

Diagnostico clínico de artrosis en la articulación temporomandibular asociado a un síndrome de dolor miofascial. Análisis de un caso

R. La Touche

La Touche R.

Clinical diagnosis of osteoarthritis in the Temporomandibular Joint Associated with Myofascial Pain Syndrome. Analysis of a case report

SUMMARY

A case report of a 70 year-old patient with bilateral orofacial pain and local pain in the right temporomandibular joint (TMJ). The physical examination shows a decrease in the articular range of motion, a soft end feel, crepitation and trigger points activated at the jaw and neck muscles. The image study confirmed TMJ osteoarthritis and it was concluded that the symptoms were primarily produced by myofascial pain syndrome. A precise differential diagnoses is important in order to orientate the treatment stages.

Key Words: Temporomandibular Joint, Osteoarthritis, Myofascial Pain Syndrome

RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente de 70 años que presenta dolor orofacial simétrico y dolor local a nivel de la articulación temporomandibular (ATM) derecha. La exploración clínica muestra disminución del rango de movimiento articular, un *end feel* blando, crepitación a la auscultación, y puntos gatillos miofasciales (PGMs) a nivel de la musculatura masticatoria y del cuello. El estudio radiológico confirma ar-

tritis en la ATM y se termina concluyendo que la sintomatología es provocada, principalmente, por el síndrome de dolor miofascial. Se reafirma la importancia de realizar un diagnóstico diferencial preciso para orientar adecuadamente las pautas del tratamiento.

Palabras Clave: Articulación Temporomandibular, Artrosis, Síndrome de Dolor Miofascial

INTRODUCCIÓN

El término de trastornos temporomandibulares (TTM) es utilizado generalmente para hacer mención a las diferentes afecciones de la articulación temporomandibular (ATM), de la musculatura masticatoria y de las estructuras asociadas (1). El diagnóstico específico de los TTM incluye la exploración de los músculos masticatorios, del cartílago y el hueso articular, de los tejidos blandos articulares incluyendo el disco articular y la sinovial, exploración de la función masticatoria, análisis de la disfunción dolorosa y, especialmente, la valoración de los aspectos comportamentales del paciente (2).

Realizando un diagnóstico preciso y adecuado se puede obtener la aparición de diversos TTM tales como dolor crónico asociado a trastornos del comportamiento, síndrome de dolor miofascial (SDM), desplazamientos discales con o sin reducción, artritis reumatoide y enfermedades degenerativas como la artrosis, entre otros (2).

La artrosis es una enfermedad degenerativa, de carácter no inflamatoria que afecta a las articulaciones incluyendo la ATM (3). Se caracteriza por la destrucción del cartílago articular seguido de su posterior remodelación (4). Este proceso de destrucción/remodelación se produce de manera anormal generando fenómenos de neoformación ósea.

¹ Profesor del Master en Dolor Orofacial y Disfunciones Craneomandibulares.

Departamento de Fisioterapia, Facultad de Medicina, Universidad San Pablo CEU.

Coordinador de la Unidad de Investigación en Fisioterapia y Ciencias del Movimiento Humano

La incidencia de la artrosis de la ATM aumenta con la edad y su prevalencia abarca un rango del 22% al 38% en una población de entre 20 y 90 años (5,6). Esta enfermedad puede causar dolor y disfunción, sin embargo, el trastorno doloroso más común a nivel del sistema craneomandibular es el SDM (7). Esta entidad se define como una afección de la musculatura esquelética que presenta una serie de signos y síntomas que son causados por los puntos gatillo miofasiales (PGMs) (8).

Los PGMs se aprecian clínicamente como bandas tensas localizadas en los músculos esqueléticos donde se encuentran nódulos hipersensibles. La aparición de PGMs puede provocar disminución del rango de movimiento articular, dolor local y un patrón de dolor referido característico (8). Además, puede provocar fenómenos autónomos (7).

CASO CLÍNICO

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 70 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con un antecedente reciente de fractura del tercio proximal del cúbito, con diagnóstico de osteoporosis y artrosis con mayor afectación identificada clínica y radiológicamente en rodillas y columna lumbar.

Acude a consulta especializada en fisioterapia craneomandibular y dolor orofacial por molestias dolorosas y funcionales bilaterales a nivel de la musculatura masticatoria, dolor local en la ATM derecha, limitación del movimiento y dolor en el cuello. La intensidad del dolor es mayor por las mañanas y la sintomatología se exacerba en actividades funcionales como la masticación, deglución y fonación. Todo el cuadro lleva una evolución de 5 meses. Anteriormente, no se presentaron efectos significativos en la disminución de la sintomatología con el uso de analgésicos.

