

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



AFECCIONES DE LA ARTICULACION TEMPORO MAXILAR

TESIS

PRESENTADA A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, POR

JOSE NOE RAMIREZ M.

COMO ACTO PREVIO PARA OBTENER EL TITULO DE

DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL

ABRIL DE 1957.

SAN SALVADOR, — REPUBLICA DE EL SALVADOR, — CENTRO AMERICA

16.71
R173a
1454
F.O.
E.4

UES BIBLIOTECA CENTRAL
INVENTARIO: 10107
02874

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

Dr. Romeo Fortín Magaña.

SECRETARIO GENERAL

Dr. Enrique Córdoba.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANO

Dr. Ricardo Acevedo

SECRETARIO

Dr. René Ricardo Sosa

JURADOS.

PRIMER EXAMEN GENERAL PRIVADO:

Presidente. Dr. René Ricardo Sosa.
Primer Vocal. Dr. J. Ricardo Martínez.
Segundo Vocal. Dr. Alfonso Sampera B.

SEGUNDO EXAMEN GENERAL PRIVADO:

Presidente. Dr. Carlos N. Zepeda.
Primer Vocal. Dr. René Ricardo Sosa.
Segundo Vocal. Dr. José Prado Méndez.

EXAMEN PUBLICO:

Presidente. Dr. Fidel Márquez.
Primer Vocal. Dr. Alfonso Sampera B.
Segundo Vocal. Dr. Ernesto Romero Hernández.

DEDICATORIAS

A mis queridos padres:

Gonzalo Ramírez Brown.
Catalina Morales vda. de Ramírez.

A mis hermanos con mucho cariño.

A mis familiares, profesores y amigos.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
Facultad de Odontología

DECANATO

San Salvador, El Salvador, C.A.

San Salvador, 25 de marzo de 19

Señor Decano de la
Facultad de Odontología,
Dr. Ricardo Acevedo,
PRESENTE.-

Señor Decano:

Los infrascritos Miembros del Jurado de Te
presentada por el Bachiller José Noé Ramírez, constitui
a las diez horas del día veinticinco de marzo de mil no
cientos cincuenta y siete, en el Decanato de la Facultad
Odontología de la Universidad de El Salvador, después
haber estudiado separadamente el trabajo presentado con
Título "AFECCIONES DE LA ARTICULACION TEMPORO-MAXILAR
discutido conjuntamente; resuelven aprobarla por llenar
requisitos necesarios para ser aceptada.

Dr. Fidel Márquez,
Presidente.-

Dr. Alfonso Sampera B.,
Primer Vocal.-

Dr. Ernesto Romero Hernández,
Segundo Vocal.-

INTRODUCCION

El estudio de la articulación temporo-maxilar fué en el pasado puramente mecánico. Esto quiere decir que los descubrimientos anatómicos minuciosos, fueron la base de la explicación de las partes en función, cosa que también fué hecha por disección, sin tomar en cuenta su relación y acción integrada con las otras partes. Por ejemplo, durante mucho tiempo no se comprendió que la función de la Articulación Temporo-maxilar y la oclusión del diente, son inseparables, constituyendo una entidad indivisible del Aparato masticador.

La interdependencia, interacción y reciprocidad mútua de todas las estructuras de un organismo funcionante, son las partes esenciales para comprender e interpretar las manifestaciones de salud y enfermedad.

Ha sido tan mecánico el estudio de la articulación temporo-maxilar, que muchos Odontólogos han llegado hasta a producir cabezas condilares y fosas glenoideas en metal para la construcción de articuladores anatómicos; movimientos mandibulares en direcciones verticales y horizontales han sido analizados y sus resultantes, calculadas desde un punto de vista estrictamente geométrico. Esto nos ha conducido a hablar en términos de centros y esferas al rededor de los cuales, la mandíbula se mueve

predeterminada y preconcebidamente, recorriendo su trayecto como si las articulaciones con sus músculos, ligamentos, tendones y membranas sinoviales fueran figuras geométricas y no un órgano vivo.

Esta articulación, en la que tienen lugar todos los movimientos de la masticación, sufre considerables modificaciones según el modo de locomoción de la mandíbula o mejor dicho según el régimen alimenticio de cada animal. En los carnívoros, los cóndilos tienen forma de semicilindros, transversalmente alargados y encajados en las cavidades glenoideas de los temporales a manera de bisagra; esta disposición tan solo permite el ascenso y descenso del maxilar inferior, lo que es lo mismo, la abertura y cierre de la boca con lo cual la masticación queda reducida a sus movimientos más simples.

En los roedores, los cóndilos y las cavidades glenoideas están alargadas en sentido antero posterior y aplanadas transversalmente, lo que no les permite desplazarse lateralmente, pero sí los movimientos de ascenso y descenso y otros de atrás adelante.

En los rumiantes, la cara superior del cóndilo se halla aplastada y es ligeramente cóncava; por parte del temporal existe una superficie abombada, sobre la cual el cóndilo puede resquebrajarse en todos sentidos. Los movimientos tienen lugar en un pl

no horizontal como las muelas de un molino.

En el hombre que es omnívoro, la articulación temporo-maxilar participa de los diversos caracteres que acabamos de enunciar, la dirección de los cóndilos es más transversal (carnívoros) que antero-posterior (roedores) y esta dirección intermedia permite ejecutar no solamente los movimientos verticales, sino hasta cierto punto los movimientos anteroposteriores. La cavidad glenoidea es un poco más ancha en todos sentidos que el cóndilo del maxilar, lo que permite los movimientos de lateralidad. Esta diversidad de movimientos está en relación con la variedad de la alimentación del hombre, que como dijimos es omnívoro, y que por consiguiente y hasta cierto punto despedaza como los carnívoros, roe como los roedores y tritura como los herbívoros en armonía con la naturaleza de su alimentación.

SUPERFICIES ARTICULARES

La articulación temporo-maxilar es bicondílea un menisco bicóncavo se interpone entre los dos cóndilos; del lado del temporal se encuentra una cavidad glenoidea hacia atrás, y un cóndilo hacia adelante. La cavidad glenoidea es una depresión profunda de forma elipsoide cuyo eje mayor lleva exactamente la misma dirección que el cóndilo del maxilar,

dirigiéndose oblicuamente de fuera a dentro y de adelante atrás, limitada por delante por el tubérculo sigómatico y el cóndilo del temporal; por detrás con la apófisis baginal y la cresta petrosa; por dentro con la espina del efenoides; por fuera por la raíz longitudinal de la apofisis cigomática; esta cavidad glenoidea se encuentra dividida por la cic-
sura de Glacer, y solo su mitad anterior o preglaceraiana es-
tá comprendida en la articulación.

