



Caso clínico

Discopexia en el tratamiento del desplazamiento discal anterior de la articulación temporomandibular: reporte de caso clínico

Discopexy in the treatment of anterior disc displacement of the temporomandibular joint: clinical case report

Grace Miranda Becerril,^{*,‡} Jorge Michel Medina Ramírez,[§]
Rafael Alfredo Flores García,^{*,¶} Iván André Avilés Hidalgo^{*,||}

RESUMEN

Introducción: los trastornos internos de la articulación temporomandibular son afecciones en las que el disco articular se desplaza de su posición original, generando dolor o disfunción. Cuando el tratamiento conservador no es efectivo, el tratamiento quirúrgico como la artroscopia es la elección ideal. **Objetivo:** dar a conocer una alternativa de tratamiento quirúrgico para estos trastornos cuando no se cuenta con el equipo necesario para la artroscopia, así como difundir la técnica de cirugía abierta para reposición discal que se empleó con éxito. **Presentación del caso:** masculino de la segunda década de la vida con antecedente médico de Síndrome de Ehlers-Danlos el cual se diagnosticó mediante el uso de resonancia magnética como desplazamiento discal anterior con reducción de cóndilo mandibular derecho y desplazamiento discal anterior sin reducción de cóndilo mandibular izquierdo. An-

ABSTRACT

Introduction: internal disorders of the temporomandibular joint are conditions in which the articular disc shifts from its original position, causing pain or dysfunction. When conservative treatment is ineffective, surgical treatment such as arthroscopy is the ideal choice. **Objective:** to present an alternative surgical treatment for these disorders when the necessary equipment for arthroscopy is unavailable, as well as to disseminate the open surgery technique for disc replacement, which has been used successfully. **Case presentation:** a male in his second decade of life with a medical history of Ehlers-Danlos syndrome, which was diagnosed using magnetic resonance imaging as anterior disc displacement with reduction of the right mandibular condyle and anterior disc displacement without reduction of the left mandibular condyle. He was previously treated with

* Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio. Xalapa, Veracruz, México.

‡ Residente de tercer año de Cirugía Oral y Maxilofacial.

§ Adscrito de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Regional de Veracruz. Veracruz, México.

¶ Adscrito de Cirugía Oral y Maxilofacial.

|| Residente de segundo año del Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Correspondencia:

Dra. Grace Miranda Becerril

E-mail: grace251193@icloud.com

Citar como: Miranda BG, Medina RJM, Flores GRA, Avilés HIA. Discopexia en el tratamiento del desplazamiento discal anterior de la articulación temporomandibular: reporte de caso clínico. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2025; 21 (2): 71-76. <https://dx.doi.org/10.35366/121758>



teriormente fue tratado con manejo conservador durante siete meses sin mejoría clínica. Debido a que en nuestro hospital no se cuenta con artroscopio, se empleó la cirugía abierta para reposición discal y eminectomía colocando dos minitornillos de titanio 2.0 autoperforantes de 7 mm de longitud posterior al polo lateral del cóndilo fijado con sutura prolene 2-0 al disco articular. El resultado fue exitoso ya que se logró resolver de sintomatología dolorosa de nuestro paciente y se devolvió la funcionalidad de la articulación temporomandibular. **Conclusión:** nuestra técnica empleada demostró ser útil en ausencia del equipo necesario para la artroscopia.

Palabras clave: articulación temporomandibular, artroplastia, menisco articular, discopexia.

Abreviaturas:

ATM = articulación temporomandibular
EVA = escala visual analógica

INTRODUCCIÓN

Los trastornos temporomandibulares abarcan un conjunto de problemas clínicos que comprometen diferentes estructuras anatómicas como son: músculos de la masticación, articulación temporomandibular y estructuras asociadas.¹ Afectan principalmente a individuos jóvenes y de mediana edad, con mayor prevalencia en el grupo de 20 a 30 años.² Entre 40 y 50% de la población presenta algún tipo de trastorno, predominando en mujeres; 6% requiere tratamiento y sólo una de cada cuatro personas es consciente de padecerlo.³

