

# TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA LUXACION RECIDIVANTE DE MANDIBULA: A PROPOSITO DE SEIS CASOS

Dr. Cosme Gay Escoda(\*) (\*\*)  
Dra. M.º Angeles Sánchez Garces(\*)  
Dr. Carlos Bassas Costa(\*\*)  
Dr. Leonardo Berini Aytes(\*\*)  
Dr. Xavier Costa Codina (\*)

## INTRODUCCION

El desplazamiento del cóndilo mandibular, parcial o totalmente fuera de la cavidad glenoidea, es motivo de consulta relativamente frecuente en la praxis estomatológica.

Debido a las características de una articulación bicondílea, la ATM posee una complicada fisiología que aumenta las posibilidades de subluxación y luxación. Recordaremos brevemente su anatomo-fisiología, para mejor entender las vías y mecanismos causantes de este cuadro clínico. Para facilitar la congruencia entre las dos caras articulares (temporal) y (mandibular) ambas convexas, es preciso que esté íntegro el menisco interarticular; así en estado de oclusión céntrica, el menisco cubre únicamente la vertiente anterior del cóndilo quedando libre la posterior. Este menisco fibroso acompaña siempre al cóndilo en su recorrido, mientras éste abandona la cavidad glenoidea, pero a partir de un punto se detiene y el cóndilo sigue avanzando aproximándose cada vez más a su borde anterior, finalizando el movimiento al colocarse bajo la raíz transversa del arco zigomático.

Al cerrar la boca de nuevo, se recupera primero la relación del cóndilo con el menisco y ambas unidos regresan a la cavidad glenoidea. Esto representa un recorrido de un centímetro. (24) Pueden presentarse dos cuadros clínicos típicos:

1. **SUBLUXACION:** es una dislocación incompleta del cóndilo mandibular de su fosa articular y debe considerarse en cierto modo fisiológica; la calificamos como patológica cuando coinciden signos clínicos como dolor, que suele ser causado por una contractura muscular, que daría como resultado el atrapamiento del

cóndilo delante de la eminencia, e imágenes radiológicas propias de enfermedad degenerativa articular. (16).

2. **LUXACION:** se presenta cuando la cabeza del cóndilo se desplaza fuera de la fosa glenoidea pero, permaneciendo dentro de la cápsula articular, la cual excepcionalmente puede ser desgarrada. Junto a ello se observa un mioespasmo del temporal, masetero, pterigoideo externo y la ocupación de parte de la cavidad por el anillo fibroso del menisco, con lo que se impide el retorno normal del cóndilo a la fosa glenoidea, y por tanto el cierre de la boca.

Esta patología está favorecida por ciertas condiciones anatómicas (laxitud ligamentosa, anomalías en las superficies articulares, anomalías de la oclusión, poco desarrollo de los músculos masticatorios, etc.) que facilitan esta situación.

Sin embargo además de una patología de fondo, existen causas desencadenantes habituales, como el descenso forzado de la mandíbula debido a un acto fisiológico como el bostezo, el vómito y la carcajada, o bien causas yatrogénicas como es el caso de la intubación orotraqueal previa a una cirugía bajo anestesia general usando miorelajantes. Generalmente el paciente posee una historia anterior de problemas articulares como algias, chasquidos y episodios de subluxación frecuentes.

Según donde se localiza la cabeza condílea, la luxación puede ser anterior (por delante de la eminencia articular) y más raramente interna, externa, posterior o superior. A su vez puede ser uni o bilateral según sea uno o los dos cóndilos los afectados. En nuestra experiencia es más frecuente la forma bilateral.

Clinicamente las luxaciones pueden clasificarse en:

1. **Agudas:** es la forma clínica más frecuente.
2. **Crónicas de días de evolución,** que ha pasado desapercibida y sin tratamiento. Propia de pacientes ancianos desdentados, con problemas neurológicos asociados.
3. **Recidivante o Recurrente:** en pacientes con episodios repetidos de subluxación y luxación más difíciles de reducir cuanto más antigua es la historia del paciente.