El cóndilo del temporal no es otra cosa más que la raíz transversa de la apofisis cigomática; presente una superficie articular sobre su vértice posterior, y sobre su cara inferior, cubierta solamente de fibrocartílago.

La parte del maxilar inferior con los dos cóndilos de este hueso que son dos eminencias elipsoides de veinte a veintidos milímetros de largo por siete a ocho de ancho. En el hombre estas dos eminencias se dirigen oblicuamente de fuera a dentro y adelante atrás, de tal modo que sus ejes mayores prolongados hacia adentro se encontrarían un poco por delante de la parte central del agujero occi-
pital; sus ejes menores, prolongados hacia adelante, se encontrarían por delante de la sínfisis del mentón.

Los cóndilos del maxilar ocupan, la porción superior y posterior de las ramas ascendentes, la altura de estas ra

mas, muy variables según las especies es tanto más considerable cuanto más alejada de la base del cráneo está la bóveda palatina, existiendo una relación entre la altura de la rama del maxilar y la altura de la masa ósea facial; así es que esta rama es bozada en los roedores, se acentúa cada vez más en los carnívoros, para adquirir en el hombre y en los antropoides su mayor grado de desarrollo.

El cóndilo se continua con la rama del maxilar por una porción larga llamada cuello; éste, redondo y obtuso en su parte posterior, presenta en la parte anterior y hacia dentro una depresión muy marcada, en la cual se inserta el músculo pterigoideo externo.

Cada uno de los cóndilos, presenta dos caras; una anterior, llamada vertiente anterior, que mira hacia arriba y a delante; y otra posterior o vertiente posterior, que mira hacia atrás. Estas dos vertientes se unen en el punto culminante del cóndilo formando una carilla obtusa de dirección transversal.

En estado fresco, las dos vertientes del cóndilo están cubiertas por una delgada capa blanda que regulariza la superficie articular sin modificar su configuración general; esta capa está constituida por un simple tejido fibroso de naturaleza conjuntiva.

Menisco interarticular.- Este es un fibrocartílago bicóncavo y por consiguiente mucho más delgado en el centro que en la periferia, interpuesto entre las dos convexidades de los cóndilos, se amolda exactamente por abajo, sobre la parte correspondiente del cóndilo, y por arriba sobre la cara articular del temporal. Tiene una forma elíptica, cuyo eje mayor como el del cóndilo lleva una dirección hacia dentro y atrás e inclinado hacia abajo y adelante; se pueden considerar en él dos caras, dos bordes y dos extremidades. Las caras son, una antero-superior y la otra postero-inferior. La cara antero superior es a la vez cóncava y convexa; cóncava por delante, aplicándose contra el cóndilo del temporal y convexa por detrás en donde se corresponde con la cavidad glenoidea. Esta porción convexa es mucho menos extensa que la cóncava y en algunos sujetos apenas se nota. La cara postero-inferior, cubre el cóndilo del maxilar, y por consiguiente resulta cóncava en toda su extensión.

De los dos bordes del menisco el posterior es mucho más grueso que el anterior y continua por arriba la dirección de la vertiente posterior del cóndilo del maxilar.

Las dos extremidades son una externa y otra interna, ambas se doblan hacia abajo ligeramente y se fijan, por medio de delgados fascículos fibrosos, en las extremidades corres-

pondientes del cóndilo del maxilar. De esto resulta que, en los diferentes movimientos de la articulación temporo-maxilar, el menisco fibroso acompaña siempre el maxilar en sus desplazamientos.

Medios de unión.— Las porciones óseas comprendidas en la articulación están unidas por un ligamento capsular, reforzado a cada lado por dos ligamentos, el externo y el interno.

Ligamento capsular.— Reviste la forma de un verdadero maniguito dispuesto al rededor de la articulación. Distinguimos en él una cara exterior, una interior y dos circunferencias, superior e inferior. Por su circunferencia superior, este ligamento se inserta en los puntos siguientes; por delante en el borde anterior de la raíz transversa de la apófisis cigomática; por detrás en el fondo de la cavidad glenoidea un poco por delante de la cisura de Glacer; por fuera, en el tubérculo cigomático y en la parte de la raíz longitudinal que le sigue; por dentro en la base de la espina del efenoide.

Circunferencia inferior.— Mucho menos extensa se fija en el contorno del cuello del cóndilo del maxilar. La superficie exterior de la cápsula está en relación con los diferentes órganos que rodean la articulación. La superficie interior mira a la cavidad articular y la circunscribe. En los puntos en que entra en contacto con el peri-

metro del menisco, la cápsula se adhiere a él intimamente, de modo que, por efecto de esta adherencia, la cavidad articular resulta dividida en dos compartimientos, uno superior, suprameniscal, situado entre el cráneo y el menisco y el otro inferior, submeniscal comprendido entre el menisco y el cóndilo.

Las fibras posteriores del ligamento capsular son elásticas y conducen al menisco hacia atrás cuando la articulación vuelve a tomar la actitud del reposo.

Ligamento lateral externo.- Refuerza por fuera la cápsula articular, constituyendo el principal medio de unión de la articulación temporo-maxilar. En su parte media mide dos o tres milímetros de espesor. Se inserta por arriba en el tubérculo cigomático y por detrás de él en la raíz longitudinal. Desde este punto se dirige hacia abajo y atrás y viene a fijarse en la parte postero-externa del cuello del cóndilo. Sus manojos anteriores, que son los más oblicuos y más largos descienden hasta diez o doce milímetros más abajo de la superficie articular del cóndilo. Este ligamento limita ante todo los movimientos de retropulsión.

Ligamento lateral interno.- Como su nombre lo indica ocupa el lado interno de la cápsula, es mucho más delgado que el ligamento lateral externo; por arriba empieza en el

borde interno de la cavidad glenoidea. En el punto en que esta cavidad se pone en contacto con la espina del efenoides. Desde este punto sus m. ojos fibrosos se dirijen hacia abajo y atrás para venir a insertarse en la parte postero interna del cuello del cóndilo; las fibras anteriores de este ligamento son más largas y descienden diez o doce milímetros más abajo de la cara articular.

Sinoviales.- Las sinoviales destinadas a facilitar el deslizamiento de las superficies articulares son dos: estas sinoviales se distinguen en superior e inferior. La superior o suprameniscal situada entre el menisco y el temporal tapiza internamente la porción de la cápsula fibrosa comprendida entre la base del cráneo y el borde superior del menisco. Por arriba sus inserciones son las mismas de la cápsula fibrosa. La sinovial inferior o submeniscal, se encuentra situada entre el menisco y el cóndilo. Por arriba se inserta en el borde inferior del menisco; por abajo en el cuello del cóndilo, descendiendo mucho más por detrás que por delante. Cuando el menisco está agujereado en su centro, las sinoviales comunican entre sí a través de este orificio.

