

Síndrome temporomandibular en lesiones traumáticas de la columna cervical

Leonor Ochoa García,* Saúl Dufoo Olvera,** Manuel Dufoo Villegas***

INTRODUCCIÓN

El síndrome de latigazo cervical, también conocido como «whiplash», es una lesión provocada por la movilización forzada del cuello, este movimiento brusco

hacia delante y atrás puede afectar a músculos, tendones, ligamentos, discos intervertebrales, vértebras y al tejido mielo-radicular de la región cervical.

Considerando que la mandíbula es el único elemento móvil en nuestra cabeza y por tanto vulnerable a traumatismos directos o indirectos, es frecuente que en el mecanismo de latigazo cervical se afecte la articulación temporomandibular (ATM), alteración descrita como síndrome temporomandibular.¹

Al analizar reportes de Suiza, Noruega, Australia, Nueva Zelanda y USA, se puede llegar a la siguiente conclusión: La incidencia de síntomas por el síndrome de latigazo cervical es de 3.8/1,000 habitantes, aumentando al 14.5/1,000 en mujeres. La incidencia de problemas graves derivados de un esguince cervical por accidente de tráfico es de 1/1,000. En relación a la prevalencia de síntomas, ésta es del 1% con dolor moderado y del 0.4 con dolor severo agudo. Barnsley y cols. mencionan que la prevalencia del esguince cervical no ha podido ser determinada con exactitud, aunque el análisis de los reportes derivados, sugieren que el 20% de los accidentados de tráfico presentan síntomas cervicales persistentes tardíos.²

En la actualidad, las secuelas por dolor crónico debido a traumatismos como el esguince cervical han aumentado de forma considerable, por lo que debe ser motivo de atención la exploración de la ATM para descartar el síndrome temporomandibular, como causa de la persistencia del dolor.

Objetivos:

- Analizar en qué forma resulta afectada la articulación temporomandibular en las lesiones cervicales o en su tratamiento.
- Describir el cuadro clínico y su tratamiento.

* Maestra en Ciencias, Profesora Titular de la Facultad de Odontología de la UNAM, y Especialidad en Odontopediatría.

** Maestro en Ciencias, Profesor Tiempo Completo de la Facultad de Odontología de la UNAM.

*** Cir. Ortopedista, Prof. adjunto del Curso de Especialidad, Clínica de Columna de la SS DF, (Hosp. Gral. La Villa)

Dirección para correspondencia:

Mtra. Leonor Ochoa García

Plaza de la Villa de Madrid Núm. 3 PH. Col Roma, México D.F., 06700.

E-mail: ronoel1508@hotmail.com

La ATM es una articulación peculiar por su morfología, pero también por su ubicación, ya que pertenece al ámbito abstracto de “la boca” y la boca es de los dentistas (maxilofaciales) y no del médico, incluyendo al especialista en Ortopedia y Traumatología, que es generalmente el responsable de la evaluación y tratamiento del paciente con trauma cervical. La exploración física y la evaluación de auxiliares de diagnóstico de la ATM en el paciente con lesión cervical aguda, no forman parte del protocolo o de la rutina del médico ortopedista.

Cualquier perito médico es capaz de explorar perfectamente el hombro por su conocimiento de la anatomía y fisiología, en cambio posiblemente no exploren tan bien las ATMs ni comprendan sus repercusiones en la vida del lesionado, aunque no dejan de ser otras articulaciones del cuerpo.³

Las ATMs conectan la mandíbula al cráneo, existen dos articulaciones de unión, una a cada lado de la cabeza, localizadas justo al frente de las orejas. La abreviación «ATM» se refiere literalmente a la articulación, aunque suele usarse para ubicar cualquier trastorno o síntoma que se manifieste en esta región, como pueden ser: ruidos de chasquido en la mandíbula, incapacidad para abrir completamente la boca, dolor en la mandíbula, cefalea, otalgias, odontalgias y otros diversos tipos de dolor facial.⁴

La ATM pertenece al tipo de las bicondíleas, además es una articulación gínglimoartrodial compleja con capacidad limitada de diartrosis (movimientos libres) y sus movimientos son una combinación de deslizamiento y de bisagra floja, que rotan y se desplazan de manera que la información que envíen al sistema nervioso central requiere de una integración que es en alguna medida distinta de otras articulaciones.^{5,6}

La lesión de la ATM como consecuencia del síndrome de latigazo cervical, se produce por estiramiento de la cápsula de la articulación entre el cóndilo de la mandíbula y la cavidad glenoidea en el hueso temporal, pudiendo incluir daño en el disco articular. Después del accidente, el espasmo muscular provoca aumento de la sintomatología a dicho nivel (*Figura 1*).⁷

En la parte anterior del cuello los músculos son escasos y se encuentran adheridos a la columna vertebral, por lo que se considera precaria su función de estabilizadores, situación que favorece el desplaza-