Estas formas pueden ser a su vez:

- a. **Bloqueadas** precisan maniobras de reducción.
  - b. **No bloqueadas:** se reducen espontáneamente.
- BERCHER** y **FRIEZ**, realizaron una clasificación de las luxaciones temporomaxilares de gran interés didáctico, en la que se combinan los factores etiológicos y clínicos (3).

En algunos casos el cuadro clínico de la luxación mandibular puede confundirse con la fractura condilar, aunque el antecedente traumático nos guía al realizar el correcto diagnóstico diferencial, no obstante es importante recordar:

- **Luxación unilateral:** la mandíbula está desviada hacia el lado opuesto de la lesión
- **Fractura unilateral:** la mandíbula está desviada hacia el lado de la lesión.
- **Luxación bilateral:** se aprecia abierta con protusión.
- **Fractura bilateral:** se aprecia mordida abierta con retrusión mandibular.

El tratamiento de la luxación de mandíbula puede dividirse en:

(\*) Servicio de Cirugía General y Traumatología. Sección de Cirugía Maxilofacial. Hospital General de Granollers. Granollers. Barcelona.

(\*\*) Servicio de Cirugía Maxilofacial. Ciudad Sanitaria «Valle de Hebrón». Barcelona.

1. **TRATAMIENTO INCRUENTO: A. Maniobra de NELATON.** Es el tratamiento conservador indicado en casos de luxación aguda bloqueada bilateral. Se coloca al paciente en un asiento bajo, con la cabeza bien apoyada, se introducen los dedos pulgares en el interior de la boca, sobre la región molar de la mandíbula, partiendo de esta posición inicial, realizamos un movimiento de descenso forzado, exagerando la apertura bucal y haciendo posteriormente un movimiento de rotación atrás.

**B. Maniobra de DUPUIS.** Reducción incruenta en las luxaciones unilaterales. Se coloca al paciente sentado en un taburete con la cabeza apoyada sobre el tórax del operador que se sitúa detrás de él. La mano de la luxación se coloca como en la maniobra de Nelaton, y con la otra se coge la región sinfisaria. La reducción se realiza haciendo presión sobre el grupo incisivo provocando una apertura bucal forzada, mientras con la otra mano hacemos presión sobre la región molar del lado luxado, favoreciendo el descenso mandibular (4). Si la luxación es irreductible, la inyección de anestésicos locales en los músculos espasmódicos alrededor de la ATM antes de efectuar de nuevo la maniobra, puede ser suficiente.

En ocasiones se precisa la ayuda de drogas tranquilizantes con acción miorrelajante suave como el Diazepan o bien fármacos hipnóticos como la Ketamina por vía intramuscular, con lo que se consigue relajación muscular suficiente y así podemos realizar la maniobra en mejores condiciones<sup>10</sup>. No es necesario decir que es recomendable se practique en un medio hospitalario. Es excepcional la reducción cruenta.

2. **TRATAMIENTO CRUENTO:** El tratamiento quirúrgico está especialmente indicado en los casos de luxación recidivante cuando el tratamiento conservador y las medidas posteriores de rehabilitación son insuficientes y los episodios siguen repitiéndose (12, 20, 22).

Estas medidas preventivas pueden ser:

- Corregir la maloclusión: ortodoncia, tallados selectivos, etc. (4).
- Ejercicios diseñados para fortalecer la función del músculo pterigoideo externo y otros músculos masticatorios (10).
- Tracción combinada con inmovilización mediante alambre (19).
- Inmovilización con venda elástica
- Kinesioterapia de la región maxilofacial (21).

En el campo de la cirugía han sido ideadas numerosas técnicas para solucionar este tipo de patología articular.

En 1883 RIEDEL y KOENIG practicaron la condilectomía, transformada en la actualidad mediante la colocación de una prótesis de cabeza sustituyendo al cóndilo defectuoso (plano o muy erosionado).

Posteriormente se propuso la realización de meniscectomías en los casos en los que la hipertrofia de menisco es la causa de luxación, o en la artritis reumatoide, en la que el menisco está en muy mal estado. Ambas soluciones junto con la capsulorrafia no han aportado resultados suficientemente buenos, puesto que por ellos mismos trastornan la anatomía normal de la ATM.

En 1925 LINDEMANN (15) propuso la colocación de un tope óseo que evitase la salida del cóndilo

disminuyendo el recorrido condilar.

