

Multimed 2015; 19(4)

JULIO-AGOSTO

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones discales temporomandibulares

Evaluation of the protocol for the diagnosis and treatment of the temporomandibular discal alterations

Marcos Ros Santana; ¹ Ileana B. Grau León; ² Yanireydis Moreno Chala; ³ René Salso Morell.

⁴

1 Especialista de Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Profesor Auxiliar. Clínica de Especialidades Estomatológicas de Bayamo "Manuel Cedeño". Bayamo. Granma. E-mail: marcosr@grannet.grm.sld.cu

2 Especialista de Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Doctora en Ciencias Estomatológicas. Profesora Titular. Facultad de Estomatología de La Habana "Raúl González Sánchez". La Habana.

3 Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Asistente. Clínica de Especialidades Estomatológicas de Bayamo "Manuel Cedeño". Bayamo. Granma.

4 Especialista de Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Asistente. Clínica de Especialidades Estomatológicas de Bayamo "Manuel Cedeño". Bayamo. Granma.

RESUMEN

Las alteraciones del complejo cóndilo-disco de la articulación temporomandibular pueden considerarse un espectro continuo de trastornos progresivos. Se realizó un estudio cuasi-experimental en 48 pacientes mayores de 15 años pertenecientes a la Clínica de Especialidades Estomatológicas de Bayamo, provincia Granma, desde enero a julio del 2014 con el propósito de evaluar los resultados de la aplicación de un protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del complejo cóndilo-disco de la articulación temporomandibular. Se evaluaron algunas variables de interés; a los datos obtenidos se les

realizó análisis estadístico. A los tres meses de evolución hubo un incremento estadísticamente significativo del número de pacientes sin dolor ($p < 0,05$), y una reducción del número de pacientes con restricción de la apertura bucal. El protocolo de tratamiento resultó efectivo pues se logró reducir el dolor e incrementar el rango de apertura bucal en más del 70% de los pacientes tratados.

Descriptores DeCS: TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR/diagnóstico; TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR/terapia

ABSTRACT

The alterations of the complex condyle-disk of the temporomandibular joint can be considered a constant spectrum of progressive disorders. A quasi-experimental study was performed in 48 patients older than 15 years belonging to the Specialty Stomatology Clinic of Bayamo, Granma, from January to July of 2014, with the purpose of evaluating the results of the protocol implementation for the diagnosis and treatment of the complex condyle-disk disorders of the temporomandibular joint. Some variables of interest were evaluated; the statistical analysis was performed to the obtained data. After three months of evolution there was a statistically significant increase in the number of patients without pain ($p < 0.05$), and a reduction of the amount of patients with restricted mouth opening. The treatment protocol was effective because it was able to reduce pain and to increase the range of mouth opening in more than 70% of patients treated.

Subject heading: TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDERS/diagnosis; TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDERS/therapy

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones del complejo cóndilo-disco representan un cambio en la relación anatómica normal entre el disco y el cóndilo, lo que interfiere en el movimiento suave de la articulación temporomandibular. Estos trastornos se manifiestan por toda una gama de alteraciones, la mayoría de las cuales puede considerarse un espectro continuo de trastornos progresivos asociados a macrotraumatismos y microtraumatismos. Se incluyen en este grupo el desplazamiento discal, la luxación discal con reducción y la luxación discal sin reducción.¹⁻⁷

El desplazamiento discal constituye el primer estadio de este grupo de alteraciones. En este trastorno funcional el disco articular se encuentra desplazado con respecto al cóndilo, pero no ha perdido el contacto con la superficie articular del mismo. El término luxación discal con reducción significa que el disco luxado regresa a su posición normal en relación con el cóndilo durante la apertura de la boca, aunque vuelve a luxarse durante el cierre mandibular. En la luxación discal sin reducción el disco se encuentra dislocado con relación al cóndilo y durante los movimientos normales de la mandíbula no retorna a su posición normal respecto al cóndilo.⁶

Las alteraciones del complejo cóndilo-disco son muy comunes en la práctica estomatológica diaria y una causa importante de urgencias estomatológicas. Según Okeson⁶ y Naeije⁷ afectan del 18 al 35% de la población, de tres a cinco veces más al sexo femenino que al masculino y son más comunes entre la segunda y la cuarta década de vida.

A pesar del desarrollo científico-tecnológico alcanzado en el campo de la estomatología, estas alteraciones aún constituyen un importante problema de salud. Su exacto diagnóstico y tratamiento resulta ser una tarea difícil y confusa para el estomatólogo, pues estos desórdenes tienen una forma de presentación clínica muy similar e incluso muchas veces el paciente presenta otros trastornos funcionales de la articulación o la musculatura asociados, por lo que el estomatólogo puede confundirse fácilmente.

