

GUIA CLÍNICA DE TRASTORNOS DE LA ATM



1. OBJETIVO

Brindar parámetros que permitan unificar criterios con el fin de facilitar el diagnóstico y tratamiento adecuado a los trastornos de la Articulación Temporo Mandibular.

2. RESPONSABLES

Los responsables de la adecuada implementación de esta guía son los profesionales de Odontología adscritos al Área de Salud de Bienestar Universitario.

3. GENERALIDADES

Esta guía será aplicada, por los odontólogos que prestan sus servicios en la Universidad del Magdalena, para la atención a los usuarios de la misma.

3.1. Definiciones

ATM: La articulación Temporomandibular se define como el conjunto de estructuras anatómicas que permiten que la mandíbula ejecutar diversos movimientos aplicados a la función masticatoria, fonética y deglutoria. Pueden realizar movimientos de apertura y cierre, lateralidad, protusión y retrusión mandibular.

Etiología: los desórdenes de la articulación Temporomandibular agrupan varias entidades clínicas que involucran los músculos de la masticación, las articulaciones Temporomandibular y estructuras asociadas; pero en la mayoría de los casos, la causa exacta del trastorno no está clara. Para muchas personas, los síntomas parecen comenzar sin una razón obvia; su afectación es de carácter multifactorial y multietiológico, y engloba un conjunto de procesos bajo el término de trastornos Temporomandibular (2).

El código de diagnóstico de la CIE 10 para la Trastorno de la ATM es:

K076	TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR
------	--

4. NIVELES DE EVIDENCIA (1)

El análisis constante de la evidencia disponible desde la perspectiva de los diferentes escenarios clínicos, permite establecer grados de recomendación para el ejercicio de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y económicos en salud; e indica la forma de valorar el conocimiento en función de etiología, daño, morbilidad y complicaciones; pronóstico, historia natural y curso clínico de una enfermedad o evento de interés. Estos han de actualizarse permanentemente en relación al avance del conocimiento, del desarrollo tecnológico y al estado del arte.

Figura 1. Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influir en la decisión.
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención
E	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una

Figura 2. Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones (CTFPHC)

Niveles de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informe de comités expertos.

Figura 3. Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
Buena	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que cumple los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado, aunque no tenga defectos metodológicos graves. los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Insuficiente	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que tiene un diseño al menos un defecto metodológico grave, o que no cumple (o no está claro que cumpla) , al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado. O, que no tenga defectos metodológicos graves, pero que acumule defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan plantear recomendaciones.

5. SIGNOS Y SINTOMAS (3)

Hay varios síntomas que pueden estar relacionados con los trastornos ATM. El síntoma más frecuente es el dolor en los músculos de la masticación o en la articulación de la mandíbula. Otros síntomas incluyen:

- Dolor que irradia a la cara, a la mandíbula o al cuello.
- Rigidez en los músculos de la mandíbula.
- Movimientos limitados o “bloqueo” de la mandíbula (cuando la mandíbula queda trabada).
- Ruidos tales como chasquidos, tronidos o chillidos acompañados de dolor en la articulación mandibular al abrir o cerrar la boca.
- Un cambio en la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.

6. FACTORES DE RIESGO (4)

a. Factores Predisponentes:

- Factores patofisiológicos (neurológicos, vasculares, hormonales, nutricionales y degenerativos).
- Factores estructurales (insuficiente desarrollo de los cóndilos).
- Factores Oclusales (mordida abierta anterior, resalte y sobrepase aumentado, mordida cruzada, ausencia de sectores dentarios posteriores, tratamientos ortodóncicos).

b. Factores precipitantes:

- Macrotraumas.
- Microtraumas repetidos extrínsecos (hábitos parafuncionales).
- Microtraumas repetidos intrínsecos (bruxismo).

c. Factores perpetuantes:

- Alteraciones de la columna cervical.

7. PREVENCIÓN

La prevención en los casos de trastornos de la ATM no es factible debido a la variedad de factores etiológicos y a los numerosos aspectos desconocidos de la etiología. Lo realmente importante es establecer un diagnóstico correcto e instaurar un tratamiento específico en un paciente con síntomas. Las estructuras musculoesqueléticas afectadas deben ser tratadas con métodos conservadores y reversibles lo más sencillo posible.

