

Rehabilitación oral en paciente con trastorno temporomandibular relacionado a factores oclusales

Fernando A. Salcedo Nuñez¹

Oral rehabilitation in patient with occlusal factors-related temporomandibular disorder.

¹ Especialidad en Rehabilitación Oral Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Resumen

Se presenta el siguiente reporte de caso clínico: paciente de sexo femenino de 51 años de edad, edéntula parcial con maloclusión clase I que acude a la clínica de post grado al área de Rehabilitación Oral debido a los constantes ruidos y dolor periauricular con disminución del función masticatoria. El objetivo del presente reporte de caso clínico fué el diagnóstico y tratamiento del Trastorno Temporomandibular que se realizó tanto clínica como imagenológicamente a través de Resonancia Magnética de la articulación temporomandibular llegando al diagnóstico de desplazamiento discal unilateral derecha con reducción, por lo que se inicia el tratamiento en una primera fase con pacificación a través de un dispositivo oclusal de desplazamiento mandibular (DODAM) seguido de una férula estabilizadora oclusal para luego continuar con la rehabilitación protésica fija. La conclusión del presente reporte de caso clínico es dar importancia a la estabilidad articular a través del uso de férulas antes de iniciar el tratamiento de rehabilitación protésica en casos de Trastorno Temporomandibular que presentan desplazamiento discal con reducción, el conocimiento de los factores oclusales permitirá al clínico guiarse en el diagnóstico y tratamiento del trastorno temporomandibular considerando las condiciones de cada individuo.

Palabras Clave: Sistema estomatognático, oclusión, articulación temporomandibular, trastorno, resonancia magnética, rehabilitación bucal, férula.

Abstract

We present the following case report: Female patient, 51 years of age, partial edentulous malocclusion class I go to the clinic to graduate Oral Rehabilitation area because of the constant noise and with reduced pain periauricular masticatory function. The aim of this case report was the diagnosis and treatment of the disorder Temporomandibular held clinically and radiologically by MRI of the temporomandibular joint reaching unilateral diagnosis of disk displacement with reduction right, so treatment is initiated in a first step to peace through a displacement device mandibular occlusal (DODAM) followed by an occlusal stabilization splint and then continue with fixed prosthetic rehabilitation. The conclusion of this case report is to give importance to joint stability through the use of braces before starting treatment of prosthetic rehabilitation in cases of Temporomandibular Disorder presenting disk displacement with reduction, knowledge of occlusal factors allow the clinician guided in the diagnosis and treatment of temporomandibular disorder considering the conditions of each individual.

Keywords: Stomatognathic system, occlusion, temporomandibular joint, disorder, magnetic resonance, oral rehabilitation, splint.

Correspondencia:

C.D. Esp. Fernando A. Salcedo Nuñez

Correo electrónico: salcedodent@gmail.com

Teléfono: 992771352

Fecha de recepción: 12-10-2013

Fecha de aceptación: 19-11-2013

Introducción

Los componentes funcionales mantienen un equilibrio dinámico que se traduce en una constante actividad tisular adaptativa de acuerdo a las demandas funcionales y parafuncionales del sistema y coordinados por el sistema nervioso central. Dicho equilibrio entre los componentes funcionales presentan variadas características anatómicas, morfológicas e histológicas donde no es necesario criterios individuales ideales. Sin embargo es frecuente los casos donde estas variaciones exceden

la capacidad adaptativa funcional del sistema, desencadenando una patología disfuncional^{1,2}.

Por ello es indispensable analizar la características y el funcionamiento de cada elemento, evaluar su repercusión sobre el cuadro disfuncional y corregir aquellos factores contribuyentes que sean predisponentes, y que puedan haber desencadenado la patología o estén perpetuando su evolución^{3,4}. En este sentido los factores oclusales constituyen un factor a considerar en los trastornos temporomandibular (TTM).

Se presenta el siguiente reporte de caso clínico donde se realiza el diagnóstico y tratamiento rehabilitador desde el punto de vista estructural-funcional y donde se relacionan los factores oclusales con los trastornos temporomandibular en un paciente sintomático con desplazamiento discal.

Los TTM son un conjunto de alteraciones que abarca diferentes problemas clínicos que afectan tanto a la musculatura masticatoria, así como a las articulaciones temporomandibulares (ATM) y a las estructuras asociadas^{5,4}.

