



LIBRO DE RESÚMENES

V Jornadas
Internacionales
de **TTM & DOF**

SANTIAGO DE CHILE,
AGOSTO 2023.



Sociedad de Trastornos
Temporomandibulares
y Dolor Orofacial

I N f  **R M**

International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology
A Consortium Focused On Clinical Translation Research



Sociedad de Trastornos
Temporomandibulares
y Dolor Orofacial

I N f  R M
International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology
A Consortium Focused On Clinical Translation Research

Cafeína como complemento terapéutico del tinnitus modulado por trastornos temporomandibulares: una revisión sistemática.

AUTORES

Ravazzano-Herrera J¹; Williams-Maldonado J²;

1. Alumna de odontología, facultad de ciencias, universidad de la serena.

2. Docente de oclusión de la carrera de odontología, facultad de ciencias, universidad de la serena. Mg. Mba. Especialista en ttm y dof.

Introducción: Durante muchos años la cafeína ha sido considerada un elemento agravante del tinnitus, definido como una percepción auditiva en ausencia de una fuente de sonido externa, que puede afectar todos los aspectos de la vida del paciente. Muchas personas creen que este estimulante exacerba o reduce la percepción del tinnitus, pero la investigación científica sobre esta relación es limitada y controvertida.

Objetivo del estudio: Investigar la cafeína como estrategia terapéutica para el tinnitus secundario a trastornos temporomandibulares.

Determinar el rol de la cafeína como un agravante del tinnitus modulado por trastornos temporomandibulares.

Material y método: Se realizó una revisión sistemática de estudios observacionales y experimentales de los últimos 13 años según el protocolo PRISMA en distintos metabuscadores, como Pubmed, Google scholar y Science Research. Palabras claves: MeSh Articulación temporomandibular, MeSh Tinnitus, MeSh Cafeína, MeSh Café, MeSh Tratamiento.

Resultados: La evidencia actual sugiere que el consumo de cafeína no produce un mayor riesgo de agravar el tinnitus modulado por trastornos temporomandibulares, al contrario, su retirada gradual genera efectos secundarios adversos, por lo que no habría una justificación para disminuir o restringir su consumo.

Conclusiones: Faltan más estudios científicos del tipo ensayos clínicos o experimentales basados en el área odontológica de trastornos temporomandibulares que puedan determinar si existe una relación causal de la cafeína como agravante o no del tinnitus, para que los especialistas puedan ofrecer más estrategias terapéuticas a los pacientes.

Mialgia y artralgia local: La importancia de un correcto diagnóstico.

AUTORES

Dra. Fernanda Herrera F.

Paciente sexo femenino de 28 años de edad, sana, con antecedentes de cirugía por escoliosis lumbar a los 18 años.

Consulta por dolor facial en la región parotidomasetarina bilateral y presencia de ruido articular en ATM derecha, que presenta desde hace 7 años aproximadamente.

Se realiza evaluación mediante cuestionario "DC/TMD adaptado culturalmente a Chile" (Navarrete, 2021) donde se evidencia la presencia de dolor constante, dificultad para masticar comidas duras y limitación en la apertura.

A su vez, se pesquisa mediante la encuesta "Oral Behaviors Checklist" (OBC) (Markiewicz M.R. et al, 2006) que mantiene los dientes en oclusión en vigilia y protruye la mandíbula frecuentemente.

Mediante palpación de músculos temporales y maseteros, se obtiene un valor de escala valórica numérica (EVN) 7 bilateral. La articulación temporomandibular (ATM) derecha presenta una graduación de dolor (EVN) 4 a la palpación estática y dinámica.

En base a los criterios diagnósticos de DC/TMD, la paciente presenta mialgia local de músculos masetero y temporal bilateral, y artralgia de la ATM derecha.

El tratamiento para este caso se basó principalmente en la terapia cognitivo conductual (TCC) (Matsuoka H et al,2017), que consiste en enseñar al paciente la posición que adquiere la lengua después de una deglución asociado a una ayuda visual.

La indicación es detectar este comportamiento y si esto ocurre, mantener la mandíbula en posición post-deglutoria. A los quince días la paciente relata menor dolor y eliminación de la limitación de la apertura. Se controló un mes después, y al examen físico no se registró dolor muscular ni articular.

Adecuaciones terapéuticas en el manejo de trastorno articular en paciente con sospecha de síndrome de Ehlers-Danlos tipo hiper móvil: A propósito de un caso.

AUTORES

Javiera Muñoz¹, Nicol Velásquez¹, Camilo Reuque¹, Verónica Iturriaga^{1,2}

1. Especialidad en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad de La Frontera, Chile.

2. Grupo de Investigación en Dolor y Sueño, Universidad de La Frontera.

Historia del paciente: Paciente masculino, 10 años. Sin antecedentes mórbidos relevantes. Historia de múltiples traumas faciales asociados a práctica deportiva. Antecedente de tonsilectomía en julio 2022.

Motivo de consulta del paciente: Derivación desde clínica integral pediátrica por dolor preauricular e hiper movilidad mandibular. Hallazgos clínicos: Dolor preauricular bilateral, EVA 5, carácter punzante, provocado por apertura máxima, 2 meses de evolución. Historia de traba abierta mandibular hace 1 año. El examen físico evidencia hiper laxitud ligamentaria severa (9 puntos escala Brighton). Paciente cumple con criterios diagnósticos para Síndrome de Ehlers Danlos (SED) tipo hiper móvil. Diagnóstico: Luxación discal sin reducción bilateral, Retrodiscitis y Capsulitis/Sinovitis bilateral.

Tratamiento: El objetivo fue lograr la desinflamación de las estructuras articulares mediante tratamiento conservador (reposo mandibular y terapia farmacológica) y la confección de dispositivo intraoral tipo pivot acorde a la condición del paciente. Una vez lograda la desinflamación, se enfoca la terapia física no solo en la adaptación de las estructuras articulares, sino que en la adquisición de patrones de movimiento muscular compatibles con salud.

Reporte: La fisiopatología del SED comprende alteraciones genéticas relacionadas con la síntesis y procesamiento de diferentes formas de colágeno, proteínas responsables de dar estructura al tejido conectivo, afectando a los tendones y ligamentos que conforman la articulación temporomandibular (1,2). A nivel funcional, las alteraciones del colágeno pueden afectar la nutrición tisular, afectando su salud y facilitando estados pro inflamatorios (2,3). El conocimiento de estas alteraciones, resulta crucial en el manejo resolutivo de la patología articular inflamatoria en pacientes con SED.

Manejo combinado en osteoartritis de ATM: tratamiento ortopédico complementado con infiltración de PRF intraarticulares (i-PRF). Reporte de 2 casos.

AUTORES

Reyes P, Becerra N, Salinas JC, Valencia E.

Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Historia clínica pacientes:

Paciente A: Desdentada parcial bimaxilar, dolor articular derecho, tensión mandibular, Alteración función mandibular, crepito seco en ATM derecha.

Paciente B: Dentición completa, uso de plano de farmacia, dolor facial, bruxismo de sueño probable y vigila, dolor muscular, alteración función mandibular y ruido articular.

Motivo de consulta:

A: Dolor región preauricular y región mandibular.

B: Dolor mandibular y preauricular, bloqueo mandibular.

Hallazgos clínicos:

A: Crepito ATM derecha, dolor muscular irradiado maseterino y temporal, CBCT alteración estructural ATM derecha.
B: Crepito ATM izquierda, salto articular ATM derecha, dolor muscular referido, Alteración estructural ambas ATM.

