

EL DOLOR OROFACIAL

CUELLAR S. Melvin B. ¹

RESUMEN

Uno de los problemas más dramáticos en medicina es el tratamiento de casos de dolor en general y, en particular, el dolor con localización orofacial, situación que se transforma, en muchas ocasiones, en un verdadero desafío para los diferentes profesionales que tratan estas alteraciones, que incluyen los desórdenes témporomandibulares (DTM) y los dolores faciales. Para muchos profesionales del área de la salud existe confusión o dudas acerca del diagnóstico y las conductas terapéuticas que deben seguir para resolver estos problemas. Este artículo insiste en la necesidad de seguir los protocolos indicados por la literatura internacional para cada caso, además advierte a los profesionales de la salud sobre la necesidad de obtener la mejor información sobre el tema para beneficio de los pacientes, quienes en muchas oportunidades tienen dificultad para escoger al profesional de salud adecuado para resolverle su problema.

ABSTRACT

One of problems more dramatic in Medicine, is the treatment of general pain and particularly, orofacial located pain, this situation becomes many times, a real challenge to different professionals that treat this disorders, it includes Témporomandibular Disorders (TMD) and facial pain. Many health professionals are confused or doubt about diagnosis and therapeutics behavior to resolve this problems. This article insists that is necessary to follow the recommended treatment indicate by the international literature for each case, besides observes to health professionals about the need of getting the best information about this subject in order to benefit our patients, who usually have the difficulty to choose the correct professional to resolve his problem.

KEY WORDS: Orofacial pain, TMD (Témporomandibular Disorders), Diagnosis, Treatment.

INTRODUCCION

Los profesionales de las diferentes áreas de la salud que se relacionan con pacientes con problemas de dolor orofacial tienen una difícil responsabilidad para evaluar, diagnosticar, tratar o en algunos casos, derivar al paciente al profesional indicado, para que le resuelva de manera idónea su dolencia.

Existe un conjunto de conceptos básicos para entender el significado del dolor en general y el dolor orofacial en particular.

El **dolor** es una sensación desagradable percibida por el córtex cerebral, habitualmente como resultado de la recepción de un estímulo nociceptivo. Los receptores del dolor, llamados nociceptores, son los encargados de captar la información nociceptiva. La estimulación de los nociceptores puede producirse como resultado de la estimulación mecánica (presión, estimulación térmica (calor) o estimulación química (sustancias liberadas después de la lesión tisular)

El **Dolor Orofacial** es una sensación desagradable en la región anatómica orofacial, o sea, relacionada con la boca, cuello y la cara, que varía desde una molestia leve a una importante, asociada a un proceso destructivo actual o potencial de los tejidos que se expresa a través de una reacción orgánica y/o emocional.

El dolor orofacial incluye situaciones de dolencias asociadas con tejidos duros y blandos de la cabeza, cara, cuello y de todas las estructuras intra-orales. Se incluyen, entre otros, los dolores de cabeza, dolores con origen en el sistema nervioso, dores psicogénicos (relacionadas con factores psicológicos) y dolores por enfermedades graves, como tumores y SIDA.

Una de las causas más frecuentes del dolor orofacial son los **desórdenes (alteraciones) de la articulación témporomandibular (DTM)**, estas articulaciones son los dos puntos, uno a cada lado de la cara, justo delante de los oídos, donde el hueso temporal del cráneo se articula con la mandíbula. Los ligamentos, tendones y músculos que sostienen las articulaciones son los responsables del movimiento de los maxilares.

La articulación témporomandibular es la más compleja del cuerpo: se abre y cierra como una bisagra y se desliza hacia adelante, hacia atrás y lateralmente, y está sometida a una gran presión durante la masticación. La articulación témporomandibular contiene una pieza de cartílago especializado, denominado disco, que evita la fricción entre el maxilar inferior y el cráneo.

El diagnóstico y tratamiento debe ser realizado por un equipo de profesionales: dentistas, médicos, fisioterapeutas, psicólogos,

¹ Director de la Escuela de Postgrado de la Universidad Cristiana de Bolivia
Master en Educación Superior
Especialista en Cirugía Oral
Diplomado en Implantología Oral

porque esa dolencia debe ser abordada con una visión del paciente como un todo, sin tratar apenas el dolor circunstancial que el individuo está sintiendo.

