

Desórdenes cráneo-mandibulares más frecuentes en un centro de Atención Primaria

Mariño Míguez, J.M.¹; Sieira Fernández, M.C.²

(1) (Médico Estomatólogo). Práctica Privada y Estatutaria en C.A.P. del SERGAS. (2) (Médico y Odontólogo). Práctica Privada y Tutor Clínico en U.S.C.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 220-224

RESUMEN

Los **Desórdenes Cráneo-Mandibulares (DCM)** son una entidad muy prevalente en la población y en cualquier edad. Gran cantidad de pacientes sufridores de dichos trastornos han procurado, a veces de forma desesperada, el auxilio de diferentes profesionales de la salud y han seguido diversos tratamientos previos, con poco éxito en el alivio de su sintomatología, hasta que acuden o son remitidos al odontólogo o estomatólogo que es el que en realidad tiene la obligación de conocer y encauzar dicha patología.

En los últimos 5 años, hemos atendido en el Departamento de Odontología del Centro de Atención Primaria (CAP) de Riveira (La Coruña), a un total de 90 pacientes con **DCM**. Utilizando un protocolo exploratorio lo más completo posible de acuerdo con los recursos que en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) tenemos a nuestro alcance, hemos conseguido identificar y diferenciar, en dichos pacientes, la mayoría de los desórdenes de los músculos de la masticación y de las articulaciones témporo-mandibulares (ATMs) que padecían. Y mediante el planteamiento del tratamiento más factible, hemos tratado de reducir o eliminar el dolor, restaurar un normal funcionamiento mandibular y contribuir así, a que los pacientes tengan una mejor calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

El sistema masticatorio humano en raras ocasiones está en armonía, pero sus componentes tienen una extraordinaria capacidad adaptativa. Cuando se produce un daño en las partes componentes de dicho sistema (dientes, huesos de soporte, sistema periodontal, ATMs, suplementos vasculares y neurales y músculos que mueven directa o indirectamente estas estructuras) o en alguna de sus funciones, que supere esa capacidad adaptativa, podrá causarse un deterioro en la parte que se encuentre más débil dando lugar al DCM.^{1,2,3} Generalmente dichos desórdenes suelen ir acompañados de alguno de estos síntomas:

1. Crepitaciones o ruidos en las ATMs.
2. Limitaciones en la apertura bucal en condiciones agudas o crónicas.
3. Alteraciones, distorsiones y desviaciones de los movimientos mandibulares.
4. Disfunciones, alteraciones y dolor de los músculos masticatorios.
5. Padecimientos dolorosos a nivel de otras estructuras orofaciales.

En Atención Primaria (AP), la mejor orientación y encauce terapéutico que podemos ofrecer a los pacientes con dicha patología es, mediante todos los recursos que podamos tener a nuestro alcance, tratar de conseguir de forma efectiva y eficaz, la información necesaria para determinar la naturaleza y extensión del problema que nos lleve al diagnóstico lo más correcto posible, y partiendo del mismo, ofrecer y/o aconsejar aquellas modalidades terapéuticas que consigan restablecer el equilibrio cráneo-mandibular y reducir o eliminar el dolor.

MATERIAL Y MÉTODO

En el departamento de Odontología del CAP de Riveira (A Coruña), hemos atendido entre los años 1999 y 2003, a 90 personas con **DCM**. La mayoría mujeres (69), con una edad media de 47,45 años (variando entre 14 a 72). El resto hombres (21), con una edad media de 25,8 años (variando entre 14 a 77). (Figuras 1 y 2)

CORRESPONDENCIA:

