



Caso clínico

Reabsorción condilar de la articulación temporomandibular tras un procedimiento artroscópico

Laura Verde Sánchez*, Mario Fernando Muñoz Guerra, Philip Brabyn, Ana Laura Capote y Luis Naval Gías

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Princesa. Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 7 de marzo de 2020

Aceptado: 11 de junio de 2020

Palabras clave:

Reabsorción condilar, cirugía artroscópica, articulación temporomandibular.

R E S U M E N

La reabsorción condilar progresiva es una condición específica que afecta a la articulación temporomandibular, ocasionando una reabsorción lenta y progresiva del cóndilo mandibular.

A pesar de ser una patología bien documentada con cierta predilección en mujeres jóvenes de entre 15 y 35 años, la causa exacta y la patogénesis siguen siendo poco claras. Se ha asociado a artritis reumatoide, enfermedades del tejido conectivo, patrón facial hiperdivergente en el plano sagital, Clase II dentoesquelética, disfunción preexistente de la ATM o incluso tras tratamiento ortodóncico o cirugía ortognática.

Se presenta un caso clínico de una paciente reabsorción condilar con antecedentes previos de tratamiento de disfunción temporomandibular por medio de artroscopia operativa.

Condylar resorption of the temporomandibular joint after an arthroscopic procedure

A B S T R A C T

Progressive condylar resorption is a specific condition that affects the temporomandibular joint that causes a slow and progressive resorption of the mandibular condyle.

Despite being a well-documented pathology with some predilection in young women between 15 and 35 years old, the exact cause and pathogenesis remain unclear. It has been associated with rheumatoid arthritis, connective tissue diseases, hyperdivergent pattern in the sagittal plane, dentoskeletal Class II, preexisting TMJ dysfunction or even after orthodontic treatment or orthognathic surgery.

A case of a patient with condylar resorption that had been previously treated by temporomandibular joint dysfunction by operative arthroscopy is presented.

Keywords:

Condylar resorption, arthroscopic surgery, temporomandibular joint.

*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: lauragreen08@hotmail.es (Laura Verde Sánchez).

DOI: [10.20986/recom.2020.1126/2020](https://doi.org/10.20986/recom.2020.1126/2020)

1130-0558/© 2021 SECOM. Publicado por Inspira Network. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La reabsorción condilar progresiva (RCP) se define como una entidad caracterizada por una pérdida de hueso del cóndilo mandibular, reducción en la masa ósea y alteración progresiva de la morfología condilar¹.

Clínicamente da lugar a una mordida abierta anterior, una rotación posterior de la mandíbula con una relación Clase II dentaria, retrognatia y disfunción temporomandibular (DTM).

Aunque su etiopatogenia no se ha clarificado, parece existir una marcada predilección por el sexo femenino durante su fase de crecimiento puberal, apoyando una teoría de mediación hormonal².

El tratamiento puede ser conservador mediante férula oclusal y analgésicos. La cirugía se plantea una vez el periodo activo ha cesado, mediante técnicas de cirugía ortognática, con o sin reconstrucción condilar con injerto costo-condral o reemplazo articular completo.

El propósito de este trabajo es describir el caso de una paciente con DTM izquierda tratada mediante artroscopia operativa que desarrolló posteriormente RCP unilateral.

CASO CLÍNICO

Mujer de 33 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos que acudió a urgencias por dolor en ATM izquierda, sensación de encajamiento y chasquido articular.

A la exploración presentaba una máxima apertura oral (MAO) de 40 mm, movimiento en bayoneta y chasquido recíproco unilateral izquierdo. Con el diagnóstico de DTM Grado I de Wilkes se decidió tratamiento conservador mediante férula oclusal y analgésicos.

Dos años más tarde acudió por clínica de bloqueos matutinos, dolor en ATM izquierda y ausencia de chasquido desde hacía 4 meses, etiquetándose en ese momento como DTM grado IV de Wilkes. A la exploración presentaba una MAO de 34 mm, sin mejoría al forzar la apertura y laterodesviación hacia la izquierda.

Se estudió el caso mediante una ortopantomografía (OPG) y una RMN. La RMN de ATM izquierda mostró luxación anterior sin reducción del menisco tras la apertura oral con imagen de derrame y luxación anterior con reducción en ATM derecha.

Ante estos hallazgos se decidió tratamiento quirúrgico mediante artroscopia operativa de ATM izquierda (Figura 1), en la cual se apreció sinovitis grado II, condromalacia grado II/III y roofing de 0 %. El procedimiento incluyó capsulotomía anterior y miotomía del vientre superior de músculo pterigoideo lateral, por medio de radiofrecuencia (Coblator®), técnica descrita por González-García³ junto con infiltración de ácido hialurónico y bupivacaína.

En las revisiones posteriores, la paciente refería ausencia de dolor y mejoría clínica (MAO de 43 mm).

A los tres años de seguimiento la paciente acudió por clínica de dolor en la ATM izquierda, con buena función, apertura oral y capacidad masticatoria. La exploración intraoral mostró canteo oclusal en dicha revisión. Ante los signos clínicos se recomendó una nueva férula y se solicitó estudio radiográfico.

En ese momento, la RMN mostró mejoría en la posición discal en boca abierta, y un aplanamiento en la vertiente posterior del cóndilo (Figura 2). Estos cambios reabsortivos en el cóndilo izquierdo se apreciaban asimismo al comparar la OPG inicial con la actual (Figura 3).

Posteriormente, el seguimiento a los dos años ha mostrado un mayor canteo mandibular y compensación maxilar (Figura 4). Una vez planteado tratamiento quirúrgico combinado mediante cirugía ortognática y prótesis a medida, la paciente prefirió realizar seguimiento, desestimando la cirugía.

DISCUSIÓN

La RCP es una entidad patológica que afecta predominantemente a mujeres jóvenes, particularmente durante el crecimiento puberal. Algunas publicaciones han referido porcentajes del 1-31 % de los pacientes con clínica de DTM⁴. Se han propuesto varias teorías para explicar su etiopatogenia. La que cuenta con más apoyos es la teoría de mediación hormonal, basada en la función de los estrógenos en la regulación del metabolismo de la ATM⁵.

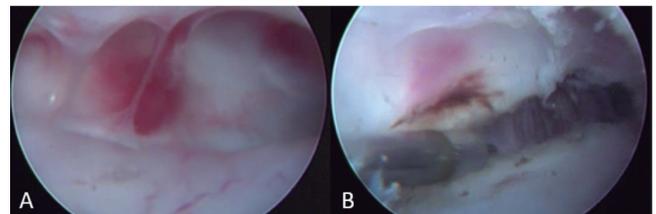


Figura 1. A. Sinovitis en cápsula anterior asociada a bridas fibrosinoviales.

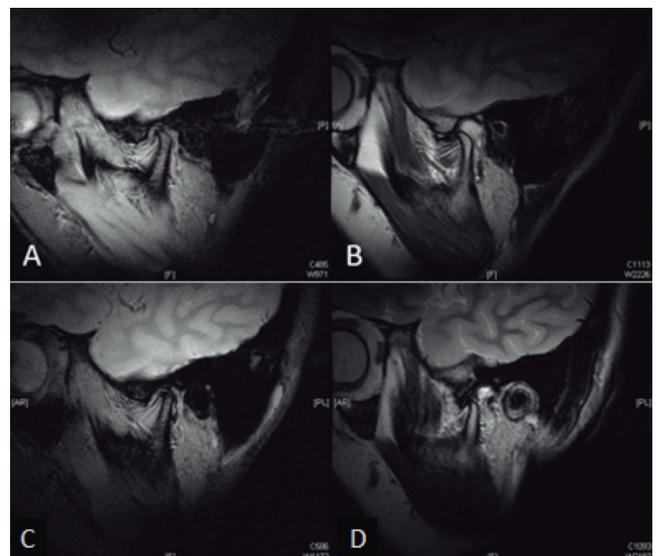


Figura 2. RMN correspondiente a ATM izquierda. A. Imagen precirugía con boca cerrada. B. Imagen precirugía con boca abierta. C. Imagen 1 año postcirugía con boca cerrada. D. Imagen 1 año postcirugía con boca abierta.

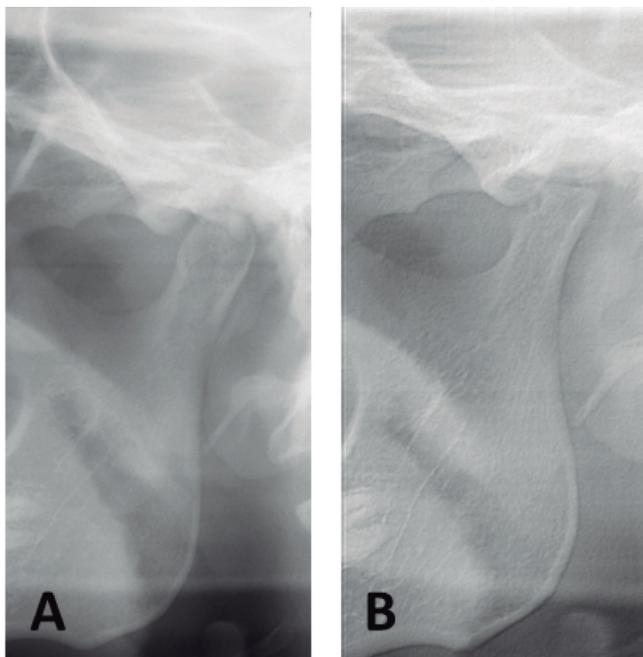


Figura 3. A: OPG preartroscopia. Cóndilos morfológicamente normales sin evidencia de patología B: OPG postartroscopia. Se observan cambios reabsortivos en el cóndilo izquierdo.

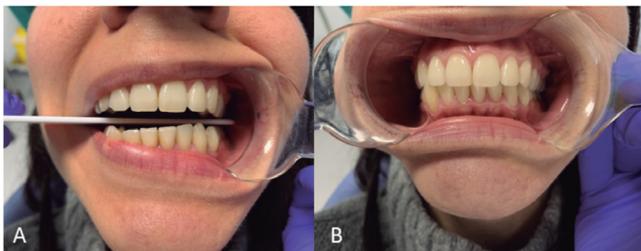


Figura 4. Canteo mandibular con una ligera compensación maxilar.

La RCP se caracteriza por una pérdida ósea a nivel del cóndilo mandibular y una alteración progresiva en su morfología. Su consecuencia es una pérdida de altura de la cara posterior del cóndilo mandibular junto con maloclusión y DTM¹.

Los pacientes con características sugerentes de RCP se caracterizan por un elevado ángulo del plano mandibular, clase II dentoalveolar y/o DTM preexistente. El proceso se ha asociado con artritis reumatoide y otras enfermedades colagenovasculares², ortodoncia o cirugía ortognática previa.

No obstante, no existe ninguna evidencia en la literatura acerca del papel de la artroscopia como mecanismo desencadenante, por lo que su asociación, además de infrecuente y ocasional, es además meramente especulativa⁶.

El diagnóstico de la RCP se basa en hallazgos clínicos y radiológicos como la OPG, la cual muestra la pérdida del volumen condilar y la RMN para evaluar la situación y características del disco articular. Por otro lado, la gammagrafía con tecnecio 99 sirve para la diferenciación en cuanto a la actividad del proceso⁷, dato importante en la decisión del tratamiento.

Respecto al manejo, se han sugerido múltiples alternativas⁸: conservadoras como la férula oclusal, o tratamientos que incluyen la cirugía ortognática, a pesar de existir riesgo de recaída^{9,10}.

En conclusión, en base a las características clínico-radiológicas de la paciente, presentamos un caso de RCP de etiología incierta con un antecedente de artroscopia operativa por DTM. Hipotetizamos sobre la posibilidad de que el procedimiento artroscópico pudiera haber acelerado un proceso de remodelación disfuncional que ya se encontraba activo en el momento del primer diagnóstico.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Mitsimponas K, Mehmet S, Kennedy R, Shakib K. Idiopathic condylar resorption. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2018;56(4):249-55. DOI: 10.1016/j.bjoms.2018.02.016.
- Kodama Y, Tanaka R, Kurokawa A, Ohnuki H, Sultana S, Hayashi T, et al. Severe destruction of the temporomandibular joint with complete resorption of the condyle associated with synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis, and osteitis syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013;116(2):128-33. DOI: 10.1016/j.oooo.2013.03.011.
- González-García R. Arthroscopic myotomy of the lateral pterygoid muscle with Coblation for the treatment of temporomandibular joint anterior disc displacement without reduction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(12):2699-701. DOI: 10.1016/j.joms.2009.07.089.
- Kobayashi T, Izumi N, Kojima T, Skagami N, Saito I, Saito C. Progressive condylar resorption after mandibular advancement. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012;50(2):176-80. DOI: 10.1016/j.bjoms.2011.02.006.
- Nunes de Lima V, Faverani LP, Santiago JF Jr, Palmieri C Jr, Magro Filho O, Pellizzer EP. Evaluation of condylar resorption rates after orthognathic surgery in class II and III dentofacial deformities: A systematic review. *J Craniomaxillofac Surg.* 2018;46(4):668-73. DOI: 10.1016/j.jcms.2018.02.002.
- Balasubramaniam R, Van Sickels J, Falace D. Condylar resorption following temporomandibular joint arthroscopy in a patient with essential thrombocythemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;101(5):581-7. DOI: 10.1016/j.tripleo.2005.07.002.
- Papadaki ME, Tayebaty F, Kaban LB, Troulis MJ. Condylar resorption. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2007;19(2):223-34. DOI: 10.1016/j.coms.2007.01.002.
- de Souza Tesch R, Takamori ER, Menezes K, Carias RBV, Dutra CLM, de Freitas Aguiar M, et al. Temporomandibular joint regeneration: proposal of a novel treatment for condylar resorption after orthognathic surgery using transplantation of autologous nasal septum chondrocytes, and the first human case report. *Stem Cell Res Ther.* 2018;9(1):94. DOI: 10.1186/s13287-018-0806-4.
- Galiano A, Wolford L, Gonçalves J, Gonçalves D. Adolescent internal condylar resorption (AICR) of the temporomandibular joint can be successfully treated by disc repositioning and orthognathic surgery, part 2: Treatment outcomes. 2019;37(2):111-20. DOI: 10.1080/08869634.2017.1386753.
- Wolford LM, Galiano A. Adolescent internal condylar resorption (AICR) of the temporomandibular joint, part 1: A review for diagnosis and treatment considerations. *Cranio.* 2019;37(1):35-44. DOI: 10.1080/08869634.2017.1386752.