

1 INFORMACIÓN GENERAL Y PROCEDIMIENTO

- La **artrocentesis y lavado de la Articulación Temporomandibular (ATM)** consiste en la punción, extracción de material y lavado de la ATM.
- Para su realización se introduce en el compartimento superior de la ATM una cánula o varias agujas a través de las cuales se infiltra suero de forma repetitiva para realizar un lavado del contenido de la misma.
- Dependiendo del objetivo terapéutico, se puede asociar a la infiltración final de uno o varios productos sanitarios, ya sea con propiedades antiinflamatorias (corticoesteroides), con propiedades lubricantes (ácido hialurónico) o con propiedades bioregenerativas (factores de crecimiento autólogos).
- Aunque la intervención puede realizarse bajo anestesia general, normalmente se hace bajo anestesia local, en ocasiones acompañada de sedación endovenosa para mayor comodidad del paciente.
- Se considera una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que suele realizarse a nivel ambulatorio, sin necesidad de ingreso hospitalario, y que puede asociarse a un protocolo de rehabilitación fisioterápico de la función mandibular tras su realización.

2 EFECTOS TERAPÉUTICOS

- La **artrocentesis de la ATM** permite mejorar la función mandibular mediante lavado del espacio articular superior y la aplicación de una presión hidráulica, liberando al disco articular de adherencias de tejido fibroso que impiden su libre movimiento.
- Además, se consigue disminuir el dolor y la inflamación articular al facilitarse la eliminación de mediadores químicos que acentúan la inflamación y favorecen la degeneración del cartílago articular, como la interleucina-1 y las metaloproteasas.
- En ocasiones, cuando se procede al análisis del líquido sinovial aspirado, la artrocentesis tendrá un potencial papel diagnóstico para descartar ciertas patologías infecciosas o reumatológicas.

3 INDICACIONES TERAPÉUTICAS

La artrocentesis de la ATM está indicada para el tratamiento de ciertos tipos de Trastornos Temporomandibulares, entre los que cabe destacar:

- Limitación grave y reciente de la apertura bucal debida a un desplazamiento anterior del disco sin reducción, de menos de un mes de evolución, que no responde a la manipulación pasiva mandibular.
- Limitación leve-moderada de la apertura bucal, acompañada de dolor articular, debida a un desplazamiento discal sin reducción crónico que no responde al tratamiento conservador con férulas oclusales, farmacoterapia y rehabilitación fisioterápica.
- El Síndrome del Disco Articular Adherido diagnosticado mediante resonancia magnética.
- Traumatismos de la ATM con dolor crónico persistente y capsulitis.
- En algunos casos de enfermedad articular degenerativa que cursen con dolor: osteoartrosis, artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, artritis crónica juvenil, esclerodermia, etc.) y artropatías metabólicas (hiperuricemia, condrocalcinosis, etc).
- En aquellos casos que rechacen otro tipo de cirugía (artroscopia y artrotomía).

3 POSIBLES RIESGOS ASOCIADOS A LA TÉCNICA

La **artrocentesis** se considera una técnica segura, que conlleva pocos riesgos y aporta beneficios, consiguiendo reducir el dolor y mejorar la dinámica mandibular, con aumento de la apertura bucal. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables:

- Dolor posoperatorio, que normalmente se controlará con la medicación analgésica prescrita.
- Hemorragia y formación de hematoma transitorio de la zona intervenida y/o zonas adyacentes.
- Infección local que requiera prescripción de antibióticos.
- Afectación del Nervio Auriculotemporal que provoque alteración transitoria de la sensibilidad (acorchamiento, hormigueo, entumecimiento, hiposensibilidad o hipersensibilidad al tacto) en la zona de la oreja, el conducto auditivo externo o la piel de la región temporal.
- Afectación periférica del Nervio Facial (ramal temporofacial) que puede provocar una hipomovilidad o parálisis transitoria de la musculatura orofacial del lado intervenido, en especial de la zona frontal.
- Infección del oído, con posible pérdida transitoria de la audición y/o aparición transitoria de zumbidos y/o trastornos del equilibrio.
- Empeoramiento de la sintomatología que requiera repetición de la artrocentesis o la realización de una artroscopia o cirugía abierta de la ATM bajo anestesia general.
- Con el tiempo, no se asegura la reaparición de nuevas adherencias y progresión de los cambios degenerativos articulares que puedan requerir la realización futura de una artroscopia o cirugía abierta de la ATM bajo anestesia general.

4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Aktas I, Yalcin S, Sencer S.** Prognostic indicators of the outcome of arthrocentesis with and without sodium hyaluronate injection for the treatment of disc displacement without reduction: a magnetic resonance imaging study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 39: 1080-1085.
- **de Souza RF, Lovato da Silva CH, Nasser M, Fedorowicz Z, Al-Muharraqi MA.** Interventions for managing temporomandibular joint osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 4. Art. No.: CD007261. DOI: 10.1002/14651858.CD007261.pub2.
- **Şentürk MF, Yazıcı T, Gülşen U.** Techniques and modifications for TMJ arthrocentesis: A literature review. *Cranio.* 2018 Sep;36(5):332-340.
- **Murakami, Ken-Ichiro.** Current role of arthrocentesis, arthroscopy and open surgery for temporomandibular joint internal derangement with inflammatory/degenerative disease: Pitfall and Pearl. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology* (2021). <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2021.03.006>
- **Liapaki A, Thamm JR, Ha S, Monteiro JLGC, McCain JP, Troulis MJ, Guastaldi FPS.** Is there a difference in treatment effect of different intra-articular drugs for temporomandibular joint osteoarthritis? A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2021 Sep;50(9):1233-1243.

5 DECLARACIONES Y FIRMAS

D./D^a. _____ mayor de edad, con DNI/NIE nº _____, en calidad de **PACIENTE**.

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado,

Yo, _____, con DNI/NIE nº _____, en calidad de padre, madre, tutor/a o representante legal del paciente _____

DECLARO:

- El facultativo, Dr/Dra _____, con DNI/NIE nº _____, y nº de colegiado _____ me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve **la artrocentesis y lavado de la ATM**, asociado a la infiltración final de _____
- También me ha explicado los objetivos del tratamiento, las posibles molestias y riesgos que pueden existir y que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, habiéndome comentado las consecuencias previsibles de su no realización.
- He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas y doy mi consentimiento para que me realicen **la artrocentesis y lavado de la Articulación Temporomandibular** _____. He recibido copia del presente documento y sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Firma Paciente

Firma Facultativo

En _____, a _____ de _____ de _____

Negativa del paciente a la realización _____.

Revocación de la decisión por el paciente _____.

Firma Paciente

Firma Facultativo

En _____, a _____ de _____ de _____