

DISLOCACIÓN MANDIBULAR POR HIPERLAXITUD LIGAMENTARIA

MANDIBULAR DISLOCATION DUE TO LIGAMENT HYPERMOBILITY

Verónica Vargas Carrasco

Docente de la Facultad de Odontología

Universidad Autónoma Juan Misael Saracho

Correo electrónico: verovargascarrasco@gmail.com

Dirección para la correspondencia: Calle Junín 737 (entre Ingavi y Bolívar) Tarija- Bolivia

RESUMEN.-

En ocasiones la mandíbula puede deslizarse hacia adelante, desencajándose totalmente de su sitio natural, hay un estiramiento de ciertos ligamentos y un ensanchamiento de ciertos músculos que participan en la función de la *Articulación Temporo Mandibular* (ATM), estamos frente a una dislocación mandibular. Se considera que este problema puede empeorar si no es controlado a tiempo, tomando en cuenta los factores que pueden cooperar a su desencadenamiento. Por esa razón es importante que el odontólogo cuente con el conocimiento necesario para proceder de manera oportuna, sabiendo qué pasos debe seguir el tratamiento al paciente.

La dislocación es uno de los *Desórdenes Temporo Mandibulares* (DTM) que requiere atención urgente ya que se caracteriza por dolor agudo, dificultad de cierre bucal, espasmo de los músculos masticatorios entre otros; es una alteración que puede suceder en repetidas ocasiones y que limita la normal funcionalidad de la persona afectada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por medio del Decreto 457 del 22 de marzo de 2020 declaró, en virtud a la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus Covid- 19, a la dislocación mandibular como una urgencia odontológica que requiere la asistencia y prestación de servicios de salud como excepción a la medida de aislamiento preventivo obligatorio, en vista de que la urgencia odontológica es la “aparición súbita de una condición patológica bucomaxilofacial, que provoca

una demanda espontánea de atención, cuyo tratamiento debe ser inmediato, impostergable, oportuno y eficiente”, puesto que puede causar limitación de la actividad normal de la persona o puede suponer un riesgo para el estado general de salud de la misma, imposibilitándola en el desempeño de sus funciones de masticación, deglución y fonación.

Palabras claves:

Articulación Temporo Mandibular, hiperlaxitud ligamentaria, dislocación.

SUMMARY

Sometimes the jaw can slide forward, completely disengaging from its natural place, there is a stretching of certain ligaments and also a widening of certain muscles that participate in the function of the TMJ (Temporo Mandibular Joint); we are facing a mandibular dislocation. It is considered that this problem may worsen if it is not controlled in time, taking into account the factors that may contribute to its triggering. For this reason, it is important that the dentist has the necessary knowledge to proceed in a timely way, being aware of the steps he has to follow, dealing with the patient and if the case requires medication.

Dislocation is one of the temporo mandibular disorders that requires urgent attention since it is characterized by acute pain, difficulty in closing the mouth, spasm of the chewing muscles, among others; it is an

alteration that can happen repeatedly and that limits the functionality of the affected person.

The World Health Organization by means of Decree 457 of March 22, 2020 declared by virtue of the health emergency generated by the Covid-19 Coronavirus pandemic to mandibular dislocation as a dental emergency that requires the assistance and provision of services of health as an exception to the mandatory preventive isolation measure, given that dental emergency is the “sudden appearance of an oral and maxillofacial pathological condition, which causes a spontaneous demand for attention, whose treatment must be immediate, urgent, timely and efficient”, since this may cause limitation of the normal activity of the person or may pose a risk to the general state of health of the same, making it impossible for him to chew, feed and speak.

Keywords: Temporomandibular Joint, TMJ, ligament hypermobility, dislocation.

INTRODUCCIÓN

La articulación temporomandibular permite que la mandíbula realice movimientos funcionales de lateralidad, antero-posteriores, de ascenso y descenso que son indispensables para las funciones de masticación, deglución y el habla.

Una de las alteraciones de la ATM es la dislocación mandibular, donde el cóndilo se posiciona anterior a la eminencia articular y muchas veces no es capaz de regresar a la posición de cierre, puede ocurrir frecuentemente al bostezar, reír, vomitar, en apertura excesiva durante procedimientos dentales, durante una intubación por procedimientos quirúrgicos o en cualquier momento donde la ATM se fuerza más allá de sus límites anatómicos.

Este problema articular, puede ser causado por problemas con los dientes, por un golpe en un accidente de tránsito o deportivo, o por una articulación inestable con ligamentos hiperlaxos.

El síndrome de hiperlaxitud ligamentaria sistémica se presenta en el 35% de la población, es más frecuente en las mujeres que en los varones. Su frecuencia es mayor en la infancia y va decreciendo al aumentar la edad; la mayoría de las personas hiperlaxas no su-

fren problemas por su mayor elasticidad, siendo sólo un 5 a 10 % los que sufren algún tipo de síntoma que puede manifestarse con dolor en las articulaciones y músculos y en ocasiones desarrollo de artrosis.

