

Consecuencias de la artritis reumatoide en la articulación temporomandibular y su manejo odontológico.

Consequences of rheumatoid arthritis in the temporomandibular joint and its dental management.

Yareli Lizbeth Rubio Sánchez,* Ana Karen Márquez Rivera,* Daniela Leticia Delgado Rodríguez*

RESUMEN

Introducción: la artritis reumatoide es parte del grupo de las enfermedades autoinmunes con incidencia considerable sobre la población. Se caracteriza por la afección de las articulaciones del cuerpo que la padece; en mayor frecuencia se encuentra afectada la articulación temporomandibular por el complejo articular que ésta presenta; entre los signos y síntomas que comúnmente podemos encontrar en pacientes con este tipo de enfermedad son los chasquidos o ruidos articulares, dolor orofacial, pérdida o imposibilidad del movimiento de la mandíbula y cambios anatómicos localizados en el área de la articulación temporomandibular. **Objetivo:** describir las consecuencias que desencadena la artritis reumatoide sobre la articulación temporomandibular y cómo es para el odontólogo el manejo de estos pacientes en consulta, evaluar los tratamientos para cada caso sobre un correcto diagnóstico. **Material y métodos:** se realizó una revisión bibliográfica de artículos recientes sobre el tema, utilizando buscadores como SciELO, Elsevier y PubMed, siendo 30 las fuentes seleccionadas con idiomas en inglés y español. **Resultados:** esta enfermedad autoinmune se caracteriza por afectar múltiples articulaciones del cuerpo humano simétrica y bilateralmente incluyendo la articulación temporomandibular (ATM), lo cual conlleva al riesgo de desarrollar trastornos temporomandibulares (TTM). Es importante conocer los métodos para realizar un correcto diagnóstico oportuno de la ATM del paciente con artritis reumatoide (AR) con la finalidad de ofrecer un tratamiento conservador. **Conclusión:** los trastornos temporomandibulares desencadenantes de la artritis reumatoide son afecciones que se deben considerar para el buen manejo del paciente con este padecimiento, comprender y respaldar un diagnóstico clínico es de vital importancia para dar al paciente un tratamiento adecuado dependiendo el grado de complejidad en la que cada individuo se encuentra; conocer el manejo adecuado y encaminar al paciente a una mejor calidad de vida es clave en la consulta odontológica del día a día.

ABSTRACT

Introduction: rheumatoid arthritis is part of the group of autoimmune diseases with considerable incidence in the population. It is characterized by the affection of the joints of the body that suffers from it; most frequently the temporomandibular joint is affected due to the articular complex that it presents; among the signs and symptoms that we can commonly find in patients with this type of disease are joint clicks or noises, orofacial pain, loss or impossibility of jaw movement and anatomical changes located in the temporomandibular joint area. **Objective:** to describe the consequences that rheumatoid arthritis triggers on the temporomandibular joint and how it is for the dentist to manage these patients in consultation, to evaluate the treatments for each case on a correct diagnosis. **Material and methods:** a bibliographic review of recent articles on the subject was carried out, using search engines such as SciELO, Elsevier and PubMed, with 30 sources selected in English and Spanish. **Results:** this autoimmune disease is characterized by affecting multiple joints of the human body symmetrical and bilaterally including the TMJ which leads to the risk of developing TMD. It is important to know the methods to make a correct diagnosis of the TMJ of the patient with RA in order to offer a conservative treatment. **Conclusions:** the temporomandibular disorders that trigger rheumatoid arthritis are conditions that should be considered for the proper management of the patient with this condition, understanding and supporting a clinical diagnosis is of vital importance to give the patient an adequate treatment depending on the degree of complexity in which each individual is; knowing the proper management and directing the patient to a better quality of life is key in the day-to-day dental practice.

* Aspirante a la Especialidad en Prosthodontia de la Universidad Autónoma de Baja California Campus Mexicali. México.

Recibido: 29 de mayo de 2023. Aceptado: 15 de septiembre de 2023.

Citar como: Rubio SYL, Márquez RAK, Delgado RDL. Consecuencias de la artritis reumatoide en la articulación temporomandibular y su manejo odontológico. Rev ADM. 2023; 80 (5): 259-266. <https://dx.doi.org/10.35366/113137>



Palabras clave: artritis reumatoide, articulación temporomandibular, disfunción temporomandibular, tratamiento.

Keywords: *rheumatoid arthritis, temporomandibular joint, temporomandibular dysfunction, treatment.*

Abreviaturas:

AH = ácido hialurónico.
 AIJ = artritis idiopática juvenil.
 AINEs = antiinflamatorio no esteroideo.
 AR = artritis reumatoide.
 ASB = albúmina sérica bovina.
 ATM = articulación temporomandibular.
 COX = ciclooxigenasa.
 PRP = plasma rico en plaquetas.
 TENS = estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.
 TTM = trastornos temporomandibulares.

