

Luxación de la articulación temporomandibular después de una endoscopia: una complicación infrecuente



Temporomandibular joint dislocation after endoscopy: A rare complication

Sr. Director:

La endoscopia digestiva alta es una técnica con una baja tasa de complicaciones. Se presenta el caso de una paciente que, inmediatamente tras la realización de una endoscopia digestiva alta (EDA) presentó una luxación de la articulación temporomandibular (ATM) izquierda, que se resolvió mediante reducción manual.

Caso clínico

Paciente de 57 años de edad con antecedente de un episodio de dislocación de la articulación temporomandibular durante un proceso odontológico. Se le realizó una EDA con duodenoscopia por la sospecha radiológica de ampuloma. La EDA se realizó en decúbito lateral izquierdo, bajo sedación con propofol (dosis total 90 mg), y sin incidencias. Inmediatamente después de finalizada la prueba (menos de 5 min), la paciente presentó imposibilidad para cerrar la boca y seudoprognatismo asimétrico (fig. 1). Se constató una luxación anterior de la articulación temporomandibular izquierda. Tras administración de 5 mg de diazepam sublingual, la luxación se corrigió mediante reducción manual. La paciente se recuperó sin complicaciones y fue dada de alta a domicilio.

Discusión

La EDA es una técnica con una baja tasa de complicaciones (entre un 0,01 y un 0,5%)^{1,2}. Entre ellas, la luxación de la ATM se ha reportado de forma infrecuente³⁻⁷.



Figura 1 Luxación temporomandibular unilateral izquierda. Se observa imposibilidad para la oclusión de la boca.

La luxación de la ATM es la pérdida permanente de la relación articular normal entre la eminencia temporal y el cóndilo mandibular, sin poder regresar a la posición de cierre. La luxación puede ser anterior (más frecuente) o posterior.

Hasta la fecha, se desconoce la incidencia real de la luxación de la ATM tras un procedimiento endoscópico. Los factores de riesgo son antecedentes personales de luxaciones o subluxaciones de la ATM previas, laxitud ligamentosa y trastornos mandibulares oclusivos³. Sus causas pueden ser diversas: iatrogenia (tras procedimientos dentales, intubación...), espontáneas (bostezo, risa...), traumatismos y en relación con alguna enfermedad sistémica⁸.

El manejo de la luxación aguda de la ATM es la realización de la maniobra de Nelaton mediante una tracción digital intraoral precedida de la administración de un relajante muscular⁸. Para realizar esta maniobra, se debe colocar al paciente sentado con la cabeza y la espalda contra una superficie dura. El médico de pie, debe colocar los pulgares a nivel molar y los otros dedos en el borde inferior de la mandíbula, ejerciendo un movimiento sobre la mandíbula hacia abajo y después hacia atrás, llevando el cóndilo hacia su posición⁹. En algunos casos se puede administrar anestesia local para bloquear el nervio auriculotemporal. Por otra parte, la inyección de anestesia intraarticular en la cavidad glenoidea vacía minimiza el mioespasmo previo a la manipulación digital¹⁰.

En resumen, es clínicamente relevante que los endoscopistas reconozcan esta complicación dado que su solución es relativamente fácil y sencilla.

Bibliografía

1. Silvis SE, Nebel O, Rogers G. Endoscopic complications. Results of the 1974 American Society for Gastrointestinal Endoscopy Survey. *JAMA*. 1976;235:928-30.
2. Sieg A, Hachmoeller-Eisenbach U, Eisenbach T. Prospective evaluation of complications in outpatient GI endoscopy: A survey among German gastroenterologists. *Gastrointest Endosc*. 2001;53:620-7.
3. Lorenzo D, Boissier F, Prost A, Gallois C, Faisy C. Bilateral temporomandibular joint dislocation after upper gastrointestinal endoscopy in an intensive care unit patient: A rare complication. *Endoscopy*. 2014;46 Suppl 1:UCTN:E538.
4. Lacy PD, Lee JM, O'Morain CA. Temporomandibular joint dislocation: An unusual complication of upper gastrointestinal endoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:3653-4.
5. Mangi Q, Ridgway PF, Ibrahim Z, Evoy D. Dislocation of the mandible. *Surg Endosc*. 2004;18:554-6.
6. Nijhawan S, Nepalia S. Dislocation of temporomandibular joint after upper gastrointestinal endoscopy. *Trop Gastroenterol*. 1994;15:232.
7. Savas MC, Gulsen MT, Kadayifci A. Habitual dislocation of the temporomandibular joint during upper endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2004;60:325.
8. Liddell A, Pérez E. Temporomandibular joint dislocation. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2015;27:125-36.
9. Salmerón Escobar JI, Verdager Martin JJ, Del Amo A. Patología quirúrgica de los trastornos funcionales de la articulación temporomandibular. En: Navarro C, editor. *Cirugía oral*. Arán Ediciones; 2008. p. 447-60.

10. Littler BO. The role of local anaesthesia in the reduction of long-standing dislocation of the temporo-mandibular joint. *Br J Oral Surg.* 1980;18:81-5.

Diana Horta*, Salvador Machlab, Enric Brullet,
Eva Martinez-Bauer, Félix Junquera y Rafael Campo

Endoscopia Digestiva, Servicio de Digestivo, Hospital de Sabadell, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dhorta@tauli.cat (D. Horta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.05.005>