

TRATAMIENTO ORTOPEDICO DE LA DISFUNCION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR (ATM) DURANTE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

(CASO CLINICO)

VALENCIA, S.B.*

Palabras claves: ATM, Disfunción, Ortopedia

REVISION DE LA LITERATURA

Los factores etiológicos que intervienen en la generación de la disfunción de ATM en niños, son poco conocidos (Wänman y Agerberg, 1986). Sin embargo, hay un consentimiento general que tiende a sustentar la idea de que la etiología es multifactorial, pudiendo intervenir en ella factores como la oclusión, la salud general, el trauma y el estado emocional del paciente. Moulton y Lesse (1956) mostraron pacientes perfeccionistas, compulsivos y dominantes que presentaban disfunción de ATM, concluyendo que el modo de ser podía influir sobre la disfunción.

Egermark y Erikson (1986) en Suecia reportaron en un 13% de los niños analizados, síntomas leves, y en un 7%, severos de disfunción.

En Colombia, Jiménez y Peña (1987) examinaron 208 niños, en la población de Damasco (Antioquia), en los que se observó: Ausencia de disfunción en un 65%; disfunción mínima en un 31%, disfunción moderada en un 4%, y ningún caso con disfunción severa.

Los síntomas más comúnmente encontrados de disfunción fueron: Dolor en los músculos masticatorios y articulaciones mandibulares, ruidos durante los movimientos mandibulares (el más común, pero su etiología no es clara), limitación o desviación de los movimientos mandibulares.

El dolor durante la disfunción mandibular puede tener un origen muscular y/o articular. El dolor de origen muscular está más relacionado con hiperac-

tividad muscular. El dolor de origen articular se relaciona más con maloclusión o con trauma.

Bernal y Tsamsouris (1986) asociaron la disfunción con la presencia de parafunciones orofaciales, como: Morderse las uñas, las mejillas u objetos extraños.

Egerman y Erickson (1986) enfatizaron la importancia de la oclusión en la disfunción mandibular de niños y adolescentes, mostrando una relación entre los contactos unilaterales en relación céntrica y las interferencias en los movimientos laterales en la disfunción.

Parece que la disfunción de ATM tiende a afectar más el sexo femenino.

Para el diagnóstico de un caso de Disfunción de ATM se debe realizar un interrogatorio donde se investiga por el compromiso de otras articulaciones. El examen clínico debe hacerse con ayudas objetivas como el índice de Helkimo y se debe complementar con un examen oclusal y radiográfico.

El clínico debe hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades que producen cefaleas que se podrían confundir con el dolor de la disfunción de ATM.

Como debe esperarse ante un desconocimiento de la etiología de la Disfunción de ATM en niños, escaso es también el dominio de su corrección terapéutica. Sin embargo, parece indicado el tratamiento temprano de la disfunción para evitar su progreso.

Los tres objetivos primordiales de la terapia de la disfunción de ATM, son el control del dolor, control del factor emocional y la eliminación de la desarmonía articulo-oclusal (Zarb, 1985).

Los tratamientos disponibles para la disfunción de ATM se pueden agrupar en Físicos, Dentales, Médicos, Psicológicos y Quirúrgicos (Zarb y Carlsson 1985).

* Estudiante de la Facultad de Odontología. CES, IX Semestre 1988.

- La terapia Física tiene como objetivo la reorganización articular por medio del reposo. Es necesario dar recomendaciones al paciente para que se aplique paños de agua caliente en el área articular, consumir dieta blanda, evitar el apoyo mandibular en sus actividades cotidianas y evitar movimientos traumáticos.

- El tratamiento dental tiene como objetivo la corrección de la desarmonía oclusal y contiene y las técnicas de ajuste de la oclusión por tallado selectivo, ortodoncia, ortopedia, y Prótesis.

- El tratamiento médico tiene como objetivo la relajación muscular y el control del factor emocional desde el punto de vista farmacológico. Esto incluye anestésicos, analgésicos, relajantes musculares y tranquilizantes, corticosteroides y agentes esclerosantes. No se ha reportado el uso de estos agentes en la disfunción del niño, en el adulto su uso es muy limitado.

- El tratamiento Psicológico trata de controlar el factor emocional. No se ha reportado la mejoría clínica de la disfunción en niños con este tipo de tratamiento. En adultos se dispone de técnica de relajación e hipnosis que representan elementos poderosos en la terapia contra el dolor y los desórdenes de la ATM.

- Como último recurso se dispone del tratamiento quirúrgico, en caso de trastornos severos de la articulación como aplasia, hipoplasia, hiperplasia condilar, maloclusiones severas y artritis reumatoidea.

ENUNCIADO DEL CASO CLINICO

DIAGNOSTICO:

El Paciente consulta por la presencia de ruido bilateral en la ATM durante la apertura mandibular.

