

353
rej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRASTORNOS Y TRATAMIENTO DE
LA ARTICULACIÓN
TEMPOROMANDIBULAR.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA :

JESÚS RESÉNDIZ MORALES.

ASESORA :

C D M O MA LUISA CERVANTES E.

[Handwritten signatures and notes]

[Handwritten signature]



CIUDAD UNIVERSITARIA

México, D.F. 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

A MIS MAESTROS:

BENDITOS SON AQUELLOS QUE DAN...

AGRADECIDOS SON LOS QUE RECIBEN

**A MI ASESORA.
CD.M.O. MARIA LUISA CERVANTES E.**

**A LOS ALUMNOS Y PROFESORES DEL
PERIODO ESCOLAR 1991- 1994.**

DEDICATORIA

**A MI MEJOR AMIGA "MI MADRE"
HERMILA MORALES GONZÁLEZ**

**YA QUE CON SU AMOR, APOYO Y COMPRENSIÓN
HICIERON POSIBLE QUE ALCANZARA UNA META
MUY IMPORTANTE EN MI VIDA.**

**A MIS HERMANOS CON CARÍÑO POR SU
VALIOSO AFECTO Y APOYO QUE ME HAN
BRINDADO EN TODO MOMENTO : SAMUEL,
LETICIA, ISSAAC, VANESSA E ISRAEL.**

A MIS AMIGOS POR ESTAR SIEMPRE CONMIGO

GRACIAS.

***TRASTORNOS Y TRATAMIENTO DE
LA ARTICULACIÓN
TEMPOROMANDIBULAR***

**TRASTORNOS Y TRATAMIENTO DE LA ARTICULACIÓN
TEMPOROMANDIBULAR**

ÍNDICE

CÁPITULO	DESCRIPCIÓN	PÁGINA
1	INTRODUCCIÓN	
	ANATOMÍA DE LA ATM	
	A) APÓFISIS CONDILAR O CÓNDILO	8
	B) DISCO ARTICULAR	8
	C) CÁPSULA	9
	D) MEMBRANA SINOVIAL	10
	E) LIGAMENTOS	10
	F) MÚSCULOS	11
	G) COMPONENTES NERVIOSOS Y VASCULARES	13
2	MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO	
	A) HISTORIA CLÍNICA	14
	B) EXPLORACIÓN	14
	C) PRUEBAS DE LABORATORIO	17
	D) RADIOGRAFÍAS	18
	E) MODELOS DE ESTUDIO	18
	F) FOTOGRAFÍAS	18
	G) EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	18
3	TRASTORNOS DE LA ATM	
	A) TRASTORNOS DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES.	19
	-CONTRACCIÓN INTENSA Y SOSTENIDA	19
	-HIPERACTIVIDAD MUSCULAR O ESPASMO	20
	- MIOSITIS	22

B) PROBLEMAS RELACIONADOS CON UN TRASTORNO DE LA ATM	23
- INCOORDINACIÓN	23
- CHASQUIDO	25
- TRASTORNO EN EL DISCO	26
C) PROBLEMAS RESULTANTES DE TRAUMATISMOS EXTERNOS	28
- ARTRITIS TRAUMÁTICA	28
- LUXACIÓN	30
- FRACTURA	33
D) ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	35
- OSTEOARTRITIS	36
- ARTRITIS REUMATOIDE	40
- ARTRITIS INFECCIOSA	42
E) HIPOMOVILIDAD MANDIBULAR CRÓNICA	44
- ANQUILOSIS	44
F) ANOMALIAS DEL DESARROLLO	47
- DEFORMIDADES CONGÉNITAS	48
- DEFORMIDADES ADQUIRIDAS	48
- AGNATIA	49
- MICROGNATIA	50
- MACROGNATIA	50
- HIPERPLASIA HEMIMANDIBULAR	51

G) NEOPLASIAS	51
- TUMORES BENIGNOS	52
- TUMORES MALIGNOS	53
CONCLUSIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	56

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los desórdenes de la articulación temporomandibular (ATM) ha evolucionado de manera constante en los últimos tres decenios. Durante años, el control de estos problemas terminaron por ser manejados quirúrgicamente, puesto que era la última opción después de que el paciente había utilizado guardas oclusales; esto fue así pese a que en ocasiones disminuía la sintomatología aguda del paciente, y al agotar otros tratamientos conservadores a base de control de dieta, termoterapia local y medicación con antiinflamatorios no esteroides.

Actualmente se cuenta con tratamientos más sofisticados; como el tratamiento intracapsular, el cual consiste en un lavado de compartimiento superior, enfocado al manejo de algunas alteraciones internas de la articulación temporomandibular. Es relativamente fácil de realizar anestesia local, con la ventaja de que al final del procedimiento el paciente puede retirarse a su domicilio. Es probable que con el diagnóstico y un control temprano de los desórdenes internos se evite la cirugía abierta.

CÁPITULO 1

“ANATOMÍA DE LA ATM”

La ATM tiene un papel muy importante en los movimientos mandibulares, en la masticación, deglución, respiración, fonación y crecimiento mandibular.

Es una articulación gínglimoartrodial y difiere de las demás articulaciones por el hecho de que las superficies articulares se encuentran recubiertas de tejido fibroso avascular en lugar de cartilago hialino que las demás articulaciones tienen.

También cuenta con un menisco de interposición que se encuentra dividiendo nuestra articulación en un compartimiento superior y otro inferior. La articulación temporomandibular se encuentra situada entre el cóndilo mandibular y la porción escamosa del hueso temporal.

La superficie articular consta de una cavidad articular cóncava y un tubérculo articular convexo. Esta es la única región en que ambas articulaciones actúan juntas como una unidad funcional, en ninguna otra articulación del cuerpo ocurre esta dependencia entre la función de una parte con la de la otra.

Las superficies articuladas están conformadas de manera que permiten una combinación poco corriente de movimientos de bisagra y de translación.

La anatomía de la articulación temporomandibular es única comparada con otras articulaciones que se encuentran sometidas a sobreesfuerzo.

La porción temporal escamosa de la articulación está situada por delante del hueso timpánico y comprende una fosa articular o cavidad glenoidea que es cóncava y una eminencia convexa. La fisura escamotimpánica separa la fosa del hueso timpánico.

El techo de la fosa es delgada y constituye una parte funcional de la articulación.

APÓFISIS CONDILAR O CÓNDILO.

La cabeza del cóndilo es ovalada, lisa y convexa en sentido anteroposterior y elipsoidal en sentido medio lateral. La superficie articular del cóndilo se encuentra elevada y un poco hacia adelante, en una vista lateral el cuello del cóndilo parece estar doblado hacia adelante. La cabeza del cóndilo esta formada por hueso esponjoso. La cavidad glenoidea es la superficie que va a recibir la cabeza del cóndilo.

DISCO ARTICULAR.

Este disco se encarga de amortiguar los movimientos de translación y de bisagra que se realizan en la articulación, por arriba se encuentra ubicado entre la superficie articular del hueso temporal (cavidad glenoidea) y por abajo con el cóndilo, dividiendo a la articulación en compartimientos superior e inferior.

