



## Patología de la articulación temporomandibular

**Roberto Rodríguez-Ozores Sánchez**

Médico Estomatólogo.

Coordinador de Área odontología en Atención Primaria. Vigo (Pontevedra).

Centro de salud de Val Miñor. Nigrán (Pontevedra).

### PUNTOS CLAVE

- La patología de la articulación temporomandibular (ATM) presenta una elevada prevalencia (20-40% de la población).
- Existen muchas clasificaciones pero básicamente podemos dividir las en dos: las puramente musculares o miofasciales y las intrínsecas de la propia articulación.
- El síndrome más frecuente es el intrínseco de la propia articulación (síndrome de disfunción de la ATM [SDTM]).
- Un factor predisponente muy importante es el estrés.
- En la historia clínica debe darse una importancia especial al síntoma que motiva la consulta. Los síntomas fundamentales son: dolor, chasquido y limitación a la apertura bucal.
- El manejo de la patología de la ATM debe ser gestionado de forma multidisciplinar.
- Se debe derivar al odontólogo de Atención Primaria a todo paciente que presente historial de dolor, chasquidos, bloqueos y/o desgastes importantes de los dientes.
- La prueba complementaria habitual es la ortopantomografía y la de elección, la resonancia magnética (RM).
- El tratamiento conservador es eficaz en el 90% de los casos.

### PREVALENCIA E IMPORTANCIA

Se calcula que entre un 40-75% de la población presenta o ha presentado algún signo de disfunción de la ATM. Encuestas realizadas dan una presencia de ruidos en la ATM en un 50% de la población. No obstante, la mayoría no consultan o buscan atención médica porque los signos o síntomas no les afectan la calidad de vida diaria<sup>1</sup>.

Los que buscan asistencia presentan como síntoma principal el dolor orofacial. De hecho el origen principal del dolor orofacial es la presencia de una disfunción de la ATM.

Afecta más a mujeres que a hombres, en una proporción 3:1 hasta 9:1 según los autores. En cuanto a la edad, es más fre-

cuente entre los 15 y 45 años. La incidencia es mínima en la edad infantil.

Como factores de riesgo encontramos el apretamiento o rechinar dentario, las prótesis que no encajan bien, el estrés y la artritis.

### ¿QUÉ ENTENDEMOS POR PATOLOGÍA DE LA ATM?

Se entiende como patología de la ATM aquellas entidades nosológicas orgánicas o funcionales que afectan al sistema de relación craneomandibular. Engloban un gran número de trastornos, no sólo de origen traumático, neoplásico, autoinmunitario, infeccioso sino también los derivados de las alteraciones disfuncionales de su estructura interna tanto muscular como articular<sup>2</sup>.

De todos ellos, el más frecuente es el llamado «síndrome de disfunción temporomandibular», en el que se produce una anormal relación entre el disco articular respecto del cóndilo, la fosa y la eminencia de la ATM.

Existen otras patologías también muy frecuentes, como el bruxismo y el síndrome miofascial, que aunque no se pueden considerar como patologías propias de la ATM, sí pueden derivar en ella y presentan como factores asociados el estrés y espasmo muscular.

### CLASIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA ATM

Existen múltiples clasificaciones de la patología de la ATM.

Teniendo en cuenta las múltiples clasificaciones existentes y basándonos en criterios prácticos, los problemas temporomandibulares los podemos clasificar en<sup>3</sup>:

1. Desórdenes musculares o miopatías temporomandibulares: los cuadros más frecuentes son el síndrome miofascial y el bruxismo.
2. Desórdenes articulares o artropatías temporomandibulares: son los cuadros intrínsecos de la propia ATM (luxaciones, desplazamientos discales, bloqueos, etc.).

## ETIOPATOGENIA Y MECANISMOS DE PRODUCCIÓN

El manejo de la patología de la ATM debe ser gestionado de forma multidisciplinar, pudiendo intervenir médicos de familia, odontólogos, médicos estomatólogos, cirujanos maxilofaciales, fisioterapeutas, psicólogos e, incluso, unidades del dolor.

