

PRESENTACIÓN DE CASO

Oclusión y estrés en el síndrome dolor disfunción temporomandibular Occlusion and stress in the temporomandibular joint pain dysfunction syndrome

Dra. María del Carmen García Cubillas*, Dra. Yusimí Pérez Couso**

*Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente.
Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente. Polidécnico Docente "Guillermo Tejas Silva", Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a: Dra. María del Carmen García Cubillas, correo electrónico: manuel@ltu.sld.cu.

Recibido: 12 de febrero de 2015

Aprobado: 10 de abril de 2015

RESUMEN

Se reporta el caso de una paciente femenina de 35 años con síndrome dolor disfunción temporomandibular, cuyo motivo de consulta fue el dolor relacionado con el lado no habitual de masticación y de dormir. Los datos fueron tomados de su historia clínica inicial. El diagnóstico se realizó fundamentalmente por el método clínico. Para ello se hizo interrogatorio y el examen clínico de músculos, articulaciones temporomandibulares y oclusión. Se detectaron como posibles causas el estrés y una interferencia oclusal grosera. Se realizó un tratamiento múltiple: laserterapia, exodoncias, control de las interferencias oclusales, control de placa dentobacteriana e higiene bucal, charlas educativas y remisión al psicólogo. La paciente evolucionó favorablemente.

Palabras clave: SÍNDROME DOLOR DISFUNCIÓN; DOLOR MIOFACIAL; DOLOR EN LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR.

Descriptor: SÍNDROME DE LA DISFUNCIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR; OCLUSIÓN DENTAL; DOLOR FACIAL.

SUMMARY

This is a case of a female 35-year-old patient with temporomandibular joint pain dysfunction syndrome who came to consultation because of pain related to her unusual side of mastication and sleeping. The information was taken from her initial health. Diagnosis was made mainly by means of the clinical method, for what an interview and a physical exam of muscles, temporomandibular joints and occlusion were applied. Stress and coarse occlusal interference were detected as the possible causes of the condition. The patient underwent a multiple treatment, consisting of laser therapy, exodontia, control of the occlusal interferences, control of the bacterial plaque and oral hygiene, educational talks, and referral to the psychologist office. The patient ameliorated.

Key words: JOINT PAIN DYSFUNCTION SYNDROME; TEMPOROMANDIBULAR MIOFASCIAL PAIN.

Descriptors: TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION SYNDROME; DENTAL OCCLUSION; FACIAL PAIN.

INTRODUCCIÓN

La articulación temporomandibular, su funcionamiento y sus alteraciones disfuncionales han sido un tema muy controvertido dentro del campo de la odontología. Su interés ha sido motivo de innumerables estudios y así consta en la literatura. El estrés es una patología omnipresente en la

ajetreada sociedad industrial de nuestros días. Los sujetos somatizan la tensión psíquica que conduce a distintas dolencias, dependiendo del órgano diana donde la patología se manifieste: estómago (úlceras, gastritis), aparato respiratorio (accesos asmáticos), piel (dermatitis seborreica, psoriasis), sistema nervioso (manías, tics, cefaleas, tabaquismo,

Citar como: García Cubillas M, Pérez-Corso Y. Oclusión y estrés en el síndrome dolor disfunción temporomandibular. Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 40(5). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/308>



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

alcoholismo, drogodependencias), sistema músculo esquelético (mialgias). (3)

Los factores psicológicos, como por ejemplo la ansiedad y la depresión, pueden desempeñar un significativo papel en la etiología y mantenimiento de los trastornos temporomandibulares (TTM). En este sentido, los factores bio-psicosociales han sido relacionados con la aparición de los síntomas de los TTM, como origen de tensión muscular masticatoria y dolor oro facial crónico. (4)

El síndrome dolor-disfunción (SDD), entre los TTM, es la entidad más común; se caracteriza por un espasmo de la musculatura masticatoria, convirtiéndose en un ciclo autoperpetuante, cuando desarrolla el componente doloroso, independiente de cualquier factor causal y puede durar indefinidamente. (1, 2)

