

**DISFUNCIONES
CRANEOMANDIBULARES (DCM)**

Sánchez Persona Franklin Felipe.¹
Santos Vásquez Daniela.²

RESUMEN

La “disfunción craneomandibular” abarca una amplia gama de trastornos, provocando distorsiones en las funciones de los dientes, síntomas de mialgia en la región craneocervicofacial y dolor en la articulación temporomandibular. Estas molestias no solo se pueden relacionar con la posición de la mandíbula y el cráneo, sino también con la columna cervical, los hombros, la columna torácica y lumbar, alterando la funcionalidad de los movimientos mandibulares.

Estos trastornos pueden tener diversas etiologías que predisponen su aparición, tales como la mala postura del cuerpo en el paciente, alteración en la posición de las caderas, la maloclusión dentaria, mordida abierta, mordida cruzada posterior, prótesis defectuosas, traumas en la región de la cavidad oral y posición asimétrica de los dientes, alteraciones en el ATM con mayor frecuencia, stress y por último la parafunción que es toda actividad muscular en contacto dentario o no donde no involucra la masticación, fonación o deglución siendo la más habitual, el bruxismo.

Todos estos elementos que ocasionan signos y síntomas pueden ser tratados por especialistas en cirugía maxilofacial y/u ortodoncia, dependiendo la gravedad de la patología ya que pueden ser corregidos a tiempo, devolviendo la funcionalidad al aparato masticatorio y alivio muscular craneomandibular.

PALABRAS CLAVES

Disfunción craneomandibular, oclusión.

INTRODUCCION

Según la Academia Americana del dolor orofacial (AAPO) la disfunción craneomandibular (DCM), llamada también trastorno temporomandibular (ATM) puede definirse como la desarmonía que ocurre en las relaciones morfológicas y funcionales de los dientes y de sus estructuras de soporte maxilares, articulaciones, músculos de la articulación, músculos de los labios, lengua, cuello y complementos vasculares y neurales¹.

En otras definiciones se añade la idea de la existencia de una ruptura intrínseca de las funciones normales y óptimas del sistema estomatognático¹.

Estos trastornos provocan disfunciones en las regiones cervicales y craneofaciales (dolor y molestia en los movimientos mandibulares y cervicales)² no solamente están relacionados con el cráneo y la articulación temporomandibular, sino también abarca la mala postura que el paciente pueda adquirir al hacer sus actividades diarias³ como la mala posición de la columna cervical, torácica y lumbar así como de las estructuras anatómicas en las regiones supra e infrahiodea y hombros⁴.

La DCM está de igual manera relacionada con sintomatología auditiva ya que la articulación temporomandibular comprende un conjunto de estructuras anatómicas que establecen una relación entre el hueso temporal, la base del cráneo y la mandíbula. La estrecha relación que tiene el oído con las piezas óseas de la articulación

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

temporomandibular puede producir dolor en el oído interno.

La DCM se manifestará con alteraciones en los movimientos del cuello y la mandíbula, provocando dolor y fatiga en los músculos de la masticación, perjuicios en las labores cotidianas, disfunción en la masticación y defectos en la oclusión y apertura bucal.

Los desórdenes craneomandibulares pueden clasificarse según las diferentes entidades que originan el dolor, pudiendo ser:

1. Desórdenes Intracapsulares: afectando a los ligamentos capsulares, cóndilo, menisco, cavidad sinovial y fosa glenoidea.
2. Desórdenes Extracapsulares: que va relacionada con las estructuras musculares de la articulación⁵.

ETIOPATOGENIA

Los elementos que ocasionan ésta patología van asociados a los siguientes factores:

• FACTORES OCLUSALES:

- La mordida abierta anterior es la primera anomalía que está asociada a la disfunción craneomandibular, debido a la reducción de la altura posterior por pérdida rápida del tejido óseo en el cóndilo y techo de la cavidad glenoidea reduciendo contactos prematuros a nivel de los molares posteriores de ambas arcadas dentarias y la amplificación del espacio anterior con pérdida de contacto interincisal.
- La mordida cruzada posterior es la segunda anomalía asociada, pero con una probabilidad mucho menor en relación a la mordida abierta anterior y está asociada al grupo de pacientes con disco desplazado,

observando también el aumento del overjet.

- Factores oclusoesqueléticos asociados a patologías disfuncionales con relación a la trayectoria incisal y condilar.

• FACTORES DE HIPERMOVILIDAD ARTICULAR SISTÉMICA (HAS) :

- La HAS es otro factor asociado a la etiopatogenia de la disfunción cráneo mandibular, relacionada íntimamente a aspectos genéticos fundamentalmente al sexo femenino. La hipermovilidad articular sistémica de carácter hereditario es un factor constitucional benigno, que está asociado a cambios de la estructura del tejido conectivo y que se manifiesta con laxitud ligamentaria y capsular, articulaciones inestables, dislocación, subluxación y desplazamiento discal.