Diagnóstico:

A: Osteoartritis grado II ATM derecha, dolor miofascial.
B: Osteoartritis grado II bilateral, DDCR, bloqueo intermitente, salto articular, dolor miofascial referido.

Tratamiento:

Plano neuromuscular inferior e infiltraciones de PRF intraarticular (I-PRF), protocolo: 2 ciclos cada 21 días, Obtención de sangre, se centrifugó a 1600rpm por 12 minutos dos puntos de infiltración, referencia de línea de Helmund Hellsing (H-H), primer punto 10mm delante de tragus, 2 milímetros hacia abajo, segundo punto 20 mm delante del tragus y 7-10 mm bajo la línea de H-H, repetición del protocolo a los 6 meses.

Reporte:

Mejoría síntomas de: dolor, función y ruido al mes de I-PRF en ambas pacientes, a los dos meses la paciente A no presentaba episodios de bloqueo, al 3er mes no había signos dolorosos o alteración funcional, el CBCT mostró mejoras al año del tratamiento en ambos casos, seguimiento de 1 año, se mantienen ambas pacientes asintomáticas muscular y articular.

Pseudoaneurisma de arteria temporal superficial como hallazgo en paciente con dolor orofacial: informe de caso

AUTORES

*Dra. Yasna Covarrubias Sepúlveda
Hospital Regional de Antofagasta*

Paciente mujer, 72 años, con antecedentes médicos de hipotiroidismo e hipercolesterolemia, SAHOS moderado. Medicamentos: levotiroxina y atorvastatina.

Evaluada en especialidad de TTM y DOF año 2022, por dolor de origen miofascial y articular izquierdo, esporádicos y fluctuantes en el tiempo, cambiando incluso el lado afectado, resultados variables con tratamiento.

Seis meses después consulta por sensación de inflamación, aumento de presión ojo derecho, cefalea, dolor ATM y temporal derecho. Inicio de 2023 reaparece dolor derecho, aumento de volumen blando, doloroso, 10 mm sobre ATM derecha, diámetro de 3 mm, el cual aumenta de tamaño hasta 6 mm de diámetro en 2 meses. Incremento de dolores faciales en intensidad y periodicidad en zona temporal derecha, hiperalgesia y aumento de volumen sobre el arco superciliar. Mareos y náuseas.

Hipótesis diagnóstica: adenopatía preauricular. Examen complementario ecografía partes blandas cabeza y cuello. Diagnóstico imagenológico Aneurisma sacular arteria temporal superficial derecha.

Derivación a neurocirugía indicación de carbamazepina 200 mg de uso diurno, aumento de dosis en 7 días a 200 mg c/ 12 horas, no se realiza por efectos secundarios mareos y náuseas.

Controles cada 15 días con TTM, se indica analgésico (paracetamol 1 gr c/ 8 horas) y pregabalina 75 mg uso nocturno. Incorporación de medicamentos previamente conversado con neurocirujana.

Evaluación de tratamiento quirúrgico por equipo de Neurocirugía.

Descrito en la literatura como tratamiento a elección ligar vaso y resección de lesión, el tratamiento conservador no está recomendado. Riesgos sin tratamiento: hemorragia por trauma, necrosis tejidos locales, cefaleas, posible daño de nervios y dolor orofacial.

Manejo antiinflamatorio no invasivo en osteoartritis de articulación temporomandibular. Reporte de un caso

AUTORES

Laura Balart¹, Mauricio Yung¹, Nicol Velásquez^{1,2}, Thomas Bornhardt^{1,2}.

1. Especialidad en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad de La Frontera, Chile.

2. Grupo de Investigación en Dolor y Sueño, Universidad de La Frontera.

Historia del paciente: Mujer, 15 años, sin antecedentes mórbidos. Historia de trauma facial por accidente automovilístico a los 3 años y actividades deportivas.

Motivo de consulta del paciente: ruido articular y dolor preauricular bilateral durante apertura amplia y masticación de alimentos duros.

Hallazgos clínicos: Dolor a la palpación y pruebas funcionales de zona retrodiscal, polo lateral y sinovial anterior de articulación temporomandibular (ATM) bilateral, carácter punzante EVA 6, con ruido articular tipo clic bilateral. Historia de bloqueo cerrado hace 4 años. Se solicita Resonancia Magnética de ATM, donde se evidencia proceso degenerativo óseo incipiente.

Diagnóstico: Osteoartritis de ATM y luxación discal con reducción bilateral.

Tratamiento: Se dividió en 3 etapas, con el objetivo de lograr la desinflamación y posterior adaptación mediante un tratamiento conservador. En una primera etapa, se confeccionó e indicó el uso de dispositivo interoclusal tipo pivot con fuerza extraoral por 2 meses, acompañado de reposo mandibular y terapia farmacológica con meloxicam 7,5 mg diarios por 14 días. Lograda la desinflamación, se procedió a fase adaptativa, la cual mediante terapia física de movimiento articular se adaptaron las superficies articulares. En etapa final se realizó la infiltración intraarticular bilateral de ácido hialurónico (bajo peso molecular). Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Reporte: La Osteoartritis es un trastorno óseo degenerativo inflamatorio (1). El conjunto de terapias conservadoras para la desinflamación, son adecuadas para la reducción del dolor y adaptación (2,3,4), particularmente en pacientes con alta capacidad recuperativa; por ello es importante en estos casos, considerar un abordaje no invasivo.

Lesiones osteolíticas en cóndilo mandibular a causa de mieloma múltiple.

AUTORES

Mauricio Yung¹, Paulo García², Hugo Landaeta^{1,3}

1. Especialidad en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial - Universidad de La Frontera

2. Unidad de Cirugía Maxilofacial - Hospital Base de Valdivia

3. Miembro del grupo de investigación Sleep & Pain Research – Universidad de La Frontera

Historia del paciente: Mujer de 59 años con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo 2, mieloma múltiple. Patologías en control en atención primaria y secundaria.

Motivo de consulta del paciente: Dolor facial en el lado derecho y dolor al masticar, 3 días de evolución.

Hallazgos clínicos: Paciente hipométrica, artralgia a la palpación de ATM derecha (EVA 7), crépito bilateral. Puntos gatillo de dolor miofascial en músculos masetero y temporal del lado derecho.

Diagnóstico:

Diagnóstico clínico: Osteoartritis de ATM y dolor miofascial con patrón de referencia en músculos masetero y temporal.

Tratamiento:

Manejo inicial: explicación del diagnóstico, indicación de reposo mandibular (dieta papilla y restricción de rango de apertura) y tratamiento analgésico/antiinflamatorio vía oral: meloxicam 15 mg diarios por 7 días, paracetamol 1000 mg cada 12 horas por 7 días. Se solicitó CBCT de ATM bilateral para evaluar la indemnidad ósea de las superficies articulares que la conforman y descartar posibles lesiones relacionadas con el diagnóstico de mieloma múltiple. Se cita a control con imágenes.

En los resultados del CBCT se observan múltiples lesiones hipodensas en todo el recorrido del cóndilo y erosión en polos superior, medial y lateral.

Manejo antiinflamatorio no invasivo en osteoartritis de articulación temporomandibular. Reporte de un caso

AUTORES

Laura Balart¹, Mauricio Yung¹, Nicol Velásquez^{1,2}, Thomas Bornhardt^{1,2}.

1. Especialidad en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad de La Frontera, Chile.

2. Grupo de Investigación en Dolor y Sueño, Universidad de La Frontera.

Historia del paciente: Mujer, 15 años, sin antecedentes mórbidos. Historia de trauma facial por accidente automovilístico a los 3 años y actividades deportivas.