INTRODUCCIÓN

Artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) se caracteriza por ser una enfermedad autoinmune, cuya etiología es desconocida, afecta múltiples articulaciones del cuerpo humano de manera simétrica y bilateral,^{1,2} cuya etiología es desconocida, afecta múltiples articulaciones del cuerpo humano de manera simétrica y bilateral lo que produce sensibilidad articular, y destrucción de las articulaciones sinoviales.^{1,3} Es considerada una de las enfermedades crónicas inflamatorias más comunes,⁴ siendo destructiva, progresiva, y otorgando una condición incapacitante,⁵ afecta de 0.5 a 1.0% de la población mundial, y en 0.4% a América Latina; tiene una mayor prevalencia en mujeres 3:1 que en los hombres siendo afectada la articulación temporomandibular hasta en 30% de los casos.⁵ Entre los factores de riesgos se encuentran la genética, la edad, los traumas (puede incluir fracturas y una sobrecarga articular persistente), el estrés mecánico, el estrés psicológico (que causa alteración del metabolismo de la matriz extracelular del cartílago condilar), las alteraciones musculares o articulares, y los procesos degenerativos de índole sistémico.⁶

En la etiología de los trastornos temporomandibulares (TTM) por AR están involucrados: 1) base genética (más de 100 genes asociados, donde destacan los alelos del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II, DR1 y DR4, que actúan en la preparación de antígenos a los linfocitos T; y 2) estímulos ambientales (tabaco y alteraciones de la microbiota, como *Porphyromonas gingivalis* en las encías y *Prevotella copri* en el colon).⁷

Articulación temporomandibular

La ATM es una articulación sinovial bilateral de tipo ginglimo-artroidal, que permite realizar movimientos

de apertura, cierre, protrusión, retrusión y lateralidad de la mandíbula, así como la rotación y desplazamiento del cóndilo mandibular. Anatómicamente la ATM está constituida por el cóndilo mandibular, el disco articular y la cavidad glenoidea.^{1,8} La relación de la ATM en pacientes con AR se puede descartar con base en la historia médica, evaluación física, hallazgos radiográficos y resultados de estudios de laboratorio. Por lo tanto, es necesario un enfoque multidisciplinario.³ La fisiopatología de los TTM es compleja y multifactorial. Las estructuras sensibles al dolor de la ATM incluyen el ligamento discal, cápsula articular y fijación posterior del disco, que son altamente vascularizados e inervados. Sin embargo, cuando la ATM es incapaz de repararse por sí sola, se produce una degeneración de la articulación. Esto podría considerarse como un desorden inflamatorio o degenerativo, trastorno interno de la articulación y desorden muscular.^{5,9}

Los signos y síntomas más comunes de la afectación de la ATM por AR son dolor bilateral, inflamación, rigidez durante la apertura oral, debilidad de los músculos masticadores con una disminución de la fuerza de masticación, ruidos articulares y restricción de los movimientos mandibulares; en la fase tardía de la AR, es común la aparición de anquilosis.³ Es importante mencionar que la presencia de dolor en la ATM y sensibilidad de los músculos masticadores son signos sugerentes de que la artritis reumatoide se encuentra en una fase inicial y activa.¹⁰ Síntomas clínicos de trastornos temporomandibulares (TTM) se pueden observar frecuentemente en 2 a 16% de la población mundial. El involucramiento anatómico de la ATM se puede observar en 35 a 94% de los pacientes con TTM. Puede existir presencia de dolor en 10 a 25% de aquellos afectados; sin embargo, menos de 7% de los pacientes con TTM requieren tratamiento.⁵ Aunque el paciente no reporte signos y síntomas del proceso inflamatorio, se debe realizar una búsqueda minuciosa y un diagnóstico, tratamiento y monitoreo temprano de la ATM deben ser considerados.¹¹ Múltiples técnicas han sido empleadas para examinar la ATM, incluyendo radiografías panorámicas, imágenes por resonancia magnética, ultrasonidos, tomografías computarizadas, y tomografía computarizada de haz cónico.¹⁰ Goupille y colaboradores reportaron que la erosión del área condilar y fosa glenoidea, la disminución del espacio articular, y el

aplanamiento de la eminencia articular fueron hallados en pacientes con AR.⁵

El enfoque de este estudio es evaluar las consecuencias en la articulación temporomandibular en pacientes con artritis reumatoide y su adecuado manejo odontológico.

Los TTM se determinan como un conjunto de afecciones que se presentan en las áreas interarticulares, periarticulares, junto con el sistema masticatorio.¹² Estos padecimientos presentan múltiples complicaciones en personas que la padecen. Herrero S, en su artículo, menciona que los TTM se consideran como el mayor factor causal de dolor orofacial dejando en primer término al dolor dental; ya que es el dolor la principal muestra clínica como signo característico de pacientes diagnosticados con artritis reumatoidea.¹³

La AR es un padecimiento del tipo reumático y se establece como idiopática, es autoinmune, es decir, el propio sistema inmunitario combate células sanas del organismo; lo que da como consecuencia la inflamación crónica de la membrana sinovial de las articulaciones que afecta la enfermedad, estos signos dan sintomatología de dolor y entumecimiento de articulaciones, que a su vez afectan el libre movimiento, agravio permanente del cartílago junto con el hueso.¹³

