



24/209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**TRANSTORNOS ARTRITICOS MAS FRECUENTES
EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N

LETICIA CRUZ MARTINEZ

ELVIRA VELAZQUEZ MARTINEZ

MEXICO, D. F.

1982



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.

TABLA DEL CONTENIDO

INTRODUCCION

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA.
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
3. OBJETIVOS.
4. HIPOTESIS.
5. MATERIAL Y METODO.
6. CONSIDERACION PREVIA.

CAPITULO I

ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

- A) ELEMENTOS ANATOMICOS QUE CONSTITUYEN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.
 1. SUPERFICIES ARTICULARES:
 - a) SUPERFICIES ARTICULARES DE LA MANDIBULAR.
 - b) SUPERFICIES ARTICULARES DEL HUESO TEMPORAL.
 2. MENISCO O DISCO ARTICULAR.
 3. SISTEMA LIGAMENTOSO:
 - a) CAPSULA ARTICULAR.
 - b) LIGAMENTOS INTRINSECOS.
 - c) LIGAMENTOS EXTRINSECOS.
 4. SINOVIALES:
 - a) MEMBRANA SINOVIAL.
 - b) LIQUIDO SINOVIAL.

B) MUSCULOS DE LA MASTICACION:

1. MUSCULO MASETERO.
2. MUSCULO TEMPORAL.
3. MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.
4. MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.
5. MUSCULO DIGASTRICO.

C) MOVIMIENTOS MANDIBULARES.

D) FUNCIONES DE LA ARTICULACION TEMPROMANDIBULAR.

**CAPITULO II
METODOS DE DIAGNOSTICO**

A) HISTORIA CLINICA.

B) METODOS RADIOGRAFICOS.

**CAPITULO III
CLASIFICACION DE ARTRITIS DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR**

**CAPITULO IV
ARTRITIS REUMATOIDEA**

1. INTRODUCCION.
2. ETIOLOGIA.
3. CARACTERISTICAS CLINICAS.
4. CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.
5. CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.
6. DIAGNOSTICO.
7. PRONOSTICO.
8. TRATAMIENTO.

CAPITULO V
ARTRITIS INFECCIOSA

1. INTRODUCCION.
2. ETIOLOGIA.
3. CARACTERISTICAS CLINICAS
4. CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.
5. CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.
6. DIAGNOSTICO.
7. PRONOSTICO.
8. TRATAMIENTO.

CAPITULO VI
OSTEOARTRITIS

1. INTRODUCCION.
2. ETIOLOGIA
3. CARACTERISTICAS CLINICAS.
4. CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS
5. CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS
6. DIAGNOSTICO.
7. PRONOSTICO
8. TRATAMIENTO.

CAPITULO VII
RESULTADOS

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

CAPITULO X

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Para ubicarnos y lograr la mejor comprensión del tema, es menester aclarar el significado médio de la palabra artritis.

Artritis término utilizado para designar cualquier enfermedad de las articulaciones, no obstante que debe restringirse a la inflamación de estas.

La raza humana se ve frecuentemente afectada por esta enfermedad, que no hace distinción de sexo ni de edad, además representa un serio problema de salud pública, y un trastorno socio-económico cada día más grave.

La articulación temporomandibular no escapa de esta enfermedad, aunque no es una de las más afectadas comúnmente.

FUNDAMENTACION DEL TEMA

Seleccionamos este tema ya que es de nuestro interés - saber y conocer como y cuando se desarrolla esta enfermedad.

La articulación temporomandibular puede sufrir todas - las formas de artritis, pero hay tres tipos de éstas, con las - cuáles el odontólogo debe estar familiarizado, y son las si - - guientes:

1. Artritis Reumatoidea.
2. Artritis Infecciosa.
3. Osteoartritis.

Las manifestaciones artríticas tienen su origen o más - bien pueden ser la respuesta a: Lesiones traumáticas externas, pueden aparecer de repente y de origen desconocido.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La artritis o inflamación en las articulaciones, es una de las enfermedades más frecuentes que afectan a la raza humana.

Las causas de las alteraciones articulares, no se saben con exactitud hasta ahora cuáles son, pero se atribuyen sus manifestaciones a procesos infecciosos, lesiones traumáticas externas, pueden aparecer de repente y casi por lo general son de origen desconocido, y los mecanismos de la enfermedad sólo se han aclarado parcialmente.

Las alteraciones de las articulaciones causan dolor, rigidez, edema, rubor, aumento del calor o limitación del movimiento.

O B J E T I V O S

1. Explicar los elementos anatómicos de la Articulación Temporomandibular.
2. Explicar los movimientos de la Articulación Temporomandibular.
3. Explicar las funciones de la Articulación Temporomandibular.
4. Clasificar las enfermedades artríticas que afectan a la Articulación Temporomandibular.
5. Mencionar los tres tipos de artritis que afectan más fre--
cuentemente a la Articulación Temporomandibular.
6. Definir el término de Artritis Reumatoidea.
7. Mencionar la etiología de Artritis Reumatoidea.
8. Explicar las características clínicas de la Artritis Reumatoidea.
9. Explicar las características histopatológicas de la Artritis Reumatoidea.
10. Mencionar los signos radiográficos de la Artritis Reumatoidea.

11. Mencionar los medios de diagnóstico de la Artritis Reumatoidea.
12. Mencionar el pronóstico de la Artritis Reumatoidea.
13. Explicar las medidas terapéuticas de la Artritis Reumatoidea.
14. Definir el término de Artritis Infecciosa.
15. Mencionar la etiología de Artritis Infecciosa.
16. Explicar las características clínicas de la Artritis Infecciosa.
17. Explicar las características histopatológicas de la Artritis Infecciosa.
18. Mencionar los signos radiográficos de la Artritis Infecciosa.
19. Mencionar los medios de diagnóstico de la Artritis Infecciosa.
20. Mencionar el pronóstico de la Artritis Infecciosa.
21. Explicar las medidas terapéuticas de la Artritis Infecciosa.
22. Definir el término de Osteoartritis.
23. Mencionar la etiología de Osteoartritis.

24. Explicar las características clínicas de Osteoartritis.
25. Explicar las características histopatológicas de Osteoartritis.
26. Mencionar los signos radiográficos de la Osteoartritis.
27. Mencionar los medios de diagnóstico de la Osteoartritis.
28. Mencionar el pronóstico de la Osteoartritis.
29. Explicar las medidas terapéuticas de la Osteoartritis.

H I P O T E S I S

Por medio de esta investigación se pretende demostrar que los trastornos artríticos de la Articulación Temporomandibular son más frecuentes en personas jóvenes y adultas, ocasionan molestias al realizar las funciones mandibulares y limitan los movimientos de dicha articulación.

MATERIAL Y METODO

Libros y artículos de revistas de carácter internacional de 1978 a la fecha que contengan información sobre esta enfermedad.

Burket, W., Lester, Medicina Bucal, Edit. Interamericana México 1978, p.p. 337 - 358.

Shafer, G., William, Tratado de Patología Bucal, Edit. Interamericana, México 1980, p.p. 648 - 666.

Robbins, L., Stanley, Tratado de Patología, Edit. Interamericana, México 1980, p.p. 1235 - 1246.

Bellanti, A., Joseph Inmunología, Edit. Interamericana, México 1980, p.p. 376 - 379.

Sodeman, A., William, Fisiopatología Clínica, Edit. Interamericana, México 1978, p.p. 873 - 895.

METODO:

Desarrollo de una investigación documental basada en el Método Científico.

D E S A R R O L L O

CONSIDERACION PREVIA

Teniendo en cuenta que la Artritis es una de las enfermedades sistémicas, que más afectan a la raza humana, y de la cuál no escapa la Articulación Temporomandibular.

Nos proponemos con este trabajo, que esta enfermedad no solamente sea de interés para el médico, sino también para el odontólogo.

CAPITULO I

**ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR**

ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR

La articulación temporomandibular es una articulación diartrodial, bicondílea, en forma de bisagra, localizada simétricamente a cada lado de la cabeza.

Para comprender la fisiología bucal, es necesario en tender la acción de las articulaciones, y de los músculos que operan en la mandíbula.

