



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

"ZARAGOZA"

"REVISION ACTUALIZADA DE LOS TRATAMIENTOS
DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA ARTICULA-
CION TEMPOROMANDIBULAR"

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a:

SALVADOR ARCINIEGA FERNANDEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México D. F.

1990



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	I
FUNDAMENTACION DEL TEMA.....	II
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	III
OBJETIVOS	IV
HIPOTESIS	V
MATERIAL Y METODO	VI
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	VII
* CAPITULO I	
- HISTORIA CLINICA.....	1
* CAPITULO II	
- ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.....	7
* CAPITULO III	
- ARTRITIS REUMATOIDE EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.....	13
* CAPITULO IV	
- DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.....	19
- RESULTADOS	
* CAPITULO V	
- TRATAMIENTO CON ANALGESICOS/ANTIINFLAMA TORIOS	30
* CAPITULO VI	
- ESTUDIO DEL TRATAMIENTO CON SALICILATOS.....	34
- RESULTADOS	
* CAPITULO VII	
- TRATAMIENTO CON TERAPIA MUSCULO/ARTICULAR...	39
* CAPITULO VIII	
- TRATAMIENTO QUIRURGICO.....	46
- DISCUSION.....	50
- CONCLUSIONES	52
- BIBLIOGRAFIA	55

INTRODUCCION

La artritis reumatoide en general es una enfermedad inflamatoria, crónica, - recurrente, generalizada, de etiología desconocida y que afecta principalmente las articulaciones diartrodiales, y con frecuencia variable, afecta otros órganos como los ganglios linfáticos, bazo, corazón, aorta, ojos. (27)

Es un padecimiento de distribución universal, no hay predilección racial, - pero se dice que hay agregación familiar; es más frecuente en mujeres que - en hombres, en proporción de 2 a 1, y su inicio habitual ocurre entre los 20 y los 50 años, y por otro lado, también puede iniciarse después de los 60 - años de edad. (27)

La prevalencia en la población adulta en los Estados Unidos de Norteamérica se calcula en un 3%. A pesar de no haber información acerca de su prevalencia en México, y tomando como base los estudios norteamericanos, el Dr. - - Salvador Pizarro Chávez, reumatólogo del IMSS en la Raza, calculó que el número aproximado de casos de Artritis Reumatoide en México (80 millones de - habitantes); sería de 600,000, aún si la prevalencia fuese de 1 en 200 habitantes, el 0.5 % de la población general ó 400,000 individuos padecerían - Artritis Reumatoide.

Lo anterior tiene repercusiones socioeconómicas para el individuo, su familia y el país.

En este último caso, las horas/hombre pérdidas como consecuencia de la Ar - - tritis Reumatoide, por ser una enfermedad incapacitante, y los costos de trata

miento médico y fisiatrico, son de gran significacia para el país.

En la investigación que llevé a cabo en el Centro Médico La Reza del IMSS, - los principales motivos de consulta externa durante el año de 1986, fueron:

- 1.- Asma
- 2.- Artritis Reumatoide
- 3.- Lupus eritematoso sistémico
- 4.- Diabetes Mellitus
- 5.- Insuficiencia Renal Crónica

Como ejemplo, durante el año de 1986, en el tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, hubo un total de 90,972 consultas subsecuentes, y 24,650 de primera vez por esta enfermedad reumática; el número de incapacidades expedidas fué de 8,083 con un total de 123,297 días amparados.

Calculando un ingreso diario de 2,500 pesos, el costo social por incapacidades sería de 308 millones de pesos por año, sin tomar en cuenta el costo del tratamiento.

La artritis reumatoide juvenil probablemente no sea una sola enfermedad, - sino un grupo de trastornos que causan artritis invalidante en individuos - menores de 16 años. (24)

Se piensa que pueden existir cerca de 30,000 casos en la República Mexicana de este hecho, así como de la incapacidad, la ceguera y la muerte que puede

producir, surge la necesidad de prestarle mayor atención. (24)

Si bien el inicio de la enfermedad puede ser tan temprano como a las 6 semanas de vida, la mayoría de los niños manifiestan el padecimiento entre 2 y 5 años, y entre los 9 y los 12 años de edad; en tanto que en las niñas aparece entre 1 y 3 años, siendo más afectadas las niñas en proporción de 2 a 1.

(27)

Las alteraciones que se presentan en la articulación temporomandibular por causa de la artritis reumatoide, tanto clásica como la juvenil, van desde un dolor vago al realizar el movimiento de apertura, hasta la incapacidad de realizar este movimiento.

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Reza", en el servicio de Reumatología, en la práctica diaria se ha llegado a considerar que el promedio de pacientes afectados de la articulación temporomandibular por esta enfermedad, es de hasta el 70% aproximadamente en grados variables.

Una de las razones por la que se considera que no se ha establecido una terapia definida, es debido a que este padecimiento es de investigación continua, y por lo tanto los medios y medicamentos para controlar a este tipo de pacientes se encuentra en constante evolución.

La importancia de este padecimiento es grande, tomando en cuenta las secuelas que nos puede ocasionar; y para llevar a cabo el tratamiento adecuado dependiendo del grado de afectación de la articulación temporomandibular,

debe existir una constante comunicación entre profesionistas, en este caso el Reumatólogo, Cirujano, Dentista, al Psiquiatra y el Fisiatra.

Es por ello que se tratara de ofrecer en este trabajo, la mayor información obtenida de los tratamientos de la artritis reumatoide en la articulación temporomandibular.

II.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

La materia de Teoría Odontológica en el 5o. semestre de la Carrera de Odontología, la cual tiene como uno de sus objetivos, el dar a conocer e identificar las alteraciones patológicas de la articulación temporomandibular; una de ellas es la Artritis Reumatoide.

El tema de la Artritis Reumatoide en la Articulación Temporomandibular que se imparte en las aulas, tiene como índole, la de informar de la existencia de dicho padecimiento.

En México, existen estadísticas, las cuales fueron llevadas a cabo por el Dr. Gregorio Mintz en el año de 1978, y existían aproximadamente entre 300,000 a 450,000 pacientes afectados por la artritis reumatoide, y de ellos, el 75% presentaban afectación de la articulación temporomandibular. (17)

Por lo que considero que el Cirujano Dentista debe trabajar como un integrante de un equipo formado con los profesionales de la Medicina (Reumatólogo, Psiquiatra, Fisioterapeuta), para llegar a una impresión diagnóstica adecuada, y así poder brindarle un mejor tratamiento.

Por lo tanto, el propósito fundamental de esta tesis, es clasificar esta afección y realizar una recopilación de los tratamientos actualizados que deben conocer las futuras generaciones de Cirujanos Dentistas de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales "Zaragoza".

Con el fin de que en la Carrera de Odontología se dé al tema de Artritis Reumatoide en la Articulación Temporomandibular en forma más profunda, - para que al estudiante durante su ejercicio profesional, pueda participar más activamente en el tratamiento de dicho padecimiento, lo que redundará en que se eviten complicaciones graves.

Para esto, es necesario conocer la Anatomía y la Fisiología de la Articulación Temporomandibular, para poder realizar el diagnóstico oportuno de la Artritis Reumatoide.

Durante la Carrera en la E.N.E.P. "Zaragoza", no fue posible observar la incidencia del padecimiento, sin embargo en el I.S.S.S.T.E., I.M.S.S., Hospital Juárez S.S.A., Hospital General S.S.A., donde se llevó a cabo la investigación, se presenta un alto porcentaje de este padecimiento en los pacientes de los 10 a los 40 años de edad, afectando principalmente a las mujeres.

SITUACION ACTUAL

La mayoría de los Cirujanos Dentistas, no le dan la importancia requerida al problema de estudio, (Artritis Reumatoide en la articulación temporomandibular); por tal motivo, no existen publicaciones actualizadas de dicho problema, existiendo otras series de negligencias por parte de los profesionistas que hacen que se siga dejando fuera de la práctica profesional odontológica del tema.

Son hechos que me motivan a hacer una recopilación de la información teórica y de casos clínicos, para que en esta encuesta exista un documento para el alcance de quien se interese por conocer los tratamientos de dicha patología, y así poder desarrollar mi práctica profesional en un futuro, en una forma más integral.

III.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

LOS TRATAMIENTOS ACTUALES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN
LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR QUE SE PRACTICAN EN
MEXICO SON LOS MAS ADECUADOS ?

H I P O T E S I S

LOS TRATAMIENTOS ACTUALES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN
LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR QUE SE PRACTICAN EN
MEXICO SI SON LOS MAS ADECUADOS.

OBJETIVOS

GENERAL.-

Realizar una evaluación en hospitales de la Secretaría de Salud y Asistencia, Instituto Mexicano del Seguro Social; de los diferentes tratamientos en pacientes afectados por la Artritis Reumatoide en la Articulación Temporomandibular.

ESPECIFICOS.-

- a). Establecer las características clínicas de la Artritis Reumatoide en la articulación temporomandibular.
- b). Determinar los cambios radiológicos y funcionales que se presentan en la articulación temporomandibular, en pacientes con Artritis Reumatoide.
- c). Presentar los medios necesarios y la metodología para llegar al diagnóstico de la Artritis Reumatoide en la articulación temporomandibular.
- d). Presentar el pronóstico y diferentes tipos de tratamientos existentes actualmente aplicados a la articulación temporomandibular en pacientes con Artritis Reumatoide.
- e). Identificar los tratamientos que actualmente se aplican en las Instituciones del Sector Salud, al problema de la Artritis Reumatoide en la articulación temporomandibular.