Jesús Mariño Míguez

Rúa Principal,73-1º – 15930 BOIRO (A Coruña) - Tel. 981 844 407

FIGURA 1

Prevalencia por sexo

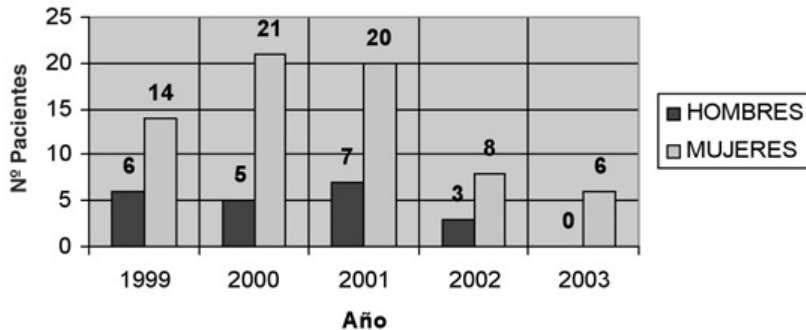
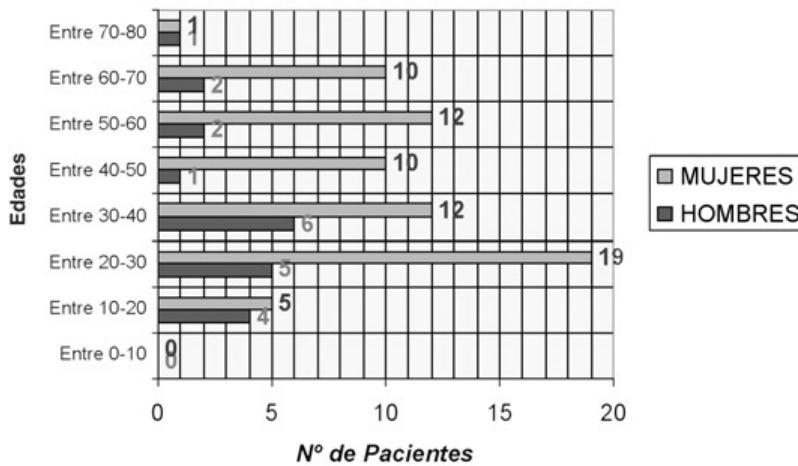


FIGURA 2

Prevalencia por edad



Los síntomas mas importantes, motivo de consulta, expresados por los pacientes y en orden de frecuencia, han sido:

1) Dolor:

- Delante del oído (continuo, al comer, al apretar).
- En los músculos de la masticación o de la cara (continuo, al levantarse, al morder).
- En la sien, detrás del ojo, encima del oído (continuo, al levantarse, cambiante, al masticar).
- En el ángulo de la mandíbula (continuo, al comer, al afeitarse, al pintarse los labios).

2) Bloqueos:

- Dificultad para abrir o cerrar bien la boca.
- Imposibilidad de abrir o cerrar del todo la boca.

3) Rigidez o cansancio muscular (al levantarse, al comer, continuos, variables):

- En los músculos de la cara.
- En los músculos de la mandíbula.

- En los músculos del cuello.

4) Asimetría facial:

- Sensación de que un lado de la cara es mas grande que el otro.
- Desviación de la mandíbula al abrir o cerrar la boca.

5) Ruidos y saltos:

- Ruidos en el oído (al abrir o cerrar la boca, al masticar, al apretar los dientes).
- Saltos en la articulación de la mandíbula (al bostezar, al comer, en uno o los dos lados).

Conscientes de que la mandíbula se relaciona con el cráneo a través de 2 complejos articulares témporo-mandibulares (derecho e izquierdo), y de la estrecha relación morfológica de las 2 articulaciones (cóndilo-meniscal y menisco-temporal) que componen cada complejo; de tal modo que la patología en una de ellas siempre influye en la contigua; hemos realizado nuestro trabajo adaptándonos a la clasificación que establece 2 categorías de trastornos diferentes aunque relacionados entre sí^{3,4,5}. (Figura 3)

1. Desórdenes de los Músculos de la Masticación.

2. Desórdenes de las ATMs.

Para obtener de forma efectiva y eficaz la información necesaria que determine la

naturaleza y extensión del problema y nos lleve a diagnosticar lo mejor posible, con los medios que la AP del SERGAS pone a nuestro alcance, el tipo de DCM al que nos enfrentamos, el Método de Exploración Protocolario que hemos establecido ha sido el siguiente^{5,6}:

1. Historia y anamnesis lo mas completa y detallada posible.
2. Exploración general de los pares craneales.
3. Exploración general oftalmológica.
4. Exploración general otológica.
5. Exploración general cervical.
6. Exploración específica neuromuscular cráneo-mandibular.
7. Exploración específica de las ATMs.
8. Exploración específica dentaria y de la oclusión.
9. Ayudas diagnósticas:

- Radiográficas.
- Bioquímicas.
- Interconsultas con otras especialidades.

