Descargado el: 23-11-2026 ISSN 1727-897X

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Artritis reumatoide y trastornos temporomandibulares: prevalencia, progresión e implicaciones clínicas
Rheumatoid Arthritis and Temporomandibular Disorders: Prevalence, Progression and Clinical Implications

Rómell Lazo Nodarse[1] Bismar Hernández Reyez[1] Silvia María Díaz Gómez[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey., Camagüey, Cuba

Cómo citar este artículo:
Nodarse R, Reyez B, Gómez S. Artritis reumatoide y trastornos temporomandibulares: prevalencia, progresión e implicaciones clínicas. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 23]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53245

Resumen

Fundamento: la artritis reumatoide afecta, frecuentemente, a la articulación temporomandibular, causa dolor, destrucción ósea y disfunción, pero su diagnóstico suele ser tardío por la subestimación de los síntomas.

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre manifestaciones clínicas, prevalencia, hallazgos imagenológicos, respuesta terapéutica e implicaciones de la afectación de la articulación temporomandibular en la artritis reumatoide.

Método: revisión narrativa de la literatura sobre las características, progresión, diagnóstico y manejo de esta afectación.

Resultados: la prevalencia de trastornos de la articulación temporomandibular en la artritis reumatoide es alta (4,7 %-92 %). Los síntomas iniciales incluyen: dolor bilateral, crepitación y limitación de la apertura bucal. La progresión conduce a erosiones condilares, anquilosis y deformidades, como la mordida abierta anterior. Las técnicas de diagnóstico por imágenes como la resonancia magnética, revelan estrechamiento del espacio articular, erosiones y derrame sinovial. Esta articulación presenta una respuesta terapéutica más limitada en comparación con otras.

Conclusiones: la afectación de la articulación temporomandibular en pacientes con artritis reumatoide es común, a menudo subdiagnosticada y conlleva graves complicaciones. Se requiere un enfoque multidisciplinario con evaluación clínica e imagenológica, temprana, para un manejo oportuno que preserve la función y mejore la calidad de vida.

Palabras clave: artritis reumatoide, trastornos de la articulación temporomandibular, articulación temporomandibular, manejo de la enfermedad, epidemiología

Abstract

Foundation: rheumatoid arthritis frequently affects the temporomandibular joint, causing pain, bone destruction, and dysfunction, but its diagnosis is often delayed due to underestimation of symptoms.

Objective: to synthesize the evidence on clinical manifestations, prevalence, imaging findings, therapeutic response, and implications of temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis.

Method: a narrative literature review was conducted on the characteristics, progression, diagnosis, and management of this condition.

Results: the prevalence of temporomandibular joint disorders in rheumatoid arthritis is high (4,7 %–92 %). Initial symptoms include bilateral pain, crepitus, and limited mouth opening. Progression leads to condylar erosions, ankylosis, and deformities such as anterior open bite. Imaging studies, such as magnetic resonance imaging, reveal narrowing of the joint space, erosions, and synovial effusion. These joint exhibits a more limited therapeutic response compared to others.

Conclusions: temporomandibular joint involvement in patients with rheumatoid arthritis is common, often underdiagnosed, and carries serious complications. A multidisciplinary approach with early clinical and imaging evaluation is required for timely management that preserves function and improves quality of life.

Key words: rheumatoid arthritis, temporomandibular joint disorders, temporomandibular joint, disease management, epidemiology

Aprobado: 2026-06-10 20:05:52

Correspondencia: Rómell Lazo Nodarse. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey. Cuba. romell.cmw@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La articulación temporomandibular (ATM) es una articulación sinovial bilateral de tipo gínglimo-artroidal, compuesta por el cóndilo mandibular y la fosa del hueso temporal. [1] Su anatomía es compleja y se caracteriza por superficies óseas incongruentes que están separadas por un disco fibrocartilaginoso, que divide la articulación en dos cámaras funcionales: los espacios, temporodiscal superior y condilodiscal inferior. [2] Esta estructura única permite los movimientos de rotación y desplazamiento del cóndilo, fundamentales para funciones como la masticación y el habla. [1,2]

El término trastorno temporomandibular (TTM) es un concepto utilizado para describir un grupo de afecciones musculoesqueléticas que afectan al sistema masticatorio, que incluyen la propia ATM, los músculos de la mandíbula y las estructuras asociadas. [2,3,4] Estos trastornos se presentan, principalmente, con dolor orofacial localizado, ruidos articulares como: chasquidos o crepitación y restricción en los movimientos mandibulares. [5,6] Los TTM constituyen la causa principal de dolor orofacial no dental y pueden afectar significativamente la calidad de vida al dificultar actividades básicas como comer y hablar. [3,5,6]

