

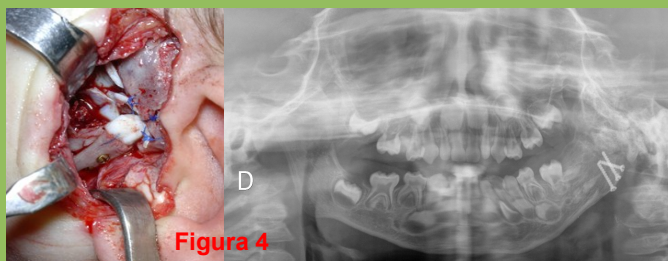
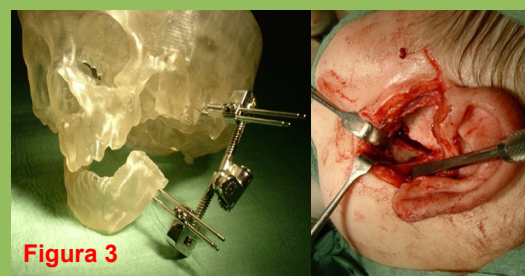
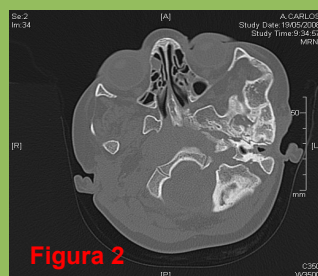
## TRATAMIENTO DE LA ANQUILOSIS TEMPOROMANDIBULAR CONGÉNITA, EL DILEMA. NUESTRA EXPERIENCIA

*Pinos Galindo,D; Zamudio Sánchez,L; Sánchez Navarro,C; ;Martinez Navarro ,M.A;Ruiz Delgado;F  
Bermudo Añino,L.  
Cirugía Oral y Maxilofacial. H.R.U Carlos Haya. Málaga*

**Introducción:** La anquilosis temporomandibular congénita (ATMC) es una rara enfermedad en la que se produce una adhesión fibrosa u ósea entre los elementos de la articulación y la base del cráneo, condicionando un severo daño estructural, funcional y estético en la edad infantil. Clínicamente se asocia limitación de la apertura oral, deformidad dentofacial, maloclusión, malnutrición y apnea obstructiva del sueño. Se acompaña con frecuencia de asimetrías faciales que se intentan minimizar mediante un tratamiento precoz .

Existen distintas opciones de tratamiento y la estandarización de un protocolo es motivo de controversia. En esta patología la reanquilosis y necesidad de reintervención es la norma para conseguir unos resultados estético y funcionales aceptables durante el crecimiento del niño.

**Material y Métodos:** Presentamos un caso clínico de un niño con ATMC ósea unilateral severa diagnosticada al nacer por imposibilidad de apertura oral (Figura 1). En el TC se observó anquilosis ósea de rama mandibular izquierda, apófisis coronoides, apófisis pterigoides, cóndilo y fosa glenoidea junto a malformación de hueso temporal y del arco zigomático (Figura 2) Se intervino por primera vez con un año y 8 meses de edad realizándose traqueostomía electiva y posterior distracción osteogénica de la rama mandibular anquilótica. (Figura 3) A los tres meses se intervino nuevamente realizándose en un mismo tiempo retirada del distractor y resección del bloque anquilótico que se reconstruyó con injerto condrocostal (Figura 4). Tras intensa rehabilitación durante 3 años,se consiguió una apertura oral de 20mm (Figura 5 )



Con 5 años de edad, debido al escaso crecimiento hemimandibular izquierdo y limitación de la apertura se intervino nuevamente. Se realizó ostectomía de la masa anquilótica llegando a planos más profundos y se colocó a modo de mantenedor de espacio una placa de reconstrucción tipo Trilock de 23 mm, dejando mordida abierta posterior izquierda con laterognatismo a la derecha. (Figuras 6 y 7)

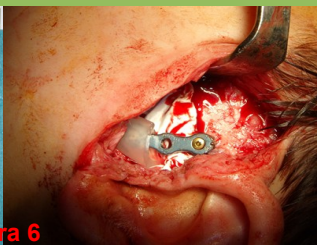


Figura 6



Figura 7

Con 8 años de edad, a pesar de mantener una buena apertura (Figura 8), la asimetría facial derivada del crecimiento óseo indicó nuevamente tratamiento quirúrgico que se planificó sobre modelo estereolitográfico basado en TC tridimensional (Figura 9).



Figura 8

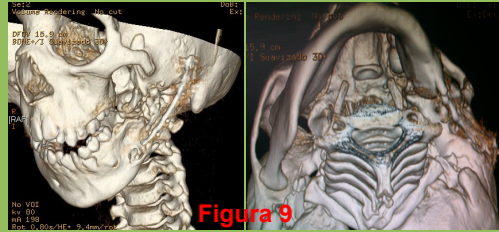


Figura 9

Se realizó retirada de placa y resección de fragmentos anquilóticos a nivel de fosa infratemporal y pterigoidea. Se preformó una fosa glenoidea en base de cráneo colocando prótesis de Christensen. La reconstrucción se llevó a cabo con injerto en L de cadera e injerto condrocostal unidos con miniplacas. (Figura 10) Actualmente, después de casi un año, presenta corrección de la asimetría y aumento de la apertura oral (36mm) .

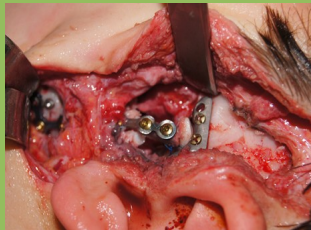


Figura 10



**Discusión:** Revisando la literatura son varios autores los que defienden una temprana intervención quirúrgica mediante resección del bloque anquilótico, colgajo interposicional y reconstrucción con injerto condrocostal. También son muchos los defensores de una resección seguida de una distracción osteogénica. En nuestra experiencia como novedad a las técnicas descritas comenzamos el tratamiento realizando una distracción osteogénica sin remoción de la masa anquilótica, con la intención de conseguir un aumento del hueso mandibular viable y expandir los tejidos blandos para facilitar la posterior cirugía con injerto condrocostal. Otra novedad que incorporamos es la colocación de una placa de reconstrucción mandibular que nos mantenga el gap conseguido mediante la osteotomía del hueso anquilótico. Coincidimos con lo descrito en la literatura en la necesidad de una fisioterapia agresiva que se inicie en los primeros días del postoperatorio y de meses de duración pero que en este tipo de pacientes de corta edad es difícil mantener. Así mismo, tal y como viene descrito en múltiples artículos, reconocemos la necesidad del estrecho seguimiento de estos paciente cuya tendencia es a la recidiva y consecuente reintervención.

**Conclusión.** La anquilosis temporomandibular congénita es una enfermedad con importantes secuelas funcionales y estéticas en el niño. Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas ninguna de ellas capaz de prevenir la reosificación y fibrosis de los tejidos circundantes. Dada nuestra experiencia, se pone de manifiesto la dificultad de establecer una única opción terapéutica que nos permita solucionar el problema ya que nos encontramos ante una entidad que acontece sobre un hueso en continuo crecimiento y transformación. Se establece por tanto como necesaria la intervención siempre que lo determine la calidad de vida del paciente.