

Desórdenes Craneomandibulares y Bruxismo en niños (Presentación de 2 casos)

Dr. Fernando R. Jaén
Odontólogo

RESUMEN

Cada vez es más frecuente encontrar en la Literatura y en la Práctica casos de niños con Desórdenes Craneomandibulares o con Bruxismo y Desgaste Dentario. Este escrito hace una revisión de la Literatura y presenta el manejo de dos (2) niños panameños que fueron referidos y tratados en nuestra oficina.



El Dr. Fernando Jaén, es egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá en 1978, obtuvo una residencia en Odontología General de 1981 a 1983 en la Facultad de Odontología de Louisiana State University, E. U. A.; es miembro de la A.O.P., A.D.A., A.G.D., Academia Panameña de Prótesis y Oclusión y la Pierre Fauchard Academy. Ha escrito y dictado charlas sobre

el tema, nacional e internacionalmente.

Actualmente es Profesor de Clínica y Profesor Asistente de la Cátedra de Oclusión, también participa en el programa Hospital de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá y su Práctica Privada está dedicada a los desórdenes craneomandibulares.

La literatura dental especializada en Desórdenes de la Articulación Temporo-Mandibular (ATM), la musculatura masticatoria y la inderdigitación dentaria contiene amplia información sobre el tema con posibles etiologías y diferentes manejos, especialmente en adultos. Recientemente estamos encontrando en revistas, libros y en nuestras prácticas un interés en esta condición, pero ahora en preadolescentes.

Si partimos de la premisa de que "un niño no es adulto pequeño", a los Desórdenes Craneomandibulares (DCM), y el Bruxismo en niños se les debe estudiar en forma especial.

Anatómicamente el complejo ATM, musculatura y relación interdentaria sufre cambios histológicos y anatómicos desde el nacimiento hasta la edad adulta. Estos corresponden a la condición funcional de ausencia dentaria, dentición decidua, mixta, permanente, a la formación ósea y muscular completa y luego a los cambios por uso o sobreuso.

Los componentes anatómicos de la ATM, al nacer son los mismos que del adulto pero con la diferencia que en el niño la articulación está alineada con la tabla oclusal, la eminencia articular es baja, la fosa plana y efectúa movimientos de bisagra. Intrauterinamente las superficies articulares y el disco articular están bien innervados y vascularizados pero los cambios funcionales eventualmente limitan la innervación y vascularización a la zona retrodiscal, el disco se torna en tejido conectivo fibroso, denso y de forma bipolar. Las articulaciones del cóndilo y de la fosa glenóidea están revestidas de cartilago de crecimiento y no cartilago articular como en otras articulaciones, lo que permite su adaptación constante y participación en el crecimiento óseo.

Durante el proceso de formación y remodelación de los componentes de la ATM, el grado de carga o sobrecarga sobre éstos puede alterarlos. Sobrecargas súbitas y excesivas, como en el trauma o prolongadas y leves como en el microtrauma, pueden causar metaplasia de los tejidos o reabsorción en un extremo con secuelas para toda la vida del individuo. Cargas moderadas o que corresponden a la función, en cambio, facilitan la remodelación y adaptación de los tejidos articulares al ambiente dentario. Por supuesto estos cambios están condicionados al estado de la salud de la persona, quizás a la edad y a la genética. Esta información es importante al tratar la Oclusión (con el término implicamos ATM, musculatura y relación interdentaria) especialmente en un preadolescente con una condición de desarrollo y crecimiento.

En los adolescentes y preadolescentes las quejas principales y más frecuentes, tanto del paciente como la de sus padres, es la de sonidos articulares, bruxismo y su subsiguiente pérdida de tejido dentario y cefaleas, usualmente músculos temporales.

El Bruxismo es el signo que más llama la atención del odontólogo o de los padres, ya sea por los sonidos interdentes o por la pérdida del esmalte en los deciduos o permanentes jóvenes.