Su etiología se acepta como multifactorial, involucra factores de riesgo como: la genética, traumatismos, alteraciones anatómicas, bruxismo y condiciones sistémicas como las enfermedades reumáticas, [3,7] además de los factores biológicos, se reconoce que el estilo de vida acelerado y el estrés constante pueden exacerbar esta condición. [5]

Por su parte, las enfermedades reumáticas (ER) constituyen un grupo heterogéneo de condiciones que afectan al sistema musculoesquelético, que incluyen, tendones, ligamentos y huesos. [3] Los pacientes con ER, como la artritis reumatoide (AR) y la artritis psoriásica, muestran una mayor prevalencia de TTM, la cual puede incrementarse en presencia de maloclusión, pérdida dentaria o bruxismo. [7] Estas enfermedades impactan la calidad de vida relacionada con la salud y el funcionamiento diario, causa una morbilidad significativa en los pacientes afectados. [3]

La AR es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica, descrita por primera vez por el médico francés *Agustín Jacob Landré-Beauvis* alrededor del año 1800. [1] Afecta entre el 0,5 % y el 1 % de la población adulta mundial, con mayor frecuencia en mujeres y se caracteriza por una inflamación sinovial persistente que conduce a la destrucción del cartílago y hueso articular, genera dolor, deformidades y discapacidad. [1,7,8] Su etiología es compleja y multifactorial, con influencia de predisposición genética, alteraciones inmunológicas y factores ambientales. [1,8]

El primer estudio que estableció formalmente la relación entre la AR y la ATM fue realizado por *Cadenat y Blanc* en 1958. [1] Desde entonces, se sabe que la AR puede provocar una gran variedad de alteraciones en la ATM, que van desde pequeñas erosiones corticales hasta una severa destrucción ósea del cóndilo, la cavidad glenoidea y la eminencia articular. [8] La tasa de afectación de la ATM en pacientes con AR varía ampliamente en los estudios, entre un 5 % y un 86 %. [7] Esta afectación es crítica, porque causa dolor durante la masticación, la deglución y el habla, limita las actividades de la vida diaria y subraya la importancia de un manejo multidisciplinario. [6,7]

El objetivo de la presente investigación consiste en: sintetizar la evidencia sobre manifestaciones clínicas, prevalencia, hallazgos imagenológicos, respuesta terapéutica e implicaciones de la afectación de la ATM en la AR.

MÉTODOS

El presente estudio se fundamenta en una revisión bibliográfica narrativa cuyo objetivo fue recopilar, sintetizar y analizar la evidencia científica actual sobre la relación entre la AR y los TTM, con especial énfasis en su fisiopatología, manifestaciones clínicas, hallazgos imagenológicos, implicaciones funcionales y abordaje terapéutico.

Para lograr este objetivo, se realizó una búsqueda exhaustiva y sistemática de la literatura en bases de datos de reconocido prestigio científico y alcance internacional: PubMed, SciELO, *Google Scholar* y Elsevier/ *ScienceDirect*.

La estrategia de búsqueda se diseñó al utilizar una combinación de descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y términos claves del *Medical Subject Headings* (MeSH), junto con operadores booleanos para refinar los resultados. Los términos principales empleados fueron: "temporomandibular joint disorders",

"temporomandibular joint", "rheumatoid arthritis", "artritis reumatoide", "trastornos temporomandibulares", "epidemiology", "diagnóstico por imagen", "calidad de vida" y "manejo multidisciplinario". La estrategia de búsqueda se adaptó a la sintaxis específica de cada base de datos.

Se incluyeron artículos científicos originales, revisiones sistemáticas, meta-análisis y estudios de casos y controles publicados en español e inglés. El periodo de búsqueda se delimitó desde el año 2000 hasta agosto de 2025, con el fin de captar la evidencia más relevante y actualizada. Se priorizaron aquellos artículos que proporcionaban evidencia directa sobre la prevalencia, características clínicas, correlación imagenológica o impacto de los TTM en la calidad de vida de pacientes con AR.

