

Disfunción de la articulación temporomandibular

Fecha de la última revisión: **26/11/2015**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), también conocida como trastorno temporomandibular (TTM) o síndrome de Costen, es la causa de dolor facial más frecuente después del dolor de origen dental. Es causa de dolor preauricular con irradiación temporal y maxilar, de carácter crónico. Corresponde a un grupo heterogéneo de alteraciones que involucran factores orgánicos, psicosociales y psicológicos que afectan al aparato masticatorio y reducen la calidad de vida de los pacientes (Uyanik JM, 2003; Scrivani S, 2015; Tsai V, 2015).

Afecta preferentemente al sexo femenino (4:1), sobre todo entre 20-40 años y se estima que entre el 40 y el 75% de la población presenta al menos un signo de TTM (movimiento anormal de mandíbula, chasquidos o ruidos con la movilización, hipersensibilidad a la palpación) y hasta un 33% al menos un síntoma (dolor facial, dolor articular) (Scrivani S, 2015; Tsai V, 2015; Rigon M, 2011; Zakrzewska JM, 2015). En ocasiones el paciente es valorado por cefaleas crónicas, sin criterios migrañosos, refractarias a tratamiento (Zakrzewska JM, 2015).

Su etiología suele ser multifactorial, en muchos casos idiopática, lo que la convierte en una patología de diagnóstico difícil (Zakrzewska JM, 2013). En general se asume que el dolor puede tener un origen muscular (causa miogénica) o articular (causa artrítica o artrósica). Puede deberse a mala mordida (pérdida de piezas dentarias o mala colocación de las mismas), traumatismo mandibular y hábitos parafuncionales (bruxismo). La maloclusión dentaria provocaría un desequilibrio de la articulación compensada por los tejidos blandos circundantes, incluidos los músculos de la masticación, lo que provocaría una tensión excesiva en la zona y cefalea. Estos hechos pueden ocasionar una distorsión y, en última instancia, cambios degenerativos en la ATM, con dolor que se irradia a región preauricular y frontomaxilar ipsilateral. Si los cambios articulares son suficientemente graves podrían provocar luxación y bloqueo articular. Sin embargo, esta aseveración pertenece más al campo de lo teórico que de lo práctico, ya que en la actualidad no existen datos concluyentes que apoyen que el tratamiento ortodóncico de la maloclusión dentaria mejore un TTM diagnosticado o prevenga una futura aparición del mismo (Luther F, 2010). Otras posibles causas de trastorno temporomandibular pueden ser enfermedades del tejido conectivo, artritis reumatoide, neoplasias, etc. (Uyanik JM, 2003; Scrivani S, 2015; Guardia CF, 2014).

En algunos casos, la disfunción anatómica es insuficiente para explicar su etiología, por lo que pueden estar asociados factores psicógenos: depresión, ansiedad, estrés postraumático, desórdenes de personalidad o una historia de abuso del hábito masticatorio (por ejemplo, consumo de chicle) (Zakrzewska JM, 2013; Kindler S, 2012; Celic R, 2006). Existe también un componente subjetivo de percepción del dolor. Se han reportado diferencias en la modulación del dolor en hombres y mujeres con TTM comparados con controles sanos (Bragdon EE, 2002).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico del TTM se basa en la historia clínica y en los hallazgos del examen físico (Scrivani S, 2015; Tsai V, 2015; Zakrzewska JM, 2015; Guardia CF, 2014). Clínicamente se manifiesta por dolor preauricular recurrente o crónico, en algún caso bilateral. El dolor puede ser progresivo o súbito, en este caso después de traumatismos mandibulares o una apertura bucal forzada. Se relaciona con la masticación y empeora a lo largo del día.

