

Apófisis coronoides severamente hipertrofiada y articulada en la fosa cigomática

R. Mallagray Martínez¹, M. Fornovi Herrero², P. Llopis Mingo³,
M. T. Sorrosal Galván⁴

RESUMEN

La elongación de la apófisis coronoides mandibular es un proceso infrecuente. Se presenta un caso de hipertrofia unilateral de la apófisis coronoides, en el que se observó existencia de cartílago en su extremo distal, el cual quedaba articulado con la sutura máxilo-malar. Se efectúa también una revisión bibliográfica de dicha patología.

PALABRAS CLAVE: Hipertrofia de la apófisis coronoides - Articulación ténporo-mandibular - Limitación de abertura bucal
Med Mil (Esp) 1996;52 (2): 139-140

INTRODUCCIÓN

La hipertrofia de la apófisis coronoides es una patología rara. Las descripciones más recientes son las de Kreutz y Sanders (1), Kraut (2), Giacomuzzi (3), y Hayter y Robertson (4). Praal (5) e Isberg (6), piensan sin embargo, que la incidencia es mucho mayor dado el número de casos que no son diagnosticados.

El síntoma más frecuente que presenta esta patología es la limitación de la apertura oral. El diagnóstico se basa fundamentalmente en el estudio radiológico, que pone de relieve la hipertrofia de la apófisis. El único tratamiento válido cuando la sintomatología lo aconseja es la extirpación quirúrgica, seguida de una rehabilitación postoperatoria que tiene gran trascendencia.

CASO CLÍNICO

El paciente era un varón, de 19 años de edad. Presentaba crepitación a la apertura y cierre mandibular de 4-5 meses de evolución. No existía antecedente de traumatismo facial.

A la exploración clínica, se apreciaba ligera disminución de la apertura bucal y se palpaba una prominencia ósea en el fondo del vestíbulo superior derecho (figura 1). El resto de la exploración era normal.

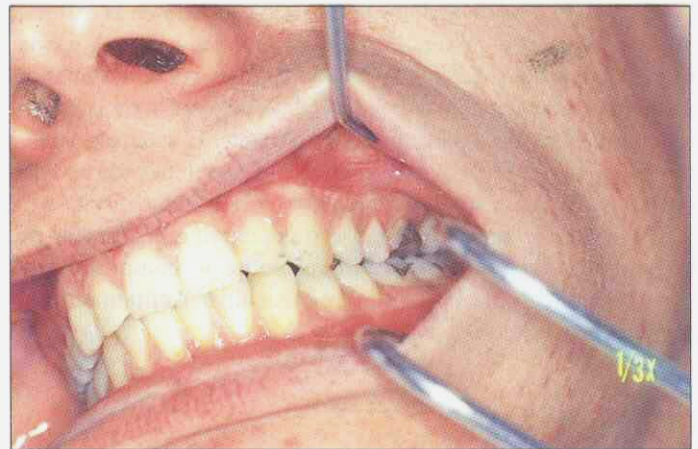


Figura 1. Prominencia que crea la apófisis coronoides en el fondo del vestíbulo (boca abierta).

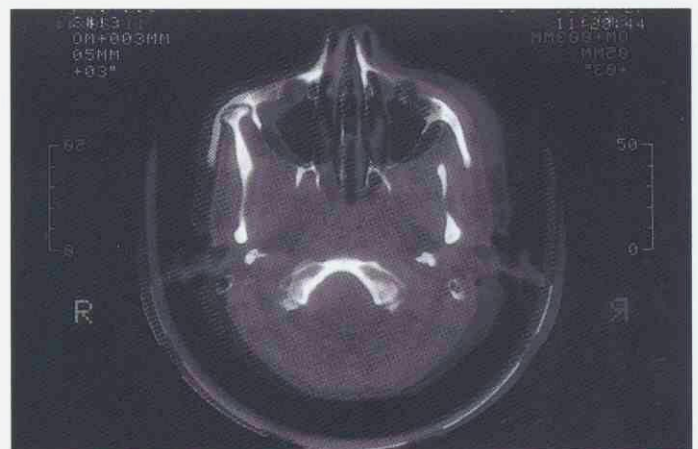


Figura 2. TC preoperatorio. Apófisis coronoides derecha hipertrofica, en íntimo contacto con la zona de unión entre el maxilar y el malar.

