

Eficacia de las férulas oclusales en el tratamiento de los TTM

Las férulas oclusales de distintos tipos se han venido utilizando para el tratamiento de los trastornos temporomandibulares (TTM), ya estén afectas la musculatura o la articulación temporomandibular (ATM). Es una modalidad de tratamiento atractiva por ser no invasiva y reversible, pero precisa de un correcto seguimiento y conocer su eficacia en la resolución de la sintomatología.

CEFALEAS TENSIONALES

La cefalea de tipo tensional se describe como un dolor sordo, constante, de intensidad leve o moderada, en el 90% de los casos bilateral y localizado en cualquiera de las siguientes regiones: occipital, parietal, frontal y temporal. El 70% de los pacientes con TTM refieren episodios repetidos de cefaleas de tipo tensional y, aunque no se ha podido establecer una relación causa-efecto entre ambos, parece ser que en muchos casos el origen estaría a nivel muscular. De hecho, se ha identificado el dolor muscular a nivel del masetero y del haz anterior del músculo temporal como el factor desencadenante de la cefalea frontal, temporal o parietal, pero el mecanismo por el que se produce no ha sido aún aclarado. La eficacia de las férulas en la disminución de la intensidad y el número de episodios de cefalea se sitúa en el 50-91%. No se conoce el mecanismo por el que se produce el alivio en la sintomatología, pero lo que sí está claro es que funciona y no produce efectos adversos.

DOLOR ARTICULAR

Un síntoma frecuente es el dolor preauricular que aumenta con el movimiento articular, con la función o también a la palpación. El dolor articular puede ser de distinto origen: ligamentoso (ligamentos del complejo cóndilo-discal), capsular (cápsula articular), retrodiscal (tejidos retrodiscales) y artrítico. Es difícil conocer la eficacia real de las férulas oclusales en la reducción y desaparición del dolor articular ya que, en general, los estudios que intentan valorarla no realizan un diagnóstico preciso del tipo de dolor articular que se va a tratar. Aún así, se

consigue una reducción del dolor articular en el 17-40% y una resolución del mismo en el 30-80% de casos. En general, los trastornos inflamatorios agudos responden mejor al tratamiento que los trastornos no inflamatorios crónicos. La modalidad de tratamiento suele ser la férula oclusal de relajación, excepción hecha de los casos agudos de dolor retrodiscal (secundario a desplazamientos discales) en los que es eficaz la férula de reposición anterior.

DOLOR MUSCULAR

Los dolores de origen muscular son la causa más frecuente de molestias en la región de cabeza y cuello. Este dolor parte de los músculos esqueléticos, los tendones y las fascias y se suele percibir como una sensación dolorosa no pulsátil, variable, con periodos de agudización y que se produce tanto espontáneamente como en respuesta a un estiramiento, a una contracción o a una palpación manual. El dolor disminuye un 33-50% la fuerza de los músculos masticatorios e induce una sensación de debilidad muscular. No está totalmente claro el mecanismo por el que se produce el dolor muscular ni tampoco como la férula puede actuar sobre él, pero lo cierto es que consigue una reducción significativa del mismo o incluso su resolución (hasta en un 40% y hasta en un 59%, respectivamente, según los diferentes estudios).

LIMITACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES Y DE LA APERTURA BUCAL

La movilidad mandibular puede verse limitada por problemas musculares (mioespasmo) o por problemas articulares. La eficacia de las férulas viene condicionada por el origen del problema, así, si la causa es muscular la mejora se sitúa entre el 68 y el 87%, mientras que si la causa es articular la mejora alcanza sólo el 22%.

RUIDOS ARTICULARES Y DESPLAZAMIENTOS DISCALES

Los ruidos articulares son muy comunes en la población general. En muchos casos no están relacionados con dolor ni con reducción de la movilidad mandibular. Estos ruidos son básicamente clicks (desplazamientos discales reducibles) o crepitación. Se ha visto que las férulas son capaces de disminuir

la presencia de clicks en una buena parte de los casos pero la crepitación no parece responder a esta modalidad de tratamiento. Este hecho estaría relacionado con la diferente etiología de ambos. Ahora bien, cabe precisar la importancia clínica de la presencia de los clicks articulares asintomáticos, es decir, en ausencia de dolor articular:

- no todos los clicks progresan hacia trastornos más graves
- la presencia de clicks invariables a lo largo del tiempo indica que las estructuras afectadas pueden adaptarse a relaciones funcionales que no son óptimas
- controlar el dolor, al mismo tiempo que se permite que las estructuras articulares se adapten, parece ser el papel más importante del terapeuta

Por todo ello, no trataremos los ruidos articulares a menos que vayan acompañados de dolor y debemos concentrarnos en normalizar la función y no tanto en normalizar las relaciones anatómicas (recapturar el disco desplazado).

CONCLUSIÓN

Las férulas oclusales son una herramienta útil para tratar una buena parte de los cuadros de dolor que acompañan a los TTM, aunque no todos. Por ello, siempre será necesario realizar una correcta anamnesis y exploración clínica para llegar al diagnóstico preciso. Esto, nos permitirá sacar el máximo rendimiento al tratamiento mediante férulas oclusales.

Dr. Ernest Mallat Callís
Médico-Odontólogo

Dao T.T., Lavigne G.J., Charbonneau A., Feine J., Lund J.P. The efficacy of oral splints in the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: A controlled clinical trial. *Pain* 1994; 56: 85-94.

Lundh H., Westesson P.L., Eriksson L., Brooks S.L. Temporomandibular joint disc displacement without reduction. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol* 1992; 73: 655-658.

Major P.W., Nebbe B. Use and effectiveness of splint appliance therapy: Review of the literature. *J Craniomand Pract* 1997; 15(2): 159-166.

Tsuga K., Akagawa Y., Sakaguchi R., Tsuru H. A short-term evaluation of the effectiveness of stabilization-type occlusal splint therapy for specific symptoms of temporomandibular joint dysfunction syndrome. J Prosthet Dent 1989; 61: 610-613.

Publicado el 17/04/2001 en Geodental.com <http://www.geodental.net/article-4508.html>