

Trabajo del Instituto Traumatológico y Ortopédico — Director: Prof. Dr. J. L. Bado
Departamento de Cirugía Plástica — Jefe: Dr. Pedro Pedemonte

SINDROME MENISCAL TEMPORO MAXILAR (*)

Dr. Jorge De Vecchi

La articulación témporo maxilar (A.T.M.) ha sido la cenicienta de las articulaciones y se han ignorado sus hechos fisiopatológicos más elementales. Lo que es más grave, también se han ignorado sus enfermedades y por lo tanto la manera de tratarlas.

La biología del hueso maxilar inferior es extraña y misteriosa, hueso en herradura a doble articulación encierra en su interior a los dientes, formaciones ectodérmicas y cuya función la masticación se hermana definitivamente con la fisiología del hueso.

Las funciones de la A.T.M. se vinculan con la masticación, fonación y deglución y por lo tanto comienza a funcionar desde la primera vez que el niño succiona del pecho de la madre.

Mencionaremos a continuación algunos hechos embriológicos, anatómicos y fisiológicos que son fundamentales para poder reconocer los síndromes anatomo clínicos y su tratamiento: (Fig. 1)

1º) La A.T.M. está constituida por dos cóndilos el *maxilar* y el *temporal*, la *fosa glenoidea* y un menisco de forma bicóncava e imprescindible por estar la articulación constituida por dos superficies convexas.

El menisco *adhiera* a su alrededor a la cápsula y tiene por detrás el *freno meniscal posterior*, verdadero hilio vasculo nervioso por donde entran a la articulación vasos y nervios. Hoy se le da a esta formación importancia fundamental en el *determinismo de sus sufrimientos* y condiciona su existencia la base de una terapéutica revolucionaria e inaudita en apariencia.

Recordemos como *hecho esencial* que el cóndilo recibe al

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 24 de julio de 1957.

músculo pterigoideo externo, *músculo princeps* en la A.T.M. del hombre. Tiene además a su cargo junto con la cápsula la nutrición del cóndilo. Todo cóndilo luxado desinsertado del músculo pterigoideo externo debe ser resecado.

2º) Embriológicamente *el punto condileo* tiene bajo su responsabilidad todo el crecimiento del maxilar inferior. Es la epífisis fértil. La atrofia provoca la hematrofia (infección, trauma-

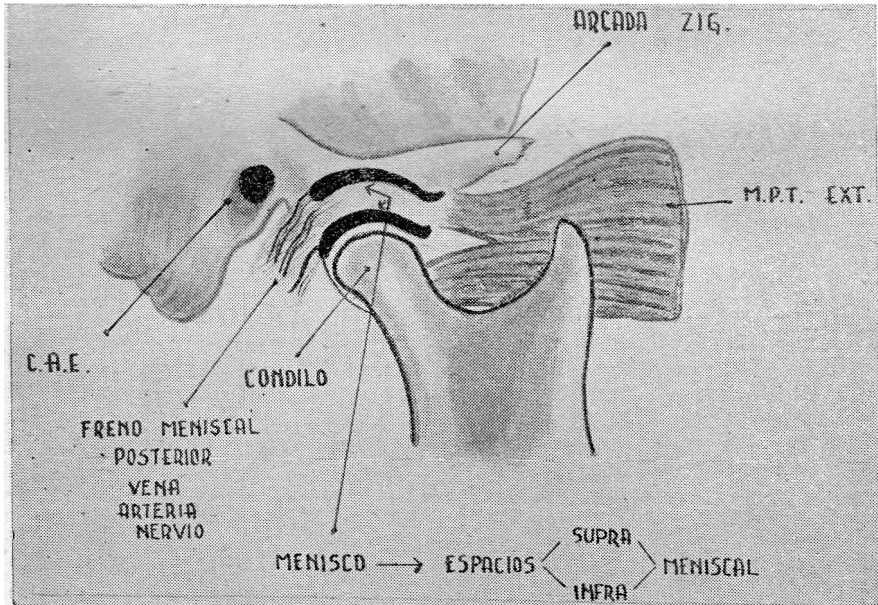


FIG. 1.

tismo) del maxilar inferior; su crecimiento exagerado (acromegalia) el prognatismo.

3º) La A.T.M. carece de cartílago hialino. Está recubierto de tejido fibroso. Esto le da una enorme resistencia a los agentes traumáticos. Esto explica que podamos impunemente resecar el cóndilo maxilar sin que apareje la artrosis inevitable en otras articulaciones.

