

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA
GUANTANAMO

**REHABILITACION PROTESICA COMO
TRATAMIENTO EN SINDROME DOLOR-
DISFUNCION DE ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR**

Dra. Mercy Virgen Blanco Caballero¹, Dra. Nivia Sánchez Fernández², Dra. Shirley Tamayo Blanco³, Dr. Roerkis Amelo Bosh⁴, Dr. Carlos Alberto Díaz⁵, Dra. Felicita Thomas Ferrer⁴, Dra. Lidavatis Martínez Pomier.⁴

RESUMEN

Se realiza un estudio con el propósito de determinar cómo influye la rehabilitación protésica en pacientes desdentados con síndrome dolor-disfunción de la articulación temporomandibular, atendidos en consulta de prótesis del Policlínico Universitario "Asdrúbal López Vázquez", en el período comprendido febrero-diciembre de 2006. La edad de predominio resulta ser el grupo de 19 a 39 años. El sexo más afectado fue el femenino. Las causas representadas fueron la pérdida de la dimensión vertical oclusiva y el estrés. El síntoma que predomina antes de la rehabilitación fue el dolor a la palpación de la articulación temporomandibular y movimientos funcionales, seguido por el dolor a la palpación de los músculos masticatorios. El dolor a la exploración de los músculos masticatorios y el cansancio muscular desaparecieron en todos los pacientes. Los restantes signos y síntomas disminuyeron después de la rehabilitación protésica.

Palabras clave: PROTESIS DENTAL; SINDROME DE LA DISFUNCION DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR/terapia.

¹ *Master en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral y Prótesis. Asistente.*

² *Master en Atención Comunitaria en Salud Bucal. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

⁴ *Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Instructor.*

⁵ *Master en Atención Comunitaria en Salud Bucal. Especialista de II Grado en Maxilofacial. Profesor Auxiliar.*

INTRODUCCION

La articulación temporomandibular (ATM) es la articulación donde la mandíbula se articula con el hueso temporal del cráneo, delante del oído y en cada lado de la cabeza. Se utiliza para realizar las distintas funciones del sistema estomatognático, ejemplo: masticar, hablar, tragar, bostezar. Por ello, es una de las articulaciones más usadas en el cuerpo.

El síndrome dolor-disfunción de la ATM en pacientes cuya sintomatología es leve, no es diagnosticado y, en otros, que sufren una severa sintomatología crónica de dolor, no son tratados correctamente.¹

El propósito es profundizar en la investigación de este problema y definir qué lo causa, cómo se diagnostica y dar una alternativa de tratamiento para poder curar a estos pacientes con la rehabilitación protésica. El número de pacientes con trastornos temporomandibulares ha ido en aumento. En la actualidad más de 25 millones de individuos experimentan algún síntoma o signo de estos trastornos.²

Esta entidad la sufre alrededor del 80 %, y se observa en el período de mayor actividad social en ambos sexos. Es nuestro deber diagnosticar y solucionar estos problemas, evitando el error de tratar todas las entidades clínicas con la misma terapia, por lo que en este trabajo se formula la siguiente pregunta: ¿Es realmente eficaz la rehabilitación protésica como terapéutica alternativa en los pacientes que padecen del síndrome dolor-disfunción de la ATM, según lo que afirman diversos autores nacionales e internacionales?

RESULTADOS Y DISCUSION

En la etiología del síndrome dolor-disfunción de ATM participan factores de causa dental y estrés, síntomas como: cefalea, otalgia, mialgia, signos como dolor a la palpación de los músculos y de la articulación. Costen lo explicó como la suma de una neuralgia y una disfunción.^{1,2}

De acuerdo con lo observado en la Tabla 1, el grupo de edad donde hay mayor predominio de esta entidad corresponde al grupo de 19 a 39 años (53.3 %) y, dentro de ellos, los que no tenían prótesis (38.3 %), siendo esto significativo ya que casi duplica la cifra del grupo de 40 a 59 años.

En la Tabla 2 puede observarse la distribución de frecuencias por sexo en la muestra estudiada, tanto en pacientes con prótesis en uso, como sin prótesis. Podemos afirmar que las afecciones de la articulación del síndrome dolor-disfunción son marcadamente más frecuentes en mujeres jóvenes que en hombres. Esto puede estar relacionado, en parte, con el cambio de rol de la mujer en la sociedad, mayor exposición a situaciones de estrés.³

También se explica el mayor número de pacientes afectados en el sexo femenino, por ser la mujer más preocupada que el hombre en cuanto a su estética y es quien más busca ayuda del protesista.⁴

Se observa que la causa mayormente representada fue la pérdida de la dimensión vertical oclusiva (DVO) en los 60 pacientes, para el 100 % (Tabla 3), en pacientes con prótesis en uso el 61.7 % y en los pacientes sin prótesis el 38.3 %, siguiendo en orden decreciente el estrés para el 83.3 % y el uso de prótesis no aptas y desarmonías oclusales para el 61.7 y 58.3 %, respectivamente.

