

Αμφοτερόπλευρο παλίνδρομο εξάρθρωμα κάτω γνάθου. Παρουσίαση περίπτωσης.

Σ. ΙΟΡΔΑΝΙΔΗΣ¹, Ι. ΤΗΛΑΒΕΡΙΔΗΣ²

Εργαστήριο Στοματογναθοπροσωπικής Χειρουργικής Α.Π.Θ.

Διευθυντής: ο Καθηγητής Ν. Λαζαρίδης

Bilateral reciprocal dislocation of mandibular condyle: Report of a Case.

S. IORDANIDIS¹, I. TILAVERIDIS²

Dept. Oral and Maxillofacial Pathology, Aristotle Univ. of Thessaloniki

Head: Prof. N. Lazaridis

Περίληψη

Οι τραυματισμοί της κροταφογναθικής διάρθρωσης και ιδιαίτερα του κονδύλου της κάτω γνάθου είναι αρκετά συχνόι και συνήθως συνοδεύονται είτε από κάταγμα είτε λιγότερο συχνά από εξάρθρωμα. Η παρουσία του κατάγματος της κονδυλοειδούς απόφυσης στις κακώσεις αυτές, θεωρείται προστατευτικός μηχανισμός που αποτρέπει τη διείσδυση της κεφαλής του κονδύλου στο μέσο κρανιακό βόθρο.

Σπανιότερα, οι κακώσεις της κάτω γνάθου έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία οπίσθιου παλίνδρομου εξάρθρωματος, συνήθως, ετερόπλευρου. Ο τύπος αυτός του εξάρθρωματος μπορεί να προκαλέσει ή όχι κάταγμα του τυμπανικού οστού. Στην εργασία μας παρουσιάζουμε μια ασυνήθιστη περίπτωση αμφοτερόπλευρου οπίσθιου παλίνδρομου εξάρθρωματος των κονδύλων της κάτω γνάθου, σε νεαρό άνδρα, που προκλήθηκε κατά τη διάρκεια τροχαίου ατυχήματος. Ο ασθενής μετά την κάκωση παρουσίαζε έντονο πόνο και οίδημα στην περιοχή και των δύο κροταφογναθικών διαρθρώσεων, διαταραχή της σύγκλεισης με αμφοτερόπλευρη οπίσθια ανεωγμένη δήξη, περιορισμένη επώδυνη κινητικότητα της κάτω γνάθου και ωτορραγία και από τους δύο έξω ακουστικούς πόρους. Ο ακτινολογικός έλεγχος δεν έδειξε την ύπαρξη κατάγματος τόσο στο σώμα όσο και στους κλάδους της κάτω γνάθου συμπεριλαμβανομένων και των κονδυλοειδών αποφύσεων και έτσι οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για αμφοτερόπλευρο παλίνδρομο εξάρθρωμα των κονδύλων της κάτω γνάθου. Η αντιμετώπιση του ασθενούς ήταν συντηρητική και η μετεγχειρητική αποκατάσταση εξελίχθηκε ομαλά και χωρίς επιπλοκές σε διάστημα τριών μηνών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Εξάρθρωμα, παλίνδρομο, κάτω γνάθος.

Summary

Traumatic injuries to the temporomandibular joint and mandibular condyle are common and they, generally, accompanied by condylar neck fracture or dislocation. Condylar fracture is considered to be a protective mechanism, which prevents the dislocation of the condylar head into the middle cranial fossa. Rarely, the direction of force on the chin has as a result, the backwards movement of condylar head into the external auditory canal and the direct returning into the glenoid fossa, producing a reciprocal dislocation of condylar head. This movement may or not accompanied by fracture of the tympanic plate.

In our paper we present an unusual case of a bilateral reciprocal dislocation of mandibular condyles, in a patient, who was the victim of a road traffic accident. He presented to our clinic with bilateral severe temporomandibular joint pain, bilateral posterior open bite, difficulty in moving his jaw and bilateral otorrhagia. Radiologic imagination showed the absence of any fracture of jaw bones, and a conservative treatment was applied. The postoperative course was uneventful and the recovery was complete without any complication in a period of three months.

KEY WORDS: Dislocation, reciprocal, mandible.

Στάλθηκε στις 25.5.2005. Εγκρίθηκε στις 18.10.2005.

