

## Luxación de la articulación temporomandibular: a propósito de un caso y su diagnóstico diferencial

Diego Fernando Alarcón-Ariza\*  
Laura Cristina Zambrano-Jerez\*\*  
Cristian David Sosa-Vesga\*\*  
Laura Marcela Pardo-Parra\*\*\*

\*Médico y cirujano. Residente de IV año. Posgrado de cirugía plástica estética y reconstructiva. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia.

\*\*Médico y cirujano. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia.

\*\*\*Estudiante X nivel de medicina. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia.

**Correspondencia:** Dr. Diego Fernando Alarcón Ariza. Dirección: Calle 74 # 55-165 Rincón del Lago. Lagos del Cacique. Bucaramanga, Santander. Colombia. Código postal: 680003. Correo electrónico: diegoalarconmd@gmail.com

### Resumen

La luxación temporomandibular es infrecuente, pero genera gran repercusión en el esqueleto facial. En ocasiones el cuadro clínico inicial es inespecífico y puede confundirse con otras patologías si no se tiene un adecuado conocimiento del tema, o se realiza una anamnesis incorrecta. Este artículo presenta el caso de una paciente que consultó al servicio de urgencias por disartria y desviación de la comisura labial hacia la izquierda, asociado a dolor severo y parestesia en hemicara derecha. No obstante, al ingreso la paciente refirió síntomas ambiguos, que para el médico evaluador sugirieron una causa neurológica. Durante la observación se solicitó valoración por servicio de cirugía plástica, se logró orientación de la anamnesis y examen físico, obteniendo una impresión diagnóstica de luxación de articulación temporomandibular derecha, confirmada por imagenología, y por ende un tratamiento oportuno con reducción e inmovilización en el servicio de urgencias. **MÉD.UIS.2019;32(3):49-54**

**Palabras clave:** Luxación articular. Articulación temporomandibular. Trastornos de la Articulación Temporomandibular. Técnica de Nelaton.

### Luxation of the temporomandibular joint: about a case report and its differential diagnosis

#### Abstract

The temporomandibular joint dislocation is uncommon, but it causes a great repercussion on the facial skeleton. Occasionally, the initial symptoms can be unspecific and confuse with other pathologies if there are not an adequate knowledge of the topic and the anamnesis is incorrect. This article presents a clinical case of a patient with dysarthria and left deviation of the labial commissure, associated with severe pain and paresthesia in the right side of the face. Nevertheless, the patient initially referred ambiguous symptoms, suggesting a neurological cause. During observation in the emergency room, plastic surgery service valorated the patient, with subsequent orientation of the anamnesis and physical examination, achieving a satisfactory management of the acute dislocation. **MÉD.UIS.2019;32(3):49-54**

**Keywords:** Articular dislocation. Temporomandibular joint. Temporomandibular Joint Disorders. Nelaton technique.

---

**¿Cómo citar este artículo?:** Alarcón-Ariza DF, Zambrano-Jerez LC, Sosa-Vesga CD, Pardo-Parra LM. Luxación de la articulación temporomandibular: a propósito de un caso y su diagnóstico diferencial. **MÉD.UIS.2019;32(3):49-54. doi: 10.18273/revmed.v32n3-2019006**

---

## Introducción

La Articulación Temporomandibular (ATM), es una articulación bicondílea, formada por dos superficies óseas convexas, correspondientes al hueso temporal y mandibular. Se encuentra rodeada por la cápsula articular que protege la articulación de lesiones externas. El menisco articular, que separa las estructuras mencionadas, representa un medio de adaptación dinámica entre las dos superficies articulares óseas, facilitando el desarrollo de los diversos movimientos mandibulares de la ATM, como apertura, cierre, propulsión, retropulsión, lateralidad centrífuga, lateralidad centripeta, retrusión y protrusión<sup>1,2</sup>.

La Luxación Temporomandibular (LTM) es el desplazamiento del cóndilo mandibular de su cavidad articular en el hueso temporal, generalmente hacia el plano anterior. Esta patología es infrecuente, pero causa una gran repercusión en el esqueleto facial y en la funcionalidad del aparato masticatorio<sup>1,2</sup>.