FIGURA 3

Clasificación de los desórdenes cráneo-mandibulares

<u>Trastornos de los Músculos de la Masticación:</u>	<u>Trastornos de la Articulación Témpero-Mandibular:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Co-Contracción Protectora</i>(fijación muscular). • <i>Mialgia no Inflamatoria</i>(dolor muscular local). • <i>Mialgia por Punto Gatillo</i>(dolor miofacial). • <i>Miospasmo</i>(mialgia de contracción tónica). • <i>Miositis</i>(mialgia inflamatoria). • <i>Fibromialgia</i>(fibrositis). • <i>Tendinitis del Temporal</i>. • <i>Inflamación del Ligamento Estilomandibular</i>. • <i>Bruxismo Nocturno</i>. • <i>Hipotrofia Muscular</i>. • <i>Hipertrofia Muscular</i>. • <i>Neoplasia Muscular</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Luxación Discal con Reducción</i>(atrapamiento). • <i>Luxación Discal sin Reducción</i>(bloqueo cerrado). • <i>Alteración Morfológica Cóndilo/Disco/Fosa</i>. • <i>Adherencias Cóndilo/Disco o Disco/Fosa</i>. • <i>Subluxación</i>(hipermovilidad). • <i>Luxación Espontánea</i>(bloqueo abierto). • <i>Sinovitis/Capsulitis</i>. • <i>Retrodiscitis</i>. • <i>Osteoartritis</i>(artropatía degenerativa). • <i>Osteoartrosis</i>. • <i>Poliartritis</i>(Infecciosa, Reumatoide, Hiperuricemia). • <i>Anquilosis</i>. • <i>Choque Coronóideo</i>(impedimento coronóideo). • <i>Trastornos Óscos Maxilares</i> (Agnesia, Hiperplasia, Hipoplasia, Neoplasia).

RESULTADOS

De la exploración metódica de los 90 pacientes atendidos, hemos llegado al siguiente juicio clínico, adaptándonos a la clasificación mencionada. (Figura 4 y 5)

1. Con patología predominante de los músculos masticatorios, encontramos a 32 pacientes, 9 hombres y 23 mujeres. Siendo la entidad mas frecuente la **Co-Contracción Protectora** en los hombres y el **Bruxismo Nocturno** en las mujeres.
2. Con patología predominante de las ATMs, encontramos a 47 pacientes, 12 hombres y 35 mujeres. Siendo la entidad mas frecuente la **Osteoartritis** en los hombres y la **Luxación Discal con Reducción** en las mujeres.
3. Con patología asociada muscular y articular, encontramos 11 pacientes, todas mujeres. Siendo las entidades mas frecuentes, **Osteoartritis con Fibromialgia**.

Con el estudio de los datos que nos ha revelado el método exploratorio, y de entre el amplio espectro de modalidades terapéuticas utilizables, buscaremos aquellas, útiles, que el SERGAS pueda financiar; y orientar lo mejor posible al paciente en las demás, necesarias, para reducir y eliminar el dolor y restaurar el normal funcionamiento de todo el complejo cráneo-mandibular.

Así, el **Plan de Tratamiento**, según la patología evidenciada, consistirá en^{1,2,3,5,7,8}:

1. Aconsejar, ambulatoriamente y por escrito, sobre hábitos, masticación y comidas, posturas, estrés, etc.
2. Fisioterapia mediante calor y frio, ejercicios terapéuticos, etc.
3. Fármacos específicos, si precisa, como analgésicos, antiinflamatorios, miorelajantes, ansiolíticos, antidepresivos, etc.
4. Eliminación de interferencias y equilibrado de la oclusión, mediante odontología conservadora, protésica y ortodóncica.
5. Uso de férulas oclusales o desprogramadores neuromusculares (considerados como tratamiento básico o inicial de gran parte de los DCM), fundamentalmente:
 - De estabilización.
 - De reposición anterior.
6. Derivación quirúrgica maxilofacial, como último recurso, si la situación lo requiere, después de haber fallado las demás terapias.
7. Mantenimiento, mediante la supervisión periódica y continua del paciente, para controlar los posibles cambios musculares y articulares.

FIGURA 4

Patología Muscular

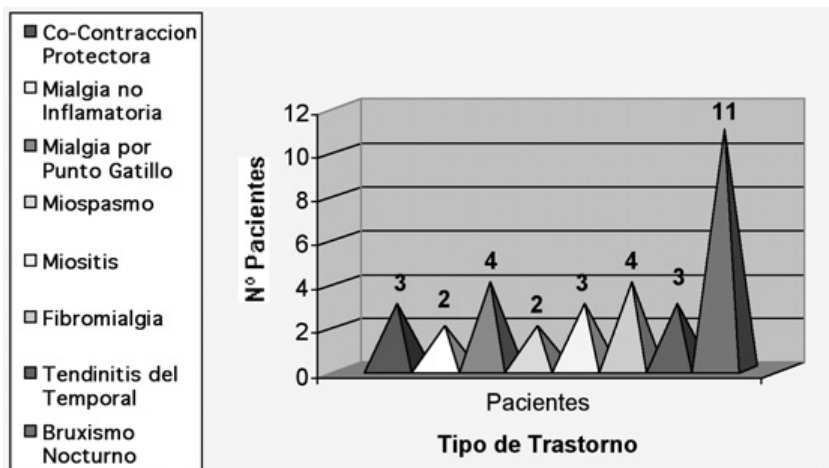


FIGURA 5

Patología ATM

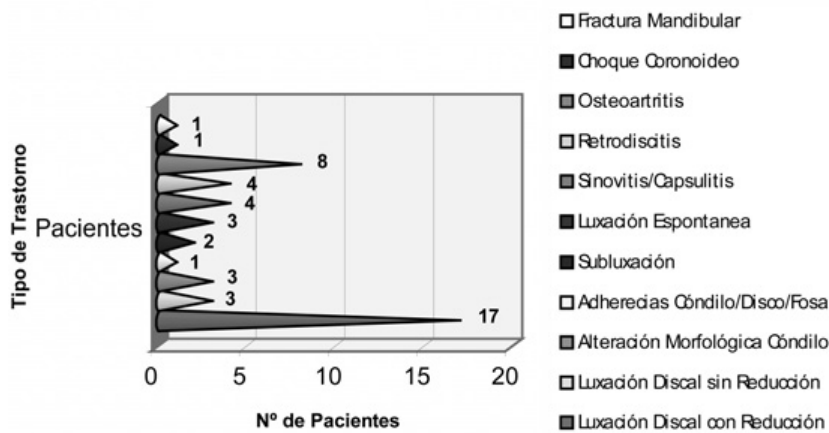
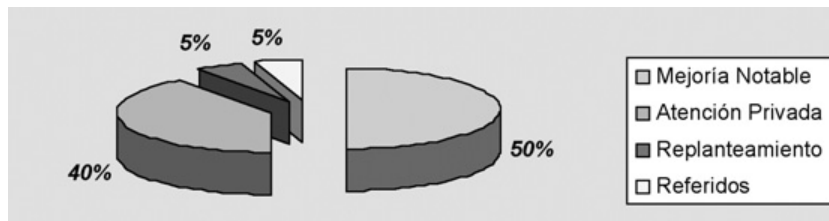


FIGURA 6

Evolución pacientes



DISCUSIÓN

Así pues, los dolores de cuello, cefaleas vasculares o tensionales, otalgias, etc., pueden ser síntomas de DCM. La sintomatología de predominio muscular puede estar íntimamente relacionada con la situación social, emocional, o personal del momento del paciente que la padece⁸.

Además, un problema sistémico general o localizado, puede coincidir con un trastorno de disfunción verdadera de ATM, enmascarándolo o intensificándolo.

Somos conscientes de las limitaciones que existen en la AP a la hora de aplicar el tratamiento adecuado de los DCM. Sabemos que, según la mayoría de los autores, entre el 70 a 90% de los pacientes con disfunción témporomandibular y bruxismo, mejoran muchísimo con el uso de desprogramadores neuromusculares o férulas, diseñadas y construidas adecuadamente, como coadyuvantes de otros recursos terapéuticos, pues sus efectos placebo, de relajación muscular, de reposición cóndilo-mandibular y de restablecimiento de la dimensión vertical, los convierten en un tratamiento básico o inicial de gran parte de los DCM^{1,7,8}. De este modo y con los medios a nuestro alcance, de los pacientes en fase de tratamiento, hemos conseguido que: (Figura 6).

- Un 50% hayan mejorado notablemente a partir del 4º mes, aunque sólo un 30% de los mismos, venga a controles periódicos de mantenimiento después de los 6 meses.
- Un 5% hayan necesitado de un replanteamiento diagnóstico y terapéutico.
- Un 40%, una vez llegados al límite de recursos de tratamiento disponibles en AP para este tipo de patologías, hayan decidido seguir las demás fases con otros profesionales de práctica privada.
- El 5% restante, hayan sido derivados a otras especialidades por necesitar atención sanitaria a otros niveles, como Cirugía Maxilofacial, Psiquiatría, etc.

No son los resultados mas satisfactorios que nos hubiese gustado y desearíamos ayudar algo más a estas personas sufridoras de DCM, pero al menos, valga como nuestra llamada de atención al resto de compañeros de otros campos de la salud, pues la multitud de signos y síntomas que causan estos desórdenes, llevan a los pacientes a

deambular por multitud de interconsultas y tratamientos poco efectivos. Siendo una patología muy prevalente en la población en general y a cualquier edad, generalmente efecto de una causa etiológica focal e inicial^{6,7}. Y ofrecerles nuestra colaboración ya que, por sus conocimientos, el Odontólogo o el Estomatólogo tienen la obligación de reconocer dicha patología como parte nosológica de su especialidad para tratar de identificarla y encauzarla adecuadamente.

Como conclusión final, exponer que con los recursos a nuestro alcance, podremos, en la AP, actuar y ayudar al paciente con DCM, explorándolo, diagnosticándolo lo mas correctamente posible, orientándolo hacia la o las terapias mas convenientes, controlando su evolución periódicamente, y, llegado el caso, remitiéndolo a otro servicio asistencial mas adecuado. Se tratará, en definitiva, de mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. MAURICIO RUBIANO C. Placa Neuro-miorelajante. Elaboración y mantenimiento paso a paso. 2ª ed. 1991. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. Caracas. Pp. 81-90; 169-204.

2. DOS SANTOS J. Diagnóstico y Tratamiento de la Sintomatología Cráneo-mandibular. 1º ed. 1995. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana. Colombia. Pp. 35-40; 77-90.
3. PEÑARROCHA DIAGO M. Dolor Orofacial. Etiología, diagnóstico y tratamiento. 1997. Ed. MASSON. Barcelona. Pp. 127-166.
4. BUMANN A.; LOTZMANN U. Atlas de Diagnóstico Funcional y Principios Terapéuticos en Odontología. 2000. Ed. MASSON. Barcelona. Pp. 284-300.
5. OKESON J.P. Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. 3º ed. 1995. Ed. MOSBY/DOYMA. Madrid. Pp. 226-293; 305-336; 377-482.
6. WITZIG J.W. ; SPAHL T.J. Articulación Temporomandibular. Tomo III de Ortopedia Maxilofacial. 1993. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona. Pp. 143-157; 165-243.
7. ALVAREZ ARENAL A.; ESPINOSA MARINO J.; IBASETA DÍAZ G. La Férula Oclusal. Técnica y Sistema de Elaboración. 1º ed. 2002. Ed. PUES S.L. Madrid. Pp. 9-13; 75-78.
8. HANSSON T.; HONEE W.; HESSE J. Disfunción Cráneo-mandibular. 1998. Ed. PRAXIS. Barcelona. Pp. 65-69; 75-95.