El disco es una condensación de haces de tejido fibroso, de forma ovalada que se encuentra cubriendo al cóndilo.

El disco se adapta y conforma a los movimientos del cóndilo.

El disco es más delgado en su porción central mientras que en la parte posterior se encuentra engrosado.

La circunferencia del disco se encuentra adherida al tendón del músculo pterigoideo externo en su parte anterior, y hacia la parte posterior el disco se continúa en una porción de tejido conectivo laxo hacia la pared posterior de la cápsula articular, hasta fundirse con la misma.

CÁPSULA.

La cápsula es una estructura delgada y muy dura, formada por tejido conectivo y se encuentra encerrando las superficies articulares y fusionada con el periostio adyacente.

La cápsula esta unida en su porción anterior con los márgenes de la eminencia articular, posteriormente con la fisura escamotimpánica, lateralmente con el proceso cigomático del temporal, por abajo con el cuello del cóndilo y por arriba con la cavidad glenoidea.

La porción superior de la cápsula es laxa, lo cual permite los movimientos de deslizamiento anterior cuando tenemos una función normal, y en la

porción inferior es mucho más firme permitiendo la producción de movimientos de bisagra.

MEMBRANA SINOVIAL.

La membrana sinovial se encuentra rodeando la cápsula, formando una zona sin presión de tejido conectivo, esta membrana sinovial es blanda y se puede mover libremente. Produce o segrega una sustancia de aspecto mucinoso para alimentar los tejidos avasculares y permitir la lubricación de la articulación. La membrana posee excelente poder de reparación y regeneración.

LIGAMENTOS.

El ligamento temporomandibular se extiende desde el arco cigomático hacia abajo y atrás del cuello del cóndilo, este ligamento es soporte y clave de la articulación, se encuentra situado en la parte anterolateral de la cápsula, es el único ligamento que da soporte a la cápsula. El ligamento esfenomaxilar se inserta en la espina de Spix de la mandíbula y el ligamento estilomaxilar se inserta en su ángulo. Estos dos ligamentos son considerados accesorios ya que en realidad no tienen relación funcional con la articulación temporomandibular.

MÚSCULOS

La musculatura mandibular está íntimamente relacionada con la función articular.

Músculos Masticadores

Temporal : Tiene su origen en la aponeurosis temporal, su inserción tiene lugar en el proceso coronoide y en el borde anterior de las ramas laterales. Su función consiste en elevar, retraer y posicionar la mandíbula; también permite apretar los dientes.

Masetero: Tiene su origen en la porción superficial del arco cigomático, este músculo tiene su inserción en la superficie lateral de la rama, en el proceso coronoides y en el ángulo de la mandíbula. Su función es elevar la mandíbula y apretar los dientes.

Pterigoideo Externo: Tiene su origen en la superficie infratemporal del ala mayor del esfenoides, su inserción es en la porción anterior del cuello condilar y en la cápsula temporomandibular. Sus funciones son protruir la mandíbula desplazando el disco articular hacia adelante y ayudar al movimiento rotatorio de la mandíbula.

Pterigoideo Interno: Tiene su origen en la superficie Pterigoides y en el proceso piramidal del hueso palatino, así como en la tuberosidad del maxilar. Su inserción se encuentra en la parte posterior e inferior de la superficie media de la rama y el ángulo mandibular. Este músculo protruye y eleva la mandíbula.

Músculos Hioideos

Genihioideo : Tiene su origen en la apófisis geni inferior. Su inserción es en la superficie anterior del hueso hioideo. Elevar el hueso hioideo y la lengua es su función principal.

Milohioideo : Tiene su origen en la línea milohioidea desde la última raíz del molar hasta la sinfisis mentoniana. Su inserción es en el rafé medio desde el mentón hasta el hueso hioideo. La acción funcional de este músculo es elevar el hioides, la base de la lengua y subir el piso de la boca.

Digástrico: Tiene su origen, en la escotadura mastoide del hueso temporal. Su inserción es por un haz fibroso através de un tendón intermedio unido al hueso hioideo. Su función es elevar al hueso hioides y la base de la lengua.

Estilohioideo : Tiene su origen en el borde posterior del proceso estiloide. Su inserción se encuentra en el hueso hioideo en su unión con el comete mayor. Su función es elevar el hueso hioides, permitiendo a los infrahioideos que bajen la mandíbula.

Músculo Platisma : Es un músculo accesorio de masticación, su función consiste en bajar la mandíbula, el labio y tensar la piel del cuello.

Músculo Buccinador : Es un músculo accesorio de masticación, su función es comprimir las mejillas y ayudar en la masticación.

COMPONENTES NERVIOSOS Y VASCULARES.

La inervación de la articulación proviene del nervio auriculotemporal por la parte posterior y en su parte anterior por el nervio maseterico con ramas del pterigoideo lateral y temporal.

El nervio facial recibe sus impulsos sensitivos a través de la musculatura facial.

La inervación motora llega al platismo por la rama cervical.

El nervio mandibular tiene su inervación motora hacia: el temporal, el masetero, el pterigoideo interno y externo.

La vascularización de la articulación temporomandibular y los músculos de la masticación es a través de la arteria maxilar, la arteria facial y la arteria carótida externa.

CÁPITULO 2

“MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO”

Vamos a encontrar diferentes métodos de diagnóstico, que aunque cada uno es muy importante, el uso de todos estos métodos en conjunto, nos va a permitir hacer un diagnóstico más preciso.

HISTORIA CLÍNICA.

Es muy importante que en nuestra historia clínica incluyamos el comienzo, duración, severidad, variabilidad y características del dolor, así como también, si es que ha existido un traumatismo previo o bien hábitos bucales nocivos. Es muy importante valorar el estado psicológico de nuestro paciente y anotar todos los cambios de conducta que observaremos al cuestionar al mismo. La duración del dolor y los factores que lo desencadenan, independientemente de que el paciente pueda o no aliviarlo, es de suma importancia.

EXPLORACIÓN.

La exploración de la articulación incluye la auscultación y la palpación. La asimetría de la cara y sobretodo de la mandíbula deberá ser registrada si se encuentra presente, aquí también incluimos la posición que tengan las cabezas condilares durante la apertura. Los ruidos articulares pueden ser

audibles, palpables ó ambas sin necesidad de utilizar un estetoscopio, pero es recomendable el uso de uno para poder diferenciar entre chasquido y crepitación. La presencia de ruidos articulares no indica la enfermedad de la articulación, ya que un chasquido puede presentarse al finalizar un movimiento de apertura normal. Esto se debe a una falta de coordinación entre el cóndilo y el menisco. La crepitación puede ser a causa de un contacto de las superficies articulares rugosas, a la perforación del menisco ó a ambas.

Es importantísimo realizar un exámen bucal y facial, para así poder descubrir la causa del dolor. Vamos a poner mayor énfasis en los movimientos articulares, en las áreas que se encuentran alrededor de la articulación, en los músculos masticadores y en la articulación misma de los dientes.