En 1931 MYRHAUG (17) realizó una técnica opuesta a la de Lindemann, la exéresis de la eminencia articular cigomática, eliminando todo posible obstáculo al recorrido del cóndilo, permitiéndole desplazarse libremente, con lo que la luxación se reduce por sí misma. Esta técnica está vigente en la actualidad y es practicada por numerosos autores consultados con muy buenos resultados, CADENAT (6), BAUMSTARK (2), GEORGIADÉ (11), y WESTWOOD (25).

Las técnicas quirúrgicas vigentes en la actualidad son:

1. Técnica de Ullik y Zenker: retroposición del músculo temporal, mediante ostectomía de la raíz transversa de la apófisis cigomática del temporal, con lo que se consigue un tope condileo en el desplazamiento anterior.

2. Técnica de Leclerc: sección del arco zigomático desplazando el fragmento distal por delante del cóndilo, haciendo un tope a su desplazamiento (14). Otros autores prefieren realizar dicho tope óseo mediante injertos (cresta iliaca, costilla, tibia, etc.), o bien con materiales metálicos o acrílicos (1, 18).

En nuestra opinión pueden tener aplicación en personas jóvenes.

3. Técnica de Myrhaug o eminecctomía. Existen muchas más técnicas quirúrgicas, que por sus mediocres resultados se han ido abandonando, como la capsulorrafia y plicatura de ligamentos (5), la miotomía del músculo Pterigoideo externo, la técnica de Kole de anteposición de un colgajo dérmico, etc. hay que ser más cautos con esta última técnica si vemos la bondad de los resultados obtenidos por Gattinger (9) y por el propio Kole (13).

Así pues, en la actualidad las técnicas quirúrgicas más utilizadas siguen dos principios opuestos, Ullik y Zenker, Leclerc, Kole, etc. (basados en las ideas de Lindemann), que reducen la posibilidad de movimiento del cóndilo evitando así su luxación y la Myrhaug que favorece el libre recorrido condilar (8).

Las vías de abordaje de la ATM son múltiples (7), aunque creemos que deben destacarse las siguientes:

1. Vías preauriculares. Se han descrito un gran número pero básicamente todas pueden resumirse en la vía de GINESTET. Se trata de una incisión vertical por delante del trago de 2 cm. de longitud con una descarga superior oblicua de 1 cm. o más; y la vía de DINGMAN que es preauricular pero por detrás del trago. Nosotros usamos normalmente la vía Ginestet, aunque en los casos que queremos conseguir mejores resultados estéticos la vía de Dingman es la de elección.

2. Vía retroauricular de AXHAUSEN. Nosotros no la hemos utilizado nunca aunque es usada con frecuencia por algunos O.R.L.

3. Vía subángulo mandibular. Creemos no es de ninguna utilidad, a menos que deban realizarse resecciones óseas amplias.

4. Vía temporal de KELIKIAN. En un abordaje superior pasando por la fosa temporal.

5. Algún autor americano como BAUMSTARK (2) prefiere la incisión horizontal por parecerle más segura, aunque tiene el peligro de lesionar la rama frontal de facial y dejar una cicatriz en una zona más visible.



Figura 1. Vía de abordaje de la ATM de Ginestet.



Figura 2. Vía preauricular de Dingman.

## MATERIAL Y METODOS

Nuestra posición es favorable a la técnica de Myrhaug el punto de vista teórico nos parece más lógico la causa anatómica de luxación, que es la existencia de la eminencia articular.

La eminecetomía se realiza bajo anestesia general, aunque la técnica original se describió en 1931 por Hilmar Myrhaug del Ullevaal Hospital de Oslo en dos pacientes en los que práctico bajo anestesia local (17). En nuestros casos se realizó en 4 la vía de abordaje de Ginestet (figura nº 1) y en 2 la vía de Dingman, ambas mujeres, (figura nº 2).

Una vez levantando el colgajo y expuesta la fascisa del temporal, localizamos el cóndilo y se realiza a continuación una incisión horizontal, sobre el arco zigomático, de las fibras maseterinas, se despega el periostio con lo que llegamos a la eminencia articular o eminencia cigomática anterior. Sobre esta eminencia marcamos la línea de osteotomía (figura nº 3), después de lo cual, con un fresa de Carburo de Tungsteno del número 8 realizamos varias perforaciones hasta que sea

posible, mediante escoplo, retirar la mayor parte del tubérculo (figuras nº 4 y 5).

