

Capítulo 22

Luxación recidivante de la articulación temporomandibular

Jacinto Fernández Sanromán
Eduardo Vázquez Salgueiro
José Luis Cebrián Carretero

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	313
1.1. Definición del problema	313
1.2. Repercusión social.....	313
1.3. Gestión sanitaria del problema.....	313
1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica	313
2. PREVENCIÓN	314
2.1. Factores etiológicos	314
2.2. Medidas preventivas.....	314
3. CLÍNICA.....	314
4. DIAGNÓSTICO.....	314
5. INDICADORES PRONÓSTICOS	315
6. MANEJO TERAPÉUTICO	315
6.1. Factores que afectan la decisión terapéutica	315
6.2. Indicaciones para el tratamiento	316
6.3. Objetivos terapéuticos.....	316
6.4. Posibilidades terapéuticas.....	316
6.5. Manejo perioperatorio	318
7. RESULTADOS.....	320
7.1. Seguimiento	320
7.2. Indicadores de resultado favorable.....	320
7.3. Indicadores de resultado desfavorable	320
8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES	321
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	322

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

La luxación de la articulación témporomandibular (ATM) se refiere a la separación completa de las superficies articulares (cóndilo y fosa-eminencia) asociada a la colocación del cóndilo mandibular en una posición anormal (habitualmente por delante de la eminencia articular). Cuando el paciente por si mismo es capaz de recolocar el cóndilo dentro de la fosa glenoidea se denomina: subluxación de la ATM. Si ésta reducción es imposible y requiere de determinadas técnicas para recolocar los componentes articulares, hablamos de luxación de la ATM. Cuando la subluxación o luxación se repite de forma habitual hablamos de luxación o subluxación recidivante de la ATM.

1.2. Repercusión social

La subluxación o luxación recidivante de la ATM puede constituir una patología que altera de forma significativa la vida del paciente. La luxación puede ocurrir en cualquier momento cuando el paciente realiza actividades normales (comer, reirse, bostezar) lo que puede generarle sensación de inseguridad y miedo y obligarle a acudir en numerosas ocasiones a los Servicios de Urgencias hospitalarios. No existen estadísticas fiables que valoren la incidencia de esta patología, aunque si bien no puede considerarse de alta prevalencia sí que su padecimiento afecta de forma significativa a los pacientes afectados.

1.3. Gestión sanitaria del problema

La luxación de la ATM debe ser tratada cuanto antes por personal entrenado en la reducción de la misma de forma incruenta. Esto debería poder hacerse en cualquier Servicio de Urgencias, tanto en los Centros de Salud como en hospitales. Cuanto antes se reduzca antes se alivia el dolor y la angustia del paciente y más fácil es su reducción. Si no se consigue debe remitirse al paciente lo antes posible a un hospital con guardias de Cirugía Maxilofacial. Allí la reducción se suele conseguir de forma sencilla con o sin ayuda de medicación antiinflamatoria, miorelajantes o bloqueos anestésicos.

El tratamiento de la luxación recidivante debe tratar las posibles causas subyacentes, cuando existen: alteraciones oclusales o falta de piezas dentarias, modificación si procede del tratamiento que algunos pacientes siguen (fármacos que alteran la consciencia o producen incoordinación muscular), controlar o eliminar hábitos comunes (apertura oral forzada, bostezos, etc). Sin embargo en la mayoría de las ocasiones los pacientes deben recurrir a la Cirugía Maxilofacial para solventar el problema.

1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

- Ayudar al profesional a la hora de tomar decisiones.

- Contribuir a mejorar los resultados para los pacientes.
- Servir de documento informativo que guíe a los pacientes a obtener mayor información sobre su deformidad.
- Homogeneizar la actuación de los cirujanos maxilofaciales ante este tipo de patología.

2. PREVENCIÓN

2.1. Factores etiológicos

La luxación de la ATM puede ser espontánea, secundaria a traumatismos directos o indirectos articulares que provocaran un aumento de la laxitud periarticular, asociarse a enfermedades sistémicas que cursan con hiperlaxitud articular (Ehlers Danlos), a enfermedades que cursan con alteraciones en la tonicidad muscular o a la ingesta de medicamentos. Cada vez es más frecuente encontrar pacientes de edad avanzada edéntulos completos y con demencia que sufren estos cuadros clínicos.

