

Informe acerca de diez años de experiencia en el tratamiento de la "hipermovilidad" de las articulaciones temporomaxilares (*)

por

Louis W. Schultz

LA articulación temporomaxilar es única; es la única articulación de su tipo en el organismo. Sus características son: 1.ª, es una articulación gemela, localizada en cada extremo de un hueso en forma de herradura, la mandíbula; 2.ª, su estructura particular le permite más movimientos en todas direcciones que los que se encuentran en otras articulaciones; 3.ª, ambas articulaciones se mueven en forma similar cuando entran en actividad; 4.ª, uno o ambos cóndilos pueden ser suprimidos y conservar un buen funcionamiento; 5.ª, uno o ambos cóndilos pueden fracturarse y la curación lograda con el cóndilo en una posición dada, y aun así el funcionamiento resultante será prácticamente normal; 6.ª, los cóndilos están flojamente suspendidos en las cavidades glenoideas.

Definición

Luxación de la articulación temporomaxilar significa su completa dislocación, mientras que *subluxación* se refiere a una dislocación parcial de la mandíbula.

Etiología

Las causas más comunes de luxación y subluxación son: el bostezo, una prolongada sesión de asistencia dental, extracciones dentarias, el uso de mordaza, el manipuleo del maxilar inferior bajo la acción de anestesia general, cantar, dormir apoyando la cabeza sobre el brazo. El restablecimiento no tiene lugar, en general, hasta que el daño ha sido adecuadamente reparado.

(*) Per "Journal of Oral Surgery", vol. V, núm. 3, pág. 202, julio de 1947.

S í n t o m a s

Hipermovilidad, en toda la extensión de la palabra, significa más movimiento que lo normal y se presenta en ambas formas de dislocación, total y parcial. Se nota fácilmente por la palpación digital. Cuando la boca está abierta la cabeza del cóndilo pasa hacia abajo y hacia adelante, siguiendo el camino normal, continúa su trayectoria, sobrepasa la *eminencia articularis* hasta colocarse por delante y por encima de ella.

El dolor puede ser constante o intermitente. Generalmente está localizado en la región del oído, de uno o de ambos lados. Por lo común, el dolor es unilateral y se presenta en el momento de entrar en actividad la articulación y puede extenderse a otras partes de la cabeza del mismo lado; por ejemplo, la sien o la mejilla.

Frecuentemente se presenta un rechinar o en los tres actos siguientes: apertura, cierre y presión, así como cuando el paciente mastica.

En la dislocación total queda abierta y no puede ser cerrada por el paciente; ambas cavidades glenoideas están desocupadas, y los cóndilos desplazados pueden ser observados fácilmente, como asimismo por la palpación digital.

La trabazón de la mandíbula puede tener lugar en los casos de luxación o subluxación en el momento de la apertura bucal. El menisco o disco fibrocartilaginoso es usualmente el responsable. En tales casos es atrapado y encerrado entre la cabeza del cóndilo y la *eminencia articularis*.

En muchos de estos pacientes se presenta un complejo mental. El temor a quedar con el maxilar inferior dislocado crea en estos infortunados pacientes una especie de fobia.

D i a g n ó s t i c o

Una de las más valiosas ayudas en el diagnóstico de estas dislocaciones es la palpación de la articulación. Se colocan las puntas de los dedos índices sobre las articulaciones temporomaxilares por delante del tragus y se indica al paciente que abra y cierre su boca. Una suave palpación nos revelará: 1.º, si uno de ambos lados están afectados o son normales; 2.º, la subluxación de uno o ambos lados

y en qué extensión; 3.º, la sensibilidad de esta región cuando la articulación está en reposo y cuando está en actividad; 4.º, rechina-
miento, chasquido, etc.; 5.º, producción de los mismos en la apertura,
cierre o presión; 6.º, determinación de la eficacia del tratamiento.

La hipermovilidad es fácilmente diagnosticada. Los síntomas enu-
merados son característicos y la historia clínica nos revela la anti-
guedad del proceso, sus progresos, el lado afectado y todo otro factor
pertinente a él.

Contraindicaciones para el tratamiento

Los tratamientos dentales incompletos deben ser finalizados antes
de comenzar con la o las articulaciones. Puede presentarse el caso de
un paciente considerado listo para el tratamiento, pero acusando li-
mitados movimientos y dolor en la articulación. No debe comenzarse
la curación en estas condiciones. Muy probablemente se ha producido
una torcedura, desgarrando la cápsula y los vasos sanguíneos y esti-
rando los ligamentos. La limitación del movimiento observada en
estos casos es debida al *entablillado natural*, como se observa en toda
lesión aguda de las articulaciones. El tratamiento indicado es el re-
poso; si la sintomatología desaparece al cabo de unas semanas, podría
tratarse la afección.

