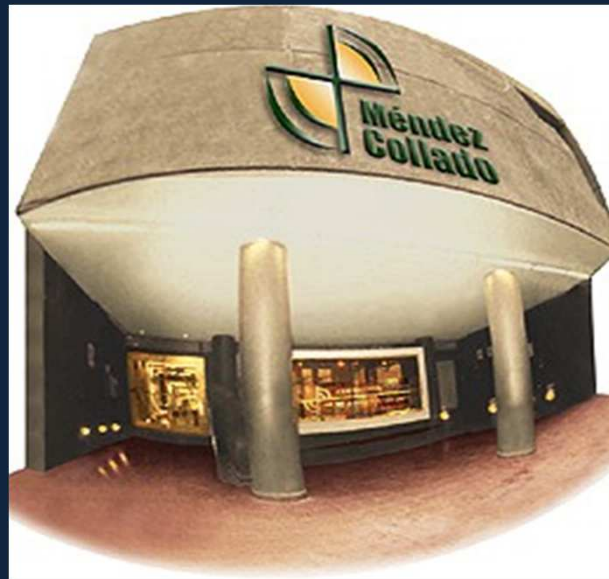


IRM de la patología frecuente de la ATM



Dr. Pedro Sánchez - Dr. Martín Camilo Méndez Lobo - Dr. Diego Buteler
Centro Radiológico Dr. Luis Méndez Collado-San Miguel de Tucumán.

