

Incidencia de la Disfunción Temporomandibular en la población del Gran La Plata

Diferencias de acuerdo a cada sexo.

Mg. Juan Carlos Polo*
Prof. Roberto H. Chaves **

* Magister en Rehabilitación oral FO UNLP
** Director de la Carrera de Especialización en Prosthodontia FO UCALP SOLP

Trabajo recibido: 2 de julio de 2007
Trabajo Aceptado: 5 de agosto de 2007

RESUMEN

Los trastornos funcionales del sistema masticatorio son una patología muy frecuente, extremadamente compleja y de muy difícil diagnóstico. La diversidad de signos patognómicos presentes de la enfermedad, suele dificultar la comprensión del problema y su tratamiento.

En el presente trabajo se estudia la incidencia de los mismos en pacientes adultos en una población del Gran La Plata. Los principales resultados presentan cifras semejantes a las obtenidas por distintos autores en trabajos epidemiológicos de publicación reciente.

PALABRAS CLAVE: Trastornos temporo mandibulares, disfunción

SUMMARY

Functional disorders of the chewing system are a very frequent and complex pathology of very difficult diagnosis. The diversity of pathognomonic symptoms usually makes difficult to understand the problem and its treatment. This article studies the incidence of such symptoms in a sample of adult patients of Gran La Plata. The main findings are similar to those obtained by different authors in recent epidemiology publications.

KEYWORDS: Temporal Mandibular Dysfunction

INTRODUCCIÓN.

Los trastornos disfuncionales del sistema masticatorio afectan a un gran número de seres humanos. Podemos reconocer su origen en múltiples causas. Esta multicausalidad etiológica se encuentra correspondida con una complejidad diagnóstica, que por lo tanto, hace muy difícil la implementación de la terapéutica correcta.

Cuando hablamos de una patología que afecta a un gran número de seres humanos, lo hacemos basándonos en los múltiples trabajos de carácter epidemiológicos consultados durante los últimos 15

años, y que confirman que este padecimiento es muy frecuente. Es importante destacar en este punto, que dichos datos epidemiológicos han sido recogidos en poblaciones muy disímiles.

Basándonos en los mismos podemos afirmar que el 20%-25% de la población necesita algún tipo de tratamiento.

Debemos hacer notar, en otro orden de cosas, que en muchos de los trabajos consultados se pone claramente en evidencia que las mujeres son las más afectadas cuando se compara la incidencia de esta patología en ambos sexos.

OBJETIVOS.

Conocer la incidencia de la Disfunción temporomandibular, con sus distintos grados de severidad, en una población determinada. Comparar su incidencia en ambos sexos.

MATERIAL Y MÉTODO.

La población estudiada esta conformada por 1773 personas. Corresponde a pacientes no portadores de prótesis completas (inferiores, superiores o ambas), que concurren a la consulta odontológica en forma privada en el término de cinco años

y medio. Sus demandas están relacionadas a problemas generales.

De cada uno de los pacientes se recabaron datos personales y clínicos, necesarios para determinar los criterios de inclusión en este trabajo.

De la población total sólo fueron incluidos en la siguiente etapa los pacientes que cumplieron con los siguientes requisitos:

Presentar dentición definitiva. Esta decisión de exclusión no se da por el sólo hecho de presentar dentición desidual o mixta, sino que también obedece a una más objetiva recolección de signos y síntomas, tarea que se ve favorecida en personas de más edad.

No poseer antecedentes quirúrgicos, malformaciones congénitas, antecedentes traumáticos, ni trastornos tumorales en la zona de las articulaciones temporo-mandibulares.

No estar en tratamiento ortodóncico, ni tener antecedentes de haberlo estado.

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron sometidos a un examen clínico a partir del cual se obtuvieron los datos para confeccionar planillas que permitieron calcular el "Índice de Disfunción Clínica de Helkimo". Desarrollado en el año 1974 y actualmente en vigencia.

El índice se basa en la evaluación de 5 síntomas y signos comunes:

- 1- Deterioro o limitación en el recorrido del movimiento mandibular.
- 2- Deterioro o limitación en la función de la articulación temporo-mandibular.
- 3- Dolor muscular.
- 4- Dolor en la articulación temporo-mandibular.
- 5- Dolor durante los movimientos mandibulares.

