

REHABILITACION ORAL EN PACIENTE CON DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR RELACIONADA A FACTORES OCLUSALES*

*ORAL REHABILITATION ON PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR
DISORDER RELATED TO OCCLUSAL FACTORS*

Fernando A. Salcedo Nuñez¹

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 postgrado, área de Rehabilitación Oral debido a los constantes ruidos y dolor periauricular con disminución de la función masticatoria. El objetivo del presente reporte es el diagnóstico y tratamiento de la disfunción temporomandibular que se realizó, tanto clínica como imagenológicamente, a través de resonancia magnética de la disfunción temporomandibular que, llegando al diagnóstico de desplazamiento discal unilateral derecha con reducción, se inició el tratamiento con una primera fase de pacificación a través del dispositivo oclusal de desplazamiento mandibular (DODAM), seguido de la férula estabilizadora oclusal, para luego continuar con la fase consistente en la rehabilitación protésica fija. Se concluye, en el presente reporte de caso clínico, que es importante la estabilidad articular a través del uso de férulas antes de iniciar el tratamiento de rehabilitación protésica en casos de disfunción temporomandibular que presentan desplazamiento discal con reducción. El conocimiento de los factores oclusales permitirá al clínico guiarse en el diagnóstico y tratamiento de la disfunción temporomandibular considerando las condiciones de cada individuo.

PALABRAS CLAVE: Sistema estomatognático, oclusión, factores oclusales, disfunción temporomandibular, desplazamiento discal, rehabilitación oral. férula estabilizadora, férula DODAM.

* Recibido: 20 de enero del 2014; aprobado: 30 de mayo del 2014.

¹ Cirujano-dentista, Especialista en Rehabilitación oral, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú. Correo electrónico: Salcedodent@gmail.com

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 due to the constant noise and preauricular pain with decreased masticatory function. The purpose of this report is the diagnosis and treatment of dysfunction. Temporomandibular that was studied clinically and radiologically by MRI diagnosed unilateral disk displacement with reduction right, therefore, treatment is initiated with a first phase of pacification through the device occlusal mandibular displacement (DODAM) followed by the splint occlusal stabilizing and then continue with the phase consisting of fixed prosthetic rehabilitation. The conclusion of this case report it is important to joint stability through the use of splints before initiating treatment of prosthetic rehabilitation in cases of Temporomandibular Dysfunction with disk displacement with reduction. Knowledge of occlusal factors allow the clinician to guide the diagnosis and treatment of temporomandibular dysfunction considering the conditions of each individual.

KEY WORDS: Stomatognathic system, occlusion, occlusal factors, temporomandibular dysfunction, disk displacement, oral rehabilitation. stabilizing splint, splint DODAM.

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 presenta variadas características anatómicas, morfológicas e histológicas, donde no es necesario criterios individuales ideales. Sin embargo, son frecuentes los casos donde estas variaciones exceden la capacidad adaptativa funcional del sistema, desencadenando una patología disfuncional.^{1,2}

Por ello es indispensable analizar las características y 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. En este sentido, los factores oclusales constituyen un factor a considerar en las alteraciones de disfunción temporomandibular (DTM). 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 la disfunción temporomandibular en un paciente sintomático con desplazamiento discal.^{3,4}

La DTM es un término complejo que abarca diferentes problemas clínicos que afectan tanto a la musculatura masticatoria, como a las articulaciones temporomandibulares (ATM) y a las estructuras asociadas.^{5,4}

Este concepto –DTM– 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}

La DTM afecta a un colectivo importante 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 la DTM es la causa más común de dolor facial después del dolor dental y que puede afectar hasta el 15% de la población general.¹⁰ La DTM afecta 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 hombre.¹⁰

Actualmente se reconoce la naturaleza multifactorial de los DTM⁶ 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, café.⁶

Los factores que contribuyen a la etiología y desarrollo de los DTM 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 la DTM pueden ser predisponente, perpetuante o desencadenante.¹²

OBJETIVOS

1. Establecer el diagnóstico y tratamiento en casos de disfunción temporomandibular en un paciente con desplazamiento discal anterior con reducción.

2. Conocer los factores oclusales relacionados con disfunción temporomandibular en un paciente con desplazamiento discal con reducción.

CASO CLÍNICO

Se reporta el caso clínico de una paciente de sexo femenino, de 51 años de edad, que llega a la consulta en la clínica de Postgrado de Rehabilitación Oral de la Facultad de Odontología de la U.N.M.S.M. por presentar ruidos y dolor articular con predominio del lado derecho, produciendo disminución de la función masticatoria.

ANTECEDENTES

La paciente refiere que, dentro de sus antecedentes estomatológicos, su última visita al odontólogo fue hace 2 años aproximadamente, además de referir extracciones dentarias previas hace más de 5 años. También refiere tener sintomatología a nivel auricular hace 2 años, por lo cual realiza la consulta con medicina; posteriormente realiza la consulta con otorrinolaringología en el Hospital Santa Rosa. para luego ser referida a la clínica de Posgrado de la U.N.M.S.M.

EXAMEN EXTRAORAL

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

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO

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

En máxima intercuspidadación se observa alteración del plano oclusal, pérdida dentaria en sector posterior, diastemas anterointeriores, mesialización de piezas 3.8, 4.7. Entrecruzamiento vertical del 60% resalte incisivo de 3 mm. 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 35 mm. Dicha desviación se acompaña de *clicking* recíproco unilateral derecho perceptible a la audición y al 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



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



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

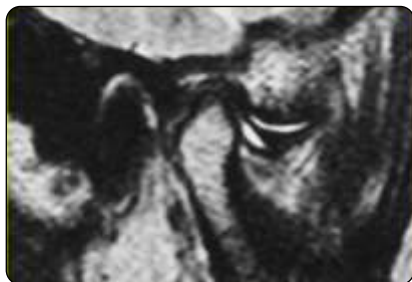


Figura 3. La Resonancia Magnética muestra la deformación y desplazamiento discal parcial con efusión en espacios sinoviales.



