

TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON TERAPIA NEURAL Y ODONTOLOGÍA NEUROFOCAL.

Autores: Msc. Dr. Jorge Pedro Gómez García Especialista de II Grado en Estomatología General Integral y en Medicina Natural y Tradicional. Máster en Medicina Natural Y Bioenergética. Profesor Auxiliar. ¹,

Coautora: Dr. Gisela de la Caridad Sánchez Triana Especialista de I Grado en Estomatología General Integral

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La disfunción temporomandibular entiende con un conjunto de síntomas como resultado de alteraciones de la función de los componentes del aparato masticatorio. El presente trabajo tiene como **Objetivo:** Valorar si el uso de los neuroterapéuticos a través de la Terapia Neural y Odontología Neurofocal es efectiva en la disfunción temporomandibular. **Material y Métodos:** Se efectuó un estudio prospectivo longitudinal cuasi experimental realizado en la consulta de Medicina Bioenergética y Natural de la Facultad de Estomatología VC, en el período comprendido de septiembre de 2013 y marzo del 2014. La población estuvo constituido por 43 pacientes de ambos sexos que acudieron con disfunción de la articulación temporomandibular ,seleccionándose una muestra intencionada de 36 pacientes en edades comprendidas entre los 18 y los 42 años o más , que se les aplicaron nueroterapéuticos con lidocaína al 0.5%. Se aplicó a la muestra un formulario que recoge el test de Maglione y principales campos de interferencia. **Resultados:** Los signos y síntomas que más se presentaron fueron el dolor y restricción de los movimientos articulares. Los diferentes campos o focos de interferencia bucales fueron: las restauraciones de amalgama y los dientes retenidos (terceros molares). Después de concluida la segunda sesión de

tratamiento casi todos los pacientes habían evolucionado satisfactoriamente, eliminándose algunos de los síntomas presentes y aliviándose otros.

Conclusiones: Se pudo constatar que la Terapia Neural y Odontología Neurofocal es efectiva en el tratamiento de la disfunción Temporomandibular.

Palabras claves: Disfunción temporomandibular, terapia neural y odontología neurofocal.

INTRODUCCIÓN:

La articulación temporomandibular es la más usada del cuerpo y, por consiguiente, una de las más afectadas, ruidos, dolores crónicos de origen desconocido, desviación mandibular o dificultad para hablar. Alrededor del 70 % de la población general tiene al menos un signo clínico del trastorno de la articulación temporomandibular (ATM), y es la causa más común de dolor facial después del dolor dental. Pero, además de su afección, los trastornos de la ATM merecen una especial atención por la gran variedad de signos y síntomas con que se pueden manifestar.^{1,2,3} Los problemas de la ATM se dividen en dos grupos según su localización anatómica: aquellas que afectan a las estructuras internas o intracapsulares, y las que afectan a las estructuras externas o extracapsulares.

Las molestias al comer, la dificultad para abrir o cerrar la boca o los ruidos al abrir o cerrar la mandíbula son los signos y síntomas más frecuentemente asociados a trastornos de la articulación temporomandibular y dolor buco facial, pero hay otros síntomas que pueden aparecer en estos casos.⁴

Se han propuesto muchos test de exploración clínica para deducir la gravedad. Además se hacen pruebas complementarias a veces muy costosas y en ocasiones muy traumáticas incluso para la propia articulación temporomandibular (artroscopía).^{5,6}

La terapia neural significa tratamiento mediante el Sistema Nervioso, especialmente el Vegetativo (SNV), el cual se halla presente de un modo mayoritario en la piel, buscando neutralizar irritaciones que, afectando el tono neurovegetativo, desencadenan o catalizan la enfermedad. Es un método de diagnóstico y tratamiento de enfermedades causadas por trastornos en el sistema eléctrico del cuerpo, estos trastornos eléctricos son llamados campos de

interferencia y pueden encontrarse en cualquier parte del organismo, desde órganos internos, ganglios, infección, inflamación, traumatismo, cicatriz, afección odontológica, dientes retenidos, así como afecciones psíquicas estresantes. De esta forma podemos entender como a partir de una intervención quirúrgica pueden aparecer "enfermedades que aparentemente no están relacionadas con esa operación" como alergias, migrañas, dolores o estreñimiento.^{7,8,9}

Los campos de interferencia son áreas que tienen más bajo potencial eléctrico que los tejidos circundantes. El flujo de corriente de áreas de alto voltaje hacia áreas de voltajes más bajos, parecen enviar señales confusas al sistema nervioso del cuerpo, reaccionando algunas veces en forma inapropiada, resultando en aparición de dolores y/o enfermedades. Estos campos interferentes pueden ser encontrados en cualquier parte del cuerpo y a menudo se encuentra en zonas alejadas de la zona que está experimentando los síntomas.⁶ El SNV, con sus circuitos reguladores humorales, hormonales, neurales y celulares, toma parte en todas las reacciones del organismo. Y por su participación en los procesos mentales, emocionales, sociales y culturales, el Sistema Nervioso es una pieza clave en la integración de la totalidad del ser.

Según el Dr. Peter Dosch (Alemania), cada célula equivaldría a una pequeñísima batería de potasio con un potencial de 40 a 90 milivoltios. Cada estímulo hace caer el potencial: despolarización. Normalmente la célula lo recupera de inmediato: repolarización. Si los estímulos irritantes son muy frecuentes o muy fuertes, la célula pierde la capacidad de responder ante éstos, por lo que se encontrará en un estado de despolarización permanente, debilitada y enferma. A nivel de la membrana celular se altera el funcionamiento de la bomba de sodio-potasio, esto puede provocar descargas rítmicas, actuando como campos de interferencia⁶La fibra muscular y nerviosa posee un potencial de membrana sumamente elevado, -40 a -90 mV. Cuando se encuentran en reposo existe un equilibrio entre los iones de sodio, potasio e hidrógeno, en este caso el potencial, como se ha dicho, es alto.⁹

Es por esto que el ' presente trabajo pretende valorar la efectividad del tratamiento de la terapia neural y la odontología neurofocal en pacientes con disfunciones

temporomandibulares, además de describir la evolución clínica de los signos y síntomas con la aplicación del tratamiento auxiliándonos de la determinación de los diferentes focos e interferencias presentes de la cavidad bucal. Se pretende además precisar el número de aplicaciones necesarias para obtener alivio parcial o total de los síntomas presentes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal cuasi experimental en la consulta de Medicina Bioenergética y Natural de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, en la Ciudad de Santa Clara, en el período comprendido entre septiembre 2013 a mayo 2014 con el fin de valorar la efectividad del tratamiento con terapia neural y odontología Neurofocal. La población estuvo constituido por 43 pacientes de ambos sexos que acudieron con disfunción de la articulación temporomandibular, seleccionándose una muestra intencionada de 36 pacientes que presentan disfunciones en la ATM que acudieron a solicitar tratamiento. La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico intencional por criterios.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de dolor o restricción de los movimientos mandibulares referido por el paciente y corroborada por métodos clínicos.
2. Desea participar en la investigación y manifestarlo de forma oral y escrita.
3. No haber recibido otro tratamiento en el momento de la crisis aguda.
4. Pacientes diagnosticado con disfunciones temporomandibulares que fueran mayores de 18 años.
5. Pacientes dentados o parcialmente dentados pero rehabilitados con prótesis en buen estado.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con patologías malignas.
- Pacientes con lesiones en la piel a nivel de los puntos acupunturales.
- Pacientes con retraso mental.

- Pacientes desdentados totales.

Todas las herramientas (Formulario) aplicados para la recolección de los datos fueron realizados por el investigador. Se examinó el total de la muestra. Se le explicó a los pacientes en qué consistía el tratamiento, para obtener la confianza necesaria de su parte en cuanto a su ejecución y lograr su consentimiento. En esta primera consulta se realizó un interrogatorio, examen físico. Se aplicó un formulario que recogía los datos de interés y las variables a estudiar.

Para obtener el diagnóstico se aplicó el test de Maglione, para determinar el índice de la disfunción, para este examen los pacientes deben estar relajados, instalados con comodidad y en un clima de confianza y así realizar las mediciones adecuadas, las que se realizaron con la ayuda de un espejo bucal, medidor de Willy, regla milimetrada y lápiz tinta.

Se utilizó el test de Maglione por ser de fácil aplicación en nuestro medio e internacionalmente conocido. Además, lo consideramos objetivo para la mejor comprensión de los resultados a obtener dada la metodología que ofrece y la categorización que brinda en grados de disfunción.

ÍNDICE DE MAGLIONE:

Se basa en la sumatoria de cinco manifestaciones clínicas:

1. Limitación en el rango del movimiento mandibular.
2. Dolor al movimiento.
3. Dolor muscular.
4. Alteraciones de la función articular.
5. Dolor en la ATM.

Cada una de ellas cubre tres posiciones posibles y aporta en cada caso: 0, 1 y 5 puntos.

Se realizó un examen bucal en el sillón de estomatología perteneciente a la consulta de Medicina Natural y Bioenergética de la Facultad de Estomatología utilizando un espejo plano y explorador # 5 y la luz del sillón dental, regla milimetrada y se anotara en su dentigrama los campos de interferencias presentes en la cavidad bucal. Se les indico rayos X para determinar focos e interferencias como: dientes desvitalizados, dientes retenidos que no se pueden observar a

simple vista, además de amalgamas, patologías periodontales, patologías pulpares y dientes ausentes.

Para el tratamiento se eliminaron los campos de interferencias presentes en la cavidad bucal relacionadas con un dolor según la relación energética realizada por Reinhol Voll bien fueran puros campos interferentes o focos infecciosos en el caso de la fase infecciosa se realizara el tratamiento tradicional en estomatología bien para las enfermedades pulpares o periodontales y los campos de interferencias puros como amalgamas, dientes retenidos.

Se colocó resina en los pacientes con amalgama, se realizó la extracción los dientes retenidos y posteriormente se colocó lidocaína al 0,5% sin vasoconstrictor en el surco vestibular del diente relacionado con la enfermedad presente.

La infiltración, con previa asepsia y antisepsia, se realizó colocando lidocaína al 0,5% sin vaso constrictor con una jeringuilla desechable para insulina de 1cc y con aguja #27 para los campos de interferencias en el resto del cuerpo se colocara la lidocaína en el puntos de acupuntura: estomago 7 (E 7) depresión delante del cóndilo mandibular. Para esto se utilizaron las ámpulas de lidocaína al 2%, de producción nacional, las cuales se rebajaron al 0,5% con agua para inyección en un medio estéril. Se colocó el neuroterapéutico en el surco vestibular de los dientes que guardaban relación energética con los trastornos que comprometen a la articulación temporomandibular, en este caso los molares, principalmente los terceros molares. Todo esto se efectuó previo test de lidocaína, que consiste en colocar tres gotas de lidocaína al 0,5% sobre la conjuntiva ocular, y esperar posteriormente tres minutos, para conocer si existe alergia a este anestésico local. Todos los pacientes fueron evolucionados a las 2da, 3era y 4ta sesiones de tratamiento, con intervalo de 48 horas.

RESULTADOS:

Tabla 1. Distribución de los síntomas asociados de la disfunción de la articulación temporomandibular.

Síntomas	Nº	%
Dolor al movimiento	16	44,4
Ruidos articulares	13	36,1
Dolor a la palpación	11	30,6
Dolor espontáneo	9	25,0
Contracciones musculares	8	22,2
Trabas	7	19,4
Cefaleas	5	13,9

N = 36

En la **tabla 1** se aprecian los principales síntomas de la disfunción de la articulación temporomandibular. El síntoma más frecuente encontrado fue el dolor al movimiento en la región de la articulación con un 44,4 %, continuado de ruidos articulares con un 36,1%, seguido del dolor a la palpación con 30,6% y dolor espontáneo con 25,0%.

Tabla 2. Evolución de la intensidad del dolor durante el tratamiento.

Intensidad del dolor	Evolución del dolor							
	Antes del tratamiento		Segunda sesión		Tercera sesión		Cuarta sesión	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leve	16	44,4	14	38,9	6	16,7	0	0,0
Moderado	12	33,3	6	16,7	0	0,0	0	0,0
Severo	8	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sin dolor	0	0,0	16	44,4	30	83,3	36	100,0
Total	36	100,0	36	100,0	36	100,0	36	100,0

$$\chi^2_{\text{McNemar-Bowker}} = 17.8, p = 0.002$$

Se observó en la **tabla 2** la evolución de la intensidad del dolor (leve, moderado o severo), durante las sesiones o días de tratamiento, en los pacientes con disfunción temporomandibular. Pudimos ver que en la segunda sesión el 100% de los pacientes que acudieron con dolor severo al inicio del tratamiento, ya no tenían dolor. Todos los pacientes con dolor severo mejoraron, con dolor leve hubo 14 pacientes para un 38,9 %, y con dolor moderado 6 pacientes para un 16,7 %, En la tercera sesión se encontró que el 83,3% de la población, ya no presentaba dolor, solo el 16,7 % tuvo dolor leve. En la cuarta sesión ya el 100% de la población no presentaba dolor.