Cada síntoma evaluado se valora en la escala 0-1-5.

Para cada paciente se calculó la suma total de puntos obtenidos, y dependiendo del resultado fueron incluidos dentro de cada uno de los diferentes grupos:

- Grupo de Pacientes Sanos (S): pacientes que obtuvieron 0 puntos.
- Grupo de Pacientes con Disfunción Ligera (DL): pacientes que obtuvieron entre 1 y 4 puntos.
- Grupo de Pacientes con Disfunción Moderada (DM): pacientes que obtuvieron entre 5 y 9 puntos.
- Grupo de Pacientes con Disfunción Grave (DG): pacientes que obtuvieron entre 15 y 25 puntos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Las comparaciones entre porcentajes y frecuencias de grupos y sexos para variables cualitativas se llevaron a cabo me-

diante el test de Chi cuadrado.

Las comparaciones entre media de grupo y sexo para variables cuantitativas se realizó aplicando el método de análisis de varianza (ANOVA) seguido por el test "t" de Tukey. Se utilizó un nivel de significación para errores de tipo I de 0,05 a 0,01(95 a 99% de confianza).

RESULTADOS.

Luego de completar la planilla de recolección de datos y de aplicar los criterios de inclusión se encontró que 380 pacientes (51 mujeres y 329 hombres) deben ser excluidos de este estudio: 321 de ellos por presentar dentición temporaria o mixta, 1 por tener antecedentes quirúrgicos postraumáticos, 27 por portar tratamiento ortodóncico actualmente y 31

por haberlo portado.

La población seleccionada para la realización del examen clínico quedó conformada como se describe en el Cuadro 1.

La distribución por edades de la población seleccionada es similar en hombres y mujeres observándose que hasta los 51 años la frecuencia se mantiene más o menos constante en el total de ambos sexos (Cuadro 1).

Como resultado del examen clínico y la aplicación del índice de Helkimo la población estudiada fue dividida en 4 grupos autoexcluyentes. La muestra quedó clasificada según se observa en el Cuadro 2, y en la figura 1.

Cuadro 1. Distribución de la población sometida al examen clínico por sexo y edad.

Rango de Edad (años)	Hombres (n=508) 36%		Mujeres (n=885) 64%		Total (n=1393) 100%	
	n	fr	n	fr	n	fr
13 a 25	129	0,25	21	0,24	345	0,24
26 a 38	127	0,25	251	0,28	378	0,27
39 a 51	138	0,27	218	0,25	356	0,25
52 a 64	68	0,13	114	0,13	182	0,13
65 a 77	31	0,06	58	0,07	89	0,06
78 a 90	15	0,03	28	0,03	43	0,03

Fr: frecuencia relativa = nº de pacientes encontrados en ese rango / nº pacientes totales.

Cuadro 2. Clasificación de la población según el índice de Helkimo.

Grupo	Hombres (n=508) 36%		Mujeres (n=885) 64%		Total (n=1393) 100%	
	n	fr	n	fr	n	fr
S	314	0,62	535	0,61	849	0,61
DL	103	0,20	189	0,21	292	0,21
DM	78	0,15	111	0,12	189	0,14
DG	13	0,02	50	0,06	63	0,04

S: Sanos; DL: disfunción ligera; DM: disfunción moderada; DG: disfunción grave. Fr: frecuencia relativa = nº de pacientes encontrados en ese grupo / nº pacientes totales.

