

Tratamiento de urgencias para el alivio del síndrome dolor disfunción temporomandibular

Emergency treatment for the relief of temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome

Dr. Rolando Rodríguez Alpízar ^I; Dr. Alejandro Agüero Díaz ^{II}; Dra. Elizabeth Puig Capote ^{III}; Dr. Ricardo A. Pérez Cedrón ^{IV}

I Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Asistente. Facultad de Estomatología Universidad Ciencias Médicas Carlos J Finlay. Camagüey, Cuba. rra@finlay.cmw.sld.cu

II Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar. Facultad de Estomatología Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Camagüey, Cuba.

III Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente. Facultad de Estomatología Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Camagüey, Cuba.

IV Especialista I Grado en Bioestadística. Profesor Instructor. Máster en Urgencias Estomatológicas. Departamento DECAM. Facultad de Estomatología Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: los desórdenes o trastornos temporomandibulares constituyen un grupo de signos y síntomas que abarcan muchos problemas clínicos que involucran al dolor como el síntoma más común, caracterizado por espasmos de la musculatura masticatoria. Se estima que del 30 al 40 % de la población general presenta algún tipo de trastorno temporomandibular. **Objetivo:** tratar las urgencias disfuncionales temporomandibulares. **Método:** se realizó una estrategia de intervención educativa en el departamento de estomatología del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella, del municipio Camagüey, desde octubre de 2007 hasta julio de 2008. El universo estuvo constituido por 25 pacientes que acudieron al servicio de prótesis y la muestra quedó conformada por 18 pacientes

seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** el sexo femenino fue el más representativo, en cuanto al rango edad fue entre 18-27 años superó al resto. En todos los movimientos mandibulares excéntricos se presentaron interferencias oclusales tanto en el lado de balance como de trabajo. Las disfunciones más numerosas fueron: limitación de la apertura oral y desviación de la línea media. El dolor miofascial, como síntoma principal de esta enfermedad, estuvo presente en la mayoría de los pacientes atendidos. **Conclusiones:** los tratamientos aplicados tuvieron correspondencia con las características patológicas individuales de cada caso.

DeCS: SINDROME DE LA DISFUNCIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPOMANDIBULAR/patología; DOLOR FACIAL; ADULTO JOVEN; ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN.

ABSTRACT

Background: temporomandibular disorders are a group of signs and symptoms that include many clinical problems involving pain as the most common symptom, characterized by spasms of the masticatory muscle's. It is estimated that 30 to 40 % of the general population presents any kind of temporomandibular disorder. **Objective:** to treat temporomandibular dysfunctional emergencies. **Method:** an educational intervention strategy was conducted in the Odontology Department at the University polyclinic Julio Antonio Mella, in Camagüey, from October 2007 to July 2008. The universe was made up of 25 patients who were attended in the prosthesis service and the sample was constituted by 18 patients selected according to the inclusion and exclusion criteria. **Results:** the female sex was the most representative. Concerning age groups, the range between 18 and 27 years old was the most prevalent. In all the eccentric mandibular movements, occlusal interferences were present in both, balance and work sides. The most common dysfunctions are: limitations of the oral openings and deviation of the middle line. Myofascial pain, as main symptom of this disease, was present at the majority of patients attended. **Conclusions:** the treatment applied had correspondence with individual pathological features of each case.

DeCS: TEMPOMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION SYNDROME/ Pathology; FACIAL PAIN; YOUNGADULT; INTERVENTION STUDIES.

INTRODUCCIÓN

El sistema estomatognático presenta una gran complejidad para su estudio y evaluación debido a sus múltiples estructuras que lo integran, entre ellas la articulación temporomandibular, musculatura craneal, facial y de cuello, dientes, glándulas, componentes vasculares, linfáticos y nervios asociados. Alguna alteración de dichos elementos podrá conducir a desorganizaciones de la forma y función del sistema; presentándose en él diversos signos y síntomas que dan lugar a un trastorno funcional llamado: disfunción de la articulación temporomandibular.¹⁻³

Actualmente se considera que los desórdenes o trastornos temporomandibulares constituyen un grupo de síntomas que abarcan muchos problemas clínicos que involucran el dolor; que es el síntoma más común e importante, caracterizado por un espasmo de la musculatura masticatoria que se convierte en un ciclo autoperpetuante que puede durar indefinidamente y extenderse a la porción posterior de la cabeza, la nuca y la espalda.⁴⁻⁶ Esto puede empeorar la cronicidad con el avance de la edad lo cual hace más complejo y engorroso el tratamiento; pues será necesario combinar los diferentes tratamientos a utilizar como toda enfermedad de largo tiempo instalada, su pronóstico también será más reservado.^{7, 8}

La causa de esta enfermedad es multicausal por lo que debe ser atendida por un equipo multidisciplinario, sin que se pueda prescindir de ninguno de los integrantes y con los medios necesarios para llegar a correctas conclusiones, en el cual el protesista juega un papel importante pues en muchos casos el problema oclusal está presente con fuerza en estos pacientes.^{9, 10}

Entre los factores de riesgo más comunes citamos la predisposición psicósomática, la estructura esquelética craneofacial, la carga emocional y psicológica (estrés), factores sociales e interferencias oclusales entre otras.^{11, 12} Estudios recientes sobre el tema sugieren la correlación entre la oclusión, la presencia de disfunciones y se considera como un importante factor causante, la presencia de interferencias oclusales por lo que el análisis y la evaluación de la oclusión es algo muy importante a considerar.¹³⁻¹⁵

La observación cuidadosa de la apertura bucal es un hecho que no puede pasar inadvertido cuando se realiza el examen clínico al igual que la presencia de puntos dolorosos y contracturas que disminuyen la capacidad del paciente para abrir la boca, y como existen un daño articular es evidente la dificultad para abrirla.^{11, 12} La desviación a la apertura y el cierre es una de las manifestaciones más frecuentes ya que la misma debe ser lo más rectilínea posible, lo que constituye un índice de daño en los componentes musculares. Si la desviación es en forma sinuosa, es propia de un daño articular o combinado.^{13, 14}

Se estima que del 30 al 40 % de la población general presenta algún tipo de trastorno temporomandibular y los primeros signos y síntomas suelen aparecer en la segunda etapa de la vida.¹⁵⁻¹⁷

Para aliviar el dolor provocado por los espasmos musculares se utiliza un protocolo de tratamiento de urgencia que incluye el uso de calor y ejercicios de relajación muscular, masajes, analgésicos, relajantes musculares, eliminación de interferencias, férulas, dietas blandas. Estas terapias se aplican al menos por dos semanas.¹⁸ Es importante la evaluación puntual de todos los síntomas y signos para establecer un correcto diagnóstico y tratamiento que conduzca al alivio del dolor característico de los pacientes aquejados por esta enfermedad. Conocer el comportamiento de este padecimiento en nuestro medio, aunque no presenta una alta prevalencia, motivó la realización del presente trabajo con el objetivo de tratar las urgencias disfuncionales temporomandibulares.

MÉTODO

Se realizó una estrategia de intervención educativa en el departamento de estomatología del Policlínico Universitario Julio Antonio Mella, del municipio Camagüey, desde octubre de 2007 hasta julio de 2008. El universo estuvo constituido por 25 pacientes que acudieron al servicio de prótesis y la muestra quedó conformada por 18 pacientes seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- ✓ Ser mayores de 18 años de ambos sexos.
- ✓ Presencia de signos y síntomas de disfunción temporomandibular.
- ✓ Desdentados parciales (Clase III de Kennedy) superior e inferior, brechas cortas (no más de dos dientes perdidos).
- ✓ Estar dispuesto a cooperar con el tratamiento.

Criterios de exclusión

- ✓ Aquellos pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de salida

- ✓ Abandono voluntario de la investigación.
- ✓ Fallecimiento.

Se realizó un muestreo no probabilístico donde se obtuvo una muestra de 18 pacientes (72 % del universo). La estrategia de trabajo estuvo avalada por un consenso formado por especialistas de Prótesis, Ortodoncia, Periodoncia y Máxilofacial de probada capacidad y desempeño, se elaboró un cronograma de tres etapas que garantizaran el desarrollo puntual de la investigación.

Primera Etapa: organizativa

Se realizó una revisión bibliográfica extensa sobre el tema en cuestión que abarcó actualización de tratamiento y materiales, asimismo se realizaron las coordinaciones pertinentes con todos los factores involucrados (Convenio de trabajo con la directora del centro). Se procedió de igual manera con los pacientes a los que se les explicó detalladamente los posibles tratamientos a recibir. Dicho proceder quedó plasmado por escrito (Consentimiento informado).

Segunda Etapa: ejecución

A los pacientes seleccionados se les llenó un modelo de recolección de datos (formulario) para agrupar los signos y síntomas, lo que unido al examen clínico y funcional del sistema estomatognático permitió conocer la clase de disfunción presente y aplicar el tratamiento específico.

Tercera Etapa: procesamiento final de la información

Culminada la recolección de datos, se procedió a su análisis y valoración mediante tablas confeccionadas al respecto donde se ilustraron para su mejor comprensión los resultados obtenidos. En el procesamiento de la información se empleó una computadora Pentium IV, con el empleo del paquete estadístico SOSS para Windows.

RESULTADOS

Con respecto al número de pacientes, según edad y sexo, predominó el género femenino con 13 pacientes para un 72,2 % y el grupo de edad comprendido entre 18 y 27 años, con ocho pacientes, fue el de mayor por ciento, con un 44,4 %. (Tabla 1)

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo

Años	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
18-27	6	33.3	2	33.3	8	44.4
28-37	3	16.6	1	5.5	4	22.2
38-47	2	11.1	1	5.5	3	16.6
48-57	1	5.5	1	5.5	2	11.1
58 o más	1	5.5			1	5.5
Total	13	72.2	5	27.7	18	100

Se observó que siete de los 18 pacientes atendidos presentaban interferencias oclusales en el lado de trabajo del movimiento protrusivo, para un 38,8 %. En el movimiento de lateralidad derecha, siete pacientes presentaron interferencias oclusales en el lado de balance y en ese mismo movimiento, pero del lado izquierdo, seis tuvieron interferencias oclusales de balanceo. Las interferencias en el lado de balance del movimiento protrusivo fueron menos a diferencia del movimiento de lateralidad donde fueron más. (Tabla 2)

Tabla 2. Pacientes con interferencias oclusales en los movimientos mandibulares excéntricos según lados de trabajo y de balance

Interferencias oclusales	L. T		L. B		Ninguna		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Movimiento protrusivo	7	38.8	4	22.2	7	38.8	18	100
Lateral derecho	5	27.5	7	38.8	6	33.3	18	100
Lateral izquierdo	5	27.5	6	33.3	7	38.8	18	100

Según el estudio realizado, se constató que los signos y síntomas disfuncionales más significativos fueron el dolor miofacial en diez pacientes para un 55,5 %, seguido por la limitación de la apertura en cinco pacientes y desviación de la línea media, con tres. (Tabla 3)

Tabla 3. Pacientes con síntomas y signos de disfunción temporomandibular

Síntomas y signos	No.	%
Dolor miofacial	10	55.5
Limitación de apertura	5	27.5
Desviación de la línea media	3	16.6

Con respecto al tratamiento de urgencia como corresponde en estos casos fue abarcador y complementario, utilizándose en el 100 % de los pacientes estudiados, el tratamiento medicamentoso y relajante muscular, seguido del calor, con el 83,3 % y la digitopuntura, con el 66,6 %. (Tabla 4)

Tabla 4. Pacientes con tratamiento de urgencia en la disfunción temporomandibular

Tipos de tratamientos	No.	%
Eliminación de interferencias	11	61.1
Tratamiento medicamentoso	18	100
Calor	15	83.3
Digitopuntura	12	66.6
Férulas	7	38.8
Relajantes musculares	18	100

DISCUSIÓN

En la investigación realizada, se comprobó que el sexo femenino se presentó con mayor frecuencia que el masculino lo que se asemeja con resultados obtenidos por otros investigadores del tema.^{18, 19} Históricamente, se define a la mujer como preocupada y constante, tal argumento la ubica con asiduidad en los servicios estomatológicos; y no pocos, coinciden por demás, que suelen ser enfermizas y en asuntos de disfunciones y parafunciones los por cientos ascienden. Esta última aseveración descansa en teorías endocrinas y en su condición estrogénica que la hacen menos resistentes a ciertas enfermedades; aunque hay otras que plantean que esta enfermedad no presenta preferencias en cuanto al sexo y que su desarrollo se debe más a circunstancias emocionales.¹⁸⁻²⁰

La edad comprendida entre 18 y 27 años, resultó la más representativa equivalente a conclusiones obtenidas por otros autores,^{20, 21} quienes también plantean que ese grupo de edad constituye el más vulnerable como consecuencia de la carga emocional presente en esta etapa de la vida, donde el hombre asume un rol protagónico mayor en la familia y la sociedad.

En los pacientes atendidos se observó que el número de interferencias oclusales en el movimiento protrusivo fue mayor en el lado de trabajo, a diferencia del de lateralidad, tanto derecho como izquierdo, donde predominaron las del lado de balanceo. Estos hallazgos coinciden con otros autores,^{9, 14} los cuales encontraron en los pacientes estudiados más interferencias en el lado de balance que en el de trabajo, perturbando los movimientos mandibulares y causando traumas en los dientes causales y sus tejidos de soporte por sobrecarga. Estas interferencias pueden estar relacionadas con movimientos dentarios (migración) y alteraciones de las curvas de Spee y Wilson, que crean impedimentos a los deslizamientos en lateralidad provocando un desequilibrio oclusal y molestias, que llegan a ser de gran importancia, y que de no ser atendidas a tiempo provocan trastornos disfuncionales en ATM, dientes, periodontos y mucosas.¹⁴

Los síntomas y signos más significativos fueron: el dolor miofacial, presente en diez pacientes; seguido de limitación de la apertura, con cinco. Según, Schwartz L.,¹³ esto último se debe a una opción nociceptiva defensiva ante los espasmos musculares presentes, que limita de forma refleja inconsciente la apertura oral para evitar el dolor. En cuanto al dolor miofacial, según la bibliografía consultada,^{17, 18} se plantea que es común notar una respuesta diferente a un mismo padecimiento, es decir, en algunos casos se advirtió mucho dolor con poca disfunción y en otros, poco dolor con marcada disfunción. Esta variación puede atribuirse a las discrepancias individuales inherentes a la absorción y el metabolismo, o tal vez, en la usual tolerancia y adaptación del paciente, tanto a los efectos lesivos como al tratamiento.^{18, 19}

La evaluación correcta de todos los síntomas y signos asociados a esta enfermedad, permitió una precisión del diagnóstico y tratamiento para cada caso, de acuerdo con la severidad de los trastornos presentes; sobresalió el medicamentoso, los relajantes musculares y la digitopuntura. El tratamiento de las disfunciones del sistema estomatognático requiere procedimientos terapéuticos diversos y más o menos complejos, según el alcance de la disfunción.^{20, 21}

CONCLUSIONES

1. El sexo femenino predominó en el estudio, así como los pacientes del grupo 18-27.
2. En el movimiento protrusivo el mayor número de interferencias oclusales se presentaron en el lado de trabajo a diferencia de los lateralidad que fueron en el de balance.
3. Los signos y síntomas más significativos fueron: dolor miofacial y limitación de la apertura.
4. El tratamiento medicamentoso, relajantes musculares y la dígitopuntura fueron los más utilizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zelinsky L. Batería de nuevos ítems de Kogh Pousin para determinar la existencia de disfunciones del sistema estomatognático. Rev Aten Arg Odontol. 2008; 6(5):15-25.
2. Canut J A. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2da ed. Barcelona: Masson; 2007.
3. Lawrence B. Disfunción de la ATM: Una aproximación integrada de tratamiento: "Terapia conservadora vs quirúrgica". Ortod Clín. 2005; 4(4):204-8.
4. Sosa Graciela E. Detección precoz de los desórdenes temporomandibulares. Caracas: Actualidades médicos-odontológicas latinoamericanas, CA; 2006.
5. Mans A, Díaz G. Sistema estomatognático. Santiago: Sografal; 2007.
6. Pankhurst CE. Controversies in the etiology of temporomandibular disorders, part 1, prim. Dent Care. 2006; 4(1):25-30.
7. Lobbreezo F. Tropical Review, New insights into the pathologies and diagnosis of disorders of the temporomandibular joint j. Orofacialpaint. 2007; 18(3):181-91.
8. Pankala R, Quamstrong M. CAN Temporomandibular dysfunction sign be predicted by early morphological of funcifional variables. Eur J Orthod. 2006; 26(4):367-73.
9. Barutell Garcial MM. Análisis de la oclusión de un grupo de estudiantes de odontología. Gac Dental. 2008; 170(5):34-42.
10. Laskin Daniel M. Director temporomandibular paint and facultad Painresearch Center. University of Joints medical Center. Síndrome de la ATM: otra causa de dolor facial y de cabeza. Gac Dental. 2006; 175(3):45-53.
11. Pullinger AG, Selligman DA. Cuantification and validation of predective valles of occlusal variables in temporomandibular disorders using a multifactiris analy. J Prosthet Dent. 2006; 83(81):78-82.
12. Barranca Enríquez A, Clara Pérez EA, González Deschamds E. "Desgaste dental y bruxismo". Rev ADM. 2008; 61(6):215-29.

13. Schwatz L. Síndrome dolor disfunción. 1ra ed. Buenos Aires: Ed Mundi; 2004.
14. González Quintana I, León G, Santos Solana L. Detección de interferencias oclusales en pacientes con trastornos témporomandibulares. Rev Cubana Estomatol [serie en Internet]. 2005 [citado 9 feb 2005]; 37(2):[aprox. 1 p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sciarttx&pid=Sooe475072000000200004&Ing=es&nrmtIng=es>
15. ¿Qué es el bruxismo?. Rev Cubana Estomatol [serie en Internet]. 2006 [citado 12 feb 2007]; [aprox. 26 p.]. Disponible en:
<http://www.tnrelaciones.com/bruxismo/index.html>.
16. Curro FA. Evaluación fisiológica y clínica del dolor crónico en contraste con el dolor agudo. Clín odontol nort. 2006; 31(4):708-12.
17. Quiros Álvarez O, Rodríguez L, Lezama E, Quiros L. Uso de l aplaca miorelajante en pacientes con fibromialgias para el alivio de dolores de cara, cuello y parte alta de la espalda. Rev Latinoa Ort Odontop. 2005; 2(3):45-53.
18. Johanson A, Unell L, Clarissonge Sodenfelot B, Halling A. A difference in symptoms related to témporomandibular disorders in a population of 50 years old subjects. J Orof Paint. 2007; 17(1):29-35.
19. Pérez López de Castro G, Vázquez Monteagudo A. Bruxismo, somatización del estrés en Odontología [monografía en Internet]. Villa Clara: ISCM-Villa Clara; 2007 [citado 26 feb 2010]. Disponible en:
<http://www.forumestudiantilhtsld.cu/salones.presenciales/estomatologia/bruxismo>.
20. Ramírez Oscar DM. Bruxismo; por qué apretamos los dientes inconscientemente?. Rev Odontol [serie en Internet]. 2007 [citado 15 ene 2007]; 141(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/artcle//001413htm#signsemdts>
21. Rinchose DJ, Kandasamys R. Evidence based versus experience based views on occlusion and TMO. Am J Ortho Dentofacial. 2005; 8(5):187-93.

Recibido: 11 de marzo de 2011

Aprobado: 18 de mayo de 2011

Dr. Rolando Rodríguez Alpízar. Email: rra@finlay.cmw.sld.cu