¹ Αναπληρωτής Καθηγητής, Στοματογναθοπροσωπικής Χειρουργικής Κλινικής

² Στοματογναθοπροσωπικός χειρουργός, Διδάκτωρ ΑΠΘ

Received on 25th May, 2005. Accepted on 18th Dec., 2005.

¹ Assoc. professor

² Oral & Maxillofacial Surgeon

Εισαγωγή

Οι τραυματισμοί της κροταφογναθικής διάρθρωσης και της κονδυλοειδούς απόφυσης της κάτω γνάθου, μετά από πλήξεις στην πρόσθια περιοχή του σώματος της είναι αρκετά συχνοί και εκδηλώνονται με τη μορφή αρθρίτιδας, κατάγματος ή εξάρθρωτος¹⁻⁴. Ειδικότερα, τα κατάγματα του κονδύλου στις διάφορες στατιστικές μελέτες αντιπροσωπεύουν το 18-35% του συνόλου των καταγμάτων της κάτω γνάθου^{1,3}. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα κατάγματα του κονδύλου συνοδεύονται και με εξάρθρωμα^{2,5,6}, ενώ λιγότερο συχνά οι κακώσεις αυτές εμφανίζονται με τη μορφή αρθρίτιδας και ωτορραγίας ως συνέπεια παλίνδρομου εξάρθρωτος⁷.

Πολύ συχνά οι κακώσεις στην περιοχή του κονδύλου, προκαλούνται με έμμεσο μηχανισμό (δράση της βίας στο γένειο) και οδηγούν σε κάταγμα στην ασθενέστερη περιοχή που είναι ο αυχέννας του. Το γεγονός αυτό αποτελεί προστατευτικό μηχανισμό προκειμένου να αποτραπεί η είσοδος του κονδύλου στο μέσο κρανιακό βόθρο^{4,8}.

Σπανιότερα, η εφαρμογή της δύναμης στο γένειο έχει ως αποτέλεσμα το οπίσθιο παλίνδρομο εξάρθρωμα του κονδύλου με στιγμιαία μετακίνησή του στον έξω ακουστικό πόρο και την άμεση επαναφορά του στην αρθρική κοιλότητα, με συνέπεια την ανάπτυξη τραυματικής αρθρίτιδας και ωτορραγίας. Η κάκωση του είδους αυτού συνοδεύεται από χαρακτηριστικά κλινικά συμπτώματα και σημεία που οδηγούν στη διάγνωση⁷. Το παλίνδρομο εξάρθρωμα, σπάνια, συνοδεύεται από κάταγμα του τυμπανικού οστού⁹.

Το είδος της βλάβης που αναπτύσσεται εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ένταση και η φορά της δύναμης, η ύπαρξη ή όχι οπίσθιων δοντιών, ο βαθμός διάνοιξης του στόματος, κατά τη στιγμή του τραυματισμού, το ανατομικό σχήμα της κεφαλής του κονδύλου καθώς, επίσης, και η ύπαρξη αεροφόρων κυψελών στο κροταφικό οστό^{10,11}.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της αρθρίτιδας από παλίνδρομο εξάρθρωμα τραυματικής αιτιολογίας είναι συντηρητική, ακόμη, και όταν έχουμε κάταγμα του τυμπανικού οστού⁹. Στην εργασία μας παρουσιάζουμε μια περίπτωση ασθενή με αμφοτερόπλευρο παλίνδρομο εξάρθρωμα των κονδύλων της κάτω γνάθου που προκλήθηκε μετά από τροχαίο ατύχημα (πτώση από δίκυκλο) και αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά.

Παρουσίαση της περίπτωσης

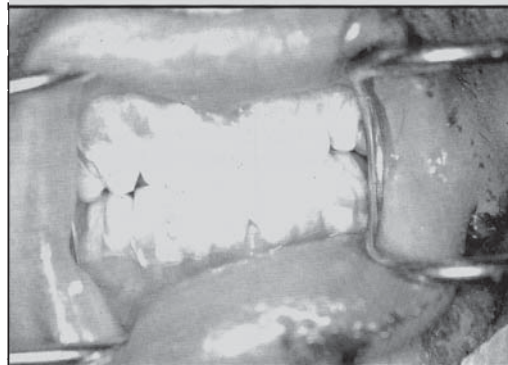
Νεαρός άνδρας, ηλικίας 18 ετών, προσήλθε στην κλινική μετά από κάκωση του προσώπου, κατά τη διάρκεια πτώσης από δίκυκλο. Ο ασθενής παραπονούνταν για έντονο πόνο στην περιοχή και των δύο κροταφογναθικών διαρθρώσεων, ιδιαίτερα, στην προσπάθεια διάνοιξης του στόματος. Από την κλινική εξέταση δια-