Las irregularidades son eliminadas mediante fresa redonda de Thomas. La resección puede realizarse también con Stryker, o fresa de Lindemann. Deberá realizarse la osteotomía completa de todo el tubérculo hasta dejarlo al mismo nivel o algo más profundo que el borde inferior del arco zigomático (figura nº 6 y 7). Con ello eliminamos el topoe óseo que evita la reducción espontánea tras la luxación. Si se hace así, la fresa pasará muy cerca de la base del cráneo, puesto que el techo de la cavidad glenoidea es una fina lámina de pared craneal, por tanto deberá evitarse fresar posteriormente, donde se encuentra también el conducto auditivo externo óseo y cartilaginoso, que podrían ser lesionados.

En dos casos se realizó la técnica de Ullik y Zenker tras la eminecetomía (Técnica mixta). Para lo cual una vez expuesto el arco zigomático, debemos diseccionar y separar el músculo Temporal de la raíz transversal posterior del arco zigomático momento en el cual procedemos a la axéresis ósea u osteotomía de esta zona ósea (figura nº 6 y 7). Podemos realizarlo con fresa redonda o con fresa de Lindemann. La osteotomía debe ser de 0,5 a 1 cm.

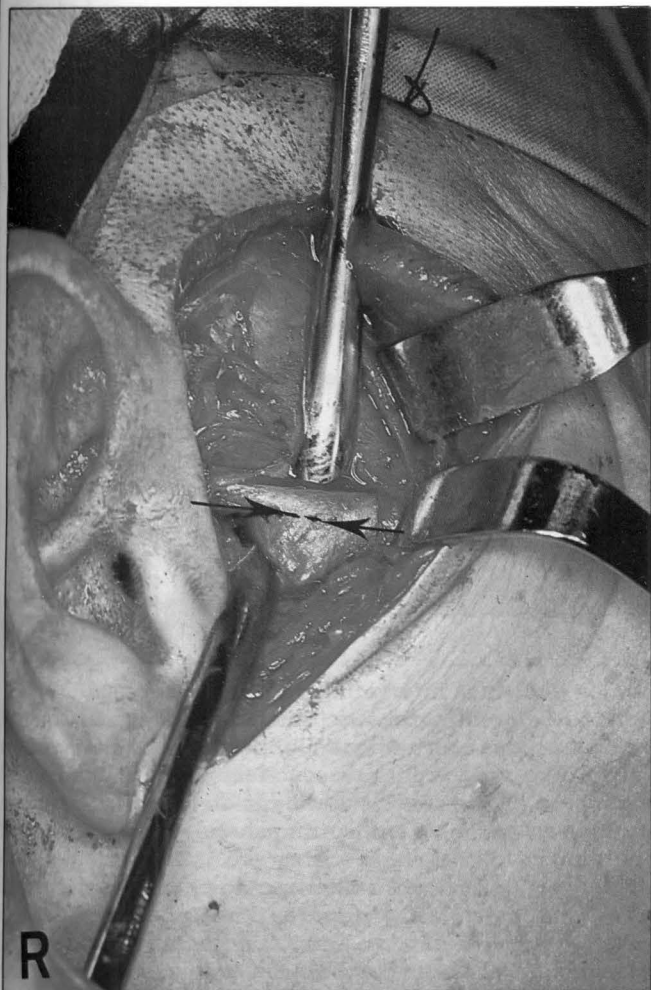


Figura 3. Visión operatoria de la eminencia cigomática anterior con la línea de la osteotomía marcada.



Figura 5. Vista operatoria durante la realización de la técnica de Myrhaug.