Motivo de consulta del paciente: ruido articular y dolor preauricular bilateral durante apertura amplia y masticación de alimentos duros.

Hallazgos clínicos: Dolor a la palpación y pruebas funcionales de zona retrodiscal, polo lateral y sinovial anterior de articulación temporomandibular (ATM) bilateral, carácter punzante EVA 6, con ruido articular tipo clic bilateral. Historia de bloqueo cerrado hace 4 años. Se solicita Resonancia Magnética de ATM, donde se evidencia proceso degenerativo óseo incipiente.

Diagnóstico: Osteoartritis de ATM y luxación discal con reducción bilateral.

Tratamiento: Se dividió en 3 etapas, con el objetivo de lograr la desinflamación y posterior adaptación mediante un tratamiento conservador. En una primera etapa, se confeccionó e indicó el uso de dispositivo interoclusal tipo pivot con fuerza extraoral por 2 meses, acompañado de reposo mandibular y terapia farmacológica con meloxicam 7,5 mg diarios por 14 días. Lograda la desinflamación, se procedió a fase adaptativa, la cual mediante terapia física de movimiento articular se adaptaron las superficies articulares. En etapa final se realizó la infiltración intraarticular bilateral de ácido hialurónico (bajo peso molecular). Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Reporte: La Osteoartritis es un trastorno óseo degenerativo inflamatorio (1). El conjunto de terapias conservadoras para la desinflamación, son adecuadas para la reducción del dolor y adaptación (2,3,4), particularmente en pacientes con alta capacidad recuperativa; por ello es importante en estos casos, considerar un abordaje no invasivo.

Lesiones osteolíticas en cóndilo mandibular a causa de mieloma múltiple.

AUTORES

Mauricio Yung¹, Paulo García², Hugo Landaeta^{1,3}

1. Especialidad en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial - Universidad de La Frontera

2. Unidad de Cirugía Maxilofacial - Hospital Base de Valdivia

3. Miembro del grupo de investigación Sleep & Pain Research – Universidad de La Frontera

Historia del paciente: Mujer de 59 años con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo 2, mieloma múltiple. Patologías en control en atención primaria y secundaria.

Motivo de consulta del paciente: Dolor facial en el lado derecho y dolor al masticar, 3 días de evolución.

Hallazgos clínicos: Paciente hipométrica, artralgia a la palpación de ATM derecha (EVA 7), crépito bilateral. Puntos gatillo de dolor miofascial en músculos masetero y temporal del lado derecho.

Diagnóstico:

Diagnóstico clínico: Osteoartritis de ATM y dolor miofascial con patrón de referencia en músculos masetero y temporal.

Tratamiento:

Manejo inicial: explicación del diagnóstico, indicación de reposo mandibular (dieta papilla y restricción de rango de apertura) y tratamiento analgésico/antiinflamatorio vía oral: meloxicam 15 mg diarios por 7 días, paracetamol 1000 mg cada 12 horas por 7 días. Se solicitó CBCT de ATM bilateral para evaluar la indemnidad ósea de las superficies articulares que la conforman y descartar posibles lesiones relacionadas con el diagnóstico de mieloma múltiple. Se cita a control con imágenes.

En los resultados del CBCT se observan múltiples lesiones hipodensas en todo el recorrido del cóndilo y erosión en polos superior, medial y lateral.

Se realizan interconsultas con oncólogo tratante, a TTM y DOF, y Cirugía Maxilofacial, con el fin de evaluar multidisciplinariamente el caso. Se instauró tratamiento médico oncológico y controles con imágenes periódicas hasta la actualidad.

Reporte: La relevancia del manejo interdisciplinario y los exámenes imagenológicos para pesquisar, evaluar tratamientos y controlar de manera adecuada pacientes con lesiones osteolíticas debido a patología sistémica.

Consideraciones terapéuticas para el tratamiento de osteoartritis de la articulación temporomandibular en un paciente con hemofilia tipo a. Reporte de un caso.

AUTORES

Constanza Salgado¹, María Jesús Gaete¹, Valentina Muñoz¹, Verónica Iturriaga^{1,2}

1. Especialidad en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad de La Frontera, Chile.

2. Grupo de Investigación en Dolor y Sueño, Universidad de La Frontera.

Historia del paciente: Paciente género femenino, 16 años. Hemofilia tipo A leve, portadora 100%, tratada con ácido tranexámico 500 mg, sólo en periodo menstrual.

Motivo de consulta: dolor preauricular espontáneo bilateral y otalgia.

Hallazgos clínicos: Dolor articular a la palpación y pruebas funcionales de sinovial anterior, polo lateral y tejido retrodiscal, con presencia de ruidos tipo clic y crépito bilateral. Desviación a la derecha e izquierda en apertura mandibular. En CBCT se observa pérdida de cortical ósea condilar bilateral.

Diagnóstico: Luxación discal con reducción bilateral, osteoartritis bilateral.

Tratamiento: El objetivo es desinflamar la articulación y adaptar las superficies articulares hacia la salud. Se inicia con artrocentesis e infiltración de corticoides intraauricular bilateral, previa administración de ácido tranexámico 500 mg vía oral el día previo y 1500 UI endovenosas 30 minutos antes, según indicación de médico hematólogo. Además, se indica dispositivo tipo pivot de baja altura con fuerza extraoral. Una vez desinflamada la articulación, se inicia terapia física de movimiento para facilitar la reducción discal. Finalmente, se infiltra ácido hialurónico de mediano peso molecular y baja concentración. Paciente se encuentra actualmente asintomática.

Reporte: La evidencia indica que los pacientes con trastornos hereditarios de la coagulación, tienen más probabilidad de desarrollar un trastorno articular, debido a una mayor susceptibilidad de hemartrosis, es por ello, que en este tipo de pacientes el manejo de su patología articular debe considerarse como primera línea los procedimientos mínimamente invasivos, siendo estas las herramientas avaladas para restituir la salud articular.

Prevalencia de osteoartritis (OA) de la articulación temporomandibular (ATM) en pacientes con psoriasis: revisión sistemática.

AUTORES

Flores A.¹, Quinlan F.1, Moreno B.¹, Oyarzo JF.¹

1. Programa de Especialización TTM y DOF, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

Introducción: LA OA de ATM se clasifica como una patología articular de bajo grado inflamatorio asociada a mediadores que producen efectos degenerativos sobre las estructuras de la articulación. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria autoinmune, crónica y recurrente, con presencia de afecciones cutáneas y articulares, provocando dolor y disminución de la función.

Objetivo: Describir la prevalencia de OA de ATM en pacientes con psoriasis, según evidencia científica publicada.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda de artículos que evaluaran la prevalencia de OA de ATM en pacientes con psoriasis. Se elaboró una estrategia de búsqueda que se utilizó en tres bases de datos (LILACS, WOS y PubMed), los artículos se revisaron por duplicado (AF y FQ) y en caso de existir discrepancia, esta era resuelta por un tercer revisor (BM).

Resultados: En una primera instancia se identificaron 660 artículos, los cuales se redujeron a 127 luego de revisar título y abstract. Finalmente, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, 4 estudios primarios sobre psoriasis y OA de ATM fueron incluidos. La prevalencia de OA de ATM en pacientes con psoriasis en los artículos incluidos variaba entre 4,34% y 16,7%.

Conclusiones: Existe escasa evidencia científica de buena calidad metodológica que permita describir la prevalencia de OA en pacientes con psoriasis. Sin embargo, los estudios concuerdan que la presencia de psoriasis es factor determinante por el aumento del riesgo de desarrollar OA. Se requiere más investigación en humanos para fortalecer esta observación.