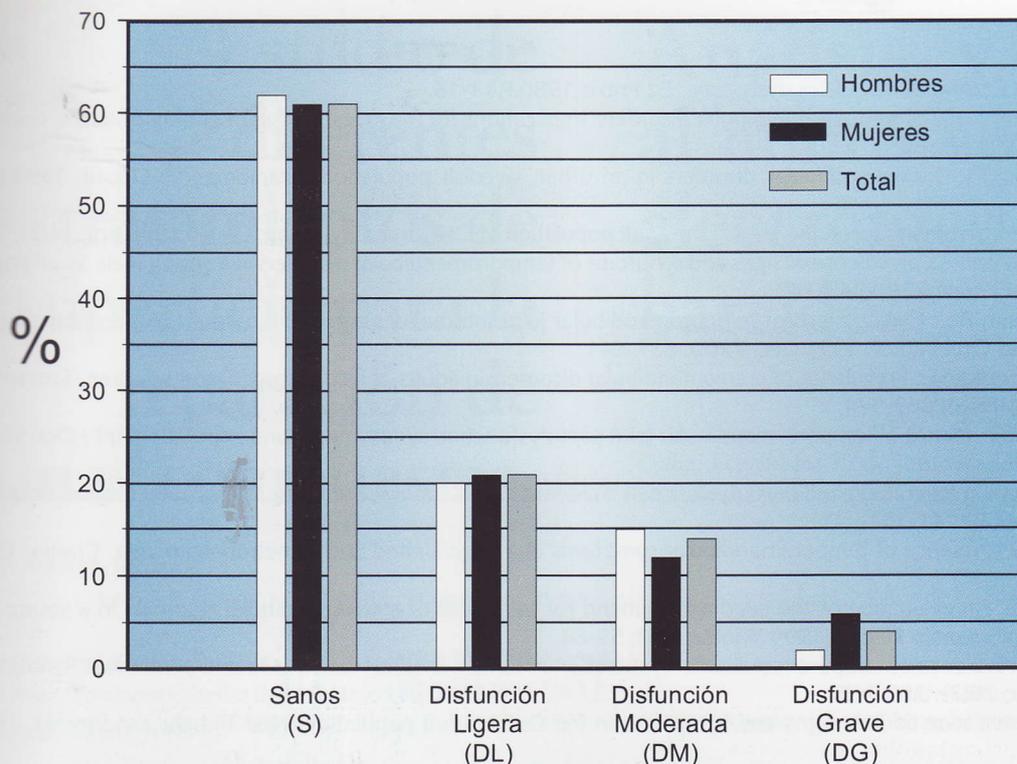


Figura 1. Distribución porcentual de la población clasificada según el índice de Helkimo. Total (n =1393), hombres (n =508) y mujeres (n =885).

Discusión.

Distintos autores, en trabajos epidemiológicos de publicación reciente, encuentran cifras semejantes a las reflejadas en éste: Miyake R. encuentra que al menos el 41.7% de la población por él estudiada presenta al menos un síntoma o signo de Disfunción Temporomandibular (45). Jagger RG. Habla del 41% (46), Gesch D. refiere el 49,9% (47), y Yap AU. el 31,4%.

Magnusson T. Utilizando el mismo índice que el usado en este trabajo encuentra que el 35% presenta al menos un síntoma y que solo el 3% presenta signos y síntomas severos.

Otros autores, encuentran que la presencia de al menos un síntoma de disfunción temporomandibular es mayor. Pedroni CR. Refiere un 68% en estudiantes universitarios de ambos sexos (50), en tanto Nassif NJ. Encontró que el 75% presentaba algún signo o síntoma, y que el 16.7% presentaba síntomas y signos severos en la población por él estudiada.

Es muy probable que estas diferencias en los resultados obtenidos sean producto de las diferentes características de

las poblaciones estudiadas o de los diferentes índices usados para cuantificarla.

En la mayoría de los trabajos consultados se vio cierta uniformidad en cuanto a que el sexo femenino es el más afectado por problemas disfuncionales graves. Esta muy bien documentado que el dolor en las mujeres comienza después de la pubertad y alcanza su pico máximo en la edad reproductora, muchos autores sugieren una conexión entre esta patología y el sistema hormonal femenino. Se sugiere que las hormonas reproductoras femeninas podrían jugar algún papel en la etiología del trastorno.

En realidad es realmente poco lo que queda por discutir a cerca de la incidencia de la Disfunción Temporomandibular en la población, si resta mucho en cuanto a la implementación de nuevos modelos diagnósticos y terapéuticos que faciliten en control de la misma.

Conclusiones.

Dentro de los límites de este trabajo, donde fueron examinadas clínicamente a los efectos de confeccionar el índice de disfunción clínica de Helkimo, 1393 per-

sonas con edades de entre 13 y 90 años, se puede concluir que:

El 61% de los pacientes fueron clasificados dentro de las categorías del índice como sanos.