• FACTOR DE TRAUMA:

El trauma es el factor más importante de carácter amnésico, asociado a la disfunción craneomandibular, este tipo de lesión puede ser : directa e indirecta, siendo más frecuente ésta última, produciendo edema en el tejido retro discal, e inflamación de la cápsula y tejido sinovial cuando el efecto traumático fue moderado, mientras que un efecto severo, produce avulsión tanto de la cápsula como del músculo pterigoideo externo, acompañado de hemartrosis con el riesgo de que también pueda ocurrir fractura del cóndilo o del cuello condilar⁶.

Cuando el trauma se produce a boca abierta o entre abierta es mucho más grave que cuando el traumatismo está en oclusión.

FACTORES PREDISPONENTES:

Los factores predisponentes que se describen están relacionados a:

- Tratamientos prostodónticos u ortodónticos.
- Fracturas codileas, mandibulares.
- Apertura bucal forzada.
- Traumatismo facial o cervical.
- Patología reumática.

CUADRO CLINICO

Aunque los motivos de consulta pueden ser múltiples, se destacará al dolor muscular que puede ir desde una ligera sensibilidad al tacto hasta molestias extremas.

Hay muchas ocasiones donde el paciente no refiere sintomatología dolorosa y al no tener un tratamiento oportuno el dolor comienza y se va agravando con mialgias, que van afectando los músculos masticadores, limitando progresivamente el movimiento de la boca⁷. Cabe resaltar que el dolor no solo se presenta en esta región, sino que se irradia a zonas próximas (dolor en los músculos cutáneos, infrahiodeos, suprahiodeos, del cuello y la cabeza) y zonas distales (mialgia en columna vertebral y hombros) donde llega a ser un dolor referido. El paciente al tener sus actividades diarias presentará molestias, fatiga muscular y mal posiciones al sentarse o estar parado, adoptando posturas patológicas que producen tensión nerviosa sostenida y que al tomar una posición de decúbito agravan el dolor.

Al realizar la observación clínica se deberá tener al paciente en pie frente al examinador y realizar una evaluación general de su postura, se examinará con especial atención la postura cráneo cervical, que en visión frontal tendrá que presentar paralelismo entre la línea de

los ojos y la de los hombros, y girando el cuerpo a la derecha o izquierda a 90° se tendrá una visión lateral del cuerpo, en la que se deberá observar una alineación entre el conducto auditivo externo y el centro de la articulación del hombro que permitirá evaluar diferentes grados de asimetría y conocer cuál es la postura adoptada por el paciente, si hay mala postura se podrá presumir el grado de dolor que ejerce sobre los músculos. También se realizará exámenes de los movimientos en la región cervical y columna vertebral tales como, la flexión, extensión, rotación de derecha a izquierda, lateroflexión, lo que ayudará a observar si hay movimientos exagerados acompañados de dolor o movimientos limitados, los cuales aumentarán en movimientos pasivos en caso de contracturas musculares⁴.

Aunque no haya un síntoma que sea el predominante, las mialgias en los sitios ya mencionados nos orientarán a sospechar de una DCM.

Como resumen de la clínica se detallará una pequeña lista de los signos y síntomas:

- Dolor difuso localizado en las regiones craneofaciales y cervical.
- Disarmonía oclusal a nivel de la articulación y musculatura asociada.
- Desgaste de las facetas en los dientes
- Dolor periradicular
- Limitación de la apertura bucal¹.
- Alteraciones, distorsiones y desviaciones de los movimientos mandibulares¹ (lateralidad, ascenso y descenso).
- Crisis de cefaleas.
- Otalgia, acúfenos.
- Músculos masticatorios con disfunciones, alteraciones motoras y dolor continuo y opresivo.
- Bruxismo.

- Crepitaciones y ruidos en la articulación temporomandibular¹.
- Bruxismo

TRATAMIENTO:

El tratamiento propuesto en la DCM puede ser

- **Inicial:** Dependerá mucho del proceso en que se encuentra la DCM, que podrá ser leve, moderado o avanzado. Se menciona como tratamiento inicial al realizado por el paciente cuando comienza a sentir las molestias referidas anteriormente de forma leve. Un paciente, que sufre de estos trastornos comenzará por evitar movimientos excesivos de la mandíbula que afecten la articulación temporomandibular.

También se debería prescindir de bostezos exagerados que provoquen una apertura máxima de la oclusión provocando daño a la articulación temporomandibular, con posterior mialgia en la región maseterina y temporal⁶.

La aplicación de calor con una toalla humedecida y caliente sobre el área sintomática puede disminuir a menudo los niveles de dolor y las molestias⁸⁻⁹.

• Tratamientos medicamentoso

En caso de haber dolor en los movimientos mandibulares y cervicales y presencia de inflamación, se podrá administrar antiinflamatorios y analgésicos dependiendo de la afección y grado de severidad.