πιστώθηκαν τα εξής: ύπαρξη εκδορών του αριστερού ημμορίου του προσώπου και των χειλέων και θλαστικού τραύματος στην περιοχή του γενείου (Εικ. 1), διαταραχή της σύγκλεισης με επαφή μόνο των έξι πρόσθιων δοντιών και οπίσθια ανεωγμένη δήξη αμφοτερόπλευρα (Εικ. 2), έντονο πόνο στην προσπάθεια κίνησης της κάτω γνάθου, με συνέπεια τον περιορισμό στη διάνοιξη του στόματος. Παρουσίαζε οιδήματα στις κροταφογναθικές διαρθρώσεις και οι έξω ακουστικοί πόροι αμφοτερόπλευρα ήταν πληρωμένοι με πήγματα αίματος (Εικ. 3, 4). Η ψηλάφηση των κροταφογναθικών διαρθρώσεων συνοδεύονταν από πόνο, ενώ και οι δύο κόνδυλοι ψηλαφούνταν μέσα στις κροταφικές γλίνες. Η επισκόπηση της περιοχής δεν αποκάλυψε την ύπαρξη εκχυμώσεων ή διόγκωσης στην περιοχή των μαστοειδών αποφύσεων.

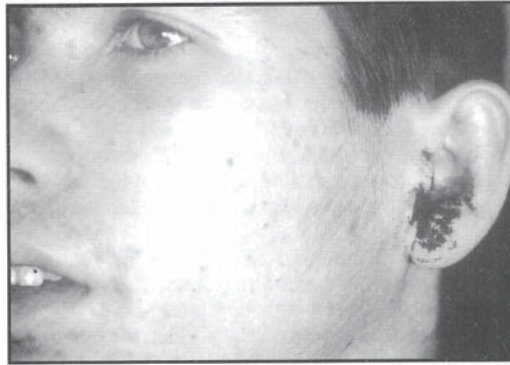
Η προηγηθείσα κλινική εκτίμηση του ασθενή τόσο από νευροχειρουργό όσο και από νευρολόγο για ύπαρξη διαταραχών των κρανιακών νεύρων και, ιδιαίτερα,



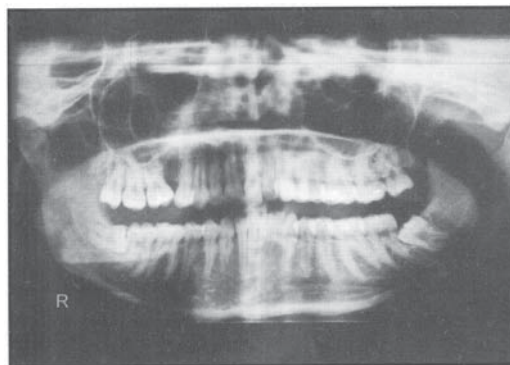
Εικ. 1. Ο ασθενής μετά από τον τραυματισμό. Διακρίνεται η κάκωση στην περιοχή του γενείου.



Εικ. 2. Η σύγκλειση του ασθενή μετά τον τραυματισμό. Διαπιστώνεται η ύπαρξη οπίσθιας ανεωγμένης δήξης.



Εικ. 3, 4. Στις εικόνες διακρίνεται η ύπαρξη αιμοπηγμάτων στους έξω ακουστικούς πόρους, στοιχείο που υποδηλώνει την αμφοτερόπλευρη ωτορραγία.



Εικ. 5. Πανοραμική ακτινογραφία του ασθενή, στην οποία δεν απεικονίζεται η ύπαρξη καταγμάτων στην κάτω γνάθο.

της έβδομης εγκεφαλικής συζυγίας ήταν αρνητική. Επίσης, η προηγηθείσα εξέταση από ωτορινολαρυγγολόγο αποκάλυψε την ύπαρξη ωτορραγίας, με θλαστικά τραύματα, στο πρόσθιο τοίχωμα των έξω ακουστικών

πόρων, χωρίς την ύπαρξη βλάβης του τυμπανικού μένα αμφοτερόπλευρα.

