

CONSIDERACIONES SOBRE EL SINDROME TEMPORO-MANDIBULAR

Por el doctor

L u i s S a m e n g o

Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Instituto Municipal
de Radiología y Fisioterapia. Buenos Aires.

La circunstancia de haber estudiado y tratado cuarenta y ocho casos de síndromes temporomandibulares desde el año 1950, nos ha permitido formular algunas conclusiones que conceptuamos de interés.

No pretendemos hacer un estudio completo del síndrome, sino comentaremos nuestra experiencia sobre los casos tratados por nosotros.

La articulación temporomandibular presenta particularidades que la diferencian de cualquier otra articulación de la economía, por las siguientes características:

a) Es la única articulación colgante;

b) Está en íntima relación con la articulación dentaria, en forma tal que podría ser descrita como una articulación temporocondilodentaria. Cualquier alteración en una de las superficies articulares repercutirá indefectiblemente en la otra.

Fisiológicamente se describen en la mandíbula los clásicos movimientos de apertura y cierre, y desplazamiento. No nos referiremos a los primeros (apertura y cierre), puesto que solamente desempeñan un papel en la parte final del cierre. En este último movimiento o deslizamiento, también puede producirse aisladamente sin aquél. Los movimientos producidos por el desplazamiento de los dientes inferiores sobre los superiores por deslizamiento de las crestas sobre las correspondientes fisuras, pueden clasificarse, conforme a su orientación, en los siguientes:

a) Propulsión o movimiento hacia adelante;

b) Retropropulsión o movimiento hacia atrás;

c) Lateral derecho;

d) Lateral izquierdo.

Debemos mencionar como elemento patogénico un estado denominado bruxismo, caracterizado por una tendencia casi continua e inconsciente a producir movimientos de deslizamiento sin llegar a la apertura y cierre, y fuera de los movimientos de la masticación. Es una característica presentada por muchos pacientes, sobre todo por los de temperamento nervioso; se revela por continuas contracciones del músculo temporal. En dos de nuestros casos hemos observado que esta contracción se producía no solamente durante el día, sino también de noche, durante el reposo.

Los movimientos de deslizamiento mandibular que el paciente efectúa durante el acto masticatorio, son los que tienen importancia, ya que es en este momento cuando la mandíbula inferior ejerce la mayor presión contra la superior.

En todo paciente que presente un impedimento en cualquiera de estos movimientos de deslizamiento, se producirá una modificación en el recorrido del cóndilo y presentará las características del síndrome temporomandibular. Estas lesiones aparecen generalmente cuando está impedido el movimiento de propulsión mandibular, producido por la extroversión de los incisivos y caninos inferiores, que, al hacer contacto en el punto dentario de Bonwill, lo hacen en el cuello de los incisivos superiores o en la bóveda del paladar. Esta circunstancia hace que disminuya la dimensión vertical. La inclusión del alimento entre ambas superficies aumentará la resistencia y repercutirá con mayor intensidad en el recorrido condilio.

Hemos de mencionar también las alteraciones producidas en la dinámica oclusal por la falta de piezas dentarias.

Otra de las causales del síndrome la constituyen las alteraciones del problema muscular masticatorio. Estas alteraciones consisten en contracciones aisladas, que se traducen clínicamente en un desequilibrio en la oclusión. En nuestra estadística hemos tenido dos casos: uno de ellos, que tratamos con inyecciones de novocaína en los grupos musculares afectados, y otro, de causa psíquica, en un paciente con un terreno neurótico que fue motivo de un tratamiento psicoanalítico.

Por todas estas causas, el cóndilo no puede efectuar su recorrido hacia adelante, haciéndolo hacia atrás y desviándose de su recorrido normal.

La anatomía patológica es de neto corte degenerativo y, como bien aconseja Michael, debe adoptarse el término de artrosis para designar esta afección. Creemos que estas lesiones comienzan siendo una artri-

tis, para terminar en una artrosis con degeneración de los elementos meniscales y óseos.

