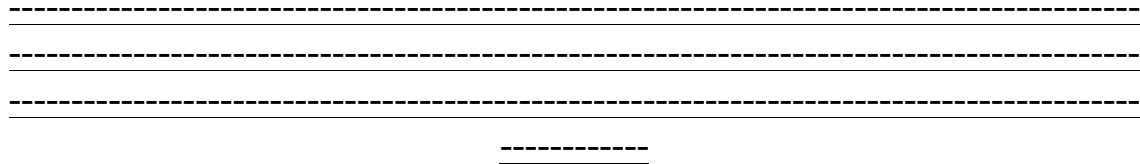


ARTICULO ORIGINAL

Aceptado: octubre 2021



MAPEO DEL
DOLOR EN LA ARTICULACION TEMPORO
MANDIBULAR

SURVEY
OF TEMPORO MANDIBULAR JOINT PAIN.

Fernando Blust Bouyrié

Licenciado en Fisioterapia UDELAR

Especialista en técnica RPG

Graduado en CEDIME University of St. Agustine (Chile)

Email: fblust @yahoo.com.ar

DOI 10.52887/RUOO/v5n1.4

RESUMEN.-

El mapeo del dolor articular (ATM), permite detectar el dolor en zonas y puntos específicos de la misma. Esto orienta al clínico y le hace dirigir su tratamiento hacia un área específica y no hacia toda la articulación. De ahí las ventajas de un diagnóstico diferencial. El mapeo del dolor articular es un procedimiento rápido de evaluación, su principal objetivo es identificar clínicamente la estructura afectada para un correcto enfoque terapéutico y su ventaja es que permite el diagnóstico clínico precoz de las alteraciones articulares. Dicho procedimiento consiste en comprimir o distender 8 zonas anatómicas de cada ATM, para evaluar de forma rápida y efectiva la sensibilidad dolorosa de los tejidos blandos articulares (sinoviales y ligamentos). En este artículo se describen los 8 puntos básicos para el diagnóstico diferencial del dolor y el procedimiento para su evaluación en el paciente durante el examen clínico, según el método de Rocabado Seaton.

SUMMARY.

The survey of DTM pain allows to detect the pain in the specific zones and points of it. This guides the clinic and makes him direct his treatment to an specific area and not to the whole articulation. This is why we can get a differentiated diagnosis. The mapping of the DTM pain is a procedure of fast evaluation, its main objective is identify clinically the affected structure so that we can focus in a correct therapy, and its advantage is that its allows the early clinical diagnosis of the DTM alterations. This procedure consists of compress or loosen 8 anatomic zones of each DTM, to evaluate in a quick and effective way the painful sensibility of the soft tissues of the joint (synovial and ligaments). In this article we describe the 8 basic points for the differential diagnosis of the pain and the procedure for its evaluation in the patient during its clinical exam, according with Rocabado Seaton method.

PALABRAS CLAVES: ATM, síndrome dolor disfunción, puntos de dolor, fisioterapia

KEY WORDS : DTM, síndrome pain- disfunction, pain points, physiotherapy

DOI 10.52887/RUOO/v5n1.4 RUOO 2022 Vol 5 No1 en-jun2022

50-58

INTRODUCCIÓN.-

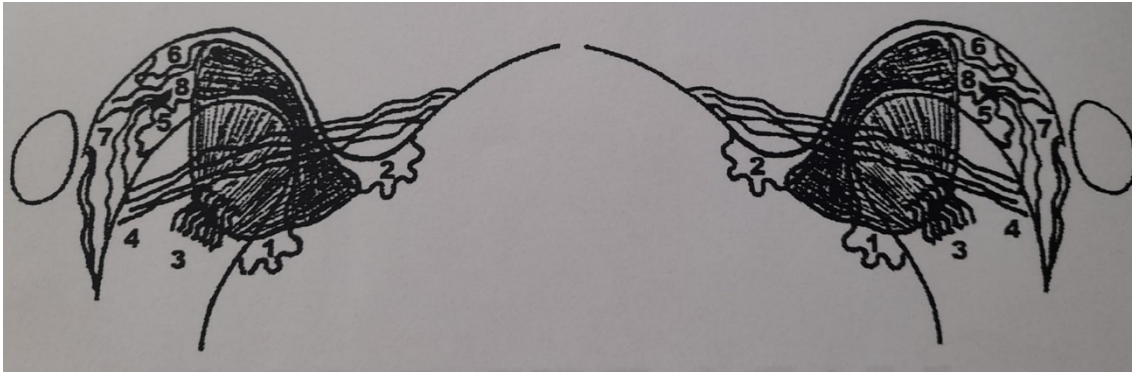


Figura 1. Rocabado Seaton . Mapa del dolor articular ,PDF ,<https://es.scribd.com>

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL INICIAL- 8 PUNTOS BÁSICOS (ver figura1)

- 1- Sinovial Antero Inferior
- 2- Sinovial Antero Superior
- 3- Ligamiento Colateral lateral
- 4- Ligamento Tempomandibular
- 5- Sinovial Postero Inferior
- 6- Sinovial Postero Superior
- 7- Ligamento Posterior
- 8- Retrodisco

Fisiología e histología de los componentes anatómicos de la ATM

Membranas Sinoviales están formadas por tejido conectivo inervado y ricamente vascularizado.