4º) Le sirven una serie de músculos, *depresores* geni hioide y digástrico, elevadores temporal, maseteros y pterigoideo interno; antepulsos, pterigoideo externos; retropulsos temporal y digástrico.

5º) El hombre es laboratorio de experiencia de una nueva fisiología articular (Fig. 2); en todos los animales, monos inclusive, la A.T.M. tiene solamente movimiento de rotación. En el hombre la voluminosa apófisis mastoide obliga en un segundo mo-

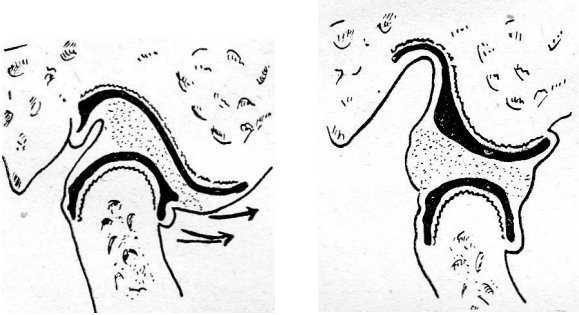


FIG. 2. — Tomada del libro de Harry H. Saapiro "Maxilo-facial anatomy".

vimiento la traslación hacia adelante de los cóndilos. Se suceden pues en la apertura de la boca dos *movimientos sucesivos y simétricos*, 1º la rotación en la articulación *cóndilo meniscal*; 2º la traslación en la *menisco temporal*. Este movimiento está a cargo del

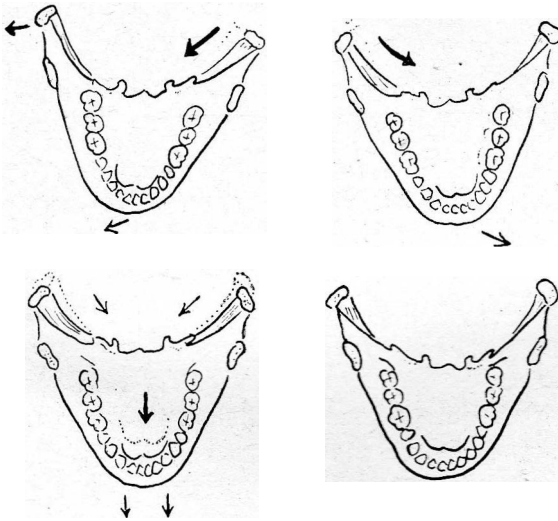


FIG. 3. — Tomada de Testut - Latarjet.

músculo pterigoideo externo (Fig. 3), que lleva la mandíbula hacia adelante, *simétricamente* en el sujeto normal. El pterigoideo externo se fija en el *cóndilo* y en el *menisco* pero, ello no quiere decir que arrastre el menisco. Sólo se acepta que lo pone *en ten-*

cion facilitando su traslación. En el cadáver fresco también el menisco viene hacia adelante (Sicher).

6º) La A.T.M. y la dentaria forman una unidad embriológica anatómica y funcional indisoluble. Se repercuten mutuamente y se unen tanto en la anatomía como en la fisiología normal y patológica.

Toda la *salud biológica* de esta unidad está sumamente influenciada por el *juego de los músculos* (Sicher); se acepta que

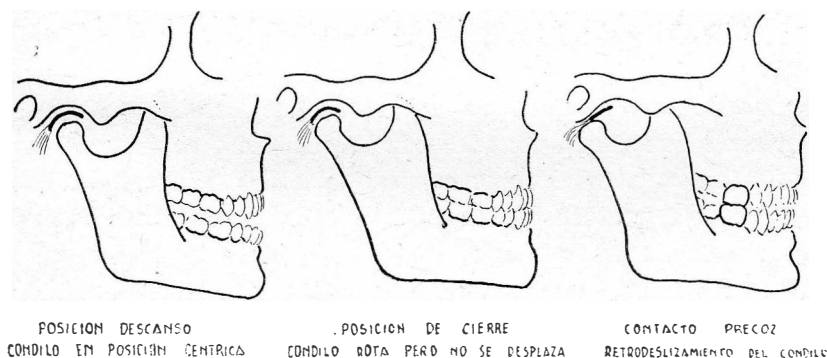


FIG. 4.

del cuello de los dientes parten reflejos tonales que pueden tener en la patología demoledoras consecuencias para la articulación. *La articulación dentaria debe ser perfecta* y cosa extraña, los defectos de la articulación dentaria son más graves cuanto más pequeños. Un contacto prematuro entre dos molares puede ser demoledor para la A.T.M. y producir sufrimiento de una intensidad comparable con los mayores de la patología.