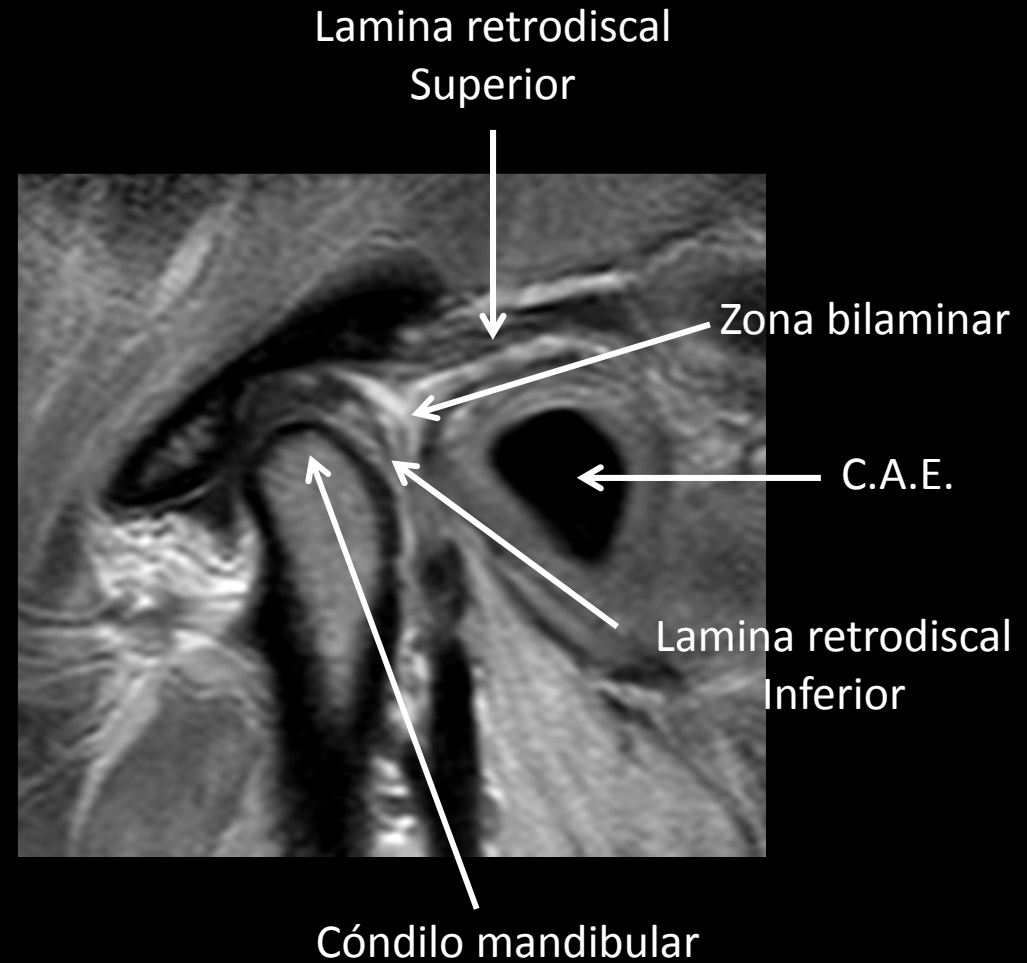
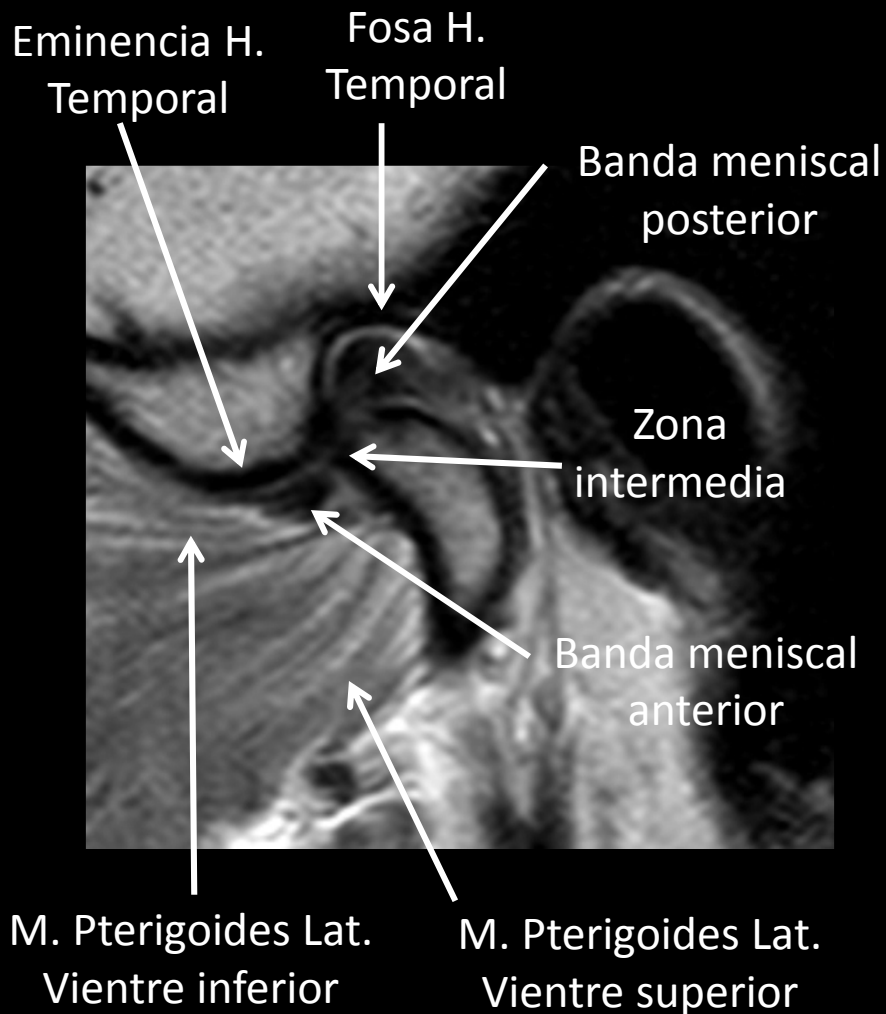
Introducción

- La articulación témporo-mandibular es asiento de patologías que llevan al paciente a la consulta con el clínico, otorrinolaringólogo, y odontólogo. Entre ellas, la disfunción es la más frecuente y puede causar complicaciones crónicas.
- El diagnóstico temprano, se realiza por la clínica y las imágenes, teniendo la IRM calidad para mostrar las pequeñas estructuras que conforman la ATM, en situaciones normales y patológicas.