Las indicaciones terapéuticas, así como el plan de tratamiento, dependen del diagnóstico clínico. (5) En pacientes con síndrome dolor-disfunción temporomandibular (SDDATM) se suelen realizar, además de una exploración clínica exhaustiva de músculos y oclusión, exploraciones complementarias cada vez más sofisticadas y costosas, que llevan al diagnóstico final y, pese a ello, no siempre se logra detectar la causa. Sin embargo, en algunas ocasiones el diagnóstico es más sencillo, tal es el caso que se presenta, donde el equipo multidisciplinario constituido por protesistas, parodontista y estomatólogo general integra un exhaustivo análisis, basado en evidencias concluyentes y tratamientos con el trabajo sobre el control del estrés provocado por el propio síndrome. Es por eso que se propone presentar el caso de una paciente con SDDATM, cuyas causas fueron la acción del estrés y una interferencia oclusal grosera, diagnosticada mediante un protocolo de examen minucioso de músculos, articulaciones y dientes; además de establecer la conducta a seguir a corto y a largo plazo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Fémica de 35 años, secretaria, con antecedentes de episodios dolorosos, disfuncionales autoperpetuantes y recurrentes de las ATM, recientemente divorciada, su único hijo fallecido hace poco tiempo a causa de un accidente automovilístico. Refiere que pasa largas horas, debido a su trabajo, hablando por teléfono, sosteniendo el manófono del mismo entre el hombro y la mandíbula para poder escuchar y tomar nota al mismo tiempo; además de este hábito refiere comerse las uñas, lo cual se ha acrecentado en los últimos tiempos. Acude al servicio de prótesis para valorar su oclusión.

Clínicamente la paciente refiere dolor en la zona articular izquierda, sobre todo al levantarse por las mañanas, y mejora en el transcurso del día. En realidad, el dolor se localiza en la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula, además se irradia

al oído, sien, cabeza y músculos del cuello; bloquea la actividad de día y frecuentemente le ocasiona mareos, náuseas e inestabilidad. Fue valorada por un especialista otorrinolaringólogo para descartar algún trastorno auditivo.

La paciente relaciona el dolor con la masticación y, de hecho, está directamente relacionado. Al masticar por el lado habitual siente dolor en el lado contrario (lado de balanceo), que es donde choca la rama mandibular con el maxilar y por esta razón mastica del otro lado, donde se origina el dolor. Igualmente, cuando duerme sobre el lado del compromiso articular, es la mandíbula la que se apoya sobre el maxilar, dando lugar a la sintomatología. La paciente refiere nerviosismo e insomnio, saliva con sabor amargo y frecuentemente presenta úlceras o aftas bucales asociadas a la sequedad bucal; razón por lo cual, fue atendida por la parodontista.

Examen físico

- Dolor intenso a la palpación pre trago unilateral izquierda.
- Dolor intenso a la palpación posterior derecha.
- Dolor moderado, extendido a los músculos del cuello y nuca.
- Punto Ashi en el ángulo mandibular derecho.
- Apertura bucal restringida (24 mm).
- Movimiento de lateralidad derecha igual a 6 mm e izquierda a 8 mm.
- Chasquido en apertura y cierre del lado derecho.
- Pruebas estáticas y dinámicas positivas.
- Índice de esmalte de Helkimo igual a 2.
- Sobrepase de 1 de corona y resalte igual a 1 mm.
- Clasificación de Angle: neutro, oclusión de ambos lados.
- Curva de Spee derecha alterada por extrusión del 17 y ausencia del 47.
- Curva de Wilson alterada por cúspides vestibulares altas del 17.

La paciente fue remitida al servicio de urgencias de Medicina Natural y Tradicional para tratamiento con laserterapia, con lo que se eliminó el trismo (apertura máxima = 42 mm) y se comenzó el estudio oclusal más profundo en un articulador Dentatus, el cual mostró desarmonías oclusales durante los movimientos excéntricos, dado por la extrusión del 17. La higiene bucal se había debilitado por el temor a los episodios dolorosos, pero la paciente no presentaba caries, ni parodontopatías severas. El único diente ausente era el 47 y dada la extrusión del 17 fue preciso realizar desgaste selectivo del mismo.