A) ELEMENTOS ANATOMICOS QUE CONSTITUYEN LA
ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

- 1.- Superficies Articulares: Cóndilo mandibular, cóndilo del - hueso temporal o eminencia articular y Cavidad glenoidea.
- 2.- Menisco o Disco Intraarticular.
- 3.- Sistema Ligamentoso: Cápsula articular, ligamentos intrínsecos, y ligamentos extrínsecos.
- 4.- Sinoviales: Membrana y Líquido sinovial.

SUPERFICIES ARTICULARES DE LA MANDIBULA

CONDILOS:

Son dos eminencias elipsoideas u ovoides situadas en el extremo superior del borde parotídeo de la mandíbula, que mide de 20 a 22 mm de longitud y 8 mm de ancho, cuyo eje mayor se dirige oblicuamente de afuera hacia adentro, y de adelante-hacia atrás. La superficie articular ocupa el extremo superior del cóndilo, presenta una vertiente anterior que es convexa y oblicua hacia abajo; una vertiente posterior que se dispone verticalmente; las dos vertientes forman una arista o cresta que es roma y transversal. El cóndilo descansa sobre una porción más estrecha llamada cuello (en su parte anterointerna se encuentra una depresión para la inserción del músculo pterigoideo externo).

La superficie articular de la mandíbula está tapizada por un tejido fibroso de escasas células cartilaginosas apropiado para resistir frotamientos y desgarros, tiene 2 mm de espesor, lo que demuestra su valor funcional, no posee vasos ni nervios, por lo tanto no hay inflamación o cicatrización; la nutrición se realiza por imbibición de la sinovial; su misión-consiste en amortiguar presiones y distribuirlas sobre las superficies óseas articulares.

SUPERFICIES ARTICULARES DEL HUESO TEMPORAL

1) CONDILOS TEMPORALES:

Llamadas también eminencias articulares, están constituidos por la raíz transversa del cigoma (apófisis cigomática), es una eminencia cilindroide casi transversal dirigida desde - el tubérculo cigomático hacia adentro, atrás y abajo.

2) CAVIDAD GLENOIDEA:

Llamada también fosa articular, está situada detrás - de la eminencia articular, es una depresión profunda de forma - elipsoidal cuyo eje mayor se dirige transversalmente hacia - - adentro y hacia atrás.

Se encuentra limitada anteriormente por el cóndilo - del temporal (eminencia articular), posteriormente por la cresta petrosa, por fuera está limitada por la raíz longitudinal - de la apófisis cigomática y por dentro por la espina del esfe - noides.

Mide aproximadamente 22 mm de diámetro transverso.

Está dividida en dos partes por la cisura de Glasser,

de las cuales sólo la parte anterior es articular, constituyendo la cavidad glenoidea y se halla cubierta por tejido fibroso.

La parte posterior o extraarticular carece de revestimiento y forma la pared anterior del conducto auditivo externo.

Las superficies articulares del hueso temporal (eminentias articulares y cavidad glenoidea), están tapizadas por tejido fibroso de escasas células cartilaginosas de aproximadamente 2 mm de espesor.

Se puede decir que las dos superficies articulares o anatómicas destinadas a entrar en relación articular son: los cóndilos mandibulares y del hueso temporal, elementos convexos en sentido anteroposterior y transversal.

MENISCO O DISCO INTRAARTICULAR

La superficie articular del hueso temporal, no se adapta directamente con el cóndilo de la mandíbula, ya que ésta superficie es cóncava y convexa. La concordancia se establece por la interposición de un menisco intraarticular; éste es de forma elíptica y tiene su eje mayor dirigido transversalmente y es paralelo al del cóndilo mandibular.

El menisco es una masa fibrocartilaginosa, que presenta dos caras, dos bordes y dos extremidades:

- 1) Cara Antero-Superior: Es cóncava y está en relación con el cóndilo del hueso temporal.
- 2) Cara Postero-Inferior: Es cóncava y puede cubrir todo el cóndilo mandibular.
- 3) Borde Anterior: Está en contacto con la vertiente anterior del cóndilo del hueso temporal.
- 4) Borde Posterior: Está por detrás de la cresta del cóndilo-mandibular.
- 5) Las Extremidades: La extremidad externa o posterior es más gruesa que la interna o anterior y están dobladas hacia abajo, emitiendo prolongaciones fibrosas que las fijan en las partes laterales del cuello del cóndilo.

Por ésta razón el menisco acompaña al cóndilo mandibular en todos sus movimientos.

SISTEMA LIGAMENTOSO O MEDIOS DE UNION

El sistema ligamentoso o medios de unión está constituido por los siguientes elementos:

- 1) Cápsula Articular.
- 2) Ligamentos Laterales, de Refuerzo o Intrínsecos.
- 3) Ligamentos Accesorios, Auxiliares o Extrínsecos.

CAPSULA ARTICULAR

Tiene forma de manguito o de cilindro dispuesto alrededor de la articulación. Está ricamente inervada y vascularizada siendo lo anterior factor importante en la génesis del dolor articular.

Esta cápsula es la que permite el movimiento de Bennet.

Las partes laterales de la cápsula presentan engrosamientos que corresponden a los ligamentos laterales. El menisco se inserta en la superficie interna de la cápsula la cual está tapizada por la sinovial, dividiendo a la cavidad articular en una porción suprameniscal y otra inframeniscal.

Origen:

- a) Delante.- Raíz transversa de la apófisis cigomática.
- b) Atrás.- Labio de la cisura de Glasser (fondo de la cavidad glenoidea).
- c) Fuera.- Tubérculo cigomático.
- d) Dentro.- Base de la espina del esfenoides.

Inserción:

Cuello del cóndilo mandibular.

LIGAMENTOS LATERALES, DE REFUERZO O INTRINSECOS

Los ligamentos laterales, de refuerzo o intrínsecos -
son:

- a) Ligamento Lateral Externo o Temporomandibular:

Situado por fuera de la cápsula, es el medio principal de unión de esta articulación.

Origen:

En el tubérculo cigomático.

Inserción:

En el cuello del cóndilo, en su porción posteroexterna.

b) Ligamento Lateral Interno:

Situado en el lado interno de la cápsula, presenta grandes analogías con el anterior, pero es mucho más delgado.

Origen:

Base de la espina del esfenoides, en el borde de la cavidad glenoidea.

Inserción:

Porción Posterointerna del cuello del cóndilo.

LIGAMENTOS ACCESORIOS, AUXILIARES O EXTRINSECOS

Son tres, denominados pseudoligamentos y no tienen -- significación funcional determinada, se cree que sirven para - limitar movimientos mandibulares excesivos. Y son los siguientes:

a) Ligamento Esfenomandibular:

Cinta rectangular.

Origen:

Porción externa de la espina del esfenoides.

Inserción:

Vértice y borde posterior de la espina de Spix.

b) Ligamento Estilomandibular:

Cinta fibrosa de forma triangular.

Origen:

Vértice de la apófisis estiloides.

Inserción:

Tercio inferior del borde posterior de la rama ascendente,
un poco por encima del ángulo mandibular.

c) Ligamento Pterigomandibular:

Hoja fibrosa ligeramente marcada.

Origen:

Gancho del ala interna de la apófisis pterigoides.

Inserción:

Extremo posterior del reborde alveolar de la mandíbula.

SINOVIALES

Existen dos sinoviales: una superior o (supramenis- - cal), situada entre el menisco y el temporal (es la más exten- sa) y otra inferior o (inframeniscal), situada por debajo del- menisco entre éste y el cóndilo.

A veces las dos sinoviales se comunican entre sí por- un agujero que ocupa la parte central del menisco.

La membrana sinovial se caracteriza por una rica vas- cularización, pre-requisito para su función: elaborar el fluf- do lubricante y nutricional.

B) MUSCULOS DE LA MASTICACION

Los movimientos mandibulares se hallan controlados -- por diversos músculos masticatorios que son los siguientes:

- 1) Músculo Masetero
- 2) Músculo Temporal
- 3) Músculo Pterigoideo Interno
- 4) Músculo Pterigoideo Externo
- 5) Músculo Digástrico

Estos músculos se clasifican en elevadores y depresores de la mandíbula, pero también actúan en la protrusión, retrusión y desviación lateral de ella.