MATERIAL Y METODO

MATERIAL.-

a). RECURSOS HUMANOS

- Un pasante de la Carrera de Odontología
- Un asesor

b). RECURSOS MATERIALES

- Espacios físicos; bibliotecas de la siguientes instituciones: ENEP "Zaragoza", IMSS, ISSSTE, SSA, CENIDIS, ADM, Instituto Mexicano de Cultura.
- Revistas en inglés, español, de 1985 a la fecha, cuyo contenido sea del área médico-odontológico.
- Libros de patología bucal y general, reumatología, artrología, inmunología, farmacología, anatomía humana, fisiología, metodología para la investigación, protocolo para la investigación.
- Diccionarios: 1.- Médico-Odontológico
2.- Inglés-Español
- Papelería: hojas y tarjetas blancas, lápices, plumas, gomas, sacapuntas.
- Máquina de escribir.
- Meca y sillas.

c). RECURSOS FINANCIEROS

- Los necesarios para la concentración de la bibliografía y la organización de la misma.

M E T O D O

Para llevar a cabo la realización del presente trabajo, se tomarán en cuenta los siguientes criterios de selección, síntesis y análisis:

a). Criterios de Selección.

1. Obtención de la Información de las siguientes fuentes:

- Revistas científicas del campo médico-odontológico de 1985 a la fecha.
- Concentración de la información referente a:
 - * Características normales de la articulación temporomandibular.
 - * Artritis Reumatoide en la Articulación Temporomandibular, presente en niños y en adultos de ambos sexos.
 - * Tipos de Artritis Reumatoide.
 - * Artritis reumatoide, características clínicas y radiográficas, histológicas, diagnóstico, pronóstico y tipos de tratamiento.
 - * Contrastación de la información obtenida de los tratamientos, de los pacientes con artritis reumatoide en la articulación temporomandibular, vertida en las fichas de trabajo y discusión de las mismas.
 - * Correlación de la información de las fichas de trabajo, con los datos obtenidos de los tratamientos instituidos, seguimiento de la evolución de ellos, después de haber llegado al diagnóstico de Artritis Reumatoide en la articulación temporomandibular.

como son los tratamientos farmacológicos, fisioterápicos y el -
tratamiento quirúrgico.

- * También la clasificación de la artritis reumatoide prodró-
mica y la revisión de los diversos tratamientos utilizados ac-
tualmente para cada caso.
- * Esta investigación se llevará a cabo, en base a un estudio -
que tendrá como características: edad, sexo, años en evolu-
ción, grados de afectación, tratamiento indicado, seguimien-
to del tratamiento, resultados.
- * Elaboración de las conclusiones.

VII.

C R O N O G R A M A

El tiempo estimado para la elaboración de la tesis es el siguiente:

- A) Recopilación y compilación de la información..... 1 mes
- B) Elaboración del protocolo 1 mes
- C) Desarrollo 10 meses
- D) Edición 15 días
- E) Tiempo total 1 año

C A P I T U L O

I.

HISTORIA CLINICA

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

No. DE EXPEDIENTE _____ REFERIDO POR _____

DIRECCION _____ TELEFONO _____

1.- Tiene dolor en la Articulación Temporomandibular ?

 no si lado der. lado izq.

2.- Tiene dolor en el oído ?

 no si lado der. lado izq.

3.- Tiene dolor mandibular, cara o cuello ?

 no si lado der. lado izq.

4.- Sabe usted si su mandíbula produce sonidos ?

 no en la masticación lado der. lado izq. si en la apertura máxima lado der. lado izq.

5.- Tiene usted algún otro tipo de problemas articulares ?

 no si ¿Qué articulaciones ? _____

6.- Tiene dolor al masticar ?

 no si lado der. lado izq.

7.- Tiene dolor al abrir grande o morder una gran bocado ?

 no si lado der. lado izq.

8.- Tiene dolor al estar hablando ?

 no si lado der. lado izq.

9.- Se le dificulta masticar algunas comidas ?

 no si alimentos duros alimentos suaves alimentos gruesos

10.- Prefiere usted masticar de un solo lado ?

() no () si

11.- Desde cuando tiene usted este problema ? _____

12.- Toma usted medicamentos para el dolor o molestia ?

() no () si () ocasionalmente

De qué tipo _____

13.- Ha tenido algún accidente o recibido algún golpe en la cara ?

() no () si Describa el golpe _____

14.- Tiene dolor de cabeza ?

() ninguno () lado derecho () frente
() ocasional () lado izquierdo () ambos lados () cuello

15.- En escala de 1 al 10, donde 0 representa ningún dolor y 10 dolor extremo.

Indica su nivel de dolor. _____

16.- Este problema le molesta más en ?

() la mañana () en la tarde () en la noche
() al dormir () no tiempo específico
() todo el tiempo

17.- Ha perdido peso ?

() no () si Cuánto? _____

18.- Toma algún medicamento ?

() no () si Cuál ? _____

19.- Tiene algún otro problema que requiere medicamentos ?

() no () si Cuál ? _____

20.- Algún otro miembro de su familia presenta problemas articulares ?

() no

() sí

EXAMEN CLINICO :

- a).- Apertura maxima _____ mm
- b).- Lateral derecha _____ mm
- c).- Lateral izquierda _____ mm
- d).- Protrusiva _____ mm

CHASQUIDO

- a) Abrir _____ mm
- b) Cerrar _____ mm
- c) Reciproco _____ () si () no
 _____ () der () izq
 _____ () bilateral

CREPITACION

- () si () no
- () der () izq
- () bilateral

PALPACION MUSCULAR: EXTRACORAL INTRACORAL DER IZQ ESPASMO DOLOR PALPACION

Temporal _____

Masetero _____

Pterigoideo externo _____

Pterigoideo interno _____

Esterocleidomastoideo _____

EXAMEN OCLUSAL:

CLASE DE ANGLE

1.- _____

2.1 _____

2.2 _____

3. _____

Otra _____

FACETAS DE DESGASTE:

PIEZAS FALTANTES:

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION: _____

ESTUDIO DE RAYOS "X": _____

() Ortopantomografía

() Skuller

() Tomografía lineal

() Tomografía computarizada

() Artrografía

() Otros

DIAGNOSTICO DE RAYOS "X" _____

DIAGNOSTICO DEFINITIVO _____

TRATAMIENTO

FECHA

EVOLUCION

TRATAMIENTO	FECHA	EVOLUCION

C A P I T U L O

II.

ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA ARTICULA

CION TEMPOROMANDIBULAR

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR

Esta articulación pertenece al género de las bicondíleas. Sus superficies son: por un lado los cóndilos del maxilar inferior unidos al resto del hueso por una porción estrecha llamada 'cuello'; el cual presenta algunas rugosidades en la parte anterointerna, donde se inserta el pterigoideo externo. (14)

Por el otro lado, las superficies articulares son el cóndilo del temporal y la cavidad glenoidea del mismo. El cóndilo se halla constituido por la raíz transversa de la apófisis cigomática. (14)

La cavidad glenoidea está situada detrás del cóndilo y es una depresión profunda de forma elipsoidal y está dividida en dos partes por la Cisura de Glasser; la parte anterior es articular, constituyendo la cavidad glenoidea propiamente dicha y se halla recubierta por tejido fibroso; la parte posterior extraarticular, forma la pared anterior del conducto auditivo externo. (14)

La superficie articular del temporal no se adapta directamente al cóndilo del maxilar, sino que la adaptación se realiza por intermedio de un menisco interarticular, el cual tiene dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La extremidad externa es más gruesa que la interna y ambas se hallan dobladas hacia abajo, emitiendo prolongaciones fibrosas que las fijan a las partes laterales del cuello del cóndilo.

Por esta razón, el menisco sigue al cóndilo en sus movimientos. El menisco es más grueso en la periferia que en el centro donde puede presentar una perforación más o menos amplia. En este caso existe una sola articulación con una cápsula sinovial, pues cuando el menisco no se halla perforado, la articulación - -

está dividida en dos y es portadora de dos sinoviales independientes. (14)

Existen dos sinoviales en la articulación temporomandibular: la sinovial superior o suoramiscal, situada entre el menisco y el temporal, es mucho más extensa y sobre todo más laxa que la inferior. Teñiza interiormente la porción de la cápsula fibrosa comprendida entre la base del cráneo y el borde superior del menisco intra-articular. (14)

La sinovial inferior o inframeniscal está situada por debajo del menisco, - entre este y el cóndilo; estas sinoviales secretan un líquido viscoso llamado 'sinovia', que hace las veces de lubricante, facilitando los movimientos articulares.

Los medios de unión comprenden una cápsula articular y dos ligamentos laterales considerados como los ligamentos intrínsecos de la articulación; también se incluyen tres ligamentos auxiliares o extrínsecos, los cuales son: ligamento lateral externo, que se inserta por arriba en el tubérculo cigomático y en la porción contigua de la raíz longitudinal, desde donde desciende para terminar insertándose en la parte posteroexterna del cuello del cóndilo.

