



Revista Internacional de  
**Acupuntura**

www.elsevier.es/acu



## Editorial

# Acupuntura y disfunción temporomandibular. Puesta al día



## Acupuncture and temporomandibular dysfunction. State of the art

A propósito de 2 casos clínicos sobre el tratamiento coadyuvante de la disfunción temporomandibular (DTM) con acupuntura que se publican en REVISTA INTERNACIONAL DE ACUPUNTURA (el primero de ellos se publica en este número<sup>1</sup> y el segundo en el próximo<sup>2</sup>), parece oportuno realizar una puesta al día de la situación del tratamiento con acupuntura en la DTM.

La DTM es un trastorno frecuente, con una repercusión importante sobre la productividad laboral y la calidad de vida. Comprende una variedad de afecciones que conciernen a la anatomía y las características funcionales de la articulación temporomandibular (ATM) y ocasiona una clínica variada, que incluye dolor en la ATM y en los músculos masticatorios, ruidos articulares, trastornos auditivos, dolor de cabeza, dificultad para masticar y limitación para la apertura de la boca<sup>3</sup>. En un estudio retrospectivo de 4.528 pacientes con DTM, la sintomatología más prevalente fue el dolor, con un 96,1%, seguido de los trastornos auditivos (82,4%), las cefaleas (79,3%) y el dolor o molestia a nivel de la ATM, con un 75%<sup>4</sup>. La prevalencia se encuentra entre el 3,7 y el 12% y es de 2 a 8 veces más frecuente en la mujer<sup>5,6</sup>.

Existen pocos estudios de calidad que evalúen el tratamiento de la DTM<sup>7-16</sup>. Se sugiere que el abordaje terapéutico de la DTM debe ser multidisciplinario, combinando medidas no farmacológicas (tratamiento conductual, técnicas de relajación, fisioterapia, equilibrado oclusal, férulas de descarga, educación del paciente, acupuntura y autocuidados) y farmacológicas. La cirugía solo se considera en los casos donde el tratamiento conservador ha fracasado<sup>17</sup>.

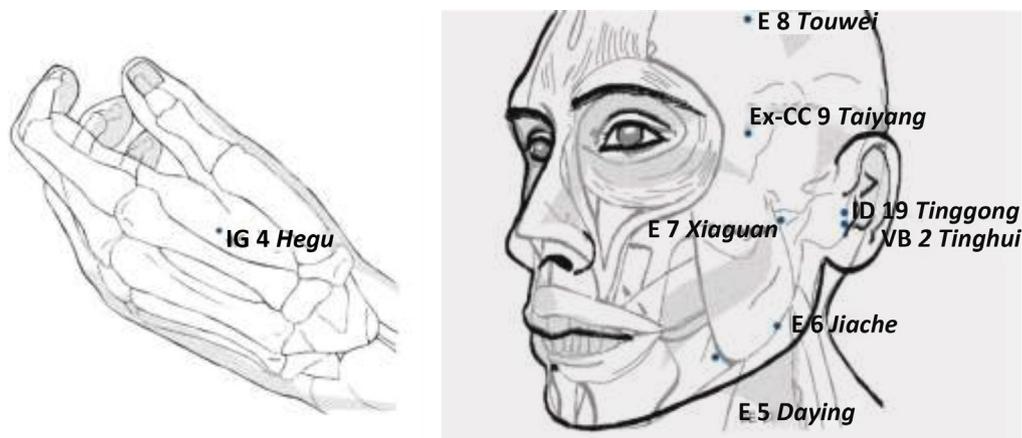
Respecto al tratamiento conservador, se podrían incluir medidas no farmacológicas y farmacológicas<sup>18</sup>. Dentro de las medidas no farmacológicas, la primera línea de tratamiento recomendada es la educación del paciente, explicándole la mecánica de la ATM y enseñándole ejercicios mandibulares y a evitar hábitos adquiridos, como apretar las mandíbulas,

mascar chicle, etc.<sup>19</sup>. Las férulas de estabilización se han hecho populares por su capacidad para reducir el dolor en reposo, pero una revisión Cochrane pone de manifiesto su falta de evidencia<sup>20</sup>. Tampoco las terapias cognitivo-conductuales tienen evidencia para su recomendación o no, dada la baja calidad metodológica y el pequeño número de estudios incluidos, sin embargo, los autores sugieren que podría ser beneficiosa para reducir el dolor y la limitación de la mandíbula<sup>21</sup>.