El origen de este síndrome es multifactorial y produce alteraciones en la cinética articular que dan lugar a una serie de signos y síntomas característicos.

Entre los factores etiológicos<sup>1</sup> clásicamente involucrados, se distinguen los siguientes:

- **Predisponentes** (estrés, ansiedad, artritis, bruxismo, trastornos del desarrollo).
- **Iniciadores y perpetuadores** (traumatismos, sobrecarga funcional, laxitud articular, osteoartritis degenerativa, espasmo muscular masticatorio, aumento de la fricción).

## ¿CÓMO ORIENTARNOS? ¿QUÉ DEBEMOS PREGUNTAR?

Tres son los síntomas fundamentales que pueden hacer pensar en una patología o trastorno de la ATM: dolor, chasquido y limitación a la apertura bucal.

Según la Sociedad Americana del Dolor Orofacial, las 10 preguntas básicas o preliminares<sup>1</sup> que deben reflejarse en un cuestionario sobre desórdenes temporomandibulares son:

1. ¿Tiene dificultad, dolor o ambos al abrir la boca, por ejemplo, al bostezar?
2. ¿Se ha quedado alguna vez su mandíbula atascada, bloqueada o desencajada?
3. ¿Tiene dificultad, dolor o ambos cuando mastica, habla o mueve la mandíbula?
4. ¿Ha notado ruidos en las articulaciones mandibulares?
5. ¿Nota frecuentemente rigidez, tirantez o cansancio en la mandíbula?
6. ¿Siente dolor alrededor de los oídos, sienes o mejillas?
7. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza, cuello o dientes?
8. ¿Ha tenido recientemente algún traumatismo en la cabeza, cuello o mandíbula?

Tabla 1

### Anamnesis: fecha de comienzo, motivo principal y a qué lo atribuye

1. ¿Tiene dolor de cabeza, sienes, cara y oídos?
2. ¿Tiene dolor al abrir la boca o masticar alimento?
3. ¿Tiene crujidos o ruidos al abrir la boca o masticar alimentos?
4. ¿Tiene dificultad para abrir mucho la boca?
5. ¿Se le atasca o bloquea la mandíbula en alguna ocasión?

- **Hábitos:**
  - Rechina o aprieta los dientes de día o de noche
  - Muerde las uñas o mastica chicle con frecuencia
  - Come de un solo lado
  - Ronca o tiene apneas del sueño
- Toma algún medicamento, café, tabaco, alcohol

9. ¿Ha notado algún cambio reciente en su forma de morder?
10. ¿Ha sido previamente tratado de algún dolor cervicofacial inexplicable o por un problema de la ATM?

Todas ellas se pueden sintetizar en cinco preguntas relacionadas con los síntomas más importantes: dolor, ruidos y función mandibular alterada (tabla 1).

## EXPLORACIÓN BÁSICA DE LA ATM

Comprende, por este orden, inspección, palpación de músculos y articulaciones, auscultación y manipulación mandibular<sup>4,5</sup>.

- **Inspección:** observar al paciente de pie y si existen deformidades faciales y/o asimetrías de maxilares y de las arcadas. Evaluar signos de desgaste oclusal excesivo.
  - Mandar al paciente que abra y cierre la boca. La apertura debe ser en línea recta.
- **Palpación:** se palparán los músculos y la ATM. La palpación debe ser indolora.
  - **Temporal:** se le manda al paciente apretar los dientes y se palpa. Es importante también palpar el tendón del temporal dentro de la boca, deslizando el dedo sobre la rama ascendente de la mandíbula hasta la apófisis coronoides.
  - **Masetero:** se invita al paciente a apretar los dientes y se palpa su inserción en los arcos zigomáticos y en el borde inferior de la mandíbula.
  - **Esternocleidomastoideo:** se palpa en su totalidad atrapándolo entre los dedos.
  - **Trapezio:** se palpa siguiendo su ascenso hasta el cuello por debajo del esternocleidomastoideo y la parte superior pinzándola entre los dedos.

– **ATM:** se hará preauricular e intraauricularmente en reposo y movimiento con la boca cerrada y abierta.

- **Auscultación:** con un fonendoscopio en la zona preauricular se invita al paciente a que abra y cierre la boca para detectar ruidos o clics articulares. Lo normal es no percibir ruido alguno.
- **Manipulación mandibular:** lo primero es comprobar la amplitud de la apertura. Se mide entre los bordes incisales de los incisivos. Lo normal es de 40–45 mm.

Se comprobará la presencia de *end feel* (se indica al paciente que abra la boca lo máximo que pueda o hasta que aparezca dolor y a partir de ahí se fuerza la apertura). Si abre más, el problema es muscular, en caso contrario estamos ante un problema óseo.

También se observará si existe dolor o dificultad para los movimientos de protrusión y lateralidad.

## DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN

El diagnóstico de la patología de la ATM es clínico, basado en la anamnesis y exploración, pero en ocasiones es necesario recurrir a otras pruebas complementarias para observar tanto los tejidos duros como blandos.

Sólo se solicitarán si no hemos llegado al diagnóstico y el paciente sigue presentando clínica importante ya que lo único que hacen es confirmar los datos de exploración.

Las técnicas habituales son:

- **Ortopantomografía** (es una prueba de cribado). Visualiza tejidos duros.
- **Tomografía computarizada.** Permite un estudio más detallado de los tejidos duros pero no del disco articular.
- **Resonancia magnética.** Permite visualizar estructuras blandas. Es la técnica ideal ya que además permite estudiar los trastornos del disco articular.

## ENFOQUE DIAGNÓSTICO SEGÚN EL TIPO Y LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

Tomando como referencia el síntoma principal, el dolor, podemos conocer el tipo de patología y la localización de la lesión<sup>5,6</sup>.

Así, podemos encontrarnos con:

- **Dolor regional,** moderado y sordo, que se agrava con la función mandibular y puede desencadenarse por diversos estí-

Tabla 2

### Tipos de dolor por trastorno interno de la ATM

#### A. Dolor ligamentoso

- Intermitente y asociado a movimientos de traslación condilar
- Puede aparecer cocontracción muscular protectora
- Normalmente no se observan efectos excitatorios centrales

#### B. Dolor retrodiscal

- Se acentúa al apretar los molares (máxima intercuspidación)
- Disminuye al morder un separador que impida la intercuspidación dental
- Se acentúa con el movimiento excursivo homolateral forzado mandibular
- Maloclusión en la posición de reposo mandibular
- Pueden aparecer efectos excitatorios centrales secundarios

#### C. Dolor capsular

- Sensibilidad a la palpación directa del cóndilo
- En ocasiones fluctuación palpable en la articulación
- Se acentúa con los movimientos de traslación mandibular
- No aumenta al apretar los dientes ni al morder un separador
- Hay movimiento mandibular restringido en los límites del mismo
- Pueden existir efectos excitatorios centrales

#### D. Dolor artrítico

- Sensibilidad y dolor a la palpación del cóndilo
- Se acentúa con la masticación, los movimientos rápidos y forzados
- Disminuye al morder un separador en la zona homolateral
- Aumenta al morder un separador en la zona contralateral
- Hay restricción del movimiento, interferencia y maloclusión aguda

mulos (presión, contacto, frío, etc.). Estaremos ante un síndrome miofascial.

- **Dolor agudo,** localizado y relacionado con un movimiento desviado de apertura y cierre y acompañado o no de clic articular. Estaremos ante un trastorno intrínseco de la ATM, y más concretamente, del disco articular. Este tipo de dolor, además, tendrá unas características diferentes según la localización de la lesión (tabla 2).
- **Dolor masetesino,** de cabeza y/o cuello acompañado de hipertrofia muscular. Estaremos ante un cuadro de bruxismo.

## ¿CÓMO RECONOCER UN PROCESO MIOFASCIAL?

Se puede denominar como una enfermedad psicofisiológica que empieza por una alteración muscular funcional (de los

Figura 1

### Áreas parotídeo-maseterinas y temporales de dolor miofascial



músculos masticatorios) que puede llegar a producir cambios degenerativos en la ATM.

El mecanismo exacto del proceso es desconocido, aunque se cree que es debido a un espasmo, hiperactividad o tono muscular aumentado. Este espasmo puede originarse por cuatro vías: traumática, hipercontractura muscular, sobreestiramiento muscular o fatiga muscular, siendo la más frecuente esta última<sup>5-7</sup>.

Los criterios diagnósticos son tres<sup>1</sup>:

- Dolor regional generalmente de carácter sordo, agravado por la función mandibular.
- Lugares de irritabilidad (puntos gatillo) frecuentemente palpados dentro de las bandas de tejido muscular o fascias (figura 1); la estimulación de estos puntos gatillo o dolorosos altera el dolor y a menudo revela patrones de dolor referido.
- Reducción de más del 50% del dolor mediante inyección de anestésico local en el músculo, o nebulización por frío de los puntos desencadenantes del dolor, seguido de estiramiento muscular por masaje o ejercicios de relajación muscular. Este criterio se utiliza en caso de no haber confirmado el diagnóstico.

## ¿QUÉ ES EL BRUXISMO?

Se considera que el bruxismo es un movimiento oral parafuncional liberador de tensión emocional (de ahí la importancia del estrés), con apretamiento o rechinar dentario fuera de los movimientos fisiológicos masticatorios o de deglución.

En cuanto a la **etiopatogenia**, el bruxismo es considerado una condición multifactorial de variables anatómicas, fisiológicas y psicológicas. Las raíces del problema se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- Genética y personalidad.
- Alteraciones del sistema nervioso central (SNC).
- Trastornos del sueño.
- Estrés.
- Oclusión.

## ¿CÓMO RECONOCER EL BRUXISMO? CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- **Criterios presuntivos** (revelados por el paciente o familiar):
  - Dolor, tensión o rigidez muscular masticatoria por la tarde o al despertar por la mañana.
  - Autoconocimiento de rechinar o apretamiento dental.
  - Rechinar dental nocturno confirmado por un familiar.
- **Criterios de confirmación** (objetivables):
  - Hipertrofia maseterina/temporal.
  - Sensibilidad muscular aumentada a la exploración manual.
  - Facetas de desgaste dentarias.

## ¿CÓMO RECONOCER UN TRASTORNO DEL DISCO ARTICULAR?

Se trata de un tipo de patología de la ATM caracterizada por la alteración en la relación disco-cóndilo mandibular.

El síntoma estrella es el clic o chasquido articular, que, según la relación que tenga el disco respecto del cóndilo, puede ser de tres tipos<sup>1,5-7</sup>:

- **Clic benigno:**
  - Es casi inaudible y detectable sólo por amplificación o palpación.
  - No supone interferencia mecánica con el movimiento mandibular ni produce dolor.
  - Puede significar un leve desplazamiento del disco o una ligera variación de la normalidad sin más.
- **Desplazamiento discal anterior con reducción:**
  - Clic claramente audible y simétrico de apertura y cierre.
  - Desaparece o se reduce al posicionar la mandíbula hacia delante.
  - Desviación mandibular hacia el lado afectado hasta la aparición del clic. A partir de ahí se centra la mandíbula.
  - Produce dolor inmediatamente antes del clic o durante éste.

- **Desplazamiento discal anterior sin reducción:**
  - Desviación mandibular al lado afectado.
  - Ausencia de clic o ruido por imposibilidad de recaptura del disco.
  - Apertura limitada a sólo 25 mm (sólo movimiento rotacional).

## ¿QUÉ SÍNTOMAS O SIGNOS INDICAN PATOLOGÍA GRAVE?

- Dolor intenso o persistente que no cede tras el tratamiento conservador.
- Presencia de chasquidos o ruidos articulares en fase avanzada de la apertura bucal y que son progresivos o acompañados de dolor.
- Historia de bloqueos articulares repetidos con o sin ruidos.
- Desviación importante a la apertura bucal acompañada de dolor y/o bloqueos.
- Presencia de importantes facetas de desgaste en piezas dentarias.

## ¿CUÁNDO DERIVAR Y A QUIÉN?

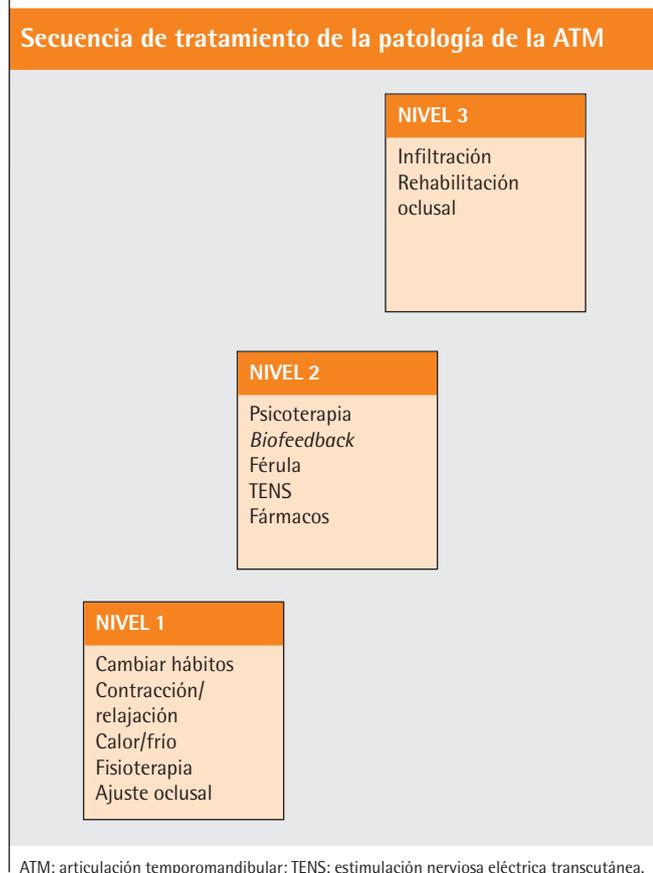
Son susceptibles de derivación al **odontoestomatólogo de Atención Primaria:**

- Todos los síndromes musculares o parafuncionales (espasmos, contracturas, bruxismo, maloclusiones).
- Pacientes desdentados totales o con una importante disminución de la altura o dimensión vertical bucal por ausencia importante de piezas dentarias.
- Pacientes con ruidos articulares con o sin dolor.
- Pacientes con aparición de bloqueo articular esporádico con o sin ruido.
- Pacientes con importante atricción dentaria.

Son susceptibles de derivación a **cirugía maxilofacial:**

- Pacientes con historial de bloqueos articulares repetidos con o sin dolor.
- Pacientes que una vez instaurado el tratamiento conservador, tanto médico como odontoestomatológico, siguen presentando dolor y/o impotencia funcional importantes.

Figura 2



## ENFOQUE TERAPÉUTICO DE LA PATOLOGÍA DE LA ATM

Se basa en las siguientes actuaciones<sup>1,5,7,8</sup> (figura 2):

- Prevención de hábitos y parafunciones (**grado de recomendación A**) (tabla 3).
- Ejercicios de contracción/relajación muscular y mental (**grado de recomendación B**).
- Calor/frío en las zonas doloridas o contracturadas (**grado de recomendación B**).
- Fisioterapia: ejercicios de distensión activa y pasiva y masaje muscular (**grado de recomendación B**).
- Tratamiento oclusal: empezando por la eliminación de prematuridades y continuando con tratamientos rehabilitadores más complejos si es preciso (**grado de recomendación A**).

Tabla 3

### Prevención de hábitos y parafunciones

1. Evitar situaciones de estrés
2. Evitar malos hábitos: morderse las uñas u objetos, mascar chicle, exceso de café, alcohol y té
3. Alimentación blanda
4. No apretar los dientes
5. Dormir cómodo y un mínimo de 8 horas
6. Realizar algún ejercicio físico diario
7. Practicar técnicas o ejercicios de relajación

- Psicoterapia: si existen desórdenes emocionales (**grado de recomendación B**).
- Técnicas de *biofeedback*: con procedimientos de autorrelajación (**grado de recomendación B**).
- Férulas de reposo o de descarga muscular: permite la relajación muscular y la modificación del hábito parafuncional. También existen otras férulas (de recapturación) que se utilizan para recapturar el disco articular en desplazamientos leves (**grado de recomendación A**).
- Neuroestimulación eléctrica transcutánea y ultrasonidos (**grado de recomendación B**).
- Tratamiento farmacológico: comprende antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos, ansiolíticos, hipnóticos, relajantes musculares y antidepresivos (**grado de recomendación B**).
- Infiltraciones: se basa en la infiltración muscular de anestésicos (**grado de recomendación B**).

Si estas medidas no son suficientes, podemos recurrir a<sup>7,8</sup>:

- **Artroscopia**: técnica quirúrgica mínimamente invasiva que consiste en un lavado de la articulación (hipomovilidades, desplazamientos discales degeneracionales) y que permite tratar los trastornos intracapsulares de la ATM cuando no se resuelven con el tratamiento convencional (**grado de recomendación A**).
- **Artrocentesis**: técnica de lavado por doble punción de la ATM que se utiliza también en trastornos intracapsulares (**grado de recomendación B**).
- **Cirugía abierta de la ATM**: entre ellas figuran la condilomía, eminectomía, condilectomía, meniscoplastia entre otras (**grado de recomendación B**).

Todas ellas en casos de patología avanzada y con sintomatología en las que ha fracasado el tratamiento conservador.

## LECTURAS RECOMENDADAS

Bermejo Fenoll A. Desórdenes temporomandibulares. Madrid: Science Tools; 2008.

*Publicación de tres bloques temáticos sobre los desórdenes de la ATM.*

Padrós Serrat E. Bases diagnósticas, terapéuticas y posturales del funcionalismo craneofacial. Madrid: Ripano. 2006. Tomo I; capítulo 3; 509-703.

*Tratado sobre los problemas oclusales, funcionales y parafuncionales craneofaciales.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bermejo Fenoll A. Desórdenes temporomandibulares. Madrid: Science Tools; 2008.
2. Quirós Álvarez P, et al. Diagnóstico de la patología de la ATM. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2006. 19:267-323.
3. Giner Díaz, et al. Cirugía oral y maxilofacial. 2004. Tomo I; 27:649-94.
4. Felipe Espada N, et al. Protocolo de exploración básico en disfunción craneomandibular para el clínico general. Rev Esp Ortod. 2010;40:15-20.
5. Padrós Serrat E. Bases diagnósticas, terapéuticas y posturales del funcionalismo craneofacial. Madrid: Ripano. 2006. Tomo I; capítulo 3; 509-11: 529-48; 564-608.
6. García-Fajardo Palacios C. Dolor orofacial de origen temporomandibular y miofascial. Schnyder Et Walsh; 2003.
7. Valmaseda E, Gay Escoda C. Diagnóstico y tratamiento de la patología de la ATM. ORL-DIPS. 2002;29(2):55-70.
8. Okeson J. Dolor orofacial. Barcelona: Editorial Quintessence; 1999