

ARTROPLASTIA DE LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR Y EMPLEO DEL ACTIVADOR INTRAORAL

Adolfo Merino Martijena *

Resumen

Fueron efectuados 60 casos clínicos quirúrgicos diagnosticados con Anquilosis, por medio de la técnica pre-articular (Artroplastia) empleando el Activador Intraoral diseñado por el autor del presente estudio. Los resultados fueron satisfactorios en el 100% de los casos tratados. Esta técnica tiene la ventaja de dar comodidad, no causa molestias, es de fácil manipulación y limpieza en el proceso de rehabilitación post-operatoria, permitiendo la recuperación masticatoria y los movimientos mandibulares.

Palabras clave: Anquilosis. Artroplastia ATM. Activador Intraoral.

Summary

Sixty Clinic Quirurgical Cases were Diagnostic with Anquilosis by the Pre Articular (Arthoplastic) Technique Using the Intra-Oral Activator design by the Author of this research the results were satisfactory in the one hundred per-cent of the treaten cases.

This Technique has the advantage of beeing very confortable don't cause pain is of easy manipulation and health in the rehabilitation process allowing the masticate recuperation and the mandible movements.

Key words: Anquilosis. Arthoplastic ATM. Intra-Oral Activator.

INTRODUCCION

La articulación témporo-mandibular es una de las estructuras faciales más complejas que produce en sus estados-patológicos problemas cuyo correcto diagnóstico y tratamiento no son fáciles de ejecutar con frecuencia.

La evaluación es importante y debe realizarse en forma prolija.

Anquilosis es una pérdida de la función mandibular parcial o completa y cuyas causas son: infecciosa, traumática y congénita. Resulta de la unión del cóndilo con la cavidad glenoidea y el arco cigomático por proliferación de células óscas. El tratamiento es quirúrgico (Artroplastia), coadyuvado con diferentes técnicas con interposición de Silastic; metálico (cromo-cobalto);

el empleo de los activadores de GINESTET extraoral Darcissac extraoral, Graviotto: extraoral, los que son incómodos al paciente y tienden a no usarlo. También existe la técnica extraoral del Dr. Manuel SADA.

El objetivo de la presente investigación es evaluar la técnica pre-articular (Artroplastia) empleando el Activador Intraoral diseñado por su autor.

ANTECEDENTES

MURPHI, J.B.,1914. Usa la técnica de Artroplastia témporo-mandibular. DARCISSAC (1921), empleó un Activador Intraoral para acción permanente. MOURE,P.(1930). Emplea la técnica de Interposición entre los trazos de fractura quirúrgica. TURCO, N.B. y JOEL (1947). En la Anquilosis emplearon la técnica de Interposición de Silastic (plástico). BOMAN, K. (1949). Combina la técnica quirúrgica de SADA que consta en el uso de elásticos extraorales. PLAZA, F. (1951). Usa la técnica de Artroplastia Témporo

* Doctor en Odontología. Director de Asuntos Administrativos. Fac. Odontología. Jefe de la Sección de Cirugía Bucomaxilofacial del Departamento de Estomatología médico-quirúrgico.

Mandibular. UENO, T.; MIURA, I y KOHNUH, utilizaron el Serconium como Interposición en la Técnica de Artroplastía.

OBJETIVOS

1. Construir un Activador Intraoral.
2. Colocar este inmediatamente de concluída la Artroplastía.
3. Enseñar y entrenar al paciente con su colocación, uso y limpieza.
4. Evaluar clínicamente durante 60 días de realizada la intervención quirúrgica (Artroplastía), los movimientos mandibulares apertura y cierre de la boca.

HIPOTESIS

El empleo del activador intraoral en el tratamiento con artroplastía de la articulación temporo-mandibular ayuda a la recuperación fisiológica de los movimientos mandibulares.

MATERIAL Y METODO

Población de estudio: estuvo conformada por 60 casos clínicos de Anquifosis en 60 pacientes entre las edades de 05 a 18 años, sin distinción de sexo.