Aunque existen trabajos publicados donde se utilizan algunas variantes terapéuticas en las alteraciones del complejo cóndilo-disco, no existen referencias ni documentos nacionales sobre la aplicación de un protocolo basado en la evidencia científica y el consenso de expertos donde se precise el diagnóstico y las variantes de tratamiento a emplear ante este grupo de alteraciones en el contexto cubano. Se requiere como una necesidad científica y social de un protocolo que facilite a los profesionales de la estomatología diagnosticar y tratar de forma certera, ágil y oportuna estos trastornos, con un uso racional de los recursos con que se cuentan, lo que nos motivó a realizar la presente investigación con el objetivo de evaluar el resultado de la aplicación de un protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del complejo cóndilo-disco de la articulación temporomandibular.

MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi-experimental modalidad antes y después sin grupo control. El universo estuvo conformado por 54 pacientes mayores de 15 años con alteraciones del complejo cóndilo-disco de la articulación temporomandibular, atendidos en la Clínica de

Especialidades Estomatológicas "Manuel Cedeño" de Bayamo, provincia Granma, Cuba, desde el 5 de enero hasta el 31 de julio del 2014.

Se incluyeron en la investigación todos los pacientes mayores de 15 años afectados con alteraciones del complejo cóndilo-disco que desearon participar en la misma de forma voluntaria. Se excluyeron pacientes con trastornos mentales psicóticos, desdentados totales y parciales del sector anterior donde la falta de dientes imposibilitó llevar a cabo las mediciones de los rangos de movimiento mandibular, para un total de cuatro pacientes. Se consideró como criterio de salida la pérdida del seguimiento por cualquier causa, dos pacientes. La muestra quedó finalmente constituida por 48 pacientes.

Se delimitaron algunas variables, tales como: intensidad del dolor, el cual se evaluó en leve, moderado e intenso a través de la Escala Analógica Visual (EVA). Presencia de dolor articular al movimiento, a la palpación, dolor muscular asociado, chasquidos, cefalea, sintomatología auditiva, restricción al movimiento de apertura (menos de 40mm), restricción al movimiento de lateralidad y propulsión (menos de 8mm). Se utilizó una escala dicotómica en Sí o No.

A todos los pacientes se les aplicó el protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del complejo cóndilo-disco de la articulación temporomandibular diseñado por el autor principal del presente trabajo y validado a través de una técnica Delphy (anexo). En este diseño se tuvo en cuenta la evidencia científica más actualizada existente en el tema.

El diagnóstico se realizó por un especialista en prótesis estomatológica quien utilizó el citado protocolo. Se evaluaron las variables de interés y se aplicó el protocolo de tratamiento. A los tres meses de evolución se reevaluaron las variables para comprobar la efectividad del mismo. La evaluación de las variables antes y después del tratamiento se llevó a cabo por un investigador que no aplicó tratamiento.

Se consideraría efectivo el protocolo de tratamiento si el 70% de los pacientes experimentaban una reducción de la intensidad del dolor y se restablecía en ellos además el rango de apertura bucal en 40mm o más.

Todos los pacientes recibieron una adecuada explicación relacionada con el estudio y la importancia del mismo. Se explicó además su derecho a abandonar el mismo en cualquier momento que lo deseara sin que esto repercutiera en sus cuidados médicos.

La información necesaria para conformar las variables se plasmó en una planilla de recolección de datos confeccionada para cada uno de los pacientes.

La medida resumen que se utilizó fue el porcentaje para las variables cualitativas. Para identificar la significación de los cambios de las sintomatologías en las variables cualitativas con respuesta dicotómica se utilizaron las pruebas estadísticas de Wilcoxon y Ji al Cuadrado

de Mc-Nemar con una significación estadística $p \leq 0,05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21 para Windows.

RESULTADOS

En la tabla 1 se relacionan los diagnósticos de las alteraciones del complejo cóndilo-disco presentes en los pacientes estudiados. El tipo de alteración más frecuente lo constituyó el desplazamiento discal 52,08%, seguido por las luxaciones discales con reducción la que se diagnosticó en el 39,59% de los pacientes.

Tabla 1. Diagnóstico de las alteraciones del complejo cóndilo-disco.