7º) *El retro deslizamiento del cóndilo*: en el sujeto normal hay tres posiciones en el maxilar inferior: (Fig. 4)

a) Posición de descanso o reposo con separación entre las arcadas dentarias de dos a cuatro milímetros. Depende del *tono muscular* y es fijo y permanente para cada individuo.

b) Cierre.

c) Apertura.

Durante *el pasaje* del cóndilo de reposo a cierre en el sujeto normal *sólo hay rotación*; en el patológico el cóndilo va hacia atrás; esto provoca compresión del freno meniscal posterior y

dolor; a la larga, la compresión destruye el freno meniscal posterior hasta que lo rompe y entonces el menisco se suelta.

Este trastorno existe en la inmensa mayoría de los sufrimientos ténporo maxilares crónicos y debe ser pesquisado por una cefalometría.

8º) Los músculos pterigoideos externos (fig. 3). Estos funcionan sincrónicamente. El sujeto abre simétricamente la boca y lleva el mentón abajo y atrás. Esto se produce por la acción sinérgica de ambos pterigoideos externos. Cuando se contraen por separado tiran adelante y adentro y llevan el mentón hacia el lado opuesto.

Cuando una *articulación sufre*, siempre lesiona y atrofia a un músculo con predilección. En la T.M. atrofia al músculo pterigoideo externo, es el cuádriceps de la rodilla. Su atrofia hace que siempre el mentón se desvíe hacia el lado enfermo señalando el dolor predominante del opuesto. Pero el hecho fundamental el opuesto efectúa un movimiento helicoidal y al final él también sufre.

La traslación del mentón hacia el lado del dolor le da al sufrimiento juxta articular el carácter de orgánico absoluto.

Lesiones meniscales

Anatomía patológica. — La lesión más frecuentemente encontrada en el menisco es la rotura a nivel de su borde posterior; le sigue en frecuencia la rotura anterior, que es la más fácil de diagnosticar quirúrgicamente, pues nos muestra al menisco suelto en la articulación.

Hay otro tipo de lesión muy singular en la que el cóndilo perfora al menisco y éste lo envuelve como si fuera un cuello dejándolo fijo en posición de sub-luxación. Hemos hecho el diagnóstico clínico de esta lesión, confirmada luego por la radiología y la operación.

Sintomatología. — Con todo lo dicho más arriba ya hemos bosquejado los elementos de diagnóstico.

El comienzo puede ser insidioso, precedido por una serie de pequeños sufrimientos como cuando se llegó a la rotura meniscal pequeños sufrimiento como cuando se llegó a la rotura meniscal por la vía de múltiples y pequeños traumatismos, lo que sucede habitualmente en las malposiciones dentarias.

Lo más a menudo el comienzo es brusco y el paciente puede recordar exactamente el accidente, ya sea un bostezo, una extracción dentaria demasiado violenta, o secundario a una fractura de cóndilo conocida o no clínicamente.

Subjetivamente la enferma se queja de dolores, ruidos, debilidad en la masticación, episodios de bloqueos.

Los dolores pueden ser leves, apareciendo durante la masticación o muy intensos impidiendo hasta el menor movimiento articular, habiendo observado en algunas ocasiones graves y prolongados episodios de tricmus que llegaban a comprometer hasta la alimentación.

Los dolores pueden estar localizados en la articulación T.M. en el oído, en el cuello y hasta en la faringe, creando a veces situaciones de difícil diagnóstico.

Los ruidos son de intensidad variable, constantes o no, en ocasiones tan leves que sólo los percibe el médico palpando la articulación durante los movimientos. En otras ocasiones en cambio, los ruidos pueden ser sumamente intensos, tan intensos de crearle al sujeto verdaderos complejos, que le impiden comer ante extraños.

El chasquido no patognomónicos de rotura meniscal, pero se observa muy a menudo concomitante con ésta.

El bloqueo a veces completo, a veces frustruo tiene enorme valor clínico; muy a menudo son confundidos con luxaciones, lo que no puede suceder en un examen clínico más o menos profundo. Ya hemos dado la impresión patogénica de este síntoma.

