

# ALTERACIONES A NIVEL DE LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS COMO FUENTE DE DOLOR REFERIDO. CASO CLÍNICO

**Autor:** Dra. Oksana del Valle Zelenenko, Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesora Asistente. Facultad de Estomatología de La Habana, Cuba.  
e-mail: [oksanahavana@yahoo.es](mailto:oksanahavana@yahoo.es)

Coautor: Dr. José Miguel Montero Parrilla

## RESUMEN:

**Introducción:** El dolor referido, o sea, un dolor experimentado en una localización distante de la fuente de dolor, es un fenómeno común que puede representar un considerable reto para los profesionales. **Objetivo:** Presentar el caso y discutir el diagnóstico y tratamiento de una paciente con un trastorno a nivel de los músculos de la masticación que provocaba un dolor referido. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 58 años de edad que acudió a la consulta de Trastornos Temporomandibulares de la Facultad de Estomatología de La Habana por presentar un dolor orofacial en la hemicara izquierda desde hacía tres meses. Durante la anamnesis y el examen físico se comprobó dolor a nivel del primer molar inferior, limitación de la abertura bucal secundaria al dolor y zonas a nivel del masetero duro e hipersensible. Se diagnosticó un dolor miofacial a nivel del masetero y adherencias a nivel de la articulación temporomandibular. **Conclusiones:** Las alteraciones a nivel de los músculos masticatorios pueden provocar síntomas de dolor referido a los dientes, haciendo más complejo el diagnóstico. **Palabras clave:** Dolor orofacial, dolor referido, trastornos temporomandibulares.

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Temporomandibulares (TTM) son la causa más común de dolor crónico orofacial. Están caracterizados por una función mandibular dolorosa y son frecuentes los desplazamientos del disco, la osteoartritis de la articulación temporomandibular y los problemas en los músculos de la masticación.<sup>1</sup>

El dolor orofacial es una experiencia común en la población que tiene efectos sociológicos profundos e impacto en la calidad de vida. Constantemente nuevas evidencias científicas permiten un mayor entendimiento de la etiología y la fisiopatología del dolor orofacial asociado a los Trastornos Temporomandibulares, las neuralgias craneales, los dolores faciales idiopáticos persistentes y el dolor dental.<sup>2,3</sup>

Los estomatólogos deben estar preparados para realizar un correcto diagnóstico cuando un paciente acude a consulta refiriendo un dolor orofacial, Hacer esto puede ser difícil, pues pueden presentarse varios signos y síntomas no específicos para un desorden o trastorno particular.<sup>4</sup>

El dolor referido, o sea, un dolor experimentado en una localización distante de la fuente de dolor, es un fenómeno común que puede representar un considerable reto para los profesionales. Fallar al diagnosticar la verdadera causa de dolor referido puede provocar un retraso en el tratamiento y una innecesaria terapia dirigida a la localización del dolor y no a su origen real.<sup>5</sup>

El dolor referido en la región cráneo-facial puede ser generado por varias condiciones. El dolor odontogénico, miofacial y a nivel de las articulaciones temporomandibulares son ejemplos de condiciones dolorosas que a menudo se presentan con un patrón de dolor referido.<sup>5</sup> Este dolor dentario atípico se presenta usualmente como un dolor en un sitio donde un diente fue tratado endodónticamente, extraído o hay ausencia de evidencias clínicas o radiográficas de una patología dental.<sup>6</sup>

Reportamos este caso con el propósito de discutir el diagnóstico y tratamiento de una paciente con un trastorno a nivel de los músculos de la masticación que provocaba un dolor referido.

### **Caso Clínico:**

Paciente femenina de 58 años de edad que acudió a la consulta de Trastornos Temporomandibulares de la Facultad de Estomatología de La Habana por presentar un dolor orofacial en la hemicara izquierda desde hacía tres meses.

Durante el interrogatorio se comprobó que la paciente hacía tres meses comenzó a presentar un dolor dentario intermitente, de intensidad moderada, a nivel del primer molar inferior izquierdo, que se le incrementaba cuando trataba de abrir la boca. Acudió a los

servicios de atención primaria de salud, donde después de realizársele el examen clínico y radiográfico, se le retiró una obturación que presentaba a nivel de este diente y se le colocó una cura medicamentosa. El dolor persistía, por lo que se le realizó una pulpotomía que tampoco alivió los síntomas y posteriormente le realizaron la exodoncia. Un mes después, se mantenía la sensación dolorosa en esta región y la paciente casi no abría la boca para que no aumentara el dolor. La paciente fue remitida a la consulta de Implantología de la Facultad de Estomatología para que se valorara una posible asociación del dolor con un implante dentario que estaba colocado a nivel del 35. El implante estaba oseointegrado y lejos del canal del dentario inferior, por lo que la paciente fue remitida a nuestro servicio

El examen físico intrabucal permitió observar una brecha desdentada a nivel del 36, lugar donde la paciente refería el dolor.

El análisis de los movimientos mandibulares mostró que la paciente realizaba sólo una abertura mandibular de 25 mm, debido al dolor que le provocaba, acompañada de una deflexión hacia el lado izquierdo y un “end feel” duro.

Con la palpación bimanual de la musculatura masticatoria se identificó una zona a nivel del músculo masetero circunscripta e indurada, que cuando se presionaba provocaba una reacción muy dolorosa en esta región y también a nivel de los molares inferiores.

