

Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la disfunción de la ATM

Dr. Luis Quinto Césare

Clasificación

La ATM puede ser asiento de diferentes grupos de enfermedades las cuales son clasificadas en grupos, dependiendo de la etiología y los cambios estructurales y funcionales que se producen como consecuencia de procesos.

- **Inflamatorio (artritis):** Sinovitis, capsulitis, retrodisquitis.
- **Degenerativos (osteoartrosis):** Erosión, osteofitos y quistes subcondrales.
- **Traumática:** Fractura de la apófisis condilar, desplazamiento del disco articular, anquilosis.
- **Neoformativa:** Benigna o maligna, primaria o secundaria.
- **Malformaciones (congénitas o adquiridas):** Hipoplasia condilar, hiperplasia condilar, cóndilo bifido y agenesia condilar.
- **Sistémicos:** Artritis reumatoidea, artritis urémica (gota), artritis psoriasica, lupus eritematoso.
- **Sindrómicas:** Síndrome de Marfan, enfermedad de Arnold chiari.

De todos estos grupos de enfermedades, son las Disfuncionales de la articulación temporomandibular las que constituyen el grupo mayoritario.

Definición

La DATM puede definirse como la pérdida de coordinación estática y funcional entre el cóndilo mandibular y el disco articular y se caracteriza, clínicamente, por ruidos articulares, dolor y alteraciones de la movilidad mandibular fundamentalmente. Es interesante el concepto propuesto por Stegenga, De Bont y Boering, quienes consideran a la DATM como la fase inicial de un proceso de osteoartrosis secundaria, basados en los cambios estructurales del cartílago de revestimiento condilar y del disco articular observados al microscopio electrónico.

La clasificación de la DATM de acuerdo al Dr. Luis Carbajal Bello, se basa en dos aspectos que consideramos primordiales:

Etiología. En cuanto a la etiología de la DATM, ésta es tipificada como:

a) **Exógena o traumática** cuando existen antecedentes de un episodio traumático directo ó indirecto sobre la ATM a partir del cual el paciente identifica el inicio de la sintomatología. Clark y colaboradores y Mcneil y Okesson han llamado la atención de manera insistente acerca del hecho de que un gran número de pacientes (40%-50%) inician la sintomatología de DATM sin presentar alteraciones de tipo oclusal ni parafunciones.

b) **Endógena o microtraumática**, cuando no existen antecedentes de traumatismo sobre la ATM en la historia del problema y sí en cambio, existen alteraciones oclusales y parafunciones.

Manifestaciones clínicas. Desde este punto de vista, consideramos el dolor, los ruidos articulares y las alteraciones de la movilidad mandibular, como el síntoma y signos clínicos cardinales de DATM. La identificación de éstos junto con la determinación de la etiología del problema, nos permiten ubicar el problema de cada articulación en una determinada fase y a partir de ese punto planear y llevar a cabo el tratamiento.

Protocolo Clínico para el Diagnóstico

Los protocolos de estudio para el diagnóstico de DATM incluyen el cuestionario de salud y la historia del problema, el examen físico y el análisis imagenológico para establecer un diagnóstico de trabajo. En los casos de etiología microtraumática o endógena se toman además, modelos de estudio para su montaje posterior en articulador semiajustable.

Los estudios imagenológicos que empleamos con mayor frecuencia son la ortopantomografía, TAC, RMN y Gamagrafía.

Es necesario complementar con la cefalometría y la interconsulta ortodóntica cuando presuimos que existe asociación entre la DATM y malposición dental o una deformidad dento-facial. Con menos frecuencia hemos requerido de interconsulta con otras especialidades odontológicas o médicas.

Criterios Diagnósticos y Terapéuticos

Damos particular importancia a la información clínica (historia y examen físico) para establecer un diagnóstico de trabajo y tomar decisiones terapéuticas. La información imagenológica es indudablemente importante pero hay que resaltar que es complementaria a la información clínica.

Una vez determinada la etiología del problema (DATM traumática o microtraumática) estadificamos el problema en una de cinco posibles etapas de desarrollo y, a partir de ahí, aplicamos protocolos de tratamiento ya establecidos y estandarizados.

Harkins y Marteney establecieron que el 43% de sus pacientes informaron del inicio de síntomas de disfunción intraarticular después de algún traumatismo en cabeza o cuello por accidente automovilístico, caídas, riñas, lesiones por latigazo y ocasionalmente cirugía bucal traumática o episodios de intubación para anestesia general. En nuestro caso, no es infrecuente que los pacientes relaten historia de amigdalectomía como el episodio desencadenante así como episodios de extracciones traumáticas de molares inferiores.