Los músculos que pertenecen a la clasificación de Suprahioideos toman parte en los movimientos mandibulares principalmente en la elevación del hueso hioides; estos son:

Digástrico, Milohioideo, Geniohioideo, y Estilohioideo.

Al músculo digástrico se le considera como uno de los músculos de la masticación en sentido funcional o fisiológico-amplio.

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LOS MUSCULOS

MASTICADORES

		m. masetero	
	protrusión		
Elevadores mandibulares		m. pterigoideo interno	
	retrusión	m. temporal	
			Movimientos
	protrusión	m. pterigoideo externo	Laterales
Depresores mandibulares			
	retrusión	m. digástrico	

De acuerdo a la clasificación anterior describiremos a cada uno de los músculos masticadores.

B) MUSCULOS DE LA MASTICACION.

MUSCULO MASETERO:

Músculo corto, grueso, plano, en forma de rombo, adosado en la cara externa de la rama de la mandíbula, está cubierto parcialmente por la glándula parótida y lo cruza el conducto parotídeo; consta de dos porciones llamados fascículos o haces.

Fascículo Superficial:

Origen. Borde inferior de los dos tercios anteriores del arco cigomático del maxilar superior.

Inserción. Superficie lateral de la parte inferior - de la rama mandibular hasta el ángulo del maxilar inferior.

Fascículo Profundo:

Origen. Cara interna del arco cigomático.

Inserción. Cara externa de la apófisis coronoides, la rama y el ángulo mandibular.

Acción:

Las fibras musculares del fascículo superficial llevan a la mandíbula hacia arriba y adelante.

Las fibras musculares del fascículo profundo llevan a la mandíbula hacia arriba y atrás.

Inervación:

Se encuentra inervado por el nervio maseterino, rama del maxilar inferior del V par craneal (Trigémino).

MUSCULO TEMPORAL

Es un músculo aplanado, ancho, en forma triangular o de abanico, ocupa gran parte de la fosa temporal y desde ahí converge hacia abajo por detrás del arco cigomático.

Se compone de tres grupos de fibras que son las posteriores u horizontales, medias o verticales y anteriores u oblicuas, las cuáles alcanzan el triángulo retromolar de la mandíbula, lo cuál lo convierte en un medio de propagación de los procesos inflamatorios originados en el tercer molar.

Origen:

En la fosa temporal, aponeurosis temporal, línea curva temporal inferior y cara interna del arco cigomático.

Inserción:

Extremo y borde anterior de la apófisis coronoides, cara distal del tercer molar o trigono retromolar.

Acción:

Elevador y retrusor de la mandíbula.

Inervación:

El músculo temporal esta inervado por los nervios temporales profundo anterior y posterior, rama del maxilar inferior del V par craneal (Trigémino).

MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO

Es un músculo grueso, de forma cuadrangular, situado por dentro de la rama mandibular.

Origen:

Toda la extensión de la fosa pterigoidea; otros fascículos se insertan en la cara externa de la apófisis piramidal del palatino y en la zona vecina de la tuberosidad del maxilar.

Inserción:

Cara interna de la rama, desde el canal milohioideo - hasta el ángulo mandibular.

Acción:

Lleva la mandíbula hacia arriba y adelante.

Inervación:

Está inervado por el nervio pterigoideo interno, rama del maxilar inferior del V par craneal (Trigémino).

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO

Es un músculo corto, de forma cónica, se extiende en dirección horizontal y está formado por dos fascículos: uno superior o esfenoidal y otro inferior o pterigoideo.

Fascículo Superior o Esfenoidal:

Origen:

- a) Carilla horizontal o cigomática del ala mayor del esfenoides.
- b) Cara esfenotemporal.
- c) Parte superior de la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides.

Inserción:

Borde anterior del menisco y cápsula articular.

Fascículo Inferior o Pterigoideo:

Origen:

- a) Parte superior de la cara externa de la apófisis pterigoides.
- b) Cara externa de la apófisis piramidal del palatino.

c) Tuberosidad del maxilar.

Inserción:

Fosita ósea del cuello del cóndilo.

Acción:

Movimientos de protrusión, lateralidad y depresor de la mandíbula.

Inervación:

Nervio pterigoideo externo, rama del maxilar inferior del V par craneal (Trigémino).

MUSCULO DIGASTRICO

Es un músculo en forma de V, tiene dos vientres anterior y posterior, ambos vientres están unidos por un tendón intermedio que se encuentra unido al hueso hioides.

Origen:

Ventre Anterior: Cara superior del hueso hioides hasta el borde inferior de la mandíbula.

Inserción:

Fosa digástrica, cara interna del maxilar inferior.

Acción:

Interviene en la apertura de la mandíbula.

Inervación:

La porción anterior o vientre anterior del músculo - digástrico es inervada por el nervio milohioideo, rama del nervio maxilar inferior del V par craneal (Trigémino).

MOVIMIENTOS MANDIBULARES

La mandíbula puede realizar tres tipos de movimientos a saber:

1) Movimientos de descenso y elevación:

Son movimientos de rotación alrededor de un eje transversal que pasaría por la parte media de la rama de la mandíbula, un poco por encima del orificio dentario. Al abrir y cerrar la boca, los meniscos intraarticulares derecho e izquierdo se mueven sobre el hueso temporal, y el cóndilo mandibular también gira sobre un pivote en la concavidad del menisco.

La combinación de estos movimientos produce inclinación de la mandíbula alrededor de un eje que pasa aproximadamente por el orificio superior del conducto dentario inferior de ambos lados.

2) Movimientos de proyección hacia adelante y atrás:

En la protrusión de la mandíbula el menisco intraarticular y el cóndilo del maxilar de ambos lados se deslizan juntos hacia adelante y algo hacia abajo sobre la cavidad glenoidea del temporal; en la retrusión de la mandíbula, los movimientos son opuestos.

3) Movimientos de lateralidad o de deducción:

Son movimientos de rotación alrededor de un eje cervical que pasaría alternativamente por el cóndilo derecho y por el cóndilo izquierdo. El mentón se dirige alternativamente a la derecha y a la izquierda de la línea media. La protrusión de un lado y la retrusión del opuesto, combinadas por una ligera rotación de los cóndilos sobre la cara inferior de los meniscos, ocasiona movimiento de la barbilla hacia un lado y movimientos masticatorios oblicuos de los dientes.

En este tipo de movimientos los músculos pterigoideo-externo y pterigoideo interno, son los que se contraen del lado hacia dónde se desvía la mandíbula y del lado opuesto se contrae únicamente el músculo temporal.

D) FUNCIONES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR:

Se entiende por función la acción específica propia o normal de un órgano o aparato.

Las funciones específicas atribuidas normalmente a la articulación temporomandibular son:

- 1) La masticación
- 2) Deglución
- 3) Fonación
- 4) Respiración

De las funciones antes mencionadas la deglución y la respiración son innatas; la masticación y la fonación (lenguaje) son aprendidos.

CAPITULO II
METODOS DE DIAGNOSTICO

METODOS DE DIAGNOSTICO

HISTORIA CLINICA

INTRODUCCION

En la práctica odontológica el Cirujano Dentista debe diseñar una historia clínica adecuada para cada uno de sus pacientes. Es de suma importancia su elaboración para cualquier diagnóstico clínico, y, debe realizarse antes de los procedimientos exploratorios.

Al efectuar la historia clínica el odontólogo debe saber cuál es la información que busca, evitando influir en las respuestas del paciente.

La historia clínica se divide en dos partes:

- A) El interrogatorio.
- B) La exploración.

En el interrogatorio se debe mencionar los siguientes puntos:

- 1) Datos personales.- Son los datos ordinarios que se reco--

gen para la identificación, el archivo y estudios estadísticos.

- 2) Historia del padecimiento actual.- Relato por el paciente con sus propias palabras de la enfermedad actual.
- 3) Antecedentes Odontológicos.- Es la experiencia del paciente con tratamiento odontológicos previos, la opinión del paciente sobre los Cirujanos Dentistas.
- 4) Antecedentes Médicos.- Algunas manifestaciones bucales, tienen relación con padecimientos sistémicos importantes. Conocer alguna enfermedad sistémica en el paciente, nos indicará la metodología especial en su tratamiento.

Para realizar el interrogatorio debemos usar preguntas concisas y claras teniendo en cuenta el nivel socio-cultural del paciente.

En la exploración es necesario seguir siempre un orden fijo, para evitar que pase inadvertida alguna lesión desconocida, la exploración no sólo se limita a la cavidad bucal, -

sino que debemos tener en cuenta el aspecto general del paciente.

La exploración se hace por varios métodos que son:

Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación.

El orden que se siga en la exploración depende de la elección personal; pero debe establecerse un esquema fijo que se respetará en adelante.

Primeramente se inspeccionará la cabeza y el cuello, postura, asimetrías faciales y anormalidades grandes. Se deberá palpar la articulación temporomandibular y las áreas adyacentes en reposo y durante diversos movimientos de la mandíbula.

En el examen intrabucal se inspeccionará las superficies internas de los labios, mucosa de las mejillas, pliegues gingivogénianos en ambos maxilares, paladar, lengua, región sublingual, encías, los dientes y sus estructuras de sostén y finalmente se examinan las amígdalas.

Para obtener un buen examen intrabucal se deberá hacer minucioso y detallado para poder notar cualquier patología existente.

El diagnostico deberá complementarse con el estudio -
radiográfico.

METODOS RADIOGRAFICOS

INTRODUCCION

La imagen radiológica tiene importancia en la reproducción de la anatomía normal de la articulación temporomandibular, en la comprobación de las condiciones anormales y en la representación de sus fenómenos patológicos.

Incluso la negatividad de los datos radiológicos permite establecer una interpretación de carácter positivo. No todas las partes pertenecientes a la articulación pueden ser puestas de relieve directamente a causa de su propia constitución (cartilago articular, disco intermedio, aparato muscular, capsular y ligamentoso). Sin embargo, el simple hecho de que con este método resulte posible realizar un juicio crítico sobre la forma y situación de las partes óseas articulares, tiene mucho valor.

A partir del empleo de la radiografía para el diagnóstico, se han propuesto numerosos métodos para la representación de la articulación temporomandibular.

Pero a todos ellos les es común la dificultad, más o menos considerable, que ofrece la representación exacta e

irreprochable de las partes articulares.

METODOS RADIOGRAFICOS

Fundamentalmente, la articulación temporomandibular - se puede poner en evidencia mediante las siguientes proyecciones radiográficas:

1. Proyecciones Sagitales (desde adelante y desde atrás).
2. Proyecciones Axial y Axial Invertida (desde arriba y desde abajo).
2. Proyecciones Transversal y Lateral Oblicua (desde los lados).

Entre los numerosos métodos radiográficos existentes para la representación de la articulación temporomandibular.- los más útiles y accesibles para la práctica del odontólogo.- son las siguientes técnicas:

1. La radiografía transversal (lateral oblicua) de Parma.
2. La radiografía de Schuller.
3. La radiografía perorbital de Zimmer.
4. La radiografía sagital de Clementschitsch.

5. La radiografía panorámica.

1) Radiografía transversal (lateral oblicua) de Parma

Técnica:

En la cabeza del paciente, sentado en posición erguida se aplica a la articulación temporomandibular a explorar - un chasis (formato 9X12, 13X18), con marcas laterales, que el mismo paciente sujetará con los dedos de su mano del mismo - lado separados en forma de abanico. El chasis se dispondrá - todo lo más posible paralelo al plano medial-sagital del cráneo, lo que se consigue mediante una firme presión de la misma sobre el hueso malar y el oído, y la colocación de una almohadilla poco voluminosa de corcho, de algodón o de material semejante entre el borde inferior del mismo y el plano mejilla-mandibular. El brazo doblado se mantendrá mientras tanto firmemente unido al cuerpo y mantenido inmóvil por el apoyo - adicional por debajo del codo con la palma de la mano del otro brazo. La cabeza quedará en extensión elevando la barbilla, - mientras se abre ampliamente la boca. De este modo las regiones dorsales de la rama ascendente del maxilar inferior caen - por fuera de la región de la parte ventral de la columna cervical. Al mismo tiempo el cóndilo mandibular abandona la cavidad glenoidea del temporal. Se mantendrá abierta la boca mediante una cuña de corcho, de goma o de madera colocada entre las dos arcadas en la región incisiva. Entonces se aproxima -

el tubo de rayos a la articulación del otro lado de modo que - el rayo central entre algo por delante y por debajo del tubérculo articular y ligeramente hacia atrás y hacia arriba sobre el conjunto cóndilo-cavidad glenoidea del lado opuesto.

En ésta proyección los rayos tienen que atravesar primero la región alejada de la placa, por lo que las formaciones que la integran aparecen intensamente estiradas a lo largo y - algo difusas a causa de la divergencia de aquéllos. De este modo apenas se las percibirá perturbadoramente en la imagen o no se las percibirá en absoluto.

Resultados:

Con este proceder se pueden determinar:

- a) Situación, forma y estructura de la cabeza articular.
- b) El tubérculo articular.
- c) El cuello del cóndilo.
- d) El llamado ángulo del cuello, o sea, la inclinación del cóndilo respecto de la base del cuello.
- e) A veces la apófisis coronoides,

Resulta poco o nada accesible a la apreciación la región superior de la articulación, como la cavidad glenoidea y la cavidad articular.

Indicaciones:

Los mejores resultados que se obtienen con la exploración radiológica, según este método, son los que señalan el campo en que debe aplicarse esta técnica radiográfica.

- a). Alteraciones en la posición del cóndilo en las lesiones -- sinoviales, los derrames articulares, las luxaciones y las fracturas.
- b). Alteraciones en la superficie del cóndilo y del tubérculo-articular (artrosis deformante, fracturas de la cabeza del cóndilo).
- c). Fracturas del cuello y de la apófisis coronoides.

2) Radiografía percraneal de Schuller

Técnica:

En la radiografía percraneal del peñasco propuesta por Schuller con fines puramente odontológicos, se dispone el pacien-

te sentado en posición erguida. Se aplica el chasis de la misma forma que para la proyección de Parma. El rayo central se dirige a unos 7 cm aproximadamente por encima de la articulación mandibular próxima al tubo, hacia el cóndilo del lado interesado, formando un ángulo de 30° abierto hacia arriba con la horizontal alemana. En la vertical, el rayo central se enfocará de manera que marche casi paralelo sobre el eje de la articulación mandibular.

La técnica radiográfica puede sufrir numerosas modificaciones, sobre todo en lo que se refiere a la orientación angular. En general, la proyección de Schuller se realizará con los dientes en posición céntrica. Si se mantiene la boca --- abierta, puede ocurrir a veces que el cóndilo articular resulte cubierto por la sombra superpuesta del conducto auditivo, la caja del tímpano y el laberinto.

Resultados:

Con esta proyección se pueden observar:

- a). La amplitud de la hendidura articular, aunque sólo sea en el espacio comprendido entre las partes óseas de la articulación.
- b). La superficie, la forma y las dimensiones del rodillo arti

cular son casi indistorsionados en su forma dentro del es
pacio articular.

c). El espacio articular y la forma de la cavidad glenoidea -
en su zona marginal inmediatamente vecina al plano de la-
placa.

d). La situación del cóndilo, así cómo su parte dorsal, su re
lación con la cavidad glenoidea y con el conducto auditi-
vo externo.

El cuello del cóndilo, la apófisis coronoides, se sus
trae casi siempre a un enjuiciamiento más preciso. Por esto -
ante la sospecha de una fractura o de una luxación, siempre se
preferirá la proyección de Parma a la de Schuller.

Indicaciones:

Cómo en la proyección de Schuller el rayo central in-
cide en el cóndilo articular apróximadamente en sentido axial-
aparecerá el mismo sin distorsión y en el interior de la cavi-
dad con toda precisión anatómica. A causa de la inclinación -
que llevan los rayos en su curso, la parte medial del cóndilo-
articular resultará entonces proyectada hacia abajo, mientras-
que la parte lateral ocupará el límite superior de la imagen -
radiográfica. Este método resulta especialmente apropiado pa-

ra la representación de:

- a). Alteraciones de posición del cóndilo articular (sobre las diversas amplitudes de la cavidad de la articulación).
- b). Alteraciones en el ámbito de la superficie del cóndilo y - del contorno marginal dorsal.
- c). La participación del oído interno en los traúmatismos de - la articulación mandibular.

3) Radiografía perorbital de Zimmer.

Técnica:

El paciente se halla sentado y erguido, con el mentón ligeramente apróximado al cuello y el plano medial-sagital de la cabeza en dirección vertical. El tubo del rayo se dirige, desde delante del paciente y a una distancia de 5 cm sobre el cuadrante medial superior de una de las órbitas, con lo que el rayo central discurre por este punto y la articulación mandibular a radiografiar, a través de su propia hendidura, según -- Zimmer. Durante la radiografía el paciente debe mantener la boca ampliamente abierta, con objeto que el cóndilo articular penetre profundamente y pueda deslizarse sobre el tubérculo -- articular. Se mantendrá el chasis con la mano del mismo lado-

aplicada al occipucio, de tal forma que el rayo central incida sobre él en dirección aproximadamente vertical. Una regla, -- con la que se puedan poner en conexión chasis, articulación -- mandibular a radiografiar, punto de orientación en la órbita, -- tubo del aparato, facilita el ajuste de la proyección.

Resultados:

Con este método se pueden determinar:

- a). La situación, la extensión medial-lateral y la estructura del cóndilo articular.
- b). La delimitación del contorno en la zona craneal del mismo.
- c). El cuello del cóndilo.
- d). La hendidura de la articulación.

No se percibirá la cavidad glenoidea suficientemente, ni el tubérculo articular en su totalidad. Debido a la distancia relativamente grande existente entre el objeto y la placa, y a la escasa entre el foco y el objeto, tiene lugar un discreto desdibujo de la zona de la articulación. A veces se produce una superposición parcial de la apófisis mastoides sobre -- las superficies articulares.

Indicaciones:

Este procedimiento radiográfico facilita una buena - visión de la totalidad de la apófisis articular (cóndilo y su cuello), en su relación con el tubérculo articular. Por ello la proyección de Zimmer estará indicada:

- a). En la artrosis deformante.
- b). En las fracturas, especialmente en las de la cabeza del - cóndilo, en las causadas por choque y las luxaciones con - fractura, con excepción de las profundas del cuello y las de la apófisis coronoides.

4) Radiografía sagital de Clementschitsch**Técnica:**

Se realiza con el paciente sentado y muy inclinado - hacia adelante, colocando la nariz y la frente sobre la placa dispuesta ante él en una mesita. Para evitar cualquier super - posición de las sombras de las dos articulaciones (sombras de la base del cráneo y de la apófisis mastoides en la parte la - teral de la órbita), se habrá de abrir la boca ampliamente.

Tras fijar la posición de boca abierta, se orienta - el tubo a una distancia de unos 10 cm. de tal forma que el --

rayo central vaya en dirección medial-sagital desde la nuca y a través de una línea supuesta de unión entre los dos tubérculos articulares hasta la raíz de la nariz.

También se puede realizar esta proyección de Clements-chitsch con el paciente de pie frente a una pared en la que -- sujetará la placa.

Resultados:

Con ésta técnica radiográfica se logra:

- a). La representación simétrica de ambas articulaciones y de las ramas ascendentes de los maxilares inferiores en proyección occipital-frontal (posteroanterior), en una sola placa.
- b). La determinación perfectamente comparable de ambas apófisis articulares y también de las condiciones de los espacios articulares.

Sólo se reconocen los tubérculos articulares en sus puntos más elevados en forma de una línea ligera, mientras que no se obtiene conclusión alguna sobre el aspecto de la cavidad glenoidea.

Indicaciones:

La técnica posteroanterior de Clementschitsch sirve - de preferencia en:

- a). Toda sospecha de fractura, especialmente en las acompañadas de luxación y en las profundas del cuello cóndilar.
- b). La comparación de las relaciones existentes entre los espacios de ambas articulaciones.

5) Radiografía panorámica

Técnica:

Colóquese un chasis cargado en un portachasis. El -- paciente se sienta erguido en el sillón, y se añade una almohadilla auxiliar entre la espalda del paciente y el respaldo.

Ubíquese el mentón en el apoyo y oriéntese la cabeza del paciente, de manera que la línea entre el trago y el ala de la nariz se incline 5° hacia abajo. Introdúzcase un objeto -- delgado o blando entre los incisivos e indíquese al paciente -- que ocluya borde con borde o deje la boca algo entre abierta. -- Oriéntese la cabeza en el apoyo mentoniano de modo que conserve simetría con el plano sagital centrado.

Ajústese la altura vertical del brazo horizontal del aparato para proyectar el rayo hacia la zona que interese.

Pidase al paciente que permanezca quieto 22 segundos, tiempo total de exposición. Oprímase la llave direccional to do el tiempo que dure la exposición, mientras que el portachasis y el tubo giran alrededor de la cabeza del paciente.

La exposición es continua.

Resultados:

Con ésta técnica radiográfica se logra:

- a). Una visión o imagen de ambas articulaciones en una sólo --
placa.

Indicaciones:

- a). Lesiones traumáticas y neoplasmas.

Las técnicas descritas anteriormente son las más utilizadas para el estudio de la articulación temporomandibular.

No se debe olvidar que el estudio radiográfico es importante, ya que nos proporciona información más precisa para-

poder elaborar un diagnóstico y un plan de tratamiento correcto de las anomalías de los maxilares.

CAPITULO III
CLASIFICACION DE ARTRITIS DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR

CLASIFICACION DE ARTRITIS DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR

Bajo el concepto de "Artritis" se reúnen todas las alteraciones inflamatorias de la articulación temporomandibular. De ello resulta una multiplicidad de posibles clasificaciones.

Precediendo a todas se encuentra la división en formas primarias agudas y formas crónicas de artritis.

Las artritis agudas se subdividen en formas piógenas y formas serosas, en afecciones independientes de las articulaciones y procesos propagados de la vecindad en torno.

Las artritis crónicas se pueden subdividir en formas crónicas primarias y secundarias.

Por lo demás se pueden distinguir artritis inespecíficas. Finalmente y no por último término, es posible hablar de formas de origen (inflamatorio, traumático, neoplásico, alérgico u hormonal).

Sin embargo, la articulación temporomandibular resulta afectada por las más diversas irritaciones que dan lugar a

múltiples reacciones de carácter inflamatorio, deben ser consi
deradas como las formas más importantes de artritis las si- --
guientes:

- A) Artritis Reumatoidea.
- B) Artritis Infecciosa:
- C) Osteoartritis.

CAPITULO IV
ARTRITIS REUMATOIDEA

ARTRITIS REUMATOIDEA

INTRODUCCION

La artritis reumatoidea es una enfermedad sistémica - de tipo inflamatorio, no supurativa, crónica, difusa que afecta en especial las articulaciones periféricas, generalmente de modo simétrico; tiene un curso prolongado durante años con exacerbaciones y remisiones, y se acompaña de alteraciones sistémicas tales como anemia, adelgazamiento y velocidad de sedimentación globular acelerada.

Según las estadísticas la artritis reumatoidea tiene distribución mundial, pero predomina en las zonas templadas.

La enfermedad puede comenzar en cualquier época de la vida, aunque el principio de ésta es más frecuente después de los 40 años de edad. Las mujeres son afectadas tres veces más que el hombre, sin embargo, estas referencias desaparecen en edades avanzadas, ya que no existe un predominio de sexo, ni predisposición racial.

Algunos estudios previos parecen indicar tendencia familiar a la artritis reumatoidea, tal vez con base en una su -

ceptibilidad determinada, con base g enetica, sin embargo con mejores métodos y los estudios de familias han demostrado que ésta relación familiar es menos frecuente.

Recientes datos epidemiológicos aseveran de que la artritis reumatoidea, tiene mayor prevalencia en climas frios y húmedos. A saber el clima modifica los síntomas de la artritis reumatoidea, pero no el curso de la enfermedad.

ETIOLOGIA:

Se desconoce la causa de ésta enfermedad. A pesar de investigaciones recientes, no se ha podido saber con certeza cuál es su origen, las investigaciones se han referido -- principalmente a cuatro aspectos que son: Agentes bacterianos, factores hormonales, herencia y transtornos inmunitarios.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Al principio los síntomas no son reumáticos y consisten en fatiga, anorexia, pérdida de peso y fiebre ocasional.

Ulteriormente podemos encontrar en el enfermo una t pica sintomatología. Aunque las primeras manifestaciones suelen presentarse en las articulaciones de los dedos y de las rodillas, ocasionalmente las primeras manifestaciones clínicas

cas pueden localizarse en la articulación temporomandibular.

Los principales signos y síntomas locales son:

- 1). Dolor articular en uno o ambos lados.
- 2). Limitación de movimiento del maxilar.
- 3). Dificultad para masticar.
- 4). Desviación del maxilar al abrir la boca.
- 5). Cierta dolor muscular, provocado por desequilibrio funcional y la tensión que origina la enfermedad.
- 6). Cambios en las articulaciones interfalángicas -- proximales.
- 7). Algunas veces la articulación está hinchada y caliente.
- 8). Tumefacción de los tejidos periarticulares, dolorosa a la palpación.
- 9). El movimiento de la mandíbula durante la masticación o al hablar causa dolor y puede estar limitada a causa de la rigidez, ésta alcanza su punto máximo durante la mañana y tiende a disminuir durante el día.
- 10). El chasquido articular no es común, pero cuando se produce se debe alteraciones en cartilago y el menisco ar-

ticular.

11). El dolor puede referirse a la oreja, a la parte lateral de la cabeza y a la región cervical lateral.

12). La afección de la articulación temporomandibular suele ser bilateral.

13). En los niños se ve a menudo esplenomegalia y -- adenopatías (enfermedad de Still), así a menudo cuándo afecta la articulación temporomandibular puede producir una maloclusión; también puede presentar deformación de la mandíbula caracterizada por acortamiento del cuerpo y reducción de la altura de la rama ascendente a causa de la falta del centro de crecimiento en la zona condilar.

14). En el tipo crónico, la amplitud de la apertura del maxilar queda permanentemente limitada, pero el dolor puede desaparecer.

15). El curso clínico es con períodos de exacerbaciones y remisiones.

16). Frecuentemente se observan nódulos subcutáneos.

17). Si el tubérculo articular está destruido por -- desgaste la subluxación habitual del maxilar puede ser una -- complicación.

18). La anquilosis es su complicación más frecuente.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS:

Las alteraciones histológicas más precoces radican - en la sinovial articular y se caracterizan por: edema, hiperemia, exudación de fibrina, infiltración por polimorfonucleares, proliferación de capilares, tejido de granulación y foliculos linfoides; en etapas más avanzadas aparecen linfocitos- y células plasmáticas. A consecuencia de lo anteriormente -- mencionado el tejido sinovial puede estar engrosado, además - existen áreas de necrósis fibrinoide. Al avanzar la enferme- dad, las partes periféricas del tejido articular participan - en la reacción inflamatoria y sufren una lisis, siendo susti- tuidas por tejido de granulación adhesivo el cuál recibe el - nombre de pannus que empieza a invadir y destruir el cartíla- go y la superficie articular del hueso.

Estas lesiones de la sinovial son caracterfsticas de la artritis reumatoidea, aunque no exclusivas de la misma.

El cartílago se afecta ulteriormente produciendose - deshilachamiento y atrofia del mismo; el hueso presenta marcadas erosiones.

La gran retracción de la cápsula articular y el tejido conjuntivo proliferado en la articulación determinan a me- nudo la supresión de la cavidad articular, con rigidez, anquis

losis o Sinostosis de la articulación; así mismo se producen con frecuencia estados patológicos de subluxación de los extremos articulares. Fuera de la articulación, la artritis -- causa nódulos subcutáneos de histología característica que -- consiste en un centro necrótico que contiene sustancia fibrinoide, rodeada por células epiteloides en empalizada, y una zona periférica constituida por tejido inflamatorio de granulación con linfocitos y monocitos, en proporciones que parecen variables.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

En las primeras fases de la artritis reumatoidea, la exploración radiológica, no indica ninguna alteración en la articulación temporomandibular.

Al progresar la enfermedad pueden encontrarse diversos signos de lesión tales como: aplanamiento y acortamiento de los cóndilos, lesión destructora de su superficie articular (pérdida en copa), y espacio articular aumentado; la falta de nitidez en la articulación es señal de una fibrosis periarticular. Si los procesos destructores del cóndilo son intensos puede desarrollarse una mordida abierta anterior.

Los primeros cambios en la artritis reumatoidea pueden incluir la sinovial, engrosándose su revestimiento y acu-

mulándose líquido.

Por lo tanto, puede haber dolor aunque no existan anomalías en las radiografías.

DIAGNOSTICO:

Se hace en base a historia clínica y exámenes de laboratorio y gabinete. Dentro de los exámenes de laboratorio tenemos: Pruebas de sedimentación globular acelerada, prueba positiva del fáctor reumatoide, al igual que la fijación de látex, se puede hacer análisis del líquido sinovial.

La biometría hemática puede evidenciar anemia y leucocitosis. En estados avanzados el diagnóstico se detecta en las radiografías.

PRONOSTICO:

Cómo la enfermedad no puede tratarse con eficacia, el pronóstico no es previsible. Quizá se logre alivio temporal del dolor articular con las inyecciones de cortisona.

En la artritis reumatoidea juvenil (enfermedad de Still) el trastorno puede desaparecer espontáneamente.

TRATAMIENTO:

No hay tratamiento específico para la artritis reumatoidea, ya que es una enfermedad difusa. Las medidas de interés son las siguientes:

- 1). Analgésicos.
- 2). Reposo para la articulación, con sostén adecuado.
- 3). Ejercicios ligeros.
- 4). Dieta líquida y blanda.
- 5). Medicamentos antiinflamatorios, como son la fenilbutazona y la indometacina.
- 6). Suelen ser útiles las compresas calientes-húmedas
- 7). Hay que tranquilizar al paciente explicándole la situación y creándole confianza en el tratamiento.

En la artritis reumatoidea se han utilizado muchos - agentes terapéuticos diferentes, con grado variable de éxito, en el tratamiento de ésta enfermedad incapacitante. Las sustancias más usadas son las siguientes:

Salicilatos:

Los salicilatos siguen siendo la base del tratamiento

con medicamentos y deben probarse adecuadamente en la terapéutica inicial de la artritis reumatoidea. Se emplean con mayor difusión las fórmulas simples, atenuadas o revestidas, de ácido acetilsalicílico, se administra en dosis de 3 a 6 gramos, por día, dividida en cuatro tomas, de preferencia después de las comidas.

Indometacina (Indocin)

Esta droga actúa como agente antirreumático. La dosis recomendada es de 25 mg. tres veces o cuatro veces por día, pero puede requerirse un aumento hasta no más de 250 mg. por día. Cuanto mayor es la dosis, es más probable la aparición de efectos colaterales.

Fenilbutazona (Butazolidina)

Este agente es eficaz en el tratamiento de artritis reumatoidea. En la primera semana se puede administrar una dosis de 100 mg. de tres a cuatro veces al día. Cuando se consigue alivio después de una semana de tratamiento, la dosis se reduce todo lo posible (100 mg. por día sería lo adecuado).

Si no se observa alivio después de una semana, hay que interrumpir la medicación, con criterio de que no es efectiva para ese paciente en particular.

7

CAPITULO V
ARTRITIS INFECCIOSA

ARTRITIS INFECCIOSA

INTRODUCCION

La artritis infecciosa también denominada artritis -- séptica, es una urgencia médica, que debe ser reconocida prontamente y tratada en forma adecuada para evitar un daño articular permanente.

La frecuencia de esta enfermedad es baja en comparación con la artritis reumatoidea y la osteoartritis.

Afecta más a las articulaciones grandes que a las pequeñas, y estas son poliarticulares, con excepción de la infección tuberculosa que es monoarticular, tienden hacer asimétricas.

ETIOLOGIA

La artritis infecciosa es la inflamación de la sinovial debido a la presencia de microorganismos patógenos. Esta puede ser:

1. A través de una herida.
2. Propagación de infecciones vecinas.
3. Resultado de invasión metastásica dependiente de infecciones generales.

La artritis infecciosa que afecta la articulación temporomandibular es, por lo común, temporaria y bastante rara.

