



CARRERA DE ESPECIALISTA EN PROSTODONCIA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

DESARMONÍAS OCLUSALES

Y DOLOR DE CABEZA

DOLOR DE CABEZA TENSIONAL

¿MANEJO MÉDICO U ODONTOLÓGICO?

Od. Marisa Darcy Tarcuini

Año 2008

DESARMONÍAS OCLUSALES Y DOLOR DE CABEZA

DOLOR DE CABEZA TENSIONAL

¿MANEJO MÉDICO U ODONTOLÓGICO?

INTRODUCCIÓN: El dolor de cabeza de etiología multifactorial, afecta la calidad de vida de un gran número de individuos. Entre los factores causales más conocidos se encuentran los provocados por problemas cervicales y por trastornos circulatorios los que, en su mayoría responden satisfactoriamente a la terapia médica convencional. Sin embargo existe un grupo de pacientes en los que este tipo de tratamiento no es exitoso, no se le encuentra una etiología sistémica específica y algunos investigadores lo denominan dolor de cabeza tensional¹. Entre sus posibles causas se mencionan las desarmonías oclusales. Estas podrían ser mejoradas mediante la terapia de ajuste oclusal y la utilización de placas oclusales (*occlusal splint*). En el caso clínico que se presenta a continuación se tiene como objetivo verificar lo dicho, mediante el uso de las mencionadas placas².

Se describe a continuación el reporte de un caso de un paciente de sexo masculino de cuarenta y tres años con antecedentes de dolores de cabeza desde los veinte años, que afectaban considerablemente su calidad de vida. Como antecedente odontológico refiere haber recibido tratamiento ortodóncico para la corrección de una clase III de Angle. La sintomatología dolorosa fue tratada con terapia médica convencional y no respondió. Se descartaron mediante estudios tomográficos, radiográficos

y clínicos, problemas cervicales y trastornos circulatorios. Ante estos datos se sospecha que este paciente podría tener como diagnóstico el denominado dolor de cabeza tensional y se intentó resolverlo con terapia de ajuste oclusal y la confección de una placa oclusal. La misma resultó ser satisfactoria ya que aproximadamente a los tres meses del uso diario de la aparatología desapareció en un 80% la sintomatología dolorosa.

OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre el tema que permita fundamentar el tratamiento del paciente que se presenta a continuación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Resumen de historia clínica médica:

Paciente de cuarenta y tres años de edad, sexo masculino que concurre a la Clínica de Prótesis de la Carrera de Especialista en Prostodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo en el año 2006, mencionando importantes dolores de cabeza, tratados y no resueltos por la clínica médica, con la esperanza de encontrar algún tipo de alivio a su problema, sin antecedentes de patologías sistémicas relacionadas con los mismos.

En su historia médica se puede observar que el tratamiento que este paciente refiere haber recibido durante los últimos diez años aproximadamente, por parte de los especialistas en clínica médica y gastroenterología, ha consistido en el empleo sin éxito de diferentes fármacos.

Refiere que el dolor de cabeza era a ambos lados, en la zona del cuello y en la frente, con molestias a los ruidos y a la luz cuando éste dolor se desencadenaba y a veces se acompañaba con estados nauseosos.

El paciente menciona que su madre sufre también de frecuentes dolores de cabeza.

La historia médica farmacológica empleada fue la siguiente:

- a. Ácido acetilsalicílico
- b. Ibuprofeno

- c. Naproxeno.
- d. Diprotona+ergotamina+cafeína+clorfeniramina+metoclopramida.
- e. Diprotona+ergotamina+cafeína+clorfeniramina+domperidona.
- f. Propanolol
- g. Diazepam.
- h. Ácido valproico

A través del primer cuestionario que se le realizó (Fig. 1) se pudo constatar que no existe ningún factor sistémico relacionado con la causa que motivó su consulta. El paciente poseía exámenes complementarios realizados anteriormente (tomografías computadas, análisis clínicos, y radiográficos) con lo que se descartaron lesiones cervicales y trastornos circulatorios.

En el segundo cuestionario realizado (Fig. 2) se corroboró el motivo de consulta y se detectaron comportamientos compatibles con situaciones de estrés y bruxismo.

Cuestionario confidencial para ser completado por el paciente

Sr./Sra.: Gustavo Guenther HC Nº: _____ Fecha: 16/09/05
Fecha Nacimiento: 17/01/1965
Ocupación: Comerciante

ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de la consulta: muerte dolosa de cabeza
Desde cuando percibe el problema: desde la adolescencia
Síntomas iniciales: indolente muscular

HISTORIA MÉDICA

Marque con un círculo lo que corresponda: **(S)** o **(N)**

¿Está bajo tratamiento médico? S N
¿Toma algún medicamento? S N
¿Tuvo alguna enfermedad grave? S N
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? S N
¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? S N
¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?
Reumatismo S N Hepatitis A-B-C S N
Atritis S N Epilepsia S N
Asma S N Cardíacas S N
Brucelosis S N Diabetes S N
Tuberculosis S N Renales S N
Anemia S N Gota S N
Vendreas (Ej. Sífilis) S N Chagas S N
¿Ha experimentado reacciones alérgicas a?
Antibióticos S N Anestésicos S N
Yodo S N Drogas S N
¿Presenta alteraciones de glándula tiroides? S N
¿Presenta alteraciones de la presión arterial?
Hipertensión S N Hipotensión S N
¿Presenta enfermedades infecciosas a repetición? S N
¿Presenta con frecuencia dolores de garganta? S N
¿Es propenso a hemorragias? S N
¿Ha sufrido traumatismos en cabeza, cara o mandíbula? S N
¿Está embarazada? S N ¿Está en período menopáusico? S N
¿Toma con frecuencia las siguientes drogas?
Antibióticos S N Corticoides S N
Anticoagulantes S N Dilantina S N
Anticonceptivos S N Diuréticos S N
Antiinflamatorios S N Hormonas S N
Anorexígenos S N Sedantes S N
Aspirina S N Antiaritmicos S N
¿Es operado de corazón? S N ¿Tiene prótesis cardíacas? S N
¿Sufrir enfermedades nerviosas? S N
¿Ha estado o está actualmente bajo tratamiento psicológico? S N
¿Sufrir de insomnio? S N
¿Tiene dieta especial? S N ¿Bebe alcohol? caso normal
¿Es fumador? S N Cantidad _____
¿Desde qué edad fuma? caso normal S N
¿Es operado de nariz? S N ¿Es operado de garganta? S N
¿Respira por la boca? S N ¿Recibió reeducación respiratoria? S N
¿Ha recibido radiaciones en cabeza o cuello por tratamientos de tumores? S N
¿Advierte cambios en cantidad de saliva segregada? S N

Los datos consignados tienen carácter de declaración jurada

Firma del Paciente

Fig. 1 HISTORIA MÉDICA

Interrogatorio realizado por el profesional

Por favor conteste si o no a las siguientes preguntas

¿Ha tenido tratamiento de Ortodoncia? SI NO
¿Ha tenido enfermedad periodontal? SI NO
¿Ha tenido tratamiento por una "malia mordida"? SI NO
¿Tiene coronas o puentes en su dentadura? SI NO
¿Usa prótesis parcial removible? SI NO
¿Le falta algún molar que no haya reemplazado protésicamente? SI NO
¿Ha sido tratado por problemas en sus músculos masticatorios o problemas de la articulación temporomandibular? SI NO
¿Despierta con sensibilidad en sus dientes y/o maxilares? SI NO
¿Aprieta los dientes durante el día? SI NO
¿Le han dicho alguna vez que rechina los dientes al dormir? SI NO
¿Siente que sus dientes le lastiman al morder? SI NO
¿Tiene algún dolor o malestar alrededor de los ojos, oídos u otra parte de la cara? SI NO
¿Sufrir de dolores de cabeza? SI NO
¿Sufrir de migraña? SI NO
¿Sufrir frecuentemente de dolores en el cuello o rigidez de los músculos del mismo? SI NO
¿Suele tener sensación de cansancio en los músculos que mueven su mandíbula? SI NO
¿Tiene dificultad para abrir completamente la boca? SI NO
¿Tiene dificultad para tragar? SI NO
¿Ha tenido artritis alguna vez? SI NO
¿Ha tenido gota alguna vez? SI NO
¿Ha recibido algún golpe fuerte en un costado de la cara o mandíbula? SI NO
¿Ha tenido dolor alguna vez en la articulación temporomandibular? SI NO
¿Ha tenido problemas en sus oídos, tales como cambio en la audición o como un zumbido? SI NO
¿Ha oído como un chirrido que viene de las articulaciones temporomandibulares? SI NO
¿Ha oído como un "click" o percibido como un salto en sus articulaciones temporomandibulares? SI NO
¿Tiene actualmente algún dolor relacionado con la articulación o músculos? SI NO
¿Ha recibido algún golpe fuerte en un costado de la cara o mandíbula? SI NO
¿Siente alguna vez como que este dolor o molestia ha disminuido o se le ha quitado completamente? SI NO
¿Cree que su problema de la articulación temporomandibular es serio? SI NO
¿Cree que necesita tratamiento por este problema? SI NO
¿Se come las uñas o se muerde la lengua o labios? SI NO
¿Tiene niños chicos a su cargo? SI NO
¿Considera que su trabajo le produce stress? SI NO
¿Hay situaciones cotidianas que le producen stress? SI NO

Los datos consignados tienen carácter de declaración jurada

Firma del Paciente

Fig. 2 CUESTIONARIO

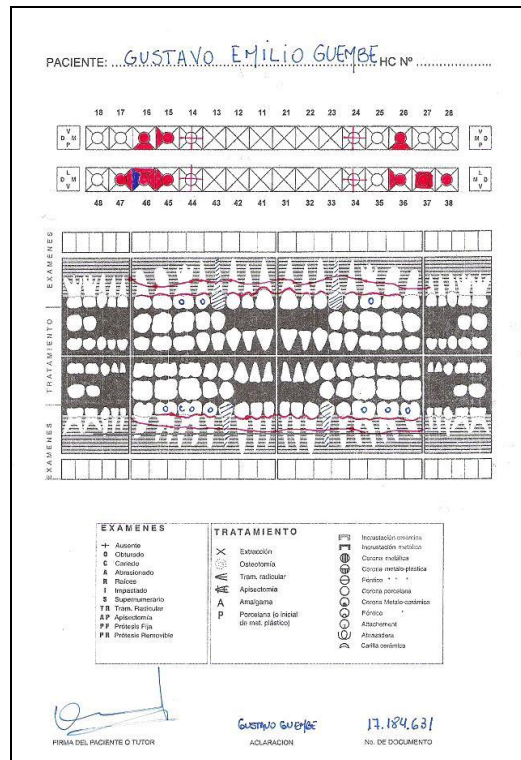


FIG. 3 ODONTOGRAMA

PRESENTACIÓN DEL CASO:



Fotos 1, 2, 3, 4 y 5: muestran el frente y el perfil del paciente (cóncavo), el estado de los tejidos y gingivodentarios en oclusión sector derecho central e izquierdo respectivamente



Foto 6 y 7: vista oclusal del maxilar inferior y maxilar superior.