El tratamiento ideal tiene la finalidad de reinsertar el cóndilo en su posición fisiológica adecuada y posteriormente la fisioterapia cumple un papel vital en el tratamiento de estas alteraciones al buscar mantener y optimizar los movimientos de la ATM por medio de técnicas y ejercicios para eliminar el dolor, controlar la movilidad articular, reequilibrar la fuerza de los músculos y tensar los ligamentos, con el objetivo fundamental de recuperar la funcionalidad articular de las personas afectadas optimizando de esta forma su estilo de vida.

CONTENIDO TEÓRICO

Articulación Temporomandibular

La ATM, denominada también como complejo articular cráneo mandibular es la articulación sinovial, tipo bicondílea que existe entre el hueso temporal y la mandíbula; se trata de dos articulaciones, una a cada lado de la cabeza, que funcionan sincronizadamente.

Más específicamente está conformada por la fosa mandibular del hueso temporal (cóncava) y el cóndilo mandibular (convexo) unidos por el disco interarticular, que es un elemento con doble superficie articular, una superficie articular inferior con una relación convexo-cóncava y una superficie articular superior que es cóncava-convexa; este disco otorga estabilidad a la ATM mientras se mantenga una situación de éste tipo convexo-cóncava/ cóncavo-convexo; se constituye como una relación céntrica, al ser sus superficies articulares congruentes en distintas posiciones (Mariano Rocabado 2014).

Estas estructuras están protegidas por la cápsula articular que se describe como laxa y delgada por encima del disco, pero tensa por debajo de éste.

La ATM permite movimientos de elevación (cierre de la boca), depresión (apertura de la boca), propulsión o protrusión (deslizamiento anterior), retropropulsión o retracción (deslizamiento posterior) y desviación lateral.^{1, 2, 3}

RELACIÓN CÉNTRICA (RC)

(Mariano Rocabado, 2014) Probablemente podríamos encontrar 23 definiciones para RC, pero tomando en cuenta la fisiología de las articulaciones sinoviales, la RC es una posición estable, que le permite funcionar a la articulación sinovial, en un estado de reposo fisiológico. Este estado fisiológico tiene tres factores fundamentales:

1. Posición de menor presión interna articular.
2. Posición de menor tensión ligamentosa capsular.
3. Musculatura que permite una dinámica en los tres planos del espacio.

La RC tiene que ser un concepto tridimensional y no solamente unidireccional, por lo tanto, el cóndilo no solamente va a tener una relación superior anterior, contra la vertiente posterior de la eminencia articular, sino que además tiene que tener una relación medial, a la derecha y a la izquierda, también en forma proporcional.³

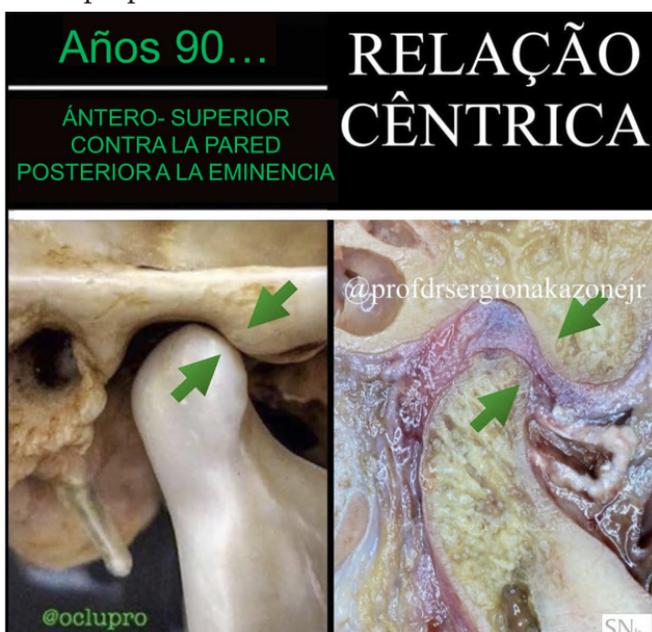


Figura 1 A. Concepto más actual de RC: Posición anatómica ósea antero-superior, contra la vertiente posterior de la eminencia articular.² B. Corte anatómico con tejidos blandos; se visualiza la posición del disco articular (antero-superior), con su porción más delgada interpuesta entre las superficies óseas funcionales, generando una biomecánica favorable para los movimientos mandibulares.¹⁵ Cortesía Dr. Sergio Nakazone Jr.