Από τον ακτινολογικό έλεγχο με πανοραμική ακτινογραφία που διενεργήθηκε, κατά την εξέταση του ασθενούς, δε διαπιστώθηκε η ύπαρξη καταγμάτων στην περιοχή των κονδύλων της κάτω γνάθου (Εικ. 5).

Η συσχέτιση του ιστορικού με τα κλινικά και ακτινογραφικά μας ευρήματα οδήγησε στη διάγνωση αμφοτερόπλευρης τραυματικής αρθρίτιδας, συννεπία παλίνδρομου εξάρθηματος της κάτω γνάθου. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με χορήγηση αντιφλεγμονωδών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων, κατάλληλων οδηγιών διατροφής (μαλακή διαίτα) και κινησιοθεραπεία, η οποία ξεκίνησε την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση διήρκεσε 3 μήνες και η αποκατάσταση του ασθενούς ήταν πλήρης.

Συζήτηση

Το εξάρθημα του κονδύλου μετά από τραυματισμό στην κάτω γνάθο είναι σπάνιο και εξαρτάται από τη διεύθυνση και τη θέση εφαρμογής της βίας και την ύπαρξη ή μη οπίσθιων δοντιών¹⁰. Σε άτομα με πλήρη τον οδοντικό φραγμό ο άμεσος τραυματισμός της άρθρωσης μετριάζεται από τη σύγκλιση των οπίσθιων δοντιών^{8,12}. Αντίθετα, σε νωδούς ασθενείς το οπίσθιο εξάρθημα του κονδύλου είναι περισσότερο συχνό και, ιδιαίτερα, όταν, κατά τη στιγμή του τραυματισμού, το στόμα είναι ανοικτό και η δύναμη εφαρμόζεται στο γένειο ή στην περιοχή κοντά στο γένειο^{6,10}. Σημαντικοί, επίσης, παράγοντες για τη διαμόρφωση του είδους της κάκωσης που αναπτύσσεται αποτελούν ο βαθμός διάνοιξης του στόματος, η φορά και η ένταση της δύναμης που εφαρμόζεται στην κάτω γνάθο και ειδικότερα στην περιοχή του γενείου^{2,4}.

Το ανατομικό σχήμα της κροταφογναθικής διάθρωσης καθορίζει, επίσης, και το είδος της βλάβης. Ειδικότερα, αν το σχήμα της κεφαλής του κονδύλου είναι μικρό και αποστρογγυλεμένο ή αν στο κροταφικό οστό υπάρχουν πολλές αεροφόρες κοιλότητες, που ελαττώνουν την αντοχή του, είναι δυνατόν η κεφαλή του κονδύλου να προωθηθεί στο μέσο κρανιακό βόθρο^{4,8,13-16}. Ενώ, τα ελαφρώς υπερυψωμένα χείλη του έσω και έξω τοιχώματος της κροταφικής γλήνης, υπό φυσιολογικές συνθήκες, προστατεύουν την ασθενέστερη κεντρική περιοχή της^{2,16,17}.

Το οπίσθιο εξάρθημα του κονδύλου είναι σπάνιο και προκαλεί, συνήθως, τη διάσχιση στο πρόσθιο τοίχωμα του έξω ακουστικού πόρου με αποτέλεσμα την εμφάνιση ωτορραγίας^{5,6}. Ωτορραγία παρατηρείται, συνήθως, και στο παλίνδρομο εξάρθημα του κονδύλου χωρίς, όμως, την ύπαρξη καταγμάτων στην κάτω γνάθο⁷, όπως συνέβη και στη δική μας περίπτωση. Λιγότερο συχνά, το οπίσθιο εξάρθημα μπορεί να συνοδεύεται από κάταγμα του τυμπανικού οστού⁹, ενώ σε σπανιότερες περιπτώσεις μεγαλύτερων κακώσεων