Fueron excluidos los artículos cuyo texto completo no estaba disponible, los resúmenes de congresos sin datos completos, las tesis de grado, los editoriales y las publicaciones que no se referían, específicamente, a la articulación temporomandibular en el contexto de la artritis reumatoide o que se centraban en otras enfermedades reumáticas sin una clara diferenciación.

La búsqueda inicial identificó 65 artículos potencialmente relevantes. Tras la revisión de títulos y resúmenes, 35 cumplían los criterios de inclusión. La posterior lectura crítica del texto completo llevó a excluir 9 artículos por no ajustarse estrictamente al objetivo de la revisión, por ejemplo: por un enfoque exclusivamente quirúrgico sin contexto reumatológico o por metodologías poco claras. En consecuencia, el análisis final se basó en 26 artículos, los cuales constituyeron el cuerpo principal de evidencia para esta revisión.

El proceso de análisis consistió en la extracción y síntesis de la información en tablas matriciales. Los hallazgos se organizaron en categorías temáticas predefinidas: anatomía, epidemiología, clínica, imagenología, tratamiento e impacto. La información se integró de manera narrativa para ofrecer una visión coherente y actual del estado del conocimiento, se citaron las fuentes correspondientes para respaldar cada afirmación. Aunque no se trata de una revisión sistemática, se tuvo en cuenta la rigurosidad en la selección y el análisis crítico de la literatura, con el fin de presentar una recopilación fidedigna y útil para clínicos e investigadores en el campo de la reumatología y la estomatología.

DESARROLLO

Prevalencia de los TTM y correlación con la gravedad de la AR

Los TTM son una manifestación frecuente en pacientes con AR, con una prevalencia que oscila entre el 4,7 % y el 88 %, en dependencia de la población estudiada y los criterios diagnósticos empleados. [9,10] Estudios destacan que más del 50 % de los pacientes con AR presentan afectación clínica de la ATM. Los síntomas comunes han sido el dolor bilateral (70 %), la crepitación (65 %) y la limitación de apertura bucal (60 %). [11,12]

La variabilidad en las cifras se relaciona con el tiempo de evolución de la enfermedad: en AR temprana (<3 años), los síntomas de TTM se reportan en el 10 % hasta el 67,3 % de los casos, mientras que, en etapas avanzadas, la prevalencia supera el 70 %, y se asocian a daños estructurales como erosiones condilares y anquilosis. [9,13] La inflamación crónica, mediada por citocinas como IL-1β e IL-6, promueve la degeneración articular y la disfunción muscular, que agrava los TTM. [1] A pesar de su alta frecuencia, estos trastornos suelen subestimarse, según Rubio y cols. [11] hasta el 73 % de los pacientes normalizan sus síntomas y el 56 % se automedican, lo que retrasa el diagnóstico.

Se puede considerar que la amplia variabilidad en la prevalencia de los TTM en la AR revela una preocupante falta de estandarización en su diagnóstico.

Síntomas tempranos y progresión de la enfermedad

Los TTM asociados a la AR se manifiestan inicialmente con dolor bilateral, rigidez matutina y sensibilidad articular en el 70 % de los casos, acompañados de crepitación, en un 65 % y limitación de apertura bucal del 60 %, signos que sugieren actividad inflamatoria temprana. [11,12] A medida que la enfermedad progresa, la inflamación crónica induce erosiones cóndilares, aplanamiento de la eminencia articular [11] y estrechamiento del espacio articular, [14] que agravan síntomas como: la debilidad muscular masticatoria y los ruidos articulares (chasquidos o crepitación). [10,15] En fases avanzadas, hasta el 62,9 % de los pacientes desarrollan TTM moderados o severos, con complicaciones como

anquilosis fibrosa u ósea, que restringen la movilidad mandibular y provocan mordida abierta anterior, micrognatia, e incluso, dificultad respiratoria. [11,14,15]

La evolución de los TTM está directamente correlacionada con la duración y gravedad de la AR: estudios reportan que el 77 % de los pacientes con AR presentan dolor y disfunción ATM, que es la articulación más afectada en etapas tardías, [12,16] además, la liberación de citocinas proinflamatorias, IL-1β e IL-6, perpetúa el daño articular, exacerba el dolor durante la masticación y el habla, lo que impacta significativamente la calidad de vida. [1,17] Pese a su alta prevalencia de un 45 % a un 92 %, los TTM en AR suelen subestimarse, con hasta el 73 % de los pacientes que han normalizado sus síntomas y el 56 % que se ha automedicado, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento oportuno. [11,15]

Se observa, por tanto, un cuadro de clara progresión, donde la inflamación sistémica desencadena un deterioro articular secuencial que, de no intervenirse, culmina en discapacidades funcionales severas y deformidades.