Epidemiología del Dolor Orofacial.

El dolor es una queja humana común y frecuente, algunos estudios revelan que más del 81% de la población en general ha experimentado como mínimo, una experiencia de dolor significativo en su vida; se considera que un tercio de la población de los países industrializados, sufre de algún tipo de dolor crónico, con consecuencias importantes en el rendimiento individual de los pacientes y la elevación de los costos en gastos por servicios de salud privados y gubernamentales.

El dolor orofacial (DOF) y el dolor producido por los desórdenes témporomandibulares (DTM) representan condiciones de sufrimiento para el ser humano, con una prevalencia mundial entre el 50% (Acosta Ortiz, 2001) y el 90% (OMS, 2003), en síntomas y signos, que nos compromete, como gestores de salud, en su conocimiento y correcto diagnóstico como eslabón fundamental en la cadena del manejo clínico, terapéutico y psicológico.

Estudios longitudinales en poblaciones, muestran que entre el 60% y 70% de la población tienen, al menos, un signo de Desorden Témporomandibular (DTM), denominada también, entre varios otros nombres, Trastorno Témporomandibular. Actualmente, se acepta que la etiología de los DTM es multifactorial, donde se combinan los factores físicos, psicosociales (ansiedad, depresión y estrés), algunos de ellos difíciles de entender, medir o evaluar, además, se ha propuesto que hábitos parafuncionales, como el bruxismo, que es el acto de apretar o rechinar los dientes, de manera conciente o inconciente, durante el sueño o en vigilia, serían factores desencadenantes del DTM. La mayoría de los investigadores de la actualidad afirman que los métodos de diagnóstico estandarizados y los criterios de diagnóstico válidos y confiables, son absolutamente necesarios para definir e identificar los subtipos de DTM.

DIAGNOSTICO.

El dolor referido a las estructuras orofaciales en muchas ocasiones supone un importante desafío diagnóstico para el odontólogo o el médico. A medida que la ciencia avanza en el conocimiento del dolor orofacial y este problema se populariza entre los pacientes, el riesgo de iatrogenia en los consultorios se multiplica, con consecuencias indeseadas para todos los involucrados en estos problemas, que podríamos minimizarlas siguiendo algunos lineamientos básicos.

En el diagnóstico debe incluirse las cefaleas, dolores músculo-esqueléticos, dolores neurogénicos, dolores psicogénicos y dolores originados en enfermedades graves, como cáncer y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Es necesario diferenciar el dolor de acuerdo al tipo y mecanismo del mismo, para determinar la etiología y el plan final del tratamiento del dolor orofacial. La responsabilidad del clínico es triple, con las siguientes características:

1. Debe poseer conocimientos actualizados de la ciencia básica y clínica del dolor orofacial.

2. Debe ser capaz de realizar una conducta clínica adecuada, incluyendo examen físico, test neurológicos, test de laboratorio, estudios imagenológicos y otros que fueren necesarios.
3. El clínico debe desarrollar un plan de tratamiento de acuerdo con un padrón demostrado por la literatura científica y en muchas oportunidades el profesional debe hacer consultas interdisciplinarias. Si el tratamiento u otra circunstancia de los estudios quedan fuera del conocimiento del clínico, este debe derivar al paciente a otro profesional de manera obligatoria

Para diferenciar y diagnosticar apropiadamente los desórdenes dolorosos orofaciales, el profesional de salud debe conocer las múltiples clasificaciones de dolor de cabeza, cara y cuello, así como de sus criterios de diagnóstico. Muchas patologías de la cabeza y cuello se enmascaran como dolor orofacial, por consiguiente, los facultativos deben considerar en su diagnóstico diferencial las enfermedades no relacionadas con el sistema masticatorio. Llevar a cabo un proceso de diagnóstico completo es determinante, pues emitir uno incorrecto o incompleto es una de las causas más frecuentes de fracaso del tratamiento.

En las estructuras faciales, pueden localizarse dolores heterotópicos o dolores referidos de un problema orgánico distante. Entre las muchas patologías que debemos observar se encuentran los problemas cardiovasculares y especialmente la isquemia aguda del miocardio, que puede tener representación dolorosa en la región orofacial y ser el síntoma único inicial o bien ser la queja principal del paciente.

