

Oclusión y estrés en el síndrome dolor-disfunción temporomandibular: presentación de un paciente

Occlusion and stress in the temporomandibular pain-dysfunction syndrome: a case report

Dra. Yanelys Cabrera Villalobos ^I; Dra. Marina Álvarez Llanes^{II}; Dra. Mercedes Gómez Mariño ^{III}; Dra. María E. Malcom Castillo ^{IV}

^I Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Clínica Estomatológica Provincial Docente "Ismael Clark y Mascaró". Camagüey, Cuba

^{II} Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Hospital Quirúrgico Docente "Martín Chang Puga". Nuevitas, Camagüey, Cuba

^{III} Especialista de II Grado en Parodoncia. Clínica Estomatológica Provincial Docente "Ismael Clark y Mascaró". Camagüey, Cuba

^{IV} Especialista de I Grado en Ortodoncia.

RESUMEN

Se reporta una fémina de 20 años, estudiante de tercer año de Medicina con síndrome dolor disfunción temporo-mandibular, cuyo motivo de consulta fue el dolor, relacionado con el lado no habitual de masticación y de dormir. Los datos fueron tomados de su historia clínica donde fue inicialmente tratada. Nos basamos en la exploración clínica de músculos, articulaciones temporo-mandibulares y oclusión, para detectar como posibles causas: el estrés y una interferencia oclusal grosera. Se realizó un tratamiento multicausal: acupuntura, exodoncia, relajación progresiva de Jacksonson, charlas educativas, plegable informativo control de placa dentobacteriana e higiene bucal y remisión al psicólogo. Pudimos constatar que una lesión funcional puede causar síntomas tan variados como el daño articular. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y por su sencillez debería incorporarse al protocolo de

exploración habitual. Consideramos el estrés un factor predisponente principal y a la vez desencadenante. El estomatólogo del futuro guiará al paciente hacia una vida plena, libre de preocupaciones que alteren su salud mental. Siempre será necesario incorporar al Psicólogo en el equipo multidisciplinario que tratará la afección.

Palabras clave: Síndrome dolor disfuncional / tratamiento / diagnóstico / Dolor miofacial / algia facial / dolor / Articulación temporomandibular.

ABSTRACT

A 20 year-old female, a third year student of Medicine with temporomandibular pain-dysfunction syndrome is reported whose consultation reason was pain, related with the non habitual mastication and sleeping side. Data were taken of her clinical history where it was initially treated. We base ourselves on the clinical exploration of muscles, temporomandibular articulations and occlusion, to detect as possible causes: stress and a coarse occlusal interference. A multicausal treatment was carried out: acupuncture, exodontia, Jacksonson's progressive relaxation, educational talk, informative folding, control of dentobacterial plaque, oral hygiene and remission to the psychologist. We could verify that a functional lesion can cause such varied symptoms as the articular damage. Diagnosis is clinical fundamentally and for its simplicity should incorporate to the habitual exploration protocol. We consider stress a principal predisposing and at the same time triggering factor. The future stomatologist will guide the patient towards a full life, free of preoccupations that alter their mental health. It will always be necessary to incorporate the Psychologist in the multidisciplinary team that will treat the affection.

Key words: Pain-dysfunctional Syndrome / treatment / diagnosis / miofacial pain / facial algia / pain / temporomandibular joint.

INTRODUCCIÓN Entre los trastornos temporomandibulares (TTM) el síndrome dolor-disfunción (SDD) es la entidad más común, caracterizada por un espasmo de la musculatura masticatoria que cuando desarrolla el componente doloroso, se convierte en un ciclo autoperpetuante independiente de cualquier factor causal y puede durar indefinidamente.^{1, 2}

Las indicaciones terapéuticas así como el plan de tratamiento dependen del diagnóstico clínico.³ Cuando nos encontramos con pacientes que padecen del SDDATM tendemos a realizar, además de una exploración clínica exhaustiva de músculos y oclusión, exploraciones complementarias cada vez más sofisticadas y costosas que

nos llevan al diagnóstico final y pese a ello, no logramos detectar la causa. Pero en algunas ocasiones el diagnóstico se vuelve más sencillo, tal es el caso que presentamos, donde el equipo multidisciplinario constituido por: protesista, parodontista, y ortodontista, tras un exhaustivo análisis basado en evidencias concluyentes y tratamientos multicausales logra controlar la situación tan estresante como es el síndrome en sí. Es por eso que nos proponemos presentar una paciente con SDDATM cuyas causas es la acción del estrés y una interferencia oclusal grosera, diagnosticada mediante un protocolo de examen minucioso de músculos, articulaciones y dientes, además establecer la conducta a seguir a corto y largo plazo.

CASO CLÍNICO

Fémica YMA de 20 años, estudiante de tercer año de Medicina, con antecedentes de episodios dolorosos, disfuncionales, autoperpetuantes y recurrentes de las ATM, durante los períodos menstruales y exámenes universitarios. Refiere haber sido tratada en Ortodoncia hasta los 14 años y no hábitos, acude al servicio de Prótesis para valorar su oclusión.

Clínicamente la paciente refiere dolor en la zona articular derecha, sobre todo por las mañanas, al levantarse y mejora en el transcurso del día. En realidad, el dolor se localiza en la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula, además, se irradia al oído, sien, cabeza y músculos del cuello; bloquea la actividad de día y frecuentemente le ocasiona mareos, náuseas, inestabilidad, vértigos y acúfenos. Fue valorada por un Otorrinolaringólogo para descartar algún trastorno auditivo.

La paciente no relaciona el dolor con la masticación y de hecho está directamente relacionado. Al masticar por el lado habitual, siente dolor en el lado contrario (lado de balanceo), que es donde choca la rama mandibular con el maxilar y por esta razón mastica del otro lado; donde se origina el dolor. Igualmente, cuando duerme sobre el lado del compromiso articular, es la mandíbula la que se apoya sobre el maxilar dando lugar a la sintomatología. La paciente refiere nerviosismo e insomnio, saliva con sabor amargo y frecuentemente presenta úlceras o aftas bucales asociadas a la sequedad bucal; razón por lo cual, fue atendida por la parodontista.

Datos positivos al examen físico

- Dolor intenso a la palpación pre trago unilateral derecha.
- Dolor intenso a la palpación posterior izquierda.
- Dolor moderado extendido a los músculos del cuello y nuca.
- Punto Ashi en el ángulo mandibular derecho.

- Apertura bucal restringida (20mm).
- Movimiento de lateralidad derecha igual a 7mm e izquierda, 9mm.
- Salto durante la apertura bucal no forzada.
- Chasquido en apertura y cierre del lado derecho.
- Pruebas estáticas y dinámicas positivas.
- Índice de esmalte de Helkimo igual a 2.
- Sobrepase de 2/3 de corona y resalte igual a 1mm.
- Clasificación de Angle: Neutro oclusión de ambos lados.
- Curva de Spee izquierda alterada por extrusión del 27 y ausencia del 37.
- Curva de Wilson alterada por cúspides vestibulares altas del 27.

La paciente fue remitida al servicio de urgencias de Medicina Natural y Tradicional para tratamiento con acupuntura, con lo que se eliminó el trismo (apertura máxima = 46mm) y se comenzó el estudio oclusal más profundo en un articulador Dentatus, el cual mostró desarmonías oclusales durante los movimientos excéntricos, dado por la extrusión del 27. La higiene bucal se había debilitado por el temor a los episodios dolorosos, pero la paciente no presentaba caries, ni parodontopatías severas. El único diente ausente era el 37 y dada la extrusión del 27 fue preciso realizar la extracción del mismo.

Eliminada la interferencia oclusal responsable del trastorno, la paciente siente una mejoría extraordinaria hasta que comenzaron los exámenes universitarios y presentó una disfunción tipo leve según índice de Helkimo realizado. Nos preguntamos: ¿Cuál otro factor podría influir en la reaparición del SDDATM?. Tras esta interrogante decidimos interconsultar a la paciente con un psicólogo, el cual detectó: ansiedad, depresión, sentimientos de culpa y frustración. Esto nos conduce a un nuevo factor del síndrome: el estrés.