Ligamento lateral interno, que tiene su punto de inserción por fuera de la base de la espina del esfenoides; después desciende para ir a insertarse en la porción posterointerna del cuello del cóndilo.

Los ligamentos auxiliares son: el ligamento estilomaxilar, el ligamento otomaxilar y el ligamento esfenomaxilar, el cual tiene su inserción superior en la porción externa de la espina del esfenoides y en la parte más interna del labio anterior de la Cisura de Glasser desde donde desciende, cubriendo al ligamento lateral interno, para terminar en el vértice y en el borde posterior

de la espina de spix. (14)

La cápsula articular nose forma de mancueto, cuya extremidad superior se inserta por delante, en la raíz transverse de la apófisis coronática, por detrás en el labio anterior de la Cisura de Glasser, por fuera por el tubérculo cigomático y en la raíz longitudinal de la apófisis cigomática y por dentro en la base de la espina del esfenoides. (14)

Su extremidad inferior se inserta en el cuello del cóndilo, descendiendo más en su parte posterior, que en la anterior.

Las articulaciones temporomandibulares funcionan simultáneamente y presentan movimientos de abatimiento y elevación. En el primero, el mentón se dirige abajo y atrás; cóndilo y menisco forman un conjunto que desliza de atrás adelante, sobre el cóndilo temporal, girando ligeramente el menisco hasta tomar una posición horizontal, movimiento que limitan los haces posteriores del menisco mismo y se realiza por la acción del pterigoideo externo inervado por el maxilar inferior, y cuando el menisco queda fijo, solo el cóndilo continúa su deslizamiento por debajo del menisco realizando en el maxilar inferior un movimiento de rotación sobre un eje transversal que pase por la espina de spix, permitiendo que el cóndilo del maxilar se coloque por debajo del cóndilo del temporal. Resulta de lo anterior, que el maxilar inferior en su abatimiento realiza un movimiento de deslizamiento de rotación.

Los músculos abatidores de fuerza menor que los elevadores son: el vientre anterior del digástrico, el milohioideo y el geniohioideo. (14)

En el movimiento de elevación se realiza en sentido contrario el mecanismo del abatimiento y alcanza su máximo cuando se encuentran los arcos dentarios. In -

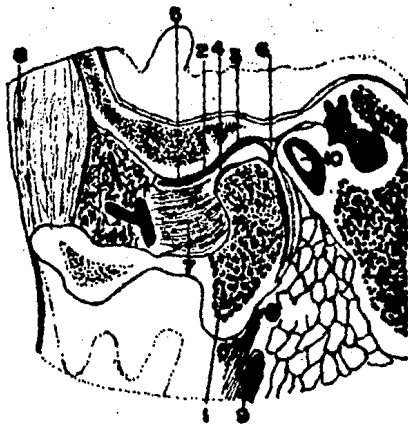
terviene en éste, los músculos temporal, masetero y pterigoideo interno.

Los movimientos de propulsión y retropulsión se realizan en la articulación -
meniscotemporal, pues tanto el cóndilo como el menisco sufren el deslizamien-
to de atrás hacia adelante, colocando el cóndilo maxilar por debajo del cón -
dilo del temporal, e intervienen en este movimiento la contracción simultánea
de los pterigoideos externos y secundariamente, el pterigoideo interno y el -
masetero inervados por el maxilar inferior. (14)

El movimiento de retropulsión se realiza en sentido inverso a la propulsión y
se limita por el choque del cóndilo sobre la pared anterior del conducto audi-
tivo e intervienen en éste los haces posteriores del temporal y secundariamen-
te el digástrico.

En los movimientos de diducción o de lateralidad se mueven las dos articula -
ciones alternativamente, mientras uno de los cóndilos sufre con su menisco un
movimiento de translación, el otro pivotea alrededor de un eje vertical que -
pasa por su cuello resultando que en cada movimiento, un cóndilo se desaloja
y el otro sirve de punto de apoyo o de pivote. Intervienen en éste los pte -
rigoideos externos contrayéndose alternadamente.

CORTE SAGITAL DE LA ARTICULACION TEMPOROMAXILAR



1- CONDILO DEL MAXILAR

2- CONDILO DEL TEMPORAL

3- CAVIDAD GLENOIDEA

4- MENISCO

5- SINOVIAL SUPERIOR O SUPRAMENIS
CAL.

6- SINOVIAL INFERIOR O SUBMENISCAL

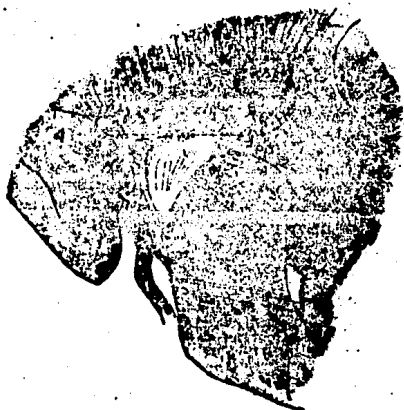
7- PTERIGOIDEO EXTERNO

8- TEMPORAL

9- CAROTIDA EXTERNA

10- CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

ARTICULACION TEMPOROMAXILAR



- 1- LIGAMENTO LATERAL EXTERNO
- 2- LIGAMENTO POSTERIOR
- 3- CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
- 4- MUSCULO TEMPORAL
- 5- MUSCULO MASETERO

C A P I T U L O

III.

ARTRITIS REUMATOIDE EN LA ARTICU
CION TEMPOROMANDIBULAR

ARTRITIS REUMATOIDE EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Partiendo de estos antecedentes previamente enunciados de la alta tasa de morbilidad de esta patología, centremos nuestro estudio en la afección de la articulación temporomandibular, por lo que analizaremos algunos aspectos de ésta.

La afectación de la articulación temporomandibular es un foco localizado de este trastorno general y guarda correlación con la afectación de las articulaciones mayores, pero también puede ser la primera articulación afectada.

(10)

Varios autores han realizado estudios acerca de la incidencia de artritis reumatoide sobre la articulación temporomandibular.

Buchman (1939) y Bellinger (1940) consideraron que la alteración de la articulación temporomandibular en la artritis reumatoide es una afección común

(20)

Russel y Bayles (1941) encontraron que de 100 pacientes con artritis reumatoide la articulación temporomandibular se hallaba afectada en un 51%. (20)

Comroe (1953) afirmó que la afectación temporomandibular es más bien común en la artritis reumatoide. (20)

Calwell (1957) estimó que alrededor del 20% de pacientes con artritis reumatoide presentan enfermedad de la articulación temporomandibular. (20)

Thoms (1977) dice que los cálculos de la proporción de pacientes con artritis reumatoide que han manifestado afectación de la articulación temporomandibular han oscilado desde menos del 10% a más del 50% y esta afectación de

dicha articulación suele ser simultáneamente bilateral.

Cuando se presente durante la fase aguda, se aprecia tumefacción y ostensible hipersensibilidad. (10)

El movimiento de la mandíbula durante la masticación o al hablar, causa dolor articular localizado profundo y puede estar limitado a causa de la rigidez; ésta alcanza su punto máximo en la mañana y tiende a disminuir durante el día, con el funcionamiento continuo de la mandíbula.

El chasquido articular no es común, pero cuando se produce se debe a alteraciones en el cartilago y menisco articulares. (12)

El dolor disminuye a medida que la enfermedad se hace crónica, pero la rigidez aumenta.

La maloclusión, caracterizada por abertura anterior al cerrar la boca, puede ser un signo precoz. A medida que progresa el proceso, puede haber aplanamiento del cóndilo y de la eminencia articular, reducción del movimiento condilar a la abertura de la boca y anquilosis fibrosa u ósea. (10)

Las características radiográficas, han aparecido varias comunicaciones acerca de la incidencia de anomalías radiográficas en la alteración maxilar de pacientes con artritis reumatoide en la articulación temporomandibular.

Utilizando varias técnicas radiográficas como la tomografía lineal, los hallazgos más frecuentes consistieron en:

- Osteoporosis.

- Aplanamiento del cóndilo e irregularidades marginales.

- El estrechamiento del espacio articular se evidencia a veces radiográficamente.

camente durante las primeras fases de la enfermedad.

- Limitación de movimientos articular.

Se ha considerado el aplanamiento de la cara anterior de la cabeza condilar como el hallazgo radiográfico más característico en la artritis reumatoide en la articulación temporomandibular.

La atrofia ósea, una de las alteraciones precoces constantes observada en otras articulaciones, no se ha comunicado en la afectación mandibular. (10)

El examen microscópico de las articulaciones afectadas revelan hiperemia, edema e infiltración de los tejidos sinoviales, así como infiltración difusa de células inflamatorias en todos los tejidos articulares.

Las alteraciones microscópicas más precoces observadas radicaban en la membrana sinovial del espacio articular inferior, seguidas de una reacción inflamatoria y lítica en la superficie articular del cóndilo.

La destrucción de la superficie articular del cóndilo y del hueso subarticular, puede dar origen a una extensa resorción ósea.