El tratamiento de elección en la prevención es la férula de mordida. La validación empírica de su uso a lo largo de varias décadas y numerosos estudios clínicos certifican los buenos resultados terapéuticos obtenidos con este dispositivo. La férula de mordida,

que se debería confeccionar con los cóndilos posicionados en relación céntrica, conduce a través de un circuito reflejo a la relajación de la musculatura masticatoria, compensa las interferencias oclusales y ejerce un efecto descarga sobre las articulaciones Temporomandibulares.

Es importante proporcionar a los pacientes una información exhaustiva sobre la prevención y la supresión de posibles parafunciones y hábitos.

Figura 4. Férula dental para la descarga de bruxismo



8. AYUDAS DIAGNÓSTICAS (3)

Examen Clínico:

Se debe medir el rango de movimiento de la apertura, utilizando un dentímetro desde el borde incisal del central superior al borde incisal del central inferior; el rango normal está entre 40 y 50 mm.

Medir el rango del movimiento protrusivo pidiendo al paciente que lleve su mandíbula a máxima protrusión y se mide con el dentímetro la distancia entre la cara vestibular del central superior y el borde incisal del central inferior; al valor obtenido se le suma la sobremordida horizontal. El rango normal es de 7mm. + 2mm. Se debe observar cualquier incoordinación o sintomatología asociada al movimiento.

Medir el rango de los movimientos de lateralidad izquierda y derecha marcando en máxima intercuspidad unas líneas verticales de referencia sobre un diente superior y uno inferior, se le solicita al paciente que desplace la mandíbula hacia uno de los lados; se mide con el dentímetro la distancia entre las líneas de referencia. El rango normal del movimiento es de 7mm. + 2mm.

Se debe auscultar y palpar bilateralmente la ATM para ruidos articulares como chasquidos y crepitación; palpar los músculos maseteros y temporal bilateralmente para verificar la presencia de dolor.

Examen Radiográfico:

- Radiografía panorámica: excelente para identificar fracturas, cambios degenerativos grandes de la ATM y cambios patológicos grandes de maxilar y mandíbula.
- Tomografía Lineal: es el de mayor precisión para examinar cambios óseos a nivel del cóndilo y cavidad glenoidea.
- Tomografía Computarizada: es una técnica de imagenología para la valoración de estadios patológicos de cabeza y cuello. Puede describir patología o anomalías óseas en la ATM.
- Artrografía o Artrotomografía: se utiliza con medio de contraste radiopaco en los espacios articulares para determinar la posición del disco con respecto al cóndilo. Cuando se utiliza con fluoroscopia o videograbación puede revelar la dinámica funcional del disco y el cóndilo.
- Resonancia Magnética: revela condiciones patológicas y estructuras de tejidos blandos y estructuras asociadas.
- Gamagrafía: mediante la utilización intravenosa de un isótopo radioactivo, se puede observar alto grado de actividad en zonas de crecimiento como cóndilos en desarrollo, en zonas de neoplasias o inflamación, además de sitios de crecimiento exagerado (hiperplasia condilar).

9. TRATAMIENTO (5)

Tratamientos conservadores

- Férulas de estabilización
- Fisioterapia

Tratamiento Quirúrgico

- Artrocentesis
- Artroscopia.
- Reemplazo de articulaciones.
- Cirugía abierta.

