

# Compromiso articular temporomandibular

**Autor:** Dr. José Larena-Avellaneda Mesa

*Licenciado en medicina y cirugía por la Facultad de Medicina de Cádiz, Universidad de Sevilla. Licenciado en estomatología por la Escuela de Estomatología del Hospital Clínico de Barcelona, Universidad de Barcelona. Asesor clínico internacional de la Revista Mexicana de Odontología Clínica.*

El compromiso articular es la limitación o impedimento funcional de una articulación, cuya causa puede ser intra o extraarticular. En el aparato masticatorio la articulación comprometida es la temporomandibular; el menoscabo funcional se refiere principalmente a la masticación y fonación. Los casos que presentamos son de causa extraarticular, y el compromiso articular temporomandibular (CAT) puede ser uni o bilateral.

El CAT se puede presentar en cuatro situaciones diferentes, dependiendo del tipo de movimiento en el que se produce:

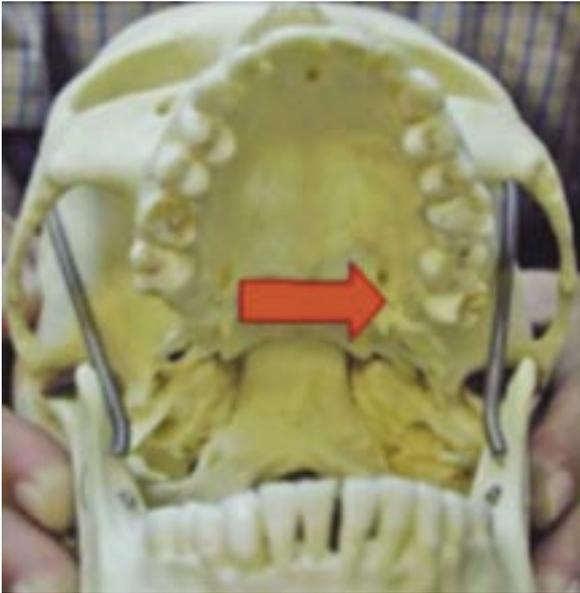
1. En el cierre: impacto de la mucosa mandibular contra algún diente, prótesis o proceso alveolar del maxilar superior.
2. En las lateralidades: impacto de la cara interna de la rama ascendente mandibular contra diente, prótesis o proceso alveolar del maxilar superior.
3. En las protrusivas: impacto de la mucosa mandibular o de la cara interna de la rama ascendente mandibular contra diente, prótesis o proceso alveolar del maxilar superior.
4. En la subluxación: impacto de la apófisis coronoides mandibular contra la superficie vestibular del maxilar superior.

El CAT también se puede manifestar en combinación simultánea al realizar diferentes movimientos, como en el cierre y las lateralidades. Ejemplo de CAT en la segunda situación: cráneo con CAT producido por el cordal superior

izquierdo (+8, extruido y vestibulizado) al impactarse con él la cara interna de la rama ascendente mandibular en el movimiento de masticación por el lado derecho. Ejemplo de CAT en la cuarta situación: cráneo con CAT producido



*Cordal extruido, +8*

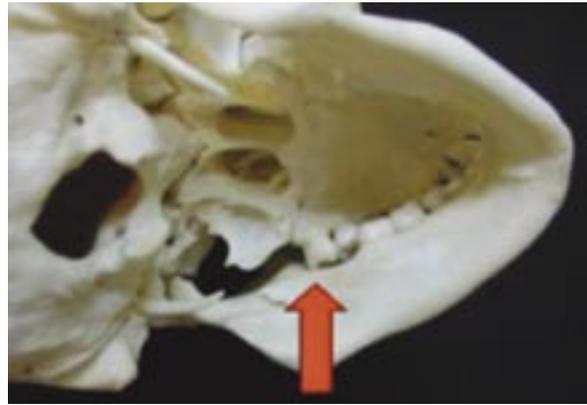


Cordal vestibularizado, +8



Movimiento de lateralidad mandibular hacia la derecha como si masticara por el lado derecho. La flecha señala la zona del compromiso, lado izquierdo, donde el borde vestibular del +8 impacta con la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula

por impactar la apófisis coronoides mandibular del lado habitual de masticación contra la superficie vestibular del maxilar superior, a nivel de las raíces del segundo molar, en la posición de subluxación del cóndilo mandibular de la ATM del lado habitual de masticación a la máxima apertura de las ATMs.