Relaciones.- A la articulación temporo-maxilar hay que considerarle relaciones por fuera, por dentro, por delante, por detrás y por arriba.

Por fuera se relaciona con la piel de la cara, formada por una capa más o menos grasosa de tejido celuloadiposo, en medio del cual corre la arteria transversal de la cara y ramos del nervio facial, estando el cóndilo situado inmediatamente delante del trago, corriendo entre ambos, en medio del tejido celular el nervio auriculo-temporal, la arteria temporal superficial y la vena del mismo nombre.

Por dentro está en relación con el nervio dentario inferior y el lingual con la cuerda del tímpano, con el auriculo-temporal, y con la arteria maxilar interna y diferentes ramos que de ella se desprenden.

Por delante la articulación está en relación con dos músculos, el macetero y el pterigoideo externo.

Por detrás está en relación con el conducto auditivo óseo y cartilaginoso.

Por arriba la articulación está en relación con la pared craneal y por su mediación con las meninges y circunvoluciones cerebrales.

Arterias.- Las arterias de la articulación temporo-maxilar proceden: 1º.- de la temporal superficial rama de la carótida externa; 2º de la timpánica de la meninges media y de la temporal profunda media, ramas de la maxilar interna; 3º.- Ramos parotídeos de la auricular, posterior.

4^o.- Palatina ascendente rama de la facial.- 5^o.- De la faringea superior, por las ramas que manda a la trompa de eustaquio.-

Nervios.- Proceden del maxilario y del auricular temporal ambos, ramas del maxilar inferior.

Movimientos de la articulación.- Cada articulación temporomaxilar (derecha e izquierda) se compone en realidad de dos articulaciones, comprendiendo cada una un cóndilo y separadas por el menisco fibrocartilaginoso que les es común a las dos. Hay, por consiguiente, por una parte desplazamiento del menisco al rededor del cóndilo del temporal, y por otra, desplazamiento del cóndilo del maxilar tangencialmente al menisco. Pero la unión bastante íntima del menisco con el cóndilo del maxilar, tiene por efecto solidarizar los movimientos de estas dos articulaciones, de suerte que estos movimientos son simultáneos.

En la articulación menisco-temporal, el menisco se desplaza en sentido antero-posterior sobre el cóndilo del temporal, al rededor de un eje que pasa por el centro de curvatura de éste.

El movimiento de atrás a adelante del menisco hace pasar a aquél de la posición oblicua hacia abajo y delante, que ocupa en reposo, a la posición horizontal. El menisco

debe pues, descender para ser llevado hacia adelante. El Maxilar inferior sigue este movimiento, que está limitado por la tensión del ligamento posterior del menisco.

En la articulación menisco-maxilar, el cóndilo maxilar gira sobre el menisco al rededor de un eje que pasa por su centro de curvatura, que corresponde a la inserción de los ligamentos laterales de la articulación sobre el cuello del cóndilo. Este movimiento produce la abertura y cierre de la boca.

En realidad ambas articulaciones funcionan simultáneamente y sus movimientos se combinan.

De esto resulta que el maxilar inferior puede ejecutar cuatro clases de movimientos: 1.º.- Movimientos de descenso y elevación; 2.º.- Movimientos de proyección hacia adelante y de proyección hacia atrás; 3.º.- Movimientos de lateralidad o de diducción. 4.º.- Movimientos de circunducción.

Movimientos verticales.- Los movimientos de descenso y elevación que producen la abertura y el cierre de la boca tienen lugar al mismo tiempo y simetricamente en las dos articulaciones temporo-maxilares. Basta que una sola de estas articulaciones quede inmovilizada para que haya constricción de las mandíbulas tanto del lado sano como del enfermo. Estos movimientos resultan a la vez del desplazamiento.

to vertical y antero-posterior de la articulación menisco-temporal, y del desplazamiento vertical de la articulación menisco-maxilar, cuyos desplazamientos son simultaneos y no sucesivos, como antes se ha visto. Al propio tiempo que el menisco da vuelta al rededor del cóndilo temporal, el cóndilo maxilar no solamente sigue este movimiento dirigiéndose hacia abajo y adelante, sino también gira el mismo sobre el menisco bajandose más.

Estos movimientos se efectuan uno y otro al rededor de un eje transversal, exterior a la articulación, que pasaría por la parte media de la rama del maxilar inferior, un poco por encima del orificio del conducto dentario. Como los vasos y nervios dentarios penetran por este punto, la inmovilidad relativa de esta porción del maxilar les evita sufrir ningún estiramiento en los movimientos más extensos de la articulación resulta de ello que quedando inmóvil la parte media de la rama del maxilar, el mentón y el cóndilo se mueven simultaneamente pero en sentido inverso.

En efecto, en el movimiento de descenso vemos que el mentón se dirige hacia abajo y atrás, describiendo un arco de círculo de concavidad postero-superior, al paso que el cóndilo se desliza de atrás a adelante abandonando la cavidad glenoidea y viniendo a colocarse debajo de la raíz

transversa del arco cigomático.-

Estos arcos de círculo descritos por el mentón y el cóndilo, tienen desiguales los radios y por consiguiente, el men tón se desplazará mucho más que el cóndilo, porque la distancia que hay del mentón al agujero dentario, es mayor que la distancia que hay del agujero dentario al cóndilo. Por la mis ma razón los incisivos se desplazarán más que los molares. Se comprende pues, que el movimiento de propulsión del cóndilo durante el descenso producirá un movimiento de retropulsión del mentón y de toda la arcada dentaria; los dientes se despla zarán tanto más cuanto son más anteriores.

Movimientos de elevación.- Durante el reposo, la boca permanece cerrada, la tonicidad de los músculos masticadores contrarresta la acción del peso. Sería, pues, lógico estudiar pri meramente los movimientos de descenso que son los primeros en producirse cuando se introducen los alimentos en la cavidad bucal; pero en la masticación la elevación del maxilar es el acto más importante, y los músculos que producen este movimiento son de tal potencia con respecto a sus antagonicos, que se les ha designado con el nombre colectivo de (músculos masticadores).

Músculos masticadores (elevadores).- Estos músculos son tres a cada lado: temporal, macetero y pterigoideo interno,

son pares y simétricos.-

El músculo temporal.- Aplanado y en forma de abanico ocupa la fosa temporal.

Por arriba se inserta en la línea curva-temporal inferior, la fosa temporal, la aponeurosis temporal y el arco cigomático. Desde este punto sus fibras se dirigen hacia la apófisis coronoides y se inserta en su cara interna, vértice y sus dos ramas.

Elevador del maxilar inferior y retractor del cóndilo cuando este último ha sido conducido hacia adelante por la acción de los pterigoideos externos.