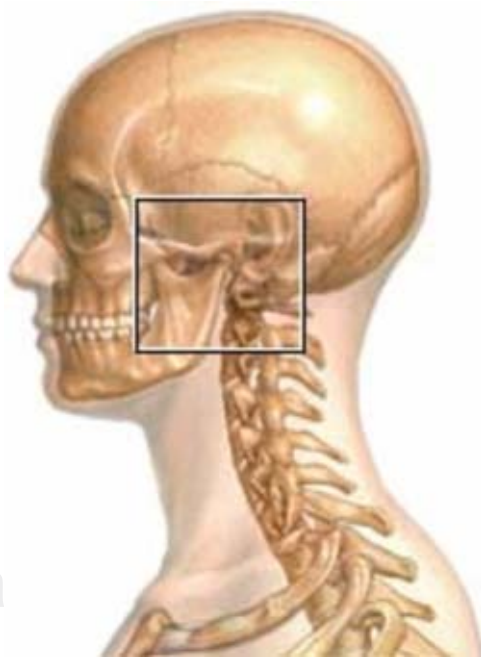


Figura 1. Relación de la columna vertebral y la articulación temporomandibular.

miento del cráneo durante el mecanismo de latigazo y vulnera la estabilidad de la ATM, en consecuencia, lesiones y secuelas cervicales pueden ser determinantes en la mecánica masticatoria, dando lugar a manifestaciones clínico-patológicas de la ATM (*Figura 2*).⁸

En la actualidad los diferentes protocolos de atención del lesionado cervical por latigazo, proponen y ejecutan tratamientos que ponen en riesgo la ATM al provocar o aumentar el daño en la misma; el uso de collarines con apoyo en el mentón que comprimen a la articulación con el peso del cráneo o la tracción cervical con fronda, que de forma directa transmite la fuerza del peso de la tracción a través de la ATM, pueden dar como resultado un síndrome de la ATM, con secuelas de dolor crónico, alteraciones en la oclusión, movilidad dental y problemas periodontales que dificultan la masticación (*Figura 3*).

Se ha comprobado que en más de 80% de los pacientes que se les ha colocado fronda en un plazo no mayor de tres semanas el paciente manifiesta los siguientes síntomas:

- Cefalea
- Otagia (la articulación está enfrente de la oreja y el paciente puede malinterpretarlo como dolor de oído. Además, el dolor se puede irradiar al oído desde músculos cercanos)
- Dolor o hipersensibilidad en la mandíbula
- Dolor facial difuso
- Dificultad o molestia al morder o masticar
- Chasquido al masticar o abrir la boca
- Sensación de fricción al masticar
- Disminución de la capacidad de abrir o cerrar la boca.⁹

Ante la presencia de los síntomas ya mencionados se debe de solicitar la interconsulta de expertos, especialmente capacitados en dolor facial que pueden ayudar a diagnosticar y tratar el síndrome de la ATM. El especialista recomendará el uso de una guarda oclusal antes y durante todo el tiempo que se realice la tracción con la fronda (*Figura 4*).

Estas guardas deben ser anatómicas, ya que buscan reproducir las relaciones oclusales y movimientos mandibulares de manera armónica, por lo tanto deberán ser fabricadas para cada paciente, ya que le ayudarán a relajar los músculos masticatorios, dependiendo de la gravedad de la lesión. Pueden ser

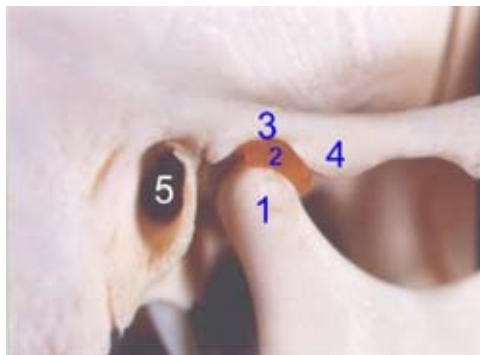


Figura 2. Componentes de la ATM: 1 cóndilo mandibular, 2 menisco o disco articular, 3 cavidad glenoidea del temporal, 4 eminencia o tubérculo del temporal, 5 conducto auditivo externo.

de material rígido o blando, son unas placas que cubren la superficie masticatoria de los dientes, se colocan en el maxilar superior o inferior. La fabricación de estas guardas es un procedimiento sencillo, se le tomarán unas impresiones totales al paciente que se le va a realizar la tracción y se procede a la elaboración. Las características de la guarda van a depender de la oclusión y morfología dental de cada paciente. Este procedimiento no demora más de dos horas e inmediatamente se pueden colocar en la boca del paciente antes de la colocación de la fronda de tracción. El uso de la guarda no produce ninguna molestia en el paciente, ya que puede comer con ella, no lesiona los tejidos periodontales, permite la higiene oral y lo más importante, no provoca o exagera la aparición de alteraciones y dolor en la ATM por el uso de fronda de tracción cervical (*Figura 5*).¹⁰

Otra excelente opción de tratamiento es el uso del aparato intraoral miofuncional Trainer TMJ preformado y diseñado específicamente para el tratamiento inmediato y efectivo de la disfunción de ATM, pieza de fácil colocación y que se ajusta a la mayoría de los adultos, disminuye síntomas tales como cefaleas, dolor de oídos y cuello, chasquido y dolor de la ATM. Se ha comprobado que el tratamiento más efectivo es el uso de aparatos intraorales para lesiones de la ATM.¹¹

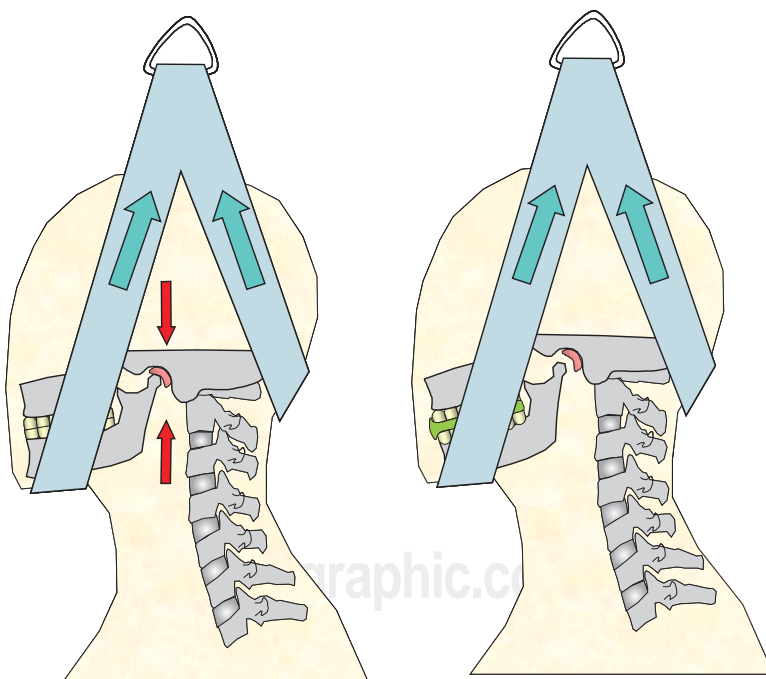


Figura 3A y 3B. Se puede apreciar la presión negativa que ejerce la fronda en la ATM.



Figura 4. Guarda oclusal rígida colocada en la arcada superior, la cual nos ayuda a relajar los músculos de la masticación.



Figura 5. Guarda oclusal rígida de color transparente muy útil para disminuir el estrés que se presenta después de cualquier traumatismo.

CONCLUSIONES

1. Se recomienda al médico tratante incluir en su protocolo de atención del latigazo cervical, la valoración del daño de la ATM.
2. En los pacientes que se indique la tracción cervical con fronda deberá considerarse el uso de guarda oclusal o el aparato miofuncional Trainer para reducir la presión en la articulación temporomandibular ATM.
3. Ante la persistencia de dolor en la región temporomandibular deberá solicitarse interconsulta con el especialista odontólogo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robaina PFJ. Cervical whiplash. General features and medicolegal aspects. *Rev Soc Esp Dolor* 1998; 5: 214-223.
2. Barnley L, Lord S, Bougduk N. Whiplash injury. Clinical Review. *Pain* 1994; 58: 283-307.
3. Perea P. Propuesta de una metodología de la exploración y valoración de las secuelas de la articulación temporomandibular (ATM). *Mapfre Medicina* 2007; 18(1): 18-26.
4. Bumann A, Lotzmann U. *Atlas de diagnóstico funcional y principios terapéuticos en odontología*. Barcelona Masson, 2000.
5. Riojas MT, López I, Lozano B. *Anatomía dental*. Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V. México, 2006: 119-122.
6. Major A. *Anatomía dental, fisiología y oclusión de Wheeler*. Editorial Interamericana-McGraw-Hill. 7a. ed. México, 1994: 387-408.
7. Weinberg S, Lapointe H. Cervical extension-flexion injury (whiplash) and internal derangement of the temporomandibular joint. *J Oral Maxillofac Surg* 1987; 45: 653-656.b
8. Hernández GR. Aproximación al estudio del raquis en situación normal y patológica. El comportamiento mecánico cervical. *Revista Española del Daño Corporal*. No. 6 Ediciones Díaz de Santos Madrid. 1998.
9. Lobbezoo F. Topical review: new insights into the pathology and diagnosis of disorders of the temporomandibular joint. *J Orofac Pain* 2004; 18(3): 181-191.
10. Graber TM. *Ortodoncia. Teoría y práctica*. 1ª edición. México. Editorial Interamericana, 1994.
11. Owen A. Unexpected Temporomandibular Joint findings during fixed appliance therapy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1998; 113: 625-31.