Este concepto – TTM - se ha utilizado para caracterizar un amplio rango de condiciones que pueden presentarse en forma de dolor facial *o en el área de las articulaciones: dolor de cabeza, de oídos, vértigo, hipertrofia de la musculatura masticatoria, apertura bucal limitada, bloqueo en la apertura o cierre de las ATM, alteraciones oclusales, chasquidos o crepitaciones en las articulaciones, y otros problemas.* La severidad con la que se presentan las condiciones puede variar a partir de los signos evidentes pero clínicamente insignificantes hasta el dolor o disfunción seriamente debilitante^{6,7}

Los TTM afectan a un gran porcentaje de la población aunque no se considere un problema de salud pública. Entre el 3 y el 7 % de la población busca tratamiento a causa del dolor y la disfunción de sus ATMs o estructuras anexas^{8,9}. Se plantea que los TTM son la causa más común de dolor miofascial después del dolor dental y que pueden afectar hasta el 15 % de la población general¹⁰. Los TTM afectan a un porcentaje muy elevado de la población mundial (80 %) con una edad media de 34 años y en una proporción de 3 mujeres por cada hombre¹⁰.

Actualmente se reconoce la naturaleza multifactorial de los TTM⁶ pudiendo varios factores actuar simultáneamente sobre los componentes del sistema estomatognático. Entre estos factores pueden ser considerados la oclusión, hábitos parafuncionales, traumatismos, hábitos posturales, calidad de sueño, factores genéticos, nutricionales, condición física, factores biopsicosociales, respiración inadecuada, consumo de agua, tabaco, café⁶

Los factores que contribuyen a la etiología y desarrollo de los TTM son fundamentales para esclarecer al paciente que esta no es una enfermedad de etiología o tratamiento único. Los factores que contribuyen pueden clasificarse en: predisponentes (aumentan el riesgo y crean un ambiente adecuado para la disfunción), iniciadores (incluyen macrotraumatismos y microtraumatismos) y perpetuantes (mantienen el problema y dificultan su tratamiento)⁽¹¹⁾. Distintos factores podrían pertenecer a más de uno de estos efectos, e incluso un solo factor podría tener uno o más de estos efectos. Los principales factores que intervienen en la aparición de los TTM ya sea como predisponente, perpetuante o desencadenante¹².

Nos planteamos como objetivos de éste caso:

1. Establecer el diagnóstico y tratamiento de trastorno temporomandibular en un paciente con desplazamiento discal anterior con reducción.
2. Conocer los factores oclusales relacionados con los TTM en un paciente con desplazamiento discal con reducción.

Descripción del Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 51 años de edad que llega a la consulta de la clínica de postgrado de Rehabilitación Oral de la Facultad de Odontología de la U.N.M.SM. por presentar ruidos y dolor articular a predominio del lado derecho con disminución de la función masticatoria.

La paciente refiere dentro de sus antecedentes estomatológicos que su última visita al odontólogo fue hace 2 años aproximadamente, además de referir extracciones dentarias previas tiempo atrás. La paciente refiere tener sintomatología a nivel auricular hace 2 años, por lo cual consulta con un médico internista, posteriormente realiza la consulta en otorrinolaringología en el Hospital Santa Rosa para luego ser referida a la clínica de Posgrado de la UNMSM.

Paciente mesocéfalo, perfil convexo, con tercio facial inferior disminuido. Levemente asimétrico (Fig. 1).



Fig. 1. Análisis facial en el plano sagital y frontal.



Fig. 2. A nivel oclusal se evidencia alteración la pérdida de soporte posterior, entrecruzamiento vertical acentuado.

Se realiza el examen de la ATM a través de la inspección, palpación y percepción, hallándose dolor en los músculos temporales y maseteros a predominio del lado derecho, también dolor a nivel de los espacios articulares anterosuperior y anteroinferior.

En máxima intercuspidación se observa alteración del plano oclusal, pérdida dentaria en sector posterior, diastemas anteroinferiores, mesialización de piezas 3.8, 4.7. Entrecruzamiento vertical del 60 %, resalte incisivo de 3mm. También presenta deslizamiento en céntrica en sentido anteroposterior de 2 mm.

Se evidencia disminución de la movilidad mandibular, desviación mandibular durante la apertura y cierre aproximadamente a los 35mm. Dicha desviación se acompaña de clicking recíproco unilateral derecho perceptible a la audición y al examen con estetoscopio manifestándose también dolor agudo en la ATM derecha. Los estudios imagenológicos revelan la relación esquelética Clase I (Cefalometría lateral) y se confirma el desplazamiento discal con reducción a través del estudio con resonancia magnética nuclear observándose desplazamiento discal con reducción en ATM derecha además de efusión articular de los espacios articulares antero superior e inferior compatibles con sinovitis anterosuperior y anteroinferior.



Fig. 3. La Resonancia Magnética muestra la deformación y desplazamiento discal parcial con efusión en espacios sinoviales.