Está contraindicada la inyección de la articulación témporomaxilar
si ambas superficies articulares, es decir, la cabeza del cóndilo y la
fosa glenoidea, están irritadas, dolorosas, si hay limitación de movi-
mientos y no se observa chasquido o rechinamiento.

Tratamiento

Se presenta la duda sobre si se debe o no tratar una articulación
lesionada y si la decisión depende de la presencia del dolor en dicha
articulación; se aconseja inyectarle clorhidrato de procaína para ali-
viar el dolor. Si resulta eficaz, podría comenzarse el tratamiento o la
mandíbula podría ser sostenida por un vendaje durante varios días
para ver si en esta forma se elimina el dolor. Si tal cosa ocurre, se
comienza la cura.

La subluxación unilateral deberá ser tratada, en general, bilate-
ralmente, con un poco más de atención en el lado hipermóvil.

Una articulación normal, cuya compañera es hipermóvil, se hará
muy frecuentemente similar a ella, y el chasquido, el dolor y la tra-

bazón podrán presentarse en ambos lados. En el caso de existir movimiento normal en una articulación e hipermovilidad en la otra, se tratará solamente el lado hipermóvil.

Yo prefiero los siguientes productos para este tratamiento: Intracaine (1) al 5 por 100 en solución oleosa (es el p-etoxi-benzoato de dietil-amino-etanol) (Squibb); Eucupin al 1 por 100 en solución oleosa (isoamyl-hydrocupreine) (esta solución debe ser especialmente preparada) y Sylnasol (sodium sylliate) (es una solución al 5 por 100 de sales de sodio en ácidos grasos extractados de la semilla de psyllum con alcohol bencílico al 2 por 100) (G. D. Searle). Esta última droga es considerada la más efectiva. No obstante, a causa de su tendencia a provocar dolor durante algún tiempo, nosotros seguimos buscando un método completamente indoloro.

La inyección de Intracaine al 5 por 100 en solución oleosa o la de Eucupin al 1 por 100 son indoloras. El tejido fibroso producido por estas dos drogas no es tan firme como el obtenido con el uso del *psyllato* de sodio. Sin embargo, el resultado obtenido en el término medio de los pacientes es bueno.

Varios tipos de tratamiento usados anteriormente y algunos actuales son insatisfactorios. La intervención quirúrgica es uno de ellos. Entre sus desventajas e inconvenientes se destacan las cicatrices resultantes y las dificultades en la remoción del disco cartilaginoso, lo mismo en lo que se refiere a suturar la cápsula. Entre sus complicaciones se destacan la parálisis facial del lado afectado o una fístula salivar permanente si se lesiona la parótida; la proximidad de la arteria y la vena maxilar externas, así como una anquilosis a causa de una infección postoperatoria.

Un repaso hecho sobre algunos métodos de tratamiento en uso muestra algo de bueno en todos ellos, pero sin llegar a ser completos. Un método comúnmente usado, pero incompleto, consiste en poner un ventaje alrededor de la cabeza para inmovilizar la mandíbula por un período de uno y medio a dos años. El paciente es instruido para no abrir ampliamente su boca y guardar el mayor reposo articular posible. Si algún chasquido se repite, el tratamiento se prolonga otro año y medio o dos.

El tratamiento por mí recomendado consiste en poner algunas gotas de un agente esclerosante en las cavidades de ambas articulaciones. Esto hace más tensas a las cápsulas. Para facilitar la maniobra se utiliza una jeringa de tuberculina de 1 c. c., se la llena con

la solución a inyectar y se le adapta una aguja de poco calibre y de una pulgada de largo. Se frota vivamente la piel a nivel de la articulación con una esponja embebida en alcohol, se sumerge la punta del dedo índice de la mano izquierda en alcohol y con él se palpan las estructuras articulares. Se indica al paciente que abra su boca hasta que la cabeza del cóndilo abandone la cavidad glenoidea, y en ese momento se inserta la aguja. Si la aguja se halla en la luz de un vaso sanguíneo, con aspirar con el émbolo llegará una gota de sangre a la jeringa. Si tal cosa ocurre, se retira un poco la aguja y se reinserta en otra dirección. Se repite la prueba. Cuando no aparece sangre se puede inyectar, pues se está en la cavidad articular. Esta prueba debe hacerse siempre para no verter la droga oleosa en el vaso sanguíneo. Se inyectan de cuatro a ocho gotas. Se repite del lado opuesto.

Se hace de nuevo la inyección a las dos o tres semanas y se repite hasta haberse formado suficiente tejido fibroso como para efectuar la curación, lo cual se nota por la disminución de la distancia entre los dientes superiores e inferiores cuando la boca está plenamente abierta. En algunos casos, con una inyección se lo logra; en otros se necesitan de cuatro a seis. La segunda o tercera inyección es mucho más dificultosa de realizar, pues la cabeza del cóndilo está más cerca de la cavidad glenoidea y no la abandona tanto al abrir la boca.

