

Evidencia científica sobre el diagnóstico y tratamiento de los trastornos temporomandibulares

González Pérez LM*, Infante Cossío P** y Granados Núñez M***

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los trastornos temporomandibulares (TTM) son un grupo de condiciones dolorosas que afectan a la articulación temporomandibular (ATM) e involucran a los músculos de la masticación, la oclusión dentaria y las estructuras articulares. Su tratamiento tiene como objetivo aliviar el dolor, mejorar la función y la calidad de vida. Se comienza generalmente con actuaciones reversibles y conservadoras, dejando la actuación quirúrgica sobre la ATM como última opción.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con TTM, basada en una metodología de búsqueda estructurada en bases de datos, lectura crítica de la literatura encontrada y síntesis de los resultados. La revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante estrategias específicas de búsqueda de artículos en Medline y de Guías de Práctica Clínica hasta julio de 2012. La metodología utilizada fue la aconsejada por el National Institute for Clinical Excellence (NICE).

RESULTADOS: Tras la lectura a texto completo de los estudios identificados, se seleccionaron 66 estudios en los que se valoró la calidad de la evidencia que aportaban.

CONCLUSIONES: La variedad de tratamientos que pueden ser recomendados para los TTM incluyen: antidepresivos tricíclicos (sólo en adultos); gabapentina (en adultos con dolor miofascial); fisioterapia (en trastornos músculo-esqueléticos de cabeza y cuello); terapia cognitivo-conductual (en atención hospitalaria); acupuntura y punción seca; ajuste oclusal; remisión a un especialista en dolor; y cirugía (en el desplazamiento discal o artrosis de ATM, aunque solo se recomiendan cuando no se obtenga respuesta al tratamiento no quirúrgico).

PALABRAS CLAVE: Trastornos temporomandibulares, disfunción de la articulación temporomandibular, dolor temporomandibular.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Temporomandibular disorder (TMD) is a collective term used to describe a number of related disorders affecting the temporomandibular joint (TMJ), masticatory muscles, and associated structures, all of which have common symptoms such as pain and limited mouth opening. Different therapeutic approaches should be used to relieve pain and improve function and quality of life. Usually the treatment begins with conservative non-invasive methods, leaving the surgical treatment on the TMJ as a last option.

MATERIAL AND METHODS: It was carried out a systematic review of the scientific literature on diagnosis and treatment of patients with TMD, based on a methodology of search in structured databases, critical reading of found literature and synthesis of results. The literature review was carried out through specific strategies in search of articles in Medline and Guidelines for Clinical Practice until July 2012. The methodology used was recommended by the National Institute for Clinical Excellence (NICE).

RESULTS: After reading full text of identified studies, 66 studies with convincing evidence were selected.

CONCLUSIONS: The variety of treatments that can be recommended for TMD include: tricyclic antidepressant (only in adults); gabapentin (in adults with myofascial pain); physiotherapy (for musculoskeletal disorders of the head and neck); cognitive behavioural therapy (in hospital care); acupuncture and dry deep needling; occlusal equilibrations; referral to a pain specialist for a pain management program; and various surgical procedures (for disc displacement or TMJ osteoarthritis, although it is only recommended when patient has not responded to non-surgical treatment).

KEY WORDS: Temporomandibular disorders, temporomandibular joint dysfunction, temporomandibular pain.

INTRODUCCIÓN

La afectación de la articulación temporomandibular (ATM) es de carácter multifactorial y multietiológico, y engloba un conjunto de procesos bajo el término de trastornos temporomandibulares (TTM). Los TTM son un grupo de condiciones dolorosas que afectan a la ATM e involucran a los músculos de la masticación, la oclusión dentaria y las estructuras articulares. Pueden dividirse en TTM intrínsecos (patología en la ATM) o extrínsecos (alteraciones en el sistema neuromuscular). Clínicamente se caracterizan por dolor, ruidos articulares y limitación de la apertura oral. Su tratamiento tiene

*Cirujano Oral y Maxilofacial y Estomatólogo. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

**Cirujano Oral y Maxilofacial y Estomatólogo. Profesor Titular Vinculado. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Universidad de Sevilla.

***Odontóloga y Máster en Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.

Correspondencia autor:

Luis Miguel González Pérez. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Avenida Manuel Siurot s/n. 41013-Sevilla

Correo electrónico: lumigon@telefonica.net

como objetivo aliviar el dolor y mejorar la función y, por tanto, la calidad de vida. El tratamiento de los TTM comienza generalmente con actuaciones reversibles y conservadoras, dejando la actuación quirúrgica sobre la ATM como última opción.