Un alto porcentaje de la semiología dolorosa que se manifiesta en el macizo craneofacial, tiene su origen en los problemas estomatológicos, especialmente en las estructuras dentarias; en los casos de pacientes que presentan disfunciones de la articulación témporomandibular (ATM, la articulación del hueso temporal con el hueso mandibular), el dolor está presente en 97% de los casos.

Diagnóstico de los Desórdenes Témporomandibulares (DTM).

Los desórdenes de la articulación témporomandibular son un subgrupo de los problemas dolorosos faciales. Muchos síntomas relacionados con la ATM son causados por efectos del estrés físico y emocional sobre las estructuras alrededor de la articulación. Estas estructuras incluyen los músculos de la mandíbula, la cara y el cuello; los dientes, el disco cartilaginoso en la articulación y los ligamentos, vasos sanguíneos y nervios cercanos. Estos trastornos son más frecuentes en mujeres de 20 a 50 años de edad.

Por ejemplo, el estrés diario puede llevar a la persona a apretar y rechinar los dientes, parafunción denominada bruxismo, que puede ser causa o efecto de la disfunción de la articulación témporomandibular (DTM) y muchos síntomas relacionados con este síndrome son causados por efectos del estrés físico y emocional sobre las estructuras alrededor de la articulación.

La mala postura puede también ser un factor importante; por

ejemplo, mantener la cabeza hacia adelante mientras se está mirando una computadora o la televisión, tensiona los músculos de la cara y el cuello.

Otros factores que podrían empeorar los síntomas de la DTM son la incapacidad para relajarse, una dieta deficiente y la falta de sueño.

Todos estos tipos de estrés pueden resultar en “puntos desencadenantes”: contracción muscular y compresión de los nervios en la mandíbula, la cabeza y el cuello. Estos puntos desencadenantes pueden remitir el dolor a otras áreas causando un dolor de cabeza recurrente que no responde al tratamiento habitual, dolor de oído, de cuello o de dientes.

Otras posibles causas de síntomas relacionados con la ATM son, entre otras: tritis, fracturas, tumores, dislocaciones y problemas estructurales presentes desde el nacimiento.

Síntomas más frecuentes.

- Dolor de cabeza.
- Dolor de oído (la articulación está en frente de la oreja y el paciente puede malinterpretarlo como dolor de oído. Además, el dolor se puede irradiar al oído desde músculos cercanos)
- Dolor o sensibilidad en la mandíbula
- Dolor facial sordo
- Dificultad o molestia al morder o masticar
- Chasquido al masticar o abrir la boca
- Sensación de fricción al masticar
- Disminución de la capacidad de abrir o cerrar la boca

Signos y exámenes

El dolor y los síntomas de la ATM pueden requerir una evaluación de más de una especialidad médica, incluyendo al médico de cabecera, un odontólogo o un otorrinolaringólogo, dependiendo de los síntomas. Algunos odontólogos se especializan en el diagnóstico y tratamiento de la ATM.

Valoración clínica de las articulaciones.

Para poder diagnosticar correctamente que tipo de disfunción sufre el paciente debemos realizar una valoración clínica de las articulaciones y músculos.

El examen completo puede involucrar:

- Palpar la articulación y los músculos conectados a ella para detectar sensibilidad
- Observar, sentir y escuchar al abrir y cerrar la mandíbula
- Mover los dientes de un lado a otro
- Presionar en distintas áreas de la cabeza en busca de zonas sensibles o con dolor
- Una radiografía de la ATM puede mostrar anomalías, pero pueden ser difíciles de apreciar
- Se puede realizar ocasionalmente una IRM del área de la mandíbula
- Un examen dental puede mostrar mala alineación en la mordida (mala oclusión)

Eventualmente, los resultados del examen físico pueden aparecer normales.

Tratamiento

Las terapias simples generalmente se recomiendan primero, pero si no funcionan, se puede pensar en el uso de protectores bucales y tratamientos más agresivos. La cirugía se considera como un último recurso y afortunadamente hay muchas medidas que se pueden tomar mucho antes de llegar a este punto. La cirugía reconstructiva de la mandíbula rara vez se requiere, los estudios han mostrado que los resultados a menudo son peores que antes de la cirugía.

Se puede aplicar masajes, con indicaciones específicas según el caso, ejercicios dirigidos a los músculos involucrados y otros recursos que pueden ser administrados por un profesional fisioterapeuta.