Los estudios epidemiológicos muestran que cerca del 75% de la población general ha tenido al menos un signo y el 33% un síntoma de disfunción de la articulación temporomandibular. La luxación de la ATM corresponde aproximadamente a un 3% de todas las luxaciones documentadas. En Alemania, la incidencia estimada es de al menos 25 pacientes por 100.000 habitantes cada año<sup>3,4</sup>. En Colombia no hay estudios epidemiológicos que describan la incidencia y/o prevalencia de esta patología.

Es importante clasificar correctamente esta patología con el fin de establecer el óptimo abordaje terapéutico basado en su posible etiología. Una de las clasificaciones más importante es la descrita por Rowe y Killey<sup>5</sup>, que tiene en cuenta el tiempo de evolución y la presencia o no de recurrencias: las agudas tienen una evolución corta, generalmente minutos u horas; las crónicas se extienden durante días, semanas o incluso meses<sup>6</sup>. La subluxación es un desplazamiento del cóndilo que generalmente se reduce por sí mismo y que no suele requerir tratamiento médico. La LTM representa una situación más grave y ocurre cuando el cóndilo mandibular se traslada anteriormente por delante de la eminencia articular y se bloquea, aunque puede ocurrir medial, lateral, posterior o intracraneal (esta característica permite clasificarla según su localización)<sup>7,8-11</sup>.

La etiología es variada, las LTM agudas se relacionan con situaciones donde el individuo realiza una apertura mandibular prolongada como procedimientos dentales, vomitar, bostezar y cantar; también se han reportado durante una convulsión o trauma facial. Aquellas que son recurrentes, generalmente se relacionan con enfermedades musculares o del tejido conectivo. Las LTM crónicas incluyen principalmente el evento agudo que transcurre sin tratamiento médico y no tiene carácter autolimitado<sup>7</sup>.

El manejo de la LTM depende de su causa primaria. La mayor parte de estas luxaciones son reducidas y manejadas en el servicio de urgencias con seguimiento ambulatorio satisfactorio y con un adecuado pronóstico<sup>1,2,12,13</sup>. En los casos agudos bilaterales la técnica más utilizada es la técnica de Nelaton, que consiste en la aplicación de presión hacia abajo en la porción posterior de la mandíbula y hacia arriba en el mentón, acompañada de un desplazamiento posterior. Para los casos unilaterales se utiliza la técnica de Dupuis, similar a la anterior, pero unilateralmente.

En pacientes ansiosos, debe considerarse la sedación. En ocasiones (especialmente cuando hay retraso en la realización de la reducción) los espasmos musculares no permiten realizar una reducción simple, siendo necesario la aplicación de anestesia en el nervio auriculotemporal y sobre los músculos masticatorios, incluso en espasmos severos se requiere uso de anestesia general<sup>14,15</sup>.

Gutiérrez M<sup>16</sup> describe la realización de una técnica menos traumática llamada “de compresión-rotación”, que consiste en la compresión bilateral de la región temporomandibular y simultáneamente elevar en sentido craneal el cuerpo mandibular con los dedos con un movimiento rotatorio hacia arriba. Adicional a la presentación del caso, el objetivo del presente artículo es realizar una revisión de las diferentes características clínicas y semiológicas de esta patología, con el fin de aportar información clara y directa que permita al personal de salud realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado.

## Caso clínico

Paciente femenina de 28 años, sin antecedentes de importancia, que consulta al servicio de urgencias por cuadro clínico de inicio súbito que comienza

mientras se encontraba realizando actividades de limpieza en su casa, caracterizado por dolor severo, tipo punzante, sin irradiación, sin factor cesante ni precipitante, asociado a parestesia en hemicara y hemicuerpo derecho, disartria y desviación de la comisura labial hacia la izquierda, de aproximadamente cinco horas de evolución previo a la consulta. Al ingreso, se encuentra alerta, orientada, con signos vitales normales, sin otros hallazgos de importancia al examen físico. En el servicio de urgencias, consideran como primera conducta, descartar etiología neurológica; se solicita TAC de cráneo simple, hemograma, proteína C reactiva, electrolitos, función renal y valoración por medicina interna. La neuroimagen y los exámenes se encontraron dentro de límites normales. Dadas las características semiológicas del dolor, el servicio de Medicina interna considera una posible neuritis del trigémino y solicita valoración por neurología. Posterior a 24 horas de estancia en el servicio de urgencias la paciente presenta mejoría de las parestesias en extremidades e intensificación de dolor en hemicara derecha, por lo cual se sospecha una causa mecánica y se solicita radiografía de mandíbula y valoración por cirugía plástica. Al reevaluar a la paciente, se evidencia dolor preauricular derecho, mordida cruzada anterior con desviación mandibular izquierda (Ver Figura 1), trismus y disartria mecánica, sin signos de focalización neurológica. Se le realiza TAC facial (Ver Figura 2), que evidencia una luxación de la articulación temporomandibular (ATM) derecha, clasificada como aguda no recurrente.

por 2 semanas (Ver Figura 1) y manejo analgésico ambulatorio leve con antiinflamatorios no esteroideos por horario durante ciclo corto según necesidad. Se dio indicación de evitar apertura bucal extrema por 3 semanas, sujetarse mandíbula al bostezar, aplicar compresas calientes sobre la ATM por 1 día, dieta blanda durante 1 semana. Se realizó control en 1 mes con adecuada evolución clínica.



Figura 1. Hallazgos clínicos pre y post-reducción cerrada con vendaje tipo Barton. Fuente: Los autores.

Por esta razón, se procede a realizar reducción cerrada, bajo sedación con técnica de Nelaton sin complicaciones. Se indica vendaje tipo Barton

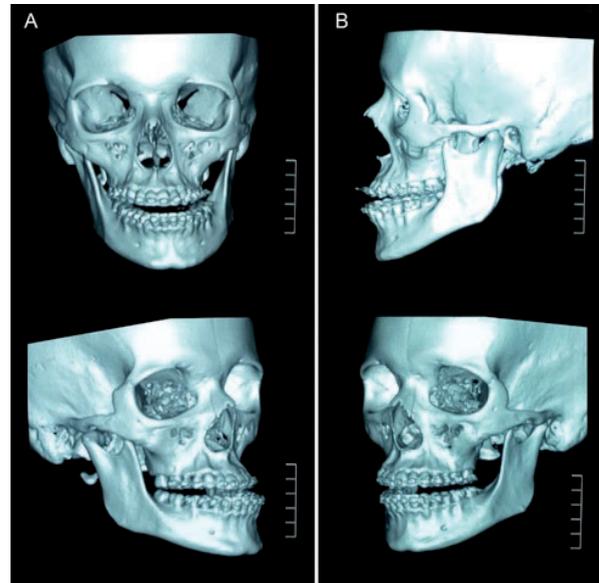


Figura 2. Tomografía computarizada de cara con reconstrucción 3D. Fuente: Los autores.

### Discusión

La evaluación del paciente con dolor y disfunción temporomandibular es similar a la de otros esquemas diagnósticos. Esta debe comprender una historia clínica completa, exploración física del sistema masticatorio e imágenes diagnósticas de la ATM. En este artículo se describe la presentación de un caso clínico de LTM con características semiológicas de difícil abordaje, por lo cual es importante tener en cuenta las características propias de esta patología que orienten a un adecuado diagnóstico y aplicación de un oportuno tratamiento.

La anamnesis es fundamental en la evaluación; comienza con el síntoma principal, motivo por el cual el paciente acude a la consulta y debe incluir una descripción exacta de la sintomatología y sus características como: localización, calidad e intensidad, cantidad, momento de la aparición, entorno en el que se producen los síntomas, factores que los alivian y los exacerban, y manifestaciones asociadas<sup>17</sup>.

El examen físico requiere de una evaluación completa del sistema masticatorio. Han de examinarse la ATM en busca de hipersensibilidad y ruido, asimismo determinar si hay un grado normal de los movimientos mandibulares. También es importante la evaluación dental, para determinar posibles fuentes odontogénicas del dolor y examinar los dientes en busca de facetas de desgaste, dolor y movilidad, que pueden indicar la presencia de bruxismo<sup>17</sup>.

