

CIRUGÍA MAXILOFACIAL

REEMPLAZO BILATERAL DE ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES CON PRÓTESIS TIPO “STOCK” (CASO CLÍNICO)

José Francisco Dittel Jiménez*
Carolina Mata Brenes**

SUMMARY

Alloplastic Temporomandibular Joint (TMJ) reconstruction is indicated when mandibular function has loss due to TMJ dysfunction and other clinical treatment has done and fail, bilateral TMJ replacement are indicated when normal occlusion and mandibular contour are loss. This is the case of a 54 years old female patient with an open bite secondary to a traumatism with a condyle who receives a total bilateral TMJ replacement.

Keywords: TMJ reconstruction, Open bite, Alloplastic, Condyle

INTRODUCCIÓN

El sistema de reemplazo total de la ATM tipo “Stock” (Prótesis con medidas promedio con tres diferentes tamaños de fosa articular) ha sido fabricado y clínicamente utilizado desde julio de 1995 bajo una exención de dispositivos de investigación (IDE, por sus siglas en inglés) aprobada por la FDA. Desde 1995, se han implantado más de 600 pacientes con la prótesis. El ensayo clínico dio como resultado un porcentaje de éxito entre los pacientes del 96%. (1)

INDICACIONES PARA LA RECONSTRUCCIÓN ALOPLÁSTICA DE LA ATM

Anquilosis ósea incluyendo pero no limitándose a la anquilosis recurrente con formación excesiva de hueso heterotrófico. Procedimientos de revisión en los que otros tratamientos que han fallado como reconstrucción aloplástica o injertos autógenos. Fractura. Lesión condilar postraumática. Necrosis avascular. Reconstrucción postumoral. Anormalidades del desarrollo. Deformidad funcional. Condiciones inflamatorias severas que no se han podido

* Cirujano Oral y Maxilofacial. Médico cirujano y Cirujano dentista Práctica Privada

** Médico General

resolver con tratamientos conservadores. (Enfermedades artríticas: osteoartritis, artritis traumática, artritis reumatoide). Articulaciones con operaciones múltiples. Neoplasmas benignos. Tumor maligno (por ejemplo escisión post-tumoral). Articulaciones con enfermedad degenerativa o reabsorbida con discrepancias anatómicas severas. (3)

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 54 años, con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico (LES) y Enfermedad bipolar quien sufrió un accidente al caer de sus pies, sufriendo trauma severo mandibular, el pasado 31 de junio del 2011. Según la historia clínica fue operada el día 20 de julio del 2011. La paciente asiste a la consulta privada del autor el mes de setiembre para ser valorada por su gran dificultad para movilizar su mandíbula. Al examen clínico se documenta una desoclusion importante con mordida abierta anterior de 20 mm y laterognacia, así como una máxima apertura interoclusal de 20mm. Radiográficamente se observa material de osteosíntesis en el ángulo mandibular derecho y fracturas subcondilares bilaterales sin reducción, así como una pérdida en la dimensión vertical por disminución de la

altura facial posterior y en la tomografía tridimensional de las articulaciones se evidencia fractura no favorable del cóndilo mandibular izquierdo y ausencia del cóndilo mandibular derecho. La paciente relata que como parte del manejo agudo del trauma el cóndilo mandibular derecho fue removido durante la cirugía inicial. El plan de tratamiento es hacer un remplazo total articular bilateral.



Imagen 1: Ortopantografía inicial.



Imagen 2 y 3: Tomografía volumétrica preoperatoria.

En las imágenes 1, 2 y 3 se observa la ausencia del cóndilo mandibular derecho, material de osteosíntesis en la rama mandibular derecha con pobre reducción de los fragmentos óseos así como mordida abierta anterior.



Imagen 4: Fotografía de la relación Oclusal pre operatorio.

Nótese la mordida abierta anterior de dos centímetros.



Imagen 5 :Ortopantografía 6 semanas post operatorio.



Imagen 6 : Protésis de ATM tipo "Stock"

La cirugía se realizó el día 21 de noviembre del año 2011 sin ningún por menor se colocaron dos prótesis Stock y respectivas fosas protésicas (Imagen 5).

