

DESPLAZAMIENTO DISCAL Y OSTEOARTROSIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO

DISC DISPLACEMENT AND OSTEOARTHRITIS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN A PEDIATRIC PATIENT: A CASE REPORT

Páez Rafael Gustavo.^{1*}

1. Departamento de Odontología Preventiva. Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

Resumen

Introducción: Los desórdenes temporomandibulares pueden presentarse en la población pediátrica, aunque suelen ser subdiagnosticados. El desplazamiento discal sin reducción y la osteoartritis de la articulación temporomandibular constituyen entidades clínicamente relevantes en pacientes pediátricos, con potencial impacto sobre la función mandibular y el crecimiento craneofacial.

Reporte del caso: Paciente de 10 años que consulta por dolor facial y limitación de la apertura bucal. El examen clínico evidenció dolor articular y muscular, deflexión mandibular y apertura bucal limitada. La resonancia magnética mostró desplazamiento discal anterior sin reducción y cambios degenerativos compatibles con osteoartritis en la ATM derecha. Se instauró un abordaje terapéutico conservador basado en la evidencia, con evolución favorable, disminución del dolor y recuperación progresiva de la apertura bucal.

Conclusión: El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno permiten una evolución clínica favorable y pueden prevenir alteraciones del crecimiento craneofacial.

Palabras clave: Desórdenes temporomandibulares en niños, osteoartritis de ATM, desplazamiento discal.

Abstract

Introduction: Temporomandibular disorders may occur in the pediatric population, although they are often underdiagnosed. Disc displacement without reduction and osteoarthritis of the temporomandibular joint are clinically relevant entities in pediatric patients, with potential impact on mandibular function and craniofacial growth.

Case Report: A 10-year-old female patient presented with facial pain and limited mouth opening. Clinical examination revealed joint and muscle pain, mandibular deflection, and restricted mouth opening. Magnetic resonance imaging demonstrated anterior disc displacement without reduction and degenerative changes consistent with osteoarthritis of the right temporomandibular joint. A conservative therapeutic approach was implemented, resulting in pain reduction and progressive recovery of mouth opening.

Conclusion: Early diagnosis and timely treatment allow for favorable clinical outcomes and may prevent alterations in craniofacial growth.

Keywords: Temporomandibular disorders in children; TMJ osteoarthritis; disc displacement.

Fecha de recepción: 11 de febrero de 2026

Fecha de aceptación: 12 de mayo de 2026

*Envío de correspondencia: ragupa1@yahoo.com.ar

Introducción

La Academia Americana de Dolor Orofacial define a los Desórdenes Temporomandibulares (DTM) como un conjunto de condiciones clínicas que involucran a las articulaciones temporomandibulares (ATM), la musculatura masticatoria y las estructuras asociadas. Clínicamente, los DTM pueden manifestarse con dolor orofacial, ruidos articulares, limitaciones o alteraciones en la dinámica mandibular, bloqueos articulares,

cefaleas y sintomatología otológica, entre otros signos y síntomas.¹

En la población pediátrica, la prevalencia de signos y síntomas de DTM muestra una amplia variabilidad en estudios poblacionales. Wahlund y colaboradores² informaron una prevalencia de DTM del 7 % en niños y adolescentes, mientras que otros autores observaron una prevalencia de dolor asociado a DTM del 4,2 % en una población de jóvenes entre 12 y 19 años, con mayor afectación en el sexo femenino.^{3,4}

Dentro de las patologías que afectan a las ATM se encuentra la osteoartrosis (OA), definida por los Criterios Diagnósticos para los Trastornos Temporomandibulares (DC/TMD) como un trastorno degenerativo caracterizado por el deterioro del tejido articular acompañado de cambios óseos en el cóndilo mandibular y/o la eminencia articular.⁵

Si bien la OA se asocia clásicamente a articulaciones de pacientes adultos, diversos estudios han demostrado que también puede presentarse en niños y adolescentes, con potencial impacto sobre el crecimiento y desarrollo craneofacial.⁶