LIGAMENTOS Y MÚSCULOS

En una dislocación tomamos en cuenta además de los huesos, disco y cápsula a los principales ligamentos y músculos que trabajan en función con la ATM:

- Ligamentos.
 - ☑ Ligamento temporo-mandibular
 - ☑ Ligamento eseno-mandibular
 - ☑ Ligamento estilo-mandibular
- Músculos.
 - ☑ Músculo masetero
 - ☑ Músculo temporal
 - ☑ Músculo pterigoideo lateral
 - ☑ Músculo pterigoideo medial
 - ☑ Músculos supra e infra hioideos²

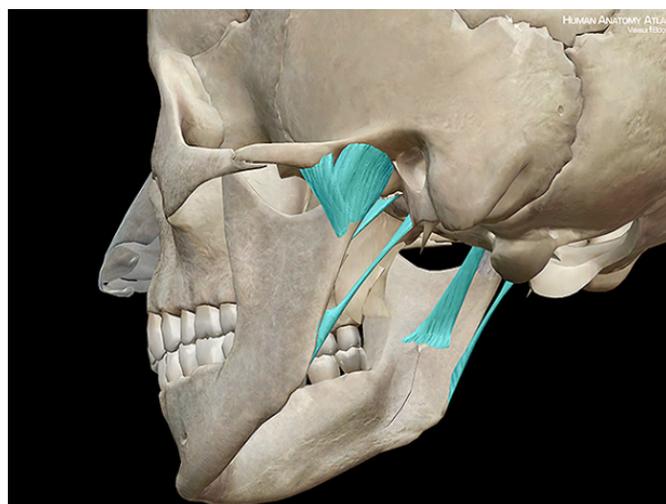


Figura 2. Ligamentos temporo-mandibular, eseno-mandibular y estilo-mandibular.⁵

ALTERACIONES ARTICULARES (ACADEMIA AMERICANA DE DOLOR OROFACIAL, 1996)

- POR ALTERACIÓN DEL DISCO

Deslizamiento del disco con reducción

Deslizamiento del disco sin reducción

Adherencia

- DISLOCACIÓN DEL CÓNDILO

◦ DESORDENES INFLAMATORIOS

Capsulitis

Poliartritis⁴

SÍNDROME DE HIPERLAXITUD LIGAMENTARIA SISTÉMICA Y DISLOCACIÓN DEL CÓNDILO MANDIBULAR.-

En apertura máxima, la mitad del cóndilo debe llegar a la mitad del tubérculo articular, si lo sobrepasa; se trata de una hipermovilidad, en términos generales. Lo usual es una apertura de aproximadamente 4 cm. Si la hipermovilidad se da en varias articulaciones del cuerpo, estamos frente a una persona hiperlaxa.

Un paciente hiperlaxo, tiene los ligamentos más elásticos, estos no restringen las mociones dentro de límites bien definidos, cuando la tolerancia llega a un límite; se manifiesta con dolor en la cápsula. El paciente hiperlaxo puede tener una apertura en reposo, cómoda para él, pero es capaz de continuar con la apertura bucal.

La ATM como el resto de las articulaciones se ve afectada por la hiperlaxitud ligamentaria y constituye una de las causas para la aparición de trastornos de la ATM, más específicamente la dislocación también denominada luxación mandibular, que es producida por el estiramiento de los ligamentos, estos no cumplen su función de limitar el movimiento articular, permitiendo que el cóndilo se desplace más allá de los límites fisiológicos permitidos, sobrepasando el tubérculo articular, pero permaneciendo dentro de la cápsula, de modo que el cóndilo queda atascado por esa prominencia ósea, quedando el paciente imposibilitado de cerrar la boca; la dislocación puede ser unilateral o bilateral.

La mandíbula dislocada o desencajada es la separación del cóndilo, de la fosa articular; la articulación, por su parte, es la encargada de unir el hueso temporal del cráneo con la mandíbula. Lo que ocurre es que la mandíbula no regresa a su lugar por sí misma, es decir que la parte inferior se ha salido de su posicionamiento natural, en donde la articulación se conecta con el cráneo, lo cual no es un movimiento fisiológico.^{6,7}

Los pacientes con síndrome de hiperlaxitud ligamen-

taria sistémica tienen un padrón ligamentar donde la parte anatómica estructural de los ligamentos articulares tiene mayor maleabilidad. Estos pacientes mayormente son longilíneos. Existe inestabilidad articular en la ATM y en otras articulaciones del cuerpo, la cápsula ligamentar es más laxa, con mayor libertad de movimiento y no precisamente debido a un trauma o factor odontogénico, puede deberse a un padrón familiar genético, tiene que ver con la calidad de fibras colágenas que tiene el paciente.