A la exploración existe una hipersensibilidad a la palpación de la articulación (tanto aplicando presión sobre la zona preauricular como sobre la pared anterior del conducto auditivo externo), crepitación o chasquido en la apertura-cierre mandibular, limitación de la apertura bucal o lateralización durante la movilización mandibular. Se puede evidenciar, por tanto, una luxación lateral mandibular o limitación a la apertura bucal; desgaste dental anormal, mal estado dentario, contractura de la musculatura masetera o cervical. El paciente acude generalmente por otalgia de semanas de evolución (Ferendiuk E, 2014), sin otros síntomas otológicos asociados (otorrea, otorragia, hipoacusia), presentando una otoscopia con ausencia de signos patológicos. Sin embargo, algunos autores comienzan a relacionar la patología de la articulación temporomandibular y sus músculos asociados, con síntomas otológicos subagudos como la sensación de plenitud aural o el tinnitus (Lee CF, 2015).

Las pruebas de imagen pueden, en algunos casos, clarificar el diagnóstico; estarían indicadas ante la sospecha de trastornos de alteración discal, artritis reumatoidea, osteoartritis o tumoración (Pescavage-Thomas JM, 2014). La ortopantomografía o radiología panorámica es la exploración de imagen de primera elección, permite evaluar la estructura ósea, los dientes, los senos maxilares y la forma de la articulación temporomandibular (Tsai V, 2015; Ahn SJ, 2006). La tomografía computerizada (TC) y la imagen por resonancia magnética (RM) serán solicitadas en las siguientes situaciones: ortopantomografía anormal, hallazgos del examen físico atípicos (dolor extremo), exploración anormal de los nervios craneales y antecedentes de cirugía de la ATM. La TC es útil para valorar la extensión de una lesión y para descartar la presencia de lesiones osteoartrosicas. La RM con boca abierta y cerrada permite confirmar una afectación orgánica de la articulación y valorar la gravedad de la misma (Tsai V, 2015; Guardia CF, 2014; Tallents RH, 1996).

A pesar de que los trastornos de la articulación temporomandibular son frecuentes, siempre deben excluirse patologías potencialmente graves:

- **Patología otológica:** como la otitis media aguda, barotrauma, lesiones en conducto auditivo externo u oído medio.
- **Otras algias faciales:** (ver guía: [**Algias faciales**](#)) presentarán otras características con otras localizaciones:
 - **Algias de origen dental-gingival** (Annino DJ Jr, 2003): dolor nocturno, pulsátil, con sobre respuesta térmica o a la presión, que cede rápidamente tras la eliminación del agente nociceptivo.
 - **Patología de las glándulas salivales (aguda o crónica):** dolor intenso en la región submandibular o parotídea, asociado a tumoración facial, la mayoría de las veces unilateral, con evolución aguda, progresiva o fluctuante. Generalmente presentan recurrencia y relación con la deglución.
 - **Neuralgia del trigémino** (Singh MK, 2015; Bajwa ZH, 2015): dolor lancinante o punzante, de inicio brusco, breve duración (1 segundo a 2 minutos), intenso, localizado en las regiones correspondientes a la primera o segunda rama del V par craneal (V1-V2). Generalmente unilateral, suele limitar la

- actividad del paciente. Con carácter fluctuante, suele presentar un inicio espontáneo o, lo más habitual, la presencia de zonas gatillo ante estímulos táctiles o térmicos (zona cutánea, gingival, labial) o al masticar, hablar, comer, sonreír o bostezar. Suele respetar el sueño (Katusic S, 1991).
- **Neuralgia del glossofaríngeo** (Hiwatashi A, 2008): tiene las mismas características que neuralgia del trigémino excepto por la ubicación, que se localiza en la pared posterior de la faringe o fosa amigdalina, y se irradia hacia la lengua, cuello y pabellón auricular, puede afectar a la zona inervada por el par X. Las crisis pueden desencadenarse por la deglución, la fonación, la sonrisa o la tos. Es la única neuralgia que puede acompañarse de bradicardia, convulsiones o incluso síncope, al afectarse también ramas del par X.
 - **Neuralgia posttherpética:** quemazón constante y oleadas de dolor agudo punzante, con hiperestesia táctil y térmica, disestesia o anestesia, en la zona del dolor. Antecedentes de herpes zóster en la zona.

¿Cómo se trata?

El pronóstico es generalmente bueno aunque se considera que el tratamiento es conservador, en pocas ocasiones completamente curativo. Las recomendaciones y las posibilidades terapéuticas son variadas.

