

CARTAS AL DIRECTOR

Rehabilitación integral en pacientes con disfunción de la articulación temporomandibular

Sr. Director:

En primer lugar me gustaría felicitar al Dr. Zamora et al¹ por su artículo referente al tratamiento rehabilitador en pacientes con disfunción de la articulación temporomandibular (ATM). Sin embargo, me gustaría plantear algunas preguntas, las cuales están relacionadas con ciertas deficiencias metodológicas que, en mi opinión, han repercutido en todo el estudio:

1. ¿Qué tipo de pacientes fueron incluidos en el estudio: pacientes con disfunción de la musculatura masticatoria?, ¿pacientes con disfunción articular intrínseca de la ATM? o ¿pacientes mixtos con ambos tipos de disfunción?

2. ¿Cómo es posible que pacientes diagnosticados de disfunción de la ATM, que cursan con chasquido y bloqueo articular, dolor inflamatorio, presenten una apertura bucal normal, con una media de 45°, teniendo en cuenta que la limitación de la apertura bucal es un criterio indispensable para considerar que un paciente cursa con una disfunción de la ATM²?

3. ¿Se puede considerar clínicamente relevante una mejora en la apertura mandibular de 3 mm tras 29 sesiones de media de tratamiento, teniendo en cuenta que Kropman afirma que para considerar un tratamiento como clínicamente relevante, el paciente debe obtener una mejora de 9 mm en la apertura mandibular³, valores muy lejanos de los obtenidos en el presente estudio? Además, en un estudio reciente se ha demostrado que pacientes diagnosticados de disfunción de la musculatura masticatoria obtienen una mejora de 3 mm en la apertura mandibular tras una única sesión de tratamiento mediante el estiramiento de la musculatura isquiotibial⁴.

El déficit metodológico por el cual surgen todas estas cuestiones radica en los criterios de inclusión de los pacientes del estudio. La American Academy of Orofacial Pain² engloba dentro de los “trastornos craneomandibulares” dos entidades patológicas: problemas articulares intrínsecos de la ATM y problemas de la musculatura masticatoria, los cuales a su vez deben ser clasificados según la etiología de dicha afectación (articular y/o muscular): problema oclusal, hábitos parafuncionales, malformaciones óseas, etc. De esta clasificación se deriva el principal fallo metodológico del estudio: la inclusión de pacientes que sufren de enfer-

medad articular intrínseca de la ATM, los cuales cursan con chasquidos y bloqueos articulares, subluxación del disco, limitación de la apertura bucal, dolor de tipo inflamatorio, etc., y la inclusión de pacientes con disfunción de la musculatura masticatoria, los cuales cursan con dolor orofacial, cefalea tensional, *limitación o no* de la apertura mandibular, etc. Leyendo el artículo no queda claro, al menos para un lector como yo, qué disfunciones padecían los pacientes. Se da a entender que se incluyeron en el estudio pacientes con *algún tipo* de disfunción en la esfera estomatognática (musculatura masticatoria, ATM, mecanismo oclusal, articulación dentoalveolar, etc.). Sin embargo, un investigador debe ser más exhaustivo a la hora de definir los criterios de inclusión de un ensayo clínico, de forma que hubiese sido recomendable diferenciar a los pacientes con disfunción intrínseca articular, de aquellos con disfunción muscular, ya que la evolución e incluso el tratamiento de ambos tipos de pacientes tienen algunos aspectos diferentes. Probablemente los datos del estudio hubiesen sido más concluyentes y coherentes si se hubiese llevado a cabo esta distinción.

Ante todo, me gustaría agradecer el tiempo que les he ocupado con la presente carta, y esperando la contestación a mis dudas, atentamente les saluda.

César Fernández de las Peñas

Fisioterapeuta. Profesor Titular Interino de la Unidad Docente e Investigadora de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina física y Rehabilitación. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Zamora R, Ruiz MA, De León F, Martínez C, Gómez P, et al. Rehabilitación integral en pacientes con disfunción de la articulación temporomandibular. Resultados preliminares. Rehab (Madr) 2004;38:18-22.
- 2 Neill MC. The American Academy of Orofacial Pain. Temporomandibular disorders. Guidelines for classification, assessment, and management. Quintessence (Chicago) 1993;27-38;39-60.
- 3 Kropmans TJ, Dijkstra PU, Stegenga B, Stewart R, De Bont LG. Smallest detectable difference in outcome variables related to painful restriction of the temporomandibular joint. J Dent Res 1999;78:784-9.
- 4 Fernández de las Peñas C, Fernández Carnero J, Miangolarra Page JC, Casares García G. Relación entre la musculatura masticatoria y la isquiotibial en pacientes con una disfunción craneomandibular. Estudio controlado aleatorizado. Quintessence 2004;17:169-75.