

C. Gay Escoda¹
M. Argüero González²
L. Berini Aytes³

Pseudoanquilosis mandibular por fusión de la apófisis coronoides y el arco cigomático

- 1 Profesor Titular de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial, Director del Máster de Cirugía Bucal.
2 Cirujano Maxilofacial, Clínica Perpetuo Socorro, Lleida, Profesor del Máster de Cirugía Bucal.
3 Profesor Asociado de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial, Profesor del Máster de Cirugía Bucal
Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona.

Correspondencia:
Dr. Cosme Gay Escoda
Ganduxer 140
08022 Barcelona.

RESUMEN

Se presenta un paciente con imposibilidad de abrir la boca por pseudoanquilosis mandibular. El diagnóstico radiológico fue de fusión de la apófisis coronoides y el arco cigomático que ocasionaba la imposibilidad de apertura bucal. Se propuso tratamiento quirúrgico que no fue aceptado por el paciente. Se comenta la patogenia y el tratamiento quirúrgico de este raro tipo de pseudoanquilosis mandibular.

PALABRAS CLAVE

Pseudoanquilosis mandibular; Apófisis coronoides; Arco cigomático; Apertura bucal.

ABSTRACT

We report a patient with inability to open his mouth due to mandible pseudoankylosis. A diagnosis of fusion of the coronoid process to the zygomatic arch was made on the basis of radiographic examination. The patient was offered surgical treatment but he did not accept. We discuss the pathogenesis and surgical treatment of such uncommon type of mandible pseudoankylosis.

KEY WORDS

Mandible pseudoankylosis; Coronoid process; Zygomatic arch; Incisal opening.

INTRODUCCIÓN

La pseudoanquilosis mandibular se define como la hipomovilidad mandibular originada por una interferencia mecánica⁽¹⁾. La causa más frecuente de la obstrucción extraarticular es la fractura-hundimiento del arco cigomático que choca con la apófisis coronoides que, inicialmente, impide el libre movimiento de la mandíbula y, finalmente, ocasionará adherencias fibrosas entre ambas.

Otras causas de pseudoanquilosis⁽²⁾ consisten en la fractura-luxación del cóndilo que limita la movilidad como resultado directo del traumatismo de los tejidos blandos y estructuras articulares o por la obstrucción causada por la cabeza del cóndilo y, con menos frecuencia, las alteraciones hipertróficas o fibróticas de la apófisis coronoides o los tejidos que la circundan pueden originar hipomovilidad, así como los tumores del cóndilo o de la coronoides.

La fibrosis de los músculos elevadores debida a quemaduras o radioterapia y la calcificación distrófica de la miositis osificante son raras. Se ha publicado un caso⁽³⁾ de pseudoanquilosis debida a fibrosis del músculo temporal como resultado de un cortocircuito temporal para la corrección de una hidrocefalia y un caso de pseudoanquilosis entre las apófisis pterigoides y la mandíbula⁽⁴⁾ de causa desconocida, aunque se cree que fue secundaria a una hemorragia en el área del primer y segundo arco braquial durante el desarrollo embrionario.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 78 años que, en 1985, acudió al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General de Granollers por imposibilidad de abrir la boca.

Refería un antecedente traumático que no pudo especificar, sucedido durante la guerra civil española. A los 2-3 meses de dicho accidente, notó dificultad para la apertura bucal que se acentuó progresivamente. Se alimentaba exclusivamente de líquidos. Padecía hipertensión arterial moderada que era tratada mediante dieta hiposódica.

La exploración física fue anodina; en la exploración oral, destacaba una apertura bucal máxima de 2 mm aproximadamente (Fig. 1). Se observó destrucción cariosa de 31, 41, 21, 22 y 23 y ausencia de 32, 42, 24, 25,

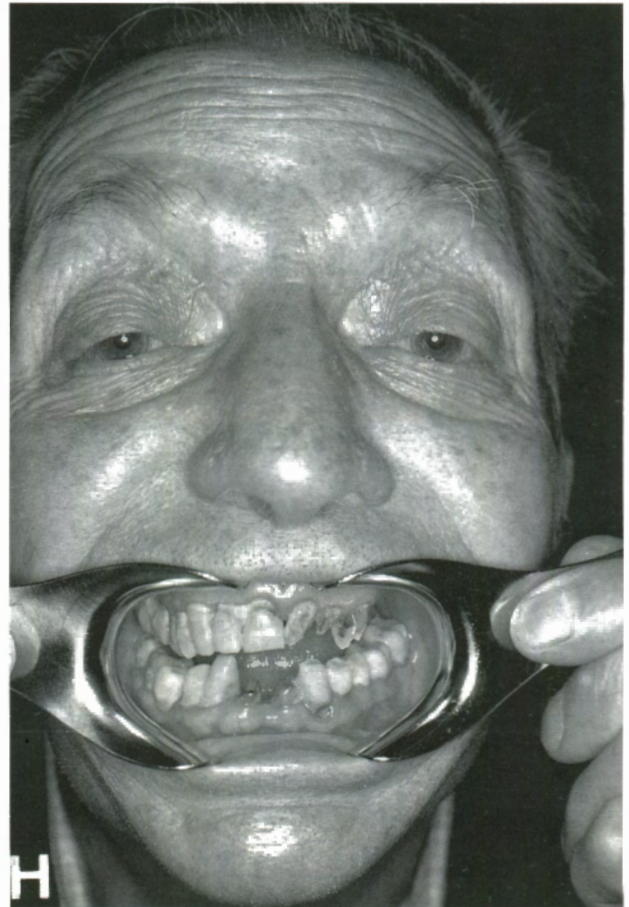


Figura 1. Apertura bucal máxima de 2 mm.

