

GUÍA PRÁCTICA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR OROFACIAL Y DISFUNCIÓN

Dr. Fernando Baldioceda

Especialista en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial

DOLOR OROFACIAL Y DISFUNCIÓN

DESEO HACER UNA INTRODUCCIÓN DEL PROBLEMA ILUSTRANDO POR MEDIO DE ESTOS CASOS CLÍNICOS

CASO 1. Cecilia tiene 34 años. Tiene 4 años de tener dolores intermitentes del lado derecho de la mandíbula. Suelen ser muy fuertes y luego se quitan solos. Durante estos 4 años le han cambiado varias restauraciones y le han hecho 2 endodoncias. El dolor a veces es constante y le dura varias horas. A veces puede ser de unos minutos de duración. A veces siente un dolor sordo y otras veces como calambres en la mandíbula.

CASO 2. Tamara tiene 39 años. Se presenta con dolor intermitente de la mandíbula del lado derecho. Relata que en el pasado ha tenido varios tratamientos de nervio por presentar dolor en esa área, pero también del lado izquierdo. "Solo me dicen que la calza está muy adentro y me tienen que hacer el tratamiento de nervio. Al principio se me quita el dolor pero me vuelve en el mismo lugar intermitentemente." Tiene tratamientos de nervio en las dos premolares y primera premolar inferior derecha, primera molar inferior izquierda, y primera molar superior izquierda. No tiene muchas restauraciones y las que no tienen tratamiento de nervio no son profundas.

Cuando un paciente llega con dolor a su oficina, lo primero que debe hacer es definir cuál es la queja principal y escribirla. Luego se debe hacer una lista de los posibles problemas que pueden estar provocando esa queja. Esta es la forma correcta para iniciar un **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**, y así orientarse sobre cómo hacer el examen y las pruebas de diagnóstico.

LISTA POSIBLES DIAGNÓSTICOS PARA DIFERENCIARLOS POR MEDIO DE EXAMEN, CUESTIONARIO E INTERROGATORIO:

Dental

- Pulpalgia aguda
- Periodontitis apical aguda
- Absceso de origen pulpar
- Absceso de origen periodontal
- Pericoronitis

Musculo Esquelético

- Dolor Miofascial de músculos masticatorios
- Mialgia de músculos masticatorios
- Miositis del músculo masetero
- Artralgia ATM
- Artritis ATM

Dolor de Origen Neurológico

- Neuralgia del Trigémino
- Neuroma en sitio dental
- Neuralgia de origen traumática

Lesión de tejidos blandos

- Parotiditis
- Inflamación o tumoración de tejidos blandos intra y extraorales.

Nota: La Parotiditis (inflamación de la glándula parótida) y Miositis (inflamación del músculo) del masetero se pueden confundir y a veces son difíciles de diferenciar.

Este paciente presenta una miositis del músculo masetero con mucho dolor.



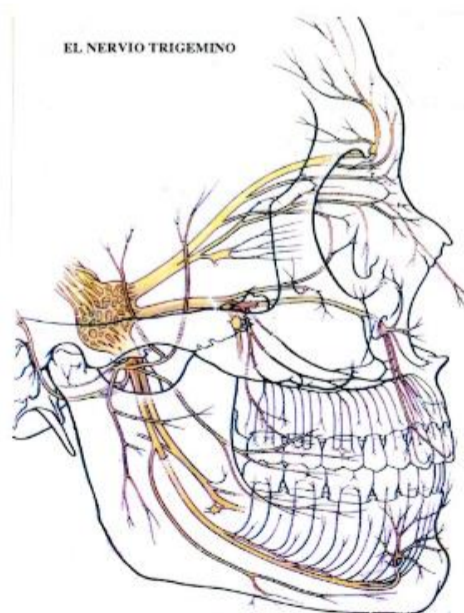
TRATAREMOS LAS PATOLOGÍAS QUE MÁS COMÚNMENTE PUEDEN PRESENTARSE EN UNA CLÍNICA DENTAL

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

CASO 3. Elizabeth es una paciente de 58 años quien se presenta con un dolor que se siente como "jalonazos" del lado izquierdo de la mandíbula. El dolor le empezó hace 2 meses pero ha empeorado. Visitó el dentista pensando que era un diente en la zona de premolares inferiores izquierdas. No ha podido comer, ni hablar, ni lavarse los dientes, porque le produce un dolor muy fuerte. El dentista no le encuentra nada en la radiografía ni clínicamente, y le receta analgésicos. Sin embargo, luego de tomar más analgésicos y cambiar la amalgama de una pieza, el dolor sigue. La paciente insiste para que el odontólogo le extraiga la premolar. Inmediatamente después de la exodoncia el dolor desapareció, pero al día siguiente volvió de nuevo.

