

UNIVERSIDAD DE BARCELONA
DEPARTAMENTO DE C. M. Y ODONTO-ESTOMATOLOGIA
UNIDAD DOCENTE DE OCLUSION Y PROSTODONCIA

APERTURA MANDIBULAR NORMAL CON BLOQUEO ARTICULAR. REVISION A PARTIR DE UN HALLAZGO CASUAL

por

JUAN SALSENCH CABRE* JORGE SAMSO MANZANEDO**
MARIA PERAIRE ARDEVOL* JOAQUIN NOGUERAS CLEMENTE**

BARCELONA

RESUMEN: Después de observar la existencia de un caso de bloqueo articular y apertura normal, nos debemos preguntar si diagnosticamos todos los bloqueos articulares, dándose unas pautas para intuir su presencia.

SUMMARY: After observing the existence of a case of articular blockade and normal aperture, we must ask ourselves if we can diagnose all such articular blockade following this example as a guide to predict articular blockades.

INTRODUCCION

Por diversos autores se admiten 4 estadios en el trastorno interno de la A.T.M.: 1) Desplazamiento discal con reducción. 2) Desplazamiento con reducción intermitente (bloqueo intermitente). 3) Desplazamiento sin reducción (bloqueo continuado). 4) Perforación y/o degeneración discal (1, 2).

Cada uno de estos estadios se manifiesta a través de unos signos que han sido demostrados artrográficamente (3). Así, en el estadio 1 se encuentra un solo ruido seco, también denominado "clic". En el estadio 2 coexisten en la misma serie exploratoria o en los mismos días, apertura limitada o apertura normal con "clic". En el estadio 3 existe limitación en la apertura y ausencia de ruidos. En el estadio 4 se encuentra ruido de frote o "crepitus" (4).

En el estadio 3 o de bloqueo articular, se ha podido

demostrar que en estado de reposo o máxima intercuspidación (PIM), el disco articular se encuentra desplazado anteriormente. Cuando el cóndilo se desplaza a lo largo de la eminencia articular, llega un momento en que dicho cóndilo no puede avanzar más debido al menisco que actúa como cuña anterior. Por ello se acepta que en estos casos hay limitación de la apertura entre 8-30 mm., dependiendo del grado de espasmo (5) muscular acompañante, aceptándose que puede ir ganando unos mm. de apertura a medida que aumenta la cronicidad del mismo. Por lo general existe consenso en aceptar una apertura de unos 12-14^º, que corresponde a unos 30 mm., aunque se acepta que existe limitación de apertura cuando no se alcanzan los 40 mm. (6).

La limitación de apertura por bloqueo articular, da lugar a la ausencia de signos acústicos en la articulación afectada y desvío de la mandíbula en la apertura hacia la zona afectada. En el caso de que las dos articulaciones estén afectadas, no existirán ruidos ni sensibles desviaciones de la mandíbula en la apertura (7).

(*) Profesor Titular de Oclusión y Prostodoncia.

(**) Profesor Asociado de Oclusión y Prostodoncia.

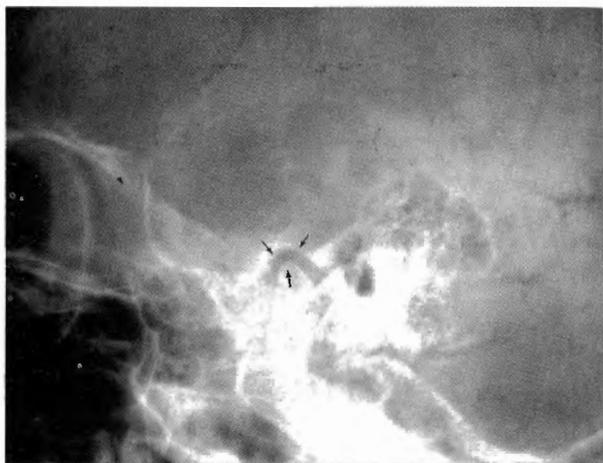


Fig. 1

Rx. ATM derecha. Transcraneal oblicua (simple de ATM) en posición de reposo. Se observa un espacio intraarticular normal y un posicionamiento condilar normal dentro de la cavidad. Las flechas limitan la cavidad.



Fig. 1-A

Rx. ATM izquierda. Transcraneal oblicua (simple de ATM) en posición de reposo. Dentro de los parámetros normales.



Fig. 2

Rx. ATM derecha. Posición de arcadas apretadas (PIM). Se observa la disminución del espacio interarticular a expensas de un ascenso y traslación ventral del cóndilo en comparación con la Fig. 1. Las flechas limitan la cavidad.

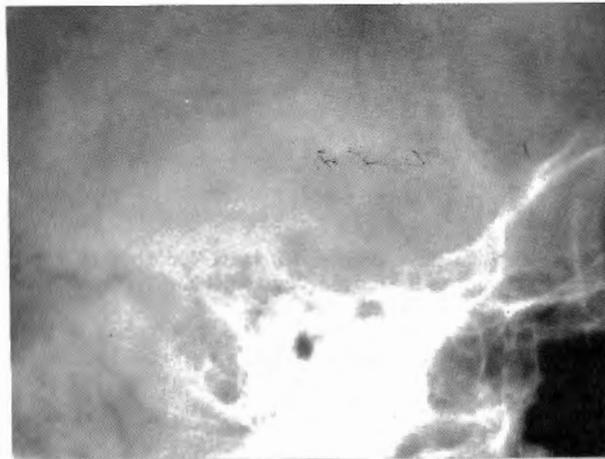


Fig. 2-A

Rx. ATM izquierda. Posición de arcadas apretadas (PIM). Se observa al igual que en la Fig. 2 una disminución del espacio interarticular, en comparación con la Fig. 1-A.



Fig. 3

Rx. TAT izquierda. Posición de máxima apertura. Se observa como el cóndilo se desplaza muy poco dentro de la cavidad, no llegando en ningún caso a situarse por delante del polo inferior de la eminencia, como ocurre en una apertura normal. La flecha grande indica el polo de la eminencia, la flecha pequeña, la superficie superior del cóndilo.



Fig. 3-A

Rx. ATM. Transcraneal oblicua (simple de ATM) en máxima apertura. Se produce la misma situación que en la Fig. 3.

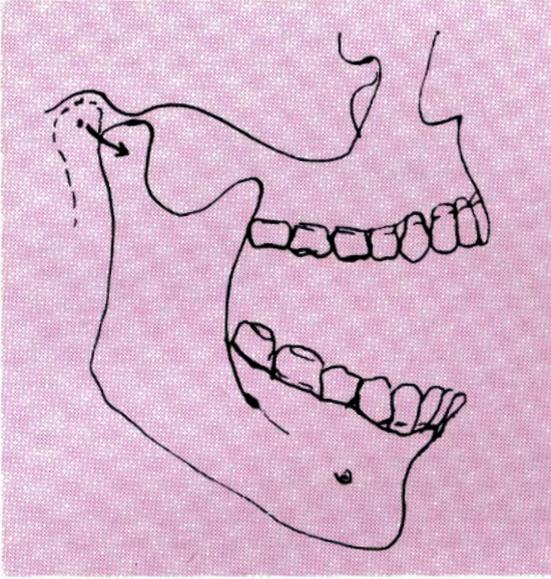


Fig. 4
Esquema de la apertura mandibular normal en el plano sagital, en la cual se producen conjuntamente: una rotación, más una traslación condilar.

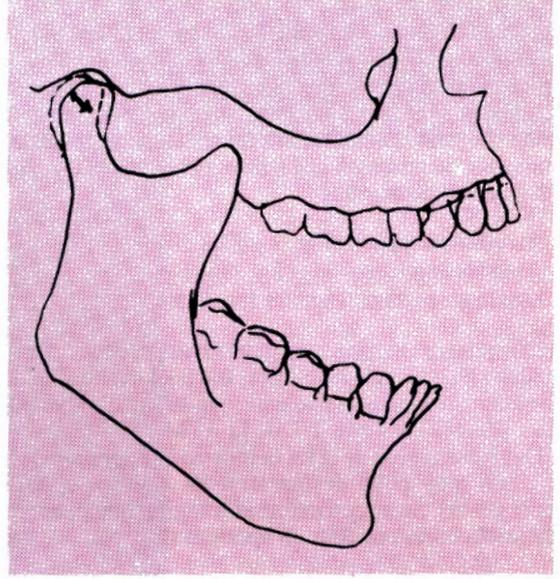


Fig. 4-A
Esquema de la apertura mandibular en el plano sagital, en el cual el componente de rotación es mayoritario respecto al de traslación. Este sería el caso presentado.

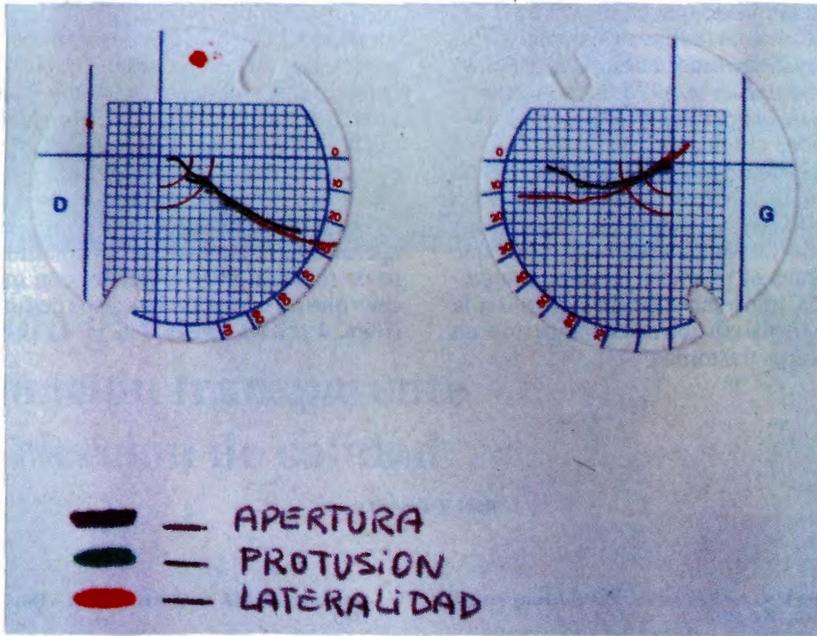


Fig. 5
Axiografía condilar en el plano sagital. Se observa un trayecto rectilíneo y corto en comparación a los trayectos normales.