El desplazamiento del disco con reducción es cuando, en apertura bucal, el disco articular se encuentra desplazado en relación con el cóndilo y, en el cierre, el disco vuelve a la zona intermedia entre el cóndilo y el tubérculo articular; corresponde a 41% de los diagnósticos clínicos, puede ocurrir en 33% de los individuos asintomáticos. Por el contrario, el desplazamiento discal sin reducción es cuando a la apertura y cierre bucal el disco no regresa a su posición original.^{4,5} El tratamiento de primera línea es de tipo conservador con farmacoterapia, dieta blanda, férulas oclusales, agentes térmicos, estimulación nerviosa, fisioterapia y artrocentesis; sin embargo, cuando estos métodos no son eficaces, el tratamiento quirúrgico como la artroplastia con cirugía abierta o cerrada es de elección para reposicionamiento discal.^{6,7}

En casos crónicos en los que se agotaron las medidas conservadoras, la discopexia se convierte en el tratamiento de primera línea, ya que reposiciona el disco articular en su ubicación fisiológica evitando la

conservative management for seven months without clinical improvement. Because our hospital does not have an arthroscope, open surgery was performed for disc replacement and eminectomy. Two 7-mm self-drilling titanium 2.0 miniscrews were placed posterior to the lateral pole of the condyle, secured to the articular disc with 2-0 Prolene suture. The outcome was successful, as our patient's painful symptoms were resolved and the temporomandibular joint function was restored.

Conclusion: our technique proved useful in the absence of the necessary equipment for arthroscopy.

Keywords: temporomandibular joint, arthroplasty, articular meniscus, discopexy.

disectomía que puede generar cambios degenerativos. La diferencia entre la discopexia con cirugía abierta y la artroscopia, es que esta última tiene limitaciones, como el grado de daño degenerativo (Wilkes V) en donde es necesario acceder de forma abierta ya que el cambio anatómico articular dificulta la entrada del artroscopio; respecto a la artrocentesis, ésta simplemente lava la articulación y libera adherencias, pero no garantiza el reposicionamiento discal.^{4,5,8}

El objetivo de este artículo es demostrar que, así como la artroscopia, la discopexia a cirugía abierta ofrece buenos resultados, devolviendo la apertura bucal, funcionalidad en general y disminuyendo la sintomatología; además, tiene la ventaja de un acceso directo y mejor control visual del disco articular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 14 años de edad que acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial en el centro de alta especialidad «Dr. Rafael Lucio», presentando dolor de 10 puntos en la escala visual analógica (EVA) en zona de articulación temporomandibular (ATM) de manera bilateral con predominio de lado izquierdo y tiempo de evolución de siete meses. Tiene antecedente de uso de guarda oclusal de acrílico sin mejoría clínica. Al efectuar la exploración física, se encuentra limitación a la apertura con 2.7 mm de apertura bucal, chasquido a la apertura de lado de ATM derecha; en ese momento se observa hiperlaxitud de tejidos blandos por lo que se sospecha de probable síndrome de Ehlers-Danlos y se interconsulta a Servicio de Genética quien confirma el diagnóstico. La oclusión se encontraba estable con dentición completa (*Figuras 1 y 2*). Se solicita resonancia magnética la cual reportó articulación

temporomandibular derecha con superficies articulares levemente irregulares, disco articular sin alteración en forma, desplazado hacia anterior durante la fase de boca cerrada, adecuada reducción del disco en su porción media, diagnosticándose como desplazamiento discal anterior con reducción (*Figura 3*); respecto a la articulación temporomandibular de lado izquierdo, se reportó disminución leve del espacio articular, superficies articulares levemente irregulares, quiste de resorción subcondral, disco articular levemente irregular, pérdida leve de su forma biconcava con desplazamiento hacia anterior en fase de boca cerrada, con reducción parcial del disco en su banda anterior, diagnosticándose como desplazamiento discal anterior sin reducción (*Figura 4*).

Debido a que nuestro hospital no cuenta con la aparatología necesaria para realizar una artroscopia, se opta por la reposición discal con cirugía abierta y eminectomía. El paciente ingresó a quirófano, el procedimiento se efectuó bajo anestesia general balanceada, con intubación orotraqueal. Se realizó abordaje preauricular tipo Rowe, que permitió exponer de manera adecuada las superficies articulares (*Figura 5*). Una vez identificada la cápsula, se accedió al espacio articular superior y se procedió a la exposición del disco. Ambos discos articulares, derecho e izquierdo, fueron reposicionados en su ubicación funcional. Para garantizar la estabilidad de los discos, se utilizaron minitornillos de titanio autoperforantes, sobre los cuales se fijaron mediante sutura no reabsorbible (Prolene 2-0). De forma complementaria, se practicó una eminectomía bilateral y remodelado condilar, con el fin de mejorar la relación cóndilo-disco y prevenir recidivas funcionales. La cirugía concluyó con lavado abundante de la zona y cierre por planos (*Figura 6*).