La etiología de la OA de la ATM en pacientes pediátricos no se encuentra completamente dilucidada; sin embargo, se

ha sugerido que factores hormonales, particularmente las hormonas sexuales femeninas y de crecimiento, podrían desempeñar un rol relevante en su mayor prevalencia en niñas y adolescentes.⁷

La presencia simultánea de desplazamiento discal sin reducción y osteoartrosis en pacientes pediátricos es poco reportada en la literatura, especialmente cuando se confirma mediante resonancia magnética.

El objetivo del presente trabajo es describir un caso clínico de una paciente pediátrica con desplazamiento discal sin reducción asociado a osteoartrosis de la ATM, destacando los hallazgos clínicos e imagenológicos, así como el abordaje terapéutico conservador basado en la evidencia.

Reporte del caso

Paciente femenina de 10 años. Motivo de consulta: dolor y limitación de apertura bucal.

Se obtuvo el consentimiento informado de los padres de la paciente para la publicación del caso y las imágenes clínicas. Se garantizó la confidencialidad de los datos personales de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

Historia. Los padres de la paciente refieren un episodio abrupto de bloqueo mandibular en cierre y dolor intenso en zona preauricular derecha, ocurrido hace una semana. Al momento del examen, el dolor es de baja intensidad en reposo (grado 2 del EVA), pero que aumenta considerablemente al tratar de abrir la boca y al masticar, especialmente al masticar en el lado izquierdo. Imposibilidad para realizar la higiene oral por la limitación de la apertura.

La paciente relata que antes del episodio actual, sentía ruidos (chasquidos) articulares en lado derecho, pero no se acuerda exactamente desde hace cuánto tiempo. En los últimos 6 meses, tuvo algunos episodios de traba cerrada intermitente, fugaces, que la paciente podía autoreducir realizando movimientos mandibulares y luego abriendo la boca hasta sentir el ruido articular. Sin historia de traumatismos. La mamá relata que la escucha bruxar durante el sueño desde hace años.

Historia médica.

Paciente alérgica, con rinitis crónica.

Sin historia de adenoidectomía ni amigdalectomía.

Respiradora bucal.

Examen extraoral.

El examen clínico de la paciente se realizó siguiendo el protocolo de examinación y registro propuesto por el DC/TMD.⁵ (Fig. 1) No presentaba asimetría facial marcada.



Fig. 1.

a) Paciente pediátrica femenina. **b)** La paciente señala la zona de dolor.

Movimientos mandibulares: Apertura 27 mm con dolor en zona de ATM derecha. Lateralidad hacia la izquierda, 5 mm; hacia la derecha, 9 mm. (Fig. 2).

En apertura, deflexión mandibular hacia la derecha.

No se palpan o escuchan ruidos articulares a ese nivel de apertura.

La palpación de las ATM revela dolor en polo externo del cóndilo de ATM derecha. ATM izquierda, sin dolor espontáneo ni a la palpación.

A la palpación muscular, dolor en músculos masetero y temporal derechos. Los otros músculos masticadores sin dolor.

Examen intraoral

Estado dentario y gingival dentro de los límites de normalidad. Casi toda la dentición permanente, solamente el elemento 53 presente en boca.

Clase II dentaria, leve.

Exámenes complementarios.

La radiografía panorámica (Fig. 3) muestra ligera asimetría condilar, con el cóndilo derecho levemente más corto, pero llama la atención un aplanamiento en la cabeza del cóndilo. En ese momento, el elemento 23 estaba por erupcionar y el 63 todavía estaba en boca.

De acuerdo con el relato de la paciente y su madre, al haber historia de ruidos articulares, probablemente estemos frente a un desplazamiento discal sin reducción. Se solicita una resonancia magnética de ATM con boca cerrada y máxima apertura posible.



