Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el hospital de Madrid

Influence of the third retained molars in patients with problems in the temporomandibular joint in the Madrid hospital

Moncada Escorcía RA*, Martínez-González JM**, Merchán Morales S*, Barona Dorado C***, Fernández Cáliz F****

RESUMEN

El objetivo general del presente trabajo ha sido analizar una muestra de pacientes que acudieron al Hospital de Madrid, con trastornos de la articulación temporomandibular, que presentaron inclusión de los terceros molares, comparándolas con otro grupo poblacional con trastornos de la articulación temporomandibular sin la presencia de los mismos.

Materiales y Metodología: el estudio se basó en la recolección y análisis de datos de 60 historias clínicas, de pacientes con diagnóstico de trastornos de la articulación temporomandibular atendidos en el Hospital de Madrid divididos en dos grupos con presencia o no de terceros molares incluidos. A dichos grupos se les realizó un estudio comparativo de las variables utilizadas en el estudio: *edad, sexo, presencia o no de dolor en la ATM, ruidos en la ATM y disminución de la máxima apertura bucal (MAB)*.

Resultados: se realizó un estudio descriptivo y comparativo de las variables sexo, edad, presencia o ausencia de dolor en ATM, ruidos en ATM y máxima apertura oral encontrando mayor número de casos en el sexo femenino, la media de las edades oscilan entre los 40 años, en cuanto a la variable dolor en la ATM se encontró aumentada en los pacientes del grupo A, con (43,33%), con respecto a los del grupo B, (38,33%) y las variables ruidos en ATM y máxima apertura bucal se encontraron ligeramente superiores en los pacientes del grupo A.

Palabras clave: Articulación temporomandibular, Disfunción temporomandibular, terceros molares incluidos.

SUMMARY

The aim of this study has been to analyze a patients sample that came to the Hospital of Madrid, with the temporomandibular joint disorders with of the third included molars, comparing them with another population group with temporomandibular joint disorders without the presence of the same ones.

* Doctorando en el Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial, Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

** Profesor Titular de Cirugía Maxilofacial del Departamento de Estomatología III, Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid. Jefe de Servicio de Implantología y Cirugía Bucofacial del Hospital de Madrid.

*** Profa. Asociada de Cirugía Bucal del Departamento de Estomatología III, Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

**** Prof. Colaborador Honorífico de Cirugía Bucal del Departamento de Estomatología III, Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

Materials and Methodology: Our study was based on the compilation and analysis of information of 60 case histories, of patients with diagnosis temporomandibular joint disorders attended in the Hospital of Madrid divided into two groups with presence or not of third included molars, to the above mentioned groups realized them a comparative study of the variables used in the study: age, sex, presence or not of pain in the TMJ, noises in the TMJ and decrease of the maximum mouth opening.

Results: there was realized a descriptive and comparative study of the variables sex, age, Presence or absence of pain in ATM, Noises in ATM and Maximum oral opening finding major number of cases in the feminine sex, the average of the ages they range between 40 years, as for variable pain in the ATM was increased in the patients of the group A, with (43.33%) with regard to those of the group B, (38.33%) and variables noises in ATM and Maximum mouth opening were lightly in the patients of the group A.

Key words: Temporomandibular joint, temporomandibular dysfunction, third included molars.

Fecha de recepción: Enero 2008.

Aceptado para publicación: Enero 2008.

Moncada Escorcia RA, Martínez-González JM, Merchán Morales S, Barona Dorado C, Fernández Cáliz F. Influencia de los terceros molares retenidos en pacientes con trastornos de la articulación temporomandibular en el hospital de Madrid. *Av. Odontoestomatol* 2009; 25 (1): 35-40.