La inyección no produce más incomodidad que el pinchazo de la aguja, seguido por un ligero entumecimiento y plenitud. La mayoría de los pacientes no se quejan más que de un ligero impedimento en la masticación en el resto del día en que recibieron la inyección. En todo caso puede administrárseles un poco de aspirina, para mayor comodidad. La inyección puede producir embotamiento de ese lado de la cara debido a la acción anestésica de la solución oleosa.

Debe aconsejarse al paciente que no bostece ni abra la boca tan ampliamente como para sentir dolor, y podría agregársele un vendaje antes de acostarse, a fin de prevenir excesivas aperturas de boca.

Puede presentarse, además, edema en la región de la inyección y persistir durante tres o cuatro días. La oclusión puede resultar desviada temporariamente, ya sea hacia adelante, ya sea hacia un costado, dependiendo ello del grado de la reacción.

Los molares pueden no ocurrir a causa del espesamiento de la cápsula. Este defecto también es transitorio. Muy raramente hay mucha salivación durante las primeras veinticuatro o cuarenta y ocho horas y algo de dolor si la inyección fué hecha muy profundamente, afectando la cuerda timpánica, es decir, si la solución fué depositada contra la tabla interna del hueso.

La razón del fracaso de este tratamiento estriba principalmente en que la inyección no se hace en el lugar adecuado. Es muy fácil inyectar en el conducto auditivo externo, en el oído medio, en los grandes vasos sanguíneos o en el espacio periarticular.

Permitirle al paciente que bostece o que abra forzosamente la boca hasta producir dolor, después de la inyección, provocará el fracaso del tratamiento.

Una articulación témporomaxilar dolorosa al movimiento, con movimiento limitado y que radiográficamente muestra una zona irritada, generalmente en la porción anterior de la cabeza del cóndilo y sobre la *eminencia articularis*, nos indica la conveniencia de tratarla de manera tal que amortiguemos aún más el movimiento y separar las áreas denudadas o irritadas. A fin de ayudar en la disminución del dolor y promover la curación esa restricción de movimiento deberá ser controlada durante un período más o menos largo antes de permitir a la articulación recuperar su excursión normal y siempre que las radiografías hayan mostrado la curación de las superficies irritadas. En los casos de articulaciones dolorosas, irritadas, que afectan al cóndilo y a la cavidad glenoidea en su totalidad, que se ven limitadas en sus movimientos y que van empeorando cada vez más, no se ha de recurrir a la inyección, sino que deben ser tratados quirúrgicamente.

La constante irritación producida en una articulación hipermóvil causaría el plegamiento y la ruptura del disco fibrocartilaginoso y puede dar lugar a ciertos tipos de tumores. Los más comunes son sarcomas, osteomas, condromas y mixocondromas.

El tipo de tratamiento aquí descrito permite al operador un perfecto control acerca del aconsejable grado de función y de fibrosis obtenidas o a obtener. Este control es directamente proporcional al número de inyecciones dadas y a la cantidad de solución inyectada. La limitación de apertura es llevada hasta un grado justamente suficiente para impedir el chasquido o la subluxación y es mantenida a ese nivel. Generalmente, con un paciente que coopere alcanza con

una inyección; no obstante, pueden darse dos, tres o cuatro veces si hicieran falta.

Si el paciente, en algún momento, no supiera apreciar el esfuerzo hecho en su favor y le pareciera haber recuperado la condición de su mandíbula anterior al tratamiento, se le podría administrar una pequeña cantidad de protóxido de nitrógeno y colocarle en la boca una mordaza. De esta manera se puede anular la limitación del movimiento en cualquier momento.

El chasquido ha sido controlado completamente en varios centenares de casos bajo mi cuidado y llevado a cabo entre las primeras seis hasta las veinticuatro horas, momento hasta el cual no se observó ninguna complicación.

C o n c l u s i ó n

Este artículo ha sido presentado para dar a la profesión una mejor concepción del tratamiento descrito y de sus progresos, calidad y eficacia. Este tema fué la base de un artículo publicado en "J. A. M. A." en septiembre de 1937; pero como varios cientos de pacientes fueron tratados hasta hoy, este informe es más valioso debido a la amplia experiencia adquirida.

Se llama otra vez la atención sobre la simplicidad y seguridad de este método y al hecho de que puede ser usado en otras articulaciones cuya función esté disminuída por la laxitud de los ligamentos.—*L. Bronstein*. ("Rev. Odnt.", XXXVI, 3, 117, 1948.)

Ultimos estudios sobre los requerimientos del calcio en niños de edad preescolar.—MCLEAN, D. S. y col.—*J. Nutrition*, 1946, 31, 127.

Se estudiaron 7 niños entre 2,7 a 5,8 años.

Se encontró como necesario de 685 a 1.165 mgs. de Ca. diarios, o sea de 35 a 57 mgs. por kilo de peso. (per *L. Sm. Méd.*)