La clínica es una herramienta fundamental para realizar un correcto enfoque del paciente con LTM en el servicio de urgencias. Sin embargo, no es infrecuente que la gran variabilidad de signos y síntomas que pueda presentar un paciente puedan confundir al clínico y hacerlo orientar el diagnóstico hacia otras etiologías, como en este caso, de origen neurológico. Es necesario tener en cuenta que la LTM puede tener sintomatología similar a la que se presenta en diversas patologías neurológicas agudas que pueden cursar con focalización, como el caso del Accidente Cerebro Vascular (ACV), que también puede presentarse con disartria, desviación de comisura labial, parestesias en hemicara, entre otros. Es por lo anterior que, siempre que exista sospecha de patología neurológica, se debe descartar mediante exámenes imagenológicos complementarios y así no ignorar una condición clínica que puede ser

potencialmente letal a corto plazo. En nuestra paciente el primer diagnóstico a descartar fue la patología neurológica aguda por lo que se realizó tomografía cerebral, descartando presencia de lesiones isquémicas y hemorrágicas.

Se ha descrito en la literatura la relación entre condiciones sistémicas, que pueden predisponer a LTM de forma recurrente. En general las enfermedades del tejido conectivo entre ellas síndrome de marfan y Ehler-Danlos, enfermedades neurológicas, disquinesia muscular y patologías psiquiátricas<sup>7,18-20</sup>.

El tratamiento de la LTM depende en general del tiempo de evolución y la presencia o no de recurrencias, según se describió previamente en la clasificación de Rowe y Killey (Ver Figura 3). El caso de nuestra paciente fue clasificado como un episodio agudo aislado. En los casos agudos sin recurrencia generalmente la reducción cerrada es suficiente y no es necesario la realización de procedimientos adicionales. Esta debe realizarse lo más pronto posible, pues a medida que pasa el tiempo aumenta el dolor por intensificación de los espasmos musculares<sup>21</sup>. En ocasiones cuando se retrasa el manejo el proceso puede cronificarse o llevar a la presencia de recurrencias.

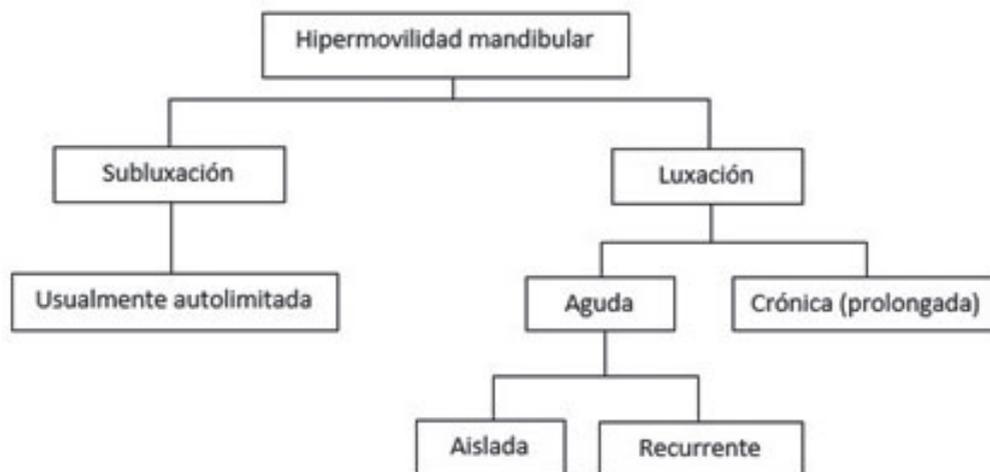


Figura 3. Clasificación de la luxación temporomandibular.  
Fuente: Liddell A. *et al.*<sup>7</sup>

En los casos crónicos o recurrentes se han descrito en la literatura diferentes opciones de manejo. Unos son mínimamente invasivos, como la inyección autóloga de sangre, toxina botulínica, miotomía del pterigoideo lateral y artroscopia<sup>22,23</sup>. Otros son los abordajes abiertos o invasivos, que incluyen

principalmente la eminectomía, la técnica de Dautrey y sus modificaciones y la técnica de Wolford, entre otras<sup>7,24,25</sup>. En general, la decisión del tipo de abordaje o tratamiento para la LTM debe basarse en las características clínicas del paciente, los hallazgos imagenológicos y la preferencia del cirujano tratante.

