

Luxación temporomandibular

Raúl Carrillo Esper,* Francisco Javier Ramírez Rosillo,** Mónica Tatiana Salazar Leaño,***
José Rogelio Sánchez García*** Oscar Morones Romero***

INTRODUCCIÓN

Enfermo, 76 años, que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) proveniente de quirófano posterior a drenaje de hematoma subdural derecho. A la exploración física se observa imposibilidad para la oclusión de la boca. A la palpación con dolor a nivel de la articulación tempo-

romandibular, los cóndilos mandibulares por delante de la cavidad glenoidea. No se logra la oclusión oral total durante el desplazamiento mandibular. Con lo anterior se hace el diagnóstico de luxación temporomandibular bilateral que se corrobora radiográficamente (Figura 1).

Se procede a la reducción manual de la luxación y fijación mandibular mediante vendaje (Figura 2).



Figura 1. Luxación temporomandibular bilateral. Se observa imposibilidad para la oclusión de la boca (A y B). Radiografía lateral. Se observa desplazamiento anterior del cóndilo mandibular (Flecha, C).



Figura 2. Maniobra de Nelaton para reducción de luxación bilateral de articulación temporomandibular (A). Se observa oclusión total posterior a reducción (B). Radiografía lateral. Se observa el cóndilo mandibular en la cavidad glenoidea (Flecha, C).

* Jefe de la UTI, Fundación Clínica Médica Sur. Academia Nacional de Medicina. Academia Mexicana de Cirugía.

** Adscrito a la Terapia Intensiva, Fundación Clínica Médica Sur.

*** Residentes de la Especialidad de Medicina del Enfermo Adulto en Estado Crítico. UNAM. Fundación Clínica Médica Sur.

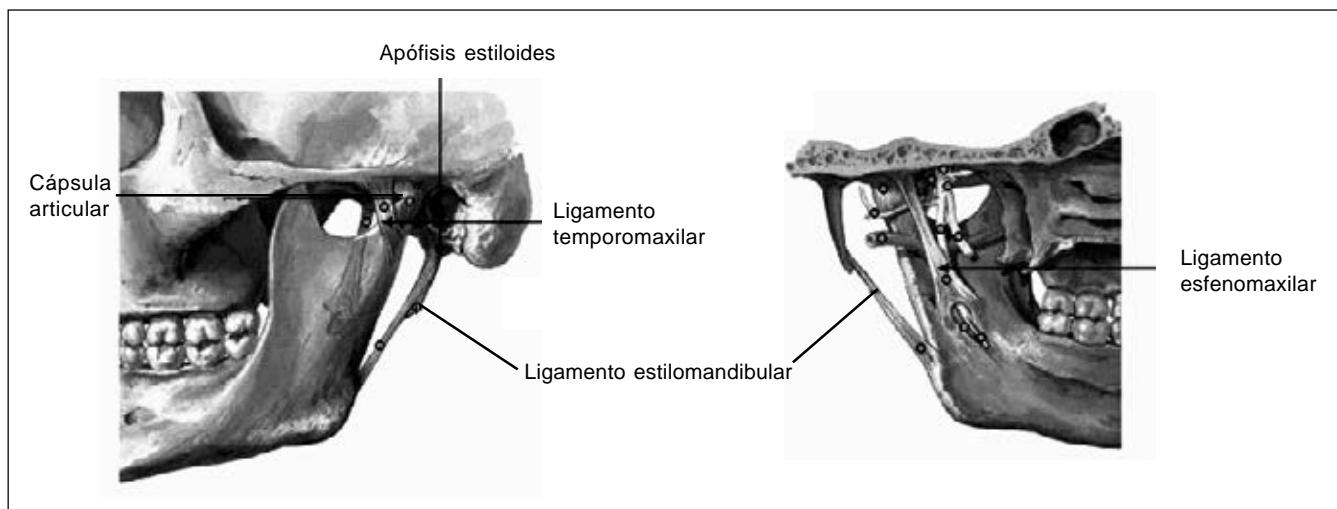


Figura 3. Componentes anatómicos de la articulación temporomandibular.

DISCUSIÓN

La articulación temporo-mandibular (ATM) está formada por un conjunto de estructuras anatómicas que permiten a la mandíbula realizar movimientos de laterales, anteroposteriores, de ascenso y descenso que son fundamentales para la función masticatoria, el habla y la deglución.

Los componentes anatómicos articulares que integran la ATM (Figura 3) son:^{1,2}

- **El cóndilo mandibular:** Eminencia de forma elipsoidea localizada en el borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula. Presenta una convexidad apreciable tanto en sentido sagital como frontal. Está unido a la rama ascendente por el llamado cuello del cóndilo.
- **El cóndilo del temporal:** Es un relieve localizado en la parte anterior de la cavidad glenoidea. Es convexo de delante a atrás.
- **La cavidad glenoidea:** Es una depresión de variable profundidad que se extiende en sentido anteroposterior desde el cóndilo temporal hasta el segmento anterior del conducto auditivo interno.
- **El menisco articular:** Es una lámina de tejido cartilaginoso en forma elíptica y contorneado en "S" itálica. El menisco y el cóndilo deben moverse de forma conjunta por la superficie del hueso temporal.
- **El sistema ligamentoso:** Comprende la cápsula y los ligamentos: lateral interno, posterior y accesorio.

