

UNIDAD DE PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (A.T.M.)

- Información sobre Procedimientos Específicos -

Infiltración articular:

La infiltración articular es la introducción de una sustancia en una articulación: Corticoides, ácido hialurónico o Plasma Rico en Plaquetas (PRP).

Se realiza con anestesia local.

Nosotros le realizamos en ocasiones como complemento a otras técnicas como son la Artrocentesis o la Artroscopia.

Artrocentesis:

La Artrocentesis es una técnica mínimamente invasiva con la que podemos realizar un “lavado” articular. Consiste en la introducción de dos agujas o una cánula con dos vías en la articulación, por una entrará suero y saldrá por la otra. Con esto establecemos un circuito de lavado que tiene la función de eliminar el líquido sinovial de la articulación cuando este ha perdido características de lubricación o ha almacenado sustancias que generan dolor e inflamación.

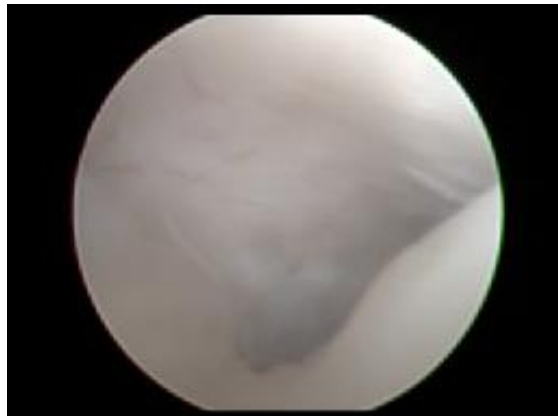
Para nosotros la única indicación de esta técnica es el bloqueo articular agudo (imposibilidad brusca para la apertura de boca).

Se puede realizar con anestesia general, local y sedación o anestesia local.

En nuestro caso siempre la realizamos con anestesia local. El motivo es que es una técnica sencilla pero “ciega”, es decir no podemos ver nada dentro de la articulación, ni siquiera podemos saber con seguridad si estamos en el espacio superior o inferior de la articulación, por lo que si tenemos que realizarla en quirófano preferimos realizar una Artroscopia,

que es también mínimamente invasiva y nos permite ver, diagnosticar y realizar muchos más procedimientos quirúrgicos.

Artroscopia de la ATM:



La endoscopia es una técnica quirúrgica que se considera mínimamente invasiva pues se realiza a través de unas cánulas o tubos por los que se introduce una cámara y el instrumental apropiado para realizar la cirugía con mínimas incisiones, visualizándolo todo en un monitor. Esto supone menos cicatrices, mejor recuperación del paciente y menos estancia hospitalaria. Cada día son más los procedimientos quirúrgicos de todas las especialidades que se van realizando con este tipo de técnica. Cuando la endoscopia se realiza en una articulación se la denomina **Artroscopia**.

En el caso de la artroscopia de la Articulación Temporomandibular la técnica se realiza con cánulas muy pequeñas, de 2,3 a 2,8 mms de grosor por las que se introduce una óptica conectada a una cámara y una serie de instrumentos: bisturíes, terminales de radiofrecuencia para cortar y coagular, palpadores, tijeras, pinzas, etc... con las que se realiza la cirugía. La visualización de la cirugía se realiza a través de un monitor.

Indicaciones

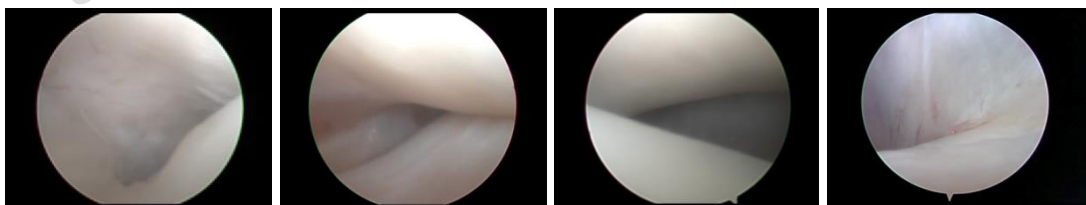
La artroscopia de la ATM está indicada cuando existen problemas dentro de la articulación que no han mejorado con otros métodos conservadores: medidas de autocuidado, férulas de descarga, medicación, etc...

1.- Disfunción de ATM o Disfunción de la Articulación Temporomandibular: Es la patología más frecuente y cursa con dolor articular (por delante de la oreja) y/o dificultad en la apertura de boca. Pueden existir o haber existido en la articulación chasquidos al abrir o cerrar la boca.