Al interrogar a la paciente sobre el dolor, ella lo describe como intermitente, de tipo eléctrico, y le dura unos segundos. El dolor vuelve a veces al comer, hablar, y al lavarse los dientes. Dice que al comer cosas calientes, el dolor se intensifica. Sin embargo, al hacer pruebas esto no provoca dolor, y tampoco hay dolor a la percusión. Al momento de estar hablando le da un dolor muy agudo como una electricidad. Entonces se anestesia el labio inferior del lado del dolor, y el dolor desaparece totalmente.

Existe siempre una o dos zonas gatillo en alguna de las 3 ramas del nervio trigémino que cuando se estimulan suavemente producen un dolor de tipo eléctrico. Generalmente si la zona se aprieta con algo de fuerza, esto no provoca dolor.



El paciente a veces relata que siente como un calambre que le sube por la mandíbula o desde los dientes hacia el oído o la cabeza. Inyectar un poquito de anestesia en el área donde el paciente siente que origina el dolor es una de las mejores pruebas diagnósticas. Hay que tener el cuidado de no anestésiar los dientes para poder aislar mejor el área donde es provocado el dolor. Doña Elizabeth tuvo unas horas de alivio luego de la exodoncia porque estaba anestesiada, y no por el hecho de eliminar la muela.



Al igual que el Caso 1, en el Caso 3 el diagnóstico es **Neuralgia del Trigémino**. El caso 1 además de esto, presentaba un dolor de origen muscular que se comporta diferente.

Queja Principal: Me duelen las muelas de abajo a la derecha.

Si el paciente se queja de dolor en las muelas o dientes, primero se realiza un examen dental y radiográfico de los dientes involucrados. Se hacen las pruebas de frío y calor, y de percusión indicadas. Si el resultado de esto no es consistente con un problema dental, se puede proceder a un bloqueo o infiltración con anestesia. Debemos de localizar bien dónde es que el paciente siente el dolor. Se le dice que ponga el dedo donde es que lo siente. Si el dolor es sordo y dura más tiempo (varios minutos u horas), la prueba de la anestesia de las muelas o los dientes es un buen método de diagnóstico. Si el problema es dental, el dolor se va a eliminar. Sin embargo, hay que considerar que si fuese una neuralgia del trigémino o un neuroma, el dolor también se va a eliminar. Si el dolor no se elimina con la anestesia, el origen muy posiblemente sea de origen muscular.

En el Caso 2 el dolor es de origen muscular. Es un dolor referido del músculo masetero, y el diagnóstico es **Dolor Miofascial del Músculo Masetero**.

EVIDENCIA CONTUNDENTE: Si se va a proceder a realizar un tratamiento dental, debe haber evidencia contundente del diagnóstico.

SÍNDROME DE DIENTE FRACTURADO

El síndrome del diente fracturado es otro problema que puede ser muy desafiante para el clínico. Esto se debe a que en la mayoría de los casos no se observa la fractura a menos que se coloque algún tinte especial. Este problema se puede confundir con una neuralgia ya que el paciente relata un dolor muy agudo al comer que no se mantiene, o sea que éste dura solo cuando come. Se puede confundir con una pulpalgia aguda y con una periodontitis apical aguda. Sin embargo, casi no hay dolor a la percusión, como sí lo hay en una periodontitis apical o con un absceso pulpar o periodontal. La mejor prueba es poner a morder al paciente sobre un baja lenguas despacio y haciendo más presión poco a poco. En general, el dolor se puede provocar de esta manera. Este tipo de dolor se elimina con la prueba de anestesia, como también se eliminaría en un absceso apical o periodontal.

Si existe sospecha de que sea una tercera molar incluida la que provoca dolor, se puede seguir el mismo procedimiento de anestesiar bien la molar y el área y esperar unos minutos. Si es la molar la que provoca el dolor, este va a desaparecer mientras esté anestesiado.

TERCERA MOLAR

Algunas veces, aunque el origen del dolor sea muscular, luego de hacer una cirugía de tercera molar, el dolor empieza a disminuir por unos días. Esto es porque el dolor de origen muscular y de ATM va a responder a los analgésicos y antiinflamatorios que el paciente va a tomar por varios días. También, luego de una cirugía los pacientes disminuyen la carga funcional sobre los músculos, dejándolos descansar. Por eso, aquí también es muy valiosa la prueba anestésica.

Examen extra oral visual.

