

Réplica**Sr. Director:**

Deseamos agradecer al Sr. Fernández de la Peña la atención y los comentarios dedicados a nuestro artículo: Tratamiento rehabilitador en pacientes con disfunción de la articulación temporomandibular.

Analizadas sus preguntas y dudas en referencia a nuestro artículo, observamos cierto desconocimiento

TABLA I. Estadios de Wilkes**Estadio I**

Clinica: chasquido recíproco (al inicio de la apertura y antes del cierre)

Radiología: desplazamiento anterior del disco (RM)

Cirugía: desplazamiento anterior del disco. Incorporación

Artroscopia: roofing entre el 80-100% (boca cerrada-boca abierta)

Estadio II

Clinica: chasquidos tardíos e intensos, dolor articular.

Bloqueo transitorio (con reducción)

Radiología/cirugía: desplazamiento anterior del disco, aumento de la inserción posterior del menisco

Artroscopia: roofing entre el 50-100%

Estadio III

Clinica: episodios de dolor articular intensos. Disminución marcada de la apertura oral. Bloqueos repetidos sin reducción.

Radiología: desplazamiento anterior del disco sin reducción

Cirugía: desplazamiento anterior del disco. Adherencia

Artroscopia: roofing entre el 5-15%. Condromalacia grado I/II

Estadio IV

Clinica: dolor articular crónico. Bloqueo sin reducción. Disminución de la apertura oral

Radiología: cambios iniciales degenerativos

Cirugía: osteófitos, adherencias

Artroscopia: condromalacia grado III/IV

Estadio V

Clinica: crepitación, dolor, gran dificultad funcional

Radiología/cirugía: cambios en la superficie condilar, osteoartrosis, erosiones

Artroscopia: sinovitis avanzada, condromalacia grado IV; adherencias generalizadas

de lo que es el síndrome de disfunción temporomandibular, queriendo aclarar los siguientes aspectos:

1. Los pacientes incluidos en el estudio con síndrome de disfunción temporomandibular (SDTM) se refiere a la relación disco-cóndilo y clasificados mediante los estadios de Wilkes (tabla I)¹.

2. En ningún caso la limitación de la apertura oral es criterio indispensable para el diagnóstico del SDTM. Sólo los pacientes en estadio III o mayor pueden presentar limitación por debajo de los límites normales. Una cosa es la alteración de la articulación temporomandibular (*disorder*) y otra cosa es el SDTM, que se basa en las alteraciones en la relación disco-cóndilo mandibular².

3. Al haber 55 pacientes con apertura oral normal, los pacientes con limitación de la apertura Wilkes III o mayor quedan enmascarados, consiguiéndose en estos últimos pacientes hasta una ganancia de 8 mm de apertura oral.

4. Llama la atención que en su trabajo sea relevante la ganancia de 3 mm, estadísticamente significativo, de apertura oral con estiramiento de los músculos isquiotibiales, en pacientes con puntos gatillo miofasciales, mientras que en nuestro estudio, siendo también estadísticamente significativo, no lo sea³.

Raúl Zamora Rodríguez
Facultativo Especialista de Rehabilitación. Unidad de
Dolor Facial y Patología de la Articulación
Temporomandibular. Hospital Universitario Nuestra
Señora La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zamora R, Ruiz MA, De León F, Martínez C, Gómez P, et al. Rehabilitación integral en pacientes con disfunción de la articulación temporomandibular. Resultados preliminares. *Rehabilitación (Madr)* 2004;38:18-22.
2. Jeffrey P. Okeson. Management of temporomandibular disorder and occlusion. St. Louis: Mosby, 1992; p. 217.
3. Fernández de la Peña C, Fernández Carnero J, Miangolarra Page JC, Casares García G. Relación entre la musculatura masticatoria y la isquiotibial en pacientes con una disfunción craneomandibular. Estudio controlado aleatorizado. *Quintessence* 2004;17:169-75.