μπορεί να συνυπάρχει κάταγμα του λιθοειδούς οστού με διαταραχές των κρανιακών νεύρων⁵. Στο παλίνδρομο εξάρθρομα του κονδύλου, χωρίς κάταγμα, η κεφαλή ωθείται βίαια προς τα πίσω, εξερχόμενη από τα όρια της κροταφικής γλήνης, προκαλώντας τη ρήξη του έξω ακουστικού πόρου και στη συνέχεια επανέρχεται στην αρχική του θέση. Στις περιπτώσεις αυτές, τα συμπτώματα του ασθενή προέρχονται, κυρίως, από την αναπτυσσόμενη αρθρίτιδα, η αντιμετώπιση της οποίας γίνεται συντηρητικά, όπως συνέβη και στη δική μας περίπτωση. Ακόμη και στην περίπτωση της συνύπαρξης κατάγματος του τυμπανικού οστού, η αντιμετώπιση παραμένει συντηρητική⁹.

Βιβλιογραφία

1. Kruger G. Fractures of the jaws. Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery. G. Kruger (ed.) sixth ed. C.V. Mosby Co. 1984; σελ. 378.
2. Bradley P. Injuries of the condylar and coronoid process. Στο Maxillofacial Injuries. Rowe N.L. and Williams J. (Eds.). Churchill Livingstone, London. 1985, σελ. 337-362.
3. Eckelt U. Problem areas – Condylar neck. Στο: Maxillofacial Surgery. Booth P.W., Schendel SA, Hausamen JE. Churchill Livingstone, London. 1999; Vol 1: σελ. 207
4. Barron RP, Kainulation VT, Gusenbauer AW, Hollenberg R, Sandor GKB. Fracture of glenoid fossa and traumatic dislocation of mandibular condyle into middle cranial fossa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002; 93: 640-2.
5. Antoniadis K, Karakasis D, Daggilas A. Posterior dislocation of mandibular condyle into external auditory canal. A case report. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1992; 21: 212-4.
6. Akers JO, Narang R, De Champlain R. Posterior dislocation of the mandibular condyle into the external ear canal. J Oral Maxillofac. Surg. 1982; 40: 369-70.
7. Μάρτης Χ. Η ωτορραγία επί οπισθίου εξάρθροματός του κονδύλου. Ελλ Στοματολ Χρον. 1973; Τομ. ΙΖ,5, 175-185.
8. Baldwin AJ. Superior dislocation of the intact mandibular condyle into the middle cranial fossa. J Oral Maxillofac. Surg. 1990; 48: 623-8.
9. Triantafyllidou K, Dimitrakopoulos J, Karakasis D. Reciprocal Dislocation of the mandibular condyle with fracture of the tympanic plate: Report of a case. Balkan J Stomatol 2005; 9: 211-3.
10. Lindahl L. Condylar fractures of the mandible. I. Classification and relation to age. Occlusion and concomitant injuries of teeth and tooth – supporting structures and fractures of the mandibular body. Int. J Oral Surg. 1977; 6:12-21.
11. Τηλαβερίδης Ι, Δαλαμπίρας Σ. Κατάγματα-εξάρθροματα της κονδυλοειδούς αποφύσεως της κάτω γνάθου. Επιθ. Υγείας .1991; τομ. 2, τευχ.4(11) : 49-54.
12. Donoff RB, Roser SM. Management of condylar fractures in patients with cervical spine injury: report of cases. J Oral Surg.1973; 31:130-5.
13. Whitacre WB. Dislocation of the mandibular condyle into the middlecranial fossa. Review of the literature and report of a case. Plast Reconstr Surg 1966; 38: 23-7.
14. Heidsieck C.: Beitrag zur sogenannten zentralen Kiefergelenkluxation. In: Schuchardt K (ed): Fortschritte der kiefer- und gesichts- Chirurgie. Stuttgart.Georg Thieme Verlag. 1960; σελ. 105-6.
15. Steinhäuser E. Zur zentralen kiefergelenks- luxation in die mittlers schadelgrube an hand eines fallles. Deutsche Zahn – Mund- Kieferheilkunde Mut Zentralblatt. 1964; 41: 26- 32.
16. Engevall S, Fischer K. Dislocation of the mandibular condyle into the middle cranial fossa: review of the literature and report of a case. J Oral Maxillofac Surg. 1992; 50:524-7.
17. Raveh J, Vuillemin T, Ladrach K. Open reduction of the dislocated fractured condylar process: Indications and surgical procedures. J Oral Maxillofac Surg. 1989; 47:120-6.