Examen Dental y Determinación del Riesgo Cariogénico

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
V	M														
D	M														

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
V	M														
D	M														

Registro de Hidratos de Carbono %15,78

- ¿Qué desayuna? ... mate cocido sin azúcar
- Azúcar ... *no*
- ¿Qué come o toma entre el desayuno y el almuerzo? ... *saca, sacaca light*
- Azúcar ... *no*
- ¿Qué almuerza? ... *carne, carnes, patas (1 vez a semana)*
- Azúcar ... *no*
- ¿Qué come o toma entre el almuerzo y la merienda? ... *no*
- Azúcar ... *no*
- ¿Qué merienda? ... *pecaes, helos, café con azúcar*
- Azúcar ... *si*
- ¿Qué come o toma entre la merienda y la cena? ... *no*
- Azúcar ... *no*
- ¿Qué cena? ... *verduras, jamón, queso, carnes*
- Azúcar ... *no*
- ¿Come o toma algo después de la cena? ... *no*
- Azúcar ... *no*
- Si se despierta de noche, ¿toma o come algo? ... *no a veces agua*
- Azúcar ... *no*
- ¿Hay días especiales en la semana con diferente menú? ... *no*
- Azúcar ... *no*

Para ser completado por el profesional

Momentos de azúcar diarios totales: *2* Momentos de azúcar entre comidas: *no*
Momentos de almidón: *3* Momentos de bebidas erosivas: *102*

¿Ha recibido tratamientos preventivos de caries? ¿Cuáles?
no

Determinación del riesgo cariogénico: *15,78% = índice < 20% = bajo riesgo*

Figura 4. Resumen de la historia de la dieta del paciente, para evaluar riesgo cariogénico



Índice gingival de Loe y Silness

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
V	0	1	0	-	0	0	0	0	0	0	-	1	1	1	-
M	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	-	0	1	1	-
P	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	-	1	0	1	-
D	1	1	0	-	0	0	0	0	0	0	-	1	1	1	-
Índice Grupo 1: $\frac{3}{12} = 0,25$			Índice Grupo 2: $\frac{0}{8} = 0$						Índice Grupo 3: $\frac{10}{12} = 0,83$						
boca =															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
V	0	0	0	-	1	1	1	1	1	1	-	0	0	1	1
M	1	1	0	-	1	1	1	1	1	1	-	0	1	0	1
P	0	0	1	-	2	2	2	2	2	2	-	0	1	1	1
D	0	1	1	-	1	1	1	1	1	1	-	1	0	1	1
Índice Grupo 4: $\frac{5}{12} = 0,41$				Índice Grupo 5: $\frac{20}{24} = 1,25$						Índice Grupo 6: $\frac{10}{16} = 0,62$					

Diagnóstico clínico: *Grupo 1, 2, 3, 6 y 4 < a 1 compatible con salud gingival*
Justificación: *Grupo 5, 7 a 1 gingivitis*

Figura 5: Índice gingival de Loe y Silness para cuantificar estado de salud gingival

Análisis clínico y de modelos

	<p>18- Ausente</p> <p>17- Signos de faceta de desgaste en la cúspide mesio-palatina.</p> <p>16- Signos de faceta de desgaste en la cúspide mesio-vestibular. Obturación de amalgama ocluso-palatina.</p> <p>15- Obturación de amalgama ocluso-distal</p> <p>14- Extraído por razones ortodóncicas. Diastema entre 13 y 15.</p>
	<p>12- Elemento vital, recesión gingival en zona vestibular de 1mm.</p> <p>11- Elemento vital, no presenta signos y síntomas importantes, pequeña recesión gingival de 2 mm. Más acentuado en ángulo distovestibular.</p> <p>21- Elemento vital, no presenta signos y síntomas importantes, recesión gingival de 1mm. en zona vestibular.</p> <p>22- Elemento vital, no presenta signos y síntomas importantes, sin pérdida ósea</p>

	<p>23- Elemento vital, presenta abrasión dentaria correspondiente a faceta de desgaste en el borde incisal.</p> <p>24- Extraído por razones ortodóncicas. Diastema entre 23 y 25.</p> <p>25- Elemento vital.</p> <p>26- Obturación con amalgama ocluso-palatina, presenta signos de faceta de desgaste en la cúspide mesio-palatina. Sin sintomatología aparente.</p> <p>27- Elemento vital, obturación amalgama oclusal.</p> <p>28- Ausente.</p>
	<p>38- Presenta signos de faceta de desgaste en la cúspide mesio-vestibular, mesio-lingual y disto-lingual. Sin sintomatología aparente.</p> <p>37- Elemento vital con gran destrucción dentaria, pérdida de la cara oclusal, obturación con ionómero, se encuentra fuera del plano de oclusión.</p> <p>36-Elemento vital con imagen radiolúcida compatible con amalgama ocluso-mesial,</p> <p>35- Elemento vital, sin alteraciones patológicas</p> <p>34- Elemento extraído por razones ortodóncicas</p>
	<p>32-elemento vital, falta pequeña de estructura dentaria correspondiente a fractura en la parte media del elemento dentario. Ligero edema y eritema lineal en margen gingival.</p> <p>31- Elemento vital, no presenta signos y síntomas importantes. Ligero edema y</p>

	<p>eritema lineal en margen gingival. Cálculo en zona lingual</p> <p>41- Elemento vital, no presenta signos y síntomas importantes, ligera giroversión. Ligero edema y eritema lineal en margen gingival y papila interdentaria.</p> <p>42- Elemento vital, no presenta signos y síntomas importantes, ligera giroversión. Ligero edema y eritema lineal en margen gingival.</p>
	<p>43-Elemento vital, presenta pequeña abrasión dentaria correspondiente a faceta de desgaste en el borde incisal.</p> <p>44. Extraído por razones ortodóncicas</p> <p>45- Elemento vital con obturación de amalgama ocluso-distal, presenta signos de faceta de desgaste en la cúspide vestibular.</p> <p>46- Elemento vital obturación ocluso-mesial con amalgama, presenta signos de faceta de desgaste en la cúspide disto-vestibular y en disto-lingual.</p> <p>47- Elemento vital con obturación oclusal compatible con resina, presenta signos de faceta de desgaste en la cúspide disto-vestibular y en disto-lingual.</p> <p>48- Elemento ausente por no erupción.</p>

Según se observa en la foto 3, 4 y 5 el paciente pertenece a la Clase I de Angle, no tiene guías caninas, buen alineamiento dentario de ambas arcadas, línea media desviada hacia la derecha, presenta diastemas entre los elementos 13 -15 y 23 -25, debido a extracción de los elementos 14 y 24 por razones ortodóncicas. Las curvas de Spee y de Wilson se encuentran conservadas.

Análisis de tejidos blandos, caracteres estéticos, fonéticos y condición psíquica

En las características estéticas el perfil es ligeramente cóncavo debido a

OTROS EXÁMENES	TEJIDOS BLANDOS
HCN: 1	Labios y comisuras: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado
Modelos de Estudio	Vestíbulo: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
Articulador Nº	Paladar: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
Ángulo de TCond.	Lengua: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
Ángulo de Bonnet	Piso de la boca: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
Observaciones:	Observaciones:
CARACTERES ESTÉTICOS	BRECHAS
Perfil: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cónc. <input checked="" type="checkbox"/> Conv.	- Extremo Libre: 1) 2)
Relación dento-facial: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Por corregir	- Entre elementos: 1) 2)
Relación dento-labial: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Por corregir	3) 4) 5)
Dientes que expone: <input checked="" type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior	REBORDES ALVEOLARES
Forma dientes: <input checked="" type="checkbox"/> Triángulo <input type="checkbox"/> Cuadrado <input type="checkbox"/> Redondeado	<input checked="" type="checkbox"/> normales <input type="checkbox"/> alterados
Color: Inc. Sup. A2, Can. Sup. A2, Post. A, S, G, 4, 1, 2, 3	Alteración rebordes: A-B-C
FONÉTICA : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Por corregir	Brecha: 1) 2) 3)
CONDICIÓN PSÍQUICA	4) 5)
Tenso: <input checked="" type="checkbox"/> Emotivo: <input type="checkbox"/>	MUCOSA
Alterable: <input type="checkbox"/> Equilibrado: <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> firme <input type="checkbox"/> depresible <input type="checkbox"/> móvil
Colaborador: <input type="checkbox"/> Indiferente: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> firme <input type="checkbox"/> depresible <input type="checkbox"/> móvil
Observaciones:	<input checked="" type="checkbox"/> insertada suficiente: <input type="checkbox"/> insuficiente
	<input type="checkbox"/> insertada suficiente: <input type="checkbox"/> insuficiente
	<input type="checkbox"/> insertada suficiente: <input type="checkbox"/> insuficiente
	Observaciones:

que el paciente presentaba clase III de Angle antes del tratamiento ortodóncico, la relación dento-facial y dento-labial es normal.