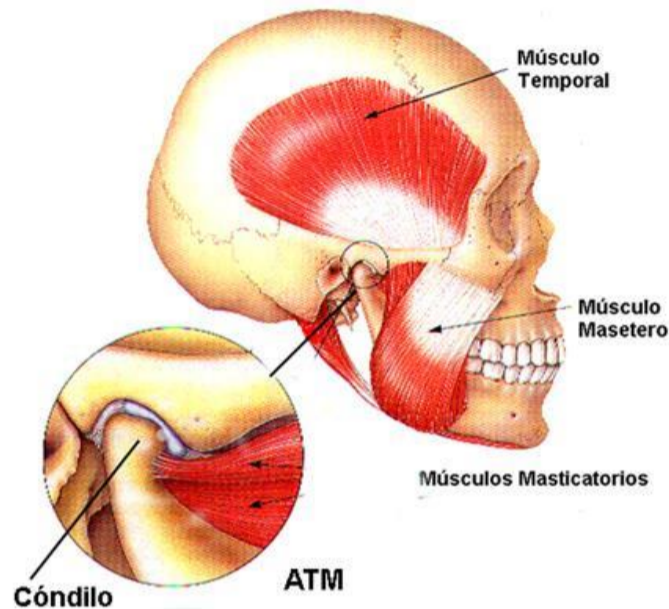
Examen y cuestionario de TTM.

DOLOR MUSCULAR

Cerca de 75 de cada 100 dolores de cabeza son de origen muscular. Es por esto que muchos de estos dolores se originan en el músculo temporal. Pero la mayoría de los dolores que se sienten en la mandíbula o que se pueden confundir como dentales, se relacionan al músculo masetero.

El Dr. Solberg dice que la firma de los TTM es dolor con función. Es decir, que si el paciente mastica algo como un chicle duro o carne, después la persona va a tener dolor.

Estas estructuras son las que generalmente están involucradas en el origen de estos dolores.

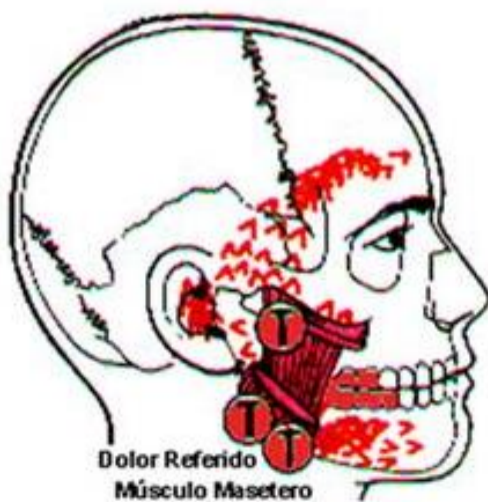


Estos pacientes pueden describir un dolor intermitente, a veces constante, que se provoca o intensifica con función. También a veces dicen sentir un calambre. Se quejan de dolor de cabeza, de oído, de la mandíbula y/o los dientes. Pueden sentir un dolor sordo de presión, pero también a veces describen un dolor que camina, sienten como dormida y/o inflamada el área, y si es más intenso pueden sentir que a veces palpita.

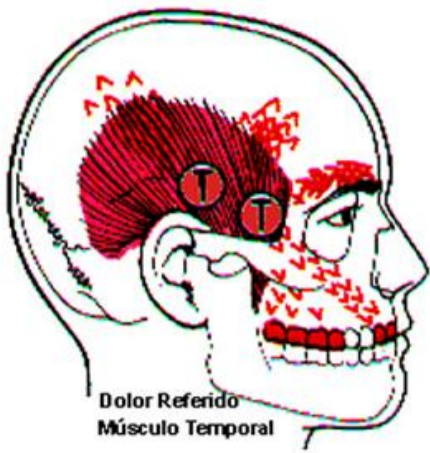
DOLOR MIOFASCIAL

Un problema muy frecuente es el Dolor Miofascial en el área de la cabeza y la cara. Esto se describe como un dolor sordo intermitente referido de los músculos y la ATM. Este es el problema que más confunde al clínico. El dolor es sordo como de presión y dura de minutos a horas. Este es el más común de todos los dolores y que se puede confundir con un dolor dental, o periodontal. Si se anestesia el área de las muelas, el dolor no se elimina. Sin embargo, si se coloca calor húmedo por unos diez minutos, y luego se hace masaje en el músculo mientras se estira, el dolor se disminuye por lo menos en un %40.