La AR puede presentarse a cualquier edad, pero la tasa de incidencia asciende entre los 40-60 años y la prevalencia de ésta aumenta de forma proporcional con la edad, se describe con mayor frecuencia en mujeres y personas de raza blanca.¹³

Distintos artículos aseguran que la enfermedad se presenta a nivel mundial, se valora que 0.3 a 1% de la población la padece.¹³

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es parte del grupo de enfermedades reumatológicas y esta afección se considera de las principales en la edad pediátrica, adolescente y adulto joven. Comienza característicamente entre los dos y cinco años de edad. Algunos estudios indican que su incidencia se encuentra entre los 10 y 150 casos por cada 10,000 habitantes. Es una enfermedad inflamatoria crónica con etiología incierta que afecta a una o más articulaciones, ésta se presenta antes de los 16 años y permanece por al menos seis semanas. La ATM es la articulación más afectada cuando se presenta la AIJ.¹⁴

Los primeros en describir la relación que existe entre la ATM y la AR fueron Cadenat y Blanc, en 1958. Según Ibáñez y Brener, en un estudio de 2016, aseguran que la artritis reumatoide es una de las enfermedades autoinmunes sistémicas más frecuentes.⁸

Varios artículos describen que los TTM dañan en su mayoría al sexo femenino en una escala de 4:1; ésta se

presenta en una escala de edad que oscila entre los 20 y los 50 años de edad, distintos estudios determinan que 35% y 80% de la población se presenta con al menos un signo de TTM; principalmente movimientos anormales de la mandíbula, chasquidos o ruidos articulares cuando se ejerce movimiento y dolor, es decir, hipersensibilidad a la palpación, y por lo menos 35% de la población presenta un síntoma, entre los más frecuentes están dolor facial y dolor articular.¹⁵

Las principales manifestaciones a nivel ATM de pacientes diagnosticados con AR son: sensibilidad articular con una incidencia de 70%, crepitación en 65%, destaca también el dolor en los movimientos mandibulares con 60% de incidencia; siendo la inflamación, falta o poca apertura de boca y pérdida de la fuerza masticatoria las mayores afecciones sobre pacientes con AR.^{8,12}

En un análisis realizado por Miranda O y colaboradores donde se estudiaron pacientes diagnosticados con artritis reumatoide que se presentaban al Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente «Saturnino Lora Torres» de Santiago de Cuba, donde se les llevó a cabo un examen físico; en los resultados obtenidos sólo 20 pacientes de los 25 estudiados presentaron afecciones en la ATM, es decir, 80.0% de la población total, donde predominó de forma bilateral y con chasquido, doloroso y sin dolor.¹⁶

En un estudio realizado por Rhys K y colaboradores, que recopiló una serie de encuestas para evaluar las disfunciones de la ATM en artritis reumatoide y observar si los distintos pacientes diagnosticados con AR podían detectar alteraciones a nivel específico de ATM.¹⁷

Los resultados arrojaron que ningún paciente comentó a los expertos en reumatología algún síntoma que se asocie a la ATM, puesto que no presentaban dolor en la zona, debido a que como se mencionó eran pacientes previamente diagnosticados con AR y su tratamiento incluyó farmacología y que ésta a su vez se hacía evidente en el área de ATM sin que los pacientes la tomaran en consideración dentro de las afecciones desencadenantes de la misma enfermedad. Además, varios pacientes hicieron mención de que si no sentían dolor en ATM no le informaban a su médico, ya que no lo consideraban necesario.¹⁷

Un grupo de pacientes (73%) comentaba que «era normal, por su enfermedad» tener dificultades en las articulaciones y que no existía alguna solución para su padecimiento. Otro número de pacientes (56%) argumentó que simplemente se automedicaban incrementando la dosis de antiinflamatorios cuando sentían mayor afección y limitación al movimiento, ya que no sabían que podía existir algún método terapéutico específico para la ATM en particular.¹⁷

Otra consecuencia importante que se deriva de la AR es la anquilosis de la ATM; ésta se presenta como la adhesión ósea o fibrosa que lleva consigo la degeneración progresiva de la función de la ATM. La unión o adhesión se puede presentar sobre la parte más superior de la apófisis condilar y la fosa glenoidea del hueso temporal. Ésta también puede ocurrir entre cualquier tejido duro o blando de los huesos del maxilar y mandíbula, el hueso cigomático o la base del cráneo.⁹

Lo que desencadena trastornos físicos, psicológicos y sociales, como lo es la limitación de la movilidad mandibular, pues están íntimamente adheridos ambos huesos como describe, lo que impide la masticación de los alimentos y provoca a su vez fallas digestivas, limitación de la higiene bucal y genera caries, enfermedades periodontales y claramente dificultades para poder tratar estas enfermedades en consulta dental, imposibilidad o habla limitada, y, en ciertos casos con mayor gravedad, dificultad para respirar, crecimiento excesivo y desarrollo de la mandíbula que puede ser uni o bilateral, que refiere como imperfecciones anatómicas faciales como la hipoplasia mandibular o la micrognatia.^{9,18}