Tabla 3. Tipo de interferencias encontradas y sitios de ubicación de mayor frecuencia.

Tipos de interferencia	Sitios de interferencia								Total		Test	
	Terceros molar		Molares		Premolar		Incisivos y caninos		Nº	%	χ^2	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Amalgama	3	8,3	10	27,8	4	11,1	0	0,0	17	47,2	14.61	0.006
Diente retenido	7	19,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	19,4	35.20	0.000
Patología pulpar	0	0,0	1	2,8	2	5,6	1	2,8	4	11,1	3.981	0.409
Cicatriz odontógenas	2	5,6	2	5,6	2	5,6	0	0,0	6	16,7	2.257	0.691
Patología periodontal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	13,9	5	13,9	35.91	0.000

N = 36

Las diferentes afecciones bucales, que pudieran estar actuando como campos o focos de interferencia se mostró en la **tabla 3** .Entre las afecciones más frecuentes detectadas, están las restauraciones de amalgama con un total de 17

(47,2%) los sitios más afectados fueron molares 10 para un 27,8%, y premolares 4 para un 11,1%.

Tabla 4. Distribución de pacientes según evaluación de los síntomas en las sesiones de tratamiento.

Evaluación de los síntomas	Evolución					
	Segunda sesión		Tercera sesión		Cuarta sesión	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alivio total	11	30,6	25	69,4	34	94,4
Parcial	21	69,4	11	30,6	2	5,6
No alivio	4	11,1	0	0,0	0	0,0
Total	36	100,0	36	100,0	36	100,0

$$\chi^2_{\text{McNemar-Bowker}} = 35,455, p = 0,000$$

En la **tabla 4** .Se exponen los resultados del número de sesiones del tratamiento necesarias según el alivio total o parcial del dolor. El tratamiento completo se establece para 4 sesiones de aplicación, sin embargo, el 30,6 % de los pacientes se aliviaron totalmente en la segunda sesión de aplicación, y en la tercera 69,4% y en la cuarta aplicación se alivió el 94,4 % del total de pacientes.

DISCUSIÓN

Investigaciones realizadas por Salomón⁵ y Martini⁸ confirman que además del dolor, las irregularidades en la apertura bucal y los ruidos articulares son los indicadores más significativos en los TTM. Que un 30% de la población asintomática tiene chasquidos articulares. Estos resultados son similares a los de nuestra investigación. Cabrera Villalobos¹⁰ en su investigación observó presencia de cefaleas y tinitus que se acentuaban con los movimientos de la articulación, a diferencia de los trastornos de alteración discal, en que el dolor suele ser momentáneo. La autora coincide con este criterio. La restricción de la apertura bucal afecta a un porcentaje considerable de pacientes con trastornos

temporomandibulares, incluso han sido reportados, que pacientes supuestamente sanos han mostrado 38mm de abertura bucal.¹⁰

Estudios realizados en la Unidad de Investigación de trastornos cráneomandibulares de la Universidad de Carabobo reportó que del 96,6% de los pacientes que presentaron dolor, el tipo más frecuente según la escala de Melsak fue el dolor moderado con 35,8% seguido del dolor severo que resultó un 23,0%; o coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

La Terapia Neural y la Odontología Neurofocal, alivia el dolor, relaja la musculatura facial y por ende facilita los movimientos mandibulares.

En una investigación, en la Universidad de Guadalajara, se encontró que el 90 % de la población tiene por lo menos cinco campos de interferencia en la cabeza, ya sea en oídos, amígdalas y dientes.^{8,9}

El Dr. O'Byrne plantea que entre las principales causas que generan toxicosis focal o campos de interferencia se encuentran los traumatismos con cicatriz o sin ella; después de una exodoncia queda una cicatriz. Este es un sitio por el que la energía no circula correctamente.¹¹ Por término medio, cada paciente tenía unos 5 focos potenciales o activos en dientes y maxilares. Estos resultados difieren con nuestra investigación, siendo la amalgama el primer campo de interferencia, luego le continúa dientes retenidos y cicatriz odontógenas.¹¹

La gingivitis y la periodontitis provocan acciones focales como inflamación crónica e hiperreactividad vegetativa.

