



Revista Estomatológica Herediana

ISSN: 1019-4355

rev.estomatol.herediana@oficinas-
upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Licéaga Escalera, Carlos J.; Castañeda Sánchez, Oscar; González Olmedo, Víctor M.
Modificación de procedimiento Dautrey en dislocación recurrente mandibular.
Revista Estomatológica Herediana, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 163-166
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539372005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Modificación de procedimiento Dautrey en dislocación recurrente mandibular.

Carlos J. Licéaga Escalera ¹
Oscar Castañeda Sánchez ²
Victor M. González Olmedo ³

¹ Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México, Mexico DF, Mexico.

² Residente de Tercer Año de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México, Mexico DF, Mexico.

³ Residente de Segundo Año de Cirugía Maxilofacial, Hospital Juárez de México, Mexico DF, Mexico.

Correspondencia:

Oscar Castañeda Sánchez.
Hospital Juárez de México,
Avenida Instituto Politécnico Nacional,
Num. 5160, Col.
Magdalena de las Salinas, C.P. 07760,
Del. Gustavo A. Madero, Mexico DF,
Mexico.
Teléfono: 55864979, Celular:
5555018935,
E-mail: oecasa@hotmail.com

Licéaga C¹, Castañeda O², González V³. Modificación de procedimiento Dautrey, en dislocación recurrente mandibular. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(3): 163-6.

RESUMEN

El manejo de la dislocación recurrente mandibular, puede representar un reto para el Cirujano Maxilofacial. La decisión tomada debe ser de acuerdo a las demandas de cada caso en particular. El presente caso fue tratado quirúrgicamente mediante el procedimiento Dautrey, debido a la dislocación recurrente crónica unilateral derecha de la articulación temporomandibular. Este procedimiento no perturba el movimiento funcional normal de la articulación, por otra parte previene la excursión excesiva anterior del cóndilo. La técnica quirúrgica propuesta, presenta una modificación al procedimiento original. Con resultados finales favorables para la función.

Palabras clave: ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, ANOMALÍAS, CÓNDILO MANDIBULAR, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS

Dautrey procedure modification, in recurrent mandibular dislocation.

ABSTRACT

Managing recurrent dislocations of the mandible, may represent to the Maxillofacial Surgeon a challenge. The chosen decision has to be according to the demands of each case in particular. The present case is treated surgically by Dautrey procedure, because of chronic recurrent unilateral right side dislocation of the temporomandibular joint. This procedure does not disturb normal functional movement of the joint, yet prevents excessive forward excursion of the condyle. The surgical technique is presented with a modification of the original procedure. With favorable final results to the function.

Key words: TEMPOROMANDIBULAR JOINT, ABNORMALITIES, MANDIBULAR CONDYLE, SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE

Introducción

La articulación temporomandibular es la estructura anatómica más compleja del cuerpo humano. La pérdida de la dimensión vertical lleva a numerosos problemas, siendo uno de estos la hipermovilidad de la articulación. Dicho trastorno puede llevar a la continua dislocación mandibular (1). Existen dos términos comunes utilizados dentro de los desórdenes de hipermovilidad usados con frecuencia, la subluxación, la cual se define como una recorrido anterior incompleto del cóndilo mandibular, cuando ésta se presenta el tratamiento consiste en la autoreducción, mientras que en la dislocación el cóndilo mandibular se desplaza anteriormente a la eminencia articular, con la completa separación de las superficies articulares,

manteniéndolo ahí por contractura o espasmo de los músculos masticatorios (2, 3). En este caso la reducción no puede ser lograda por el paciente, siendo necesaria la asistencia profesional de un especialista para la reducción del cóndilo mandibular a la fosa glenoidea (2, 3). Se menciona que la etiología es multifactorial, puede ser asociada a la falta de desarrollo de la fosa articular, laxitud de ligamento temporomandibular y cápsula, así como una actividad excesiva de los músculos infrahioideos y pterigoideo lateral debido al uso de drogas o enfermedades (4, 5).

Existen varios métodos para el tratamiento de esta anomalía, se han clasificado como conservadores y quirúrgicos inicialmente es recomendado el tratamiento conservador, a fin de evitar un proce-

dimiento invasivo, si el tratamiento conservador no resulta, se indica el tratamiento quirúrgico seleccionando la técnica a seguir. Dentro de la variedad de los tratamientos conservadores, encontramos la terapia de ejercicios isométricos, fijación maxilomandibular, inyección de soluciones esclerosantes, aplicación intramuscular de toxina botulínica tipo A, ésta última los resultados no muestran muchos éxitos (1, 3, 5, 7).

En el tratamiento quirúrgico también se describen varios procedimientos y técnicas quirúrgicas, en los que se pueden encontrar: miotomía del pterigoideo lateral (8), escarificación del tendón del temporal (9), incremento de la eminencia articular mediante injertos (3) o miniplacas de titanio (5) y condilotomía (3). Los procedimientos quirúrgicos

se pueden dividir básicamente en 2 grupos: 1) procedimientos que mejoran el recorrido del movimiento condilar, siendo el procedimiento más común la eminectomía o artroplastia descrita por Myraugh en 1951, el cual incluye la disminución de la altura de la eminencia, facilitando la reducción durante la subluxación. 2) procedimientos que impiden el camino del movimiento condilar (1), en este grupo podemos ubicar el procedimiento de Dautrey.

El bloqueo del excesivo desplazamiento anterior del cóndilo mandibular mediante el reposicionamiento del arco cigomático en el trayecto del movimiento condilar, esta técnica fue reportada la primera vez por Mayer y LeCLerc y Col. (10, 11) que describen un procedimiento similar, donde realizan un osteotomía vertical del arco cigomático y descienden el segmento proximal, para la detener el desplazamiento anterior del cóndilo mandibular. Este procedimiento es modificado por Gosserez y Dautrey en 1967 realizando una osteotomía oblicua justo enfrente de la eminencia articular para promover el bloqueo condilar (12). Con lo que previene la dislocación y no restringe la excursión anterior normal del cóndilo.

Reporte de Caso

Una paciente de 63 años de edad género femenino, acude al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Juárez de la Ciudad de México en múltiples ocasiones con luxación mandibular unilateral derecha (Figura 1) de más de tres años de evolución, recibiendo tratamiento de reducción mediante maniobra de Nellaton sin mejoría del padecimiento, la paciente refiere no haber recibido tratamientos quirúrgicos previos.

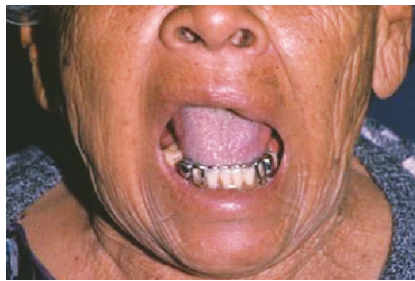


Fig 1. Mujer de 63 años con presencia de luxación mandibular derecha.

Se planea realizar el procedimiento Dautrey en paciente femenina con luxación crónica unilateral derecha recurrente, como tratamiento quirúrgico para la resolución de su padecimiento. Al examen intraoral se observa que es una paciente edentula parcial y presenta desviación mandibular a la apertura hacia lado contralateral. Se realiza toma de radiografía lateral derecha de cráneo, donde se observa excesivo movimiento anterior de cóndilo mandibular con respecto a la eminencia temporal (Figura 2). Por lo que se planea, previo consentimiento, la realización de Procedimiento Dautrey unilateral como tratamiento quirúrgico bajo anestesia general.



Fig 2. Excesivo movimiento anterior de cóndilo mandibular con respecto a eminencia temporal.

En sala de operaciones, mediante intubación nasotraqueal, se prepara región preauricular derecha para abordaje de articulación temporo-mandibular, una vez disecado el arco cigomático, se verifica la luxación mandibular derecha mediante manipulación transoperatoria manual, co-

roborando el movimiento anterior del cóndilo mandibular con respecto a la fosa glenoidea (Figura 3).

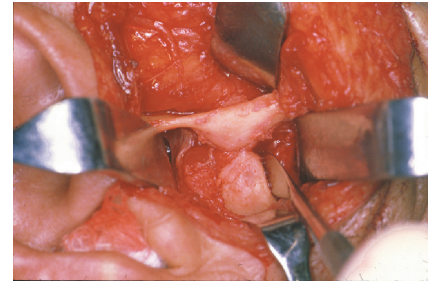


Fig 3. Mediante manipulación transoperatoria se corrobora luxación mandibular.

Se realiza osteotomía vertical del arco tanto en su porción posterior como en su porción anterior con sierra recíprocante, se desciende y medializa el arco cigomático de mayor manera en la porción posterior, se realizan perforaciones tanto en el arco como en su porción anterior y posterior a la osteotomía para permitir la fijación circular de manera semirrígida con alambre de acero inoxidable (Figura 4).

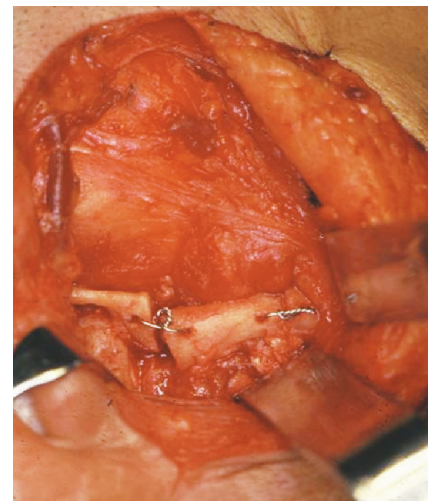


Fig 4. Fijación semirrígida alámbrica en osteotomias de arco cigomático con descenso de la porción posterior.