El Bruxismo puede ser céntrico o excéntrico y se utiliza como un término general para las actividades parafuncionales del sistema masticatorio. A diferencia de los movimientos funcionales que son controlados por la musculatura e influidos por los contactos dentales, y la condición emocional del paciente.

El Bruxismo diurno o nocturno, puede ser traumático para la musculatura, ATM y los dientes. Por su naturaleza no está asociado con la actividad de función normal como hablar, masticar y deglutir.

El Bruxismo puede ser causa única, y factor contribuyente o iniciador de los problemas musculares y articulares y también puede variar el pronóstico de algunos casos de DCM.

En niños y preadolescentes se presenta con mayor frecuencia los DCM agudos, como los mioespasmos, especialmente en los músculos temporales y los desórdenes por interferencia del disco, con dislocación anterior del disco, usualmente con recaptura. La etiología de los DCM, pueden estar presentes en este grupo de edad, especialmente los genéticos, hereditarios y de tipo traumático. También, si consideramos que el bruxismo tiene como posibles causantes la condición emocional y las anomalias oclusales (interdentales y de posición), en los niños estas dos circunstancias pueden presentarse en diferentes etapas y grados y si el paciente no se adapta a estas alteraciones pueden aparecer signos y síntomas.

Lo importante es entonces, considerar los signos y síntomas de patología de la Oclusión dentro del examen y diagnóstico integral del niño, y analizar las manifestaciones dentales y músculo-articulares porque pueden alterar la salud general y dental del paciente mediata e inmediatamente. La atención temprana de éstos desórdenes pueden prevenir daños permanentes de difícil solución o control en la edad adulta.

CASO #1:

R.P.H., varón de 9 años de edad fue referido a nuestra oficina, el 6 de junio de 1989, por su Odontopediatra con una queja principal de desgaste dental

excesivo. La historia (con la ayuda de los padres) médica fue negativa, pero reveló: 1) Cefaleas Temporofrontales Opresivas una vez por semana. 2) Mareos Frecuentes. 3) Dolor constante en cuello. 4) Sonidos articulares lado derecho. 5) Bruxismo Diurno y nocturno con sensación constante de apretar los dientes y 6) Trauma Anteroposterior en mandíbula a los cuatro años. El examen muscular reveló sensibilidad a la palpación y aumento de volumen en los músculos masetero, esternocleidomastoide y temporal izquierdo. El rango de apertura era de 45mm. y a la auscultación no se escucharon ruidos articulares. El examen Oclusal reveló Desgaste severo en deciduos y 1ra. Molares Permanentes (Figs. 1, 2, 3). En los movimientos diagnósticos se observó desgaste de los caninos deciduos izquierdo y derecho con subsecuente ausencia de guía caninas (figs. 4 y 5). El paciente presentaba una sobremovida vertical profunda, en etapa del "patito feo" (Fig. 6) y en protrusiva existía disclusión posterior pero con indicios ya de pérdida de esmalte en los Incisivos Inferiores (Fig. #º 7). En esta ocasión no se tomaron radiografías transcraneales.



Fig. 1



Fig. 2

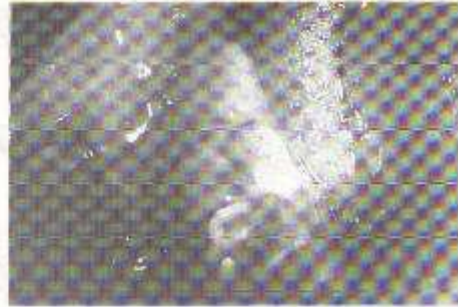


Fig. 3



Fig. 4

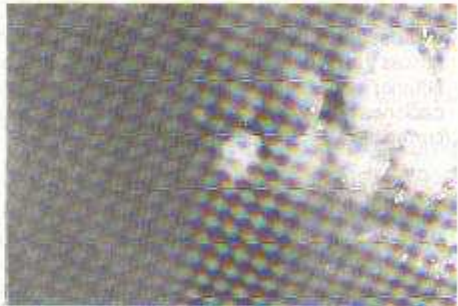


Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

El perfil psicológico y social revelaba a un niño sano aparentemente en un hogar estable, con amor y guía de sus padres y estabilidad emocional.