- **Las sinoviales:** Se distribuyen en las cavidades articulares suprameniscal e inframeniscal y segregan líquido sinovial para lubricar la articulación.

La inervación de la ATM procede de ramas del nervio trigémino: rama auriculotemporal, maseterina y temporal profunda y la vascularización corre a cargo de las ramas temporales superficiales de la arteria y vena carótida externa.³ Los músculos que intervienen en los movimientos de la ATM son:

1. Músculos de apertura mandibular: vientre anterior del músculo digástrico, milohioideo, genihioideo y pterigoideo externo.
2. Músculos de elevación mandibular: temporal, masetero y pterigoideo interno.

En la luxación temporomandibular existe una separación completa de las superficies articulares. Se clasifican en:⁴

Por la localización del cóndilo:

- Anterior, la más frecuente, donde el cóndilo se localiza arriba y delante de la eminencia temporal (apariencia de bostejo del paciente).
- Posteromedial.

Por la duración:

- Aguda, minutos u horas.
- Mantenida, 2-3 meses (frecuente en UCI y ancianos).
- Recurrente.

En relación con los factores de riesgo, desencadenantes y etiología se debe de tomar en cuenta:⁵

Factores de Riesgo:

- **Funcionales:** Neuromuscular, bruxismo, osteoartrosis, hábitos (mordisquear objetos duros, fumar en pipa, músicos de instrumentos de viento).
- **Hereditarios:** Síndrome de Ehler-Danlos, corea de Huntington, distrofia miotónica.
- **Anatómicos:** Cabeza condilea anormal, eminencia articular plana.
- **Psiquiátricos:** Histeria, estrés.
- **Enfermedades neurológicas:** Enfermedad de Parkinson, epilepsia.

Factores Desencadenantes:

- Traumatismos articulares.
- Traumatismos en mentón con boca abierta.
- Manipulación bajo anestesia general y relajación neuromuscular.

Clínicamente la luxación se presenta como apertura oral persistente, incapacidad para cerrar la boca, limitación para la oclusión dental y dolor. En su fase aguda presenta intenso dolor, limitación del ángulo de movimiento y ausencia de "chasquido" articular durante la función, ya que el disco no se reduce y persiste en desplazamiento anterior; en la forma crónica disminuye el dolor y persiste el bloqueo.⁶

El tratamiento de la luxación de la ATM es manual, mediante las maniobras de Nelaton (si es una luxación bilateral) o Dupuis (si es unilateral). Las maniobras consisten en empujar con los pulgares los molares hacia abajo al tiempo que se eleva el mentón. Esto permite que el cóndilo "salte" la eminencia articular anterior y la presión negativa de la articulación lleve el cóndilo hacia atrás. El desplazamiento posterior no se recomienda debido a que no se vence el espasmo de los músculos elevadores y puede dañar el tejido retrodiscal. El tratamiento de la luxación crónica, de la aguda si no puede reducirse con las maniobras descritas. Y de la recurrente es quirúrgico, lo que se resuelve con una eminoplastia y el desplazamiento de un colgajo de músculo temporal para inhibir el desplazamiento anterior del cóndilo.^{7,8} En casos de luxación recurrente se puede utilizar la infiltración con toxina botulínica.⁹

REFERENCIAS

1. McKay GS, Yemm R. Estructura y función de la articulación temporo-mandibular. *Br Dent J* 1992; 173: 127-33.
2. Gonzalez S, Royo-Villanova ML. Nuevos aspectos en la fisiopatología de la oclusión dentaria. Morfología de la articulación temporo-mandibular. *Rev Europ de Odontoestomatología* 1990; 2: 181-6.
3. Stockstill J.W, Mohl ND. Valoración de ruidos de la articulación temporo-mandibular. Análisis, diagnóstico e implicaciones clínicas. *Clin Odont Nort* 1991; 1: 77-87.
4. Marrero C, Llombart D, Revilla A. Disfunción craneo-mandibular. Revisión bibliográfica del año 1993. *Archivos de Odontoestomatología* 1994; 10: 316-21.
5. Dixon DC. Diagnóstico por imagen de la articulación temporo-mandibular. *Clin Odont Nort* 1991; 1: 53-73.
6. Magdaleno F, Ginestal E, García VP. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas del bloqueo articular agudo. *Archivos de Odontoestomatología* 1993; 9: 64-72.
7. Okeson JP. Tratamiento de los trastornos de interferencia del disco articular. *Clin Odont Nort* 1991; 1: 29-49.
8. Gay-Escoda C. Eminectomy associated with redirection of the temporal muscle for treatment of recurrent TMJ dislocation. *J Cranio Maxillofac Surg* 1987; 15: 355-8.
9. Gilles R, Magistris MR, Hugentobler M, Jaquinet A, Richter M. Treatment of recurrent luxation of the temporomandibular joint with botulism toxin. *Rev Stomatol Chir Maxilofac* 2000; 101: 189-91.

Correspondencia:

Dr. Raúl Carrillo Esper
Unidad de Terapia Intensiva
Fundación Clínica Médica Sur
Puente de Piedra Núm. 150
Col. Toriello Guerra. Tlalpan
C.P. 14050, México, D.F.
Correo electrónico: rcarril@medicasur.org.mx