Variabilidad en la presentación clínica

La afectación temporomandibular en pacientes con AR presenta una amplia variabilidad clínica, tanto en síntomas como en gravedad. Mientras que, algunos estudios reportan prevalencias de dolor y disfunción que oscilan entre el 8 % y el 92 %, [10,18,19] otros destacan que hasta el 70 % de los casos presentan sensibilidad articular, crepitación, en un 65 % y dolor durante los movimientos mandibulares, 60 %, como hallazgos predominantes. [11,13] Esta heterogeneidad se relaciona con factores como el tiempo de evolución de la AR, ya que la gravedad de los síntomas: dolor, limitación de apertura bucal y ruidos articulares, aumentan proporcionalmente con la duración de la enfermedad, [13,15] además, la afectación puede ser asintomática en etapas iniciales, con hallazgos radiográficos como erosiones o estrechamiento del espacio articular que pasan inadvertidos, [10,15] mientras que, en fases avanzadas predominan manifestaciones severas como anquilosis, micrognatia o mordida abierta anterior. [11,14,20] La heterogeneidad sintomática, desde casos asintomáticos hasta formas graves, convierte a la afectación temporomandibular en un desafío diagnóstico que requiere una alta sospecha clínica y evaluación individualizada.

Diferencias según edad y género

La afectación temporomandibular en pacientes con AR muestra diferencias significativas en relación con la edad y el sexo. Los hombres presentan una mayor prevalencia de erosiones articulares en articulaciones metacarpofalángicas (MCP1-3) y metatarsofalángicas (MTP2) en comparación con las mujeres, lo que sugiere un patrón de daño estructural más agresivo en este grupo. [21] En cuanto a la edad, los pacientes mayores con AR muestran hallazgos imagenológicos similares a los jóvenes: erosiones, aplanamiento condilar y osteofitos en resonancia magnética, lo que indica que la destrucción articular no difiere significativamente entre grupos etarios, [22,23] sin embargo, la capacidad adaptativa del cóndilo mandibular disminuye en la adultez, lo que puede exacerbar las alteraciones funcionales en pacientes de mayor edad. [15] Por otro lado, la positividad de anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA) (por sus siglas en inglés) se asocia más frecuentemente con erosiones en pies, articulaciones metatarsofalángicas (MTP3) en hombres (*p*<0.01), refuerzan el papel del sexo como factor pronóstico en la progresión del daño articular. [21]

Estos hallazgos subrayan la necesidad de considerar variables demográficas como la edad y el sexo en el manejo personalizado de la AR-ATM, especialmente en hombres con seropositividad a ACPA, quienes podrían beneficiarse de terapias más agresivas para prevenir complicaciones irreversibles. [15,21,22] La influencia de factores demográficos como el sexo y la edad subraya la necesidad de abandonar un enfoque único y adoptar estrategias de manejo personalizadas, reconociendo grupos de mayor riesgo.

Manifestaciones clínicas y destructivas en la ATM

La AR puede provocar daños severos en la ATM, entre los que se incluyen, la destrucción y reabsorción de los cóndilos, lo que deriva en una mordida abierta anterior [4,18] y complicaciones como disnea o apnea del sueño debido a la retracción mandibular, sin embargo, la afectación de la ATM suele manifestarse más tarde que en otras articulaciones y la adhesión ósea -etapa terminal de la destrucción articular- es menos frecuente.

Los hallazgos clínicos incluyen: dolor, reducción del espacio articular y derrame sinovial, con inflamación crónica que puede causar erosiones óseas y limitación funcional, especialmente, en pacientes con síndrome de *Sjögren* o enfermedad periodontal. [24] Se destaca el potencial destructivo de la AR en esta articulación, cuyas complicaciones pueden trascender lo local y comprometer funciones vitales, a pesar de su presentación a menudo tardía.