Aunque la literatura describe que este padecimiento se asocia a la artritis reumatoide en un porcentaje menor (10%).⁹

Los TTM asociados a una enfermedad reumatológica varía según las características de cada una de ellas; en el caso de la artritis reumatoide se describe su presencia en un porcentaje que oscila entre 5 a 86%.¹⁹

Acosta M y colaboradores hacen mención de un estudio realizado en pacientes con enfermedades autoinmunes, se les realizó una encuesta a 51 pacientes que se presentaban al Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, en un periodo de dos meses; en la que 35.5% de la población estudiada presentaba artritis reumática, de los cuales según la gravedad de la enfermedad 22% se presentó como leve, moderada en su mayoría con una incidencia de 56% y grave al igual que el leve se rescató 22% del total, siendo todos éstos con presencia de TTM.¹⁹

Manejo no quirúrgico

El manejo de la AR con afección en ATM se divide en tres aspectos fundamentales: el primer aspecto incluye al paciente que debe tomar terapia de *biofeedback*, con el fin de disminuir su ansiedad, que mejore su conducta, además de farmacoterapia y terapia con férula.¹⁴

La conducta del paciente cambiará con la disminución del estrés, al tener un horario específico a la hora

de dormir y prevenir el morder plumas, lápices, hielo, así como movimientos de la mandíbula fuertes, por ejemplo, al abrir la boca al bostezar y cepillarse los dientes. En el caso de la farmacoterapia se administran analgésicos, sedantes y corticoides. El odontólogo puede disponer la cantidad de dosis de medicamentos tales como AINEs (antiinflamatorio no esteroideo) para casos donde se busque disminuir el dolor o inflamación. Se recomiendan medicamentos que sean relajantes musculares para relajar la mandíbula cuando se observe bruxismo o rechinar de los dientes.¹⁴

Se prescriben recetas contra la ansiedad, las cuales incluyen medicamentos como AINEs, opioides, corticoides, ansiolíticos, relajantes musculares, antidepressivos, anti-convulsivos y las benzodiazepinas que deben utilizarse en dosis exactas para ser efectivas, para lograr la relajación de la articulación temporomandibular y disminuir el estrés.¹⁴

Segundo aspecto: atención clínica, donde se realizan ajustes oclusales, cirugías ortognáticas, ortodoncia, restauraciones dentales y de tratamientos, y biorretroalimentación que es efectiva en las afecciones donde hay dolor durante el tratamiento con trastorno de la ATM a diferencia de la terapéutica conservadora.¹⁴

El objetivo principal de un tratamiento o manejo conservador es disminuir, controlar y erradicar el dolor. Una terapéutica conservadora puede llevar a una conclusión de los síntomas en más de 80% de los pacientes. Sólo de 5 a 10% de los pacientes con trastorno temporomandibulares requieren tratamiento y la sintomatología disminuye 40%. Los pacientes comunicaron una fase de alivio al dolor en el transcurso del periodo de monitoreo entre 50 a 90%.^{14,20}

Con la terapéutica conservadora mediante una dieta blanda, fisioterapia y AINEs orales junto con férulas oclusales fabricadas por el clínico se logra la relajación del maxilar inferior al prevenir la apertura excesiva de la cavidad oral. El correcto manejo para el antimodificador de la enfermedad para drogas reumáticas es esencial para los pacientes.

Los AINEs pueden contener efectos semejantes y menos reacciones secundarias en contraste con AINEs orales, los cuales deben emplearse durante cuatro veces al día durante cuatro semanas. Estos medicamentos además de sus hallazgos en el ensayo clínicos con la enfermedad de la osteoartritis, son útiles en la terapéutica de la inflamación de la ATM.¹⁴

Con la administración local de agentes anestésicos como la lidocaína al 1 o 2% se puede inhibir el dolor en la ATM después de 10 minutos, específicamente en el espacio articular, donde el lugar de aplicación con la

inyección radica en el espacio articular superior y debajo de la línea recta del trago hasta el canto del ojo.¹⁴

Tercer aspecto: terapia infiltrativa con corticosteroides y fisioterapia.

En el postoperatorio la fisioterapia es una excelente alternativa a corto plazo para casos donde la mandíbula tenga una restricción de sus movimientos debido a que disminuye la sintomatología y regresa la funcionalidad de la ATM manteniendo una dieta blanda.²¹

Una recomendación de la fisioterapia es el uso de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), ultrasonidos y uso de compresas calientes, utilizando primeramente la artroscopia se eliminan conectores intrusos en el interior de las articulaciones y con la artrocentesis se puede realizar una limpieza articular. Aunque no hay evidencia a largo plazo de que la fisioterapia es beneficiosa, pero debido a su seguridad se utiliza en casos como una artroscopia o una cirugía.¹⁴ Los estudios de investigación de las férulas oclusales concluyen que son eficaz para reducir signos y síntomas en la ATM donde se han usado diferentes materiales para su fabricación, además de promover su relajación neuromuscular para disminuir la sintomatología en la AR, debido al movimiento del maxilar inferior en dirección ventrocaudal, tiene benéficos para reducir asimetría facial y normalizar el crecimiento de la mandíbula.^{14,21}

La inyección intraarticular con esteroide es eficiente en casos de sinovitis de la ATM, pero debe evitarse a no ser que se confirme con una resonancia magnética durante la artroscopia debido a que puede conducir a la eliminación irreversible del cartílago por su uso excesivo.¹⁴

La terapéutica para el dolor miofacial o espasmo se puede controlar con la inyección de analgésico como bupivacaina al 0.5% o toxina botulínica en el músculo temporal reduciendo el dolor a 25% de 75% teniendo de referencia una escala visual analógica. Otros agentes como el metotrexato y el hialurónico se han valorado para uso en el empleo para la ATM, además de otros medicamentos y otros anestésicos.²¹

El uso de corticosteroides en inyecciones intraarticulares mejora los síntomas en paciente con AR con afección en la ATM. El uso de las inyecciones es sólo si falla la terapia farmacológica. La razón es debido a complicaciones a largo plazo, incluyendo efectos como: efecto cardiotóxico en llegar a la destrucción de la ATM, osificación heterotópica de la ATM y crecimiento mandibular restringido.²¹

Manejo quirúrgico

En caso de que se hayan agotado las opciones para la terapéutica de la ATM y existe la posibilidad de que el

paciente mejore con un procedimiento quirúrgico en función articular y estética, la opción quirúrgica debería ser considerada.²¹

La sinovectomía se debe realizar en caso de dolor a largo plazo severo con deterioro funcional con signos de sinovitis, pero se debe tener en cuenta la recurrencia de la sinovitis, así como la cercanía de la cápsula articular medial a ramas del nervio trigémino, la arteria carótida y la vena yugular interna.²¹

En casos donde se presente un daño irreparable en la ATM, por ejemplo, está dañada, colapsada o anquilosada la articulación, el reemplazo articular total aloplástico es considerado la indicación principal en casos de artritis crónica.²¹

A diferencia del reemplazo aloplástico, los trasplantes autólogos pueden generar cambios degenerativos en un ambiente inflamatorio, fibrosis, osificación heterotópica y anquilosis. Se prefiere en primera instancia trasplante aloplástico a uno autólogo en AR.²¹

Procedimientos abiertos en artritis idiopática juvenil

La artritis idiopática juvenil (AIJ) tiene afección en la ATM y se puede realizar una amplia diferencia entre dos grupos objetivos:²¹

Grupo 1: son pacientes que, a pesar de agotar todos los procedimientos conservadores y mínimamente invasivos, sufren de sinovitis activa persistente y daño articular.²¹

Se debe realizar la eliminación del tejido afectado por la inflamación y las estructuras articulares destruidas y el manejo clínico es igual al de los pacientes adultos.²¹

Grupo 2: pacientes afectados por deformidades, por ejemplo, retrognatia, micrognatia y asimetría, todo esto secundario a la enfermedad base. La corrección quirúrgica de la malposición de la mandíbula representa una opción de tratamiento.²¹

Recomendaciones grupo 1: debido al potencial de crecimiento, el injerto costocondral es el favorito para varios autores para el reemplazo articular en adolescentes. Sin embargo, este injerto tiene críticas debido a los patrones de crecimiento impredecibles (crecimiento excesivo o falta de crecimiento) y los efectos devastadores que pueda tener, por lo que se debe dar seguimiento.²¹

Recomendaciones grupo 2: en el caso de deformidad severa, la cirugía ortognática debe considerarse, asumiendo que la enfermedad base está controlada y existe masa condilar, la cirugía ortognática se realiza ya que el crecimiento está completo, aunque en algunos casos se realiza antes.²¹

Opciones de tratamiento: osteotomía bilateral sagital, osteogénesis para avance mandibular hacia delante, osteotomía Le Fort para correcta oclusión y mordida anterior abierta y genioplastia para optimizar la estética facial.²¹

Tratamiento

Tan pronto como se establezca el diagnóstico, debemos iniciar con el tratamiento según el grado de severidad de la AR siempre tomando en consideración que la finalidad del tratamiento será eliminar el proceso inflamatorio activo, la sintomatología dolorosa, conservar la función articular y evitar una mayor deformación.⁵

Las fases del tratamiento para las manifestaciones de la AR en la ATM se pueden dividir en primera, segunda y tercera fase.

La primera fase consiste en realizar un tratamiento conservador que puede incluir la termoterapia como la colocación de compresas frías o con calor húmedo, fisioterapia donde se deberán realizar los siguientes ejercicios de cuatro a seis veces al día,^{1,22} donde se manipula la mandíbula con la mano oponiendo resistencia hasta deprimirla y lograr cerrar la boca, guiar el mentón con la mano realizando movimientos excéntricos de derecha a izquierda, deprimir la cabeza hasta contactar con el cuello, y subsecuentemente elevar la cabeza lo más alto posible mientras el paciente se encuentra en posición erguida, y posicionar la cabeza sobre el hombro del lado derecho y repetir dicho movimiento en el lado izquierdo. Además, esta fase incluirá cambios de hábitos en la alimentación y hábitos perniciosos, esta fase puede tener una duración de uno a tres meses según la gravedad del caso. Se deberá hacer entrega de una hoja con indicaciones para la rehabilitación en casa donde se incluye tipo de dieta, los ejercicios a realizar, así como efectuar un ajuste de las cargas oclusales en los órganos dentarios, rehabilitación protésica dental y férula oclusal por la noche para prevenir el contacto de las superficies dentales y disminuir los efectos de apretar y rechinar los dientes¹ usando la electromiografía como guía terapéutica en cada cita para determinar el grado de mejoría.^{5,22}

La segunda fase incluye a pacientes que requieren el uso de terapia farmacológica para la relajación de los músculos masticadores y analgésicos tipo AINEs y anti-COX-2, corticosteroides, antidepresivos, terapia psicológica y el uso de férulas de donde se busca promover la remodelación ósea de manera favorable en la zona anterior del cóndilo mandibular y evitar apretamiento y bruxismo, así como inyecciones de toxina botulínica, esta

fase puede durar de tres a seis meses según la gravedad del paciente.^{5,22}

Adicionalmente, podemos emplear otra terapia conservadora como el uso de fármacos o la infiltración con ácido hialurónico (AH) que puede ofrecer buenos resultados a largo plazo. Mayores efectos secundarios pueden percibirse en el empleo de AINEs a diferencia del uso de inhibidores específicos de ciclooxigenasa (COX). Un método eficiente para el tratamiento de la AR en la ATM es la combinación de corticosteroides y hialuronato de sodio.⁵

En un estudio de cohorte realizado por Kroese y colaboradores, se sugiere el uso de inyecciones de corticosteroides en la ATM donde se puede observar un incremento significativo de la capacidad de apertura máxima y una disminución considerable de la intensidad de dolor de la ATM durante reposo, así como una transición de crepitaciones a no crepitaciones; sin embargo, se presenta un cambio insignificante en la mordida abierta anterior. A pesar de su corta duración, la combinación de una disminución en la intensidad de dolor y un incremento en la apertura máxima ofrece un alivio temporal, pero además les permite realizar ejercicios mandibulares sin sentir dolor. Este estudio indicó que las inyecciones de metilprednisolona, en una ATM sensible de pacientes con AR, alivia los síntomas y promueve la función durante aproximadamente tres semanas.³

El tratamiento de la AR tiene como objetivo principal reducir la inflamación de las articulaciones, aminorar el dolor y evitar daño articular.³ En un estudio, Naujokat y colegas generaron una artritis inducida por antígenos llevado a cabo por inyecciones intramusculares de albúmina sérica bovina (ASB) durante nueve semana en cerdos domésticos, donde una semana posterior a la última inyección se inyectó por primera vez plasma rico en plaquetas (PRP), y una segunda inyección fue colocada una semana después donde únicamente se trató la ATM derecha. Posteriormente, se procedió a la disección de la ATM y tejidos adyacentes para realizar un análisis histológico.²³

En un estudio longitudinal de Byun y colaboradores mencionan que se pueden controlar los síntomas en pacientes con AR empleando fármacos inmunosupresores y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. Sin embargo, se puede observar un deterioro considerable de las estructuras anatómicas, incluyendo la ATM, ocasionado por un aumento en la reabsorción ósea y el empleo de fármacos para el manejo de la AR.⁴

En un estudio de Kroese y su equipo, se evaluó a 68 pacientes con AR, de los cuales nueve pacientes recibieron un fármaco antirreumático modificador siendo

en su mayoría metotrexato, de los cuales cuatro de ellos recibieron una combinación con un tratamiento anti-FNT y a su vez, dos recibieron únicamente tratamiento con anti-FNT y cuatro pacientes fueron administrados con un medicamento antiinflamatorio no esteroideo.²⁴ De igual forma, Kopp y colegas evaluaron la efectividad de la administración de metotrexato e infliximab para la disminución del dolor temporomandibular en pacientes con AR.¹⁴

