REVISTA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Artículo original

Evolución histórica de los trastornos temporomandibulares: del síndrome de Costen a los criterios diagnósticos actuales

Historical evolution of temporomandibular disorders: from Costen's syndrome to current diagnostic criterio

https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0364

Rómell Lazo-Nodarse [1*]
https://orcid.org/0000-0002-5846-6300
romell.cmw@infomed.sld.cu

Bismar Hernández-Reyes[1]
https://orcid.org/0009-0008-8543-0419
hernandezreyesbismar@gmail.com

Silvia María Díaz-Gómez[1]
https://orcid.org/0000-0002-6314-3434
msilvia.cmw@infomed.sld.cu

Maitee Lajes-Ugarte[1]
https://orcid.org/0000-0002-0033-3441
malaug2019@gmail.com

Recibido: 30/08/2026 **Aceptado:** 04/11/2026

RESUMEN

Introducción: los trastornos temporomandibulares (TTM) son la principal causa de dolor orofacial de origen no dental y han cambiado repetidamente de nombre y de explicación**. Objetivo:** describir la evolución histórica del conocimiento sobre los TTM en cuanto a su concepto y terminología, su diagnóstico y su tratamiento**. Materiales y método:** revisión narrativa con búsqueda explícita en PubMed/MEDLINE, Europe PMC, OpenAlex y SciELO (octubre de 2026), sin límite de fecha y complementada con búsqueda manual; de 73 registros únicos se analizaron 47 documentos con información histórica sobre la terminología, la etiología, el diagnóstico o el tratamiento. **Resultados:** tras las primeras cirugías del siglo XIX, Costen (1934) atribuyó síntomas óticos a la articulación temporomandibular. Su teoría oclusal fue sustituida por los modelos de dolor-disfunción de Schwartz (1955) y Laskin (1969) y por el modelo biopsicosocial. El término «trastornos temporomandibulares» se recomendó en 1983, y el diagnóstico evolucionó desde los índices de Helkimo y Fonseca hasta los criterios RDC/TMD (1992) y DC/TMD (2014). El tratamiento pasó de la cirugía y el ajuste oclusal a un enfoque conservador y reversible; los fracasos de algunas prótesis articulares mostraron la necesidad de vigilar los dispositivos implantables. Desde 2015 se incorporaron la Clasificación Internacional del Dolor Orofacial, la imagen avanzada y la cirugía personalizada**. Conclusiones:** los TTM pasaron de entenderse como un problema mecánico atribuido a la oclusión a considerarse trastornos musculoesqueléticos multifactoriales. Esta evolución justifica emplear criterios diagnósticos estandarizados, fundamentar el tratamiento en la evidencia y actualizar la enseñanza de la odontología.

Palabras clave: trastornos de la articulación temporomandibular; historia de la odontología; terminología como asunto; diagnóstico; terapéutica.

1. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba
* Autor de correspondencia: romell.cmw@infomed.sld.cu

ABSTRACT

Introduction: temporomandibular disorders (TMD) are the main cause of non-odontogenic orofacial pain and have repeatedly changed in name and explanation. **Objective:** to describe the historical evolution of knowledge on TMD regarding concept and terminology, diagnosis and treatment. **Materials and methods:** narrative review with an explicit search in PubMed/MEDLINE, Europe PMC, OpenAlex and SciELO (October 2026), without date limits and complemented by a manual search; from 73 unique records, 47 documents with historical information on terminology, etiology, diagnosis or treatment were analyzed. **Results:** after the first surgeries of the nineteenth century, Costen (1934) attributed ear symptoms to the temporomandibular joint. His occlusal theory was replaced by the pain-dysfunction models of Schwartz (1955) and Laskin (1969) and by the biopsychosocial model. The term «temporomandibular disorders» was recommended in 1983, and diagnosis evolved from the Helkimo and Fonseca indices to the RDC/TMD (1992) and DC/TMD (2014) criteria. Treatment shifted from surgery and occlusal adjustment to a conservative and reversible approach; the failures of some joint prostheses showed the need to monitor implantable devices. Since 2015, the International Classification of Orofacial Pain, advanced imaging and personalized surgery have been incorporated. **Conclusions:** TMD evolved from being understood as a mechanical problem attributed to occlusion to being considered multifactorial musculoskeletal disorders. This evolution supports the use of standardized diagnostic criteria, evidence-based treatment and an updated dental education.

Keywords: temporomandibular joint disorders; history of dentistry; terminology as topic; diagnosis; therapeutics.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos temporomandibulares (TTM) son un conjunto de afecciones musculoesqueléticas que afectan a los músculos masticatorios, a las articulaciones temporomandibulares (ATM) y a las estructuras asociadas (1). Constituyen la principal causa de dolor orofacial de origen no dental y tienen una prevalencia elevada en la población general (1,2).

Pocas entidades de la odontología han cambiado tanto de nombre y de explicación. A lo largo del siglo XX se atribuyeron sucesivamente a la pérdida de la dimensión vertical, a la maloclusión, al estrés y a la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, y cada explicación trajo consigo su propia terminología y sus propios tratamientos (3,4). Esta sucesión de paradigmas explica buena parte de la confusión que todavía rodea a estos trastornos en la práctica clínica y en la enseñanza.

Revisar esta trayectoria tiene interés actual: los DC/TMD y las recomendaciones terapéuticas vigentes son el resultado de esa sucesión de paradigmas, y conocer su origen ayuda a explicar por qué se abandonaron explicaciones y tratamientos que todavía persisten en la práctica (4,5). Las revisiones históricas publicadas suelen centrarse en un solo aspecto, como la evolución del diagnóstico (5), la comprensión del dolor (6) o la enseñanza (7). Esta revisión integra en una misma secuencia el concepto, el diagnóstico y el tratamiento, e incorpora literatura latinoamericana en español y portugués.

