

La articulación temporo-mandibular - Ejemplo clínico

Traducción : Laia Gratacós - fisioterapeut

Un paciente de 35 años sufre un síndrome cráneo-mandibular desde que recibió el golpe de codo de un amigo contra el lazo izquierdo de la mandíbula, hace cuatro meses. En el momento del traumatismo, tuvo la sensación de tener “la mandíbula desencajada”. Desde entonces, siente un dolor de la ATM, que irradia al interior del oído (otalgia) y la mejilla derecha, acompañado con acúfenos regulares (tinnitus), una tensión y una rigidez importante a nivel de la columna cervical (cervicalgias) y una hipersensibilidad a nivel de molares derechos (odontalgia).

El paciente es consciente de un estrechamiento de los dientes debido al estrés del trabajo y se queja a menudo de una fatiga muscular durante el día (bruxomanía), sin embargo no se observa bruxismo ni bloqueo. El paciente aqueja una sensación de crujido a nivel de la articulación temporo-mandibular a la apertura, anterior al traumatismo.

Los cuidados dentales no presentaron el resultado esperado y las sesiones de masaje sólo le han dado un confort momentáneo. Puede reproducir en poco tiempo una parte de su sintomatología cuando está en decúbito prono con la cabeza en rotación hacia la izquierda. En la inspección y en los movimientos activos, observamos una protracción de la cabeza y una limitación de la apertura de la boca, pero no hay trismos, acompañado de una desviación de la mandíbula hacia la izquierda.

La articulación temporo-mandibular asume muchas funciones fisiológicas y posee una biomecánica remarcable. Es muy compleja a nivel de su sintomatología y de sus interacciones con las estructuras miofasciales y neurovasculares locales y de otras regiones del cuerpo, columna cervical, cintura escapular y incluso la pelvis.

Las etiologías no son siempre bien definidas, se habla más de factores que contribuyen que de verdaderas causas, como el estrés, las alteraciones del sueño, las contracturas musculares, la protracción de la cabeza... Investigaciones recientes muestran la relación entre la sintomatología de la ATM y las disfunciones de la columna cervical alta, los síndromes miofasciales dolorosos de la cara, del cuello y de la nuca y las disfunciones de las estructuras neurovasculares. De aquí la importancia del razonamiento clínico y de la diferenciación estructural.

Nuestras hipótesis principales de inicio son; la articulación temporo-mandibular, la columna cervical, los músculos pterigoideos, masetero, temporal y estoerocleidomastoideo y los nervios trigémino y facial. Os recordamos que la rotación izquierda de la cabeza va acompañada de una ligera laterotusión de la mandíbula hacia la izquierda.

El paciente se encuentra en decúbito prono con la cabeza en rotación izquierda (demostración funcional), después de dos minutos en esta posición el dolor de la ATM y de la mejilla derecha aparecen y un débil silbido se instaura en el oído derecho.

Metodología de la diferenciación estructural :

Diferenciar entre la columna cervical y “la articulación temporo-mandibular” (articulación, músculos y estructuras neurovasculares) en decúbito ventral

1. el terapeuta disminuye la rotación de la cabeza para disminuir la sintomatología y estabiliza la cabeza

2. el terapeuta efectúa la laterotusión izquierda de la mandíbula - la sintomatología del paciente aumenta, el terapeuta tiene la hipótesis de que “la articulación temporo-mandibular” está implicada
3. el terapeuta disminuye la laterotusión izquierda de la mandíbula haciendo una lateropulsión derecha - la sintomatología del paciente disminuye, la hipótesis que “la articulación temporo-mandibular” está implicada se refuerza
4. el paciente busca la posición de rotación de cabeza con pocos o ningún síntoma y el terapeuta estabiliza la mandíbula
5. el terapeuta efectúa una rotación derecha de la cabeza - la sintomatología del paciente aumenta, la hipótesis de “la articulación temporo-mandibular” se refuerza
6. el terapeuta efectúa una rotación izquierda de la cabeza - la sintomatología del paciente disminuye, la hipótesis de “la articulación temporo-mandibular” se refuerza

Conclusión

En este estadio, la hipótesis que predomina es que el origen de la sintomatología del paciente se encuentra a nivel de “la articulación temporo-mandibular”, que presenta la articulación con su disco, los músculos masticadores y las estructuras neurovasculares. Esta hipótesis puede confirmarse con la misma metodología de tests en sedestación.