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

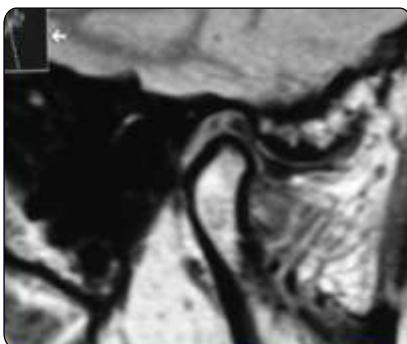


Figura 5. Resonancia magnética en la posición condilar terapéutica logrando la recaptura del disco articular y ausencia de efusión articular.

discal con reducción en ATM derecha, además de efusión articular en T2 de los espacios articulares antero superior e inferior.

TRATAMIENTO

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

Fase de estabilización

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 en ATM derecha a través del estudio de REM. Posteriormente, luego de 2 meses y la confirmación de ausencia de sintomatología, se elabora una nueva férula llamada de estabilización en la posición asintomática lograda.

Fase de provisorios y rehabilitadora definitiva

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 provisionarles 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 la cerámica feldespática, la cual se prueba y ajusta tanto a nivel proximal como oclusal. Posteriormente se realizó la cementación definitiva y colocación de férula orgánica para asegurar los mecanismos desocclusivos.

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 refieren 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 Marchegiani y 81,7% según Takatsuka), la DTM es más frecuente en el sexo femenino y constituye un factor de riesgo para la DTM, que indican una relación de 3:1 a 4:1 con respecto al sexo masculino.^{14,13}

En el presente reporte 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; asimismo 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 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 grados de la vertical para esta dentro de lo normal; sin embargo, un gran número de pacientes asintomáticos (33%) presenta desplazamiento. Algunos autores como Rammelsberg, afirman que un desplazamiento de hasta 30 grados podría ser considerado normal; sin embargo, otros autores (Helms y Kaplan)¹⁷ indican la interposición en la zona intermedia entre cóndilo y hueso temporal.

En el presente reporte se realizó la reposición mandibular seguida del tratamiento de rehabilitación protésica, a diferencia de los casos presentados 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.

En nuestro caso se reporta de una paciente adulta 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 mala oclusión 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 la cual

también consigue la reposición discal. Ello también es verificado en su reporte a través del examen con REM.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento de disfunción temporomandibular 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.
2. Los factores oclusales asociados a disfunción temporomandibular en el presente caso son: alteración del plano oclusal, interferencias oclusales y excesivo entrecruzamiento vertical.
3. 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, necesaria para la homeostasis articular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 MANN S. Sistema Estomatognático. Edit. Universidad de Chile. Facultad de Odontología. 1983.
- 2 OKENSON J. Oclusión y afecciones temporomandibulares. Editorial Mosby. Quinta edición. 2006.
- 3 AGUSTIN CAMPOS. Rehabilitación oral y oclusal. Editorial Harcourt. 2000.
- 4 BUMANN A. TMJ Disorders and Orofacial Pain. The Role of Dentistry in a Multidisciplinary Diagnostic Approach. Editorial Thieme. 2002.
- 5 LOPEZ L. y col. Diagnóstico por la imagen de los trastornos de la articulación craneomandibular. Avances en Odontoestomatología. 2005; Vol 21 N° 2.
- 6 ARENAS S. Relación entre factores oclusales y disfunción temporomandibular. Universidad Complutense de Madrid. Tesis para optar el grado de Doctor. 2009. Madrid- España.
- 7 ODALMIS N. Y COL. Gravedad de la disfunción temporomandibular. Medisan 2006; vol 10(2).
- 8 POVEDA R. Review of temporomandibular joint pathology . Part I: Classification, epidemiology and risk factors. Med. Oral Patol Oral Cir Bucal 2007; 12: 292-8.
- 9 ARAGON M. Y COL. Trastornos de la articulación temporomandibular. Rev. Soc. Esp. Dolor 2005; 12:429-435.
- 10 GRAU I. Y COL. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. Rev. Cubana estomatol. 2005; 42(3).
- 11 GARCIA F. Y COL. La oclusión como factor etiopatológico en los trastornos temporomandibulares. RCOE. 2007, Vol 12. N° 1: 32-47.
- 12 DIAZ E. Y COL. Prevalencia de signos y síntomas de disfunción temporomandibular según las distintas maloclusiones. Odous Científica. Vol VIII, N° 1. 2007.

- 13 CONCHA G. Imágenes por resonancia magnética de la articulación temporomandibular. Rev. HCUCh. 2007. , 18:121-30.
- 14 MARCHAGIANI S. Y COL. Resonancia magnética nuclear en la valoración de la luxación discal en la articulación temporomandibular condicionada por cambios degenerativos óseos. RAR 2006; Vol 70 (1).
- 15 TAKATSUKA S. ET AL. Disc and condyle traslation in patients with temporomandibular disorder. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol Endod. 2005; vol 99 :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;Vol 76(3).
- 17 TOMAS X. ET AL. MR Imaging of temporomandibular Joint Dysfunction:a pictorial review. Radiographics. Vol 26, N° 3. 2006.
- 18 CAPURSO U. Y COL. Orthodontic treatment of TMJ disc displacement with pain: an 18 year follow up. Progress in Orthodontics 2007; 8(2):240-250.
- 19 PAREDES C. Y COL. Caso clínico de tratamiento de luxación de disco articular con reducción en niño de 12 años. Univ. Nac. Mayor de San Marcos Vol 3, N° 3, 2011.