Material Quirúrgico:

- a. Material quirúrgico empleado en Traqueotomía: anestesia local carbocaina, mango de bisturí N°03, hojas de bisturí N°15, pinza mosquito curva y recta.
- b. Material para confeccionar el Activador: alambre de acero N°09 (Remani); alicates, conformador de arcos, acrílico de curado rápido polvo y líquido.
- c. Material Fotográfico: cámara fotográfica YASHICA DENTAL EGE-ONE con RENFLASH. Flash circular, películas Kodak 36mm. para slides.
- d. Material Radiográfico Películas extraorales para tomar radiografías de frente, perfil, panorámicas y tomografías de articulación temporo-mandibular.

PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL

A. Examen Radiográfico

- * Tiene por finalidad: determinar la altura de la ostectomía y realizar el estudio Cefalométrico.

B. Técnica Quirúrgica de Incisión Pre-Auricular:

- * Anestesia local.
- * Traqueotomía para colocación del tubo de anestesia.

- * Entubación para anestesia general.
- * Apesía del campo operatorio.
- * Colocación del campo quirúrgico tipo triangular y sábanas.
- * La incisión va de la parte superior del lóbulo de la oreja continuando hacia la región temporal, realizando una prolongación del pabellón auricular y en la parte superior una prolongación temporal.
- * Decolaje.
- * Localización de la arteria pre-auricular, separación de ésta.
- * Localización de la rama del maxilar y de la región de la anquifosis.
- * Marcación con fresa redonda por debajo de la lesión de la anquifosis en doble hilera.
- * Unión de las marcaciones con fresa de fisura.
- * Empleo de cincel de doble canto de Overguesser y martillo.
- * Empleo de la pinza de Cohen para retirar restos óseos
- * Limpieza con suero fisiológico y aspiración.
- * Ligadura de vasos.
- * Sutura de planos.
- * Sutura de piel.

C. Confección y colocación del Activador Intraoral

- * Toma de impresiones.
- * Vaciado de la impresión con yeso piedra para obtener modelo.
- * Confección del Activador Intraoral sobre modelo.
- * Colocación del Activador en Boca del paciente después de 24 horas de la Intervención Quirúrgica.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

El Post-Operatorio se cubre con el empleo de la Antibiótico terapia, penicilina de 0.1gr. cada 12 horas por vía oral cada 06 horas por espacio de 10 días.

También se emplea Decadrom de 0.08 por vía intramuscular cada 12 horas por espacio de 02 días después Cordralán por vía oral por espacio de 04 días más, cada 08 horas.

Toda la intervención es con el mínimo de trauma siguiendo los principios quirúrgicos, con manipulación cuidadosa.

La Dieta Post-Operatoria es normal para que el paciente pueda realizar los movimientos bucales pero antes de la injesta se debe retirar al Activador Intraoral y cuando termine su dieta se vuelve a colocar el activador.

A las 24 horas se retira el vendaje y a las 72 horas el drenaje (Pen-Ross) y se realiza cura plana y colocación de apósito.

RESULTADOS

Para determinar cual fue la causa de la Anquilosis, nos basamos en la AMNAMESIS, quien nos va a dar la etiología; y la región afectada nos da el estudio Radiográfico.

Cuadros estadísticos:

SEXO	ANQUILOSIS			TOTAL
	OSEA	TRAUMATICA	INFECCIOSA	
MASCULINO	09	27	07	42
FEMENINO	02	09	06	17
TOTAL	11	36	13	60

Cuadro 1. CUADRO DE INCIDENCIA DE ANQUILOSIS POR SEXO Y POR ETIOLOGIA

SEXO	ANQUILOSIS			TOTAL
	OSEA	TRAUMATICA	INFECCIOSA	
MASCULINO	15.00	46.66	11.87	73.33
FEMENINO	1.66	16.67	8.34	26.67
TOTAL	16.66	63.33	20.01	100.00

Cuadro 2. PORCENTAJE DE INCIDENCIA DE ANQUILOSIS POR SEXO Y POR ETIOLOGIA

DISCUSION

Desde los estudios realizados por Douglas, H. Morgan; Bárbara, J. Greene y Richard Shepperd, John Gawley, Guinestet, Darcissac, Joel, J. se llega a la conclusión que la técnica quirúrgica (Artroplastia) y el empleo del Activador Intraoral, favorece la recuperación del paciente en lo relacionado a la función mandibular y función masticatoria.

La importancia del presente estudio se basa en demostrar que en la técnica de "INCISION PREAURICULAR CON PROLONGACION TEMPORAL Y OSTEOCTOMIA POR DEBAJO DE LA LESION REALIZANDO LA OSTECTOMIA BASTANTE GENEROSA Y LA UTILIZACION DEL ACTIVADOR INTRAORAL"

HOSPITAL	ANQUILOSIS			TOTAL
	OSEA	TRAUMATICA	INFUSIONES	
Hospital Militar Central	07	18	05	30
CLINCAS	03	16	02	21
Instituto Nacional del Niño	01	02	05	08
Hospital Arzobispo Loayza	—	01	—	01
TOTAL	11	37	12	60

Cuadro 3

han permitido que los 60 casos intervenidos de anquilosis maxilar sean con resultados satisfactorios, dando función a los maxilares. Los activadores de SADA del Dr. JOEL; nos demuestra que es el caso de esta técnica con aditamentos externos. En cambio la técnica del Activador Intraoral es cómoda para el paciente y su función es óptima comparada con la técnica anterior. El abordaje de la técnica radica en que permite llegar a la lesión (Anquilosis) en forma directa que difiere cuando el abordaje es Sub-Gonial. El material empleado en la confección del Activador (Acrílico y Alambre) es de bajo costo.

CONCLUSIONES

1. Se presenta 60 casos clínicos con Anquilosis que fueron tratados con la técnica quirúrgica pre-auricular y el empleo del Activador Intraoral con resultados satisfactorios en 100% de los casos Tratados.
2. La técnica del empleo del Activador, no ocasiona molestias y es soportado perfectamente por el paciente.
3. La técnica empleada permite la recuperación de la función masticatoria y los movimientos mandibulares.

BIBLIOGRAFIA

ADEKEYA, E.: Pediatric of the facial skeleton a surgery of 85 casos from Kaduna, Nigeria. J. Of. Surg. Vol. 38 (5): 355-359, 1980.
 AMES, JAMES, HOHSON, ROBERT, EDWIN: Computerized tomography in oral maxillofacial. J. Oral Surg. Vol. 38: 145-149, Feb., 1988.
 BEHN, S. Use of Scilox pins for fracture fixation. J. Oral Surg. Vol., 42(1): 3033: 268-274, April 1975.
 BEUMER, J.: Current concepts in cranioplasty J. of Prosth Vol. 42 (1): 67-77, 1979.
 BRUNSOMAN, J.; ALTMAN, V.M.: A new endotracheal tube for maxillofacial surgery J. Of. Oral Surg. Vol., 38 (11): 847-848, 1980.
 CONVETRY, MARK: Ortopedia y traumatología. The Year Book of Orthopedic traumatic surgery. Chicago, 1979, Publishers Inc.
 DUNSWORTH, A.; BRYK, L.; ALLEN, J.: Tomography in

oral surgery. J. Oral Surg. Vol. 32: 696-701, Set., 1974.
 FRAME, J.; WAKE, M.: The value of computerized tomography in oral surgery J. Oral Surg. Vol. 52(4): 357-363, Oct., 1981.
 GINESTET, G.: Atlas de técnicas operatorias y cirugía estomatológica y máxilo-facial, B. As. 1967, Ed. Mundi.
 IRBY, W.: Facial trauma and concomitant problem St. Louis, 1979.
 JOEL, J.: Atlas de Cirugía de Cabeza y cuello, 1986.
 KRUGER, G.: Cirugía Buco-Máxilo Facial, Sta. Ed. Bs. As. 1982, Ed. Panamericana.
 ROME, N.; KILLER, HC.: Fractures of the facial skeleton, 2da. Ed. London, 1979, Ed. Livingstone.
 VAN DIJK, L.; BRONS, R.; BASKER, H.: Treatment of mandibular fractures by stable internal wire fixation. Int. Oral Surg. Vol. 6: 173, 1977.
 WESSBERG, B.; EPKER, B.: Intraoral Skletal fixation appliance. J. Oral Maxillofacial, Surg. Vol. 40:827-829, 1982.