Se dividen en:

- a) 2 sinoviales infradiscales, (espacio entre cóndilo y disco) una anterior y otra posterior al cóndilo.

DOI 10.52887/RUOO/v5n1.4 RUOO 2022 Vol 5 No1 en-jun2022

50-58

b) 2 sinoviales supradiscales (espacio entre fosa glenoidea y eminencia articular) una anterior y otra posterior.

Entre las funciones tenemos:

- 1) Lubricación
- 2) Nutrición y eliminación de catabolitos
- 3) Sirve para detectar dolor intracapsular

Normalmente, las membranas sinoviales no duelen al ser presionadas suavemente, por lo que cualquier molestia o dolor es una advertencia al momento del examen articular.

Las sinoviales duelen por compresión

Las sinoviales inferiores anterior o posterior duelen por compresión del cóndilo. La hipermovilidad condilar hace que el cóndilo funcione en posiciones extremas articulares anteriores o posteriores, y si esta acción se hace repetitiva se transforma en un micro trauma capaz de generar una inflamación.

Las sinoviales superiores anterior o posterior duelen por compresión del disco. Cuando los bordes densos posteriores o anteriores del disco se comprimen los extremos de la articulación en forma repetitiva, esto lleva a una inflamación del tejido sinovial.

No deben ser subestimadas las sinovitis ya que representan un primer paso hacia la disfunción y posterior daño tisular.

La compresión de las sinovitis, además de generar inflamación y dolor y daño tisular altera las funciones básicas de la membrana sinovial. Generando una disminución en la producción de líquido sinovial, menor eliminación de catabolitos, factores predisponentes de la pérdida de la movilidad normal del disco en la eminencia (disco hipomóvil) y favorecen la enfermedad degenerativa articular.

Ligamentos y cápsula

Ambos están compuestos por tejidos conectivo fibroso, principalmente fibras colágenas. Principal función de los ligamentos y capsulas es el mantener la articulación unida y limitar el movimiento articular.

Son elementos de unión interóseo y articular, ayudan a la estabilidad de la ATM.

Al igual que las sinoviales son tejido inervados y vascularizados por lo que pueden provocar dolor, sin embargo, los ligamentos y la cápsula duelen por distensión.

DOI 10.52887/RUOO/v5n1.4 RUOO 2022 Vol 5 No1 en-jun2022

Las causas pueden ser:

Microtrauma a repetición (bruxismo, onicofagia, malos hábitos, maloclusión dentaria, etc.)

Macrotrauma, golpe, fractura, apertura boca abierta prolongada.

Cápsula

Al igual que los ligamentos casi no posee fibras elásticas. Se dispone alrededor de toda la articulación circunscribiéndola y formando una cavidad completamente sellada. Constituida en un 80% por fibras colágenas dispuestas tridimensionalmente y separadas entre si por espacios rellenos principalmente por sustancia hialurónica, que además de lubricar mantiene la distancia entre fibra y fibra. La superficie interior de la capsula mira a la cavidad articular y en los puntos en que entra en contacto con el disco se adhiere íntimamente a él, y por efecto de esto, la cavidad articular resulta dividida en dos compartimientos: una superior o supradiscal ; y otra inferior o intradiscal. Por su conformación la capsula resiste muy bien las sobrecargas ocasionadas por los micro traumas, ya que tiene la capacidad de distenderse en cualquier dirección.

PROCEDIMIENTO DE PESQUISAJE DE LOS OCHO PUNTOS BASICOS (ver figura 1)

a) sinovial Anteroinferior Dolor 1

Si la prueba es positiva estaríamos frente a una posible *hipermovilidad condilar anterior con patrón mandibular protrusivo, así como si hay una exagerada apertura bucal.*

b) sinovial Anterosuperior Dolor 2

Si la prueba es positiva estaríamos frente a una *traslación condilar más allá del borde inferior de la eminencia articular*, por lo que el borde anterior denso del disco sobrepasa la inserción de la capsula articular comprimiendo la membrana sinovial.