A continuación vamos a diferenciar entre la articulación temporo-mandibular y las estructuras neurovasculares en sedestación

1. el terapeuta efectúa una flexión de la columna cervical alta, seguido de una inclinación lateral izquierda de la columna cervical alta y nota el dolor, su localización, la restricción de movilidad, la resistencia al movimiento y la presencia de un espasmo muscular de protección
2. el terapeuta efectúa a continuación una apertura de la boca, una laterotusión izquierda de la mandíbula y nota el dolor, su localización, la restricción de movilidad, la resistencia al movimiento y la presencia de un espasmo muscular de protección
3. el terapeuta efectúa a continuación una flexión de la columna cervical media, de la columna cervical baja y de la columna dorsal alta, nota en cada etapa los cambios a nivel de dolor, restricción de movilidad, resistencia al movimiento y espasmo muscular de protección
4. el terapeuta efectúa a continuación una extensión de la columna cervical alta, luego una inclinación lateral derecha de la columna cervical alta y nota en cada momento todos los cambios

Conclusiones

La sintomatología del paciente se instaura con la apertura de la boca y la laterotusión izquierda de la mandíbula, se ve sensibilizada con la flexión de la columna dorsal alta y desensibilizada con la extensión de la columna cervical alta. Una contracción unilateral de los músculos de la mímica de la cara derecha en neurotensión no influye en la sintomatología del paciente.

Podemos pensar en las estructuras neurovasculares relacionadas con los movimientos de depresión y de laterotusión izquierda de la mandíbula. La sintomatología del paciente corresponde más a un esquema clínico del nervio trigémino que del nervio facial. Tendremos en cuenta la relación entre la disfunción del nervio trigémino, las estructuras miofasciales y la articulación temporo-mandibular.

Evaluamos ahora el nervio trigémino derecho con sus ramas maxilar y mandibular, los músculos pterigoideos, masetero, temporal, estoerno-cleido-occipito-mastoideo y la articulación temporo-mandibular del lado derecho. Todas estas estructuras tienen un balance específico :

Nervio maxilar del nervio trigémino con sus ramas; nervio zigomático, nervio infra-orbitario, nervios palatinos y nervio faríngeo en comparación del lado opuesto :

- flexión con inclinación lateral izquierda de la columna cervical alta
- con movimientos caudal y medial del ojo derecho
- con movimiento del hueso zigomático derecho
- con movimiento del maxilar derecho
- con movimiento del paladar derecho
- sensibilidad de las regiones que corresponden a la inervación cutánea del nervio maxilar
- palpación de la salida del nervio infra-orbitario a nivel del maxilar derecho

Nervio mandibular del nervio trigémino con sus ramas; nervio bucal, nervio aurículo-temporal, nervio lingual y nervio alveolar inferior en comparación con el lado opuesto :

- flexión con inclinación lateral izquierda de la columna cervical alta
- con movimientos caudal y laterotusión izquierda de la mandíbula
- con movimiento del esfenoides derecho
- con movimiento medial de la cabeza de la mandíbula derecha
- con movimiento lateral de la cabeza de la mandíbula derecha
- sensibilidad de la región que corresponde a la inervación cutánea del nervio mandibular
- fuerza muscular de los músculos masticadores
- isométrico de los músculos masticadores en una posición de neurotensión
- reflejo masetero (mandibular)
- palpación del nervio aurículo-temporal a nivel de la cabeza de la mandíbula
- palpación intrabucal del nervio lingual a nivel del suelo bucal
- palpación de la salida del nervio mentoniano (nervio alveolar inferior) a nivel del foramen mentoniano

Músculo pterigoideo lateral derecho en comparación del lado opuesto :

- puesta en tensión muscular por laterotusión derecha, retrotusión o una combinación de estos movimientos
- puesta en tensión muscular en neurotensión
- isométrico para la apertura de la boca, la laterotusión izquierda y la profusión
- isométrico en neurotensión
- palpación intrabucal y extrabucal del músculo pterigoideo lateral para una hipersensibilidad muscular y/o un dolor referido hacia la ATM, el maxilar y dentro la oreja

Músculo pterigoideo medial derecho en comparación al lado opuesto :

- puesta en tensión muscular por apertura, laterotusión derecha, retrotusión o una combinación de estos movimiento
- puesta en tensión muscular en neurotensión
- isométrico para el cierre de la boca, la laterotusión izquierda y la profusión
- isométrico en neurotensión
- palpación intrabucal y extrabucal del músculo pterigoideo medial por una hipersensibilidad muscular y/o un dolor referido dentro de la oreja

Músculo masetero derecho en comparación al lado opuesto :

- puesta en tensión muscular por apertura, laterotusión izquierda o derecha, retrotusión o profusión o una combinación de estos movimientos
- isométrico para el cierre de la boca, la laterotusión derecha e izquierda, la profusión o la retusión
- palpación intrabucal y extrabucal del músculo masetero por una hipersensibilidad muscular, un cordón muscular y/o un dolor referido hacia los molares y el maxilar

Músculo temporal derecho en comparación al lado opuesto :

- puesta en tensión muscular por apertura, laterotusión izquierda, profusión o una combinación de estos movimientos
- isométrico para el cierre de la boca, la laterotusión derecha o la refusión
- palpación intrabucal y extrabucal del músculo temporal para una hipersensibilidad muscular, un cordón muscular y/o un dolor referido hacia los molares

Músculo esterno-cleido-occipito-mastoideo derecho en comparación al lado opuesto :