Septiembre - Diciembre

Es importante que posterior a la reducción, se realice un adecuado seguimiento de los pacientes con el fin de evaluar factores que puedan influir en su adecuada evolución clínica o que pueda predisponer la aparición de recurrencias. En general, es posible realizar una aproximación inicial a dicho riesgo teniendo en cuenta la etiología de la LTM. Por ejemplo, es frecuente que los pacientes con patologías del tejido conectivo o neuromusculares tengan mayor probabilidad de presentar recurrencias a lo largo de su vida<sup>7</sup>. Además, en pacientes cuyo episodio de LTM se presentó por apertura bucal aumentada o prolongada, se debe recomendar tener especial cuidado durante los procedimientos odontológicos, al bostezar, cantar, y en situaciones en las que pueda presentar trauma facial, entre otras<sup>7</sup>. También, pacientes que cursan con factores oclusales que puedan predisponer a trastornos temporomandibulares, deben ser remitidos para valoración por especialista para diagnóstico, corrección y rehabilitación de los mismos<sup>26</sup>. Otros factores como la calidad del sueño, patologías neuro-psiquiátricas, estrés, ansiedad, y malos hábitos posturales, necesitan ser evaluados y, de presentarse remitidos a su respectiva especialidad con el fin de realizar un manejo multidisciplinario integral.

### Conclusiones

La LTM puede convertirse en un reto diagnóstico debido a la similitud de su sintomatología con algunas condiciones clínicas neurológicas, tal como se presenta en este caso clínico, esto debido al amplio espectro clínico con el que puede cursar esta patología. Es importante en el servicio de urgencias registrar adecuadamente las características semiológicas de los signos y síntomas, con el fin de orientar adecuadamente el diagnóstico. En la mayoría de los casos, el tratamiento se basa en la reducción cerrada, sin llegar a requerir procedimientos quirúrgicos adicionales. En general, es una entidad con buen pronóstico si se realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y adecuado. Es necesario realizar un correcto abordaje de sus posibles etiologías y realizar la respectiva valoración y remisión a su respectiva especialidad de ser necesario, con el fin de garantizar un manejo integral de esta patología.

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Se realizó un manejo adecuado de la información conforme a la declaración de Helsinki y de derechos humanos. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