También se han apreciado pequeñas adherencias entre la superficie articular y el disco. Puede producirse una anquilosis fibrosa, retrasando gravemente el movimiento del maxilar inferior. La destrucción de la articulación reduce la altura vertical y puede originar una abertura anterior y luxación recidivante. (10)

En la artritis reumatoide juvenil, la principal complicación de la articu-

lación temporomandibular, es la alteración del crecimiento y del desarrollo que es secundariamente al cierre temprano de la epifisis. Esto es particularmente común en la mandíbula, causando micrognatia. (25)

Los cálculos de micrognatia resultantes de una artritis reumatoide juvenil, han variado de entre 4% y 25%

La gran variabilidad en la frecuencia y grado de desarrollo mandibular anómalo ha llevado a varios autores a la conclusión de que la micrognatia es consecuencia de causas adicionales a la artritis reumatoide, tales como los corticosteroides. (10)

Sin embargo, dado que los corticosteroides no estuvieron disponibles comercialmente hasta 1950 y puesto que muchos autores observaron micrognatia antes de dicha fecha, se llegó a la conclusión de que es consecuencia del proceso patológico. (10)

La artritis reumatoide juvenil (Enfermedad de Still), cuando afecta a la articulación temporomandibular, puede producir una maloclusión, con protrusión de los incisivos superiores y mordida abierta anterior.

Engel y colaboradores también encontraron deformación de la mandíbula, caracterizada por el acortamiento del cuerpo y reducción de la altura de la rama ascendente a causa de la falla del centro de crecimiento en la zona condilar (12).

La micrognatia también se conoce como "perfil de pájaro"; la deformación sug

la ser progresiva. (10)

La micrognatia es más típica en aquellos niños donde la enfermedad empieza temprano durante la vida y en aquellos con enfermedad sistémica o poliarticular, que en aquellos con artritis reumatoide pauciarticular o monoarticular.

(25)

Martell y colaboradores han revisado el posible mecanismo por el cual la micrognatia se desarrollaría en pacientes con artritis reumatoide juvenil.

El grosor de las ramas y el largo de la mandíbula son predeterminados primariamente por crecimiento del centro condilar. Las elevaciones del hueso del cartilago condilar, el cual es derivado por la posición de un antecesor de tejido conectivo precartilaginoso, el cual permanece debajo de la superficie articular fibrosa.

Como la zona precartilaginosa no está protegida por una barrera cartilaginosa subadyacente, puede ser vulnerable al daño, especialmente en la vida temprana en la presencia de tejido inflamatorio sinovial. (25)

Radiográficamente se revelan el aplanamiento y el acortamiento de los condilos y una falta de nitidez de la articulación, señal de una fibrosis periaricular.

Algunos investigadores opinan que este tipo de trastorno del crecimiento mandibular, es característico de la artritis reumatoide juvenil y que debería

ser tomada en cuenta cuando se produce dicha deformación facial. (25)

El conocimiento de la anatomía patológica de la artritis reumatoide, permite conocer su fisiopatología en sus diferentes estructuras como son: sinovitis, hueso subcondral, cartilago articular, deformidades articulares.

El signo más importante de la artritis reumatoide en la articulación témporo mandibular es la sinovitis, la cual va relacionada con el dolor y la limitación de los movimientos mandibulares.

C A P I T U L O

IV.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

En todos los casos donde se sospecha de un trastorno de la articulación temporomandibular es necesario realizar un examen radiográfico como parte de la evaluación total del enfermo.

La evaluación radiográfica de la articulación temporomandibular es indispensable para lograr un diagnóstico preciso del padecimiento. Esta articulación es una de las partes más difíciles del cuerpo para visualizar con claridad por medio de radiografías, las estructuras duras articulares debido a que las estructuras superpuestas, obstaculizan la visualización e impiden una imagen clara de dicha articulación.

Una gran variedad de proyecciones radiográficas han sido propuestas para obtener una satisfactoria visión radiográfica de los componentes articulares. Los más usados actualmente son: la radiografía transcraeal o convencional (tipo shuller), la ortopantomografía y la tomografía lateral.

Aunque cada una de ellas presentan limitaciones para un adecuado diagnóstico, la tomografía lateral parece ser la técnica radiográfica de elección para valorar las estructuras óseas de la articulación temporomandibular.

La manifestación radiológica característica en la artritis reumatoide, es la erosión articular, la cual representa una forma de reabsorción ósea a

lo largo de la superficie del hueso compacto subcondral. El aspecto de la erosión suministra un parámetro importante para estimación de la enfermedad y la respuesta a la terapia.

En el servicio de Cirugía Máxilo-facial del Hospital "20 de Noviembre", el Jefe del servicio Dr. José Luis Molina Moguel, el Dr. Mario Bustillos y un servidor, se llevó a cabo un estudio radiográfico para valorar las estructuras de la articulación temporomandibular en pacientes que han padecido artritis reumatoide por varios años y que por ser una enfermedad sistémica y ser tratada como tal, los pacientes refieren no tener trastornos de dicha articulación y éstos fueron los resultados.

Se estudiaron 30 pacientes adultos, todos ellos con artritis reumatoide clásica en el periodo comprendido de los meses de julio - agosto de 1988.

Los pacientes fueron seleccionados al azar de la Consulta Externa del servicio de Reumatología, tomándose como criterios de inclusión, que sean pacientes adultos mayores de 25 años, con artritis reumatoide clásica, sin considerar el tiempo de evolución de la enfermedad o clase funcional. El sexo de los pacientes no fue considerado para su elección.

De los 30 pacientes estudiados, 27 fueron mujeres y 3 hombres.

La edad varió de 25 a 67 años, con una edad promedio de 42 años

El tiempo de evolución de la artritis reumatoide fue con más frecuencia de menos de 10 años, con tiempo de evolución promedio de 8 años.

RESULTADOS

De los 30 pacientes estudiados, 27 fueron mujeres (90%) y 3 hombres (10%).

La edad varió de 25 a 67 años de edad promedio de 42 años.

El tiempo de evolución de la artritis reumatoide fué con más frecuencia de menos de 10 años, con tiempo de evolución promedio de 8 años.

A través del estudio se encontró que 28 pacientes (93%) presentaron algún tipo de complicación en la articulación temporomandibular.

De los 30 pacientes en estudio, 22 (73%) refirieron dolor en la A.T.M.; y 8 (27%) se encontraron asintomáticos.

De los 22 pacientes con dolor articular, 11 refirieron tener dolor en la A.T.M. derecha y los otros 11 en la izquierda; 5 pacientes (22%) refirieron dolor en ambas articulaciones.

La evaluación del dolor dió como resultado que de los 22 pacientes con sintomatología dolorosa, 14 (64%) refirieron tener dolor moderado (medido en una escala de 1 a 5) y 8 pacientes (36%) dolor severo (medido en una escala del 6 al 10).

Sonidos articulares fué referido en 27 pacientes (90%), de los cuales 18 tuvieron crepitación y 9 presentaron chasquido.

Se encontró una apertura bucal de 40 mm en 17 pacientes (56%)

La lateralidad se valoró encontrándose que 20 pacientes (67%) presentaron movimientos laterales mandibulares bilaterales entre 3 a 5 mm.

La protrusión fué de 5 mm en 21 pacientes (70%).

Los antecedentes de trauma en mandíbula fueron negativos en 25 pacientes - (83%).

Antecedentes de tratamiento mandibular fue afirmativo en 22 pacientes (73%)

El espasmo muscular fue encontrado en 5 pacientes (17%).

La valoración radiográfica se realizó en los 30 pacientes.

De las 60 articulaciones temporomandibulares observadas, se encontró que - 52 (87%) presentaron alteraciones en el contorno óseo articular y 8 (13%) se encontraron normales.

De las 52 articulaciones con alteración, 22 (42.5%) presentaron erosión mo-
derada, 19 (36.5%) erosión severa y 11 (21%) erosión leve.

De las 22 articulaciones con erosión moderada, 8 (37%) fueron del lado iz-
quierdo, 4 (18%) del lado derecho y 5 (45%) bilaterales.

De las 19 articulaciones con erosión severa, 4 (21%) fueron izquierdas, 3
(16%) derechas y 6 (63%) bilaterales.

En las 11 articulaciones con erosión leve, se encontró que 2 fueron izquier-
das (18%), 3 derechas (37%) y 3 (45%) bilaterales.

Las 8 articulaciones que se observaron con su contorno óseo normal, fue -
del lado izquierdo (12%), 5 del lado derecho (63%) y 1 bilateral (25%)

En relación con el tiempo de evolución de la enfermedad articular general
con la erosión observada radiográficamente, se encontró que de los 22 - -
pacientes con erosión moderada, 14 (64%) tuvieron un tiempo de evolución de
entre 2 a 10 años, promedio de 8 años.

CUADRO. I**DISTRIBUCION EN EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS
HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE
1988**

AÑOS	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	TOTAL	%
HOMBRES	0	2	1	0	0	3	10
MUJERES	3	10	7	5	2	27	90

CUADRO. II**DISTRIBUCION DEL DOLOR EN A.T.M
HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE
1988**

L. AFEC.	DER.	IZQ.	BIL.
PAC.	11	11	5

Los 19 con erosión severa; 10(53%) tuvieron tiempo de evolución de 10 años.
De los 11 con erosión leve; 9 (82%) tuvieron un tiempo promedio de 6 años de
evolución de la enfermedad articular general.