Objetivos

- Analizar la anatomía y fisiología de la articulación temporo-mandibular; y su correlación con la IRM.
- Describir e ilustrar la patología prevalente de la ATM.
- Exponer los signos indirectos de la luxación anterior del menisco articular por IRM.

Anatomía normal de la ATM



Fisiología de la ATM

1-Posición inicial con la boca cerrada.



2-El digástrico lleva el cóndilo abajo y la banda retrodiscal estabiliza al menisco.

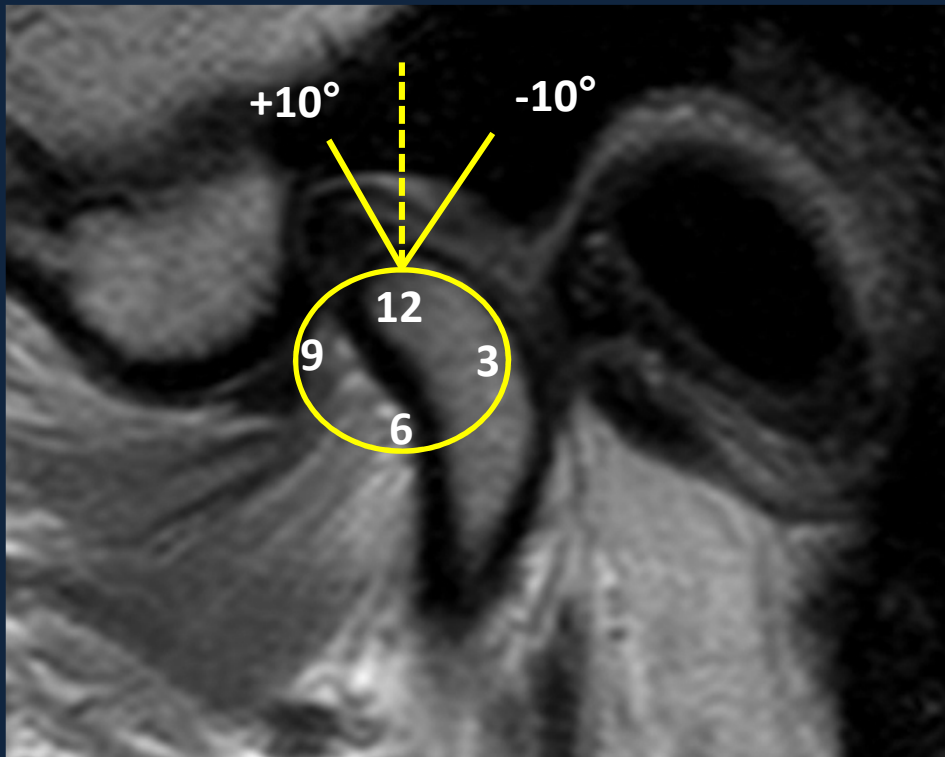


3- Máxima apertura: por vientre inferior m. Pterigoides lateral, el inferior desplaza al disco, y las bandas retrodiscales previenen el desplazamiento exagerado.