En cuanto al tratamiento farmacológico en el manejo del dolor, algunas revisiones están a favor y otras no, recomiendan idear nuevos ensayos controlados aleatorizados para confirmar qué tipos de analgésicos son los más eficaces (List T, 2003; Mujakperuo HR, 2010; American Society of Temporomandibular Joint Surgeons, 2003).

Durante las crisis:

- Dieta blanda durante las crisis.
- Medidas analgésicas locales como el calor seco local. En algunos casos, la aplicación de frío, seguido de calor, puede ser útil.
- Tratamiento farmacológico (ver tabla): AINEs (**ibuprofeno**, **naproxeno**), relajantes musculares y ansiolíticos (**diazepam**, **metocarbamol**, **ciclobenzaprina**) y los antidepresivos a bajas dosis (**amitriptilina**, **nortriptilina**, **fluoxetina**, **sertralina**) (Liu F, 2013).
- En algunos casos se puede recurrir a infiltración periarticular de anestésicos locales y corticoides (Tsai V, 2015).

Tabla 1. Medicamentos utilizados en el manejo del dolor en los trastornos de la ATM. (Tsai V, 2015; Celic R, 2006)		
Medicamento	Dosis	Efecto
Ibuprofeno	600 mg tres veces al día	Analgésico y antiinflamatorio
Naproxeno	375 mg dos veces al día	Analgésico y antiinflamatorio
Diazepam	8-40 mg/día	Reducción de los espasmos y la tensión muscular
Metocarbamol	1.500-4.500 mg/día	Reducción de los espasmos y la tensión muscular tensión muscular
Ciclobenzaprina	5-30 mg/día	Reducción de los espasmos y la tensión muscular
Amitriptilina	10-40 mg/día	Disminución la tensión muscular
Fluoxetina	1-20 mg/día	Disminución la tensión muscular

Preventivo:

- Eliminación de hábitos masticatorios excesivos (como el consumo de chicle) o incorrectos (masticar cosas muy duras o incluso morder lápices) (Zakrzewska JM, 2015).
- Ejercicios de estiramiento de la mandíbula y dispositivos de oclusión si está indicado.
- La terapia cognitiva conductual, combinada con el tratamiento farmacológico habitual, proporciona beneficios en el control del dolor a corto plazo y podría ser más efectivo que el manejo farmacológico por sí solo (Randhawa K, 2015).

Otros tratamientos:

- En caso de fracaso del tratamiento médico, el paciente debe ser derivado al cirujano maxilofacial, quien valorará la indicación quirúrgica mediante cirugía abierta, artroscopia o artrocentesis (Rigon M, 2011), con o sin inyección de toxina botulínica coadyuvante (Freund BJ, 2003).
- Por su relación con los cuadros miofasciales, algunos de sus tratamientos como la terapia manual o liberación miofascial (Ajimsha MS, 2015), o la acupuntura (como tratamiento adyuvante), pueden ser útiles (Borg-Stein J, 2014; Saxena A, 2015).
- El tratamiento ortodóncico de la maloclusión dental también deberá ser valorado por el odontólogo.
- Algunos autores han encontrado algún beneficio con otros tratamientos como la hipnosis (Abrahamsen R, 2011), la acupuntura (La Touche R, 2010) o el láser superpulsado de baja intensidad (Marini I, 2010; Hu WL, 2014).

Bibliografía

- Abrahamsen R, Baad-Hansen L, Zachariae R, Svensson P. Effect of hypnosis on pain and blink reflexes in patients with painful temporomandibular disorders. Clin J Pain. 2011;27(4):344-51. PubMed **PMID: 21178599**
- Ahn SJ, Kim TW, Lee DY, Nahm DS. Evaluation of internal derangement of the temporomandibular joint by panoramic radiographs compared with magnetic resonance imaging. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006;129(4):479-85. PubMed **PMID: 16627173**
- Ajimsha MS, Al-Mudahka NR, Al-Madzhar JA. Effectiveness of myofascial release: systematic review of randomized controlled trials. J Bodyw Mov Ther. 2015;19(1):102-12. PubMed **PMID: 25603749. Texto completo**
- American Society of Temporomandibular Joint Surgeons. Guidelines for diagnosis and management of disorders involving the temporomandibular joint and related musculoskeletal structures. Cranio. 2003;21(1):68-76. PubMed **PMID: 12555934**
- Annino DJ Jr, Goguen LA. Pain from the oral cavity. Otolaryngol Clin North Am. 2003;36(6):1127-35, vi-vii. PubMed **PMID: 15025012**
- Bajwa ZH, Ho CC, Khan SA. Trigeminal neuralgia. [Internet]. En Waltham MA: UpToDate; 2015, version 23.7. [acceso 19/11/2015]. Disponible en: **http://www.uptodate.com**
- Borg-Stein J, Iaccarino MA. Myofascial pain syndrome treatments. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2014;25(2):357-74. PubMed **PMID: 24787338**
- Bragdon EE, Light KC, Costello NL, Sigurdsson A, Bunting S, Bhalang K, et al. Group differences in pain modulation: pain-free women compared to pain-free men and to women with TMD. Pain. 2002;96(3):227-37. PubMed **PMID: 11972994**
- Celic R, Panduric J, Dulcic N. Psychologic status in patients with temporomandibular disorders. Int J Prosthodont. 2006;19(1):28-9. PubMed **PMID: 16479755**

- Ferendiuk E, Zajdel K, Pihut M. Incidence of otolaryngological symptoms in patients with temporomandibular joint dysfunctions. Biomed Res Int. 2014;2014:824684. PubMed [PMID: 25050373](#). [Texto completo](#)
- Freund BJ, Schwartz M. Intramuscular injection of botulinum toxin as an adjunct to arthrocentesis of the temporomandibular joint: preliminary observations. Br J Oral Maxillofac Surg. 2003;41(5):351-2. PubMed [PMID: 14581034](#)
- Guardia CF, Berman SA, Egan RA. Temporomandibular disorders [Internet]. En: Medscape; 2015 [acceso 20/11/2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1143410-overview>
- Hiwatashi A, Matsushima T, Yoshiura T, Tanaka A, Noguchi T, Togao O, et al. MRI of glossopharyngeal neuralgia caused by neurovascular compression. AJR Am J Roentgenol. 2008;191(2):578-81. PubMed [PMID: 18647935](#). [Texto completo](#)
- Hu WL, Chang CH, Hung YC, Tseng YJ, Hung IL, Hsu SF. Laser acupuncture therapy in patients with treatment-resistant temporomandibular disorders. PLoS One. 2014;9(10):e110528. PubMed [PMID: 25329855](#). [Texto completo](#)
- Katusic S, Williams DB, Beard CM, Bergstralh EJ, Kurland LT. Epidemiology and clinical features of idiopathic trigeminal neuralgia and glossopharyngeal neuralgia: similarities and differences, Rochester, Minnesota, 1945-1984. Neuroepidemiology. 1991;10(5-6):276-81. PubMed [PMID: 1798430](#)
- Kindler S, Samietz S, Houshmand M, Grabe HJ, Bernhardt O, Biffar R, et al. Depressive and anxiety symptoms as risk factors for temporomandibular joint pain: a prospective cohort study in the general population. J Pain. 2012;13(12):1188-97. PubMed [PMID: 23141187](#)
- La Touche R, Goddard G, De-la-Hoz JL, Wang K, Paris-Alemayn A, Angulo-Díaz-Parreño S, et al. Acupuncture in the treatment of pain in temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin J Pain. 2010;26(6):541-50. PubMed [PMID: 20551730](#)
- Lee CF, Lin MC, Lin HT, Lin CL, Wang TC, Kao CH. Increased risk of tinnitus in patients with temporomandibular disorder: a retrospective population-based cohort study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015 Jan 9. [Epub ahead of print]. PubMed [PMID: 25573837](#)
- List T, Axelsson S, Leijon G. Pharmacologic interventions in the treatment of temporomandibular disorders, atypical facial pain, and burning mouth syndrome. A qualitative systematic review. J Orofac Pain. 2003;17(4):301-10. PubMed [PMID: 14737874](#)
- Liu F, Steinkeler A. Epidemiology, diagnosis, and treatment of temporomandibular disorders. Dent Clin North Am. 2013;57(3):465-79. PubMed [PMID: 23809304](#)
- Luther F, Layton S, McDonald F. Orthodontics for treating temporomandibular joint (TMJ) disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(7):CD006541. PubMed [PMID: 20614447](#). [Texto completo](#)
- Marini I, Gatto MR, Bonetti GA. Effects of superpulsed low-level laser therapy on temporomandibular joint pain. Clin J Pain. 2010;26(7):611-6. PubMed [PMID: 20664343](#)
- Mujakperuo HR, Watson M, Morrison R, Macfarlane TV. Pharmacological interventions for pain in patients with temporomandibular disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(10):CD004715. PubMed [PMID: 20927737](#). [Texto completo](#)
- Petscavage-Thomas JM, Walker EA. Unlocking the jaw: advanced imaging of the temporomandibular joint. AJR Am J Roentgenol. 2014;203(5):1047-58. PubMed [PMID: 25341144](#). [Texto completo](#)
- Randhawa K, Bohay R, Côté P, van der Velde G, Sutton D, Wong JJ, et al. The Effectiveness of Non-invasive Interventions for Temporomandibular Disorders: A Systematic Review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. Clin J Pain. 2015 Apr 28. [Epub ahead of print] PubMed [PMID: 25924094](#)
- Rigon M, Pereira LM, Bortoluzzi MC, Loguercio AD, Ramos AL, Cardoso JR. Arthroscopy for temporomandibular disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (5):CD006385. PubMed [PMID: 21563153](#). [Texto completo](#)
- Saxena A, Chansoria M, Tomar G, Kumar A. Myofascial pain syndrome: an overview. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2015;29(1):16-21. PubMed [PMID: 25558924](#)
- Scrivani S, Mehta N. Temporomandibular disorders in adults [Internet]. En Waltham MA: UpToDate; 2015, version 23.7. [acceso 19/11/2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Singh MK. Trigeminal neuralgia [Internet]. En: Medscape; 2015 [acceso 20/11/2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1145144-overview>
- Tallents RH, Katzberg RW, Murphy W, Proskin H. Magnetic resonance imaging findings in asymptomatic volunteers and symptomatic patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent. 1996;75(5):529-33. PubMed [PMID: 8709019](#)
- Tsai V. Temporomandibular Joint Syndrome [Internet]. En: Medscape; 2015 [acceso 20/11/2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/809598-overview>
- Uyanik JM, Murphy E. Evaluation and management of TMDs, Part 1. History, epidemiology, classification, anatomy, and patient evaluation. Dent Today. 2003;22(10):140-5. PubMed [PMID: 15011535](#)
- Zakrzewska JM. Differential diagnosis of facial pain and guidelines for management. Br J Anaesth. 2013;111(1):95-104. PubMed [PMID: 23794651](#). [Texto completo](#)
- Zakrzewska JM. Temporomandibular disorders, headaches and chronic pain. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2015;29(1):61-3; discussion 63. PubMed [PMID: 25643229](#)

Más en la red

- De Rossi SS, Greenberg MS, Liu F, Steinkeler A. Temporomandibular disorders: evaluation and management. Med Clin North Am. 2014 Nov;98(6):1353-84. PubMed [PMID: 25443680](#)
- Durham J, Newton-John TR, Zakrzewska JM. Temporomandibular disorders. BMJ. 2015 Mar 12;350:h1154. PubMed [PMID: 25767130](#)

Autores

▪ Jessica Santillán Coello	Médico Interno Residente de Otorrinolaringología
▪ Felipe Ahumada Alarcón	Médico Especialista en Otorrinolaringología
▪ Álvaro Sánchez Barrueco	Médico Especialista en Otorrinolaringología
▪ José Miguel Villacampa Aubá	Médico Especialista en Otorrinolaringología

Servicio ORL. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