En su evolución postoperatoria a los nueve días, el paciente presentó adecuada apertura y cierre mandibular, sin limitación de la movilidad, con apertura bucal de 43 mm, y con desaparición de la sintomatología dolorosa. El proceso de cicatrización se observó satisfactorio y sin complicaciones locales (*Figura 7*). En la revisión a los siete meses, el paciente permanecía asintomático, en una EVA de 0 puntos, con función mandibular completa y adecuada. Los estudios de imagen confirmaron la correcta posición de los minitornillos y la estabilidad de los discos articulares en relación con los cóndilos (*Figura 8*).

DISCUSIÓN

Los trastornos internos de la articulación temporomandibular son condiciones en las que el disco

articular se ha desplazado de su posición original. El desplazamiento del disco puede dar lugar a numerosas presentaciones; las más comunes son el desplazamiento del disco con reducción, con o sin bloqueo intermitente, y el desplazamiento del disco sin reducción, con o sin apertura limitada.⁹

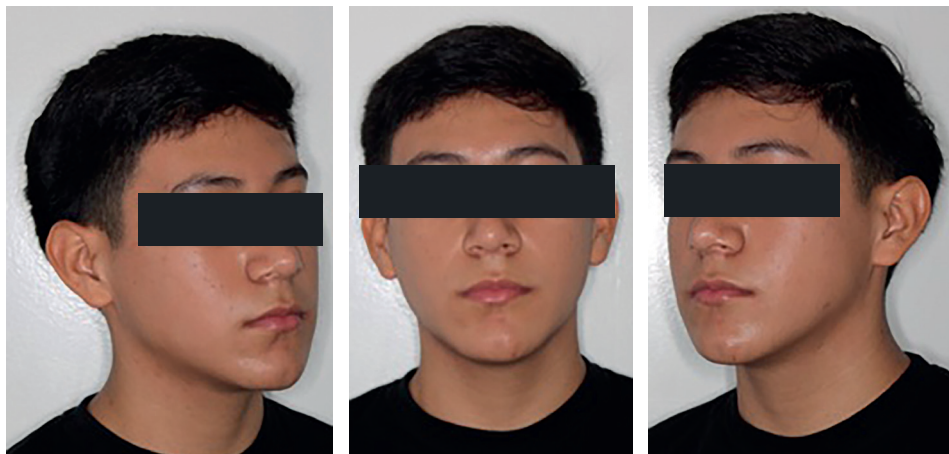
El presente reporte de caso es significativo porque maneja estos trastornos internos tratados mediante discopexia abierta en un adolescente con síndrome de Ehlers-Danlos, La asociación entre este síndrome y los trastornos temporomandibulares muestran una mayor prevalencia de dolor y desplazamientos discales ya que el colágeno se ve alterado, por lo que puede afectar las estructuras fibrocartilaginosas, los ligamentos de soporte, el disco y el tejido retrodiscal de la articulación temporomandibular porque están compuestos por colágeno.¹⁰ La cirugía en estos pacientes presenta desafíos debido a que el tejido conjuntivo es más frágil, riesgos de hemorragias, cicatrización retardada y dificultad en la fijación de estructuras blandas; debe planearse con precaución considerando la debilidad estructural y susceptibilidad a complicaciones.¹¹

En nuestro caso, no se reportaron complicaciones, pero debe considerarse que el seguimiento aún es a corto plazo, por lo que no se debe descartar que con el tiempo la hiperlaxitud residual pudiera ejercer presión sobre la fijación o generar micromovimientos que comprometan la posición del disco.