Es un niño inteligente y con buenas calificaciones en la escuela. El interrogatorio a sus padres y a su Odontopediatra no indicó lo contrario. El diagnóstico fue: 1) Miositis y Mialgia Craneomandibular, 2) Malaoclusión y 3) Bruxismo con origen por determinar.

La meta del tratamiento era de eliminar los síntomas musculares y de ser posible reducir el bruxismo y el desgaste dental, especialmente en los permanentes y el de determinar posibles causas. Luego de obtener esto, evaluar con el Odontopediatra las indicaciones para un tratamiento oclusal interceptivo y/o correctivo.

El tratamiento de elección en este caso y en los siguientes que presentaremos, es el de un aparato ortopédico maxilar en relación céntrica. Si bien este es el tratamiento oclusal, siguiendo con cuidado sus indicaciones, es reversible. Aún así se tomaron en consideración los cambios dentales y óseos activos en esta edad, y se hará un control estricto de nuestra parte y del Odontopediatra de la erupción y del tratamiento.

El aparato en relación céntrica se diseñó siguiendo los principios básicos de guía canina (Figs. 8 y 9), en este caso reponiendo con acrílico en el aparato las áreas de desgaste canino (Fig. 10) y de Interdigitación balanceada y guía incisiva (Fig. 11).



Fig. 9



Fig. 10

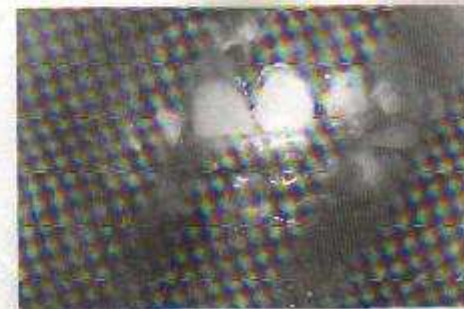


Fig. 11

El aparato fue insertado en boca con sus instrucciones de cepillado, uso continuo y de controles semanales por un mes y luego cada dos semanas.

La primera semana el niño no refería estar apretando tan duro, a la segunda semana negaba Cefaleas, pero sin dolor de cuello y de que despertaba en las noches por estar apretando los dientes. Todo esto ayudó a la aceptación de este por parte del niño. Tres semanas post-colocación, el paciente estaba asintomático y refería no estar apretando los dientes. Al mes y medio el niño perdió el aparato y decidimos esperar dos semanas antes de hacer otro con la esperanza de no necesitarlo. Al regresar a las dos semanas el paciente refería síntomas; así que se tomaron modelos para un nuevo aparato (luego se enteró que su hermanito lo había escondido). Se insertó el aparato y a la semana el paciente estaba asintomático. El aparato fue dejado en la boca por un mes más y por estar asintomático decidimos retirarlo en intervalos de 8 horas semanales (17 de nov. 1989). El 7 de Diciembre vimos nuevamente al paciente, estaba asintomático, y se le retiró el aparato por completo, notificando a su Odontopediatra. El 11 de Enero de 1990 su condición era igual. Los padres fueron advertidos de llamarnos en caso de recaída. El paciente será visto el mes de abril nuevamente para control de síntomas y pérdida de esmalte. De seguir el bruxismo consideraremos la posibilidad de ayuda psicológica y fisioterapia.

CASO #2:

J. E., varón de tres años de edad, fue referido a nuestra consulta el 31 de agosto de 1989, por una Otorrinolaringóloga del Hospital del Niño luego de que la madre lo llevó a esa consulta por dolor en el área periauricular derecha de omer. La Otorrino descartó cualquier patología auricular o general. La historia dada tanto por la madre como en parte por el niño reveló: dolor bilateral en el área pre-auricular al comer y al abrir la boca, chupeteo de dedo, cefaleas temporales y pérdida de peso al no querer comer. Estos síntomas estaban presentes desde los últimos 4 meses. El examen muscular fue negativo por la difícil comunicación con el paciente en esta cita inicial de examen. El examen oclusal reveló la mordida abierta anterior (Fig. 12), sin presencia de desgaste oclusales. El rango de movimiento indicó una apertura de 50mm. (Fig. 13) con dolor al abrir.