MATERIAL Y METODOS

En una exploración a una mujer joven (20 años) con antecedentes familiares de T.I. de la ATM y personales de tratamiento ortodóncico y bruxismo céntrico, se observó una apertura máxima de 50 mm., ausencia de ruidos articulares y desvíos mandibulares. Se solicitó, no obstante, unas Rx de ambas ATM (transcraneales oblicuas) en las siguientes posiciones:

Arcadas en reposo (Fig. 1 y Fig. 1-A).

Arcadas apretadas (Fig. 2 y Fig. 2-A).

Máxima apertura (Fig. 3 y Fig. 3-A).

El motivo por el que se solicitó estas pruebas complementarias en ausencia de clínica, fue la existencia de dos hermanas menores de la paciente, con sus mismos antecedentes personales y con T.I. de la ATM.

La visualización de la Rx demostró una apertura de 50 mm., con muy poco desplazamiento anterior condilar (Fig. 3 y 3-A). Se aplicó axiografía sagital que demostró un trayecto corto condilar en apertura (Fig. 5).

En la prueba de reflexión del pulgar sobre el antebrazo, no se observó que se alejara de los parámetros normales.

Se diagnosticó de T.I. de ambas ATM en estadio 3 y se instauró tratamiento farmacológico miorrelajante, información a la paciente respecto al bruxismo y consejos dietéticos.

A pesar del tratamiento instaurado y de las maniobras de manipulación condilar realizadas, no se pudo resolver el bloqueo de ambas articulaciones. Por ello se confeccionó e insertó una férula de contacto dental total sin prominencias para desocluir en lateralidad (ya que no existía bruxismo excéntrico) con la indicación de usarla las 24 horas del día, incluso en las comidas.

A los dos meses de instaurado el tratamiento aparecieron ruidos esporádicos en ambas ATM y a los 4 meses los ruidos eran continuos. A los 8 meses desaparecieron los ruidos y en este momento se practicaron nuevas pruebas complementarias (Rx y Axiografías) que demostraron una buena movilidad articular en ambas pruebas.

DISCUSION

Hasta ahora estaba admitido que en el estadio 3 del T.I. de la Disfunción Cráneo-mandibular, existían síntomas y signos como manifestaciones clínicas tales como: dolor o sensación de tirantez en la ATM en la apertura o lateralidad, limitación de la apertura alrededor de los 30 mm. y ausencia de ruidos articulares.

El hallazgo de un caso de bloqueo articular que no cumple esos requisitos, nos da pie a pensar que pueden existir otros casos que pasan desapercibidos al no existir síntomas ni signos que lo hagan sospechar, pero que pueden hacerse evidentes al practicar pruebas complementarias como las RX transcraneales (invasiva) o a la axiografía, inocua (no invasiva) que nos conduzcan a un mejor diagnóstico de estos trastornos.

Ante la imposibilidad de practicar este tipo de pruebas a todos los pacientes que no presenten síntomas ni signos, hemos de tomar una actitud precavida y sospechar la existencia de bloqueos articulares cuando en un movimiento de máxima apertura, la mandíbula hace el movimiento colocándose el mentón en una posición marcadamente más dorsal que en los casos habituales sin patología.

Ello sería debido a que en un caso de bloqueo con apertura superior a 40 mm. el cóndilo hace un movimiento de rotación muy marcado, con muy poca traslación, cosa que no ocurre en los casos de funcionalismo normal (Figs. 4 y 4-A).

BIBLIOGRAFIA

1. FARRAR, W.: Characteristics of the condylar path in internal derangement of the TMJ, *J. Prosthet. Dent.*, 39, 319, 1978.
2. MC CARTY, W.: Diagnosis and treatment of internal derangement of the articular disk and mandibular condyle. In: Solberg, W.K., and Clark, G.T. (eds.): *Temporomandibular Joint Problems*. Chicago, Quintessence Publishing Co., 1979.
3. MC CARTY, W.: Op. cit.
4. DOLWICK, F., RIGGS, R.R.: Diagnóstico y tratamiento de los traumatismos internos de la ATM. In: *Disfunción de la ATM*. Clin. Odont. de Nort. Vol. 3, 1983.
5. MC CARTY, W.: Op. cit.
6. GELB, H.: Patient Evaluation in clinical management of head, neck and TMJ pain and dysfunction. Philadelphia, Saunders. Co., 1977.
7. MONGINI, F.: *The Stomatognathic System*. Chicago, Quintessence, Publishing Co.