Este músculo en los carnívoros, cubre todo el cráneo, estando las dos fosas temporales separadas por una cresta ósea. En el hombre, el espacio frontal que separa las dos fosas es considerable. El desarrollo del temporal de los carnívoros tiene lugar, no solamente en anchura, sino en espesor; de aquí la prominencia de las apófisis cigomáticas muy convexas hacia fuera para poder alojar este músculo, y ensanchar, por lo tanto, la parte superior de la cara.

El macetero.- Es un músculo corto, grueso adosado a la cara externa de la rama del maxilar inferior.

Inserciones.- Comprende dos fascículos, el fascículo

superficial se extiende del borde inferior del arco cigomático al ángulo de la mandíbula. El fascículo profundo, situado por dentro del precedente, se extiende desde el arco cigomático a la cara externa de la rama ascendente. Estos dos fascículos están separados entre sí por tejidos conjuntivos y a veces por una bolsa cerosa. Es elevador del maxilar inferior.

El pterigoideo interno.- Situado por dentro de la rama ascendente del maxilar inferior, tiene la misma disposición del macetero, por lo que se le llama macetero interno.

Inserciones.- Por arriba en la fosa pterigoidea; desde este punto el músculo se dirige hacia abajo, atrás y afuera en busca de la cara interna del ángulo del maxilar.

Es elevador de la mandíbula.

Acción de los músculos masticadores.- Estos músculos, relativamente cortos, deben su potencia a su espesor y al gran número de sus fibras. Obran a la vez sobre las dos articulaciones meniscotemporal y menisco-maxilar, y la resultante de sus fuerzas tiene por efecto producir la elevación del maxilar inferior, acompañadas de un movimiento antero-posterior (retropulsión del cóndilo y propulsión del mentón)

La retropulsión del cóndilo al cerrar la boca puede parecer paradójica, a consecuencia de la dirección general de

las fibras musculares, que, salvo por la parte posterior del temporal, son oblicuas hacia arriba y adentro. Henke ha enseñado, calculando matemáticamente los componentes de las fuerzas desarrolladas por cada uno de los músculos masticadores, que su resultante debe producir la retropulsión del cóndilo. Ello demuestra, además, teóricamente este hecho de experimentación que la fuerza masticadora, o fuerza al cerrar la boca, es tanto más enérgica cuando mayor sea la separación de los maxilares.

Se ha visto, pues, que durante la masticación el maxilar inferior obra como una palanca, en la cual la resistencia está representada por el alimento a triturar, la potencia por el conjunto de los músculos masticadores y el punto de apoyo por el cóndilo. El punto de aplicación de la potencia está sobre la rama ascendente, entre la apofisis coronoides (inserción de los otros dos músculos masticadores.) Está situada, por consiguiente, entre el punto de apoyo y el punto de aplicación de la resistencia, y el maxilar inferior representa una palanca de tercer género, llamada también palanca interpotente, a causa de la posición intermedia de la potencia.

Este sistema de palanca es más favorable al desenvolvimiento de la celeridad que al de la fuerza, por ser el brazo

de palanca de la potencia más corto que el de la resistencia.

Esta disposición desventajosa de la palanca masticadora está contrarrestada por la potencia de los músculos elevadores de la mandíbula. En los animales la longitud relativa de los dos brazos de palanca varía según la naturaleza de la alimentación, pues ya hemos visto como varía la forma y la dirección de las superficies articulares. En efecto; por una parte, aumentando la distancia de la apófisis coronoides al cóndilo, la longitud del brazo de palanca de la potencia crece; por otro lado, disminuyendo la longitud de la rama ascendente, el brazo de palanca de la resistencia disminuye igualmente. En la mayor parte de los roedores sucede que la apófisis coronoides se aleja más del cóndilo, lo que compensa la desventaja que ellos encuentran, empleando, sobre todo, los dientes anteriores. La rama ascendente es, sin embargo, muy larga, lo cual permite la velocidad de los movimientos de los incisivos. En los carnívoros, la rama ascendente es muy corta; la articulación temporo-maxilar está sobre el mismo plano que los dientes, pero la apófisis coronoides no está alejada del cóndilo. Estos animales tienen necesidad de separar mucho las mandíbulas para coger su presa.

En los rumiantes y los solípedos (herbívoros), la rama ascendente es muy larga, lo que favorece la movilidad del

maxilar, necesaria para la trituración de los alimentos.

Finalmente, los mismos músculos se adaptan al modo locomotor, debilitándose cuando no tienen más que un papel secundario que desempeñar, y adquiriendo, por el contrario gran desarrollo cuando tienen necesidad de producir un trabajo mecánico considerable. Así se observa el predominio de los músculos elevadores en los carnívoros, de los músculos antero-posteriores en los roedores y de los músculos diductores en los herbívoros.

Movimientos de descenso.- Dos tiempos hay que considerar en el descenso del maxilar inferior.

El primer tiempo o descenso pasivo, es debido a la simple relajación de los músculos elevadores. El maxilar desciende entonces por su propio peso, produciéndole la abertura moderada de la boca. El segundo tiempo, o descenso activo debido a la contracción de los músculos depresores, cuya inserción fija está entonces sobre el hueso hioides, no tendría lugar si este hueso no estuviera previamente inmovilizado por los músculos infrahioides. Por la acción de los músculos depresores del maxilar inferior, la boca se abre anchamente.

La exageración de este movimiento produce la luxación hacia adelante de la articulación temporo-maxilar, el cóndilo colocado delante del origen transversal de la apófisis cigomática

queda sujeto en esta posición. En este caso el menisco, retenido por el freno meniscal posterior, no sigue al cóndilo y se opone a su retorno hacia atrás. En el descenso, el cóndilo del maxilar se dirige hacia abajo y adelante y el mentón hacia abajo y atrás.

Músculos depresores.- Dos grupos musculares concurren a producir el descenso del maxilar inferior; los músculos suprahioides, que podemos llamar depresores directos, y los músculos infrahioides que fijan el hueso hioides y desempeñan un papel indirecto, pero necesario en la abertura de la boca.

Músculos suprahioides.- Estos músculos son tres: el digástrico, el milohioideo y el genihiioideo.

El digástrico.- Forma un arco largo de concavidad hacia arriba, que va de la base del cráneo a la parte media del maxilar inferior.

Inserciones.- Consta de dos porciones o vientres: el vientre posterior se inserta en la parte interna de la apófisis mastoidea, en la ranura digástrica; desde este punto se dirige hacia abajo y adelante, forma un tendón que alcanza al músculo estilohioideo en su inserción sobre el hioides, lo atraviesa y llega así a la parte superior del hioides.