INTRODUCCIÓN

La abreviación «ATM» se refiere literalmente a la articulación temporomandibular, aunque suele usarse para referirse a cualquier trastorno o síntoma que se presente en esta región. Tales problemas abarcan: sonidos y chasquidos en la mandíbula, incapacidad para abrir completamente la boca, dolor en la mandíbula, dolores de oído, dolores en los dientes y otros diversos tipos de dolor facial.¹

Muchos síntomas relacionados con la ATM son causados por efectos del estrés físico y emocional sobre las estructuras alrededor de la articulación. Estas estructuras abarcan los músculos de la mandíbula, la cara y el cuello, los dientes, el disco cartilaginoso en la articulación, los ligamentos, vasos sanguíneos y nervios cercanos.

Aunque la investigación científica de los trastornos de las articulaciones temporomandibulares (TTM), empezó en la década 1950, los estudios de Costen y Crithensen en Alemania a finales del siglo XIX, y antes de la primera guerra mundial ya sugerían, que el estado oclusal podía influir en la función de los músculos masticatorios y que la falta de armonía oclusal podía generar trastornos dolorosos de tales

músculos. Entre los años 1960 y 1970 la maloclusión y la sobrecarga emocional (estrés) se aceptaron como los principales factores etiológicos de las disfunciones de las ATMs. En la década siguiente la complejidad de sus trastornos identificados con la sigla TTM, incluyeron las alteraciones intracapsulares. Hoy se acepta el carácter multifactorial de los TTM que constituyen un problema importante de la población general. Diversas publicaciones señalan la importancia de las interferencias oclusales, las alteraciones emocionales y los trastornos generales músculo-esqueléticos en el origen del síndrome de disfunción temporomandibular (DTM).^{2,3} Empíricamente se plantea que los terceros molares inferiores no erupcionados pueden provocar signos y síntomas de DTM, entre ellos ruidos en la ATM, dolor en los músculos masticatorios y en la ATM, dificultad para la movilidad de la mandíbula y un movimiento irregular de ésta.

Tomando en consideración que la presencia de los terceros molares no erupcionados pueden tener influencia en los trastornos de la articulación temporomandibular y la demanda de asistencia para estos trastornos en la actualidad, se plantea realizar un análisis de los pacientes diagnosticados con trastornos de la articulación temporomandibular que presenten inclusión de los terceros molares y comparar-

los con otro grupo de pacientes con TTM, sin la inclusión de los terceros molares, en los pacientes que acuden al Hospital de Madrid.

PACIENTES Y METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental, longitudinal, en el en el servicio de Implantología y Cirugía Bucofacial del Hospital de Madrid. Para ello se eligieron 60 historias clínicas de pacientes diagnosticados con disfunción de la ATM y presencia o no de terceros molares incluidos, todos los pacientes fueron atendidos en este servicio. Se rellenó una ficha para cada una de las historias de los pacientes que participaron en el estudio, en la que se anotaron datos de filiación, anamnesis y exploración de la ATM, valoración imagenológica y examen bucodental. Dentro de la valoración imagenológica verificamos en la panorámica, la presencia o ausencia de los terceros molares, así como su posición en la arcada (mesioangular, distoangular, vestibuloangular, linguoangular, horizontal y/o vertical).

Se dividió el total de la muestra en dos grupos, un grupo de estudio A y un grupo comparativo o de control B. El grupo A constó de 30 pacientes con presencia de terceros molares incluidos y el grupo B con idéntico numero de pacientes sin la presencia de terceros molares incluidos.

En ambos grupos se evaluaron las siguientes variables, *edad, sexo, presencia o no de dolor en la ATM, ruidos en la ATM* así como también *disminución de*

la máxima apertura bucal (MAB), realizando un estudio comparativo de las variables entre ambos grupos.

RESULTADOS

En cuanto a la variable sexo, al relacionar el sexo de los pacientes de la muestra A con los de la muestra B, encontramos que las muestras de ambos grupos son prácticamente homogéneas con predominio en ambos grupos por el sexo femenino, 71,66% frente a un 28,33% del sexo masculino.

Al relacionar las medias de edades entre ambos grupos se observa que son similares, tomando en cuenta que en el grupo A, las edades oscilan entre 18 y 87 años y en el grupo B, oscilan entre 18 y 63 años.