Hallazgos radiográficos y necesidad de monitoreo

Los hallazgos radiográficos en la afectación de la ATM por AR revelan alteraciones estructurales como erosiones corticales, aplanamiento de los cóndilos, estrechamiento del espacio articular, quistes subcondrales y deformidades en la eminencia articular, estos cambios son más frecuentes en etapas avanzadas de la enfermedad. [14,16,25] *Gaur* y cols., [23] señalan también, la posible aparición de cóndilos en forma de lápiz clásicos. *Goupille* y cols., citados por Rubio y cols. [11] destacaron la erosión del área condilar y fosa glenoidea, así como la reducción del espacio articular, mientras que Marín, en su tesis, citado por Lago y cols. [14] observó esclerosis subcortical en el 83,6 % de los casos y osteofitos en el 60 %. La tomografía computarizada y la resonancia magnética son útiles para detectar efusión sinovial, engrosamiento del disco articular (>1.55 mm) y edema de médula ósea, hallazgos que correlacionan con la actividad inflamatoria, [7,22,25] sin embargo, estos signos suelen subestimarse o ignorarse en la práctica clínica, lo que retrasa el diagnóstico y aumenta el riesgo de daños irreversibles como anquilosis fibrosa u ósea. [10,15]

La monitorización periódica mediante imágenes se justifica por la progresión silente de las lesiones, ya que hasta el 98,4 % de los pacientes con AR presentan alteraciones funcionales en la ATM, a pesar de la ausencia inicial de síntomas. [15,18] Estudios como el *Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation* (AGREE) [21] (por sus siglas en inglés) demuestran que la inflamación en la ATM se asocia con menor respuesta terapéutica: 84,6 % de resolución con abatacept + metotrexato (ABA+MTX) en comparación con el 94,7 % en otras articulaciones; con una evidencia estadística significativa, *p*<0.001, aspecto que refuerza la necesidad de evaluaciones multidisciplinarias que integren reumatología y odontología para prevenir complicaciones funcionales y mejorar el pronóstico. [10,14,21] La detección temprana mediante ultrasonido o resonancia magnética es crucial, dado que cambios como la hipertermia intraarticular o el desplazamiento discal (presente en 55 % de los casos) pueden preceder a la destrucción articular irreversible. [4,25,26]

La riqueza de signos imagenológicos contrasta con su frecuente subestimación en la práctica, lo que hace imperativo un monitoreo proactivo para capturar el daño silente antes de que sea irreversible.

Características imagenológicas avanzadas

La resonancia magnética en pacientes con AR revela erosiones condilares, derrame articular y osteofitos, sin diferencias significativas entre jóvenes y adultos mayores. [22] La tomografía computarizada detecta aplanamiento cóndilar, [23] esclerosis subcortical y quistes subcondrales en más del 60 % de los casos. [14] Estos cambios, aunque no patognomónicos de AR, ayudan a diferenciarla de otras patologías como la osteoartritis. [19] El engrosamiento sinovial >1.5 mm y el edema medular son hallazgos claves para el diagnóstico temprano. [25] Las técnicas de imagen avanzadas son herramientas indispensables no solo para el diagnóstico, también para la caracterización precisa de la naturaleza y extensión del daño articular inflamatorio.

Complicaciones estructurales graves

En casos avanzados, la reabsorción cóndilar causa retrognatia, mordida abierta anterior y obstrucción de la vía aérea durante el sueño. [4,16,18] El 66 % de los pacientes con AR en ATM presentan artritis cervical severa, que exacerba las limitaciones funcionales. [18] La anquilosis, aunque rara, puede ser bilateral y requerir cirugía reconstructiva. [11] La pérdida de fuerza masticatoria, vinculada a citocinas proinflamatorias como IL-1β e IL-6, agrava el deterioro nutricional y la salud bucal. [17] Las secuelas estructurales avanzadas representan la consecuencia máxima del proceso inflamatorio no controlado, con un impacto devastador en la anatomía, la función y la salud general del paciente.

Implicaciones funcionales y psicosociales

Las implicaciones funcionales y psicosociales de la afectación temporomandibular en pacientes con AR son profundas y multifacéticas. La limitación de la movilidad mandibular, presente