Diagnóstico	No	%
Desplazamiento discal	25	52,08
Luxación discal con reducción	19	39,59
Luxación discal sin reducción	4	8,33
Total de pacientes	48	100

Los signos y síntomas presentes en los pacientes con desplazamiento discal se muestran en la tabla 2. Antes de iniciar el protocolo de tratamiento el 92% de los pacientes mostraban dolor articular al movimiento, el cual era identificado de leve intensidad según la escala analógica Visual (EVA). El 100% de los pacientes mostró chasquidos y sólo el 40% manifestaba dolor muscular asociado a la disfunción. A los tres meses de iniciado el tratamiento los resultados obtenidos fueron estadísticamente significativos pues el 100% de los pacientes estaba libre de dolor, y el porcentaje con chasquidos se redujo al 44%, resultados logrados en el 100% de los pacientes con la aplicación de los siete primeros aspectos del tratamiento. En el 40% de los pacientes se requirió comenzar con un dispositivo de reposicionamiento anterior y en el 60% con una férula de estabilización.

Tabla 2. Signos y síntomas presentes en pacientes con desplazamiento discales antes y después del tratamiento.

Signos y síntomas	Desplazamiento Discal
-------------------	-----------------------

	Antes de tratamiento		Después del tratamiento		Significación estadística
	No	%	No	%	
Sin dolor	2	8	25	100	.000b
Dolor leve	23	92	0	0	.000b
Dolor articular al movimiento	23	92	0	0	.000b
Dolor articular a la palpación	8	32	0	0	.008b
Dolor muscular asociado	10	40	0	0	.002b
Chasquidos	25	100	11	44	.000b

n=25

b. Se ha usado la distribución binomial

En la tabla 3 se aprecian los pacientes afectados con luxaciones discales con reducción, de ellos, antes del tratamiento el 100% presentó chasquido y dolor articular asociado a la disfunción durante el movimiento. El 63,16% de los pacientes identificó su dolor como moderado según la escala analógica visual. Apareció en este grupo cefalea y síntomas auditivos asociados 26,32% y 15,79% respectivamente. A los tres meses de tratamiento resultó estadísticamente significativo que el 94,74% de los pacientes se encontraba libre de dolor, no así el chasquido el que se mantuvo presente en todos los pacientes, sin embargo este era sensiblemente menos notorio a la palpación y referido por el paciente como menos molesto. La cefalea y los síntomas auditivos desaparecieron en la totalidad de los pacientes atendidos. En ningún paciente se requirió utilizar alguna variante invasiva o tratamiento quirúrgico, el 100% de los mismos resolvió su sintomatología dolorosa con la aplicación de los siete primeros aspectos del tratamiento. En el 57,89% de los pacientes se requirió comenzar con un dispositivo de reposicionamiento anterior y en el 42,11% con una férula de estabilización.

Tabla 3. Signos y síntomas presentes en pacientes con luxación discal con reducción antes y después del tratamiento.

Signos y síntomas	Luxación Discal con Reducción				
	Antes de tratamiento		Después del tratamiento		Significación estadística
	No	%	No	%	
Sin dolor	0	0	18	94,74	.000b
Dolor leve	4	21,05	1	5,26	.250b
Dolor moderado	12	63,16	0	0	.000b
Dolor intenso	3	15,79	0	0	.250b
Dolor articular al movimiento	19	100	1	5,26	.000b
Dolor articular a la palpación	7	36,84	0	0	.016b
Dolor muscular asociado	9	47,37	0	0	.004b
Chasquidos	19	100	19	100	1.000
Cefalea	5	26,32	0	0	.063b
Síntomas auditivos	3	15,79	0	0	.250b

n=19

b. Se ha usado la distribución binomial

Los pacientes con luxaciones discales sin reducción y su conjunto de signos y síntomas se relacionan en la tabla 4. El 100% acudió a consulta con dolor intenso y espontáneo en la región articular, que se incrementaba al movimiento, a la palpación y restricción de la apertura bucal de 25 a 30mm, con manifestaciones dolorosas en músculos de la masticación. En los cuatro pacientes se redujo la luxación con la técnica manual y se procedió con la secuencia descrita por el tratamiento para la luxación discal aguda. En tres de ellos la evolución fue buena pues no aparecieron nuevas luxaciones ni dolor a lo largo de tres meses.

En un paciente recidivó la luxación discal a las 72 horas de evolución y nuevamente a la semana, se consideró entonces como una luxación discal sin reducción crónica para lo cual se aplicaron los cinco primeros aspectos del tratamiento. A las tres semanas de evolución el dolor se había reducido sustancialmente. Se comenzó con ejercicios para incrementar el rango de apertura bucal, la que a los tres meses ya era de 37mm.