2.- Condromatosis sinovial: Es una patología no muy frecuente que cursa con cuerpos libres cartilaginosos dentro de la articulación. No siempre puede ser tratada con artroscopia y en ocasiones precisa cirugía abierta. Puede ser poco sintomática o producir dolor y problemas mecánicos al abrir y cerrar la boca o incluso simular un tumor.

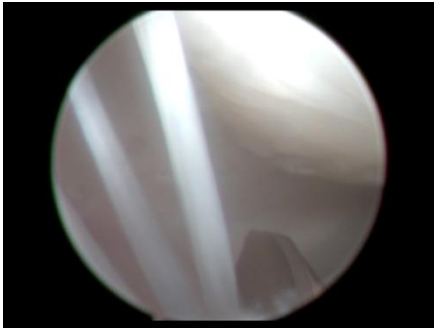
3.- Luxaciones de ATM: La luxación de ATM es la salida del cóndilo de la mandíbula fuera de la articulación sin posibilidad de que esta vuelva a su posición normal. Suele ser bilateral y cuando sucede el paciente queda con la boca completamente abierta sin posibilidad de cerrarla. Habitualmente precisa acudir a un centro hospitalario para su correcta reducción. Cuando es unilateral la mandíbula queda desviada al lado contrario sin poder volver a su sitio y también precisa reducción hospitalaria. Cuando estas luxaciones son repetidas a pesar de evitar las aperturas de boca exageradas, en nuestro centro realizamos un intento de solucionar el problema con una cirugía mínimamente invasiva: la artroscopia, infiltrando una sustancia que limita el movimiento e impide la luxación. Podemos también asociar otras técnicas con la artroscopia como suturas discales para poner algo más de freno al movimiento mandibular y evitar que se luxe. Si con estas técnicas no se solucionara el problema habría que realizar una cirugía abierta.