En lo referente a las medidas farmacológicas para tratar el dolor de la DTM (recordemos que es la principal queja de los pacientes), una reciente revisión Cochrane concluye que no hay evidencia suficiente para sustentar o no la efectividad de los fármacos para el tratamiento del dolor debido a DTM<sup>22</sup>. En esta revisión se incluyeron antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la ciclooxigenasa 2, benzodiazepinas, gabapentina, miorrelajantes, capsaicina tópica, glucosamina/condroitín sulfato y propranolol.

Según la mayoría de los autores debería reservarse el tratamiento quirúrgico para los casos en los que las medidas conservadoras hayan fracasado<sup>17,23</sup>, ya que no existe evidencia de su efecto<sup>24</sup> e incluso podría empeorar la sintomatología<sup>25</sup>.

El NICE (National Institute for Health and Care Excellence) recomienda la acupuntura para la DTM en su hoja de información para los pacientes con DTM como opción terapéutica (<https://patient.info/doctor/temporomandibular-joint-dysfunction-and-pain-syndromes#ref-20>), debido a la evidencia existente sobre su efectividad, si bien las revisiones sistemáticas existentes hasta la fecha concluyen que la acupuntura es efectiva en el tratamiento de la DTM, con diferencias entre la graduación de sus recomendaciones debido, en la mayoría de las ocasiones, a criterios de calidad en el diseño de los estudios incluidos en los análisis<sup>26-32</sup>. A continuación se resumen estas 7 revisiones, publicadas desde 2006 a 2017, por orden de publicación.



**Figura 1 – Puntos distales y locales seleccionados con mayor frecuencia en los diferentes estudios analizados.**

La primera de ellas, del año 2006, analiza 6 estudios controlados aleatorizados (ECA), 5 publicados en Suecia y 1 en Estados Unidos. Según los autores, todos comparten deficiencias metodológicas, incluida la falta de descripciones detalladas de los procedimientos de aleatorización, selección de puntos, posibles abandonos y eventos indeseables, así como en el intento de identificar un posible efecto placebo de la acupuntura (solo el ECA americano compara acupuntura con placebo). Aunque basados en la mejora de los criterios subjetivos y objetivos, todos los estudios consideran que la acupuntura es un tratamiento efectivo para la disfunción dolorosa de la ATM, los buenos resultados obtenidos deben interpretarse con cautela debido a las deficiencias metodológicas identificadas. Los autores concluyen que la acupuntura parece ser un método de tratamiento complementario adecuado en el tratamiento de la DTM<sup>26</sup>.

En la siguiente revisión, publicada en el año 2010, se analizan 4 ECA que comparan acupuntura verdadera con acupuntura simulada en DTM. Los 4 estudios demuestran la superioridad, en lo que se refiere a la reducción del dolor, de la acupuntura verdadera, con diferencias estadísticamente significativas<sup>27</sup>.

También en 2010, la tercera de las revisiones (con 19 ECA analizados) concluye que existe evidencia moderada de que la acupuntura es una intervención efectiva para reducir los síntomas asociados con DTM<sup>28</sup>.

En 2011, Jung et al<sup>29</sup> analizan 7 ECA, 6 de los cuales comparan acupuntura verdadera con acupuntura falsa penetrante, acupuntura falsa no penetrante o acupuntura láser simulada, mientras que el estudio restante compara acupuntura láser con acupuntura láser simulada. Cinco de estos ECA se consideran de bajo riesgo de sesgo. Un metanálisis combinado reveló “mejoras significativas en la intensidad del dolor” en los grupos de acupuntura verdadera, pero debido a las debilidades metodológicas inherentes a todos los ensayos, los autores califican esta evidencia como “limitada” y “débil”. Un análisis de esta revisión, realizado por Butts et al<sup>31</sup>, pone de manifiesto importantes debilidades a la hora de efectuar la selección de los ECA; en 4 de los 7 estudios, el tratamiento consistió en una sola sesión de acupuntura, evidentemente una dosis inferior a la óptima. Pero, tal vez, lo más sorprendente fue el hecho de

que 60 de los 91 puntos empleados en los 7 ECA seleccionaron solamente puntos distales de la mano (IG 4, ID 3 e ID 2) en lugar de puntos locales sobre los músculos de la masticación o el tejido conjuntivo periarticular de la ATM, de hecho, solo 13 de los 91 puntos seleccionaron localizaciones en el masetero (E 6) y 6 de los 91 puntos en el pterigoideo lateral (E 7).

En 2015, Porporatti et al<sup>30</sup> publicaron una revisión en la que incluyeron 21 ECA y pusieron de manifiesto que el tratamiento con acupuntura produce mejoras significativas en el dolor, el movimiento articular y la función oral, junto con la disminución de la hipertonicidad de los músculos masticatorios.

La penúltima se trata de una revisión narrativa publicada en 2017, en la que, tras una exhaustiva revisión, se concluye que la acupuntura en puntos locales es el tratamiento conservador con mayor evidencia en la DTM<sup>31</sup>.

También en 2017, Wu et al<sup>32</sup> publicaron la última revisión, hasta la fecha, en la que evaluaron los resultados clínicos del tratamiento con acupuntura en los trastornos temporomandibulares en adultos. Incluyeron 9 ECA y concluyeron que la acupuntura convencional es efectiva para reducir el grado de dolor en pacientes con DTM, especialmente en aquellos con síntomas de dolor miofascial.

Como conclusión cabe decir que, hasta la fecha, la acupuntura es el tratamiento conservador con mayor evidencia para el tratamiento de la DTM y que los puntos recomendados para su manejo son una combinación de puntos distales con puntos locales. En la mayoría de los estudios analizados, los puntos seleccionados son IG 4 como punto distal y como puntos locales—por orden de frecuencia en su selección—E 7, E 6 y E 5 (los más frecuentes) seguidos de VB 2, ID 19, E 8 y Taiyang (fig. 1).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Bonato de Almeida T, Dussarat Brito Oliveira L, Bressiani Gil ML, Aly Cecílio AM, Rosário de Sousa ML. Uso de la acupuntura en el tratamiento de la disfunción temporomandibular. *Rev Int Acupuntura*. 2018;12:37, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acu.2018.09.002>.
2. Pereira do Nascimento L, Thomasi da Silva P, Berretta Teixeira F, Schlickmann de Freitas M, Kuntze M, Peláez AN, et al. Uso de la acupuntura en el tratamiento de la disfunción

