

# Luxación temporomandibular

Raúl Carrillo-Esper,<sup>\*,†,‡</sup> Francisco Javier Ramírez-Rosillo,<sup>\*</sup> Mónica Tatiana Salazar-Leaño,<sup>§</sup>  
José Rogelio Sánchez-García,<sup>§</sup> Óscar Morones-Romero,<sup>§</sup> Luis Daniel Carrillo-Córdova,<sup>||</sup>

## RESUMEN

Paciente de 76 años de edad con diagnóstico de luxación temporomandibular realizado por medio del examen clínico y apoyado con estudios radiológicos. El paciente tuvo una recuperación clínica completa y no existieron secuelas tras el tratamiento. Los médicos deben recordar que las formas de presentación más frecuentes de la luxación temporomandibular son dolor agudo, chasquidos o crepitación en torno a la articulación, dificultad para abrir u ocluir la boca, espasmo de los músculos masticatorios y cefalea asociada. Esta patología se presenta principalmente en personas sometidas a estrés físico, mal oclusión, irritación dental, ansiedad y malos hábitos orales.

**Palabras clave.** Temporomandibular. Luxación. Disfunción.

## ABSTRACT

We report a case of temporomandibular luxation in a 76-year-old man in the intensive care unit. The clinical manifestations and the radiology studies supported the diagnosis. The patient had a full clinical recovery without any sequelae after the conservative management of this disease. Clinicians should remember that temporomandibular luxation most often presents as acute pain, clicking, or crepitus around the joint, difficulty in opening the mouth, masticatory muscle spasm, and possible associated headache, particularly in the people that present malocclusion, dental irritation, physical stress, anxiety, and bad oral habits.

**Key words.** Temporomandibular. Dislocation. Dysfunction.

## INTRODUCCIÓN

La luxación de la articulación temporomandibular (ATM) se define como la separación completa de las superficies articulares de los cóndilos mandibulares, clasificándose en anterior y posteromedial. Los factores desencadenantes son traumatismos articulares, traumatismos en mentón con boca abierta y manipulación bajo anestesia general y relajación neuromuscular. La patología de la ATM es común, las principales manifestaciones físicas son dolor, chasquido o crepitación de la articulación, dificultad para abrir la boca, espasmo de los músculos masticadores y cefalea;<sup>1</sup> sin embargo, estos signos y síntomas son compartidos por otras patologías. Actualmente se reconoce que la disfunción de la ATM es resultado de la hiperactividad de los músculos masticadores, irritación dental, estrés físico, ansiedad y malos hábitos orales.<sup>2</sup> El

mecanismo fisiopatológico y la causa específica que desencadena esta patología aún no están del todo claros y los distintos métodos para tratar esta enfermedad (terapia conservadora, fármacos y férulas oclusivas) actualmente presentan mucha controversia.

Se presenta el caso de un paciente de 76 años de edad con diagnóstico de luxación temporomandibular realizado por medio de exploración física y estudios radiológicos. En este trabajo se realiza una pequeña revisión de la literatura de la anatomía de esta articulación y de su patología.

## CASO CLÍNICO

Enfermo de 76 años que ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) proveniente de quirófano posterior a drenaje de hematoma subdural derecho. A la exploración

\*UTI, Fundación Clínica Médica Sur.

<sup>†</sup>Academia Nacional de Medicina. Academia Mexicana de Cirugía.

<sup>‡</sup>Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

<sup>§</sup>Especialidad de Medicina del Enfermo Adulto en Estado Crítico, UNAM.

<sup>||</sup>Cirugía General, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Correspondencia:

Dr. Raúl Carrillo-Esper

Unidad de Medicina Intensiva, Fundación Clínica Médica Sur. Puente de Piedra, Núm. 150, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050, México, D.F.  
Tel.: 5424-7239. Correo electrónico: revistacma95@yahoo.com.mx



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



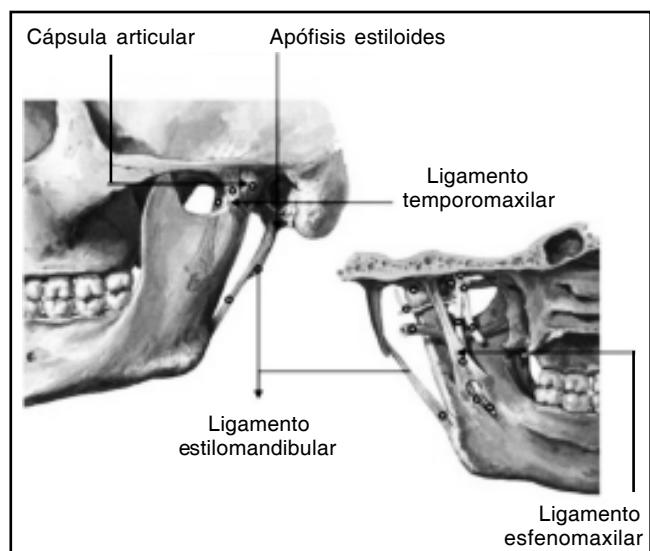
**Figura 2.** **A.** Maniobra de Nelaton para reducción de luxación bilateral de articulación temporomandibular. **B.** Oclusión total posterior a reducción. **C.** Radiografía lateral. Se observa el cóndilo mandibular en la cavidad glenoidea (flecha).

física se observó imposibilidad para la oclusión de la boca. A la palpación presentó dolor a nivel de la articulación temporomandibular (ATM), los cóndilos mandibulares por delante de la cavidad glenoidea. No se logró la oclusión oral total durante el desplazamiento mandibular. Con lo anterior se hizo el diagnóstico de luxación temporomandibular bilateral que se corroboró radiográficamente (Figura 1). Se procedió a la reducción manual de la luxación y fijación mandibular mediante vendaje (Figura 2).