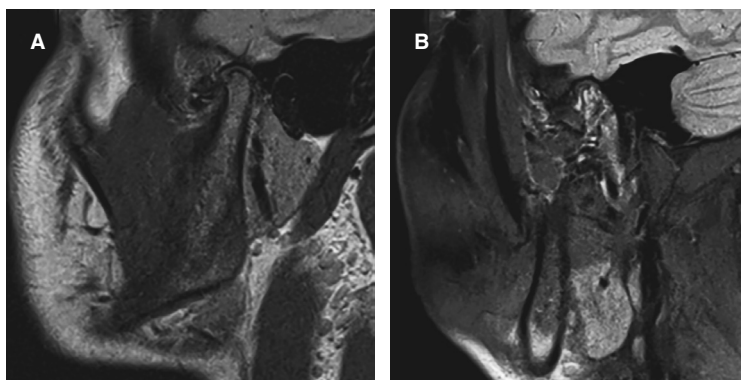
Las limitaciones de nuestro reporte es el seguimiento a corto plazo; sin embargo, es adecuado para evaluar las mejoras iniciales y, por tratarse de un reporte individual, no se puede garantizar la eficacia del procedimiento en todos los pacientes con este síndrome de la población adolescente. El hecho de que se haya utilizado cirugía abierta por la ausencia de equipo no permite comparar directamente los resultados contra la técnica mínimamente invasiva.

Sin embargo, la discopexia abierta sigue siendo una opción válida en entornos donde no hay acceso a la artroscopia. La discopexia ha tenido una tasa que oscila entre 77 y 100%, disminuyendo el dolor de ATM y facial, así como la función de la mandíbula y la alimentación.^{12,13} La cirugía cerrada es la más utilizada actualmente, ya que es estética y funcional y es menos invasiva. No obstante, tiene limitaciones como fibrosis severa o desplazamientos severos en donde el acceso cerrado resulta insuficiente.^{14,15}

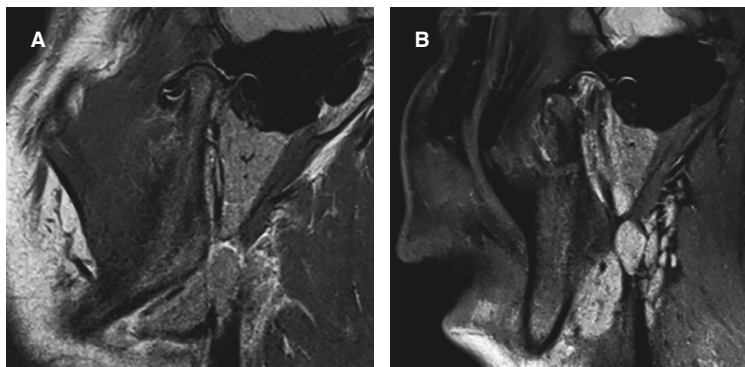
La evolución favorable en un adolescente con comorbilidad genética poco frecuente sugiere que, casos similares podrían beneficiarse de esta técnica quirúrgica con expectativas razonables de éxito.

**Figura 1:**

Fotografías extraorales.

**Figura 2:** Fotografías intraorales.**Figura 3:**

Resonancia magnética de articulación temporomandibular derecha en donde se observa desplazamiento discal anterior con reducción. **A)** Boca cerrada. **B)** Boca abierta.

**Figura 4:**

Resonancia magnética de articulación temporomandibular izquierda en donde se observa desplazamiento discal anterior sin reducción. **A)** Boca cerrada. **B)** Boca abierta.

Figura 5:

Marcaje de incisión cutánea en región preauricular de lado derecho e izquierdo.

**Figura 6:**

Exposición de superficies articulares y disco articular.

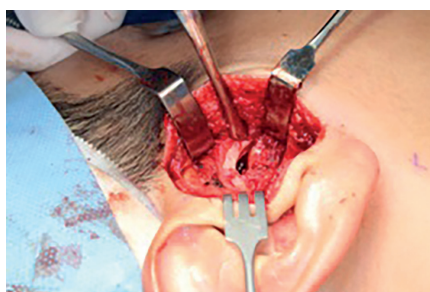


Figura 7: Herida postquirúrgica en donde se muestra adecuada cicatrización de los tejidos cutáneos.

Este reporte puede motivar futuras series de casos o estudios multicéntricos que comparen resultados de discopexia abierta versus artroscópica en pacientes con trastornos de tejido conectivo.