El vientre anterior: de nuevo este tendón da origen a un cuerpo muscular, que se dirige hacia arriba y adelante y va a

insertarse en la fosita digástrica. Al salir del ojal del estilohioideo, los dos tendones intermediarios del músculo digástrico están unidos por una aponeurosis transversal u oblicua, formada de fibras que se entrecruzan en la línea media.

Acción.- El vientre anterior fijandose en el hueso hioides, baja del maxilar; fijándose en el maxilar, eleva el hioides. El vientre posterior arrastra al hioides hacia atrás.

El milohioideo.- Es un músculo aplanado, delgado, cuadrilátero que forma el suelo de la boca.

Inserciones.- Por arriba se inserta en la línea oblicua interna del maxilar inferior. Por abajo en el hioides y en la línea blanca suprahioidea.

El Genihioideo.- Refuerza al precedente. Se inserta, por una parte, en las apófisis genis inferiores, situadas en la parte media de la cara interna del maxilar; por otra en la cara anterior del hueso hioides. Estos dos músculos, fijando su inserción sobre el hioides, hacen que descienda el maxilar inferior. Estos músculos se insertan de la manera más favorable para el movimiento que deben producir, pues son casi perpendiculares al brazo de palanca, y por otra parte se insertan lo más lejos posible del punto de apoyo.

Músculos infrahioideos.- Los músculos infrahioideos, cuya acción es bajar e inmovilizar el hioides, son tres el ex-

ternocleidohioideo y el omohioideo por una parte, que obran cual uno solo en realidad, y el tirohioideo, que tan solo puede obrar sobre el hioides cuando el cartílago tiroides es fijado previamente por el músculo externo-tiroideo.

Ciertos autores han querido hacer representar algún papel al músculo cutáneo del cuello en el descenso del maxilar inferior. Este músculo tan solo ejerce una ligerísima acción sobre las partes blandas, y parece muy difícil concurra a producir el descenso del maxilar.

Movimientos anteroposteriores.- Mientras que los movimientos verticales interesan al mismo tiempo las dos articulaciones menisco-temporal y menisco-maxilar, los movimientos antero-posteriores tienen lugar gracias al desplazamiento del menisco interarticular sobre el cóndilo temporal; el cóndilo maxilar acompaña al menisco que le cubre.

Los movimientos anteroposteriores también van acompañados de un pequeño movimiento vertical. La disposición de la arcada dentaria necesita desde luego este doble movimiento. En efecto, en las relaciones normales de las dos arcadas, los incisivos inferiores quedan detrás de los superiores cuando la boca está cerrada. Para colocarse adelante tienen que saltar esta barrera, y la propulsión va acompañada de una ligera separación de los maxilares. Si se exagera la propulsión, el menisco as-

ciende por la **pendiente** opuesta del cóndilo, y la cara inferior sigue su movimiento de abaja hacia arriba.

Aquí el maxilar se desplaza paralelamente así mismo; el movimiento de propulsión de el cóndilo va seguido de un movimiento en el mismo sentido del mentón y viceversa. No hay, por consiguiente, que considerar ningún eje transversal como en la abertura o el cierre de la boca. Este desplazamiento anteroposterior es muy limitado; solo permite a un molar inferior encontrarse ligeramente con el diente que precede a su antagonista. Se ha utilizado esta propiedad para rectificar la posición de los dientes en el caso de falso prognatismo del maxilar superior, debido en realidad a una articulación defectuosa de los dientes entre sí. Se hace entonces avanzar con ayuda de aparatos especiales todo el maxilar inferior la extensión de una cúspide, al menos, para realizar el salto de la articulación.

Propulsión.- La propulsión está producida por la acción sinérgica de los dos pterigoideos externos.

El pterigoideo externo tiene la forma de un cono, cuya base corresponde al cráneo y el vértice al cóndilo. Ocupa la fosa cigomática.

Inserciones.- Empieza por dos fascículos que parten de la base del cráneo: el fascículo superior se inserta en la par

te del ala mayor del esfenoides que forma la fosa cigomática; el fascículo inferior se inserta en la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoides. Desde este punto los dos fascículos se dirigen hacia atrás en busca de la articulación temporomaxilar, se unen entre sí y se insertan juntos en el cuello del cóndilo y en el menisco articular. La dirección de este músculo es transversal, contrastando con la dirección generalmente vertical de los músculos masticadores, sus vecinos.

Ciertos autores hacen desempeñar un papel al macetero y al pterigoideo interno en la propulsión. Estos músculos no podrían de ningún modo obrar, puesto que son elevadores, más que en la extrema propulsión, en la que el maxilar se eleva dirigiéndose hacia adelante, y el menisco remonta la pendiente anterior del cóndilo del temporal.

Retropulsión.— En la retropulsión, el maxilar inferior toma su posición de reposo. Los incisivos inferiores sobrepuestos por los superiores, se dirigen, en primer término, hacia abajo y atrás y después hacia atrás y arriba.

Estos movimientos se producen por la acción de los digástricos, que bajan el maxilar y le llevan arriba y atrás.

Se ve, pues, que si se parte de la posición de reposo, es decir, de la oclusión completa de las arcadas dentarias, la propulsión precede a la retropulsión en los movimientos anteropos-

teriores.

Movimientos de lateralidad o de diducción.— Los movimientos de lateralidad o de diducción podemos definirlos diciendo que son movimientos por los cuales el mentón se inclina alternativamente a derecha e izquierda. Tienen por objeto y dan por resultado deslizar los molares inferiores sobre los molares superiores y desmenuzar los alimentos por efecto del frote continuo de las dos superficies, desempeñando una y otra el papel de una muela.

Estos movimientos se efectúan del modo siguiente: uno de los cóndilos, alternativamente el derecho y el izquierdo, se corre hacia adelante para venir a colocarse debajo de la raíz transversa correspondiente, al paso que el otro queda casi inmóvil y le sirve de eje de movimiento. Con esto el mentón se dirige hacia el lado opuesto al del cóndilo que se mueve, de modo que, cuando el mentón se dirige a la izquierda, el cóndilo derecho corre de atrás a adelante, describiendo un pequeño arco de círculo al rededor de un eje vertical que pasaría por el cóndilo del lado izquierdo. Cuando, por el contrario, el mentón se dirige a la derecha, el cóndilo izquierdo se dirige hacia adelante, al paso que el cóndilo derecho queda inmóvil.

Como se ve en los movimientos de diducción únicamente se

mueve uno de los músculos, pero cada uno de ellos disfruta de la misma acción lo cual quiere decir que los cóndilos desempeñan alternativamente, el uno con respecto del otro, el papel de pieza movable y de eje del movimiento.

En el movimiento de lateralidad un sólo músculo se contrae este es el pterigoideo externo derecho o izquierdo, que arrastra hacia adelante el cóndilo del mismo lado, de suerte que el maxilar se dirige hacia el lado opuesto. El cóndilo propulsado es dirigido hacia atrás por el digástrico y las fibras posteriores del temporal del mismo lado.

