

Revisión Bibliográfica General

The use of dermis grafts after discectomy for internal derangement of the temporomandibular joint

Dimitroulis G.

J Oral Maxillofac Surg 2005; 63:173-8.

La principal arma terapéutica en el manejo de los desarreglos internos de la articulación temporomandibular (ATM), continúa siendo no quirúrgico. Pero un 20% de pacientes se muestran refractarios a estos tratamientos conservadores. Se estima que un 5% de pacientes con alteraciones de las ATM precisan intervención quirúrgica. Existen muchas posibilidades quirúrgicas, que oscilan entre la artroscopia y la artrotomía abierta. La discectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos y existen numerosos estudios clínicos al respecto. Los trabajos a largo plazo sugieren buenos resultados para la discectomía, pero todavía se desconoce si el uso de injertos interpuestos para suplir al disco, es realmente necesario. Se ha publicado mucho acerca de las ventajas e inconvenientes del empleo de materiales como cartílago auricular y otros materiales aloplásticos como el teflón, pero relativamente poco acerca del empleo de los injertos dérmicos. Estos injertos fueron introducidos en 1957 por Georgiade para la anquilosis de la ATM, y en 1962 los empleó para reemplazar al disco. El autor pretende con este estudio evaluar los resultados de la colocación de injerto dérmico, de forma inmediata a la realización de la discectomía.

Realiza una revisión retrospectiva en pacientes con desarreglos internos de la ATM, en los que se realizó discectomía y colocación de injerto dérmico. La cirugía se planteó inicialmente en base a la existencia de clínica dolorosa y disfunción, con una respuesta inadecuada tras seis meses de tratamiento conservador. De los pacientes que recibieron cirugía de la ATM entre los años 1996 y 2003, 29 pacientes cumplían los criterios de selección:

1. La ATM no había sufrido ninguna artrotomía previa.
2. Existía evidencia en la RM de desarreglos internos severos (estadios Wilkes IV y V).
3. El severo desplazamiento y la deformidad del disco degenerado hacían imposible su conservación.
4. Se coloca un injerto dérmico de piel.

Emplean cuatro parámetros para valorar los resultados de la cirugía, máxima apertura interincisal (MAI), puntuación del dolor de 0 a 10 en una escala visual analógica (EVA), función mandibular de 0 a 10 en EVA y grado de satisfacción del paciente de 0 a 4. El rango de seguimiento oscila entre 3 y 79 meses.

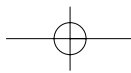
La técnica quirúrgica consiste en abordar el espacio articular superior con una incisión horizontal; una vez intraarticularmente, estudian detenidamente el disco para considerar su conservación. Tras extraer el disco proceden a estudiar las superficies articulares, son regularizadas cuando es necesario. Obtie-

nen el injerto dérmico de la ingle en forma elíptica y liberan cuidadosamente la epidermis de la dermis. Cuando es posible anclan el injerto a la zona bilaminar remanente, aunque la mayor parte de las veces esto no es posible y simplemente interponen el injerto, procediendo a cerrar la cápsula.

Revisan en este trabajo 29 pacientes con un total de 35 articulaciones. En 6 casos se realizó cirugía bilateral, aunque cuando hubo de realizarse se practicó en distintos tiempos quirúrgicos. Se incluyen 25 mujeres y 4 hombres con una media de edad de 42 ± 13 años, para un rango entre 14 y 63 años. La duración media de los síntomas, previamente a la cirugía, fue de 38 meses. En 28 pacientes se habían aplicado tratamientos previos, 12 articulaciones habían sufrido previamente artroscopia con lisis y lavado. El periodo de seguimiento fue entre 3 y 79 meses, con una media de $24,6 \pm 10,8$. La media de MAI previa a la cirugía era de $29,9 \pm 6,9$ mm. Tras la cirugía pasó a $36,6 \pm 5,7$ mm, lo que supone una mejoría de 6,7 mm. Empleando la EVA para dolor y la función mandibular, registraron una mejoría del 66% para el dolor y del 42% para la función. En 33 de las 35 articulaciones se apreciaba una función articular suave, sin la presencia de ruidos articulares. Se realizaron ortopantomografías postoperatorias en todos los pacientes. Las tomografías mostraban remodelado de la cabeza condilar. Realizan RM en 7 de las 35 articulaciones transcurridos seis meses desde la cirugía y, aunque en todas ellas existía remodelado de la cabeza condilar, ninguna mostraba evidencias definitivas del injerto dérmico. En cuatro casos se aprecia material heterogéneo en el espacio articular, sin poder confirmarse que era dermis. Un total de 21 pacientes (72,4%) estaban libres de complicaciones, mientras que en los 8 restantes, se verificaron un total de 16 complicaciones. De ellas, 15 fueron transitorias y se resolvieron antes de dos meses tras la cirugía. En un caso se desarrolló anquilosis que precisó intervención. Lo más frecuente era la aparición de infección de la herida, dehiscencia y/o presencia de granuloma, tanto en la incisión articular, como en el lugar donante. Con respecto al grado de satisfacción del paciente, de las 35 articulaciones intervenidas 27 consideraban un resultado excelente (77,1%), se definió a éste, como aquel resultado que excedía las expectativas del paciente. En 3 casos, (8,6%) la valoración era de buen resultado, acorde a sus expectativas. En 4 (11,4%) ocasiones, existía una mejoría clínica leve por debajo del resultado esperado. En un caso se produjo anquilosis con empeoramiento de la clínica.