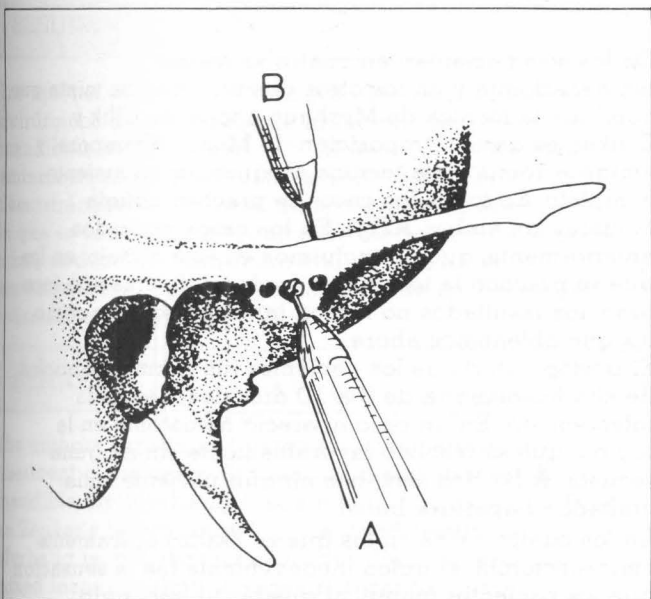


Figura 4. (A) osteotomía de la eminencia (B) osteotomía de la raíz transversa de la apófisis cigomática del temporal.

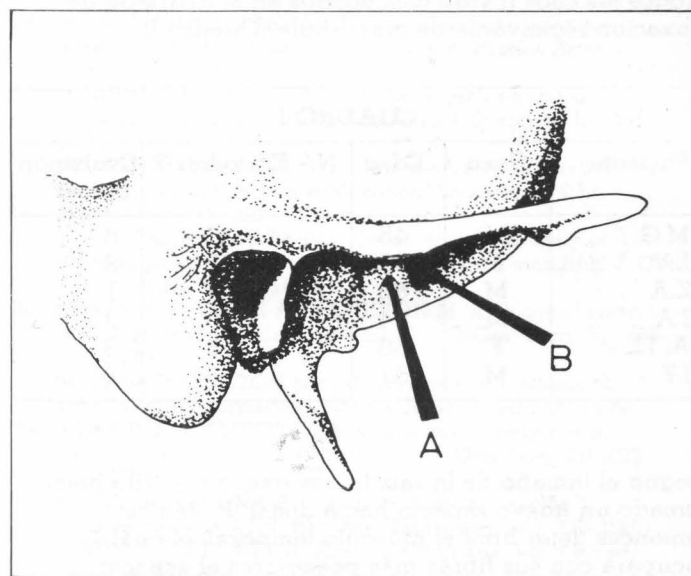


Figura 6. Esquema en el que marcan las osteotomías realizadas en la técnica mixta (A) Técnica de Myrhaug. (B) Técnica de Ullik y Zenker.



Figura 7. Visión del campo tras realizar la eminectomía (A) y la técnica de Ullik y Zenker (B).

Después del fresado, se limpia e irriga la zona con suero fisiológico, se coloca drenaje de Redón (algunos autores sólo lo aconsejan en pacientes obesos), y se procede a suturar por planos usando además un vendaje comprensivo. La movilización mandibular postoperatoria debe ser precoz.

Nuestra experiencia en este campo se reduce a seis casos en los que la técnica base fue la eminectomía, aunque en dos casos anteriores que no incluimos en este trabajo, practicamos la técnica de Leclerc, es decir la osteotomía del arco zgomático colocándolo como tope condilar, las posterior revisión de sus resultados fue lo que nos decidió al uso de la técnica de Myrhaug, siendo significativa la mejoría de los resultados en estos seis últimos casos que se intervinieron entre 1977 y 1982.

Todos los casos fueron clasificados en el apartado de luxación recidivante de mandíbula (Cuadro I).

De los pacientes intervenidos dos eran del sexo femenino y cuatro del sexo masculino, de edades comprendidas entre 45 y 47 años (otros estudios reflejan un predominio de sexo femenino). El tiempo de evolución de los casos estudiados de luxación. En los seis casos se realizó un estudio anatómo-radiológico completo de ambas ATM, no evidenciándose ningún otro tipo de patología asociada ni anomalías en las estructuras óseas presentaba patología sistemática que contraindicara la cirugía. Uno de ellos era portador de diabetes mellitus tipo II controlada.