Estos pacientes tienen inestabilidad articular principalmente cuando tienen malos hábitos orales, independientemente de la oclusión. El microtrauma por repetición por algún movimiento estereotipado de la mandíbula se produce cuando el paciente se muerde las uñas, lapiceras o bruxismo; por ejemplo, son movimientos de compresión de la región retrodiscal con incapacidad de la cápsula articular de estabilizar esa región.

Los pacientes hiperlaxos se clasifican según la cantidad de articulaciones laxas en:

- Hiperlaxos suaves: Si tienen tres puntos articulares laxos.
- Hiperlaxos medios: Si tienen seis puntos articulares laxos.
- Hiperlaxos graves o severos: Si tienen nueve puntos articulares laxos.^{14, 15}

FACTORES DESENCADENANTES DE LA DISLOCACIÓN MANDIBULAR

La luxación generalmente ocurre en personas con antecedentes de sub luxaciones.

Una dislocación mandibular tiene diferentes causas:

- El episodio inicial suele ser una apertura amplia seguida de presión de mordida (p. Ej., Morder un sándwich grande con pan duro)
- Descenso forzado de la mandíbula debido a un acto fisiológico como un bostezo, el vómito o la carcajada
- Problemas oclusales
- Articulación inestable
- Ligamentos hiperlaxos

- Traumatismos en mentón con boca abierta, como un golpe en un accidente de tránsito o en un accidente deportivo.
- Intubación orotraqueal previa a una cirugía bajo anestesia general y relajación neuromuscular.⁷

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Signos.-

- Babeo
- Hoyuelo delante del oído
- Incapacidad del abrir y cerrar la boca
- Crepitación
- Inoclusión
- Incapacidad de mover la mandíbula de lado a lado
- Desviación de la línea media mandibular hacia el lado contralateral (cuando es unilateral)
- Falso prognatismo (cuando es bilateral)
- Espasmo de los músculos masticatorios
- Dificultad para hablar
- Rubor
- Inflamación
- Limitación de la movilidad articular
- Desequilibrio muscular¹⁴

Síntomas.-

- Ansiedad
- El dolor es secundario a los intentos de los pacientes de cerrar la boca
- Dolor agudo delante del oído
- Inflamación del oído
- Zumbidos
- Dolor muscular
- Dolor articular
- Dolor de cuello

- Dolor de cabeza
- Dolor en fondo de ojo
- Sensación de ardor de la lengua
- Sensación de tensión en el cuero cabelludo^{5,6,7}
- El hiperlaxo tiene historias pasadas de lesión articular en otras áreas del cuerpo, también refiere dolor en la cápsula ligamentar, en ligamento temporo mandibular capsular y en la zona retrodiscal.¹⁴

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

(Bercher y Friez, 1977) en algunos casos, el cuadro clínico de luxación mandibular puede confundirse con fractura condilar, aunque el antecedente traumático nos guía para realizar un diagnóstico diferencial, es importante resaltar las diferencias:

- Luxación unilateral: la mandíbula está desviada hacia el lado opuesto de la lesión.
- Fractura unilateral: la mandíbula está desviada hacia el lado de la lesión.
- Luxación bilateral: se aprecia apertura con protrusión.
- Fractura bilateral: se aprecia mordida abierta con retrusión mandibular.⁸

TRATAMIENTO DE LA DISLOCACIÓN.-

Se debe establecer el tratamiento clínico en caso de presentarse pacientes con dislocación mandibular unilateral o bilateral, para dar solución pronta y oportuna a esta urgencia. El tratamiento depende de la gravedad de la dislocación, la primera conducta es la de tranquilizar al paciente.

1. El procedimiento inmediato consiste en realizar la reducción manual para colocar la mandíbula de regreso a su posición natural.
2. Debemos controlar el dolor en la articulación (justo frente al oído) después de que la mandíbula ha vuelto a su lugar, en algunas ocasiones con fármacos.
3. Establecer una terapia conservadora a través de un tratamiento fisioterapéutico, para promover que los ligamentos controlen y limiten los movimientos de la mandíbula para preve-

nir problemas articulares posteriores.

4. Tratamiento con férulas oclusivas, para promover una articulación en su posición fisiológica estable.

A. REDUCCIÓN MANUAL ANTE UNA DISLOCACIÓN MANDIBULAR.-

Maniobras de Nelaton

Es el tratamiento conservador indicado en casos de dislocación bilateral; el procedimiento es el siguiente:

La cabeza del paciente debe quedar estable a la altura de los codos del operador, el profesional debe situarse delante de la persona afectada, los pulgares del operador se colocan en la línea oblicua externa de la mandíbula (lateral al área del tercer molar) o, después de envolver los pulgares en una gasa, se colocan sobre las superficies oclusales de los molares inferiores; sus otros dedos se apoyan en el borde inferior de la mandíbula. El paciente debe abrir la boca ampliamente, como si bostezara, el operador ejerce fuerza hacia abajo, al tiempo que aplica fuerza hacia arriba sobre la barbilla^{6,10,11}. Esto permite que el cóndilo salte la eminencia articular anterior y la presión negativa de la articulación lleve el cóndilo hacia atrás. No se recomienda empujar hacia atrás, debido a que junto con la fuerza de los músculos elevadores se puede generar daño en el tejido retrodiscal. La mandíbula se cierra con una fuerza considerable y es probable que chasquee al volver a su posición.^{6,9,10}

