

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección; Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada D. D. S

de la Asociación de Prensa Médica Española



M A D R I D

Jorge Juan, 39

Editorial

Número 190 (10)

1959

LA ANQUILOSIS TEMPORO-MANDIBULAR

Es una satisfacción para nosotros publicar en el ambiente español la experiencia que el doctor Horowitz tiene sobre la anquilosis témporo-mandibular, que, si bien es entidad poco frecuente (!), no por ello deja de interesar tanto al estomatólogo. La bien sistematizada exposición de Horowitz está apoyada en una amplia casuística que le permite una intervención quirúrgica de carácter personal.

Al tener hoy el honor de acompañar su lección con nuestro comentario, nada podemos añadir que la curiosidad de nuestros lectores no tenga satisfecho, únicamente traer a colación un sumario reflejo de esta entidad nosológica.

La pérdida permanente, completa o incompleta de los movimientos mandibulares constituyen la anquilosis. Esta limitación cinética, cuando es debida a las blandas, puede ser de origen cicatricial superficial o profunda. En el primer caso, ligera, la cicatriz es cutánea o mucosa, y su etiología, infecciosa o traumática.

Vernueil (citado por Dechaume) distingue a su vez dos circunstancias: según que las bridas cicatriciales sean anteriores o posteriores, de mayores dificultades pronósticas en este caso, puesto que la rediciva es siempre posible.

En el caso en que la anquilosis sea debida a una cicatrización profunda, por esclerosis consecutiva a miositis, por ejemplo, el pronóstico sigue siendo triste.

Cuando las alteraciones óseas han hecho su aparición, la excrecencia llega a soldar las partes móviles de la articulación, dejándola paralizada. Es la forma intra-articular (Horowitz) de los autores modernos.

La precocidad de su aparición—el 80 por 100 de los casos se presenta en la infancia (Orlow, Dechaume, etc)—ha hecho que algunos autores la consideraran, torpemente, como de posible etiología congénita (Chompret). Consecuencia de la natural falta de función, se acompañan con una marcada atrofia del maxilar inferior.

Su etiología queda, según los autores, expuesta en el cuadro siguiente:

Etiología	Dufour- mentel	Kazanjan	Etiología
Traumática	27 %	Traumática	25 %
Infecciones dentarias ...	13		
Infección auricular	11		
Artritis gonocócica	9	Artrítica	15
Escarlatina	8		
Tifus	8	Infecciosa	40
Tuberculosis	3		
Difteria	4		
Puerperal	1	Varia	20

Uno de los casos intervenidos por Landete (1919) fué debido a una parotiditis doble, a los tres años de edad complicada con viruela, lo que dió motivo a que el niño se quedara sin abrir la boca hasta los veinte años, en que fué operado.

Las formas precoces se presentan como consecuencia de traumatismos durante el alumbramiento, como señala Horowitz, por torpe aplicación de forceps (Landete, 1919) formas que pueden ir acompañadas de hemiatrofia facial de naturaleza congénita.

Las fracturas intraarticulares del cuello del cóndilo con hundimiento de la parte posterior de la cavidad glenoidea, no dan anquilosis cuando no se presenta infección articular: por el contrario, la fractura subcondilínea, con penetración intraarticular del fragmento inferior, es frecuentemente causa de anquilosis (Dechaume).

De los accidentes propiamente dentarios, los flemones, osteitis, provenientes de la evolución patológica del tercer molar pueden, aunque raramente en forma permanente, dar lugar a una anquilosis.

En las artritis, Dechaume considera su patogenia como complicaciones de un cuadro de conjuntivitis blenorragica al que sigue un flemón de la región pre-auricular, que lleva a una otitis y a establecer la supuración, fácilmente puede pasar desapereibida por tan insidioso comienzo e ir progresivamente estableciendo la anquilosis, favorecida por la alimentación (biberón o pecho), que no obliga a abrir desmesuradamente la boca.

Kazanjan y Parker (1938) y Parker (1948) la consideran más frecuentemente bilateral para la mayoría de los casos, aunque se haya de convenir que ambos lados no estén afectos en el mismo grado. Chompret, Dechaume, etc., por el contrario, la consideran corrientemente unilateral y casi siempre de tipo óseo, siendo fibrosas las de etiología gonocócica (Dufourmentel).

Respecto al diagnóstico, Landete dice textualmente: «La ligera movilidad del condilo en el lado sano contrasta con la pasividad del

afecto, aparte de la atrofia más pronunciada en el lado enfermo, que es hacia donde se dirige el mentón y en donde la distancia entre el ángulo y el arco cigomático es menor.»

«Queremos llamar la atención sobre un hecho observado por nosotros y que no hemos visto consignado en ningún trabajo y es el referente a la desviación del maxilar inferior hacia el lado enfermo por el mayor crecimiento del lado semiútil y que es de una importancia suma, pero cuyo signo puede estar confuso y aún invertido, en los casos de falta de integridad del aparato dentario, pues sabido es que el desarrollo del proceso alveolar se debe a la presencia de los dientes, y si éstos faltan en el lado sano, ocasionarán una atrofia que aparentará la desviación del mentón hacia el lado indemne; dicho se está que una exploración detenida nos hará tener presente semejante circunstancia, que explica fácilmente, por otra parte, los casos de error de Henle y Broca, que operaron sobre la articulación sana antes que la enferma» (Policlínica, 1919).

En la anquilosis fibrosa, generalmente la de etiología artrítica, se puede apreciar un ligero movimiento, presentándose el tejido conectivo ampliamente vascularizado.

El aspecto clínico del enfermo es característico, la apertura bucal severamente restringida, lo que dificulta la alimentación, la palabra y la higiene oral, advirtiéndose lesiones abundantes de caries. Estos enfermos son por lo general respiradores nasales en los que no se ven afecciones faríngeas (Kazanjian, 1938).

El estudio radiográfico es indispensable para el diagnóstico preciso y el tratamiento cruento.

La intervención quirúrgica no es empresa sencilla, empezando con la misma anestesia que exige la intubación, y puede hacer necesaria la traqueotomía; nos obliga a protegernos de la injuria del nervio facial y de la arteria maxilar interna. La incisión no debe hacerse por bajo de la altura del trago, con una prolongación horizontal hacia el arco cigomático (Ginestet, Roy, Houpert). Landete la extiende unos cuatro o cinco centímetros por debajo del arco cigomático desde medio centímetro por delante del agujero auditivo externo, encima del condilo hasta el ángulo postrero inferior del maxilar.

En la resección condilar, Dufourmentel reconstruye un nuevo «condilo» con la rama maxilar, mientras Landete reseca con una línea horizontal alta la rama completa por debajo de la escotadura, rellenando la cavidad con una pasta iódica, suturando después y estableciendo sistemáticamente el drenaje con unos hilos metálicos.

Eggers coloca entre las superficies reseçadas una fina lámina de tántalo, mientras que otros autores la sustituyen por prótesis de acrílico simplemente (Terracol, Houpert) o las recubren con acero inoxidable (Truffert). Ginestet coloca un trozo de cartílago, y Dingham (1944) fascia del músculo temporal.

La resección condilar precoz no ha sido aconsejada (Kanthak y colaboradores, 1948), por creer se destruye un punto de osificación, lo que llevaría a mayor deformidad facial.

En los casos de anquilosis bilateral la segunda intervención ha de hacerse seis u ocho días después, con objeto de entrar rápidamente la mandíbula en su normal libertad de movimientos.

Existen casos en los que hay pérdida de función de los músculos temporal y masetero, y tanto al cierre de la boca, como en su contraposición a la gravedad, puede encontrar dificultades. Son casos en los que la «goma de mascar» estimula y llega a recuperar la función.

El aparato de Darcissac facilita al postoperado el movimiento suave y gradual precoz que se le aconseja.

Como resumen de este comentario sobre anquilosis es la recomendación de no ser parco en la resección, toda vez que la recidiva es casi fatal consecuencia de la intervención incompleta y tímida en la liberación mandibular.

Pero, sobre todo, es aún la pericia operatoria la que califica al médico, al cirujano, pericia ampliamente confirmada por Horowitz con marco en las cinco partes del mundo.