- temporomandibular: informe de un caso clínico. *Rev Int Acupuntura*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acu.2018.09.002>.
3. Ferreira MC, Porto de Toledo I, Dutra KL, Stefani FM, Porporatti AL, Flores-Mir C, et al. Association between chewing dysfunctions and temporomandibular disorders: A systematic review. *J Oral Rehabil*. 2018;45, 819-35.
  4. Cooper BC, Kleinberg I. Examination of a large patient population for the presence of symptoms and signs of temporomandibular disorders. *Cranio*. 2007;25, 114-26.
  5. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorders from 15 to 35 years of age. *J Orofac Pain*. 2000;14, 310-9.
  6. Bueno CH, Pereira DD, Pattussi MP, Grossi PK, Grossi ML. Gender differences in temporomandibular disorders in adult populational studies: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil*. 2018;45, 720-9.
  7. Herman CR, Schiffman EL, Look JO, Rindal DB. The effectiveness of adding pharmacologic treatment with clonazepam or cyclobenzaprine to patient education and self-care for the treatment of jaw pain upon awakening: a randomized clinical trial. *J Orofac Pain*. 2002;16:64-70.
  8. Dworkin SF. The case for incorporating biobehavioral treatment into tmd management. *J Am Dent Assoc*. 1996;127, 1607-10.
  9. Friction J. Current evidence providing clarity in management of temporomandibular disorders: summary of a systematic review of randomized clinical trials for intra-oral appliances and occlusal therapies. *J Evid Based Dent Pract*. 2006;6:48-52.
  10. Ta LE, Dionne RA. Treatment of painful temporomandibular joints with a cyclooxygenase-2 inhibitor: a randomized placebo-controlled comparison of celecoxib to naproxen. *Pain*. 2004;111:13-21.
  11. Dionne RA. Pharmacologic treatments for temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997;83, 134-42.
  12. Truelove E, Huggins KH, Mancl L, Dworkin SF. The efficacy of traditional, low-cost and nonsplint therapies for temporomandibular disorder. *J Am Dent Assoc*. 2006;137, 1099-107.
  13. Crider A, Glaros AG, Gevirtz RN. Efficacy of biofeedback-based treatments for temporomandibular disorders *Appl Psychophysiol. Biofeedback*. 2005;30, 333-45.
  14. Singer E, Dionne R. A controlled evaluation of ibuprofen and diazepam for chronic orofacial muscle pain. *J Orofac Pain*. 1997;11, 139-46.
  15. Dao TT, Lavigne GJ. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? *Crit Rev Oral Biol Med*. 1998;9, 345-61.
  16. List T, Axelsson S, Leijon G. Pharmacologic interventions in the treatment of temporomandibular disorders, atypical facial pain, and burning mouth syndrome. A qualitative systematic review. *J Orofac Pain*. 2003;17, 301-10.
  17. Gil-Martínez A, Paris-Aleman A, López-de-Uralde-Villanueva I, La Touche R. Management of pain in patients with temporomandibular disorder (TMD): challenges and solutions. *J Pain Res*. 2018;11, 571-87.
  18. Nandhini J, Ramasamy S, Ramya K, Kaul RN, Felix AJW, Austin RD. Is nonsurgical management effective in temporomandibular joint disorders? A systematic review and meta-analysis. *Dent Res J (Ispahan)*. 2018;15, 231-41.
  19. Durham J, Newton-John TR, Zakrzewska JM. Temporomandibular disorders. *BMJ*. 2015;350:h1154.
  20. Al-Ani MZ, Davies SJ, Gray RJ, Sloan P, Glennly AM. Stabilisation splint therapy for temporomandibular pain dysfunction syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004:CD002778.
  21. Liu HX, Liang QJ, Xiao P, Jiao HX, Gao Y, Ahmetjiang A. The effectiveness of cognitive-behavioural therapy for temporomandibular disorders: a systematic review. *J Oral Rehabil*. 2012;39:55-62.
  22. Mujakperuo HR, Watson M, Morrison R, Macfarlane TV. Pharmacological interventions for pain in patients with temporomandibular disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:CD004715.
  23. Bouchard C, Goulet JP, El-Ouazzani M, Turgeon AF. Temporomandibular Lavage Versus Nonsurgical Treatments for Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75, 1352-62.
  24. Al-Moraissi EA, Wolford LM, Perez D, Laskin DM, Ellis E 3rd. Does Orthognathic Surgery Cause or Cure Temporomandibular Disorders? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75, 1835-47.
  25. Frey DR, Hatch JP, Van Sickels JE, Dolce C, Rugh JD. Effects of surgical mandibular advancement and rotation on signs and symptoms of temporomandibular disorder: a 2-year follow-up study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2008;133:490, e1-8.
  26. Fink M, Rosted P, Bernateck M, Stiesch-Scholz M, Karst M. Acupuncture in the treatment of painful dysfunction of the temporomandibular joint—a review of the literature. *Forsch Komplementmed*. 2006;13, 109-15.
  27. La Touche R1, Angulo-Díaz-Parreño S, De-la-Hoz JL, Fernández-Carnero J, Ge HY, Linares MT, et al. Effectiveness of acupuncture in the treatment of temporomandibular disorders of muscular origin: a systematic review of the last decade. *J Altern Complement Med*. 2010;16, 107-12.
  28. Cho SH, Whang WW. Acupuncture for temporomandibular disorders: a systematic review. *J Orofac Pain*. 2010;24, 152-62.
  29. Jung A, Shin BC, Lee MS, Sim H, Ernst E. Acupuncture for treating temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized, sham-controlled trials. *J Dent*. 2011;39, 341-50.
  30. Porporatti AL, Costa YM, Stuginski-Barbosa J, Rigoldi Bonjardim L, Rodrigues Conti PC. Acupuncture therapeutic protocols for the management of temporomandibular disorders. *Rev Dor*. 2015;16, 53-9.
  31. Butts R, Dunning J, Pavkovich R, Mettelle J, Mourad F. Conservative management of temporomandibular dysfunction: A literature review with implications for clinical practice guidelines (Narrative review part 2). *J Bodyw Mov Ther*. 2017;21, 541-8.
  32. Wu JY, Zhang C, Xu YP, Yu YY, Peng L, Leng WD, et al. Acupuncture therapy in the management of the clinical outcomes for temporomandibular disorders: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e6064.

Jorge Vas

Unidad de Tratamiento del Dolor, Unidad de Gestión Clínica “Doña Mercedes”, Dos Hermanas, Sevilla, España

Correo electrónico: [jorgevas@gmail.com](mailto:jorgevas@gmail.com)

1887-8369/© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.acu.2018.10.001>