## RESULTADOS

De los seis pacientes, en cuatro se realizó eminectomía y en los otros dos una técnica mixta que combina la técnica de Myrhaug con la de Ullik y Zenker, es decir retroposición de Músculo temporal y eminectomía. Esta técnica asegura un tratamiento completo. En todos los casos se practicó cirugía bilateral (de ambas ATM). En los casos revisados anteriormente, que no incluimos en este trabajo, en los que se practicó la técnica de Leclerc de creación tope óseo, los resultados no fueron tan satisfactorios como los que obtenemos ahora.

El postoperatorio de los pacientes fue normal dándoles de alta hospitalaria de 5 a 10 días después de la intervención. En un caso apareció hematoma en la región, que se resolvió favorablemente sin ninguna secuela. A las dos semanas ningún paciente tenía limitada la apertura bucal.

En los cuatro casos en los que se realizó únicamente eminectomía, el único inconveniente fue la sensación que los pacientes tenían, al quedar un recorrido condilar más amplio y más libre. y por tanto una mayor proyección mandibular, que no presentaba ninguna

CUADRO I

Paciente	Sexo	Edad	N.º Episodios T.	Evolución (años)
M.G.	M	45	8	5
L.V.	F	56	12	3
Z.A.	M	62	4	1
J.A.	M	74	6	2
A. LL.	F	58	8	3
J.F.	M	51	3	2

según el tamaño de la raíz transversa, y con ello hemos creado un nuevo espacio hacia distal. Podemos entonces dejar libre el músculo temporal, el cual ocupará con sus fibras más posteriores el espacio creado, de esta forma conseguimos la retroposición del músculo Temporal y con ello la creación de un «Tope» moderado al recorrido del cóndilo mandibular.

dificultad para colocarla de nuevo en su posición de reposo. En los dos casos en que se realizó además la profundización del músculo temporal (Ullik y Zenker), se produjo un cierto freno del deslizamiento del cóndilo, dando sensación de «escalón» al paciente.

Los pacientes fueron citados para su control a los 15 días, al mes, a los seis meses, al año, y algunos a los tres años, siendo excelentes los resultados pudiendo apuntar un mayor confort en los pacientes en los que se realizó la técnica mixta ya que con ella se aumenta la sensación de sujeción mandibular. Algunos autores no han objetado esta mejoría en los resultados al realizar la técnica mixta (23).

En los casos de técnica mixta en los que fue saltado el tope muscular con ocasión de un movimiento mandibular brusco, el mismo paciente pudo colocar la mandíbula en su posición normal, ya que el tope óseo estaba eliminado y el tope muscular pudo superarse sin problemas.

## CONCLUSIONES

Podemos decir después de haber revisado casos, que mediante la técnica mixta (técnica de Myrhaug y de Ullik y Zenker), obtenemos los beneficios que aportan cada técnica por separado, evitando también los inconvenientes de cada una de ellas. Aunque deben revisarse más casos, pues podría ser previsible que a largo plazo pudieran empeorar los resultados respecto al uso del método de Myrhaug aislado.

La eminectomía es una técnica rápida, extraarticular, que presenta pocas complicaciones, y por sus excelentes resultados nosotros aconsejamos la actitud intervencionista en los casos de luxación recidivante ya sea bloqueada o no.

## RESUMEN

Los autores exponen en este artículo los resultados quirúrgicos de seis casos de luxación recidivante de mandíbula tratados mediante la técnica de Myrhaug o eminectomía y la técnica de Ullik y Zenker, demostrándose la eficacia de la técnica de Myrhaug, a la que se considera la técnica de elección, y la técnica mixta es decir la realización simultánea de la eminectomía y de la retroposición de las fibras del músculo temporal.

## SUMMARY

The authors expose in this editorial the surgical treatment of six cases of habitual dislocation of the mandible, by Myrhaug's tecnic (eminoplasty) and Ullik an Zenker's tecnic, showing the good results of Myrhaug tecnic, that we consider the best, and the mixed tecnic or simulteneous realization of the eminoplasty and back plication of the temporal muscle fibers.