Se verifica apertura bucal mediante manipulación manual, en donde se observa la obstrucción del movimiento anterior del cóndilo mandibular con la porción posterior

del arco cigomático ya descendido. Se realiza hemostasia y sutura de la herida, el paciente se recupera de anestesia general sin complicaciones. Es dado de alta de hospitalización en condiciones favorables al cumplir 24 horas de post-quirúrgico.

En consultas posteriores de manera ambulatoria se aprecia adecuada limitación a los movimientos de apertura, sin presencia de nuevos eventos de luxación, en la radiografía lateral derecha de cráneo postoperatorio se observa adecuada limitación del cóndilo a la apertura (Figura 5).

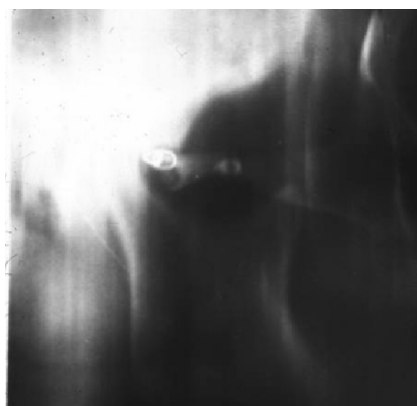


Fig 5. Radiografía postoperatoria donde se observa fijación alámbrica en posición y movimiento restringido de cóndilo mandibular.

Así como fijación semirrígida con alambre en posición.



Fig 6. Fotografía postoperatoria de paciente sin recidiva de luxación.

Posteriormente se rehabilita al paciente protésicamente y se observa una adecuada evolución durante

dos años de seguimiento postoperatorio, no se aprecia signos de recidiva de luxación mandibular derecha (Figura 6).

Discusión

Mediante el trabajo anterior se confirma el éxito de este procedimiento originalmente descrito en Francia, por LeClerc y Girard en 1943, donde se realiza una osteotomía de la porción anterior a la eminencia temporal, para después descender el arco ocasionando una fractura en tallo verde de la porción anterior del mismo (11), el cual ha recibido diversas modificaciones, todas con alta tasa de éxito. Gossez y col en el año 1967, realizan un procedimiento similar, pero con el bloqueo de la porción descendida por debajo y medial a la eminencia temporal.

En nuestra modificación se realizan osteotomías tanto en la porción anterior a la eminencia articular, como en la porción posterior a la sutura temporo-cigomática, permitiendo el movimiento libre del arco cigomático en donde se descende en mayor medida la porción posterior del arco para de esta manera bloquear el movimiento anterior de luxación del cóndilo mandibular. Se utilizó fijación alámbrica semirrígida, sin ninguna complicación, de igual manera se pudo utilizar placas y tornillos.

A diferencia del procedimiento originalmente descrito, en el cual se realiza prácticamente a ciegas el descenso del arco, en este caso se hace de mediante visión directa, tanto las osteotomías como las osteosíntesis. Obteniendo con esto un mejor control del bloqueo condilar.

Referencias Bibliográficas

1. Gadre KS, Kaul D, Ramanojam S, Shah S. Dautrey's Procedure in treatment of recurrent dislocation of the mandible. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 68(8): 2021-4.
2. Srivastava D, Rajadnya M, Chaudhary MK, Srivastava JL. The Dautrey procedure in recurrent dislocation: a review of 12 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1994; 23(4):229-31.
3. Iizuka T, Hidaka Y, Murakami K, Nishida M. Chronic recurrent anterior luxation of the mandible. A review of 12 patients treated by the LeClerc procedure. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1988; 17(3):170-2.
4. Stassen LF, O'Halloran M. Functional surgery of the temporomandibular joint with conscious sedation for "closed lock" using eminectomy as a treatment: a case series. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 69(6): 42-9.
5. Vasconcelos BC, Porto GG. Treatment of chronic mandibular dislocations: a comparison between eminectomy and miniplates. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009 (12); 67:2599-604.
6. Undt G, Kermer C, Piehslinger E, Rasse M. Treatment of Recurrent Mandibular Dislocation, Part I" Leclerc Blocking Procedure. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1997; 26(2): 92-7.
7. Fu KY, Chen HM, Sun ZP, Zhang ZK, Ma XC. Long-term efficacy of botulinum toxin type A for the treatment of habitual dislocation of the temporomandibular joint. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 48(4): 281-4.
8. Laskin DM. Myotomy for management of recurrent and protracted mandibular dislocation. *Trans Int Conf Oral Surg.* 1973; 4:264-8.

9. Gould JF. Shortening of the temporalis tendon for hypermobility of the temporomandibular joint. *J Oral Surg.* 1978; 36(10):781-3.
10. Mayer L. Recurrent dislocation of the jaw. *J Bone Joint Surg Am,* 1933;15(4):889-96.
11. Leclerc GC, Girard, C. Un nouveau procédé de dutée dans le traitement chirurgical de la luxation recidivante de la machoire inferieur. *Mem Acad Chir.* 1943; 69:457-659.
12. Gosserez M, Dautrey J. Osteoplastic beating for treatment of temporomandibular luxations. *Trans Int Conf Oral Surg.* 1967:261-4.