

16. Craske, MG, Brown, TA & Barlow, DH. Behavioral treatment of panic disorder: a two year follow-up. *Beh Res Ther*, 1991, 22: 289-304.
17. Peckhold, JC, Swinson, RP, Kuch, K, et al: Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial III. Discontinuation effects. *Arch Gen Psychiatry*, 1988, 45: 429-436.
18. Klosko, JS, Barlow, DH, Tassinari, R, et al: A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *J Consult Clin Psychol*, 1990, 58: 77-84.
19. Clum, GA. Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. *Behav Res Ther*, 1989, 20: 429-457.
20. Michelson, LK & Marchione K, Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. *J Consult Clin Psychol*, 1991, 59: 100-114.



Sección: Caso de interés

Hiperplasia bilateral de procesos coronoideos. Informe de un caso

Martha Lucía Rodríguez P., D.O.¹, Carlos A. Muñoz P., D.O.²

RESUMEN

Se presenta un caso de hiperplasia bilateral de procesos coronoideos. Esta es una anomalía del desarrollo que ocurre principalmente en hombres y se caracteriza por una limitación progresiva y asintomática de los movimientos mandibulares que se descubre en la pubertad. El diagnóstico se hace con base en la historia y los hallazgos radiológicos. La remoción quirúrgica de los procesos coronoideos más un adecuado control postoperatorio restaurará la función mandibular.

La hiperplasia bilateral de los procesos coronoideos se ha informado como un defecto en el desarrollo de tipo idiopático¹, poco común, que se presenta con mayor frecuencia en hombres² y sin que regularmente tenga un factor causal específico^{1,3,4}. El alargamiento de los procesos coronoideos puede ser uní o bilateral. El primer caso es más frecuente y se puede asociar con osteocondroma o con exóstosis³.

El agrandamiento de los procesos coronoideos se acelera en la pubertad, y genera una traba mecánica sobre la apófisis zigomática del malar que lleva a una limitación progresiva en el grado de apertura bucal y es el síntoma más común⁵. Se han mencionado diversos factores que podrían ser la causa del trastorno. Shira & Sanders⁶ establecieron la persistencia del centro del crecimiento cartilaginoso en el proceso coronoideo. Lyon & Sarnat⁷ han sugerido como factor etiológico un incremento en la actividad de los músculos temporales, aunque se informó en algunos pacientes⁸, como normal el examen electromiográfico de los masticadores.

Se ha hecho un listado de algunas de las características clínicas que rodean al trastorno, p.e., ausencia de dolor, predilección por hombres, limitación progresiva de movimientos mandibulares que ocurre alrededor de la pubertad, y una historia negativa con respecto de traumas. Ha habido casos donde al mismo tiempo era notoria la incapacidad para fle-

xionar los dedos⁹; Yamashita & Arnet¹⁰ comunicaron síntomas similares en pacientes con síndrome pseudo-camptodáctilo, donde persistía un acortamiento en la longitud muscular.

Diversos estudios^{1,2,9} han procurado establecer la herencia como factor etiológico.

COMUNICACION DEL CASO

Varón de 14 años que consultó al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia, por dificultades para abrir la boca que impedían realizar un tratamiento odontológico.

La limitación de la apertura bucal tenía un progresivo período de evolución de 2 años. No había historia de trastorno local o sistémico alguno, tampoco ningún miembro de la familia sufría un cuadro similar. El paciente manifestó haber recibido un tratamiento previo con fisioterapia oral y aplicación de calor húmedo, sin mejoría en las facilidades para abrir la boca.

La evaluación física general estaba dentro de los límites normales, así como las pruebas de laboratorio clínico. El examen estomatológico reveló ausencia de asimetrías, apertura bucal de 15 mm tomada a nivel de los bordes incisales, sin desviación ni dolor, movimientos excéntricos limitados, sensibilidad al palpar el músculo pterigoideo externo derecho y en la inserción del músculo temporal derecho, así como

1. Profesora Auxiliar, Area de Cirugía, Departamento de Estomatología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Odontólogo, Cali, Colombia

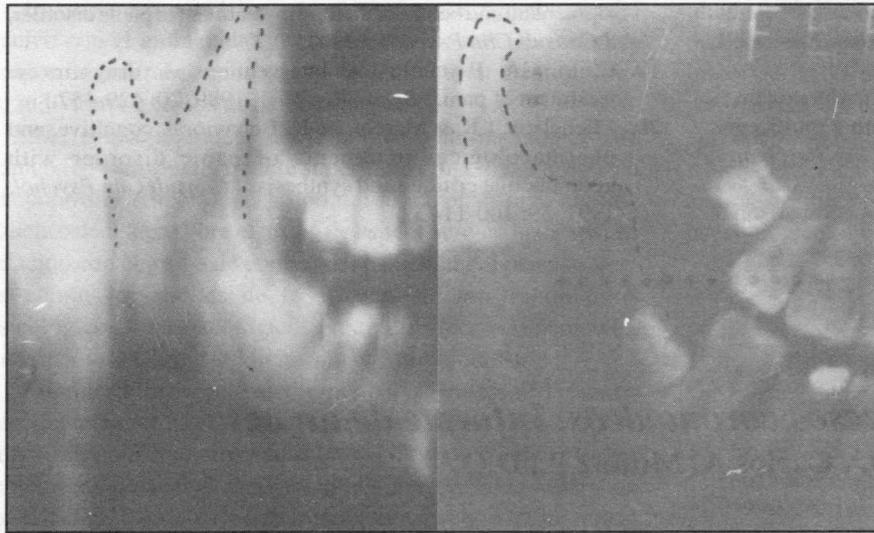


Figura 1. Pre y postoperatorio coronoidectomía.

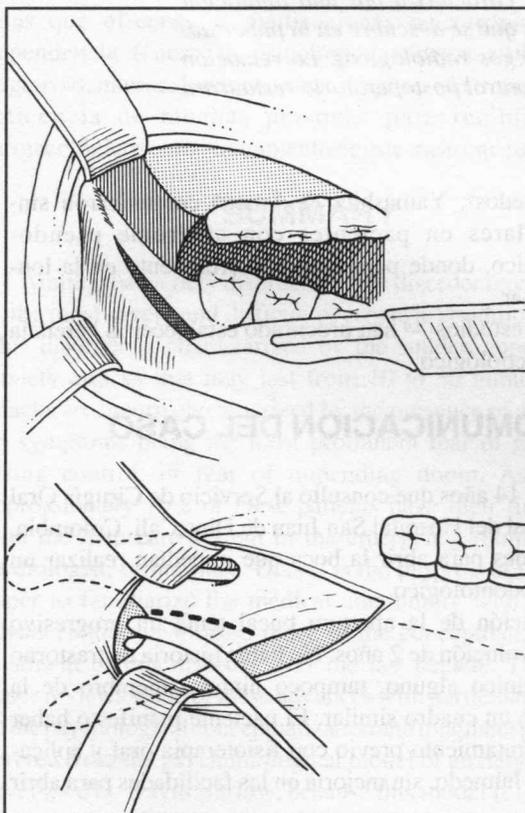


Figura 2. Abordaje quirúrgico en coronoidectomía.

crepitación bilateral cuando se auscultó la zona de los arcos zigomáticos.

La radiografía panorámica señalaba el alargamiento bilateral de los procesos coronoideos, hallazgo corroborado después

con la tomografía lineal de la zona (Figura 1).

Con base en la historia clínica y en los hallazgos radiológicos se estableció el diagnóstico de hiperplasia bilateral de procesos coronoideos; por tanto, el tratamiento consistió en su resección y remoción quirúrgica. El procedimiento quirúrgico se hizo bajo anestesia general con abordaje intraoral, localización de la escotadura sigmoidea y resección con fresa quirúrgica del proceso coronoideo derecho. El segmento resecado se sostuvo mientras se realizaba la desinserción completa del músculo temporal (Figura 2). El proceso coronoideo izquierdo se removió en forma similar. Durante el procedimiento quirúrgico se obtuvo una apertura máxima de 52 mm sin luxar el cóndilo. El

paciente salió el mismo día con recomendaciones de hielo local y dieta líquida.

El examen histopatológico reveló hueso normal. En el postoperatorio no se encontraron alteraciones del nervio facial; la posición mandibular fue adecuada.

DISCUSION

La hiperplasia coronoideas considerada como un defecto de desarrollo, se asocia con un factor hormonal, pues se presenta en mayor proporción durante la pubertad en el sexo masculino. Aunque el proceso no es neoplásico cabe mencionar que los casos de alargamiento unilateral implican cambios condromatosos, mientras que los bilaterales invariablemente están constituidos por hueso normal. Según Fitzpatrick¹¹ en los casos unilaterales el alargamiento hace perder la morfología del proceso coronoideo mientras que en los bilaterales se conserva.

Entre los diagnósticos diferenciales¹ se encuentran alteraciones sistémicas como: escleroderma, tétanos, infecciones y artritis; y locales como trauma, degeneración interna de la articulación temporomandibular y anquilosis.

El tratamiento electivo es la intervención quirúrgica con abordaje intraoral encaminada a resecar los procesos coronoideos.

Van Hoof & Besling⁹ sugieren posponer la cirugía hasta finalizar la pubertad si la función y la posibilidad de recibir tratamiento odontológico no están muy afectadas. En el postoperatorio, la fisioterapia consistente en calor húmedo local y ejercicios de estiramiento muscular de apertura y cierre, son necesarios para restablecer la función normal.

SUMMARY

A case of bilateral coronoid hyperplasia is presented. This is a developmental abnormality that occurs primarily in males and is characterized by progressive, asymptomatic limitation of mandibular movements, that is detected after puberty. Diagnosis is made on the basis of the history and the radiographic

findings. Surgical removal of the coronoid processes besides of adequate postoperative control, will restore full mandibular movement.

REFERENCIAS

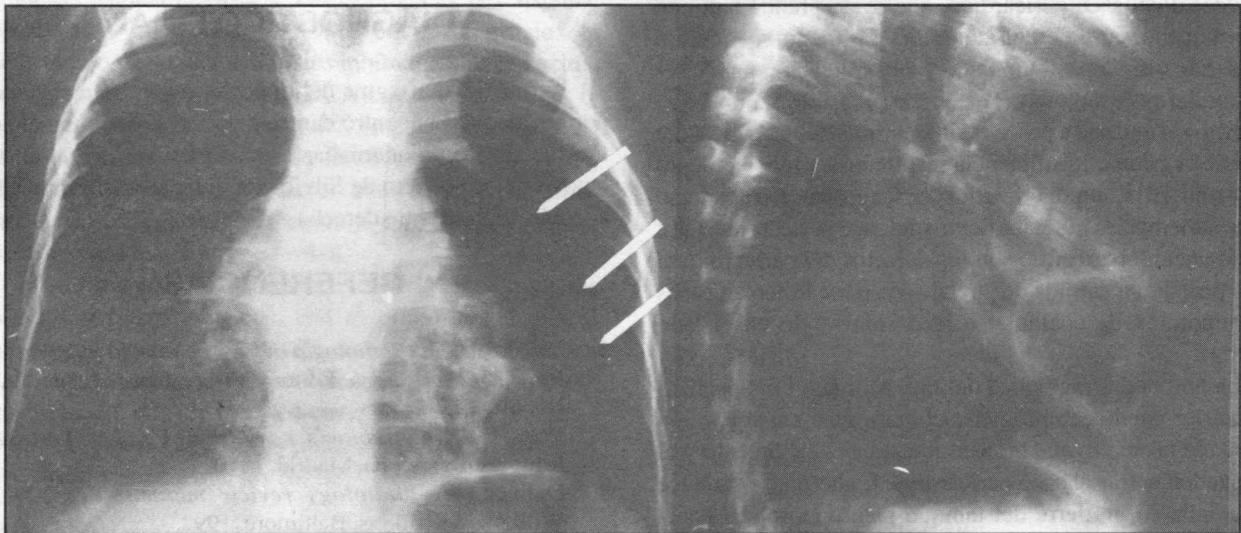
1. Lawrence, MM. Bilateral coronoid hyperplasia, a developmental defect. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1983, 55: 10-13.
2. York, BV & Lockerham, S. Bilateral hyperplasia of the coronoid processes in siblings. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol*, 1983, 56:
3. Rowe, ML. Bilateral developmental hyperplasia of the mandibular coronoid process. *Br J Oral Surg*, 1963, 1: 90.
4. Gialomuzzi, D. Bilateral enlargement of the mandibular and coronoid processes. Review of the literature and report of a case. *J Oral Maxillofac Surg*, 1986, 44: 728-731.
5. Kreuz, RN & Sanders, B. Bilateral coronoid hyperplasia resulting in severe limitation of mandibular movement. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1985, 60: 482-485.
6. Shira, RB & Sanders, RL. Limited mandibular movement due to enlargement of the coronoid processes. *J Oral Surg*, 1958, 16: 183.
7. Lyon, LZ & Sarnat, BG. Limited opening of the mouth caused by enlarged coronoid processes. Report of a case. *J Am Dent Assoc*, 1963, 67: 644-650.
8. Allison, ML, Wallae, RW & von Wyl, H. Coronoid abnormalities causing limitation of mandibular movement. *J Oral Surg*, 1969, 27: 229-233.
9. Van Hoof, FJ & Besling, WT. Coronoid process enlargement. *Br J Oral Surg*, 1973, 10: 399-348.
10. Yamashita, DDR & Arnet, GF. Trismus pseudo-camptodactyly syndrome. *J Oral Surg*, 1980, 38: 625-630.
11. Fitzpatrick, BN. Bilateral hyperplasia of the mandibular coronoid process. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1970, 29: 184-190.



Sección: El caso radiológico

El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M.D.¹, Jairo M. Eraso, M.D.²



HAGA SU DIAGNOSTICO

Niño de 6 años traído a la consulta por presentar fiebre, convulsión tónico-clónica generalizada, de unos 2

1. Profesor Titular, Servicio de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Radiólogo, Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia.

minutos de duración, relajación de esfínteres pero sin sialorrea ni desviación de la mirada.

Antecedentes patológicos. Sufre de hidrocefalia desde el nacimiento. Operado de criptorquidia derecha y durante la cirugía no se halló el testículo; tomaba rivotril y epamín que suspendió 2 años antes.

Al examen físico se encuentra hidrocefalia con presencia