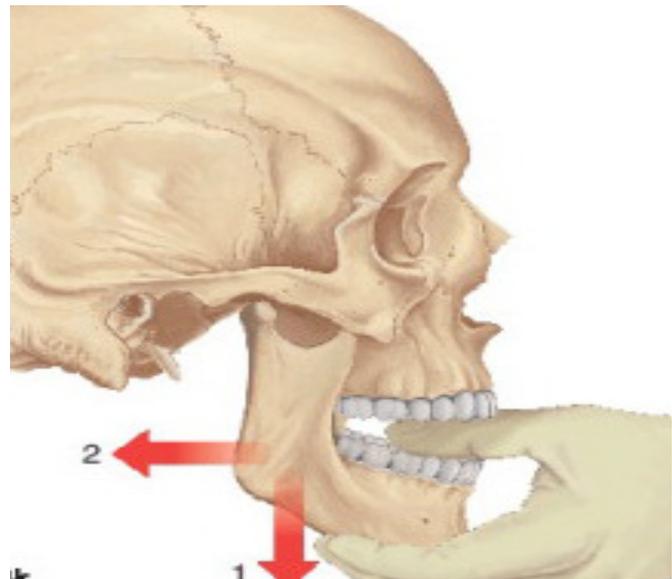
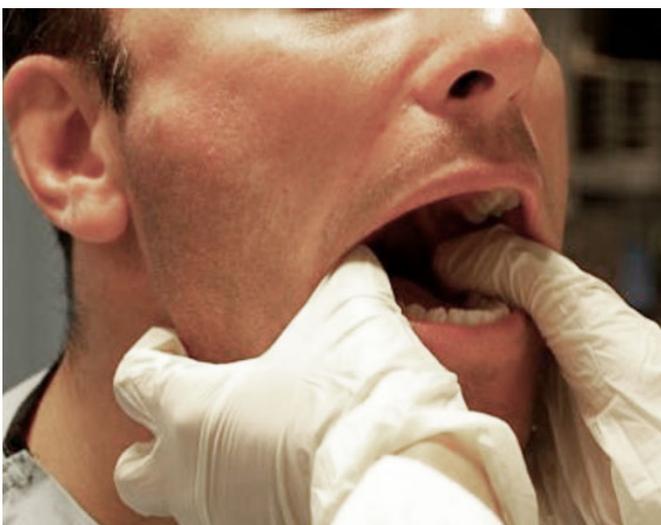


Figura 3 A y B. Maniobra de Nelaton⁶

Maniobras de Dupuis

Es la reducción mandibular en las dislocaciones unilaterales.

Se practica con el paciente sentado en un taburete, con la cabeza apoyada sobre el tórax del operador que se encuentra detrás del paciente, el pulgar del operador se coloca en la línea oblicua externa de la mandíbula (lateral al área del tercer molar) o bien sobre las superficies oclusales de los molares inferiores del lado afectado; los otros dedos se colocan en la región sinfisaria, ejerciendo el mismo movimiento que en las maniobras de Nelaton

Cuantas más veces se disloque la mandíbula, más difícil será reducirla y mayor será la probabilidad de que se repita la dislocación.¹¹

B. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.-

Aunque rara vez se usa, un anestésico local (de 2 a 5 ml de lidocaína 1% o 2%) inyectado en la articulación, en el área adyacente de inserción del músculo pterigoideo lateral.¹¹

Se puede usar la premedicación (p. Ej., Diazepam 5 a 10 mg IV a 5 mg / min o Midazolam 3 a 5 mg IV a 2 mg / min y un opioide como fentanilo 0.5 a 1 mcg / kg IV) pero generalmente es innecesario, especialmente si se perderá tiempo preparando el IV.^{11, 12, 13}

Como tratamiento sintomático, con el fin de reducir el dolor, lidocaína con adrenalina, con abordaje

intraoral.¹²

C. TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO.-

Los pacientes hiperlaxos tienen alta probabilidad de sufrir DTM, por ello es importante establecer un tratamiento conservador que fortifique las estructuras, para prevenir un nuevo episodio.