La ATM y la articulación dentaria se hallan en relación de interdependencia y de inseparabilidad dinámica. El edentamiento modifica las estructuras, ya que cuando se pierden dientes y principalmente los posteriores, disminuye la DVO, provocando signos y síntomas característicos del síndrome dolor-disfunción de la ATM. El dolor es la principal manifestación.⁵

El dolor a la palpación de la ATM y movimientos funcionales fue el síntoma que predominó (100 %), seguido de dolor a la exploración de los músculos masticatorios (75 %) y ruido articular (71.7 %) (Ver Tabla 4). Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por el doctor Aranza⁶ donde el 46 % de la población presenta dolor de la ATM y tiene signos positivos de pérdida de la dimensión vertical.

Bascones⁸ plantea que el dolor es un síntoma con menor prevalencia en personas de edad avanzada y estuvo representado en personas entre 19-39 años, reafirmando lo planteado por él. El dolor muscular y articular fueron los síntomas más frecuentes dentro del trastorno temporomandibular, igualando a lo dicho por Ileana.⁷ El ruido articular afecta a un 71.7 % de pacientes, cifras elevadas que coinciden con las obtenidas por Sarita.⁸

Los resultados se asemejan a los encontrados por García y Maloney⁹, donde el dolor predomina dentro de los pacientes estudiados por la falta de dientes posteriores.

Después de realizados los tratamientos y ser valorada la evolución del síndrome al 1er., 3er. y 6to. mes, el dolor a la exploración de los músculos masticatorios y el cansancio muscular desaparecieron en el total de pacientes, resultando el mayor porcentaje al desaparecer en el 1er mes de tratamiento, para el 57.8 y 78.1 %, respectivamente, demostrándose la efectividad del uso de las nuevas prótesis realizadas con una DVO acorde a la necesidad del paciente (Tabla 5).

El dolor a la palpación de la ATM y a los movimientos funcionales se encontró en el 95 % de los pacientes, seguidos por ruido articular y desviación mandibular, que lo hicieron en el 90.7 y el 85 %, respectivamente.

En sentido general, hubo persistencia de signos y síntomas en 3 pacientes, aún después de la rehabilitación. A pesar de tratarse de los mismos encontramos diferentes porcentajes, pues se calcularon en relación al número de pacientes que los presentaron desde el inicio.

Se valoró la efectividad del tratamiento, constatando que supera los resultados obtenidos por Ernst y White¹⁰, los cuales trataron con 6 sesiones de acupuntura y tablillas oclusivas a un grupo de pacientes aquejados por el síndrome, obteniendo mejoría y desaparición de los síntomas tras 2 meses de seguimiento.

Otros autores, como Carmen Verdú¹¹, realizan estudios con articulador, trasladando los movimientos fisiológicos y patológicos del paciente para luego elaborar un diagnóstico y un plan de tratamiento, que consiste en la confección de férulas de descarga o miorrelajantes hasta lograr la eliminación del dolor muscular y la adaptación del paciente a una nueva DVO, posteriormente la rehabilitación protésica soluciona el problema definitivamente.

En estudio realizado en Cárdenas, Matanzas, por González², se trata la disfunción de ATM, provocada por artritis traumática, realizándose ajuste oclusal y confección de férula en pacientes dentados y en portadores de prótesis, que resultaron los de mayor afectación.

Claudia Felicio¹³ en Brasil, habla sobre la confección de una placa miorrelajante y los resultados obtenidos demuestran la disminución de estos signos y síntomas de manera significativa, sólo existe persistencia del dolor en algunos pacientes, a los movimientos funcionales y el ruido articular.

Otro autor utiliza un dispositivo oclusal inicialmente, obteniendo ausencia total de síntomas y signos, en virtud de la instalación de una prótesis parcial removible que asegurará la continuidad de la estabilidad conseguida mostrando similitud con los resultados obtenidos por González¹⁴ con el uso de la artrocentesis temporomandibular.

CONCLUSIONES

- La edad de predominio resultó ser el grupo de 19 a 39 años y el sexo femenino el más afectado por el síndrome.
- Las causas mayormente representadas fueron: pérdida de la DVO y el estrés.
- El síntoma que predominó antes de la rehabilitación fue el dolor a la palpación de la ATM y movimientos funcionales, seguido por el dolor a la palpación de los músculos masticatorios.
- El dolor a la exploración de los músculos masticatorios y el cansancio muscular desaparecieron en todos los pacientes y los restantes signos y síntomas disminuyeron considerablemente después de la rehabilitación protésica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ibáñez B. ATM y Definición. Washington Boc Odontol. 2001; 3(2): 35-38.
2. Zelinsky L. Batería de nueve ítems Test de Krogh Paulsen para determinar la existencia de disfunciones del sistema. Rev Ateneo Argentino de Odontología. 2004; xxl(5).
3. Warren MP, Fried JL. Temporomandibular disorders and hormones in women. Cells Tissues Organs. 2002;169(3):187-92.
4. Laskin DM. Temporomandibular Joint and Facial Pain. Illinois : Research Center University of Medical Center; 2006.
5. Gesch D, Bernhardt O, Kirbschus A. Association of malocclusion and functional occlusion with disorders in adults: a systematic review of population-based studies. Quintessence Int. 2004 Mar; 35(3) : 211-21.
6. Aranza O, Gómez Gutiérrez YL, Aranza S, Mendoza Núñez VM. Prevalencia de signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares en un grupo de adultos mayores. Rev ADM. 2004; 61(4):125-129.