Estos movimientos mandibulares los vamos a estudiar para poder determinar la limitación y desviación de las arcadas y localizar el dolor que acompañan a este movimiento. Comúnmente vamos a encontrar que la arcada se desvía hacia el lado en donde localizamos el dolor, podemos encontrar que esto se debe a una fractura condilar, una contusión articular ó anquilosis.

También tendremos que explorar la desviación, limitación y producción de dolor en excursiones laterales , protrusivas y retrusivas de la mandíbula.

La articulación temporomandibular se palpa mejor cuando colocamos los dedos índices en el meato acústico externo de manera bilateral y le pedimos al paciente que abra y cierre su boca.

Se ejerce igual presión en ambas articulaciones, y el paciente manifestará dolor articular inmediatamente. Al colocar el dedo que palpa lateralmente sobre las superficies articulares, podremos observar el grado de luxación.

Los músculos que se relacionan con la articulación, se deberán examinar para determinar su funcionamiento normal y si es que existen zonas dolorosas. Podemos palpar cada uno de los músculos de la masticación, pidiendo al paciente que ocluya de manera enérgica, así se podrá observar como los músculos pasan de relajación a contracción, lo cual es sumamente importante en la exploración.

Los tejidos periarticulares son importantes ya que nos podrán indicar la presencia de lesiones articulares, zonas sensibles y agrandamientos debidos a un tumor.

La exploración dental es la misma que para cualquier otra valoración odontológica, comenzaremos por tejidos blandos y después se examinarán los dientes, podemos encontrar presencia de caries, cálculos, enfermedades parodontales, mal posición dentaria y dientes perdidos.

Debemos examinar si es que hay desgaste excesivo que nos sugiera bruxismo ó interferencia oclusal, se utilizará papel de articular y cera así como modelos de estudio que brindarán información adicional.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

Las afecciones de la articulación temporomandibular van a ser diagnosticadas por las pruebas de laboratorio, éstas pruebas serán útiles únicamente cuando tenemos la sospecha de que existe una enfermedad del tipo de la artritis reumatoide, en este caso un diagnóstico de laboratorio es de gran utilidad.

En la artritis reumatoide, el recuento sanguíneo puede revelar anemia y desviación de los leucocitos hacia la izquierda. La velocidad de sedimentación se encuentra ligeramente aumentada.

La prueba de fijación del látex a menudo positiva, es de suma importancia en el diagnóstico de osteoartritis.

La artrocentesis, se utiliza comúnmente como diagnóstico para las grandes articulaciones pero no para la ATM.

Debido a que la articulación es sumamente pequeña, deberá evitarse la penetración de una aguja en esta estructura ya que se puede provocar un traumatismo.

Si se llega a practicar esta técnica, se examinará el líquido sinovial, buscando la presencia de microorganismos, cristales de ácido úrico y presencia de células tumorales.

RADIOGRAFÍAS.

El uso de radiografías es de gran valor en el diagnóstico del algún procedimiento de la articulación temporomandibular, aunque muchas veces por la compleja anatomía y la superposición de estructuras en esta zona se dificulta la interpretación radiográfica.

Es necesario utilizar una técnica bien definida, ya que la calidad de las radiografías es esencial, gracias a estas podemos clasificar la anomalía articular y usarlas como punto de referencia para futuras observaciones.

MODELOS DE ESTUDIO

Modelos de estudio articulados, en intervalos de seis meses nos pueden servir en determinado si están ocurriendo cambios oclusales, de esta manera un tratamiento puede ser planeado de acuerdo a las necesidades del paciente.

FOTOGRAFÍAS

Las fotografías deberán ser antiguas y recientes, las recientes son parte esencial del caso para documentación. Las fotografías antiguas muchas veces nos podrán auxiliar para ver desde cuando este tipo de disfunción se volvió aparente.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Un examen de este tipo antes de cualquier tratamiento es muy importante, muchas veces el problema lo encontraremos a nivel emocional.

CÁPITULO 3

“TRASTORNOS DE LA ATM”.

A) TRASTORNOS DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES.

-Contracción intensa y sostenida.

Diversas tensiones emocionales incrementan la tonicidad muscular y llevan al dolor y la disfunción de la ATM.

La contractura de los músculos mandibulares perturba en gran medida los movimientos de la mandíbula. El paciente que sufre contractura, visita al clínico y su queja recae, principalmente, sobre la disfunción mandibular y dolor de los músculos mandibulares al efectuar movimientos. La amplitud de la apertura se halla limitada, y cuando se lleva la mandíbula, pasivamente, hacia la posición abierta, los músculos reaccionan a esa fuerza con dolor.

Etiología.

Stress y tensión emocional.

Signos y síntomas.

Se manifiesta por el abultamiento del músculo masetero contraído por una fuerza conocida. Los períodos prolongados de tensión son una causa.

Soldados en combate y personas con problemas domésticos o económicos angustiosos suelen experimentar dolor en la ATM, dolor lumbar y otros semejantes.

Los síntomas en general unilaterales, son sensibilidad muscular y dolor constante, sordo, en la zona preauricular, que se irradia hacia los oídos, la cara, la cabeza, el cuello y los hombros. Así mismo hay frecuentes chasquidos, irregularidades o limitación de movimiento en la ATM.

Tratamiento.

La eliminación de la tensión emocional, el empleo de tranquilizantes y aumento de actividades recreativas conducen a la relajación muscular y disminución de la tensión.

Los fármacos del tipo del Valium (diazepam), Librium y Bellergal, son muy útiles.

-Hiperactividad muscular ó espasmo.

Si la tensión muscular se mantiene durante períodos largos, aparecen cambios en el tejido conectivo de los músculos afectados y se desarrolla una fibrositis. Tales alteraciones se observa cuando un músculo trabaja con intensidad, con exceso y mucho tiempo contra fuerzas de estiramiento externas o produce contracciones, prolongadas, en el apretamiento o bruxismo.

Etiología.

La irritación que causan la tensión emocional, el ambiente irritante ó el trabajo producen tensión constante y repetida de grupos musculares. Al exceder determinados límites, la tensión se torna dolorosa y conduce al espasmo muscular.

Signos y Síntomas.

Se palpa la rigidez del cuerpo y de la cintura escapular al levantar la cabeza del paciente y hacerlo girar mientras se encuentra acostado.

Limitación de los movimientos activos y pasivos, dolor y rigidez en los músculos.

Existe dolor articular y disfunción.

Tratamiento

Se a comprobado que para el tratamiento del espasmo muscular, el uso de cloruro de etilo y tetanizante es de gran ayuda.

Uso de apósitos calientes, se dejan mientras conservan el calor (de 10 a 15 minutos) ; después se los prepara y coloca de nuevo. Se puede repetir varias veces por día.

Entre los tranquilizantes recomendados con propósitos de relajación muscular se hallan la reserpina, el meprobamato, la clorpromazina, el clordiazapóxido y el diazepam.

Ejercicios de relajación refleja, es preciso que el ejercicio no concluya en estiramiento, ni tampoco que las fases se extiendan hasta el punto de producir dolor.