La patología de la ATM es prevalente en la práctica clínica, ya que puede llegar a afectar al 20-40% de la población general. Algunos estudios afirman que hasta el 75% de las personas puede presentar, en algún momento de la vida, algún signo derivado de disfunción temporomandibular (dolor, chasquidos, etc.). Aproximadamente un 15% de la población tiene desplazamiento anterior del disco articular de la ATM. Los signos aparecen por igual en ambos sexos; sin embargo, las mujeres tienen síntomas con una frecuencia 3 veces mayor, y una demanda de tratamiento que es 9 veces mayor, sobre todo entre la 2ª y la 4ª décadas de la vida.¹⁻⁸

El presente artículo ha sido diseñado para determinar la evidencia científica que existe en la literatura sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con TTM de acuerdo con niveles de evidencia y de recomendaciones estandarizados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura científica basada en una metodología de búsqueda estructurada sobre bases de datos de literatura científica, lectura crítica de la literatura encontrada y síntesis de los resultados. La revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante estrategias específicas de búsqueda de artículos en Medline hasta julio de 2012. En la estrategia de búsqueda se utilizaron los siguientes términos: "temporomandibular disorders", "temporomandibular joint dysfunction", "temporomandibular joint and pain and dysfunction". Las bases de datos utilizadas han sido: Medline, Cochrane Library, bases de datos de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y bases de datos específicas para Guías de Práctica Clínica como National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Health Service (NHS), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), GuíaSalud, Fisterra y National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Asimismo para localizar algún documento de consenso se han consultado protocolos de Sociedades Científicas.

La selección de los estudios se realizó atendiendo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión. Criterios de inclusión: (a) Población: pacientes diagnosticados de trastorno temporomandibular sin diferenciación. (b) Intervención: cualquier medida diagnóstico/terapéutica. (c) Comparación: diferencias en reducción de dolor y en mejoría funcional en movimientos mandibulares. (d) Resultados: tiempo libre de enfermedad o con mejoría

clínica. Criterios de exclusión: se excluyeron aquellos estudios referidos a casos clínicos individuales. Se excluyeron artículos que no estuvieran en inglés y español.

La metodología utilizada en el presente estudio es la aconsejada por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) para la elaboración de Guías de Práctica Clínica^{9,10} y las recomendaciones realizadas siguen la terminología GRADE.¹¹ Esta metodología y recomendaciones coinciden con las desarrolladas por el Programa de Guías de Práctica Clínica de nuestro Sistema Nacional de Salud.¹² Tras revisar los estudios identificados, se seleccionaron aquellos que podían responder a las cuestiones planteadas en los que se valoró la calidad de la evidencia que aportaban. Para evaluar la calidad de los estudios se empleó el sistema NICE utilizando criterios específicos para cada clase de estudio (metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohortes y estudios casos-contrroles).

RESULTADOS

La búsqueda de estudios relevantes y no duplicados proporcionó 1.935 referencias. Seguidamente, mediante la lectura de Título y Resumen se excluyeron 1.805 artículos, seleccionándose 130 estudios que podrían ser potencialmente relevantes en el tema de investigación y que se recuperaron a texto completo para una evaluación más detallada. De los 130 artículos incluidos para la lectura a texto completo, se excluyeron 64 que, tras su lectura, no se consideraron apropiados para el estudio, al no cumplir los criterios de inclusión. Finalmente, tras la lectura a texto completo, se incluyeron 66 estudios en la revisión bibliográfica.

DISCUSIÓN

A continuación se presenta una descripción de los principales hallazgos encontrados en la revisión bibliográfica, estableciendo en cada apartado una breve discusión sobre las bases de la evidencia científica y grados de recomendación.

Criterios diagnósticos de los TTM

El diagnóstico de un TTM debe plantearse si están presentes una o más de las siguientes características clínicas:

1. Dolor orofacial, generalmente unilateral, que empeora con el movimiento mandibular. El dolor típico se localiza inmediatamente por delante del trago de la oreja y se puede irradiar a oído, región temporal, mejillas o mandíbula.

2. Limitación del movimiento mandibular en todas las direcciones; sobre todo, está reducida la apertura bucal. Esta limitación puede causar dificultades para comer o hablar, y suele ser descrita como una sensación de tensión (dolor miofascial) o como una sensación de

que la mandíbula de repente "se atasca" o "se bloquea" (desplazamiento sin reducción del disco articular).

3. Ruidos articulares o chasquidos, durante la apertura y cierre mandibular. Los ruidos articulares son comunes en los trastornos de ATM. Sólo son clínicamente significativos si se asocian con dolor y limitación funcional, y se producen durante la apertura y cierre de la mandíbula (ruidos recíprocos). Los ruidos se detectan por palpación o auscultación sobre la ATM afecta.

4. Otras características de los TTM pueden ser: dolor de cabeza; dolor cervical; historia de rechinar de los dientes durante el sueño (bruxismo) o cuando el paciente está despierto (apretamiento); historia de estrés, insomnio o depresión; ruidos articulares en forma de crepitación; desviación hacia el lado afectado de la mandíbula en la apertura; sensibilidad a la palpación de la ATM (que se puede palpar por delante del trago o a través del conducto auditivo externo) y de los músculos circundantes.¹³⁻¹⁵

Como paso importante en el proceso diagnóstico debe excluirse siempre patología de mayor gravedad (diagnóstico diferencial de fracturas y procesos tumorales). Los estudios radiográficos y de laboratorio son necesarios para descartar otras causas de dolor orofacial, y si el diagnóstico no es claro, debe remitirse el paciente a un dentista con formación específica en los TTM o a un cirujano maxilofacial.

Bases para la recomendación: las recomendaciones se basan en criterios ampliamente aceptados para el diagnóstico de los tres tipos más frecuentes de TTM: dolor miofascial, desplazamiento del disco articular y osteoartritis degenerativa, en las directrices de diversas sociedades y academias científicas y en artículos de revisión.^{2,16-19} Además, la clasificación internacional de las cefaleas establece que los trastornos temporomandibulares pueden estar asociados con dolor de cabeza.²⁰⁻²¹ La ortopantomografía y las radiografías de ATM (tomografías simples) deben incluirse en el estudio de estos problemas en Atención Primaria, y deben considerarse como imprescindibles. Se recomiendan como necesarias para descartar diagnósticos alternativos. Cuando el diagnóstico plantea dudas se recomienda remitir al paciente a un cirujano maxilofacial o a un dentista especialista en los TTM, basándonos en conclusiones de diversas publicaciones y en lo que se considera una buena práctica clínica.²²⁻²⁴

Determinación del tipo de TTM

Los TTM más comunes (que pueden coexistir) son (Figura 1):

1. Dolor miofascial. Se trata de un dolor sordo en la mandíbula, las sienes, la cara, el área preauricular o dentro del oído. El dolor ocurre en reposo y se agrava por el movimiento de la mandíbula. Se puede irradiar hacia el

cuello y pueden existir antecedentes de estrés o dolor de cabeza. El dolor es generalmente unilateral (aunque no siempre), intermitente, y con frecuencia es más intenso por la mañana. Existe sensibilidad alrededor de la ATM; sobre todo, en los músculos pterigoideo lateral, masetero, temporal, esternocleidomastoideo y en la región submandibular. A menudo, hay una sensación de rigidez muscular y disminución de la apertura de la boca (aunque la boca se pueda abrir de forma pasiva).

2. Desplazamiento del disco articular con reducción. Se caracteriza por ruidos reproducibles (chasquidos) que se producen en la apertura y el cierre durante los movimientos de la mandíbula (por lo general, sin restricción significativa en el movimiento de la mandíbula). El dolor, cuando está presente, se precipita por el movimiento de las articulaciones. Puede haber desviación de la mandíbula durante la apertura de la boca, que coincide con un clic o chasquido.

3. Desplazamiento del disco articular sin reducción ("bloqueo cerrado"). Hay limitación persistente de la apertura bucal y de los movimientos mandibulares laterales con una historia de inicio súbito ("bloqueo"). Se observa con frecuencia una desviación hacia el lado afectado en la apertura de la boca. De forma característica, el dolor aparece si se intenta la apertura forzada de la boca, y con frecuencia hay sensibilidad a la palpación de la ATM. El inicio del bloqueo puede ir precedido por un período de chasquidos. Los estudios radiográficos revelan que no hay cambios sugestivos de artrosis.

4. Osteoartritis degenerativa (artrosis). El dolor se produce con el movimiento de la mandíbula y no hay puntos de sensibilidad de la ATM o músculos circundantes. Es posible que haya limitación en la amplitud del movimiento y desviación hacia el lado afectado, con ruidos de crepitación. Puede ocurrir en personas jóvenes (30-40 años) que no tienen artrosis generalizada. La inflamación está ausente. Si existen signos inflamatorios deben plantearse otras alternativas diagnósticas más graves. Se observan signos de osteoartritis (esclerosis, osteofitos, geodas subcondrales, quistes de Eli) en los estudios radiográficos.

Bases para la recomendación: Las características clínicas principales se basan en criterios de estudio ampliamente utilizados para el diagnóstico de los tres tipos principales de trastorno de la ATM (dolor miofascial, desplazamiento discal y artrosis), en las directrices de sociedades científicas de ámbito nacional e internacional y en artículos de revisión.^{2,16,18,19,25}

Datos clínicos que sugieren posible patología grave que causa dolor orofacial

1. Señales de alerta de dolor orofacial por patología grave. Pueden incluir: antecedentes de cáncer (puede sugerir metástasis); dolor de inicio brusco, severo o preci-

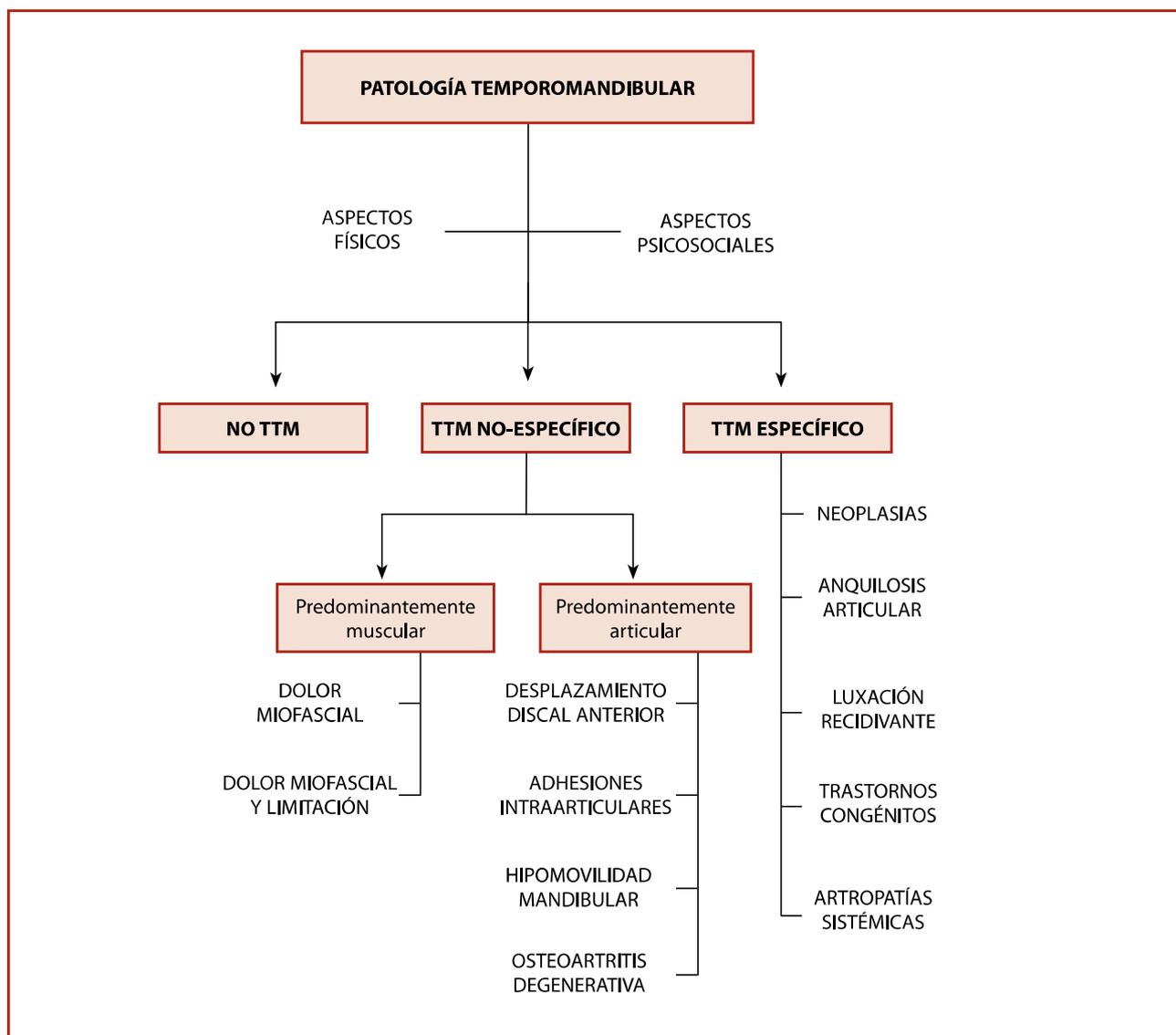


FIGURA 1
Diagrama diagnóstico de los TTM más comunes.

pitado por el esfuerzo, tos o estornudos, o que interrumpe el sueño (lo que sugiere patología intracraneal o isquemia cardiaca); pérdida de peso (puede ser indicio de cáncer); fiebre (puede sugerir artritis séptica, osteomielitis, absceso intracraneal, absceso dental o mastoiditis); síntomas o signos neurológicos (que sugieren un tumor o patología intracraneal de otro tipo); inflamación de la ATM, mandíbula o glándula parótida (que sugieren tumor, infección o artropatía inflamatoria); asimetría facial progresiva (puede indicar un tumor); dolor de cabeza unilateral o sensibilidad en el cuero cabelludo, claudicación mandibular o síntomas visuales (sugieren arteritis de células gigantes); síntomas nasales: pérdida persistente de olfato (anosmia), secreción purulenta, obstrucción nasal o epistaxis (pue-

den sugerir un tumor nasofaríngeo); masa en el cuello o adenopatías cervicales persistentes (que sugieren infección o tumor); cambio en la oclusión dentaria: puede indicar un crecimiento tumoral o del hueso (por ejemplo, en la acromegalia) alrededor de la ATM o artritis inflamatoria, pero también puede ser visto en otros TTM; disminución de la audición en el lado afecto (puede sugerir un tumor nasofaríngeo o de ATM); aumento del dolor o limitación funcional con trismus, a pesar del tratamiento inicial (puede sugerir un tumor).

Bases para la recomendación: estas señales de alerta se basan en series de casos de cáncer de cabeza y cuello, opiniones de expertos de la Academia Americana de Dolor Orofacial, artículos de revisión y varios libros de texto.^{16,18,26-32}

2. Otras patologías que causan dolor orofacial. Hay que descartar:

–Patología grave que puede causar dolor orofacial: artritis inflamatoria (incluyendo artritis séptica); osteomielitis; arteritis de células gigantes (arteritis temporal); tumor mandibular primario o metastásico; tumor de parótida; tumor nasofaríngeo; patología intracraneal (tumor, aneurisma, absceso, hemorragia, hematoma o edema) y tumores de base de cráneo; isquemia cardíaca; mastoiditis (diagnóstico diferencial en otitis media aguda); traumatismo (fractura, luxación o lesión de tejidos blandos); osteonecrosis mandibular (relacionada o no con la toma de bifosfonatos).

–Otras causas de dolor orofacial: causas dentarias (caries, enfermedad periodontal, absceso dental, patología eruptiva dentaria); sialoadenitis y sialolitiasis; sinusitis; dolor de cabeza; migraña; cefalea en racimos; neuralgia del trigémino; dolores neuropáticos; cefalea postraumática; uso excesivo de medicamentos analgésicos; síndrome doloroso por desaferentización; neuritis periférica; neuralgia postherpética; neuralgia postquirúrgica; infecciones del oído (otitis externa, otitis media y otitis supurativa crónica).

Bases para la recomendación: esta información deriva de directrices de la Academia Americana de Dolor Orofacial,¹⁸ orientaciones de la Comisión de Derechos Humanos en Medicamentos (CHM)³³ y de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)³⁴ en relación con los informes de casos de osteonecrosis mandibular en personas que toman bifosfonatos y varias series de casos y artículos de revisión.^{2,16,19,27,28,32}

3. Otros factores que pueden agravar los TTM, como en pacientes con depresión e identificación de problemas psicosociales, pueden estar contribuyendo a los síntomas.