Se puede observar que los dientes que expone son los superiores y su forma son triangulares. Su fonética es normal.

Presenta una condición psíquica tensa.

Con respecto a los tejidos blandos los labios y comisuras están alterados observándose lesiones estomatológicas como fisuras y descamación, probablemente relacionadas a Psoriasis que tiene el paciente. El vestíbulo, paladar, lengua y piso de la boca se encuentran normales.

La mucosa es firme y presenta suficiente encía insertada.

Fig.6: Análisis de tej. blandos



O C L U S I O N

Relación de tamaño intermaxilar: normal sup. mayor inf. mayor

Forma de las arcadas dentarias: redonda ^{superior} triangular cuadrada

Línea media: normal sup. desviada:mm a izq. - der.

Apertura bucal: entre bordes incisales: 42 mm Rebordes alveolares:mm

Distancia del borde incisal al ángulo interno del ojo: 41 mm

Trayectoria de la mandíbula: al abrir [?] al cerrar [?]

Espacio de reposo interdentario: 2 mm

Relación incisal en sobre mordida: 0,5 mm vertical 0,1 mm horizontal

Clasificación de Angle: Clase 0 - II - III

Curva de Spee: normal cóncava convexa alterada

Plano oclusal: normal alterado

desoclusión canina desoclusión can - inc. alterada

desoclusión en grupo

Arcos de cierre: 1 - 2

PRIMER CONTACTO EN CÉNTRICA: 38 años DL

DEFLEXION: [?] { Protrusiva

INTERFERENCIAS: { Lat. Derecha

{ Lat. Izquierda

Facetas de desgaste (pieza y superficie) (A-B-C)

Abrasión: fisiológica patológica

Bruxismo: leve severo crónico

Apretamiento: en el día en el sueño bajo tensión

Observaciones: no dolores al despertar

Fig. 7 Análisis de la oclusión.

Con respecto al tamaño intermaxilar es normal. La forma de las arcadas es triangular. La línea media está desviada



2mm. hacia la derecha y la trayectoria de la mandíbula está alterada



ya que en la apertura vemos que la línea media coincide y en el

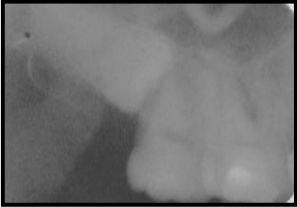


cierre vuelve a alterarse.





La apertura bucal es de 42 mm. El plano de oclusión se encuentra ligeramente alterado, presentaba prematuridades debido a no haber logrado una correcta oclusión al finalizar el tratamiento ortodóncico y se pudo pensar que uno de los puntos gatillo de las cefaleas tendría su origen en este hallazgo clínico.

Según relató el paciente apretaba los dientes durante el día desde hace un tiempo y los rechinaba en la noche, sin percibir dolores al despertar. Esto sumado a las facetas halladas nos permiten presuponer un bruxismo crónico.





En el análisis radiográfico de los elementos dentarios remanentes se observó lo siguiente




MAXILAR SUPERIOR

	<p>18- Elemento dentario retenido en posición mesial y horizontal, sin sintomatología.</p>
	<p>17- Elemento vital. 16- Elemento vital, imagen radiolúcida oclusal compatible con obturación de amalgama</p>
	<p>15- Elemento vital con obturación radiolúcida ocluso-distal compatible con amalgama. 14- Elemento extraído por razones ortodóncicas 13- Elemento vital. Trabeculado óseo normal. Espacio correspondiente a ligamento periodontal sin particularidades.</p>

	<p>12- Elemento vital. Trabeculado óseo normal.</p> <p>11- Elemento vital. Trabeculado óseo normal</p> <p>21- Elemento vital. Trabeculado óseo normal</p> <p>22- Elemento vital. Trabeculado óseo normal</p>
	<p>23- Elemento vital. Espacio interdentario sobredimensionado entre 23-25 correspondiente a extracción del elemento 24 por razones ortodóncicas</p>
	<p>24- Elemento ausente por ortodoncia. Espacio interdentario reducido</p> <p>25- Elemento vital.</p>
	<p>26- Elemento vital con imagen radiolúcida compatible con amalgama oclusal</p> <p>27- Elemento vital, con imagen radiolúcida compatible obturación de amalgama en cara oclusal.</p> <p>28- Elemento dentario retenido.</p>

MAXILAR INFERIOR

	<p>38- Elemento vital imagen radiolúcida compatible con amalgama oclusal amplia,</p> <p>37- Elemento vital con gran destrucción dentaria, pérdida de la cara oclusal, mayor radiolucidez en zona oclusal compatible con restauración provisional.</p>
	<p>36-Elemento vital con imagen radiolúcida compatible con amalgama ocluso-mesial,</p> <p>35- Elemento vital. Ligera inclinación del eje dentario hacia mesial</p> <p>34- Elemento extraído por razones ortodóncicas.</p>
	<p>33- Elemento vital.</p>
	<p>32- Elemento vital, presenta falta pequeña de estructura dentaria correspondiente a fractura en la parte media del elemento dentario.</p> <p>31- Elemento vital.</p> <p>41- Elemento vital, ligera giroversión.</p> <p>42- Elemento vital, ligera giroversión.</p>

	<p>43- Elemento vital.</p> <p>44- Elemento ausente por ortodoncia.</p>
	<p>45- Elemento vital con imagen radiolúcida compatible con obturación de amalgama ocluso-distal, con deficiente adaptación marginal.</p> <p>46- Elemento vital con imagen radiolúcida compatible con amalgama ocluso-mesial con deficiente adaptación marginal a nivel cervical e imagen radiopaca en distal compatible con lesión cariosa.</p>
	<p>47- Elemento vital con imagen radiolúcida compatible con resina.</p> <p>48- Elemento con retención mesio-angular.</p>

Radiografía panorámica



En el análisis de la Rx panorámica se puede observar la retención de los terceros molares 18, 28 y 48. El trabeculado óseo con características de normalidad. Con respecto a la zona de ambas ATM no se visualizan anomalías.

Módulo: Examen Intraoral: Análisis Estomatológico (Tomado de UCLA Dental Center)

PACIENTE: GUSTAVO EMILIO GUEJAE HC Nº: 1

EXAMEN INTRAORAL

Tejidos Blandos:

Mujila	<u>NORMAL</u>	Lengua	<u>NORMAL</u>
Labios	<u>ALTERADO</u>	Paladar	<u>NORMAL</u>
Encías	<u>LIGERO EDEMA (BUNA ANTERIOR)</u>	Piso de la boca	<u>NORMAL</u>
Ganglios	<u>NO PRESENTA</u>		

Observaciones:

.....

.....

.....

Fig. 7: Examen intraoral de tejidos blandos

Se pudo observar que en el análisis de los tejidos blandos se encontraron características normales en mejilla, lengua, paladar, piso de la boca y ganglios.

En los labios se pudo observar que le paciente presenta fisuras y descamaciones posiblemente relacionadas con la Psoriasis que padece.

En las encías se encontró un ligero eritema en la zona anteroinferior por

vestibular y lingual propio de la gingivitis que presenta.

ANÁLISIS FUNCIONAL

PACIENTE: GUSTAVO GUERRA HCN: 1

CEFALALGIAS										MUSCULOS				
ZONA	LADO		INTENSIDAD		HISTORIA									
Frontal	X		Moderada	Severa	Ocasional	Crónica	Reciente	Jaqueca						
Temporal	X	X	X	X		X								
Occipital	X	X		X		X								
Orbital														
Observaciones														
ARTICULACION TEMPORO - MANDIBULAR														
HAY	AL										HISTORIA			
	Izq.	Der.	Bostezar	Comer	Palpar	Espontáneamente	Reciente	Ocasional	Crónico	Inadvertido				
Dolor														X
Crepitación														X
Chasquido														X
Observaciones														
SISTEMA NEURO - MUSCULAR														
Los Músculos	HAY					AL					HISTORIA			
	Izq.	Der.	Dolor	Espasmo	Desviación	Mover	Bostezar	Comer	Palpar	Espontan.	Estetoscopo	Reciente	Ocasional	Inadvertido
Masetero	X	X	X											
Temporal	X	X	X											
Pterigoideo ext	X	X	X						X					
Pterigoideo int														
Digástrico														
Est. cleido.mast.	X	X	X											
Área hioides														
Área occipital	X	X	X								X			
Área nuca														

Esquema tomado de UCLA Dental Center

Ficha tomada de Grupo Alfa de Oclusión - Perú

Fig.

8: Análisis funcional

En este análisis es en donde se pudo observar datos con cierta relevancia, ya que el paciente concurre a la consulta por sus fuertes dolores de cabeza (cefalalgias). En este análisis los datos que tomaron importancia fue la localización de las cefalalgias ya que el paciente refirió las zonas de dolor como muestra el análisis en la figura 8.

Cuando se evaluaron ambas articulaciones no se pudieron observar alteraciones de las mismas, ni dolor.

Al realizar el examen extrabucal del sistema neuromuscular se pudo establecer contracción de músculos masticadores sobre todo en el masetero, a consecuencia cansancio de los mismos, en los pterigoideos externos se apreció un cierto malestar a la palpación, rigidez y dolor de los músculos del cuello, también rigidez en la zona occipital espontánea.

ANÁLISIS DE LOS MODELOS

Se pueden distinguir facetas de desgaste o bruxofacetas (el paciente relató que rechinaba los dientes de noche). En boca, estas zonas se visualizan como superficies lisas y brillantes.