c) ligamento Colateral Lateral Dolor 3

Si la prueba es positiva habría una sobre *distensión ligamentosa*, a la que se puede deber a hipermovilidad condilar y o a una *posición del disco hacia medial (luxación o subluxación)*

d) ligamento Temporomandibular Dolor 4

Si la prueba es positiva el cóndilo ha adoptado una posición posteroinferior con sobre elongación ligamentosa y *pérdida de la congruencia de las superficies articulares, se debe principalmente a factores oclusales, habitualmente por interferencias dentarias.*

e) Sinovial Posteroinferior Dolor 5

Si la prueba es positiva puede ser provocada por *interferencias oclusales, factores mecánicos, parafunciones (onicofagia, bruxismo etc.)*

f) Sinovial Posterossuperior Dolor 6

Si la prueba es positiva es que el cóndilo está comenzando a adoptar una *posición posterior y superior sobre la porción densa del disco.*

g) Ligamento Posterior Dolor 7

Si la prueba es positiva es probable que el cóndilo haya adoptado una *posición posterosuperior con un desplazamiento anterior del disco y pérdida de la congruencia de las superficies articulares, habitualmente su causa es de origen oclusal.*

h) Retrodisco Dolor 8

Si la prueba es positiva, estamos frente a un proceso de *retrodiscitis que se caracteriza por inflamación con sangrado, muy dolorosa y con limitación funcional a la masticación y apertura.* Debemos de interpretar este dolor como una situación de *luxación cóndilo discal posterior y discotemporal anterior.* El disco puede además estar desplazado lateral o medialmente.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN

Se parte de una posición inicial que consiste en colocar el dedo índice de una mano sobre el polo lateral del cóndilo y el pulgar de la otra mano interpuesta entre los incisivos.

Solicitar una protrusión mandibular hasta sentir el polo anterior del cóndilo y luego que el paciente abra su boca unos 10 mm, Se realiza en protrusiva debido a que de esta manera el cóndilo baja y se desplaza lateralmente y la apertura para descomprimir las sinoviales.

a) sinovial anteroinferior – dolor 1

Rodar el dedo índice desde el polo lateral hasta ubicar el polo anterior e inferior del cóndilo. Palpar tejido blando hasta sentir tejido duro.

b) sinovial anterosuperior – dolor 2

Deslizar el dedo índice en dirección superior hasta palpar una leve separación que divide el borde anterosuperior del cóndilo con el borde inferior de la eminencia articular.

c) ligamento colateral lateral – dolor 3

El colateral lateral tiene aproximadamente 5 mm de longitud y se extiende a lo largo de todo el cuello del cóndilo. Para palparlo se pide una apertura de unos 30 mm. Si la prueba es positiva indica sobredistensión ligamentosa.

d) ligamento temporomandibular – dolor 4

Para evaluar este punto se debe pedir una apertura de unos 20 mm y apoyar el pulgar sobre los molares del lado a examinar. Luego desplazar la mandíbula en sentido postero e inferior hasta distender el ligamento.

Realizar esta maniobra hasta sentir la sensación de tope.

e) sinovial posteroinferior – dolor 5

Volver a la posición inicial del examen y una vez ubicado el polo lateral del cóndilo deslizar el dedo a la región posterior y descender hasta el cuello del cóndilo.

f) sinovial posterosuperior – dolor 6

Apertura de boca de unos 20 mm, palpar el borde posterior del cóndilo y deslizar dedo hacia craneal hasta sentir el techo de la fosa temporal y el borde posterior del cóndilo.

g) ligamento posterior – dolor 7

Para hacer la prueba se debe tomar la mandíbula de la misma forma descrita para el Dolor 4.

Desplazar la mandíbula en sentido posterior hasta sentir el tope óseo. Luego, con la mano libre aplicada sobre la región del ángulo goniaco , ejercer una fuerza en sentido craneal.

h) retrodisco – dolor 8

Para su evaluación se debe repetir la maniobra del Dolor 7, manteniendo en todo momento una posición condilar posterosuperior con presión craneal. Manteniendo la presión craneal, llevar la mandíbula adelante con precaución ya que si la prueba diese positiva estaríamos frente a un proceso de retrodiscitis que se caracteriza por inflamación con sangrado.

CONCLUSIONES

En el síndrome dolor disfunción de las articulaciones témporo-craneo-maxilo-bidental (ATCMB) para llegar a un mejor resultado en su tratamiento es necesario el trabajo interdisciplinario entre el odontólogo y fisioterapeuta. El odontólogo se servirá de diferentes técnicas buscando la mejor oclusión dentaria y estabilización, del mismo modo el fisioterapeuta buscará con terapias manuales y físicas corregir y apaciguar los músculos del sistema masticatorio y su relación cráneo-vertebral. Conocer si los puntos dolorosos se corresponden con aquellos de etiología oclusal permite al clínico fisioterapeuta derivar al paciente al odontólogo para su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Latarjet-Ruiz Liard, Anatomía humana vol I,
- Rocabado S., Manual avances internacionales biomecánica articular. .
- Rocabado S., Mapa del dolor articular ,PDF , <https://es.scribd.com>

