muscular (J. L. Petit, Tillaux y Saltet):

Una vez efectuado el desplazamiento, la contracción del masetero y los pterigoideos tendería a llevar al cóndilo hacia adelante y el ángulo del maxilar hacia atrás (en realidad, los músculos pueden ceder, mientras que los ligamentos son inextensibles).

Enganchamiento de la coronoides por debajo del reborde inferior del malar (Fabrice D' Aquapendente, Nelton, Magaigne):

En realidad el recubrimiento de ésta apófisis por el tendón del temporal debe oponerse al enganche.

Contacto retromolar entre la cara posterointerna del malar y el borde anterior de la coronoides (Monro).

Prominencia de la raíz transversa del cigoma (Boyer, Richet, Ribes, Poulet):

La oblicuidad de la vertiente anterior de la raíz transversa del cigoma impediría el retorno del cóndilo hacia atrás, con mayor razón, puesto que está aplicado contra esta superficie por la contracción del pterigoideo externo.

En realidad, el mecanismo complejo participa de todas estas_

teorías. Lo que importa tener en cuenta en la práctica es que la primera maniobra de reducción de una luxación temporomandibular - debe ser el descenso del mentón para permitir la retropulsión.

S Í N T O M A S

LUXACIÓN BILATERAL:

Se reconoce a simple vista. El lesionado se presenta con la boca abierta, sin poderla cerrar, dejando escapar la saliva y con la garganta seca. La deglución esta impedida, la masticación resulta imposible y la fonación es difícil. Existe un discreto dolor a nivel de las articulaciones.

La separación de los dientes anteriores es de tres a cuatro centímetros, pero los molares pueden estar en contacto. Por la presión, puede descenderse ligeramente en mentón pero es imposible elevarlo.

El maxilar inferior se presenta levemente desplazado hacia delante y las mejillas estan aplanadas, alargadas (se percibe la tensión de los músculos temporales y maseteros). Los ángulos del maxilar se acercan al borde anterior del esternocleidomastoideo - y, por lo general, esta ocupado el canal retromolar.

Por delante del conducto auditivo, el dedo penetra en una depresión que corresponde a la situación normal del cóndilo. Éste - se percibe hacia delante.

El dedo al ser introducido en la boca aprecia la prominencia de la apófisis coronoides mas cercana al arco cigomático.

LUXACIÓN UNILATERAL:

La boca se presenta menos abierta que en la variedad bilateral, el maxilar esta casi inmóvil y el mentón desplazado hacia de lante en el lado sano. La mejilla del lado luxado esta aplanada y tensa; en el lado sano parece excàvada (relajación muscular).

La prominencia condílea y la depresión preauricular no se observan mas que en el lado de la luxación.

Diagnóstico:

Es relativamente fácil con las fracturas condíleas. Sin embargo, la fractura infracondílea alta se acompaña a menudo, de luxación del fragmento condíleo hacia adelante y adentro, pero el cóndilo no acompaña al maxilar inferior en sus movimientos. Ademas, la desviación se realiza hacia el lado afecto. La radiografía revela las lesiones.

Pronóstico:

En general, después de la reducción, la restauración de la función es completa cuando no existen lesiones óseas sobreañadidas. El pronóstico puede estar ensombrecido por las recidivas o la irreductibilidad.

Tratamiento:

La reducción se consigue fácilmente sin anestesia. El lesionado se sienta en una silla baja, con la cabeza mantenida sólidamente por un ayudante. El operador, en frente del paciente, con las rodillas del lesionado entre sus piernas, coloca sus pulgares sobre los molares inferiores de cada lado y los otros dedos debajo del ángulo mandibular. Después ejerce una fuerte presión hacia abajo y atrás, al propio tiempo que intenta aumentar la abertura de la boca.

Por lo general la reducción no es un procedimiento difícil, sin embargo ocasionalmente el espasmo muscular puede ser lo suficientemente grande como para impedir la simple manipulación del cóndilo devolviéndolo hacia atrás a su posición normal. En tales casos es necesario inducir una relajación muscular para permitir la reducción adecuada del cóndilo luxado. Esto puede lograrse con la infiltración de una solución anestésica local en el interior de la musculatura que rodea al cóndilo. Este método no requiere manipulación, dado que los músculos se vuelven lo suficientemente flácidos como para permitir que el cóndilo caiga de vuelta a su posición normal en la cavidad glenoidea. Cuando la luxación es bilateral es necesario anestesiar solo un lado para realizar la reducción bilateral espontánea.