CUADRO. III**SONIDOS ARTICULARES.
HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE
1966**

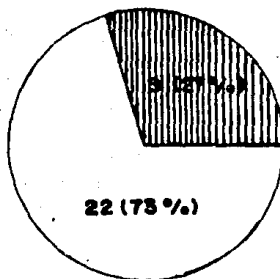
SONIDO	SI	NO	CHASQ.	CREPT.
PAC.	27	3	9	18

CUADRO. IV**MOVIMIENTOS MANDIBULARES
HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE 1966**

APER. MAX.	30-39 mm	40-49 mm	50-59 mm	TOTAL
PAC.	8	17	5	30
LAT. DER.	0-2 mm	3-5 mm	6-10 mm	TOTAL
PAC.	6	20	4	30
LAT. IZQ.	0-2 mm	3-5 mm	6-12 mm	TOTAL
PAC.	3	20	7	30
POTRUJ.	0-2 mm	3-5 mm	6-12 mm	TOTAL
PAC.	8	21	1	30

GRAFICA. I

**PORCENTAJE DEL DOLOR
EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
EN PACIENTES DEL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE
1988**



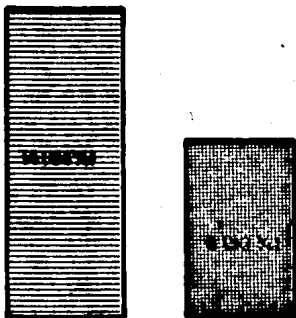
PAC. CON DOLOR EN A. T. M. 73 %





PAC. SIN DOLOR EN A. T. M. 27 %

GRAFICA. II

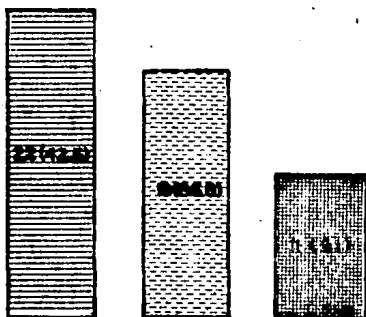
**PORCENTAJE DEL GRADO
DE DOLOR EN LA A. T. M.
EN PACIENTES DEL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE
1 9 8 8**






 DOLOR MODERADO (1-5) 64 %
 DOLOR SEVERO (6-10) 36 %

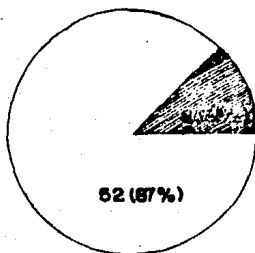
**PORCENTAJE DEL GRADO
DE EROSION OSEA ARTICULAR
PACIENTES DEL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE**

1988



-  EROSION MODERADA 42 %
-  EROSION SEVERA 36.5 %
-  EROSION LEVE 21 %

**PORCENTAJE DE LA ALTERACION
EN EL CONTORNO OSEO ARTICULAR
PACIENTES DEL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE
1988**



CON ALTERACION OSEA 87 %.



SIN ALTERACION OSEA 13 %.

C A P I T U L O

V.

TRATAMIENTO CON ANALGESICOS / ANTI-

INFLAMATORIOS

Como ya se ha dicho, la artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, - caracterizada por una inflamación de la membrana sinovial de las articula - ciones diartrodiales, como es la articulación temporomandibular, y esta in - flamación produce dolor.

El ácido acetilsalicílico es la más usada de las drogas antiinflamatorias - desde que fué introducida al mercado en 1899 y pertenece al grupo de sali - cilatos, y en el tratamiento de la artritis reumatoide, sigue siendo la - piedra angular, ya que los productos con que cuenta son los más uniformemen - te activos y los que tienen efecto benéfico sobre la mayor parte de los pa - cientes. Se debe considerar que para lograr dichos resultados, deben mane - jarse en forma adecuada. (24)

El ácido acetilsalicílico se administra como agente antipirético, antiinfla - matorio y analgésico, y se indica con cubierta entérica acompañada con la - administración profiláctica de antiácidos, que merman su efecto irritante - sobre el estómago. (24)

Administrado por vía oral, se absorbe rápidamente en el estómago e intesti - no, y su acción analgésica aparece después de 15 minutos, a dosis bajas de - sarrolla solo una acción analgésica y antitérmica, la acción antiinflamato - ria requiere de dosis elevadas, muy cercanas a las tóxicas. (8)

En pacientes con artritis reumatoide en la articulación temporomandibular - clásica, un reducido porcentaje se controla satisfactoriamente solo con -

salicilatos, la dosis diaria puede ser de 3 a 5 grs. diarios, dividida en -
tomas de 4 a 5 hrs. y experimentan cierta disminución en su problema articu-
lar. (12)

En pacientes con artritis reumatoide juvenil, el ácido acetilsalicílico -
sigue siendo el fármaco de primera elección administrado. La dosis es de 80
a 100 mg/Kg de peso en niños de hasta 12 años de edad ó más de 25 Kg de -
peso al día. (24)

Esta dosis es suficiente en muchos pacientes, los cuales obtienen buenos re-
sultados, los cuales se evalúan a las seis semanas de tratamiento. (24)

Los casos de alergia no son frecuentes y los fenómenos de intoxicación (sali-
cilismo), deben ser determinados con los niveles de salicilatos en sangre y
la presencia de somnolencia, letargo e hiperpnea, pues los niños no saben -
describir el tinnitus que indica la dosis máxima que debe emplearse. (8)

Los efectos tóxicos del ácido acetilsalicílico son complejos, clínicamente -
es importante reconocer los signos y síntomas de toxicidad por salicilatos,
los cuales no pueden aparecer por muchas horas y éstos pueden ser: náusea, -
vómito, dolor epigástrico, excitabilidad, temor, tinnitus y sordera, la piel
está enrojecida, sudoración, hiperventilación, el coma es raro en adultos, -
pero es posible en niños, el ph sanguíneo es usualmente normal o llevado en
los estados iniciales debido a una alcalosis respiratoria, pero una acidosis
metabólica puede sobrevenir si el tratamiento no es el adecuado. (8)

Sus efectos secundarios a largo plazo, son múltiples y aquéllos que con mayor

frecuencia obligan a suspenderlo son los relacionados con el aparato digestivo.

La irritación del tubo gastrointestinal se manifiesta con dolor epigástrico, náusea, vómito y anorexia, puede llegar a haber úlcera péptica, presentar fiebre.

Complicaciones menos frecuentes incluyen: edema pulmonar, daño renal y hepático, hipoglicemia, disturbios en la conciencia. (8)

Cuando el ácido acetilsalicílico no logra un control sintomático adecuado, se agregan otros antiinflamatorios no esteroideos como el naproxén, el cual se administra como analgésico, antiinflamatorio y antirreumático, y tiene la gran ventaja de ser muy poco tóxico. (27)

Por su acción antiinflamatoria y analgésica, el naproxén está indicado en la artritis reumatoide juvenil, en la articulación temporomandibular en el tratamiento de la sinovitis.

La dosis indicada en niños es de 10 mg/Kg. de peso, dividido en dos tomas, hasta los 12 años de edad, la dosis indicada en artritis reumatoide clásica es de 500 mg cada 12 horas. (27)

Debido al potencial que existe de reacciones cruzadas de sensibilidad, el naproxén no deberá administrarse en pacientes en quienes el ácido acetilsalicílico u otros antiinflamatorios / analgésicos no esteroideos hayan provocado síndrome asmático, rinitis o urticaria.

El naproxén presenta efectos tóxicos como: erupciones en la piel, anemia aplásica y hemolítica, cefalea, dolor epigástrico, granulocitopenia, hepa-

titis, hipoacusia, ictericia, incapacidad para concentrarse, insomnio, náusea, nefropatía, reacciones anafilácticas, sangrados gastrointestinales, - tinnitus, trombocitopenia, úlcera péptica, vértigo, vómito. (27)

Otro medicamento que se utiliza en el tratamiento de la artritis reumatoide en la articulación temporomandibular, es la Indometacina, el cual es un efectivo antiinflamatorio, antipirético y analgésico, el cual absorbe muy bien por vía oral.

La dosis en artritis reumatoide juvenil es de 2.5 mg/ kg de peso, y la dosis indicada en la artritis reumatoide clásica es de 75 a 150 mg/día.

Los efectos tóxicos más frecuentes son sobre el aparato digestivo y pueden aparecer a menudo aún con dosis bajas. Frecuentemente se presenta cefalea, mientras que las ulceraciones bucales, rash y púrpuras son muy raras. (27)

Estos medicamentos se indican con la comunicación del cirujano dentista y el reumatólogo.

C A P I T U L O

VI.

ESTUDIO DEL TRATAMIENTO CON SALI

CILATOS

El signo más importante de la artritis reumatoide en la articulación témporo mandibular es la sinovitis, la cual va relacionada con el dolor y la limitación de los movimientos mandibulares.

Hay que tener en cuenta que estos mismos signos pueden ser provocados por espasmo muscular, trismus, chasquidos o ruidos en la articulación, debido generalmente a trastornos del menisco articular y la crepitación que ocurre cuando las superficies articulares fueron traumatizadas o desgastadas por el proceso patológico, el cual es descrito como una sensación de crujiir.

Se realizó un estudio en un Hospital del Tercer Nivel del IMSS, para saber la eficacia de los salicilatos en pacientes con artritis reumatoide en la articulación témporomandibular.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 31 pacientes adultos, todos ellos con artritis reumatoide clásica en el periodo comprendido de enero a marzo de 1988, todos ellos tratados solamente con analgésicos no esteroideos y terapia miofacial.

Los pacientes fueron seleccionados con un mínimo de uno y un máximo de tres años de padecer esta patología, los pacientes mayores de 25 años de edad de ambos sexos, sin importar la clase funcional.

A cada paciente se les realizó su Historia Clínica particular de la articulación témporomandibular y se les practicó una entrevista, donde se investigó el padecimiento mediante un cuestionario, el cual consistió en:

- Tiene dolor en la articulación temporomandibular ?
- Tiene dolor al masticar sus alimentos ?
- De qué lado es el dolor ?
- Tiempo de evolución de la artritis raumatoide ?
- Qué articulaciones tiene afectadas ?
- Tratamiento instituido ?
- Qué tipo de medicamentos está tomando ?

El dolor articular se midió bajo una escala de ligero, moderado y severo.

De igual manera, se les realizó a cada uno de ellos una exploración clínica para valorar el espasmo muscular, trismus, la apertura bucal, descartar - - chasquidos, crepitación, el dolor si era muscular o de la articulación temporomandibular, luxaciones mandibulares.

RESULTADOS

De los 31 pacientes estudiados, 21 fueron mujeres y 10 hombres.

La edad varió de 25 a 45 años, con una edad promedio de 34 años.

A través del estudio se encontró que 12 pacientes presentaron algún tipo de alteraciones en la articulación temporomandibular, y 19 se presentaron asintomáticos.

De los 12 pacientes con dolor: 3 refirieron dolor ligero (25%), 4 presentaron dolor moderado (33%) y 5 presentaron dolor severo (42%).

De los 3 que refirieron dolor ligero, 1 fue de la articulación derecha (33%) y 2 del lado izquierdo (67%).

De los 4 que presentaron dolor moderado, 3 fueron de la articulación derecha (75%) y 1 bilateral (25%).

De los 5 con dolor severo, todos fueron bilaterales (100%).

De la apertura bucal, los pacientes con dolor ligero y los que presentaron dolor moderado, no presentaron limitación a la apertura bucal.

De los 5 pacientes con dolor severo (100%) presentaron limitación de apertura bucal bilateral de entre 25 a 40 mm en el momento de la toma de la medida.

Sonidos articulares, se encontró que de los 4 pacientes que presentaron dolor moderado; 2 (50%) presentaron chasquidos en la articulación derecha.

De los 5 pacientes con dolor severo, 2(40%) presentaron crepitaciones bilaterales.

Ningún paciente de los 12 estudiados presentaron subluxaciones.

DISTRIBUCION EN EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES AFECTADOS
HOSPITAL CENTRO MEDICO LA RAZA 1 9 8 8

AÑOS	25-29	30-34	35-39	40-45	TOTAL	%
HOMBRES	1	2	4	3	10	33.
MUJERES	4	3	6	8	21	67.

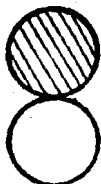
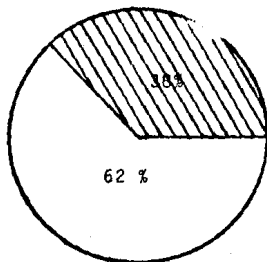
DISTRIBUCION DEL DOLOR EN LA A.M.T.

LADO AFECTADO	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL
PACIENTES	4	2	6

SONIDOS ARTICULARES EN LA A.M.T.

SONIDO	SI	NO	CHASQUIDO	CREPITACION
PACIENTES	4	8	2	2

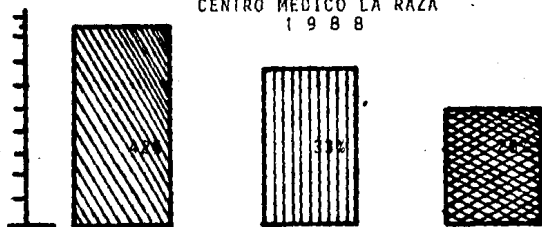
PORCENTAJE DEL DOLOR
 EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
 CENTRO MEDICO LA RAZA
 1 9 8 8



PACIENTES CON DOLOR EN A.T.M.

PACIENTES SIN DOLOR EN A.T.M.

PORCENTAJE DEL GRADO DE DOLOR EN LA ARTICULACION
 TEMPOROMANDIBULAR
 CENTRO MEDICO LA RAZA
 1 9 8 8



25%



DOLOR LIGERO

33%



DOLOR MODERADO

42%



DOLOR SEVERO

C A P I T U L O

VII.

TRATAMIENTO CON TERAPIA MUSCULO

ARTICULAR

TRATAMIENTO CON TERAPIA MUSCULO / ARTICULAR

Existen tratamientos preventivos en la odontología como por ejemplo, el de la caries, con la aplicación de flúor, el cual no la cura, pero la previene para el ataque de ésta a los órganos dentarios sanos, otorgándoles más resistencia. Los tratamientos desde el punto de vista preventivos aplicados en pacientes - que presentan artritis reumatoide juvenil, como la clásica en las grandes - - articulaciones al observar que puede ser afectada la articulación temporomandibular; y tomando en cuenta las secuelas que se presentan como son: atrofia muscular por desuso, paresia (debilidad muscular), se llega a la conclusión - de que es imperativo implantar tratamientos para tener en movimiento a los - músculos de esta articulación.

También el cirujano dentista después de indicarle el tratamiento de analgésicos/antiinflamatorios, en pacientes que ya presentan artritis reumatoide en la articulación, para evitarle la atrofia muscular, le pueda recomendar la realización de ejercicios musculares como son:

- a). Masaje en forma circular con los dedos pulgares, sobre la articulación - temporomandibular. (38)
Usar la lengua en forma de dulce y provocar todos los movimientos de la articulación, como son protruir, retruyendo, lateralidad izquierda y derecha, elevando y abatiendo. (37)
- b) Un útil ejercicio retrusivo puede hacerse cuando el paciente lleve la - punta de su lengua hacia arriba, al paladar, lo más atrás posible y - - abriendo y cerrando su mandíbula lentamente para reactivar algunos múscu

los retrusivos como los suprahióideos, vientre posterior del digástrico, fibras horizontales del temporal. Este ejercicio ayuda a disminuir el chasquido inicial de apertura. (36)

- c) Ejercicios de línea media.- son recomendados para los pterigoideos externos y además sirven para tratar los chasquidos iniciales. El ejercicio se inicia colocando dos palillos de dientes, uno entre los incisivos centrales superiores y otro entre los incisivos centrales inferiores; el paciente ve en un espejo cómo cuidadosamente y con lentitud abre su boca, usando los palillos como marca de referencia, tratando de no desviarlos lateralmente; si ésto ocurriera, deberá empezar otra vez el ejercicio.

Este ejercicio se repetirá hasta que no haya desviaciones laterales al abrir o cerrar la mandíbula. La tonicidad muscular se habrá recuperado cuando en los movimientos de apertura-cerrado, la punta del palillo inferior no se aparte de la línea media imaginaria que lo une a la punta del palillo superior - fijo. (37)

- d) Ejercicios protruyendo la mandíbula.- Consisten en usar dos palillos de dientes, ahora dejando más largo el superior, el cual se coloca entre los incisivos centrales.

Con la ayuda del espejo, el paciente hará un movimiento protrusivo tratando de equidistar las puntas de los palillos hasta lograrlo.

El beneficio para los pterigoideos externos e internos es incalculable.

(38)

e) Ejercicios isométricos.

Estiramiento contra resistencia libres.- La base fisiológica para el uso de la relajación refleja, es la inhibición recíproca; es decir, que cuando se proporciona resistencia durante la apertura, se aumenta la relajación refleja de los músculos elevadores. Al abrir la mandíbula, el grupo de músculos depresores se contrae; como consecuencia de la falta de contracción de los elevadores, sus antagonistas.

Por tanto, la contracción de los músculos depresores contra resistencia causa inhibición de la tensión de los músculos elevadores. (36)

Esta relajación se obtiene pidiéndole al paciente que abra su mandíbula aproximadamente una pulgada y colocando la palma de su mano por debajo del mentón y pidiéndole ejercer contra resistencia. (37)

Puede apoyar su codo sobre una mesa o sobre sus piernas. También se pueden utilizar editamentos especiales como el tipo de goma de borrar, goma de marcar (chicle) o resortes (del tipo de tender ropa) (37)

Esta técnica también se utiliza para los ejercicios de lateralidad, protrusión, retrusión, poniendo como resistencia a las manos. (37)

Estiramiento contra resistencia asistidas.- Están indicadas para los - - pacientes que presentan artritis reumatoide juvenil, ya que los niños requieren de la ayuda de otra persona mayor o de pacientes que presentan - artritis reumatoide clásica y que por la invalidez que pueden presentar, no pueda realizar estos ejercicios, los cuales son los mismos que los de estiramiento contra resistencia libres. (37)

Estos ejercicios se indican por 6 veces, manteniendo el ejercicio 10 seg. y descansando 20 seg. tres veces al día. (37)



EJERCICIOS DE ELEVACION Y DE
DESCENSO DE LA MANDIBULA, -
ASISTIDA.



EJERCICIO FRENTE AL ESPEJO
PARA QUE COINCIDA LA LINEA
MEDIA, LIBRE.