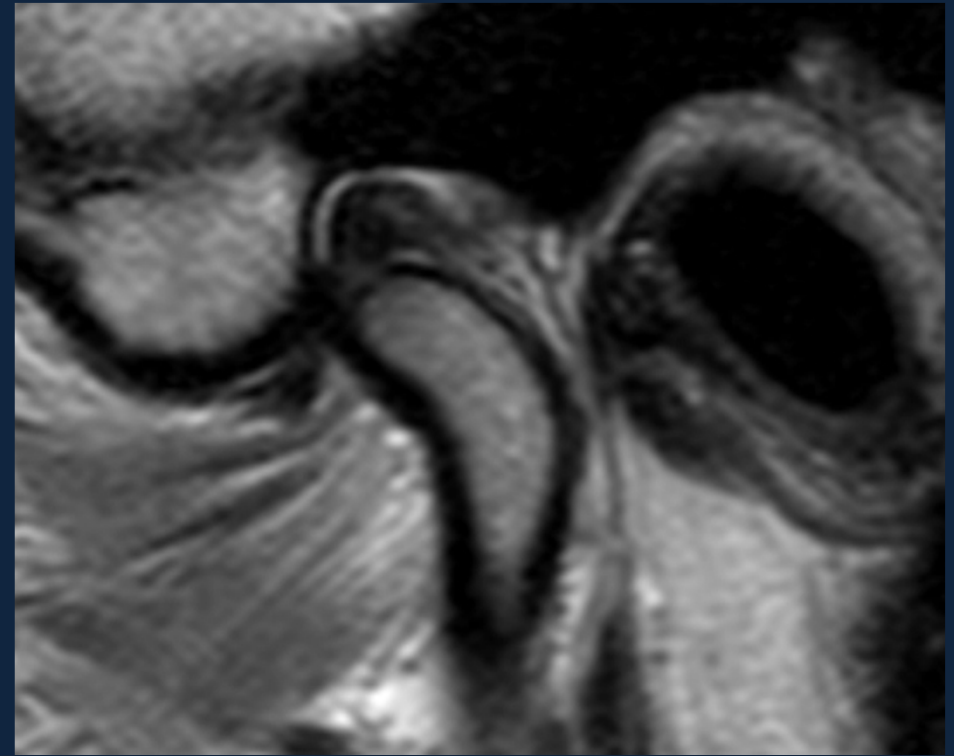
Adaptado de radiographics : MR Imaging of Temporomandibular Joint Dysfunction: A Pictorial Review

Boca cerrada



La banda posterior debe ubicarse por encima del cóndilo, cercano a hs 12, y su unión con la zona bilaminar, debe caer dentro de los 10° verticales.

Boca abierta



La zona intermedia del menisco debe encontrarse entre la eminencia temporal y el cóndilo mandibular.

Patología frecuente:

Desplazamientos

- Generan degeneración interna de la ATM, y muchas veces dolor.

Desplazamiento

Anterior (con y sin reducción)

Antero-lateral

Antero-medial

Medial

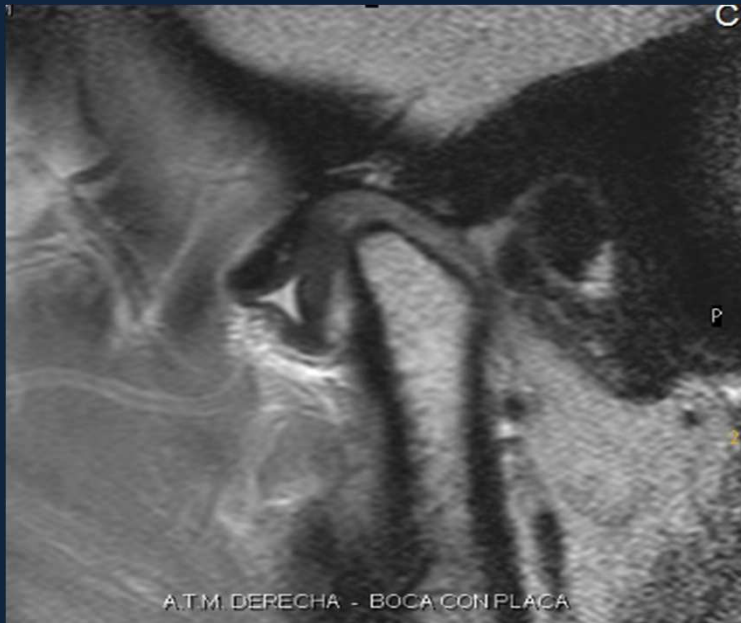
Lateral

Posterior

Desplazamiento Anterior

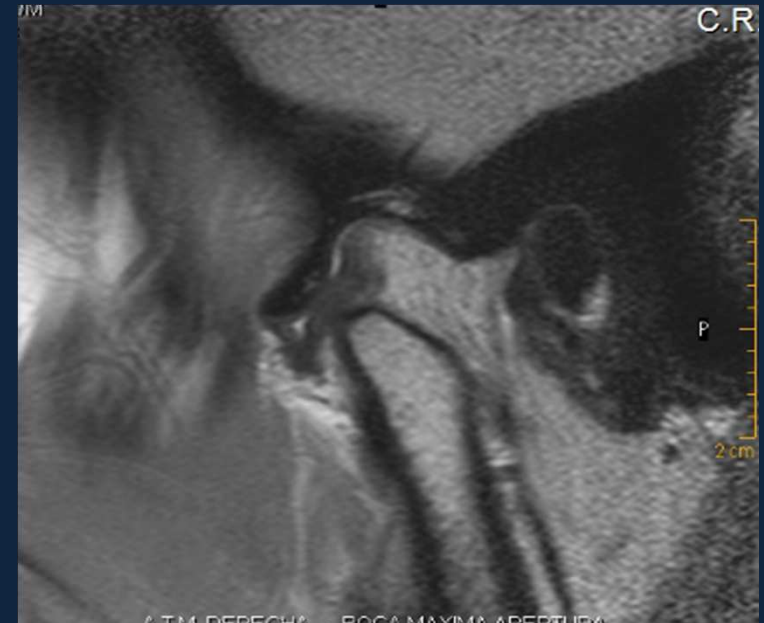
-Con reducción-

Boca cerrada



Borde posterior discal,
desplazado 10° por delante de
hs 12.

Boca abierta

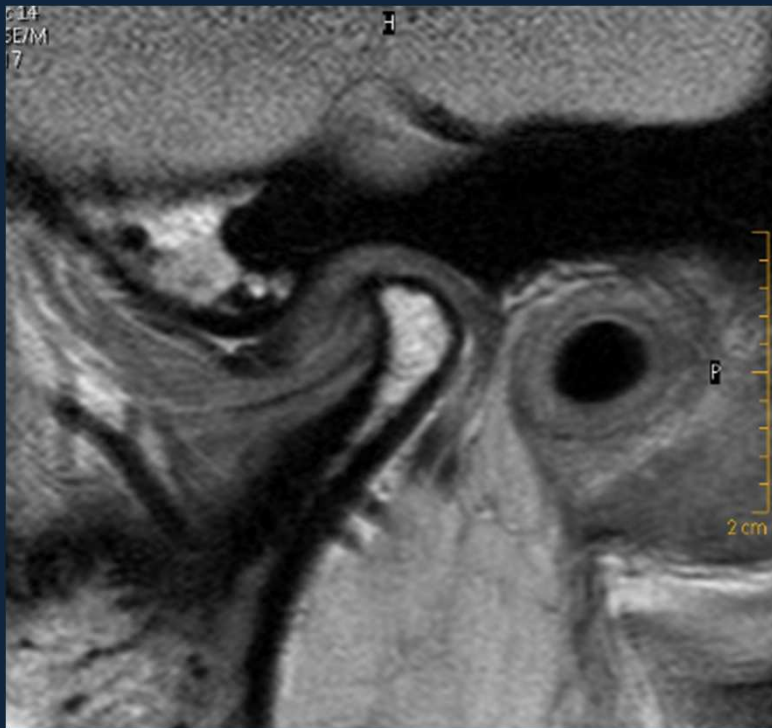


Menisco vuelve a su posición
ubicándose entre eminencia temporal
y cóndilo mandibular. Puede existir
«click».

Desplazamiento Anterior

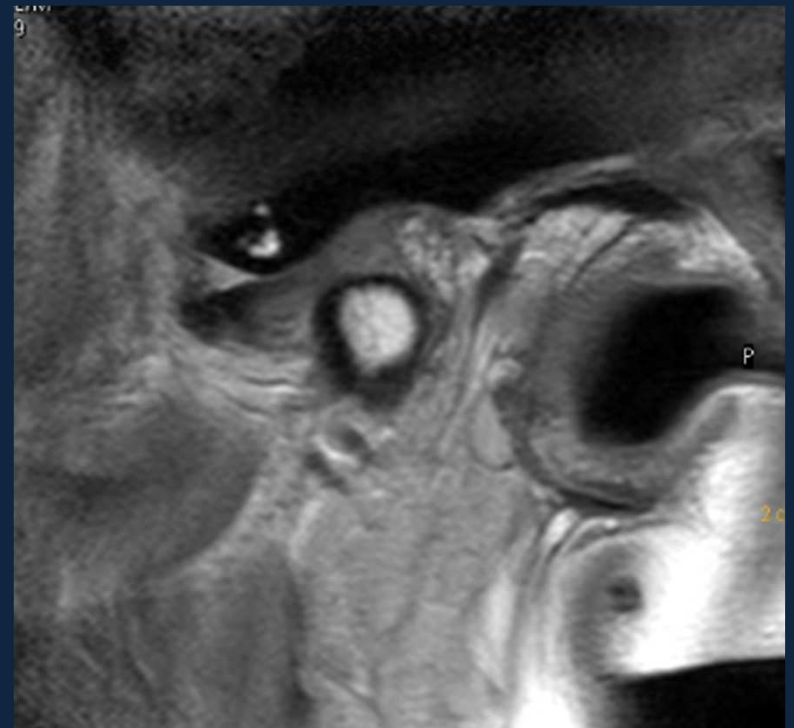
-Sin reducción-

Boca cerrada



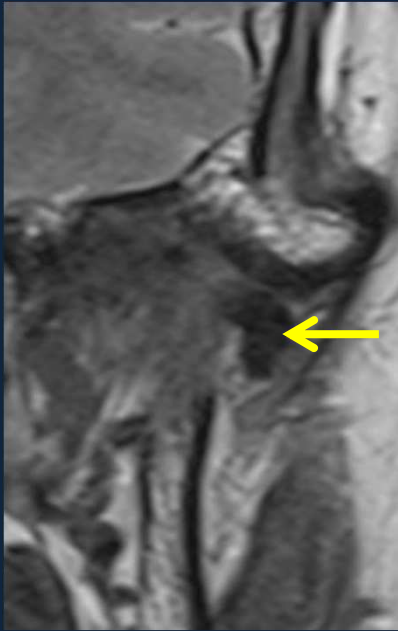
El borde posterior discal, desplazado 10° por delante de hs 12.

Boca abierta



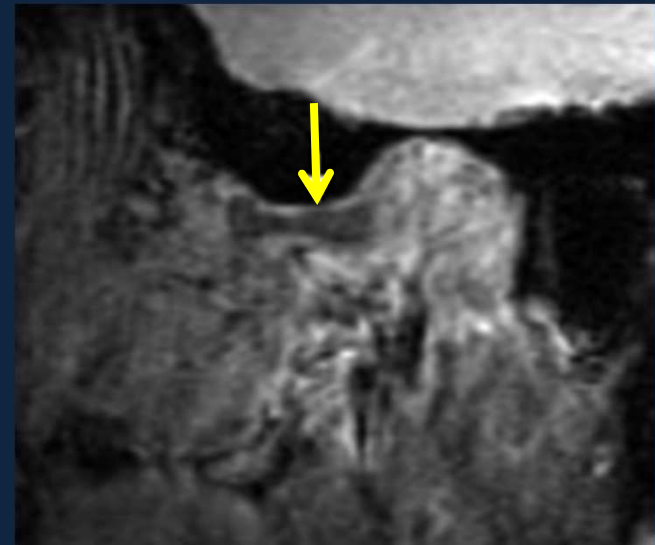
Disco intrarticular ubicado delante del cóndilo, sin retornar a su posición normal.

Desplazamiento anterolateral

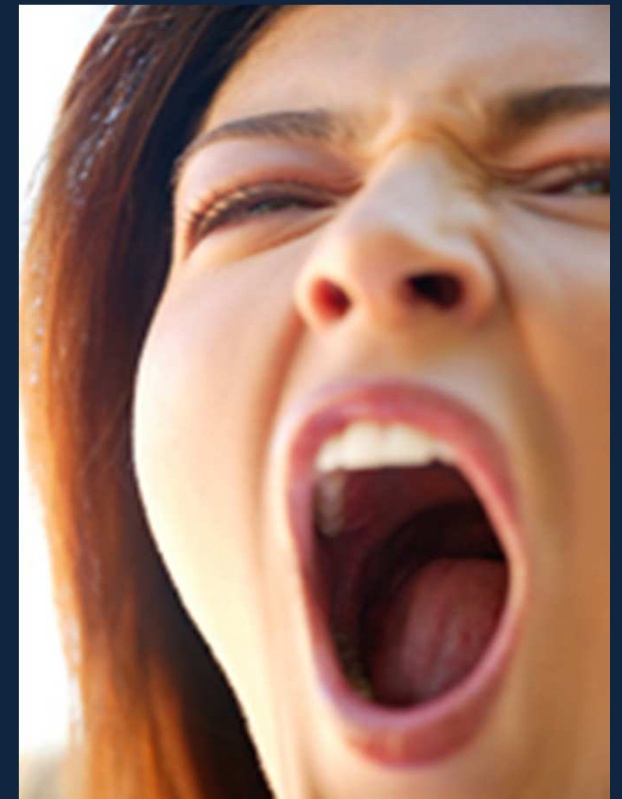
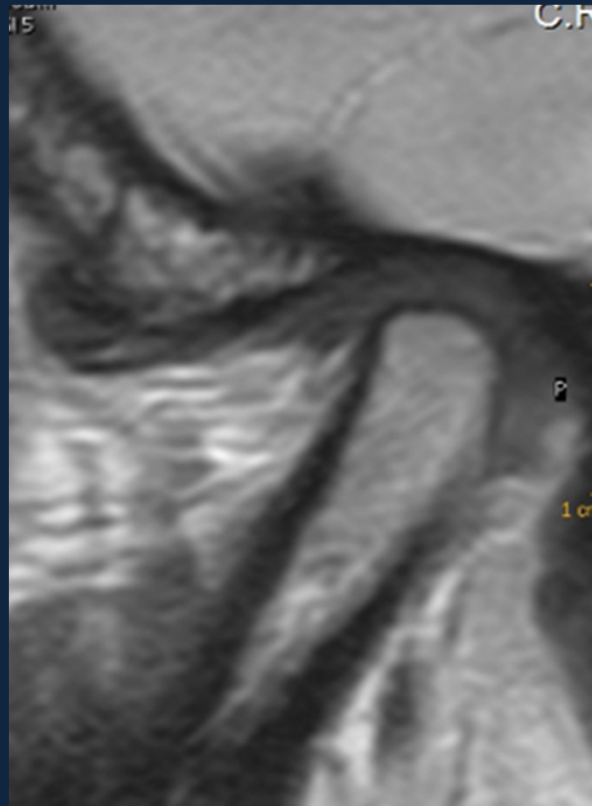
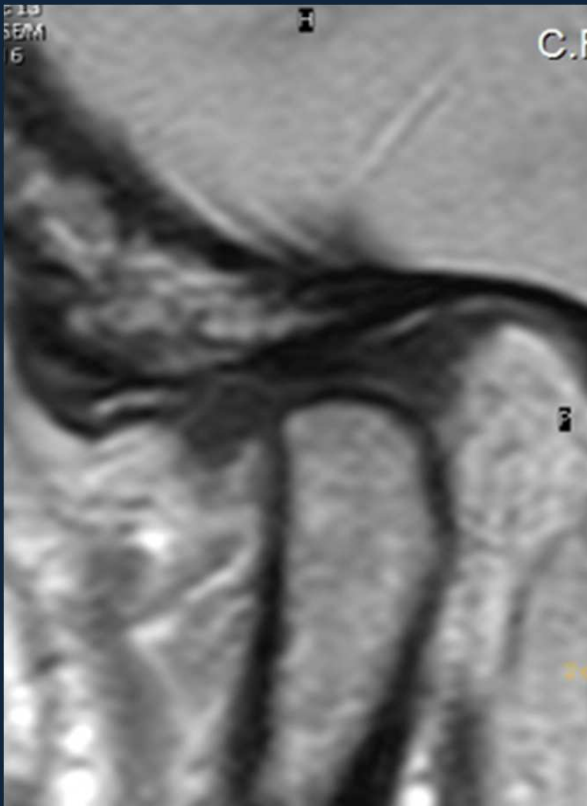


Coronal oblicuo DP: muestra desplazamiento lateral del menisco (flecha amarilla)

Signo del disco flotando (sagital GRE T2): desplazamiento discal anterolateral, donde no se visualiza el cóndilo mandibular.

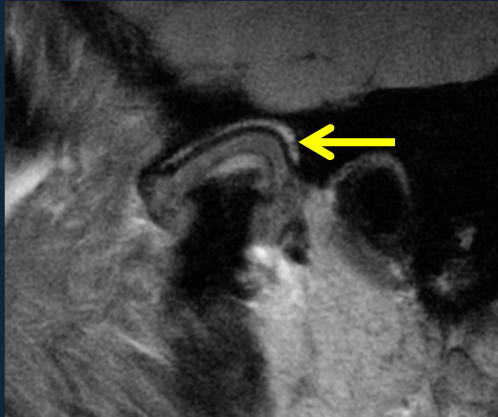


Desplazamiento Posterior



- Diagnóstico: cuando la banda posterior del disco se encuentra mas halla de hs 1.
- El signo clínico clásico es un bloqueo mandibular agudo con boca abierta.

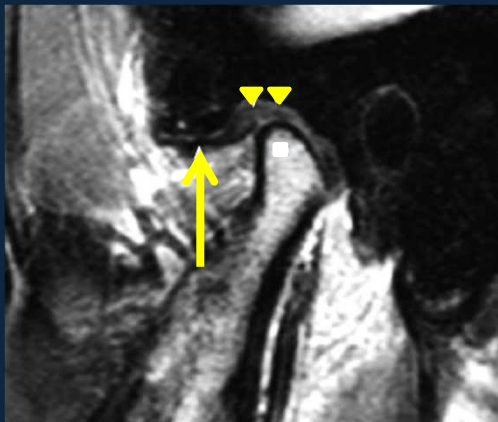
Signos indirectos



Derrame articular: Sagital T2, muestra derrame por encima del disco. Se asocia a dolor, y puede preceder a cambios artríticos.



Signo del disco doble: Sagital GRE T2, boca cerrada, muestra engrosamiento paralelo del vientre inferior M. Pterigoide L.(flecha), al disco.



Pseudodisco: sagital DP, boca cerrada, desplazamiento anterior (flecha), con engrosamiento de las inserciones discales posteriores y superiores al cóndilo (cabeza flecha).

Conclusión

- La patología mas frecuente de la ATM es la disfunción. Sin tratamiento puede conducir a degeneración interna de la misma y a cambios osteoartríticos irreversibles, de allí la importancia de que el radiólogo reconozca su espectro de presentación, y los signos indirectos asociados .
- La IRM no solo demuestra la morfología y la estructura interna de la ATM, sino también que permite la realización de estudios estáticos y dinámicos, mejorando la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico por imágenes de las patologías que afectan ésta articulación.

Bibliografía

1. Tomas X, Pomes J. Articulación temporomandibular.
In: Mercader JM, Vin~ uela F, eds. Neurorradiología
diagnóstica y terapéutica. Barcelona,Spain: Masson, 2004; 403– 408.
2. Guralnick W, Kaban LB, Merrill RG. Temporomandibular joint
afflictions. N Engl J Med 1978; 299:123–129.
3. Solberg WK, Woo MW, Houston JB. Prevalence of mandibular
dysfunction in young adults. J Am Dent Assoc 1979;98:25–34.
4. Katzberg RW, Bessette RW, Tallents RH, et al. Normal and
abnormal temporomandibular joint: MR imaging with surface coil.
Radiology 1986;158:183–189