Asociación entre microbiota y dolor orofacial: scoping review.

AUTORES

Angulo, D¹, Cañete, MJ¹, Lunecke, G¹, Oyarzo, JF¹.

1. Programa de Especialización TTM y DOF, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

Introducción: El dolor orofacial (DOF) es una condición frecuente de etiología multifactorial. Recientemente, se ha prestado una creciente atención a la relación entre la microbiota y el dolor. Se ha observado que la microbiota oral e intestinal puede influir en la patogénesis y la modulación del DOF.

Objetivo: Identificar y analizar la evidencia científica sobre la asociación entre la microbiota oral e intestinal y el DOF.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda en PubMed - años 2010 y 2023. Se incluyeron estudios que evaluaran la asociación entre microbiota (oral o intestinal) y diferentes grupos de DOF. Se excluyeron: otros tipos de dolor, estudios en pacientes con enfermedades sistémicas o en tratamiento con antibióticos/probióticos.

Resultados: En una primera instancia se identificaron 171 artículos. Luego de revisar título y resumen se seleccionaron 39 artículos. Posteriormente se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, llegando a un total de 19 artículos incluidos. Los diagnósticos estudiados incluyeron: migraña, artralgia, artritis, liquen plano sintomático y odontalgia. Los mecanismos de asociación incluyeron respuesta del sistema vascular, neural e inmune. Una menor diversidad y mayor abundancia de bacterias proinflamatorias en la microbiota generaría una respuesta en cascada de citoquinas, neuropéptidos, activación de receptores y microglías.

Conclusión: Existe escasa evidencia científica que evalúe la asociación entre microbiota y DOF, sin embargo, el conocimiento al respecto ha ido en aumento en los últimos años. Los mecanismos de asociación observados en la literatura a la fecha son diversos y de distinto funcionamiento. Se requiere más investigación en humanos para fortalecer esta observación.

Caracterización ultrasonográfica del tendón del músculo temporal humano.

AUTORES

Rivera G., Castro C., Ponce V., Corro C., Rosa A., Osorio S.

Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Introducción: El músculo temporal se inserta distalmente mediante su tendón en el proceso coronoides mandibular y en el borde anterior de la rama y puede visualizarse ultrasonográficamente. La tendinitis temporal es una afección inflamatoria que causa dolor orofacial y su diagnóstico es clínico. No existe actualmente en la literatura una descripción de las características ultrasonográficas normales del tendón temporal, ni un protocolo para obtener imágenes estandarizadas de esta estructura. Caracterizar su imagen normal permitirá protocolizar su visualización ultrasonográfica.

Objetivo: Describir las características ultrasonográficas del tendón del músculo temporal sano en humanos.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, piloto. Se estudiaron 10 tendones, en 5 sujetos bajo consentimiento informado. Criterios de inclusión: sin tendinopatía clínica ni ortodoncia actual, sin historia de cirugía ortognática, clase I angle. Sistemática para obtención de imágenes:

Transductor vertical, sobre arco cigomático, obteniendo imagen del músculo temporal. En apertura desplazar el transductor sobre la fosa retromolar, vertical-paralelo al eje mayor del borde anterior de la rama mandibular, obteniendo imágenes de: curva ósea de fosa retromolar y tendón en su eje mayor, sin y con modo Power Doppler. Procesamiento imagenológico para cada tendón: ecogenicidad, límite, espesor, presencia de vascularización interna. Se tabularon los datos y se realizó estadística simple.

Resultados: 60% de tendones fueron hiperecogénicos, 100% de límites definidos y sin vascularización, espesor promedio de 2.59mm (DS 0.07).

Conclusiones: La imagen ultrasonográfica del tendón del músculo temporal es variable, avascular y de límites definidos. La sistemática planteada permite reproducir la imagen ultrasonográfica del tendón temporal.

Neuropatía trigeminal dolorosa de ramo mandibular atribuida a lesión ocupante de espacio extracraneana.

AUTORES

Valentina Muñoz¹, Constanza Salgado¹, Thomas Bornhardt^{1,2}.

1. Especialidad en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad de La Frontera, Chile.

2. Grupo de Investigación en Dolor y Sueño, Universidad de La Frontera.

Historia del paciente: Mujer, 60 años, antecedentes de Discopatía multisegmentaria, Dislipidemia y Rinitis alérgica crónica en tratamiento. Migraña sin aura sin tratamiento actual.

Motivo de consulta del paciente: Dolor orofacial intenso, 4 años de evolución que aumenta progresivamente.

Hallazgos clínicos: En zona mandibular derecha limitada a dermatoma de nervio mandibular (V3) se aprecia sintomatología basal dolorosa (EVA 6), y crisis de dolor paroxístico eléctrico (EVA 10) gatillado al comer, hablar, movimientos linguales y roce de zona mentoniana derecha, con periodo refractario. En RM se informa Quiste sinovial (10x12mm) ubicado en zona medial de cápsula de ATM derecha.

Diagnóstico: Neuropatía trigeminal dolorosa de ramo mandibular atribuida a Quiste sinovial de ATM. Osteoartritis ATM derecha.

Tratamiento: Objetivo: Disminuir sintomatología neuropática e inputs nociceptivos:

1° Cambio esquema farmacológico de Neuropatía y Migraña sin aura.

2° Drenaje del quiste: Abordaje intraoral, logrando vaciamiento. Se comprueba con nueva RM y disminución de sintomatología.

3° Tratamiento de componente inflamatorio articular con infiltración de corticoides (Depomedrol), dispositivo interoclusal y terapia física.

Reporte: No existen reportes de drenaje de Quiste sinovial medial mediante vía intraoral, siendo mucho más frecuente la excisión quirúrgica en ubicaciones laterales. Su asociación a sintomatología neuropática es muy poco frecuente, pero debe ser considerada como diagnóstico diferencial de otras patologías. La técnica de drenaje con abordaje intraoral tiene que considerarse como un manejo inicial de esta patología.

Cefalea atribuida a trastorno temporomandibular como diagnóstico diferencial de cefalea tipo tensional. Reporte de un caso.

AUTORES

Laura Mancinelli¹, Nicol Velásquez^{1,2}, Thomas Bornhardt^{1,2}, Verónica Iturriaga^{1,2}, Hugo Landaeta^{1,2}.

1. Especialidad en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad de La Frontera, Chile.

2. Grupo de Investigación en Dolor y Sueño, Universidad de La Frontera.

Historia del paciente: Mujer, 48 años. Antecedentes de cefalea tipo tensional y migraña con aura, diagnosticado por neurólogo (neuroimagen sin hallazgos).

Motivo de consulta del paciente: Dolor preauricular y cefaleas frecuentes.

Hallazgos clínicos: Dolor articular a la palpación de zona retrodiscal EVA 4, cuello de cóndilo y sinovial anterior EVA 2 con ruido tipo crépito bilateral. Puntos gatillo miofasciales activos en músculos maseteros y temporal bilateral, con referencia temporo-frontal. Refiere 2 tipos de cefalea, la primera, de larga data con 4 episodios durante su vida, cualidad punzante, ubicación retro ocular, y duración de 2 días. La segunda, inicia al despertar, 4-5 episodios por semana, cualidad opresiva en zona fronto-temporal, duración de horas a días, la cual es reconocida durante la palpación de músculos de la masticación. En CBCT de articulación temporomandibular (ATM) se observa proceso degenerativo óseo condilar bilateral.

Diagnóstico: Osteoartritis de ATM bilateral, Cefalea atribuida a trastorno temporomandibular secundario a dolor miofascial en músculo masetero y temporal bilateral.

Tratamiento: El objetivo es eliminar los inputs nociceptivos profundos tratando el componente osteomuscular y evaluar el efecto sobre su cefalea. Al realizar la etapa desinflamatoria articular, se obtuvo una respuesta favorable a nivel muscular con la consecuente remisión de su cefalea.

Reporte: El dolor articular corresponde a uno de los factores etiológicos de dolor miofascial en músculos masticadores con expresión clínica de cefaleas, la desinflamación articular disminuye el dolor, modifican el metabolismo celular para recuperar equilibrio anabólico y así disminuir sintomatología tanto articular como muscular.

Mapeo de evidencia sobre antiinflamatorios no esteroideos para el tratamiento de los trastornos temporomandibulares

AUTORES

Soto K1., Oyarzun K1., Aguirre D1., Moreno B1., Oyarzo JF1.

1. Programa de Especialización TTM y DOF, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

Introducción: Dentro de las alternativas terapéuticas más utilizadas para el manejo de los trastornos temporomandibulares (TTM) está el manejo farmacológico con antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Sin embargo, no existen, para algunos de ellos, evidencia que sustente su utilidad.

Objetivo: Identificar y describir la evidencia sobre la terapia con AINES de los TTM a partir de revisiones sistemáticas (RS).

Material y métodos: Siguiendo la metodología propuesta por la Fundación Epistemonikos para la utilización de la plataforma L:OVE (Living Overview of the Evidence) se buscó de manera simultánea en 10 de las principales bases de datos por RS sobre la terapia de TTM con AINES. Las RS identificadas se sometieron a una votación por parte de 3 investigadoras, quienes señalaron si serían incluidas en el estudio. La calidad metodológica de cada RS se evaluó con la herramienta AMSTAR-2.

Resultados: De un total de 54 referencias identificadas, 19 RS fueron revisadas a texto completo, finalmente 12 fueron incluidas. Los AINES más analizados fueron: diclofenaco (58,3% de las RS) e ibuprofeno (25% de las RS) en pacientes con diferentes grupos de TTM. La cantidad de estudios primarios incluidos por las RS se encontraba entre 1 y 41 y la calidad de las RS entre bajo y alto riesgo de sesgo.

Conclusiones: Existe una cantidad considerable de RS sobre la terapia de los TTM con AINES, sin embargo, la calidad metodológica es a menudo deficiente. A su vez, existen algunos AINES (meloxicam) que se utilizan clínicamente que no se incluyen dentro de las RS analizadas.

Una novedosa técnica para medir la apertura oral mediante articulografía electromagnética 3d

AUTORES

Marinelli Franco¹, Lezcano María Florencia², Alarcón Josefa^{1,3}, Navarro Pablo⁴ y Fuentes Ramón^{1,5}

1. CICO, UFRO, Temuco, Chile; 2. Laboratorio de Cibernética, FI-UNER, Oro Verde, Argentina; 3. Programa Doctoral en Ciencias Morfológicas, UFRO, Temuco, Chile; 4. Universidad Autónoma de Chile, Temuco, Chile; 5. Departamento de Odontología Integral de adultos, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: La apertura oral es un indicador importante de la funcionalidad de la articulación temporomandibular (ATM)[1]. Existen diferentes métodos manuales para medir el grado de apertura, sin embargo, estos dependen de la experiencia del profesional que los realiza. La articulografía electromagnética (EMA) es una alternativa adecuada para el análisis tridimensional del movimiento mandibular, esta tecnología proporciona las coordenadas en una resolución temporal y espacial adecuada.

Objetivo del estudio: Presentar una técnica novedosa basada en EMA-3D y post procesamiento de datos para analizar con precisión la apertura de la boca, considerando distancias, trayectorias y ángulos.

Material y método: Se utilizó un fantoma maxilar-mandibular para simular el movimiento de apertura bucal y el equipo EMA (AG501), se usaron nueve sensores: tres de referencia, tres activos y tres en el Bite Plane. Se crearon nueve registros para mostrar diferentes formas de evaluar la apertura en diferentes niveles, simulando aperturas fijas y móviles de 1, 2, 3 y 4 cm.

Resultados: Se pudo evaluar la apertura bucal a través del rango vertical, distancia euclidiana, trayectoria y ángulo de apertura. La trayectoria fue el valor más alto obtenido y la distancia vertical fue el más bajo. El ángulo aumentaba a medida que aumentaba la apertura de la boca.

Conclusiones: Esta técnica unifica el registro de varias formas de medir la apertura y agrega el análisis 3D. EMA puede realizar estos registros sin necesidad de dispositivos adicionales, lo que permite una fácil comparación entre estudios y puede ser útil para unificar el procedimiento de medición.

Manejo farmacológico exitoso de neuropatía dolorosa trigeminal postraumática posterior a exodoncia: Reporte de un caso.

AUTORES

Rodríguez V, ¹, Rasines C. ¹, Tapia P. ¹, Arrué G. ¹

1. Estudiante de programa en especialización en trastornos temporomandibulares y dolor orofacial

Historia del paciente: Paciente sexo femenino de 71 años de edad, hipertensa controlada.

Motivo de consulta: Dolor paroxístico de 5 años de evolución en zona edéntula de diente 1.5 con características quemantes y eléctrico de inicio progresivo posterior a exodoncia.

Al examen clínico, presenta basal dolorosa EVA 5 con crisis diarias EVA 10 gatilladas por estímulos mecánicos. Las crisis duran hasta 1 hora, con presencia de signos autonómicos, que afectan hemicara ipsilateral. Frente al roce del reborde edéntulo, refiere hipoestesia transitoria acompañada de una crisis de dolor (Signo de Tinell).

Diagnóstico: Neuropatía dolorosa trigeminal post traumática (NDTP) de V2.

Tratamiento: Se realiza infiltración de bupivacaína (0,5%) y betametasona (6mg/mL) con terapia inicial farmacológica de pregabalina 75mg nocturna cada 24 horas por 4 días, luego aumentando dosis a 150mg. Al siguiente control, paciente refiere dolor EVA 5, por lo que se agrega una dosis matutina de 75mg. Posteriormente, relata dolor provocado EVA 2, sin basal dolorosa.

Reporte: Basado en la evidencia disponible, el uso de Pregabalina está descrito como fármacos de primera línea para el tratamiento de NDTP (1), este fármaco actúa sobre la subunidad de canales de calcio, disminuyendo su expresión y afectando la sinapsis (2). La infiltración de corticoides favorece la desinflamación nerviosa y mejora la sintomatología (3,4). El manejo de la condición es compleja y una mejora de los síntomas en un 30% es considerado como éxito clínico (5).

Registro de espacio de inclusión fisiológico, alcanzado por método con comando y sin comando, y actividad muscular mediante articulografía electromagnética y electromiografía.

AUTORES

Camila Cerda ¹, María Florencia Lezcano ², Franco Marinelli ³, Josefa Alarcón ^{3,4}, Ramón Fuentes ^{3,5}
1. CICO, UFRO, Temuco, Chile; 2. Laboratorio de Cibernética, FI-UNER, Oro Verde, Argentina; 3. Programa Doctoral en Ciencias Morfológicas, UFRO, Temuco, Chile; 4. Universidad Autónoma de Chile, Temuco, Chile; 5. Departamento de Odontología Integral de adultos, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: El espacio de inclusión fisiológico (EIF) es una característica utilizada para determinar la dimensión vertical oclusal (DVO) [1]. Para alcanzar esta posición existen dos técnicas, una sin comando, donde se le pide al paciente que mantenga la mandíbula en posición relajada y con los labios levemente en contacto[2]. En el presente trabajo se muestra una técnica de registro simultáneo del EIF, por comando y sin comando, utilizando articulografía electromagnética (EMA) y electromiografía (EMG).

Objetivo del estudio: Comprobar que es posible realizar el registro simultáneo del EIF mediante, EMA, y la actividad muscular bilateral de los músculos masetero y temporal anterior, mediante EMG.

Materiales y Métodos: Se realizaron registros sobre 16 pacientes. Para registrar la apertura se utilizó el articulógrafo AG501 (Carstens Medizinelektronik, Lenglern, Germany). Este equipo permite eliminar los movimientos de la cabeza mediante el procedimiento Head Correction. Para el registro EMG se utilizó el electromiógrafo EMGVIII (ArtOficio, Santiago, Chile). Mediante los datos obtenidos se calculó la apertura oral con cuatro parámetros diferentes, distancia vertical, distancia euclídea, trayectoria y ángulo de apertura y para evaluar la actividad muscular se obtendrá el valor eficaz de la señal (RMS). Estos cálculos se realizaron mediante Matlab (MathWorks®, Massachusetts, Estados Unidos).

Resultados: Se logró registrar el EIF mediante EMA y obtener el grado de apertura utilizando 4 parámetros de evaluación, distancia vertical, distancia euclídea, trayectoria y ángulo y la actividad muscular bilateral de masetero y temporal anterior.

Conclusiones: Es posible analizar el EIF de forma simultánea mediante EMA y EMG.

Protocolo de registro de apertura mandibular y actividad muscular simultánea con articulografía electromagnética y electromiografía.

AUTORES

Camila Cerda ¹, María Florencia Lezcano ², Franco Marinelli ³, Ramón Fuentes ^{3,4}, Josefa Alarcón^{4,5}, Camila Venegas³
1. CICO, UFRO, Temuco, Chile; 2. Laboratorio de Cibernética, FI-UNER, Oro Verde, Argentina; 3. Programa Doctoral en Ciencias Morfológicas, UFRO, Temuco, Chile; 4. Universidad Autónoma de Chile, Temuco, Chile; 5. Departamento de Odontología Integral de adultos, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: La actividad muscular de los músculos elevadores con respecto a la apertura oral ha sido ampliamente estudiada. El registro simultáneo de actividad electromiográfica y apertura mandibular mediante electromiografía (EMG) y articulografía electromagnética (EMA) abre la posibilidad de analizar la actividad muscular a diferentes grados de apertura oral[1]. Además, es posible normalizar tanto los grados de apertura como la actividad muscular.

Objetivo del estudio: El presente trabajo muestra una nueva técnica para registrar la apertura oral y el análisis de la actividad electromiográfica articulografía electromagnética y electromiografía.

Materiales y Métodos: Se utilizará el Articulógrafo electromagnético AG501 (Carstens Medizinelektronik, Lenglern, Germany) y el electromiógrafo EMGVIII (ArtOficio, Santiago, Chile). La apertura oral será evaluada de forma relativa a la apertura oral máxima (AOM) y la actividad electromiográfica normalizada con respecto a la desarrollada durante máximo apriete voluntario (MAV). Se utilizarán 4 parámetros para analizar la apertura ora, distancia vertical, distancia euclídea, trayectoria y ángulo

Resultados: Se logró diseñar un protocolo para registrar la posición mandibular en diferentes grados de apertura, con pasos normalizados en base a AOM, y medir y normalizar la actividad muscular en cada posición de registro con respecto a la obtenida durante MAV.

Conclusiones: Se logró diseñar un protocolo para evaluar la actividad muscular en distintos grados de apertura oral mediante EMA y EMG normalizando tanto el nivel de actividad muscular como la apertura oral.

Hallazgo de compresión neurovascular en fosa pterigomaxilar y neuralgia trigeminal. ¿Cuál es el origen del dolor? Reporte de caso.

AUTORES

Luz Marina Fernández¹, Thomas Bornhardt^{1,2}, María Jesús Gaete¹, Nicol Velásquez^{1,2}.

1. Especialidad de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad de La Frontera, Chile.

2. Grupo de Investigación en Dolor y Sueño, Universidad de La Frontera.

Historia del paciente: Mujer de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo en control y neuralgia trigeminal (NT) diagnosticada hace 10 años. Está bajo tratamiento farmacológico de carbamazepina 200mg y pregabalina 75mg, ambas cada 8 horas.

Motivo de consulta del paciente: Intolerancia a efectos secundarios farmacológicos de la NT.

Hallazgos clínicos: La distribución de su dolor se extiende por el dermatoma del nervio infraorbitario y cigomático-facial derecho e intraoralmente, desde premolares hacia molares ipsilaterales. Actividades como hablar, masticar y cambios de temperatura gatillan sus crisis. La farmacoterapia actual reduce su dolor en un 50%.

Diagnóstico: Neuralgia idiopática del trigémino estrictamente paroxística (1).

Tratamiento: Se realiza cambio farmacológico por oxcarbazepina 300mg cada 8 horas (2,3,4). Se solicita RM T2 + angio-RM donde se evidencia hallazgo de conflicto vascular en fosa pterigomaxilar. Actualmente la paciente relata reducción del dolor en un 65% con una franca disminución de las RAM.

Reporte: Pese a tener hallazgos imagenológicos que podrían ser considerados como factor etiológico según la literatura, el diagnóstico debe ser realizado basado en la fisiopatología del cuadro neuropático, conociendo ésta a través del análisis de signos y síntomas presentes en el paciente. La literatura reporta que el 10% de los casos de NT no presentan una compresión neurovascular como factor etiológico.

Neuropatía dolorosa postraumática del nervio auricular mayor: Reporte de caso clínico

AUTORES

Cid C.¹, Bustos M.¹, Huerta M.¹

(1) Estudiante de programa en especialización en trastornos temporomandibulares y dolor orofacial, UDD CAS

Historia: Paciente mujer, 60 años, ASA I.

Motivo De Consulta: 2019 instalación de implante diente 3.6. A la semana debuta con dolor parotídeo izquierdo tipo eléctrico al comer ácidos y dulces de intensidad EVA 6 inicial, llegando a EVA 10 en 2 meses. 2021 tratamiento con Pregabalina oral 75 mg cada 12 horas indicado por neurólogo, sin resultados.

Hallazgos Clínicos: 2023 presentaba dolor a la palpación en zona parotídea, signo de Tinel positivo en reborde mandibular izquierdo y zona retroauricular izquierda, hiposensibilidad al tacto y alodinia en regiones de cabeza y cuello, anhidrosis y ptosis palpebral izquierda.

Diagnóstico: Neuropatía Postraumática Dolorosa del Nervio Auricular Mayor (NAM)

Tratamiento: Prednisona oral, aumento dosis de Pregabalina oral y bloqueos al NAM con Betametasona más Mepivacaína al 2% en 4 sesiones.

Reporte: Existen casos aislados reportados de neuropatía del NAM, siendo las relacionadas al cuello, como tumores o cirugías, las causas más comunes. En este caso presumiblemente el factor causal sea un procedimiento odontológico, sin embargo, no hay estudios reportados con esta etiología, ni que incluyan dolor provocado en salivación ni síntomas autonómicos.

El tratamiento de primera línea en casos reportados es corticoides y/o anticonvulsivantes y, como segunda línea, el bloqueo nervioso. En esta paciente se utilizaron ambos tratamientos desde el inicio.

Parece relevante considerar que los tratamientos odontológicos pueden generar dolores neuropáticos y que una buena anamnesis y examen físico son importantes para llegar al diagnóstico correcto. Un tratamiento multimodal sería relevante para evitar el agravamiento y lograr un resultado exitoso.

Diagnóstico y manejo exitoso de neuropatía dolorosa trigeminal postraumática (NDTP) posterior a implantes: Reporte de un caso

AUTORES

Nuyens María-Emilia¹, Andrade Francisca¹, Gómez Mariajesús¹, Casassus Rodrigo².

1. Estudiante de Programa en Especialización en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (2) Director Programa en Especialización en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial

Paciente masculino, 53 años, sistémicamente sano. Historia de instalación de implante en sector de 4.4, posterior exodoncia traumática diente 4.6 con instalación de implante inmediato. Consulta por dolor eléctrico basal EVA 10 en hemimandíbula derecha y sector derecho de lengua que comienza dos días posterior a intervención de diente 4.6.

Clínicamente presenta múltiples signos de Tinel positivos en recorrido de V3, signos autonómicos ipsilaterales y QualST alterado intra y extraoralmente con hipoestesia, alodinia e hiperalgesia, comprometiendo V2 y V3.

Como tratamientos previos se encuentra el retiro del implante 20 días posterior a su instalación y prescripción de pregabalina con resultado parcial, abandonado a las pocas semanas.

Se establece como hipótesis diagnóstica NDTP. La incidencia de NDTP por implantes, oscila entre 0,8 y 33%.

Comenzamos el tratamiento infiltrando mepivacaína al 2% con betametasona en zonas de Tinel positivo, posteriormente se confecciona dispositivo intraoral para aplicación de lidocaína 10% plastibase, prescripción de carbamazepina y amitriptilina. Se bloquea ganglio esfenopalatino, con éxito en sintomatología de V3. Actualmente el paciente relata mejoría del 85% respecto al dolor inicial.

Podemos concluir que, si bien se describen como primera línea de tratamiento los antidepresivos tricíclicos seguidos por anticonvulsivantes, el análisis del perfil somatosensorial es primordial para el manejo farmacológico y éxito terapéutico. La resolución total es difícil; se describe en la literatura que una reducción del mayor o igual al 30% se considera como terapia exitosa. La prevención y tratamiento oportuno pueden reducir la posibilidad de alteraciones sensoriales permanentes.

Biomarcadores para la identificación precoz de la osteoartritis de ATM: Scoping review

AUTORES

Claudia Roco¹, Gianfranco Passalacqua¹, Montserrat Casals¹, Juan Fernando Oyarzo¹.

(1) TTM Y DOF, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

Introducción: La osteoartritis (OA) es un trastorno o enfermedad que se caracteriza por el deterioro del tejido articular. Se ha visto que las articulaciones más comúnmente afectadas son las de mano, rodilla, cadera y articulación temporomandibular (ATM). La investigación en el último tiempo ha publicado estudios que miden la presencia de biomarcadores, que determinan la progresión de la enfermedad, resultados terapéuticos y podrían ser usados para diagnóstico temprano de OA. Sin embargo, aún no está claro si existen para una identificación precoz.

Objetivos: Describir el desarrollo actual de biomarcadores para diagnóstico precoz de OA. Describir principales líneas de investigación. Identificar los mejores modelos para el estudio de diagnóstico anticipado de OA de ATM. Identificar biomarcadores para diagnóstico temprano de OA. Describir proyecciones de las investigaciones.

Material y método: Se realizó una búsqueda sistemática de artículos en el periodo comprendido entre los años (2012-2022) en paralelo por dos investigadores.

Resultados: De 769 artículos, 48 cumplieron los criterios inclusión-exclusión, se encontró una línea de investigación, la articulación más estudiada fue rodilla, se estudiaron diversos biomarcadores de los cuales 11 fueron los más prevalentes, de los modelos encontrados fueron en gran parte de naturaleza humana.

Conclusiones: Existe un aumento de estudios de biomarcadores precoces y de progresión de OA, siendo la rodilla la más utilizada. En el campo de la ATM, existe un número muy bajo de análisis. Se deben establecer líneas claras de investigación y establecer protocolos de identificación y asociación de estos biomarcadores con el progreso y diagnóstico de la enfermedad.

Manejo farmacológico de paciente con neuropatía dolorosa trigeminal idiopática: Reporte de caso.

AUTORES

Cantillana, N¹; Ibáñez, D¹; Muñoz Schmidt, C¹; Venegas Quiñones, P¹.

1. Cirujano Dentista, Alumno(a) Facultad de Medicina UDD-CAS, Especialidad Trastornos Mandibulares y Dolor Orofacial.

Historia: Paciente femenino, 57 años, ASA II. En septiembre de 2022 debuta con un evento único de dolor paroxístico en territorio de V3, 2 meses después reaparece con mayor frecuencia e intensidad. Especialista diagnóstica “contractura muscular mandibular”. Posterior al tratamiento muscular inicia un cuadro de dolor paroxístico y opresivo severo con basal dolorosa EVA 5 y 10 a 15 crisis diarias EVA 10 gatilladas por estímulos funcionales linguales y mandibulares.

Motivo de consulta: Dolor facial, mandibular y lingual derecho.

Hallazgos Clínicos: Presencia de signos neuropáticos positivos y negativos en cuarto cuadrante: Dolor paroxístico con signo de Tinel positivo en punta de lengua, dolor profundo muscular y articular, Parestesia en labio, hipoestesia táctil y térmica e hiperalgesia a la punción en vestibular. No hay evidencia de lesión o compresión trigeminal en RNM. Se aplica TEST DN4 y S-LANSS ambos resultados indican presencia de dolor neuropático.

Diagnóstico: Neuropatía dolorosa trigeminal idiopática.

Tratamiento: Carbamazepina 200 mg/día, prednisona 40-20 mg por 10 días, pregabalina 150 mg/día.

Reporte: Paciente responde positivamente a tratamiento farmacológico, por lo que ante la dificultad de establecer un diagnóstico definitivo, enfocar el tratamiento en mecanismos de dolor y perfil somatosensorial, orienta terapéuticamente a lograr un manejo eficaz del dolor independientemente de la taxonomía diagnóstica, lo que permite dar respuesta a las necesidades psico-fisiológicas que aquejan al paciente.

Diagnóstico de artritis idiopática juvenil de afectación temporomandibular: Reporte de un caso.

AUTORES

Daud I.¹, Klett F.¹, Rodríguez H.¹, Navarro C.¹.

1. Estudiante de programa en especialización en trastornos temporomandibulares y dolor orofacial.

Paciente sexo femenino, 11 años, con antecedentes de adversidad temprana. Debuta con dolor mandibular posterior a atención odontológica, de carácter opresivo, espontáneo y provocado a la función. De intensidad moderada, duración de minutos a horas. Relato de ronquido frecuente con apneas presenciadas. Desarrollo de dolor en rodillas un mes posterior a primera consulta.

Al examen presenta dolor a la palpación preauricular bilateral y click en ATM izquierda. Perfil birretruido, anteposición de cabeza, compresión maxilar, macroglosia relativa, Friedman palatal IV y tonsilar II. Sin hallazgos en Cone-Beam de ATM.

Se diagnostica artralgia bilateral y desplazamiento discal con reducción ATM izquierda. Ronquido y sospecha de apnea obstructiva del sueño (AOS).

Se efectúa interconsulta a Reumatología por dolor poliarticular, donde se confirma Artritis Idiopática Juvenil. El manejo sistémico con Metrotrexato y Adalimumab no ha tenido resultados positivos a la fecha. Por nuestra parte fue sometido a tratamiento farmacológico e intervencionista de ATMs, con el cual mejora rango de apertura mandibular y disminuye parcialmente el dolor.

No fue posible encontrar reportes de debut de AIJ en ATM, sin embargo, se describe una prevalencia de un 40-93% de pacientes AIJ con afectación temporomandibular. La detección temprana de signos y síntomas inflamatorios en pacientes pediátricos y su derivación oportuna para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad sistémica es indispensable para mejorar el pronóstico y disminuir las secuelas en el crecimiento craneofacial. Los cuales se asocian a mayor riesgo de desarrollo de trastornos respiratorios del sueño como ronquidos y AOS.

Enfrentamiento de urgencia de luxación discal posterior aguda de la articulación temporomandibular. Reporte de un caso.

AUTORES

María Jesús Gaete¹, Nicol Velásquez^{1,2}, Luz Marina Fernandez¹, Thomas Bornhardt^{1,2}.

1. Especialidad en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad de La Frontera, Chile.

2. Grupo de Investigación en Dolor y Sueño, Universidad de La Frontera.

Historia del paciente: Mujer, 38 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, acude referida a urgencia posterior a una reducción mandibular realizada por odontólogo durante la mañana.

Motivo de consulta del paciente: dolor preauricular izquierdo y sensación que no puede morder como antes, posterior a maniobra de reducción mandibular.

Hallazgos clínicos: limitación dolorosa en apertura, al cierre, en protrusión y lateralidades en la articulación temporomandibular (ATM) izquierda. La lateralidad izquierda es la más limitada por dolor, traba, y sensación de presión, lo anterior asociado a maloclusión aguda (desviación de la línea media hacia lado derecho e inoclusión posterior izquierda).

Diagnóstico: Luxación discal posterior sin reducción (LDPSR) aguda en ATM izquierda. Co-contracción protectora de los músculos de la masticación.

Tratamiento: El objetivo de la atención de urgencia es buscar reducir el disco articular y controlar la inflamación. Se realizó bloqueo anestésico de pterigoideo lateral y auriculotemporal izquierdo con mepivacaína al 3%, se realiza maniobra de recaptura discal manual en la ATM izquierda, infiltración de corticoides y se indica medidas de reposo mandibular y farmacológicas. Se realizó control satisfactorio a los 7 días y se programa sesión para inicio de tratamiento.

Reporte: La evidencia científica sobre LDPSR es limitada, siendo su prevalencia de 0,7-2,2%. Los hallazgos clínicos se correlacionan con los descritos en la literatura. No existe consenso de tratamiento. Frente a cuadros agudos de urgencia de trastornos articulares cóndilo-disciales, es importante realizar un manejo inicial con enfoque multimodal.

Neuropatía trigeminal de presentación simultánea y etiología distinta en ramas v2 y v3. Reporte de un caso.

AUTORES

Rodrigo González¹, Thomas Bornhardt^{1,2}, Verónica Iturriaga^{1,2}, Javiera Muñoz²

1. Especialidad en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad de La Frontera, Chile.

2. Grupo de Investigación en Dolor y Sueño, Universidad de La Frontera.

Historia del paciente: Mujer 45 años, sin antecedentes mórbidos previos, consulta por sensación de cara adormecida desde hace meses y dolor en ATM bilateral.

Motivo de consulta del paciente: Zona inferior izquierda adormecida desde hace seis meses y dolor articular unilateral espontáneo. Hallazgos clínicos: Alteración sensorial en ramos V2 y V3 izquierdas. Artralgia bilateral al examen clínico, sin antecedente de ruidos articulares.

Diagnóstico: Sinovitis y capsulitis bilateral con disco articular correctamente interpuesto. Neuropatía V2 izquierda secundaria a sinusitis odontogénica. Neuritis V3 izquierda con basal parestésica y crisis disestésicas.

Tratamiento: Se realiza tratamiento con dispositivo tipo pivot con uso de fuerza extraoral. El tratamiento de las neuropatías tiene el objetivo de disminuir y evitar la progresión de la sintomatología. En los exámenes complementarios se observa sinusitis odontogénica izquierda asociado a proceso inflamatorio periapical del diente 2.7 por lo que se realiza interconsulta a endodoncia y se evalúa la respuesta sintomática de la neuropatía posterior al tratamiento dentario. Con respecto a la rama mandibular se indica pregabalina de 75 mg cada 24 horas, logrando una evolución positiva en la sintomatología con una importante disminución de la sintomatología y el área sintomática.

Reporte: Resulta importante considerar la posibilidad de que la sintomatología dolorosa presente factores etiológicos independientes, logrando así un correcto diagnóstico específico y por consiguiente una correcta elección terapéutica.

Criterios clínicos para el diagnóstico del Bruxismo de Vigilia en adultos.

AUTORES

*María Magdalena Andrada, DMD, PhD¹; Miguel Wilken, MD²; Federico Stolbizer, DMD, PhD¹; Dr. Marcelo Merello, MD PhD².
1Catedra de Cirugía y Traumatología BMFII, Facultad de Odontología, UBA. 2 Sección de Trastornos del Movimiento, FLENI
Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) de Argentina.*

Introducción: El Bruxismo es una actividad repetida de los músculos de la mandíbula, caracterizada por apretar y rechinar los dientes y/o tensar la mandíbula. Presenta dos manifestaciones circadianas diferentes, si ocurre durante el sueño: Bruxismo del sueño (BS); si ocurre en vigilia: Bruxismo de Vigilia (BV). Si bien los métodos de diagnóstico para BS han sido más desarrollados, la evaluación y medición de BV representa un desafío debido a la falta de criterios de diagnóstico específicos.

Objetivo: Construir y validar un conjunto de criterios clínicos para el diagnóstico Bruxismo Vigilia (BV) en adultos.

Métodos: Fase I: Se desarrolló una serie de preguntas para el diagnóstico de BV basadas en búsquedas bibliográficas y opinión de expertos, se administraron a un grupo de pacientes con BV y controles sanos (CS). Se calcularon las diferencias entre ambos grupos para cada uno de los ítems, las puntuaciones totales y subtotales, la correlación de Spearman, Coef. Alfa de Cronbach. Fase II: un grupo consecutivo de pacientes que cumplían con los criterios clínicos de BV y CN se sometieron a una evaluación EMG con audio y video para la validación de criterios. Se determinó la sensibilidad y especificidad del instrumento final y los criterios clínicos construidos.

Resultados: El cuestionario mostró una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,924). Diecisiete pacientes con BV (edad media, 38,6±2,8 años; 41% hombres) y 17 controles sanos (edad media, 35,7±3,0 años; 53% hombres) fueron evaluados con los criterios clínicos de BV construidos. Observamos una diferencia considerable y significativa en los episodios de apretamiento dentario (212 vs 0, p<0,0005) entre ambos grupos. 14 de los 17 pacientes BV presentaron eventos de bruxismo, estos no estuvieron presentes en ningún CS. Se construyó una curva ROC utilizando las puntuaciones. El AUC de la curva ROC, que evalúa la capacidad de la puntuación total de la escala para discriminar entre Bruxismo y controles sanos, fue del 94,12% (IC 95%). El valor de corte establecido de 2 mostró una sensibilidad del 100% y una especificidad del 90% para discriminar el Bruxismo de los controles.

Conclusiones: El cuestionario demostró ser una herramienta útil con altas propiedades clinimétricas.



**Jornadas
Internacionales
de TTM & DOF**