El objetivo de esta revisión es describir la evolución histórica del conocimiento sobre los TTM en cuanto a su concepto y terminología, sus medios diagnósticos y sus tratamientos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa con búsqueda bibliográfica explícita. Para su elaboración se tuvieron en cuenta los seis criterios de la escala SANRA (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*), instrumento que valora la calidad de las revisiones narrativas (8); no se utilizó como protocolo de selección documental.

La búsqueda se realizó el 21 de octubre de 2026 en PubMed/MEDLINE, Europe PMC, OpenAlex y SciELO, sin límite de fecha y con términos en inglés, español y portugués. En PubMed se empleó la estrategia ("Temporomandibular Joint Disorders/history"[Mesh] OR "Temporomandibular Joint/history"[Mesh] OR (temporomandibular[ti] AND (historical[ti] OR history[ti]))) AND "free full text"[sb]; en Europe PMC, TITLE:temporomandibular AND (TITLE:history OR TITLE:historical) AND HAS_FREE_FULLTEXT:y; en OpenAlex, la búsqueda en el título temporomandibular AND (history OR historical OR historia OR história OR histórico OR histórica), con el filtro is_oa:true; y en SciELO, la misma cadena en todos los índices. El filtro de acceso abierto o texto completo gratuito se aplicó para garantizar la lectura del texto completo de cada documento y la comprobación de los datos históricos.

Se identificaron 131 registros en las bases de datos (PubMed: 13; Europe PMC: 14; OpenAlex: 36; SciELO: 68), 29 artículos mediante búsqueda manual en Redalyc, SciELO, repositorios institucionales y sitios web de revistas, y 8 documentos aportados por los autores, para un total de 168. Tras eliminar los duplicados por DOI y título quedaron 73 registros únicos, que se evaluaron por título y resumen.

Se incluyeron los documentos que aportaban datos históricos sobre la terminología, la etiología, el diagnóstico o el tratamiento de los TTM, independientemente de su tema principal, dado que la literatura dedicada específicamente a la historia de estos trastornos es escasa; se priorizaron los documentos más recientes. Se excluyeron las tesis y los registros que empleaban «history» en el sentido de historia natural de la enfermedad o de antecedentes clínicos. Los documentos aportados por los autores procedían de su base de datos bibliográfica en Zotero, y sus datos y texto completo se verificaron en Google Scholar; durante la revisión del manuscrito se incorporaron, con los mismos criterios, otros documentos de esa base de datos para actualizar las fuentes. Finalmente se analizaron 47 documentos: 23 procedentes de la búsqueda y 24 de la base de datos de los autores. Su información se organizó en tres ejes (concepto y terminología, diagnóstico y tratamiento) y se sintetizó en orden cronológico; los datos se contrastaron con las fuentes primarias cuando estuvieron disponibles. Para atribuir cada hallazgo a su autor original se citan,

además, 10 fuentes primarias clásicas referidas en los documentos analizados (por ejemplo, Costen, Laskin, Helkimo o Dworkin y LeResche), aunque algunas no sean de acceso abierto.

RESULTADOS

Antecedentes: de la luxación a las primeras cirugías

Las referencias más antiguas a la ATM proceden de textos del antiguo Egipto, que ya mencionaban la luxación y la anquilosis mandibulares (9-12). En el siglo V a. C., Hipócrates describió un método manual para reducir la luxación mandibular que, con variaciones, todavía se emplea (12,13). Durante siglos, la patología de la ATM se limitó a la luxación, la anquilosis y los traumatismos.

En el siglo XIX surgió la cirugía articular. En la década de 1840 se trató la anquilosis mediante la interposición de un bloque de madera (11), y en 1887 el cirujano británico Thomas Annandale publicó el primer informe quirúrgico de reposición de un disco articular desplazado (5,14). A comienzos del siglo XX se incorporaron los injertos autólogos: el de metatarsiano de Bardenheuer (1906), el colgajo de músculo temporal (1914) y el injerto costocondral de Gillies (1920), que se difundió en los años cincuenta (15,16) y que hoy se emplea menos por el riesgo de reanquilosis, hipertrofia o reabsorción del injerto (17). En 1901 ya se empleaban placas oclusales de vulcanita, que más tarde se fabricaron con resina acrílica (18).

La etapa oclusal y el síndrome de Costen

Entre 1918 y 1932, varios autores relacionaron los síntomas de la ATM con la oclusión: Prentiss (1918) relacionó en estudios anatómicos la pérdida de dientes con alteraciones de la articulación, Monson y Wright (1920) vincularon la posición mandibular con síntomas auditivos, y Goodfriend (1932) describió los síntomas articulares asociados a la pérdida de la dimensión vertical (3,19,20).

En 1934, el otorrinolaringólogo estadounidense James B. Costen describió un «síndrome de síntomas óticos y sinusales dependiente de la alteración funcional de la ATM»: dolor, sensación de oído taponado, acúfenos, vértigo y ardor en la boca, que atribuyó al desplazamiento posterior del cóndilo por la pérdida de los dientes posteriores (21,22). Llegó a enumerar 14 síntomas atribuibles a esta alteración (23). Costen amplió su serie en los años siguientes, hasta reunir 500 casos en 1944 (6). El «síndrome de Costen» dio a la entidad su primer nombre y su primera teoría causal. Sin embargo, en 1948 Sicher demostró que la explicación anatómica era insostenible, porque el cóndilo no podía comprimir las estructuras auditivas como Costen proponía (3,6). Aun así, la relación entre la ATM y el oído siguió estudiándose: en 1962, Pinto describió el ligamento

discomaleolar (24), y en 1964 Myrhaug analizó los síntomas óticos de los pacientes con alteraciones de la ATM (25).