## BIBLIOGRAFIA

1. AUBRY M., PALFER-SOLLIER M., PALFER-SOLLIER M. Traitement de la luxation temporomaxillaire recidivante par butés précondylienne en acrylique. Rev. Franc. Stomat. 57, 463. 1956.
2. BAUMSTARK R., HARRINGTON W., MARKOWITZ N.R. A single method of eminoplasty for correction of recurrent dislocation of the mandible. J. Oral. Surg. 35: 75-76. 1977
3. BERCHER et FRIEZ. E.M.C. Stomatol. 22088 A. 10 Paris 1977
4. BERTRAND J. CH. Luxations temporomandibulaires Am. Otolaryng. 98, 531-534. Paris 1981
5. BOUDREAUX R., SPIRE E. Plication of the capsular ligament of tempomandibular joint, a surgical approach to recurrente dislocation or chronic subluxation J. Oral. Surg. 26, 330. 1968
6. CADENAT H., COMBELLES R., FABERT G., GLOUET M. Luxation récidivante de la mandibule. Intervención de Mirhaug. Rev. de Stomat Vol 79, n.º 2, 147-151. Paris 1978
7. CREPY C. Vois d'abord de l'articulation temporo-maxillaire. Chirurgie Maxillo-faciale technique opératoire. Ed. Masson. Paris, 1962
8. DALE R. H. Treatment of recurrent dislocation of the mandible review of literature and report of cases. J. Oral. Surg. 30. 5-27. 1972
9. GATTINGER M., GATTINGER B. Late results after dermis slingfixation according to kole in cases of habitual dislocation of the Abstracts 6 th Congress European Association for Maxillo-facial Surgery. Hamburg. República Federal Alemana 1982
10. GELB H. Clinical management of head, neck and TMJ pain and disfunction. WB. Saunders Company. Philadelphia. 1977
11. GEORGIAD E. N.G. Disturbances of the temporomandibular Joint. Reconstructive plastic Surgery. Vol. 3. Converse. Ed. Saunders Company Philadelphia. 1977
12. IRBY W.B. Surgical Correction of chronic dislocation of the temporomandibular joint not responsive to conservative the rapy. J. Oral Surg. 15: 307. 1957
13. KOLEH. Dermis flap transposition as a treatment for «fixed dislocation» of the temporomandibular joint. J. Max-fac. Surg 9, 129. 1981
14. LECLERC G., GIRARD. C. Un nouveau procede de butée dans le traitement chirurgical de la luxation recidivante de la machoire inferieure. Mem. Acad. Chir. 69, 459. 1943
15. LINDEMANN A. Die Chirurgische Behandlung der Erkrankungen de kiefergelenkes. L. Stmat. 23, 395. 1925
16. MORGAN HALL VANVAS. Enfermedades del aparato temporomandibular Ed. Mundi Saic y F. Buenos Aires, Argentina. 1979
17. MYRHAUG H., New method of operation for habitual dislocation of the mandible. Acta Odont. Scand. 9, 247-260. 1931
18. NEUNER O. Eigene Behandlungis methoden der habituellen reforgelenkluxation und subluxation. Schweiz. Uschn. Zalmheilk. 83, 61-65. 1973
19. PRABHAKARA Rao B.S.R.C. Conservative treatment of bilateral persistent anterior dislocation of the mandible. J. Oral Surg. vol. 38, 51-52. 1980
20. RAWLS H. C. BRUNI A., HAMILTON M. K. Surgical correction of the permanently dislocated medible. J. Oral Surg. 31: 385-388 1973
21. ROCABADO SEATON M. Cabeza y cuello. Tratamiento articular. Ed. Intermédica. Buenos Aires. Argentina. 1979
22. ROWE P. F., CALDWELL J. B. Correction of permanent temporomandibular joint dislocation. J. Oral Surg. 28: 222-226. 1970
23. SALAVERT GIRONA A. Tratamiento de la luxación recidivante de la ATM. Rev. Esp. Estomalog. 267-276 1980
24. TESTUT L., LATARJET A. Anatomia humana. Vol. I 9.º ed. Salvat S. A. Barcelona 1972
25. WESTWOOD R. M., FOX C.L. and TILSON H.B. Eminectomy for the treatment of recurrent temporomandibular joint dislocation. J. Oral Surg, 33: 774-779. 1975