

400
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**DISFUNCION DOLOROSA
DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ADRIANA RIVERA VELAZQUEZ



MEXICO, D. F.

MAYO 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA	3
CRECIMIENTO DE LAS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES	8
MOVIMIENTO DE LA MANDÍBULA	9
POSICIONES MANDIBULARES	10
CAPITULO II	
CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	12
CONDICIONES FINALES DEL SISTEMA MASTICADOR O RELACIONADOS CON LA MANDÍBULA Y LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	22
CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LAS PARAFUNCIÓNES SEGÚN NEDLER	23
CAPITULO III	
TRASTORNOS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	25
CAPITULO IV	
TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES INTRA-EXTRA CAPSULARES	72
CAPITULO V	
MÉTODO DE DIAGNÓSTICO E HISTORIA CLÍNICA	83
CONCLUSIONES	95
BIBLIOGRAFÍA	96

INTRODUCCION

EN EL PRESENTE TRABAJO TRATA DE ANALIZAR, DESCRIBIR Y DESARROLLAR LAS ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, A LA QUE EL ODONTÓLOGO NO LE HA PRESTADO LA DEBIDA ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

SI BIEN LA PRESENTE APORTACIÓN NO CONSTITUYE UNA INNOVACIÓN, SI PRETENDE A PARTIR DE LA INFORMACIÓN EXISTENTE, SER LO MÁS EXHAUSTIVA Y ABUNDANTE POSIBLE PARA TRATAR CON ELLO, ADEMÁS DE CONSOLIDAR UN TRABAJO PRÁCTICO Y CONCRETO, DESPERTAR ALGÚN INTERÉS SOBRE EL TEMA TANTO PARA EL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA, PROFESIONALES Y PERSONAS INTERESADAS.

UN DENTISTA DEBE POSEER CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEL MOVIMIENTO MANDIBULAR, FORMA DE LOS DIENTES, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, ETC., Y DE CÓMO ESTAS ESTRUCTURAS SE HALLAN RELACIONADAS CON LA FISIOLÓGIA DE LOS COMPONENTES ESTOMATOGNÁTICOS Y DEL CUERPO EN GENERAL.

APROVECHO LA OCASIÓN PARA EXHORTAR A MIS COMPAÑEROS A DISTINGUIR QUE, EL PROBLEMA BÁSICO QUE VENIMOS AFRONTANDO ESTÁ EN QUE TODAVÍA SEGUIMOS TRATANDO DIENTES INDIVIDUALMENTE Y NO BOCAS, EN TANTO QUE SON PARTE INTEGRANTES DE UN TODO QUE ES EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.

DEBEMOS COMPRENDER QUE EN LA MEDIDA EN QUE CUMPLIMOS NUESTRA FUNCIÓN DE DENTISTA DE UN ENFERMO Y DESEMPEÑAMOS CABALMENTE NUESTRO PAPEL, ESTAREMOS REALMENTE EN LA PERSPECTIVA DE TRATAR AL PACIENTE COMO TODA UNA ENTIDAD Y NO ÚNICAMENTE CENTRAR NUESTRA ATENCIÓN EN LOS DIENTES.

EN EL TRANSCURSO DEL TIEMPO LA ODONTOLOGÍA HA MADURADO COMO PROFESIÓN Y SE HA GRANJEADO UN MEREcido RECONOCIMIENTO ANTE NUESTROS COLEGAS MÉDICOS. EN TAL SENTIDO SU PROYECCIÓN FUTURA COMO CIENCIA, DEBEMOS ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD DE MANTENERNOS A NIVEL DE NORMAS EDUCACIONALES SIEMPRE CRECIENTES QUE LE DEN VIGOR Y DINAMISMO EN UN MUNDO - CUYAS PERSPECTIVAS SON DE CONSTANTES CAMBIOS.

CAPITULO I

CRECIMIENTO DE LA MANDIBULA

EN LA MANDÍBULA EL CRECIMIENTO SE HACE PRINCIPALMENTE POR APOSICIÓN DE CARTÍLAGO, SIENDO SU PRINCIPAL CENTRO EL CARTÍLAGO DEL CÓNDILO.

NORMALMENTE, LA MANDÍBULA ESTÁ MENOS DESARROLLADA QUE EL MAXILAR SUPERIOR EN EL NACIMIENTO. ESTÁ FORMADA POR DOS HUESOS SEPARADOS EN LA LÍNEA MEDIA POR CARTÍLAGO Y TEJIDO CONJUNTIVO, ES AQUÍ DONDE SE DESARROLLARÁN LOS HUESOS MENTONIANOS QUE SE UNEN AL CUERPO DE LA MANDÍBULA AL FINAL DEL PRIMER AÑO, TAMBIÉN A ESTA EDAD SE JUNTAN LAS DOS MITADES DE LA MANDÍBULA POR OSIFICACIÓN DEL CARTÍLAGO SINFIISIARIO.

EL CARTÍLAGO DEL CÓNDILO ES UNA CAPA DE CARTÍLAGO HIALINO CUBIERTA POR UNA CAPA GRUESA DE TEJIDO CONJUNTIVO, ÉSTE DIRIGE EL CRECIMIENTO DEL CARTÍLAGO HIALINO AUMENTANDO SU ESPESOR POR CRECIMIENTO DE APOSICIÓN, QUEDANDO CRECIMIENTO INTERSTICIAL EN LA ZONA PROFUNDA.

LAS ZONAS DE CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA SON: CÓNDILO, BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE Y PROCESOS ALVEOLARES POR MEDIO DE APOSICIÓN. BORDE INFERIOR DEL CUERPO POR REMODELADO ÓSEO Y EN EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE LLEVA A CABO UNA REABSORCIÓN ÓSEA. (FIG. NO. 1).

ZONAS DE CRECIMIENTO

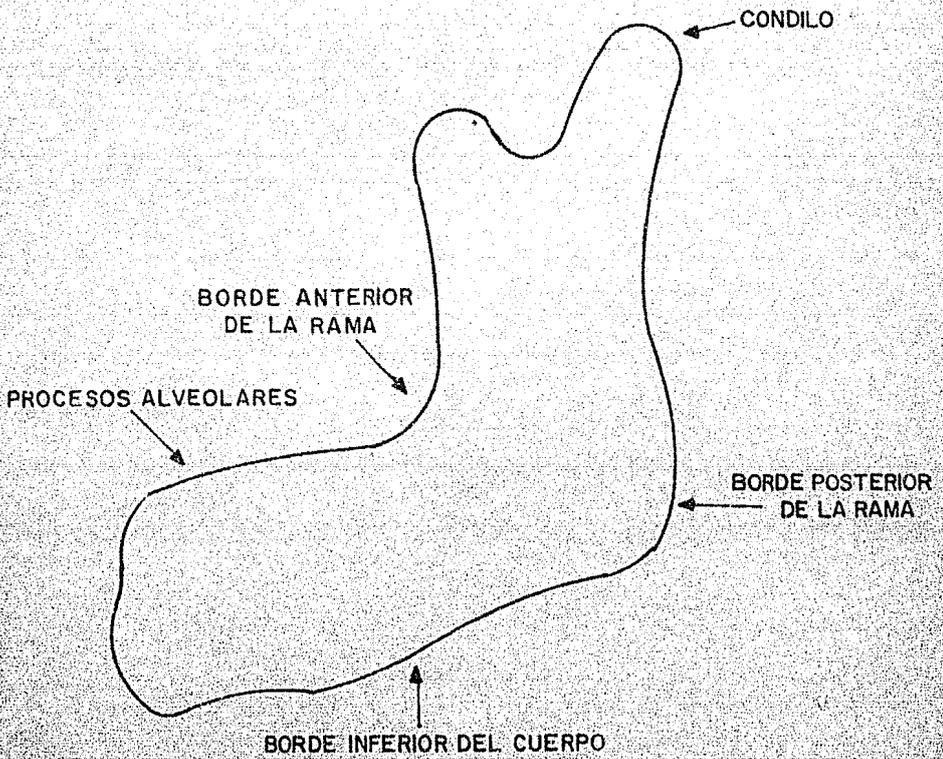


FIG. 1

EL CRECIMIENTO DURANTE EL PRIMER AÑO SE HACE EN TODA LA MANDÍBULA POR APOSICIÓN DE HUESO, DESPUÉS DE ESE TIEMPO SE LIMITA A: EL PROCESO ALVEOLAR, EL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE Y LA APÓFISIS CORONOIDES, ADEMÁS DEL CARTÍLAGO CONDILAR QUE ES EL QUE DIRIGE EL CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA. EN LA RAMA HAY CRECIMIENTO A LO LARGO DE TODO EL BORDE POSTERIOR Y REABSORCIÓN EN EL BORDE ANTERIOR DE LA APÓFISIS CORONOIDES Y DE LA RAMA PERMITIENDO ASÍ EL AUMENTO DE LA LONGITUD DEL BORDE ALVEOLAR Y CONSERVA LA DIMENSIÓN DE LA RAMA EN SENTIDO ANTEROPOSTERIOR, CONTRIBUYE TAMBIÉN AL ALARGAMIENTO DE TODO EL CUERPO MANDIBULAR. (FIG. No. 2).

EL PROCESO ALVEOLAR ES MUY IMPORTANTE EN EL CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA, PUES CON EL DESARROLLO Y ERUPCIÓN DE LOS DIENTES SE AUMENTA LA DIMENSIÓN VERTICAL DEL CUERPO MANDIBULAR. EL PROCESO ALVEOLAR CRECE HACIA ARRIBA, AFUERA Y ADELANTE. (FIG. No. 3).

DESPUÉS DE LOS DOS AÑOS DE EDAD, LA APOSICIÓN ÓSEA EN LA REGIÓN MENTONIANA NO CONTRIBUYE AL AGRANDAMIENTO DE LA MANDÍBULA, SINO QUE PRODUCE UN REMODELADO GENERAL DE LA MANDÍBULA.

EN EL DIBUÑO No. 3, OBSERVAMOS EL CRECIMIENTO DEL CÓNDILO HACIA ARRIBA Y UN POCO HACIA ADELANTE, QUE OCASIONA UNA ROTACIÓN DEL CUERPO MANDIBULAR. LA LÍNEA PUNTEADA ES LA MANDÍBULA Y DIENTES DE UNA PERSONA DE 11 AÑOS Y 7 MESES; LA LÍNEA CONTINUA ES A LA EDAD DE 15 AÑOS Y 8 MESES.

ZONAS MORFOLOGICAS

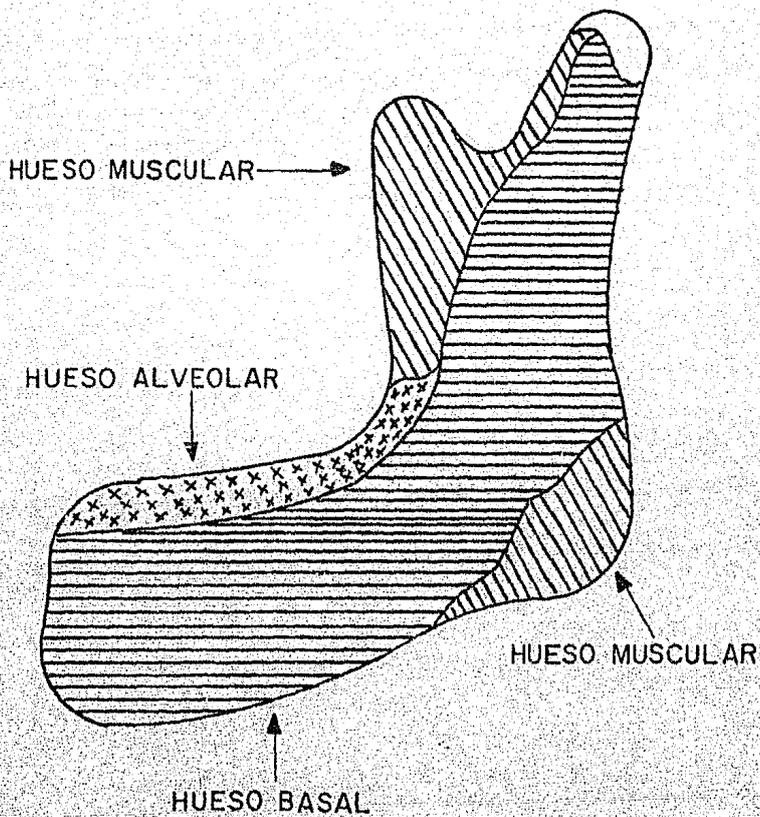


FIG. 2

CRECIMIENTO POSTERIOR Y ALVEOLAR

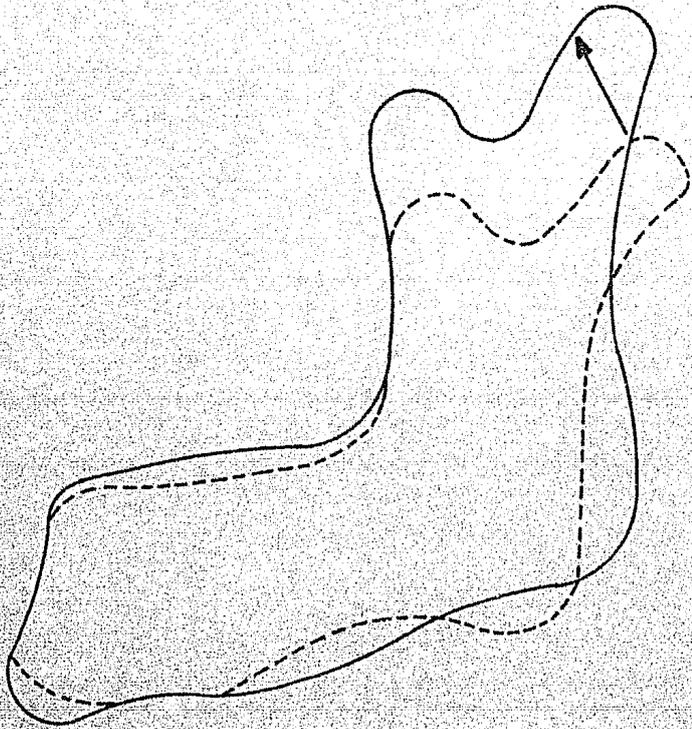


FIG. 3

CRECIMIENTO DE LAS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES

EL CRECIMIENTO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR DEPENDE DEL CRECIMIENTO DE LOS HUESOS QUE LA FORMAN: TEMPORAL Y LA MANDÍBULA, LA PARTE TEMPORAL DE LA ARTICULACIÓN TIENE UNA OSIFICACIÓN INTRAMENBRANOSA QUE COMIENZA ALREDEDOR DE LA DÉCIMA SEMANA, A LA VEZ APARECE EL CARTÍLAGO DEL CÓNDILO DE LA MANDÍBULA.

EL CRECIMIENTO DEL HUESO TEMPORAL ESTÁ INFLUÍDO POR ESTRUCTURAS ANATÓMICAS MUY DIVERSAS: LÓBULO TEMPORAL DEL CEREBRO, ANILLO TIMPÁNICO Y EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. LA CAVIDAD GLENOIDEA TIENE UNA DIRECCIÓN FRANCA MENTE VERTICAL EN EL RECIÉN NACIDO Y DESPUÉS CAMBIA A LA DIRECCIÓN HORIZONTAL CON EL CRECIMIENTO DE LA FOSA CEREBRAL MEDIA Y EL DESARROLLO DEL ARCO CIGOMÁTICO. AL TENER EL RECIÉN NACIDO UNA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR FUNCIONALMENTE EFICIENTE, PERO SIN FOSA ARTICULAR, SE CREE QUE ESTA CAVIDAD NO FORMA PARTE FUNCIONAL DE LA ARTICULACIÓN.

EN LOS PRIMEROS ESTADIOS DE LA FORMACIÓN DE LA ARTICULACIÓN EXISTE UNA GRAN DISTANCIA INTRARTICULAR RELLENA DE TEJIDO BLANDO, Y LA PARTE TEMPORAL Y MANDIBULAR ESTÁ MUY SEPARADA, LUEGO VENDRÁ EL CRECIMIENTO DEL CARTÍLAGO DEL CÓNDILO QUE HACE QUE LOS COMPONENTES SE UNAN.

MOVIMIENTOS DE LA MANDIBULA

EL MOVIMIENTO HACIA ADELANTE DE LA MANDÍBULA LO EFECTUA EL PTERIGOIDEO EXTERNO, EL DE BISAGRA SE HACE POR INTERVENCIÓN DE LOS DOS VIENTRES DEL DIGÁSTRICO Y POR LOS LIGAMENTOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR; AL ABRIRSE LA MANDÍBULA DESDE LA POSICIÓN DE OCLUSIÓN, EL CÓNDILO SE DESPLAZA HACIA DELANTE Y HACIA ABAJO, Y EL MENTÓN DESCRIBE UN ARCO HACIA ABAJO Y HACIA ATRÁS. AL ABRIR LA BOCA SE CONTRAE EL VIENTRE INTERIOR Y POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO HACIENDO BAJAR LA MANDÍBULA AL MISMO TIEMPO QUE SUBE EL HIOIDES, DICHO HUESO SUFRE UNA ACCIÓN DE RESISTENCIA AL MOVIMIENTO HACIA ARRIBA POR LA CONTRACCIÓN DE LOS MÚSCULOS INFRAHIOIDEOS. EL PTERIGOIDEO EXTERNO AYUDA EN EL MOVIMIENTO DE ABRIR LA BOCA LLEVANDO EL DISCO ARTICULAR HACIA ADELANTE, EL MILOHIOIDEO ES LA BASE PARA EL APOYO DE LA LENGUA Y NO INTERVIENEN PARA NADA EN LA ABERTURA DE LA BOCA, EL GENIOHIOIDEO ACTÚA MÁS COMO ESTABILIZADOR DEL HIOIDES QUE EN EL MOVIMIENTO DE ROTACIÓN DE LA MANDÍBULA; EL CUTÁNEO AYUDA A ABRIR LA BOCA SOLAMENTE EN CASOS EXCEPCIONALES COMO EN EL CASO DE UN ESFUERZO FÍSICO GRANDE PARA AYUDAR A LA RESPIRACIÓN.

AL CERRAR DE LA MANDÍBULA INTERVIENEN LOS SIGUIENTES MÚSCULOS; POR CONTRACCIÓN DE LAS FIBRAS DEL TEMPORAL EL CÓNDILO ES LLEVADO HACIA ATRÁS, EN LA ROTACIÓN DE LA MANDÍBULA HACIA LA POSICIÓN DE OCLUSIÓN INTERVIENEN LAS FIBRAS ANTERIORES DEL TEMPORAL, MASETERO, PTERIGOIDEO INTERNO. EN LOS MOVIMIENTOS LATERALES DE LA MANDÍBULA LOS MÚSCULOS MÁS IMPORTANTES SON LOS PTERIGOIDEOS INTERNOS Y EXTERNOS Y LA PRESIÓN HACIA ARRIBA DURANTE LOS MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD ES DADA POR EL TEMPORAL Y EL MASETERO.

POSICIONES MANDIBULARES

BÁSICAMENTE POSEE TRES POSICIONES: LA FISIOLÓGICA DE DESCANSO, LA OCLUSAL Y LA CÉNTRICA.

- 1.- POSICIÓN DE DESCANSO O REPOSO: ESTA POSICIÓN DEPENDE ENTERAMENTE DE LA MUSCULATURA, TODOS LOS MOVIMIENTOS FUNCIONALES DE LA MANDÍBULA EMPIEZAN Y TERMINAN EN LA POSICIÓN DE DESCANSO, EXISTIENDO UN ESPACIO LIBRE DE DOS, TRES O MÁS M.M., ENTRE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES (CON VARIACIONES INDIVIDUALES), LA POSICIÓN DE DESCANSO SE ESTABLECE ANTES DE LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES Y PERMANECE ESTABLE DURANTE TODA LA VIDA, AÚN DESPUÉS DE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES EN LA VEJEZ.

ESTA POSICIÓN NO PUEDE SER ALTERADA PERMANENTEMENTE POR NINGÚN PROCEDIMIENTO RESTAURATIVO DENTAL, DEBIDO A OTRO TIPO DE ENTIDADES FISIOLÓGICAS PUEDE HABER VARIACIONES DEBIDAS PRINCIPALMENTE A HIPERTONICIDAD O HIPOTONICIDAD MUSCULAR, ESTAS VARIACIONES EN LA TONICIDAD MUSCULAR SE TRADUCE EN SÍNTOMAS TALES COMO: FÁTIGA, CHASQUIDOS, CREPITACIONES, DOLOR Y LIMITACIONES AL MOVIMIENTO DE APERTURA.

- 2.- POSICIÓN OCLUSAL: ESTA POSICIÓN SE ESTABLECE CUANDO LOS DIENTES INFERIORES ENTRAN EN CONTACTO CON LOS SUPERIORES DESARROLLANDO LA MAYOR FUERZA Y EJERCIENTE LA PRESIÓN SOBRE LOS MOLARES, ES LA QUE PERMITE EL MAYOR NÚMERO DE PUNTOS DE CONTACTOS ENTRE LOS DIENTES DE UNO Y OTRO ARCO, REQUIRIENDO GRAN ACTIVIDAD MUSCULAR NO PUDIÉNDOSE MANTENER POR MUCHO -

TIEMPO; ES EL PUNTO FINAL DEL ACTO MASTICATORIO Y -
DE LA DEGLUCIÓN.

EL HECHO DE QUE LA POSICIÓN OCLUSAL SEA NORMAL O -
ANORMAL DEPENDERÁ DE LA NORMALIDAD O ANORMALIDAD DE
LAS PARTES QUE COMPONEN EL APARATO MASTICATORIO.

- 3.- POSICIÓN CÉNTRICA: ESTE TÉRMINO ES USADO POR MU--
CHOS AUTORES PARA DESIGNAR TANTO LA POSICIÓN OCLU--
SAL IDEAL COMO LA POSICIÓN OCLUSAL RETRUSIVA. LA -
POSICIÓN CÉNTRICA DEPENDE PRINCIPALMENTE DE LAS RE-
LACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y DE
LOS DIENTES QUE DEBEN OCLUIR EN SITUACIÓN NORMAL O
DE BUEN FUNCIONAMIENTO Y ESTANDO EL CÓNDILO DE LA -
MANDÍBULA EN UNA POSICIÓN BALANCEADA Y SIN ESFUER--
ZOS EN LA CAVIDAD GLENOIDEA.

ESTA POSICIÓN BALANCEADA EXISTE CUANDO LOS CÓNDILOS
ESTÁN EN POSICIÓN RETRUSIVA NATURAL EN CONTACTO CON
EL TEJIDO FIBROSO QUE FORMA LA PARED POSTERIOR DE -
LA FOSA ARTICULAR Y CUANDO LA SUPERFICIE ANTEROSUPE-
RIOR DEL CÓNDILO ESTÁ MUY CERCANA DE LA SUPERFICIE
POSTEROINFERIOR DE LA EMINENCIA ARTICULAR DEL TEMPO-
RAL, CON LA INTERPOSICIÓN DE LA DELGADA POSICIÓN -
CENTRAL DEL DISCO ARTICULAR.

ALGUNOS AUTORES COINCIDEN EN QUE LA POSICIÓN OCLU--
SAL NORMAL ES LA MISMA QUE LA LLAMADA POSICIÓN CÉN-
TRICA QUE ACABAMOS DE DESCRIBIR.

CAPITULO II

CARACTERISTICAS ANATOMICAS DE
LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR TAL COMO ES HOY CONOCIDA EN LOS MAMÍFEROS NO ES, SINO EL PRODUCTO DE UNA EVOLUCIÓN ORGÁNICA, QUE HA PERMITIDO SU CONSTITUCIÓN COMPLEJA ACTUAL A PARTIR DE UNA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR DE FORMACIÓN BASTANTE SIMPLE, EXISTENTES EN LOS REPTILES. ES MÁS, DICHA EVOLUCIÓN EVIDENCIA, COMO LA ARTICULACIÓN ORIGINAL EXISTENTE EN LOS REPTILES, HA SIDO REEMPLAZADA POR LA ARTICULACIÓN DE LOS HUESOS DENTALES Y ESCAMOSOS, REGISTRANDOSE UN PROCESO DE TRANSFORMACIÓN QUE DIÓ ORIGEN A LA ACTUAL ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

ESTE PROCESO DE TRANSFORMACIÓN IMPLICÓ EL DESPLAZAMIENTO DE LA ARTICULACIÓN ORIGINAL QUE PASA A CUMPLIR OTRAS FUNCIONES; APARECIENDO LA ARTICULACIÓN TAL COMO ES CONOCIDA, ACTUALMENTE, Y CUYAS CARACTERÍSTICAS EN EL HOMBRE A DIFERENCIA DE OTRAS ESPECIES Y OTRAS ARTICULACIONES PASAREMOS A DETALLAR A CONTINUACIÓN:

- 1.- SE CARACTERIZA POR SER LA ÚNICA ARTICULACIÓN DOBLE DEL ESQUELETO ENCONTRANDO UNA ARTICULACIÓN IZQUIERDA Y UNA DERECHA, Y EN VISTA DE QUE SON EXTENSIONES POSTERIORES DE LA MANDÍBULA; UNA ARTICULACIÓN NO PUEDE FUNCIONAR SIN LA OTRA.