En este grupo a pesar de que a los tres meses de evolución el 100% de los pacientes se encontraba libre de dolor y sólo el 25% de los mismos mantenía un rango de apertura inferior a 40mm, los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos.

Tabla 4. Signos y síntomas presentes en pacientes con luxación discal sin reducción antes y después de tratamiento.

Signos y Síntomas	Luxación Discal sin Reducción				
	Antes del tratamiento		Después del tratamiento		Significación estadística
	No	%	No	%	
Sin dolor	0	0	4	100	.125b
Dolor intenso	4	100	0	0	.125b
Dolor articular espontáneo	4	100	0	0	.125b
Dolor articular al movimiento	4	100	0	0	.125b
Dolor articular a la palpación	4	100	0	0	.125b
Dolor muscular asociado	4	100	0	0	.125b
Restricción movimiento apertura	4	100	1	25	.125b

n=4**b. Se ha usado la distribución binomial**

DISCUSIÓN

Los protocolos médicos describen la secuencia de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud. Constituyen una herramienta muy útil en la práctica médica pues mejoran la rapidez en el diagnóstico, el tratamiento resulta más efectivo y menos costoso tanto para el paciente como para la entidad prestadora de salud.

Los resultados obtenidos en el presente estudio son similares a la mayoría de los autores consultados, así Deregibus y colaboradores ⁸ diagnosticaron desplazamientos y luxaciones discales con reducción en el 53% de las articulaciones examinadas, sólo el 23% presentó luxación discal sin reducción. Poveda ⁹ diagnosticó luxaciones discales con reducción en el 32,1% de los pacientes atendidos y luxación discal sin reducción en el 8,6%.

Según nuestra experiencia clínica los desplazamientos discales constituyen la alteración funcional interna más frecuente en la práctica diaria. Generalmente estos desplazamientos por cuestiones anatómicas y funcionales ocurren en posición anteromedial y tienen como principales factores de riesgo los macrotraumatismo y microtraumatismos.

Los chasquidos con dolor articular asociado constituyen sin lugar a dudas los signos y síntomas más frecuentes y característicos en este grupo de alteraciones que obligan a los pacientes a buscar ayuda profesional. A diferencia de nuestra investigación Ozdemir ¹⁰ encontró dolor articular sólo en el 31,8% de los pacientes estudiados, y dolor muscular asociado en el 27,3%. Algunas investigaciones reportan resultados positivos en la reducción del dolor articular y los chasquidos después de aplicar algunas variantes de tratamiento. Kurita y colaboradores ¹¹ realizaron un ensayo clínico aleatorizado y triple ciegas en el que aplicaron dispositivo de estabilización y antiinflamatorios no esteroideos, con lo cual lograron reducir significativamente el dolor en la mayoría de los pacientes tratados $p < 0,05$. Hossein ¹² trató con analgésicos, relajantes musculares y férula de estabilización nocturna a 138 pacientes con dolor y ruidos articulares. En el 64% de ellos el dolor articular y los ruidos se aliviaron totalmente. Rodrigues Conti ¹³ realizó una investigación donde concluyó que el uso a tiempo parcial del dispositivo de reposicionamiento anterior resulta efectivo para el control del dolor intraarticular y la disfunción en pacientes con alteraciones discales, sin riesgo de cambios oclusales irreversibles. Nuestros resultados coinciden con los estudios referidos anteriormente pues en la mayoría de nuestros pacientes se logró eliminar el síntoma dolor después de tres meses de evolución. En nuestra investigación al igual que en la del profesor Rodrigues Conti ¹³, se logró la supresión del dolor en todos los pacientes donde se utilizó el dispositivo de reposicionamiento anterior a tiempo parcial sin cambios oclusales indeseables, sin embargo resulta importante señalar que este dispositivo debe reservarse para los pacientes donde al colocar la mandíbula en una posición adelantada se disminuye o suprime el dolor, de lo contrario es preferible comenzar con un dispositivo de estabilización por su eficacia y seguridad.

Con relación al chasquido consideramos este puede desaparecer en aquellos desplazamientos discales iniciales de poco tiempo de evolución, siempre y cuando se controlen adecuadamente los factores de riesgo presentes, sin embargo, en los desplazamientos discales avanzados, de larga evolución, o en luxaciones discales con reducción donde ya existen cambios anatómicos intraarticulares irreversibles es muy difícil lograr la total supresión del ruido articular, en estos pacientes generalmente se logra una disminución de la frecuencia y la intensidad del mismo con un tratamiento adecuado.