Paciente de sexo masculino de 10 años de edad, con antecedentes médicos de bronquitis crónicas y alergias. Hay historia de trauma mandibular de un (1) año de evolución. Presenta una maloclusión Clase II División 1 sin apiñamiento dental y con mordida profunda (Ver foto 1).

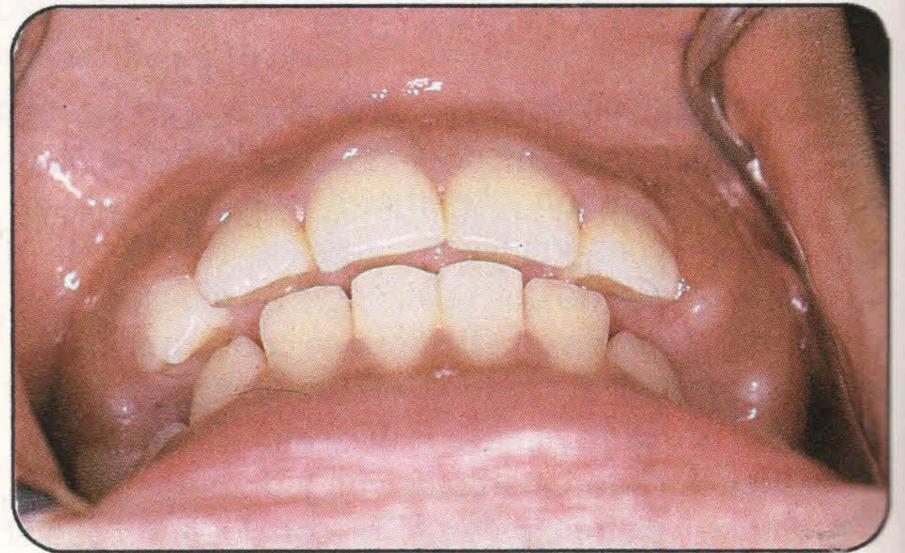


FOTO No. 1

PACIENTE CON MALOCLUSION CLASE II DIVISION 1 CON MORDIDA PROFUNDA.

En el interrogatorio, se realizó una historia para investigar la posible existencia de otras enfermedades sistémicas como en el caso de artritis reumatoidea. En el examen clínico de la función mandibular, se utilizó el índice de Helkimo, que incluye: 1) observación de la función mandibular. 2) palpación de los músculos masticatorios; 3) auscultación de la ATM; 4) índice de dolor muscular y ATM.

El análisis de Helkimo inicial del paciente, mostró: movilidad mandibular anormal; ruido articular bilateral, que se producía a los 31 mm. de apertura; había dolor a la palpación muscular en el masetero y en el esternocleidomastoideo y dolor de ATM a la palpación posterior de ambos lados. Esto dió un puntaje total de 12 puntos que corresponde a una disfunción severa Grado 1.

Para el examen radiográfico se utilizó una panorámica, en la cual se observó normalidad en el contorno óseo-condilar.

PLAN DE TRATAMIENTO:

Luego del período higiénico de ambientación oral se llevó a cabo una terapia física para buscar la reorganización de los elementos de la ATM, (dieta blanda, paños de agua caliente, evitar movimientos traumáticos). Además una terapia dental con la colocación de un bionator para tratar su maloclusión Clase II División 1 con mordida profunda y producir remodelación articular. Ver foto número 2.

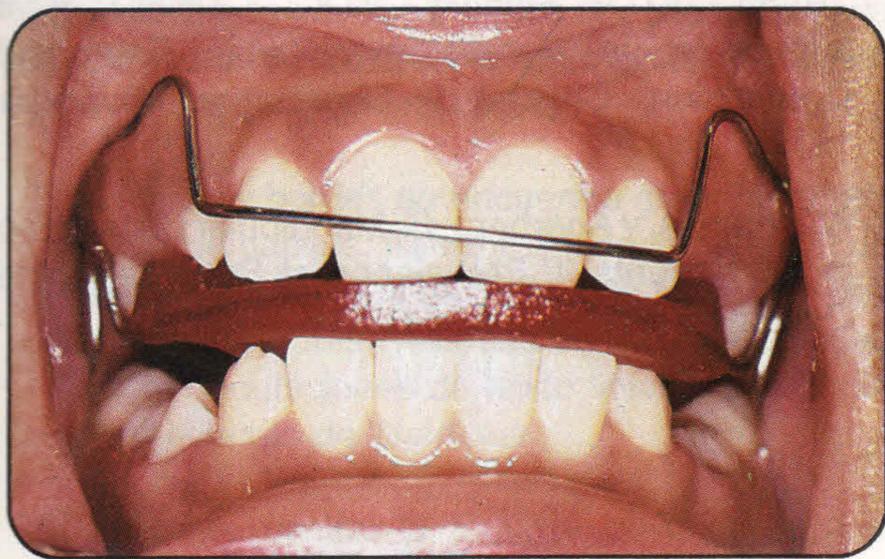


FOTO No. 2

TERAPIA ORTOPEDICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION DE ATM EN NIÑOS (BIONATOR).

