

LUXACION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Torres Camacho Vanesa¹
Nina Chuquimia Walter²

RESUMEN

La articulación temporomandibular, (ATM) formada por dos superficies óseas correspondientes al hueso temporal y mandibular, se encuentra rodeada por la cápsula articular que protege la articulación de daños externos. Tanto las estructuras óseas, como cartilaginosas se encargan de relacionar la mandíbula con el cráneo, permitiendo su deslizamiento, mediante la rotación del cóndilo en el plano sagital, movimiento que requieren de una interacción armónica, con participación de los músculos masticadores, siendo probablemente una de las articulaciones más complejas del cuerpo humano.

La luxación de ATM, implica un trastorno en el cual, el cóndilo mandibular frecuentemente adapta una posición anterior con relación a la eminencia articular del temporal, logrando desplazar la mandíbula hacia delante, considerándose muchos factores etiológicos de la lesión, entre ellos se menciona al desarrollo incompleto del cóndilo temporal o mandibular o al trauma de oclusión, que llegan a ocasionar una distensión de las estructuras articulares desplazando al cóndilo mandibular en diversas direcciones.

El tratamiento a seguir ante una luxación de ATM puede ser: quirúrgico mediante artroscopía y no quirúrgico con reajuste de la lesión articular.

PALABRAS CLAVE

Articulación. Luxación. Traumatismo.

INTRODUCCION

La característica principal de la ATM, es que puede llegar a cumplir cada una de sus funciones armónicamente y sin dificultades con la del lado opuesto, pudiendo asimismo realizar los diversos movimientos de modo independiente si fuese necesario. Esta articulación es bicondílea, debido a que articula dos superficies convexas; una superior, el cóndilo del temporal y otra inferior, el cóndilo mandibular, que se encuentran rodeadas por la cápsula articular, que por su disposición, cumple la función de protección de la articulación, ante la agresión de agentes nocivos externos, al oponerse a fuerzas externas o internas que traten de separar o producir una luxación de las estructuras óseas, además de contener el líquido sinovial, encargado de lubricar y nutrir por imbibición las estructuras intraarticulares, en los compartimentos supra e infra discales. El menisco articular, que separa las estructuras en mención, representa un medio de adaptación dinámica entre las dos superficies articulares óseas, facilitando de alguna manera el desarrollo de los diversos movimientos mandibulares de la ATM, como apertura, cierre, propulsión, retropulsión, lateralidad centrífuga, lateralidad centripeta, retrusión, protrusión.¹

Cuando se afecta la capsula articular y es incapaz de brindar la protección necesaria a la articulación, se produce una luxación o dislocación mandibular, lesión que evita el retorno del cóndilo mandibular a la posición normal de cierre. La causa pareciera estar dada por un estiramiento intenso de los músculos masticadores o al aplicarse una fuerza

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología. UMSA

² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología. UMSA

extrema sobre uno de los ligamentos de la articulación, teniendo como resultado del estímulo nocivo, la separación de los extremos condilares y pérdida de la relación normal que mantiene el cóndilo mandibular con la cavidad glenoidea, desplazándose el primero por delante de la eminencia articular del temporal.^{1,2}

FACTORES ETIOLOGICOS

La etiología de la luxación de la ATM es variada pudiéndose mencionar:

- *Factores predisponentes*; por una alteración ósea de tipo articular, donde el cóndilo o la eminencia articular no se desarrollan por completo, o bien, por alteraciones de la fosa articular la cual presentará poca profundidad lo que facilitaría la presencia de una luxación.
- *Factores precipitantes*; secundarios a traumas articulares, por una expresión funcional exagerada como sucede en la apertura bucal extrema o trauma por alguna manipulación en un procedimiento bajo anestesia general.

Si no se llega a tratar o eliminar el factor causal de la lesión articular y el estímulo nocivo persiste por un tiempo prolongado, podría causar en la articulación un remodelamiento óseo o llegar a ocasionar una reabsorción del elemento condilar temporal o mandibular.³

Tras la luxación de la articulación témporomandibular, se observa una debilidad y movilidad extrema de la capsula articular, de los ligamentos y de estructuras blandas de soporte, además ocurre una contracción del músculo pterigoideo externo, el cual produce sintomatología dolorosa a la apertura bucal.^{2,4}

TIPOS DE LUXACION DE ATM

La luxación de ATM puede ser:

1. *Aguda simple*: luxación que se caracteriza por ser de evolución aguda, en la que los músculos masticadores no llegan cerrar la boca al contraerse, con la consiguiente sialorrea, derivando en disartria motriz e incluso se presentan problemas severos en la deglución.