Por otra parte, 3) la tercera fase abarca la última opción, el tratamiento quirúrgico, en el que se encuentran tres opciones: artrocentesis que consiste en la inserción de agujas en el interior de la articulación y un posterior lavado con fluidos estériles en pacientes con AR con afectación de la ATM, así como también en aquellos pacientes con enfermedades inflamatorias degenerativas o en casos de bloqueo agudo por desplazamiento del disco articular, donde se podrá obtener alivio del dolor y la disfunción de la articulación,^{5,22} la artroscopia exploratoria que es a nivel hospitalario, el cirujano extirpa tejido o realinea el disco o el cóndilo y artroplastia en sus diferentes variables; remodelación del cóndilo y cavidad articular con revisiones periódicas postoperatorias.^{1,22} También el lavado con suero fisiológico para la eliminación de productos que fueron generados durante el proceso inflamatorio, degradación de la cortical y del hueso subcondral logran liberar al disco con complicaciones mínimas mejorando la apertura máxima interincisal.⁵ Se obtiene una mejora en la calidad de vida de pacientes con artrocentesis mediante el uso de inyecciones de ácido hialurónico más hidrocortisona oral, logrando obtener valores normales que van de corto a largo plazo. La efectividad de la artrocentesis puede ser potenciada si se combina con inyecciones de PRP en una dosis única de 2 mL en pacientes con alta sintomatología que pudiera incluir dolor miofascial, dolor a la masticación y limitación de movimientos mandibulares < 6 mm, aunque estudios recientes han demostrado mayor efectividad en inyecciones de artrocentesis con ácido hialurónico.⁵ También se encuentra el tratamiento más invasivo de la AR que consiste en el reemplazo alógeno de la ATM que ofrece resultados favorables en el manejo de mutilación anatómica y disfunción, ofreciendo una reposición de la dimensión vertical.¹⁸

Una complicación del efecto de la AR sobre la ATM es la anquilosis donde se deberá realizar una cirugía lo antes posible una vez que se ha establecido el diagnóstico con el fin de preservar la altura de la rama mandibular, y prevenir recurrencias con material de interposición y terapia física postoperatoria, esto con el fin de identi-

car el bloqueo anquilótico obteniendo una morfología adecuada; devolver la funcionalidad articular y corregir cualquier deformidad dentofacial.⁹

CONCLUSIONES

La artritis reumatoide se presenta en un porcentaje considerable de la población en general, afecta distintos tipos de articulaciones, pero la más afectada es la articulación temporomandibular por su alta complejidad, la edad promedio va de la tercera y la cuarta etapa de vida, como profesionales clínicos debemos de tomar en cuenta la edad promedio, los antecedentes de cada paciente y cuestionar cuál es el factor desencadenante de ciertos padecimientos como dolores orofaciales, chasquidos y desviaciones mandibulares por mencionar algunos signos característicos de los trastornos temporomandibulares desencadenados por artritis reumatoide. Es necesario obtener más auxiliares de diagnóstico y no esperar que la subjetividad del paciente describa el estado actual de la salud de su ATM, ya que aunque el diagnóstico médico es de vital ayuda, como dentistas debemos tomar medidas para crear un adecuado plan de tratamiento para los pacientes que presentan esta enfermedad sin esperar que sólo el tratamiento médico tenga peso sobre el estado actual de cada paciente; en la práctica clínica odontológica se deben considerar ciertos aspectos para conmutar con el médico una mejor calidad de vida para cada individuo con artritis reumatoidea y que a su vez padece de TTM por consecuencia de la misma.

Tener conocimiento de los signos y síntomas que conforman los TTM es de suma importancia para lograr obtener un diagnóstico oportuno, los cuales incluyen ruidos articulares, pérdida dental, chasquidos y crepitaciones, desviación mandibular, dolor de los músculos masticatorios, entre otros. Se debe realizar un examen exhaustivo con estudios radiográficos pertinentes para confirmar cualquier problema relacionado con la articulación y la AR.

Es importante señalar que una vez confirmado el diagnóstico de la ATM en pacientes con AR se debe proceder a la selección del tratamiento más indicado con base en la severidad del caso²⁵ el cual puede dividirse en tres fases: primera, segunda y tercera fase, los cuales deben incluir tratamientos desde los más conservadores como lo son la termoterapia y fisioterapia, a tratamientos farmacológico con AINEs o inyecciones de corticoesteroides hasta los tratamientos más invasivos como la artrocentesis, la artroscopia exploratoria y la artroplastia.

REFERENCIAS

1. Camargo E, Ávila L, Rocha M. Afecciones y complicaciones en la Articulación temporomandibular en pacientes con Artritis reumatoide. Revisión de la literatura. *Revista ADM Estudiantil*. 2022; (23): 33-38.
2. Kroese JM, Kopp S, Lobbezoo F, Alstergren P. TMJ pain and crepitus occur early whereas dysfunction develops over time in rheumatoid arthritis. *J Oral Facial Pain Headache*. 2020; 34 (4): 398-405.
3. Byun S, Min C, Choi H, Hong S. Increased risk of temporomandibular joint disorder in patients with rheumatoid arthritis: a longitudinal follow-up study. *J Clin Med*. 2020; 9 (9): 3005.
4. Akhlaghi F, Azizi S, Amirimehr N. The prevalence of temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional study. *Rheumatology Research*. 2019; 4 (4): 147-151.
5. Llerena E, Ortiz F. Métodos de diagnóstico y tratamiento actuales de la osteoartritis de la articulación temporomandibular: una revisión de la literatura. *Rev Cient Odontol*. 2019; 7 (1): 121-131.
6. Piancino MG, Rotolo R, Cannavale R, Cuomo G, Masini F, Dalmasso P et al. Cranial structure and condylar asymmetry of adult patients with rheumatoid arthritis. *BMC Oral Health*. 2023; 23 (1): 269.
7. Campos DES, de Araújo Ferreira Muniz I, de Souza Villarim NL, Ribeiro ILA, Batista AUD, Bonan PRF et al. Is there an association between rheumatoid arthritis and bone changes in the temporomandibular joint diagnosed by cone-beam computed tomography? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2021; 25 (5): 2449-2459.
8. Hernández-Reyes B, Lazo-Nodarse R, Marin-Fontela GM, Torres-López D. Caracterización clínica y severidad de los trastornos temporomandibulares en pacientes adultos. *AMC*. 2020; 24 (2): 194-204.
9. Mazzini Torres F. Anquilosis de la articulación temporo mandibular, diagnóstico y terapéutica. *EOUG*. 2022; 5 (1): 47-52.
10. Hattori M, Haraguchi M, Semper-Hogg W, Kohal RJ, Sumita YI. Prosthodontic rehabilitation on a patient with limited mouth opening related to rheumatoid arthritis: A clinical report. *Int J Maxillofac Prosthetics*. 2022; 5 (1): 18-21.
11. Gualpa Bustamante KP, Álvarez Calle MR, Carvajal Endara AS. Effect of nonsurgical periodontal treatment in the control of rheumatoid arthritis. *Research, Society and Development*. 2022; 11 (11): e45111133148.
12. Beltrán Celis JA, Carrillo Vargas DK. Prevalencia de signos y síntomas de trastornos temporomandibulares de tipo muscular y del complejo cóndilo disco en habitantes de la vereda la Cecilia, Villavicencio-Meta. Villavicencio, Colombia: Universidad Antonio Nariño; 2021.
13. Hernández B. Relación entre los trastornos temporomandibulares y la artritis reumatoide. *Progaleño*. 2020; 3 (2): 1-6.
14. Shoohanizad E, Garajei A, Enamzadeh A, Yari A. Nonsurgical management of temporomandibular joint autoimmune disorders. *AIMS Public Health*. 2019; 6 (4): 554-567.
15. Durango Cardeño B, Ariza Herrera H. Efectos generados por las placas neuromioretajantes sobre la ATM y la salud bucal: revisión de literatura. Cartagena de Indias: Universidad de Cartagena; 2022.
16. Alemán MO, Aput NA, Domínguez RY, Jardón CJ, Nápoles PDD. Manifestaciones maxilofaciales en pacientes con artritis reumatoide. *MediSan*. 2019; 23 (3): 460-467.
17. Rhys KV, Gobbi CA, Busamia B, Albiero E, Lagnarini AL, Alba P. Beneficios de utilizar el Cuestionario para Evaluar las Disfuncionalidades de las Articulaciones Temporomandibulares en Artritis Reumatoide (CEDATAR). *South Florida Journal of Health*. 2021; 2 (4): 514-519.
18. Ahmed A, Hassett L, Fillmore J. Treatment of temporomandibular joint ankylosis with total prosthetic joint reconstruction: a case series and scoping review of the literature. *Front Oral Maxillofac Med*. 2022; 22 (15): 1-11.
19. Sánchez-Torrelo CM, Zagalaz-Anula N, Alonso-Royo R, Ibáñez-Vera AJ, López Collantes J, Rodríguez-Almagro D et al. Transcultural adaptation and validation of the fonseca anamnestic index in a spanish population with temporomandibular disorders. *J Clin Med*. 2020; 9 (10): 3230.
20. González-Chávez SA, Pacheco-Tena C, Campos Torres RM, Quiñonez-Flores CM, Reyes-Cordero G, Caraveo Frescas TJ. Alteraciones temporomandibulares y odontológicas en paciente con artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2020; 16 (4): 262-271.
21. Schmidt C, Ertel T, Arbogast M, Hugle B, Von Kalle T, Neff A. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de Artritis reumatoide idiopática juvenil de la articulación temporomandibular. *Dtsch Arztebl Int*. 2022; 119: 47-54.
22. Carrillo Rivera J, Villagrán Rojas A. Tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular con el uso de los criterios de diagnóstico internacionales y la electromiografía como guía terapéutica. *Odont Act*. 2019; 16 (192): 42-50.
23. Naujokat H, Sengebusch A, Loger K, Moller B, Acil Y, Wiltfang J. Therapy of antigen-induced arthritis of the temporomandibular joint via platelet-rich plasma injections in domestic pigs. *J Craniomaxillofac Surg*. 2021; 49 (8): 726-731.
24. Kroese JM, Kopp S, Lobbezoo F, Alstergren P. Corticosteroid injections in the temporomandibular joint temporarily alleviate pain and improve function in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2021; 40 (12): 4853-4860.
25. Mustafa MA, Al-Attas BA, Badr FF, Jadu FM, Wali SO, Bawazir YM. Prevalence and severity of temporomandibular disorders in rheumatoid arthritis patients. *Cureus*. 2022; 14 (1): e21276.

Correspondencia:

Yareli Lizbeth Rubio Sánchez

E-mail: yare29liz@gmail.com