El tratamiento farmacológico puede ser un método eficaz para controlar los síntomas asociados a las DCM pero los pacientes deben saber que la medicación no suele ofrecer una solución o curación de forma individual sino que junto a un

tratamiento físico, apropiado y definitivo, se brinda un tratamiento más completo.

Entre estos tenemos:

1. *Analgésicos antiinflamatorios no corticoides:* Los AINES resultan muy útiles para los dolores de la DCM ya que resultan efectivos frente a cuadros inflamatorios leves y moderados. Entre los más frecuentemente utilizados, se mencionan a:

- Aspirina: se administra en dosis de 325-650mg cada 6 horas en adultos y 50-75mg por cada Kg. /peso en niños por vía oral.
- Ibuprofeno: se administrará en dosis de 200-400mg cada 6-8 horas como antiinflamatorio 400-800mg cada 6-8 horas como analgésico por vía oral.
- Naproxeno: se administrará en dosis 250mg cada 6-8horas y como antiinflamatorio en dosis de 250-500mg cada 12horas por vía oral.
- Diclofenaco: se administrará en dosis de 100-200mg cada 12horas como antiinflamatorio y analgésico 50mg cada 8 horas por vía oral. En niños de 1 a 12 años por vía oral o rectal 1-3 mg/kg/día.
- Piroxican: se administrará en dosis de 20mg/día por vía oral.
- Ketorolaco: se administrará en dosis de 10mg cada 8 horas por vía oral⁶.

2. *Relajantes musculares:* Estos fármacos se prescriben para prevenir la hiperactividad muscular en la DCM, la mayoría de los relajantes

musculares tiene un efecto central que produce sedación e inmunidad muscular al paciente¹⁰.

- Baclofen: se administra en dosis que comienza con 15mg con mantenimiento de 30-80mg diarios por vía oral de 1-2 días.
- Tizanidina: se administrará en dosis con 2mg aumentando gradual hasta 12-36mg diarios por vía oral de 1-2 días.
- Ciclobenzaprina: se administrará en dosis única de 10mg cada 8 horas por vía oral de 1-2 días.

3. *Corticoide:*

- Betametasona: se administrará en dosis de 0,6mg 1 comp. Cada 8 horas por vía oral¹⁰.

• **Tratamientos fisioterápico**

Los tratamientos fisioterapéuticos engloban un grupo de técnicas manuales que suelen aplicarse conjuntamente con tratamientos medicamentosos, estas acciones son de diferentes tipos de características que serán instaurados de acuerdo a cada paciente⁶. Cuando el trastorno es leve lo realizará un odontólogo en su consultorio, pero cuando hablamos de trastornos que son complejos y de mucho compromiso el tratamiento será multidisciplinario y se llevará a cabo junto con un maxilofacial especialista en ATM y kinesiólogo⁶⁻⁷ en un hospital de tercer nivel que tenga todos los servicios necesarios.

Las disfunciones craneomandibulares en la actualidad son un problema que puede afectar a la generalidad de las personas. Estas en su mayoría van relacionadas a problemas bucales, malas posturas y hábitos incorrectos en la masticación. Con los tratamientos correctos mencionados anteriormente en

el momento oportuno y la visita regular al odontólogo o médico, se podrá evitar el avance de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Dos Santos J. "Diagnóstico y tratamiento de la sintomatología cráneo-mandibular" Editorial Amolca, San Paulo-Brasil, 1ra edición; 1995, 29-35.
2. Schwarts L., Afecciones de la articulación temporomandibular; editorial Junín 831, Buenos Aires-Argentina, 1ra edición; 1973; 35-36.
3. Biotti Picant J, Arturo Manns Freese, Carolina González Cereceda, Nicole Loeff Mirelman, Glosario de oclusión dentaria y trastornos temporomandibulares, Editorial panamericana, Bogota-Colombia, 1ra edición; 2006; 46-49.
4. Chimenos Kusthner E. Odontología clínica; Editorial Masson, Barcelona-España, 1ra edición; 1998; 121-138.
5. Echeverri Guzmán E., Neurofisiología de la oclusión; editorial Saunders Elsevier, Bogotá –Colombia, 1ra edición; 1988; 159-165.
6. Maglione, Horacio, Disfunciones cráneo-mandibulares; Editorial Amolca, Venezuela, 1ra edición; 2008; 141-159.
7. Annika I., Disfunción de la articulación temporomandibular; editorial Iberoamericana; San Paulo-Brasil; edición 1ra; 2001; 35-40.
8. Jeffrey P O., Tratamiento de oclusión y afección temporomandibulares; Editorial Elsevier imprint, Madrid-España, 5ta edición; 2003; 147-364.
9. Echeverry Guzmán E, Sencherman K. Neurofisiología de la oclusión; Editorial Librería el Atenco, Monserrate-México, 1ra edición; 1984; 234-241.
10. Velázquez P.L., Farmacología básica y clínica; Editorial panamericana, Madrid-España; 2008; 513-536