Los movimientos de diducción en el hombre no se parecen a los de los herbívoros. En estos últimos, el maxilar se mueve todo a derecha o a izquierda, hay un desplazamiento mucho más extenso, sus cóndilos se deslizan libremente sobre las superficies planas de los temporales. En el hombre, el desplazamiento lateral de las arcadas dentarias permite solamente a los tubérculos externos e internos de los molares colocarse sucesivamente en contacto con la cara triturante de sus antagonistas.

Movimientos de circunducción.- La combinación de los diversos movimientos que venimos estudiando, producen un movimiento de circunducción que se ha comparado al del pilón en un mortero. Cuando los alimentos han de ser triturados, hay, en primer tér-

mino, descenso y propulsión del maxilar para permitir su introducción entre las arcadas dentarias. Después los músculos masticadores aproximan los maxilares, y por los movimientos de diducción y de retropulsión los tubérculos dentarios se ponen sucesivamente en contacto con todos los puntos de las arcadas triturantes correspondientes.

AFECCIONES DE LA ARTICULACION TEMPORO-MAXILAR

Entre las afecciones de la articulación temporo-maxilar que interesan al Dentista, se incluyen: Primero: Artritis traumática; segundo, Sub-lubxación y crugidos articulares; tercero, lubxación; cuarto, Anquilosis; Quinto, complejo sintomático conocido como síndrome de Coste, o de la articulación temporo-Maxilar.

En la mayor parte de los casos las lesiones traumáticas de esta articulación son consecuencias de: Primero, disminución del espacio intermaxilar por desgaste prematuro de los dientes, o prótesis defectuosas; Segundo, mal-oclusión natural, esfuerzo anormal de la articulación por desequilibrio o lesiones musculares y Cuarto, hábitos anormales. La relación

normal de las superficies articulares, es la que mantiene al C6ndilo del maxilar descansando en la posici6n anterior de la Fosa Glenoidea. Los molares actúan como tope para evitar la presi6n indebida sobre la articulaci6n y la posible dislocaci6n del c6ndilo hacia arriba y atr6s.

Así pues, las relaciones de las arcadas dentarias o de las dentaduras artificiales rigen la posici6n de los maxilares cuando la boca est6 cerrada. Los dientes desempeñan una funci6n importante en el mantenimiento de las relaciones normales entre el c6ndilo y la fosa glenoidea. El mal alineamiento de los dientes, las relaciones anormales entre cúspides dentarias, la falta de dientes, o las prótesis mal equilibradas en relaci6n con los dientes restantes naturales predisponen a trastornos articulares reflejos. Dormir sin la Dentadura puesta (que suele ser conveniente) ocasiona algunas veces perturbaciones de la articulaci6n temporo-maxilar acompañados de fenómenos reflejos.

Por regla general las artritis traumáticas responden enseguida a la supresi6n de los factores causales.

SUBLUXACION.— Cuando la cápsula y ligamentos articulares se relajan, es frecuente la movilidad anormal de la mandíbula. Ello ocasiona la excursi6n anormal hacia adelante del menisco y cabeza del c6ndilo, que pasan por debajo de la eminencia ar

Articular. Dicha dislocación se puede resolver de manera espontánea o requerir la reducción manual. La amplitud del movimiento de excursión del menisco hacia adelante, no siempre es tan grande como la del cóndilo, lo que ocasiona ruido de crujido o chasquido cuando la cabeza del cóndilo se desprende del menisco; en otros casos puede producirse un verdadero desgaste del menisco que permite a la cabeza del cóndilo ponerse en contacto con la fosa glenoidea; originase por esta causa, rechinar cuando rozan las superficies óseas. Esos ruidos de chasquido ó rechinar, son molestos para el paciente y las personas que lo rodean.

Los crujidos de la articulación temporomaxilar se observa sobre todo en individuos cuyos ligamentos articulares han perdido elasticidad por repetidas subluxaciones, o en quienes se ha lesionado la articulación. Los crujidos suelen desaparecer con reposo de la articulación voluntario o por ligadura alámbrica intermaxilar. Sinclair, atribuyó la relajación de los diversos ligamentos a defectos de la substancia intercelular y la colágena del tejido fibroso, consiguientes a la carencia de vitamina "C". Dicho autor trató con éxito la subluxación y los crujidos articulares con 300 a 500 miligramos de ácido ascróbico por día. Los casos graves de crujidos y chasquidos de la mandíbula se trata con inyecciones esclero-

santes en el espacio intracapsular; estas inyecciones se repiten cada dos a tres semanas hasta eliminar el dolor completamente o calmar la irritación.

Actualmente se están usando inyecciones de hidrocortisona entre las articulaciones afectadas, siendo la acción de esta droga considerada como no específica (no solo para un caso) porque fué efectiva en una variedad de inflamaciones por diferentes causas; tales como artritis reumática, bursitis, artritis traumática y gotosa, siendo su acción, pronta y favorable.

También se puede irritar mecánicamente los tejidos articulares con esperanza de provocar la formación de tejidos cicatrísal, o también quirúrgicamente suprimiendo el menisco.

LUBXACION.-

Puede ser anterior o posterior. La posterior es rara y resulta ordinariamente de traumatismo, como golpes en el mentón, en cuyo caso suele fracturarse la fosa glenoidea. Se conoce por la resección anormal de la barbilla; cuando es unilateral la barbilla se desvía al lado afectado.

La lubxación anterior no es rara en individuos cuyos ligamentos capsulares están relajados, distendidos o lesionados. El cóndilo pasa por debajo de la eminencia articular y se desliza hacia adelante, quedando encajado en esa posición y dejando abierta la boca que no puede cerrarse, la barbilla que-

da sobresaliente, hay dificultades para hablar, los músculos de la masticación están tensos, pudiendo ser dolorosa o indolente. Si la dislocación es unilateral el mentón se desvía hacia el lado contrario de la luxación.

La luxación de este tipo puede producirse al bostezar, reír, comer o por abertura exagerada de la boca o por cualquier otra causa.

Algunas veces se produce luxación temporomaxilar durante trabajos dentales de extracciones de los dientes de la mandíbula inferior, sobre todo cuando estas son difíciles; en tales casos el paciente no puede cerrar la boca después de retirar el dique de goma o el abre bocas. Por lo común es bilateral siendo la unilateral muy rara.