En cuanto a la presencia o no de dolor en ATM de los pacientes con disfunción temporomandibular, se vio que del total de la muestra, el 81,66% presentaban dolor en ATM, y de estos, el grupo de estudio A, presentaba un 43,33% con respecto al grupo control con un 38,33%.

Al analizar la presencia de ruidos articulares, se detectó que en ambos grupos de estudio A y de control B, hay predominio de ruidos (chasquido), siendo ligeramente más acentuado en los pacientes del grupo A (41,66%), con respecto a los del grupo B (40%).

Por último, durante el estudio de la máxima apertura bucal (MAB), encontramos que en ambos grupos

Fig. 1. Distribución por sexo.

Fig. 2. Distribución por edad.

Fig. 3. Presencia o ausencia de dolor en ATM.

hay disminución en un 58,33% los casos por debajo de 39 mm, siendo ligeramente mayor en el grupo de estudio A (30%), sobre el grupo control B (28,33%).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue valorar la influencia que ejercen la presencia de terceros molares incluidos sobre los pacientes con disfunción temporomandibular. En cuanto a la distribución por sexo, en el estudio se ha constatado un mayor número de pacientes del sexo femenino (71,66%) con Disfunción de la ATM, acordes con los resultados publicados en los estudios de Lipton et. al y Goulet y cols.^{4,5} También Bush⁶ y cols, encontraron una mayor prevalencia de trastornos articulares en las mujeres, con un intervalo de relación mujeres/hombres de entre 2-9/1. Muchos estudios revelan que los trastornos funcionales de la ATM son una patología frecuente en la población general,^{7,8} pero sólo un porcentaje muy

Fig. 4. Presencia de ruidos en ATM.

Fig. 5. Máxima apertura bucal.

pequeño llegan a demandar un tratamiento específico, de los cuáles según Locker y Slade⁹, la mayoría pertenecen al sexo femenino.

Analizando la distribución por edad, la media de nuestros pacientes fue, del grupo A, 39,13 y, del grupo B, 41,03 años, tomando en cuenta que en el grupo A, las edades oscilan entre 18 y 87 años y en el grupo B, oscilan entre 18 y 63 años, lo que se corresponde con otros estudios epidemiológicos, donde la mayor parte de los síntomas de la disfunción de la ATM se reflejaban entre los 20 a 40 años de edad.^{10,11}

Con respecto a la presencia o ausencia de dolor en la ATM, encontramos que del total de la muestra, (ambos grupos) el 81,66% presentaban dolor en ATM, y de estos, el grupo de estudio A (presencia de terceros molares), presentaba un 43,33% con respecto al grupo B con un 38,33%. Diversas publicaciones señalan la importancia de las interferencias oclusales y los trastornos generales músculo-esqueléticos en el origen del síndrome de disfunción temporomandibular.¹² Empíricamente se plantea que los terceros molares inferiores no erupcionados pueden provocar signos y síntomas de disfunción temporomandibular, entre ellos ruidos en la ATM, dolor en los músculos masticatorios y en la ATM, dificultad para la movilidad de la mandíbula y un movimiento irregular de ésta. Muchos de estos síntomas se mencionan como causa de extracción quirúrgica de los terceros molares inferiores.¹²

En nuestro estudio del total de los pacientes en ambos grupos encontramos un 81,66% con ruidos

(chasquidos), que en la gran mayoría eran clics durante los movimientos de apertura y cierre, encontrando un ligero aumento en los pacientes del grupo A, con respecto a los del grupo B. Aunque los ruidos articulares se consideran muy característicos y frecuentes en los síndromes de disfunción temporomandibular, coincidimos tanto con Ögütçen-Toller como Ericsson y cols.^{13,14} en que ante la ausencia de los mismos pero con presencia de otros síntomas evidentes, no se debería descartar una patología de la ATM. Asimismo, la presencia de los ruidos articulares son frecuentes en individuos sin otros síntomas, por lo cual, también estamos de acuerdo con Isberg-Holm^{15,16} en que su existencia no debe confundir al especialista en el diagnóstico.

Por último, al relacionar la máxima apertura bucal (MAB) de los pacientes de la muestra, encontramos que en ambos grupos hay disminución de la máxima apertura bucal, se registró una MAB $\leq$ de 39 mm en el 58,33% de los pacientes del estudio, siendo ligeramente mayor en el grupo A, con respecto al grupo B. La limitación en la apertura bucal es otra manifestación clínica frecuente en los pacientes con disfunción de la ATM. Para Tzakís y cols, Sinn y cols y Bakke y cols^{17,18,19}, dicha limitación puede ser de origen muscular por una contracción mantenida de los músculos elevadores, que dificulta la apertura, o de origen meniscal debido a un bloqueo del disco articular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Okeson, J. Tratamiento de Oclusion y afecciones temporomandibulares. España 2003; Quinta edición. Edit. Mosby; 671 pp.
2. Boever IA de, Adrians PA. Oclusal relationship in patients with pain dysfunction symptoms in the temporomandibular joints. *J Oral Rehabil* 1988; 15(1):39-43.
3. Mejerjö C, Carlsson GE. Long-term results of treatment for temporomandibular joint pain-dysfunction. *J Prosthet Dent* 1990;56(7):809-14.
4. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993;124:115-21.
5. Goulet JP, Lavigne GJ, Lund JP. Jaw pain prevalence among French-speaking Canadians in Quebec and related symptoms of temporomandibular disorders. *J Dent Res* 1995;74:1738-44.
6. Bush FM, Harkins SW, Harrington WG, Price DD. Analysis of gender effects on pain perception and symptom presentation in temporomandibular pain. *J Pain* 1993;53:73-80.
7. Ciancaglini R, Radaelli G. The relationship between headache and symptoms of temporomandibular disorder in the general population. *J Dent* 2001;29:93-8.
8. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993;124:115-21.
9. Locker D, Slade G. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Canadian population. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1988;16:310-3.
10. Van KM, Dworkin SF, Le RL, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988;32:173-83.
11. Dworkin SF, Huggins KH, LeResche L, Van KM, et. al. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *J Am Dent Assoc* 1990;120: 273-81.
12. Díaz F, J. M, Velazquez B, R. Reyes, A. Efecto del tratamiento quirúrgico de los terceros molares inferiores sobre el síndrome de disfunción temporomandibular. *Rev Cubana Estomatol.* [online]. Mayo-ago. 1996;33(2) [citado 03 Julio 2006]:76-80. Disponible en la World Wide Web: [Http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071996000200005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071996000200005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-7507.

13. Ögütçen-Toller M. Sound analysis of temporomandibular joint internal derangements with phonographic recordings. *J Prosth Dent* 2003; 89:311-8.
14. Eriksson L, Rohlin M, Westesson PL. The correlation of temporomandibular joint sounds with joint morphology in fifty-five autopsy specimens. *J Oral Maxillofac Surg* 1985; 43:194-200.
15. Isberg-Holm AM, Westesson P. Movement of disc and condyle in temporomandibular joint with and without clicking. A high-speed cinematographic and dissection study on autopsy specimens. *Acta Odontol Scand* 1982; 40:167-79.
16. Isberg-Holm AM, Westesson P. Movement of disc and condyle in temporomandibular joints with clicking. An arthrographic and cineradiographic study on autopsy specimens. *Acta Odontol Scand* 1982;40:153-66.
17. Tzakis MG, Dahlstrom L, Haraldson T. Evaluation of masticatory function before and after treatment in patients with craniomandibular disorders. *J Craniomandibular Disord Pacial Oral Pain* 1992;6:267-72.
18. Sinn DT, de Assis EA, Throckmorton GS. Mandibular excursions and maximum bite forces in patients with temporomandibular joint disorders. *J Oral Maxillofac Surg* 1996;54:671-9.
19. Bakke M, Moller E. Distortion of maximal elevator activity by unilateral premature tooth contact. *Scand J Dent Res* 1980;88:67-75.

CORRESPONDENCIA

J M. Martínez-González
Correo electrónico: jmargo@odon.ucm.es