
Trastornos temporomandibulares

Kiyoshi Koyano, DDS, PhD
Professor and Chairman, Section of Removable Prosthetics
Division of Oral Rehabilitation, Faculty of Dental Science
Kyushu University, Fukuoka, Japan
Fax: +81-92-642-6380
e-mail: koyano@dent.kyushu-u.ac.jp

Definición

«Trastorno temporomandibular» (TTM) es un término colectivo que engloba un número de problemas clínicos que afectan a los músculos masticatorios, la articulación temporomandibular (ATM) y sus estructuras asociadas, o a ambos¹. TTM incluye un grupo de trastornos relacionados, como los trastornos de los músculos masticatorios, los trastornos del desplazamiento de disco y los trastornos inflamatorios de la ATM, que presentan muchos sín-

tomas comunes. Por lo tanto, está claramente demostrado que TTM no es una única enfermedad, sino un término que describe un grupo de trastornos relacionados del sistema masticatorio.

Etiología

La oclusión se consideraba el factor etiológico primario de los TTM, de modo que los prostodoncistas aprendieron que para tratar los TTM se debía idealizar la oclusión. Sin embargo, la evidencia científica reciente sugiere que la oclusión desempeña un papel menor en la etiología de los TTM, e incluso que los factores oclusales pueden ser una consecuencia, y no la causa de los TTM. Obrez y Stohler² demostraron que el dolor mandibular inducido mediante la inyección de salino en el músculo masetero causó un desplazamiento significativo del vértice del arco gótico y modificaciones en los contactos oclusales. Los cambios oclusales no provocan dolor, pero el dolor provoca cambios en la oclusión. Si existe una relación causa-efecto, las causas deben preceder a los efectos. Sin embargo, el cambio oclusal no precedió al dolor en este experimento². Incluso si los clínicos encuentran una anomalía oclusal en un paciente con dolor mandibular, es posible que ésta no sea la causa del dolor sino una secuela.

Existen criterios adicionales que demuestran la relación causa-efecto, uno de los cuales es una relación de dosis-respuesta. La correlación entre la prevalencia y la gravedad de los TTM y el grado de contacto retruido hasta una posición intercuspal no es significativa en las poblaciones de pacientes y personas sanas. Además, tampoco se ha descrito una correlación significativa entre la prevalencia y la gravedad del TTM y la cantidad de entre-cruzamiento vertical y horizontal. Así pues, no se ha demostrado que exista una relación de dosis-respuesta entre la oclusión y el TTM. La solidez de la asociación también es un criterio de causalidad. El análisis de regresión logística múltiple de las características oclusales en pacientes con TTM y en un grupo control asintomático reveló que los factores oclusales no explicaron más del 4,8 al 27,1% de los casos³. Así pues, la asociación entre factores oclusales y TTM es débil. Otro requerimiento para demostrar la causalidad es la consistencia de la asociación. En otras palabras, es necesario que coincidan los resultados de los estudios que emplean diferentes diseños de investigación. Sin embargo, los artículos que tratan de la relación entre los factores oclusales y los TTM mostraron resultados variables. Por último, la asociación debe tener sentido desde el punto de vista epidemiológico, en otras palabras, debe ser posible biológicamente. La prevalencia de TTM es mayor en mujeres que en hombres; sin embargo, no existe diferencia entre sexos respecto a la maloclusión. La interferencia oclusal puede verse en pacientes con TTM y también en individuos sanos. Muchos pacientes con TTM no presentan maloclusión y, por tanto, no existe posibilidad biológica en la asociación entre oclusión y TTM.

De la descripción anterior se concluye que no se ha demostrado la relación causa-efecto entre la oclusión y el TTM.

Tratamiento

Dado que no se ha demostrado la causalidad de los factores oclusales en los TTM, debe evitarse cualquier intervención para la profilaxis de los TTM o toda terapia agresiva e irreversible para el tratamiento inicial de los TTM. Sin embargo, algunos prostodoncistas han realizado ajustes oclusales o amplias restauraciones para tratar los TTM, como el desplazamiento de discos o los sonidos articulares.

A menudo se ha utilizado la cirugía artroscópica para el tratamiento de los desórdenes internos. Se evaluó la posición del disco postoperatoriamente tras la lisis artroscópica y el lavado del desplazamiento discoanterior. Aunque el 92 % de los pacientes presentaron una reducción significativa del dolor y la restauración de la función mandibular normal, el 92 % de los pacientes también presentaron un desplazamiento anterior persistente del desplazamiento del disco⁴. Un estudio sobre la posición del disco tras el tratamiento con dispositivos oclusales para tratar el desorden interno reveló que el 90 % de las articulaciones tratadas con éxito siguieron presentando desplazamiento discal⁵. La mejoría clínica con los dispositivos oclusales no siempre representa la reducción anatómica del disco. Además, un estudio sobre el curso natural del desplazamiento discal sin reducción concluyó que el 43 % de los pacientes sin tratamiento no presentaron síntomas en 2,5 años, el 32 % mejoró y el 25 % siguió siendo sintomático⁶.

Al igual que sucede en muchos otros procesos musculoesqueléticos, los signos y síntomas de los TTM son transitorios y autolimitantes en el tiempo. El objetivo del tratamiento no debería de ser lograr la normalización de la morfología, sino reducir el dolor y mejorar la función. Por tanto, los tratamientos primarios no deben ser agresivos e irreversibles, sino conservadores y reversibles, y el tratamiento debe centrarse en el control y la reducción de los síntomas, factores contribuyentes y consecuencias patológicas.

Bibliografía

1. De Leeuw R (ed). Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management, ed 4. Chicago: Quintessence, 2008.
2. Obrez A, Stohler CS. Jaw muscle pain and its effect on gothic arch tracings. *J Prosthet Dent* 1996;75:393-398.
3. Pullinger AG, Seligman DA. Quantification and validation of predictive values of occlusal variables in temporomandibular disorders using a multifactorial analysis. *J Prosthet Dent* 2000;83:66-75.
4. Moses JJ, Sartoris D, Glass R, Tanaka T, Poker I. The effect of arthroscopic surgical lysis and lavage of the superior joint space on TMJ disc position and mobility. *J Oral Maxillofac Surg* 1989;47:674-678.
5. Kirk WS Jr. Magnetic resonance imaging and tomographic evaluation of occlusal appliance treatment for advanced internal derangement of the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg* 1991;49:9-12.
6. Kurita K, Westesson PL, Yuasa H, Toyama M, Machida J, Ogi N. Natural course of untreated symptomatic temporomandibular joint disc displacement without reduction. *J Dent Res* 1998;77:361-365.