¹ Cte. San Med. Cirujano máxilo-facial. Jefe de Servicio

² Médico estomatólogo

³ Cte. San. Med. Cirujano máxilo-facial

⁴ Médico estomatólogo

Servicio de Cirugía Máxilo-facial, Hospital Militar Central "Gómez Ulla" (doctores Mallagray y Llopis); Hospital del Aire (Dra. Fornovi); Policlínica del C.G.E.A. (Dra. Sorrosal), Madrid

Dirección para la correspondencia: Dr. D. Ramiro Mallagray Martínez.
Servicio de Cirugía Máxilo-facial. Hospital Militar Central "Gómez Ulla".
Glorieta del Ejército, s/n. 28047 Madrid.

Fecha de recepción del manuscrito: 9 de mayo de 1996

Fecha de aceptación del manuscrito: 15 de mayo de 1996

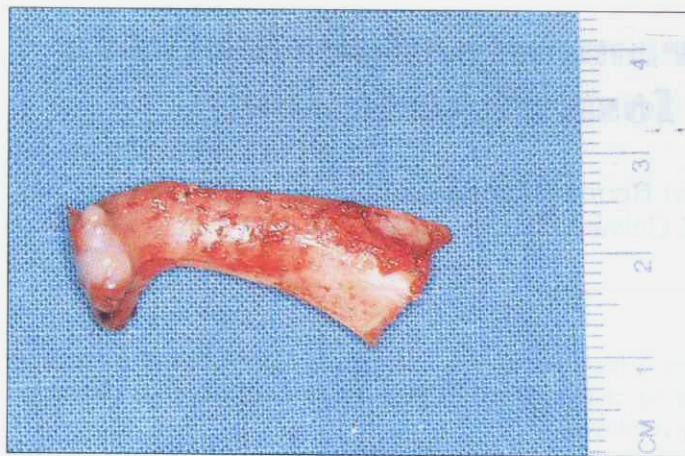


Figura 3. Apófisis coronoides extirpada.

vesaba toda la fosa temporal en su base y quedaba cubierta por el arco cigomático. En su extremo anterior presentaba una rudimentaria articulación con la sutura máxilo-malar.

Se realizó tratamiento quirúrgico, que consistió en la extirpación de dicha apófisis (figura 3). El abordaje fue intraoral, previa cateterización del conducto de Stenon. Se disecó el borde anterior de la rama ascendente mandibular y el borde inferior de la apófisis coronoides, seccionándola posteriormente. El examen anatómico-patológico confirmó posteriormente que se trataba de un tejido óseo normal con tejido cartilaginoso en su extremo distal.

Postoperatoriamente se realizó tratamiento rehabilitador de la función mandibular. Radiológicamente se comprobó una correcta morfología en la zona intervenida. Actualmente el paciente está asintomático.

DISCUSIÓN

La terminología usada para este proceso patológico ha sido variada. Rowe en 1963 diferenció las hipertrofias tumorales unilaterales de las hiperplasias bilaterales (citado en la referencia 7).

Brandt (citado en la referencia 4) describió en 1943 por vez primera la elongación unilateral, como la existencia de una apófisis coronoides irregular, generalmente con un extremo bulboso o en gancho presentando, a veces, una falsa articulación con un arco cigomático (8) generalmente deformado, produciendo todo ello, una limitación a la apertura mandibular, indolora y con desviación hacia el lado afecto. En nuestro caso, la articulación de la apófisis coronoides era por medio de un cartílago neoformado en su extremo distal.

La elongación bilateral fue referida por vez primera por Van Zile y Johnson (1957) (citado en las referencias 4 y 7) y Ginestet (citado en la referencia 7). Se trata de una deformidad uniforme y simétrica, sin distorsión del complejo cigomático y sin existencia de falsas articulaciones (2,4,8). Produce limitación dolorosa de todos los movimientos mandibulares, sin otra anomalía visible (2,4).