CONCLUSIONES

En este caso, la discopexia mediante cirugía abierta constituyó una alternativa eficaz para el manejo del desplazamiento discal bilateral de la ATM; logró restaurar la función mandibular y reducir la sintomatología dolorosa en un contexto donde no se disponía de artroscopia. Este reporte ilustra la utilidad de



Figura 8: Estudio de imagen de control después de siete meses en donde se observa anclaje en correcta posición y función.

la cirugía abierta como opción viable ante recursos limitados. Las limitaciones del caso incluyen el seguimiento relativamente corto y la ausencia de medidas objetivas estandarizadas de función articular, por lo que se requieren estudios adicionales para evaluar resultados a largo plazo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros adscritos de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial del Centro de Alta Especialidad «Dr. Rafael Lucio», por su orientación y su apoyo durante el proceso de investigación.

REFERENCIAS

1. Lescas MO, Hernandez ME, Sosa A, Sánchez M, Ugalde-Iglesias C, Ubaldo-Reyes L et al. Trastornos temporomandibulares. Rev Fac Med UNAM. 2012; 55 (1): 4-11.
2. Jingyu Y. An overview of treatment for temporomandibular disc displacement including disc reduction. J Oral Facial Pain Headache. 2025; 39 (2): 23-34.
3. González AVH. Artroscofia de la articulación temporomandibular. Descripción del abordaje. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2024; 20 (2): 62-67. doi: 10.35366/118064.
4. Al-Moraissi EA, Al-Otaibi K, Almaweri AA, Bastos RM, Haas Junior OL, Amran AG. Treatment of painful temporomandibular joint disc displacement without reduction: network meta-analysis of randomized clinical trials. Int J Oral Maxillofac Surg. 2024; 53 (7): 584-595. doi: 10.1016/j.ijom.2024.02.004.
5. Poluha RL, Canales GT, Costa YM, Grossmann E, Bonjardim LR, Conti PCR. Temporomandibular joint disc displacement with reduction: a review of mechanisms and clinical presentation. J Appl Oral Sci. 2019; 27: e20180433. doi: 10.1590/1678-7757-2018-0433.
6. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG. Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. J Dent Res. 2008; 87 (4): 296-307.
7. Soni A. Arthrocentesis of temporomandibular joint-Bridging the gap between non-surgical and surgical treatment. Ann Maxillofac Surg. 2019; 9 (1): 158-167.
8. Ahumada RB, Escalona M de la F, Baeza CN. Artroscofia de la articulación temporomandibular. Rev médica Clín Las Condes. 2023; 34 (4): 261-268.
9. Young AL. Internal derangements of the temporomandibular joint: A review of the anatomy, diagnosis, and management. J Indian Prosthodont Soc. 2015; 15 (1): 2-7.
10. Cancino J, Soto F, Martínez S, Gutiérrez S. Manifestaciones temporomandibulares en pacientes con síndrome de Ehlers-Danlos: una revisión sistemática. Rev Cient Odontol (Lima). 2023; 11 (3): e164.
11. Schubart JR, Mills SE, Rodeo SA, Francomano CA. Outcomes of orthopaedic surgery in Ehlers-Danlos syndromes: a scoping review. BMC Musculoskelet Disord. 2024; 25 (1): 846. doi: 10.1186/s12891-024-07937-6.
12. Bonanthaya K, Panneerselvam E, Manuel S, Kumar VV, Rai A, editores. Oral and maxillofacial surgery for the clinician. 1a ed. Singapur, Singapur: Springer; 2021.
13. Abramowicz S, Dolwick MF. 20-year follow-up study of disc repositioning surgery for temporomandibular joint internal derangement. J Oral Maxillofac Surg. 2010; 68 (2): 239-242. doi: 10.1016/j.joms.2009.09.051.
14. Carbajal BL. Fijación y estabilización quirúrgica de disco articular como tratamiento de la disfunción interna de la ATM. Rev ADM. 2006; 63 (4): 142-155.
15. Abdelrehem A, Hu YK, Yang C, Zheng JS, Shen P, Shen QC. Arthroscopic versus open disc repositioning and suturing techniques for the treatment of temporomandibular joint anterior disc displacement: 3-year follow-up study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2021; 50 (10): 1351-1360. doi: 10.1016/j.ijom.2021.02.018.

Conflictos de intereses: no se declara ningún conflicto de intereses.