en el 60 al 70 % de los casos, dificulta funciones básicas como la masticación y el habla, lo que conduce a trastornos digestivos y comunicación ineficaz que agravan la calidad de vida. [1,11,14] La anquilosis, aunque menos frecuente, puede causar deformidades faciales como micrognatia o hipoplasia mandibular, genera imperfecciones estéticas que impactan la autoestima y las interacciones sociales. [11,14] Estudios reportan que el 56 % de los pacientes se automedican ante el dolor, mientras que el 73 % normaliza estos síntomas como: "inevitables" debido a su enfermedad, lo que refleja una falta de conciencia sobre las opciones terapéuticas específicas para la ATM, [11] además, el 50 % de los pacientes con TTM asociados a AR desarrollan síntomas psicológicos como depresión y somatización, vinculados al dolor crónico y la disfunción persistente. [27] La pérdida de fuerza masticatoria, reportada en el 60 % de los casos, no solo compromete la nutrición, también, exacerba los problemas bucales como la caries y las enfermedades periodontales debido a la higiene oral deficiente. [11,28] Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque multidisciplinario que integre manejo reumatológico, odontológico y apoyo psicológico para mitigar el deterioro funcional y el impacto psicosocial en esta población. [13,24,27] La rigidez matutina y las cefaleas frecuentes [1] reducen, además, la productividad diaria y la participación social, perpetuando un ciclo de malestar físico y emocional que evidencia la carga profunda de la disfunción temporomandibular asociada a la AR.

Es evidente que el impacto va más allá de lo articular, genera una carga multidimensional que erosiona la calidad de vida, la salud mental y la integración social del individuo y exige una respuesta holística.

Respuesta al tratamiento y pronóstico

La respuesta al tratamiento de la afectación de la ATM en pacientes con AR suele ser limitada en comparación con otras articulaciones, observándose una menor resolución de la hinchazón y menor tasa de remisión a pesar del uso de terapias combinadas como ABA+MTX, que solo logró un 84,6 % de mejoría en la ATM frente al 94,7 % en otras articulaciones, *p*<0.001). [21] La inflamación en la ATM se asocia con mayor actividad de la enfermedad según los índices: *Disease Activity Score* 28 - C-*Reactive Protein* (DAS28-CRP) o Índice Simplificado de Actividad de la Enfermedad (SDAI) (por sus siglas en inglés) y discapacidad funcional según el cuestionario *Health Assessment Questionnaire - Disability Index* (HAQ-DI) (por sus siglas en inglés), lo que sugiere un peor pronóstico cuando la articulación está afectada, [18,21] además, los pacientes con afectación de la ATM presentan menores tasas de remisión clínica, posiblemente debido a la dificultad en la evaluación y manejo terapéutico de esta articulación. [16,21] Aunque los tratamientos convencionales para la AR, como los Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (DMARDs) y los inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) (por sus siglas en inglés), pueden mitigar algunos síntomas, su eficacia en prevenir la progresión de daños estructurales en la ATM es insuficiente, especialmente, en casos avanzados con anquilosis o reabsorción condilar. [14,18,24]

La presencia de dolor en la ATM y sensibilidad muscular sugiere enfermedad activa, lo que refuerza la necesidad de enfoques multidisciplinarios que integren manejo reumatológico y odontológico para mejorar la función masticatoria y la calidad de vida. [11,29] Estudios como el de *Rhys* y cols., muestran los beneficios de utilizar el Cuestionario para Evaluar las Disfuncionalidades de las Articulaciones Temporomandibulares en Artritis Reumatoide (CEDATAR), publicado por *South Florida Journal of Health* en 2022, citado por Rubio y cols., [11] destacan que los pacientes, frecuentemente, subestiman los síntomas de la ATM, retrasan su abordaje y agravan, así, el pronóstico, lo que justifica un monitoreo rutinario mediante evaluación clínica e imágenes en esta población. [4,10,18]

La identificación temprana de marcadores como ACPA y el factor reumatoide (FR) podría ayudar a predecir la afectación de la ATM, aunque aún se requieren más estudios para establecer su correlación directa con la progresión de la enfermedad en esta articulación. [10,30]

La relativa resistencia al tratamiento sistémico convencional y su asociación con un peor pronóstico global enfatizan la complejidad de manejar esta articulación y la urgencia de desarrollar estrategias terapéuticas más efectivas e integrales.

CONCLUSIONES

La AR genera un espectro de alteraciones en la ATM que van desde el dolor leve hasta la anquilosis irreversible, con implicaciones

funcionales, estéticas y sistémicas. La detección temprana mediante el examen clínico y las imágenes, junto a un manejo multidisciplinario, es esencial para preservar la función mandibular y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Conflictos de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribuciones de los autores:

1- Conceptualización: Rómell Lazo Nodarse.

2- Análisis formal: Rómell Lazo Nodarse, Bismar Hernández Reyes.

3- Investigación: Rómell Lazo Nodarse, Bismar Hernández Reyes, Silvia María Díaz Gómez.