Fig. 2. Apertura bucal limitada (27 mm) indicando una traba cerrada.



Fig. 3. Radiografía panorámica donde se observa asimetría condilar.

La resonancia magnética muestra:

En ATM derecha: en boca cerrada, el cóndilo centrado en la fosa, una imagen de proceso degenerativo tipo erosivo en superficie superior del cóndilo. El disco desplazado anteriormente constituyendo una **luxación anterior**. En boca abierta, el cóndilo se traslada parcialmente, llegando a un 40 % de su recorrido. El disco permanece ubicado por delante del cóndilo, lo que constituye un **desplazamiento discal anterior sin reducción**. (Fig. 4).

Asimismo, se evidencian cambios degenerativos compatibles con **osteoartrosis (OA)** en la cabeza del cóndilo mandibular.

En ATM izquierda: en boca cerrada, el cóndilo se ubica centrado en la fosa. Con integridad morfológica. El disco se ubica en su lugar. En boca abierta, el cóndilo se traslada un 70 % de su recorrido. El disco se encuentra interpuesto entre el cóndilo y la eminencia articular lo que significa una posición normal. (Fig. 5).

Diagnóstico Definitivo: Desplazamiento discal sin reducción y osteoartrosis en ATM derecha.

Tratamiento basado en la evidencia

Según la evidencia, el tratamiento de primera línea para los DDSR es el tratamiento conservador, que incluye una o más de las siguientes modalidades: farmacoterapia, terapia con placas, fisioterapia, terapia láser de baja intensidad (LLLT) y terapia psicológica (terapia conductual y educativa), autocuidado y ejercicios en casa.^{8,9}

En esta paciente pediátrica, se deben considerar dos líneas de tratamiento, una enfocada a la reducción del dolor y la segunda dirigida a mejorar la capacidad de apertura bucal (función).

En la primera consulta se indicó:

- Educación a los padres y a la paciente con respecto al cuadro de situación clínica.
- Autocuidado: restricción de movimientos dentro de los límites de dolor, minimizar el contacto dentario, “labios juntos y dientes separados”, dieta blanda, masticación lenta, bocados pequeños.
- Calor húmedo durante 15 minutos, aplicado en el músculo masetero derecho. Tres veces al día.
- Automasaje suave en masetero con agregado de una pomada antiinflamatoria (con diclofenaco) de manera tópica durante 5 minutos, 3 veces al día.
- Antiinflamatorio por vía oral (Ibuprofeno) por una semana.

En la segunda consulta, a los 10 días, la paciente se encontraba con menos dolor, y mejor rango de dinámica mandibular: apertura 35 mm con menos dolor en zona de ATM derecha. Lateralidad hacia la izquierda, 8 mm; hacia la derecha, 10 mm.

Debido a que es una paciente en crecimiento de sus arca-

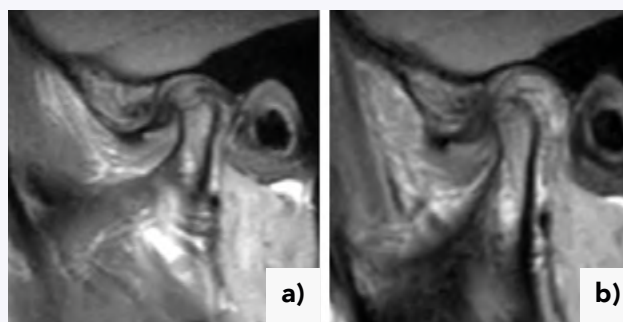


Fig. 4. Resonancia magnética de ATM derecha.

a) Boca cerrada, puede observarse el desplazamiento discal y el proceso degenerativo. **b)** ATM derecha boca máxima apertura (DDSR).