Eliminación de tensión emocional mediante actividades recreativas.

-Miositis.

Clínicos e investigadores han hablado de los músculos masticatorios como fuente de dolor facial, se comprobó, que si persiste la contracción muchos días, o meses, ello va aparejado a una sensación de rigidez o dolor de la mandíbula o región temporal.

Es más común en personas jóvenes o de edad mediana.

Etiología.

Se afirma que aunque la contracción dolorosa del músculo sea concomitante con inflamación o estímulos nocivos de cualquier sector craneano o cervical superior, en especial con afecciones dentales, la variedad más común es la que se halla asociada a la tensión de la vida.

Signos y síntomas.

Describen áreas desencadenantes que irradian dolor a otras zonas de la cara y cabeza.

Se caracteriza por un dolor sordo en la parte afectada y limitación de movimiento. La presión ejercida sobre el músculo resentido desencadena dolor. La causa de la inflamación es desconocida.

Tratamiento.

Los síntomas desaparecen gradualmente con la aplicación de calor, masajes suaves y administración de salicilatos.

B) PROBLEMAS RELACIONADOS CON UN TRASTORNO DE LA ATM.

-Incoordinación.

La desintegración de la función motora coordinada es sólo una faceta de la conducta que manifiestan los pacientes que experimentan muchas dificultades en su adaptación social e interpersonal. Tal mecanismo es similar al responsable de la mayoría de los síntomas de incoordinación que

relatan muchos de nuestros pacientes. Con frecuencia expresan quejas tales como: "No sé qué hacer con la mandíbula" ó "Se desplaza".

Nuestra impresión es que la incoordinación de los músculos mandibulares es causada por tensiones emocionales que actúan a través de mecanismos que aumentan la tensión muscular.

Etiología.

Tensiones emocionales. Es muy frecuente que haya antecedentes de chasquido con la instalación repentina de la limitación del movimiento mandibular.

Signos y síntomas.

Los síntomas de la incoordinación son el chasquido, la subluxación y la dislocación. El más común es el chasquido. El dolor muscular altera mucho la coordinación muscular. Es interesante señalar que las personas ansiosas, presentan asimismo síntomas de fatiga, sensación de torpeza y falta de libertad en los movimientos.

Tratamiento.

Anestésicos, ejercicios, agentes físicos y farmacológicos.

Hay, además, consideraciones suplementarias en razón de los problemas que plantea la oclusión de los dientes y la reacción psicológica especial al dolor facial y a la disfunción temporomandibular.

-Chasquido.

Muchos experimentan el síntoma del chasquido al abrir o cerrar la boca. Estos sonidos pueden no significar la existencia de una enfermedad grave. Aunque no son normales, la gravedad depende de su frecuencia y el tipo, así como de otros síntomas. El chasquido o ruido seco no necesariamente es precursor de trastorno articular, aunque puede ser un indicio del mismo.

Etiología.

El chasquido tiene como origen la incoordinación y es posible inducirlo por la voluntad.

Signos y síntomas.

Sonidos al abrir o cerrar la boca. El sonido puede ser unilateral o bilateral por muchos años, se detecta mejor con el estetoscopio, aunque a veces es audible sin él.

Tratamiento

Mucha gente presenta este signo de disfunción del aparato masticatorio, pero en apariencia, se adapta bien a él y nunca requiere tratamiento.

- Trastorno en el disco.

Se han realizado congresos mundiales sobre diagnóstico y tratamiento de la ATM, realizados en Vancouver, Canada en 1985 y más recientemente en Buenos Aires, Argentina 1992. En éstos se realizaron dos consensos para establecer tratamientos y definiciones de términos que hasta el momento no se tenían definidos.

En este congreso se creó la siguiente clasificación para los problemas articulares, que fue dividida en estadios.

Estadio 1: Dolor leve , chasquido recíproco temprano, ausencia de síntomas inflamatorios, leve desplazamiento anterior del disco.

Estadio 2: Inicial intermedio; síntomas inflamatorios mínimos, presencia de chasquido y desplazamiento anterior del disco con temprana deformidad anatómica.

Estadio 3: Intermedio; síntomas mecánicos e inflamatorios más graves, moderada y marcada deformidad del disco con parcial o completo desplazamiento.

Estadio 4: Intermedio tardío; completo desplazamiento anterior del disco con cambios degenerativos en tejidos duros.

Estadio 5: Tardío: completo desplazamiento anterior de disco con cambios degenerativos y perforación, marcada deformidad anatómica de tejidos blandos y duros.

Actualmente existe tendencia mucho más conservadora y menos invasiva en el tratamiento de los desórdenes internos. Aunque muchas artroscopias de la articulación han sido realizadas en los últimos años sólo recientemente ha habido documentos clínicos y científicos donde se presentan resultados en la literatura, estableciendo a la artroscopía como una forma de tratamiento menos invasiva.

Basándose en los resultados encontrados en la literatura se decidió implementar el procedimiento en pacientes con desorden interno de la ATM (desplazamiento anterior del disco con reducción) por ser un método sencillo menos invasivo y con la posibilidad de ocasionar menos problemas a los pacientes tratados con esta técnica.

En la artrocentesis se coloca al paciente en decúbito lateral con la cabeza a 45 grados y se toman radiografías de control para ubicación de la ATM previa asepsia y antisepsia de la región, se dibuja el arco cigomático y el cóndilo mandibular con azul de metileno, se fijan campos quirúrgicos estériles, se infiltra 5ml de xilocaína con epinefrina al 2% en región pre-articular con jeringa hipodérmica B/D de 22x32mm.

Esperando 10 minutos se fija una aguja del mismo calibre en el surco posterior del compartimiento superior de la ATM bajo fluoroscopia se infiltran 2 a 3 mm de solución fisiológica 0.5% pH 7.4 a temperatura ambiente la cuál incrementa la presión hidráulica intracapsular. En seguida

se fija la segunda aguja en el espacio anterosuperior observándose salida de líquido que comprueba estar en dicho compartimiento eliminando la presión intracapsular. En este momento se lava el compartimiento con 60ml de solución fisiológica al 0.5% pH 7.4 a temperatura ambiente corroborando que salga la misma cantidad de solución inyectada por la otra aguja, realizando la inyección de una forma lenta y continua lográndose de esta forma pasiva sin resistencia, corroborando de esta forma que el espacio esta libre, sin adherencias u obstáculos que limiten la apertura oral del paciente.

Se realizaron movimientos de manipulación mandibulares finales y se retiran las dos agujas y colocándose apósitos compresivos en región preauricular. Se orienta al paciente de los cuidados a seguir: dieta blanda, más terapia con calor, manejo de dolor con analgésicos tipo dipirona en caso necesario.

De esta forma la artrocentesis comprueba ser un método eficaz, menos invasivo, el cual puede ser realizado bajo anestesia local, más barato, lo que hace de este método un excelente procedimiento para el tratamiento de los desórdenes internos en sus estadios iniciales y obteniendo una mejoría satisfactoria en estadios más avanzados.

C) PROBLEMAS RESULTANTES DE TRAUMATISMO EXTERNOS.

-Artritis traumática.

La artritis traumática puede aparecer después de recibir un golpe, de una apertura bucal forzada o de una intervención dental. El traumatismo

resultante depende en gran manera del tipo de lesión, así como de su gravedad y duración. En muchas ocasiones una simple gripe puede producir dolores por años y limitar la función, sin que existan cambios aparentes en la articulación.

Etiología.

Se debe a un trauma directo o indirecto en la mandíbula.

Signos y síntomas.

Hay inflamación y dolor consecutivos a la distensión y desgarro de los tejidos de soporte de la articulación.

Si el trauma es severo, se va a producir una dislocación del cóndilo, una hernia discal e incluso una fractura. El área afectada se va a encontrar inflamada y dolorosa. Puede producirse una hemorragia intraarticular y limitación en el movimiento de la mandíbula.

Hallazgos radiográficos.

No hay cambios en las superficies articulares.

Tratamiento.

La artritis traumática se asemeja a una "torcedura" en cualquier otra articulación, el tratamiento es similar al empleado en la osteoartritis, es decir,

salicilatos, aplicación de calor, dieta blanda, dieta líquida y restricción del movimiento mandibular.

Las inyecciones intraarticulares de esteroides dan alivio en casos de dolor grave e inflamación.

Los pacientes con artritis traumática deben estar informados de los posibles cambios degenerativos que se pueden presentar en el futuro.

Debe de realizarse una rehabilitación oclusal inmediata.

Complicaciones.

Una posible complicación sería la anquilosis siendo el resultado de un traumatismo tardío.

-Luxación.

La dislocación de la articulación temporomandibular es por lo general aguda, aunque problemas crónicos y recurrentes siempre estarán presentes. Muchas veces se puede producir con relativa frecuencia cuando la cápsula y el ligamento temporomandibular están relajados suficientemente para permitir que el cóndilo se mueva hacia un punto encontrado por delante de la eminencia articular durante el movimiento de apertura.

La dislocación depende de un desequilibrio en la contracción muscular seguida del miospasma. El miospasma evitará que la cabeza del cóndilo retorne a la cavidad y a la oclusión dentaria. Es por esta razón que al

paciente le será imposible cerrar su boca. Un daño ligero es la causa más frecuente, aunque un bostezo o una amplia apertura bucal puede provocar una dislocación. Puede ser unilateral o bilateral.

Etiología.

Es causada por un trauma directo o indirecto, operaciones dentales prolongadas, miospasmos musculares y cuando los maxilares son separados por la fuerza durante una anestesia general.

Signos y síntomas.

La radiografía es útil para establecer un diagnóstico entre las fracturas y las luxaciones del cóndilo, ya que las dos pueden presentar alteraciones oclusales.

En la mayoría de la gente, los cóndilos se desplazan normalmente por delante de la eminencia articular. Cuando existe una luxación en donde hay contracción anormal de la musculatura, se podrá demostrar fácilmente en la radiografía una imagen típica en donde el cóndilo se encuentra simplemente anterior a la eminencia.

Tratamiento.

De manera general la reducción de la dislocación se llevará a cabo de manera manual, si el paciente se encuentra muy relajado, se podrá realizar la reducción espontánea, aunque el empleo de morfina o de algún relajante muscular puede ser de gran ayuda para lograr nuestro objetivo.

La reducción la vamos a realizar colocándonos frente al paciente, situando nuestros dedos índices en el vestibulo bucal, aplicando una presión hacia abajo sobre los dientes posteriores y hacia atrás, al mismo tiempo con los pulgares ejercemos presión hacia arriba, ejerciendo una presión gradual, hasta que el cóndilo ocupe su lugar dentro de la cavidad glenoidea. Para evitar una luxación recurrente, se deberá restringir los movimientos mandibulares durante 2 a 3 semanas.

En ocasiones puede existir dislocaciones que han ocurrido bastante tiempo atrás sin que el paciente lo haya notado, esto puede ocurrir debido a una operación llevada a cabo bajo anestesia general, y puede mantenerse sin ser detectada si el paciente no es examinado en el posoperatorio. Este tipo de dislocaciones requieren reducción abierta, llevando a cabo una incisión preauricular llegando hasta la articulación, exponiendo el cóndilo dislocado y bajo relajación profunda y visión directa, se llevará el cóndilo a la cavidad glenoidea.

Se han descrito varios procedimientos que varían desde la aplicación simple del ligamento capsular laxo hasta la resección de la eminencia articular o la ligadura de la cabeza del cóndilo a la cavidad glenoidea.

La dislocación repetitiva, también puede ser causada por histeria o enfermedad neuromuscular.

También se encuentra indicada la inyección con solución esclerosante en una dislocación crónica.

Complicaciones.

Si la dislocación se reduce dentro de un tiempo razonable, se puede llegar a producir una fibrosis alrededor de la articulación y establecer una dislocación persistente.

-Fractura.

Nos ocuparemos del traumatismo de la zona temporomandibular relacionado con fracturas de cóndilo y asociadas, ya que ellas componen el 99% de los traumatismos agudos de la articulación.

Etiología.

Traumatismos ó accidentes externos.

Signos y síntomas.

Extrabucales.

- Sensibilidad preauricular.
- Palpación de fragmentos óseos.
- Crepitación durante el movimiento de apertura.
- Ligera desviación de la línea media del mentón hacia el lado afectado durante la apertura.
- Tumefacción, equimosis y edema en la zona temporomandibular.
- Salida de sangre del conducto auditivo afectado.

Intrabucales.

- Oclusión cruzada bilateral.
- Oclusión abierta unilateral.
- Desplazamiento anterior de todo el maxilar inferior.
- Desplazamiento posterior de todo el maxilar inferior.
- Sensibilidad durante la apertura ó las excursiones laterales.

Tratamiento.

El tratamiento apropiado de una fractura desplazada de una articulación es alinear ese segmento fracturado en su posición original.

Para hacer el tratamiento sin exponer las fracturas de cóndilo (desplazadas y no desplazadas) que no están complicadas por otras facturas de maxilar inferior, se realiza la fijación intermaxilar durante 3 semanas.

El paciente es controlado por lo menos una vez por semana durante el periodo de fijación. Luego del retiro de la fijación intermaxilar, el paciente debe abrir la boca libremente (con sólo 2 ó 4 bandas elásticas intermaxilares) en las horas de vigilia, observar dieta líquida estricta; además se le enseñará a ponerse numerosas bandas elásticas intermaxilares para dormir (para asegurar la máxima intercuspidad de los dientes mientras duerme). El paciente vuelve 2 días después del retiro de la fijación intermaxilar para que se le controle y se le enseñe ejercicios livianos. Al cabo de 4 semanas el paciente puede suprimir las bandas elásticas intermaxilares mientras esta despierto pero debe seguirlas usando durante la noche por 6 semanas.

Al finalizar la sexta semana, se le indica que deje de colocarse las bandas elásticas intermaxilares y se lo cita para dentro de 3 días para una evaluación oclusal.