Rodrigo Lazo, 2016 y Sergio Nakazone Jr, 2020 mencionan la *Relación Proporcional de 4/1*, donde idealmente “Por cada milímetro de lateralidad y de protrusiva, debe corresponder 4 milímetros de apertura”. La apertura es consecuencia de las lateralidades, por ejemplo si el paciente tiene 40 mm. de apertura y tomando en cuenta que lo ideal es uno en un cuarto, significa que debe tener 10 mm. de lateralidad y protrusiva, es decir, que el ángulo funcional de un canino debe ser similar al ángulo funcional del otro canino. Si el paciente no puede hacer esa dinámica mandibular, sospechamos que tiene dolor en los pterigoideos laterales. Un ángulo funcional masticatorio distinto, causa microtrauma en la ATM, falta de irrigación retrodiscal e hipoxia entre otras consecuencias, luego degeneración de las estructuras, primero de los tejidos blandos y luego de los tejidos duros.

El tratamiento para los hiperlaxos consiste en fortalecer y equilibrar los músculos, propiciando que el paciente tenga una apertura coincidente a los milímetros de su lateralidad con ejercicios para reducir su apertura bucal.^{1, 14, 16, 17}



Figura 4. Ángulo Funcional Masticatorio Planas (AFMP). Movimientos excursivos de la mandíbula, en lateralidad derecha e izquierda, con la misma desoclusión bilateral, fundamental para el equilibrio funcional y mayor salud oral (periodonto, musculatura, articulación)¹⁵

Parte del tratamiento reside en indicar ciertos tipos de ejercicios para el paciente; previamente hay que concientizarle sobre el tipo de descanso de su mandíbula, esta posición básicamente consiste en mantener los labios juntos, la lengua entera, es decir no sólo la punta debe pegar contra el paladar, y los dientes deben estar ligeramente separados. Posteriormente se debe seguir un protocolo de orientación cognitivo-conductual de autocontrol, orientación masticatoria y regularización de movimientos.

Un ejercicio simple consiste en colocar la lengua pegada al paladar y luego enrollarla atrás lo más que se pueda, seguidamente abrir la boca lentamente hasta que lengua esté a punto de separarse del cielo de la boca o se separe ligeramente, cuando llegue a ese punto, cierra e intenta nuevamente. Puede hacerse 10 repeticiones 5 veces al día.

Otro ejercicio es el de abrir la boca lentamente evitando que la mandíbula se desvíe a los lados. Debe abrir la boca lentamente pero sin llegar a un punto en donde le duela, llevar la mandíbula hacia adelante lo más que pueda, cerrar lentamente la boca y finalmente llevar la mandíbula hacia atrás lo máximo posible, repeticiones de 10 veces, solamente debe haber movimiento hacia adelante y hacia atrás y no debería moverse hacia los lados.

Otro de los ejercicios para la mandíbula consiste en ayudar a mantener una buena posición de descanso de la misma, se debe practicar diariamente convirtiéndolo en un buen hábito. El primer paso consiste en tener un tercio de lengua descansando arriba, en el paladar; debe hacer un sonido con la lengua similar a un “cloc” de un reloj, luego mantener la posición, posiblemente sienta una presión muy leve, se debe recordar que la lengua no entra en contacto con los dientes y que los labios deben estar siempre juntos, indicando que la respiración es solamente por la nariz. El paciente notará que los dientes están ligeramente separados y la mandíbula relajada, las repeticiones se realizan siempre que pueda durante el día. El objetivo en este ejercicio para la mandíbula será relajar los músculos y además ayudar a fortalecerlos para ejercer los movimientos de la masticación.

También se indica ejercicios de isometría como es el de colocar la mano en forma de puño y ubicarlo bajo el mentón, específicamente entre el dedo índice y el

pulgar, manteniendo sus dientes ligeramente separados, empujar levemente hacia arriba con su puño y abrir la boca, manteniendo un poco de presión hacia abajo, es decir en contra de su mano durante 10 segundos, debe abrirse aproximadamente hasta el ancho de un dedo, luego retirar su puño y cerrar la boca, son 6 las repeticiones indicadas y 6 veces al día.

Otra práctica muy útil es la corrección del movimiento que se produce en la apertura y cierre de la boca y de los desbalances de los músculos de la ATM, sobre todo cuando existe una Disfunción Temporomandibular, debe distribuirse la fuerza a lo largo de toda la articulación, para lo cual no se debe desviar hacia los lados la mandíbula mientras se realiza los ejercicios.

Colocar la lengua en la posición de reposo, es decir descansándola en el paladar o cielo de la boca y sin tocar los dientes, ubicar los dedos en el mentón de la siguiente forma: Dedos índices arriba del mentón y los pulgares abajo, abrir la boca de manera que la apertura debe ser del ancho de dos dedos aproximadamente, se debe aplicar una ligera resistencia mientras se abre y cierra la boca, luego se aplica la misma resistencia pero esta vez con ligeros movimientos de la mandíbula de un lado hacia el otro, se realizan 6 repeticiones, 6 veces al día.