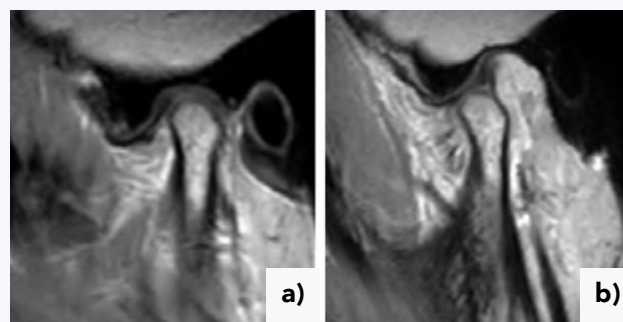


Fig. 5. Resonancia magnética de ATM izquierda.

a) Boca cerrada disco correctamente posicionado. **b)** Boca abierta, normalidad articular.



Fig. 6. Aparato de ortopedia funcional (Klammt)

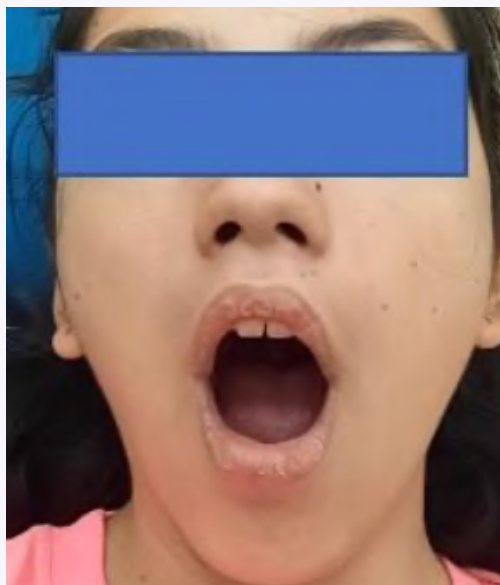


Fig. 7. Recuperación del rango de apertura bucal, sin dolor.

das, se confecciona un aparato de ortopedia funcional (Klammt), que cumplirá la función de aparato de ortopedia (por la clase II), y, además, brindará los beneficios de una placa de relajación en un adulto. (Fig. 6).

- Ahora que el dolor es menor, se deriva a fisioterapia facial (stretching muscular). Una sesión por semana.
- Se indica movilización mandibular suave, con la intención de aumentar gradualmente la movilidad condilar y el rango de apertura bucal.

Al mes, la paciente se presenta sin dolor muscular ni articular. Su apertura es de 38 mm. Lateralidad a la izquierda 9 mm y a la derecha 10 mm. (Fig. 7). Se indica que siga con la terapia física y los ejercicios hasta la próxima cita en un mes.

En la última consulta de control, la paciente se encuentra cómoda con la dinámica y la función mandibular normal, sin ruidos ni dolores. Se sugiere seguir usando el aparato como parte de un tratamiento puramente de ortopedia funcional. Las citas continuarán con la frecuencia de un tratamiento de ortopedia.

Discusión

Los trastornos internos de la ATM son menos frecuentes en la población pediátrica que en adultos, aunque su prevalencia puede aumentar durante la adolescencia, especialmente en el sexo femenino.

El motivo de consulta de esta niña fue el dolor y la limitación de apertura bucal. Ambos problemas causados por el desplazamiento discal sin reducción.

La información recopilada en la anamnesis de esta niña, revela que la paciente había tenido ruidos articulares, luego ruidos más trabas intermitentes, y actualmente se presenta sin ruidos, pero con la función mandibular disminuida. Estos hallazgos son compatibles con la evolución natural del trastorno interno articular, que progresa desde un Desplazamiento discal CON reducción hacia un Desplazamiento discal SIN reducción.

Además, se observa un dolor miofascial en los músculos masetero y temporal derechos como respuesta al dolor articular (Ley de Hilton) y al bruxismo presente en la paciente. Los desplazamientos del disco de la ATM son trastornos biomecánicos que afectan al complejo cóndilo-disco articular. En el desplazamiento anterior del disco sin reducción (DDSR), el ligamento retrodiscal pierde su elasticidad, lo que se acompaña de cambios en la forma y la posición del disco articular.¹⁰ Estos cambios pueden estar relacionados con la aparición de degeneración ósea de la ATM (OA) y causar alteración funcional.¹¹

La osteoartritis (OA) es una enfermedad degenerativa que se caracteriza por la degradación progresiva del cartílago, la remodelación del hueso subcondral, sinovitis y dolor crónico.¹² Aunque la etiología de la osteoartritis de la ATM es compleja y multifactorial, Wang y col, enumeran los mecanismos que participan en la patogénesis de la enfermedad: Inflamación, apoptosis de condrocitos, enzimas catabólicas, factores genéticos, hormonas y excesivo estrés mecánico.¹³

La importancia de esta afección es que está demostrado que un proceso degenerativo (OA) en un paciente en crecimiento, podría afectar el normal desarrollo de ese cóndilo, con la posibilidad de generar una asimetría facial si el problema es unilateral, o una posición mandibular retruida (clase II esquelética) si el proceso se instala en ambas ATM.^{7,9}

A pesar de la existencia de un diverso arsenal de tratamientos conservadores y mínimamente invasivos, todavía no existe consenso sobre cuáles son los mejores tratamientos para cada Trastorno Temporomandibular.¹⁴

En este caso, y de acuerdo con Al-Moraissi, se implementó para el DDSR un tratamiento conservador, que incluyó: farmacoterapia, fisioterapia, terapia de asesoramiento (terapia conductual y educación, así como autocuidado y ejercicios domiciliarios), además del tratamiento con un aparato de ortopedia funcional.¹⁵

Para el control de la OA, el único mecanismo fisiopatológico-

co que podemos manejar como odontólogos es el excesivo estrés mecánico, ya que los demás factores determinantes enunciados por Wang son inherentes a la biología del individuo. En ese sentido, está demostrado que uno de los mecanismos de acción de un dispositivo oclusal es la disminución de la sobrecarga (estrés mecánico) a nivel de las ATM.

Aunque las férulas oclusales están altamente recomendadas en adultos, su uso en niños es controvertido y requiere un seguimiento estrecho debido a la fase de crecimiento craneofacial y cronología de erupción dentaria.¹⁶

Por lo tanto, en esta paciente se utilizó un aparato de ortopedia funcional con el fin de proteger las piezas dentarias, permitir movimientos ortopédicos y generar una disminución de la presión interna articular. Esta estrategia es utilizada por varios autores quienes indican que este tipo de

aparatología es apropiada y efectiva en pacientes pediátricos con osteoartritis en sus ATM.^{17,19}

Conclusión

Este caso resalta la importancia de un diagnóstico temprano, sustentado en la correlación clínico-imagenológica, para instaurar un abordaje terapéutico conservador basado en la evidencia, con una evolución clínica favorable. En pacientes en crecimiento, el tratamiento oportuno de las alteraciones articulares resulta fundamental para preservar la función mandibular y minimizar el riesgo de alteraciones en el desarrollo craneofacial.