Articulación normal vista por artroscopia

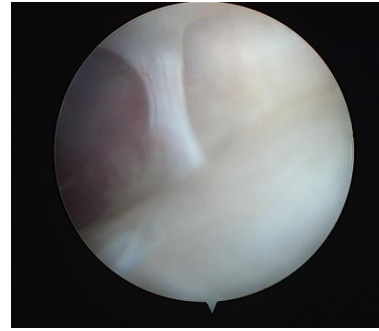


Imágenes del espacio articular superior normal desde posterior a anterior

Hallazgos artroscópicos



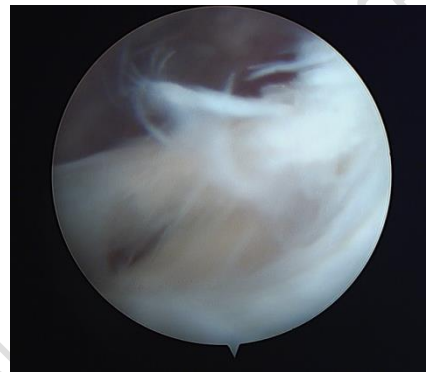
Adherencias



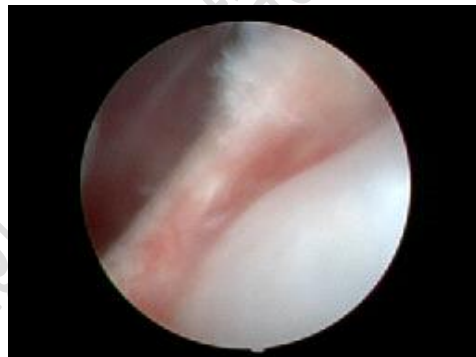
Adherencia



Adherencia tipo pseudowall



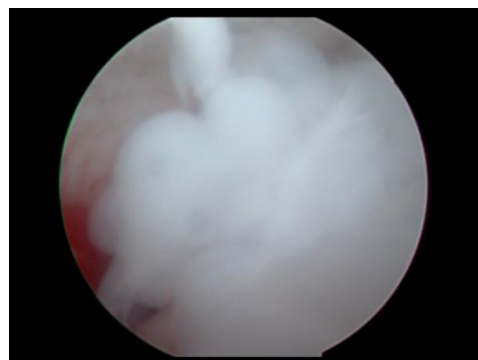
Perforación meniscal



Perforación meniscal



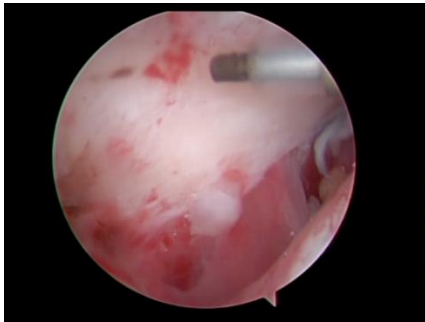
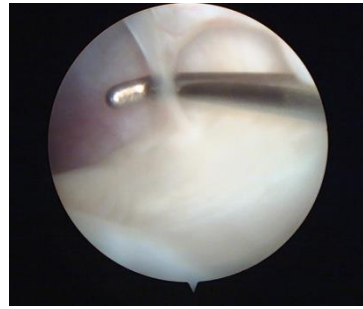
Sinovitis del receso posterior



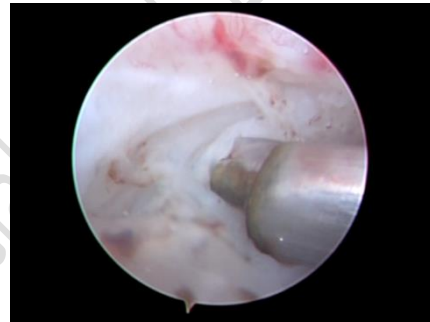
Condromatosis: Cuerpos libres

Procedimientos quirúrgicos que es posible realizar con artroscopia

- Palpación de estructuras.
- Eliminación de sinovitis.
- Eliminación de adherencias.
- Eliminación de cuerpos libres intraarticulares.
- Despegamiento del disco en caso de perforaciones.
- Liberación discal anterior (miotomías del músculo pterigoideo lateral)
- Infiltración de sustancias subsinovialmente: corticoides, sustancias esclerosantes.



Eliminación de sinovitis con bipolar



Eliminación de sinovitis con Radiofrecuencia

- Electrocoagulación del ligamento posterior.
- Artroplastias con motor quirúrgico.
- Suturas meniscales (normales o con pines reabsorbibles).
- Infiltraciones de diversas sustancias en el espacio articular, tanto superior como inferior: ácido hialurónico, Plasma Rico en Plaquetas (PRP).



Miotomía del m. pterigoideo lateral

Técnica quirúrgica

La artroscopia de la ATM se realiza en nuestro centro bajo anestesia general, habitualmente en programas de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Una vez que el paciente está dormido entramos en la articulación con la propia cánula, por lo que no hacemos ninguna incisión en la piel. El punto inicial de entrada (1) es por delante de la oreja, luego colocaremos otros puntos de entrada (2 y 3) algo más por delante de este primero. Los puntos de entrada no son absolutamente fijos, hay unas referencias generales pero su ubicación dependerá de cada paciente.



En la cirugía podremos realizar cualquiera de los procedimientos citados más arriba y esto dependerá de lo que diagnostiquemos al entrar en la articulación. No existe ninguna prueba que nos dé tanta información como la artroscopia. Si existe inflamación, la eliminaremos, si existen adherencias, las romperemos, si encontramos un disco muy desplazado podemos coagular la zona posterior, hacer una miotomía o asociar una sutura meniscal, etc... Es decir "a priori" no es posible saber qué técnicas vamos a utilizar.

Una vez terminada la cirugía, infiltraremos en la articulación ácido hialurónico para evitar el sangrado dentro de la articulación y favorecer la recuperación articular.

Se suturan los puntos de entrada, pero estos puntos se retirarán antes de que el paciente sea dado de alta pues su única función es que no se salga

el ácido hialurónico introducido, al cabo de unas horas los orificios por donde han entrado las cánulas se habrán cerrado y ya no se escapará el ácido hialurónico por que podrá ser retirada la sutura.

Complicaciones

La técnica tiene muy pocas complicaciones. En nuestra casuística el porcentaje de complicaciones es algo menor del 1,5%.

Las complicaciones descritas en la literatura incluyen: hematomas, infecciones, parálisis facial, entrada en el oído medio, entrada en cavidad craneana.

En nuestro Servicio y con una experiencia ya de más de 20 años y muchos cientos de artroscopias sólo hemos tenido hematomas, alguna paresia (parálisis temporal) del nervio facial y 3 entradas en el conducto auditivo externo y dos de ellas en el oído medio.

No hemos tenido ninguna infección, ninguna parálisis facial y ninguna pérdida de audición definitiva. En los casos de perforación del conducto auditivo o del oído medio, los pacientes han sido dirigidos al Servicio de Otorrino para su tratamiento con el resultado final, en caso de entrada en el oído medio, de una mínima pérdida de audición en ese oído. La perforación única del conducto auditivo no produce pérdidas auditivas y sólo supone una pequeña herida que hay que curar. Existen vías de entrada a la articulación a través del propio conducto auditivo.