Los autores concluyen que aunque los resultados que obtienen son satisfactorios, aunque el injerto dérmico no es el sustituto ideal del disco, esta circunstancia se debe a la morbilidad del sitio donante y, la dificultad que existe para anclar esta tipo de injerto. En algunos casos se han descrito incluso la aparición de quistes dermoides. La ventaja más evidente que presenta este injerto es la eliminación de los ruidos articulares.

Dimitroulis, es un autor contrastado que nos aporta su experiencia en la sustitución del disco articular con un material autógeno, en este caso dermis. Echo de menos en su artículo algu-



nos aspectos. En primer lugar no hace referencia a los clásicos injertos miofasciales temporales descritos por Feinberg, que quizá son los más utilizados por todos nosotros. En segundo lugar no entiendo porqué no realiza control postoperatorio con RM en todos los casos. Finalmente, no profundiza en absoluto con respecto a lo que ocurre con el injerto y tampoco aclara porqué se presentó un caso de anquilosis.

Prediction and risk of dysphagia after uvulopalatopharyngoplasty and uvulopalatoplasty

Jaghasen EL, Berggren D, Dahlquist A, Isberg A.
Acta Otolaryngol 2004; 124: 1197-203.

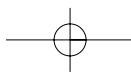
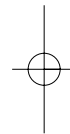
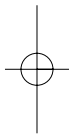
El ronquido y el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) conducen a una excesiva somnolencia diurna, que constituye un problema de salud pública. El SAOS incluso se asocia a enfermedad cardiovascular y aumento de la mortalidad. La uvulopalatofaringopalstia (UPFP), incluyendo amigdalectomía, se emplea habitualmente en pacientes con ronquido y en aquellos con moderado/severo SAOS. La uvulopalatoplastia (UPP) sin amigdalectomía es una alternativa en los pacientes roncadores, en ausencia de amígdalas, o cuando éstas tienen un tamaño pequeño, se realiza bien con láser o con bisturí frío. La mayor parte de pacientes mejora, sin embargo, se han observado casos de disfagia persistente postoperatoria hasta en un 27-29% de casos tras la cirugía. Esto no era un dato esperado, ya que la mayoría de los pacientes no tenía queja espontánea de problemas deglutorios. El problema se ha detectado en base a dirigir las preguntas hacia la presencia de secuelas postoperatorias. La mayor parte de pacientes con disfagia mostraban hallazgos videoradiográficos de pérdidas prematuras, presencia de bolo residual y/o aspiración, que pueden explicar sus problemas deglutorios. En estudios videoradiográficos realizados comparando roncadores no tratados, pacientes con SAOS y controles de pacientes no roncadores, encuentran que el ronquido per se, se asocia con disfunción deglutoria asintomática. La cuestión es si la disfunción preoperatorio deglutoria puede predisponer a la disfagia postoperatoria. Los autores comparan prospectivamente la función deglutoria preoperatorio y los síntomas de disfagia, con los datos obtenidos un año después de la cirugía.

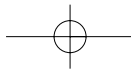
Definen disfunción deglutoria como aquella que se ha verificado videoradiográficamente, con o sin síntomas de disfagia. Disfagia se define como dificultad deglutoria, cuando hay síntomas referidos por los pacientes. Incluyen en el estudio pacientes roncadores con o sin SAOS, a los que se les practicó tratamiento quirúrgico. Los criterios de inclusión eran:

1. No existencia de cirugía oral o faríngea previa, con la excepción de amigdalectomía en la adolescencia.
2. No existencia de enfermedad significativa de la función deglutoria.
3. No presencia de anomalías nasofaríngeas mayores estudiadas por exámenes incluida la endoscopia
4. No tratamientos previos de ronquido y apnea del sueño.