Bases para la recomendación: esta recomendación se basa en la evidencia de un papel limitado de los factores psicosociales en los TTM, en artículos de revisión, en la opinión experta de los National Institutes of Health (NIH) y en las directrices para el odontólogo general de la Academia de Trastornos Craneomandibulares de la Unión Europea, que ha sido extrapolado para los profesionales de Atención Primaria.^{9,16,17,23}

Manejo inicial de los TTM

1. Debe explicarse al paciente que la enfermedad es benigna y que los síntomas a menudo se resuelven con el asesoramiento y el tratamiento sintomático. Una comunicación deficiente o apresurada con el paciente puede ser responsable de una angustia innecesaria que complica el tratamiento de los TTM.

2. Aconsejar al paciente:

–Dieta blanda. Evitar alimentos que necesitan larga masticación. Tener cuidado al masticar chicle, bostezar, cantar y morder lápices o las uñas (onicofagia).

–Tener cuidado con cualquier hábito potencialmente dañino (rechinar los dientes o apretar la mandíbula) y tratar de evitarlos.

–Darse masaje en músculos afectados y aplicar calor suave (con secador, una almohadilla de calor, una toalla caliente o una botella de agua caliente).

–Identificar fuentes de estrés y tratar de modificar estilo de vida.

3. Si es necesario, prescribir analgésicos habituales de primer escalón por vía oral a corto plazo (paracetamol 500 mg a 1 gr hasta 4 veces al día, naproxeno 500 mg 2 veces al día, ibuprofeno 400 a 600 mg hasta 4 veces al día). Se puede añadir tramadol 50 a 100 mg hasta 2 veces al día a paracetamol o AINE. Si los síntomas son severos, asociar un tratamiento corto con una benzodiacepina (diazepam 2 mg o 5 mg por la noche o hasta tres veces al día, durante un tiempo máximo de 2 meses).

4. Considerar la posibilidad de una férula oclusal de estabilización dura y tratamientos de odontología conservadora y restauración protésica.

5. Si se sospecha una patología grave (tumor, fractura), debe remitirse al paciente a la atención hospitalaria de forma urgente. Si se observa una limitación marcada de la apertura bucal y bloqueo se puede solicitarse una valoración especializada por Cirugía Maxilofacial si se considera necesario.

Bases para la recomendación: un ensayo controlado aleatorio encontró que los resultados a corto y largo plazo del tratamiento médico en desplazamiento discal (con o sin reducción) fueron comparables al tratamiento quirúrgico.³⁵ Por tanto, debe considerarse la remisión a un cirujano maxilofacial solo en caso de fracaso del tratamiento conservador optimizado.^{2,36} La recomendación para explicar que la enfermedad es benigna y que los síntomas a menudo se resuelven con tratamiento sintomático se basa en la evidencia de que los TTM tienen un buen pronóstico con el tratamiento conservador. Esto es apoyado por la observación de que, en los ensayos controlados aleatorizados, los pacientes generalmente mejoran con el tiempo (independientemente del grupo al que se asignan). Esto sería debido a un efecto placebo o al buen pronóstico de los TTM.^{19,37-41} Una revisión sistemática Cochrane encontró evidencia débil de que las férulas de estabilización duras (el tipo más común de férula oclusal) reducen la intensidad del dolor en personas con dolor miofascial y, por tanto, sugiere que no son más efectivas que los diferentes tratamientos medicamentosos.⁴²

Manejo de pacientes con síntomas persistentes de TTM

En pacientes con síntomas persistentes (más de 3 meses), sin respuesta al tratamiento conservador optimi-

zado, debe consultarse a un dentista especialista en TTM o a un cirujano maxilofacial.

Bases para la recomendación: Se basa en la opinión de expertos del National Institute for Clinical Excellence (NICE) y en datos de sospecha de cáncer de cabeza y cuello, que consideran necesaria una evaluación especializada para todos los pacientes con síntomas persistentes de TTM, para confirmar el diagnóstico y descartar otras causas de síntomas.

Tratamientos recomendados para los TTM

Existe una amplia variedad de tratamientos que pueden ser recomendados. Estos tratamientos incluyen: antidepresivos tricíclicos en dosis bajas (sólo en adultos); gabapentina (adultos con dolor miofascial); remisión a un fisioterapeuta con experiencia en trastornos músculo-esqueléticos de cabeza y cuello; remisión a un terapeuta cognitivo-conductual; acupuntura, electroacupuntura y punción seca; ajuste oclusal; remisión a un especialista en dolor; la cirugía puede ser una opción para pacientes con desplazamiento discal o artrosis de ATM, aunque deben ser utilizados en primer lugar los tratamientos no quirúrgicos.