En la visita de la séptima semana se quitan los arcos vestibulares.

D) ENFERMEDADES DEGENERATIVAS.

Las enfermedades degenerativas son bastante comunes en la articulación temporomandibular.

Las enfermedades intraarticulares que atacan más frecuentemente a la articulación temporomandibular son:

-Osteoartritis

Esta enfermedad se va a encontrar dividida en osteoartritis primaria y osteoartritis secundaria.

En la osteoartritis primaria, la causa aún permanece oscura, aunque a veces obedece a un uso excesivo con desgaste fisiológico de la articulación.

En la osteoartritis secundaria, la causa puede ser la falta de un correcto enfrentamiento articular así como las luxaciones recurrentes provocando un trauma reiterado.

Esta división que se ha hecho de la osteoartritis es muy útil, pero clínicamente observaremos casi los mismos síntomas y signos, aunque por lo general los síntomas son más graves en la osteoartritis secundaria.

Etiología.

La etiología es compleja y puede depender de diferentes factores como la edad, el sexo, la herencia, los micro y macro traumas a las alteraciones de la función articular y los cambios vasculares.

La causa más aceptada es la irritación crónica en forma de sobrecargas anormales y forzadas en la articulación.

También se habla de las alteraciones en las relaciones oclusales, contribuyendo a la aparición y desarrollo de la osteoartritis debido a que no se tratan y son permanentes.

La aparición de osteoartritis sintomáticas en otras articulaciones pueden observarse con frecuencia en la menopausia.

Signos y síntomas.

Generalmente no se van a encontrar síntomas aunque sí producen cambios en las estructuras anatómicas de la ATM.

No se presentan manifestaciones generalizadas y no es una enfermedad incapacitante.

En la osteoartritis el defecto va a comenzar con una degeneración del cartilago articular, en las zonas articulares que soportan las sobrecargas.

Al avanzar la enfermedad, vamos a encontrar pequeños islotes de hueso o cartilago proyectándose por encima de la superficie articular, produciendo las características espículas u osteocitos. Se cree que los osteocitos se forman por una progresiva y circunferencial actividad remodelante o restauradora.

Hallazgos radiográficos.

El cambio radiográfico más importante en la osteoartritis es el velado de la articulación afectada y la falta de precisión en los contornos articulares.

En la posición con la boca cerrada en una situación anormal, el cóndilo se encontrará desplazado en sentido posterosuperior en la cavidad glenoidea, y da la impresión que el espacio articular se encuentra muy estrecho, esto se

debe más que nada a la resorción articular y a la pérdida de sustancias del disco.

Hay disminución de la excursión anterior y se puede observar en las proyecciones con la boca abierta y esto se debe a un espasmo secundario del músculo pterigoideo externo. El cóndilo se encuentra ligeramente por detrás de la eminencia articular del lado afectado.

Los laminogramas muchas veces nos van a mostrar cambios precoces de la osteoartritis que no son visibles en las radiografías de proyecciones laterales.

A medida que la enfermedad avanza, vamos a notar esclerosis ósea (eburnificación) de los contornos articulares.

Se encontrarán osteocitos frecuentemente y se notará la disminución del espacio articular.

Tratamiento.

Esta es una enfermedad crónica sin posibilidad de curación completa, aunque si es posible realizar una terapéutica eficaz para retardar el progreso de esta enfermedad degenerativa.

Reposo: Evitar el esforzar y sobrecargar la articulación ya que si el exceso continúa puede producirse un aumento en la degeneración.

Ejercicio: La articulación se deberá ejercitar dentro de sus límites para así evitar la atrofia muscular y estimular la circulación. El descanso muscular y

reposo es adecuado así como administrar al paciente una dieta blanda y líquida.

Eliminar los traumas: Corregir los factores que produzcan fatiga articular excesiva. Se puede utilizar férulas para proteger los dientes contra los efectos nocivos del bruxismo. Corregir los defectos oclusales y las desarmonías en los dientes naturales y artificiales.

Terapéutica física: Son de gran ayuda los ejercicios controlados y el calor. El calor es útil de varias formas, ya sea con rayos infrarrojos o almohadillas térmicas, este calor se deberá emplear durante 15 minutos por la mañana y otros 15 por la tarde, no importa la manera en que se use. La diatermia o tratamientos con ultrasonido ofrecen grandes beneficios en muchos casos.

Terapéutica médica: Los salicilatos son útiles para reducir el dolor, la hinchazón, inmovilidad e inflamación de la articulación.

Podemos utilizar analgésicos pero se deberá realizar con precaución. La sedación de tipo ligero con fármacos como el amital sódico (Amobarbital) puede reducir el espasmo muscular y el bruxismo.

El empleo de esteroides es innecesario en el tratamiento de la osteoartritis.

-Artritis.

La artritis de la articulación temporomandibular puede dividirse en dos tipos:

Artritis reumatoide y artritis infecciosa.

Artritis reumatoide.

Esta es una enfermedad incapacitante, la alteración articular va a consistir en una sinovitis, apareciendo la superficie sinovial engrosada, edematosa y congestionada, la inflamación progresiva y la proliferación sinovial produce tejido inflamatorio de granulación que cubre a las superficies articulares. A medida que la enfermedad avanza, las superficies articulares se deforman, el tejido de granulación puede unir los espacios articulares y se puede llegar a producir una anquilosis por calcificación.

Etiología.

Se describe que la etiología es oscura aunque se dice que es por aspectos inmunológicos.

Signos y síntomas.

El paciente va a presentar dolor e hinchazón sobre el área de la articulación temporomandibular. Va a ver limitación en los movimientos mandibulares,

ambas articulaciones se van a encontrar involucradas, hay evidencias de enfermedad sistémica.

El paciente va a presentar fiebre, anorexia y el factor IGM (factor reumatoide) será positivo.

Hallazgos radiográficos.

En las primeras etapas de la enfermedad, se van a mostrar muy pocos cambios, aunque a veces pueden aparecer difuminaciones debidas a la hinchazón de los tejidos blandos peri-articulares. En una etapa tardía, se podrá observar un ensanchamiento del espacio articular y los osteocitos que son característicos.

Tratamiento.

El paciente con la enfermedad progresiva tendrán que ser intervenidos practicando una operación articular, para prevenir o corregir deformidades y anquilosis.

El tratamiento médico de la artritis reumatoide va a depender de las necesidades de cada paciente. Los objetivos del tratamiento consisten en aliviar los síntomas, mejorar el estado de salud en general, deteniendo el avance de la enfermedad. Es necesario el descanso físico y mental. La terapéutica local va a consistir en calor y ejercicios que prevengan la pérdida de movilidad. Una dieta equilibrada también es de gran beneficio. Los

salicilatos se emplean para el alivio del dolor y rigidez usando dosis terapéuticas adecuadas.

Los adrenocorticoides pueden desaparecer el cuadro reumatoide en forma temporal. La inyección intra-articular de esteroides se utiliza cuando alguna de las articulaciones se encuentra afectada de forma aguda. Los antipalúdicos, compuestos de oro y la fenibutazona, son agentes que se emplean en la artritis reumatoide.