Postoperatorio

Durante el postoperatorio inmediato habrá que mantener las heridas limpias, lavándolas con agua y jabón, secarlas bien y dar un poco de Betadine.

Al alta se le dará un tratamiento médico durante unos días y unos ejercicios de fisioterapia (Puede descargar los ejercicios en nuestra página web: Apartado: Paciente/Información Práctica/Documentos prácticos de determinados procedimientos o diagnósticos) que comenzarán al día siguiente de la cirugía. La dieta será de fácil masticación, hay que evitar alimentos duros y esfuerzos exagerados de apertura de boca.

Será citado a revisión en un mes aproximadamente de la cirugía.

Notará que los dientes no le encajan igual que antes y esto se debe al propio acto quirúrgico, en unos días notará que le vuelven a encajar como antes.

Debe tener en cuenta que con esta técnica, como en cualquier cirugía articular no se puede esperar una recuperación de la movilidad y del dolor de forma inmediata, sino que con los ejercicios de fisioterapia se vaya recuperando la movilidad poco a poco a medida que vaya reduciéndose el dolor. Realmente podremos saber si la cirugía ha sido exitosa hacia los 6 meses de la cirugía por lo que deberá de tener paciencia, seguir con medidas de autocuidado y realizar los ejercicios de fisioterapia.

Si usted utiliza férula de descarga, no deberá ponérsela durante unos días después de la cirugía pues los dientes no le encajarán igual. Si tiene dudas pregunte a su médico.

Artrotomía (Cirugía abierta) de la ATM:

La Cirugía abierta de la ATM supone un escalón más en el tratamiento quirúrgico de la patología de la ATM. En algunas patologías es el primer escalón de tratamiento y en otras se realiza cuando otras alternativas (artrocentesis o artroscopias) no han solucionado el problema.

Indicaciones

La cirugía abierta de la articulación temporomandibular (ATM) tiene una primera indicación en las siguientes patologías:

- 1.- Tumores en el área de la articulación Temporomandibular
 - Benignos como el osteocondroma, algunas condromatosis.
 - Malignos: como los sarcomas, aunque son muy raros.

2.- Anquilosis de la ATM. Patología en la que los componentes articulares, que deberían de ser móviles, se fusionan impidiendo la movilidad de la articulación. La anquilosis se produce en diferentes

situaciones como: complicación de fracturas del cóndilo mandibular, infecciones en la articulación o zonas adyacentes como el oído, en algunas enfermedades de tipo reumático como la Espondilitis Anquilosante u otras artropatías inflamatorias. Cuando sucede la apertura de boca se reduce y uno prácticamente no puede hacer ningún tipo de movimiento articular.

3.- Algunas fracturas del cóndilo mandibular.

La cirugía abierta también está indicada (en nuestro Centro) cuando los pacientes, que han sido sometidos a otros procedimientos menos agresivos como la artroscopia, no mejoran de ciertas patologías: Condromatosis sinoviales, luxaciones recidivantes de mandíbula o la más frecuente de todas ellas: La Disfunción Temporomandibular.

Procedimientos quirúrgicos que se pueden realizar

- Fijaciones del disco (Meniscopexias)
- Extirpación del disco (Meniscectomías)
- Eliminación de la eminencia (Eminectomías)
- Extirpación del cóndilo mandibular (parcial o total)
- Colocación de injertos.
- Colocación de prótesis articulares.

Técnica quirúrgica

El abordaje se realiza de forma bastante estándar y este supone la apertura de la articulación a través de una incisión que se hace justo delante de la oreja con una extensión superior en la zona del pelo. Existen algunas variaciones y en general es una incisión que apenas deja cicatriz visible.

Existen otros abordajes en el caso de fracturas que se localizan por debajo de la oreja y que



tienen el objetivo de llegar al foco de fractura para colocar algún tipo de fijación. Pero estos abordajes no se han diseñado para “entrar” dentro de la articulación sino para fijarla en casos de fracturas.

Dependiendo del tipo de reconstrucción que se haga en la articulación a veces se complementa esta incisión con otra por debajo o por detrás del ángulo de la mandíbula. Se usa en casos de colocación de injertos de costilla o colocación de prótesis completas de la articulación.

S. de Cirugía Maxilofacial - H. U. La Princesa