

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume **69**

Número
Number **5**

Septiembre-Octubre
September-October **2001**

Artículo:




Comentario al trabajo de ingreso: “El trastorno craneomandibular no diagnosticado”

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Academia Mexicana de Cirugía

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Comentario al trabajo de ingreso: “El trastorno craneomandibular no diagnosticado”

*Acad. Dr. Takao Kimura-Fujikami**

Estimado Sr. Académico Dr. Carlos Sánchez Basurto, Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía y Sr. Académico Dr. José Antonio Carrasco Rojas, Secretario de nuestra distinguida Corporación, quienes me han honrado para hacer el Comentario del Trabajo de Ingreso titulado “*El trastorno craneomandibular no diagnosticado*” del Sr. Acad. Dr. Alejandro Oviedo Montes, me permito expresar a tan honorable auditorio lo siguiente:

Las alteraciones de la articulación temporomandibular han sido y serán un problema diagnóstico de relevancia en la práctica médica y estomatológica, debido a la gran variedad de factores causales que la producen y que podemos catalogarlo en tres grandes grupos principales:

Los derivados de alteraciones de la oclusión dental y de las estructuras de soporte periodontal, que son la piedra angular del padecimiento de disfunción dolorosa temporomandibular y que afecta a 62% de las personas con maloclusiones clase II o distoclusiones, es decir los que esqueléticamente tienen retrognatismo mandibular y que se caracterizan por la prevalencia de una compresión del cóndilo sobre la zona bilaminar de la articulación temporomandibular, y por la tendencia de la autorrotación de la cabeza del cóndilo que lo posiciona en una relación excéntrica dentro de la cavidad glenoidea del hueso temporal, y en consecuencia repercute durante la apertura y movimientos mandibulares limitados con los signos y síntomas descritos en el trabajo.

Los factores de alteraciones de los músculos masticadores (maseteros, pterigoideos externos e internos, temporal) y de los músculos de la deglución (principalmente los suprahioides) y que se manifiestan como espasmos y contracturas por fatiga o “cansancio” de estas estructuras musculares que producen la limitación de los movimientos mandibulares y sobre todo en la apertura bucal con puntos o áreas dolorosas que se extienden a otros grupos de músculos del cuello y espalda en los casos más graves de larga evolución.

Los que corresponden a factores tensionales o hábitos bucales perniciosos como son el bruxismo, es decir, la tendencia a lo que comúnmente denominamos “apretamiento dental” que en la mayoría de los pacientes son de tipo nocturno y de origen psicológico o por estrés cotidiano y que afecta tanto a adolescentes y personas de la cuarta o quinta década de la vida, principalmente del sexo femenino como lo refiere el Dr. Oviedo.

El manejo contemporáneo de las alteraciones disfuncionales de la articulación temporomandibular, se basa en tres fases:

En primer lugar en la atención básica del diagnóstico clínico del padecimiento y que es la esencia del trabajo de ingreso del Dr. Oviedo, en donde el interrogatorio y la exploración del sistema estomatognático (dientes, estructuras de soporte alveolar, músculos de la masticación y de la deglución y las estructuras de la articulación temporomandibular) son primordiales para ofrecer la explicación completa al paciente sobre su alteración y prescripción de medicamentos específicos para mitigar el dolor (analgésicos) y el proceso inflamatorio de la articulación (AINE's) y los relajantes musculares, permiten el alivio de los síntomas referidos y la mejoría de los signos patognomónicos de estas disfunciones.

En la segunda fase, la rehabilitación neuromuscular mediante la aplicación de aparatos miofuncionales para corregir el espasmo y las contracturas musculares crónicas que mejora la sintomatología y la dislocación del menisco articular al reubicar en relación céntrica el cóndilo mandibular, y así permitir los movimientos normales de la mandíbula y la oclusión dental céntrica.

La última fase corresponde a procedimientos quirúrgicos de la articulación, desde la liberación de los músculos pterigoideos a la artrocentesis y finalmente la eminectomía, o bien, la condilectomía y su reconstrucción. Cabe mencionar que la cirugía articular, sólo se aplicará en las alteraciones óseas más graves o que no muestren mejoría de los síntomas de dolor y disfunción aguda.

El tema expuesto por el Dr. Oviedo Montes por consecuencia es árido y complejo sobre todo en el terreno diagnóstico y multifactorial, en el que existen muchas facetas que el paciente manifiesta y que lamentablemente no se eliminan totalmente el dolor o la disfunción, y que la recidiva de la sintomatología es común, por lo que aumenta considerablemente las interconsultas y la ineffectividad de resultados de curación, como se detalla ampliamente en el texto leído por el autor.

Hubiera sido de enorme valor llegar a dar conclusiones que nos permitieran considerar la comprobación de los resultados diagnósticos de los 352 pacientes estudiados por el Dr. Oviedo, puesto que omite si se aplicó o no un tratamiento específico para su curación y definir la

causa del trastorno, por lo cual le conmino a que el trabajo sea completado para lograr de ser posible el diagnóstico definitivo de las alteraciones y no sólo describa los hallazgos que el autor en forma personal y única conoce, describe y sin pruebas objetivas que lo fundamente como son los formatos utilizados de la encuesta, el planteamiento

de una hipótesis de trabajo y los resultados esperados o predictivos.

Finalmente, es loable su entusiasmo que le inculcó al atender la población con estos padecimientos que merece nuestro reconocimiento y su ingreso a nuestra querida y distinguida corporación académica.