Complicaciones.

Puede llegar a producirse una anquilosis en la ATM.

Artritis infecciosa.

Ese tipo de artritis nos indica la existencia de una inflamación supurativa, dentro del espacio articular y es debida a una invasión bacteriana directa.

Esta enfermedad es muy rara en la articulación. En muchos casos este tipo de artritis es unilateral.

Etiología.

La causa principal es una invasión directa de las bacterias a la articulación, por la diseminación hematogena o a través de una perforación traumática.

Los organismos responsables más frecuentes son: el neumococo y el gonococo.

Signos y síntomas.

Al principio de la enfermedad va a existir una artralgia a causa de una sinovitis y al avanzar la infección, la alteración inflamatoria de la sinovia con producción de pus se vuelve más severa.

En las manifestaciones clínicas vamos a encontrar dolor y enrojecimiento sobre el área preauricular así como hinchazón.

El paciente presenta fiebre, escalofríos y sudoración excesiva.

Hallazgos radiográficos.

En la artritis infecciosa va a ver una característica muy importante que es la destrucción de las superficies articulares.

Tratamiento.

Cuando hay sospecha de este tipo de artritis, se deberá de tomar una muestra, para poder identificar el organismo u organismos responsables, y de esta manera comenzar con una terapéutica antibiótica específica.

Otros cuidados incluye el uso de calor, dieta apropiada, hidratación, alivio del dolor y restricción de los movimientos articulares.

Una vez que se a producido la colección de pus en el interior de la articulación, esta indicado el realizar un drenaje a través de una incisión preauricular.

Si los espacios adyacentes se involucran en la supuración puede ser de mayor utilidad una incisión submandibular.

Cuando la infección existe por la parte interna de la mandíbula y en el espacio temporal, se puede realizar un drenaje de lado a lado mediante una incisión por encima del arco cigomático y otra incisión submandibular, estas dos se unen mediante un drenaje de goma.

E) HIPOMOVILIDAD MANDIBULAR CRÓNICA.

-Anquilosis.

La anquilosis de la articulación temporomandibular no es muy frecuente, la pérdida de la función mandibular puede variar desde la parcial hasta la pérdida total.

Si no se trata al paciente se vera imposibilitado para comer de manera normal, no podrá masticar, la higiene bucal se deteriorará y hasta el habla llegará a ser difícil.

La anquilosis ocurre en etapas tempranas de la vida, puede presentarse deformidad de la mandíbula conocida como micrognatia.

La anquilosis puede ser de naturaleza fibrosa ú ósea.

Etiología.

La causa más común de la anquilosis es por un traumatismo, aunque ocasionalmente puede ser congénita, debido a una inflamación o como resultado de una artritis avanzada.

Signos y síntomas.

La anquilosis puede ser unilateral o bilateral, si es unilateral, la mandíbula se desviará hacia el lado afectado cuando se intenta abrir la boca. Si se colocan los dedos dentro del agujero auditivo externo, va a ser evidente si hay o no movilidad.

Cuando la anquilosis es causada por un traumatismo, como por ejemplo: la fractura del cóndilo comprometiendo la superficie articular, se va a presentar hemorragia y elevación del periostio, seguido por la organización de un coágulo, que generalmente va a producir la unión entre la rama de la mandíbula y el arco cigomático.

Hallazgos radiográficos.

Los estudios radiográficos van a determinar el grado de anquilosis, la cual puede variar desde anquilosis condilar a anquilosis que involucra el proceso coronoideo con obliteración completa en la cisura mandibular.

Vamos a notar (no siempre), la fusión del hueso temporal con el arco cigomático y la base del cráneo.

Va a haber una obliteración del espacio articular, y el arco cigomático se apreciará hundido.

Tratamiento.

El tratamiento de elección para la anquilosis es la intervención quirúrgica.

Existen varias técnicas. La artroplastía, comprende la exposición de la zona de la articulación a través de la incisión preauricular, si sólo esta involucrada en la anquilosis la zona condilar, no es necesario exponer la apófisis coronoides.

La osteotomía generalmente se va a extender a través de la base del cuello del cóndilo. Después se va a cincelar el cóndilo liberándolo y se irriga. Cuando el cóndilo se encuentra fracturado y se desplazó hacia la línea media, es necesario realizar una osteotomía de 1 cm. en la porción superior de la rama lo cual permite una mejor visualización de la cara interna de la rama y la exposición del cóndilo mal ubicado, que entonces podrá ser cincelado desde la cara interna de la rama y extraído a través de la herida.

Para realizar una artroplastia exitosa, nos encontraremos con dos principios involucrados.

1.- Realizar una artroplastía adecuada, removiendo el cóndilo desplazado y creando un espacio de 1 a 1.5 cm. Entre el borde superior de la rama y la apófisis cigomática.

2.- Proveer una temprana, vigorosa y sostenida dilatación mandibular posoperatoria.

La artroplastia puede fracasar si no se realiza el segundo principio con determinación.

Para asegurar el éxito, se aconseja llevar al paciente a la sala de operaciones en el tercer día posoperatorio, para practicar una dilatación diaria por la fuerza con un abrebocas durante tres semanas después de la cirugía, esto dará resultados posoperatorios excelentes.

En algunos casos no se coloca sustancia alguna después de la artroplastia, mientras que en otras se utilizan vaciados de vitalio, cromo o cobalto, así como materiales plásticos tales como el silastic.

F) ANOMALÍAS DEL DESARROLLO.

El cóndilo crece por oscificación endocondral, que es el principal centro de crecimiento de la mandíbula. La actividad del crecimiento se detiene aproximadamente a los 20 años. Trastornos que se producen en la época de crecimiento mandibular puede dar lugar a asimetrías faciales, retrognatia y prognatismo. La agenesia o desarrollo incompleto del cóndilo se asocia a otras anomalías de las estructuras faciales.

Estos trastornos suelen ser congénitos, es difícil diferenciar la verdadera causa.

La deformidad de la mandíbula deberá determinarse sólo por la severidad y duración de la lesión, pero también por el tiempo en que se presentó y el período de desarrollo. Las causas pueden ser genéticas o adquiridas, esto realmente no puede determinarse con exactitud.

-Deformidades congénitas

En el paladar hendido o Síndrome de Pierre Robin, el carácter congénito de la deformidad es ya evidente al nacimiento y otras deformidades mandibulares pueden aparecer durante el período de crecimiento.

Hay síndromes relacionados con deformaciones de la mandíbula y entre ellos se encuentran: La disostosis craneofacial, conocida como enfermedad de Crouzon, disostosis mandibulofacial y atrofia hemifacial progresiva.

Deformidades adquiridas.

Los trastornos que se presentan durante el crecimiento del individuo, pueden llevar a serias mal formaciones y deformidades del esqueleto facial y tejidos blandos que lo recubren.

Las causas de estos trastornos son dos:Inflamación y traumatismo.