DISCUSIÓN

La asociación Americana de cirugía Oral y maxilofacial determinó en 1992 una sesión de trabajo sobre el manejo de pacientes con implantes aloplásticos de ATM que esta es una opción para pacientes con enfermedad extensa de la ATM” y aunque publicaciones posteriores en cuenta la manifestación del NIH en 1996 describe los resultados como desastrosos, la revisión de la literatura no sostiene el argumento de que las reconstrucciones aloplásticas de la ATM son más propensas a fallar y como resultado se le da aprobación para cirugía. (1, 5, 6, 9, 10). Los Implantes de ATM tipo “Stock” proveen una manera eficiente predecible y costo efectiva para la reconstrucción de la Articulación. (5) La reconstrucción de la ATM con tejidos autógenos proporciona grandes ventajas: Sustituir la unidad rama-cóndilo y cartílago articular con la capacidad de integrarse. Sin reacción de cuerpo extraño. Unión ósea con el cuerpo mandibular. Capacidad de remodelarse. Capacidad biológica de crecimiento cuando son

usados en esqueletos inmaduros es una de las principales. Los estudios a largo plazo de reportan resultados aceptables (2,4). También se han documentado desventajas asociadas con los injertos autólogos: Morbilidad del área donante y la variabilidad del comportamiento del injerto (reabsorción, anquilosis o crecimiento excesivo) Los objetivos de toda reconstrucción articular deben ser: Mejorar la función mandibular y forma. Reducir el sufrimiento y la incapacidad. Evitar tratamientos excesivos y el costo. Prevenir morbilidades. (8) El grado de enfermedad y la distorsión anatómica dictan la necesidad de un remplazo total de la ATM. El dolor neuropático crónico siempre está involucrado en algún grado de incapacidad en un paciente se ha sometido a múltiples intentos quirúrgicos por regresarle su función. Por eso el cirujano debe comprender que el objetivo primario debe ser restaurar la forma y función mandibular. (7)

RESUMEN

La cirugía de reconstrucción de la articulación temporomandibular (ATM) con materiales aloplásticos está indicada para resolver aquellas situaciones donde se ha perdido la función mandibular por disfunción de la ATM y donde han fallado otros tratamientos, los

reemplazos articulares bilaterales tienen además la indicación de ser usados cuando es necesario restaurar la oclusión normal y el contorno Mandibular. Este es el caso de una paciente de 54 años con una mordida abierta secundaria a un traumatismo con pérdida de uno de sus cóndilos. Este caso se resolvió con la colocación prótesis totales bilaterales de ATM.

Descriptores: Reconstrucción de ATM, Mordida abierta, aloplástica, cóndilo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agerberg G: Bite force after Temporomandibular joint surgery, International journal of Oral and Maxillofacial Surg 17:177-180, 1988.
2. Braun KJ: Temporomandibular joint surgery. Part II. Partial and total joint reconstruction and osseous procedures. Selected Readings in OMFS 4:1995
3. Grandquist, Eric, Quinn, Peter: Total Reconstruction of the Temporomandibular Joint with a Stock Prosthesis Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 19 (2011) 221-232
4. Haas SS, Brauer GM, Dickson G: A characterization of polymethyl methacrylate bone cement. J Bone Joint Surg Am 57 A: 380-391, 1975.
5. Mercuri LG. Alloplastic temporomandibular joint reconstruction. Oral Surg 1998; 85:631-7.
6. Mercuri LG. Considering total alloplastic temporomandibular joint replacement. Cranio 1999;17:44-8.
7. Mercury, Louis: Total Joint Reconstruction Autologous or Alloplastic. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 18 (2006) 399-410.
8. Quinn, Peter: Total Temporomandibular joint reconstruction, Lorenz Prostheses. Oral and Maxillofacial surgery clinics of

North America 12 (2000)

9. Vega, Luis et al: Reoperative Temporomandibular Joint Surgery. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics. V 23, Issue 1, Pages 119-132, February 2011.
10. Wolford LM, Dingworth DJ, Talwar RM, et al. Comparison of 2 temporomandibular joint prosthesis systems. J Oral Maxillofac Surg 2003;61:685-90.