Pese a esa crítica, la oclusión dominó la explicación de los TTM durante varias décadas. Desde la descripción de las relaciones oclusales por Angle en 1899, las interferencias oclusales se consideraron la causa principal, y el ajuste oclusal, el tratamiento lógico (26,27). Ramfjord y Ash, que hablaron de «alteraciones funcionales» de la ATM, representan esta etapa (22,28). Hasta los años sesenta, las opiniones clínicas superaban a la evidencia; los primeros estudios científicos llegaron en los sesenta y setenta, y desde 1990 se produjo un cambio de paradigma que redujo el papel de la oclusión a un factor menor (27,29).

Del dolor-disfunción al modelo biopsicosocial

En 1955, Schwartz describió el «síndrome de dolor-disfunción de la ATM» y llamó la atención sobre el espasmo muscular y los factores emocionales (6,28). Paralelamente, Travell y Rinzler describieron en 1952 el dolor miofascial con puntos gatillo en los músculos de la cabeza y el cuello (20). Shore lo denominó en 1959 «síndrome de disfunción de la ATM» (28). En 1969, Laskin propuso la teoría psicofisiológica del «síndrome de dolor-disfunción miofascial», que situó el origen del problema en la fatiga muscular producida por hábitos parafuncionales vinculados al estrés, no en la articulación ni en la oclusión (22,30).

El modelo biopsicosocial formulado por Engel en 1977 ofreció el marco para integrar estos hallazgos: el dolor de los TTM pasó a entenderse como el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (3,6,31). Más recientemente se ha propuesto, como hipótesis todavía en discusión, que una parte de los TTM dolorosos podría tener un componente nociplástico, es decir, de alteración del procesamiento central del dolor (32).

La terminología

La sucesión de teorías produjo una larga lista de denominaciones (tabla 1). Durante décadas se aplicaron denominaciones centradas en la articulación, como «síndrome de la ATM» (3), y en 1950 Markowitz y Gerry propusieron una de las primeras clasificaciones de los trastornos intraarticulares, con el término inespecífico «enfermedad de la articulación temporomandibular» (7). El término «trastornos temporomandibulares», promovido por Bell, fue recomendado por la Conferencia del Presidente de la Asociación Dental Americana, convocada en 1982 y cuyas conclusiones se publicaron en 1983, por su capacidad para englobar los problemas musculares y articulares (5,7,9,28). Esta recomendación unificó la denominación, pero no estableció criterios diagnósticos operativos, que solo llegarían con los RDC/TMD (5). En 2006, Laskin definió los

TTM como un conjunto de problemas clínicos que afectan a los músculos masticatorios, a la ATM y a los tejidos asociados (9).

Tabla 1
Evolución de la terminología de los trastornos temporomandibulares

Año	Autor u organismo	Denominación propuesta o adoptada	Enfoque predominante	Ref.
1934	James B. Costen	Síndrome de síntomas óticos y sinusales dependiente de la alteración funcional de la ATM («síndrome de Costen»)	Mecánico y oclusal	(21)
1955	Laszlo Schwartz	Síndrome de dolor-disfunción de la ATM	Muscular y emocional	(6,28)
1959	Shore	Síndrome de disfunción de la ATM	Funcional	(28)
Década de 1960	Ramfjord y Ash	Alteraciones funcionales de la ATM	Oclusal (gnatológico)	(22,28)
1969	Daniel Laskin	Síndrome de dolor-disfunción miofascial	Psicofisiológico	(30)
1982-1983	Bell; Conferencia del Presidente de la Asociación Dental Americana	Trastornos temporomandibulares (denominación general)	Integrador (muscular y articular)	(5,9)
2014	Consorcio Internacional RDC/TMD	Se mantiene «trastornos temporomandibulares»; los DC/TMD establecen criterios diagnósticos para 12 subtipos	Biopsicosocial	(33,34)

ATM: articulación temporomandibular; DC/TMD: *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*; Ref.: referencia. La fila de 2014 no corresponde a una nueva denominación, sino al establecimiento de criterios diagnósticos. Fuente: elaboración propia a partir de las referencias citadas.

La evolución del diagnóstico

Índices y criterios. En los años setenta aparecieron los primeros intentos de estandarizar el diagnóstico y las primeras publicaciones sobre la enseñanza de estos trastornos (7). En 1974, Martti Helkimo desarrolló sus índices anamnésico y clínico de disfunción, que se convirtieron en los más utilizados (35,36), y en 1986 Maglione los modificó para mejorar la clasificación de la gravedad (37,38). En Brasil, Fonseca elaboró en 1992 un índice anamnésico, publicado en 1994, que permitía el cribado mediante un cuestionario breve; su versión abreviada se validó años después (2,38,39). Ambos índices siguen empleándose en estudios epidemiológicos por su sencillez, pero son instrumentos de cribado o de gradación de la gravedad y no permiten establecer diagnósticos específicos, función que corresponde a los criterios estandarizados (36,39,40).

El cambio decisivo llegó en 1992, cuando Dworkin y LeResche publicaron los Criterios Diagnósticos para la Investigación de los TTM (RDC/TMD). Introdujeron un sistema de doble eje: el eje I, para el diagnóstico físico, y el eje II, para la evaluación psicosocial y de la

discapacidad asociada al dolor (5,41). Tras su validación internacional, en 2014 se publicaron los Criterios Diagnósticos para los TTM (DC/TMD), destinados ya a la práctica clínica y a la investigación (33). Los DC/TMD definieron los 12 subtipos más frecuentes e introdujeron el concepto de «dolor familiar» para confirmar el diagnóstico durante la exploración (34).

Imagen. En 1944 y 1947, Nørgaard empleó la artrografía y demostró el desplazamiento anterior del disco, tras los trabajos iniciales de Paas (1939) y Zimmer (1941) (22,42). La técnica se difundió en Estados Unidos a partir de 1970, de la mano de Wilkes (42), y ese mismo año se incorporó la artrotomografía. En 1984 se aplicaron a la ATM la tomografía computarizada, indicada para el estudio de los tejidos duros, y la resonancia magnética, que permitió visualizar el disco y los tejidos blandos (13,43); en 1987 se incorporó la resonancia dinámica (13). En 1989, Wilkes propuso su clasificación en cinco estadios de los desarreglos internos, que correlaciona los hallazgos de imagen con la clínica (44). La ecografía se estudia desde los años noventa como alternativa accesible, aunque su utilidad diagnóstica continúa en evaluación (43). La tabla 2 resume la evolución de los medios diagnósticos.

Tabla 2

Evolución de los medios diagnósticos de los trastornos temporomandibulares

Año	Instrumento o técnica	Autor	Aporte principal	Ref.
1939-1947	Artrografía	Paas, Zimmer, Nørgaard	Demostración del desplazamiento anterior del disco	(22,42)
1970	Artrotomografía	—	Visualización seccional de la articulación	(13)
1974	Índices anamnésico y clínico de disfunción	Helkimo	Gradación de la gravedad de la disfunción (no establece diagnósticos específicos)	(35,36)
1984	Tomografía computarizada	—	Estudio de los tejidos duros (cóndilo, eminencia, fosa)	(13,43)
1984	Resonancia magnética	—	Estudio del disco y de los tejidos blandos	(13,43)
1986	Índice de Helkimo modificado	Maglione	Mejor distribución de los grados de gravedad	(37,38)
1987	Resonancia magnética dinámica	—	Estudio del disco durante el movimiento	(13)
1989	Clasificación de los desarreglos internos	Wilkes	Cinco estadios que correlacionan imagen y clínica	(44)
1992	RDC/TMD	Dworkin y LeResche	Doble eje: diagnóstico físico (I) y psicosocial (II)	(5,41)
1992-1994	Índice Anamnésico de Fonseca (IAF)	Fonseca	Cribado mediante cuestionario breve (no establece diagnósticos específicos)	(2,38)
Década de 1990	Ecografía	—	Alternativa accesible y dinámica; utilidad diagnóstica en evaluación	(43)
2014	DC/TMD	Schiffman y colaboradores	Criterios validados para la clínica; concepto de «dolor familiar»	(33,34)

RDC/TMD: *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*; DC/TMD: *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*; Ref.: referencia. Fuente: elaboración propia a partir de las referencias citadas.

La evolución del tratamiento

Tratamiento conservador. Con el modelo biopsicosocial se impuso el principio de iniciar el tratamiento con medidas conservadoras y reversibles, consideradas hoy de primera elección (19,29,45). Entre ellas, las placas oclusales, empleadas desde principios del siglo XX, se mantienen como uno de los recursos más usados (18,19). En 1978, Farrar describió la manipulación mandibular y las férulas de reposicionamiento anterior para el desplazamiento del disco (46,47). En las últimas décadas se han sumado otras opciones, como el láser, la terapia manual y la toxina botulínica, cuya eficacia, indicaciones y seguridad continúan en evaluación (19).

Técnicas mínimamente invasivas. La primera artroscopia de la ATM la realizó Ohnishi en 1974 y se publicó en 1975 (48). En los años ochenta, Murakami describió la anatomía y la patología artroscópicas, y autores como Holmlund, Hellsing, McCain y Sanders desarrollaron la cirugía artroscópica (48). En 1991, Nitzan, Dolwick y Martínez describieron la artrocentesis, una técnica sencilla para el bloqueo articular con limitación grave de la apertura (16,49), y ese mismo año se publicaron resultados de la cirugía artroscópica en el bloqueo cerrado (50).

Cirugía abierta y reemplazo articular. Para la anquilosis, Topazian propuso en 1964 una clasificación en tres estadios, y Sawhney, en 1986, otra en cuatro tipos; desde los años sesenta, la artroplastia se considera el tratamiento quirúrgico de referencia (51,52). La historia de las prótesis estuvo marcada por los fracasos: los implantes de Silastic y de Proplast-Teflon provocaron reacciones de células gigantes y fracasos que motivaron su retirada en Norteamérica; en el caso del Proplast-Teflon, en 1991, tras una alerta de la FDA (11,53). Desde mediados de los noventa se autorizaron nuevos sistemas de reemplazo total (11,53). En 1997, Wolford y Karras comunicaron que el injerto de grasa autóloga alrededor de la prótesis reducía la formación de hueso heterotópico (51,54). En 2015, la FDA retiró la aprobación de la prótesis de Christensen por sus fallos (53).