El índice de Helkimo obtiene con mayor frecuencia disfunciones severas por las pocas posibilidades numéricas de puntos entre categorías y en una misma categoría, en Maglione llegan a resultados de una mayor frecuencia en las disfunciones leves, moderadas y pocas en grados mayores de severidad, por así considerarlo, con una mejor distribución, tanto de puntuación en cada agrupación de síntomas y signos como una correspondencia más acentuada entre cada categoría de índice de severidad, razón por la cual decidimos utilizar en nuestra investigación el índice de Maglione.¹²

El número de sesiones necesarias según el alivio total o parcial del dolor es indicativo de que una cantidad considerable de pacientes habían mejorado al

segundo día de tratamiento; otro tanto y más lo hicieron de ese momento en adelante. Lo cual indica la efectividad en el tratamiento para la disfunción de la ATM, ya que esta terapia es poco invasiva.

CONCLUSIONES

Los signos y síntomas que más se presentaron fueron el dolor y restricción de los movimientos articulares, los cuales fueron evolucionando satisfactoriamente. Se erradicó el dolor para todos los pacientes de la muestra, solo dos pacientes continuaron con restricción de los movimientos mandibulares los cuales se les continúa tratamiento. Los diferentes campos o focos de interferencia bucales más encontrados fueron: las restauraciones de amalgama y los dientes retenidos (terceros molares). Después de concluida la segunda sesión de tratamiento casi todos los pacientes habían progresado favorablemente, eliminándose algunos de los síntomas presentes y aliviándose otros. Se pudo constatar que la Terapia Neural y Odontología Neurofocal es efectiva en el tratamiento de la disfunción Temporomandibular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharma S, Gupta DS, Pal US, Jurel SK. Etiological factors of temporomandibular joint disorders. *Natl J Maxillofac Surg* 2011; 2(2):116-9.
2. Allori AC, Chang CC, Fariña R, Grayson BH, Warren SM, McCarthy JG. Current concepts in pediatric temporomandibular joint disorders: Part 1. Etiology, epidemiology, and classification. *Plast Reconstr Surg* 2010; 126(4):1263-75.
3. Jiménez Quintana Z, de los Santos Solana L, Sáez Carriera R, García Martínez I. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en la población de 15 años y más de la Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2007 [citado Jun 2009]; 44(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300011
4. Gonçalves DA, DalFabbro AL, Campos JA, Bigal ME, Speciali JG. Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. *J Orofac Pain* 2010; 24(3):270-8.
5. Santos GS, Sousa RC, Gomes JB, Maciel J, Sonoda CK, Garcia IR Jr, de Melo WM. Arthrocentesis procedure: using this therapeutic maneuver for TMJ closed lock management. *J Craniofac Surg*. 2013 Jul;24(4):1347-9.
6. Lescas Méndez O, Hernández ME, Sosa A, Sánchez M, Ugalde Iglesias C, Ubaldo Reyes L, Rojas Granados A, et al. Trastornos Temporomandibulares. Complejo clínico que el médico general debe conocer y saber manejar. *Colombia Médica* [Internet]. 2012 [citado Jul 2013]; 55(1): [11p.]. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewFile/142/144>

7. Gómez García JP, Jiménez Mesa LM, Trujillo Gálvez B, Gómez García MF. Las alteraciones de las glándulas mamarias y su relación con la odontología neurofocal. *Medicentro Electrónica* [Internet] 2010 [citado Jul 2013]; 14(4): [18p.]. Disponible en:<http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/207/302>
8. Gómez García JP, Pérez Ordóñez I, López Fundora F. Tratamiento con Odontología Neurofocal de los trastornos del semen humano. *Medicentro Electrónica* [Internet] 2010 [citado Jul 2013]; 14(4): [18p.]. Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/205/301>
9. Dosch M. *Illustrated Atlas of the Techniques of Neural Therapy with local anesthetics*. Heidelberg: Haugh Publishers; 2010.
10. Algozaín Acosta Y, Viñas García M, Capote Leyva E, Rodríguez Llanes R. Comportamiento clínico del síndrome dolor disfunción del aparato temporomandibular en una consulta de urgencias estomatológicas. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2009 [citado Jul 2011]; 46(2): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000200004&script=sci_arttext
11. Dosch P. *Introducción a la Terapia Neural con anestésicos locales*. Colombia: Editorial Popayán SA; 1996.
12. Flores Grajeda MC, Llodra, and I. A. Belio. "Estudio comparativo del índice de criterios diagnósticos de los trastornos temporomandibulares y el índice de Helkimo en una población de estudiantes de odontología en Sinaloa México [Tesis]. México: Universidad de Granada; 2008.