Después de la reducción se mantendrá sujeta la mandíbula con una fronda una o dos semanas y luego se aconsejará al lesionado la limitación de los movimientos de abertura.

LUXACIONES RECIDIVANTES:

Luxaciones habituales, sin bloqueo. No se trata siempre de -

luxación verdadera, sino a veces de subluxación . Se caracteriza esencialmente por el hecho de que basta, para provocarla, un movimiento de descenso de la mandíbula que sobrepase una determinada amplitud. Puede ser causada también por histeria (se presenta -- con mayor frecuencia en mujeres jóvenes). El uso de ligadura interdentaria de rutina generalmente es infructuoso, dado que el paciente invariablemente va a hallar un modo de aflojar las ligaduras. Evidentemente es imperativa la psicoterapia y debe realizarse sin demora. La intervención no está indicada en este caso.

Tratamiento:

Aparte de la corrección de los trastornos del articulado o del tratamiento de propulsión de la mandíbula, se ha preconizado:

Inyecciones esclerosantes de zaragatona sódica al 5%

Meniscopexia

Menisectomía

La creación de un tope óseo por delante de la articulación.

La inyección de una solución esclerosante debe aplicarse sólo sobre aquellas articulaciones que muestren evidencia clínica y radiográfica demostrable de hipermovilidad (luxación) y debe restringirse a la cápsula que cubre la parte superior del cuello del cóndilo, no debe inyectarse en el espacio articular tal como se hace con los compuestos de cortisona. Generalmente se requiere de más de una inyección, pero dado que puede producirse una importante reacción local frente a ella, es aconsejable esparcirlas a in-

tervalos de dos a tres semanas, el paciente debe entender que pue
de requerirse una serie de hasta cuatro o cinco inyecciones.

Técnica de la inyección

- 1._ El sitio de la inyección debe prepararse de manera que -
esté quirúrgicamente limpio.
- 2._ La boca del paciente debe abrirse un tercio de su abertura
máxima posible.
- 3._ Se aplica la inyección, la aguja se inserta sobre la cara
externa de la articulación y se dirige hacia la cápsula
que recubre la parte superior del cuello del cóndilo_
donde se deposita la solución.
- 4._ La aguja se retira y se aplica un pequeño apósito esté--
ril.

Las soluciones esclerosantes nunca se deben utilizar para el
tratamiento de la artritis traumática temporomaxilar o de los es-
pasmos musculares. El imprevisible daño ocasionado a las articulaci
ones por dichos agentes, hace muy difícil la futura terapéutica
funcional, y el resultado final es comunmente una articulación de
formada con limitación de los movimientos del maxilar. No hay justi
ficación para el empleo de estos agentes con excepción de los -
casos más persistentes de luxación habitual después que todas las
demás formas de tratamiento han fracasado.

La incisión endoaural para exponer las cavidades glenoideas, ha sido utilizada con éxito para la meniscopexia, menisectomía y condilectomía. Este tipo de abordaje está pensado para evitar el traumatismo del nervio facial y dejar como secuela la cicatriz me nos notable.

Se rasura el cabello de la fosa temporal y se prepara y cubre la cabeza para realizar una cirugía estéril. La incisión se comienza en el pliegue cutáneo inmediatamente adyacente al hélix anterior. Se lleva hacia abajo hasta el nivel del trago, punto en el que pasa por una brecha hasta las caras más profundas del conducto auditivo externo, donde queda cosméticamente escondida. --- Cuando la incisión abandona el conducto auditivo externo, se hace apenas visible en la cara inferior del trago. No es necesario sec cionar el cartilago en este punto, ya que éste tiene suficiente elasticidad como para permitir una retracción adecuada sin poner en peligro la incisión en ésta íntima proximidad con el agujero estilomastoideo (punto de salida del nervio facial). En las caras superiores de ésta incisión pueden encontrarse los vasos temporales superficiales y el nervio auriculotemporal. Estos vasos se re traen o pueden ligarse y seccionarse la arteria y la vena. La apo neurosis temporal se secciona con bisturí o tijeras, y el músculo temporal se socava con un elevador perióstico y se eleva de la -- raíz del arco cigomático. En este campo puede identificarse alguna pequeña porción del polo superior de la glándula parótida. Es mejor disecar y retraer el tejido glandular dado que su incisión puede producir una hemorragia engorrosa. Las excursiones mandibulares en este punto van a mostrar claramente el cóndilo incluido en una cápsula articular bastante floja. La exposición ulterior puede efectuarse por medio de una disección roma. Cualquier incisión ulterior en este estadio se hace mejor directamente sobre la

cabeza del cóndilo a lo largo del margen inferior del arco cigomático.