Las lesiones encontradas en las meniscectomías por nosotros efectuadas, consistían en meniscos que habían perdido en mayor o menor grado el contacto con el cóndilo y se encontraban algunos de ellos apelotonados por delante del mismo. En otros casos solamente comprobamos lesiones mínimas, consistentes en un pequeño aumento de espesor del menisco o bien surcados de pequeñas estrías. Es interesante la observación de R. Finochietto, que hemos comprobado en el tiempo de exteriorización del menisco, que generalmente las lesiones aparecen luego de la extracción de más de la mitad del mismo, haciendo dudar al cirujano sobre el estado patológico de dicho menisco hasta que éste no sea extirpado en su totalidad.

En dos casos hemos verificado deformaciones del cóndilo, consistentes en aplanamientos y abolladuras que confirmaban la existencia de progresos degenerativos.

Para el examen del síndrome nos basamos esencialmente en la observación del paciente, investigando los distintos movimientos de deslizamiento mandibular. En cuanto al examen radiográfico, solamente nos permitirá observar si existen lesiones en la zona ósea articular y, además, comprobar el recorrido del cóndilo por medio de las radiografías seriadas en relación a los diferentes movimientos mandibulares.

El predominio en el sexo femenino es evidente en nuestra estadística. Sobre cuarenta y ocho casos, cuarenta y tres fueron mujeres, totalizando un porcentaje de 90 por 100. En estadísticas con mayor número de casos, quizá pueda disminuir esta proporción. Creemos que la frecuencia en el sexo femenino está condicionada por el hecho de que las mujeres presentan un menor tonismo muscular comparativamente con el hombre, el cual produce tempranamente el desgaste de los impedimentos de deslizamiento, normalizándose nuevamente el recorrido del cóndilo. Hemos tenido oportunidad de observar un paciente en que el tonismo muscular destruyó todo el grupo incisivo que presentaba un acentuado impedimento de propulsión mandibular, produciendo la autocorrección del recorrido del cóndilo.

En cuanto a la localización, es generalmente bilateral; excepcionalmente es monolateral. Si bien muchos autores describen como más frecuente esta última forma, creemos que las lesiones son más acentuadas en un lado que en el otro, siendo, en consecuencia, más llamativos los síntomas en uno de ellos. Solamente en las anomalías asimétricas

pueden presentarse alteraciones monolaterales. En estas lesiones, un cóndilo es el que efectúa un recorrido anormal hacia atrás y el otro hacia adelante, que generalmente no produce alteraciones patológicas. En nuestra estadística comprobamos el 90 por 100 de formas bilaterales, confirmadas después de un meticuloso examen, ya que muchas veces una de las articulaciones presenta lesiones mínimas. De ahí que creemos que las alteraciones se presentan generalmente en ambos cóndilos, pudiendo hacerlo en un solo lado cuando obedecen a causas dentarias asimétricas, puesto que, a pesar de que la trayectoria condiloidea es anormal en ambos lados, los síntomas se presentan siempre en el cóndilo que se desliza hacia atrás y no en el opuesto, que lo hace hacia adelante. Por lo tanto, las lesiones más frecuentes no son, creemos, las monolaterales, como se sostiene corrientemente, sino las bilaterales, porque la causa que más a menudo ocasiona el síndrome está constituida por la sobrecarga del grupo incisivo, que en nuestra experiencia figura en el 90 por 100.

Los pacientes presentan un síntoma característico de esta afección: el chasquido, que, conforme a su aparición en relación al movimiento condiloideo, se ha clasificado en inicial, intermedio y terminal. En términos generales, el chasquido sería producido por alteraciones en el contacto condilomeniscal. En todos los casos que presentaban chasquido, hemos podido comprobar la maniobra de Axhausen, que consiste en la desaparición del mismo al comprimir la articulación afectada. Las luxaciones pueden integrar el cortejo de síntomas, aunque en nuestros casos fueron poco frecuentes. Según Dufourmentel, serían de tipo meniscocondiloideo las más frecuentes.