4- Metodología: Silvia María Díaz Gómez.

5- Administración del proyecto: Rómell Lazo Nodarse.

6- Financiamiento: Este artículo no contó con financiamiento.

7- Recursos: Rómell Lazo Nodarse, Silvia María Díaz Gómez.

8- Software: Rómell Lazo Nodarse.

9- Supervisión: Bismar Hernández Reyes.

10- Validación: Silvia María Díaz Gómez.

11- Redacción borrador original: Rómell Lazo Nodarse, Bismar Hernández Reyes, Silvia María Díaz Gómez.

12- Redacción revisión y edición: Rómell Lazo Nodarse, Bismar Hernández Reyes, Silvia María Díaz Gómez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Camargo EG, Ávila LJ, Rocha ML. Afecciones y complicaciones en la articulación temporomandibular en pacientes con artritis reumatoide. Rev ADM Estud[Internet]. 2022[citado 29/9/25];3(2):[aprox. 6p.]. Disponible en: https://www.adm.org.mx/backup/revista-estudiantil-adm/ADM_estudiantil_23.pdf.

2- Orlando MD, Chávez KL, Unda AM, Santaella LE, Cercado MG. Trastornos de la articulación temporomandibular y su relación con posturas craneocervicales. Rev Multidiscip Investig Contemp[Internet]. 2025[citado 29/3/26];3(2):[aprox. 30p.]: Disponible en: https://revmic.com/index.php/IC/article/download/89/124/883.

3- Aiello V, Ferrillo M, Marotta N, Agostini F, Curci C, Calafiore D, et al. Temporomandibular joint arthritis in rheumatic diseases patients: ¿which are the effective rehabilitative approaches for pain relief? A systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 2025;2(6):159.

4- Olsson M, Hagel S, Petersson S. Challenged by the jaw – an interview study on patients' experiences of temporomandibular disorders in rheumatic inflammatory diseases. Disabil Rehabil. 2025;47(4):977-84.

5- Çakır M, Ülker GMY. Analyzing the relationship between primary complaint, diagnosis, and treatment in patients with temporomandibular joint disorders. ADO Klin Bilim Derg. 2025;14(1):1-8.

6- Loyola MB. Tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular: Revisión sistemática. Cuad Odontol Rev Científica[Internet]. 2025[citado 29/3/26];3(1):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://revistasinstitutoperspectivasglobales.org/index.php/COD/article/view/383.

7- Durmuş EB, Yurdakul FG, Güler T, Bodur H. Temporomandibular joint disorder in rheumatoid arthritis: A cross-sectional ultrasonographic study. Arch Rheumatol. 2025;40(1):042-52.

8- De Moraes A, Gomes CR, de Oliveira VC, Nobre L, da Silva E. Alterações na A.T.M. em pacientes diagnosticados com artrite reumatoide. Res Soc Dev[Internet]. 2022[citado 29/9/25];11(8):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29375.

9- Hysa E, Lercara A, Cere A, Gotelli E, Gerli V, Paolino S, et al. Temporomandibular disorders in immune-mediated rheumatic diseases of the adult: A systematic review. Semin Arthritis Rheum. 2023;61(1):152215.

10- D'Apuzzo F, Rotolo RP, Fordellone M, Cuomo G, Jamilian A, Nucci L, et al. Temporomandibular disorders and serological tests in patients with rheumatoid arthritis. Appl Sci. 2023;13(20):11488.

11- Rubio YL, Márquez AK, Delgado DL. Consecuencias de la artritis reumatoide en la articulación temporomandibular y su manejo odontológico. Rev ADM Est[Internet]. 2023[citado 29/9/25];80(5):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2023/od235d.pdf.

12- Kubo H, Motohashi T, Kubota R, Fujii T, Watanabe M, Hase K, et al. A clinico-statistical study of temporomandibular disorders in patients with rheumatoid arthritis. J Osaka Dent Univ. 2023;57(2):283-7.

13- Lazo R, Hernández B, Díaz SM, Reyes FM, Castañeda L, Pérez Y. Trastornos temporomandibulares en pacientes con artritis reumatoide. Rev Cubana Med Mil[Internet]. 2025[citado 29/3/26];54(2):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/76180.

14- Lago CA, Chango MV, Solis U. Generalidades del peritaje médico legal en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y afectación de la articulación temporomandibular. Rev Cubana Reumatol[Internet]. 2024[citado 30/9/25];26(2024):[aprox. 3p.]. Disponible en: https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1390/pdf.