- 2.- ESTA ARTICULACIÓN FUNCIONA BAJO PRESIÓN, MISMA QUE ESTÁ DADA POR LA ABUNDANCIA DE TEJIDO FIBROSO AVASCULAR QUE CUBRE LAS SUPERFICIES ARTICULARES, Y EL DISCO ARTICULAR.

- 3.- EXISTE UNA TRIADA EQUILIBRADA DE LA ARTICULACIÓN DE RECHA E IZQUIERDA, EL CONTACTO DE LOS DIENTES, Y EL SISTEMA NEUROMUSCULAR RELACIONADO, ESTO DA ORIGEN A UNA INTERDEPENDENCIA DE FUNCIÓN, DE OCLUSIÓN DE LOS DIENTES DE UN PUNTO FINAL DE CIERRE DE LAS ARTICULACIONES, Y CONSTITUYE UNA FUENTE BASTANTE PRECISA DE SENSACIÓN PROCEPTIVA MANDIBULAR.

- 4.- EN REALIDAD, NO SE TRATA DE UNA VERDADERA ARTICULACIÓN FOSA-CÓNDILO, LA PROFUNDIDAD DE LA FOSA NO ES FUNCIONAL CONSISTE EN UNA ARTICULACIÓN DE CÓNDILO Y EMINENCIA CON LAS PARTES ARTICULARES QUE SON: LA SUPERFICIE ARTICULAR DEL CÓNDILO Y LAS SUPERFICIES INCLINADAS POSTERIOR E INFERIOR DE LA EMINENCIA ARTICULAR DEL HUESO TEMPORAL.

ESTRUCTURAS ANATÓMICAS.- PARA EL MEJOR ENTENDIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS MENCIONADAS, DEL FUNCIONAMIENTO Y EL TRATAMIENTO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, SE HARÁ UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS PARTES Y COMPONENTES DE LA MISMA, (FIG. NO. 4 Y 5).

ARTICULACION NORMAL
BOCA CERRADA

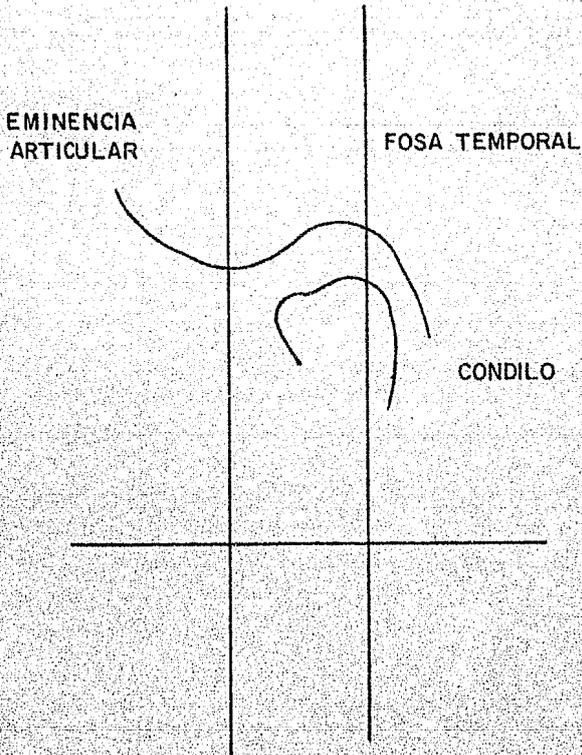


FIG. 4

ARTICULACION NORMAL
BOCA ABIERTA

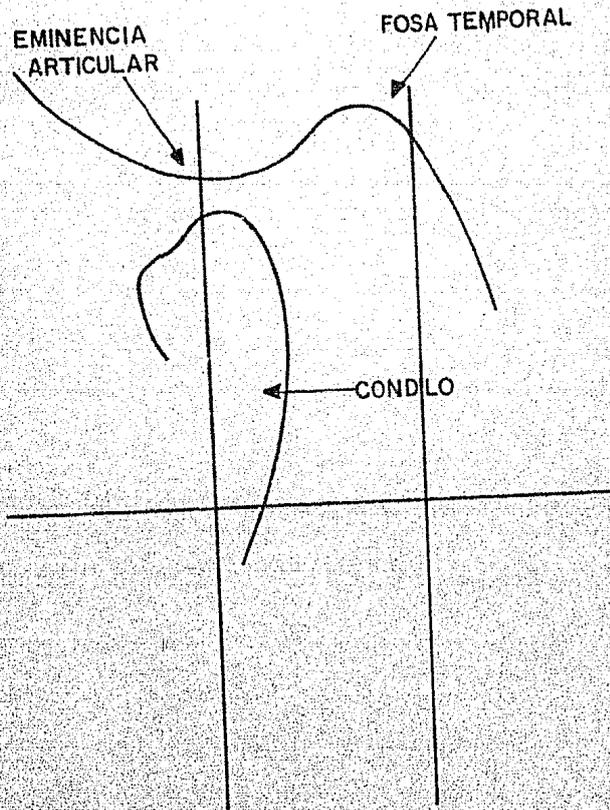


FIG. 5

- 1.- HUESOS TEMPORALES: ENCONTRAMOS UNO DERECHO Y OTRO IZQUIERDO, FORMAN LOS COSTADOS Y LA BASE DE LA CABEZA ÓSEA, CADA UNO DE LOS HUESOS - TEMPORALES ESTÁ LIMITADO EN SU PARTE ANTERIOR POR EL ESFENOIDES, ARRIBA POR EL PARIENTAL CO RRESPONDIENTE Y OTRAS POR EL OCCIPITAL, CADA UNO PRESENTA UNA DEPRESIÓN O FOSA DENOMINADA CAVIDAD MANDIBULAR O GLENOIDEA EN DONDE SE ARTICULA LA MANDÍBULA PERMITIENDO ASÍ EL MOVIMIENTO DE ESTA PIEZA ÓSEA SE OBSERVA EN LA CA RA INFERIOR DEL HUESO TEMPORAL LA DENOMINADA APÓFISIS ESTILOIDES; EXISTE UNA PROTUBERANCIA REDONDEADA QUE OCUPA LA PARTE POSTERIOR DEL HUESO TEMPORAL Y SE LLAMA APÓFISIS MASTOIDES, CONSISTE EN UNA EMINENCIA ÓSEA UBICADA DETRÁS DEL OÍDO EXTERNO, ESTE HUESO ALOJA ADEMÁS EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO O MEATO AUDITIVO EX TERNO Y AL OÍDO MEDIO E INTERNO.

LA PORCIÓN ARTICULAR DEL HUESO TEMPORAL SE HA LLA POR DELANTE DEL HUESO TIMPÁNICO, Y POSEE UNA FOSA QUE ES MUY CONCAVA, CUBIERTA POR UNA CAPA MUY DELGADA FRECUENTEMENTE TRANSPARENTE, DE HUESO CERVICAL EN SU PORCIÓN MÁS ALTA, ÉSTA ESTÁ BORDEADA EN LA PARTE ANTERIOR POR LA EMI NECIA ARTICULAR Y EL LABIO RETROGLENOIDEO Y - LA APÓFISIS IGUAL DE LA PARTE POSTERIOR, ES- TE ÚLTIMO SE HALLA POR DELANTE DEL HUESO TIM PÁNICO.

EN LA PARTE INTERNA ESTÁ BORDEADA POR LA ESPI NA ANGULAR DE HUESO ESFENOIDES Y LATERALMENTE POR EL CONTORNO DEL ARCO CIGOMÁTICO.

LAS ZONAS ARTICULARES SE DISTINGUEN POR SU MAYOR ESPESOR DE REVESTIMIENTO DE TEJIDO FIBROSO, EN TANTO QUE LA FOSA NO FUNCIONAL DIFIERE EN QUE SU REVESTIMIENTO FIBROSO ES MUCHO MÁS DELGADO.

- 2.- CÓNDILO: ES LA PARTE TERMINAL DEL HUESO MANDIBULAR ESTÁ FORMADO POR EL CUELLO Y EL CÓNDILO PROPIAMENTE DICHO Y SE ARTICULA NORMALMENTE EN LA CAVIDAD GLENOIDEA DEL HUESO TEMPORAL EN AMBOS LADOS ES UNA ESTRUCTURA EN FORMA DE "HUESO DE DATIL", SIENDO UNA EMINENCIA ÓSEA - MUY CONVEXA DE FORMA OVAL QUE MIDE UNOS 10 MM., EN DIRECCIÓN ANTEROPOSTERIOR UNOS 20 MM., DE FUERA HACIA ADENTRO; LA SUPERFICIE ARTICULAR SUPERIOR ANTERIOR Y SU POLO INTERNO TAMBIÉN ESTÁ CUBIERTO POR UN REVESTIMIENTO FIBROSO EN GROSADO.

LAS PORCIONES ARTICULARES TANTO DEL TEMPORAL COMO DE LA MANDÍBULA NO SON CONGRUENTES, POR CUANTO NO CORRESPONDEN BIEN CON OTRA DE MANERA PRECISA.

- 3.- MENISCO O DISCO: ES EL QUE HACE POSIBLE LA ARTICULACIÓN ENTRE EL CÓNDILO Y EL HUESO TEMPORAL, DIVIDIENDO LA ARTICULACIÓN EN DOS COMPARTIMIENTOS SUPERIORES E INFERIOR, EL MISMO ES AVAL Y FIBROSO, ES MUCHO MÁS DELGADO EN LA PORCIÓN CENTRAL QUE EN LA PERIFERIA. EL BORDE POSTERIOR DEL MENISCO ES EL MÁS GRUESO, LA SUPERFICIE SUPERIOR DEL MENISCO ES CÓNCAVO -

CONVEXO Y LA SUPERFICIE INFERIOR ES CÓNCAVO - EN SENTIDO ANTEROPOSTERIOS, LA PERIFERIA DEL MENISCO SE ENCUENTRA FIJA AL TENDÓN DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO POR SU PARTE ANTERIOR, POSTERIORMENTE EL MENISCO SE CONTINUA CON UNA FORMACIÓN DE TEJIDO CONECTIVO NEURO MUSCULAR QUE SE EXTIENDE Y UNE CON LA PARED POSTERIOR DE LA CÁPSULA ARTICULAR.

- 4.- LIGAMENTO CAPSULAR: RODEANDO LA ARTICULACIÓN Y COMO ELEMENTO DE SOSTÉN, ESTÁ EL LIGAMENTO CAPSULAR, CUANDO ESTÁ EN REPOSO "PLEGADO" Y - PUEDE DISTENDERSE CON EL MOVIMIENTO DEL MAXILAR, ESTÁ SOSTENIDO EN SU PARTE EXTERNA POR - EL LIGAMENTO TEMPOROMANDIBULAR QUE ES FIRME Y RESISTENTE PARA CONTENER LAS PARTES DE LA ARTICULACIÓN (CÓNDILO, DISCO, HUESO TEMPORAL) - EN UNA RELACIÓN COMPACTA; EN EL LIGAMENTO ENCONTRAMOS UNA SINOVIA QUE ES LA QUE PROPORCIONA EL LUBRICANTE (LÍQUIDO SINOVIAL) PARA LOS MOVIMIENTOS ARTICULARES Y LA NUTRICIÓN PARA - LOS ELEMENTOS DE LA ARTICULACIÓN.

- 5.- MEMBRANA SINOVIAL: ES UNA MEMBRANA DE TEJIDO CONECTIVO LA CUAL CUBRE LA CAVIDAD DE LA ARTICULACIÓN Y SEGREGA EL LÍQUIDO SINOVIAL QUE LUBRICA, NUTRE, AMORTIGUA Y DEFIENDE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

- 6.- ESTRUCTURAS NERVIOSAS Y VASCULARES: EN LA PARTE POSTERIOR DEL MENISCO SE ENCUENTRA UNA FORMACIÓN DE TEJIDO CONECTIVO LAXO QUE CONTIENE NUMEROSOS NERVIOS Y VASOS SANGUÍNEOS, LOS NERVIOS SENSITIVOS DERIVAN DE LAS RAMAS AURICULOTEMORALES Y MASETERINA DEL MISMO NERVIOS DENTARIO INFERIOR Y SON PROPIOCEPTIVOS PARA LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR. LA RED VASCULAR PROVIENE DE LA RAMA TEMPORAL SUPERFICIAL DE LA CARÓTIDA EXTERNA.
- 7.- MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN: PARA SU FÁCIL ESTUDIO Y MEJOR ENTENDIMIENTO LOS DIVIDIREMOS EN MÚSCULOS DE ELEVACIÓN O CIERRE Y MÚSCULOS DEPRESORES DE LA MANDÍBULA O DE ABERTURA.
- 8.- MÚSCULOS DE ELEVACIÓN Y CIERRE: TEMPORAL; ESTE MÚSCULO NACE EN LA FOSA TEMPORAL CON FIBRAS POSTERIORES, MEDIAS, Y ANTERIORES QUE CONVERGEN EN EL ESPACIO INFRATEMPORAL PARA INSERTARSE EN LA APÓFISIS CORNOIDES Y HACIA ABAJO EN LA RAMA DEL MAXILAR TERMINANDO EN DOS RAMAS TENDINOSAS EN LA PARTE POSTERIOR DEL TERCER MOLAR INFERIOR.
- 9.- MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN: PARA SU FÁCIL ESTUDIO Y MEJOR ENTENDIMIENTO LOS DIVIDIREMOS EN MÚSCULOS DE ELEVACIÓN O CIERRE Y MÚSCULOS DEPRESORES O DE ABERTURA.

- **MASETERO:** ES EL MÚSCULO MÁS SUPERFICIAL DE LOS DE LA MASTICACIÓN, ORIGI NÁNDOSE EN EL ARCO CIGOMÁTICO - CON UNA PORCIÓN Y UNA PROFUNDA. LAS FIBRAS SUPERFICIALES SIGUEN HACIA ABAJO Y ATRÁS PARA INSER- TARSE A NIVEL DEL ÁNGULO MAXI-- LAR INFERIOR.

- **PTERIGOIDEO INTERNO:**
ESTE MÚSCULO DE CIERRE HACE EN LA FOSA PTERIGOIDEA EN LA SUPER FICIE MEDIAL DEL ALA PTERIGOI-- DEA EXTERNA SUS FIBRAS SIGUEN - HACIA ABAJO, ATRÁS Y AFUERA Y - SE INSERTAN EN LA SUPERFICIE ME DIAL DEL ÁNGULO DEL MÁXILAR.

10.- MÚSCULOS DE ABERTURA O DEPRESORES DEL MAXILAR:

- **PTERIGOIDEO EXTERNO:**
ÉSTE ES UNO DE LOS MÚSCULOS QUE MÁS FRECUENTEMENTE INTERVIENEN EN TRASTORNOS DE LA ARTICULA-- CIÓN, TIENE DOS CABEZAS LA MA-- YOR O CABEZA INFERIOR NACE DE - LA SUPERFICIE EXTERNA DEL ALA PTERIGOIDEA PARA INSTALARSE EN LA FOSA PTERIGOIDEA DEL CUELLO MAXILAR, SU FUNCIÓN UNILATERAL ES LAVAR LA MANDÍBULA HACIA ADE LANTE, ABAJO Y ADENTRO HACIA SU ORIGEN.

- **DIGÁSTRICO:** TIENE UN VIENTRE POSTERIOR Y UNO ANTERIOR. EL POSTERIOR NACE EN LA RANURA MASTOIDEA POR DENTRO DE LA APÓFISIS MASTOIDES SE EXTIENDE AL HUESO HIOIDES AL CUAL ESTÁ UNIDO POR UNA POLEA APONEURÓTICA. LUEGO HACE UN ÁNGULO AGUDO Y COMO VIENTRE ANTERIOR, SE DIRIGE HACIA SU FIJACIÓN EN LA FOSITA DIGÁSTRICA.

- **GENIOHIOIDEO:**

EL ORIGEN DE ESTE MÚSCULO SE HALLA EN UN TENDÓN MUY CORTO CERCA DE LA LÍNEA MEDIA EN LA SUPERFICIE INTERNA DEL MAXILAR A NIVEL DE LAS APÓFISIS GENIANAS. SUS FIBRAS SIGUEN HACIA ATRÁS Y LIGERAMENTE HACIA ABAJO PARA UNIRSE A LA MITAD SUPERIOR DEL HUESO HIOIDES Y TANTO EL DIGÁSTRICO COMO EL GENIOHIOIDEO AYUDAN A DEPRIMIR EL MAXILAR DESPLAZÁNDOLO HACIA ABAJO Y HACIA ATRÁS.

CONDICIONES FINALES DEL SISTEMA MASTICATORIO RELACIONADOS CON LA MANDIBULA Y LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

PARA EL MEJOR ENTENDIMIENTO DE LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE MÚSCULOS, HUESOS, DIENTES, LENGUA Y LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR SE ESTUDIARON CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y ALTERACIONES QUE PUEDEN CAUSAR EN LA ANATOMÍA CAMBIOS EN LA FUNCIÓN Y SALUD DE ESTA ARTICULACIÓN.

- 1.- FUNCION: ADEMÁS DE LAS FUNCIONES QUE SE LE ATRIBUYEN A ESTE SISTEMA TALES COMO LA MASTICACIÓN, FONACIÓN, DEGLUCIÓN ENCONTRAMOS QUE SIRVE COMO MEDIO PRIMARIO DE EXPRESIÓN, DURANTE LA INFANCIA LA BOCA ES PRÁCTICAMENTE LA ÚNICA FUENTE DE COMUNICACIÓN DEL NIÑO CON EL MUNDO QUE LO RODEA. ESTÁ COMPROBADO QUE EN EL PECHO DE LA MADRE O SU EQUIVALENTE, EL NIÑO ENCUENTRA SEGURIDAD, AMOR Y BIENESTAR, LOS REFLEJOS NEUROMUSCULARES ESCENCIALES, EXISTENTES YA AL NACER O POCO DESPUÉS SON ESCENCIALES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA VIDA Y EL BUEN DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR, LA DEGLUCIÓN Y LA CAPACIDAD DE MAMAR.

- 2.- PARAFUNCIONES: SE CONSIDERA A ÉSTA COMO UN HÁBITO BUCAL NO FISIOLÓGICO, UTILIZANDO TÉRMINOS MÁS SENCILLOS, ESTRIBA EN UNIR EL MAXILAR CON LA MANDIBULA CON MOTIVOS QUE NO SON LA MASTICACIÓN, DEGLUCIÓN O FONACIÓN; TODAS ESTAS PARAFUNCIONES SON CONSIDERADAS EN ESTE TRABAJO, CON EL PROPÓSITO DE ENTENDER CON MAYOR CLARIDAD LA ETIOLOGÍA DE LA MAYORÍA DE LAS ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LAS PARAFUNCIONES SEGUN NEDLER

- A).- FACTORES LOCALES: SE CONSIDERAN EN ESTA CATEGORÍA IRRITANTES LOCALES COMO DEFECTOS MORFOLÓGICOS EN -
LOS DIENTES: MAL POSICIÓN DENTARIA, CAMBIO EN EL -
TEJIDO BLANDO COMO PERICORONITIS, ÚLCERA, GINGIVITIS Y OTROS.
- B).- FACTORES GENERALES: PODEMOS CITAR TRASTORNOS DEL -
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, TALES COMO PARÁLISIS CEREBRAL, EPILEPCIA, DISTROFIA MIOTÓNICA.
- C).- CAUSAS PSICOLÓGICAS: ÉSTA ES UNA DE LAS ETIOLOGÍAS QUE SE LE DARÁ UN RENGLÓN ESPECIAL EN ESTE TRABAJO SABIENDO QUE SE PRESENTA CON GRAN FRECUENCIA INCLUYENDO AL PACIENTE QUE UTILIZA SU HABILIDAD COMO MEDIO PARA DESCARGAR LA TENSIÓN EMOCIONAL CREADA POR UN ESTADO EMOCIONAL, LA PRINCIPAL CONSECUENCIA DE ESTE TIPO DE ALTERACIÓN ES EL BRUXISMO, DIVERSOS -
AUTORES HAN PUBLICADO INVESTIGACIONES PROBANDO QUE LOS HÁBITOS NERVIOSOS SON LA SOLIDIFICACIÓN DE RESPUESTA MOTORAS DIFUSAS E INEVITABLES QUE REPRESENTAN RESPUESTAS INADECUADAS A PROBLEMAS PERSONALES -
INSOLUBLES, LA REPETICIÓN DE ESTA ACTIVIDAD, SE --
TRANSFORMA EN HÁBITO CONSCIENTE Y POR SU FRECUENCIA PASA A SER INCONSCIENTE. A ESTE NIVEL LA ACTIVIDAD RESULTA TOTALMENTE INDEPENDIENTE DE SU CAUSA ORIGINAL Y SIN FINALIDAD FUNCIONAL.

SE HA ENCONTRADO EN PACIENTES CON ALTERACIONES DE -
LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR LA PRESENCIA DE -

TRASTORNOS EMOCIONALES Y HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS, PUDIENDO MENCIONAR, NERVIOSIDAD, ANTECEDENTES DE CUIDADO PSIQUIÁTRICO, ESTADOS MENOPAÚSICOS Y TRASTORNOS ORGÁNICOS COMO COLITIS, GASTRITIS, ÚLCERAS E HIPERTENSIÓN.

D).- CAUSAS OCUPACIONALES: EN ESTA PARTE PODEMOS CITAR HÁBITOS BUCALES OBSERVADOS EN ATLETAS, TRABAJADORES DE PRESICIÓN Y DENTISTAS, TODOS LOS CUALES TIENDEN A APRETAR LOS DIENTES, O AL FRENAR EL AUTOMÓVIL APRIETA LOS DIENTES.

E).- CAUSAS VOLUNTARIAS: DENTRO DE ESTAS CAUSAS PODEMOS CITAR: MASTICAR CHICLE, MORDER LÁPICES, LENTES, CIGARROS, PIPA, PODEMOS HACER LA ACLARACIÓN DE QUE AUNQUE EL MODO DE EXPRESIÓN PUEDE SER VOLUNTARIO, LA LIBERACIÓN DE LAS TENSIONES TIENE LA MISMA FUNCIÓN SUBCONSCIENTE QUE LAS CAUSAS PSICOLÓGICAS ANTES MENCIONADAS.

CAPITULO III

TRASTORNOS DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR

UNA ENUMERACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR NO ESTÁ CONSTITUIDA POR ENTIDADES ÚNICAS, YA QUE LA ARTICULACIÓN ESTÁ EN GENERAL EXPUESTA A TRASTORNOS QUE AFECTAN A LAS OTRAS ARTICULACIONES.

ESTOS PROCESOS TIENEN POCO EN COMÚN, APARTE SU EFECTO SOBRE LOS TEJIDOS QUE COMPRENDEN O AFECTAN LA ARTICULACIÓN, SIN EMBARGO EXISTEN VARIAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR QUE DIFIEREN DE OTRAS ARTICULACIONES QUE VALE LA PENA RECORDAR EN ESTE CAPÍTULO, CON LA INTENSIÓN DE QUE SEA MÁS FÁCIL COMPRENDER LA IMPORTANCIA DE ESTA ARTICULACIÓN Y MÁS AÚN CUANDO SE ENCUENTRA ALTERADA.

SU FUNCION O SALUD.- ES VERDADERAMENTE BILATERAL, IMPIDIENDO LA RÍGIDA CONEXIÓN MAXILAR ENTRE AMBAS ARTICULACIONES EL MOVIMIENTO UNILATERAL, SUS SUPERFICIES ARTICULARES ESTÁN CUBIERTAS POR TEJIDO FIBROSOS AVASCULAR MÁS QUE EL CARTÍLAGO HIALINO ENCONTRANDO EN LA MAYORÍA DE LAS ARTICULACIONES. LA DENTICIÓN ACTUAL ACTÚA COMO GUÍA Y TOPE DE LOS MOVIMIENTOS, ARTICULARES, UN DISCO FIBROSO SE ENCUENTRA SITUADO ENTRE EL HUESO TEMPORAL POR ENCIMA Y EL CÓNDILO MANDIBULAR POR ABAJO, DIVIDIENDO LA ARTICULACIÓN EN DOS COMPARTIMIENTOS, ACTUANDO EL SUPERIOR COMO ARTICULACIÓN DESLIZANTE Y EL INFERIOR COMO ARTICULACIÓN EN BISI- GRA.

EXISTEN RELACIONES FUNCIONALES Y ANATÓMICAS ADICIONALES - QUE CONTRIBUYEN A LA COMPLICIDAD DE LAS ARTROPIAS TEMPORO MANDIBULARES Y A SUS ASPECTOS FRECUENTES CONFUSAS. PODEMOS MENCIONAR LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA DENTICIÓN, LOS TEJIDOS PARODONTALES, LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN, LENGUA Y ARTICULACIÓN, ESTOS SON PARTE DE UNA UNIDAD FISIOLÓGICA INDEPENDIENTE Y A LA VEZ MUTUAMENTE DEPENDIENTE ESTANDO SUJETO A LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS Y EMOTIVAS DE LA CAVIDAD ORAL.

LAS ANOMALIAS INVOLUNTARIAS DE LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR.- PUEDEN SER GENÉTICAMENTE DETERMINADAS, O SER RESULTADO DE UNA LESIÓN PRENATAL O POSNATAL. ALGUNAS SON CONGÉNITAS, ES DECIR, PRESENTES AL NACER, MIENTRAS - QUE LAS OTRAS SE PRESENTAN DURANTE LOS AÑOS DE CRECIMIENTO.

1.- DISOSTOSIS MANDIBULOFACIAL

ESTA ALTERACIÓN SE CARACTERIZA POR PRESENTAR ANOMALÍAS - DEL OJO TALES COMO OBLICUIDAD ANTIMONGOLOIDE DE LOS PÁRPADOS, COLOBOMA DE LOS PÁRPADOS INFERIORES Y AUSENCIA DE - LAS PESTAÑAS, ANORMALIDAD DEL OÍDO EXTERNO Y MEDIO, HIPOPLASIA DE LA MANDÍBULA PRINCIPALMENTE.

ESTE SÍNDROME PARECE HABER SIDO HEREDADO COMO CARÁCTER DO MINANTE AUTOSÓMICO CON PENETRACIÓN INCOMPLETA Y EXPRESIVIDAD VARIABLE, SE SABE QUE LA ORIGINA UN DESARROLLO INCOMPLETO DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA SANGRE DESDE LA RAMA DEL - PRIMER ARCO AÓRTICO A LA ARTERIA ESTAPÉDICA Y A LA ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA O UNA MALFORMACIÓN EFECTIVA DE LA - ARTERIA ESTAPÉDICA.

EN ESTA MALFORMACIÓN PUEDE HABER VESTIGIOS AURICULARES Y FÍSTULAS CIEGAS EN CUALQUIER LUGAR ENTRE EL TRAGO Y EN -
 ÁNGULO DEL ORIFICIO BUCAL, LA MANDÍBULA ES SIEMPRE HIPO-
 PLÁSICA EL CÓNDILO ANORMALMENTE OBTUSO Y LA SUPERFICIE IN-
 FERIOR DEL CUERPO ES MUCHAS VECES CÓNCAVO. EL PALADAR ES
 ALTO O ESTA HENDIDO, LA MALOCCLUSIÓN ES FRECUENTE, DIENTES
 SEPARADOS HIPOPLÁSCICOS Y DESPLAZADOS.

2.- OCULOMANDIBULOCEFALIA

ESTE SÍNDROME ESTÁ CARACTERIZADO POR ENANISMO PROPORCIONA-
 DO, MOCROFTALMIA, CATARATA CONGÉNITA, HIPOTRICOSIS, HIPO-
 PLASIA MANDIBULAR, CARA PEQUEÑA Y LARGA NARIZ DELGADA EN
 FORMA DE PICO, UN MENTÓN RETRAÍDO Y CRÁNEO BRAQUICEFÁLI--
 CO.

APARTE DE LA HIPOPLASIA MANDIBULAR INTENSA Y MENTÓN CUTÁ-
 NEO DOBLE, CON HENDIDURA CENTRAL, ENCONTRAMOS LA RAMA AS-
 CENDENTE CORTA, LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ESTÁ -
 DESPLAZADA APROXIMADAMENTE 1 A 2 CM., POR DELANTE DEL MEA-
 TO AUDITIVO, EL PALADAR ES ALTO Y ESTRECHO INCLUYENDO -
 DIENTES NATALES, MALOCCLUSIÓN Y FALTA DE CIERRE AL MORDER.

LA ETIOLOGÍA ES HASTA CIERTO PUNTO DESCONOCIDO, SE SABE -
 QUE TIENEN QUE VER FACTORES GENÉTICOS NO MUY CLAROS HASTA
 EL MOMENTO.

3.- MICROGNATIA

LA MICROGNATIA PUEDE SER CONGÉNITA O ADQUIRIDA, ES DECIR COMO SECUELA DE TRAUMATISMO, INFECCIÓN O ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL, ESTE TÉRMINO NO ES MUY ESPECÍFICO YA QUE PUEDE REFERIRSE A UNA DISMINUCIÓN DE TAMAÑO DE EL MÁXILAR O LA MANDÍBULA, PERO SU USO SE HA LIMITADO PRÁCTICAMENTE A LA MANDÍBULA; LA DISMINUCIÓN DE TAMAÑO SE DEBE FUNDAMENTALMENTE A LA FALTA DE CENTROS DE CRECIMIENTO EN EL CÓNDILO, EN MUCHOS CASOS HAY AUSENCIA BILATERAL DE AMBOS CÓNDILOS CON SU FALTA CONSIGUIENTE DE CRECIMIENTO MANDIBULAR.

OTROS FACTORES QUE PRODUCEN MICROGNATIA SON LOS TRAUMAS O INFECCIONES EN LA REGIÓN DEL CÓNDILO, AL IGUAL QUE LA DISOSTOSIS CRANEOFACIAL.

EN LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DE CARÁCTER GENÉTICO, DONDE ENCONTRAMOS MICROGNATIA PODEMOS MENCIONAR EL SÍNDROME DE AGLOSIA ADACTILIA, ARTROMIODISPLASIA CONGÉNITA, EL ENANISMO CON CABEZA DE PÁJARO, SÍNDROME DE TURNER, LA TRISOMIA 18, SÍNDROME DE ROBIN (PALADAR HENDIDO, MICROGNATIA Y GLOZOPTOSIS) LA HIPERCALCEMIA IDEOPÁTICA, AGENESIA RENAL, DISOSTOSIS MANDIBULOFACIAL, DISPLASIA OCULO-AURICULOVERTEBRAL, LA OCULOMANDIBULODÍCEFALIA CON HIPOTRICOSIS, EL SÍNDROME OROFACIOFIGITAL Y LA PROGERIA.

ESTA ANOMALÍA ESTA GENERALMENTE ASOCIADA CON UN MALOCLUSIÓN CLASE III, AUNQUE LOS FACTORES AMBIENTALES SON RESPONSABLES MUCHAS VECES AL IGUAL LOS FACTORES GENÉTICOS QUE TENGAN UN PAPEL IMPORTANTE.

4.- HIPERPLASIA UNILATERAL Y BILATERAL DE LA APOFISIS CORONOIDES DE LA MANDIBULA

ESTA ANOMALÍA ES TAMBIÉN DESIGNADA COMO OSTEOMÍA, CONDROMA, OSTEOCONDROMA, PERTROFIA, HIPERPLASIA Y OTROS MÁS.

LOS CASOS EN QUE LA ANOMALÍA ES BILATERAL TIENE UNA INCIDENCIA RELATIVAMENTE PEQUEÑA Y TODOS LOS CASOS SE HAN ENCONTRADO EN VARONES DURANTE LA PUBERTAD.

EL CUADRO CLÍNICO QUE SE OBSERVÓ, ES UNA LIMITACIÓN EN EL MOVIMIENTO DE LA MANDÍBULA EN TODAS DIRECCIONES, PERO ENCONTRAMOS ALGO CURIOSO QUE ES LA AUSENCIA DE DOLOR.

LA LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO RADICA EN LA OCUPACIÓN DEL ESPACIO DISPONIBLE EN LA FOSA INFRATEMPORAL Y MÁS TARDE DE LA SUPERFICIE POSTERIOR DEL HUESO Y ARCO CIGOMÁTICO.

SE CREE QUE ESTA ANOMALÍA ESTA CAUSADA POR LA ALTERNACIÓN DEL MÚSCULO TEMPORAL AL AUMENTAR SU FUERZA RESTRICATIVA QUE SE TRASMITE AL HUESO.

5.- ANQUILOSIS CORONOIDEA CIGOMATICO

ESTA ANOMALÍA RESTRINGE LA APERTURA DE LOS MAXILARES, MANIFESTÁNDOSE AUTOMÁTICAMENTE POR UNA HIPERPLASIA DE LA SUPERFICIE INTERNA DEL HUESO MALAR CON FILACIÓN FIBROSA A LA APÓFISIS CORONOIDES DE LA MANDÍBULA, SE CREE QUE SU ORIGEN PUEDE SER CONGÉNITA O ADQUIRIDA A CAUSA DE UN PROCESO INFECCIOSO.

6.- AGENESIA COMPLETA DE LA MANDIBULA

ES LA FALTA DE FORMACIÓN DEL ARCO MANDIBULAR, QUE SE ASOCIA A MENUDO CON SINOTIA O FUSIÓN DE LAS OREJAS EN LA REGIÓN DE LA LÍNEA MEDIA NORMALMENTE OCUPADO POR LA MANDIBULA, ES DUDOSO QUE EXISTA UNA AGENESIA ABSOLUTA DE LA MANDIBULA, PERO SU TAMAÑO ESTÁ TAN DISMINUIDO QUE LA SINFISSIS RARA VEZ SE EXTIENDE POR DELANTE DEL BORDE POSTERIOR DEL PALADAR DURO TAMBIÉN PUEDE IR ACOMPAÑADA ESTA ANOMALÍA DE LA FALTA DE LA BOCA (ASTOMÍA) O DE EN CONTRA UN SOLO OJO EN LA CARA (CICLOPÍA), LA LENGUA PUEDE FALTAR O ESTAR PRESENTE CON UN TAMAÑO MUY PEQUEÑO.

7.- AGENESIA DEL ANGULO DE LA MANDIBULA

ESTA ANOMALÍA LA ENCONTRAMOS ASOCIADA CON PICNODISOSTOSIS, SIENDO UN SÍNDROME RECIENTEMENTE EN EL CUAL ENCONTRAMOS, ENANISMO OSTEOPOROSIS, AGENESIA PARCIAL DE LOS DEDOS TERMINALES DE LAS MANOS Y FALTA DE CIERRE SUTURAL DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO.

LA FALTA DEL ÁNGULO MANDIBULAR, AUSENCIA DE LA APÓFISIS - CORONOIDES Y FUSIÓN TEMPOROMANDIBULAR SE LE DA EL NOMBRE DE DISPLASIA GETALMOMANDIBULOMIÉLICA, ESTA ANOMALÍA PARECE SER HEREDITARIA CON CARACTERES DOMINANTES AUTOSÓMICOS.

8.- AGENESIA DE LA RAMA O DEL CONDILO O DE AMBOS.

LA AUSENCIA DE ESTAS PARTES DE LA MANDÍBULA ESTÁN ASOCIADAS CON ANOMALÍAS QUE INVOLUCRAN A LOS ARCOS BRAQUIALES - PRIMERO Y SEGUNDO TAMBIÉN SE LE CONOCE COMO MICROSOMIA HEMIFACIAL O SÍNDROMES DEL PRIMERO Y SEGUNDO ARCO, ESTA ANOMALÍA ES MÁS FRECUENTE EN LOS VARONES, DONDE ENCONTRAMOS ANOMALÍAS DEL OÍDO MEDIO Y CONDUCTO AUDITIVO HASTA UN PABELLÓN DE LA OREJA PEQUEÑO Y DEFORMADO (MICROTICA), SE ENCUENTRAN VESTIGIOS ARTICULARES SUPERNUMERARIOS, HUESO TEMPORAL SUBDESARROLLADO, CARA ASIMÉTRICA A CAUSA DE LA APLASIA UNILATERAL O MUY RARAS BILATERAL DE LOS MÚSCULOS FACIALES DE LA MASTICACIÓN ASÍ COMO LA DE LOS MÚSCULOS DE LA LENGUA Y EL PALADAR. LA MAYORÍA DE ESTOS PACIENTES PRESENTAN AGENESIA DE LAS GLÁNDULAS PARÓTIDAS, FALTA UNILATERAL COMPLETA DE FORMACIÓN DE LA MANDÍBULA O DE AMBOS CÓNDILOS.

9.- MICROSOMIA HEMIFACIAL

ESTE CUADRO CLÍNICO SE CARACTERIZA POR LA APLASIA O HIPOPLASIA, DE LA RAMA MANDIBULAR Y DEL CÓNDILO, SE HA ENCONTRADO EN UN 70% DE LOS PACIENTES CON AGENESIA DE LA RAMA, MICRÓTIA Y ALREDEDOR DE UN 50% DE LOS QUE TENÍAN MICRÓTIA PRESENTARON AGENESIA DE LA RAMA.

10.- SINDROME OCULOAURICULOVERTEBRAL

ESTE SÍNDROME ES ESENCIALMENTE UNA MICROSOMÍA HEMIFACIAL, ASOCIADO CON HIPOPLASIA O APLASIA DE LA RAMA MANDIBULAR Y DEL CÓNDILO, ADEMÁS ENCONTRAMOS TRASTORNOS O ALTERACIONES VERTEBRALES QUE HACEN LA DIFERENCIA DE LA ACOLOMANDIBULO-CEFALIA DESCRITA CON ANTERIORIDAD EN ESTE CAPÍTULO.

11.- AGENESIA E HIPOPLASIA CONDILAR EVOLUTIVA

SOBRE ESTA ALTERACIÓN HAN HABIDO POCOS REPORTES EN LOS CASOS ESPORÁDICOS ENCONTRAMOS LA MANDÍBULA DESVIADA HACIA EL LADO DONDE FALTA CÓNDILO, DANDO UNA SIMETRÍA FACIAL TOMANDO EL PACIENTE EL ASPECTO CARACTERÍSTICO DE PARÁLISIS FACIAL, ACOMPAÑADO DE LA MALA ARTICULACIÓN DE LOS DIENTES, PROBLEMAS DE FONACIÓN, MASTICACIÓN Y MOVIMIENTO, SIENDO DIFÍCIL DE DEGLUTIR.

12.- SINDROME DE HURLER Y HUNTER Y ENFERMEDAD DE MORQUITO

EN ESTOS TRES TRASTORNOS SE ENCUENTRA UNA RELACIÓN QUE HACEN QUE SE ASOCIEN Y ES LA FALTA DE DESARROLLO DE LA CABEZA DEL CÓNDILO O ES CÓNCAVA A CONSECUENCIA DE ESTE TRASTORNO, EL PACIENTE SUFRE PROBLEMAS AL MOVER LA MANDÍBULA, MALA INSERCIÓN MUSCULAR Y DE LOS LIGAMENTOS, HACIENDO ESTO QUE SE SALGA LA MANDÍBULA DE SU LUGAR CON MUCHA FRECUENCIA, SE ENCUENTRA EN ESTE SÍNDROME PROBLEMAS CON LOS MUCOPOLISACÁRIDOS.

13.- HIPERPLASIA CONDILAR UNILATERAL

SE CARACTERIZA POR EL EXCESIVO AGRANDAMIENTO DEL CÓNDILO QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA CARACTERÍSTICA ASIMÉTRICA Y DESVIACIÓN DE LA MANDÍBULA HACIA EL LADO NO AFECTADO.

ESTA ALTERACIÓN PUEDE SER CLASIFICADA COMO UN OSTEOMA Y - COMO DEFORMIDAD PROGNÁTICA DE ETIOLÓGIA DESCONOCIDA, SUGIRIENDO QUE LA SEGUNDA TIENE UN CARÁCTER GENÉTICO, SIN ENCONTRAR PREDILECCIÓN POR NINGÚN SEXO EN ESPECIAL.

ESTA ALTERACIÓN SUELE PRESENTARSE DESPUÉS DE LA PUBERTAD SIENDO FRECUENTE EN NIÑOS DE SOLO 10 AÑOS DE EDAD.

ENCONTRÁNDOSE DESVIACIONES DE LA MANDÍBULA HACIA EL LUGAR NO AFECTADO, Y LA TÍPICA MALÓCLUSIÓN, HAY PRESENCIA DE DOLOR ARTICULAR; SU DESARROLLO ES LENTO Y PRESENTA UN CRECIMIENTO HACIA ABAJO DE LA MANDÍBULA EN EL LADO AFECTADO, - PRODUCIENDO UN ESPACIO ENTRE LOS DIENTES INFERIORES Y SUPERIORES BASTANTE CONSIDERABLE, PRODUCIÉNDOSE UNA RELACIÓN INVERSA EN LOS INCISIVOS DEL LADO NO AFECTADO, EN LA FOSA GLENOIDEA SE PRESENTA EN OCASIONES UNA EXTENSA REMODELACIÓN ANATÓMICA.

14.- CONDILO MANDIBULAR DOBLE

ESTA ALTERACIÓN ESTÁ CONSIDERADA COMO RARA ANOMALÍA, DEBIDO A SU ESCASA FRECUENCIA, EN ESTOS DÍAS, LA DUPLICACIÓN DE LA CABEZA DE LA APÓFISIS CONDILAR SUELE SER UNILATERAL APROXIMADAMENTE EN UN 85% PERO SIN PREDILECCIÓN POR NINGUNO DE AMBOS LADOS, SE HA ENCONTRADO CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO FEMENINO QUE EN EL MASCULINO, ENCONTRANDO EL -

CÓNDILO EXTERNO DE MAYOR TAMAÑO CON MÁS FRECUENCIA.

LA TEORÍA MÁS ACERTADA SOBRE EL ORIGEN DE ESTA ANOMALÍA LA DIÓ BLACKWOLD, QUIEN SUGIRIÓ QUE EL ORIGEN DE ESTA ALTERACIÓN PODRÍA ESTIBAR EN LA PERSISTENCIA DE LOS TABIQUES - DEL TEJIDO FIBROSO BIEN VASCULARIZADO NORMALMENTE, PRESENTE EN EL CARTÍLAGO CONDILAR DURANTE LA VIDA EMBRIONARIA Y PRINCIPIO DE LA VIDA POSNATAL, LA POSIBLE RUPTURA DE ALGUNOS VASOS SANGUÍNEOS, CONTENIENDO DENTRO DE LOS TABIQUES - PODRÍA ALTERAR EN FORMA TAL LA OSIFICACIÓN DEL CÓNDILO COMO PARA ORIGINAR UN DESARROLLO DIFÍCIL DE LA CABEZA CONDILAR.

15.- HIPOPLASIA CONDILAR SECUNDARIA

CUANDO EL CÓNDILO SE LESIONA DURANTE EL CRECIMIENTO ACTIVO; PUEDE HABER DETENCIÓN DEL DESARROLLO SIENDO LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE ESTA FALTA DE CRECIMIENTO LAS LESIONES - MECÁNICAS COMO GOLPES DIRECTOS A LA MANDÍBULA, INFECCIONES EN LA REGIÓN ARTICULAR; AFECTANDO A UNO O A AMBOS CÓNDILOS, OTRO FACTOR QUE DA INICIO A ESTA ALTERACIÓN ES LA ARTRITIS REUMATOIDE INFANTIL.

LA DEFORMIDAD FACIAL PUEDE PRESENTARSE MUCHO DESPUÉS DE LA LESIÓN QUE LE DIÓ ORIGEN.

EN LA HIPOPLASIA CONDILAR UNILATERAL, EL CONTINUO CRECIMIENTO DEL LADO NO AFECTADO PRODUCE LA DESVIACIÓN HACIA EL LADO AFECTADO Y ORIGINA UNA RELACIÓN CRUZADA DE LOS DIENTES.

ENCONTRAMOS QUE EN EL LADO AFECTADO LA RAMA Y EL CUERPO - DE LA MANDÍBULA PERMANECEN ABREVIADOS PERO LA APÓFISIS CO - RONARIA RESULTA ALARGADA EXTENDIÉNDOSE HASTA LA FOSA -- TEMPORAL EN RESPUESTA A LA TRACCIÓN PRODUCIDA POR LOS - MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN SIENDO EL PRINCIPAL EL MÚSCULO TEMPORAL.

EN EL CASO DE QUE LA HIPOPLASIA SEA BILATERAL ANOMALÍAS Y ALTERACIONES ANTES DESCRITAS SE OBSERVAN EN AMBOS LADOS, ENCONTRANDO UNA MICROGNATIA ASOCIADA, APIÑONAMIENTO EN - DIENTES ANTERIORES Y MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.

16.- SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS

ESTE SÍNDROME SE CONSIDERA COMO UN RARO TRASTORNO DEL TE - JIDO CONECTIVO, QUE SE MANIFIESTA POR HIPERELASTICIDAD DE LA PIEL, FRAGILIDAD DE LA MISMA, AL IGUAL QUE DE LOS VA-- SOS SANGUÍNEOS E HIPERMOVILIDAD DE LAS ARTICULACIONES, EN SU DEFECTO SE VE INMISCUIDA LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDI - BULAR PRESENTÁNDOSE FRECUENTEMENTE LUXACIONES DE LA MIS-- MA; DOLOR AL ABRIR LA BOCA Y AL MASTICAR ALIMENTOS.

17.- DISPLASIA OFTALMOMANDIBULOMIELITICA

ESTA ENFERMEDAD CONSTA DE CEGUERA POR OPACIDAD CÓRNEA, FU SIÓN TEMPOROMANDIBULAR, AUSENCIA DE LA APÓFISIS CORONOI-- DES Y ÁNGULO DE LA MANDÍBULA OBTUSO, LUXACIÓN DE LOS MIEM BROS Y APLASIA CONDILARES.

18.- SÍNDROME DE MORFAN

ESTE SÍNDROME SE CARACTERIZA POR UN DESPROPORCIONADO CRECIMIENTO ESQUELÉTICO, ECTOPIA DEL CRISTALINO, ANOMALÍAS - AÓTICAS, ENTRE LAS ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS TENEMOS LA DEBILIDAD DE LAS CÁPSULAS ARTICULARES CON HIPERSENSIBILIDAD - DE LAS ARTICULACIONES,

PRESENTANDO LUXACIONES RECIDIVANTES, Y RIGIDEZ DE LA MANDÍBULA.

19.- TRAUMATISMO AGUDO

TODOS LOS TRAUMATISMOS EN LA MANDÍBULA SIN IMPORTAR SU - ETIOLOGÍA, PUEDEN DAR ORIGEN A UNA REACCIÓN INFLAMATORIA EN EL ESPACIO ARTICULAR (ARTRITIS), INCLUYENDO EL MENISCO (MENISCITIS), CÁPSULA ARTICULAR, MUSCULATURA QUE SE FIJA A ELLA, O A LA EXTRAVASACIÓN DE LÍQUIDOS ES LA ARTICULACIÓN (HEMARTROSIS).

ADEMÁS DE LAS RESPUESTAS ARRIBA MENCIONADAS PODEMOS ENCONTRARLAS ACOMPAÑADAS DE FRACTURAS DEL CÓNDILO, FRACTURA DE LA FOSA GLENOIDEA, SUBLUXACIÓN O LUXACIÓN DEL CÓNDILO, O UN CASO MÁS DRAMÁTICO DONDE EL MENISCO Y LA CÁPSULA PUEDEN ESTAR LUXADOS Y DESPLAZADOS O ROTOS COMO CONSECUENCIA DE GOLPES ES LA BARBILLA CON FRACTURA DE LA MANDÍBULA O - SIN FRACTURA.

TODOS ESTOS TRASTORNOS Y CAMBIOS CONTINUOS QUE SE SUCEDEN EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR A CAUSA DE UN TRAUMATISMO SERÁN TRATADOS EN UN RENGLÓN APARTE QUE SE DEDICARÁ EXCLUSIVAMENTE AL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAN-

DIBULAR, DONDE SE ABUNDARÁ POSTERIORMENTE EN ESTE TRABAJO. (VER TRATAMIENTOS).

20.- LESIONES DEL MENISCO Y DE LA CAPSULA

A CONSECUENCIA DE UN SIMPLE GOLPE EN LA BARBILLA EL DISCO PUEDE SER COMPRIMIDO, LUXADO O DESGARRADO PRESENTÁNDOSE - FRACTURA O NO.

EL DISCO PUEDE VERSE AFECTADO COMO CONSECUENCIA DE GOLPES DIRECTOS EN LA REGIÓN DE LA ARTICULACIÓN.

EN VISTA DE LOS COMPONENTES TAN PARTICULARES DE LA ARTICULACIÓN, CUALQUIER DISTENSIÓN DEBIDA A UNA FUERZA APLICADA, EN LA MANDÍBULA, DA A CONSECUENCIA EL ESTIRAMIENTO O DESGARRE DE LA CÁPSULA, HABITUALMENTE ENCONTRAMOS QUE EL PUNTO DE ADHERENCIA DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO EN LA CÁPSULA ES UN INMINENTE FOCO DE LESIÓN Y PUEDE ORIGINAR EL DESPLAZAMIENTO DEL DISCO O EL DESGARRO DE LAS FIBRAS MUSCULARES.

ENTRE LOS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE LAS LESIONES AGUDAS DEL MENISCO Y LA CÁPSULA PODEMOS CITAR, DOLOR AGUDO, MOVILIDAD LIMITADA, HIPERSENSIBILIDAD A LA PRESIÓN SOBRE LA ARTICULACIÓN, CREPITACIÓN, EDEMA ARTICULAR, DESVIACIÓN HACIA EL LADO AFECTADO EN EL CASO DE DISTENSIÓN DEL DOLOR Y EL TRISMUS SON MÁS GRAVES Y LOS CHASQUIDOS RESIDUALES, LA LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO SON MÁS FRECUENTES QUE EN EL CASO DE LAS CONTUSIONES.

EN CASOS MÁS GRAVES CUANDO EL DESPLAZAMIENTO O LESIÓN DEL MENISCO ALTERA LA FUSIÓN, ES NECESARIO LA MENISECTOMÍA POSTERIORMENTE PARECIAMOS UNA MANDÍBULA ESTABLE, LI-

BRE DE DOLOR PERO DESAFORTUNADAMENTE A VECES SE PRODUCE UNA HEMARTROSIS DE LOS TEJIDOS ARTICULARES Y PERIARTICULARES HACIENDO UNA CICATRIZACIÓN ALTERADA QUE POSTERIORMENTE SE TRADUCE EN ANQUILOSIS, (VER TRATAMIENTOS),

21.- SUBLUXACION

ESTE TÉRMINO HACE REFERENCIA A UNA DISLOCACIÓN ANTERIOR INCOMPLETA O PARCIAL DEL CÓNDILO DE LA MANDÍBULA DE LA FOSA GLENOIDEA. ESTA HIPERMOVILIDAD SE DISTINGUE DE LA LUXACIÓN, POR LA CAPACIDAD QUE TIENE EL PACIENTE PARA AUTOREducIR EL CÓNDILO.

ESTA ALTERACIÓN IMPLICA QUE EL CÓNDILO SE MUEVE HACIA ADELANTE SOBRE LA EMINENCIA ARTICULAR DURANTE EL MOVIMIENTO DE ABERTURA, AUNQUE ESTÁ PROBADO QUE MUCHAS PERSONAS DONDE EL CÓNDILO SE DESPLAZA 5 MM., POR DELANTE DE LA EMINENCIA AL MOVIMIENTO DE ABRIR, NO EXISTE SUBLUXACIÓN Y ESTÁ CONSIDERADO DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

AÚN CUANDO EL CÓNDILO SE UBIQUE EN LA FOSA INFRA TEMPORAL PODEMOS DECIR QUE SOLO SE CONSIDERA UNA SUBLUXACIÓN CUANDO EL PACIENTE EXPERIMENTA DOLOR, CRUJIDO U OCLUSIÓN TEMPORAL CON POSICIÓN ANTERIOR A LA MANDÍBULA.

ESTA ALTERACIÓN PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL, EL PACIENTE PUEDE DESCRIBIR UNA "DEBILIDAD" DE LA ARTICULACIÓN AL ABRIR LA BOCA AMPLIAMENTE, Y AL CERRARSE VOLVER A SU POSICIÓN CON UN SALTO ACOMPAÑADO POR UN SONIDO PRODUCIDO POR EL MOVIMIENTO BRUSCO DEL CÓNDILO SOBRE LA EMINENCIA ARTICULAR.

LA SUBLUXACIÓN PUEDE PRODUCIRSE A CAUSA DE UNA ENTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL, TRAS LA PRÁCTICA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DENTALES U ORALES, O EL BOSTEZO.

A CAUSA DE ESTOS EXCESIVOS MOVIMIENTOS O DESPLAZAMIENTOS SE PRODUCE ESTIRAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS ARTICULARES O UNA ROTURA DE LA ADHERENCIA DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO CON EL MISMO MENISCO.

LA OSTEOARTRITIS, ALTERACIONES DEGENERATIVAS CRÓNICAS, TRAUMATISMO AGUDO, PREDISPONEN A LA ARTICULACIÓN A SUFRIR ESTA ALTERACIÓN. (VER TRATAMIENTOS).

22.- LUXACION

ESTA ALTERACIÓN SE REFIERE AL DESPLAZAMIENTO QUE NO PUEDE AUTOREducirse DEL CÓNDILO DE LA FOSA GLENOIDEA DENOMINÁNDOSE LUXACIÓN O DISLOCACIÓN.

EL CÓNDILO SE DESPLAZA ANTERIOR, POSTERIOR O CENTRALMENTE (HACIA ARRIBA). ESTA LUXACIÓN PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL (VER TRATAMIENTOS, FIG. No. 6).

23.- LUXACION ANTERIOR

ESTA LUXACIÓN DE LA MANDÍBULA ES LA MÁS FRECUENTE, DONDE EL CÓNDILO ES OCLUIDO BRUSCAMENTE HACIA ADELANTE A CAUSA DE UN ESPASMO DEL MÚSCULO TEMPORAL, PTERIGOIDEO INTERNO, O MASETERO Y ORIGINA LA PROTRUSIÓN DE LA MANDÍBULA CON ABERTURA DE LA BOCA, DIRIGIENDO LA BARBILLA HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE.

LUXACION

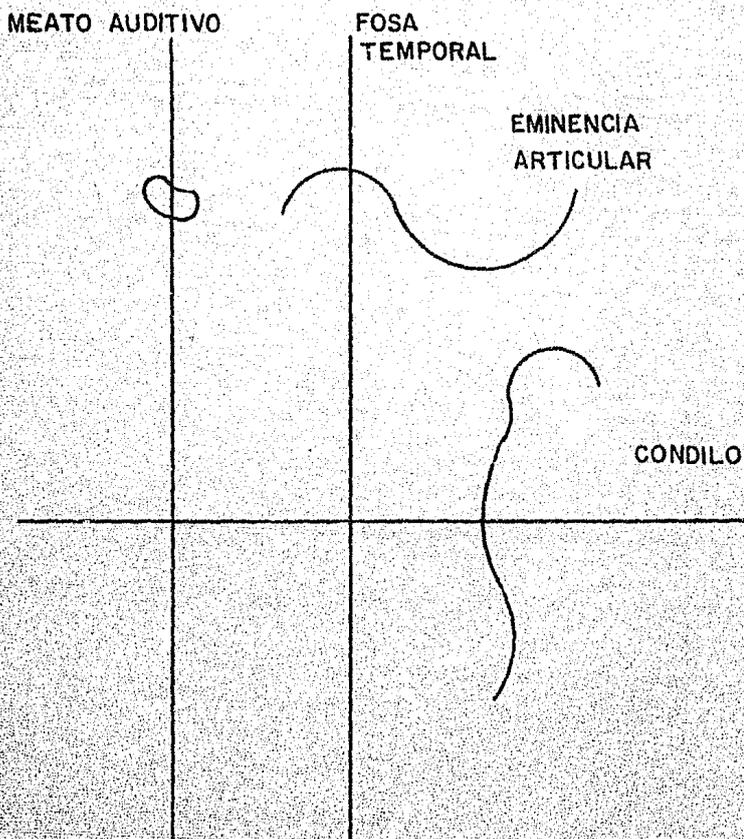


FIG. 6

EN ESTA ALTERACIÓN EL PACIENTE EXPERIMENTA DOLOR Y DIFICULTAD PARA COMER Y HABLAR, PÁNICO Y UN EXCESO DE SALIVA.

EN CASO DE SER UNILATERAL, HAY DESVIACIÓN HACIA EL LADO NO AFECTADO, AL MOMENTO DE HACER LA HISTORIA CLÍNICA ENCONTRAMOS QUE ANTERIORMENTE HABÍA DOLOR SÚBITO E INTENSO EN LA REGIÓN ARTICULAR, SEGUIDO DE UNA INCAPACIDAD PARA CERRAR LA BOCA EN EL CASO QUE SEA UNILATERAL UNA INCAPACIDAD PARA DESPLAZAR LA MANDÍBULA HACIA EL LADO AFECTADO.

EN LA ZONA ARTICULAR EXISTE DOLOR, EDEMA, LIMITACIÓN, DE LA MOVILIDAD, RADIOGRÁFICAMENTE EL CÓNDILO SUELE OCUPAR UNA POSICIÓN ANTERIOR A LA EMINENCIA ARTICULAR, AUNQUE, ESTE ESCALÓN DE DIAGNÓSTICO NO ES DE GRAN VALOR Y SOLO NOS AYUDA PARA DESCARTAR UNA FRACTURA.

EXISTEN VARIOS FACTORES ETIOLÓGICOS Y MECANISMOS FISIOLÓGICOS QUE PUEDEN CAUSAR LUXACIÓN DE LOS CUALES PODEMOS CITAR GOLPES SOBRE LA MANDÍBULA, ABERTURA FORZADA DE LA BOCA, BOSTEZO EXAGERADO, PROCEDIMIENTOS DENTALES, MANIPULACIÓN PARA FIJAR LA MANDÍBULA LUEGO DE UNA AMIGDALECTOMÍA, FARMACOS QUE ORIGINAN ESPASMOS MUSCULARES CAUSANDO LA DISLOCACIÓN DEL CÓNDILO, TODOS ESTOS MECANISMOS Y FACTORES ETIOLÓGICOS GUARDAN RELACIÓN CON LA ANATOMÍA ÓSEA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ACTIVIDAD MUSCULAR Y DE LA LIMITACIÓN IMPUESTAS POR LOS LIGAMENTOS ARTICULARES, HAN SIDO SUGERIDOS DOS MECANISMOS DIFERENTES QUE CAUSAN LUXACIÓN ANTERIOR DEL CÓNDILO A PARTIR DE LA FOSA ARTICULAR, PERO DIFIEREN EN LA CAUSA Y EN LOS HALLAZGOS CLÍNICOS.

EL PRIMER MECANISMO SUGIERE QUE LA LUXACIÓN RESULTA DE LA INCOORDINACIÓN DE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN HABITUAL. MIENTRAS QUE LOS MÚSCULOS SUPRAHIOIDEOS DEPRIMEN EL MÁXILAR INFERIOR Y A MEDIDA QUE LOS MÚSCULOS PTERIGOIDEO EXTERNOS SE CONTRAEN PARA IMPULSAR LOS CÓNDILOS HACIA ADELANTE DURANTE EL CIERRE, LOS MÚSCULOS PTERIGOIDEOS EXTERNOS Y LOS DEPRESORES SE RELAJAN, LA NO RELACIÓN DE LOS MÚSCULOS PTERIGOIDEOS EXTERNO EN LOS INDIVIDUOS EN LOS QUE LOS CÓNDILOS PASAN SOBRE LA EMINENCIA E IMPIDEN EL MOVIMIENTO POSTERIOR DEL CÓNDILO ANTES DE LA CONTRACCIÓN DE LOS MÚSCULOS ELEVADORES.

ESTO CAUSA LA OCLUSIÓN DEL CÓNDILO POR ADELANTE DE LA EMINENCIA ARTICULAR.

EL SEGUNDO MECANISMO QUE ORIGINA LA LUXACIÓN ANTERIOR ES DONDE SE PRODUCE MIOPASMO MIENTRAS EL CÓNDILO DIFIERE, AQUÍ EL CÓNDILO ESTÁ SITUADO POR DELANTE DE LA EMINENCIA ARTICULAR.

ESTE MECANISMO ES ESCENCIALMENTE EL MISMO QUE EL ANTERIOR PERO LA CAUSA DE LA ELEVACIÓN DEL CÓNDILO DIFIERE. EN ESTE EL ESPASMO SE PRODUCE CUANDO LOS MÚSCULOS SON SÚBITAMENTE ESTIRADOS POR LA AMPLIA ABERTURA DE LA BOCA MIENTRAS EL CÓNDILO ESTÁ DELANTE DE LA EMINENCIA PRODUCIÉNDOSE UN ESPASMO DEL MÚSCULO MASETERO O DEL PTERIGOIDEO INTERNO IMPULSANDO EL CÓNDILO HACIA ARRIBA, A LA FOSA INFRA TEMPORAL CON UNA CONSIGUIENTE INCAPACIDAD MECÁNICA DEL CÓNDILO PARA DESPLAZARSE HACIA ATRÁS HASTA QUE LOS MÚSCULOS ESPÁSTICOS SE RELAJEN, PERMITIENDO EL NECESARIO MOVIMIENTO HACIA ABAJO Y HACIA ATRÁS. (VER TRATAMIENTOS).

24.- LUXACIONES HACIA ATRAS Y HACIA ARRIBA (CENTRALES)

ESTAS LUXACIONES SON RARAS DENTRO DE LA FRECUENCIA DE LAS ANTERIORES, SON RESULTANTE DE LESIONES EN LA BARBILLA O EN EL REBORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA, SIENDO MÁS FRECUENTE LA ALTERACIÓN UNILATERAL. PUEDE APLICARSE LA HEMORRAGIA DEL OÍDO DEBIDO A LA PENETRACIÓN DEL CÓNDILO EN LA MEMBRANA TIMPÁNICA DEL TEMPORAL DEBIDA A SU CONSECUENTE RUPTURA, EN ALGUNOS CASOS, LLENDO ACOMPAÑADA DE HEMORRAGIA ARTICULAR. TRAYENDO COMO CONSECUENCIA UNA ANQUILOSIS POSTERIORMENTE, LOS SÍNTOMAS SON LOS CLÁSICOS ES ESTA ZONA DE DOLOR ARTICULAR, MOVIMIENTO LIMITADO, DOLOR AL ABRIR, HEMASTROSIS, EDEMA, CREPITACIÓN Y DESVIACIÓN DE LA MANDÍBULA HACIA EL LADO AFECTADO.

25.- LUXACION INDICADA POR FARMACOS

SE HAN ENCONTRADO CASOS DONDE HAY LUXACIONES PRODUCIDA POR UN DERIVADO DE LA FENOTIACINA Y LA PROCLOROPERACINA, ESTOS FARMACOS SON UTILIZADOS COMO TRANQUILIZANTES Y ANTIHEMÁTICOS, SE SABE QUE DENTRO DE SUS EFECTOS ENCONTRAMOS QUE PRODUCEN EFECTO MOTOR SUBCORTICAL EN ALGUNAS PERSONAS, PRODUCIENDO UN EFECTO TETANIFORME, ESTO INCLUYE REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES TALES COMO TRANQUILIDAD MOTORA, DISTONIA, SEUDOPARKINSONISMO.

ESTÁ DEMOSTRADO EL EFECTO ESPASMÓDICO DE ESTOS DOS FARMACOS ESPECIALMENTE SOBRE EL MÚSCULO MASETERO, PROVOCANDO LA LUXACIÓN, TAMBIÉN SE VIÓ QUE EL PACIENTE AL CONCENTRAR ESFUERZO LOGRA AUTOREducIR LA LUXACIÓN Y SE NOTÓ QUE EN NINGÚN MOMENTO PRESENTÓ DOLOR.

26.- ARTRITIS TRAUMÁTICA AGUDA

ESTA ALTERACIÓN ES LA RESPUESTA A GOLPES EN LA MANDÍBULA EN PARTICULAR EN LA BARBILLA, RESULTANDO LESIONADA CUALQUIERA DE LAS PARTES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, PRESENTÁNDOSE DESGARRE DEL TEJIDO SINOVIAL LIGAMENTOSO, CÁPSULA O ROMPIÉNDOSE EL MENISCO O DESPLAZÁNDOSE.

LOS SÍNTOMAS SUELEN INCLUIR DOLOR, HIPERSENSIBILIDAD -- PREAURICULAR, LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO, DESVIACIÓN DE LA BARBILLA HACIA EL LADO AFECTADO AL ABRIR LA BOCA, EN EL CASO UNILATERAL Y A MENUDO MAGULLADURA O LACERACIÓN EN EL LUGAR DEL TRAUMATISMO.

EN EL CASO DE QUE EXISTA HEMARTROSIS EXAGERADA SE PRONOSTICA UNA ANQUILOSIS POSTERIOR.

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE LA ARTRITIS TRAUMÁTICA AGUDA EN UN NIÑO PUEDE LESIONAR LOS CENTROS DE CRECIMIENTO CONDILAR ORIGINANDO LA DETENCIÓN DEL CRECIMIENTO HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE YA SEA UNILATERAL O BIEN BILATERAL APRECIANDO POSTERIORMENTE UNA MICROGNATÍA.

27.- INFECCIONES

DESDE LA INTRODUCCIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES AGUDAS Y LA ARTRITIS COMO COMPLICACIONES SE OBSERVARON CON MENOS FRECUENCIA.

CABE DESTACAR QUE LA PRESENCIA DE UN GÉRME PATÓGENO GENERAL EN LA ARTICULACIÓN ES UNA PROBABILIDAD QUE HAY QUE TENER EN CUENTA MÁS AÚN SI TOMAMOS EN CUENTA QUE LAS INFECCIONES PUEDEN LLEGAR A LA ARTICULACIÓN A PARTIR DE UNA HE

RIDA PENETRANTE O A PARTIR DE ESTRUCTURAS ADYACENTES, ESTE SERÍA EL CASO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, RAMA DE LA MANDÍBULA Y FOSA PTERIGOIDEA,

PARA SU MEJOR ESTUDIO SE HAN CLASIFICADO LAS INFECCIONES SEGÚN SU DURACIÓN EN AGUDAS O CRÓNICAS, SIENDO LA AGUDA - CASI SIEMPRE UNILATERAL, ES ESTA ÚLTIMA EL PACIENTE EXPERIMENTA UN INTENSO DOLOR LOCALIZADO QUE SE ACENTÚA CON - LOS MOVIMIENTOS PASIVOS Y ACTIVOS DE LA MANDÍBULA DANDO - COMO CONSECUENCIA QUE LA BOCA SE MANTENGA ABIERTA Y EL PA - CIENTE EVITA LA MASTICACIÓN Y EL HABLA.

ENCONTRAMOS QUE LA REGIÓN ARTICULAR ES MUY SENSIBLE A LA PRESIÓN POR DELANTE DEL TRAGO, EL MOVIMIENTO MANDIBULAR - ESTÁ LIMITADO Y CUANDO ES POSIBLE VA DIRIGIDO HACIA EL LA - DO AFECTADO SE OBSERVA RUBOR, TUMEFACCIÓN, EDEMA, TRISMUS ACOMPAÑADO DE FIEBRE Y LEUCOCITOSIS, EN EL CASO DE HABER - UN DERRAME EN EL ESPACIO ARTICULAR SE OBSERVA FLUCTUACIÓN EN DICHA ARTICULACIÓN.

EN CASO DE QUE LA INFECCIÓN SEA CRÓNICA SE OBSERVA QUE ES - TÁ AFECTANDO BILATERALMENTE, CASO CONTRARIO AL ANTERIOR - Y UNO DE LOS SÍNTOMAS MÁS ACENTUADOS EN LA LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO A CAUSA DE LA CICATRIZACIÓN A LA REMODELACIÓN ARTICULAR.

EL HALLAZGO RADIOGRÁFICO DEPENDE DE LA FASE EN QUE EL PA - CIENTE ES EXAMINADO, EN EL CASO DE QUE ESTÉ LA INFECCIÓN EN UN ESTADO PRECOZ NO SE OBSERVA ANOMALÍA, MÁS TARDE EN ASOCIACIÓN CON PUS O EXUDADO PUEDE APRECIARSE LA DISTEN - SIÓN DE LA CÁPSULA Y EN AUMENTO ENTRE LA DISTANCIA DE LAS SUPERFICIES ARTICULARES.

LA CABEZA CONDILAR PUEDE SER DESPLAZADA HACIA ABAJO Y HACIA ADELANTE, EN UNA FASE AÚN MÁS TARDÍA, LAS SUPERFICIES ARTICULARES ÓSEAS SUBYACENTES PUEDEN SER MÁS APROXIMADAS DE LO NORMAL DEBIDO A LA PÉRDIDA DE CARTÍLAGO ARTICULAR Y A LA DESTRUCCIÓN DEL MENISCO, EN ESTE CASO UN PROCESO OSTEOPORÓTICO PUEDE EXTENDERSE HASTA LA RAMA ASCENDENTE, EN UN CASO AVANZADO PUEDE HABER EROSIÓN DEL HUESO.

LAS INFECCIONES AGUDAS DE LA ARTICULACIÓN ORIGINAN UNA INFLAMACIÓN DE LA CÁPSULA Y DEL ESPACIO ARTICULAR, LA ENTRADA DE PUS O DE EXUDADO, LA ARTICULACIÓN VA SEGUIDA DE LA DESTRUCCIÓN DEL DISCO Y DE LA SUPERFICIE ARTICULAR.

EL ESPACIO ARTICULAR PUEDE SER REEMPLAZADO POR TEJIDO DE GRANULACIÓN QUE POSTERIORMENTE PUEDE PASAR A SER TEJIDO DE CICATRIZACIÓN.

EN LAS INFECCIONES CRÓNICAS, SE PRODUCE LA EXCAVACIÓN DE LAS SUPERFICIES ARTICULARES, EN OCASIONES SE ORIGINA UNA FIBROSIS O ANQUILOSIS ÓSEA COMO CONSECUENCIA DE INFECCIONES TANTO AGUDAS COMO CRÓNICAS.

TANTO PARA LAS INFECCIONES AGUDAS Y LAS CRÓNICAS ADEMÁS DE LÍQUIDOS ENTRAN EN EL ESPACIO ARTICULAR GRAN NÚMERO DE CÉLULAS INFLAMATORIAS, DEPENDE DEL GÉRMEN CAUSAL Y LA FASE EN QUE SE ENCUENTRE LA INFECCIÓN. EL GRADO DE INFLAMACIÓN VARÍA DESDE UNA LEVE SINOVITIS E INFLAMACIÓN CAPSULAR HASTA UNA ARTRITIS PURULENTO DESTRUCTIVA.

DENTRO DE LOS MICROORGANISMOS Y ENFERMEDADES QUE PRODUCEN UNA INFECCIÓN YA SEA AGUDA O CRÓNICA DE LA ARTICULACIÓN - PODEMOS MENCIONAR BACILOS TUBERCULOSOS, HONGOS, ESTAFILOCOCOS ESTREPTOCOCOS, FIEBRE TIFOIDEA, LA ESCARLATINA, NEU

MONÍA, INFLUENZA, SARAMPIÓN, INFECCIONES GENOCÓCICAS, INFECCIONES GRANULOMATOSAS COMO SÍFILIS, TUBERCULOSIS, ACTINOMICOSIS, FIEBRE REUMÁTICA, SIENDO LAS MÁS DESTRUCTIVAS LAS ORIGINADAS POR GÉRMENES GRAMPOSITIVOS.

LA ANQUILILASIS, EN UNA SECUELA COMÚN DE LA ARTRITIS INFECCIOSA, TAMBIÉN ES SABIDO QUE SI ATACA A UN NIÑO EN CRECIMIENTO PUEDEN SER LESIONADOS LOS CENTROS DE CRECIMIENTO Y DA COMO CONSECUENCIA EL DESARROLLO Y CRECIMIENTO INCOMPLETO O DEFORME DE LOS CÓNDILOS Y LA MANDÍBULA.

28.- ARTRITIS REUMATOIDEA

LA ARTRITIS REUMATOIDEA ES UNA ENFERMEDAD GENERAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA, INCLUIDA EN LAS LLAMADAS ENFERMEDADES DEL COLÁGENO A CAUSA DE ALGUNAS SEMEJANZAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS CON OTRAS ENTIDADES DE ESTE GRUPO DEBIDO A SU COMPARABLE REACCIÓN A LOS COTRICOESTEROIDES.

ESTA ENFERMEDAD SE CARACTERIZA POR UNA INFLAMACIÓN CRÓNICA Y PROGRESIVA DE LAS ARTICULACIONES, ATROFIA DE LOS MÚSCULOS Y RAREFACCIÓN DE LOS HUESOS, RIGIDEZ, CREPITACIÓN.

EN EL CASO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR PUEDE PRESENTARSE BILATERALMENTE, EN DONDE SU FASE AGUDA SE APRECIA TUMEFACCIÓN HIPERSENSIBILIDAD, LA RIGIDEZ Y LA CREPITACIÓN SON MUY MOLESTAS, AL IGUAL QUE LA LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO, DOLOR ARTICULAR PROFUNDO QUE DISMINUYE A MEDIDA QUE LA ENFERMEDAD SE HACE CRÓNICA, LA RIGIDEZ AUMENTA, LA MALOCCLUSIÓN SE CARACTERIZA POR MORDIDA ANTERIOR ABIERTA, AL MOMENTO DE CERRAR LA BOCA, PODEMOS TOMAR ESTO COMO UN SIGNO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD.

ESTA ENFERMEDAD PUEDE ENCONTRARSE A CUALQUIER EDAD PERO - SE OBSERVA MÁS A MENUDO ENTRE LOS 20 Y 50 AÑOS, ALREDEDOR DEL 50% DE LOS CASOS OCURREN EN PERSONAS JÓVENES, SIENDO LAS MUJERES AFECTADAS 203 VECES MÁS QUE LOS HOMBRES.

EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA MANDIBULAR JUVENIL, LOS NIÑOS PRESENTAN UN TÍPICO VOGELGESICHT (PÉRFIL DE PÁJARO), ESCOTADERA BILATERAL EN LA UNIÓN DEL CUERPO CON LA RAMA DEL - MAXILAR INFERIOR Y MAL OCLUSIÓN DE LA CLASE II, DIVISIÓN I, SIENDO ESTA DEFORMIDAD PROGRESIVA.

A MEDIDA QUE PROGRESA EL PROCESO, PUEDE HABER APLANAMIENTO DEL CÓNDILO Y DE LA EMINENCIA ARTICULAR, REDUCCIÓN DEL MOVIMIENTO CÓNDIRAL A LA ABERTURA DE LA BOCA Y ANQUILOSIS FIBROSA U ÓSEA, SIENDO EL APLANAMIENTO DE LA CABEZA CONDILAR EL HALLAZGO RADIOGRÁFICO DE MÁS VALOR.

LAS ESCUELAS MÁS COMUNES DE ESTA ENFERMEDAD, SON: LUXACIÓN RECIDIVANTE, ALTERACIONES RADIOGRÁFICAS ACENTUADAS - DEMOSTRARON EN EMPAÑAMIENTO DEL ESPACIO ARTICULAR Y PINZAMIENTO DE LAS SUPERFICIES ARTICULARES; PUEDE PRODUCIRSE - ANQUILOSIS FIBROSA, RETRASANDO GRAVEMENTE EL MOVIMIENTO - DEL MAXILAR INFERIOR, LA DESTRUCCIÓN DE LA ARTICULACIÓN - REDUCE LA ALTURA VERTICAL Y PUEDE ORIGINAR UNA ABERTURA - ANTERIOR, EN CASOS GRAVES LA ARTRITIS REOMATOIDEA PRODUCE REABSORCIÓN COMPLETA DE LAS APOFISIS CONDILARES.

29.- OSTEOARTRITIS

ES LA ARTRITIS DEGENERATIVA, CONSIDERADA COMO UN TRASTORNO CASI UNIVERSAL DE LAS ARTICULACIONES EN PERSONAS DE - EDAD AVANZADA, SE DENOMINA TAMBIÉN OSTEOARTRITIS, ARTRITIS DEGENERATIVA, ARTRITIS HIPERTRÓFICA Y ARTRITIS SENIL.

CRÓNICA.

EN REALIDAD SE TRATA DE UN TRASTORNO DE INFLAMATORIO DE LAS ARTICULACIONES MÓVILES CARACTERIZADO POR DETERIORO Y ABSORCIÓN DE LAS SUPERFICIES ARTICULARES Y TAMBIÉN POR NEOFORMACIÓN ÓSEA EN LAS SUPERFICIES ARTICULARES.

ENTRE LAS ALTERACIONES HISTOPATOLÓGICAS MÁS PRECOZ DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN LA OSTEOARTRITIS, EN LA QUE SUFRE EL REVESTIMIENTO ARTICULAR, DEL CÓNDILO, EXISTIENDO UNA VARIACIÓN EN LA DISPOSICIÓN DE LAS CÉLULAS EN EL REVESTIMIENTO FIBROSO, CON APELOTAMIENTO DE CÉLULAS. ESTO VA SEGUIDO DE EROSIONES SUPERFICIALES QUE PROGRESAN HASTA ORIGINAR GRIETAS VERTICALES QUE SE EXTIENDEN DESDE LA SUPERFICIE DEL CÓNDILO HASTA EL HUESO SUBCORTICAL, LAS FISURAS HORIZONTALES ENTRE EL CARTÍLAGO Y EL HUESO PUEDEN DAR ORIGEN A LA FORMACIÓN DE FRAGMENTOS ÓSEOS, TAMBIÉN SE APRECIA DEGENERACIÓN DE LAS CÉLULAS CARTILAGINOSAS SUBARTICULARES, LOS INTENTOS DE REPARACIÓN PUEDEN CONDUCIR A LA EXOSTOSIS Y ENCONTRARSE ALTERACIONES DEGENERATIVAS DEL MENISCO, SE HAN OBSERVADO GRIETAS, FISURAS, HIALINIZACIÓN O CALCIFICACIÓN.

ENTRE LOS SIGNOS MÁS PALPABLES EN EL PACIENTE QUE PRESENTA ESTA ALTERACIÓN ENCONTRAREMOS QUE PUEDE QUEJARSE DE RIGIDEZ Y DOLOR LEVE EN PARTICULAR AL DESPERTAR, PUEDE PRESENTARSE UNA SUBLUXACIÓN CRÓNICA DEBIDO AL EXCESO DE MOVIMIENTO, AUNQUE RARA VEZ SE PRODUCE ANQUILOSIS.

PODEMOS ENCONTRAR QUE LA MUJER RESULTA AFECTADA CON MAYOR FRECUENCIA QUE LOS VARONES Y QUE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA OSTEOARTRITIS SON MENOS GRAVES EN EL CASO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN COMPARACIÓN DE LAS OTRAS ARTICULACIONES Y SIENDO LAS MÁS AFECTADAS LAS QUE SOPORTAN

ARTRITIS REUMATOIDEA

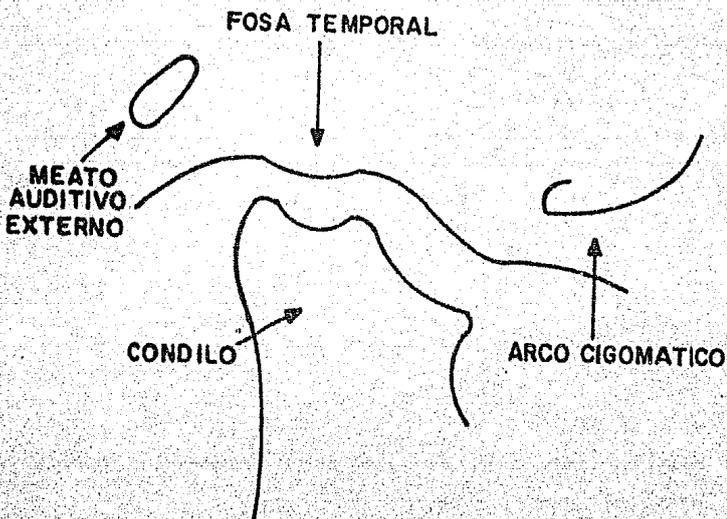


FIG. 7

OSTEODEGENERATIVA

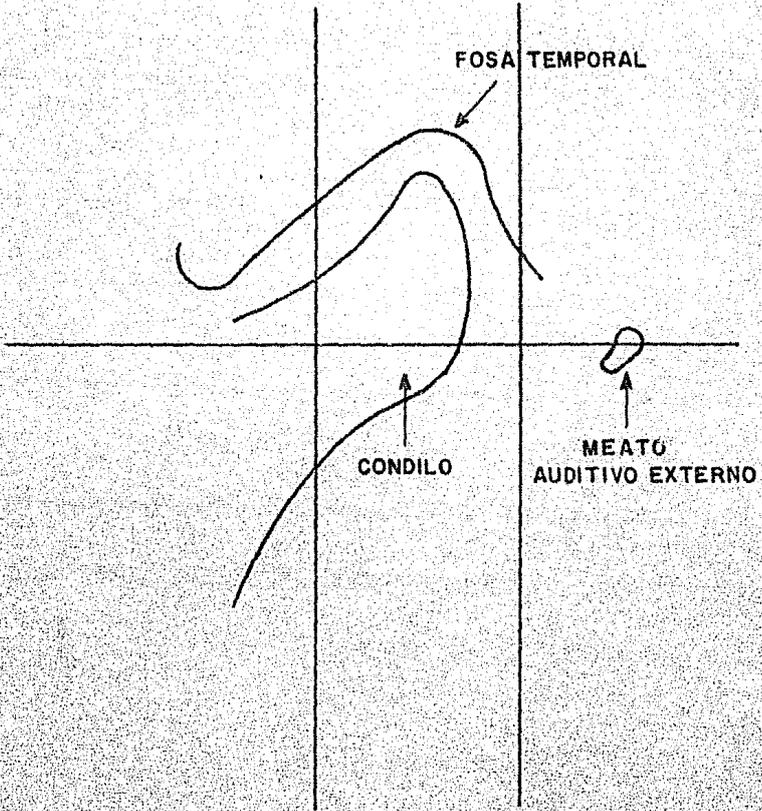


FIG. 8

GRAN PESO Y LAS EXPUESTAS A STREES.

30.- ANQUILOSIS

ESTE ES UN PROCESO DEBILITANTE QUE IMPLICA LA HIPOMOVILIDAD O INMOVILIDAD DE LA MANDÍBULA, SU ETIOLOGÍA ES VARIADA Y CON FRECUENCIA OSCURA; DICHA ANQUILOSIS PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL, INTRARTICULAR (VERDADERA) O EXTRARTICULAR (FALSA O SUDOANQUILOSIS), PUEDE SER FIBROSA - U ÓSEA, PARCIAL O COMPLETA, AUNQUE CON FRECUENCIA SE PRODUCE UNA COMBINACIÓN DE ESTAS FIBRAS.

DENTRO DE ESTAS VARIEDADES LA MÁS FRECUENTE ES LA ANQUILOSIS INTRARTICULAR, AUNQUE LA INMOVILIZACIÓN COMPLETA ES RARA AÚN EN PRESENCIA DE ANQUILOSIS ÓSEA BILATERAL.

EN EL CASO DE LA ANQUILOSIS UNILATERAL EL PUNTO MEDIO DE LA BARBILLA ES DESVIADA HACIA EL LADO AFECTADO CUANDO EL PACIENTE TRATA DE ABRIR LA BOCA, DICHA DESVIACIÓN ES EXAGERADA CUANDO EL CRECIMIENTO MANDIBULAR HA SIDO IMPEDIDO POR LA ANQUILOSIS, ESTANDO RELACIONADA LA GRAVEDAD DE LA DEFORMACIÓN CON LA DURACIÓN, GRADO Y EDAD DEL COMIENZO DE LA ANQUILOSIS ALCANZA NIVELES MÁS DRÁSTICOS CUANDO ES CON GÉNITA DICHA ENFERMEDAD.

EN LA ANQUILOSIS TOTAL SE APRECIA SOLO UN MOVIMIENTO MÍNIMO, EN LA PARCIAL EL PACIENTE PUEDE PROTEGER LIGERAMENTE SU MANDÍBULA EN LA ANQUILOSIS UNILATERAL PUEDE HABER UN LIGERO MOVIMIENTO HACIA EL LADO AFECTADO; ES CURIOSO QUE EL PACIENTE NO EXPERIMENTA DOLOR Y PRESENTA ESCASA DIFICULTAD PARA HABLAR PERO GRAN DIFICULTAD PARA COMER.

A CAUSA DE ESTA INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA LOS PACIENTES SUELEN PRESENTAR UNA HIGIENE ORAL DEFICIENTE, CAUSA - DE CARIES GRAVES Y RAMPANTES Y DE INTENSOS TRASTORNOS PARODONTALES AL IGUAL QUE PUEDEN ORIGINARSE UNA ATROFIA LA FIBROSIS DE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN COMO CONSECUENCIA DE LA INMOVILIDAD PROLONGADA DE LA MANDÍBULA.

EN EL CASO DE LACTANTES O NIÑOS EN LOS QUE SE HA DESARROLLADO UNA ANQUILOSIS, PRESENTAN GRAVES DEFORMACIONES FACIALES DEBIDAS AL EFECTO SOBRE LOS CENTROS DE CRECIMIENTO CONDILAR PRODUCIÉNDOSE CON MÁS FRECUENCIA MICROGNATIA.

ES MUY DIFÍCIL DISTINGUIR RADIOGRÁFICAMENTE LA ANQUILOSIS ÓSEA DE LA FIBROSA, EN LA ANQUILOSIS FIBROSA LA ARTICULACIÓN PUEDE PARECER NORMAL, O SER REEMPLAZADA POR HUESO - AMORFO ADHERIDO AL CRÁNEO POR ARRIBA Y A LA BASE DEL CUELLO DEL CONDILO SIN EMBARGO EN LAS ANQUILOSIS ÓSEAS PUEDE PRODUCIRSE LA TOTAL OBLITERACIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR - POR UNA AMPLIA MASA DE HUESO, INCLUYÉNDOSE LA ESCOTADURA MANDIBULAR Y LA APOFISIS CORONOIDES EN EL HUESO NUEVO.

EN EL MOMENTO DE HACER UNA DISECCIÓN DE UNA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON ANQUILOSIS, INTRARTICULAR SE APRECIABA UNA AFECTACIÓN ARTICULAR CON DESTRUCCIÓN DE MENISCO, APLANAMIENTO DE LA FCSA, ENGROSAMIENTO DE LA FOSA, ENGROSAMIENTO DEL CÓNDILO, FIJACIÓN DEL TEJIDO FIBROSO, ENCOGIMIENTO DE LA CÁPSULA CON PARCIAL O COMPLETA OBLITERACIÓN DE LA ARTICULACIÓN A LA FIJACIÓN Y OSIFICACIÓN DEL TEJIDO CICATRIZADO.

LA ANQUILOSIS FALSA O VERDADERA, PUEDE SER LA SECUELA DE GRAN NÚMERO DE PROCESOS QUE AFECTAN DE UNA U OTRA MANERA LA ARTICULACIÓN, SIENDO LAS CAUSAS ESPECÍFICAS, LESIONES OBSTÉTRICAS GENERALMENTE PRODUCIDAS POR EL FORCEPS QUE AL

MOMENTO DE AYUDAR A LA SALIDA DEL PRODUCTO ES APOYADO EN LAS PARTES LATERALES DEL CRÁNEO, ES CAUSA QUE LA PRESIÓN CAUSADA POR EL MISMO EXCEDA DE LO NORMAL LLEGA A PRODUCIR UNA HEMORRAGIA INTRARTICULAR, SIENDO UNA CAUSA POSTERIOR DE ANQUILOSIS, OTRO ACCIDENTE QUE SE SUCITA AL NACER ES - EL ROMPIMIENTO DE LAS PARTES ANATÓMICAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR POR PRESIÓN EN LA MANDÍBULA EN EL PARTO DE NALGAS, ESTOS CASOS SUELEN SER DIAGNOSTICADOS VARIOS MESES DESPUÉS DEL NACIMIENTO, OTRA CAUSA ES EL DEFECTUOSO DESARROLLO DURANTE LA VIDA INTRAUTERINA.

EL TRAUMATISMO Y LA INFECCIÓN SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ANQUILOSIS, LAS ESTADÍSTICAS REVELAN QUE UN 31% DE LAS ANQUILOSIS SON DEBIDAS A TRAUMATISMOS, 49% A PROCESOS INFECCIOSOS O INFLAMATORIOS Y EL 19% SON DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA, UN 1% A GOLPES DIRECTOS A LA ARTICULACIÓN DESPUÉS DEL NACIMIENTO.

LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA BARBILLA QUE FORZAN EL CÓNDILO CONTRA LA FOSA GLENOIDEA, LAS DEFECTUOSAS UNIONES DE LAS FRACTURAS CONDILEAS Y LAS COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS MALAS CIGOMÁTICAS PUEDEN DAR ORIGEN A VERDADERAS ANQUILOSIS ÓSEAS Y FIBROSAS, AL IGUAL QUE LAS HEMORRAGIAS - CONSECUTIVAS A FRACTURAS DE LA BASE DEL CRÁNEO, CON HEMORRAGIA DESDE EL HUESO TEMPORAL HASTA LA FOSA GLENOIDEA, - LA CONTUSIÓN DEL DISCO O LA DISTENSIÓN O DESGARRO DE LA CÁPSULA HAN PRODUCIDO ANQUILOSIS, AL IGUAL QUE HERIDAS TRAUMÁTICAS O LAS GRANDES EXCURSIONES.

ENTRE LAS LESIONES INFLAMATORIAS LOCALES QUE AFECTAN A LA ARTICULACIÓN TENEMOS LA ARTRITIS REUMATOIDE, ENFERMEDADES DE MARIE-STRUMPELL, CISTITIS INFECCIOSA DE LA ARTICULACIÓN, LAS LESIONES INFLAMATORIAS SECUNDARIAS DE NATURALEZA LO-

CAL INCLUYEN LA OTITIS MEDIA, LA MASTOIDITIS, OSTEOMELITIS DEL HUESO TEMPORAL O DEL CÓNDILO, ABSCESO PAROTIDEO, LA AC TINIMICOSIS, TUBERCULOSIS, ESCARLATINA, SIFILIS TERCIARIA, INFECCIÓN ESTREPTOCOCCICA Y GONORREA.

EL TRISMUS DE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN PUEDE SER - UNA CAUSA DE LA LLAMADA ANQUILOSIS INTRARTICULAR, SIENDO LA CAUSA DE ESTE ESPASMO ENFERMEDADES INFLAMATORIAS O INFECCIOSAS DE LA PORCIÓN POSTERIOR DE LA MANDÍBULA, EN EL TÉTANOS, TRASTORNOS DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS, ENFERMEDADES DE 5 N.C. O DE LA ADMINISTRACIÓN DE FARMACOS COMO LA FENOTIACINA.

EL EXAMEN CLÍNICO REVELA DIFICULTAD PARA COMER, HABLAR Y MANTENER LA HIGIENE DE LA BOCA, LA FALTA DE MOVIMIENTO O LA REDUCCIÓN DE ÉSTE SE ADVIERTE FÁCILMENTE, SE COLOCA - UN DEDO EN CADA CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO O SOBRE LA ARTICULACIÓN POR DELANTE DEL TRAGO.

CUANDO EL COMIENZO DE LA ANQUILOSIS TUVO LUGAR EN LA LACTANCIA O INFANCIA, LA DEFORMIDAD DE LA MANDÍBULA SUELE - SER EVIDENTE; EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEBE INCLUIR CADA UNO DE LOS FACTORES CASUALES PREVIAMENTE DESCRITOS Y OTROS NUMEROSOS FACTORES, INCLUYENDO DIVERSAS LESIONES - EXTRARTICULARES, QUE PUEDEN SER TAMBIÉN RESPONSABLES DE LA INCAPACIDAD PARA ABRIR LA BOCA.

EL PRONÓSTICO EN LA ANQUILOSIS ES FAVORABLE, PUEDEN ORIGINARSE RELACIONADAS CON LAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS, (FIG. No. 9).

31.- TUMORES BENIGNOS

LOS TUMORES DE LOS TEJIDOS QUE COMPRENDEN LA ARTICULACIÓN SON INFRECENTES, PUEDEN SURGIR DENTRO DEL HUESO DEL CÓNDILO O FOSA ARTICULAR, CÁPSULA ARTICULAR O DISCO ARTICULAR.

LOS CASOS ENCONTRADOS DE TUMORES BENIGNOS O MALIGNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR HA ILUSTRADO CLARAMENTE QUE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS REFERIBLES A ESTAS NEOPLASIAS SIMULAN LOS DEL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN,

EN LA LITERATURA SE ENCUENTRAN DESCRITOS VARIOS TUMORES BENIGNOS, NO TODOS LOS CUALES SON VERDADERAS NEOPLASIAS, ALGUNOS SON SIN DUDA EJEMPLOS DE HIPERPLASIAS, AUNQUE LA DIFERENCIACIÓN ENTRE OSTEOMA VERDADERO E HIPERPLASIA UNILATERAL DEL CÓNDILO NO SE HA EFECTUADO EN TODOS LOS CASOS.

LAS NEOPLASIAS PROCEDEN DEL CARTÍLAGO OCURREN RARAS VECES EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR; ESTAS SON EL CONDROMA CONDRÓBLASTOMA Y EL OSTECONDROMA.

OTRO TIPO DE TUMORES ENCONTRADOS CON MENOR FRECUENCIA SON EL FIBROMIXOMA, MIXOMA OSIFICANTE, GRANULOMA REPARADOR DE CÉLULAS GIGANTES, HEMANGIOMA, LA CONDROMATOSIS SINOVIAL Y EL TUMOR GLÓMICO, ESTAS LESIONES SUELEN DESARROLLARSE LENTAMENTE PERO PRODUCIENDO DEFORMIDADES EN LA PARTE ANTERIOR DEL OÍDO. LOS EFECTOS FUNCIONALES, POR LO GENERAL NO SE APRECIAN HASTA UNA FASE TARDÍA DEL DESARROLLO DEL TUMOR PERO EL AGRANDAMIENTO PROGRESIVO PUEDE PRODUCIR DOLOR.

ANQUILOSIS

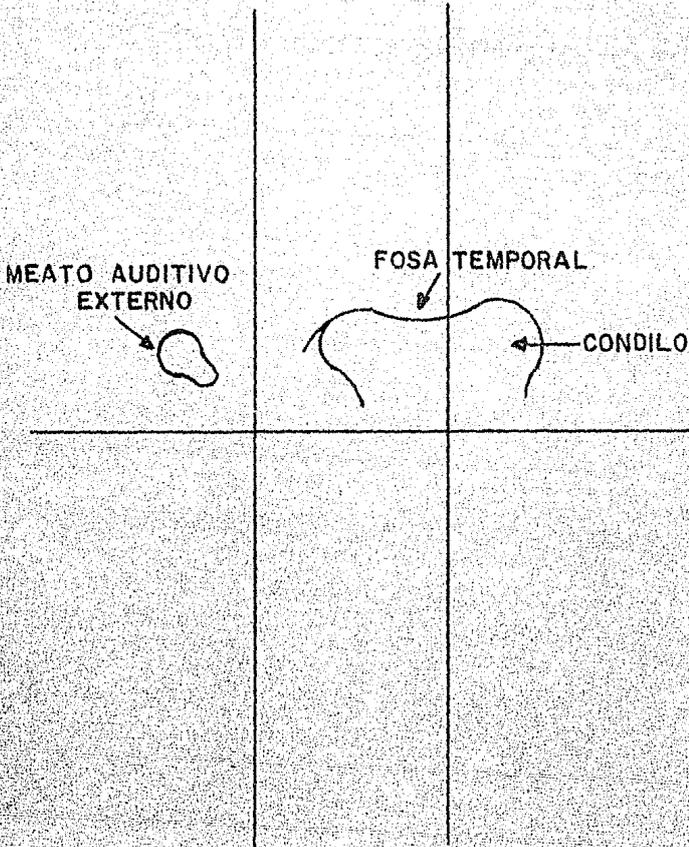


FIG. 9

CHASQUIDOS, DESPLAZAMIENTO DE LA MANDÍBULA HACIA EL LADO NO AFECTADO AL MOMENTO DE ABRIR Y HABER OCLUSIÓN DEFECTUOSA.

RADIOGRÁFICAMENTE PUEDE OBSERVARSE LA LOCALIZACIÓN, TAMAÑO, FORMA Y CARÁCTER LÍTICO Y OSTEOGÉNICO DE LA LESIÓN.

EL DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS ARTICULARES BENIGNAS SE BASA EN LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y RADIOGRÁFICOS Y EN LOS RESULTADOS DE LA BIOPSIA AUNQUE ESTAS ÚLTIMAS TIENE UN GRADO DE DIFICULTAD, ELEVADO, PERO SE CONSIGUE FÁCILMENTE - MEDIANTE UN TRÉPANO.

ES IMPORTANTE QUE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEBE SER DETALLADO CON EL PROPÓSITO DE IR EXCLUYENDO LAS ENTIDADES PATOLÓGICAS ANTES DESCRITAS, PARA NO CONFUNDIR UN DIAGNÓSTICO Y PROVOCAR UN DAÑO IRREVERSIBLE.

PODEMOS SEÑALAR QUE LA HIPERPLASIA CONDILAR UNILATERAL - ES DE COMIENZO RÁPIDO, LAS NEOPLASIAS BENIGNAS SUELEN - AUMENTAR DE TAMAÑO GRADUALMENTE EN EL CASO DEL OSTEOMA - SE CARACTERIZA POR UNA EXPANSIÓN, GLOBULAR DEL CÓNDILO - MÁS QUE POR UNA ENLONGACIÓN TAL COMO SE OBSERVA EN LA HIPERTROFIA U OSTEOSARCOMA.

32.- TUMORES MALIGNOS

DEBIDO A LA RAREZA DE ENCONTRAR UN TUMOR MALIGNO EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, SE HAN CONSIDERADO EXTENSIONES PRIMARIAS DIRECTAS DE NEOPLASIAS LOCALES PARTICULARMENTE PAROTIDEAS O METASTASIS A PARTIR DE FOCOS DISTANTES.

LOS TUMORES MALIGNOS PRIMARIOS SON EXTREMADAMENTE RAROS, ENTRE ELLOS PODEMOS MENCIONAR, EL CONDROSARCOMA, SARCOMA, SINOVIAL Y FIBROSARCOMA DE LA CÁPSULA ARTICULAR.

EL TUMOR MALIGNO QUE MÁS FRECUENTEMENTE AFECTA LA PORCIÓN POSTERIOR Y LA RAMA DE LA MANDÍBULA ES EL MELOBLASTOMA, APROXIMÁNDOSE AL CUELLO DEL CÓNDILO PERO RARA VEZ DESTRUYE HUESO EN ESTA ZONA. EL CÓNDILO POR LO GENERAL, PERO NO SIEMPRE PERMANECE INTACTO INCLUSO EN PRESENCIA DE GRANDES LESIONES DESTRUCTIVAS. DE FORMA SIMILAR, LOS CARCINOMAS QUE SURGEN EN LA TERCERA REGIÓN MOLAR, SON CARACTERÍSTICAMENTE INFILTRATIVOS RARAMENTE AFECTAN EL CÓNDILO.

EN OCASIONES, LOS CARCINOMAS METASTATIZAN AL CÓNDILO MANDIBULAR Y LO DESTRUYEN, VIENEN DE TUMORES EN LA MEJILLA, EL ÚTERO, LA MAMA, CORCINOMA DE CÉLULAS DE TRANSICIÓN, ADENOCARCINOMA METASTÁSICO DE ORIGEN DESCONOCIDO Y EL MELANOMA MALIGNO QUE SE ORIGINA EN EL DEDO GORDO DEL PIÉ.

LOS PACIENTES QUE SUFREN DE ESTA ALTERACIÓN CELULAR MANIFIESTAN TUMEFACCIÓN PREAURICULAR Y DOLOR PREARTICULAR AGUDO ASÍ COMO HIPERSENSIBILIDAD A LA PRESIÓN, EL DIAGNÓSTICO DEBE BASARSE EN LA BIOPSIA POR EXSICIÓN.

33.- ENFERMEDADES VARIAS

EN VISTA QUE LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES O TRASTORNOS QUE AFECTAN LA ARTICULACIÓN HAN SIDO TRATADOS CON GRAN DETALLE EN ESTE CAPÍTULO, TRATAREMOS DE HACER MENCIÓN DE ALGUNAS ENFERMEDADES AISLADAS QUE POR UNA U OTRA RAZÓN TRASTORNAN, LESIONAN O ALTERAN LA FUNCIÓN ANATÓMICA O SA

LUD DE ESTA ARTICULACIÓN.

EL RAQUITISMO RENAL (HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO) PUEDE DAR ORIGEN A UNA ALTERACIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA MANDÍBULA Y DEL CÓNDILO OTRA DE ELLAS ES EL CASO DE LAS ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN. LA ACROMEGALIA PUEDE IR ASOCIADA CON ASTROPATÍA, DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR SIENDO MUY CARACTERÍSTICO EL CRECIMIENTO CONDILAR Y LA PROYECCIÓN DE LA MANDÍBULA HACIA ADELANTE, HABIENDO UNA NEOPROLIFERACIÓN BILATERAL EN MUCHAS PARTES DE LA MANDÍBULA POR EJEMPLO: LA APÓFISIS CORONOIDES SE AGRANDA, LA OSTEITIS DEFORMANTE O ENFERMEDAD DE PAGET AFECTA LA ARTICULACIÓN Y PRODUCE UN EXCESIVO CRECIMIENTO CONDILAR PARECIDO AL QUE SE PRODUCE EN LA ACROMEGALIA.

OTRAS ENFERMEDADES QUE PODEMOS CITAR SON LA Distrofia -- MIOTÓNICA, ESCLEROSIS LATERAL, NEUROSIFILIS TERCIARIA, EPIDERMOLISIS AMPOLLAR Distrofica, PSORIASIS, ARTRITIS EN GENERAL ESTAS ENFERMEDADES PRESENTAN SÍNTOMAS COMO: DOLOR ARTICULAR, DOLOR INTERFALÁNGICO SACROILIACO, VÉRTIGO OCULARES Y VAGALES.

34.- SINDROME DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

ESTA ES TAL VEZ LA ALTERACIÓN MÁS COMÚN, LA MÁS DISCUTIDA Y CONFUSA Y LA QUE SE HA PRESTADO PARA QUE DIFERENTES AUTORES LA DESCRIBAN A SU MANERA EN BASE A SUS ESTUDIOS PARTICULARES DE DICHA ENFERMEDAD; PRUEBA DE ELLO ESTA LA GRAN VARIEDAD DE NOMBRES QUE SE LE HA DADO.

UNOS LA HAN LLAMADO SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DOLOROSA, DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, OTROS, LESIÓN CRÓNICA DEL MENISCO, SÍNDROME DE COSTEN, ARTICULACIÓN CHASQUEANTE, ARTRITIS TRAUMÁTICA CRÓNICA. TODOS ESTOS TÉRMINOS HAN SIDO UTILIZADOS PARA DESIGNAR EL SÍNDROME, REFLEJADO A MENU DO LA ETIOLOGÍA PREFERIDA POR EL AUTOR.

LA LITERATURA EN ESPECIAL EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS RELACIONADA CON EL COMPLEJO SINTOMÁTICO DE CREPITACIÓN, DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD, DOLOR PREAURICULAR Y ARTICULAR, DOLOR AL MOVIMIENTO, CEFALEAS, HIPERSENSIBILIDAD DE LAS ARTICULACIONES A LA PALPACIÓN.

SÍNTOMAS CEFÁLICOS NASOFARÍNGEOS HAN SIDO CONTRADICTORIOS Y CONFUSOS. ES EVIDENTE QUE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, LOS MÚSCULOS DE LA ARTICULACIÓN Y LA DENTICIÓN FORMAN UN SISTEMA MUTUAMENTE INTERDEPENDIENTE Y LAS ALTERACIONES ORGÁNICAS O INTENCIONALES EN CUALQUIERA DE LOS COMPONENTES DEBE AFECTAR A LOS OTROS.

EN CASI TODOS LOS ESTUDIOS QUE SE HAN REALIZADO SOBRE ESTA ALTERACIÓN SE HA ENCONTRADO QUE ENTRE EL 80 Y EL 90% DE LOS CASOS LOS AFECTADOS ERAN MUJERES Y LO ATRIBUYEN A QUE LAS MUJERES ERAN MÁS SENSIBLES A LOS SÍNTOMAS Y ACUDÍAN AL MÉDICO CON MÁS FRECUENCIA QUE EL HOMBRE.

SOBRE LA EDAD PODEMOS DECIR QUE SE HAN COMUNICADO PACIENTES DE 6 AÑOS, 11 AÑOS Y DE MÁS DE 70 AÑOS PERO SE SABE CON CERTEZA QUE LA EDAD PROMEDIO ES DE 40 AÑOS.

LOS SÍNTOMAS MÁS CONSTANTES DEL SÍNDROME SON DOLOR EN LA ARTICULACIÓN PUESTO DE MANIFIESTO ESPECIALMENTE HACIENDO PRESIÓN SOBRE ELLA, O MEDIANTE EL MOVIMIENTO DE LA MANDÍBULA, Y EL CHASQUIDO O CHIRRIDO DURANTE EL MISMO.

THOMSON ESTUDIÓ A 100 PACIENTES CON ESTA ALTERACIÓN DONDE ENCONTRÓ QUE 59 DESCRIBIERON DOLOR SORDO EN LA REGIÓN ARTICULAR DOLOR QUE EN 47 PACIENTES DE ELLOS ERA UNILATERAL, DICHO DOLOR POR LO GENERAL DERIVA UNA O DOS HORAS, LA LIMITACIÓN DE LA ABERTURA A RIGIDEZ ERA APRECIADA POR 35 PACIENTES TAMBIÉN ENCONTRO DOLOR AL ABRIR AMPLIAMENTE, Y DOLOR AL PRESIONAR LA ARTICULACIÓN EN 63 PACIENTES, EN 17 HABÍA RIGIDEZ DE LA ARTICULACIÓN POR LA MAÑANA.

ASÍ COMO THOMSON, POSSELT, PUBLICÓ INVESTIGACIONES DONDE ENCONTRÓ CHASQUIDOS DE LA ARTICULACIÓN AL EFECTUAR MOVIMIENTOS, LIMITACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS, DOLOR EN LOS OÍDOS O ALREDEDOR DE ELLOS, DOLOR AL EFECTUAR MOVIMIENTOS, CEFALEAS, HIPERSENSIBILIDAD A LA PALPACIÓN, SE ENCONTRÓ CON MENOS FRECUENCIA EXCESIVO MOVIMIENTO MANDIBULAR, LÍGERA SORDERA CENTRAL, DOLOR EN ESE VÉRTICE, O EN LAS REGIONES POSTARTICULARES Y NEURALGIAS EN LAS REGIONES MANDIBULARES O CONDILARES.

EN LOS ESTUDIOS MACROSCÓPICOS Y MICROSCÓPICOS, EL MENISCO SE DESPLAZÓ ANTERIORMENTE Y SE OBSERVARON DESGARRES TRANSVERSOS Y DESGARRES EN SU PUNTO DE ADHERENCIA, TAMBIÉN SE OBSERVÓ ROTURA, DISLOCACIÓN Y OCLUSIÓN DEL DISCO, MICROSCÓPICAMENTE LOS DISCOS MOSTRARON ALTERACIONES DEGENERATIVAS CON ALARGAMIENTO DEL TEJIDO CONECTIVO CAPSULAR Y PÉRDIDA DE LA ADAPTACIÓN DEL DISCO AL CÓNDILO Y DESGASTE DE LA SUPERFICIE ARTICULAR CONDILAR.

EN REALIDAD LA BASE DE LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME ES OSCURO, PERO NUMEROSAS HIPÓTESIS HAN ESTADO EN BOGA EN DIFERENTES MOMENTOS SIENDO LAS ESENCIALES LAS SIGUIENTES:

- 1.- EXCESIVO CIERRE DE LA MANDÍBULA,
- 2.- ANOMALÍAS DE LA OCLUSIÓN,
- 3.- ALTERACIONES INTERNAS DE LA OCLUSIÓN,
- 4.- ESPASMOS DE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN,

LAS DIFERENTES OPINIONES SUELEN NO REFLEJAR CLARAMENTE - LOS DISTINTOS MECANISMOS, SON MÁS BIEN LA IMPORTANCIA DE UNO U OTRO COMPONENTE.

OTROS AUTORES EN UN INTENTO POR PONER EN CLARO UNA BASE - ETIOLÓGICA Y PATOGENICA DEL SÍNDROME LO HAN ESTUDIADO DOCUMENTALMENTE, ATRIBUYENDO EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME A LA DISARMONÍA DE LA OCLUSIÓN, TALES COMO LA - INTERFERENCIA DE LAS CÚSPIDES DURANTE EL MOVIMIENTO DE LA MANDÍBULA, LA DISMINUCIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL ENTRE LAS APÓFISIS ALVEOLARES, LAS RESTAURACIONES DENTALES INADECUADAS CONTORNEADAS, LAS PRÓTESIS DENTALES DEFICIENTES, LA MAL OCLUSIÓN, ETC.

LA IMPORTANCIA DE LA OCLUSIÓN EN LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DEL SISTEMA MASTICATORIO Y LA POSIBILIDAD DE UNA ACCIÓN MUSCULAR Y ARTICULAR INCOORDINADA RESULTANTE DE DISARMONÍAS EN LA OCLUSIÓN YA HA SIDO RECALCADO.

EL APOYO DE LA BASE OCLUSIVA DEL DOLOR DE LA DISTENSIÓN - HA DESCANSADO EN:

- 1.- EL HALLAZGO COMÚN DE DESVIACIONES OCLUSORIAS MENORES O MENOS FRECUENTEMENTE, MAYORES DE LO NORMAL EN PACIENTES SINTOMÁTICOS.

2.- ALIVIO INICIAL DE LOS SÍNTOMAS TRÁS EL EQUILIBRIO DE LA OCLUSIÓN.

EL BRUXISMO, LA DEFECTUOSA OCLUSIÓN Y LA MASTICACIÓN UNILATERAL SON FACTORES ETIOLÓGICOS DE GRAN IMPORTANCIA Y - LOS DE MAYOR INTERÉS.

EL MECANISMO A TRAVÉS DEL CUAL SE PRODUCE EL DOLOR ES - TAMBIÉN POCO CLARO SE HA SUGERIDO QUE LA PRESIÓN SOBRE: - LOS VASOS DEL DISCO SE TRASMITE A SU PORCIÓN POSTERIOR, - QUE ES AMPLIAMENTE VASCULAR Y RICAMENTE INERVADO, EL -- AUMENTO DE LA PRESIÓN EN ESTA ZONA ORIGINA DOLOR EN ESTA ZONA, EL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO SE ENCUENTRA SIEMPRE EN ESPASMO, DICHO ESPASMO ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL AL DOLOR PRODUCIDO.

PODEMOS MENCIONAR ALTERACIONES GENERALES QUE PRODUCEN -- SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBU--LAR, GONORREA, ARTRITIS REUMATOIDE, OSTEOARTRITIS Cerva--TIS INESPECÍFICA, SARCOMA DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO, FI--BROSIS DEL MÚSCULO MASETERO, AMIGDALITIS, PAROTIDITIS, AL--TERACIONES DEL OÍDO MEDIO, FRACTURA ANTIGUA DEL CÓNDILO Y DE LA APÓFISIS MALAR, MIGRAÑA, CEFALEA, NEURALGÍAS ATÍPI--CAS O ESFENOPALATINAS.

PODEMOS CONSIDERAR CRITERIOS COMO LOS DE MAYOR IMPORTAN--CIA EN EL DIAGNÓSTICO DE ESTE SÍNDROME:

- 1.- CONOCIMIENTO DEL SÍNDROME Y SU CONSIDERACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DEL DOLOR FACIAL.

- 2.- LIMITACIÓN DE LA FUNCIÓN MANDIBULAR CON AUMENTO DEL DOLOR AL INTENTAR ESTIRAR LOS MÚSCULOS ELEVADORES DE LA MANDÍBULA.
- 3.- CAPACIDAD PARA PALPAR ZONAS INUSITADAS DOLOROSAS EN UNO O MÁS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN.
- 4.- DEMOSTRACIÓN DE LA ANSIEDAD O HÁBITOS DE ANSIEDAD DEL PACIENTE TALES COMO BRUXISMO O APRETAMIENTO.

CON EL PROPÓSITO DE ABORDAR EN UNA RELACIÓN TAN ESTRECHA QUE EXISTE ENTRE EL FONDO PSICOLÓGICO Y EL CUADRO CLÍNICO DE ESTE SÍNDROME HEMOS DEDICADO UN RENGLÓN ESPECIAL A ESTE TEMA.

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN ESTE SÍNDROME SON MUJERES DE MENOS DE 40 AÑOS DE EDAD, CON UNO O MÁS HÁBITOS BUCALES Y PUEDEN TENER DISCREPANCIAS DE OCLUSIÓN, EN LA HISTORIA CLÍNICA MUCHAS VECES GUARDA RELACIÓN EL TRASTORNO CON EL PROBLEMA EMOCIONAL Y SIGNO CLÍNICO DE TENSIÓN Y NERVIOSISMO.

LA PACIENTE PUEDE ATRIBUIR EL FENÓMENO A EXCESO DE TRABAJO EN SU CASA CON LOS NIÑOS, DIFICULTADES EN EL MATRIMONIO PREOCUPACIONES A CERCA DE ELLA MISMA O SUS PARIENTES, SALUD DUELO POR UNA MUERTE RECIENTE O UNA TRAGEDIA, PROBLEMAS FINANCIEROS, FRUSTRACIONES RELACIONADAS CON LAS DIFICULTADES DE LA VIDA DIARIA.

EN MUCHOS CASOS LOS SÍNTOMAS EXISTEN DURANTE SEMANAS, INCLUSO MESES O AÑOS.

EL TRATAMIENTO DE ESTE CUADRO CLÍNICO ES VARIABLE PERO SE HA ESTABLECIDO UN PATRÓN CON EL PROPÓSITO DE DISMINUIR - LAS MOLESTIAS FÍSICAS Y COMBATIR A BASE PSICONEURÓTICA - QUE EXISTE EN CASO DE ENCONTRARLA.

PODEMOS INICIAR LA VIDA EMOCIONAL Y CUIDADO DE LA PERSONA LIDAD, MUCHAS VECES EL PACIENTE CON DISFUNCIÓN DOLOROSA - HA VISTO DIVERSOS ESPECIALISTAS ANTES DE IR AL CONSULTO-- RIO DEL DENTISTA, AL MOMENTO DE LLEGAR AL CONSULTORIO EL PACIENTE ESTÁ MUY DESILUSIONADO, DESALENTADO Y PERTURBA-- DO.

PARA TRATAR A ESTE PACIENTE HAY QUE TENER UN DESEO SINCE-- RO DE AYUDARLO CON CIERTA COMPENSIÓN Y COMPASIÓN, ESTO - NO PUEDE LOGRARSE EN UN AMBIENTE DE RUIDO, PRISA Y CONFU-- SIÓN.

ESCUCHE LOS PROBLEMAS QUE PLANTEA EL PACIENTE, OFRÉZCALE LA OPINIÓN CON SINCERIDAD Y EFECTÚESE EL TRATAMIENTO CON EFICACIA, CONFIANZA, POSITIVO, DIRECTO Y ENÉRGICO.

EL ASEGURAR AL PACIENTE EN FORMA TRANQUILA EL DESEO DE - AYUDAR A RESOLVER SU PROBLEMA CUBRIRÁ UNA NECESIDAD BÁSI-- CA Y PERMITIRÁ QUE EL INDIVIDUO SUPRIMA O DISMINUYA MÁS - FÁCILMENTE LA TENSIÓN Y LA ANSIEDAD.

UNA MANO AMIGA, UNA PALABRA AMABLE, UNA DIRECCIÓN FIRME, CUALQUIER ACTO, DE HECHO QUE GANE LA CONFIANZA DE DICHO - PACIENTE PUEDE LOGRAR DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD Y EN CON-- SECUENCIA, REDUCIR Y A VECES INCLUSO ELIMINAR LOS SÍNTO-- MAS MÁS MOLESTOS.

HAY QUE EXPLICARLE AL PACIENTE, QUE TIENE UNA ENFERMEDAD BIEN CONOCIDA Y QUE NO PONE LA VIDA EN PELIGRO, ADEMÁS - HAY QUE AFIRMARLE CON CONFIANZA QUE LA INMENSA MAYORÍA DE PACIENTES CON ESTE PADECIMIENTO SE CURAN.

SIN EMBARGO, EL DENTISTA DEBE TENER PRESENTE SUS PROPIAS LIMITACIONES CUANDO LOS FACTORES PSICOFISIOLÓGICOS SON - GRAVES AL MANDARLO A UN PSIQUIATRA QUIZÁS SEA LO MEJOR EN ALGUNOS CASOS AUNQUE HAY QUE HACERLO CON MUCHO TACTO.

SABEMOS QUE ESTE SÍNDROME INCLUYE ESPASMOS O FATIGA DE - MÚSCULOS TALES COMO MASTICADORES O ESTABILIZADORES CRANEALES, PODEMOS ENVIAR RELAJANTES MUSCULARES PARA AYUDAR A - ELIMINAR ESTE PROBLEMA EN ESPECIAL PUEDE SER ÚTIL EL -- EMPLEO DE UN PULVERIZANTE REFRIGERANTE COMO CLORURO DE - ETILO O FLUOROMETANO A LO LARGO DEL TRAYECTO DE LAS FIBRAS MUSCULARES PARA SUPRIMIR EL ESPASMO CÍCLICA DE LA MISMA, LOS MÚSCULOS QUE MÁS FÁCILMENTE PUEDEN SOMETERSE A PULVE- RIZACIÓN SON EL TEMPORAL Y EL MASETERO, LA TÉCNICA SE - EMPLEARÁ CON EL PACIENTE ABRIENDO Y CERRANDO LA BOCA LEN- TAMENTE CON AMBOS OJOS CUBIERTOS, ESTA PULVERIZACIÓN RE-- FRIGERANTE PUEDE RELAJAR LOS MÚSCULOS Y LOGRAR ALIVIO DEL SÍNTOMA.

PODEMOS AYUDAR A ELIMINAR EL DOLOR CON LA INYECCIÓN LOCAL DE XILOCAÍNA AL 2% SIN ADRENALINA EN ZONAS MUSCULARES, ES TO SOLO REQUIERE DE 1 A 1.5 ML., DE SOLUCIÓN INYECTADA.

EL CALOR HÚMEDO DE LOS DOS LADOS DE LA CARA Y CUELLO O - AMBOS DURANTE 10 MINUTOS TRES VECES AL DÍA QUE AYUDA A RE LAJAR EL MÚSCULO TEMPORAL Y MASETERO.

PODEMOS AYUDAR CON LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS COMO MEPROBANATO DE 400 MG., TRES VECES AL DÍA DURANTE DOS SEMANAS, REPITIENDO UNA O DOS VECES EL TRATAMIENTO, MEPROSPAN EN CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE 200 MG., DOS VECES AL DÍA DURANTE DOS SEMANAS.

DEBEMOS RECORDAR COMO DATO IMPORTANTE NUNCA ENVIAR DERIVADOS DE LA FENOTIACINA NI DE LA PROCLOROPERACINA, PARA EVITAR POR LO POSIBLE EFECTOS SECUNDARIOS EXTRAPIRAMIDALES Y TETANIFICANTES.

MUCHAS VECES INTERESA ESTABLECER UN EQUILIBRIO NEUROMUSCULAR PARA SUPRIMIR LA DESVIACIÓN, LA LIMITACIÓN, DE LA ABERTURA O EL CHASQUIDO CON AYUDA DE LA FISIOTERAPIA ASÍ PODEMOS FACILITAR LA TRACCIÓN Y DISMINUIR EL ESPASMO Y COORDINAR LAS ACTIVIDADES MUSCULARES.

EL EJERCICIO MUSCULAR DEBE IR PRECEDIDO DE UN PERIÓDO DE CALENTAMIENTO, ESTO INCLUYE APLICACIÓN DE CALOR HÚMERO (DIATERMIA) Y MOVIMIENTOS SIMPLES DE ABERTURA Y CIERRE RÍTMICOS.

TODO ESTO DISMINUIRÁ LA POSIBILIDAD DE FATIGA MUSCULAR, RECOMENDÁNDOSE QUE ESTOS EJERCICIOS SE HAGAN DELANTE DE UN ESPEJO PARA PERMITIR EL CONTROL VISUAL COMPLETO, EN CASO DE QUE HALLA DESVIACIÓN IMPORTA CONTROLAR LA ABERTURA DE LA BOCA EN RELACIÓN DE LA LÍNEA MEDIA UTILIZANDO UN DEDO PARA GUÍAR LA MANDÍBULA.

EL CHASQUIDO POR EL DESEQUILIBRIO DE LAS PORCIONES SUPERIOR E INFERIOR DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO O DEPENDIENTE DEL DESLIZAMIENTO DEL CÓNDILO Y DISCO POR DELANTE DE LA EMINENCIA, SUELE PODERSE SUPRIMIR, CON EJERCICIOS COORDINADOS, ESTO SE LOGRA COLOCANDO EL PACIENTE LA LEN--

GUA MUY ATRÁS EN EL PALADAR Y ABRIENDO LENTAMENTE HASTA UNA POSICIÓN MÁS COMODA MÁXIMA, DADO EL CARÁCTER DEL MOVIMIENTO LIMITA LA TRASLACIÓN EXCESIVA DEL CÓNDILO Y CONTRIBUYE LA ÚNICA POSICIÓN EN LA CUAL ESTÁ COMPLETAMENTE EXTENDIDO EL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO; REPITIENDO ESTE EJERCICIO DE ENTRENAMIENTO MUSCULAR DURANTE 2 Ó 3 MINUTOS TRES VECES AL DÍA SE LOGRA ESTABLECER LA ACTIVIDAD MUSCULAR EQUILIBRADA.

LA FISIOTERAPIA MUSCULAR PARA DISMINUIR LA LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO DE LA MANDÍBULA SE UTILIZA UN EJERCICIO DE TRACCIÓN, ESTO SE PRÁCTICA ABRIENDO Y CERRANDO LENTAMENTE LA BOCA DURANTE LOS DOS PRIMEROS MINUTOS, AL TERCER MINUTO SE INTENTA PONER EN TENSIÓN LIGERAMENTE LA ABERTURA DE LA MANDÍBULA; PUEDE SER ÚTIL ABRIR LA BOCA CONTRA UNA FUERZA COMO LA QUE SE LOGRA APLICANDO PRESIÓN MODERADA DEBAJO DE LA BARBILLA CON EL PUÑO O MANO ABIERTA, ESTO ESTIMULA A LA RELAJACIÓN DE LOS MÚSCULOS OCLUSORES, MASETERO, TEMPORAL Y PTERIGOIDEO EXTERNO.

EN CASO DE LA UTILIZACIÓN DE ACUPUNTURA SE SABE QUE HA SIDO PARTICULARMENTE UTILIZADA EN SITUACIONES EN LAS CUALES YA SE HAN AGOTADO TODOS LOS DEMÁS MEDIOS PARA COMBATIR EL DOLOR.

CUANDO LA OCLUSIÓN ES FACTOR CAUSAL PRINCIPAL INTERESA SUPRIMIR LO ANTES POSIBLE LAS INTERFERENCIAS, ESTA SE MANIFIESTA POR LA PROMINENCIA DEL DIENTE QUE FUERZA LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES AL MÁXIMO DE LA CÚSPIDE DESPUÉS DE UN CONTACTO INICIAL CON EL DIENTE EN EXTRUCCIÓN.

TAMBIÉN UNA INTERFERENCIA LATERAL, EVITANDO QUE LOS MÚSCULOS DE CIERRE LLEVEN LA PARTE DE TRABAJO EN CONTACTO PARA ACTUAR, REQUIERE QUE ESTOS MÚSCULOS SIGAN CONTRAYÉNDOSE Y

PUEDE SER PARTE FUNDAMENTAL DEL DOLOR MIOAPONEURÓTICO EN EL LADO QUE TRABAJA TAMBIÉN LAS INTERFERENCIAS DE PROTUCIÓN DENTAL POSTERIOR Y EL CONTACTO UNILATERAL SON AGENTES CAUSANTES PRIMARIOS.

SE CONSIDERA EXTREMADAMENTE IMPORTANTE INSISTIR EN QUE LA CORRECCIÓN DE LA OCLUSIÓN YA SEA CON RESTAURACIONES, ORTODONCIA O TRABAJO DE MOLIDO AMPLIO, SOLO PUEDE LOGRARSE EN LA BOCA QUE NO PRESENTA SÍNTOMAS HAY ALGO MÁS QUE AGREGAR EN ESTE TEMA TOMANDO LA FORMA DE ADVERTENCIA.

EN VISTA QUE LOS MÚSCULOS MUEVEN LA MANDÍBULA, NO HAY QUE APRESURARSE DEMASIADO EN AJUSTAR LAS DISCREPANCIAS DE OCLUSIÓN MODERADA O MÍNIMA, SIN INTENTAR PRIMERAMENTE OBTIENEN UNA FUNCIÓN MUSCULAR EQUILIBRADA, PUEDE OCURRIR, QUE EL TRASTORNO DE OCLUSIÓN DESAPAREZCA CUANDO SE LOGRE ESTABLECER EL EQUILIBRIO MUSCULAR.

35.- TRASTORNOS YATROGENICOS

EN ESTA ALTERACIÓN ENCONTRAMOS QUE LOS TRASTORNOS QUE PRESENTA LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR SON A CAUSA DE LA MANO DEL DENTISTA, PODEMOS MENCIONAR INTERVENCIONES DENTALES PROLONGADAS, LA INFLAMACIÓN DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO, LA TENSIÓN O PRESIÓN EXCESIVA IMPUESTA A LA MUSCULATURA MASTICATORIA Y SUS LIGAMENTOS, LA INYECCIÓN DE BROQUE O MAXILAR ANTERIOR CON INICIACIÓN DE LA INSERCIÓN TENDINOSA DEL MÚSCULO TEMPORAL, INCRUSTACIONES Y OBTURACIONES MAL ADAPTADAS, AL IGUAL QUE CORONAS, PUENTES Y DENTADURAS QUE NO SE ADAPTAN O NO LLENAN LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA MANTENER LA ARMONÍA Y FUNCIÓN DE LAS ARCADAS.

LOS SÍNTOMAS DE ESTA ALTERACIÓN SON CASI IDÉNTICAS A LOS QUE SE CONOCEN EN EL CASO DE EL SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

36.- TRASTORNOS OTOLÓGICOS

LAS INFECCIONES DEL OÍDO, COMO OTITIS MEDIA O TUMÓRCULO - EN EL CONDUCTO, PUEDE CAUSAR SIGNOS Y SÍNTOMAS SIMILARES A LOS DE UNA DISFUNCIÓN INTRA O EXTRA CAPSULAR, ENTRE -- ELLOS PODEMOS MENCIONAR DOLOR O HIPERSENSIBILIDAD EN EL - OÍDO, LIMITACIÓN PARA ABRIR LA BOCA, MALESTAR GENERAL SÍN TOMAS UNILATERALES.

ESTÁ INDICADO MANDAR AL PACIENTE A UN OTORRINOLARINGÓLOGO, TAN PRONTO COMO EL DENTISTA DETECTE QUE EL MALESTAR - ESTÁ LOCALIZADO EN EL OÍDO Y NO EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE ALTERACIONES INTRA O
EXTRA CAPSULARES

DESPUÉS DE REVISAR Y DETALLAR LOS TRASTORNOS QUE AFECTAN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, AL IGUAL QUE LOS TRASTORNOS GENERALES QUE TAMBIÉN DAÑAN LA SALUD DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR DE UNA U OTRA FORMA ENCONTRAMOS QUE MUCHOS COINCIDEN EN SU ETIOLOGÍA Y A CONSECUENCIA DE ELLO SU TRATAMIENTO TAMBIÉN COINCIDE EN ESENCIA Y PRÁCTICA.

EN ESTA PARTE VAMOS A DESCRIBIR EL TRATAMIENTO DE UNA O VARIAS DE LAS ENFERMEDADES ANTES DESCRITAS.

EN EL CASO DE AGENESIA DE CÓNDILO UNILATERAL O BILATERAL, CÓNDILO DOBLE, CÓNDILO HIPERPLÁSICO Y CÓNDILO HIPOPLÁSICO VEMOS QUE EL TRATAMIENTO SUELE SER QUIRÚRGICO, EXCEPTO PARA LA AGENESIA O LA HIPOPLASIA, AUNQUE EN LA ACTUALIDAD - ESTAS DOS ALTERACIONES NO ESTÁN LEJOS DE SER TRATADAS CON INGERTOS AUTÓGENOS, LA INTERVENCIÓN DENTAL PUEDE AYUDAR A ESTABLECER UN PLANO ACEPTABLE DE LA OCLUSIÓN CONSIDERANDO LA SALUD NORMAL DE LA BOCA Y BRINDANDO TRATAMIENTO PALEATIVO PARA LAS MOLESTIAS.

ES PRÁCTICAMENTE IMPORTANTE LOGRAR UN PLANO FUNCIONALMENTE ACEPTABLE PARA LA OCLUSIÓN EN CASOS DE AGENESIA O HIPOPLASIA DE CÓNDILO.

CON CUIDADOS ADECUADOS LOS PACIENTES TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE TIENEN BUEN PRONÓSTICO, LAS COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA ARTICULAR PUEDEN INCLUIR TEJIDO CICATRIZAL EXTERNO QUE POSTERIORMENTE DA ORIGEN A LIMITACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES.

EN EL CASO DE TRASTORNOS, INFECCIONES A CAUSA DE INVA--
CIÓN BACTERIOLÓGICA O DE PARTICIPACIÓN DE LA ARTICULA--
CIÓN DESDE UNA INFECCIÓN VECINA QUE SE PROPAGUE, EL TRA--
TAMIENTO LO INICIAREMOS CON:

- 1.- ANTIBIÓTICOS.
- 2.- ANALGÉSICOS.
- 3.- COMPRESAS HÚMEDAS CALIENTES A LA CARA PARA FACILITAR LA RELAJACIÓN MUSCULAR.
- 4.- DIETA LÍQUIDA Y BLANDA PARA DISMINUIR LA FUNCIÓN.
- 5.- REPOSO DE LA FUNCIÓN MAXILAR, ESTO PUEDE REQUERIR DE UNA PRENDA DE SOSTÉN PARA LA MANDÍBULA CON EL FIN DE EVITAR SU MOVIMIENTO.
- 6.- EXTRACCIÓN DE LÍQUIDO ARTICULAR POR ASPIRACIÓN, EL LÍQUIDO PUEDE CULTIVARSE PARA AYUDAR A IDENTIFICAR EL GÉRMEN PATÓGENO.

CUANDO NOS ENCONTRAMOS CON UN TRASTORNO ARTRÍTICO COMO EN EL CASO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE QUE SABEMOS QUE ES UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA, CRÓNICA DE ORIGEN DESCONOCIDO, - POR LO TANTO EL TRATAMIENTO NO DEJA DE SER PALEATIVO HASTA CIERTO PUNTO.

- 1.- ANALGÉSICOS PARA EL DOLOR.
- 2.- REPOSO PARA LA ARTICULACIÓN CON SOSTÉN ADECUADO.
- 3.- LOS DIENTES POSTERIORES FALTANTES DEBEN SUSTITUIRSE PARA LOGRAR UNA BUENA FUNCIÓN Y DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN EN LAS ARTICULACIONES.
- 4.- EJERCICIOS LIGEROS.
- 5.- DIETA LÍQUIDA Y BLANDA.
- 6.- MEDICAMENTOS ANTINFLAMATORIOS.
 - LA FENILBUTAZONA NO DEBE UTILIZARSE POR MÁS DE CINCO O SIETE DÍAS SIN - PRUEBAS DE LABORATORIO Y LA COOPERACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA. (100 MG., 3 VECES AL DÍA).
 - POR TERAPÉUTICA PROLONGADA PUEDE - PRODUCIRSE DEPRESIÓN DE LA MÉDULA - ÓSEA, LA IDOMETACINA UTILIZADA FRECUENTEMENTE EN LA GOTA PUEDE EMPLEARSE DURANTE MUCHO MAYOR TIEMPO. (25 MG., 3 VECES AL DÍA).

- PUNCIÓN CON ASPIRACIÓN DEL LÍQUIDO SEGUIDA DE INYECCIÓN DE 12 A 15 MG., DE UN PREPARADO DE CORTIZONA (ACETONIDO DE TRIAMCINILONA) EN UNA ARTICULACIÓN MUY CALIENTE.

7.- COMPRESAS CALIENTES HÚMEDAS.

8.- HAY QUE TRANQUILIZAR AL PACIENTE EXPLICÁNDOLE LA SITUACIÓN Y CREANDO CONFIANZA EN EL TRATAMIENTO, LA ARTRITIS OSTEO DEGENERATIVA ES LA FORMA DE LA ARTRITIS MÁS FRECUENTEMENTE OBSERVADA, ACOMPAÑADA A LA PRESIÓN EXCESIVA Y A LA EDAD DEL PACIENTE.

EL TRATAMIENTO DIFIERE DE LA ARTRITIS REUMATOIDE, EN BASE A SU TRAYECTORIA CLÍNICA Y SU ETIOLOGÍA:

1.- ANALGÉSICOS PARA EL DOLOR.

2.- CALOR HÚMEDO PARA LA PARTICIPACIÓN MUSCULAR.

3.- MEDICACIÓN PARA LA RELAJACIÓN MUSCULAR.

- MEPROMAMATO 400 MG., 3 VECES AL DÍA.

4.- REPOSO PARA LA MANDÍBULA PERO CON CIERTO EJERCICIO MODERADO DESPUÉS DE APLICAR COMPRESAS HÚMEDAS CALIENTES.

5.- SOSTÉN DE LAS ARTICULACIONES: POR EJEMPLO, ESTABLECIMIENTO DE LOS DIENTES - POSTERIORES FALTANTES EN UN PLANO ADECUADO DE OCLUSIÓN Y CON BUENA DIMENSIÓN VERTICAL.

6.- MEDICAMENTOS ANTINFLAMATORIOS.

- FENILBUTAZONA 100 MG., 3 VECES AL DÍA POR BREVE TIEMPO.

- IDOMETACINA 25 MG., 3 VECES AL DÍA.

EN CASOS EXTREMOS, CUANDO TODOS LOS CUIDADOS HAN FRACASADO LA SINTOMATOLOGÍA ES INTENSA Y EL PACIENTE YA HA AGOTADO SU CAPACIDAD PSICOLÓGICA; QUIZÁS DEBA PENSARSE EN LA CIRUGÍA. SUELE ESTAR INDICADA UNA CONDILECTOMÍA ALTA, QUE DEJE INTACTA LA INSERCIÓN DE LA CABEZA INFERIOR DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO CABE ESPERAR UNA DESCRIPCIÓN MÍNIMA DE LA FUNCIÓN MANDIBULAR. DESPUÉS DE LA OPERACIÓN SI SE HA RESPETADO EL MENISCO PUEDE ACTUAR LLENANDO LA ARTICULACIÓN Y BRINDANDO CIERTA ESTABILIDAD DESPUÉS DE LA CURACIÓN. CUANDO ENCONTREMOS UN TRASTORNO TRAUMÁTICO, CUYO ORIGEN PUEDE SER UN GOLPE BRUSCO, EXTENSIÓN EXCESIVA DE LA MANDÍBULA AL BOSTEZAR O BRUSCO MANEJO DE LA MISMA EN UN TRATAMIENTO DENTAL; EN ESTOS CASOS LA CIRUGÍA PUEDE ESTAR INDICADA SI HAY DESPLAZAMIENTO DE PARTES ÓSEAS.

EL DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DEL CÓNDILO EN UN NIÑO PEQUEÑO ES PARTICULARMENTE IMPORTANTE, POR EL PELIGRO QUE EXISTE DE LESIONAR LOS CENTROS DE CRECIMIENTO DEL CÓNDILO.

LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MUCHAS VECES ESTÁN CONTRA-INDICADAS EN LAS FRACTURAS INTRACAPSULARES DE CÓNDILO SI NO HAY DESPLAZAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PUEDE SER EL REPOSO DE LA MANDÍBULA, NO SE RECOMIENDA FERULIZAR CON ARCOS LOS DIENTES EXCEPTO POR POCOS DÍAS, INTERESA UNA FUNCIÓN MODERADA PERO BIEN CONTROLADA,

DE UNA MANERA GENERAL ENCERRAREMOS LOS TRASTORNOS FUNCIONALES COMO ES EL CASO DE LAS ALTERACIONES DEL DISCO, YA QUE TENEMOS UN TRASTORNO IRREVERSIBLE Y EL TRATAMIENTO SE LIMITA A LO SIGUIENTE:

1.- CONTROL DE LA PRESIÓN ARTICULAR, RESTABLECIENDO LA OCLUSIÓN EN PARTICULAR EL SOSTÉN POSTERIOR DE LA MORDIDA CON DIMENSIÓN VERTICAL ADECUADA Y LOGRANDO UNA OCLUSIÓN EQUILIBRADA.

2.- ANALGÉSICO PARA EL DOLOR.

3.- HAY QUE PENSAR EN UNA MENISSECTOMÍA SI EL DOLOR NO RESPONDE AL TRATAMIENTO SABIENDO QUE EL RESULTADO NO ES SEGURO.

- CUANDO SE NOS PRESENTA UN DESGARRE DEL LIGAMENTO DEL DISCO, LA RESPUESTA A UN TRATAMIENTO PROBABLEMENTE SE OBSERVARÍA MUY PRONTO O ES FASE TEMPRANA SI DESARROLLAMOS EL SIGUIENTE TRATAMIENTO:

- . ANALGESIA.
- . COMPRESAS HÚMEDAS PARA AYUDAR A LA RELAJACIÓN MUSCULAR.
- . EJERCICIOS CONTROLADOS PARA CONSERVAR UNA FUNCIÓN ADECUADA POR EJEMPLO, ABRIR Y CERRAR LENTAMENTE LA BOCA Y MOVER LA MANDÍBULA HACIA ADELANTE Y HACIA LOS LADOS SIN CAUSAR DOLOR.

EN CASO DE TRASTORNOS CRÓNICOS CICATRIZADOS Y ALTERACIÓN EN LA FIJACIÓN DE LOS LIGAMENTOS DEL DISCO, EL TRATAMIENTO RESULTA MÁS DIFÍCIL QUIZÁS EXIJA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

LA SUBLUXACIÓN ANTERIOR DESCRITA REUNE UNA SERIE DE SÍNTOMAS QUE LA HACEN ÚNICA EN SU GÉNERO DE IGUAL FORMA DESCRIBIMOS UN TRATAMIENTO ESPECIAL.

- 1.- EL TRATAMIENTO ESTÁ CONTRAINDICADO EN AUSENCIA DE SÍNTOMAS O DE PATOLOGÍAS.
- 2.- PUEDEN SER NECESARIOS RELAJANTES MUSCULARES Y COMPRESAS HÚMEDAS CALIENTES, PARA DISMINUIR LA TENSIÓN EN LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS.
- 3.- CUANDO EL SÍNTOMA PRINCIPAL ES EL RUIDO ARTICULAR SUELE PODERSE TRATAR CON UNA TERAPÉUTICA MUSCULAR. ESTO INCLUYE ENTRENAMIENTO DEL PACIENTE PARA -- ABRIR Y CERRAR LA BOCA COLOCANDO LA -- PUNTA DE LA LENGUA MUY ATRÁS EN EL TE-

CHO DE LA MISMA Y DEPRIMIENDO LENTAMENTE LA MANDÍBULA HASTA UNA ABERTURA CÓMODO, PARA CERRARLA DESPUÉS LENTAMENTE.

ESTO SE REPITE DURANTE UN MINUTO, DESPUÉS DE ESTE PERÍODO SE LE INDICA AL PACIENTE QUE ABRA LA BOCA CON LA LENGUA - MUY ATRÁS, QUE PONGAN EN TENSIÓN LIGERAMENTE LA ABERTURA POR UN MINUTO MÁS ESTO PUEDE REPETIRSE TRES Ó CUATRO VECES AL DÍA Y MODIFICARSE EL TRASLADO DEL CÓNDILO.

- 4.- LA HIPERFUNCIÓN Y LA ACTIVIDAD MUSCULAR EXTENSA PUEDEN DISMINUIR CON DIETA BLANDA Y LÍQUIDA.
- 5.- SE ADVIERTE AL PACIENTE QUE AL ABRIR MUCHO LA BOCA POR EJEMPLO O AL BOSTEZAR - QUIZÁS PERCIBA UN CHASQUIDO, SI ES POSIBLE, ENTONCES RESULTA ÚTIL REESTABILIZAR LA MANDÍBULA CON PRESIÓN MANUAL.

PARA LA LUXACIÓN YA SEA UNILATERAL O BILATERAL DONDE EL CÓNDILO SE COLOCA POR DELANTE Y POR ARRIBA DE LA EMINENCIA ARTICULAR PODEMOS MANEJAR ESTE DESPLAZAMIENTO DE LA SIGUIENTE FORMA:

- 1.- MANIPULACIÓN DIGITAL: EL TERAPÉUTA SE COLOCA POR DELANTE DEL PACIENTE Y COLOCA LOS DEDOS PULGARES DENTRO DE LA BOCA SOBRE LA MANDÍBULA POR DENTRO DE LOS MOLARES AL MISMO TIEMPO CON LOS ÍNDICES SOSTIENE LA MANDÍBULA POR LA PAR

TE EXTERNA.

HAY QUE SOSTENER LA CABEZA CON FIRMEZA SE DIRIGE ENTONCES UNA FUERZA CONTINUA HACIA ABAJO Y HACIA ATRÁS Y LUEGO HACIA ARRIBA PERMITIENDO QUE LOS CÓNDILOS QUEDEN POR DEBAJO Y POR DETRÁS DE LA EMINENCIA. (FIG. No, 10)

- 2.- SI LA CONTRACCIÓN MUSCULAR ES INTENSA PUEDE ESTAR INDICADA UNA ANESTESIA GENERAL O LA INYECCIÓN DE CURATE PARA LOGRAR RELAJACIÓN MUSCULAR ADECUADA.
- 3.- DESPUÉS DE LA REDUCCIÓN HAY QUE DEJAR EN REPOSO LA MANDÍBULA CON FUNCIÓN LIMITADA EN OPINIÓN DE ALGUNOS AUTORES ESTÁ CONTRAINDICADO EL ALAMBRADO O EL EMPLEO DE OTROS MEDIOS DE FIJACIÓN DE LA MANDÍBULA EN POSICIÓN CERRADA.
- 4.- DEBE ESTABLECERSE TRATAMIENTO AL ESPASMO MUSCULAR DE LA SIGUIENTE MANERA:
 - CALOR HÓMERO BILATERAL DURANTE 10 MINUTOS, 3 VECES AL DÍA.
 - RELAJANTES MUSCULARES.
 - DIETA LÍQUIDA Y BLANDA.
 - EJERCICIO MUSCULAR MUY MODERADO.

LUXACION REDUCIDA

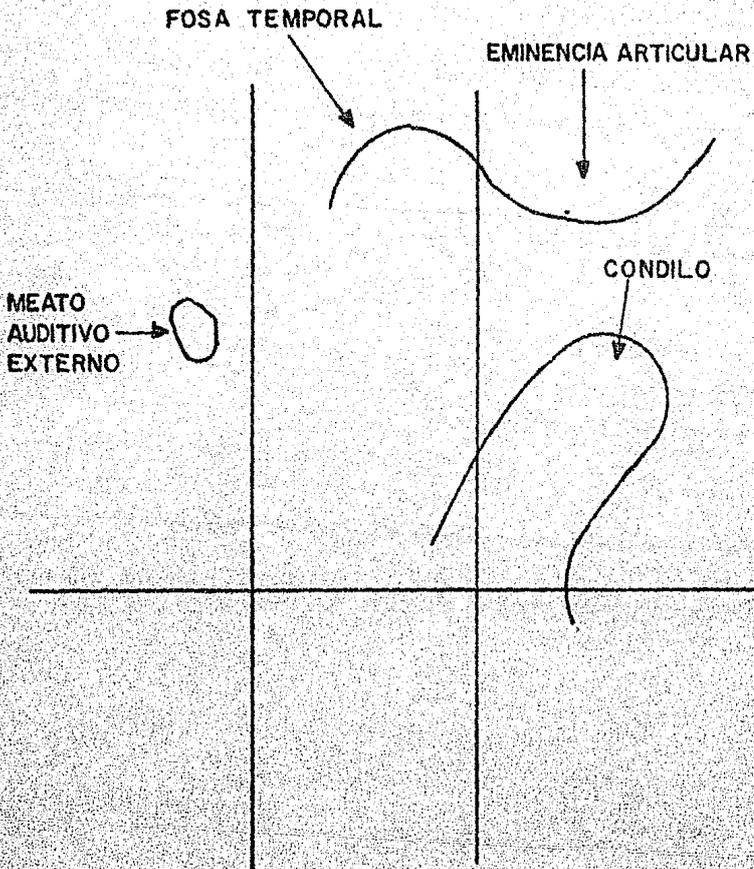


FIG. 10

- 5.- SE RECOMIENDA INVESTIGAR POSIBLES FACTORES PSICOFISIOLÓGICOS Y HAY QUE TRANQUILIZAR AL PACIENTE ACERCA DEL FUTURO. - LA TÉCNICA DE ELECCIÓN ES EL ENTRENAMIENTO MUSCULAR DE TIPO ADECUADO PARA EVITAR LOS CHASQUIDOS Y EPISODIOS FUTUROS.

EN EL CASO QUE LA LUXACIÓN SE TORNE RECURRENTE SE PUEDE PENSAR EN OTROS MEDIOS.

- INYECCIÓN DE SOLUCIÓN ESCLEROSANTE PARA LIMITAR LA FUNCIÓN ARTICULAR.
- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA AUMENTAR O DISMINUIR LA ALTURA DE LA EMINENCIA ARTICULAR O PARA FIJAR LA CÁPSULA Y EL DISCO EN POSICIÓN DE MOVILIDAD MÁS LIMITADA. TOMEMOS EN CUENTA QUE ESTO ES UNA MEDIDA DE ÚLTIMO RECURSO.

LAS OTRAS ALTERACIONES QUE NO SE LES DA UN TRATAMIENTO EN ESTE CAPÍTULO ES PORQUE EN REALIDAD NO LAS TIENEN, Y SI HACEMOS UN ESFUERZO PARA ALIVIA SÍNTOMAS ES ESCENCIALMENTE PALEATIVO.

EN LAS DEFORMACIONES ÓSEAS O EN LAS AUSENCIAS DE HUESO O DE ALGUNA PARTE ANATÓMICA IMPORTANTE SE HAN HECHO INJERTOS Y PRUEBAS QUE A LARGO PLAZO NO DEJAN DE SER PRUEBAS.

CAPITULO V

METODO DE DIAGNOSTICO E HISTORIA CLINICA

NO PODEMOS PASAR POR ALTO DESPUÉS DE DESCRIBIR LAS ENFERMEDADES QUE MÁS AFECTAN A LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y LOS MÉTODOS USADOS PARA OBTENERLOS AL IGUAL QUE UNA HISTORIA CLÍNICA PRECISA Y ADECUADA QUE PERMITA EL ESTUDIO TOTAL DEL PACIENTE.

IMPORTA SEÑALAR QUE TOMAREMOS EN CUENTA SI EL PACIENTE PRESENTA SIGNOS DE DEFORMIDAD FÍSICA, NERVIOSAS O SIGNOS MANIFIESTOS DE CUALQUIER HÁBITO AL IGUAL QUE VERBORREA O TIMIDEZ, SI ES OBESO O DELGADO, SI COOPERA O ES UN RESENTIDO.

TODAS Y CADA UNA DE ESTAS OBSERVACIONES NOS AYUDARÁN A REALIZAR UN BUEN EXAMEN MÉDICO.

DETALLAREMOS LAS ZONAS QUE PUEDEN SER EXAMINADAS CON CUIDADO Y LA FORMA EN QUE SE DEBEN HACER Y DE QUÉ MEDIOS NOS VALEMOS PARA QUE LOS RESULTADOS SEAN LOS MÁS FIELES POSIBLES.

1.- ASPECTOS FÍSICOS GENERALES

YA NOS HEMOS REFERIDO A LA IMPORTANCIA DE ESTE PUNTO DEL MISMO MODO LA VALORACIÓN DE LA FORMA COMO SE MUEVE AL PACIENTE BRINDA UNA IDEA DE SU PERSONALIDAD Y SU ESTADO EMOCIONAL. TODOS ESTOS ASPECTOS SON DE VITAL IMPORTANCIA PARA CONOCER A NUESTRO PACIENTE Y REALIZAR MUCHO MEJOR NUESTRO

TRATAMIENTO.

2.- EXAMEN DIGITAL DE LOS CONDILOS

PARA REALIZARLO SE COLOCAN LOS DEDOS ÍNDICE O MEDIO DE AMBAS MANOS POR ENCIMA DE LA ARTICULACIÓN Y DELANTE DEL TRAGO, TANTO DEL LADO DERECHO COMO IZQUIERDO, SE LE INDICA AL PACIENTE QUE ABRA Y CIERRE LA BOCA Y EN ESE MOMENTO DEBEMOS OBSERVAR LA ROTACIÓN TRASLACIÓN UNIDAD DEL MOVIMIENTO, PRESENCIA DE ESPACIOS EN UNO U OTRO LADO, IGUAL QUE LA PRESENCIA DE RUIDOS QUE MUCHAS VECES SE APRECIAN MÁS FÁCILMENTE POR EL TACTO QUE POR EL SONIDO.

3.- EXPLORACION INTRARTICULAR

ESTAMOS DE PIE DELANTE DEL PACIENTE EL EXAMINADOR COLOCA EL DEDO MEÑIQUE DE CADA MANO EN EL MEATO AUDITIVO EXTERNO, HACIENDO LIGERA PRESIÓN HACIA ADELANTE CONTRA LA SUPERFICIE POSTERIOR DEL CÓNDILO. MIENTRAS EL PACIENTE ABRE LENTAMENTE LA BOCA HASTA EL MÁXIMO OBSERVAREMOS LA ROTACIÓN, TRASLACIÓN UNIFORMIDAD DEL MOVIMIENTO, PRESENCIA DE ESPACIOS DE UN LADO O DE OTRO; Y SI EL MISMO DESPRENDE RUIDOS.

4.- EXAMEN DE ABERTURA MANDIBULAR

PARA REALIZARLO SE PIDE AL PACIENTE QUE ABRA LA BOCA HASTA SU LÍMITE NORMAL, SE REGISTRA LA DISTANCIA DE LOS INCISIVOS MEDIDA EN MILÍMETROS COMO ABERTURA MÁXIMA SIN MOLESTIAS.

ESTO ES UN DATO IMPORTANTE PARA DESCUBRIR LIMITACIONES DE LA ABERTURA MANDIBULAR Y TAMBIÉN UN MEDIO PARA ESTIMAR EL PROGRESO DEL TRATAMIENTO DURANTE LAS VISITAS POSTERIORES.

UNA ABERTURA ENTRE LOS INCISIVOS DE 35 A 55 MM., PUEDE CONSIDERARSE NORMAL. LA DESVIACIÓN DEL MAXILAR AL ABRIR O CERRAR LA BOCA ES DATO DE MUCHA IMPORTANCIA LA ABERTURA ENTRE LOS INCISIVOS AL TIEMPO DE PRESENTARSE LA DESVIACIÓN PUEDE SUGERIR EL TIPO DE PARTICIPACIÓN MUSCULAR. UN DESPLAZAMIENTO EN FORMA DE "S" AL ABRIR O CERRAR LA BOCA MUCHAS VECES RESULTA DE MALOCCLUSIONES CRUZADAS Y TAMBIÉN DEBEN REGISTRARSE.

5.- EXAMEN DIGITAL DE LA MUSCULATURA

LA INTENSIÓN DE ESTA MANIPULACIÓN ES ENCONTRAR ZONAS DOLOROSAS, DE HIPERSENSIBILIDAD O DESENCADENANTES EN LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN Y CERVICALES RELACIONADOS.

PONIÉNDOSE DELANTE DEL PACIENTE QUE ESTÁ SENTADO SE INICIA LA PALPACIÓN DE LOS MÚSCULOS EN AMBOS LADOS CON EL TEMPORAL PONIENDO LAS MANOS CONVERGENTES HACIA EL ARCO CIGOMÁTICO. SE PROSIGUE LA PALPACIÓN A LO LARGO DE DICHO ARCO Y BAJANDO POR LOS DOS LADOS DE LA CARA SIGUIENDO EL CURSO DE LAS FIBRAS DEL MASETERO HASTA EL ÁNGULO Y EL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA.

ES FRECUENTE ENCONTRAR EL BORDE ANTERIOR DE LA PARTE MEDIA DE LOS MASETEROS DOLOROSA O SENSIBLE A LA PRESIÓN.

SE PALPA EL MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO EMPEZANDO DETRÁS DE LA OREJA A NIVEL DE LA APÓFISIS MASTOIDES Y SIGUIENDO HACIA ABAJO Y ADELANTE HASTA SU FIJACIÓN EN LA

CLAVÍCULA, FRECUENTEMENTE ESTÁ AFECTADO EL BORDE ANTERIOR DE ESTE MÚSCULO.

CON EL PACIENTE SENTADO SIN APOYAR LA CABEZA PUEDE EFECTUARSE EL EXAMEN DE LOS MÚSCULOS OCCIPITALES, TRAPICIO Y ESCALENO.

LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES SIENTEN CIERTO ALIVIO, ES ESTA PALPACIÓN YA QUE MUCHAS VECES ESTÁN AFECTADOS Y EN FUNCIÓN CASI CONSTANTE.

6.- EXAMEN INTRABUCAL DE LOS MUSCULOS

LA ZONA ALREDEDOR DEL ORIGEN DE LA CABEZA INTERIOR DEL PTERIGOIDEO EXTERNO SE PALPA DESDE EL VESTÍBULO BUCAL, COLOCANDO EL DEDO ÍNDICE POR DETRÁS DE LA TUBEROSIDAD Y EXTENDIÉNDOLO HACIA ARRIBA Y ADENTRO PARA LLEGAR A LA ZONA DE ORIGEN DE ESTE MÚSCULO. CABE DESTACAR QUE ESTE MÚSCULO PARECE SER EL MÁS FRECUENTE AFECTADO EN LA DISFUNCIÓN DOLOROSA.

DESPUÉS SE REvisa LA INSERCIÓN DEL TEMPORAL A NIVEL DE LA APÓFISIS CORONOIDES, ASÍ COMO LA ZONA RETROMOLAR DONDE DOS INSERCIÓNES TENDINOSAS POR DETRÁS DEL TERCER MOLAR FORMAN EL LÍMITE DEL TRIÁNGULO RETROMOLAR.

LA INSERCIÓN DE LA APÓFISIS CORONOIDES PUEDE PALPARSE SIGUIENDO EL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA HACIA ARRIBA Y AFUERA HASTA ALCANZAR LA PROYECCIÓN DE LA APÓFISIS CORONOIDES.

LA INSERCIÓN DEL PTERIGOIDEO INTERNO PUEDE PERCIBIRSE EN EL TERCIO POSTERIOR DEL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA A

NIVEL DE LA REGIÓN MOLAR, ESTE MÚSCULO SE INSERTA EN LA SUPERFICIE INTERNA DE LA MANDÍBULA DIRECTAMENTE POR DELANTE DE LA INSERCIÓN A NIVEL DE LA SUPERFICIE EXTERNA DEL MÚSCULO MASETERO, LA OTRA MITAD DE LA LLAMADA FRONDA MANDIBULAR.

7.- EXAMEN INTRABUCAL

EL EXAMEN DE LA OCLUSIÓN INDICARÁ SI HAY UNA DENTICIÓN NATURAL O ARTIFICIAL, SI EXISTEN PRÓTESIS FIJAS O MOVIBLES.

EL ESTUDIO ESPECÍFICO EXPONDRÁ UN PROBLEMA DE OCLUSIÓN QUE PUEDEN SER AGENTES CAUSAL DE IMPORTANCIA.

NÓTESE LAS INTERFERENCIAS QUE DIFICULTAN EL TRABAJO O EL EQUILIBRIO, LAS INTERFERENCIAS DE PROTUCIÓN ANTERIOR O POSTERIOR, A LAS DISCREPANCIAS DE CONTACTO DE RETUCIÓN Y DE CONTACTO ENTRE LAS CÚSPIDES.

ES NECESARIO VALORAR EL ESTADO DE LAS ESTRUCTURAS PERIODÓNTICAS, CRIES, TEJIDOS BLANDOS Y ESTADO ENDODÓNTICO PARA DETERMINAR CUALQUIER POSIBLE FACTOR CAUSAL DE ORIGEN DENTAL LOCAL.

8.- INTERPRETACION RADIOGRAFICA

LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ARTICULACIÓN Y LAS COMPLIACIONES TÉCNICAS SON LAS CAUSAS PRINCIPALES DE HACER MÁS DIFICULTOSO EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO.

SIN EMBARGO, LAS RADIOGRAFÍAS DE LA ARTICULACIÓN SON MUY ÚTILES PARA DIAGNOSTICAR Y VALORAR LOS TRASTORNOS A ESTE NIVEL. LAS RADIOGRAFÍAS BILATERALES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR SON PARTICULARMENTE ÚTILES PARA DIAGNOSTICAR TRASTORNOS INTRACÁPSULARES, AL IGUAL QUE LA TOMOGRAFÍA Y TRANSORBITARIA E INTRACRANEAL.

RADIOGRÁFICAMENTE PODEMOS OBSERVAR PARTICULARMENTE EN ALGUNAS DE LAS ALTERACIONES QUE A CONTINUACIÓN MENCIONAREMOS CON EL PROPÓSITO DE QUE ESTE TRABAJO SEA MÁS CLARO Y DIDÁCTICO.

- OSTEOARTRITIS. RADIOGRÁFICAMENTE ENCONTRAMOS APLANAMIENTO DE LA EMINENCIA ARTICULAR ASÍ COMO DEL CÓNDILO Y LA PRESENCIA DE UN REBORDE EN LA SUPERFICIE ARTICULAR SUPERIOR DEL CÓNDILO.
- ARTRITIS REUMATOIDE. RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVAN LOS CAMBIOS DESTRUCTORES, ELLOS INCLUYEN LA FORMA DE COPA DEL CÓNDILO, SEGUIDA DE UNA PÉRDIDA MÁS AVANZADA DE LA SUPERFICIE ARTICULAR, TODO ESTO ORIGINA UN APLANAMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS.
- ANQUILOSIS. RADIOGRÁFICAMENTE UNA FUSIÓN ÓSEA PERMITIRÍA DESCUBRIR EXOSTOSIS EXTENSAS Y ELIMINAR CUALQUIER SUPRESIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR. NO PUEDE OBSERVARSE UNA LÍNEA DE SEPARACIÓN ENTRE LAS PARTES ÓSEAS DE LA ARTICULACIÓN EN LA RADIOGRAFÍA POR LO TANTO LAS PLACAS LATERALES SON ÚTILES PARA ESTA INTERPRETACIÓN.

- TRAUMATISMOS. EL DIAGNÓSTICO DE FRACTURAS DE CÓNDILO MUCHAS VECES PUEDE CONFORMARSE POR RADIOGRAFÍAS. ESTO QUIZÁS NECESITA VARIAS PROYECCIONES Y UNA PLACA TRANSORBITARIA (ANTERIOR) MUCHAS VECES BRINDA LA MEJOR OPORTUNIDAD DE ESTIMAR LOS SEGMENTOS DESPLAZADOS.

LOS TRASTORNOS CONGÉNITOS O LAS NEOPLASIAS SE OBSERVAN MÁS RARAMENTE EN LAS RADIOGRAFÍAS. LAS AGENECIAS DEL CÓNDILO, EL CÓNDILO HIPOPLÁSICO, CÓNDILO DOBLE Y LOS TUMORES SE HALLAN EN ESTA CATEGORÍA. PARA SU ESTUDIO SON ÚTILES LAS PLACAS LATERALES TRANSORBITALES E INFRACRANEALES.

- POLITOMOGRAFIA. EN CASO DE QUE SE REQUIERA INFORMACIÓN MÁS ESPECÍFICA O DETALLADA LA POLITOMOGRAFÍA RESULTA UNA TÉCNICA EXCEPCIONAL PERO QUE NO ESTÁ AL ALCANCE DE MUCHOS PROFESIONALES O DE SUS PACIENTES.

HISTORIA CLINICA

SE CONSIDERA QUE ES LA SERIE DE DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA OBSERVACIÓN Y EL INTERROGATORIO, LAS EXPLORACIONES DIGITALES Y AYUDADAS POR APARATOS TALES COMO EL ESFINGOMANÓMETRO, ESTETOSCOPIO, RAYOS X, ULTRASONOGRAFÍA Y OTROS MÁS SOFISTICADOS.

TODOS ESTOS DATOS NOS SIRVEN PARA REALIZAR UN BUEN DIAGNÓSTICO Y A SU VEZ CUMPLIR CON UN TRATAMIENTO SATISFACTORIO.

LA HISTORIA CLÍNICA QUE LLENA LOS REQUISITOS PARA ENCON--
TRAR UNA ALTERACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
ES LA QUE DESARROLLARON EN LA ESCUELA DE MEDICINA DENTAL -
DE LA UNIVERSIDAD DE PENNSYLVANIA Y ES LA QUE SE DESARRO--
LLA A CONTINUACIÓN.

PLAN DE EXAMEN DEL SINDROME DE DISFUNCION DOLOROSA DE
LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR

Nombre: _____ Fecha: _____ Caso No. _____
 Edad: _____ Dirección: _____
 Teléfono: _____ Sexo: _____ Nacionalidad: _____
 Ocupación: _____ Raza: _____
 Estado Civil: D S V D

A) Historia

- 1.- Queja principal.
- 2.- Historia de la enfermedad actual:
- 3.- Terapéutica previa de la enfermedad actual:
Fechas:
- 4.- Resumen Médico Pertinente.
 - Historia Médica:
 - Idiosincrasia Medicamentosa:
 - Alergia:
 - Médicos:
 - Historia Otorrinolaringológica:
 - Historia Neurológica:
 - Otras enfermedades musculares o articulares:
 - Otras:
- 5.- Historia ocupacional y social:
- 6.- Historia Psicológica.
 - Cuidado Psiquiátrico Previo.
 - Estados de ansiedad o de tensión.

7.- Historia Dental.

- Fecha del último tratamiento dental.
- ¿Qué se hizo?
- ¿Cuáles inyecciones se emplearon?
- Frecuencia de tratamiento dental.
- Extracciones recientes.
- ¿Mastica usted satisfactoriamente?
- ¿Algún dolor de muelas ahora?
- ¿Algún diente lo siente suelto?
- ¿Algún diente lo siente cortante?
- ¿Algún diente lo siente en el camino obstruyendo cuando usted mastica?

8.- Historia de síntomas subjetivos.

	I	D	Frecuencia	número de meses de existencia del síntoma
a) Dolor				
Localización				
Intensidad				
Grave				
Ligero				
b) Disfunción articular				
Chasquido				
Limitación de abertura				
Dificultad para masticar				
Crepitación				
Subluxación				
Otros				

A) Historia Continua

Tipo

Diente a Diente
DienteMusculatura Bucal
Diente-Objeto

Extraño

	Primera Historia	Segunda Historia
<u>Diente a Diente</u> Diente		
<u>Musculatura Bucal</u> Diente-Objeto		
Extraño		

B) Examen Clínico

1.- Examen Extrabucal

a) Aspecto Físico General.

1.- Deformidades Congénitas.

2.- Asimetría.

- Oseas de Tejido.

- Blandos.

3.- Comportamiento del paciente.

Examen Digital de:

b) Cóndilos

D

I

1) Delantero del Trago	Cerrado		
	Reposo		
	Abierto		
2) Intrarticular	Cerrado		
	Reposo		
	Abierto		

c) Abertura Maxilar

- 1.- Abertura Maxilar Incisivos sin molestia ()
- 2.- Asertura máxima entre incisivos-dolor ()
- 3.- Desviación.

	Abierto	Cerrado	MM	D	I
x área uno					
xx área dos					
xxx área tres					

d) Examen Digital de la Musculatura

- 1.- Músculos Masticadores.
- 2.- Musculatura Cervical Posterior.
- 3.- Suprahioideo.
- 4.- Otros.

Código: T = sensibilidad
 P = dolor
 O = zona desencadenante

e) Síntomas Otológicos.

Dolor de oído: _____
 Ruidos de oídos: _____
 Zumbidos: _____
 Sensación de plenitud: _____
 Pérdida de audición: _____

f) Otros.

CONCLUSIONES

CULMINA LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO BASADO EN PUBLICACIONES SOBRE PATOLOGÍA ORAL, MEDICINA BUCAL, HISTOLOGÍA, EMBRIOLOGÍA Y OTRAS FUENTES BIBLIOGRÁFICAS RELACIONADAS - CON LA ODONTOLOGÍA Y LA MEDICINA, ENCONTRAMOS UN SIN NÚMERO DE ALTERACIONES Y MALFORMACIONES QUE AFECTAN A LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, EN LO FÍSICO Y EN LO FUNCIONAL, AL IGUAL QUE OBSERVAMOS EN CASOS EXTREMOS QUE SE LLEGAN A PROVOCAR TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.

EN MUCHOS DE LOS TEMAS AQUÍ TRATADOS ENCONTRAMOS QUE LOS INVESTIGADORES DESCRIBEN PARCIALMENTE LA ETIOLOGÍA DE DETERMINADAS ENFERMEDADES, EN VISTA DE LA POCA FRECUENCIA - DE LOS CASOS O DE LA COMPLEJIDAD DE LOS MISMOS, AUNADO A LA CORTA VIDA DEL PACIENTE COMO CONSECUENCIA DE SU DEFECTO.

OTRO DE LOS TEMAS EN QUE MÁS SE ABUNDÓ, VERSA SOBRE LA - DISFUNCIÓN DOLOROSA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, CASO CONTRARIO A LAS OTRAS ALTERACIONES CARACTERIZADAS - POR SER UNA DE LAS MÁS FRECUENTES YA QUE LLEGA A ESTAR RELACIONADO CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS PRODUCTO DE LA VIDA COTIDIANA DE LA PERSONA SUMADO A UNA AMPLIA SERIE DE FACTORES ETIOLÓGICOS MECÁNICOS FÍSICOS FUNCIONALES Y YATROGÉNICOS.

DE ESTA MANERA CREEMOS HABER ABORDADO CON SUFICIENCIA Y - CLARIDAD LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES QUE AFECTAN LA ESTRUCTURA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR PRETENDIENDO CON ELLO HABER CONTRIBUIDO CON - UNA MODESTA PERO IMPORTANTE APORTACIÓN SOBRE EL TEMA,

BIBLIOGRAFIA

- ANATOMÍA HUMANA
QUIROZ
TOMO I

- CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA
VOLUMEN 1/1979

- MANUAL DE HISTOLOGÍA
1981-SUA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

- MANUAL MERCK
SEXTA EDICIÓN
MERK Y DOHUE INTERNACIONAL

- MEDICINA BUCAL
BURKZT
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SÉPTIMA EDICIÓN
DR. MALCOM A. LYNCH

- ORTODONCIA. TEORÍA Y PRÁCTICA
GRABER

- PATOLOGÍA ORAL
THOMA
R. J. GORLIN
H. M. GOLDMAN
REIMPRESIÓN 1980.

- TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL
GUSTAVO KRUGER
CUARTA EDICIÓN

- TRATADO DE HISTOLOGÍA
A. HAM
SÉPTIMA EDICIÓN