- puesta en tensión muscular por flexión de la columna cervical alta, extensión de la columna cervical media y baja, inclinación izquierda y rotación derecha
- isométrico para la flexión de la columna cervical, inclinación derecha y rotación izquierda
- palpación del músculo esterno-cleido-occipito-mastoideo para una hipersensibilidad muscular, un cordón muscular y/o un dolor referido hacia la mejilla y dentro la oreja

La articulación temporo-mandibular en comparación al lado opuesto :

- movimientos analíticos - activos y pasivos
- auscultación durante los movimientos
- movimientos de traslación y accesorios
- compresión articular

Encontramos en el examen específico

- una disfunción neurodinámica de la rama mandibular del nervio trigémino
- la palpación del nervio mentoniano es hipersensible
- una disfunción miofascial de los músculos pterigoideos y masetero
- la palpación del músculo pterigoideo lateral derecho provoca su dolor a nivel de la ATM derecha y dentro de la oreja derecha (punto trigger miofascial activo)
- una contracción isométrica de laterotusión derecha en neurotensión provoca parestesias (desconocidas) a nivel de la mejilla derecha
- la palpación del músculo masetero derecho provoca un dolor dentro de los molares inferiores derechos (punto trigger miofascial activo)
- la apertura de la boca está limitada (35mm) con una desviación hacia la izquierda
- una compresión articular derecha provoca un dolor a nivel de la ATM derecha y dentro de la oreja derecha
- crujidos a nivel de la ATM a la apertura de la boca

Hipótesis de trabajo

Los músculos masticadores han sido sobre-programados (puntos trigger miofasciales latentes) antes del traumatismo por la postura de la cabeza, el trabajo en el ordenador y el estrés profesional. Los músculos sobre-programados pueden instalar una cadena miofascial, contribuir a dificultades articulares y provocar un sufrimiento del disco intra-articular con crujidos. Antes del traumatismo no había sintomatología, pero un choque fuerte forzó la mandíbula en traslación derecha y ha acelerado un círculo vicioso instalado entre la articulación temporo-mandibular con su cápsula, sus ligamentos y su disco, los músculos pterigoideos y el masetero (puntos trigger miofasciales activos) y las ramas del nervio mandibular.

Parece que el nervio mandibular sea víctima de una contractura del músculo pterigoideo lateral, que el disco intra-articular sufre debido a la sobre-programación de los músculos masticadores y que la columna cervical esté sensible por todas estas aferencias.

Las curas dentales y el masaje no eran lo bastante específicos para influir en la sintomatología del paciente de una forma duradera y satisfactoria.

Tratamiento

Intentamos a corto plazo romper los círculos viciosos y empezamos por un trabajo miofascial del músculo pterigoideo lateral derecho, puesto que el músculo puede ser responsable del dolor referido a nivel de la ATM derecha y de la oreja derecha, de una neurocompresión de una o de varias ramas del nervio mandibular y de un desplazamiento provocando el sufrimiento del disco intra-articular.

A continuación tratamos los músculos pterigoideos medial derecho y el masetero derecho, puesto que estos contribuyen a la compresión articular y son el origen de aferencias nociceptivas.

Efectuamos deslizamientos distales del nervio mandibular por la apertura o laterotusión izquierda de la mandíbula en posición de extensión y inclinación lateral derecha de la columna cervical alta, deslizamientos proximales del nervio mandibular por flexión o inclinación lateral izquierda de la columna cervical alta en posición de cierre o de laterotusión derecha de la mandíbula.

Acabamos por la descompresión del disco articular derecho realizando una tracción articular derecha y reposicionándolo luego.

Los parámetros principales de control son:

- el dolor referido ATM, oreja, mejilla y molares
- el test neurodinámico del nervio mandibular
- las palpaciones musculares con sus respuestas
- la desviación lateral izquierda de la mandíbula durante la apertura de la boca
- la compresión articular
- el crujido a la apertura de la boca

A más largo plazo miramos las tensiones a nivel de la columna cervical, la ergonomía, la mala oclusión, el lado psicosocial del paciente y la posibilidad de una pierna corta.

Comentario

Este caso clínico, con una sintomatología compleja; dolor ATM, otalgia, odontalgia, tinnitus, cervicalgias y bruxomanía demuestra como las diferentes estructuras (cadenas) pueden estar relacionadas y como una puede influir en otra.

La dirección clínica con su razonamiento clínico y su diferenciación estructural permite paso por paso construir una hipótesis de trabajo.

El músculo pterigoideo lateral sigue siendo un músculo, poco accesible, infravalorado pero muy importante en la sintomatología del síndrome craneo-mandibular. Los deslizamientos del nervio mandibular lo liberan en su continente, lo vascularizan y mejoran los transportes axonales hacia los tejidos tributarios, la articulación y los músculos.

Después de las tres primeras sesiones, la sintomatología global del paciente ha disminuido en un 50%, de forma duradera. Nuestras hipótesis se confirman retrospectivamente, le damos explicaciones e instrucciones al paciente e insistimos en la participación activa del paciente en el tratamiento..

Mise à jour, octobre 2009