Realizamos relajación progresiva de Jackson para disminuir las tensiones físicas y psíquicas, ejecutamos charlas educativas y entregamos a la paciente un plegable para el autocontrol y responsabilidad ante su enfermedad. Remitimos a la paciente al psicólogo para un manejo a largo plazo de sus estresores. Tras dos años de tratamiento, ésta se encuentra equilibrada sin signos de enfermedad.

DISCUSIÓN

La causa concreta del SDDATM parece incierta y su historia natural no refleja una enfermedad progresiva, sino un trastorno moldeado por muchos factores interactuantes que la mantienen.⁴ Algunos autores⁵⁻⁸ piensan que las interferencias oclusales son la causa principal del problema, en cambio, otros⁹ concluyen que la

oclusión juega un papel menor, siendo el estrés la causa primaria. Es cierto que los disturbios emocionales juegan un rol importante en la etiología del síndrome, especialmente los del tipo social y domésticos, incrementan significativamente el tono muscular.¹⁰

El estrés es un fenómeno psicofisiológico de causa psicosocial. La respuesta depende del contexto en que se produce. No existen indicadores específicos, sino manifestaciones psicológicas producto de una interacción de factores de diferentes niveles de complejidad. En los seres humanos la vida social refractada por la personalidad, la inteligencia y la propia individualidad psicológica constituye la fuente principal de estímulos generadores de respuesta de estrés.¹¹

En las mujeres aumenta la liberación de catecolamina bajo el estrés y es más común en este sexo porque ellas describen frecuentemente sentimientos negativos de incomodidad ante situaciones problemáticas, como el caso que presentamos. Además, las respuestas psicoendocrinas de estrés son modeladas por la fase del ciclo menstrual en que se produce, pues ocurren cambios en el estado de ánimo y los trastornos somático-emocionales negativos predominan en la fase lútea y menstrual.¹²

De acuerdo con Ferrer¹³ no nos asombra que existan opiniones diferentes, pero lo incorrecto es que investigadores atribuyan sus opiniones la calificación de "basadas en la evidencia" sin pruebas concluyentes. No importa el tipo de oclusión presente sino, cuando la posición condilar es anormal, la dimensión vertical es inadecuada, cuando faltan dientes o existen prematuridades que originan inestabilidad, la guía anterior no cumple con las funciones que le son propias, el plano oclusal no deja funcionar la guía correctamente y tenemos entonces una oclusión anormal.

El compromiso funcional es el impedimento o limitación del funcionamiento fisiológico de la ATM, ya sea de causa intraarticular como la luxación o bloqueos, o de causa extraarticular que engloba causas muy diversas.¹⁴ Este caso constituye un proceso de causa extraarticular, en el que los exámenes radiológicos no manifiestan graves alteraciones; en cambio la sintomatología es intensa, por lo que el diagnóstico se realizó fundamentalmente por la exploración clínica. Por ello es tan importante realizar un correcto examen de músculos, articulaciones y dientes y nos apoyamos en el propuesto por Perea.¹⁵

CONCLUSIONES

Es llamativa la sintomatología tan florida referida por la paciente, que llegó a ser insoportable, puesto que estamos acostumbrados a ver el grado de afectación clínica en relación al grado de afectación anatómica reflejada en las pruebas de imágenes.

En la paciente estudiada, se evidenció que una lesión funcional puede causar síntomas tan variados como el daño articular.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y por su sencillez debería incorporarse al protocolo de exploración habitual.

Consideramos el estrés, un factor predisponente principal y a la vez desencadenante.

El estomatólogo del futuro guiará al paciente hacia una vida plena, libre de preocupaciones o estrés, que alteren su salud mental.

Siempre será necesario incorporar al Psicólogo en el equipo multidisciplinario que tratará el SDDATM.

ANEXO 1

EXAMEN ARTICULAR, MUSCULAR Y DENTARIO

Dolor en la ATM: examen de las articulaciones, de frente al paciente.

- Unilateral: una sola ATM con dolor.
- Bilateral: ambos ATM con dolor.