Desarrollos recientes (2015 a la actualidad)

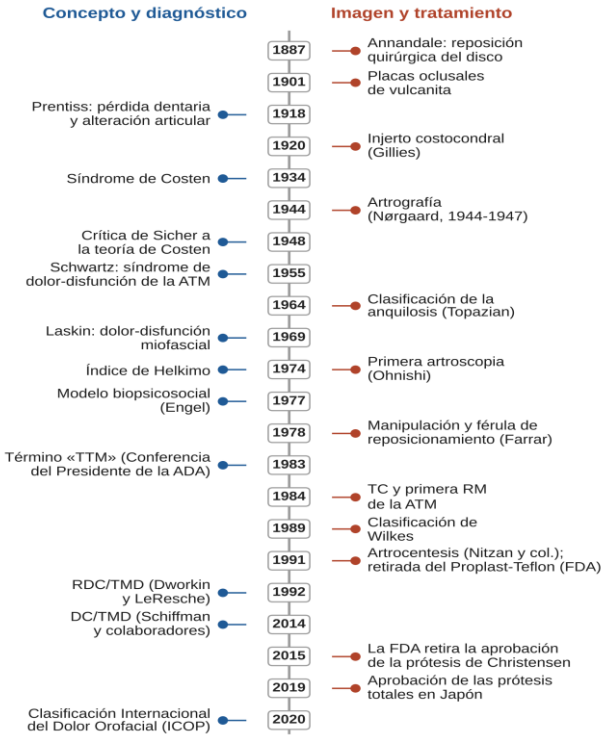
Diagnóstico. Tras la publicación de los DC/TMD, los criterios se validaron en múltiples idiomas, se recomendó el cribado del dolor con cuestionarios breves, como el TMD Pain Screener (1), y se propusieron versiones para niños y adolescentes y una versión abreviada para el dentista general (29). En 2020, la Clasificación Internacional del Dolor Orofacial (ICOP) integró los DC/TMD y la Clasificación Internacional de las Cefaleas en un sistema basado en la fisiopatología, en lugar de términos inespecíficos (7). En la imagen, la resonancia magnética se consolidó como estándar de referencia para el disco, y se incorporaron la resonancia dinámica con dispositivos que estabilizan la apertura bucal, la tomografía computarizada de haz cónico y

la ecografía de alta resolución (1,13,43,55); otras técnicas, como la termografía infrarroja, muestran todavía una precisión diagnóstica de baja a moderada y se consideran complementarias (56). En paralelo, el estudio prospectivo OPPERA reforzó la concepción de los TTM como trastornos complejos y multifactoriales (6,7).

Tratamiento. La cirugía incorporó la planificación virtual tridimensional, los modelos y guías quirúrgicas impresos en 3D y las prótesis personalizadas diseñadas por ordenador (CAD/CAM), que permiten intervenciones más precisas, incluso en niños con anquilosis (11,17,57); en Japón, las prótesis totales se autorizaron en 2019 (11). Se exploran, además, la cirugía asistida por robot, la navegación intraoperatoria y, como perspectivas todavía en investigación, los biomateriales para la regeneración tisular, la ingeniería de tejidos y las terapias con células madre mesenquimales (11,57). En el ámbito mínimamente invasivo se han sumado las infiltraciones de ácido hialurónico y de plasma rico en plaquetas y la combinación de manipulación, artrocentesis y aparatología (47,48), y las revisiones recientes insisten en un abordaje multidisciplinario y personalizado (55). La figura 1 presenta la cronología de estos hitos.

Figura 1

Línea de tiempo de los principales hitos en el concepto, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos temporomandibulares (1887-2020)



TTM: trastornos temporomandibulares; ADA: Asociación Dental Americana (Conferencia del Presidente); RDC/TMD y DC/TMD: criterios diagnósticos de investigación y criterios diagnósticos para los TTM; TC: tomografía computarizada; RM: resonancia magnética; ATM: articulación temporomandibular; FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos; ICOP: Clasificación Internacional del Dolor Orofacial. Fuente: elaboración propia a partir de las referencias citadas en el texto.

DISCUSIÓN

La historia de los TTM puede organizarse en cuatro etapas: quirúrgica, anterior a 1930; mecanicista y oclusal, desde Costen; muscular y psicofisiológica, desde Schwartz y Laskin; y de criterios estandarizados y modelo biopsicosocial, desde 1992 (4-6). A ellas se suma, desde 2015, una fase de refinamiento diagnóstico e innovación tecnológica (7,11). Más que una sucesión de nombres, esta secuencia muestra cómo cada explicación etiológica determinó qué se diagnosticaba y cómo se trataba.

La principal consecuencia de esta trayectoria es la persistencia de interpretaciones superadas. Términos como «síndrome de Costen» todavía figuran entre las denominaciones de estos trastornos en publicaciones recientes (58), y con ellos puede sobrevivir la idea de una causa única, mecánica u oclusal, superada por el modelo biopsicosocial (6,31). Esa idea explica que aún se indiquen ajustes oclusales y otros tratamientos irreversibles, pese a que la evidencia acumulada desde los años noventa redujo la oclusión a un factor menor (27,29).

La estandarización del diagnóstico fue el cambio de mayor alcance. Antes de los RDC/TMD, la diversidad de denominaciones e índices dificultaba comparar estudios (5). El doble eje de los RDC/TMD y de los DC/TMD incorporó la evaluación psicosocial al propio diagnóstico y ofreció un lenguaje común para la clínica y la investigación (5,33). Los índices de cribado conservan utilidad en estudios epidemiológicos, siempre que no se empleen como sustitutos del diagnóstico (39,40).

En el tratamiento, la lección histórica es que durante décadas las decisiones siguieron a las teorías etiológicas más que a la evidencia: la teoría oclusal justificó el ajuste oclusal, y la mecánica, la cirugía (27,29). La experiencia con el Proplast-Teflon y con la prótesis de Christensen mostró, además, el costo de adoptar tecnologías sin evidencia de seguridad a largo plazo, y obligó a intervenir a las autoridades sanitarias y a establecer seguimientos prolongados (11,53). El enfoque actual, que comienza por medidas conservadoras y reversibles y reserva las técnicas invasivas para casos seleccionados, responde a ese aprendizaje; aun así, la eficacia de varias intervenciones de uso frecuente sigue en evaluación, lo que obliga a fundamentar cada indicación en la evidencia disponible (19,29,45). Las innovaciones recientes, como las prótesis personalizadas o las terapias regenerativas, deberán evaluarse con el mismo rigor para no repetir los errores del pasado (11,57).

Esta evolución tiene implicaciones para la formación en odontología y en disciplinas afines. En 2020, el informe de las National Academies de Estados Unidos reclamó mejorar la enseñanza de estos trastornos, y se proponen la educación interprofesional y la inteligencia artificial para actualizarla (7). Conocerla ayuda a entender por qué los DC/TMD integran la evaluación física y la psicosocial, por qué la oclusión dejó de considerarse la causa principal y por qué el tratamiento debe comenzar por medidas conservadoras (7). Los programas que todavía presentan estos

trastornos desde un enfoque exclusivamente oclusal o mecánico reproducen paradigmas que la propia disciplina abandonó.

Esta revisión tiene limitaciones. Por su carácter narrativo, la selección y la síntesis dependieron del juicio de los autores. La búsqueda se limitó a cuatro bases de datos, a tres idiomas y a documentos de acceso abierto o texto completo gratuito, lo que pudo excluir trabajos históricos publicados en revistas por suscripción o en otros idiomas. Buena parte de los datos históricos procede de las introducciones o los antecedentes de artículos clínicos, epidemiológicos o de revisión, y no de estudios históricos específicos. Además, algunos episodios se reconstruyeron a partir de fuentes secundarias, y ciertas fechas difieren entre las fuentes, por ejemplo las de los trabajos de Goodfriend o la modificación del índice de Helkimo; en esos casos se priorizaron las fuentes primarias cuando estuvieron disponibles.

CONCLUSIONES

Los TTM pasaron de ser un problema mecánico de la articulación, atribuido a la oclusión, a entenderse como un grupo de trastornos musculoesqueléticos de origen multifactorial. Los hitos decisivos fueron el síndrome de Costen (1934), los modelos de dolor-disfunción de Schwartz (1955) y Laskin (1969), la adopción del término TTM (1983), los RDC/TMD (1992) y los DC/TMD (2014). En el tratamiento, el tránsito desde la cirugía y el ajuste oclusal hacia las medidas conservadoras y las técnicas mínimamente invasivas resume la madurez alcanzada por la disciplina. Desde 2015, la clasificación del dolor orofacial, la imagen avanzada y la cirugía personalizada abren una nueva etapa, cuyo valor deberá demostrarse con evidencia. Esta evolución obliga a actualizar los protocolos diagnósticos según los DC/TMD, a seleccionar los tratamientos según la evidencia y no según teorías etiológicas superadas, y a incorporar el enfoque biopsicosocial en la enseñanza de la odontología.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de financiamiento: la presente revisión no recibió financiamiento de agencias públicas ni del sector privado.

Declaración del comité de bioética: al tratarse de una revisión narrativa sustentada exclusivamente en literatura científica publicada, no requirió la aprobación de un comité de bioética.

REFERENCIAS

1. Bhardwaj M, Ahluwalia R, Chugh T. Temporomandibular joint disorders' diagnosis. Santosh Univ J Health Sci. 2023;9(2):196-199. doi: 10.4103/sujhs.sujhs_50_23
2. Zieliński G, Pająk-Zielińska B, Ginszt M. A meta-analysis of the global prevalence of temporomandibular disorders. J Clin Med. 2024;13(5):1365. doi: 10.3390/jcm13051365