Las luxaciones discales sin reducción constituyen el estadio más avanzado de los desórdenes discales. Numerosas investigaciones reportan resultados satisfactorios con la utilización de terapia mínimamente invasiva en este trastorno: Harvey y colaboradores ¹⁴ con artrocentesis lograron incrementar la apertura oral y disminuir el dolor articular en 30 pacientes afectados.

Nascimento y colaboradores ¹⁵ alcanzaron los mejores resultados en el grupo donde aplicaron bloqueo anestésico auriculotemporal más terapia física de masaje y estiramiento muscular.

Manfredini ¹⁶ a través de un metaanálisis comparó la aplicación de tratamientos conservadores e invasivos en la luxación discal sin reducción. El autor concluyó en que en la mayoría de las comparaciones realizadas no se obtuvo diferencias estadísticas significativas entre ambos tratamientos. Según el autor las evidencias sugieren que los pacientes afectados con esta alteración deben ser tratados inicialmente con los tratamientos menos invasivos y se debe de valorar adecuadamente el riesgo-beneficio antes de pasar a un tratamiento invasivo.

Schiffman y colaboradores ¹⁷ en un ensayo clínico controlado y aleatorizado en 106 pacientes con luxación discal sin reducción compararon cuatro estrategias de tratamiento: tratamiento médico, rehabilitación no quirúrgica, artroscopia quirúrgica y artroplastia. No se obtuvieron diferencias significativas entre los tratamientos. Los autores al concluir recomiendan que el tratamiento no quirúrgico debe ser empleado antes de acudir a la cirugía.

Coincidimos con la recomendación realizada por Manfredini ¹⁶ y Schiffman.¹⁷ En nuestra investigación no fue necesario la aplicación de tratamientos invasivos, todos los pacientes mejoraron su sintomatología con las variantes no quirúrgicas del tratamiento.

Consideramos resulta importante en la luxación discal sin reducción aguda aplicar la técnica de reducción discal manual lo antes posible, para reducir el dolor y restablecer el rango de apertura bucal normal. Mientras más tiempo pasa el paciente sin recibir tratamiento, se reducen sustancialmente las posibilidades de recapturación discal y con ello el trastorno tiende a la cronicidad.

Zonnenberg AJ ¹⁸ en un ensayo clínico trató con férula de estabilización 37 pacientes con luxación discal sin reducción y limitación de la apertura. El 8,1% de los pacientes logró incrementar el rango de apertura a los tres meses, el 35,1% a los 6 meses y el 89,1% al año. Coincidimos con Zonnenberg AJ ¹⁸ al utilizar el dispositivo de estabilización en estos casos el que puede ser de gran utilidad. En nuestro paciente con luxación discal sin reducción crónica la aplicación del tratamiento facilitó la disminución del dolor y el incremento sustancial del rango de la apertura bucal al cabo de tres meses de evolución.

CONCLUSIONES

El protocolo de tratamiento utilizado para las alteraciones del complejo cóndilo-disco de la articulación temporomandibular incluye un conjunto de variantes terapéuticas adecuadamente respaldadas científicamente, que transitan de forma escalonada desde medidas generales a

tratamientos específicos en dependencia a las características clínicas individualidades del paciente, sin dejar de considerar los factores de riesgo. El mismo resultó efectivo pues se logró reducir el dolor e incrementar el rango de apertura bucal en los pacientes tratados.

ANEXO. Protocolo para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del complejo cóndilo-disco de la articulación temporomandibular.

Diagnóstico de los desplazamientos discales y luxaciones discales con reducción.

- El paciente mostrará chasquidos en apertura o en apertura y cierre a grados de aperturas diferentes. Puede haber o no dolor asociado. Cuando aparece siempre estará asociado a la disfunción.
- La velocidad o fuerza con que se realice la apertura bucal, una leve protrusión mandibular o el uso de depresores linguales entre ambas arcadas pueden hacer que el chasquido desaparezca, cambie de posición o intensidad. Todos los días el paciente no mostrará el chasquido con la misma intensidad, esto estará influenciado por el tono muscular presente.
- En los desplazamientos discales habrá amplitud normal de movimientos. A diferencia del anterior en la luxación discal con reducción el paciente experimenta sensación de traba o bloqueo durante los movimientos, muchas veces necesita realizar un movimiento excéntrico para vencer esta limitación tras lo cual ocurre una desviación de la línea media hacia el lado afectado y aparece el chasquido. A partir de ese momento la mandíbula realiza la apertura bucal libremente sin limitaciones.

Tratamiento de los desplazamientos discales y luxaciones discales con reducción

La meta del tratamiento consiste en reducir el dolor.

1. Explicar el trastorno al paciente y la posibilidad de influir personalmente en ese problema.
2. Uso de dispositivo oclusal. Se comenzará con un dispositivo de estabilización para uso nocturno por tres meses a un año. Si al colocar la mandíbula en una posición ligeramente adelantada el dolor disminuye de intensidad se comenzará entonces con un dispositivo de reposicionamiento anterior de uso nocturno por ocho semanas. Transcurrido este período se deberá reducir la ortosis gradualmente hasta la posición de relación céntrica donde el

paciente terminará nuevamente con un dispositivo de estabilización durante tres meses a un año.

3. Ibuprofeno 1 tableta de 400mg cada 8 horas por 15 días si existiera inflamación sobreañadida, siempre y cuando no existan enfermedades sistémicas que contraindiquen su uso.

4. Termoterapia. Calor húmedo en el área dolorosa 20 minutos cuatro veces al día. Si al cabo de tres días de tratamiento no se experimentara mejoría pasar a aplicar frío. El 50% de los pacientes pueden responder favorablemente al calor y el otro 50% al frío.

5. Se indicará dieta blanda, masticación lenta, llevar a la boca cantidades pequeñas de alimentos, movimientos mandibulares pasivos. Se evitará el uso de chicles y la sobrecarga en la articulación. Se controlarán los posibles factores contribuyentes (posturales, hábitos inadecuados, estrés, bruxismo).

6. La manipulación de descarga de la articulación puede ser efectiva para facilitar la cicatrización. Se procederá a rehabilitar los pacientes desdentados parciales una vez que se haya eliminado el dolor.

7. Se valorará la estabilidad ortopédica una vez que el individuo se encuentre sin dolor y que haya utilizado el dispositivo de estabilización por un tiempo no menor de tres meses.

- Si no existe inestabilidad ortopédica se disminuirá lenta y gradualmente el uso del dispositivo de estabilización hasta su totalidad a menos que el paciente padezca de bruxismo. En este caso se continuará su uso por un año.
- Si existe inestabilidad ortopédica se corregirá a través de: tallados selectivos, ajustes oclusales, prótesis fija, técnicas de ortodoncia o incluso en caso más desfavorables la cirugía ortognática. Estos tratamientos siempre se comenzarán de menor a mayor en dependencia a la complejidad del caso.

8. Si pese al tratamiento anterior el paciente no experimentara alivio del dolor se aplicará una única inyección intracapsular de 1cc de hidrocortisona. De no ocurrir mejoría se podrá tomar como alternativa la artrocentesis.

9. La cirugía abierta de la articulación temporomandibular constituiría la última alternativa de tratamiento a emplear.

La luxación discal con reducción cuando no cursa con dolor o traba importante no lleva tratamiento solo vigilancia epidemiológica.

Diagnóstico de la luxación discal sin reducción en fase aguda

El diagnóstico se llevará a cabo a través de la anamnesis y el examen clínico.

- El paciente mostrará historia de chasquidos que desaparecen con una limitación súbita de la apertura bucal (25-30mm), a menos que la causa del trastorno sea un macrotraumatismo. Habrá deflexión hacia el lado afectado durante la apertura con sensación final dura.
- Movimiento laterales normales hacia el lado afectado y restringidos hacia el lado contralateral. Si el trastorno es bilateral los movimientos de lateralidad y protrusión estarán severamente afectados o abolidos.
- Habrá dolor articular a la palpación y durante la función. Se detectará además restricción de la traslación condilar. La carga articular bimanual resultará dolorosa.
- El paciente notará contactos oclusales primarios. Hiperoclusión ipsolateral.

Diagnóstico de la luxación discal sin reducción en fase crónica

- El paciente referirá una larga evolución de ruidos articulares (clic) que desaparecieron tras una repentina limitación de la apertura bucal que ocurrió hace varios meses y ha ido paulatinamente mejorando.
- Puede haber dolor ocasional, lo que de menor intensidad que en el estado agudo y usualmente se presenta como una sensación de rigidez.
- Pueden observarse radiográficamente algunos cambios osteoartríticos moderados.

Tratamiento de la luxación discal sin reducción en fase aguda

Metas del tratamiento: La reducción del disco articular luxado, el alivio del dolor y la restauración del rango de movimiento mandibular.

1. Explicar el trastorno al paciente y la posibilidad de influir personalmente en ese problema.

2. Recapturar el disco mediante técnica de reducción discal manual. Si se logra recapturar el disco se colocará un dispositivo de reposicionamiento anterior por tres semanas. Durante las primeras 72 horas este dispositivo se utilizará a tiempo completo. Si no se lograra reposicionar el disco aplicar tratamiento para luxación discal sin reducción crónica.
3. Ibuprofeno 1 tableta de 400mg cada 8 horas por 15 días. Metocarbamol 1 tableta de 750mg cada 8 horas por 15 días.
4. Termoterapia fría. Se empleará de 5 a 15 minutos tres veces al día. Si durante los tres primeros días de tratamiento el paciente no responde favorablemente sustituirla por calor.
5. Se indicará dieta blanda, masticación lenta, no abrir demasiado la boca y llevar cantidades pequeñas de alimentos. Se evitará el uso de chicles y la sobrecarga en la articulación. Se deben controlar los posibles factores contribuyentes (postural, hábitos inadecuados de dormir, estrés y bruxismo)
6. Se chequeará el paciente a las 72 horas para evaluar su evolución:
 - Si recurriera con traba y dolor articular se procederá a realizar la técnica de reducción manual del disco y se mantendría la misma secuencia de tratamiento.
 - Si acudiera con traba no dolorosa se aplicará tratamiento para la luxación discal sin reducción crónica.
 - Si buena evolución pasar al uso nocturno de la férula de reposicionamiento anterior.
7. Pasadas las tres semanas de uso del dispositivo de reposicionamiento anterior se comenzará a modificar la ortosis desde la posición anterior hasta una posición estable como la relación céntrica para finalizar con un dispositivo de estabilización por un año.

Tratamiento de la luxación discal sin reducción en fase crónica

1. Indicar al paciente limitar el uso y rango de movimientos a límites indoloros, no morder cosas duras ni masticar chicles.

2. Ultrasonido terapéutico. Se remitirá a una sala de fisioterapia utilizando un ultrasonido de 3MHz para aplicar 10 sesiones de ultrasonido diarias.
3. Distracción articular por el estomatólogo cada 72 horas. Puede ser necesario en *ocasiones* la inyección única de anestésico sin vasoconstrictor en el músculo pterigoideo lateral inferior para facilitar la maniobra.
4. Termoterapia tibia o fría 20 minutos durante 3 veces al día. Ibuprofeno 1 tableta de 400mg cada 8 horas por 15 días. Metocarbamol 1 tableta de 750mg cada 8 horas por 15 días.
5. Control de factores contribuyentes: bruxismo, estrés, factores oclusales. Se utilizará férula de estabilización para uso nocturno por un año.
6. Pasadas las tres primeras semanas de tratamiento se evaluará la sintomatología dolorosa. Si el paciente no ha experimentado mejoría se valorará la artrocentesis conjuntamente con el dispositivo de estabilización. Si la artrocentesis no lograra reducir la sintomatología dolorosa se podrá valorar en los centros asistenciales que cuenten con el equipamiento y el personal capacitado la realización de cirugía artroscópica.
7. En caso de ser necesario se pasará como última alternativa a la cirugía abierta de la articulación. Se valorará en este caso riesgo-beneficio.
8. Una vez estabilizada la sintomatología dolorosa del paciente se iniciará con un programa de ejercicios para incrementar el rango de apertura bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khan Mubeen, Vijayalakshmi KR, Gupta N. Low Intensity Laser Therapy in Disc Derangement Disorders of Temporomandibular Joint: A Review Article. Int J Odontostomat [Internet]. 2013 Ago [citado 13 Sep 2014]; 7(2): 235-239. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200013&lng=es
2. Altaf M, Ajaz S. Efficacy of Temporomandibular Joint Arthrocentesis on Mouth Opening and Pain in the Treatment of Internal Derangement of TMJ—A Clinical Study. J

- Maxillofac Oral Surg [Internet]. 2013 Apr [citado 05 Dic 2014]; 13(3):244–248. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12663-013-0522-7/fulltext.html>
3. Monje Gil F, Nitzan D, González Garcia R. Temporomandibular joint arthrocentesis. Review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2012 Jul [citado 13 Sep 2014]; 17(4):e575–e581. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3476018/>
 4. Bhargava D, Jain M, Deshpande A, Singh A, Jaiswal J. Temporomandibular Joint arthrocentesis for internal derangement with disc displacement without reduction. J Maxillofac Oral Surg [Internet]. 2012 Nov [citado 13 Sep 2014]; 11:1-6. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12663-012-0447-6/fulltext.html>
 5. Razek A, Belasy F, Ahmed W, Haggag M. Assessment of articular disc displacement of temporomandibular joint with ultrasound. J Ultrasound [Internet]. 2014 Oct [citado 13 Dic 2014];1-5. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s40477-014-0133-2/fulltext.html>.
 6. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 6ª ed. Filadelfia: Mosby; 2008.
 7. Naeije M, te Veldhuis AH, te Veldhuis EC, Visscher CM, Lobbezoo F. Disc displacement within the human temporomandibular joint: a systematic review of a 'noisy annoyance'. J Oral Rehabil [Internet]. 2013 Feb [citado 13 Sep 2014]; 40(2):139-158. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/joor.12016/>
 8. Deregibus A, Castroflorio T, De Giorgi I, Burzio C, Debernardi C. Diagnostic concordance between MRI and electrovibratography of the temporomandibular joint of subjects with disc displacement disorders. Dentomaxillofac Radiol [Internet]. 2013 Apr [citado 13 Sep 2014]; 42(4): 20120155. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667518/>.
 9. Poveda Roda R, Bagán JV, Sanchis JM, Carbonel E. Temporomandibular disorders. A case-control study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2012 Sep [citado 13 Sep 2014]; 17(5):e794–e800. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482524/>
 10. Ozdemir Karatas M, Peker K, Balik A, Uysal O, Tuncer E. Identifying potential predictors of pain-related disability in Turkish patients with chronic temporomandibular disorder pain. J Headache Pain [Internet]. 2013 Mar [citado 05 Dic 2014]; 14(1):17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3620509/>

11. Kurita Varoli F, Sucena Pita M, Sato S, Mardegan Issa JP, do Nascimento C, Pedrazzi V. Analgesia evaluation of 2 NSAID drugs as adjuvant in management of Chronic Temporomandibular Disorders. *Scient World J* [Internet]. 2015 [citado 28 Ene 2015];2015:7. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/aa/359152/>.
12. Hossein Mortazavi S, Kalantar Motamedi MH, Navi F, Pourshahab M, Bayanzadeh S, Hajmiragha H., et al. Outcomes of management of early temporomandibular joint disorders: How effective is nonsurgical therapy in the long-term. *Nati J Maxillofac Surg* [Internet]. 2010 Jul-Dec [citado 05 Dic 2014]; 1(2):108–111. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3304195/>
13. Rodrigues Conti PC, Silva Miranda JE, Ferreira Conti AC, Pegoraro LF, Pereira de Araújo CR. Partial time use of anterior repositioning splints in the management of TMJ pain and dysfunction: a one-year controlled study. *J Appl Oral Sci* [Internet]. 2005 Dec [citado 08 Dic 2014]; 13(4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572005000400006&lng=en&nrm=iso.
14. Harvey T, Neelakantan RS, Titus T. Role of Arthrocentesis in the Management of Acute Closed Lock of TM Joint: A Pilot study. *J Maxillofac Oral Surg* [Internet]. 2012 Dec [citado 08 Dic 2014];11(4):390–393. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3485470/>
15. Nascimento MM, Vasconcelos BC, Porto GG, Ferdinanda G, Nogueira CM, Raimundo RC. Physical therapy and anesthetic blockage for treating temporomandibular disorders: A clinical trial. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2013 Jan [citado 08 Dic 2014]; 18(1):e81-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548651/>.
16. Manfredini D. No significant differences between conservative interventions and surgical interventions for TMJ disc displacement without reduction. *Evidence-Based Dentistry* [Internet]. 2014 [citado 08 Dic 2014]; 15: 90–91. Disponible en: <http://www.nature.com/ebd/journal/v15/n3/full/6401049a.html>
17. Schiffman EL, Look JO, Hodges JS, Swift JQ, Decker KL, Hathaway KM., et al. Randomized Effectiveness Study of Four Therapeutic Strategies for TMJ Closed Lock. *J Dent Res* [Internet]. 2007 Jan [citado 08 Dic 2014]; 86(1):58–63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2278036/>
18. Zonnenberg AJ, Mulder J. The efficacy of a specific stabilization splint. *Cranio* [Internet]. 2014 Jan [citado 08 Dic 2014]; 32(1):68-74. Disponible en:

http://www.maneyonline.com/doi/abs/10.1179/0886963413Z.0000000008?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&

Recibido: 11 de junio del 2015.

Aprobado: 25 de junio del 2015.