Palpación lateral o pretragio: colocar los dedos índices y medio en el área del polo lateral de las articulaciones, justo por delante del conducto auditivo. El dolor indica alteración capsular.

Palpación posterior o intraauricular: situar el dedo meñique en el canal externo del oído, mientras se presione ligeramente hacia delante. El dolor indica alteración de las partes blandas posteriores de la articulación.

En caso de que estas pruebas fueran negativas y la articulación dolorosa, se pensará en origen muscular (pterigoideo lateral o externo)

Ruido de ATM: movimiento incoordinado entre el cóndilo y el disco. Con palpación manual y auscultación con estetoscopio durante los movimientos mandibulares. Colocar el instrumento lateralmente a la ATM, e introducir el dedo meñique de la misma mano dentro del conducto auditivo externo, la parte superior del dedo apoyado ligeramente en la parte posterior de la articulación. El paciente abrirá y cerrará la boca fuertemente; auscultar también los movimientos laterales. Realizar lo mismo del lado opuesto.

- **Salto:** movimiento desarmonizado del cóndilo durante la apertura no forzada de la boca. El cóndilo describe una trayectoria no uniforme, hace pequeños saltos.
- **Crepitación:** ruido arenoso o de trituración, debido a proceso degenerativo o infeccioso.
- **Chasquido:** sonido similar al de un golpe seco. Descoordinación muscular entre el cóndilo y el menisco, de origen muscular o discopatía.

Dolor muscular: se sitúa el examinador frente al paciente para palpar bilateralmente con presión firme y suave las zonas, durante uno o dos segundos.

Músculo masetero: Colocar el pulgar en el borde anterior de la mandíbula y los cuatro dedos restantes en el borde posterior. Las zonas dolorosas se determinan, presionando con el dedo índice de la mano libre o empleando el extremo romo de una lapicera

Músculo Pterigoideo interno o medial: Colocar una mano sobre el masetero de la manera descrita anteriormente. Palpar con el dedo índice de la otra mano intrabucalmente en la zona del ángulo mandibular hasta el surco hamular.

Músculo Pterigoideo externo o lateral: Es difícil de examinar, sólo se palpan sus inmediaciones y el área de origen del vientre anterior. Con el dedo índice sobre el alvéolo correspondiente al último molar, palpar hacia atrás por la parte posterior de la tuberosidad del maxilar hasta tanto se alcance la superficie lateral de la apófisis pterigoides externa, donde nace la porción mayor que suele estar dolorosa.

Músculo temporal: intrabucal con el pulgar en la fosa retromolar y al pasar este dedo hacia el medio, palpar el tendón profundo y dirigir el dedo hacia el lado exterior para palpar el tendón superficial. Extrabucal palpar con las yemas de los dedos por encima y detrás del pabellón auditivo.

Músculo esternocleidomastoideo: Palpar con las puntas de los dedos desde su inserción en el proceso mastoideo, hasta su origen en la clavícula, longitudinalmente.

Músculos de la nuca o región occipital: Por detrás del paciente, palpar esta área para determinar la sensibilidad de los músculos occipital, trapecio y escaleno.

Posición de primer contacto dentario con actividad muscular tónica distinta la posición de máxima intercuspidación (PMI)

Contactos prematuros: contactos desestabilizadores, que aparecen en céntrica o en el movimiento que se puede producir entre céntrica y PMI y obligan a la mandíbula a realizar un movimiento anormal para evitarla. Colocar al paciente en posición postural, de pie o sentado y relajado, orientar que con sus labios unidos separe sus arcadas dentarias y que al unirlos nuevamente, trate de identificar qué dientes contactan primero. Si el contacto se realiza de un solo lado la desviación será poca, en cambio; si ocurriera a nivel de los incisivos puede considerarse marcada. No es del todo confiable cuando el paciente señala estos contactos, por lo que es de ayuda auxiliarse del papel articular.

Posición de relación céntrica (RC) con recorrido mayor de 1 mm de la PMI.

Con el paciente sentado, la cabeza apoyada o inclinada hacia atrás, se toma el mentón con los dedos índice y medio y el pulgar sobre los dientes inferiores movemos la mandíbula hacia arriba y atrás buscando el contacto con los superiores. Si el paciente refiere un contacto, se busca cuál es y luego se indica que ocluya en esta posición para determinar el recorrido efectuado.

Desplazamientos laterales: explicar al paciente los diferentes movimientos mandibulares, auxiliados de un espejo facial para precisar si existen trabas.

- Movimiento protrusivo

Desarmonías: obstáculos que impiden el trayecto armonioso de la mandíbula, cuando los incisivos inferiores se deslizan sobre las caras palatinas de los incisivos superiores; desde la PMI, hasta el "borde a borde" o posición de protrusión.

Interferencias en el lado de trabajo: todo obstáculo localizado a nivel de los incisivos encargados de guiar la protrusión.

Interferencias en el lado de balanceo: todo obstáculo posterior que interrumpa el contacto de los dientes anteriores durante el deslizamiento.

- Movimiento de lateralidad

Desarmonías: obstáculos que impiden el trayecto armonioso de la mandíbula, cuando los dientes inferiores se deslizan lateralmente sobre las caras internas de las cúspides vestibulares de los dientes superiores.

Interferencias en el lado de trabajo o balanceo: obstáculo al deslizamiento, durante la excursión lateral en el lado de trabajo o de balanceo respectivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigoldi L, Duarte MB, José L, Midori P, Rodríguez RCM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. Braz Oral Res. 2005; 19(2):93-8.
2. Herrera C. Desórdenes temporomandibulares. Rev Fundación Juan José Carrazo. 2004;(19):45-6.
3. Polo JC, Chaves RH. Incidencia de la disfunción temporomandibular e la población del Gran La Plata. Diferencias de acuerdo a cada sexo. Rev Soc Odontol La Plata. 2007;(37):25-8.
4. Casares M. Factores que influyen en las alteraciones de la articulación temporomandibular. Gac Dent. 2005; 165:110-22.
5. Barker DJ. Occusal interference and temporomandibular dysfunction. Gen Dent. 2004; 52(1):56-61.
6. Fujii T. The relationship between the oclusal interference side and symptomatic side in temporomandibular disorders. J Oral Rehabil. 2003; 30(3):295-380.
7. García C, Cacho A, Fonte A, Pérez JC. La oclusión como factor etiopatológico en los trastornos temporomandibulares. RCOE. 2007; 12(1-2): 37-47.
8. Barata D, Mencía A, Durán A. Relación entre oclusión y postura (II) Fisiopatología de la mordida cruzada. Gac Dent. 2007; 187:124-39.
9. Pitta P, Gil C. Estudio de um dos aspectos psicossomáticos relacionados con as desordens craniomandibulares. Rev Pós Grad. 2006; 3(2):181-5.
10. Albanesi S, Tifner J. Estrés en Odontología. Acta Odontol Venezolana. 2006; 44(3):310-14.
11. Rodríguez MJ, González JL, Hernández L, de la Hoz JL, Monterrey AL. Reactividad al estrés en disfunción temporo-mandibular. Rev Electrón Psiquiatría [serie en Internet] 1999 [citado 3 jun 2008]; 3(3): [aprox.39p.]. Disponible en: http://www.psiquiatría.com/psiquiatría/vol3_num3/art_2.htm.
12. Núñez PF, González R, Ruiz G, Álvarez MA, Leal Z, Suárez DM, et al. Psicología y salud. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.101-5, 113-5.
13. Ferrer JL, Ferrer M. Oclusión basada en la evidencia. (parte I). Gac Dent. 2004; 151:66-74.
14. Barata D, Larena J, Moreno PA, Duran A. Compromiso extraarticular de la articulación temporomandibular (I) Definición y diagnóstico. Gac Dent. 2007; 185: 142-54.
15. Perea B, Labajo E, Santiago A, Ochandiano S. Propuesta de una metodología de exploración y de valoración de las secuelas de la articulación temporomandibular. Mapfre Med. 2007; 18(1):18-26.

Recibido: 28 de Marzo de 2008.

Aceptado: 8 de Octubre de 2008.

Dra. Yanelys Cabrera Villalobos