Las inflamaciones pueden causar deformidad si se encuentran comprometiendo regiones de crecimiento. La zona con mayor potencial de crecimiento en la mandíbula es el cóndilo así como el ángulo mandibular y proceso alveolar.

La hipoplasia maxilar ocurre con menos frecuencia ya que la maxila no tiene un centro de crecimiento específico como la mandíbula.

La principal causa de la inflamación es la infección, la otitis media aparece en la niñez con mucha frecuencia y por estar cerca de la articulación temporomandibular puede provocar artritis purulenta.

A consecuencia de esto aparece una fibrosis, hasta llegar a la anquilosis y destruir total o parcialmente las zonas de crecimiento.

En el grupo de los traumatismos encontramos a las fracturas de una o ambas articulaciones temporomandibulares, que puede causar la restricción uni o bilateral del crecimiento.

La fractura de la cabeza del cóndilo pone en peligro la zona de crecimiento de la mandíbula.

En una anquilosis unilateral, el lado intacto de la mandíbula continua creciendo lentamente. El resultado va a ser una retrognatia con microgenia.

Agnatia.

La agnatia es un defecto congénito extremadamente raro, el cuál se caracteriza por ausencia de maxilar superior o de la mandíbula.

Es más común la falta de formación del arco mandibular; puede faltar la mandíbula íntegra de un lado o únicamente el cóndilo o rama en su totalidad, aunque se ha visto agnatia bilateral de cóndilos o ramas mandibulares.

Micrognatia.

Se caracteriza por maxilar pequeño, ya sea superior o inferior. Esto suele resultar de un traumatismo, infección o artritis reumatoide.

La disminución del tamaño de la mandíbula, se debe principalmente a falta de centros de crecimiento del cóndilo.

La agenesia de los cóndilos produce una micrognatia mandibular.

Se observa micrognatia maxilar en la disostosis craneofacial, acrocefalosindactilia y trisomía 21.

Hay micrognatia mandibular en los síndromes de Pierre Robin y de Turner.

Macrogнатia.

Los maxilares son anormalmente grandes. El aumento de ambos maxilares suele ser proporcionado a un aumento generalizado de tamaño en todo el esqueleto como en el gigantismo hipofisario.

La macrogнатia suele estar asociada con alguna lesión como: enfermedad osea de Paget y Acromegalia.

Hiperplasia hemimandibular.

Es característico el elongamiento de un lado de la mandíbula, encontramos elongación del cóndilo, el cuello del cóndilo, la rama ascendente y el cuerpo. Un lado de la cara va a parecer alargado, con el borde inferior más bajo en el lado afectado y se aprecia marcada convexidad cuando se tiene una vista lateral.

Puede haber desplazamiento del mentón, la línea del labio se encuentra torcida hacia el lado afectado.

Radiográficamente todo el lado afectado de la mandíbula se encuentra elongado y el canal inferior se desplaza hacia el borde inferior.

El tratamiento consiste en cirugía condilar.

G) NEOPLASIAS.

Los tumores intracraneales llegan a producir problemas con disfunción mandibular. Estos tumores se pueden desarrollar en el cóndilo, en el cartilago articular y en los tejidos de soporte de la articulación.

Las neoplasias primarias son bastantes raras, la mayoría son de origen metastásicos y se pueden originar por extensión directa de la glándula parótida o de las estructuras adyacentes.

De los tumores que afectan la articulación temporomandibular podemos encontrar a los tumores benignos que pueden incluir una simple hipertrofia

del cóndilo, osteomas, condromas, osteocondromas, tumores de células gigantes, mixomas y fibroosteomas.

También encontramos los tumores malignos como el condrosarcoma, fibrosarcoma y el sarcoma sinovial.

Se pueden encontrar lesiones metastásicas de adenocarcinomas, carcinomas de células metastásicas, melanomas y mielomas múltiples. El tratamiento de los tumores benignos de la articulación consiste en una condilectomía. Las neoplasias primarias pueden requerir intervención quirúrgica radical, la radioterapia o ambas, o bien una combinación de cirugía, irradiación y quimioterapia.

Tumores benignos.

Osteoma, osteocondroma y condroma son los más comunes.

Etiología.

Son de origen desconocido.

Signos y síntomas.

Encontraremos deformidad condilar, desviación de la mandíbula, maloclusión y se puede desarrollar una mordida abierta rápidamente.

Hallazgos radiográficos.

Se puede observar hipertrofia y deformidad de la cabeza condilar, la desviación de la mandíbula hacia el lado normal y la degeneración de la cabeza del cóndilo.

Tratamiento.

Deberá ser diferenciado inmediatamente de una hiperplasia condilar en la cual el cóndilo se ve de la misma manera. Se deberá practicar una escisión local.

Tumores malignos.

Osteosarcoma y condrosarcoma son los más comunes.

Etiología.

Son de origen desconocido.

Signos y síntomas.

Vamos a encontrar dolor e hinchazón, destrucción rápida de los componentes de la articulación temporomandibular, hay movimientos limitados de apertura y desviación mandibular.

Hallazgos radiográficos.

Dstrucción total o parcial de las superficies articulares, desviación de la mandíbula hacia el lado normal.

Tratamiento.

Diagnóstico rápido, escisión amplia, generalmente no son radiosensitivos, se deberá considerar la extensión hacia la cavidad glenoidea y el oído medio.

Se debe reconstruir después del período posoperatorio.

CONCLUSIONES

Los trastornos de la articulación temporomandibular sólo pueden ser prevenidos si conocemos la naturaleza multifacética de la enfermedad y la estructura anatómica propiamente dicha.

La prevención debe abarcar el esfuerzo de nuestra profesión por mejorar la salud de esta estructura. Debe ser enfocada como parte de la totalidad del paciente y no sólo desde el punto de vista de una entidad enferma y separada.

Esta compleja estructura debe ser protegida de los choques de los factores etiológicos crónicos, incluso las desarmonías oclusales y estructurales, el uso abusivo, los factores emocionales y las infecciones.

Es preciso tratar el inevitable traumatismo inmediato del complejo temporomandibular y es necesario ayudar al paciente a comprender el problema potencial que se plantea.

Los procedimientos que respetan la integridad anatómica y funcional de la articulación deben ser los de primer elección.

BIBLIOGRAFIA

ARCHER H.

Cirugía Bucodental

Editorial Mundi SAICF, Buenos Aires, Argentina.

DAWSON C. E.

Problemas Oclusales

Editorial Mundi, Buenos Aires, Argentina.

MORGAN DOUGLAS H.

Enfermedades del Aparato Temporomandibular

Editorial Mundi SAICF, Buenos Aires, Argentina.

NEFF PETER A.

Oclusión y Función

Collegium Georgipolitanum.

NORMAN JOHN E.

Libro de Texto y Atlas en color de la Articulación Temporomandibular

Editorial Labor S.A. 1993

Publicación de MOSBY-ESPAÑA.

SHAHER W.G.

Tratado de Patología Bucal

Editorial Interamericana.

SCHWARTZ LASZLO.

Dolor Facial y Disfunción Mandibular

Editorial Mundi SAICF, Buenos Aires, Argentina.