La cirugía realizada fue bien UPFP o UPP. Se incluyeron un mínimo de 20 pacientes en cada subgrupo. En 46 casos se cumplían los criterios de inclusión, aunque 4 de ellos renunciaron a formar parte del estudio. Un total de 20 pacientes fueron tratados con UPFP, todos eran hombres con una media de edad de 43 años, con un rango entre 28 y 65 años, el índice medio de masa corporal (BMI) era de 26,8 Kg/m², y el índice medio de apnea/hipopnea (AHI) de 11, con un rango entre 0 y 40. El tratamiento con UPP incluía 22 casos, 18 hombres y 4 mujeres, el BMI era de 25.8 Kg/m² y el AHI de 6, con un rango entre 0 y 14. Dos pacientes fueron amigdalectomizados en la adolescencia. El AHI del paciente se basó en los registros de apnea del sueño, que incluían monitorización respiratoria, pulsioxímetro y posición del cuerpo. El AHI se estima a partir del número promedio de apneas e hipopneas por hora de sueño. Todos los pacientes cumplimentan un cuestionario previo acerca de problemas de ronquido, somnolencia diurna y síntomas deglutorios. Al año postoperatorio se repite. Se registran las respuestas graduándolas en una escala de hasta cinco puntos, 1 representa la no existencia de problemas y 5 cuando éstos son severos. Los pacientes entre 3-5 son los que se catalogan como con problemas manifiestos. Todos los pacientes fueron estudiados por videoradiografía, para valorar las fases de la deglución un año antes de la cirugía, emplean un medio de contraste adhesivo de sulfato de bario. Los exámenes se realizan en posteroanterior y en lateral. Registran una fase oral y otra faríngea. Anotan cada fase deglutoria al menos una vez. Dos radiólogos interpretan los registros individualmente. Al radiólogo se le oculta la información acerca de la disfagia y en el postoperatorio sobre los descubrimientos preoperatorios. La UPFP se realiza de acuerdo a la técnica de Fujita, con amigdalectomía previa. Resecan la musculatura de la úvula, pero no los músculos del velo del paladar. Resecan de 2-5 mm de los pilares faríngeos anteriores. Los pilares posteriores ocasionalmente fueron recortados. Se sutura de forma discontinua. La UPP se realiza con láser o con bisturí frío y normalmente con anestesia local. La tasa de probabilidad (TP) de padecer disfagia postoperatoria en los pacientes con o sin disfunción deglutoria previa, era calculada por un modelo de regresión. La edad era una dicotomía variable que se categorizaba en dos grupos, de 27 a 45 años y de 46 a 74.

De forma preoperatoria, 7 de 42 casos (17%) presentaban disfagia en el cuestionario y la entrevista, con síntomas de atragantamiento, sensación de bolo, y regurgitación nasal con comida líquida. Seis pacientes tenían cambios videográficos. La disfunción deglutoria faríngea se veía en 18 de 35 casos (51%), sin sensación de disfagia preoperatoria. Un total de 10 de 35 pacientes (29%) sin disfagia preoperatoria, desarrollaron disfagia con síntomas (atragantamiento, regurgitación nasal). En 5 de los 10 casos se apreciaba disfagia videográfica. No existía diferencia significativa, en términos de riesgo de desarrollar disfagia postoperatoria, entre los pacientes con o sin disfunción deglutoria preoperatorio asintomática. El riesgo tampoco se incrementaba sustancialmente con la edad. Tampoco influía la elección de la técnica quirúrgica. Ninguno de los pacientes pre-





sentó neumonía aspirativa. Uno de los siete pacientes con disfagia preoperatoria empeoró postoperatoriamente de sus síntomas. Solo dos casos tuvieron menos síntomas después de la cirugía. Un año tras la cirugía 28 pacientes (67%) tenían una mejoría importante del ronquido. Un 26% reportaron mejoría moderada y un 7% no mejoraron. La somnolencia diurna había mejorado o desaparecido en un 67% de casos y mejorado levemente en un 29%. Un 5% no presentaban diferencias. Todos los pacientes que desarrollaron disfagia postoperatoria tenían mejoría en el ronquido y la somnolencia. Todos consideraban más importante el beneficio de la cirugía que la complicación.

Los autores consideraron como hipótesis que la presencia de disfunción deglutoria preoperatoria condicionaría el desarrollo de disfagia postoperatoria; sin embargo, su trabajo demostró que esta hipótesis no se verificaba. La disfunción deglutoria preoperatoria se encontró en cada uno de los pacientes roncadores no disfágicos, lo que concuerda perfectamente con los resultados de otros estudios. Esta disfunción deglutoria, es siete veces más frecuente entre los roncadores no disfágicos, que en el grupo control de no roncadores. El hallazgo videográfico más

encontrado fue la presencia de pérdida prematura del bolo, esto implica que el bolo entra en la faringe sin provocar el reflejo deglutorio. La causa posiblemente es provocada por lesiones encontradas en los nervios aferentes y eferentes del paladar blando de roncadores, y en casos de SAOS. Un total del 29% de los pacientes de este estudio desarrollan disfagia, la mayoría con síntomas aspirativos. La causa más probable es el trauma quirúrgico, sumado a la pérdida sensorial asintomática preexistente. Normalmente los pacientes consideran más importante el beneficio que el problema surgido, aunque algunos casos catalogan la complicación como un problema social. Los resultados y la disfagia eran independientes de la técnica quirúrgica. Según los autores una cuarta parte de los pacientes tratados con UFPF o UPP desarrollarán disfagia.

Teniendo en cuenta el auge que está alcanzando este tipo de cirugías, me parece prudente el valorar en su justa medida el contenido de este trabajo y pensar que el desarrollo de disfagia hasta en un 30% de pacientes es un porcentaje demasiado alto.

Manuel de Pedro Marina