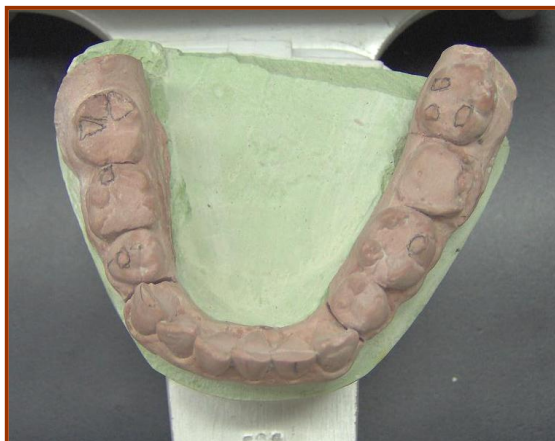
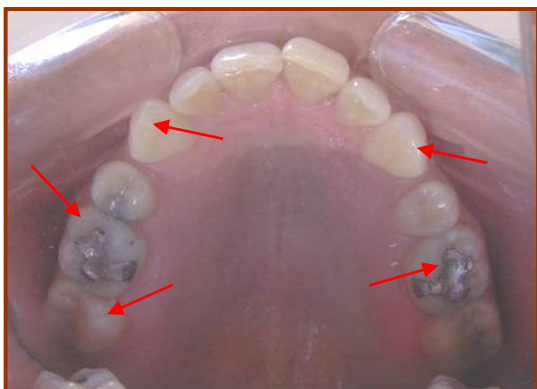
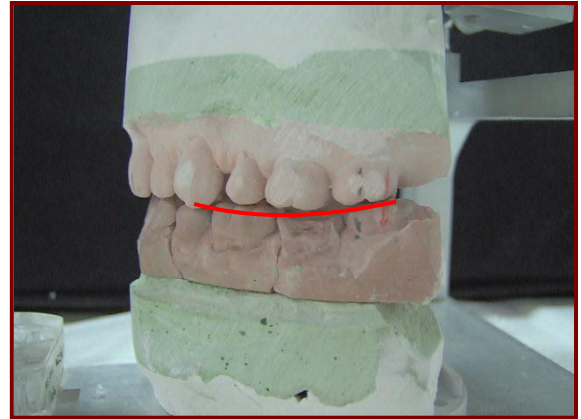


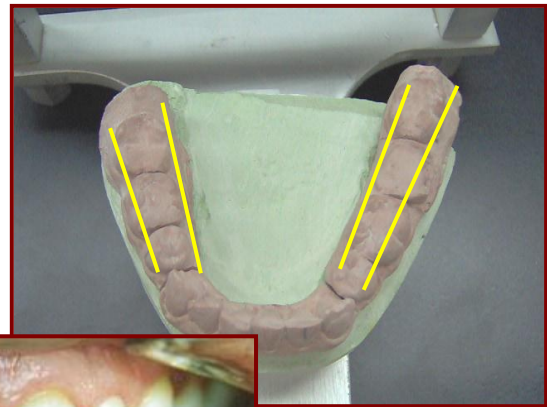
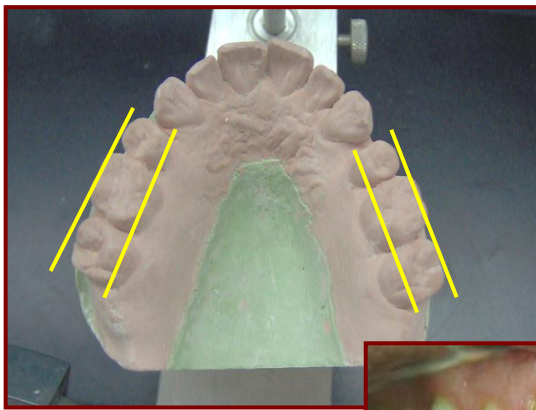
Foto 8 y 9: Modelo sup. e inf. En donde se muestran marcadas con negro las bruxofacetas



Fotos 10 y 11: Las flechas muestran las facetas de desgaste en donde se pueden ver lisas y brillantes



Fotos 12 y 13: curva de Spee mas conservada en el sector derecho.



Fotos 14,15,16: Curva de Wilson en maxilar superior e inferior medianamente conservadas



Foto 17: El plano oclusal medianamente conservado y en el sector izquierdo presentaba a nivel del segundo molar inferior (37) una caries oclusal lo que provoca una ligera extrusión del primer molar superior.



Foto 18 y 19: lateralidad derecha

En el análisis en lateralidad derecha que se puede ver en la foto 18 y 19 se encuentra conservada, colocamos suplementos de acrílico para que la desoclusión fuera más óptima y precisa en la programación del Articulador Semiadaptable (Gnatus^R)

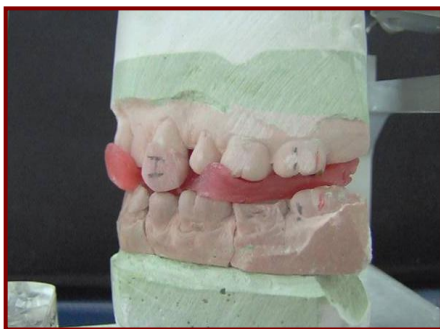


Foto 19 y 20: lateralidad izquierda

En la lateralidad izquierda podemos observar que no hay guía canina y se coloca también la guía acrílica para poder lograr desoclusión y programar el articulador.

En el movimiento de protrusión no se observaron interferencias.



Fotos 21,22, 23,24 se observa el encerado de diagnóstico.

DIAGNÓSTICO:

Luego de la recolección de los datos mencionados, se arribó al siguiente diagnóstico:

Clínico general: Cefalea tensional. Porque en la anamnesis el paciente refirió características clínicas compatible a este tipo de cefaleas. Si bien algunos síntomas podrían hacer presuponer que son compatibles con migraña, se realizó un diagnóstico diferencial con otros tipos de cefaleas que se verá reflejado en la discusión.

Dentario: caries

Oclusal : Bruxismo

Gingivoperiodontal: gingivitis simple.

OBJETIVOS

1. Realizar diagnóstico etiológico diferencial del dolor de cabeza.
2. Darle solución al problema de cefalea del paciente mediante terapia de ajuste oclusal.
3. Realizar seguimiento a largo plazo para comprobar la efectividad del tratamiento.

PLAN DE TRATAMIENTO:

Luego del examen clínico, radiográfico del paciente, junto con la anamnesis, estudio de modelos, oclusión, ficha de cefalalgias, examen neuromuscular y exploración de ambas ATM, y establecido un diagnóstico Se planificó un tratamiento teniendo en cuenta las bruxofacetas existentes, cefalalgias, dolores musculares y recordando que los tratamientos anteriores no resolvieron la patología.

En odontología se utilizan varios tipos de de férulas. Cada uno está destinado a eliminar un factor etiológico específico. Para elegir la férula adecuada para un paciente, debe identificarse primero el principal factor etiológico que contribuye a producir el trastorno. Debe resaltarse, pues, la importancia de una historia clínica, una exploración y un diagnóstico cuidadosos.

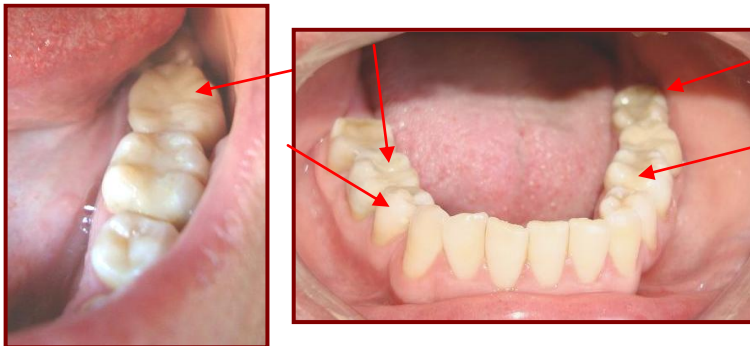
Fase I Terapia básica

1. Relación odontólogo paciente. Motivación.
2. Instrucciones en higiene oral.

3. Debridamiento periodontal supragingival.
4. Restauraciones provisionarias elemento n° 37
5. Confección de férula oclusal.
6. Reevaluación.

Fase II Rehabilitadora

1. Ajuste oclusal
2. Restauración definitiva con material estético en elemento 46 por tener caries en distal.
3. Confección de corona porcelana elemento 37.
4. Reemplazo de restauraciones de amalgama en maxilar inferior por material estético 36, 38, 45 y 46.



Fotos 25 y 26: se puede observar que en esta fase se hicieron las restauraciones planificadas.

Fase III Mantenimiento

Debido al bajo riesgo cariogénico y periodontal la terapia de soporte debería realizarse cada seis meses, pero por el problema oclusal se decide hacer tres controles en el primer mes ya que es en este periodo que normalmente suceden las mayores alteraciones.

En este caso en particular se hará hincapié en la fase del plan de tratamiento de la confección de la placa oclusal ya que se usan para algunas cefaleas^{3y4}. Se decidió instalar una placa de relajación, guarda nocturna o placa interoclusal.

La reducción de los síntomas dolorosos con la terapia de dispositivos ha sido bien documentada. Existen estudios de Clark y col.⁵ que han encontrado la resolución entre un 70 a 90% de síntomas después de la colocación de estos dispositivos.

La placa de relajación muscular se utiliza, por lo general, para tratar la hiperactividad muscular. Los estudios realizados^{6y7} han demostrado que al llevarla puede reducirse la actividad parafuncional que a menudo acompaña con periodos de estrés.

Dispositivos o placas de estabilización: también denominados de superficie plana, gnatólógico o placas mio-relajantes.

Objetivos

Auto-reposicionamiento de la mandíbula en una posición de mayor estabilidad⁸.

El control de la actividad parafuncional⁹.

Son utilizadas para:

- ✓ Alterar las relaciones oclusales y redistribuir fuerzas oclusales.
- ✓ Para prevenir el uso y la movilidad de lo dientes.

- ✓ Para reducir el bruxismo, para tratar el dolor muscular masticatorio y la disfunción.
- ✓ Son designados para proporcionar estabilización articular, proteger los dientes, redistribuir fuerzas, relajar los músculos elevadores.