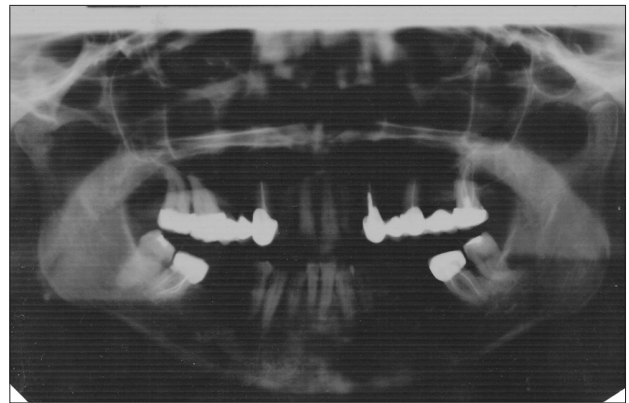
EXPLORACIÓN CLÍNICA

Debido a la presencia de artrosis en otras articulaciones se procedió a realizar inicialmente la valoración articular con el objetivo de identificar la existencia de una posible artrosis en la ATM. La primera exploración realizada fue la auscultación la ATM y en ella se identificó la presencia de crepitación en la apertura bucal de ambas articulaciones. Posteriormente se realizó una inspección visual de los

movimientos activos de apertura máxima y laterotrusión observándose una apertura asimétrica hacia el lado derecho. También se cuantificó el rango máximo de apertura bucal activa y de laterotrusión obteniendo una apertura bucal limitada de 32mm (9) y 8mm de lateropropulsión derecha y 6mm de la izquierda.

Se midió el *end-feel* obteniendo una sensación blanda y dolorosa. Este dato es significativo para determinar que la limitación de la apertura bucal es por afección muscular y no articular. Para valorar la integridad del cartílago articular se realizó la prueba ortopédica de compresión articular, con la cual se pudo identificar la existencia de dolor a la sobrecarga en ambas articulaciones pero con una mayor intensidad en la ATM derecha.

Como examen complementario, se le practicó a la paciente una ortopantografía (Fig. 1), en la cual se evidenciaron cambios óseos estructurales leves en ambas articulaciones, siendo los signos más apreciables la disminución del espacio articular y el aplastamiento del cóndilo de la articulación derecha.



De acuerdo a lo criterios diagnósticos descritos por Stegenga y cols (10) (Tabla I) los datos obtenidos en la exploración articular confirman la presencia de artrosis en la ATM; sin embargo, los datos no llegaban a concluir si el cuadro disfuncional y doloroso era producido exclusivamente por la artrosis. Es por esta razón que se siguió explorando la musculatura masticatoria, la musculatura de cuello y las estructuras dentarias.

La musculatura masticatoria y del cuello fue explorada utilizando fundamentalmente la palpación manual, la medición del rango de movimiento articular y los aspectos de la clínica presente en ambas regiones. Se encontraron en la región masticatoria bandas tensas dolorosas que cumplían los criterios diagnósticos para ser considerados PGMs (Tabla II). Estos criterios han sido descritos por Simmons y cols (8) y Gerwin y cols (11).

Tabla I. Criterios diagnósticos para identificar la artrosis en la ATM (10).

- Aparición de sonidos crepitantes a la hora de realizar la auscultación de la articulación.
- Rango de movimiento articular limitado.
- Desviación mandibular hacia el lado afecto.
- Cambios óseos estructurales evidenciados radiográficamente.

Tabla II. Criterios para diagnóstico de los PGMs (8,11).

1. Banda tensa palpable en un músculo.
2. Dolor local presente cuando se aplica presión sobre el nódulo hipersensible.
3. Reconocimiento por parte del paciente como un dolor habitual.
4. Presencia de un rango de movimiento limitado y doloroso.
5. Respuesta de espasmo local cuando se realiza la palpación que se identifica táctil o visualmente.

Un aspecto cualitativo de interés que comunicó la paciente durante la exploración fue la presencia de dolor a la compresión o palpación de los PGMs igual o similar en intensidad al que sentía diariamente. Con los PGMs del cuello se produjo la misma situación. En el caso de esta zona los PGMs encontrados fueron a nivel del esternocleidomastoideo y el trapecio. Existe evidencia que ha comprobado la relación entre el SDM que afecte al cuello y la disfunción o dolor a nivel del sistema craneomandibular (12).

La exploración dentaria mostró facetas de desgaste a nivel de los molares e incisivos, y ausencia de algunas piezas dentales. Estos hallazgos junto con la presencia de dolor matutino de alta intensidad y limitación de movimiento llevaron a concluir que la paciente podría padecer de una parafunción, específicamente de bruxismo nocturno. Según algunos autores, dicho padecimiento es uno de los factores de perpetuación de la aparición del SDM en la musculatura masticatoria (8), además de ser considerado un factor etiopatogénico de la artrosis en la ATM (3).