Vista desde caudal de lateralidad mandibular hacia la derecha. La flecha indica la zona del compromiso, lado izquierdo

### Observaciones

La patología del CAT no ha sido descrita anteriormente por ningún autor. Su frecuencia es en la proporción de 10 personas de CAT por 1 de DCM. En 10% de los casos, los pacientes sufren simultáneamente las dos patologías: el CAT y la DCM; en esta situación se trata primero el CAT y posteriormente la DCM.



Subluxación a la apertura máxima (al bostezar, reír) del cóndilo mandibular de la ATM del lado habitual de masticación

### Historia clínica

En la práctica clínica el paciente suele referir con mayor frecuencia dolor en un solo lado, ya sea en la cara interna de la rama ascendente mandibular o en el vestíbulo maxilar, que se irradia hacia el oído, sien, cabeza, cuello. ▶



Zona del impacto de la apófisis coronoides en el maxilar superior debido a que se desplaza hacia adelante, abajo y adentro al subluxarse el cóndilo mandibular

Además, constantemente tiene mareos, náuseas, inestabilidad, vértigos y ruidos en el oído.

El paciente no asocia el dolor con la masticación, pero sí con la fonación, por lo que habla poco, bajo, *entre dientes*, sin mover apenas la mandíbula. Es muy importante descubrir una actividad física del individuo como coser, escribir en la computadora, leer, durante horas y establecer si existe una relación de causa entre la postura y la sintomatología que describe la persona.



Palpación del CAT de la rama mandibular

## Exploración

Lo primero es asegurarse de que no es dolorosa la palpación de la ATM (diagnóstico diferencial con la DCM). Posteriormente se realizará la palpación en la cara interna de

la rama ascendente mandibular y en la zona vestibular del maxilar superior. Si existe CAT, la palpación es muy dolorosa.

El CAT está directamente relacionado con el lado no habitual de masticación y el lado de dormir, de tal forma que se mastica habitualmente por el lado que no duele y se suele dormir sobre el lado que duele.

## Diagnóstico

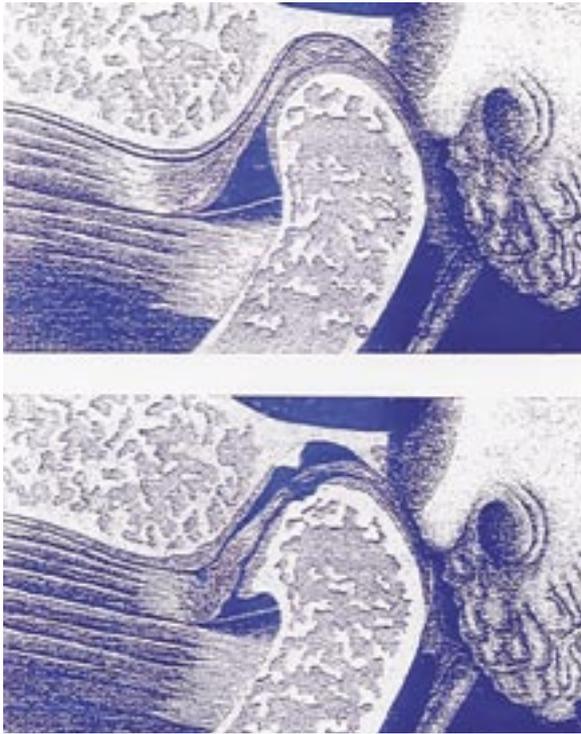
El diagnóstico y la comprobación del CAT en la primera situación, en el cierre, es muy simple: está a la vista si impacta contra algún diente, prótesis o proceso alveolar la mucosa antagonista mandibular o maxilar.

Para diagnosticar el CAT en la segunda situación (en las lateralidades), se pide al paciente que las haga; se debe observar si queda espacio libre entre la cara interna de la rama mandibular y lo antagonico del maxilar superior, ya sea diente, prótesis. Para comprobar este diagnóstico se le indica al individuo que mastique sólo por el lado del dolor y que duerma sobre el lado que no le duele. A los pocos días desaparecerá el dolor del CAT y gran parte de la sintomatología que lo acompaña; de esta manera se asegura el diagnóstico del CAT.

Se llega al diagnóstico de CAT en la tercera situación tras observar si el paciente tiene el hábito de hacer movimientos protrusivos mandibulares, ejercicios físicos durante horas con el cuello flexionado y, naturalmente, se sospecha de entrada en los casos de hipertrofia mandibular.

El CAT en la cuarta situación, en la subluxación, está directamente relacionado con el lado habitual de masticación, ya que es en esa ATM en la que se subluxa el cóndilo mandibular a la máxima apertura. Nos aseguraremos en el diagnóstico del CAT en la cuarta situación al observar el desvío mandibular hacia el otro lado al subluxarse y cómo impacta la apófisis coronoides contra el vestibulo del maxilar superior a nivel de las raíces del segundo molar superior.

Si encontramos una posible relación entre una actividad física y la aparición de síntomas, se le aconseja al paciente que abandone dicha actividad durante unos días y que observe si se repiten o no los síntomas. Otra prueba definitiva para el diagnóstico del CAT es la colocación de un poco de anestesia en la zona maxilar donde impacta



Articulación temporomandibular (derechos reservados cortesía de [www.monografias.com](http://www.monografias.com))

la mandíbula, siempre y cuando el paciente tenga dolor en el momento de la exploración. En segundos desaparecerá el dolor.

## Tratamiento

Eliminación de la causa del CAT mediante:

- a) Tallado de diente o prótesis.
- b) Eliminación quirúrgica del proceso alveolar del maxilar superior.
- c) Control o prohibición de actividades físicas que impliquen flexión del cuello con protrusión mandibular durante horas, como pueden ser labores de costura (coser, calar, máquinas eléctricas), uso de la computadora, lecturas prolongadas sin uso de atril. En general cualquier ejercicio físico mantenido tensionalmente en el tiempo con una postura corporal de cuello flexionado demanda una protrusión mandibular. *OC*

## Sugerencias de lecturas

1. Axhausen G. Pathologie and therapie des kiefergelenkes. *Fortschr Zahnheilk* 1933,9:184.
2. Miligram JW. Synovial osteochondromatosis. A histopathologic study of thirty cases. *J Bone Joint Surg* 1977, 59: 792.
3. Miligram JW. The classification of loose bodies in human joint. *Clin Orthop* 1977, 1224:282.
4. Katzeberg RW, Dolwick MF, Helms CA, et al. Arthotomography of the TMJ. *Am J Radiol* 1980,134:995.
5. Katzeberg RW, Vesete RW, Tallents RH, et al. Normal and abnormal temporomandibular joint: MR imaging with surface coils. *Radiology* 1986, 158:183.
6. Blakestijn J, Panders AK, Vermey A, et al. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. *Cancer* 1985, 55:479.
7. Nokes SR, King PS, García R, et al. Temporomandibular joint chondromatosis with intracranial extension: MR and CT contributions. *Am J Radiol* 1972, 148:1173.
8. Ballard R, Weiland LH. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. *Cancer* 1972, 30:791.
9. Akhtar M, Mahajan S, Kott E. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. *J Bone Joint Surg* 1977, 59:266.
10. Takagi M, Ishikawa G. Simultaneous villonodular synovitis and synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg* 1981, 39:699.
11. Thompson K, Schwartz HC, Miles JW. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint presenting as a parotid mass: possibility of confusion with benign mixed tumor. *Oral Surg* 1986, 62:377.
12. Norman JE, Williams RG. Tumors of the major and minor salivary and lachrymal glands. A two center survey of 250 cases over the period 1962-1984. Abstr. *European Association for Maxillo-Facial Surgery*, 7th. Congress, 1984, Paris.
13. Mullins F, Berard CW & Eisemberg SH. Condrosarcoma following synovial chondromatosis. A case study. *Cancer* 1965, 18:1180-1188.