Eliminada la interferencia oclusal responsable del trastorno, la paciente siente una mejoría extraordinaria. Sin embargo, la mejoría era transitoria, pues continuaba con el insomnio y muy frecuentes los cuadros de dolor. ¿Cuál otro factor podría influir en la reaparición del SDDATM? Tras esta interrogante se decidió interconsultar a la paciente con un psicólogo, el cual detectó: ansiedad, depresión, sentimientos de culpa y frustración. Esto

conduce a un nuevo factor del síndrome: el estrés.

Se realizó relajación progresiva de Jackson, para disminuir las tensiones físicas y psíquicas, con charlas educativas y remisión al psicólogo para un manejo a largo plazo de sus estresores.

Se indicó a la paciente comer una dieta más suave. Evitar productos de masticación difícil y trocear los alimentos antes de ingerirlos. Masticar el alimento a ambos lados al mismo tiempo o el lado alterno, para reducir la tensión sobre un lado. Evitar determinados alimentos, como el café, té, chocolate, que pueden aumentar la tensión de la mandíbula y desencadenar el dolor. Evitar las actividades que implican la amplia apertura de la mandíbula (el bostezo, tratamientos dentales prolongados, etc.).

El tratamiento farmacológico se acompañó de terapia educacional. En el primer escalón terapéutico se indicó ibuprofeno, con gran actividad analgésica, antipirética y antiinflamatoria. Como coadyuvante se utilizó la amitriptilina, contemplada dentro de los antidepresivos tricíclicos mejora significativamente la respuesta al dolor, el insomnio y la ansiedad.

DISCUSIÓN

La causa concreta del SDDATM parece incierta y su historia natural no refleja una enfermedad progresiva, sino un trastorno moldeado por muchos factores interactuantes que la mantienen. (7) Algunos autores (8) piensan que las interferencias oclusales son la causa principal del problema, en cambio otros (9) concluyen que la oclusión juega un papel menor, siendo el estrés la causa primaria. Es cierto que los disturbios emocionales juegan un rol importante en la etiología del síndrome, especialmente los del tipo social y domésticos, incrementan significativamente el tono muscular.

El estrés es un fenómeno psicofisiológico de causa psicosocial. La respuesta depende del contexto en que se produce. No existen indicadores específicos, sino manifestaciones psicológicas, producto de una interacción de factores de diferentes niveles de complejidad. En los seres humanos la vida social, refractada por la personalidad, la inteligencia y la propia individualidad psicológica, constituye la fuente principal de estímulos generadores de respuesta de estrés. (10)

En las mujeres aumenta la liberación de catecolamina bajo el estrés y es más común en este

sexo, porque ellas describen frecuentemente sentimientos negativos de incomodidad ante situaciones problemáticas, como el caso que se presenta.

De acuerdo con Araya, (3) no es sorprendente que existan opiniones diferentes, pero lo incorrecto es que investigadores atribuyan a sus opiniones la calificación de "basadas en la evidencia", sin pruebas concluyentes. No importa el tipo de oclusión presente sino: cuando la posición condilar es anormal, la dimensión vertical es inadecuada, cuando faltan dientes o existen prematuridades que originan inestabilidad, la guía anterior no cumple con las funciones que le son propias, el plano oclusal no deja funcionar la guía correctamente y se tiene entonces una oclusión anormal.

El compromiso funcional es el impedimento o limitación del funcionamiento fisiológico de la ATM, ya sea de causa intraauricular, como la luxación o bloqueos, o de causa extra articular, que engloba causas muy diversas. El caso presentado es reflejo de los aspectos conceptuales publicados por otros autores. (11) Este caso constituye un proceso de causa extra articular, en el que los exámenes radiológicos no manifiestan graves alteraciones; en cambio la sintomatología es intensa, por lo que el diagnóstico se realizó fundamentalmente por la exploración clínica. Por ello es tan importante realizar un correcto examen de músculos, articulaciones y dientes.