Se realiza la planificación en base a las fases de estabilización (articular), se confeccionan provisorios (estabilización oclusal) y fase de rehabilitación oclusal definitiva.

El tratamiento se inicia con la pacificación articular para lo cual se elabora la férula de desplazamiento mandibular anterior con la cual se confirma la recaptura del disco articular de la ATM derecha a través del estudio de REM. Luego de 2 meses y con la confirmación de ausencia de sintomatología, se elabora una nueva férula de estabilización en la posición asintomática lograda.

Durante la fase de provisorios se realizó un nuevo estudio con REM donde se confirma la recaptura discal y la ausencia de efusión articular. Por lo que se procede al cambio de las restauraciones provisionales por las restauraciones metal cerámicas.

Se retiran los provisionales para la toma de impresión con silicona de condensación a través de la elaboración de las copas de Ripoll, además de la toma de registros utilizandoacrílico de combustión completa como testigo de dimensión vertical. Posteriormente se realiza la fabricación de la infraestructura comprobándose la adaptación marginal. Inmediatamente se toma las impresiones de arrastre para la comprobación del nivel de tejidos blandos y la colocación de las restauraciones de cerámica feldeespática las cuales se prueban y ajustan tanto a nivel proximal como oclusal. Posteriormente se realizó la cementación definitiva.



Fig. 4. Rehabilitación protésica finalizada con el cambio del esquema oclusal hacia una posición funcional estable.

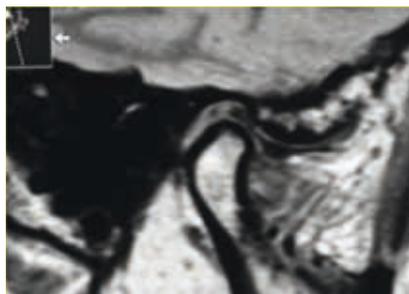


Fig. 5. Resonancia Magnética en la posición condilar terapéutica logrando la recaptura del disco articular y ausencia de efusión articular.

Discusión

Se reporta el caso de una paciente diagnosticada con desplazamiento discal anterior y sinovitis (anterosuperior y anteroinferior), dicha disfunción forma parte de lo que algunos autores denominan como alteraciones intracapsulares o intraarticulares¹³ y se definen como una relación anormal entre el cóndilo mandibular, el tubérculo articular del hueso temporal y la fosa mandibular. Tal como refiere Marchegiani (2006)¹⁴ y Takatsuka (2005)¹⁵ a través de estudios de REM; el desplazamiento o luxación discal es el la alteración más frecuente (57 % según Marchegiani¹⁴ y 81.7 % según Takatsuka¹⁵), los TTM son más frecuente en el sexo femenino, dicha situación constituye un factor de riesgo para los TTM que indican una relación de 3:1 a 4:1 con respecto al sexo masculino^{14,13}

En el presente reporte de caso clínico se realizó el estudio imagenológico a través de la REM antes, durante y después del tratamiento rehabilitador dado que dicho estudio actualmente presenta el 95 % de precisión para la evaluación de la posición y forma del disco articular tal como lo señala Maizlin (2010)¹⁶. Coincidimos con Takatsuka (2003)¹⁵ quien afirma que más allá del desplazamiento discal es más importante la traslación del complejo cóndilo discal como importante factor de la función articular, ya que existe un 20-30 % de personas asintomáticas que presentan desplazamiento discal, así mismo Tomas (2006)¹⁷ refiere un 34 % de desplazamiento discal anterior en pacientes asintomáticos, asimismo refiere de 16-23 % de casos con posición discal normal en pacientes sintomáticos.

Existe controversia al afirmar que la posición normal del disco es la banda gruesa del disco por encima de la parte superior del cóndilo en posición de las 12 hrs. La unión de la parte posterior de la banda y la zona bilaminar debe caer dentro de 10° de la vertical para estar dentro de lo normal, sin embargo un gran número de pacientes asintomáticos (33 %), presenta desplazamiento. Algunos autores como Rammelsberg afirma un desplazamiento de hasta 30° que podría ser considerado como normal, sin embargo otros autores (Helms y Kaplan)¹⁷ priorizan la interposición en la zona intermedia entre cóndilo y hueso temporal.

En el presente reporte de caso clínico se realizó la reposición mandibular seguida del tratamiento de rehabilitación protésica a diferencia de los casos pre-

sentados por Capurzo (2007)¹⁸ quien trató 68 pacientes con maloclusión e inestabilidad articular, los cuales fueron estabilizados con férula de desplazamiento mandibular y sometidos al tratamiento ortodóntico permanente, obteniendo también mejora significativa de la función mandibular, reducción significativa del dolor y desaparición de ruidos articulares. Sin embargo en su estudio es difícil confirmar una posición discal correcta por no ser validado con estudios de REM.