Se puede realizar ejercicios con el uso de hiperbóides, varillas de madera y otros implementos para reeducar a los músculos y crear un balance.

Todos estos ejercicios mandibulares son muy importantes para ayudar en el proceso de alivio y de prevención de las molestias en una dislocación mandibular, sin embargo los resultados se sienten en cuanto se realizan como un buen hábito diario, para lo cual se recomienda comenzar poco a poco realizando un solo ejercicio y cuando el paciente lo haya dominado se puede incluir otro y así de manera sucesiva.

Puede tomar un momento del día para realizar un ejercicio diferente y para no cansar al paciente con estos ejercicios, ni que sienta que toma mucho tiempo dedicar a hacerlos.^{3,5}

D. TRATAMIENTO CON DISPOSITIVOS INTRAORALES

Corresponde al área de la odontología interceptar y

prevenir las patologías vinculadas a la ATM o en el caso de estar ya instaladas las alteraciones, realizar el tratamiento de la oclusión para corregir la relación del sistema cráneo-cérvico-mandibular, apaciguando los músculos con dispositivos intraorales por ejemplo. Si al mismo tiempo acomodamos el cráneo con terapia física, la mandíbula automáticamente va a encajar en la fosa mandibular, permitiendo la correcta funcionalidad del sistema estomatognático.

Pedro Planas, 1987 se basa en recuperar la función masticatoria, igualando los AFMP, única forma para conseguir un desarrollo normal y un equilibrio oclusal. Es indispensable estabilizar una relación causa efecto entre el tipo de masticación y los movimientos oclusales consecuentes, para evitar que se instale una alteración masticatoria y se afirme dejando consecuencias; es por eso que es fundamental que los AFMP permitan una simetría de contracción muscular acorde a la edad.

La técnica debe ser idealizada y ajustada al usuario, se tiene que considerar los mecanismos sensoriales para corregir los ciclos masticatorios, de manera que la masticación funcione a su vez como mecanismo de contención e impida recidivas, por lo que se debe tomar en cuenta: La propiocepción de la ATM y de los músculos de lateralidad y propulsión, la propiocepción periodontal según la posibilidad de relación entre los arcos y la guía incisiva funcional.

Es importante abordar los casos desde la interdisciplina antes, durante y después de la aplicación de una terapéutica específica. El trabajo inicial con fonaudiólogo y fisioterapeuta permite preparar la musculatura, el otorrinolaringólogo, el psicólogo y las terapias alternativas también participan en la prevención, rehabilitación y mantenimiento de la salud del sistema estomatognático.^{1,16,17,18}

CONSEJOS PARA EL PACIENTE

- (Michael N., 2019) Es posible que se necesite un vendaje Barton durante 2 o 3 días. Lo más importante, el paciente debe evitar abrir la boca durante al menos 6 semanas. Al anticipar un bostezo, el paciente debe colocar un puño debajo de la barbilla para evitar una gran apertura. La comida debe cortarse en trozos pequeños.¹¹

- Evitar comer alimentos muy duros o que requieran una masticación prolongada.
- Al sentir dolor después de haber tenido una dislocación se debe aplicar inmediatamente compresas frías.
- No realizar movimientos extremos de la mandíbula (como bostezos amplios, cantar fuertemente)
- Manejar técnicas de relajamiento y reducción del estrés ya que la tensión forma parte de un componente psicológico desencadenante de problemas en la mandíbula.
- Practicar masajes suaves a nivel de los músculos masticatorios.
- Practicar ejercicios de fisioterapia para músculos y tendones.
- Evitar masticar chicle unilateralmente.
- Evitar actividad física que tenga mucha carga sobre las articulaciones.¹⁹

CONCLUSIONES.-

Una de las alteraciones incapacitantes de la articulación temporomandibular es la dislocación mandibular, que puede darse frecuentemente en las personas hiperlaxas, por esta razón su tratamiento debe orientarse a la rehabilitación integral de la persona afectada, poniendo énfasis en sus ligamentos y músculos.

Los pacientes hiperlaxos deben ser identificados a tiempo para ser capaces de prevenir una posible dislocación.

Es importante que el tratamiento de las alteraciones de la articulación temporomandibular sea interdisciplinario e incluya principalmente al odontólogo especialista en DTM, fisioterapeuta, kinesiólogo, otorrinolaringólogo, fonoaudiólogo, psicólogo y terapias alternativas: biodescodificación, terapia neural, acupuntura entre otras para brindar un enfoque integral a la recuperación funcional de la persona afectada.

En el paciente post dislocado de mandíbula, el trata-

miento fisioterapéutico cumple un papel importante en su rehabilitación, al enfocar la intervención hacia la funcionalidad, buscando no sólo la mejoría, mantenimiento o potenciación de las cualidades físicas necesarias para el movimiento, sino a su vez aportando a la independencia de la persona, optimizando su calidad de vida.