EJERCICIOS DE LATERALIDAD, -
ASISTIDA.



EJERCICIOS PARA RELAJAR POR REFLEJO LOS MUSCULOS MARTICATORIOS, AL PROPORCIONAR RESISTENCIA DURANTE LA APERTURA.
EJERCICIO CONTRA RESISTENCIA ASISTIDA.



EJERCICIO CONTRA RESISTENCIA LIBRE DE APERTURA



EJERCICIO PROTRUYENDO ASISTIDO.



EJERCICIO DE LATERALIDAD
CONTRA RESISTENCIA LIBRE.



EJERCICIO DE PROTRUSION,
CONTRA RESISTENCIA ASIS-
TIDA.



EJERCICIO PROTRUSIVO LIBRE.



EJERCICIOS DE PAERTURA -
ASISTIDA.



EJERCICIOS DE APERTURA LIBRE.



MASAJE EN FORMA CIRCULAR EN LA
ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
LIBRES.

C A P I T U L O

VIII.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Debido a que en la artritis reumatoide todos los tejidos de la articulación temporomandibular están involucrados, W.B. Irvy señala que la cirugía de dicha articulación como tratamiento es compleja y debe ser realizada solo después de que medidas conservadoras que incluyen drogas antiinflamatorias, fisioterapia, han fracasado en la disminución del dolor. (20)

Una posible excepción sería en casos de niños en los cuales se observa una potencial anquilosis y la restricción del crecimiento es tal que justifica la cirugía. (20)

El procedimiento quirúrgico en el adulto que tiene severa erosión de la cabeza del cóndilo y dolor intratable que no ha respondido a los métodos conservadores está bien establecido. (20)

Los síntomas locales son: dolor, crepitación en la articulación temporomandibular al abrir o cerrar la boca, que aumenta de manera considerable en la masticación.

Los síntomas periféricos pueden ser: dolor en el oído, tinnitus, dolor de cabeza o dolor referido a la boca. Estos probablemente se deben a la irritación de las fibras nerviosas de la cápsula de la articulación.

Los hallazgos clínicos son: crepitación en la articulación, cuando se abre o se cierra, abertura limitada de la mandíbula, con dolor y hay una desviación de la mandíbula hacia el lado afectado cuando se abre la boca, que se debe a un mecanismo de deslizamiento defectuoso de la unión afectada. (25)

Es importante darse cuenta que en los estadios tempranos de la afectación

artrítica, el cartilago articular del cóndilo está desgastado o erosionado, pero los cambios óseos pueden no ser evidentes radiográficamente. (25)

La técnica consiste en la escisión quirúrgica del tejido de la cabeza condilar que está involucrada patológicamente. Este procedimiento ha producido excelentes resultados y es preferible que intentar restaurar el cóndilo con un material aloplástico fijado al cuello del cóndilo o a la rama. (33)

Los materiales aloplásticos tienen un lugar importante en la cirugía de la articulación temporomandibular, pero su aplicación, al constante movimiento mandibular del cuello y la rama, en presencia de artritis reumatoide, es aún muy discutida. (20)

G. Cherry y A. Frew reportan el uso de condilectomía alta en un estudio con 4 pacientes con artritis reumatoide en la articulación temporomandibular, de esos pacientes, uno tuvo recidiva de sintomatología 14 años después de la cirugía y los otros 4 estuvieron asintomáticos por espacio de uno a dos años. (20)

Ellos refieren que estos pacientes pueden ser mejor tratados después con una artroplastia si la enfermedad progresa. (20)

Inmediatamente después de la cirugía se deben manejar con un tratamiento con terapia miofuncional, con ejercicios mandibulares para evitar una anquilosis fibrosa o falsa.

Actualmente se efectúan las técnicas quirúrgicas de abordaje para la articulación temporomandibular como la pre-auricular, la cual ha sido modificada por algunos investigadores como Ridson en 1934, Blair y Ivy en 1938, Bellinger en 1940, Milch en 1938, McCann en 1955, Rowe y Killey el 1968, Thoma en

1969 y Rowe en 1972. (19)

Otra técnica usada en la actualidad es la postauricular, la cual ha sido modificada por Bockenheimer en 1920, Axhausen en 1931, Alexander en 1975. (19)

Otra técnica utilizada para el abordaje de dicha articulación es la sub-mandibular modificada por Risdon en 1934, Sleeper en 1952, Ward en 1961. (19)

Cuando se presenta anquilosis en pacientes con artritis reumatoide juvenil, lo que se busca es liberar el cóndilo, porque existe un gran potencial de crecimiento en la cabeza del cóndilo, característicamente deformada y este debe preservarse; sin embargo, es necesaria la función para activar este potencial, formando una pseudoarticulación. (33)

En la artritis reumatoide clásica, cuando se presenta una anquilosis, el tratamiento quirúrgico ha variado desde la condilectomía, hasta varias técnicas artroplásticas, incluyendo la instalación de cartilagos, injertos de piel, - aponeurosis, materiales aloplásticos. (33)

Cualquier técnica que asegure la movilización y el retorno de la función, es satisfactoria.

Desgraciadamente en la busca de pacientes que hubieran sido tratados quirúrgicamente de la articulación temporomandibular por artritis reumatoide en el Sector Salud, no me fué posible encontrar casos con tratamiento quirúrgico, ya que visité el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, Centro Médico La Raza del IMSS, Hospital Juárez de SSA, Hospital General de SSA, Hospital del IMAN, y no existen pacientes tratados con cirugía en dicha articulación.

Es por ello que no se refieren casos clínicos en esta investigación, ya que los candidatos a cirugía están en consideración del cirujano maxilofacial, ya que si el paciente no presenta limitación de movimiento, o si su masticación es satisfactoria, no se le trata quirúrgicamente, aunque el cóndilo se encuentre erosionado.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

DISCUSION

- 1.- El dolor articular, limitación de movimientos mandibulares, ruidos articulares y erosión ósea condilar, son las principales complicaciones que se pueden presentar en la articulación temporomandibular, estando de acuerdo con todas las investigaciones realizadas.
- 2.- El uso de analgésicos no esteroideos al igual que la terapia miofuncional, es el tratamiento más usado paliativamente en pacientes con artritis reumatoide en la articulación temporomandibular, según el estudio realizado.
- 3.- De acuerdo a la investigación realizada, se llega a la conclusión de que la afección de la articulación temporomandibular, se presenta en un 75% de los pacientes con artritis reumatoide en grados variables, lo cual difiere de los investigadores como Buchman (1939), Bellinger (1940), Comroe (1953). (20) los cuales consideraban que la afección de dicha articulación en esta enfermedad era común.
- 4.- En la distribución del sexo más afectado, se está de acuerdo con el investigador Shaffer, que dice que el sexo femenino es el más afectado en proporción de 2 a 1, en relación del sexo masculino. (12)
- 5.- La afección de la articulación temporomandibular por artritis reumatoide es más frecuente en los adultos que en los niños, generalmente de los 25 años de edad en adelante, según el estudio realizado.
- 6.- La afectación de la articulación temporomandibular es generalmente unilateral.

teral de acuerdo al estudio realizado en la artritis reumatoide clásica; en relación a la artritis reumatoide juvenil, que suele ser Bilateral.

7.- En base a los resultados obtenidos con el diagnóstico de la artritis reumatoide en la articulación temporomandibular, se puede concluir que la principal sintomatología fué el dolor moderado en dicha articulación (73%) y la erosión ósea fué en el 42.5% de las articulaciones afectadas, según el estudio realizado.

8.- Los pacientes con enfermedad articular generalizada deben ser estudiados de manera integral, con exámenes clínicos y radiográficos de la articulación temporomandibular, en el momento del diagnóstico de artritis reumatoide y llevar un seguimiento del paciente para conocer la evolución de la enfermedad articular y así poder proporcionar el tratamiento en el momento adecuado.

CONCLUSIONES

- 1.- En la artritis reumatoide, ya que es una enfermedad sistémica, de etiología desconocida, sólo se realizan tratamientos paliativos.
- 2.- El reumatólogo, invadiendo el campo de acción del Cirujano Dentista, aplica los tratamientos en pacientes que se encuentran afectados de la articulación temporomandibular, como ejemplos: cuando se presenta dolor en dicha articulación, el reumatólogo le prescribe analgésicos, dejando al cirujano dentista sin la oportunidad de realizar un examen clínico, e indicar el tratamiento completo a dichos pacientes; o cuando se aplicaba la inyección intracapsular de corticosteroides en dicha articulación, el que la aplicaba era el reumatólogo (dicha inyección ya no se usa porque la hidrocortizona es un polvo insoluble en forma de cristales, los cuales servían para acelerar la erosión condilar, ya que no se distribuyen en los tejidos, solo tenía acción en la zona donde se aplicaba).
- 3.- Por falta de información es como un profesionalista invade las funciones de otro profesionalista, por lo que hace falta que se identifiquen las funciones de cada uno.
- 4.- Para el diagnóstico oportuno o más detallado de la articulación temporomandibular, afectada por la artritis reumatoide, se debe considerar un estudio más especializado como es la tomografía lineal, el cual no es indicado de manera inmediata, ya que de primera instancia no es autorizado en el Sector Salud, o es citado hasta con 30 días después por la gran demanda

por otras especialidades de la Medicina, retardando con ésto al diagnóstico oportuno de esta patología.

5.- En el tratamiento quirúrgico, está plétórico de técnicas de abordaje, - lo que, pensar que ninguna ha sido exitosa y que el problema es difícil de manejar, pero en base a la experimentación; es cómo se llega a una técnica que provoque el menos daño posible en pacientes con artritis reumatoide en la articulación temporomandibular.

6.- El paciente afectado con artritis reumatoide en la articulación temporo mandibular, deberá de tener una vigilancia y supervisión más estrecha des - pués del tratamiento, ya que puede recidivar al cabo de meses o hasta años.

7.- Se requiere examinar todos los posibles factores locales y sistémicos - que puedan ser causa de dolor en la articulación temporomandibular.

8.- Se debe tener en cuenta de la gran importancia de la consulta interdis - ciplinaria entre todas las áreas de la Medicina y la Odontología.

9.- Todo paciente con dolor agudo, deberá de tener prioridad para su revi - sión y tratamiento, aunque haya una lista de espera.

10.- Recordar que un paciente es una Unidad Biopsicosocial, y no nada más - un grupo de tejidos bucales.

11.- El Cirujano Dentista tiene la obligación de actualizarse en todos los descubrimientos y hallazgos que día a día realizan sobre métodos terapéuti - cos, para todo tipo de enfermedades y en general que pudieran relacionarse con la cavidad oral.

12.- Es importante que el Cirujano Dentista se interese en otras áreas de la Medicina para una mejor preparación académica y llevar a cabo cada vez mejor su función en el medio, para que se le haga el reconocimiento justo que se merece, por ser un profesional de las Ciencias de la Salud.

13.- De acuerdo a los resultados obtenidos del estudio realizado de la artritis reumatoide con la afectación de la articulación temporomandibular, se ha encontrado que los tratamientos quirúrgicos no son la solución para este tipo de alteración y que su tratamiento sea de tipo conservador.

- 1.- DOLAN, E.A.; Temporomandibular Joint disorders- an overview
Int. J. Orofacial Myology 1983 Jul. Vol. 9 No. 2 pp.- 16-18
- 2.- LARHEIM, T.A.; Dale, K; Radiographic abnormalities of the temporomandibular joint in children with juvenile rheumatoid arthritis
Acta Radiol (Diagn) (Stockh) 1981 Vol. 22 No. 3A pp.-277-284
- 3.- LARHEIM, T.A.; Haerens, H.R.; Mandibular growth, temporomandibular joint changes and dental occlusion in juvenile rheumatoid arthritis. A 17 year follow-up study. Scand. J. Rheumatol. 1981 Vol. 10 No.3 - - pp. 225-233
- 4.- LARHEIM, T.A.; Comparisons between three radiographic techniques for examination of the temporomandibular joints in juvenile rheumatoid arthritis Acta Radiol.(Diagn) (Stockh) 1981 Vo,22 No,2 pp.195-201
- 5.- CARLSSON, G.E; Kopp, S.; Surgical treatment of temporomandibular joint disorders a review.
Swed. Dent.J. 1981 Vol. 5 No. 2 pp 41-54
- 6.- INGVAR, Bjarnason MD; Peter Williams,; Intestinal permeability and Inflammation in rheumatoid arthritis; effects non-steroidal anti-inflammatory drugs
The Lancet, London, 1984 November Vol. 11 for 1984
- 7.- BREWERTON,D.A.; A Reappraisal of rheumatic diseases and immunogenetics
The Lancet London 1984 October Vol. 11 For 1984 pp 799
- 8.- JHCN, Henry.; Glyn, Volans.; ABC of poisoning; Analgesic poisoning; -

1.- Salicylates

British Medical Journal London September 1964 pp 820-822

9.- CUYAS, A., S.; Nuevo Diccionario Cuyas; Inglés-Español y Español-Inglés

5a. ed. Pentice Hall, Englewood Cliffs. U.S.A. 1972

10.- GORLING, R., J., Golman, H., M. y Col; THOMA, Patología Oral ed.

Salvar, España 1977 pp. 642-644

11.- ROJAS, S., R.; Guía para realizar investigaciones sociales 6a. ed.

Textos Universitarios. México pp. 39-114 1982

12.- RAFFER, W., G., Hine, K., M.; Levy M., B.; Tratado de patología bucal 3a. ed.

Interamericana. México pp. 659-661

13.- STILES, P., D.; Inmunología Básica y Clínica 4a. ed.

El Manual Moderno 1983. pp. 149; 163; 446-454; 714

14.- QUIROZ, G., F.; Anatomía Humana 15 ed.

Porrúa S.A. Tomo I 1976 pp. 108-111; 314-321

15.- GOODMAN, L., S.; Gilman, A.; Bases Farmacológicas de la Terapéutica 4a. ed.

Interamericana 1970 pp. 736-802; 256-268

16.- DECKER L. Jhon M.D; Evolving Concepts of Pathogenesis and Treatment. -

Annals of Internal Medicine 1984 pp. 101; 810-824

17.- KREUTZIGER L. Keith, O.D.S.; Extended Modified Posauricular Incision of
the Temporomandibular Joint.

Oral Surg. Oral Med. Oral Pathl. 1987 pp. 2-3; 63

18.- SILVER M. Carroll, M.D.; The Surgical Treatment of the Arthric Temporomandibular Joint Surg. Gynecol Obst. (USA) 1973 Feb Vol. 135 -

pp 251-256

- 19.-- ADIT AL KAYAT, B.O.S.; A Modified Pre-Auricular Approach to the Temporomandibular Joint And Malar Arch.
British Journal of Oral Surgery 1979-80 pp 91 - 103
- 20.-- MOLINA Moguel José Luis; Alteraciones de la Articulación Temporomandibular con Artritis Reumatoide.
Práctica Odontológica Vol. 4 Núm. 5 Sept-Oct 1983
- 21.-- FRIEDMAN H, Mark; Diagnosis and Treatment of Inflammation of the Temporomandibular Joint.
Seminars in arthritis and Rheumatism. Vol. 12 No. 1 (August,) 1982
- 22.-- FREY B. William; Anatomic, Histologic and Physiologic Features of temporomandibular Joint.
Current Advances in Oral Surgery Vol. III año 1980
- 23.-- HASHIGI, I; Anti-Inflammatory effects of Ultrasound therapy evidence for A major placebo effect.
British Journal of Rheumatology 1986 Vol. 25 pp.-77-81
- 24.-- DONATO Alarcon - Segovia; Introducción a la Reumatología ed.
Sociedad Mexicana de Reumatología 1983 pp.- 35-67
- 25.-- RESNICK, Donald; Diagnosis of Bone and Joint Disorders
W.B. Saunders Philadelphia Vol. 11 1981
- 26.-- Archer; Cirugía Bucal Tomo II pp.- 1030-1031
- 27.-- MINTZ Gregorio; Artritis Reumatoide
Revista de la Facultad de Medicina UNAM Vol. XXI Años 21 No. 6 1978
pp.- 20-34

- 28.. **TEGELBERG A.** Temporomandibular Joint Involvent in Rheumatoid Arthritis;
A Clinical Study. Swed. Dent. J. Suppl pp- 49; 1;133 1987
- 29.. **TEGELBERG A, Kopps S.**; Short-term effect of Physical Training and - -
Ankilosis Spondylitis.
Acta Odontol. Scand. Feb. pp.- 46 (1) pp.- 49-56 1988
- 30.. **LARHEIM T.S.**; Comparison Between Three Radiographic Techniques for -
Examination of Temporomandibular Joint in Juvenile Rheumatoid Arthritis
Acta Radiologica Diagnosis 1981 pp.- 22; 195-200
- 31.. **MONGINI F**; The importance of Radiography in the Diagnosis of TMJ Dysfunc
tions A Comparative Evaluation of Transcranial Radiographs and Serial
Tomography.
J. Prosth. Dent. 45; 186 1981
- 32.. **FILENI A, Amato L.; Brizi M.G.**; Radiological Findings Related to the -
TMJ in a Case of Rheumatoid Arthritis
Rays MAY- Aug 11 (2) pp.- 49-51 1986
- 33.. **KRUGER O. Gustavo**; Cirugia Bucal ed.
Panamericana Sa. ed. 1983 pp.- 528-535
- 34.. **WILLIAM K. Solberg**; Glen T. Clark; Temporomandibular Joint Problems ;
Biologic Diagnosis and Treatment
ed. Quintessence Publishing Co. 1980 pp.- 41-; 122
- 35.. **WILLIAM K. Solberg**; Glen T. Clark; Abnormal Jaw Mechanice Diagnosis and
Treatment
ed. Quintessence Publishing Co. 1984 pp.- 78-; 89-90

- 36.- WILLIAM K. Solberg; Glen T. Clark; Perspectives in Temporomandibular -
Disorders ed. Quintessence Publishing Co. 1987 pp.- 69-73
- 37.- JAMES Cyriax; Ortopedia Clínica; Tratamiento por Manipulación, Masajes
e Infiltración
Ed. Panamericana 1985 pp.- 91-94; 405-410
- 38.- INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO del Formato para el Diagnóstico de Articula-
ción y Oclusión en el Módulo de Clínica Integral III y IV
ed. E.N.E.F. Zaragoza pp.- 33-42