7. Grau León I, Cabo García R, Portal Díaz M, Delgado Gutiérrez Y. La sintomatología auditiva en los trastornos temporomandibulares. Rev Habanera cienc Méd. 2005; 4(12).
8. Sarita PTN, Kreulen CM, Witter DJ, Creugers NHJ. Signos y síntomas asociados con la disfunción en adultos con arcadas dentales cortas. Revista Internacional de Prótesis Estomatológica. 2004; 6 (1)
9. Clark GT. Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones temporomandibulares dolorosas. Clínica Odontológica de Norteamérica. 1987; 4: 801-32.
10. Ernst E, White AR. Acupuncture as a Treatment for Temporomandibular Joint Dysfunction: A Systematic Review of Randomised Trials[serie en internet]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2004[citado: 30 ago 2007]; 125: 269-272. Disponible en URL: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/booth/alternat/AT2005.html>
11. Verdú C. Prótesis y Unidad de ATM[serie en Internet]. Bio Stetident Boadilla. 2006[citad: 30 ago 2007]. Disponible en URL: <http://www.servicios-atm.htm2006>
12. González F, Iglesias M. Tratamiento de la Artritis Traumática de la Articulación Temporomandibular (ATM). Revista Cubana Estomatol. 2005
13. Felício CM de, Mazzetto MO, Bataglioni C, Silva MAM, Rodrigues H, Takami H. J Bron Ortop Facial. 2003; 8(43):48-57.
14. González Mendoza E, Toranzo Fernández JM. Artrocentesis temporomandibular como modalidad terapéutica para desarreglos internos. Reporte de 23 casos en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, SLP[serie en Internet]. Rev ADM. 2006[citado: 15 ago 2007]; 56(5):182-6. Disponible en: <http://portal.revistas.bvs.br/transf.php>

TABLA 1. GRUPOS DE EDADES.

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES	19 - 39		40 - 59		60 ó Más		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sin prótesis	23	38.3	7	11.7	7	11.7	37	61.7
Con prótesis en uso	9	15	12	20	2	3.33	23	38.3
TOTAL	32	53.3	19	31.7	9	15	60	100

TABLA 2. SEXO

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sin prótesis	24	40	13	21.7	37	61.7
Con prótesis en uso	15	25	8	13.3	23	38.3
TOTAL	39	65	21	35	60	100

TABLA 3. CAUSAS DE DISFUNCION DE ATM.

CAUSAS	PROTESIS EN USO		SIN PROTESIS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pérdida de DVO	37	61.7	23	38.3	60	100
Desarmonía oclusal	25	41.7	10	16.7	35	58.3
Uso de prótesis no apta	37	61.7	-	-	37	61.7
Hábito oral nocivo	3	5	5	8.3	8	13.3
Traumatismo	6	10	8	13.3	14	23.3
Artritis	5	8.3	4	6.7	9	15
Estrés	30	50	20	33.3	50	83.3
Bruxismo	12	20	10	16.7	22	36.7
Otras causas	2	3.3	2	3.3	4	6.7

n =60

DVO: Dimensión vertical oclusiva.

TABLA 4. COMPORTAMIENTO DE SIGNOS Y SINTOMAS ANTES DE REHABILITACION PROTESICA.

SIGNOS Y SINTOMAS	No.	%
Dolor a palpación de ATM y movimientos funcionales	60	100
Dolor en exploración de músculos masticatorios	45	75
Ruido articular	43	71.7
Cansancio muscular	32	53.3
Desviación mandibular	20	33.3

n = 60

TABLA 5. EVOLUCION DE SIGNOS Y SINTOMAS DESPUES DE EJECUTADA REHABILITACION PROTESICA.

SIGNOS Y SINTOMAS	1 mes		3 meses		6 meses		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Dolor a palpación de ATM y movimientos funcionales.	26	43.3	19	31.7	12	20	57	95
Dolor en exploración de músculos masticatorios	26	57.8	17	37.8	2	4.4	45	100
Ruido articular	19	44.2	13	30.2	7	16.3	39	90.7
Cansancio muscular	25	78.1	7	21.9	-	-	32	100
Desviación mandibular	7	35	9	45	1	5	17	85

n = 60