Es pertinente hacer algunos comentarios sobre el papel de la Placa oclusal o Ferula de Relajación en el tratamiento de la DATM en sus diferentes etapas. En los estadios tempranos del problema, la placa oclusal se emplea como elemento terapéutico fundamental (Aliviar el dolor) en tanto que en los estadios en donde se realizan procedi

mientos quirúrgicos abiertos (artrotomía, artroplastia) la placa oclusal es un elemento de apoyo articular para disminuir la carga funcional sobre la ATM en la fase posoperatoria y evitar la recidiva del problema.

ESTADÍO I

- **Clínica:** chasquido recíproco (al inicio de la apertura y antes del cierre), sin dolor y con dolor.
- **Radiología:** desplazamiento anterior del disco (RNM).
- **Artroscopia:** boca cerrada – boca abierta, Roofing entre 80-100%.
- **Tratamiento:** férula de relajación, extracción de la tercera molar, AINES, artrocentesis, rehabilitación oclusal y tratamiento ortopédico.

ESTADÍO II

- **Clínica:** chasquidos tardíos e intensos, dolor articular. Bloqueo reversible con reducción.
- **Radiología:** desplazamiento anterior del disco (RNM).
- **Artroscopia:** Roofing entre el 50 – 100%.
- **Tratamiento:** férula de relajación, extracción de la tercera molar, rehabilitación oral y tratamiento ortopédico. Cirugía: aumento de la inserción posterior del menisco.

ESTADÍO III

- **Clínica:** Episodios de dolor articular intensos, disminución marcada de la apertura oral, bloqueos repetidos sin reducción.
- **Radiología:** desplazamiento anterior del disco sin reducción (RNM).
- **Cirugía:** desplazamiento anterior del disco. Adherencias.
- **Artroscopia:** Roofing entre el 5 – 15%. Condromalacia grado I / II

ESTADÍO IV

- **Clínica:** Dolor articular crónico, bloqueo sin reducción, disminución de la apertura oral.
- **Radiología:** cambios iniciales degenerativos. (RNM)
- **Artroscopia:** condromalacia grado III / IV, pérdida de la elasticidad del ligamento posterior.

ESTADÍO V

- **Clínica:** Crepitación, Dolor, Gran dificultad funcional
- **Radiología:** Cambios degenerativo del cóndilo, eminencia articular, Osteoartrosis, erosiones y osteofitos (RNM)
- **Artroscopia:** sinovitis avanzada, condromalacia grado IV.
- **Cirugía:** Con anestesia general, abordaje preauricular de Rowe. Artrotomía, artroplastia con disquetomía o injerto del cartilago. Artroplastia con disquetomía y remodelación condilar (Condilectomía alta) e injerto de cartilago. Condilectomía.

El papel de la cirugía como tratamiento de la DATM no es nuevo, fue poco empleado en los sesenta pero, cobró nuevamente importancia a partir de los setenta y se basó principalmente en la comprensión del concepto de desplazamiento anteromedial del disco articular, su deformación y eventual perforación o ruptura. Como resultado de esto se desarrolló una mirada de diferentes técnicas quirúrgicas artroplásticas para reposicionar, reparar y recontornear discos desplazados y deformados. Con el advenimiento de la artroscopia y posteriormente la artrocentesis, como procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, se han generado nuevos conocimientos pero también nuevas interrogantes acerca de la fisiopatología de la DATM dado

que el cambio de posición del disco articular no parece ser el único elemento a considerar en la fisiopatología de la DATM y por lo tanto tampoco en la terapéutica. Parece ser que la inflamación de la membrana sinovial, la mala calidad de la lubricación articular, el desarrollo de adherencias y la inestabilidad funcional discal por distensión del ligamento lateral del disco articular son consideraciones tan o más importantes aunque el concebir la DATM como el simple cambio de posición del disco articular.

Objetivos quirúrgicos y criterios de éxito

De acuerdo al Dr. Luis Carbajal Bello:

- a) Preservación de la membrana sinovial, del cartilago y del disco articular cuando este último sea anatómica y funcionalmente viable.
- b) Recuperación y preservación de la movilidad condilar.
- c) Reducción de la carga funcional y parafuncional.
- d) Eliminación de la inflamación y el dolor.
- e) Restablecimiento de la lubricación normal.
- f) Restablecimiento de la capacidad masticatoria funcional.

Por otro lado, tenemos también criterios objetivos para medir el éxito de un tratamiento quirúrgico de DATM los cuales son:

- a) Una apertura mayor de 36 mm.
- b) Movimientos mandibulares de lateralidad normales.
- c) Ausencia de dolor.
- d) Ausencia de «malestares».
- e) Capacidad para masticar una dieta de consistencia normal.
- f) No afección del séptimo par craneal.
- g) No secuelas cicatrizales.

Técnicas y Protocolos Quirúrgicos

Con excepción de la artrocentesis, todos los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de DATM se llevan a cabo bajo anestesia general.

Artrocentesis. Descrita en 1995, es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva y la técnica quirúrgica de abordaje de la ATM más sencilla y de morbilidad más baja.

Consiste en la inserción, bajo anestesia local, de dos cánulas plásticas de venopunción en las cámaras articulares para realizar un «lavado articular» con suero fisiológico o solución de Hartman para eliminar detritus, romper las adherencias, eliminar la inflamación y el dolor concomitante a ésta, además de inducir la producción de líquido sinovial normal mejorando la lubricación y la movilidad del disco. En todos los casos empleamos placa oclusal posoperatorio.

El pronóstico de éxito de la artrocentesis está en relación directa al tiempo de evolución del problema. Entre más crónico sea un problema de DATM, las posibilidades de éxito, con artrocentesis, son menores.

Protocolo quirúrgico para artrocentesis.

- Lidocaína al 2% con epinefrina al 1:100,000
- 150 a 250 mL de solución fisiológica o Hartman a goteo continuo o presión positiva con bombeo automático.
- 4 mg de fosfato de betametasona diluidos en la solución de lavado.
- 10 mL de lidocaína simple al 2% en la solución de lavado.
- Manipulaciones mandibulares durante el proceso de

lavado.

- Placa oclusal posoperatoria inmediata.
- AINES posoperatorios por vía oral.
- Ampicilina 500 mg por vía oral cada 8 horas por 7 días.
- Dieta licuada por 7 días y después dieta suave por 7 días más.
- Fisioterapia a partir del octavo día posoperatorio.

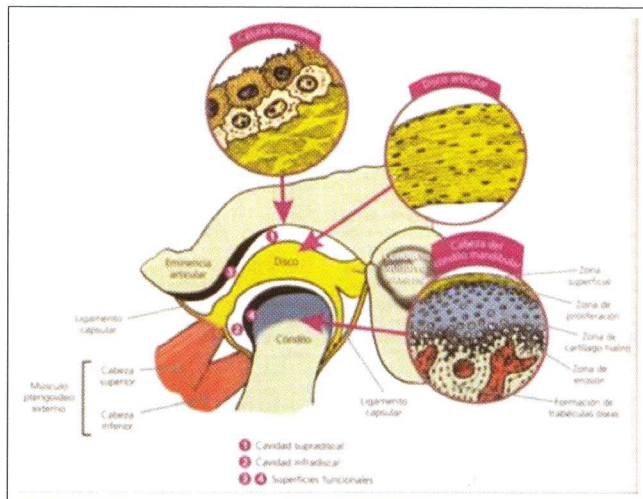
Artrotomía. El término implica, por definición, un procedimiento por medio del cual, se abre quirúrgicamente una articulación. En el caso que nos ocupa, la artrotomía de ATM, puede realizarse como procedimiento quirúrgico para eliminar adherencias y detritus.

La artrotomía tiene la ventaja sobre la artrocentesis que permite la exploración, visual y manual, directa de ambas cámaras articulares.

Artroplastia: Engloba todos aquellos procedimientos por medio de los cuales, una vez abiertas las cámaras articulares (artrotomía), se lleva a cabo alguna modificación de los componentes articulares tendiente a corregir un problema estructural determinado. Se incluyen: la fijación y estabilización de disco articular, la disquetomía con injerto de cartílago auricular, la disquetomía con injerto de cartílago auricular y remodelación condilar. (Condilectomía alta) e injerto de cartílago y condilectomía.

Conclusiones

- a) La disfunción de la Articulación Temporomandibular queda clasificada dentro de las enfermedades disfuncionales que junto con el síndrome miofascial doloroso (SMD), la luxación condilar crónica y la luxación condilar crónica recurrente son el grupo de enfermedades más frecuentes de esta articulación.
- b) El diagnóstico de la DATM es fundamentalmente clínico basado en la determinación de la etiología, la evolución del cuadro clínico y los signos y síntomas cardinales de la



misma (dolor, ruidos articulares y trastornos de la movilidad articular) complementados con imágenes radiográficas y modelos de estudio en los casos indicados.

- c) La determinación de la etiología en DATM traumática o microtraumática es fundamental en todos los casos.



Comité Editorial de la Revista Anales



Reuniones sistemáticas del Comité Editorial de la Revista planificando la publicación de cada número, junto con el diseñador.