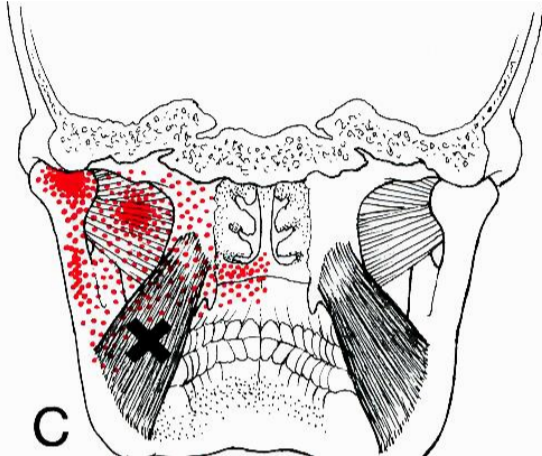
A continuación se muestran los músculos que más frecuentemente pueden confundir a los pacientes y al odontólogo por referir dolor a los dientes.



Este es el problema más frecuente. El músculo masetero refiere con más frecuencia dolor a las muelas inferiores.



El músculo temporal, además de referir dolor a las muelas o dientes superiores, también refiere dolor hacia la frente. Además, como está ubicado detrás de la órbita, se confunde con un dolor del ojo.

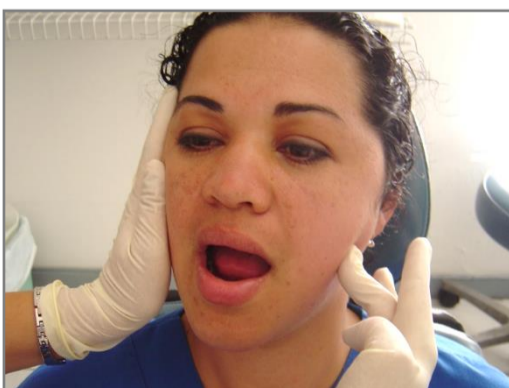


El músculo pterigoideo interno y externo también puede referir dolor al paladar o a las muelas superiores. El músculo pterigoideo externo es muy difícil de palpar. La mayoría de las veces se palpa al mismo tiempo el tendón del temporal. El músculo pterigoideo interno se palpa con mucho cuidado debajo de la mandíbula.

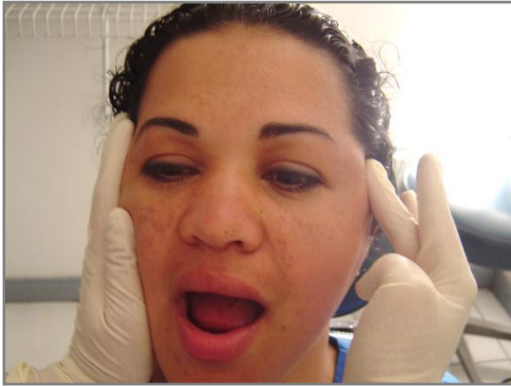
Para palpar la articulación ATM se le dice al paciente que abra y cierre para localizarla, y luego con la boca abierta como 30mm se hace presión leve a ver si se produce dolor.



Para palpar el músculo masetero se sostiene con una mano el lado opuesto y con el paciente abriendo unos 30mm se recorre el músculo con un dedo haciendo presión en diferentes puntos para ver si hay dolor. Si existe dolor se puede sostener el dedo haciendo un poco de presión unos segundos a ver si se reproduce el dolor que el paciente ha manifestado como queja principal.



Se realiza el mismo procedimiento con el músculo temporal.



Para terminar de hacer el diagnóstico y diferenciar si el dolor es de origen muscular, se le coloca al paciente calor en los lados de la cabeza por unos 10 minutos. Luego se le pide abrir la boca y al mismo tiempo le hace masaje en el área de los músculos temporales y maseteros para aflojarlos y reducir el dolor. Al mismo tiempo hay que reducir la demanda funcional de la mandíbula, comiendo cosas más suaves y manteniendo la mandíbula floja sin apretar los dientes durante el día.



Un relajante muscular como la Ciclobenzaprina puede utilizarse en la noche por unos pocos días junto con algún antiinflamatorio. Esto es una medida temporal ya que a largo plazo el paciente debe saber cómo manejar el problema.

La fisioterapia y control de fuerzas y tensión es más efectivo a largo plazo.

Generalmente, el tratamiento que funciona es un programa por medio del cual se entrena muy bien al paciente para que controle su problema el resto de su vida.

Si no hay hallazgos clínicos ni radiológicos contundentes en un examen dental, es importante hacer un diagnóstico diferencial.

Para que una tercera molar incluida o que ya esté posicionada provoque dolor, tiene que tener alguna patología. Si el problema de dolor es musculo esquelético, y se hace una cirugía para extraer una tercera molar, el dolor puede empeorar luego. Lo anterior es muy común.



TOME EN CUENTA ESTAS ESTRUCTURAS SIEMPRE QUE UN PACIENTE SE PRESENTE CON DOLOR EN SU OFICINA.

Dr. Fernando Baldioceda

Especialista en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial