

Plegable educativo en el auto cuidado del Síndrome Dolor Disfunción del aparato temporomandibular

Educational folding in the self-care of the temporomandibular apparatus pain-dysfunction syndrome

Dra. Yanelys Cabrera Villalobos ^I; Dra. Yanett Casanova Rivero ^{II}; Dra. Marina Álvarez Llanes ^{III}; Dra. Mercedes Gómez Mariño ^{IV}

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

II Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica.

III Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Martín Chang Puga". Nuevitas, Camagüey, Cuba.

IV Especialista de II Grado en Parodontia.

RESUMEN

Fundamento: las acciones educativas se realizan en todas las unidades del sistema nacional de salud y el estomatólogo del futuro debe enfatizar en las medidas preventivas de cobertura significativa, impulsoras de recuperación de las partes del cuerpo humano enfermas. **Objetivo:** determinar la eficacia de un plegable educativo propuesto para el auto cuidado del Síndrome Dolor-Disfunción del aparato temporomandibular. **Método:** se realizó un estudio de intervención clínico-longitudinal-prospectivo a 60 pacientes aquejados por el Síndrome Dolor-Disfunción del aparato temporomandibular. **Resultados:** los pacientes con la afección leve no presentaron signos al final de estudio, predominaron síntomas como la fatiga muscular, dolor, disminuyó la gama sintomatológica del síndrome. **Conclusiones:** el plegable fue efectivo para el auto cuidado del Síndrome Dolor-Disfunción del aparato temporomandibular.

DeSC: DOLOR FACIAL, MEDICINA ORAL/Educación; FOLLETO EDUCATIVO PARA PACIENTES; ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR; MATERIALES EDUCATIVOS Y DE DIVULGACIÓN

ABSTRACT

Background: educational actions are carried out in all the units of the health national system and the stomatologist of the future should emphasize in the preventive measures of significant covering, promoters of recovery of the parts of the sick human body.

Objective: to determine the educational effectiveness of a folding proposed for self-care of the temporomandibular apparatus pain-dysfunction syndrome. **Method:** a longitudinal, prospective investigation to 60 patients suffered by the temporomandibular apparatus pain-dysfunction syndrome. **Results:** patients with light affection didn't present signs at the end of the study, symptoms like the muscular fatigue prevailed, pain, symptomatological range of the syndrome diminished. **Conclusions:** the folding was effective for the self-care of the temporomandibular apparatus pain-dysfunction syndrome.

DeSC: FACIAL PAIN; ORAL MEDICINE/Education; PATIENT EDUCATION HANDOUT; TEMPOROMANDIBULAR JOINT; EDUCATIONAL AND PROMOTIONAL MATERIALS

INTRODUCCIÓN

La educación para salud, alude a la eliminación de actitudes y hábitos considerados nocivos y adquisición práctica de otros aceptados como convenientes en las personas o grupos de ellas. ¹ La Estomatología es una actividad social y por lo tanto, se debe pensar en colectividad y no en individualismo. El estomatólogo del futuro debe enfatizar en las medidas preventivas con una cobertura significativa que impulsen a recuperar las partes del cuerpo humano enfermas. ²

Las acciones educativas se realizan en todas las unidades del sistema Nacional de Salud, pero no siempre cumplen con los requisitos de calidad para modificar actitudes y conductas en la población. ¹ El Síndrome Dolor-Disfunción del aparato temporomandibular (SDDAT), enfermedad muy común en nuestros días, no escapa de esta actividad preventiva. Es una enfermedad que afecta mucho más a mujeres entre 20 y 40 años,

produce dolor de localización variable, restricción de los movimientos mandibulares y en ocasiones, ruido articular.³⁻⁶

La causa concreta parece incierta debido a la escasez de estudios experimentales bien diseñados. La historia natural no refleja una enfermedad progresiva, sino un trastorno complejo y moldeado por muchos factores interactuantes que lo mantienen.⁷⁻¹⁰ Esta enfermedad se relaciona con factores dentales y psicológicos (estrés), lo que justifica su ascenso en la vida moderna y particularmente en nuestra provincia se calcula un 50%.¹¹⁻⁴

Se han generado principios terapéuticos multimodales, que implican preservación y mantenimiento de la función mandibular. Probablemente, la parte más importante del tratamiento consiste en explicarle al paciente la causa y naturaleza benigna de la alteración, el auto cuidado que incluye: limitación de la función mandibular, preocupación por los hábitos y modificación, programa de ejercicios en el hogar una vez controlado el dolor y evitar el estrés.¹⁵⁻⁷

La eficacia terapéutica mejora en la medida en que el paciente conoce su enfermedad y cómo ayudar en el tratamiento. Para poder ejecutar esta tarea promocional, nos podemos valer de medios de enseñanza educativos y es por eso que proponemos evaluar la eficacia del plegable educativo, en el auto cuidado del Síndrome Dolor-Disfunción del aparato temporomandibular. Para la elaboración del mismo se determinaron los síntomas y signos, clasificando la disfunción según índices de Helkimo al inicio y al final del estudio.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención clínico-longitudinal-prospectivo desde septiembre de 2004 hasta octubre de 2007, con 60 féminas que acudieron a la consulta de oclusión de la Clínica Estomatológica Provincial Docente "Ismael Clark y Mascaró", aquejadas por el Síndrome Dolor-Disfunción del aparato temporomandibular. Se les entregó un plegable educativo con los detalles y causas de la enfermedad, el auto cuidado, además de un programa de ejercicios en el hogar, para controlar el dolor. (Anexo 1)

ENTONADO PACIENTE

Este plágote que tiene en sus manos, deberá leerlo con mucha paciencia. Por el conocerá los detalles de la enfermedad que usted padece, los cuidados que realizará para controlar las alteraciones que le produce y los aspectos correspondientes al tratamiento. Esto le permitirá aceptar voluntariamente ser incluido en la investigación. Si usted cumple con nuestras recomendaciones, colaborará con su salud y con su médico en su recuperación.

Recuerde:
"El éxito lo tiene en sus manos"

Gracias!

¿Qué es la articulación temporomandibular?
Es la unión de la mandíbula o quijada a un hueso llamado temporal (que forma parte del cráneo) por medio de ligamentos. Es muy importante porque se usa en todo momento al hablar, masticar, bostezar y hasta al respirar.

¿Qué significa padecer Síndrome Dolor-Difunción en esta articulación?
Síndrome es un conjunto de alteraciones que se manifiesta como dolor y disfunción. El dolor es muy variado, puede ser de oídos, de cabeza, de quijada, de los músculos de la cara o en la nuca. Puede aparecer por la mañana al bostezar, después de regresar del trabajo o inclusive, cuando estamos comiendo. La disfunción es la falta de coordinación de la articulación con realidad, además puede haber dificultad al abrir la boca, al masticar e al hablar.

Cómo se adquiere esta enfermedad?
No es posible precisar una causa porque son muchos los factores que, en conjunto, la originan. Entre ellos:
• Los relacionados con los dientes (caries, dientes en malposición, erupción de cordales)
• El estrés emocional.
• Los hábitos perjudiciales (rechinar o apretar los dientes, cortar o morder objetos con los dientes, masticar de un solo lado, entre otros).

¿Qué puedo hacer para tratarla?
1. Acudir al dentista para el examen bucal.
2. Si usted limita voluntariamente la función de su mandíbula, hará reposo e inmovilizará sus músculos y articulaciones.

Para ello:
a) Evite las comidas que necesitan mucha masticación, es decir, mantenga una dieta blanda.
b) Evite el bostezo amplio.
c) Evite cantar.
d) No maquee chicle.
3. De igual modo, usted identificará los hábitos que involucren una actividad excesiva de la mandíbula y los eliminará con ayuda de su dentista.
4. Controle su estrés emocional. Si se siente deprimido, cansado o angustiarse, no dude en acudir a su médico de la familia y al psicólogo; ellos le ayudarán a resolver sus problemas.
Evite los estimulantes del tipo de la cafeína (No tome café, ni Coca Cola).
5. Duerma boca arriba.

Y no olvide.

Cepílese los dientes después de las comidas y antes de dormir.
Nuestra razón de existir es preservar su salud.

Visítenos

Recomendaciones a pacientes con Síndrome dolor disfunción de la articulación temporomandibular
Clínica Estomatológica "La Viga" - Compañía
Dra. Vandyga Colina Velázquez

4. Realice este programa de ejercicios en el hogar en la medida que el dolor desaparezca. (Haga de 1 a 6 veces al día)

1. Apertura y cierre de la boca

Abierta a cinco de la boca.
Cierre y abra la boca 10 veces. Luego abra la boca lo más amplia y rápidamente que pueda. 10 veces.
Coloque una mano sobre el mentón para hacer reposo cuando cierre la boca con su mano.

2. Movimiento hacia un lado (Lateralidad)

Mantenga la boca abierta (Lateralidad)
Cierre y abra la boca sobre uno de los lados de su mandíbula para recibir el movimiento de lateralidad en una dirección.

3. Movimiento hacia adelante (Propulsión)

Mantenga la boca abierta (Propulsión)
Cierre una mano sobre el mentón para recibir el movimiento hacia adelante.

Se les aplicó el Test Anamnéstico y Clínico de Helkimo al inicio y final del estudio para comprobar su eficacia. ¹⁸

Criterios diagnósticos:

- 1- Dolor a la palpación de la ATM.
- 2- Dolor a la palpación de los músculos masticatorios.
- 3- Limitación de la apertura bucal o de los movimientos horizontales.
- 4- Ruido y cefalea.

La presencia de cefalea o ruido únicamente, no fue criterio suficiente para establecer el diagnóstico.

Criterios de inclusión:

Féminas mayores de 15 años con voluntariedad de participación.

Criterios de exclusión:

Artritis reumatoide, infección, fiebre reumática, reumatismo articular (fibrositis, miositis, bursitis, tenosinovitis), odontalgias, sinusitis, neuralgia trigeminal, arteritis temporal, otitis, angina de pecho, migraña o cefalea crónica, dolores por enfermedades oculares, enfermedades metabólicas, pericoronaritis de terceros molares semiretenidos, antecedentes de traumas o cirugía en el área condilar con menos de un año de evolución, retraso mental o enfermedad mental crónica.

Los datos se procesaron mediante estadística descriptiva y se expresaron en valores absolutos y por cientos.

RESULTADOS

Los pacientes estudiados presentaron variabilidad de signos y síntomas, los más comunes fueron la fatiga muscular, dolor en la ATM y el dolor muscular. Mediante el Test Anamnéstico y Clínico de Helkimo, se pudo comprobar que al final del estudio, solo persistió el ruido en su totalidad y pocos pacientes con dificultad en la apertura, dolor en ATM y dolor muscular. (Tabla 1)

Tabla 1. Síntomas y signos referidos al inicio y final

AI	Inicio		Final	
	No	%	No	%
Ruido	30	50	30	50
Fatiga	60	100	0	0
Rigidez	36	60	0	0
Dificultad en apertura	30	50	18	30
Dolor al movimiento	24	40	0	0
Dolor en ATM	60	100	12	20
Dolor muscular	60	100	12	20

Al clasificar las disfunciones y realizar el Test Anamnéstico y Clínico de Helkimo, se encontraron más pacientes con síndrome moderado que leve, no hubo ningún paciente grave. Al final del estudio se eliminó el síndrome en la mayoría, excepto en 12 pacientes de tipo moderado. (Tabla 2)

Tabla 2. Severidad de la disfunción según Índice Clínico de Helkimo

DI	Inicio		Final	
	No	%	No	%
Leve	24	40	0	0
Moderado	36	60	12	20
Total	60	100	12	20

DISCUSIÓN

La literatura revisada destaca al sexo femenino como el más afectado por la enfermedad,^{19, 20} según Mujica²¹ Bermejo lo justifica por la condición estrogénica de la mujer, lo cual representó el motivo del porqué la selección de mujeres en el estudio. Actualmente no existe un tratamiento que produzca una curación definitiva del SDDATM, es fundamental seguir un orden correcto: diagnóstico firme, explicación de la naturaleza de la enfermedad, educación para evitar los factores agravantes: el tratamiento de las alteraciones psicológicas asociadas si las hay, el cambio de comportamiento y la aplicación de terapias locales conservadoras.²² Estas medidas locales, se consideran coadyuvantes en la terapia del complejo sintomatológico del Síndrome, pues solas no eliminan sus características multifactoriales y por tanto, requiere de un tratamiento complejo dado por un equipo multidisciplinario.²³

Con la confección del plegable, se cumplió la labor preventiva de este esquema de tratamiento, pues se eliminaron la mayoría de los síntomas y signos del Índice Anamnéstico y al final sólo persistió el ruido en su totalidad; los ruidos son signos complejos, que pueden deberse a falta de sincronía entre los fascículos del músculo pterigoideo lateral o ausencia de lubricación del líquido intra-articular sinovial o en el peor de los casos, obedece a alteraciones en la forma del cóndilo, disco o eminencia como

procesos adaptativos ante sobrecargas por alteraciones oclusales o parafuncionales,²⁴ estos aspectos justifican el por qué es difícil de eliminar. Algunos autores enjuician la validez de la suposición de que los ruidos articulares son siempre una indicación de disfunción.²⁵ No obstante, una oclusión armónica morfofuncional debe caracterizarse por ausencia de ruido. Según Rosalino ²⁶ el ruido debe estudiarse más a fondo mediante la electrovibratografía y sonografía computadorizada, lo que concuerda con nuestra investigación.

El hecho de curar los pacientes con Síndrome leve y moderado, demuestra que mientras más temprano se detecte la afección, más posibilidades de curación y autocontrol existirán. Es por ello que se recomienda hacer extensivo el plegable y practicar siempre la prevención aunque el Síndrome sea severo, pues siempre contribuirá a que los tratamientos conservadores sean más eficaces.

Pueden ser que los síntomas debido a contracciones musculares tengan su origen o están relacionados con problemas de mordida, que dependen del grado de interferencia de los dientes durante la masticación y convierten entonces al síndrome en un ciclo autoperpetuante.²⁷⁻⁸ Por tanto, el tratamiento no puede concluir aquí, lo importante es saber qué tiene el paciente, las posibilidades y limitaciones de cada técnica y conseguir resultados estables verificables por seguimiento a mediano y largo plazo.

CONCLUSIONES

Los pacientes estudiados presentaron variabilidad de síntomas y signos, entre los más comunes fueron: la fatiga muscular, dolor de la ATM y músculos.

Con las indicaciones abordadas en el plegable, se disminuyó la gama sintomatológica del síndrome, excepto para el ruido y en los de tipo moderado se redujo más de la mitad.

Los pacientes con Síndrome Dolor-Disfunción del Aparato Temporomandibular leve no presentaron signos al final del estudio.

El plegable fue efectivo para el auto cuidado del Síndrome Dolor-Disfunción del aparato temporomandibular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrigó Andreu MI, Sardina AS, Gispert AE, Valdés GP, Legón PN, Fuentes BJ, et al. El sistema nacional de salud cubano. En: Soza Rosales M de la C. Guías prácticas de estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.p.13-21.
2. Roig JP. La relación humana y profesional con el paciente. Estudio valorativo de los futuros odontólogos sobre su profesión. (Segunda parte). Gac Dent. 2006; 175: 136-48.
3. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Enfermedades del hueso y de las articulaciones. En su: Tratado de Patología Bucal. 4^{ta} ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000. p. 703-48.
4. Síndrome de la articulación temporomandibular o ATM [en línea] [fecha de acceso 9 de febrero de 2004]. URL disponible en: <http://www.umm.edu/esp-ency/article/001227sym.htm>.
5. Herrera C. Desórdenes temporomandibulares. Rev Fundación Juan José Carrazo. 2004;(19):45-6.
6. Rigoldi BL, Duarte GMB, José PL, Midori CP, Rodríguez GM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents. Braz Oral Res. 2005; 19(2):93-8.
7. Suárez LJ, González AA. Ortodoncia en adultos. Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de Rosario; 1999.p.9, 130.
8. Pitta Penna P, Gil C. Estudio de um dos aspectos psicossomáticos relacionados con as desordens craniomandibulares. Rev Pos Grad. 2006; 3(2):181-5.
9. Casares M. Factores que influyen en las alteraciones de la articulación temporomandibular. Gac Dent. 2005; 165:110-22.
10. Barker DJ. Occusal interference and temporomandibular dysfunction. Gen Dent. 2004; 52(1):56-61.
11. Fujii T. The relationship between the oclusal interference side and symtomatic side in temporomandibular disorders. J Oral Rehabil. 2003; 30(3):295-380.
12. García FPC, Cacho CA, Fonte TA, Pérez VJC. La oclusión como factor etiopatológico en los trastornos temporomandibulares. RCOE. 2007; 12(1-2): 37-47.
13. Albanesi S, Nasetta J. Estrés en Odontología. Acta Odontol Venezolana. 2006; 44(3):310-14.
14. Rodríguez- Abuin MJ, González JL, Hernández HL, 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.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num3/art_2.htm.
15. Ley SL. Estudio del síndrome dolor-disfunción del aparato masticatorio en 10 consultorios del policlínico Ignacio Agramonte. Rev Arch Med. 1995; 2(1).
16. Bresco M, Vázquez E, Gay EC. Tratamiento conservador de la patología disfuncional de la articulación Temporomandibular. RCOE. 2000; 15: 83-9.
17. El aparato TMJ [en Internet]. 2007 [citado 3 jun 2008]; [aprox.10p.]. Disponible en: <http://www.myofunctionalresearch.com/Esp/tmj-frof-about-esp.htm>
18. Helkimo M. Estudios of punction and dysfunction of the masticatory system. II index for amnanesis and clinical dysfunction and oclusal states. Swed Dent J. 1974; (63):101-21.
19. Berini L, Gay EC. Cefaleas y algias faciales por enfermedad maxilofacial, otosinusal y ocular. En: Aliaga L, Baños JE, de Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A. Tratamiento del dolor: teoría y práctica. Barcelona: MCR; 1995. p. 190-202.
20. Del Río Highsmith J. Odontología integrada para adultos. España: Editorial Pues; 1999.p.42-4, 182, 247-58.
21. Mujica J. El 80% de los casos de patologías de ATM aparece en las mujeres [en Internet]. 2006 [citado 3 jun 2008]: [aprox.5p.]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/estomatologia/n/80101.htm> Quirós AO, Rodríguez L, Lezama E, Quirós, J. Uso de la placa miorelajante en pacientes con fibromialgia para alivios de dolores de cara, cuello y parte alta de la espalda. Rev Latinoamericana Ortodoncia Odontopediatria [en Internet]. 2006 [citado 3 jun 2008]: [aprox.10p.]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/8asp>
23. Jiménez V. Diagnóstico de la patología de ATM. Av Odontoestomatol. 1996; 12 (supp B): 301- 11.
24. Barata CD, Avellaneda MJ, Moreno PA, Duran PA. Compromiso extra articular de la articulación temporomandibular (I) Definición y diagnóstico. Gac Dent. 2007; 185: 142-54.
25. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 3ª ed. ST. Louis: Mosby; 2003.
26. Rosalino GA. Energía vibratoria en pacientes con tratamiento de DTM. REV da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. 2000; 54 (4): 297 – 301.

27. Navarro JN, Gil C. Grau de severidade das desordens temporomandibulares entre pacientes classe I de Kennedy, portadores de prótese parcial removible. Rev Pos Grad. 2005; 12(1):51-9.
28. Barata CD, Mencía MA, Durán PA. Relación entre oclusión y postura (II) Fisiopatología de la mordida cruzada. Gac Dent. 2007; 187: 124-39.

Recibido: 15 de septiembre de 2008

Aprobado: 27 de noviembre de 2009

Dra. Yanelys Cabrera Villalobos