3. Klasser GD, Greene CS. The changing field of temporomandibular disorders: what dentists need to know. J Can Dent Assoc. 2009;75(1):49-53. Disponible en: https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-1/49.html
4. List T, Jensen RH. Temporomandibular disorders: old ideas and new concepts. Cephalalgia. 2017;37(7):692-704. doi: 10.1177/0333102416686302
5. Ohrbach R, Dworkin SF. The evolution of TMD diagnosis: past, present, future. J Dent Res. 2016;95(10):1093-1101. doi: 10.1177/0022034516653922
6. Skármeta NP, Pesce MC, Saldivia J, Espinoza-Mellado P, Montini F, Sotomayor C. Changes in understanding of painful temporomandibular disorders: the history of a transformation. Quintessence Int. 2019;50(8):662-669. doi: 10.3290/j.qi.a42779
7. Hatfield E, Sandhu S, Danciu T, Clauw DJ, DaSilva A. The past, present, and future of temporomandibular disorders in predoctoral curriculum: historical perspectives and what comes next. J Oral Facial Pain Headache. 2026;40(1):32-41. doi: 10.22514/jofph.2026.003
8. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev. 2019;4:5. doi: 10.1186/s41073-019-0064-8
9. Cartaya Díaz MC. Trastornos temporomandibulares en deportistas. SPIMED. 2023;4(2):e161. Disponible en: https://revspimed.sld.cu/index.php/spimed/article/view/161
10. Pérez Bondar V, Valencia Díaz E, Massó Vicet Y. Caracterización clínico-terapéutica de los desórdenes temporomandibulares. Rev Cubana Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2021;5(1):e195. Disponible en: https://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/195
11. Dinesh Nag Y, Kinneresh R, Venkateswara Reddy M, Mrudulika M, Karri AK, Bandi BG, et al. Evolving horizons in temporomandibular joint total replacement: a comprehensive narrative review. Cureus. 2025;17(10):e95806. doi: 10.7759/cureus.95806
12. Rodríguez-Betancourt MM, Yero-Mier IM, de Castro-Yero JL, Fernández-Rodríguez CA, Dorta-Capita BY. Influencia de la ansiedad en el desarrollo de los trastornos temporomandibulares. Rev Inf Cient. 2022;101(5):e3951. Disponible en: http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3951
13. Jeremic Knezevic M, Knezevic A, Boban J, Maletin A, Milekic B, Koprivica DD, et al. A new mechanical mouth opener for dynamic magnetic resonance imaging of the temporomandibular joint. J Clin Med. 2023;12(15):5035. doi: 10.3390/jcm12155035
14. Monika K, Reche A, Tagore S. Exploring temporomandibular disorders (TMDs) and occlusion debate in dentistry: biting into controversy. Cureus. 2024;16(5):e61108. doi: 10.7759/cureus.61108
15. García-Rozado González A. Reconstrucción de la articulación temporomandibular: injertos autólogos. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2005;27(1):15-28. doi: 10.4321/S1130-05582005000100003
16. Cabo García R, Grau León IB, Lorenzo Uribazo A, Pérez Pérez O. Generalidades del manejo quirúrgico de los trastornos temporomandibulares con técnicas poco invasivas. Rev Haban Cienc Méd. 2009;8(4). Disponible en: https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1583
17. Dowgierd K, Pokrowiecki R, Kulesa-Mrowiecka M, Dowgierd M, Woś J, Szymor P, et al. Protocol for multi-stage treatment of temporomandibular joint ankylosis in children and adolescents. J Clin Med. 2022;11(2):428. doi: 10.3390/jcm11020428
18. Nishimori LE, Martins JR, Marson FC, Sábio S, Silva CO, Corrêa GO. Utilização de placas oclusais em resina acrílica no auxílio do tratamento de DTMs. Rev UNINGÁ Rev. 2014;17(1):59-64. Disponible en: https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1489
19. Batista JFL, Lima Júnior LG, Silva SS, Nascimento MC, Meira e Cruz M, Heimer MV. Terapias utilizadas para o manejo da disfunção temporomandibular de origem miofascial: análise bibliométrica. BrJP. 2024;7:e20240024. doi: 10.5935/2595-0118.20240024-pt
20. Badim J, Badim JMD. Temporomandibular joint (TMJ) dysfunction. Rev Bras Cir Plást. 2002;17:51-68. Disponible en: https://www.rbcp.org.br/details/260/pt-BR
21. Costen JB. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1934;43(1):1-15.
22. Sharma S, Gupta DS, Pal US, Jurel SK. Etiological factors of temporomandibular joint disorders. Natl J Maxillofac Surg. 2011;2(2):116-119. doi: 10.4103/0975-5950.94463

23. Villela C. Disfunções temporomandibulares: atualização farmacológica. Rev Fluminense Odontol. 2018;1(49). doi: 10.22409/ijosd.v1i49.387
24. Diago Gutiérrez JX, Goffi Gomez MVS, Parisi Jurado J, Bento RF, Ching LH, Siqueira JTT. Sinais e sintomas auditivos nas alterações biomecânicas da articulação têmporo-mandibular. Arq Fund Otorrinolaringol. 2001;5(2):70-76. Disponible en: https://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/2001_0502_03.pdf
25. Zeigelboim BS, Jurkiewicz AL, Martins-Bassetto J, Klagenberg KF. Avaliação vestibular em mulheres com disfunção temporomandibular. Rev CEFAC. 2007;9(2):255-262. doi: 10.1590/S1516-18462007000200015
26. Soto Cantero L, de la Torre Morales JD, Aguirre Espinosa I, de la Torre Rodríguez E. Trastornos temporomandibulares en pacientes con maloclusiones. Rev Cubana Estomatol. 2013;50(4):374-387. Disponible en: https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/229
27. Bósio JA. O paradigma da relação entre oclusão, ortodontia e disfunção têmporo-mandibular. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial. 2004;9(6):84-89. doi: 10.1590/S1415-54192004000600012
28. Cabezas González J, Rodríguez Linares ML, Miranda Gómez O. Caracterización clínica de los trastornos temporomandibulares. Rev Cubana Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2025;9:e464. Disponible en: https://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/464
29. Bucci R, Rongo R, Michelotti A. Temporomandibular disorders – current concepts. Semin Orthod. 2024;30(3):235-236. doi: 10.1053/j.sodo.2024.02.004
30. Laskin DM. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. J Am Dent Assoc. 1969;79(1):147-153.
31. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-136. doi: 10.1126/science.847460
32. Svensson P. Could painful temporomandibular disorders be nociplastic in nature? A critical review and new proposal. Acta Odontol Scand. 2024;83:144-150. doi: 10.2340/aos.v83.40586
33. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. 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
34. Bird R, Beecroft EV. TMD diagnosis—what should general dentists and orthodontists know? Semin Orthod. 2024;30(3):243-249. doi: 10.1053/j.sodo.2024.01.002
35. Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. Sven Tandlak Tidskr. 1974;67(2):101-121.
36. Cocoș DI, Vlasa A, Bucur SM, Păcurar M, Earar K. Association between impacted mandibular third molars and temporomandibular dysfunction: an analysis based on the modified Helkimo index. Medicina (Kaunas). 2025;61(5):850. doi: 10.3390/medicina61050850
37. Caraballo Villalón LB, Borges Toirac MA, Villalón Artires P, Balleuxs Pereira M. Trastornos temporomandibulares en adolescentes con hábitos parafuncionales. MEDISAN. 2023;27(3):e4578. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/3684/368475403008/368475403008.pdf
38. Christiani JJ. Frecuencia de trastornos temporomandibulares según el índice de Fonseca. Rev Odontol Cient Chil. 2024;3(1):7-14. Disponible en: https://revistas.uchile.cl/index.php/ROCC/article/download/75508/76958
39. Yarasca-Berrocal E, Huamani-Echaccaya J, Tolmos-Valdivia R, Tolmos-Regal L, López-Gurreonero C, Cervantes-Ganoza LA, et al. Predictability and accuracy of the short-form Fonseca Anamnestic Index in relation to the modified Helkimo Index for the diagnosis of temporomandibular disorders: a cross-sectional study. J Int Soc Prev Community Dent. 2022;12(2):178-188. doi: 10.4103/jispcd.JISPCD_227_21
40. Paz-Cortés MM, Martín-Vacas A, Mendoza PA, Rozalén M, Alvaredo MÁ. Analysis of the effect of exams on perceived stress and temporomandibular joint status in physiotherapy students: a pilot study. Medicina (Kaunas). 2024;60(6):952. doi: 10.3390/medicina60060952
41. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord. 1992;6(4):301-355.