No se prevé daño quirúrgico por debajo de la aponeurosis temporal ni por fuera del cóndilo. Puede haber cierta parálisis por retracción de algunas de las ramas del nervio facial, dado que la zona de exposición es pequeña aunque adecuada. Ésta será una parálisis temporaria.

Todas las gasas utilizadas en esta zona deben estar atadas por un extremo con hilo de seda para suturas negro, largo, para facilitar su conveniente retiro.

El abordaje endoaural de la articulación temporomandibular, en lo que se refiere a meniscopexian menisectomía o condilectomía se cree, en la opinión de muchos, que es el abordaje más directo y tal vez el más seguro para una zona difícil.

La creación de un tope óseo por delante de la articulación se lleva a cabo cuando el paciente ha perdido la eminencia articular creando una nueva eminencia con un injerto de costilla.

LUXACIÓN IRREDUCTIBLE:

La irreductibilidad puede producirse primariamente o cuando no se ha reducido la luxación. Entonces se atenuan los signos funcionales, disminuye la abertura de la boca, y los dientes se aproximan sin llegar a la oclusión ni lograr la correspondencia. La cavidad glenoidea esta deshabitada.

Entre las causas de irreductibilidad, es preciso distinguir

las que dimanar del desplazamiento (tensión ligamentosa) y las -- que se crean en las luxaciones antiguas, articulares (ósea, capsu lar meniscal) o periarticulares.

Tratamiento:

Es posible, durante mucho tiempo, la reducción incruenta de las luxaciones antiguas. Ante el fracaso es preciso recurrir al tratamiento quirúrgico: reducción cruenta, a menudo con menisectomía, y la creación de un tope óseo por delante de la articulación. Raramente es necesaria la resección del cóndilo.

El procedimiento recomendado para la condilectomía mandibular es el siguiente:

1._ Se rasura el cabello 3 cm hacia arriba, atrás y por delante del oído.

2._ Se infiltra una solución anestésica que contenga epinefrina en la zona que está por delante del oído y que recubre el cóndilo.

3._ Se hace una incisión por delante del oído, extendiéndola desde sus inserciones superiores a las inferiores, y que corra a lo largo de la cara interna del trago.

4._ Se separa un colgajo cutáneo de aproximadamente 2 cm por delante de la incisión. Se lo sutura hacia adelante a la piel para ayudar a su separación.

5._ Se comienza la disección en íntimo contacto con el cartilago de la oreja. La disección consiste en realidad en separar -- los tejidos blandos insertados del cartilago de la oreja y el con ducto auditivo externo, hasta alcanzar el arco cigomático.

6._ Se palpa el cóndilo, y se realiza una disección ligeramente más profunda y luego se lleva hacia adelante para exponer - la cápsula articular.

7._ Se abre la cápsula a través de una incisión semilunar y_ extendiéndose a lo largo de sus bordes posterior y superior, pero evitando el menisco, y exponiendo así el cóndilo.

8._ Se reseca el cóndilo a 6 u 8 cm por debajo de su borde - superior. Esto se realiza rápidamente y con facilidad por medio - de una pequeña fresa redonda de carburo al tungsteno.

9._ Se retira la pieza con una separación limitada de las fi bras de inserción del músculo pterigoideo externo. La mayoría de_ las fibras del pterigoideo externo permanecen insertadas por enci ma y por debajo del sitio de resección, proveyendo así una buena_ función posoperatoria.

10._ El muñón del cóndilo remanente se alisa con limas para - hueso, y se coloca Gelfoam en el defecto para controlar la hemo-- rragia en napa de los capilares o una repentina hemorragia venosa que pudiera producirse.

11._ Se sutura la cápsula con catgut común delgado. El resto_ de la herida se cierra de la manera habitual.

12._ Se aplica un apósito con generosa presión que se deja en su sitio durante 48 horas.

13._ Se apura al paciente para que use la articulación tan -- pronto como le sea posible.

14._ Debido al derramamiento de sangre hacia el interior del_ conducto auditivo externo, es imperativo irrigarlo y limpiarlo en el posoperatorio, dado que la sangre coagulada que se encuentra - contra el tímpano es altamente irritante.

Aunque podría esperarse normalmente un desplazamiento inu--sual de la mandíbula en el estado posoperatorio hacia el lado ope--rado, esto no sucede. Cuando se produce una desviación, ésta gene--ralmente es de un grado relativamente pequeño y fácilmente corre--gible por ajuste oclusal. La preservación del menisco es impor---tante, dado que impide la formación de adhesiones que de otra ma--nera se formarían entre el muñón de la mandíbula reseca y la - fosa glenoidea, cuyo desarrollo podría provocar la desviación de_ la mandíbula hacia el lado afectado.

L U X A C I Ó N H A C I A A T R Á S

Los autores franceses, consideran que esta luxación se acom--pañía siempre de una fractura por hundimiento de la pared anterior del conducto auditivo externo.

Los autores alemanes admiten que puede existir sin fractura.

Síntomas:

Luxación sin fractura. Los dientes están apretados entre sí, y los incisivos inferiores situados mucho más hacia atrás que normalmente sobre los superiores. El cóndilo maxilar se aprecia por debajo del conducto auditivo externo, por delante de la mastoidea.

Luxación con hundimiento del conducto auditivo por el cóndilo. Después de un traumatismo sobre el mentón, el lesionado presenta la boca entreabierta, los incisivos inferiores muy retraídos (quince milímetros) sobre los superiores, las mejillas aplanadas, un derrame de sangre por el conducto auditivo externo y sordera.

En general el diagnóstico es fácil. El pronóstico es menos favorable en las luxaciones con hundimiento del conducto auditivo; ya que cuando esto sucede nos puede quedar como secuela trastornos auditivos o incluso sordera debido a la presión ejercida sobre las estructuras del oído.

Tratamiento:

El tratamiento implica la reducción, que es relativamente fácil, y en los casos de hundimiento, la vigilancia de la herida para evitar infección.

A continuación expongo mi opinión a cerca de los tratamientos mencionados en este capítulo.

En la gran mayoría de los casos, el método ideal de tratamiento

to para las luxaciones temporomaxilares, es la reducción manual o cerrada ya que es un método de fácil y rápida ejecución que se -- puede realizar en el consultorio sin necesidad de anestesia, siendo inocuo y de bajo costo.

En los casos de luxaciones recidivantes se hace necesaria la reducción abierta, una vez agotados los métodos conservadores. La técnica quirúrgica a emplear será específica para cada paciente y de acuerdo a su etiología; este tratamiento es generalmente llevado a cabo por un cirujano dentista con especialidad en maxilofa--cial.

Respecto a la utilización de soluciones esclerosantes, existe una gran controversia, ya que algunos autores las recomiendan_ argumentando que han obtenido buenos resultados, mientras que --- otros ponen en tela de juicio la utilidad de estas soluciones, y otros afirman que pueden dañar la articulación.

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En este capítulo expongo las características clínicas de los diferentes padecimientos que afectan la articulación temporomandibular, y con los cuales tenemos que hacer un diagnóstico diferencial para esclarecer el tipo de patología que ésta presenta.

La posición del mentón y otros datos clínicos en el diagnóstico diferencial de los procesos
de la articulación temporomandibular

Proceso	<u>Posición del mentón</u>		Deformación facial	Oclusión	<u>Movilidad condilar</u>		
	Boca cerrada	Boca abierta			Lado no afectado	Lado afectado	Grado de apertura
Normal	No hay desviación	No hay desviación	Ninguna	Normal	coyuntura y deslizamiento	Coyuntura y deslizamiento	Normal
Luxación anterior unilateral	Desviación hacia el lado no afectado	Disminuye la desviación	Prominencia del mentón en el lado no afectado	En el lado no afectado la cara bucal de los dientes mandibulares con los maxilares	Coyuntura y deslizamiento	Ligera coyuntura y rotación	limitado por el espasmo muscular en el lado afectado
Luxación anterior bilateral	No hay desviación	No hay desviación	Prominencia simétrica del mentón	Contactan los primeros molares y al cerrar queda abierta por delante	--	Ligera coyuntura	Mandíbula fijada en una posición abierta