2.2. Medidas preventivas

- Eliminar los hábitos predisponentes: forzar apertura oral, control del bostezo
- Reforzar la musculatura del cierre oral mediante ejercicios de rehabilitación activa y pasiva.
- Asegurar una oclusión correcta
- Ajustar cuando se puede los tratamientos farmacológicos que puedan alterar el nivel de consciencia o el tono muscular.

3. CLÍNICA

El diagnóstico clínico de la luxación de la ATM es muy sencillo: el paciente acude a consulta con boca abierta que es imposible cerrar (el mentón puede estar o no desviado dependiendo de si la luxación es uni o bilateral). Suele asociarse a dolor intenso en la zona preauricular luxada. La exploración revela boca abierta, anoclusión, imposibilidad para el movimiento condilar bilateral, y ausencia del cóndilo afectado en la fosa glenoidea.

4. DIAGNÓSTICO

- Clínica ya descrita
- Estudios radiológicos complementarios:
 - Radiografía panorámica de los maxilares: se objetiva el cóndilo luxado fuera de la fosa glenoidea
 - Tomografías de ATM: demuestra con mayor precisión dicha luxación.

- Otras exploraciones ocasionalmente necesarias: RMN: antes de planificar el tratamiento quirúrgico para valorar si existe asociado algún trastorno interno de la ATM (desplazamiento anterior discal). TAC en las luxaciones recidivantes crónicas para descartar anquilosis secundaria.

5. INDICADORES PRONÓSTICOS

- Depende fundamentalmente de las causas predisponentes: si existe patología de base con deterioro del estado de conciencia, o patología neurológica cabe pensarse en que el paciente debería intervenir (si sus condiciones físicas no contraindican la cirugía) lo antes posible.
- En pacientes jóvenes la realización de medidas rehabilitadoras encaminadas a conseguir un mayor control muscular y evitar las situaciones que provocan la luxación deben ser indicadas en primer lugar. Sólo si tras estos procedimientos la luxación continua debe recomendarse el tratamiento quirúrgico.

6. MANEJO TERAPÉUTICO

6.1. Factores que afectan la decisión terapéutica

- Patología sistémica del paciente que pueda comprometer la anestesia y/o favorecer complicaciones de manejo anestésico, durante y después de la intervención. Los pacientes deben ser normalmente grados ASA 1 o 2 en el momento de la cirugía. Estos factores deben tenerse en cuenta en pacientes de edad avanzada en los que habrá que considerar si los riesgos quirúrgicos justifican la intervención.

Alteraciones

- Locales y/o sistémicas que puedan comprometer la hemostasia durante o después de la cirugía.
- Compromiso del aporte vascular al área quirúrgica.
- Condiciones locales y/o sistémicas que puedan impedir la correcta cicatrización ósea o de tejidos blandos.
- Factores anatómicos locales que puedan incrementar el riesgo de morbilidad.
- Secuelas de cirugías o lesiones previas.
- Anormalidades funcionales o de desarrollo de los tejidos blandos faciales.
- Persistencia de crecimiento fisiológico o patológico después del tratamiento.
- Discapacidad mental y/o física.
- Falta de cooperación del paciente.
- Capacidad de entendimiento del paciente y acompañantes de su problema y su corrección

- Enfermedades previas de las vías aéreas superiores, incluido los senos paranasales.
- Compromiso funcional del habla.
- Estado psicológico desfavorable.
- Existencia de otros trastornos internos articulares.
- Inadecuada planificación terapéutica.

6.2. Indicaciones para el tratamiento

- Subluxaciones o luxaciones recidivantes que exijan tratamiento de forma habitual e inhabiliten al paciente para su vida habitual.
- Trastornos internos asociados o en evolución: desplazamiento anterior discal con o sin reducción, con eventual existencia de bloqueos en boca abierta (open lock) que deben diferenciarse antes de decidir el tratamiento quirúrgico a realizar.
- Trastorno psico-social relevante: que afecten al paciente o al entorno.
- Trastornos en la alimentación del paciente que imposibilite la normal masticación o nutrición por vía oral.