Mecanismos de acción

Hace variar la trayectoria de cierre muscular, colocando la mandíbula en una posición muscular ventajosa.

Reposicionan los cóndilos. Al construir las férulas en relación céntrica o lo más cercano posible a ella, se reposicionan los cóndilos y disminuye la hiperactividad muscular.

Aumento de la dimensión vertical. Esto sólo resulta una ventaja en caso de que el paciente tuviera la dimensión vertical disminuida, por lo que debemos provocar que el resto de los casos que le aumento de la dimensión vertical sea mínimo.

Bloquea el arco reflejo nociceptivo que esta incrementando el tono muscular, mediante dos mecanismos:

- ✓ Elimina las prematuridades y las interferencias
- ✓ Al existir un espesor de placa, disminuye la información que le llega a los propioceptores periodontales.

Eficacia de los dispositivos orales¹⁰:

Todas las terapias requieren de algunos principios básicos de tratamientos.

1. Es esencial empezar con un diagnóstico claro.
2. Es necesario prescribir el tratamiento que es más lógico para el análisis y la etiología.
3. El efecto predicho del tratamiento debe ser entendido y monitoreado para confirmar lo que está ocurriendo actualmente.
4. El tratamiento sería seleccionado basado en la evidencia científica.

Principios de construcción de una placa de estabilización:

1. Cobertura de todos los dientes.
2. Superficie oclusal plana y lisa.
3. Un contacto oclusal por antagonista.
4. Contactos oclusales equilibrados.
5. Libertad en céntrica^{8y9}.
6. Guía canina en protrusión y lateralidad¹¹.

Requisitos previos para la construcción de una placa de estabilización

Hacer un análisis oclusal directo ya que puede haber mucha discrepancia entre la posición de máxima intercuspidad y la posición en relación céntrica, preexistentes con la terapia con placa.

Aspectos funcionales

La superficie oclusal de la placa debe ser adaptada para proporcionar una postura mandibular fisiológica y estable, creando contactos

bilaterales y oclusales posteriores. La guía anterior es proporcionada por rampas de guías acrílicas ubicadas en los caninos o zonas anteriores de la placa para separar los dientes posteriores opuestos del dispositivo en todas las excursiones laterales, lateroprotusivas y protrusivas de la mandíbula⁸. Fotos 32, 33, 34.

PASOS PARA LA CONFECCIÓN DE LA PLACA DE RELAJACIÓN

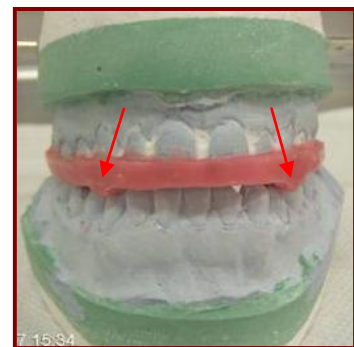


Fotos 27 y 28: toma de impresiones, modelos y toma de mordida.

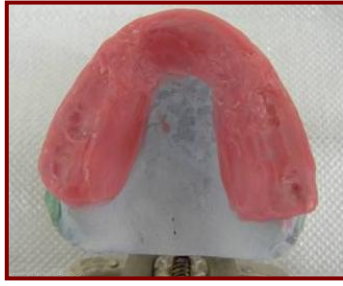


Fotos 29, 30, 31 montaje

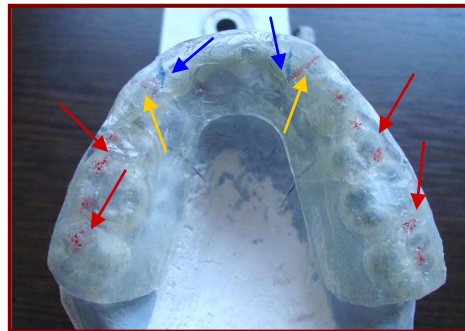
de lo modelos en oclusor



Fotos 32, 33, 34 encerado de la placa con guías caninas o rampas caninas (flechas)



Fotos 35, 36, 37 delimitación de la placa con el ecuador dentario, terminación encerado de placa y realización en acrílico termocurable



Fotos 38, 39: ajustes de la placa en los modelos y en boca, en la foto de la derecha se puede apreciar los puntos de contacto uniformes bilaterales, en oclusión marcadas con las flechas en color rojo, las flechas en color azul y amarillo podemos ver los recorridos de las trayectorias excéntricas, azul: propulsión y amarillo: lateralidad derecha e izquierda.



Fotos 40 y 41: se puede ver la instalación de la placa en boca en oclusión en la foto izquierda, y en la derecha podemos apreciar que las guías caninas conducen simétricamente en protrusión.

PASOS PARA LA CONFECCIÓN DE LA PLACA DE RELAJACIÓN



Criterios a tener en cuenta antes de la instalación de la placa de relajación¹²

- ✓ Debe ajustarse exactamente a los dientes maxilares, con una estabilidad y retención total cuando contacta con los dientes mandibulares.
- ✓ En RC, todas las cúspides bucales de los dientes mandibulares posteriores deben contactar en superficies planas y con una fuerza igual.
- ✓ Durante un movimiento de protrusión, los caninos mandibulares deben contactar con la placa con una fuerza igual. Los incisivos mandibulares pueden contactar también, pero no con más fuerza que los caninos.
- ✓ En cualquier movimiento lateral, sólo el canino mandibular debe presentar un contacto en laterotrusión con la placa.
- ✓ Los dientes posteriores mandibulares deben contactar con la placa sólo en el cierre en RC.
- ✓ En la posición de alimentación, los dientes posteriores deben contactar con la placa de manera más prominente que los dientes anteriores.
- ✓ La superficie oclusal de la placa debe ser lo más plana posible, sin improntas para las cúspides mandibulares.
- ✓ Debe pulirse la placa, de manera que no irrite los tejidos blandos adyacentes.

Instalación en boca

Luego de la construcción de la placa y de lograr los contactos bilaterales y oclusales posteriores, además de las guías anteriores, se procedió a la instalación de la misma en boca y se hicieron los ajustes necesarios para que cumpla con los requisitos ya descriptos.

Se procedió a la instalación de la placa en boca debiendo ser cómoda, estable y no bascular, tener buena retención, no comprimir, provocar dolor o presión en los dientes y los tejidos blandos, cuando se comprobó esto, se inició con el desgaste oclusal.

PASOS¹³:

1. Control:

- ✓ De la estabilidad
- ✓ De la retención

2. Desgaste:

- ✓ De la céntrica (posición de cierre habitual y guiada)
- ✓ De la guía canina (desoclusión posterior 1mm.)

3. Instrucciones al paciente:

- ✓ Periodo de uso
- ✓ Higiene

4. Controles post-instalación.

En el **control de la estabilidad** se comprobó mediante presión digital a nivel de la guía canina y de los sectores posteriores, si no estuviese estable el paciente la sentiría como un cuerpo extraño y podría generar un agravamiento en la parafunción.

Cuando se hizo el **control de la retención** se pudo evaluar cuando la placa hizo “clack”, y comprobar que permanecía estable en los movimientos de lateralidad y protrusión.

Desgaste oclusal: el objetivo de este desgaste fue obtener una oclusión estable, con puntos de de contacto equilibrados en la posición de cierre habitual y en la de relación céntrica, para no crear trastornos oclusales. Este desgaste pudo realizarse ya que la mandíbula era maniobrable y la articulación asintomática, colocamos papel de articular y hacemos abrir y cerrar al paciente sin apretar demasiado los dientes para poder evidenciar la diferencia de intensidad de color de los contactos, el desgaste se hizo hasta obtener un contacto de igual intensidad de todos los dientes.

Cuando se hizo el desgaste de la guía canina la pendiente nos permitió una desoclusión de 1mm. en los sectores posteriores en lateralidad y protrusión.

Luego de estos desgastes se realizó el control definitivo de la oclusión de la placa, en donde al paciente se le hizo abrir y cerrar la boca y esta fase es cuando él debió decirnos que todos los dientes estaban en contacto uniformemente.

Finalmente se hizo un retoque y pulido de las caras vestibulares y linguales y redondeamos los bordes. La superficie oclusal no fue pulida para no perder los puntos de contacto que estaban marcados ya en la placa.

Indicaciones al paciente y periodo de uso

Se le indicó al paciente el uso de la placa sólo de noche ya que éste tiene sólo desórdenes musculares. Cuando el problema es un bruxismo, el uso nocturno es esencial, mientras que el diurno puede no ser tan importante. Se ha demostrado que los trastornos de dolor miógeno responden mejor a un uso tan sólo durante una parte del tiempo (especialmente el nocturno)¹⁴. La experiencia clínica sugiere que la superficie oclusal de la placa debería ser ajustada inicialmente y periódicamente para igualar los cambios en la relación maxilo-mandibular.

Higiene

La placa debe ser limpiada externa e internamente con cepillo de dientes y pasta luego de cada uso, y por razones profilácticas puede usarse flúor u otras sustancias como clorhexidina.

Controles post-instalación

El primer control se hizo a la semana, ya que no presentó sintomatología aguda, se examinaron las marcas oclusales en la placa, luego se evaluó dos veces más durante el primer mes sin notar cambios importantes y el paciente no refirió dolor sino que a medida que los músculos se fueron relajando los síntomas iban disminuyendo. En este caso la placa alivió los síntomas dolorosos (cefaleas) en un 70 a 80%⁵, lo que nos indicó que el diagnóstico fue correcto.

Algunos autores¹³ consideran que la placa debería usarse entre cuatro a seis semanas y debería empezarse a retirar por una noche, luego por dos hasta más noches por semana. El paciente luego debería privarse su uso por unos meses pero si hay una recidiva debe comenzarse a usar nuevamente. Por la estabilidad que tienen este tipo de placas pueden

usarse por largos periodos de tiempo pero en estos casos el control de la placa debe ser anual.