Este tipo de luxación puede ser:

- a) Unilateral: que produce el traslado de un solo cóndilo en cualquier dirección, manifestándose clínicamente por desviación lateral de la mandíbula.
- b) bilateral, que produce deslizamiento de ambos cóndilos mandibulares, adoptando una posición por delante de la eminencia articular del temporal, clínicamente demostrado por el desplazamiento de la mandíbula hacia delante.^{2, 3, 5, 6}

2. *Dislocación crónica recurrente*: lesión articular comúnmente bilateral, que se caracteriza por ser difícil de diagnosticar, por el tiempo prolongado del cuadro y en razón de que el paciente pudiese de alguna forma, haberse adaptado a la misma.

3. *Luxación recidivante*: lesión articular poco frecuente que se presenta en pacientes con hiperlaxitud articular, pacientes con tratamientos neurolépticos en los que se encuentra aumentada la tensión muscular, pacientes con trastornos internos de la articulación témporomandibular y/o en pacientes con alteraciones oclusales, en respuesta a la pérdida prematura de piezas dentarias naturales.^{7,8,9}

TRATAMIENTO DE LA LUXACION DE ATM

Antiguamente, para tratar una luxación de ATM, se precisaban de aparatos protéticos intraorales, que constaban de retenedores de alambre y una placa fijada al final de una barra, para poder obtener una presión adecuada sobre el borde anterior y de esta manera, evitar una apertura bucal exagerada que llevaría al desprendimiento de ambas superficies articulares.

La principal desventaja del empleo de este método, era que provocaba irritación de la mucosa del borde anterior de la rama ascendente y la tendencia a deslizarse e incluso a salir de su posición, mientras se encontraba en cavidad oral. Tiempo después la aparatología en mención fue modificada para dar solución a las falencias articulares, de este modo, la nueva técnica implicaba cubrir por completo el paladar con acrílico, empleando los dientes como pilares de retención.⁵

Actualmente, se realizan dos tipos de tratamiento:

- **Tratamiento no quirúrgico:** que es un procedimiento de rehabilitación poco invasivo, empleado frecuentemente en lesiones de carácter agudo. Las técnicas continuamente utilizadas son:

1. *Inmovilización intermaxilar*, que consiste en mantener la ATM en reposo y evitar cualquier movimiento exagerado o brusco, para lo cual se utilizan vendajes y ligaduras intermaxilares.
2. *Soluciones esclerosantes*; como el alcohol y tintura de yodo, que inducen el desarrollo de fibras en el compartimiento articular. De igual forma, el uso de toxina

botulínica A administrada por inyección directa sobre el músculo pterigoideo lateral impide la contracción de fibras musculares permitiendo la corrección de luxaciones recidivantes: Sin embargo, el uso de algunos de estos medicamentos puede ser limitado, sobretodo en caso de pacientes embarazadas y mionofías que impidan su aplicación.

3. *Métodos físicos*; útiles en procesos agudos, siendo remarcables:
 - a. *La maniobra de Nélaton*, útil en luxaciones bilaterales y que consiste en retener fuertemente la mandíbula con ambas manos y con los dedos pulgares dentro de la cavidad oral, apoyados sobre la región molar, direccionando hacia región posterior y luego superior.
 - b. *Técnica de Dupuis*, similar a la anterior, con la diferencia de que se procede en luxaciones de tipo unilateral.

Para realizar ambas técnicas podría ser necesaria la administración de relajantes musculares o incluso anestesia general en casos extremos.^{3,5-9}

- **Tratamiento quirúrgico:** técnicas en las que es imprescindible utilizar anestesia general, por la magnitud de las intervenciones; los procesos a seguir son :

1. *Artroscopia*; principalmente empleada en el tratamiento de una luxación recurrente pudiendo ser:
 - a. lisis-lavado

b. artroscopía quirúrgica, que implica una incisión de la protuberancia oblicua junto con los tejidos retrodiscales, con el fin de provocar una contracción cicatrizal que limite la movilidad condilar.