La corrección de malos hábitos, como la onicofagia, es importante en el tratamiento del dolor mandibular. Las terapias cognitivo conductuales tienen como finalidad la eliminación de estos hábitos y el desarrollo de técnicas de relajación, para poder disminuir la tensión mandibular. Estas terapias pueden ser eficaces solas o como coadyuvantes de otros tratamientos. (6)

Los pacientes debían estar conscientes de que los hábitos no cambian solos y son ellos los responsables de estos cambios de comportamiento. La corrección de un hábito puede lograrse haciendo al paciente conocedor de que ese hábito existe, cómo debe corregirlo y por qué debe hacerlo. Cuando este conocimiento es combinado con un compromiso de auto supervisión, la mayor parte de estas malas costumbres se corregirán.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Montero Parrilla JM, Denis Alfonso JA. Los trastornos temporomandibulares y la oclusión dentaria a la luz de la posturología moderna. Rev Cubana Estomatol [revista en internet]. 2013, Dic [citado 24 de abril 2015]; 50(4): 408-421. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000400008&lng=es.
2. Soto Cantero L, de la Torre Morales JD, Aguirre Espinosa I, de la Torre Rodríguez E. Trastornos temporomandibulares en pacientes con maloclusiones. Rev Cubana Estomatol [revista en internet]. 2013,

- Dic [citado 24 de abril 2015]; 50(4): 374-387. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000400005&lng=es.
3. Araya C, Oliva BP, De los Santos Pamela A, Mendoza ME. Trastornos ansiosos y desórdenes temporomandibulares en funcionarios de un Centro de Salud Familiar en la Comuna de Concepción, Chile. *Int J Odontostomat* [revista en internet]. 2011 [citado 24 de abril 2015]; 5(3): 235-239. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0718-381X20110003&lng=es&nrm=iso.
 4. Peñón Vivas PA, Grau León I, Sarracent Pérez H. Caracterización clínica del síndrome de disfunción temporomandibular en el Hospital Universitario "Miguel Enríquez". *Rev Cubana Estomatol* [revista en internet]. 2011 [citado 24 de abril 2015]; 48(4): 371-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000400008&lng=es.
 5. Sardina Valdés M, Casas Acosta J. Anomalías de la oclusión dentaria asociadas a la disfunción temporomandibular. *Rev. Méd Electrón.* [revista en internet]. 2010 [citado 24 de abril 2015]; 32(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol3%202010/tema06.htm>.
 6. Hollenstein J. Síndrome de la Articulación Temporomandibular: Enfermedad de la Articulación Temporomandibular; Disfunción de la Articulación Temporomandibular; Síndrome de Disfunción de Dolor Miofacial. Condiciones y Procedimientos [En línea]. 2009 [citado 24 de abril 2015]. Disponible en: <http://www.tmj.org/>.
 7. Colectivos de autores. Guías prácticas clínicas de oclusión. En: Guías prácticas de Estomatología. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
 8. Grau León I, Cabo García R. Evaluación de la oclusión en pacientes con trastornos temporomandibulares y desarmonías oclusales. *Rev Cubana Estomatología* [revista en internet]. 2010, Jun. [citado 24 de abril 2015]; 47(2): 169-177. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200005&lng=es.
 9. Ros Santana M, Moreno Chala Y, Rosales K, Osorio Capote Y, Morales Cordoví L. Grado de disfunción temporomandibular en mayores de 19 años. *MEDISAN* [revista en internet]. 2013, Dic. [citado 24 de abril 2015]; 17(12): 9087-9093. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200009&lng=es.
 10. Manfredini D, Castroflorio T, Perinetti G, Guarda Nardini L. Dental occlusion, body posture and temporomandibular disorders: where we are now and where we are heading for. *J Oral Rehabil.* [revista en internet]. 2012 [citado 24 de abril 2015]; 39(6): 463-71. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2842.2012.02291.x/full>.
 11. Barata Caballero D, Larena-Avellaneda Mesa J, Moreno PA, Durán Porto A. Compromiso funcional extra-articular de la articulación temporomandibular (CAT). I. Definición y diagnóstico. *Gaceta dental: Industria y profesiones* [revista en internet]. 2007 [citado 24 de abril 2015]; (185): 142-55. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/185 CIENCIA Compromiso funcional extra articular.pdf>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.