El 21% con Disfunción temporomandibular leve.

El 14% con Disfunción temporomandibular moderada.

El 4% de los pacientes fue clasificado con Disfunción temporomandibular grave.

Hasta aquí la distribución de acuerdo a su sexo en cada grupo muestra una frecuencia relativa similar.

El 39% de la población estudiada presentó al menos un signo o síntoma de Disfunción temporomandibular. Puede verse que, si bien la frecuencia relativa de pacientes con disfunción leve y moderada es similar en ambos sexos, la frecuencia de aparición de disfunción grave es mayor en las mujeres que en los hombres (0.06 y 0.02 respectivamente, $p < 0,0001$).

Bibliografía

1. Hansson T.L. et al: Craneomandibulaire dysfunctie. Ed Praxis,1980.P.13-16.
2. Le Resche L: Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors. Crit Rev Oral biol med. 1997; 8(3): 291-305.
3. Ageberg G, Inkapool I: Craniomandibular disorders in an urban swedish population. Craniomandib Disord. 1990 summer; 4(3):154-164.
4. Matsuka Y. et al: Temporomandibular disorders in the adult population of Okayama City, Japan. Cranio 1996 Apr; 14(2): 158-162.
5. Nourallah H., Johansson A.: prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in a young male Saudi population. J Oral Rehabil. 1995 may; 22(5):343-347.
6. Lundh H., Westesson P.L.: Clinical signs of temporomandibular joint internal derangement in adults. An epidemiologic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1991 Dec; 72(6): 637-641.
7. Mazengo M.C, Kirveskari P.: Prevalence of craniomandibular disorders in adults of Ilala District, Darnes-Salaan, Tanzania. J Oral rehabil. 1991 Nov; 18(6): 569-574.
8. Rao M.B, Rao C.B.: Incidence of temporo-mandibular joint pain dysfunction syndrome in rural population. Int J Oral Surg. 1981 Aug; 10(4): 261-265.
9. Unger F. et al: Screening for craniomandibular dysfunction. Epidemiological survey concerning 891 healthy subjets. Acta Stomatol Belg. 1989 Aug; 86(2): 141-152.
10. Duckro P.N. et al: Prevalence of temporomandibular symptoms in a large United States metropolitan area. Cranio. 1990 Apr; 8(2): 131-138.
11. Magnusson T. et al: An evaluation of the need and demand for treatment of craniomandibular disorders in a young Swedish population. J. Craniomandib Disord. 1991 Winter; 5(1): 57-63.
12. Sonmez H. et al: Prevalence of temporomandibular dysfunction in turkish children with mixed and permanent dentition. J Oral Rehabil. 2001 Mar; 28(3): 280-285.
13. Truin G.J. et al: Prevalence of TMJ signs and Symptoms in the Dutch adult population. Ned Tijdschr Tandheelkd. 1989 Feb; 96(2): 83-86.
14. Locker D., Slade G.: Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Canadian population. Community Dent Oral Epidemiol. 1988 Oct; 16(5): 310-313.

POR RAZONES DE ESPACIO NO SE PUBLICÓ EL RESTO DE LA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA ELLA SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DE QUIEN LA SOLICITE EN LA BIBLIOTECA DE LA SOLP.

DENTSPLY

TPH³ Nueva Resina Individual Nanohíbrida



■ Consistencia Cremosa

El desarrollo y aplicación de la nanotecnología logra el balance óptimo de las necesidades del odontólogo: consistencia cremosa, esculpible y adecuado tiempo de trabajo.

■ Belleza Superior

Gracias al nuevo diseño de compensación de cargas híbridas y nanohíbridas, con TPH³ el profesional puede lograr restauraciones naturales e imperceptibles.

■ Excepcional Simplicidad

TPH³ le permite obtener restauraciones altamente estéticas utilizando cuerpo y esmalte. TPH³ es un material restaurador universal, indicado para dientes anteriores y posteriores disponibles en colores d la escala V.

www.dentsplyargentina.com.ar
08004443759
asesoriatecnica@dentsply.com.ar