Si se produce, y cuándo lo hace, es de origen sistémico o hematógeno, aunque su forma más común de producirse es -- por extensión directa de la infección hacia la articulación como resultado de una celulitis u osteomielitis adyacente. Esta extensión o invasión puede producirse tras una infección de -- oídos, mastoides, dientes y glándula parótida.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El inicio de este tipo de artritis, es repentino y -- puede acompañarse de fiebre y escalofríos. Pueden afectarse -- una o varias articulaciones. La articulación afectada está caliente, eritematosa, tumefacta y dolorosa.

Los pacientes que sufren artritis infecciosa aguda -- fundamentalmente se quejan de dolor intenso en la articulación temporomandibular, con mucha sensibilidad a la palpación o la manipulación en la zona articular, el dolor es de tal intensi-

dad que limita apreciablemente el movimiento

Hay leucocitosis con aumento de polimorfonucleares, y la sedimentación globular se acelera mucho.

Los síntomas generales y los datos de laboratorio permiten establecer el diagnóstico adecuado para el tratamiento de ésta enfermedad.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

Según la intensidad de la lesión, hay una cantidad variable de destrucción de cartílago y discos articulares.

Puede haber osteomielitis con destrucción del hueso del cóndilo.

Los espacios articulares se obliteran en la fase cicatrizal por la formación de tejido de granulación y su posterior transformación en tejido cicatrizal denso.

Con el tiempo el disco puede ser totalmente reemplazado y todo el espacio articular puede ser ocupado por la cicatriz.

El cartílago articular puede ser destruido y presentarse finalmente la anquilosis.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Los datos radiográficos son:

1. Revelan osteoporosis yuxtaarticular.
2. Extrechamiento del espacio articular, debido a la destrucción del cartílago.
3. Erosiones óseas de la superficie articular.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la artritis infecciosa o séptica, se confirma con un cultivo positivo de líquido o tejido sinovial.

PRONOSTICO

Con un tratamiento definitivo que logre la recuperación completa de la anatomía y fisiología normales, el pronóstico puede ser favorable.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste, principalmente, en la administración de antibióticos.

Si el tratamiento se instaura en la fase aguda, las secuelas serán menos deformantes e incapacitantes que cuando se deja que la enfermedad entre en su fase crónica.

En casos avanzados, se ha aconsejado la meniscectomía o condilectomía.

CAPITULO VI

OSTEOARTRITIS

OSTEOARTRITIS

INTRODUCCION:

La osteoartritis también se denomina artritis hipertrófica, enfermedad articular degenerativa, artritis senil y artrosis temporomandibular.

Es el tipo más común de artritis, y aparece después de los 40 años, en personas de baja estatura y con sobrepeso.

Esta enfermedad se manifiesta por igual tanto en mujeres como en hombres, y generalmente afecta a todas las articulaciones.

ETIOLOGIA

La etiología de ésta enfermedad es desconocida aunque se considera que está vinculada al envejecimiento y es el resultado de la función anormal y la senilidad. Las articulaciones afectadas en primer lugar son las que sostienen el peso del cuerpo y las sometidas a esfuerzos y tensiones: articulaciones de rodilla, cadera y columna. Se haya frecuentemente acompañada de arterioesclerosis y se piensa que los microtraumas repetidos son un factor agravante, más no etiológico. En algunos

casos, el único trauma que ha actuado es el desgaste, y la laceración normal de las estructuras articulares en relación con la edad; sin embargo, en la articulación temporomandibular, el trauma resulta más frecuentemente de la mal posición repetida del cóndilo mandibular. La causa más común de este desplazamiento es el espasmo crónico de uno o más de los músculos mandibulares. También puede producir osteoartritis el bruxismo al producir una sobrecarga de la articulación que supera su límite fisiológico de tolerancia, incluso cuando hay una interrelación dental anormal.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las características clínicas que se observan son las siguientes:

1. No es frecuente el dolor en la articulación o alrededor de la misma. También puede haber dolor en los músculos de la masticación.
2. El movimiento de la mandíbula está limitado.
3. Hay chasquido, crepitación o ruido.
4. Puede haber desviación de la mandíbula al abrir la boca.
5. Los síntomas suelen ser unilaterales.
6. El proceso puede acompañarse de cambios en las articulaciones interfalángicas terminales (nódulos de Heberden).

7. Puede haber una subluxación del cóndilo.
8. Alteraciones inflamatorias que se manifiestan durante las -
exacerbaciones agudas de la enfermedad.
9. Trismus.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

Los cambios del fibrocartilago articular consisten en pérdida de su elasticidad y erosiones superficiales de diversos grados, con presencia de grietas verticales que suelen extender desde la superficie, através de la lámina cartilaginosa, hacia el hueso subcondral. El cartilago puede estar separado del hueso subyacente por fisuras horizontales. Las células cartilaginosas presentan degeneración, y en zonas localizadas, - puede haber destrucción completa del fibrocartilago.

En otras zonas, hay calcificaciones distróficas en el cartilago alterado, que llegan a convertirse en osificación - verdadera.

En la osteoartritis las protuberancias o exóstosis - óseas son comunes y se forman tanto en la periferia del cartilago como en la zona central del plano articular: alargan el cóndilo en su eje longitudinal. Puede formarse un reborde óseo en el cóndilo y otras alteraciones de la forma.

Las alteraciones del disco articular son similares a las que aparecen en su cartílago: a veces presentan grietas - y fisuras y pueden hialinizarse, y hasta calcificarse. Es posible que haya necrosis o destrucción del disco, en particular - frente a la exostosis; se sabe de la destrucción completa del disco.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

En la imagen radiográfica no es identificable la fase precoz de la osteoartritis. Con el avance subsiguiente del proceso se llega a deformaciones. El estudio radiográfico puede - darnos un diagnóstico acertado. Los cambios radiográficos son - los siguientes:

1. Aplanamiento en la superficie articular del cóndilo del hueso temporal.
2. Formación de rebordes o espolones, sobre todo en segmentos - anteriores del cóndilo.
3. Espacio articular estrechado.
4. Contorno superficial de la articulación en el hueso tempo--
ral.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la osteoartritis puede ser difícil, pero se debe de tomar en cuenta para este la historia clínica, el exámen físico y el estudio radiográfico.

Los puntos principales que deben tomarse en cuenta para el diagnóstico son los siguientes:

1. Suele aparecer después de los 40 años, en personas bajas de estatura y con sobre peso, en las mujeres sobreviene frecuentemente en el momento de la menopausia.
2. La aparición de la rigidez y los dolores articulares son fenómenos progresivos.
3. El estado general del paciente aparentemente satisfactorio se manifiesta por temperatura, recuento eritrocitario y velocidad de sedimentación normales.
4. Existen nódulos de Heberden y con frecuencia están afectadas articulaciones que soportan peso.
5. En las radiografías, se ven espolones o superposición marginal, a veces con estrechamiento del espacio articular por destrucción del fibrocartílago.

El estudio de los modelos de los dientes del paciente puede ayudar a localizar la malposición dentaria u otras disarmonías oclusivas.

PRONOSTICO

Cómo la osteoartritis no es reversible y no se dispone de un tratamiento definitivo que logre la recuperación completa de la anatomía y fisiología normales, el pronóstico no es favorable.

TRATAMIENTO

Después de la evaluación del paciente, deberá establecerse metas realistas de tratamiento. Es importante infundir confianza en los pacientes debido a que muchos asocian cualquier enfermedad articular con la incapacidad total. Se tomarán medidas para eliminar los traumatismos excesivos y recurrentes. Habrá de iniciarse un programa de reducción en aquellos pacientes con sobrepeso. Se recomienda el ejercicio moderado, pero deberá evitarse la actividad vigorosa que produce dolor prolongado e incomodidad.

El procedimiento terapéutico va de acuerdo con la severidad del padecimiento, y se orienta fundamentalmente hacia los síntomas. Tomando en cuenta que la terapéutica es paliativa.

Hay que tomar en cuenta algunas medidas terapéuticas-
cómo son:

1. Analgésicos.
2. Calor húmedo para la participación muscular.
3. Medicación para la relajación muscular.
4. Reposo para la mandíbula, pero con cierto ejercicio modera-
do después de aplicar compresas húmedas-calientes.
5. Sostén de las articulaciones: ejemplo; restablecimiento de-
los dientes posteriores faltantes en un plano adecuado de -
oclusión y con buena dimensión vertical.
6. Medicamentos antiinflamatorios.

En la osteoartritis se han utilizado muchos agentes -
terapéuticos entre los cuáles destacan los siguientes:

Salicilatos:

El ácido acetilsalicílico en dosis adecuada (2 a 4 g.
por día), es el medicamento de elección para aliviar el dolor.
Otras preparaciones de salicilatos son igualmente útiles.

Indometacina (Indocin)

La indometacina (25 mg. de tres a cuatro veces al -
día), proporciona alivio en algunos pacientes que no mejoren -
con los salicilatos.

Fenilbutazona (Butazolidina)

La fenilbutazona (100 mg. de dos a cuatro veces al día), deberá emplearse sólo cuando son períodos cortos.

El calor local es útil en muchos pacientes con osteoartritis leve, cuándo la afección es grave la fisioterapia es con rayos infrarrojos, ultrasonido o fomentos calientes ayuda a aliviar el dolor, para la participación muscular.

En casos extremos cuándo todos los cuidados han fracasado, la sintomatología es intensa y el paciente ya ha agotado su capacidad psicológica se recurrirá al tratamiento quirúrgico; está indicada una condilectomía alta, que deje intacta la inserción de la cabeza inferior del músculo pterigoideo externo.

CAPITULO VII

RESULTADOS

RESULTADOS

Cómo se sabe, la inflamación de las articulaciones se conoce cómo "Artritis". Y esta, es una de las enfermedades - más frecuentes de la raza humana. Suele aparecer a cualquier - edad, tanto en mujeres cómo en hombres.

Las manifestaciones artríticas tienen su origen o pueden ser la respuesta a lesiones traumáticas, suelen aparecer - espontáneamente y son también de origen desconocido.

Aunque se han realizado estudios recientes a cerca de esta enfermedad, no se a podido saber cuál es su origen, que - por lo general en la mayoría de los diferentes tipos de artritis, es desconocido. Sin embargo ciertos mecanismos de la enfermedad se han aclarado parcialmente.

Esta enfermedad se presenta también, en la Articulación Temporomandibular y ocasiona cambios patológicos, los - cuáles alteran las funciones mandibulares y limitan los movimientos de dicha articulación.

Hay que hacer hincapie de que la "Artritis", puede aparecer a cualquier edad, sin embargo se manifiesta más en personas jóvenes y adultas (de 20 a 50 años), tanto en mujeres cómo en hombres (en una relación 3 a 1).

CAPITULO VIII

C O N C L U S I O N E S

C O N C L U S I O N E S

Bajo el concepto de "Artritis" se reúnen todas las alteraciones inflamatorias de la Articulación Temporomandibular.

La artritis es una de las enfermedades más frecuentes que afectan a la raza humana.

Las causas de las alteraciones articulares son numerosas e incluyen procesos traumáticos, infecciosos, metabólicos, inmunológicos y neoplásicos. Con frecuencia las causas de las inflamaciones articulares se desconocen, y los mecanismos de la enfermedad sólo se han aclarado parcialmente.

Las alteraciones de las articulaciones causan dolor, rigidez, edema, rubor, aumento del calor o limitación del movimiento.

Estas alteraciones representan un problema de salud pública, y un trastorno socio-económico cada día más grave.

La articulación temporomandibular puede sufrir todas las formas de artritis, pero hay tres tipos de estas, con las cuales el odontólogo debe estar familiarizado, y son: Artritis Reumatoidea, Artritis Infecciosa y Osteoartritis.

La articulación temporomandibular es una articulación diartrodial, bicondílea, en forma de bisagra, localizada simétricamente a cada lado de la cabeza.

Para comprender la fisiología bucal, es necesario entender la acción de las articulaciones, y de los músculos que operan en la mandíbula.

Los movimientos mandibulares se hallan controlados por diversos músculos masticatorios que son: Masetero, temporal, pterigoideo externo, pterigoideo interno, y el músculo digástrico.

Al hacer un diagnóstico clínico es necesario conocer en todos los casos la anatomía y la fisiología de la región afectada, en relación con el organismo en conjunto. Y así poder llevar a cabo un tratamiento adecuado, para que el pronóstico de la enfermedad sea lo mejor posible.

Entregamos el conocimiento a nuestros compañeros Odonólogos y quedamos a la espera de sus resultados prácticos para colaborar con el avance Odontológico.

Mediante la investigación realizada, se comprobó que la artritis, es una enfermedad que puede afectar a las articulaciones en cualquier edad aunque predomina más en jóvenes y adultos.

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

Hacemos hincapié de que debe haber una relación más - estrecha entre el Médico y el Cirujano Dentista, para lograr - un servicio de salud de mejor calidad para los pacientes que - consultan a ambos.

El odontólogo debe tener interés fundamental en enfer medades generales, que puedan repercutir en cavidad bucal, ya - que la enfermedad general, o el tratamiento de la misma, puede - modificar el manejo del paciente cuando resulta necesaria una - terapéutica odontológica.

CAPITULO X

B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A

1. Bellanti, J., *Inmunología*, Editorial Interamericana, 4a. Ed., México 1978., p.p. 376-78.
2. Burket, L., *Medicina Bucal*, Editorial Interamericana, 7a. Ed., México 1980., p.p. 337-342.
3. AU. Blenkinsopp PT
TI. Loose bodies of the temporo-mandibular joint, synovial chondromatosis or osteoarthritis.
LA. Eng.
SO. Br J Oral Surg 1978 Jul.; 16 (1): 12-20.
4. AU. Guralnick W ; Kaban LB ; Merril RG
TI. Temporomandibular - joint afflictions.
LA. Eng.
SO. N Engl J Med 1978 20 Jul.; 299 (3): 123-9
5. Glickman, I., *Periodontología Clínica*, Editorial Interamericana, 4a. Ed., México 1980., p.p. 823-27.
6. Harrison, T., *Medicina Interna*, Editorial La Prensa Médica-Mexicana, 5a. Ed., Colombia 1981., p.p. 2444-2456 - 2468 - 2475.
7. AU. Kasparova NN ; Yevdokimova VM
TI. Secondary deformig osteoarthrosis of temporomandibular joint in children.
LA. Eng.
SO. Acta Chir Plast (Prague) 1978; 20 (4): 250-7.

8. Lockhart, R., Anatomía Humana, Editorial Interamericana, - 6a. Ed., México 1980., p.p. 45-53, 156-7, 164-6, 314-5.
9. Martínez Ross, E., Oclusión, Editorial Grupo Facta, México 1980., p.p. 63-89, 97-120, 125-154, 451-455, 470-2.
10. Orban, J., Histología y Embriología Bucal, Editorial - Fournier, 3a. Ed., México 1978., p.p. 330-1.
11. Ramfjord, S., Oclusión, Editorial Interamericana, 6a. Ed., México 1980., p.p. 4-10, 13-17, 174-182, 371, 375-6.
12. Robbins, S., Tratado de Patología, Editorial Interamericana, 6a. Ed., México 1980., p.p. 1236-1240.
13. AU. Sanders B ; Halliday R
TI. Psoriasis and rheumatoid arthritis: their relations - hip in TMJ ankylosis.
LA. Eng.
SO. J Oral Med 1979 Jan-Mar; 34 (1): 4-7.
14. AU. Silberman M ; Livne E
TI. Age-related degenerative changes in the mouse mandibular joint.
LA. Eng.
SO. J Anat 1979 Oct.; 129 (3): 507-20.
15. Sodeman, W., Fisiopatología Clínica, Editorial Interamericana, 6a. Ed., México 1978., p.p. 880-9.
16. Schwartz, L., Dolor Facial y Disfunción Mandibular, Editorial Mundi, 1a. Ed., Buenos Aires 1973., p.p. 34-5, 40-55, 117-9, 169-189, 191-9, 242-4.

17. Shafer, W., Tratado de Patología Bucal, Editorial Interamericana, 3a. Ed., México 1979., p.p. 447, 658-661.
18. AU. Williams RA ; Laskin DM
TI. Arthroscopic examination of experimentally induced -
pathologic conditions of the rabbit temporomandibular
joint.
LA. Eng.
SO. J Oral Surg 1980 Sep.; 38 (9): 652-9.