Bases para la recomendación:

1. Férulas oclusales. Distintas revisiones Cochrane han encontrado evidencia de que las férulas de estabilización duras (el tipo más común de férula oclusal) disminuyen la intensidad del dolor miofascial, pero no han podido demostrar que esta reducción del dolor se mantenga de forma prolongada.⁴² Este uso de férulas oclusales cuenta con el apoyo de la opinión de expertos de la Academia Americana de Dolor Orofacial, recomendaciones del Instituto Nacional de EE.UU. para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias, artículos de revisión y la opinión de expertos.^{9,16,19,42-44}

2. Antidepresivos tricíclicos. Las evidencias sobre los antidepresivos tricíclicos en los TTM son limitadas y contradictorias. Se han identificado tres pequeños ensayos controlados aleatorios. En un ensayo clínico en mujeres con dolor crónico y TTM se observó menos dolor en las que tomaron amitriptilina en comparación con placebo.⁴⁵ Un ensayo clínico en pacientes con síntomas de TTM y bruxismo no encontró diferencias en la intensidad del dolor entre amitriptilina a dosis bajas y placebo.⁴⁶ Otro ensayo clínico pequeño en personas con dolor crónico orofacial o bruxismo encontró que dosis bajas o altas de amitriptilina se asocian a reducción del dolor.⁴⁷ El uso de antidepresivos tricíclicos en dosis bajas cuenta con el apoyo de la opinión de expertos del National Institute of Health y de artículos de revisión.^{9,16,19,48}

3. Gabapentina. Las pruebas limitadas de un ensayo clínico sugieren que la gabapentina es efectiva para el tratamiento del dolor miofascial. Se requieren más estudios para confirmar este hallazgo.⁴⁹ El uso de la gabapen-

tina es respaldada por un dictamen de expertos de una declaración de la conferencia del Instituto Nacional para la Salud de Estados Unidos.⁹

4. Fisioterapia. Las pruebas limitadas de una revisión sistemática sugieren que varias intervenciones realizadas por fisioterapeutas pueden tener algunos beneficios para las personas con TTM. Sin embargo, no está claro si la fisioterapia es una intervención efectiva para el tratamiento del dolor. El uso de la fisioterapia cuenta con el apoyo de la opinión de expertos de la Academia Americana de Dolor Orofacial,¹⁸ de una declaración de la conferencia del Instituto Nacional de EE.UU. para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias,⁹ y de artículos de revisión.^{16,43,50}

5. Terapia cognitiva conductual (TCC). Hay evidencia de una revisión sistemática de 6 ensayos controlados aleatorios, que sugieren que la TCC es efectiva para las personas con TTM en atención hospitalaria. La efectividad de la TCC en atención primaria no se conoce.⁵¹⁻⁵⁵ El uso de la TCC es respaldada por un dictamen de expertos en una declaración de la conferencia del Instituto Nacional de EE.UU. para la Tecnología de la Salud⁹ y por evaluación y revisión de artículos de revisión.¹⁹

6. Acupuntura y punción seca profunda. Las pruebas limitadas de dos revisiones sistemáticas de ensayo controlado aleatorio sugieren que la acupuntura puede ser eficaz para los TTM. Sin embargo, la falta de control del efecto placebo y la interpretación inadecuada de los resultados de algunos estudios incluidos (en una revisión sistemática) pone en duda los resultados.⁵⁶⁻⁵⁷ El uso de punción seca profunda cuenta con el apoyo de la opinión de expertos a partir de varios artículos de revisión.^{2,43,58-59} Sin embargo, la Academia Americana de Dolor Orofacial establece que son necesarios ensayos rigurosos antes de hacer recomendaciones definitivas sobre su uso.¹⁸

6. Ajuste oclusal. El ajuste oclusal es el ajuste selectivo de la superficie de masticación de los dientes (por desgaste del esmalte), de modo que los dientes superiores e inferiores puedan encajar correctamente.⁶⁰ El ajuste oclusal no se recomienda para el tratamiento inicial de los TTM, basándonos en la escasa evidencia de una revisión sistemática Cochrane de tres ensayos pequeños, de que el ajuste oclusal no es eficaz para tratar la disfunción temporomandibular.²² Sin embargo, otros autores han señalado que los estudios incluidos no prueban la ineficacia del ajuste oclusal en pacientes seleccionados que ya habían seguido un tratamiento conservador inicial.² Diversas publicaciones de la Academia Americana de Dolor Orofacial citan circunstancias en las que el ajuste oclusal está justificado; generalmente cuando existen otras indicaciones de carácter odontológico.¹⁸

7. Remisión a un especialista en dolor. La remisión del paciente a una Clínica del Dolor puede ser recomen-

dada como una opción basándonos en la opinión de expertos de la Academia Americana de Dolor Orofacial.¹⁸ Recientes publicaciones, cuestionan la utilidad real del uso de opioides en los TTM.⁶¹

8. Cirugía. Aunque no hay pruebas de ensayo basado en la efectividad de la cirugía para las personas con TTM,^{16,62-66} se recomienda la opción quirúrgica para los pacientes con desplazamiento discal o artrosis de la ATM, basándonos en la opinión de expertos de la Sociedad Americana de Cirujanos de la ATM. Las técnicas quirúrgicas disponibles son muy variadas como la artrocentesis, artroscopia, técnicas de reposicionamiento discal, condilectomía alta y aumento de interlínea o la artrectomía y sustitución articular. En general, estos procedimientos sólo se recomiendan cuando la persona no ha respondido al tratamiento no quirúrgico.