En el examen bucal puede observarse que los dientes afectados por este impedimento se presentan gastados, brillantes en la zona de la sobrecarga. En las encías se comprueba en el primer estadio un festón rosado que a medida que evoluciona se transforma en una gingivitis que puede terminar en hipertrófica.

Hemos podido observar un hecho por demás interesante, esto es, las alteraciones que estamos comentando están directamente relacionadas con el terreno del paciente. Aquellos que presentan un desarrollo normal de las estructuras masticatorias (músculos, dientes, ligamentos, etc.) pueden compensar estas anomalías por desgastes de las zonas sobrecargadas, normalizándose la trayectoria condiloidea. Estos pacientes, cuando están afectados por un bruxismo, producen muy rápidamente el desgaste de los dientes sobrecargados, originándose, en

consecuencia, una autocorrección. Hemos controlado pacientes en los cuales se había producido el desgaste casi completo del grupo incisivo por la gran potencia muscular.

En los enfermos cuyo terreno es deficiente, hemos observado que estos impedimentos de deslizamiento producen grandes trastornos en el paradencio, con desplazamiento o desaparición de piezas dentarias, provocando una paradentosis temprana, y en las cuales no se observan en general trastornos en la trayectoria del cóndilo.

Concretando: las lesiones de artrosis las observamos en terrenos de mediana normalidad, pues en los bien o peor dotados los elementos causales pueden desaparecer.

El signo dolor está siempre presente y se pone de manifiesto por la compresión del cóndilo afectado, en especial con la boca abierta.

El dolor también aparece en forma espontánea y con localización periférica. Puede presentarse alrededor del oído, en la cara y en la nuca. Estos síntomas pueden llevar, muchas veces, a un diagnóstico erróneo de sinusitis o neuritis facial.

En cuanto a los síntomas auriculares: vértigos, hipoacusia y acufenos, creemos que no tienen ninguna vinculación con el síndrome temporomandibular.

Costen (1934) describió por primera vez los síntomas auriculares como dependientes de las alteraciones dentocondiloideas. Estas lesiones de hipoacusia que Costen comprobaba por medio de diapasones y que relacionaba con la disminución de la dimensión vertical, nunca fueron explicadas patogénicamente. Dicho autor atribuía la alteración tubaria, que se revelaba por una hipoacusia de transmisión, a un plegamiento de las paredes de la trompa. Nosotros creemos que las alteraciones tubarias y la hipoacusia concomitante son estados coincidentes y no dependientes del síndrome temporomandibular.

En nuestra estadística ya mencionada, sobre cuarenta y ocho casos controlados, doce presentaban hipoacucias de diferentes tipo y grado; nueve eran de transmisión, cinco de las cuales fueron tratadas y mejoradas y cuyo origen pudo establecerse era nasal. En los cuatro restantes, que fueron tratados especialmente, al efectuarse el tratamiento del síndrome articular que nos ocupa, tres no experimentaron ninguna modificación con dicho tratamiento; en el cuarto caso pudimos comprobar que la hipoacusia era anterior a la aparición del síndrome. Los otros tres casos restantes presentaban hipoacucias mixtas que no sufrieron ninguna modificación después de su tratamiento.

El paciente debe ser examinado por un equipo formado por un odontólogo especializado que estará en condiciones de efectuar un diagnóstico de una eventual e incipiente maloclusión, muchas veces difícil de comprobar. El otro componente del equipo debe ser el cirujano también especializado. Creemos que la mayoría de los casos de aparición temprana del síndrome, el éxito del tratamiento está en relación al diagnóstico temprano de la maloclusión. Actuando en equipo se beneficiará el paciente, pues de esta forma se frena la natural e inconsciente sobrevaloración que pudiera tener cada especializado por su método. Sin lugar a dudas, el tratamiento más racional y etiológico es aquel que corrige las causas del síndrome, que son las alteraciones dentarias. Pensamos que este tratamiento en manos especializadas puede solucionar perfectamente la casi totalidad de los problemas del síndrome temporomandibular.