26 y 27; presentaba enfermedad periodontal avanzada con abundante placa y cálculo.

En las pruebas de laboratorio sólo se detectó una hiperglicemia moderada.

En la exploración radiológica, que consistió en una ortopantomografía (Figs. 2 y 3) y una radiografía en proyección de Waters (Fig. 4), se apreció la fusión entre la apófisis coronoides y el arco cigomático derechos.

Se aconsejó tratamiento quirúrgico que el paciente rechazó. Sin embargo, se recomendó una visita anual por si decidía aceptar la intervención o precisaba algún tratamiento dental. El paciente murió a los 84 años por un accidente vascular cerebral.

162

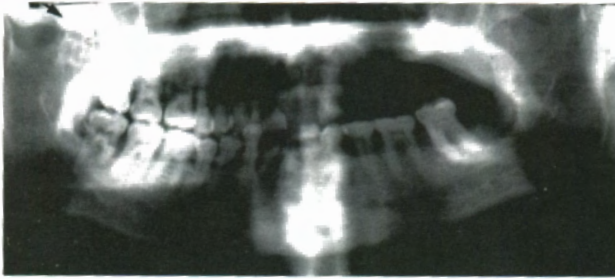


Figura 2. Ortopantomografía en la que se observa la zona de fusión de la apófisis coronoides y el arco cigomático derechos.

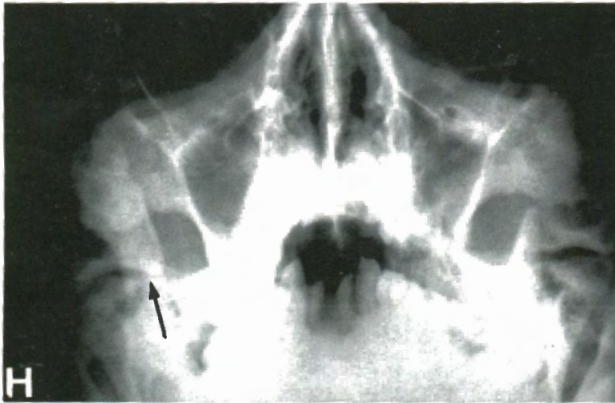


Figura 4. Proyección de Waters: obsérvese la fusión.

DISCUSIÓN

Actualmente, es muy difícil ver casos como el presentado gracias al diagnóstico y tratamiento adecuados de los traumatismos maxilofaciales.

La mayoría de casos similares publicados datan de hace más de 20 años⁽⁵⁻⁸⁾. El tratamiento en dichos casos consistió en la extirpación del bloque anquilótico y la opinión general coincide en que la unión entre la apófisis coronoides y el arco cigomático es de naturaleza osteofibrosa. Lapeyrolerie y cols.⁽⁷⁾ destacaron que fue imposible determinar si el paciente que trataron presentaba fractura de la apófisis coronoides además de fractura del arco cigomático y dudaron que fuera precisa, la presencia de fracturas concomitantes. Además, confirmaron que la intervención quirúrgica era



Figura 3. Detalle de la fusión de la apófisis coronoides y el arco cigomático izquierdos.

técnicamente difícil aunque sólo habían transcurrido 4 meses desde el traumatismo y consideraron que, cuanto más tiempo transcurriese, más firme sería la unión y más difícil la intervención.

Warson⁽⁸⁾ describió un caso de pseudoanquilosis aparecida 34 meses después de una fractura del complejo cigomático-maxilar que había sido tratada con reducción e inmovilización mediante osteosíntesis alámbrica. Warson consideró que el segmento fracturado había sido desplazado por fibras musculares que se extendían desde la parte media inferior del arco cigomático a la parte basal de la apófisis coronoides. Este conjunto de fibras musculares se denomina músculo cigomático-mandibular y es una fusión de las capas profundas del músculo masetero y las fibras más superficiales del músculo temporal⁽⁹⁾. La dirección de la tracción muscular desplazaría el segmento fracturado lo suficientemente cerca de la apófisis coronoides para que se estableciera una unión fibrosa.

Habitualmente, la imposibilidad de abrir la boca y la consiguiente necesidad de una dieta líquida, la imposibilidad de mantener una higiene oral y cuidados dentales adecuados y la repercusión psíquica y social, hace que los pacientes busquen con insistencia una solución a la incapacidad. No fue el caso del paciente presentado, el cual procedía de una aislada región de alta montaña y quizá se había acostumbrado a la limitación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rowe NL, Williams JL. *Maxillofacial injuries*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985: 844.
- 2 Peterson LJ. *Principles of oral and maxillofacial surgery*. Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 1990: 1992.
- 3 Summers L. False ankylosis of temporomandibular joint following craniotomy. *Br J Oral Surg* 1980;**18**:138.
- 4 Super S, Cotton JS. A case of pseudoankylosis between the pterygoid plate and mandible. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; **44**:467.
- 5 Brown JB. Ankylosis of coronoid process of mandible and associated scar limitation of jaw function. *Plast Reconstr Surg* 1946;**1**:277.
- 6 Williams AC. Ankylosis of the coronoid process to the zygomatic arch and maxilla: report of case. *J Oral Surg* 1968;**15**:72.
- 7 Lapeyrolerie FM, Itkin AB, Fader LB, Strair HC. Pseudoankylosis from fusion of coronoid process and zygomatic arch. *J Oral Surg* 1973;**31**:788.
- 8 Warson RW. Pseudoankylosis of the mandible after a fracture of the zygomaticomaxillary complex: report of case. *J Oral Surg* 1971;**29**:223.
- 9 Sicher H. *Oral anatomy*. St Louis: C. V. Mosby Co., 1965: 143.