15- Piancino MG, Rotolo R, Cannavale R, Cuomo G, Masini F, Dalmasso P, et al. Cranial structure and condylar asymmetry of adult patients with rheumatoid arthritis. BMC Oral Health. 2023;23(1):269.

16- İlhanlı M, İlhanlı İ, Durmaz Y, Cengiz K, Çelenk P. Awareness of Temporomandibular Joint Involvement in Rheumatoid Arthritis Patients by Physicians Dealing with Rheumatology. J Exp Clin Med. 2022;39(3):842-7.

17- Mendes LA, Siéssere S, De Luca G, Stamato OL, Donizetti E, Giovannetti L, et al. Oral and dental health effect of rheumatoid arthritis on the masticatory muscles' thickness, bite force, mandibular mobility and quality of life of adult women. Int J Oral Dent Health. 2017;3(3):1-6.

18- O'Connor RC, Fawthrop F, Salha R, Sidebottom AJ. Management of the temporomandibular joint in inflammatory arthritis: Involvement of surgical procedures. Eur J Rheumatol. 2017;4(2):151-6.

19- Li J, Gao X, Dong H, Zhao J. Bouncing temporomandibular joint: Multiple temporomandibular lesions in a patient with rheumatoid arthritis. Rheumatol Immunol Res. 2024;5(4):238-40.

20- Ruiz CA, López JP, Zapata S. Reemplazo total aloplástico de ATM con prótesis personalizada (TMJ Concepts®) en artritis reumatoide e inyección de toxina botulínica. Reporte de un caso con seguimiento a 12 años. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac[Internet]. 2023[citado 30/9/25];18(1-3):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2022/cb221f.pdf.

21- Durez P, Westhovens R, Baeke F, Elbez Y, Robert S, Ahmad HA. Identification of poor prognostic joint locations in an early rheumatoid arthritis cohort at risk of rapidly progressing disease: a post-hoc analysis of the Phase III AGREE study. BMC Rheumatol. 2022;6(1):24.

22- Ilhanli M, Ilhanli I. Temporomandibular joint involvement in elderly onset and young onset rheumatoid arthritis patients. Rev Assoc Médica Bras. 2023;69(8):e20230411.

23- Gaur V, Singh N, Doshi AG, Chandrahas B. Immediate rehabilitation of a rheumatoid arthritis patient with single-piece implants. Int J Surg Case Rep. 2021;8(2):105874.

24- Lapo RJ, Rockenbach MC, Armas AC. Calidad de vida y de salud dental en pacientes con Artritis Reumatoide-Revisión Literaria. RECIAMUC[Internet]. 2024[citado 30/9/25];8(1):[aprox. 17p.]. Disponible en: https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1317.

25- Khattab K, Shehadeh R, Alnahhas FA, Saleem M, Farhan N. Radiologic Diagnosis of Rheumatoid Arthritis and Palindromic Arthritis. Research Square. 2024;1(1):1-8.

26- Ilhanlı M, Ilhanlı I, Aksakallı S. Effectiveness of Rocabado exercises in patients with rheumatoid arthritis in remission with temporomandibular joint involvement: A randomized-controlled study. Turk J Phys Med

Rehab. 2024;70(3):319-26.

27- Mortazavi N, Babaei M, Babaee N, Kazemi HH, Mortazavi R, Mostafazadeh A. Evaluation of the Prevalence of Temporomandibular Joint Involvement in Rheumatoid Arthritis Using Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. J Dent Tehran Iran. 2018;15(6):332.

28- Lazo GE, Marchioni AP, Ingeniero MJ, Gugnali MR, Caserio JA, Didomenico PC, et al. Artritis reumatoidea y manifestaciones a nivel de la articulación temporomandibular. Rev Facul Odontol[Internet]. Buenos Aires:Facultad Odontología;2021[citado 30/9/25]. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/131253/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

29- Rodriguez AB. Prevalência da artrite reumatoide na disfunção temporomandibular[Internet]. Gandra:IUCS;2022[citado 30/9/25]. Disponible en: https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/3917.

30- Chen X, Cheng Z, Xu J, Wang Q, Zhao Z, Jiang Q. Causal effects of autoimmune diseases on temporomandibular disorders and the mediating pathways: a Mendelian randomization study. Front Immunol. 2024;15(1):1390516.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS