

Técnica combinada de articulación y *thrust* para disfunción de cóndilo posterior

Dídac Guirao Cano, DO

Escuela de Osteopatía de Madrid. Madrid. España.

Las disfunciones de cóndilo posterior en la articulación temporomandibular pueden ser secundarias a diferentes situaciones en las que se produce asimetría en la posición de los cóndilos dentro de su cavidad glenoidea. Este posicionamiento en posterioridad del cóndilo puede ser secundario a espasmos musculares, adherencias articulares o problemas de interferencias oclusales.

Para la corrección de esta asimetría se debe valorar los posibles factores etiológicos y hacer un diagnóstico diferencial para identificar el tejido que origina la disfunción. Una de las técnicas de elección es la combinada de articulación y *thrust* para disfunción en cóndilo posterior en decúbito, ya que permite ejercer y graduar en todo momento la fuerza necesaria para facilitar la liberación y la normalización articular, paso previo hacia una correcta función.

Palabras clave: Articulación temporomandibular. Torsión mandibular. Mala oclusión. Disfunción craneomandibular.

The combined articular thrust technique for posterior condyle dysfunction

Dysfunction of the posterior condyle, and in particular of the temporomandibular joint (TMJ) may be secondary to various situations in which there is asymmetry in the position of the condyles in the glenoid fossa.

This posterior position of the condyle could be secondary to muscle spasms, joint adhesions, or problems of occlusal interference. To correct this asymmetry, the possible etiologic factors must be analyzed and a differential diagnosis must be made to identify the tissue causing the dysfunction.

One of the techniques of choice is the combined articular thrust technique for posterior condyle dysfunction in supine position because this manipulation allows us to apply and adjust the force required to free and normalize the joint, a necessary step for correct function.

Key words: TMJ. Mandibular torsion. Malocclusion. Craniomandibular dysfunction.

Correspondencia:

D. Guirao.

Unitat d'Osteopatía. Serveis

Integrals de Rehabilitació.

Roger de Llúria, 33, bxs.

08009 Barcelona. España.

Correo electrónico:

didac_guirao@hotmail.com

Recibido el 26 de marzo
de 2008.

Aceptado el 23 de abril
de 2008.

INTRODUCCIÓN

La articulación temporomandibular es una de las articulaciones más complejas del organismo. Tenemos dos, una derecha y otra izquierda, y sabemos que cada una de ellas forma a su vez dos articulaciones: superior o temporomeniscal e inferior o condilomeniscal, por la presencia de un disco articular. Este hecho da a esta articulación una complejidad especial, que se ve aumentada porque las dos articulaciones temporomandibulares, derecha e izquierda, se hallan unidas a un hueso impar como es la mandíbula, por lo que el movimiento en una articulación temporomandibular siempre se acompaña de movimiento en la otra.

El desplazamiento de los cóndilos mandibulares en los movimientos funcionales de la mandíbula puede verse afectado por diferentes motivos, teniendo en cuenta que en cualquier tipo de desviación mandibular se afectan los pterigoideos externos o laterales¹.

El cóndilo mandibular tiene una movilidad muy limitada en retrusión; el movimiento que está restringido por la tensión del haz horizontal del ligamento temporomandibular, que previene el desplazamiento del cóndilo hacia atrás².

Por lo tanto, el ligamento temporomandibular, en su porción horizontal interna, protege los tejidos retrodiscales de los traumatismos que produce el desplazamiento del cóndilo hacia atrás³ o, dicho de otra forma, en posterioridad.

Esta función estabilizadora es imprescindible para evitar la compresión del paquete vasculonervioso retrocondíleo.

Sin embargo, y a pesar de que las estructuras ligamentarias son muy potentes, si se encuentran sometidas a estados de tensión mantenida, estos ligamentos pueden lesionarse como consecuencia de estiramientos excesivos⁴. Si los movimientos articulares funcionan continuamente contra los ligamentos, la longitud de éstos se puede alterar y llegar a elongarse⁵ y perder su capacidad estabilizadora, con la consiguiente inestabilidad articular, lo que podría conducir a estados patológicos con incremento de las fuerzas de compresión en las estructuras articulares.

Una situación muy frecuente, clínicamente hablando, son las torsiones mandibulares o mordidas cruzadas unilaterales, de las que se debe diferenciar las funcionales de las estructurales. En esta ocasión únicamente nos referiremos a las funcionales.

En estas situaciones vamos a encontrar un cóndilo más anterior mientras que el cóndilo del lado cruzado estará más posterior.

Unido a ello, en los pacientes con mordida cruzada hay asimetría muscular, de manera que generalmente hay mayor actividad, tanto en reposo como en la masticación y la deglución, en el músculo masetero y el temporal posterior⁶, al que se otorga la principal función retrusora del cóndilo.

Si esta situación de mordida cruzada se mantiene en el niño, se generan alteraciones en el crecimiento óseo, ya que el lado estimulado será únicamente el lado de balance⁷.

En la mordida cruzada posterior unilateral, el cóndilo es desplazado arriba, atrás y afuera del lado de la mordida cru-

zada, y por lo tanto se genera distensión ligamentaria y compresión en la articulación y las estructuras retrodiscales.

Ante esta alteración solamente cabe esperar el deterioro y la afección de las estructuras y las funciones de las articulaciones temporomandibulares (ATM).

Por otro lado, que la mordida cruzada en el niño se mantenga genera asimetrías en el crecimiento mandibular y de las cavidades glenoideas, que luego causan la mala oclusión.

La etiología en cuanto al desarrollo de las disfunciones craneomandibulares es un tema de controversia en el que se barajan factores. Por un lado, las malas oclusiones generadoras de interferencias oclusales, generadoras de mordidas cruzadas. Por otro lado, también se habla del bruxismo y del estrés como factores relacionados con la disfunción⁸; sin embargo, también se debe considerar aspectos posturales como posibles desencadenantes. La relación de la cabeza con la columna cervical determina la posición de la mandíbula^{9,10}; por lo tanto, se modifican las relaciones oclusales y la actividad electromiográfica de los músculos masticadores y de la nuca¹¹. La alteración postural se acompañará de un aumento de la sensibilidad muscular^{12,13}. De hecho, autores como Rocabado et al¹⁴ ya consideraron esta posibilidad y demostraron radiológicamente la relación entre la posición de la cabeza y el hioides. Numerosos estudios han demostrado la alta incidencia de disfunción craneomandibular en pacientes con afecciones cervical¹⁵⁻¹⁸ y de los demás componentes del sistema estomatognático^{19,20}, así como las estrechas relaciones funcionales entre los componentes del cuarto superior del cuerpo. Pero no sólo se establecen relaciones a ese nivel, sino que éstas llegan a otras regiones más alejadas, como la dorsal, la lumbar o la sacroilíaca²¹. Por lo tanto, todo hace pensar que hay una estrecha relación entre las alteraciones posturales y las disfunciones temporomandibulares²²⁻²⁴.

DISFUNCIÓN DE CÓNDILO POSTERIOR

Hablaremos de disfunción del cóndilo posterior en las situaciones en que durante el movimiento de apertura bucal el desplazamiento de un cóndilo queda en retraso con respecto al del otro lado.

OBJETIVOS²⁵

- Estirar la cápsula articular y los ligamentos.
- Realizar un estiramiento de las inserciones musculares del cóndilo mandibular.
- Movilizar pasivamente la articulación temporomandibular.
- Normalizar el movimiento mandibular.

Indicaciones

Técnica indicada en los casos con test de cóndilo posterior positivo en que las maniobras de lateralidad indicadoras de

disfunción a nivel de los ligamentos colaterales o discales resultan indoloras. Por ejemplo, estaría indicada en casos de adherencias secundarias a traumatismos, intervenciones quirúrgicas, estados de bruxismo, disfunciones meniscales, etc.

Esta técnica permite obtener un buen control del grado de apertura bucal en el que nos interesa trabajar y además permite ejercer en la rama mandibular la presión necesaria de una manera altamente eficaz, ayudándonos únicamente del peso de nuestro cuerpo, que se transmite a través de la extremidad superior del terapeuta.

Por lo tanto, estará indicada en casos de: restricciones en apertura, test para cóndilo posterior positivo, adherencias articulares con menisco fijado posterior, disfunción en compresión de la ATM, y restauración de la movilidad normal condilomeniscal en las subluxaciones meniscales anteriores.

Contraindicaciones

- Fracturas recientes.
- Artritis.
- Osteomielitis.
- Tumores.

DIAGNÓSTICO

1. Inspección: con la boca cerrada observamos la línea interincisiva y los frenillos labiales, valorando posibles desplazamientos de las líneas de referencia.
2. Observación del movimiento activo, valorando posibles desviaciones en la apertura y/o el cierre mandibular.
3. Palpación con la yema de los dedos índices o medios, a través del conducto auditivo externo, del desplazamiento condilar en apertura y cierre.
4. Movilización pasiva, observando restricciones en la anteriorización del cóndilo de un lado con respecto al lado contrario. Esta movilización permite valorar el tipo de tejido implicado en la restricción de movilidad, ya sea muscular, blando, o capsuloligamentoso, más duro.
5. A la palpación muscular, hay puntos dolorosos en los músculos que causan la desviación mandibular, principalmente de los pterigoideos laterales del lado de balance y de temporal posterior y masetero del lado de trabajo²⁶.

DESCRIPCIÓN

Cóndilo posterior a la izquierda. Paciente en decúbito lateral o semidecúbito dorsal, con un pequeño cojín bajo la cabeza sin sobrepasar el arco zigomático y dejando libre el cóndilo mandibular del lado de la camilla.



Figura 1. Técnica combinada de articulación y *thrust* para disfunción de cóndilo posterior.

Terapeuta en finta delante por detrás y oblicuo a la cabeza del paciente.

Toma de manos: la mano craneal del terapeuta, mano derecha, estabiliza el cráneo. La mano caudal del terapeuta toma un contacto pisiforme, borde cubital de la mano izquierda en el cóndilo y a lo largo de la rama mandibular, mientras los dedos anular y meñique abrazan el mentón del paciente (fig. 1).

Desarrollo de la técnica

La mano superior estabiliza el cráneo mientras que la mano mandibular por medio de la pareja anular-meñique busca el grado de apertura deseada al tiempo que el terapeuta imprime movimientos rítmicos en circunducción en el sentido de la apertura-deslizamiento anterior. Si encontramos una restricción de tipo articular que no cede a la maniobra articularia, podríamos añadir un *thrust* en sentido anteroinferior.

PRECAUCIONES

Si la maniobra genera dolor en el cóndilo del lado contrario por afección de los ligamentos discales de ese lado, suspenderemos la técnica.

Si hay subluxación anterior de menisco del lado del cóndilo que articulamos, deberemos asegurarnos de que la reducción se ha producido, ya que de no ser así aumentaríamos el desplazamiento anterior del menisco.

Si aplicamos un *thrust* sobre el cóndilo, el impulso debe llevar una dirección oblicua, y no perpendicular hacia la camilla, para no fracturar el cuello del cóndilo.

El cojín que colocamos bajo la cabeza del paciente debe dejar el cóndilo de ese lado para que le sea posible un cierto deslizamiento posterolateral durante el tiempo articulario de la técnica.

CONCLUSIONES

Las disfunciones temporomandibulares, tan extendidas en la sociedad, se acompañan de un conjunto de síntomas, que en ocasiones pueden llegar a ser altamente incapacitantes e influir negativamente en el desarrollo de las actividades de vida diaria del individuo que las padece.

Normalmente cuando se pretende tratar una afección se incide en el factor etiológico que la originó; sin embargo, esto no está tan claro para el diagnóstico y el posterior tratamiento de las disfunciones temporomandibulares, ya que no parece que haya una causa única implicada en el desarrollo del proceso.

Hemos podido ver que diversos autores han incidido en el tema de la mala alineación de los segmentos corporales, y principalmente en la relación cráneo-columna cervical, como generadores de alteraciones en el tono muscular de los músculos masticatorios, anteriores del cuello y de la región cervical. Por otra lado, la posición alterada de la cabeza modifica las relaciones de los cóndilos mandibulares en sus respectivas cavidades glenoideas, generándose estados de torsión mandibular en que un cóndilo se presenta más anterior y el otro más posterior, con las repercusiones que ello comporta tanto en presiones articulares como en la oclusión.

Por lo tanto, además de las causas de la disfunción que habitualmente se barajan como principales, creo que el trastorno postural debe considerarse como uno más de los factores etiológicos implicados en el desarrollo de las disfunciones temporomandibulares.

La técnica que hemos descrito será una de las técnicas utilizadas en el tratamiento de esta disfunción, aplicándola sobre el cóndilo fijado en posterioridad siempre respetando las posibles contraindicaciones y basándonos en un diagnóstico correcto para así poder obtener el máximo de beneficios tras su aplicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Peñarrocha Diago M. Dolor orofacial, etiología, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Masson; 1997.
- Manns A, Diaz G. Sistema estomatognático. Santiago de Chile: Empigaf; 1983.
- Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Madrid: Mosby; 1999.
- Miralles Marrero R. Biomecánica clínica del aparato locomotor. Barcelona: Masson; 2002.
- Estrella Sosa G. Detección precoz de los desórdenes temporomandibulares. Caracas: Amolca; 2006.
- Bravo Gonzalez L. Manual de ortodoncia. Madrid: Síntesis; 2003.
- Planas P. Rehabilitación neuro-oclusal. Barcelona: Masson; 2001.
- McNeill CH. The American Academy of Orofacial Pain. Temporomandibular disorders. Guidelines for classification, assessment, and management. Chicago: Quintessence; 1993. p. 27-60.
- Schwartz AM. Positions of the head and malrelations of the jaws. Inter J Orthod. 1928;14:56-68.
- Thompson JR, Brody AG. Factors in the position of the mandible. J Am Dent Assoc. 1942;29:925-41.
- Mohl N. Head posture and its role in occlusion. N Y State D J. 1976; 42:17-23.
- Wallace C, Klinenberg I. Management of craniomandibular disorders. Part II: Assessment of patients with craniocervical dysfunction. J Orofacial Pain. 1994;8:42-54.
- Coy RE, Flocken JE, Adib F. Musculoskeletal etiology and therapy of craniomandibular pain and dysfunction. Cranio Clin Int. 1991;1:163-73.
- Rocabado M, Tapia V. Radiographic study of the craniocervical relation in patients under orthopedic treatment and the incidence of related symptom. J Craneomandib Pract. 1987;5:13-7.
- Visscher CM, Lobezzo F, De Boer W, Van der Zag J, Naeije M. Prevalence of cervical spinal pain in craniomandibular pain patients. Eur J Oral Sci. 2001;109:76-80.
- De Laat A, Meuleman H, Stevens A, Verbeke G. Correlation between cervical spine and temporomandibular disorders. Clin Oral Investig. 1998; 2:54-7.
- De Wijer A, Steenks MH, De Leeuw JR, Bosman F, Helder PJ. Symptoms of the cervical spine disorders. J Oral Rehabil. 1996;23:742-50.
- De Wijer A. Neck pain and temporomandibular dysfunction. Ned Tijdschr Tandheelkd. 1996;103:263-6.
- De Wijer A, Steenks MH, Bosman F, Helder PJ, Faber J. Symptoms of the stomatognathic system in temporomandibular and cervical spine disorders. J Oral Rehabil. 1996;11:742-50.
- Armijo Oliuvo S, Magee DJ, Parfitt M, Major P, Thie NM. The association between the cervical spine, the stomatognathic system, and craniocervical pain: a critical review. J Orofac Pain. 2006;20:271-87.
- Fink M, Wähling K, Stiech-Scholz M, Tschernitschek H. The functional relationship between the craniomandibular system, cervical spine, and the sacroiliac joint: a preliminary investigation. Cranio. 2003;21:202-8.
- Munhoz WC, Marques AP, De Siqueira JT. Radiographic evaluation of subjects with temporomandibular joint internal disorder. Braz Oral Res. 2004;18:283-9.
- Munhoz WC, Marques AP, De Siqueira JT. Evaluation of body posture in individuals with internal temporomandibular joint derangement. Cranio. 2005;23:269-77.
- Visscher CM, De Boer W, Lobezzo F, Habets LL, Naeije M. Is there a relationship between posture and craniomandibular pain? J Oral Rehabil. 2002;29:1030-6.
- Ricard F. Tratado de osteopatía craneal: Análisis ortodóntico. Diagnóstico y tratamiento manual de los síndromes craneomandibulares. Madrid: Panamericana; 2005.
- Cursos E.O.M. Cuarto nivel. A.T.M 1.