42. Arun VR, Chandrasekharan D, Purusothaman D, Tandon A. TMJ arthrography: a review. Int J Appl Dent Sci. 2025;11(3):323-326. doi: 10.22271/oral.2025.v11.i3e.2223
43. Maranini B, Ciancio G, Mandrioli S, Galiè M, Govoni M. The role of ultrasound in temporomandibular joint disorders: an update and future perspectives. Front Med (Lausanne). 2022;9:926573. doi: 10.3389/fmed.2022.926573
44. Wilkes CH. Internal derangements of the temporomandibular joint. Pathological variations. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1989;115(4):469-477.
45. Alowaimer HA, Al Shutwi SS, Alsaegh MK, Alruwaili OM, Alrashed AR, AlQahtani SH, et al. Comparative efficacy of non-invasive therapies in temporomandibular joint dysfunction: a systematic review. Cureus. 2024;16(3):e56713. doi: 10.7759/cureus.56713
46. Farrar WB. Characteristics of the condylar path in internal derangements of the TMJ. J Prosthet Dent. 1978;39(3):319-323.
47. Song ZQ, Li CX, Gong ZC. A novel combination of treatments for acute anterior disc displacement without reduction of temporomandibular joint. Sci Rep. 2025;15(1):4176. doi: 10.1038/s41598-025-88622-z
48. Bravo Ahumada R, de la Fuente Escalona M, Núñez Baeza C. Artroscopía de la articulación temporomandibular. Rev Med Clin Condes. 2023;34(4):261-268. doi: 10.1016/j.rmclc.2023.07.002
49. Nitzan DW, Dolwick MF, Martinez GA. Temporomandibular joint arthrocentesis: a simplified treatment for severe, limited mouth opening. J Oral Maxillofac Surg. 1991;49(11):1163-1170.
50. Grossmann E, Grossmann TK. Cirurgia da articulação temporomandibular. Rev Dor. 2011;12(2):152-159. doi: 10.1590/S1806-00132011000200012
51. Vargas López D, Ferraez Castañeda EDC, García Alcaraz VA. Reemplazo total de articulación temporomandibular en pacientes con anquilosis: presentación de dos casos clínicos. Rev Odont Mex. 2021;25(1):76-87. Disponible en: https://journals.unam.mx/index.php/rom/article/view/72767
52. Gomes LM, Cordeiro LFS, Nascimento WSMO, Araújo FN, Dutra IRR, Marinho JA, et al. Abordagem cirúrgica no tratamento de anquilose da articulação temporomandibular. Res Soc Dev. 2024;13(2):e5413244985. doi: 10.33448/rsd-v13i2.44985
53. Bach E, Sigaux N, Fauvernier M, Cousin AS. Reasons for failure of total temporomandibular joint replacement: a systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2022;51(8):1059-1068. doi: 10.1016/j.ijom.2021.12.012
54. Wolford LM, Karras SC. Autologous fat transplantation around temporomandibular joint total joint prostheses: preliminary treatment outcomes. J Oral Maxillofac Surg. 1997;55(3):245-251.
55. Loyola-Castillo MB. Tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular: revisión sistemática. Cuad Odontol Rev Cient. 2025;3(1):8-13. doi: 10.62574/pbvxvc81
56. Becerra López HK, Castillo Pedraza MC, Wilches Visbal JH. Principios físicos y avances recientes de la termografía infrarroja en odontología. Rev Cubana Med Mil. 2022;51(1):e02201593. Disponible en: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1593
57. Aguilar Solórzano PR, Ambuludi Ambuludi KV, Prado González HE, Pinos Balcazar EF, Leon Yambay AF, Tipanta Villacrés SE, et al. Tratamiento quirúrgico de patologías articulares temporomandibulares: enfoques actuales y perspectivas futuras. Ibero-Am J Health Sci Res. 2026;6(1):308-314. doi: 10.56183/iberojhr.v6i1.910
58. Vaz GOA, Coelho JF, Soares VF, Bastos ASM. Análise atualizada e sistematizada sobre a síndrome da disfunção temporomandibular. Rev Ibero-Am Humanid Ciênc Educ. 2022;8(9):526-539. doi: 10.51891/rease.v8i9.6794