Los enfermos tienen la sensación de que algo se interpone en el movimiento de la mandíbula frenándola. El bloqueo puede ser en boca abierta o en boca cerrada y muy a menudo desaparece durante el sueño.

No obstante la dificultad para la apertura o el cierre de la boca, nada más distinto que la verdadera luxación. En ésta, aparece el mentón desviado hacia el lado opuesto, las arcadas dentarias separadas y es prácticamente imposible cualquier movimiento.

En los casos raros en que el menisco es perforado por el cóndilo, puede aparecer éste como una tumoración observada por el paciente.

Objetivamente son pocos los síntomas, pero en nuestra experiencia muy importantes. Algunos de los que se analizan a continuación, creemos haber sido los primeros en describirlos.

a) *A la inspección*: primero podemos observar a nivel de la articulación T.M. enferma, *saliencia anormal del cóndilo*, durante los episodios de bloqueo o en los meniscos perforados que retienen el cóndilo.

Segundo: al solicitarle al enfermo abrir la boca, el mentón *se desvía hacia el lado de la lesión*, demostrando hipofunción del músculo pterigoideo externo de ese lado y dándole carácter *orgánico, articular* al sufrimiento. Esta desviación de la mandíbula hacia el lado enfermo implica no sólo un síntoma importante, sino, además, un defecto funcional fundamental pues, supone que la articulación opuesta debe efectuar un movimiento helicoidal alrededor de un eje vertical, para torcer el mentón hacia el lado opuesto. A la larga esta articulación acusa el defecto, y comienzan los sufrimientos a su nivel.

Muy a menudo la meniscectomía que supone la eliminación del elemento enfermo articular, debe ser completada por reeducación de los músculos masticadores, pues los enfermos inconscientemente siguen desviando el mentón hacia el lado enfermo y sigue sufriendo la articulación opuesta que, a la larga puede terminar con su menisco roto.

b) *A la palpación*: Primero, dolor a nivel de la articulación T.M.; éste debe ser buscado siempre con el enfermo sentado y el médico ubicado a su espalda. El dolor encontrado puede tener todos los grados o a ve es solamente aparecer cuando se busca con el dedo introducido en el conducto auditivo externo.

Hemos encontrado un nuevo signo que podríamos denominar *el dolor en boca abierta*, en sujetos que por la historia pensamos en una lesión meniscal y en los que a la palpación en boca cerrada el dolor no es muy intenso, la palpación de la zona articular que ha quedado vacía por la traslación del cóndilo provoca a su nivel intensísimo dolor. Podrá no ser éste un síntoma que indique con seguridad rotura de menisco, pero, en cambio, indica con seguridad sufrimiento meniscal. Se puede interpretar de dos maneras, o que el menisco roto no acompaña al cóndilo en su

traslación, o que el menisco enfermo acusa de esta manera el dolor a nivel de su ligamento posterior.

Manteniendo el dedo en la región mencionada, el dolor se va borrando a medida que la enferma va cerrando la boca.

Segundo: Signo de la falta de traslación del cóndilo.

La mano que palpa una articulación T.M. normal observa que, a medida que el sujeto va abriendo la boca, ambos cóndilos al mismo tiempo, emergen lentamente de la profundidad hasta hacerse fácilmente palpables bajo la piel.

En los sujetos con síndromes meniscal el cóndilo del lado enfermo, no emerge debajo de la piel. A su nivel tan sólo se suceden los movimientos de rotación, falta el movimiento de traslación.

Ya hemos dado más arriba la interpretación fisiopatológica de este síntoma, veremos después su expresión radiológica.

Se comprende fácilmente, que este síntoma como la desviación lateral del mentón, y tal vez más que ella, le dan al cuadro clínico un carácter de sufrimiento orgánico articular absoluto.

Tercero: estos enfermos deben ser estudiados con la colaboración del dentista, quien nos va a informar sobre las condiciones normales o anormales de la articulación dentaria de éstos enfermos.