La reducción no suele ser difícil si se efectúa poco tiempo después de producirse la luxación. Sin embargo, a medida que el tiempo pasa, va siendo más dificultosa por el espasmo de los músculos masticadores. En ocasiones solo puede lograrse la reducción con ayuda de anestesia general, para conseguir la relajación muscular suficiente. El Odontólogo deberá familiarizarse con la técnica propia para reducir la luxación de la mandíbula. Deberá envolver sus pulgares con un trapo, para protegerlos contra cualquier lesión. Situado frente al paciente, se introducirá ambos pulgares sobre la región mo-

lar y paralelos al cuerpo de la mandíbula. El borde inferior de esta se agarrará firmemente con los dedos de ambas manos y el hueso se lleva hacia abajo, atrás y luego arriba para reponerlo en su sitio. Los pacientes que sufren luxaciones mandibulares frecuentes, suelen reducirla ellos mismos, sin necesidad de ayuda. El tratamiento de la luxación residuante es quirúrgico.

ANQUILOSIS DE LA ARTICULACION TEMPORO-MAXILAR. Es la fijación total o parcial de la articulación; por consiguiente podemos dividirla en: falsa y verdadera.

La anquilosis falsa, o pseudo-anquilosis resulta de la limitación de los movimientos por formaciones de tejidos óseos o fibrosos, situados por fuera de la cápsula articular.

CAUSAS: Puede ser ocasionada por infecciones intrabucales, infecciones generalizadas, periapicales, periodontales, residuales, etc. cuerpos extraños y agentes irritantes en los tejidos blandos, irritación producida por los terceros molares inferiores al elongarse por falta de antagonistas; heridas cicatrices, adherencias fibrosas, tumores, quistes, oclusión defectuosa, pérdida de la relación maxilo-mandibular, pérdida de los dientes, o trabajo protésico defectuoso; histerismo, neuralgia, infecciones procedentes de la faringe, oído medio, carrillos, fracturas, etc.

SINTOMAS: Limitación de los movimientos de la mandíbula, o imposibilidad de abrir la boca,

DIAGNOSTICO: Se funda en la determinación de la causa y del sitio donde está situada. Por medio de la radiografía se averigua si hay infección dentaria, anomalías, tejido muscular calcificado, cuerpos extraños, fracturas y cualquier estado morboso periarticular.

Las cicatrices o adherencias que limiten los movimientos, pueden ser investigados por medio de la palpación digital, o por el examen ocular.

TRATAMIENTO: lo primero es suprimir la causa, las miositis oscificante, las fracturas mal unidas o grandes cicatrices, requieren tratamiento quirúrgico. Para relajar los tejidos se aplican las inyecciones de hidrocortizonas, fomentos de sulfato magnésico o la electroterapia. El paciente se ejercitará en abrir la boca, moviéndola hacia los lados, hacia los lados, haciéndose presión moderada con los dedos o con algún aparato mecánico.

ANQUILOSIS VERDADERA: Es la limitación de los movimientos causada por elteraciones intra-articulares.

CAUSA: La Anquilosis verdadera es ocasionada por alteraciones óseas que producen la soldadura del cóndilo y de la cavidad glenoidea. Dichas alteraciones, a su vez son causa-

das por lesiones traumáticas, heridas por arma de fuego, infección de la articulación que proviene de los tejidos adyacentes, artritis metastásica, osteitis difusa, periostitis u osteomielitis.

La edad en que comienza la anquilosis es muy variable, pero se observan con más frecuencia antes de los diez años.

Síntomas y diagnósticos: La anquilosis total es rara y por lo general puede el paciente abrir algo la boca. Si se consolida la anquilosis después del desarrollo completo de la mandíbula, no se observa deformidad. En cambio, cuando la anquilosis se presenta en los primeros años de la vida, se origina una deformidad característica, con desviación hacia atrás de la barbilla y falta de desarrollo del hueso. Por carencia de espacio sobreviene con frecuencia la inclusión de los caninos y los molares.

En los pacientes de anquilosis fibrosa unilateral, el mentón se desvía hacia el lado enfermo, al tratar el sujeto de abrir la boca; la cara se vé redondeada y de aspecto normal en el lado de la anquilosis, pero el contrario se vé anormalmente plano; esto se explica porque estando inmóvil el cóndilo enfermo, el cóndilo sano se desloca un poco hacia adelante en virtud de la fuerza muscular, al desviarse la barbilla de la línea media hacia el lado de la anquilosis, causa la defor-

midad en el lado sano de la cara.

La mayor parte de las veces, al palpar la cabeza del cóndilo sano, se nota cierto movimiento, pero el cóndilo contrario está inmóvil.

TRATAMIENTO: Consiste en la diéresis de la rama mandibular a la altura del cuello del cóndilo, y en la formación de una nueva articulación en la mejor posición posible.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Se cifra en distinguir la verdadera causa de la anquilosis por medio de los diversos métodos empleados en la diagnosis, estudiándose cuidadosamente las varias causas de las infecciones agudas de la articulación temporo-maxilar, así como en diferenciarlas del trismo y de la pseudo-anquilosis.

Después de toda lesión traumática se hará el estudio radiológico de ambas ramas, aunque la lesión sea leve, la oclusión normal y no halla signo subjetivo, ni objetivo de fractura.

SINDROME DE COSTEN: Costen, otorrinoringólogo, descubrió un grupo de síntomas que suele coincidir con anomalías de las relaciones funcionales entre la cabeza del cóndilo y fosa glenoidea. Muchos de los síntomas observados por Costen, son semejantes a los que se presentan en la cabeza y en el cuello por otras causas. Los síntomas de que se trata son los siguien-

tes: Primero, ligera sordera catarral y ataques de vértigo que mejoran insuflando las trompas de Eustaquio.

Segundo, zumbido de oídos y en ocasiones ruidos de chasquido en la articulación temporo-maxilar al masticar; movilidad dolorosa, limitada a la articulación afectada.

Tercero, sensibilidad a la presión sobre la articulación temporo-maxilar o dolor sordo de oídos.

Cuarto, síntomas neurálgicos diversos, como sensación de punzadas, o de ardor en el ístmo de las fauces, lengua y lado correspondiente de la nariz; diversas formas de cefalalgia, atípica, sobre todo referida a la región temporo o la base del cráneo.

Quinto: Sequedad de la boca como resultado de perturbación funcional de las glándulas salivares.

El principal interés despertado al principio por esta entidad clínica se relacionó con la supresión de la sordera. Estudios posteriores, realizados por Costen y otros, en los cuales se hicieron pruebas audiométricas, restaron importancia a la relación de la sordera catarral con las lesiones de la articulación temporo-maxilar, pero destacaron la frecuente producción de diversos trastornos neurálgicos reflejos. Es muy común que los pacientes tengan sensación de quemazón en la lengua, paladar duro y faringe, junto con zumbido

de oídos. Tales fenómenos reflejos suelen observarse en el lado que corresponde a las relaciones articulares anormales.