Las anomalías dentarias que producen las alteraciones condiloideas deben ser corregidas por medio de la ortodoncia, por prótesis y por el desgaste dentario. No entramos a considerar en forma detallada dichos tratamientos, por ser propios del odontólogo especializado.

El tratamiento quirúrgico consiste en una meniscectomía que actúa sobre las consecuencias de carácter degenerativo y no sobre las causas etiológicas. Está basado en la eliminación del menisco en un todo similar, en líneas generales, al de la rodilla. Con la extracción del menisco desaparecen las molestias porque al cóndilo se le aumenta la capacidad de desplazamiento.

Si al portador de una artrosis temporomandibular no se le efectúa ningún tratamiento después de un lapso de quince a veinte años, desaparecerían los síntomas condiloideos a causa de la destrucción meniscal. Esta situación colocaría al paciente tardíamente en una posición similar a la del paciente que enfrenta en su oportunidad la operación. Las indicaciones del tratamiento quirúrgico deben ser muy restringidas y creemos que su empleo tiene que ser excepcional y reducirse a:

- a) Lesiones meniscales e irreversibles.
- b) Imposibilidad del tratamiento corrector dentario.

Hemos comprobado que inclusive los pacientes con lesiones avanzadas en el menisco pueden mejorarse por métodos incruentos. Por otra parte, el tratamiento ortodóncico, aun en los casos muy difíciles, puede dar buenos resultados en manos especializadas. De ahí que creemos que el tratamiento quirúrgico, en la actualidad, debe llevarse a cabo sólo por excepción.

CONCLUSIONES

Sobre la base de los casos por nosotros estudiados, establecemos que las formas bilaterales son las más frecuentes. Para ello nos fundamos en que la importancia de las lesiones no es la misma en uno y otro cóndilo, pasando muchas veces inadvertidas las lesiones mínimas de uno de ellos. Creemos que los síntomas auriculares, en especial los referentes a la hipacucia, no tienen relación directa con el síndrome temporomandibular. Estas conclusiones las basamos en las razones expuestas, producto del estudio de los cuarenta y ocho casos que presentamos, y en el conocimiento de estadísticas mucho más numerosas de odontólogos especializados.

Opinamos que el tratamiento quirúrgico ha de ser efectuado en forma excepcional, pues en manos especializadas puede solucionarse con métodos mecánicos la gran mayoría de las alteraciones de dicho síndrome.

(Per S. Méd. y Odontol.)

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMANN, F.: *Le mécanisme des mâchoires*. Masson, París, 1953.
- COSTEN, J. B.: Un síndrome de oído y síntomas de seno dependientes de la función alterada de la articulación temporomandibular. *Rev. Odont.*, 30 de octubre de 1942 (traduc.).
- COSTEN, J. B.: Neuralgias y síntomas de oído asociadas con la función alterada de la articulación temporomandibular. *Rev. Odontolog.*, 30 de oct. de 1942 (traduc.).
- DUFOURMENTEL, L.: *Chirurgie de l'articulation temporo-maxilar*, Masson, París, 1953.
- ERRECARI, P. L.:
- PRINI, A., y ESCALADA, O.: Síndrome de Costen. *Rev. Argentina Otorrinolaring.*, año XX, 1952.
- FINOCHIETTO, R.: *Prensa Méd. Argentina*, 16-12-1949, XXXVI: 50.
- MICHAEL, E.: *Rev. Odont.*, 1952, 40: 10.
- NIKLISON, J.: Anatomía funcional de la articulación temporomaxilar. Tesis. Fac. de C. Méd., 1949.
- SAIZAR, P.: Sobre nomenclatura del problema de la articulación. *Rev. Odont.*, octubre 1947, 35.
- SHAPIRO, H., and TRUEX, R.: Temporo mandibular joint and the auditory function. *J.A.D.A.*, 1943, 30.
- YOEL, J.: Síndrome temporomaxilar. Técnica quirúrgica. Conferencia. Asamblea científica de la A.O.A., 8-10-1952.