Cuadro clínico en el hombre

En el hombre esta afección es menos frecuente que en la mujer y en general toma una fisonomía distinta caracterizada por cuadros de subluxaciones a repetición. Estas aparecen sobre todo durante la masticación con sensación de algo que se sale de la articulación y que el enfermo reintroduce con el dedo. Muy a menudo a este cuadro subjetivo mecánico acompañan dolores irradiados al hemi maxilar, ojo y nuca. No obstante lo más característico en la sensación de bloqueo y mismo bloqueo verdadero que aqueja a estos pacientes con imposibilidad de abrir completamente la boca durante varios días para desaparecer luego durante el sueño. Muy a menudo hay también ruidos sobre agregados. Se trata en realidad de verdaderos bloqueos cóndilo me-

niscales. En el último enfermo operado por nosotros se le practicó de acuerdo con las ideas actuales una condilectomía apical mínima. En este cóndilo habían lesiones graves de artrosis. Se respetó el menisco.

Estudio radiológico: Aparentemente poco o nada puede darnos el estudio radiológico en esta afección y eso es lo que se repite en todos los tratados.

No obstante, nosotros, estudiando profundamente las lesiones meniscales hemos ido mucho más lejos y hemos podido extraerle al estudio radiológico elementos de gran valor.

Primero: Naturalmente que permite descartar lesiones orgánicas de otra índole, como por ejemplo, tumores del maxilar, formaciones quísticas, malformaciones groseras, etc.

Segundo: Nos puede mostrar modificaciones importantes del tamaño de la interlinea articular, como se observa cuando el cóndilo queda aprisionado en una perforación del menisco.

Tercero: La radiografía nos puede mostrar la ausencia de traslación del cóndilo; en ellas se observa claramente que en el lado normal, durante el movimiento de apertura, el cóndilo pasa por debajo de la raíz transversa del zygoma, en tanto que del lado enfermo apenas se modifica.

Cuarto: La radiografía nos puede mostrar una malformación congénita o adquirida en la morfología del cóndilo. Especialmente podemos encontrar una fractura a nivel del cuello del cóndilo que haya pasado desapercibida y que concomitantemente haya partido el menisco. Esto es particularmente posible en las fracturas con gran desplazamiento, donde el cóndilo pueda estar sustituido por una porción del cuello más o menos afilada.

Quinto: La radiología nos puede mostrar una artrosis incipiente o ya instalada, hecho fundamental al establecer el pronóstico alejado en una enferma con muchos años de sufrimiento.

Sexto: La radiografía puede ser invaluable para diagnosticar el retrodeslizamiento del cóndilo, permitiendo a veces adelantarnos a la rotura meniscal y haciendo posible que el dentista, con un gesto simple, corrija un trastorno funcional grave.

Tratamiento

1. Examen odontológico muy prolijo, buscando defectos de la articulación. Ya dijimos que sobre todo eran muy importantes los pequeños defectos provocando un retro-deslizamiento del cóndilo.

2. Medidas de orden médico. Se han utilizado las siguientes :

a) La inmovilización interdientaria sólo justificada frente a síndromes muy dolorosos, donde la hidrocortone puede estar contraindicada.

b) Se ha ensayado como tratamiento de los empujes los anestésicos locales, siendo el más eficaz la xilocaína o el xilotox. La inyección debe procurarse hacerse sobre todo en el freno meniscal posterior, que es donde realmente asientan el máximo de dolores. Naturalmente que esto es solamente paliativo y sólo puede ensayarse en los primeros empujes.

c) La *hidrocortone*, medio a un c.c. intra articular, puede ser de gran ayuda, dando a veces largos períodos de remisión o permite esperar cuando condiciones especiales contraindiquen una intervención quirúrgica, como nos pasó hace poco con la señora de un colega con un embarazo de tres meses. La técnica es muy sencilla. Se hace primero, si se desea, xilocaína local, y luego se inyecta medio c. c. del medicamento, tratando de estar con toda seguridad dentro de la articulación. En las algias puras puede servir de valor diagnóstico con las lesiones meniscales. Las primeras prácticamente curan con la inyección de la hormona. La reproducción de los dolores y su mayor rebeldía a todos los tratamientos son característicos de los síndromes meniscales.