10. MATERIALES, INSTRUMENTAL Y EQUIPO

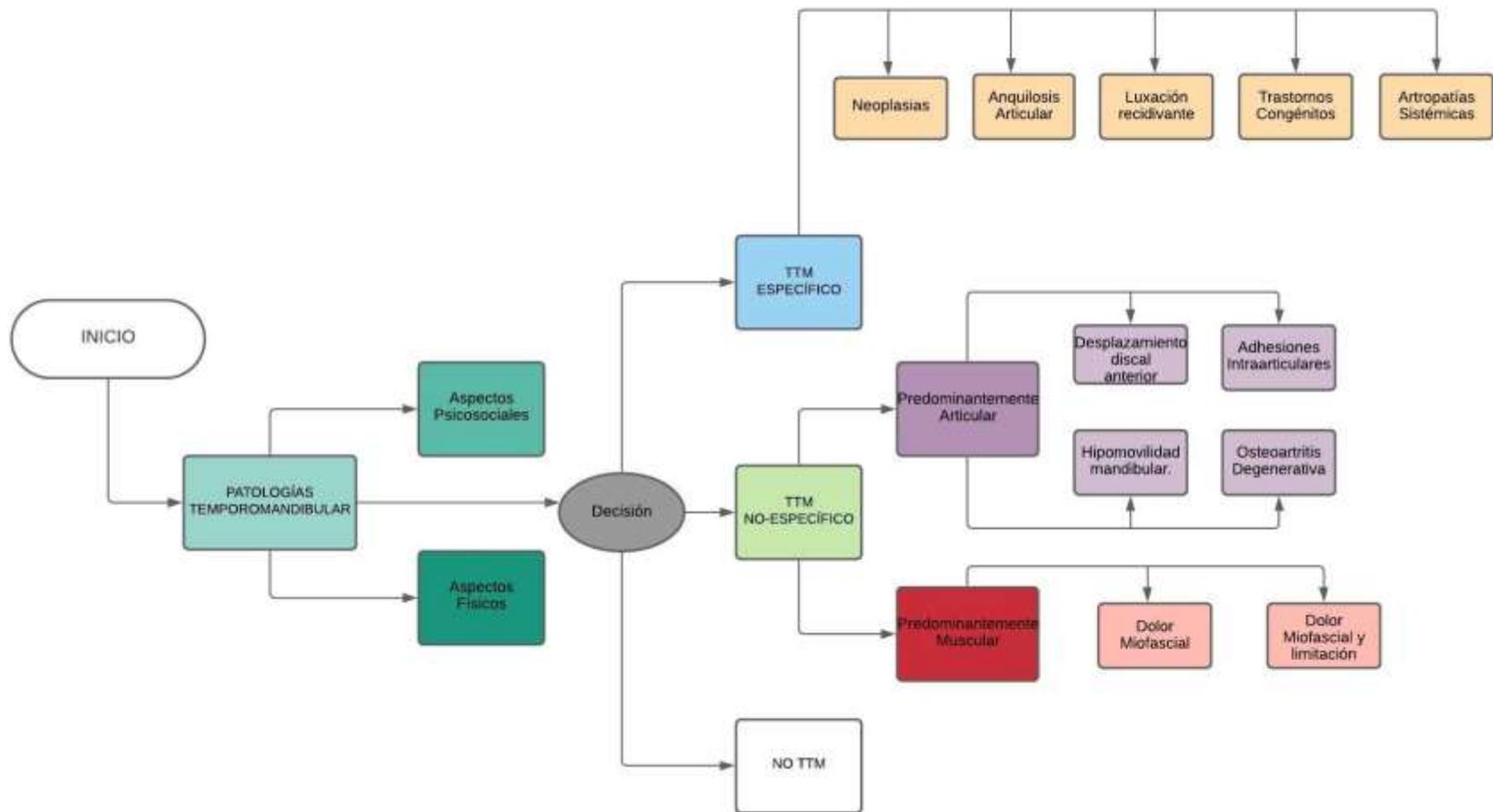
Dependiendo de los signos y síntomas, el odontólogo debe hacer uso de los equipos definidos para esta patología.

11. PRONÓSTICO

Para la realización adecuada del pronóstico es necesario tener en cuenta la evaluación física, psicológica y funcional de cada uno de los pacientes para así determinar el riesgo y los factores predisponentes.

12. Flujograma

Figura 5. Diagrama Diagnóstico de los TTM más comunes



13. REGISTROS

- BU-F-004 Formato para el Registro Diario de Consultas de Salud y Desarrollo Humano

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Mangterola C ALCOT. Revista Chilena de infectología. [Online].; 2014. Acceso 14 de Abril de 2021. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011#f1.
2. González LM IPGM. Evidencia científica sobre el diagnóstico y tratamiento de los trastornos temporomandibulares. RCOE. 2013; 18(1): p. 25-32.
3. Aragón MC AFTL. Trastornos de la articulación temporomandibular. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2005; 12(7).
4. De la Torre E AIFVPPEDJ. Factores de Riesgo asociados a trastornos temporomandibulares. Revista Cubana de Estomatología. 2013; 50(4).
5. Instituto Maxilofacial. Articulación temporomandibular (ATM): síndrome, síntomas y tratamientos. [Online]; 2018. Acceso 28 de Abril de 2021. Disponible en: <https://www.institutomaxilofacial.com/es/2018/11/04/articulacion-temporomandibular-atm-sindrome-sintomas-y-tratamientos/>.

REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

No aplica para este documento por ser la primera versión

Elaboró	Revisó	Aprobó
<i>Cómite de calidad para los servicios de salud Unimagdalena 21/06/2021</i>	<i>Yineth Tatiana Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad 23/06/2021</i>	<i>Jesús Suescun Arregocés Director Bienestar Universitario Responsable proceso Gestión de Bienestar Universitario 24/06/2021</i>