

FECHA: 13/octubre / 2020

MINUTA

REGULACIÓN Y RIESGOS DE LA ARTROCENTESIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

ELABORADA POR:	Claudia Carvajal. Depto. Salud Bucal DIPRECE
SOLICITADA POR:	Carolina Mendoza. Jefa de Departamento Salud Bucal
PROPÓSITO OBJETIVO /	Aportar evidencia sobre regulación y riesgos de la artrocentesis de articulación temporomandibular.

El Departamento Odontológico de DIGERA, en el contexto de la definición de las prestaciones del catálogo MAI, solicita al Departamento Salud Bucal DIPRECE datos o evidencia sobre calidad y riesgo de atención en odontología y el tipo de recinto para realizar artrocentesis de articulación temporomandibular.

DIAGNÓSTICO/ANTECEDENTES DEL TEMA

La artrocentesis de articulación temporomandibular (ATM) es un procedimiento simple, económico, efectivo y mínimamente invasivo, en el límite entre la terapia conservadora no quirúrgica y la quirúrgica (1,2). Es útil para mejorar los síntomas clínicos y el rango de movimiento mandibular, en pacientes con diferentes tipos de trastornos temporomandibulares, en distintos grados y por periodos cortos o intermedios (3–6), sin embargo, la calidad de la evidencia es desde muy baja a moderada (5,6).

Se describen 12 técnicas distintas de artrocentesis de ATM (punción con una o dos agujas, lavado, etc) (7). Suelen realizarse de forma ambulatoria bajo anestesia local o sedación consciente intravenosa o anestesia general, según la comorbilidad del paciente y la preferencia del cirujano (1,8). Es poco exigente en cuanto a instrumental y se puede realizar de forma repetida (2).

Presenta un mínimo de complicaciones las que suelen ser de naturaleza transitoria. Las más comunes ocurren principalmente debido a efectos anestésicos, al intento repetido de introducir una aguja en el espacio articular después de una inserción incorrecta de la aguja y las proximidad anatómica de la ATM con la cavidad del oído medio y la pared cartilaginosa del canal auditivo (1,9).

Algunas complicaciones reportadas son las siguientes: lesión del nervio facial (0,7 a 0,6%); Déficit del quinto nervio (0,1 a 2,4%); lesión ótica (0,5 a 8,6%); edema debido a la fuga del líquido de lavado hacia el espacio extraarticular: rotura de la aguja (0,1%) dentro de la articulación entre otras aún menos frecuentes¹ (1,9).

La infección post artrocentesis de ATM se considera rara, ocurre, con incidencias comunicadas que oscilan entre 1 en 2.700 y 1 en 50.000 y no está claro si la infección articular de bajo grado puede ocurrir con más frecuencia (10). El riesgo de infección puede limitarse con el uso de técnica estéril estricta, evitar la punción a través de piel o tejido subcutáneo infectado y el uso de profilaxis antibiótica (8,11), sin embargo, es posible introducir un

¹ Reacción alérgica, también a los anestésicos o fármacos que se pueden administrar al final de la artrocentesis; traumatismo local de la mandíbula en función del número de punciones repetidas; vértigo violento, sin trastornos auditivos; hematoma preauricular, extradural, lesión de la arteria temporal superficial que resulta en aneurisma y desarrollo de fístula arteriovenosa y sangrado en la articulación; perforación intracraneal. La perforación intracraneal posterior al procedimiento también es una complicación potencial grave. Por lo tanto, el cirujano debe tener mucho cuidado durante la introducción de la aguja y debe corregir la presión sobre la aguja durante su inserción para evitar la perforación intracraneal (1,9).

núcleo de tejido cutáneo con flora microbiana², lo que representa un riesgo potencial para el desarrollo de artritis séptica. La artritis séptica es una de las complicaciones más graves y es potencialmente fatal, por lo tanto, la artrocentesis debe ser realizada solo por médicos/odontólogos con experiencia en el tratamiento de enfermedades articulares (12).

Las medidas adecuadas para asegurar una técnica aséptica dependen del procedimiento que se lleve a cabo y del riesgo de infección, pero existen precauciones básicas que deben cumplirse cualquiera que sea el procedimiento. La técnica aséptica es el conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana durante los procedimientos de atención de pacientes (13), incluidas todas aquellas prácticas diseñadas para reducir el riesgo de infección en procedimientos invasivos y quirúrgicos, tales como el manejo de posibles fuentes de infecciones, preparación del paciente, mantenimiento un ambiente quirúrgico limpio, esterilización (campo quirúrgico, presentación de instrumental e insumos) y uso de soluciones antisépticas (8,11).

La calidad y seguridad de la atención de los pacientes constituye tanto una obligación técnica de quienes entregan los servicios, como, el derecho de las personas de recibir atenciones de salud ejecutadas de acuerdo lo prescriben las normas y protocolos establecidos al efecto. Seguridad del paciente es un componente fundamental de la atención de salud, constituye una actividad compleja ya que en ella se conjugan aspectos propios del sistema sanitario y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones basadas en evidencia con demostrada efectividad (14).

DESARROLLO

En Chile, el marco regulatorio está dado por:

- D.S. N°283/1997 que aprueba el Reglamento sobre salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor.
- D.S. N°58/2008 que aprueba la Norma Técnicas Básicas para la obtención de autorización sanitaria de los establecimientos de salud.
- REX.N°1031/2012. Aprueba Protocolos y Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en Salud.
- REX. N°340/2018, que aprueba la Norma General Técnica N°199, sobre esterilización y desinfección en establecimientos de atención en salud. MINSAL.
- REX. N°894/2017, que aprueba la Norma General Técnica N°190 para la prevención de infección de herida operatoria.
- CIRCULAR C37 N10/2018, Recomendaciones sobre aseo y desinfección de superficies ambientales para la prevención de IAAS. MINSAL.

De acuerdo al marco regulatorio vigente y dado que la artrocentesis de ATM corresponde a un procedimiento invasivo³, puede ser realizada en salas de procedimientos⁴ que cuenten con los insumos y equipamientos para

² El 20% de las bacterias de la piel se encuentran en las capas más profundas y no son afectadas por los antisépticos, por lo tanto, se puede introducir un núcleo de tejido cutáneo con flora microbiana en la articulación a medida que la aguja atraviesa el tejido subcutáneo y la cápsula articular (10).

³ **Procedimiento invasivo:** Aquel que involucra acceso instrumental a vías o conductos naturales del organismo y que requieren efectuarse con técnica aséptica, tales como radiografías con medio de contraste, endoscopias digestivas, respiratorias u otros

esta clase de procedimientos y, asimismo, el personal esté dotado de las vestimentas y los elementos de protección adecuados.

La artrocentesis de ATM debe ser realizada por un equipo profesional y personal auxiliar idóneo, con técnica aséptica, cumpliendo con las normas vigentes de esterilización, desinfección y de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).

Sin desmedro de lo anterior, la artrocentesis de ATM también puede ser realizada en pabellones de cirugía menor⁵ si se cuenta con el recinto y así lo prefiere el profesional responsable del procedimiento, o en pabellón de cirugía mayor si la condición del paciente lo amerita y requiere de sedación profunda o anestesia general⁷.

Estas salas de procedimientos están ubicadas en servicios o unidades de especialidades odontológicas (CMF y TTM&DOF) anexas a establecimientos de mediana y alta complejidad de atención abierta y cerrada. Estos servicios o unidades deben disponer de procedimientos escritos para manejar las complicaciones relacionadas con la artrocentesis de ATM, el cual debe contener al menos:

- Líneas de acción (protocolo) según los resultados del manejo.
- Responsabilidades implícitas de cada miembro del equipo de trabajo en dicho manejo.
- Sistemas de coordinación frente a situaciones que superen la capacidad de respuesta.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Los establecimientos que cuenten con programas de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) y/o sistemas locales de reporte y análisis de eventos adversos y eventos centinelas pueden incluir a los servicios o unidades de especialidades odontológicas contribuyendo a mejorar la calidad y seguridad de la atención de los pacientes; es este caso de aquellos sometidos a una artrocentesis temporomandibular.

procedimientos del área odontológica tales como exodoncia simple (diente erupcionado), biopsia de tejidos blandos o eliminación de bridas o frenillo. (TI. Art 2° D.S. 283/1997).

⁴ **Sala de Procedimiento Odontológico:** Recintos de establecimientos públicos o privados de salud destinados a efectuar procedimientos de salud, de diagnóstico o terapéuticos de tipo dental, en pacientes ambulatorios, y que no requieren de hospitalización. Estos deberán formar parte de un establecimiento de salud o ser dependencia anexa a consultas de profesionales. (TI. Art 1° D.S. 283/1997).

⁵ **Pabellón de Cirugía Menor:** Locales o recintos destinados a realizar intervenciones quirúrgicas médicas u odontológicas, que no requieren la hospitalización del paciente, al que se le aplica sedación y/o anestesia local. Estos deberán formar parte de un establecimiento de salud o ser dependencia anexa a consultas de profesionales. (Decreto 283). Respecto de la profesión de odontología, se considerarán intervenciones quirúrgicas que requieren de pabellón de cirugía menor, aquellas comprendidas en las áreas de cirugía máxilo facial, cirugía periodontal, cirugía ortognática y pre protésica e implantología. (TII. Art 11° D.S. 283/1997).

⁶ **Cirugía Menor:** Aquellos procedimientos invasivos que involucran solución de continuidad de piel o mucosa, acceso instrumental a cavidades naturales y que requieren ser realizados con técnicas estériles, tales como: procedimientos de cirugía plástica, dermatología, oftalmología, serología, traumatología, ginecología, cirugía bucal, periodontal y otros. (TII. Art 12° D.S. 283/1997).

⁷ **Cirugía Mayor:** Toda cirugía que conlleve riesgo de sangrado mayor a un 10% de la volemia, o que requiera sedación profunda, anestesia general o regional, o que implique soluciones de continuidad de tejidos para ingresar a órganos, cavidades o tejidos normalmente estériles como peritoneo, pleura, cavidad ocular. Requiere de un equipo quirúrgico y de anestesia, debiendo realizarse siempre en quirófano. (REX. N°894/2017).

BIBLIOGRAFÍA

1. Soni A. Arthrocentesis of Temporomandibular Joint- Bridging the Gap Between Non-Surgical and Surgical Treatment. *Ann Maxillofac Surg.* 2019;9(1):158–67.
2. Tvrdy P, Heinz P, Pink R. Arthrocentesis of the temporomandibular joint: a review. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czechoslov.* marzo de 2015;159(1):31–4.
3. Polat ME, Yanik S. Efficiency of arthrocentesis treatment for different temporomandibular joint disorders. *Int J Oral Maxillofac Surg.* mayo de 2020;49(5):621–7.
4. Kim C-W, Lee S-J, Kim E-H, Lee D-K, Kang M-H, Song I-S, et al. Effect of arthrocentesis on the clinical outcome of various treatment methods for temporomandibular joint disorders. *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* diciembre de 2019;41(1):44.
5. Bouchard C, Goulet J-P, El-Ouazzani M, Turgeon AF. Temporomandibular Lavage Versus Nonsurgical Treatments for Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* julio de 2017;75(7):1352–62.
6. Al-Moraissi EA, Wolford LM, Ellis E, Neff A. The hierarchy of different treatments for arthrogenous temporomandibular disorders: A network meta-analysis of randomized clinical trials. *J Cranio-Maxillo-fac Surg Off Publ Eur Assoc Cranio-Maxillo-fac Surg.* enero de 2020;48(1):9–23.
7. Şentürk MF, Yazıcı T, Gülşen U. Techniques and modifications for TMJ arthrocentesis: A literature review. *Cranio J Craniomandib Pract.* septiembre de 2018;36(5):332–40.
8. Tantillo TJ, Katsigiorgis G. Arthrocentesis. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557805/>
9. Vaira LA, Raho MT, Soma D, Salzano G, Dell’aversana Orabona G, Piombino P, et al. Complications and post-operative sequelae of temporomandibular joint arthrocentesis. *Cranio J Craniomandib Pract.* julio de 2018;36(4):264–7.
10. Xu C, Peng H, Chai W, Li X, Li R, Chen J. Inadvertent Introduction of Tissue Coring Into Joints During Arthrocentesis: An Experimental Study. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 22 de julio de 2017;23:3571–7.
11. Concha-Rogazy M, Andrighetti-Ferrada C, Curi-Tuma M. Actualización en técnica aséptica y uso de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos ambulatorios que comprometan piel y mucosas: An update. *Rev Médica Chile.* agosto de 2016;144(8):1038–43.
12. Petersen SK, Hansen IMJ, Andreasen RA. Low frequency of septic arthritis after arthrocentesis and intra-articular glucocorticoid injection. *Scand J Rheumatol.* 3 de septiembre de 2019;48(5):393–7.
13. Ministerio de Salud de Chile. Norma de procedimientos invasivos para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias y manual de procedimientos. 1989.
14. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Resolución Exenta N° 1031 - Aprueba Protocolos y Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. Observatorio de Calidad en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. [citado 6 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-8928.html>