3. *Tratamiento quirúrgico*. Frente a un síndrome meniscal hay en la práctica dos conductas: la *menicectomia* y la *condilectomia*. La segunda, por las razones que todos conocemos, pondría a cubierto de toda recidiva. Es además, técnicamente más fácil y en la mayoría de los casos puede efectuarse con anestesia local. Produce un ligero trastorno que puede ser fácilmente corregido por la técnica dental, rectificando el defecto articular. La segunda es más difícil técnicamente, pero en cambio no modifica el cóndilo. Ya sabemos que la resección del cóndilo no tiene, en la práctica, mucha importancia.

a) *Incisión.* (Fig. 5) Puede en la práctica usarse dos; una es preauricular, comenzando donde el helix, pasando luego por detrás del tragus y liberando en su totalidad el pabellón de la oreja. La segunda es idéntica, con la diferencia de que se le agrega una porción horizontal paralela a la arcada zigomática y por adentro de la línea del pelo, de tal manera luego queda invisible. Precedemos siempre la incisión con o sin anestesia general, de

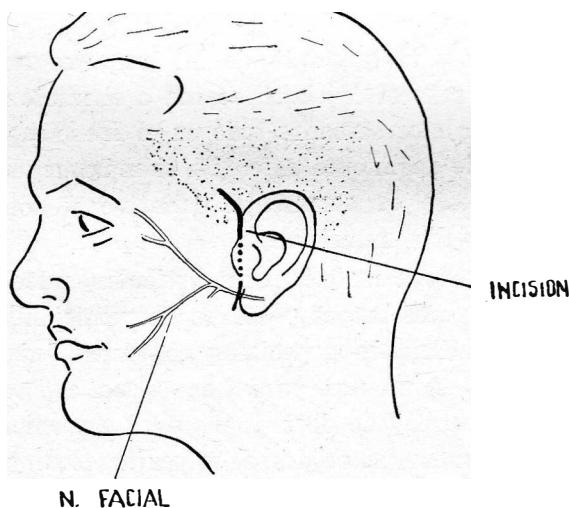


FIG. 5.

una buena infiltración de xilocaína adrenalina al uno en 50 mil.

b) Se disecciona luego la piel en la extensión de un centímetro. Aparece entonces el paquete vasculonervioso temporal y la parótida. Es fundamental diseccionar prolijamente la arteria y la vena ligando las ramas de ésta que vienen hacia adelante; éstas son la arteria *zigomática, temporal, articulares* y *glandulares*. Son numerosas y hay que ser muy prolijo. Es muy útil el bisturí eléctrico, para la hemostasis.

c) Se levanta luego la parótida por su cara profunda. Es sumamente útil en este momento decolar la glándula del conducto auditivo externo. De esta manera se evitan las tracciones excesivas del facial. Desde que procedemos así en las condilectomias no tenemos la menor parálisis facial.

La glándula se decola hasta que aparezca el cóndilo, el que

se ve a través del importante ligamento lateral externo que es siempre posible ver y disecar.

d) En algunos sujetos el masetero es muy voluminoso y cubre el cóndilo. En ese caso se rugina el músculo y se reclina hacia adelante. Este tiempo es siempre sangrante.

e) Se abre la articulación incidiendo en L. el lig. lat. ext.

g) Procedemos entonces a resecar el cóndilo, lo que efectuamos en la extensión de unos cuatro a seis mms. Del mismo modo, si lo deseamos, podemos extirpar el menisco. En este caso siempre resecamos el freno meniscal posterior, que como es muy vascular se debe ligar en tres o cuatro veces de la profundidad a la superficie. En la parte anterior es mejor hacer la meniscectomía intrameniscal, es decir, dejar una pequeña franja de menisco pegada al músculo pterigoideo externo. De esta manera el músculo no sangra y se mantiene la continuidad de su inserción. Al cortar las adherencias del menisco y cápsula en la parte interna, hay siempre una serie de vasos que sangran. A veces es útil colocar a este nivel gel-foam.

h) Se cierra luego haciendo dos o tres puntos de catgut entre la glándula y el conducto auditivo externo. Habitualmente dejamos drenaje, siendo el mejor un tubo delgado de politileno.

Dr. De Vecchi. — Agradezco al Dr. Karlen. Justamente, están escritas algunas de esas cosas que usted me pide. Nosotros hemos encontrado, una que el menisco se puede romper de dos maneras. La manera aguda, y otra lenta, por trastornos en la articulación dentaria.

Las causas más frecuentes de la rotura meniscal son, primero que nada, el dentista. Los dentistas, en general, nos surten del 80 % de los síndromes meniscales que nosotros vemos sobre todo, en las extracciones muy laboriosas, con sujetos muy anestesiados. Cuando el sujeto tiene una anestesia regional que toma toda zona, el sujeto no sufre.

La otra causa frecuente es el acto del vómito. No sé por qué pero muchos síndromes meniscales refieren como hecho inicial el vómito.