Las personas más propensas a padecer dislocaciones mandibulares son aquellas que tienen hipermovilidad de varias articulaciones del cuerpo, los individuos sometidos a estrés físico, mala oclusión, ansiedad y malos hábitos orales.

El odontólogo debe ser capaz de determinar la etiología, el diagnóstico y el procedimiento adecuado para actuar en caso de presentarse esta urgencia.

Es primordial partir de la literatura sobre la hiperlaxitud de los ligamentos y la dislocación mandibular, para solucionar esta urgencia odontológica con tratamientos poco invasivos, pero sin olvidar que una clínica integral no sólo realiza la curación sino que también se ocupa de la prevención y esto será posible a través de un adecuado diagnóstico.

RECOMENDACIONES.-

Contar con el conocimiento esencial de lo que es una dislocación mandibular para proceder de manera pronta y oportuna, relacionando los signos y síntomas que pueden presentar los pacientes candidatos a una dislocación mandibular.

Incluir, en el registro de la ficha clínica del paciente, el ítem de individuos con hiperlaxitud de las articulaciones del cuerpo, para no dejar pasar por alto este dato importante y así tener las precauciones durante la atención dental, o bien, realizar la derivación al profesional que está en relación directa con trastornos articulares, para llevar a cabo una atención interdisciplinaria de nuestro paciente.

BIBLIOGRAFIA.-

-  ¹Orii TC, Missaka R, Contin I. Placas oclusales e miorrelaxantes. USP. São Paulo Brasil: Artes Médicas; 2002. ISBN:85- 7404- 057- 6

 ² Okeson, J.P. Tratamiento da desordens temporomandibulares e oclusão. 4º ed. São Paulo Brasil: Artes Médicas; 2000.

 ³ Entrevista al Dr. Mariano Rocabado. Rev Tamé Universidad Autónoma de Nayarit. Julio 2014; Núm.7 (3): Pág. 240- 242. ISSN 2007- 462X

 ⁴ Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP). Dor orofacial – guía de avaliação, diagnóstico e tratamento. Trad. Por Kátia Dmytrzenko Franco. São Paulo: Quintessence, 1998. 287 p.

 ⁵ <https://www.mejoratumordida.com/ejercicios-para-la-mandibula-4-ejercicios-atm>.

 ⁶ Luxación temporomandibular. Rev. De Investigación Médica Sur. Mex, Dic. 2012; 19 (4): Pág.253- 256

 ⁷ Tratamiento quirúrgico de la luxación recidivante de mandíbula: a propósito de seis casos. diposit .ub.edu Avances en Odontoestomatología. Universidad de Barcelona. 1986: Pág 33- 34

 ⁸ Bercher y Friez E.M.C. Stomatol. 22088 A. 10 París 1977

 ⁹ Manuale Merck di diagnosi e terapia. Copyright 2006 Merck Sharp & Dohme Italia SpA, Via Fabbroni 6, 00191, Roma, Italia.

 ¹⁰ Chen YC, Chen CT, Lin CH, Chen YR. A safe and effective way for reduction of temporomandibular joint dislocation. Annals of Plastic Surgery. Enero 2007;58(1):105-8. PubMed PMID: 17197953.

 ¹¹ Michael N. Wajdowicz. Mandibular dislocation. Merck manual. USA. Junio 2019.

 ¹² www.maxillaris.com López JJ, Nucera A, Giménez PMJ. Terapia de la luxación mandibular: Revisión de la literatura y presentación de un caso clínico. Rev. Maxillaris ciencia y práctica. Madrid. Sept 2008 (2): Pág. 162- 168

 ¹³ Toller PA. Temporomandibular capsular rearrangement. Br J Oral Surg 1974;11:207-12.

 ¹⁴ Nakazone S. Abordaje de la problemática articular. São Paulo Brasil: Cursos virtual; 2020

 ¹⁵ Coutinho L, Nakazone S. Actuación profesional en la prevención de oclusopatías. São Paulo Brasil: Cursos virtual; 2020

 ¹⁶ Álvarez B. Monografía Especialidad en Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilo: Filosofía de Pedro Planas aplicada al diagnóstico y tratamiento en ortopedia dento maxilo facial. Rev. IUCED-DU N°5 ISSN: 2393- 6258. Montevideo Uruguay; 2015

 ¹⁷ Planas P. Reabilitação neuroclusal. São Paulo Brasil: Salvat; 1987

 ¹⁸ Simões W. Visão do crescimento mandibular e maxilar. São Paulo Brasil: Ortodoncia y ortopedia; 1998

 ¹⁹ Encinas C. Dislocación mandibular. Tarija Bolivia: Monografía Facultad de Odontología U.A.J.M.S. 2019