DISCUSIÓN

El dolor es un síntoma frecuente en la mayoría de los TTM. Kino y cols (13) demostraron que diversos trastornos que afectan al sistema craneomandibular pueden tener características muy similares en cuanto al dolor y la disfunción. Es por esta razón que es necesario realizar un diagnóstico diferencial adecuado. Además, se debe tener presente que el diagnóstico ra-

diológico es necesario para los trastornos de origen articular como sucede en el caso de la artrosis(14); sin embargo, se ha visto que las pruebas de imagen de alta precisión, como la resonancia magnética, presentan serias limitaciones para identificar la existencia de signos tan frecuentes en los TTM, como es la limitación del rango de movimiento articular(15), o para diagnosticar casos de artrosis en ATM donde se asocie un SDM (16), tal y como sucede en el presente caso clínico.

De acuerdo a las características de este caso resulta difícil saber si la artrosis en la ATM pudo ser la causante de la aparición del SDM; no obstante, lo que si se pudo determinar es que la principal causa de dolor y disfunción de la paciente es el SDM. En relación a esto, Ardic y cols (17) valoraron pacientes con artritis reumatoide y concluyeron que el SDM era el factor causal más importante de dolor en el sistema craneomandibular.

CONCLUSIÓN

Es fundamental hacer un diagnóstico preciso que determine la localización de la afectación así como la magnitud de los signos y síntomas. Este proceso ayuda al clínico durante el planteamiento de las pautas del tratamiento fisioterápico, quirúrgico y odontológico.

El diagnóstico diferencial puede apoyarse en pruebas radiológicas, pero el principal aporte en la valoración de los casos de TTM donde exista un SDM asociado es la clínica del paciente.

CORRESPONDENCIA

Roy La Touche Arbizu
Departamento de Fisioterapia,
Facultad de Medicina,
Universidad San Pablo CEU
C/ Martín de los Heros, 60
28008 Madrid
E-mail: roylatouche@yahoo.es
Financiación: Ninguna
Conflictos de interés: No declarados

BIBLIOGRAFÍA

1. Dimitroulis G. Fortnightly review: Temporomandibular disorders: a clinical update. *BMJ* 1998; 317: 190-194.
2. Goldstein BH. Temporomandibular disorders: a review of current understanding. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999; 88: 379-385.
3. Franklin CD. Pathology of the temporomandibular joint. *Current Diagn Pathol* 2000; 12: 31-39.
4. Stegenga B, de Bont LG, Boering G, et al. Tissue responses to degenerative changes in the temporomandibular joint: a review. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991; 49: 1079-1088.
5. Nannmark U, Sennerby L, Haraldson T. Macroscopic, microscopic and radiologic assessment of the condylar part of the TMJ in elderly subjects. An autopsy study. *Swed Dent J.* 1990; 14: 163-169.
6. Akerman S, Rohlin M, Kopp S. Bilateral degenerative changes and deviation in form of temporomandibular joints. An autopsy study of elderly individuals. *Acta Odontol Scand.* 1984; 42: 205-214.
7. Friction JR. Masticatory myofascial pain: an explanatory model integrating clinical, epidemiological and basic science research. *Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol.* 1999; 41: 14-25.
8. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Myofascial Pain and Dysfunction. *The Trigger Point Manual. Volume 1.* 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 1999. p. 11-28, 31-36, 329-336.
9. Okeson, JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 5ª. ed. Madrid: Elsevier. 2003. p. 268-270.
10. Stegenga B, De Bont LG, Boering G. A proposed classification of temporomandibular disorders based on synovial joint pathology. *Cranio.* 1989; 7: 107-18.
11. Gerwin RD, Shannon S, Hong CZ, et al. Interrater reliability in myofascial trigger point examination. *Pain.* 1997; 69: 65-73.
12. Wright EF. Referred craniofacial pain patterns in patients with temporomandibular disorder. *J Am Dent Assoc.* 2000; 131: 1307-1315.
13. Kino K, Sugisaki M, Haketa T. The comparison between pains, difficulties in function, and associating factors of patients in subtypes of temporomandibular disorders. *J Oral Rehabil.* 2005; 32: 315-325.
14. Helenius LM, Tervahartala P, Helenius I, et al. Clinical, radiographic and MRI findings of the temporomandibular joint in patients with different rheumatic diseases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 35: 983-989.
15. Schmitter M, Kress B, Rammelsberg P. Temporomandibular joint pathosis in patients with myofascial pain: a comparative analysis of magnetic resonance imaging and a clinical examination based on a specific set of criteria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004; 97: 318-324.
16. Limchaichana N, Nilsson H, Ekberg EC, et al. Clinical diagnoses and MRI findings in patients with TMD pain. *J Oral Rehabil.* 2007; 34: 237-245.
17. Ardic F, Gokharman D, Atsu S, et al. The comprehensive evaluation of temporomandibular disorders seen in rheumatoid arthritis. *Aust Dent J.* 2006; 51: 23-28.