Nuestro caso es una paciente de 51 años de edad con mal oclusión clase I, a diferencia del caso con desplazamiento discal reportado por Paredes C. (2011)¹⁹ en un paciente de 12 años con maloclusión clase II estableciendo el diagnóstico a través de REM, de la misma forma que en nuestro reporte también se elabora la férula de desplazamiento mandibular con el cual también consigue la reposición discal, ello también es verificado en su reporte a través del examen con REM.

Conclusiones

El tratamiento de TTM que incluya desplazamiento discal con reducción, se logró a través de las fases de estabilización (uso de férulas de desplazamiento mandibular anterior y estabilizadora) y la fase de tratamiento con prótesis parcial fija convencional para el mantenimiento de la estabilidad condilar y oclusal.

Los factores oclusales asociados a TTM en el presente caso fueron: alteración del plano oclusal, interferencias oclusales y excesivo entrecruzamiento vertical.

Aunque la implicación del factor oclusal en la etiopatogenia de la disfunción temporomandibular está condicionada por la presencia de otros factores coadyuvantes, es importante el restablecimiento de una oclusión estable lo que es necesario para la homeostasis articular.

Referencias bibliográficas

1. Manns A, Diaz G. Sistema Estomatognático. Edit. Universidad de Chile. Facultad de Odontología. 1983. 5-10 p.
2. Okenson J. Oclusión y afecciones temporomandibulares. Editorial Mosby. 5ta ed. 2006. 109-110 p.
3. Agustin Campos. Rehabilitación Oral y Oclusal. Editorial Harcourt

- . Primera Edición. Madrid España. 2000. 30-31 p.
4. Bumann A, Lotzmann U. TMJ Disorders and Orofacial Pain. The Role of Dentistry in a Multidisciplinary Diagnostic Approach. Editorial Thieme. USA .2002. 44 p.
 5. Lopez L, et al. Diagnóstico por la imagen de los trastornos de la articulación craneomandibular. Avances en Odontostomatología.2005; 21(2):10-4.
 6. Arenas S. Relación entre factores oclusales y disfunción temporomandibular. [Tesis de doctorado]. [España]: Universidad Complutense de Madrid; 2009. 17 p.
 7. Odalmis N, et al. Gravedad de la disfunción temporomandibular. MEDISAN [Internet]. 2006 [Citado 03 de marzo de 2012];10(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol110_2_06/san09206.htm
 8. Poveda R. Review of temporomandibular joint pathology. Part I: Classification , epidemiology and risk factors. Med. Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12(1):292-8
 9. Aragon M et al. Trastornos de la articulación temporomandibular. Rev. Soc. Esp. Dolor 2005;12(1):429-435.
 10. Grau I, Fernandez L, Gonzales G. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. Rev. Cubana estomatol. 2005;42(3):1-6.
 11. Garcia F, Cacho C, Fonte T, Perez V. La oclusión como factor etiopatológico en los trastornos temporomandibulares. Rev. Cons. Odont. y Estomat. 2007;12(1):37-47.
 12. Diaz E, Migdelise C. Prevalencia de signos y síntomas de disfuncion temporomandibular según las distintas maloclusiones. Odont. Científica. 2007;8(1):35-43.
 13. Concha G. Imagenes por resonancia magnética de la articulación temporomandibular. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile. 2007;18(1):121-30.
 14. Marchagiani S, et al. Resonancia magnética nuclear en la valoración de la luxación discal en la articulación temporomandibular condicionada por cambios degenerativos óseos. Rev. Arg.Radiol 2006;70(1):23-30.
 15. Takatsuka S, et al. Disc and condyle traslation in patients with temporomandibular disorder. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod. 2005;99(1):614-21.
 16. Maizlin Z, et al. Displacement of the temporomandibular joint disk: Correlation between clinical findings and MRI characteristics. J. Can. Dent Assoc. 2010;76(3):1-5.
 17. Tomas X, et al. MR Imaging of temporomandibular Joint Dysfunction: a pictorial review. Radiographics. 2006;26(3):25-28.
 18. Capurso U, et al. Orthodontic treatment of TMJ disc displacement with pain: an 18 year follow up. Progress in Orthodontics 2007;8(2):240-250.
 19. Paredes C, et al. Caso clínico de tratamiento de luxación de disco articular con reducción en niño de 12 años. Unidad de Postgrado de la UNMSM. 2011;3(3):1-8.