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO:

En cada revisión se realizó el índice de Helkimo y se observó a los dos meses una disminución de dolor durante los movimientos mandibulares.

A los tres meses, se registró un índice de 5 puntos, debido a la eliminación en el ruido articular. Los cambios en la trayectoria mandibular antes y durante el tratamiento se pueden ver en la Figura 1.

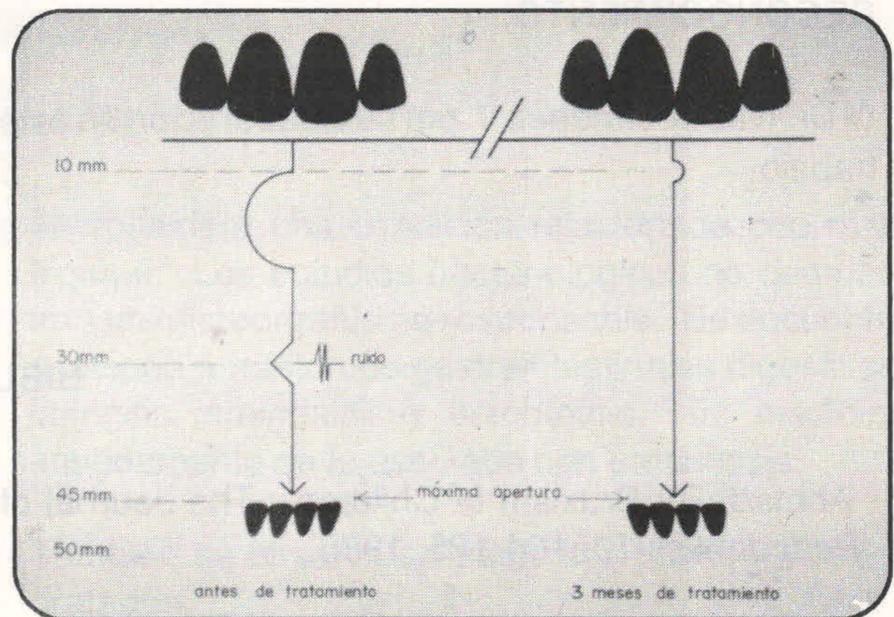


FIGURA 1

EVOLUCION DEL MOVIMIENTO MANDIBULAR DURANTE LA APERTURA EN LA CITA DE DIAGNOSTICO Y A LOS TRES MESES DE TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR. NOTESE LA MEJORIA EN EL MOVIMIENTO MANDIBULAR Y LA DESAPARICION DEL RUIDO ARTICULAR.

El plan de tratamiento futuro es continuar con la aparatología funcional aproximadamente por dos años. Posiblemente sea necesario utilizar ortodoncia fija, para proporcionar una oclusión estable.

CONCLUSIONES:

- Hay varios tipos de tratamientos disponibles para la terapia de la disfunción de la articulación temporomandibular en niños.
- La terapia inicial, básica para cada paciente, debe ser enfocada por medios físicos como el reposo, aplicar paños de agua caliente, dieta blanda, y el evitar el apoyo mandibular en sus actividades.
- La ortopedia dentro de la terapia dental trata de modificar las relaciones dentales y articulares, para favorecer una reorganización de la articulación temporomandibular.
- Estos pacientes requieren un seguimiento prolongado hasta que culminen su crecimiento y desarrollo.

RECONOCIMIENTO:

Al Dr. Iván D. Jiménez V. por su colaboración en este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmad, R.: Bruxism in Children. The Journal of Pedodontics 10: 104-125, 1986.
- Carlsson, G.E. Kopp, S y Öberg, T: Arthritis and Allied Diseases of the Temporomandibular Joint. Temporomandibular Joint Function and Dysfunction, Chapter 10 Copenhagen, Denmark 1979.
- Jiménez, I.D. and Peña, J.C.: Disfunción de la Articulación Temporomandibular (ATM) con niños y Adolescentes en el Corregimiento de Damasco (Antioquia). CES, Odontología, 1: 29-34, 1987.
- Lesse, S. (1956) Atypical Facial Pain Syndrome of Psychogenic Origin, J. Nerv. Ment. Dis. 124-346.
- Oulton, R. (1955) Oral and Dental manifestations of Anxiety. Psychiatry, 18, 261.
- Rugh, JD y Solberg, W.K.: Psychological Implication in Temporomandibular Pain and Dysfunction, Chapter 9 Copenhagen, Denmark 1979.
- Wänman, A. y Agerberg, G: Mandibular Dysfunction in Adolescents. I. Prevalence of Symptoms. Acta Odontol. Scand, 44: 47-54 1986.