Nos encontrábamos ante una paciente que se mostraba receptiva al tratamiento y con deseos de cooperar. Aunque presentaba un “end feel” duro durante la abertura mandibular, no característico de las alteraciones musculares, la zona indurada e hipersensible a nivel del músculo masetero que provocaba un aumento del dolor a nivel dentario nos sugería la presencia de un dolor miofacial en este músculo.

Previa asepsia del campo operatorio, por vía intrabucal, se procedió a depositar unas gotas de anestesia (Lidocaína sin vasoconstrictor) a nivel de la zona indurada en el músculo masetero. Se esperó unos minutos y se masajeó la región afectada, logrando disminuir la induración y el dolor. Cuando se intentó aumentar la abertura bucal de la paciente, se escuchó un sonido seco, a nivel de la articulación del mismo lado, seguido de lo cual la boca se abrió 45 mm.

En la propia consulta se confeccionó una férula miorelajante blanda de silicona para mantener un espacio interarticular adecuado y la mandíbula en posición de reposo.

De este modo se estableció como diagnóstico definitivo el de dolor miofacial a nivel del músculo masetero que provocó la formación de adherencias a nivel de la articulación temporomandibular.

Al acudir a consulta una semana después la paciente no refería dolor y podía realizar una abertura bucal normal.

## **DISCUSIÓN**

Para entender el dolor orofacial referido se requiere comprender la neuroanatomía del nervio trigémino y los pares craneales asociados.<sup>7</sup> El procesamiento central de este dolor es complejo e involucra un gran número de circuitos neuronales e interacciones dentro del tronco encefálico y otras partes del Sistema Nervioso Central. El núcleo trigeminal espinal desempeña un importante rol en la integración de los impulsos nociceptivos cráneo-faciales, con la principal contribución aferente periférica de las fibras trigeminales.<sup>5</sup> Es necesario conocer que una interneurona puede recibir aportes sensoriales múltiples, por lo que el organismo puede reconocer como la fuente del dolor a una estructura que en realidad no es la afectada.<sup>7</sup>

Okenson resalta que es extraordinariamente importante establecer el diagnóstico diferencial entre las alteraciones articulares y de los músculos masticatorios, puesto que sus tratamientos son muy distintos. Además señala que es probable que el clínico que no sea capaz de diferenciarlos de manera habitual tenga relativamente poco éxito en el tratamiento de los Trastornos Temporomandibulares.<sup>8</sup>

En el caso descrito se comprobó que la paciente inicialmente presentó un dolor miofacial que le provocaba un dolor referido a la región molar del mismo lado. Para contrarrestar el dolor que le ocasionaba el abrir ampliamente la boca, comenzó a limitar esta abertura, que junto al incremento de la tensión en el músculo masetero provocó un aumento de la presión interarticular y el desarrollo de adherencias entre el cóndilo y la fosa glenoidea, pues la abertura mínima no se afectó (esta alteración a nivel articular era lo que provocaba el “end feel” duro). Después de eliminarse las zonas de tejido muscular duro e hipersensible con el anestésico local, fue necesario que se rompieran las adherencias

(provocando el sonido seco) para lograr una mayor abertura. Esto se corresponde con los hallazgos de Millon,<sup>9</sup> que señaló que la hipomovilidad del disco articular es un importante factor que favorece la formación de adherencias intraarticulares.

El estomatólogo competente debe establecer sus métodos de tratamiento según la valoración de la información que recibe por la numerosa y continua investigación. Ello supone una ingente tarea. De nuestra integración, dedicación y esfuerzo dependerá la mejoría en la calidad de vida de los pacientes con Trastornos Temporomandibulares.

## **CONCLUSIONES**

Las alteraciones a nivel de los músculos masticatorios pueden provocar síntomas de dolor referido, haciendo más complejo el diagnóstico.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bakke M. Temporomandibular dysfunction causes orofacial pain. *Ugeskr Laeger*. 2010; 172(44):3037-9.
2. De Rossi SS. Orofacial pain: a primer. *Dent Clin North Am* 2013 Jul; 57(3):383-92.
3. Gray R, Al-Ani Z. Risk management in clinical practice. Part 8. Temporomandibular disorders. *Br Dent J*. 2010; 209(9):433-49.
4. Kumar A, Brennan MT. Differential diagnosis of orofacial pain and temporomandibular disorder. *Dent Clin North Am* 2013 Jul; 57(3):419-28.
5. Kreiner M. Craniofacial pain of cardiac origin. An inter disciplinary study. Sweden: Umea University; 2011.
6. Tarce M, Barbieri C, Sardella A. Atypical odontalgia: an up-to-date view. *Minerva Stomatol*. 2013 May; 62 (5):163-81.
7. Markman S. Referred pain. *J N J Dent Assoc*. 2014 spring; 85(2):26-9.
8. Okenson, JP. Tratamiento de la oclusión y las afecciones temporomandibulares. 6ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
9. Millon Cruz A, Martín Granizo R, Encinas A, Berguer A. Relationship between intra-articular adhesions and disc position in temporomandibular joints: Magnetic resonance and arthroscopic findings and clinical results. *J Craniomaxillofac Surg*. 2015; 43 (4):497-502.