Etiológicamente, en las hipertrofias unilaterales generalmente existe traumatismo local previo (6,9). La causa más frecuente de estas hipertrofias es el osteocondroma (60%) (4,6), seguido por las exóstosis y osteomas. Se ha referido también un caso de hematoma osificante (6). La hiperplasia bilateral parece ser más bien una patología del desarrollo (4,6), provocada por un patrón de crecimiento exagerado durante la pubertad, más que una patología de tipo neoplásico (3,7,9). Se ha

propuesto también un origen hormonal (3,7) y otro posiblemente hereditario (1,3,8,10).

Clínicamente, el diagnóstico diferencial se debe hacer con todas aquellas causas que ocasionan limitación de la apertura bucal, tanto intra como extra-articulares, a nivel sistémico o local: infecciones con espasmos musculares, deformidades intra y extra-articulares, neoplasias y patología psicógena (3-5,7,8,11).

El diagnóstico definitivo se basa en el estudio radiológico, mediante radiografía panorámica con boca abierta y cerrada, proyecciones occípito-mentoniana y submento-vértex, tomografías y escáner, siendo esta última prueba la de elección (11,12). En estas pruebas se puede apreciar la presencia de articulaciones tèmpero-madibulares normales (3,7,8) y -en boca abierta- una apófisis elongada que contacta con el borde posterior del malar (3,11) o con la cara interna del arco cigomático (3). También se aprecia el aumento de tamaño de la apófisis y su forma falciforme (7).

El único tratamiento posible es la resección quirúrgica y la realización de un estudio histopatológico para excluir una neoplasia, sobre todo en los casos de hipertrofia unilateral (3,4,6). La vía de acceso es intraoral, ya que no deja cicatriz visible y evita la lesión del nervio facial (3,7), aunque algunos autores han propuesto la realización de un colgajo bicoronal (4) en el caso de hiperplasia bilateral. Antiguamente se empleó la vía externa, con osteotomía del arco cigomático o por vía submandibular, las cuales son innecesarias (4,7). En las hipertrofias unilaterales algunos autores proponen la vía externa, realizando un colgajo temporal unilateral con osteotomía del arco cigomático (7).

La fisioterapia postoperatoria es muy importante para una completa rehabilitación del paciente (3,7). Algunos autores proponen además la aplicación de calor con onda corta (3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kreutz RW, Sanders B. Bilateral coronoid hyperplasia resulting severe limitation of mandibular movement. Report of a case. *Oral Surg* 1985;60:311-314.
2. Kraut RA. Bilateral coronoid hyperplasia. Report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1985;43:612-614.
3. Giacomuzzi D. Bilateral enlargement of the mandibular coronoid processes. Review of the literature and report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 1986;44:728-731.
4. Hayter JP, Robertson JM. Surgical access to bilateral coronoid hyperplasia using the bicoronal flap. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1989;27:487-493.
5. Praal FR. Limitation of mandibular movement due to bilateral mandibular coronoid process enlargement. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:534-536.
6. Isberg A, Isacsson G, Kyung-Soo Nah. Mandibular coronoid process locking: A prospective study of frequency and association with internal derangement of the temporomandibular joint. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63:275-279.
7. Blanchard P, Henry JF, Souchere B, Breton P, Freidel M. Constriction permanente des mâchoires par hyperplasie bilatérale idiopathique des coronés. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1994;93:46-50.
8. Marra LM. Bilateral coronoid hyperplasia, a developmental defect. *Oral Surg* 1983;55:10-13.
9. Tucker MR, Guilford WB, Howard CW. Coronoid process hyperplasia causing restricted opening and facial asymmetry. *Oral Surg* 1984;58:130-132.
10. York BV, Cockerham S. Bilateral hyperplasia of the coronoid processes in siblings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983;56:584-585.
11. Haug RH, Lieberman JM, Picard U, Smith A, Indresano AT. Use of three-dimensional computerized tomography in the diagnosis of an obstructed coronoid process. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;68:793-796.
12. Munk PL, Helms CA. Coronoid process hyperplasia: CT studies. *Radiology* 1989;171:783-784.