## DISCUSIÓN

La ATM está formada por un conjunto de estructuras anatómicas que permiten a la mandíbula realizar movimientos laterales, anteroposteriores, de ascenso y descenso que son fundamentales para la función masticatoria, el habla y la deglución.<sup>3</sup>

Los componentes anatómicos articulares que integran la ATM (Figura 3) son:<sup>4</sup>



**Figura 3.** Componentes anatómicos de la articulación temporomandibular.

- **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.
- **Cóndilo del temporal.** Relieve localizado en la parte anterior de la cavidad glenoidea. Es convexo desde adelante hacia atrás.
- **Cavidad glenoidea.** Depresión de profundidad variable que se extiende en sentido anteroposterior desde el cóndilo temporal hasta el segmento anterior del conducto auditivo interno.
- **Menisco articular.** 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.
- **Sistema ligamentoso.** Comprende la cápsula y los ligamentos lateral interno, posterior y accesorios.
- **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.<sup>5</sup> Los músculos que intervienen en los movimientos de la ATM son los músculos a cargo de la apertura mandibular: vientre anterior del músculo digástrico, milohioideo, genihioideo y pterigoideo externo, y los músculos encargados de la elevación mandibular: temporal, masetero y pterigoideo interno.

En la luxación temporomandibular existe una separación completa de las superficies articulares, las cuales se clasifican con base en su localización y duración.<sup>6</sup> Por la localización del cóndilo se clasifican en anterior (la más frecuente, donde el cóndilo se localiza arriba y delante de la eminencia temporal con apariencia de bostezo del paciente) y posteromedial; ésta es de presentación infrecuente. Por la duración ésta puede ser aguda (minutos a horas), crónica (meses a años) y recurrente.

En relación con los factores de riesgo y desencadenantes se deben de tomar en cuenta distintas variables:<sup>7</sup>

- Anormalidades funcionales y neuromusculares de la ATM: bruxismo y osteoartrosis.
- Malos hábitos orales: mordisquear objetos duros, fumar en pipa; músicos de instrumentos de viento.
- Factores hereditarios: síndrome de Ehler-Danlos, corea de Huntington y la distrofia miotónica.

- Variables anatómicas como una cabeza condilea anormal y la eminencia articular plana.
- Factores psiquiátricos (histeria y estrés emocional).
- Enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, epilepsia, etc.).

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.<sup>8</sup>

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 retrodisco. El tratamiento de la luxación crónica y aguda que no pueden reducirse con las maniobras descritas es el quirúrgico, así como el de la luxación recurrente. Este procedimiento consiste en una eminoplastia y el desplazamiento de un colgajo de músculo temporal para inhibir el desplazamiento anterior del cóndilo.<sup>9,10</sup> En casos de luxación recurrente también se puede utilizar la infiltración con toxina botulínica.<sup>11</sup>

El clínico siempre tiene que tener presente el posible diagnóstico de esta patología para brindar así el tratamiento adecuado y en tiempo para evitar que cronifique y requiera de manejos más agresivos.

## ABREVIATURAS

- ATM: Articulación temporomandibular.
- UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

## REFERENCIAS

1. Carlsson GE, Egermark I, Magnusson T. Predictors of signs and symptoms of temporomandibular disorders: a 20-year follow-up study from childhood to adulthood. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 180-5.
2. Ishimaru JI, Handa Y, Kurita K, Goss AN. The effect of occlusal loss on normal and pathological temporomandibular joint: an animal study. *J Crano-Maxillofac Surg* 1994; 22: 95-102.
3. McKay GS, Yemm R. Estructura y función de la articulación temporo-mandibular. *Br Dent J* 1992; 173: 127-33.

4. 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.
5. Stockstill JW, Mohl ND. Valoración de ruidos de la articulación temporo-mandibular. Análisis, diagnóstico e implicaciones clínicas. *Clin Odont Nort* 1991; 1: 77-87.
6. Marrero C, Llombart D, Revilla A. Disfunción craneo-mandibular. Revisión bibliográfica del año 1993. *Archivos de Odontoestomatología* 1994; 10: 316-21.
7. Dixon DC. Diagnóstico por imagen de la articulación temporo-mandibular. *Clin Odont Nort* 1991; 1: 53-73.
8. Magdaleno F, Ginestal E, García VP. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas del bloqueo articular agudo. *Archivos de Odontoestomatología* 1993; 9: 64-72.
9. Okeson JP. Tratamiento de los trastornos de interferencia del disco articular. *Clin Odont Nort* 1991; 1: 29-49.
10. 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.
11. 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.