AGRADECIMIENTOS

A D. José M^a Carrión Pérez, documentalista de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

BIBLIOGRAFÍA

- American Society of Temporomandibular Joint Surgeons. Guidelines for Diagnosis and Management of Disorders Involving the Temporomandibular Joint and Related Musculoskeletal Structures. ASTMJS, 2001. <http://astmjs.org>
- Buescher JJ. Temporomandibular joint disorders. *Am Fam Physician*. 2007;76:1477-1482. www.aafp.org
- Birmingham Research Unit. Weekly Returns Service: Annual Prevalence Report, 2007. Royal College of General Practitioners. www.rcgp.org.uk
- Al-Jundi MA, John MT, Setz JM. Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in adult nonpatients. *J Orofac Pain* 2008; 22:97-107.
- Durham, J. Temporomandibular disorders (TMD): an overview. *Oral Surg* 2008;1:60-68.
- Light KC, Bragdon EE, Grewen KM. Adrenergic dysregulation and pain with and without acute beta-blockade in women with fibromyalgia and temporomandibular disorder. *J Pain* 2009;10:542-552.
- Ribeiro-Dasilva MC, Peres Line SR, Leme Godoy dos Santos MC. Estrogen receptor-alpha polymorphisms and predisposition to TMJ disorder. *J Pain* 2009;10:527-533.
- American Association for Dental Research. Temporomandibular disorders (TMD). AADR Policy Statements, 2010. www.iadr.org
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guideline, Development, Methods: Information for National Collaborating Centers and Guideline Developers, London, NICE, 2009. www.nice.org.uk/page.aspx?o=422950
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Interventional procedure overview of total prosthetic replacement of the temporomandibular joint (IP 419). NICE, 2009b. www.nice.org.uk
- GRADE Working Group. Grading of Recommendations of assessment, development and evaluations. GRADE, 2011. www.gradeworking-group.org
- Grupo de Trabajo sobre Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico, Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. www.guiasalud.es
- Dimitroulis G. Temporomandibular disorders: a clinical update. *BMJ* 1998;317:190-194.
- Ciancaglini R, Testa M, Radaelli G. Association of neck pain with symptoms of temporomandibular dysfunction in the general adult population. *Scand J Rehabil Med* 1999;31:17-22.
- Manfredini D, Lobbezoo F. Relationship between bruxism and temporomandibular disorders: a systematic review of literature from 1998 to 2008. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 109: 26-50.
- Dimitroulis, G. The role of surgery in the management of disorders of the temporomandibular joint: a critical review of the literature Part 2. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34:231-237.
- De Boever JA, Nilner M, Orthlieb JD, Steenks MH. Recommendations for examination, diagnosis, management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner. European Academy of Craniomandibular Disorders, 2007. www.eacmd.org
- de Leeuw, R. (Ed.) Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. American Academy of Orofacial Pain. 4th ed. London: Quintessence Publishing Co, Inc., 2008. www.aap.org
- Scriver SJ, Keith DA, Kaban LB. Temporomandibular disorders. *New Engl J Med* 2008;359:2693-2705.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. International classification of headache disorders (ICHD-II). 2nd ed. 1st revision, 2005. International Headache Society. www.i-h-s.org
- Glaros AG, Urban D, Locke J. Headache and temporomandibular disorders: evidence for diagnostic and behavioral overlap. *Cephalalgia* 2007; 27:542-549.
- Korszun A, Papadopoulos E, Demitrack M. The relationship between temporomandibular disorders and stress-associated syndromes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;86:416-420. www.thecochranelibrary.com
- Goldstein BH. Temporomandibular disorders: a review of current understanding. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88:379-385.
- Glaros AG. Temporomandibular disorders and facial pain: a psychophysiological perspective. *Applied Psychophysiol* 2008;33:161-171.
- Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Dis* 1992;6:301-355.
- Epstein JB, Jones CK. Presenting signs and symptoms of nasopharyngeal carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75:32-36.
- Mock D. The differential diagnosis of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 1999;13: 246-250.
- Mackie AM, Epstein JB, Wu JS, Stevenson-Moore P. Nasopharyngeal carcinoma: the role of the dentist in assessment, early diagnosis and care before and after cancer therapy. *Oral Oncol* 2000;36:397-403.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Referral guidelines for suspected cancer (NICE guideline). NICE, 2005. www.nice.org.uk
- Clayman L. Surgical management of benign and malignant neoplasms. In: Laskin DM, Greene CS, Hylander WL. (Eds.) Temporomandibular disorders: An evidence-based approach to diagnosis and treatment. Illinois: Quintessence Publishing Co, Inc. 2006, Chapter 35, pages. 509-532.
- Okeson JP. Management of temporomandibular disorders and occlusion. Elsevier Mosby: St. Louis, Missouri, 2008.
- Kruse AL, Luebbbers HT, Obwegeser JA. Temporomandibular disorders associated with metastases to the temporomandibular joint: a review of the literature and 3 additional cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010;110:21-28.
- Commission on Human Medicines. Osteonecrosis of the jaw with bisphosphonates. *Curr Probl Pharmacovigil* 2006;31:4-5. www.mhra.gov.uk
- European Medicines Agency. Questions and answers on the review of bisphosphonates and the risk of osteonecrosis of the jaw. EMEA, 2009. www.emea.europa.eu
- Schiffman EL, Look JO, Hodges JS. Randomized effectiveness study of four therapeutic strategies for TMJ closed lock. *J Dent Res*. 2007;86:58-63.
- Sidebottom AJ. Current thinking in temporomandibular joint management. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2009;47:91-94.
- Singer EJ, Dionne RA. A controlled evaluation of diazepam and ibuprofen for chronic orofacial pain. *J Orofac Pain* 1997;11:139-147.
- Ta LE, Dionne RA. Treatment of painful TMJ with a cyclooxygenase-2 inhibitor: a randomized placebo-controlled comparison of celecoxib to naproxen. *Pain* 2004;111:13-21.