### Referencias bibliográficas

1. Sharma NK, Singh AK, Pandey A, Verma V, Singh S. Temporomandibular joint dislocation. *Natl J Maxillofac Surg*. 2015;6(1):16-20.
2. Rattan V, Rai S, Sethi A. Midline mandibulotomy for reduction of long-standing temporomandibular joint dislocation. *Cranio-maxillofac Trauma Reconstr*. 2013;6(2):127-32.
3. Liu F, Steinkeler A. Epidemiology, diagnosis, and treatment of temporomandibular disorders. *Dent Clin North Am*. 2013;57(3):465-79.
4. Prechel U, Ottl P, Ahlers OM, Neff A. The Treatment of Temporomandibular Joint Dislocation A Systematic Review. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(5):59-64.
5. Rowe NL, Killey HC. *Fractures of the facial skeleton*. 2nd ed. Baltimore: Churchill Livingstone; 1969.
6. Esper RC, Ramirez FJ, Salazar MT, Sanchez JR, Morones O. Luxación temporomandibular. *Rev Invest Med Sur Mex [Internet]*. 2010;17(2):68-70. Disponible en: <http://medicasur.com/pdf-revista/RMS124-IM01-PROTEGIDO.pdf>
7. Liddell A, Perez D. Temporomandibular Joint dislocation. *Oral Maxillofacial Surg Clin North Am [Internet]*. 2015;27(1):125-36. Disponible en: [https://www.oralmaxsurgery.theclinics.com/article/S1042-3699\(14\)00098-3/abstract](https://www.oralmaxsurgery.theclinics.com/article/S1042-3699(14)00098-3/abstract)
8. Rattan V. Superolateral dislocation of the mandibular condyle: Report of 2 cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg [Internet]*. 2002;60(11):1366-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12420276>
9. Akers JO, Narang R, DeChamplain R. Posterior dislocation of the mandibular condyle into the external Ear Canal. *J Oral Maxillofac Surg [Internet]*. 1982;40(6):369-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6951977>
10. Li Z, Li ZB, Shang ZJ, Wu ZX. An unusual type of superolateral dislocation of mandibular condyle: discussion of the causative mechanisms and clinical characteristics. *J Oral Maxillofac Surg [Internet]*. 2009;67(2):431-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19138624>
11. Imai T, Machizawa M, Kobayashi M. Anterior dislocation of the intact mandibular condyle caused by fracture of the articular eminence: an unusual fracture of the temporomandibular joint apparatus. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011;69(4):1046-51.
12. Kahveci R, Simsek ME, Akin S, Özbek S, Özgenel GY, Gökmen ZG. Treatment of recurrent temporomandibular joint dislocation. *J Maxillofac Oral Surg*. 2013;12(4):379-81.
13. Kotimäki J, Saarinen A. Treatment of recurrent dislocation of the temporomandibular joint with botulinum toxin: an alternative approach. *Duodecim*. 2011;127(19):2088-91.
14. Daval M, Charrier JB. Cirugía de los traumatismos faciales. *EMC Cir otorrinolaringol Cervicofac*. 2012;13(1):1-28.
15. Rotter BE. Temporomandibular joint disorders. En: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Robbins KT, Thomas JR, et al. *Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015. p.1345-52.
16. Gutierrez M. Reducción no traumática de la luxación de la articulación temporo-mandibular. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2004;64:265-6
17. Taub D, Jacobs JS, Bessette RW. Treatment of disorders of the temporomandibular joint. En: Chung KC, Disa JJ, Gosain AK, Kinney BM, Rubin JP, Guyuron B, editors. *Plastic Surgery*,

- Indications and Practice. 1st ed. Philadelphia:Elsevier; 2009. p. 591-603.
18. Loh HS. Idiopathic oromandibular dystonia causing failure of mouth closure. *Br Dent J.* 1983;154(9):291-2.
  19. Patton DW. Recurrent subluxation of the temporomandibular joint in psychiatric illness. *Br Dent J.* 1982;153(4):141-4.
  20. Thexton A. A case of Ehler-Danlos syndrome presenting with recurrent dislocation of the temporomandibular joint. *Br J Oral Surg.* 1965;3 (1):190-3.
  21. RS, Gausche-Hill M, Bakes K, Kaji Ah, Baren JM, et al. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.* 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018.
  22. Ybema A, De Bont LG, Spijkervet FK. Arthroscopic cauterization of retrodiscal tissue as a successful minimal invasive therapy in habitual temporomandibular joint luxation. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013;42(3):376-9.
  23. Bayoumi AM, Al-Sebaei MO, Mohamed KM, Al-Yamani AO, Makrami AM. Arthrocentesis followed by intra-articular autologous blood injection for the treatment of recurrent temporomandibular joint dislocation. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2014;43(10):1224-8.
  24. Martins WD, Ribas Mde O, Bisinelli J, França BH, Martins G. Recurrent dislocation of the temporomandibular joint: a literature review and two case reports treated with eminectomy. *Cranio.* 2014; 32(2): 110-7.
  25. Bouguila J, Khochtali H. Treatment of recurrent temporomandibular dislocation by displacement of the zygomatic arch: a modification of Gosserez and Dautrey's technique. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* 2014; 115(6): 374-6.
  26. Salcedo FA. Rehabilitación oral en paciente con trastorno temporomandibular relacionado a factores oclusales. *Odontol. Sanmarquina.* 2013; 16(2): 38-41.