DISCUSIÓN:

Al realizar la revisión bibliográfica para justificar el diagnóstico clínico al que se ha arribado en este paciente a la luz de la sintomatología que presentaba se encontraron distintos tipos de dolores de cabeza que se describen a continuación y a raíz de ello se realizó el diagnóstico diferencial.

DOLOR DE CABEZA

Clasificación de dolor de cabeza:

La International Headache Society IHS, año 2004, distingue 4 tipos de:

Cefaleas primarias:

- ✓ Cefalea tipo tensional.
- ✓ Migraña
- ✓ Cefaleas en racimos y otras cefaleas autonómicas trigeminales.
- ✓ Otras cefaleas primarias: cefalea punzante primaria, tusígena primaria, por ejercicio, hípica, en estallido, hemicránea continua, crónica desde el inicio.

Cefaleas secundarias: si presentan signos y síntomas de alarma se denominan cefaleas graves, si no los presentan son otro tipo de cefalea.

1. Cefalea asociada a traumatismo craneal.
2. Cefalea asociada a trastornos vasculares.
3. Cefalea asociada a trastorno intracraneal de origen no vascular.
4. Cefalea asociada a la ingesta de determinadas sustancias o a su supresión.
5. Cefalea asociada a infección no cefálica.
6. Cefalea asociada a trastornos metabólicos.

7. Cefalea o dolor facial asociados a alteraciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.
8. Neuralgias craneales, dolor de tronco nervioso.

Dolores causados por lesiones orgánicas.

Cefalea de tipo tensional:

Es una fuente muy común de dolor de cabeza. Se describe como un dolor sordo, no pulsátil. A menudo, los pacientes utilizan los términos de tirantez, presión o irritación. La mayoría de cefaleas son de intensidad leve o moderada*. En el 90 % de los casos el dolor se percibe bilateralmente¹⁵. La localización típica de la cefalea tensional es en las regiones occipital, parietal, temporal y frontal¹⁶. En un estudio la proporción de prevalencia de un año de la cefalea de tipo tensional en hombres era del 63% en hombres y en mujeres del 86%¹⁷.

Friedman y cols¹⁸ encontraron una historia familiar positiva en el 40% de los pacientes con cefalea de tipo tensional en comparación con el 70% de los pacientes con migraña.

La mayoría de las cefaleas de tipo tensional son episódicas y duran una media de 12 horas. La duración puede variar enormemente de 30 a 72 horas¹⁶. El inicio de las cefaleas está normalmente entre los 20 y los 40 años de edad¹⁸. Si las cefaleas duran más de 15 días al mes y por un periodo de 6 meses, se considera que el trastorno es una cefalea de tipo tensional crónica. Las náuseas y los vómitos son infrecuentes en la cefalea de tipo tensional episódica. Sin embargo con la cefalea de tipo tensional crónica, el dolor puede resultar de moderado a severo y pueden referirse

nauseas y vómitos¹⁶. La fonofobia y fotofobia también se puede asociar con el tipo de cefalea tensional crónica pero no se da en las de tipo episódica^{15,16}.

* Dolor leve: el dolor no es intensidad tal que interfiera con las actividades habituales.

Dolor moderado: ataques parciales que inhabilitan ya que las actividades están limitadas pero no completamente

Dolor severo: crisis dolorosas que inhabilitan totalmente durante las que el paciente, no es capaz de cumplir con las actividades cotidianas y se ve obligado a permanecer en cama.

Rasgos fisiopatológicos: durante muchos años, se ha creído que esta cefalea estaba relacionada directamente con la tensión muscular. Actualmente se ha demostrado que si bien existe una cierta sensibilidad muscular, no siempre están asociados con este trastorno unos niveles elevados de actividad electromiográfica¹⁹. La tensión emocional, la ansiedad y la depresión parecen presentar relaciones causales con las cefaleas de tipo tensional^{21,21}. Olsen^{22,23} ha propuesto un modelo que describe las cefaleas de tipo tensional como un resultado de una interacción entre los cambios en el sistema inhibitorio descendente, que controla las neuronas del tronco cerebral nociceptivo y la entrada de información periférica desde las fuentes miofasciales y vasculares. La información de cada tipo de estas fuentes se combina para influir sobre las características de la cefalea. La información miofascial significativa puede producir una cefalea del tipo tensional referida²⁴, mientras que más información de las fuentes vasculares puede producirse una cefalea más parecida a la migraña. La información significativa desde las estructuras límbicas, con ansiedad, depresión pueden afectar enormemente a la

función inhibitoria descendente y producir una cefalea de tipo tensional crónica.

Algunos investigadores piensan que la migraña y la cefalea de tipo tensional son dos presentaciones diferentes del mismo mecanismo patológico. A medida que vamos conociendo al paciente en las entrevistas puede presentarse que muchos pacientes sufren ambas cefaleas. Primero refieren una cefalea de tipo tensional durante varias horas y días y entonces pueden desarrollar una migraña. Una vez resuelta la migraña, la cefalea de tipo tensional persistirá durante unas horas o días más. Este trastorno doloroso se denomina cefalea mixta, éstas son habituales y reflejan un mecanismo doloroso unificado.

Factores precipitantes: Obviamente son la tensión emocional, la ansiedad, la depresión y el dolor miofascial. También influyen otros factores como son los problemas cotidianos²⁵, una posición de trabajo no fisiológico, tensiones musculares²⁶, la falta de sueño²⁷, el roncar²⁸, los cambios de clima^{29, 30}. El abuso de analgésicos también puede inducir cefalea de tipo tensional crónica. Los pacientes que han abusado de fármacos, pueden tener lo que se denomina cefalea de rebote cuando se retira dicho fármaco^{31, 32}. Existe cierta evidencia de que la actividad de los músculos de la masticación puede jugar un papel en algunas cefaleas de tipo tensional³³. Los trastornos de los músculos de la masticación parecen estar relacionados con las cefaleas de tipo tensional en varios estudios^{34, 35}. El apretamiento de dientes o introducir un contacto oclusal alto pueden en ocasiones precipitar cefaleas de tipo tensional³⁶. Cuando se sospecha esto, hay que iniciar el tratamiento adecuado para reducir la actividad muscular.

Consideraciones diagnósticas: De acuerdo con la clasificación de la IHS³⁷. La cefalea de tipo tensional es una cefalea episódica y recurrente

que dura de minutos a días. El dolor es típicamente de presión/tensión, leve a moderada bilateral y no empeora con la actividad física rutinaria. Además se puede recordar el tiempo que dura una cefalea tensional episódica de una crónica, descrito anteriormente.

Cefalea hemicránea o migraña

Síndrome doloroso caracterizado por ataques muy intensos de dolores acompañados por al menos uno de los siguientes síntomas: náuseas, fotofobia y fonofobia en combinación, hipersensibilidad a los olores y periodicidad. Los dolores por hemicránea pueden localizarse parcial o totalmente en la cara, dientes o maxilar inferior. En estos casos el dolor puede ser confundido con una neuralgia del trigémino o con verdaderas y propias odontalgias.

Es más frecuente en mujeres ya que afecta al 25% y sólo el 8% a los hombres³⁸. El 85 % de los pacientes refiere que la cefalea es severa. La proporción hombres: mujeres es de 1:3. Existen estudios que sugieren que la susceptibilidad de la migraña está relacionada a factores genéticos, estos estudios^{39, 40} refieren que entre el 50 y 60% de los pacientes tienen padres con migraña. Normalmente la cefalea se desarrolla en las tres primeras décadas de la vida a diferencia de la cefalea tensional que se da entre los veinte y cuarenta años. Los episodios de la migraña pueden ocurrir en cualquier momento del día o de la noche, pero con más frecuencia a la mañana al levantarse. El inicio del dolor es gradual, aumenta y después remite. El episodio de dolor comúnmente dura entre 4 a 72 horas en adultos y de 2 a 4 horas en niños⁴¹.

Según la definición de la IHS⁴² para el diagnóstico de migraña se necesita que el dolor presente al menos dos de las siguientes características:

- Unilateral³⁹
- Pulsante
- Intensidad de moderada a severa*
- agravamiento durante el esfuerzo físico⁴³

Y al menos uno de los siguientes signos/síntomas:

- náusea o vómito
- fotofobia y fonofobia combinados

UN DATO IMPORTANTE SOBRE LA HEMICRÁNEA Y LA CEFALEA DE TIPO TENSIONAL PUEDEN MANIFESTARSE SÓLO EN LA CARA, DIENTES Y MAXILARES. LA ODONTALGIA ATÍPICA ESTÁ ASOCIADA A LA CEFALEA EN UN SETENTA POR CIENTO DE LOS CASOS.

Cefaleas en racimos y otras cefaleas autonómicas trigeminales

Las cefaleas en racimo, también llamada *cluster headache*, son mucho menos frecuentes que la migraña. Afecta más a hombres que a mujeres en una proporción de 6:1. A diferencia de la migraña, no parece existir un factor hereditario. El dolor de esta cefalea se inicia de forma rápida, sin aviso, a menudo es muy agudo, profundo, no fluctuante y explosivo y de intensidad insoportable. El dolor comienza normalmente alrededor o sobre un ojo o en la sien. Siempre es unilateral y se da en el mismo lado cada vez. Cada ataque puede estar acompañado de lagrimeo, congestión nasal, transpiración facial y frontal, rinorrea, caída del párpado, miosis. Los ataques duran de 30 minutos a 2 horas en aproximadamente en el 75% de los casos. Se puede producir una vez cada dos días a ocho veces al día. Para poder decir que se trata de una cefalea en racimo deben existir por lo menos cinco de los signos y/o síntomas de los que se han mencionado. La mayoría de estas cefaleas tiene periodos de remisión por meses o años.

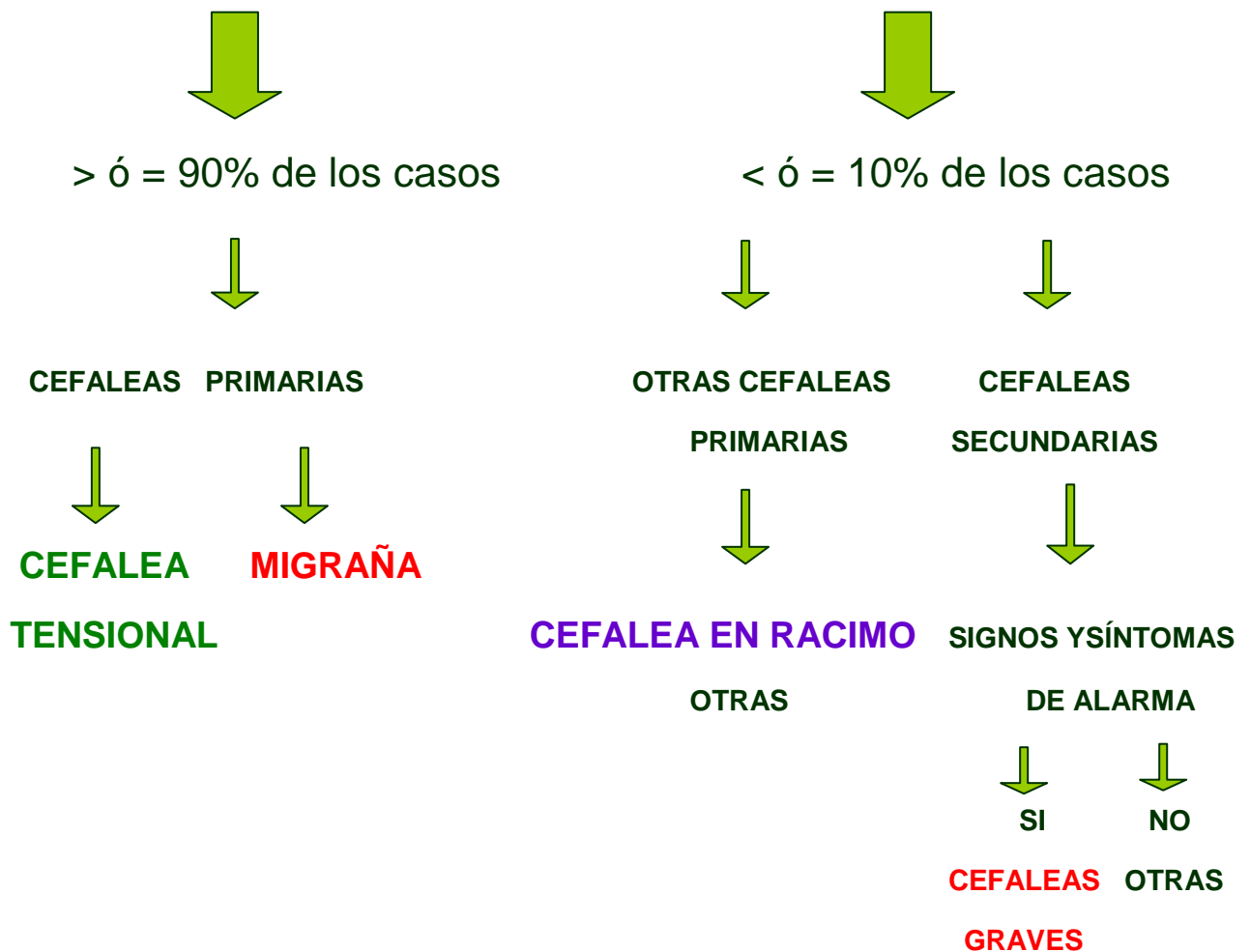
Dolores causados por lesiones orgánicas.

El dolor causado por lesiones orgánicas importantes está casi siempre acompañado por síntomas variados que deben ser identificados y que pueden consistir en alteraciones somato-sensitivas, motoras y vegetativas, cambios neuropsicológicos y también en ataques epilépticos. Estas formas dolorosas sintomáticas pueden ser provocadas por:

- Flogosis: sinusitis, otitis, meningitis, arteritis, encefalitis.
- Hemorragia epidural, subdural, subaracnoidea o intracerebral
- Lesiones isquémicas al cerebro (a menudo acompañadas por cefaleas)
- Procesos expansivos endocraneanos: tumor, absceso endocraneano, granuloma, higroma.
- Hidrocéfalo con o sin hipertensión endocraneana.
- Malformaciones: aneurismas arteriovenosos (con hemicránea típica), aneurismas en forma de saco.
- Lesiones traumáticas del rostro, cabeza y cuello.

Flujograma de diagnóstico diferencial

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CEFALEAS



Diagnóstico diferencial entre migraña, cefalea de tensión y cefalea en racimo y sus características habituales

	MIGRAÑA	TENSIONAL	RACIMOS
SEXO	FEM. > MASC.	FEM. > MASC.	MASC.>FEME.
INTENSIDAD	MOD. A SEVERA	LEVE A MODERADA	SEVERA
CUALIDAD	PULSÁTIL	OPRESIVO	QUEMANTE
DURACIÓN	4 A 72 HS	30MIN. A 7 DÍAS	15 A 70 MIN.
FACTORES DESENCAD.	ESTRÉS ALIMENTOS	ESTRÉS ANSIEDAD	ALCOHOL TENSIÓN EMOCIONAL

Como se puede observar existen numerosos signos y síntomas que comparten tanto la migraña como la cefalea tensional y la ayuda para un correcto diagnóstico nos la va a dar una correcta anamnesis que incluya la evaluación de los factores psíquicos.

Una anamnesis bien estructurada permite comprender la relación del paciente con su propio cuerpo, con el trabajo y el ambiente social y además aclarar sus vínculos interpersonales. A través de la información recogida se puede llegar a individualizar las conexiones y paralelismos entre el dolor y los sucesos internos y externos vividos por el paciente.

Una anamnesis completa no es sólo el primer paso para la formulación de un adecuado plan de tratamiento, sino que frecuentemente encierra un valor terapéutico autónomo.

ANAMNESIS: EVALUACIÓN DE LOS FACTORES PSÍQUICOS

La anamnesis puede ser el resultado de un diálogo exploratorio con un paciente, conducido de manera sistemática, sobre cada hecho o circunstancia concerniente a su estado de salud (anamnesis personal), el de su familia (anamnesis familiar), el de sus antepasados (anamnesis hereditaria) y sobre otros elementos actuales y biográficos, con el fin de formular **hipótesis diagnósticas** sobre las posibles etiologías de los dolores expresados.

A través de la anamnesis debería ser recogido no sólo el estado físico del paciente sino también la condición psicológica. En los pacientes con dolores crónicos la evaluación de los factores psíquicos es de gran importancia ya que el dolor crónico es un fenómeno multidimensional con aspectos fisiológico-somáticos, cognitivo-emocional y conductual.

Entre los factores más importantes que tienen influencia en el éxito de una terapia, podemos mencionar:

- La relación médico-paciente, que construye la base de la confianza necesaria para la terapia.
- La individualización del problema en su complejidad
- El conocimiento de las situaciones de vida del paciente
- La evaluación del momento más favorable para la terapia.

En la práctica se obtienen buenos resultados si cuando se hace la anamnesis se exploran los siguientes argumentos:

- Descripción de los trastornos por parte del paciente.
- Sufrimiento actual (tipo, intensidad, calidad).
- Anamnesis familiar.
- Desarrollo y formación personal
- Anamnesis social

Las cinco principales preguntas de la anamnesis

1. ¿Cuál es el motivo de la consulta y cuáles sus expectativas?
2. ¿Podría describir cómo son sus trastornos?
3. ¿Cuándo se manifiestan estos trastornos y cómo evolucionan?
4. ¿Cómo era su vida cuando estaba sano?
5. ¿Qué ha cambiado o ha sucedido en su vida antes de la aparición de la enfermedad?

Luego de haber aclarado estos puntos se es capaz de establecer una conexión temporal entre estímulos ambientales, conflictos personales e inicio de la cronicidad del dolor. La capacidad del paciente de especificar un nexo entre el dolor y una crisis personal es una indicación válida para iniciar una terapia psicológica. El criterio terapéutico cognitivo-conductual es útil en los pacientes jóvenes y también en las mujeres. Es importante poder tener contacto con algún familiar cercano para obtener mayor información y eventualmente involucrarla en la terapia de rehabilitación.

Luego del análisis de los problemas aflorados es necesario evaluar cuáles son las terapias adecuadas y/o elaborar la hipótesis de enviar al paciente a un terapeuta (psicólogo o psiquiatra), lo cual se debe hacer con mucha cautela ya que el paciente por lo general tiende a resistirse. La superación de esta resistencia es facilitada por una clara posición del terapeuta, la explicación de la influencia de los factores psicológicos que tienen sobre el dolor y la acción benéfica, en vez, de las técnicas de relajación que pueden ser enseñadas por un psicólogo.

Frecuentemente las terapias somáticas son posibles sólo cuando el paciente alcanza a gestionar mejor la situación en que se halla o si la fase crítica puede considerarse superada.

En resumen la premisa fundamental para la formulación de una correcta anamnesis psicosocial y para una terapia coronada por el éxito, es una relación de confianza entre el paciente y el terapeuta. La aptitud del médico para la comunicación, comprensión y empatía por la situación vivida por el paciente y también su capacidad de escuchar activamente, favorecen la instalación de una positiva interacción terapéutica en el ámbito de la cual, es posible dialogar sobre los diversos componentes involucrados en el mantenimiento del síndrome doloroso.

Al arribar al diagnóstico se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva para poder brindarle el correcto tratamiento a este paciente.

Existen posibilidades de tratamiento farmacológicas, terapia cognitivo conductual, fisioterapia, terapia de relajamiento y terapia oclusal.

Este paciente recibió como se mencionó en su historia clínica tratamiento farmacológico sin éxito, fisioterapia con respuesta relativa, y en este caso se optó por la terapia oclusal en donde se encuentran diferentes tipos de placas:

Se han sugerido muchos tipos de férulas oclusales para el tratamiento de TTM (trastornos témporomandibulares). Las dos más frecuentes son la férula de relajación muscular y la de reposicionamiento anterior. La de relajación muscular se denomina a veces de estabilización y se utiliza para reducir la actividad muscular⁴⁴.

La placa de reposicionamiento anterior se denomina a veces de reposicionamiento ortopédico, puesto que su objetivo es modificar la posición de la mandíbula⁴⁵.

Existe controversia con el tiempo de uso de la placa, algunos autores sostienen que debería retirarse gradualmente luego de los primeros meses, aunque muchas veces algunos pacientes pueden resultar “dependientes de la placa”⁴⁶ ya que éstos se sienten más seguros y porque consideran que sean importantes usarla con un fin profiláctico. Por su estabilidad la placa mió relajante o estabilizadora se puede usar por largo tiempo por su estabilidad¹³. Además se sugiere a este tipo de pacientes el apoyo de terapia psicológica siempre y cuando lo acepte y se haya llegado de una manera motivadora hacia él.

CONCLUSIONES

El uso de este tipo de placa estabilizadora, produjo un resultado significativamente favorable en la resolución de la patología dolorosa de este paciente. Esto puede deberse como lo manifiesta la literatura que el plano de estabilización provoca un reposicionamiento mandibular y por lo tanto, de ambos cóndilos en una posición musculoesquelética céntrica estable y el plano anterior es el que más reduce la EMG de los músculos elevadores.

Sin embargo se debe tener especial cuidado al realizar la anamnesis y el diagnóstico ya que un plano oclusal mal indicado, no sólo puede perpetuar la patología, sino que puede causar nuevas patologías.

El uso de estas placas sigue siendo bastante controversial y el resultado positivo en este paciente no debería tomarse como referente ya que sabemos que en todas las patologías de etiología multifactorial, la resolución en muchos casos también obedece a la combinación acertada de diferentes tratamientos. Además, no debemos olvidar que en estos casos el factor psicológico cumple un rol muy importante y puede actuar tanto favorable como desfavorablemente.

“La cefalea es aún un reto para el profesional porque faltan cosas por entender y aprender. La actitud recomendable es buscar siempre un diagnóstico para la cefalea; nunca conformarse con hacer tratamiento sintomático dándose por vencido ante la evidencia de que no pocas veces el estudio del paciente con dolor de cabeza requiere esfuerzo, trabajo e ingenio”.

Bibliografía

- 1-Alper,B.Tension headache.<http://dynam101.epnet.com/Detail.aspx?id=114773>
- 2- K. Karppinen, S. Eklund, E.Suoninen, M. Eskelin & P.Kirveskari. Adjustment of dental occlusion in treatment of chronic cervicobrachial pain and headache. *Journal of Oral Rehabilitation* 1999 26; 715-721.
- 3- Biondi DM. Headaches and their relationship to sleep. *Dent Clin North Am* 2001;45:685-700.
- 4- Capp NJ. Occlusion and splint therapy. *Br Dent J* 1999;186:217-222.
- 5- Clark GT, Beemsterboer PL, Solberg WK, Rugh JD. Nocturnal electromyographic evaluation of myofascial pain dysfunction in patients undergoing occlusal splint therapy. *J Am Dent Assoc* 1979;99: 607-611.
- 6- Solberg WK, et al: Nocturnal electromyographic evaluation of bruxim patient undergoing short term splint treatment. *J Oral Rehabil* 2:215, 1975.
- 7- Sheikholeslam A, et al: A clinical and electromyographic study of the long-term effectof an occlusal splint on the temporal and masseter muscles in patients whith functional disorders and nocturnal bruxims. *J Oral Rehabil* 13:137, 1986.
- 8- Ash MM, Ramfjord SP. An introduction to functional occlusion. Philadelphia: WB Saunders, 1982; 181-210.
- 9- Ramfjord SP, Ash MM Occlusion 3 ed. Philadelphia: WB Saunders, 1983; 355-383.

- 10- Temporomandibular Disorders. An Evidence-Based Approach to Diagnosis and Treatment. Laskin DM, Greene CS. Quintessence Publishing Co, Inc 2006. Chapter 25 380-381.
- 11- Ash MM, Ramfjord SP, Schmidseder J. Schienentherapie. München: Urban und Schwarzenberg, 1995; 163-184.
- 12- Oclusión y afecciones temporomandibulares. Okeson JP. Mosby /Doyma 3ra ed. Cap. 15: 468-469.
- 13- Miortropatías del sistema masticatorio y Dolores orofaciales. Palla S. 2003 RC Libri srl. Terapia con placa de Michigan Witt E. Cap. 21:429-438.
- 14- Wilkinson T, Hansson TL, McNeill C, Marcel T: A comparison of the success of 24-hour occlusal splint therapy versus nocturnal occlusal splint in reducing craniomandibular disorders. J Craniomandib Disord Facial Oral Pain 6:64, 1992.
- 15- Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. A population-based analysis of the criteria of the International Headache Society. Cephalalgia 1991; 11: 129 – 134.
- 16- Iversen HK, Langermark M, Anderson PG, Hansen PH, Olesen J. Clinical characteristics of migraine and tension- type headache in relation to new and old diagnostic criteria. Headache 1990; 30:514-519.
- 17- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J Epidemiology of headache in general population-a prevalence study. J Clin Epidemiol 1991; 44:1147-1157.
- 18- Friedman AP, Von Storch TJC, Merritt HH. Migraine and tension headaches, A clinical study: 2000 cases. Neurology 1954; 4:773-778.

- 19- Pikoff H. Is the muscular model of headache viable? A review of conflicting data. *Headache* 1984; 24:186-198.
- 20- Blanchard EB; Kirsch CA, Appel KA, Jaccard J. The role of psychopathology in chronic headache: Causa and effect. *Headache* 1989; 29:295-301.
- 21- Schulman B. Psychiatric management of the headache patient. In Diamond S, Dalessio DJ (eds): *The Practicing Physician's Approach to Headache*, ed 5. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992:217-223.
- 22- Olesen J. Clinical and pathophysiological observations in migraine and tension-type headache explained by integration of vascular, supraspinal and myofascial inputs. *Pain* 1991; 46:125-132.
- 23- Olesen J, Schoenen J. Synthesis, tension-type headache, cluster headache and miscellaneous headaches. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds): *The Headache*. New York: Raven Press; 1993: 489-492.
- 24- Bovim G. Cervicogenic headache, migraine, and tension-type headache. Pressure-pain threshold measurements. *Pain* 1992; 51: 169-173.
- 25- Andrasik F, Passchier J. Psychological aspects, tension type-headache, cluster headache and miscellaneous headaches. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds): *The Headache*. New York: Raven Press; 1993: 489-492..
- 26- Jensen R, Paiva T. Episodic tension-type headache. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds): *The Headache*. New York: Raven Press; 1993: 497-502.
- 27- Blau JN. Sleep deprivation headache. *Cephalalgia* 1990; 10:157-160.

- 28- Sahots PK, Dexter JD: Sleep and the headache syndromes: A clinical review. *Headache* 1990; 30:80-84.
- 29-Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in general population: Precipitating factors, female hormones sleep pattern and relation of lifestyle. *Pain* 1993; 53:65-72.
- 30- Solomon S, Lipton RB, Newman LC. Clinical features of chronic daily headache. *Headache* 1992; 23: 325-329.
- 31- Baumgartner CP, Wessely P, Bingol C, Maly J, Holzner F. Long term prognosis of analgesic withdrawal in patient with drug induced headaches. *Headache* 1989; 29:510-514.
- 32- Diener HC, Tfelt-Hansen P. Headache associated with chronic use of substances. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds): *The Headache*. New York: Raven Press; 1993: 721-727.
- 33- Jensen R, Olesen J. Oromandibular dysfunction, tension type-headache, cluster headache and miscellaneous headaches. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA (eds): *The Headache*. New York: Raven Press; 1993: 479-482.
- 34- Forsell H, Kangasniemi P. Mandibular dysfunction in patients with muscle contraction headache. *Proc Finnish Dent Soc* 1984; 80:211-216.
- 35- Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, Olsen J. Muscle tenderness and pressure pain thresholds in headache. A population study. *Pain* 1993; 52: 193-199.
- 36- Magnusson T, Enbom L. Signs and symptoms of mandibular dysfunction after introduction of experimental balancing side interferences. *Acta Odontol Scand* 1984; 42:129-135.

- 37- Olesen J. Classification and Diagnosis Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. *Cephalalgia* 1988 (suppl 7);8:81-96.
- 38- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – A prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44:1147-1157.
- 39- Selby G, Lance JW. Observations on 500 cases of migraine and allied vascular headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:23-323.
- 40- Lance JW, Anthony M. Some clinical aspects of migraine. A prospective survey of 500 patients. *Arch Neurol* 1966; 15:356-351.
- 41- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnosis criteria for headache disorders cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia* 1988 8(suppl7): 1-96.
- 42- Classification and Diagnosis Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. *Cephalalgia* 1988 (suppl 7);12-96.
- 43- Silberstein SD, Saper JR. Migraine: Diagnosis and treatment. In Dalessio DJ, Silberstein SD (eds): *Wolff's Headache and Other Head Pain* ed 6. New York: Oxford University Press; 1993:96-170
- 44- Shi Chong-Shan, Wang Hul – Yung: Postural and maximum activity in mandibular elevators during pre and post-occlusal splint treatment of temporomandibular joint disturbance syndrome. *J Oral Rehabil* 16:155, 1989.
- 45- Firas A. M. Al Quran, Anterior midline point stop device in the treatment of myogenous TMDs: Comparison with the stabilization splint and control group. (*Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006; 101: 741-7)

46- Miortropatías del sistema masticatorio y Dolores orofaciales. Palla S. 2003 RC Libri srl. Terapia con placa de Michigan Witt E. Cap. 21:437