39. Schaefer C, Peters P, Miller RK. (Eds.) *Drugs during pregnancy and lactation: treatment options and risk assessment*, 2nd ed. Oxford: Academic Press, 2007.
40. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. *Rheumatoid arthritis: National clinical guideline for management and treatment in adults*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. www.nice.org.uk
41. Sweetman SC. *Martindale: the complete drug reference. MICROMEDEX (CD-ROM)*, vol. 139. London: Thomson Reuters Healthcare, 2009.
42. Al-Ani MZ, Davies SJ, Gray RJM, Sloan P, Glennly AM. Stabilization splint therapy for temporomandibular pain dysfunction syndrome. *Intervention Review*, Cochrane Oral Health Group, 2009. www.thecochranelibrary.com
43. Lyons MF. Current practice in the management of temporomandibular disorders. *Dent Update* 2008;35:314-318.
44. Fricton J, Look JO, Wright E et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluation intraoral orthopedic appliances for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2010;24:237-254.
45. Harkins S, Linford J, Cohen. Administration of clonazepam in the treatment of TMD and associated myofascial pain: a double-blind pilot study. *J Craniomand Dis* 1991;5:179-186.
46. Raigrodski AJ, Mohamed SE, Gardiner DM. The effect of amitriptyline on pain intensity and perception of stress in bruxers. *J Prosthodont* 2001;10: 73-77.
47. Rizzatti-Barbosa CM, Nogueira MT, de Andrade ED. Clinical evaluation of amitriptyline for the control of chronic pain caused by temporomandibular joint disorders. *Cranio* 2003;21:221-225.
48. Sharav Y, Singer E, Schmidt E. The analgesic effect of amitriptyline on chronic facial pain. *Pain* 1987;31:199-209.
49. Kimos P, Biggs C, Mah J. Analgesic action of gabapentin on chronic pain in masticatory muscles: a randomized controlled trial. *Pain* 2007;127:151-160.
50. Medlicott MS, Harris SR. A systematic review of the effectiveness of exercise, manual therapy, electrotherapy, relaxation training, and biofeedback in the management of temporomandibular disorder. *Phys Ther* 2006; 86:955-973.
51. National Institutes of Health (NIH). *Management of temporomandibular disorders*. National Institutes for Health Technology Assessment Conference Statement. *J Am Dent Assoc* 1996;127:1595-1606.
52. Gardea MA, Gatchel RJ, Mishra KD. Long-term efficacy of biobehavioral treatment of temporomandibular disorders. *J Behav Med* 2001;24:341-359.
53. Turner JA, Mancl L, Aaron LA. Brief cognitive-behavioral therapy for temporomandibular disorder pain: effects on daily electronic outcome and process measures. *Pain* 2005;117:377-387.
54. Turner JA, Mancl L, Aaron LA. Short and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. *Pain* 2006;121:181-194.
55. Aggarwal VR, Tickle M, Javidi H, Peters S. Reviewing the evidence: Can cognitive behavioral therapy improve outcomes for patients with chronic orofacial pain? *J Orofac Pain* 2010;24:163-171.
56. Ernst E, White AR. Acupuncture as a treatment for temporomandibular joint dysfunction: a systematic review of randomized trials. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125:269-272.
57. Cho SH, Whang WW. Acupuncture for temporomandibular disorders: a systematic review. *J Orofac Pain* 2010;24:152-162.
58. Shen YF, Goddard G. The short-term effects of acupuncture on myofascial pain patients after clenching. *Pain Pract* 2007;7:256-264.
59. Smith P, Mossdrop D, Davies S. The efficacy of acupuncture in the treatment of temporomandibular joint myofascial pain: a randomised controlled trial. *J Dent* 2007;35:259-267.
60. Koh, H. and Robinson, P. *Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular joint disorders (Cochrane Review)*. Issue 1. John Wiley & Sons Ltd., 2003.
61. Bouloux GF. Use of opioids in long-term management of temporomandibular joint dysfunction. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69:1885-1891.
62. Al-Riyami S, Moles DR, Cunningham SJ. Orthognathic treatment and temporomandibular disorders: a systematic review. Part 1. A new quality-assessment technique and analysis of study characteristics and classifications. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2009;136:624-625.
63. Al-Riyami S, Cunningham SJ, Moles DR. Orthognathic treatment and temporomandibular disorders: a systematic review. Part 2. Signs and symptoms and meta-analyses. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2009;136:626-627.
64. Guo C, Shi Z, Revington P. *Arthrocentesis and lavage for treating temporomandibular joint disorders (Cochrane Review)*. Issue 4. John Wiley & Sons Ltd., 2009. www.thecochranelibrary.com
65. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Rheumatoid arthritis: the management of rheumatoid arthritis (NICE guideline)*. NICE, 2009a. www.nice.org.uk
66. Lindenmeyer A, Sutcliffe P, Eghtessad M. Oral and maxillofacial surgery and chronic painful temporomandibular disorders-a systematic review. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:2755-2764.