Medicación.- Los relajantes musculares pueden ayudar; los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) reducen la inflamación proveniente de artritis u otras causas.

Desgaste selectivo.- Se trata de eliminar las interferencias oclusales determinadas de manera técnica y científica, siguiendo el protocolo indicado, con la finalidad de obtener armonía oclusal y devolver las funciones fisiológicas del sistema estomatognático.

Prótesis y/o Ortodoncia.- Se debe tener cuidado acerca del método de tratamiento irreversible que altera permanentemente la mordida. Sin embargo, en caso necesario, el odontólogo puede recomendar la rehabilitación protésica o la ortodoncia para ayudar a alinear los dientes y restablecer la oclusión adecuada.

Férulas oclusales.- Son aparatos que se adaptan sobre los dientes, están diseñadas para mantener la mandíbula en una posición más relajada, inhibir el apretamiento de los dientes o brindar alguna otra función. Si un tipo de férula no funciona, otro posiblemente sí. Tienen diferentes denominaciones, como ser: Splints, guardas oclusales, placas miorelajantes.

A continuación se presentan algunas otras recomendaciones:

- Mantener siempre una buena postura, principalmente al trabajar con una computadora, ver televisión y leer. Se recomienda tomar descansos frecuentes para aliviar los músculos estresados.
- Convertir en un hábito la relajación de los músculos faciales y mandibulares durante todo el día.
- Evitar consumir alimentos duros, como nueces, dulces y filetes.
- Consumir mucha agua todos los días y dormir bien.
- Aprender técnicas de relajación para reducir el estrés general y la tensión muscular en la espalda, el cuello y el cuerpo.

- Adoptar las posiciones correctas para descansar o dormir.

Así mismo, el hecho de hacer ejercicio varias veces a la semana, le puede ayudar a la persona a relajarse, fortalecer el cuerpo, aumentar la flexibilidad e incrementar el umbral del dolor.

Consideraciones Finales.

La **Disfunción temporomandibular y el dolor orofacial** es una especialidad reciente de la odontología, que se ocupa de un trastorno con una etiología aún no definida plenamente, que obliga a los profesionales de la salud a capacitarse para identificar estos problemas y aprender a tratarlos o a derivarlos al profesional competente; estos conocimientos permiten prevenir la dolencia, detectar y eliminar o atenuar los factores predisponentes que iniciarán, o podrían agravar, el problema del dolor orofacial.

La difusión de estas alteraciones y la orientación dirigida a nuestros pacientes y profesionales de la salud, permitirán mejorar el pronóstico de esta dolencia y principalmente a prevenir la aparición de síntomas que deterioran la calidad de vida de la población que padece de dolor orofacial y disfunción de la A.T.M.

Bibliografía consultada:

1. AMERICAN Dental Association. TMD/TMJ (temporomandibular disorders). Available at: http://www.ada.org/public/topics/tmd_tmj.asp.
2. DOMINGUES Bruno Marco Aurelio -Disfunção têmporo-mandibular. Aspectos clínicos de interesse do cefaliatra ARTIGO ORIGINAL: Migrêneas cefaléias, v.7, n.1, p.14-18, jan./fev./mar. 2004
3. GRANIZO López Rafael Martín, Fisiopatología de la articulación temporomandibular. anomalías y deformidades, Adjunto, FEA. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
4. OKESON JP (ed). Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management. Chicago, Quintessence Publishing Co. 1996.
5. OVIEDO Montes Alejandro, Revista ADM Vol. LV Guía pterapéutica del dolor orofacial Mayo-Junio 2003 pp 101-109.
6. RUDD Patricia A., profesora titular del. Centro de Dolor Orofacial de la Universidad de California, San Francisco y Charles McNeill, profesor y director del Centro de Dolor Orofacial de la Universidad de California, San Francisco
7. SAEZ Yuguero MR, Bermejo Fenoll A, Calvo Guirado JL, Álvarez Martínez E. Dolor mandibular de origen cardíaco. Av. Odontoestomatol 2003; 19-5: 219-223
8. SCHAMES J, Schames M. Trigeminal Pharyngioplasty: Treatment of the forgotten accessory muscles of mastication which are associated with orofacial pain and ear symptomatology. American Journal of Pain Management July 2002;Vol.12 No.3.