Referencias

1. American Academy of Orofacial Pain. [Internet]. [Citado 6 de abril 2023]. Disponible en: <https://aaop.org>
2. Wahlund K, List T, Dworkin SF. Temporomandibular disorders in children and adolescents: reliability of a questionnaire, clinical examination, and diagnosis. *J Orofac Pain*. 1998;12(1):42-51.
3. Dias IM, Cordeiro PC, Devito KL, Tavares ML, Leite IC, Tesch Rde S. Evaluation of temporomandibular joint disc displacement as a risk factor for osteoarthritis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2016;45(3):313-7. doi: 10.1016/j.ijom.2015.09.016.
4. Nilsson IM. Reliability, validity, incidence and impact of temporomandibular pain disorders in adolescents. *Swed Dent J Suppl*. 2007;(183):7-86.
5. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP et al; International RDC/TMD Consortium Network, International association for Dental Research; Orofacial Pain Special Interest Group, International Association for the Study of Pain. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014;28(1):6-27. doi: 10.11607/jop.1151.
6. Lei J, Han J, Liu M, Zhang Y, Yap AU, Fu KY. Degenerative temporomandibular joint changes associated with recent-onset disc displacement without reduction in adolescents and young adults. *J Craniomaxillofac Surg*. 2017;45(3):408-413. doi: 10.1016/j.jcms.2016.12.017.
7. Hong SW, Lee JK, Kang JH. Skeletal maturation and predicted adult height in adolescents with temporomandibular joint osteoarthritis. *J Oral Rehabil*. 2019;46(6):541-548. doi: 10.1111/joor.12780.
8. Nah KS. Condylar bony changes in patients with temporomandibular disorders: a CBCT study. *Imaging Sci Dent*. 2012;42(4):249-53. doi: 10.5624/isd.2012.42.4.249.
9. Kang JH, Yang IH, Hyun HK, Lee JY. Dental and skeletal maturation in female adolescents with temporomandibular joint osteoarthritis. *J Oral Rehabil*. 2017;44(11):879-888. doi: 10.1111/joor.12547.
10. Lomas J, Gurgenci T, Jackson C, et al. Temporomandibular dysfunction. *Aust J Gen Pract*. 2018;47(4):212-215. doi: 10.31128/AFP-10-17-4375.
11. Cortés D, Exss E, Marholz C, Millas R, Moncada G. Association between disk position and degenerative bone changes of the temporomandibular joints: an imaging study in subjects with TMD. *Cranio*. 2011;29(2):117-26. doi: 10.1179/crn.2011.020.
12. Zarb GA, Carlsson GE. Temporomandibular disorders: osteoarthritis. *J Orofac Pain*. 1999;13(4):295-306.
13. Wang XD, Zhang JN, Gan YH, Zhou YH. Current understanding of pathogenesis and treatment of TMJ osteoarthritis. *J Dent Res*. 2015;94(5):666-73. doi: 10.1177/0022034515574770.
14. Al-Moraissi EA, Wolford LM, Ellis E 3rd, Neff A. The hierarchy of different treatments for arthrogenous temporomandibular disorders: A network meta-analysis of randomized clinical trials. *J Craniomaxillofac Surg*. 2020;48(1):9-23. doi: 10.1016/j.jcms.2019.10.004.
15. Al-Moraissi EA, Al-Otaibi K, Almaweri AA, Bastos RM, Haas Junior OL, Amran AG. Treatment of painful temporomandibular joint disc displacement without reduction: network meta-analysis of randomized clinical trials. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2024;53(7):584-595. doi: 10.1016/j.ijom.2024.02.004.
16. Senff J, Bonotto DV, Hilgenberg-Sydney PB, Sebastiani A, Scariot R, Oda LY. Childhood and Adolescents Sleep Bruxism Treatment: A Systematic Review. *Sleep Sci*. 2023;16(3):e344-e353. doi: 10.1055/s-0043-1772826.
17. Bellerive A, Montpetit A, El-Khatib H, Carra MC, Remise C, Desplats E, Huynh N. The effect of rapid palatal expansion on sleep bruxism in children. *Sleep Breath*. 2015;19(4):1265-71. doi: 10.1007/s11325-015-1156-4.
18. Von Bremen J, Ruf S. Orthodontic and dentofacial orthopedic management of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review of the literature. *Orthod Craniofac Res*. 2011;14(3):107-15. doi: 10.1111/j.1601-6343.2011.01514.x.
19. Rongo R, Michelotti A, Pedersen TK, Resnick CM, Stoustrup P. Management of temporomandibular joint arthritis in children and adolescents: An introduction for orthodontists. *Orthod Craniofac Res*. 2023;26 Suppl 1:151-163. doi: 10.1111/ocr.12676.