El interrogatorio reveló que el niño vivía con diferentes familiares durante la semana y que sólo estaba con su madre los domingos, debido a las ocupaciones de ésta. Su padre no estaba en el país. La madre estaba muy nerviosa en especial por la



Fig. 12



Fig. 13

condición del niño. El paciente parecía sano, bien cuidado, inteligente y desenvuelto.

El diagnóstico fue: 1) Hiper movilidad articular 2) Mordida abierta anterior. El Plan de tratamiento incluía: 1) Referencia al Odontólogo del niño para tratamiento interceectivo por la mordida abierta. 2) Colocación de un aparato oclusal plano (Fig. 14) debido a la presencia de síntomas que ponían en peligro la salud del paciente.



Fig. 14

Para poder mantener el aparato en la boca, debido a la corta edad del paciente y a la falta de retención en las piezas deciduas se le cementó inicialmente con cemento fosfato de zinc (Fig. 15). Esta cementación fue suficiente para la actividad y curiosidad del niño y utilizamos un lonómetro de vidrio (Fig. 16) que dió excelente resultado y por la liberación de fluor era más beneficioso. Para la higiene del aparato instruimos al paciente y a su madre de cepillar el aparato y las encías en la forma posible, pero aún así planificamos la remoción semanal del aparato para limpiar los dientes y el aparato y evitar caries o gingivitis. Esto era un poco complicado pero consideramos que era la forma más higiénica de mantener el aparato y prevenir enfermedades.



Fig. 15



Fig. 16

A la primera semana control no hubo cambios significativos, excepto por el cambio de cemento mencionado. En la segunda semana se midió una abertura interincisal de 35 mm. y el niño y su abuela referían disminución de las molestias. A la tercera semana refería su abuela que el niño comía más y mejor pero que las cefaleas persistían. En esta ocasión se transformó el aparato plano en un aparato en relación céntrica para dar mayor estabilidad a la oclusión y por contar con mayor cooperación del



Fig. 17

paciente y más facilidad para manipularlo a céntrica. (Fig. 17). Luego de dos semanas de uso del aparato en RC el paciente refería estar asintomático, corroborado por su madre y abuelo. Además se mantenía la abertura en 35mm. y era notable el aumento del peso del paciente. Vimos al paciente en dos ocasiones más y en su última cita, que fue el 15 de diciembre de 1989, decidimos remover el aparato, en vista de que el niño estaba asintomático y estaba comiendo bien. El paciente fue referido a su Odontólogo para control del chupeteo del dedo pero desafortunadamente no se ha podido contactar más a los padres del niño para hacer una evaluación post-tratamiento del caso a tratar la mordida abierta.

CONCLUSION:

Al igual que en los adultos, los desórdenes craneomandibulares y el Bruxismo requieren más estudios a largo plazo antes de determinar un tratamiento aceptable para toda la profesión. Por el momento es importante manejar estos casos en forma multidisciplinaria, con tratamientos reversibles y actualizados y aplicando una filosofía de prevención e interceptación temprana de los síntomas y signos. También es vital llegar a un diagnóstico correcto antes de intentar cualquier tratamiento y manejar bajo control a nuestros pacientes, para que los aparatos ortopédicos no se tornen iatrogénicos.

Aún así, los desórdenes del sistema masticatorio están también presentes en los niños y preadolescentes y pueden causar daños en su salud dental y general; debemos hacer un esfuerzo para controlar los síntomas y signos y prevenir distunciones permanentes.

Deseo agradecer a los Dres. Magdiel Him de Pérez y José Manuel Grimaldo, por su cooperación en el manejo de estos casos, y a la Señora Milagros de Chaperón, por el trabajo secretarial.