

**HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE
“PEDRO AGUSTIN PEREZ”
PROVINCIA GUANTANAMO.**

**ANQUILOSIS DE LA ARTICULACION
TEMPORO-MANDIBULAR. HIPNOSIS Y
BLOQUEO NERVIOSO EXTERNO COMO
COADYUVANTES DE LA FISIOTERAPIA
POSOPERATORIA SIN DOLOR.
INFORME DE UN CASO.**

Dr. Carlos Alberto Díaz Pérez¹ , Dr. Luis Cantillo Hernández² , Lic. María del Carmen Pernas Calzada³ , Dra. Milagros Martínez Rodríguez⁴

RESUMEN

Se presenta el caso de un niño de 12 años con anquilosis de la articulación temporomandibular izquierda. A partir de su cuadro clínico, estudios radiológicos y valoración psicológica se diseñó un plan de tratamiento que incluyó la artroplastia. Además, se utilizó la hipnosis y el bloqueo del nervio mandibular como coadyuvantes de la fisioterapia postoperatoria, con resultados altamente satisfactorios.

Palabras clave: ANQUILOSIS/ terapia; ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR/ radiografía; ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR/ cirugía; NIÑO/ psicología; HIPNOSIS; BLOQUEO DEL NERVIOS/ método.

¹ Especialista de I grado en Cirugía Máxilo Facial. Hosp. Pediátrico Docente “Pedro A. Pérez”.

² Especialista de I grado en Anestesia y Reanimación. Hosp. Pediátrico Docente “Pedro A. Pérez”.

³ Licenciada en Psicología. Hosp. Psiquiátrico “Luis Ramírez López”.

⁴ Estomatólogo. Hosp. Pediátrico Docente “Pedro A. Pérez” de Guantánamo.

INTRODUCCION

La anquilosis de la articulación temporomandibular (ATM) se define como la incapacidad absoluta, o casi absoluta, de la movilidad condilar por lesión de elementos de la propia articulación.¹

La pérdida de la movilidad puede ser total o parcial por la formación de un puente fibroso u óseo y afectar a una o a las dos articulaciones¹⁻³. Tiene diversas causas: congénitas, infecciosas, artritis reumatoidea, pero actualmente se conoce como la más frecuente la traumática.¹⁻⁶ Especialmente los traumatismos en la primera infancia que causan fracturas de cóndilos no diagnosticadas debidamente que provocan hematomas intracapsulares, seguidos de fibrosis y, posteriormente, de soldadura ósea.^{1,6}

Cuadro clínico.

Los pacientes tienen una historia de limitación progresiva e irreversible de la apertura bucal.^{1,6} Cuando la anquilosis es unilateral hay asimetría facial, con desviación del mentón hacia el lado afectado^{1,4-6} y distancia interincisiva pequeña, que puede ser nula a nivel de molares.

En la anquilosis bilateral, la limitación de la apertura bucal es más

marcada, prácticamente total, aunque la distancia interincisiva puede ser mayor por la rotación de la mandíbula hacia atrás. No suele haber desviación del mentón, pero la sínfisis está retraída, el cierre bilateral es incompleto y el perfil muestra retrognatismo mandibular.^{1,6}

Algunos pacientes pueden presentar trastornos psíquicos que se corresponden con el defecto físico cada vez más evidente.^{1,7}

Características radiológicas :

La exploración radiográfica es importante para establecer el diagnóstico y planificar el tratamiento. Las radiografías laterales, anteroposteriores y panorámicas muestran el bloque óseo anquilosado, mientras que la tomografía permite observar mejor la magnitud de la lesión, así como los distintos grados de densidad.^{1,5}

Tratamiento :

Una vez establecida la anquilosis, el único tratamiento posible es quirúrgico.^{1-3,5,8} La artroplastia puede combinarse con interposición de diferentes materiales, prótesis metálicas o injerto autólogo de cartílagos con diferentes resultados^{1-4,9-12} y debe ser seguida de una

temprana fisioterapia posoperatoria.^{1,2,4}

INFORME DEL CASO

Paciente masculino de 12 años de edad, mestizo, y de procedencia rural que asiste a nuestra consulta de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez" de Guantánamo con limitación marcada de la apertura bucal, que le impide hablar y alimentarse correctamente.

En el interrogatorio se recoge que a la edad de cinco años recibió un trauma en el mentón al caer de sus pies, fue atendido en su área de salud y a partir de ese momento comenzó a presentar dolores en la articulación temporomandibular izquierda y disminución progresiva de la apertura bucal. A los 7 años de edad, después de ser estudiado, se determinó que el niño presentaba una anquilosis de la ATM izquierda por fractura del cóndilo, que no fue diagnosticada en el momento del trauma en el mentón. Se le realizó una artroplastia con interposición de una banda de silastec, la fisioterapia posoperatoria fue irregular, y el paciente mostró poca cooperación. La mejoría fue escasa, y se agravó el cuadro clínico hasta llegar a nuestra consulta.

Examen Físico:

Cara: Asimetría facial, desviación del mentón hacia la izquierda respecto a la línea media facial. Aumento de volumen duropétreo de 2 cm, aproximadamente, en la articulación temporomandibular izquierda. Cicatriz preauricular izquierda, secuela de la intervención quirúrgica anterior.

Boca: limitación de los movimientos mandibulares de apertura y laterales.

Espacio anterincisivo: 7mm Apiñamiento dentario antero-inferior.

Examen radiológico.

Se hicieron radiografías panorámicas, vista town y laterales, donde se observa disminución del espacio articular y área radiopaca de aproximadamente 2 cm, en forma de bloque, en la ATM izquierda.

Valoración psicológica: Niño con inteligencia dentro de los límites normales, gustos y preferencias propias de su edad, con dificultad en la comunicación oral por la limitación de los movimientos mandibulares que es causa de trastornos en su conducta como son: timidez, estado afectivo de ansiedad y hostilidad, retraso escolar en dos grados,

acompañado de una autovaloración inadecuada por defecto. Se nota ansioso por la operación y preocupado por sus resultados, aunque con disposición positiva.

Conclusión: Trastorno neurótico en el niño.

Tratamiento.

Con los datos obtenidos en la anamnesis, el examen físico, estudios complementarios y la valoración psicológica, se planificó el siguiente tratamiento:

I-Sesión de hipnosis preparatoria; con el objetivo de lograr la relación con el paciente y una buena disposición mental para el proceso quirúrgico. Mediante la entrevista a la madre y el niño se conocen sus gustos, inclinaciones, estado afectivo y disposición para el acto quirúrgico. Se hace psicoterapia racional acorde a las necesidades del niño, para aumentar su autoestima, y juegos de hipnosis donde se intercalan sugerencias positivas para la operación y aumentar la relación médico-paciente.

II- Intervención quirúrgica: Se realizó artroplastia mediante abordaje preauricular, eliminando el bloqueo óseo y creando un espacio de 1,5 cm entre el borde superior de

la rama ascendente de la mandíbula y el cráneo. No se interpuso material entre estas porciones óseas.

III- Fisioterapia posoperatoria. A las 18 horas de operado se comenzó el proceso de fisioterapia mediante:

Sesión de hipnosis posoperatoria, con el objetivo de eliminar el miedo y lograr la cooperación del paciente durante el bloqueo externo del nervio mandibular y los ejercicios de dilatación de la apertura bucal. Se realizó hipnosis profunda utilizando el método de pensamiento en cinta de imágenes, dándole sugerencias posthipnóticas relacionadas con la técnica de bloqueo nervioso, los ejercicios de rehabilitación y anestesia bucal y maxilar.

Inmediatamente después de esta sesión de hipnosis se procedió al bloqueo externo bilateral del nervio mandibular.

Anestesia: Bupivacaína, 0,5%, 5 cc más 200 mcg de adrenalina.

Técnica: Paciente semisentado. Se realizó antisepsia de ambas zonas articulares. En lado sano se palpó el punto medio de la escotadura sigmoidea y en el operado se tomó como referencia el punto medio por debajo del arco cigomático. Se hizo un botón intradérmico con una aguja

calibre 26 de 1 cm de largo, luego se introdujo en sentido perpendicular a la piel depositando 2,5 cc del anestésico en cada lado.

Cuando el paciente refirió sensación de anestesia se comenzó a dilatarle la apertura bucal con un abre bocas de acción lateral durante 30 minutos, que luego continuó en la sala, ayudado por sus familiares y enfermeras.

Se aplicó, además, calor y masajes musculares, por el técnico de fisioterapia.

A las 22 horas de operado se aplicó otra sesión de hipnosis para reforzar lo logrado en las dos anteriores.

Los bloqueos nerviosos se hicieron durante 6 días consecutivos, al cabo de los cuales el paciente no los necesitó para la dilatación de la apertura bucal.

Los ejercicios de dilatación de la apertura bucal y la aplicación de calor y masaje muscular se mantuvieron durante 2 meses.

RESULTADOS.

A los 15 días de operado, el niño tiene una apertura bucal de 33 mm, no refiere dolor en ATM, se

alimenta sin dificultad y habla correctamente.

Valoración psicológica: A los 30 días de operado, el niño tiene un buen estado afectivo, con un aumento en su comunicación oral, tiene logros docentes (lectura), sus intereses se han ampliado, se ve optimista, duerme y se alimenta bien, han remitido los estados afectivos no placenteros y es protagonista de su rehabilitación.

DISCUSION

Consideramos que la recidiva de la anquilosis se debió a la inadecuada fisioterapia posoperatoria que recibió el paciente.

Henng² recomienda que, a las 72 horas de operado, el paciente sea llevado al salón de operaciones y, bajo anestesia general y relajación profunda, se dilate, y luego se siga este proceso diariamente por la fuerza durante 3 meses.

Alonso del Hoyo¹ y, más recientemente, Fiedler¹³ describen diferentes aparatos para lograr la apertura bucal.

Durante el planeamiento del tratamiento es importante tener en cuenta el estado psíquico del paciente y que el dolor que se experimenta durante el proceso de

rehabilitación puede provocar rechazo y poca cooperación.

Stolzember y Shaw, Moss y otros investigadores destacan las ventajas de la utilización de la hipnosis como forma de anestesia bucal, como analgesia y como medio profiláctico para crear reflejos condicionados de higiene y eliminar el clásico temor que tiene la persona cuando debe enfrentar al estomatólogo.¹⁴⁻¹⁸

El uso de hipnosis en niños es muy variable en sus resultados y existen diversos criterios en cuanto a la eficacia de su uso.^{14,15} Entre los aspectos fundamentales para el logro del éxito hipnótico se destacan una buena relación con el paciente, el lenguaje claro y sencillo, las palabras usadas deben corresponderse con el mundo de representaciones del niño, los cuales dependen de su estado afectivo y sus características individuales.

En este caso se usó como método el pensamiento en cintas de imágenes por considerarlo el más adecuado por la edad del paciente; este es uno de los métodos más exitosos en niños de 8 a 12 años, consistente en

utilizar la imaginación y la fantasía característica de los niños de esa edad. Mediante imágenes en cinta se le transmite al niño toda una serie de programas que llevan implícitas sugerencias.

En la técnica del bloqueo usada no se buscó contacto con el hueso, ni la sensación de parestesia, como describe Collins,¹⁹ teniendo en cuenta la edad del paciente y que con la difusión del anestésico se lograba el efecto deseado, así como mejor cooperación del paciente.

CONCLUSIONES

Al combinar la hipnosis con bloqueo externo del nervio mandibular se logró, primero, la actitud positiva del paciente hacia el procedimiento y, segundo, una analgesia prolongada que permitió realizar las dilataciones de la apertura bucal, durante largo tiempo, con una aparatología sencilla, pero eficaz, evitando la necesidad de administrar anestesia general o que el paciente sufra dolores intensos, con resultados altamente satisfactorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alonso del Hoyo, J. Anquilosis temporomandibular En: Quetgles J, Traumatología facial. Madrid: Sociedad Española de Cirugía Plástica, 1983:661-70.
2. Hennig F. Articulación temporomandibular En: Kruger G. Cirugía buco-máximo-facial. La Habana: Ed. Revolucionaria 1982:398-400.
3. Fuente del Campo A. Tratamiento quirúrgico de los trastornos de la articulación temporomandibular En: Coiffmon F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. La Habana: Ed. Revolucionaria 1987:443-45.
4. Cramer L. Afección de la articulación temporomaxilar En: Grabb WC. Cirugía Plástica. La Habana: Ed. Revolucionaria 1982:280-90.
5. Seroli W, Luz J G de C, Anquilose da articulação temporo-mandibular, Fatores etiológicos e principios de diagnóstico e de tratamento. Rev Bras Odontol 1994; 51(1):41.
6. Shater W. Patología bucal. La Habana :Edit. Revolucionaria 1982:531-32.
7. Gathus SW, Maiva DN, Kahuga M. Management of post-traumatic temporo-mandibular joint ankylosis. In children: Case report. East Afr Med J. 1995. 72(7):471-5.
8. Deffer, JP Ferkadjki L, Brethany AJ, Chauve J, Gross D, Julhes L, et al. Occurrence of post-traumatic temporo-mandibular ankylosis, Trial of classification of anatomo-pathologic lesions. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1992;93 (4):231-5.
9. Luchesi AJ, Cruz R L, Coste EA, Pitanguy I , Ceravolo MP. Anquilose temporo-mandibular. Contribuição ao tratamento cirúrgico. Rev Bras Vir 1982, 72(3):192-200.
10. Gandra JR. Arthroplasty with acrylic cement "in glove finger" in the treatment of temporomandibular ankylosis. Report of 4 Cases. Rev Bras Ortop 1984; 19(5):187-92.
11. Zhuang FL. A folded platysma muscular-cutaneous flap for the reconstruction of temporomandibular joint. Chuan-Hua-Cheng-Hsing-Shao-Shong-Waiko-Tsa-Chich 1993;(1):28-34.
12. Guyaron R, Losa CI (Jr). Unpredictable growth pattern of costochondral graft. Reconstr Surg 1992; 90(5):880-9.
13. Fiedler F, Stoll P, Lauer G, Otten JE. Positive and continuous temporomandibular movement-functional treatment after surgery of the temporomandibular joint (TMJ) Rev Stomatol Chir Maxillofac 1993;94 (3):178-80.
14. Birde Ch B. Tratamiento del dolor posoperatorio en niños. Pediat Clin North Amer 1989; 36(4):1001-9.
15. Zeltzer L, Le Baron S M, Fisher D M. Tratamiento del dolor relacionado con procedimientos pediátricos. Pediat Clin North Amer 1989; 36(4):1023-33.
16. Martínez Perigod B, Asís M. Hipnosis. Teoría, Métodos y Técnicas. La Habana: Ed. Revolucionaria. 1989: 84-7, 105-22.

17. Olness K. Hypnotherapy. A Cyberphysiologic Strategy in Pain Management. *Pediatr Clin North Amer* 1989;4(36):873-84.
18. Zeltzer L, Le Baron S. Hypnosis and non-hypnotic techniques for the reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *Pediatr* 1982; 101,1032-35.
19. Collins VJ. *Anestesiología T 2 La Habana: Ed. Revolucionaria.* 1985: 674, 713-4.