6.3. Objetivos terapéuticos

- Normalizar la función de las ATM, disminuyendo el riesgo de subluxación o luxación articular uni o bilateral.
- Eliminar la sintomatología potencialmente atribuible a la patología: bloqueos en boca abierta, dolor, inestabilidad articular
- Prevenir o tratar los trastornos internos articulares si los hubiese.
- Prevenir posibles complicaciones futuras: disfunción ATM, anquilosis, otros.
- Conseguir resultados estables a largo plazo.
- Minimizar la morbilidad asociada al tratamiento.
- Satisfacer las expectativas del paciente.
- Reducir el tiempo total de tratamiento.
- Emplear los recursos disponibles de la formas más eficiente posible.

6.4. Posibilidades terapéuticas

6.4.1. Evaluación preliminar

- Estudio general de salud.

- Evaluación clínica de la región dentofacial, incluyendo la vía aerodigestiva superior, la estética de los tejidos blandos faciales y la función de las estructuras orofaciales.
- Evaluación oclusal, tanto clínica como estudio pormenorizado de modelos (según el caso).
- Estudios cefalométricos (si existe patología susceptible de tratamiento ortognático u ortodóncico asociado)
- Otros estudios de imagen: Rx panorámica, TeleRX de ATM en boca abierta y cerrada.
- En casos seleccionados: TAC (si se sospecha anquilosis u otras alteraciones óseas: tumores, condromatosis, etc.)
- RMN dinámica: se debería solicitar siempre en pacientes jóvenes, ya que es frecuente que existan trastornos articulares asociados que pueden corregirse simultáneamente
- Evaluación psicológica/psiquiátrica/neurológicas, en casos en los que exista relación entre la enfermedad de base y la luxación articular.

6.4.2. Técnicas quirúrgicas

Existen numerosas técnicas quirúrgicas. Sólo presentamos la que en nuestra opinión tienen resultados clínicos probados y mantenidos en el tiempo.

- Cirugía mínimamente invasiva: Artroscopia:
 - Debe ser la técnica de elección siempre que se disponga de la técnica en el hospital en el que se va a tratar al paciente: permite la cirugía sin ingreso, tiene menor morbilidad, una mejor recuperación para el paciente y deja abierta la puerta a otras técnicas más agresivas si fracasa:
 - Escleroterapia del ligamento posterior y de la cápsula lateral: electrocoagulación, inyección de sustancia esclerosantes (polidocanol) o retensado mediante energía por Radiofrecuencia (técnica de elección si se dispone de ella).
 - Plastia de eminencia motorizada asociada a las anteriores.
- Cirugía abierta (no necesariamente intraarticular):
 - Técnicas de reducción en altura de la eminencia articular: tipo Myrhaug. De elección en pacientes con eminencias altas o en casos de pacientes de edad avanzada o patología asociada.
 - Técnicas de aumento de altura de la eminencia articular:
 - Fractura descendente del arco zigomático (Norman) con o sin injerto óseo asociado
 - Aumento en sandwich de la eminencia articular con injerto autólogo (calota craneal, cresta iliaca) o con hidroxipatita.

6.4.3. Procedimientos asociados

- Si existe patología discal –desplazamiento discal– asociada:
 - Tratamiento artroscópico clásico: lisis y lavado/técnicas de reposición discal)
 - Artrotomía:
 - Discectomía con o sin interposición de material
 - Reposición discal con fijación clásica o con anclas.
- En los casos de anquilosis debe tratarse bien de forma clásica o conservando el bloque anquilótico y osteotomía mandibular para crear una neoarticulación.

6.4.4. Rehabilitación post-quirúrgica

- Auto rehabilitación por parte del paciente mediante tabla de ejercicios activos y pasivos isométricos.
- En los casos en los que está disponible se seguirán los protocolos habituales de rehabilitación postoperatoria de la cirugía de la ATM (que cada hospital debe poseer).

6.5. Manejo perioperatorio

6.5.1. Anestesia

- Anestesia general.
- Intubación nasotraqueal.
- Taponamiento orofaríngeo.
- Hipotensión mantenida.
- Infiltración con anestésico local y vasoconstrictor.
- Monitorización anestésica convencional.
- Controles adecuados durante la reanimación, con especial atención a la vía aérea.

6.5.2. Medicación perioperatoria

La medicación prescrita puede variar en función de protocolos individuales u hospitalarios, y en pacientes específicos, pero generalmente incluirán:

- Antibióticos, para reducir el riesgo de infección postoperatoria: protocolo hospitalario para la cirugía limpia.
- Corticoides, para reducir edema, dolor y trismus postoperatorio.

- Antiinflamatorios no esteroideos, posteriormente al empleo de esteroides, para reducir dolor y tumefacción.
- Analgesia intra y postoperatoria.
- Reposición de fluidos intravenosos, incluida transfusión sanguínea en caso preciso. Existen programas de autotransfusión protocolizados en cada centro.
- Antieméticos.
- Ansiolíticos.

6.5.3. Hospitalización

- La estancia hospitalaria de estos pacientes oscila generalmente entre 1 y 2 días para casos de artrotomía. Los procedimientos artroscópicos se realizan generalmente (y salvo contraindicación expresa de los criterios de Cirugía Mayor Ambulatoria) en la Unidad de Día sin Ingreso. El alta hospitalaria se producirá cuando su cirujano considere que el paciente puede estar en su domicilio y recibir los cuidados adecuados. No deberá existir en ese momento riesgo potencial de compromiso de la vía aérea ni hemorrágico.

6.5.4. Cuidados postoperatorios

- Monitorización de la vía aérea en el postoperatorio inmediato, especialmente en pacientes con bloqueo intermaxilar. Se puede realizar en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), salas especiales de Reanimación Postoperatoria, o por personal de enfermería especialmente entrenado en la planta.
- El riesgo de obstrucción de la vía aérea y compromiso funcional respiratorio se ha visto considerablemente reducido en los últimos años con la mejoría de los sistemas de fijación ósea, que ha permitido evitar el bloqueo intermaxilar al final de la intervención en un alto porcentaje de casos.
- Monitorización del sangrado postoperatorio y de los drenajes.
- Los pacientes serán manejados en régimen habitual de hospitalización por parte del personal de enfermería y auxiliar:
 - Generalmente la dieta oral se puede reiniciar al cabo de 6 a 8 horas de la cirugía.
 - Medidas físicas para mejorar el confort del paciente: hielo local intermitente, cabezera de la cama incorporado, etc.
- Control radiográfico de la posición de los segmentos osteotomizados en el postoperatorio inmediato (primeras 24 horas de la intervención): en los casos en los que se realizan dichas técnicas.

7. RESULTADOS

7.1. Seguimiento

- Revisiones periódicas en el postoperatorio del paciente.
- Seguimiento a largo plazo de los pacientes para registrar cambios tardíos, recidivas o posibles complicaciones.

7.2. Indicadores de resultado favorable

- Ausencia de complicaciones intra o postoperatorias inesperadas.
- Obtención de los objetivos terapéuticos prefijados:
 - Función correcta, incluida la oclusión dentaria.
 - Ausencia de sintomatología atribuible a la patología de la ATM.
 - Prevención de potencial desarrollo posterior de patología.
 - Estabilidad de resultados.
 - Mínima morbilidad.
 - Finalización del tratamiento en el tiempo planeado.
 - Satisfacción de las expectativas del paciente.

7.3. Indicadores de resultado desfavorable

- Complicaciones intra o postoperatorias:
 - Hemorragia.
 - Lesión inesperada de estructuras anatómicas.
 - Complicaciones médicas de la cirugía o de la anestesia.
 - Tumefacción facial severa persistente o dolor persistente.
 - Infección local.
 - Dehiscencia de suturas.
 - Complicaciones asociadas al material de osteosíntesis.
 - Compromiso de la vía aérea.
 - Pérdida de injertos.
- Fracaso en la obtención de los objetivos terapéuticos previstos:
 - Compromiso funcional en relación a:

- Recidiva de las luxaciones o subluxaciones
- Oclusión dentaria.
- Masticación.
- Apertura oral: disminuida por debajo de los rangos de normalidad
- Trastorno de articulación temporomandibular: empeoramiento o nuevos síntomas.
- Predisposición a desarrollar patología en el futuro.
- Morbilidad inaceptable a largo plazo:
 - Lesiones dentarias.
 - Isquemia/Necrosis tisular.
 - Lesión nerviosa.
 - Alteración en la cicatrización de las líneas de osteotomía.
 - Patología intracraneal
- Duración excesiva del tratamiento.
- Insatisfacción del paciente con el resultado.
- Persistencia de inestabilidad psico-social.

8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

La articulación temporomandibular (ATM) es la unión de la parte superior de la mandíbula –cóndilo- y la base del cráneo –fosa, eminencia-; entre dichos huesos existe un disco que los separa completamente. Para que la unión sea estable es preciso que esté rodeada por una cápsula que permite que todas las estructuras estén juntas y funcionen correctamente. Cuando alguna de dichas estructuras se altera pueden aparecer trastornos que originan diversas patologías clínicas. En el caso de la luxación de la ATM, esta se produce cuando el cóndilo se sale de la fosa situándose por delante de la eminencia (que actúa como un tope en condiciones normales). Cuando esto sucede la boca queda abierta y si bien en ocasiones el paciente puede ser capaz de cerrarla nuevamente por sus medios, otras veces debe acudir a algún especialista.

Si estos hechos se repiten con frecuencia se denomina luxación recidivante. Su especialista le indicará qué debe hacer para prevenir nuevos episodios. Si a pesar de ello continúa sucediendo es necesaria la cirugía, bajo anestesia general, para evitarlo.

Existen varias opciones: artroscopia o cirugía abierta. Cada técnica tiene sus indicaciones precisas y sus posibles complicaciones que le serán presentadas antes de firmar el consentimiento informado.

Con cualquiera de dichas técnicas se pretende disminuir o eliminar en el futuro nuevos episodios de luxación articular.

La cirugía se realiza bajo anestesia general y con incisiones externas (intentando esconderlas en zonas anatómicas poco visibles, para que sean estéticamente aceptables). El periodo de ingreso hospitalario suele oscilar entre 1 y 3 días, dependiendo de si es preciso intervenir en una o en las dos ATM. La inflamación suele mantenerse alrededor de 1 semana, y el periodo de reposo laboral habitualmente no supera las tres semanas.

Se le recomendarán una serie de ejercicios postoperatorios encaminados a mejorar el resultado final del procedimiento.

Los estudios practicados revelan que el índice de satisfacción de los pacientes y sus familiares es muy alto, por lo que se considera un tratamiento con una relación beneficio-riesgo claramente favorable.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Costas A, Monje F, Fernández Sanromán J, Goizueta C, Castro P. Glenotemporal osteotomy as a definitive treatment for recurrent dislocation of the jaw. *J Cranio-Maxfac Surg* 1999; 24: 178.

Fernández Sanromán J. Surgical treatment of recurrent mandibular dislocation by augmentation of the articular eminence with cranial bone. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55: 338.

Karabouta I. Increasing the articular eminence by the use of blocks of porous coralline hydroxylapatite for treatment of recurrent TMJ dislocation. *J Craniomaxillofac Surg* 1990; 18: 107.

Merrill RG. Surgical treatment current mandibular dislocations by augmentation of the articular eminence with cranial bone. Discussion. *J Oral Maxillofac Surg* 1997; 55: 338.

Myrhaug H. A new method of operation for habitual dislocation of the mandible: A review of former methods of treatments. *Acta Odontol Scand* 1951; 9: 247.

Norman JE de B, Bramley P. Dislocation, in Norman JE de B, Bramley P (eds): *Libro de texto y Atlas en Color de la articulación temporomandibular*. Madrid, Spain, Mosby España, 1993, p 136.