El síndrome de la articulación temporomaxilar se manifiesta en pacientes con atrición o desgaste anormal de las molares, irregularidades o inclinación de los dientes, encajamiento de cúspides muy voluminosas o elevadas y por anomalías de oclusión por anodoncia sin prótesis. Tales trastornos producen desequilibrio muscular y, a veces, verdaderas lesiones degenerativas de la articulación. Las anomalías de relación entre las cúspides dentarias suelen producirse en pacientes cuyos dientes faltantes han sido sustituidos por piezas protésicas. Las principales causantes de estos trastornos son los segundos molares y segundos bicúspides en mal posición. El dolor en tales casos puede prevenir de la articulación temporomaxilar y de los dientes que soportan el esfuerzo anormal de la oclusión.

Solo unos pocos individuos con las anormalidades enumeradas presentan síntomas referibles a la articulación temporomaxilar. Y ello no es frecuente hasta después de cinco u ocho años de existir la oclusión incompleta o los trastornos de ella. Existen hechos clínicos que hacen pensar que las lesiones y alteraciones funcionales de la articulación temporomaxilar y los síntomas reflejos resultantes, son causados por

contracciones tónicas de los músculos masticadores, que se producirían por estímulos subdolorosos originados en regiones inervadas por la rama maxilar inferior del trigémino.

El diagnóstico del Síndrome temporomaxilar no es fácil. Si los síntomas persisten después que la cuidadosa exploración ha demostrado que no existe ningún estado patológico, deberá sospecharse una neurálgia originada en la articulación. La presencia de oclusión incompleta, dentadura mal ajustada y sensibilidad en la región de dicha articulación, confirman el diagnóstico de síndrome temporomaxilar. Una prueba sencilla, que suele indicar reducción del espacio intermaxilar, consiste en introducir en la región molar la esquina plegada de una toalla, o un depresor de lengua y hacer que el paciente muerda con fuerza. Tal maniobra alivia frecuentemente los síntomas dolorosos. Sin embargo incluso, si el paciente no logra alivio con esta prueba, es probable que pueda conseguirlo con el uso transitorio de férulas interdentes de material acrílico.

Si hay relaciones anormales entre las cúspides dentales, pueden aliviarse los síntomas al equilibrar la oclusión. En el caso de los dientes mal implantados o incluidos, pueden necesitarse extraerlos y reemplazarlos por prótesis, para eliminar los estímulos dolorosos. En otros pacientes, es preciso recurrir a medidas más difíciles y extensas para esta-

blecer el espacio intermaxilar suficiente y la oclusión normal. En individuos con anodoncia no compensada puede bastar el uso de dentaduras completas o parciales que ajusten en debida forma. Otros casos requieren métodos de rehabilitación más complicados, el fundamento de los cuales estriba en hacer que los dientes o las piezas artificiales permitan a la mandíbula adoptar la posición anatómica conveniente y que se mantenga el espacio intermaxilar normal. Para apreciar la utilidad de estos procedimientos conviene hacer que el paciente use durante algunas semanas un aparato provisional, antes adaptarse el definitivo. Tal precaución evitará el desaliento que le causaría lo mismo que al Odontólogo descubrir que se había cometido algún error, despues de terminadas todas las medidas de reconstrucción permanentes. En algunos casos el alivio es inmediato, en otros muchos es gradual. El abrir la mordida ó aumentar el espacio inter-maxilar no debe intentarse a menos que existan indicaciones claras para ello, y solo se ejecutará por quienes tengan experiencia en esta rama especial de la Odontología, pues puede ocasionar innumerables y graves complicaciones.

CASO CLINICO

NOMBRE: Patricia Rivas.
EDAD: 20 años
PROFESION: Oficios domésticos
DOMICILIO: Tejutepeque.
MOTIVO DE CONSULTA: Dolor de muela.

HISTORIA: Refiere que nunca tuvo trastornos de la articulación temporomaxilar. Se observó caries en la Primera molar superior izquierda e indiqué su extracción. Pregunté al paciente si sentía dolor en el momento de separar con el elevador la encía del cuello del diente notando dificultades para hablar.

SINTOMAS: Boca abierta. Mentón prominente. Dificultades en la articulación de las palabras. Músculos de la masticación tensos. No hay dolor.

DIAGNOSTICO: Favorable.

TRATAMIENTO: Reducción manual. Se le recomienda regresar a la semana siguiente, lo que hizo sin volver a tener ningún trastorno.

CASO CLINICO

NOMBRE: Alfredo Santa María.
EDAD: 33 años.
PROFESION: Jornalero.
DOMICILIO: Santa Tecla.

HISTORIA: Sufrió accidente de tránsito, a consecuencia de esto, quedó con laceraciones, heridas y contusiones varias. Fué internado en el Hospital de Santa Tecla, siendo luego remitido al Hospital Rosales por haber quedado con dolores intensos en ambos maxilares.

SINTOMAS: Hay trismus bastante marcado; el paciente no puede masticar y solo se puede alimentar con jugos, a la exploración parece que hay fractura del maxilar inferior. Hay dolor durante los movimientos del maxilar.

DIAGNOSTICO: Artritis traumática complicada con fractura del maxilar.

EXAMEN RADIOLOGICO: Línea de fractura del maxilar inferior a nivel de la primera molar sin desplazamiento de fragmentos.

TRATAMIENTO. Reducción de la fractura. Luminal y aspirina para calmar el dolor. Una vez consolidada la fractura desaparecieron los síntomas articulares.

CASO CLINICO

NOMBRE; Amalia de Ramos.
EDAD: 45 años.
PROFESION: Oficios domésticos.
DOMICILIO: San Salvador.
MOTIVO DE CONSULTA: Fué remitida por el otorinolaringólogo,
por dolores articulares.

HISTORIA: El otorinolaringólogo le examinó, oídos, nariz, y garganta sin encontrar ningún trastorno. Hay desviación del cóndilo, así como dolor en ambas articulaciones. Presenta prótesis total superior, la cual hace variar la altura de la mordida en un centímetro.

Se le indica no usar la dentadura por ocho días, y refiere haber sentido mejoría.

DIAGNOSTICO: Trastorno articular por traumatismo protésico.

TRATAMIENTO: Butazolidina. Hacer nueva Prótesis.

BIBLIOGRAF

BIBLIOGRAFIA

Tratado de Anatomía Humana. L. Testut.

Tratado de Estomatología. Gaillard y Nogués

Medicina Bucal. Lester N; Burket.

Fisiología Normal y Patológica. Dr. Gley.

Cirugía Bucal. S. Mead.

Clasificación y Tratamiento de las Enfermedades de
la Articulación Temporo-maxilar. J. B. Costen.

The relation of occlusion and temporomandibular joint.

Morphologi to temporomandibular Joint, symtoms.

I. M. Sheppard.