Fractura y luxación del cóndilo unilat <u>e</u> ral	No hay des <u>viación</u>	Desviación hacia el lado afecta <u>do</u>	Puede haber tumefac <u>ción</u> en las zonas relacionadas con el trauma o la fractu <u>ra</u>	Generalmente no hay altera <u>ciones</u>	Coyuntura y desliza <u>mien</u> to	Ninguna	Limitado
Fractura y luxación del cóndilo bilat <u>er</u> al	No hay des <u>viación</u>	No hay des <u>viación</u>	Retropulsión de la mandíbula	contactan los primeros mola <u>res</u> y al cerrar queda abierta por delante	-	-	Muy limi <u>tado</u>
Anquilosis parcial sin detención del crecimien <u>to</u> unilateral	No hay desvia <u>ción</u>	Desviación hacia el lado afecta <u>do</u>	ninguna	Generalmente no hay alteracio <u>nes</u>	Coyuntura y desliza <u>mien</u> to	Ligera co <u>y</u> untura	Limitado
Anquilosis parcial sin detención del crecimien <u>to</u> unilateral	Desvia <u>ción</u> ha <u>cia</u> el lado afecta <u>do</u>	Aumenta la desviación	Aplanamiento del lado no afectado; el mentón es más prominente en el lado afectado	Posición distal de los dientes mandibulares en el lado afectado; oclusión lingual en el lado no afec <u>tado</u>	Coyuntura y desliza <u>mien</u> to	Ligera ro <u>tación</u>	Limitado

Tumor del cóndilo	Desviación hacia el lado no afectado	Disminuye la desvia ción	El mentón es <u>pro</u> minente en el <u>la</u> do no afectado	En el lado no <u>afec</u> tado la cara bucal de los dientes <u>man</u> dibulares con los maxilares (mordida cruzada)	-	Coyuntura o rota-- ción	relativa mente -- normal
Detención del creci- miento -- unilateral	Desviación hacia el <u>la</u> do afectado	Aumenta la desviación	Aplanamiento del lado no afectado; el mentón es <u>pro</u> minente en el <u>la</u> do afectado	Posición distal de los dientes mandi- bulares en el lado afectado	Coyuntura y desliza miento	Coyuntura y desliza miento	Relativa mente -- normal
Detención del creci- miento -- bilateral	No hay des- viación	No hay des- viación	Disminución simé- trica marcada del desarrollo del -- mentón y de la -- mandíbula	Retroposición de - los dientes mandi- bulares	-	Coyuntura y desliza miento	Relativa mente -- normal

ESTÁ TEXAS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

Dentro de las múltiples patologías que presenta la articulación temporomandibular; la luxación hacia adelante es la más frecuente. Existen varias teorías para explicar la patogenia de la luxación, pudiendo ser tanto anatómicas como fisiológicas, sin embargo no se ha podido esclarecer una etiología específica.

Después de la revisión de ésta patología se ratifica que el diagnóstico es de fácil reconocimiento clínico, sin embargo es conveniente apoyarse en un examen radiográfico.

También se puede concluir que el tratamiento es fácilmente ejecutado cuando la luxación se presenta por primera vez, ya que la reducción se lleva a cabo manualmente y sin anestesia, por otro lado cuando se trata de luxaciones recidivantes, además de la reducción se hace necesaria la utilización de infiltración de medicamentos, y en ocasiones es necesario efectuar un tratamiento quirúrgico.

B I B L I O G R A F Í A

- 1._ JOSEPH G. CHUSID: NEUROANATOMÍA CORRELATIVA
3a. Edición de 1974.
Editorial Manual Moderno.
México.
483 Págs.

- 2._ KRUGER: CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL
5a. Edición de 1982
Editorial Panamericana.
Buenos Aires.
685 Págs.

- 3._ MICHEL DECHAUME: ESTOMATOLOGÍA
1a. Edición de 1969.
Editorial Toray-Masson.
Madrid.
955 Págs.

- 4._ QUIROZ: TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA
9a. Edición de 1972.
Editorial Porrúa.
Tomo 1 501 Págs.
Tomo 2 525 Págs.
México.

- 5._ RAMFJORD ASH: OCLUSIÓN
2a. Edición de 1983.
Editorial Interamericana.

México.
400 Págs.

- 6._ SABISTON-DAVIS-CHRISTOPHER: TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA
10 Edición de 1974.
Editorial Interamericana.
México.
Tomo 2 2067 Págs.
- 7._ SHAFER W.-MAYNARD H.-LEVY B.: TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL
3a. Edición de 1977.
Editorial Interamericana.
México.
846 Págs.
- 8._ TESTUT L.-JACOB O.: ANATOMIA TOPOGRAFICA
8a. Edición de 1979.
Editorial Salvat.
Barcelona.
889 Págs.
- 9._ ZEGARELLI E.-KUTSCHER A.- HYMAN: DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
7a. Edición de 1981.
Editorial Salvat.
Madrid.
654 Págs.