La ventaja del tratamiento de rehabilitación por artroscopía, es por su baja invasión y su corta estancia hospitalaria.^{7,10}

2. *Eminectomía*; intervención quirúrgica, que consiste en el aplanamiento del tubérculo articular, favoreciendo de cierta manera el libre deslizamiento del cóndilo mandibular.

Smith, menciona el uso de mini placas, implantes metálicos o de material aloplástico, para evitar un exagerado deslizamiento del cóndilo, mientras que Cascone, menciona que además de una eminectomía, sería preciso reponer el menisco utilizando un tornillo reabsorbible, que imposibilite el movimiento del complejo articular al comprimir los ligamentos de la articulación.

La desventaja del empleo de estos métodos radica en la inserción de cuerpos extraños en el organismo que podrían ocasionar algún tipo de infección o sufrir rechazo por parte del hospedero o podrían incluso desprenderse de su ubicación y localizarse libremente en el espacio intraarticular.^{3,9}

3. *Osteotomía de la eminencia articular*, cuya intención es que al incidir sobre el hueso, se corrija la posición en forma de "V" invertida en la que se encontraba, insertándose posteriormente dos piezas de hidroxiapatita porosa, en una

ubicación superior a las inserciones capsulares, que permitirán la corrección total del defecto.^{7,8,10}

BIBLIOGRAFIA

1. Gómez de Ferraris M., Campos A. Complejo articular temporomandibular. Histología y Embriología Bucodental. 2^{da} edición. Editorial Panamericana. S.A. España 2002: 7; 191-195.
2. Botino M. Luxación mandibular. Articulación temporomandibular. Editorial Ripano. Argentina. 2009: 27; 59.
3. De la Peña A. Luxación mandibular. URL disponible en: <http://luxaciónmandibular.blogspot.com/>. Accedido en fecha 10 de junio de 2013
4. Granizo R., Adjunto, FEA. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Fisiopatología de la articulación temporomandibular. Anomalías y deformidades. URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/articulacion_temporomandibular.pdf. Accedido en fecha 10 de junio de 2013
5. Learreta J., Arellano J., Yavich L., Valle M. Alteraciones patológicas de la articulación temporomandibular. Compendio sobre diagnóstico de la patología de la ATM. Editorial panamericana. México. 2003:21; 101,102.
6. Martínez J., Martínez J.L. Fuster I. Luxaciones discales y los problemas por interferencia del disco articular en la articulación temporomandibular. Rev. Fisioter. (Guadalupe). 2007: 6 (2); 03-10. URL disponible en: <http://www.ucam.edu/revistafisio/numeros/volumen-6/numero-2-diciembre-2007/01-Luxaciones%20discales%20y%20los%20problemas%20por.pdf>. Accedido en fecha 10 de junio de 2013

7. Fernández J. Luxación crónica recidivante. Tratamiento del componente óseo y muscular: osteotomía glenotemporal de Norman. Rev. Esp. Cir. Maxilofacial. 2009 31(3); URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582009000300004&script=sci_arttext. Accedido en fecha 11 de junio de 2013.
8. González M., Tratamiento de luxación mandibular crónica: Osteotomía y fractura de eminencia articulación injerto óseo mentoniano. Reporte de un caso. 2008: (2) 97-102. URL disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=15728&IDPUBLICACION=1614&IDREVISTA=7> . Accedido en fecha 10 de junio de 2013
9. Iglesias E. Otero A. Luaces R. López-Cedrúm J. L. Patología de la articulación temporomandibular. Articulación temporomandibular. URL disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=215. Accedido en fecha 10 de junio de 2013.
10. Avellá F., Salazar C., Gallana S., Rollón A., Mayorga F., Pérez J. M. La artroscopia en el daño interno de la ATM: resultados clínicos en un estudio prospectivo. Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilofac. 2004. 26; 77-85. URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v26n2/clnico1.pdf>. Accedido en fecha 11 de junio de 2013.