

PILARES

ACADEMIA LATINOAMERICANA DE OSEOINTEGRACIÓN



XI CONGRESO INTERNACIONAL DE IMPLANTOLOGÍA ORAL

15, 16 Y 17 DE AGOSTO 2012

CENTRO DE CONVENCIONES LEPRETT

EDITORIAL
Dr. Hernán Basile

**PUENTE MIXTO
COMO ALTERNATIVA
DE RECUPERABILIDAD
PROTÉTICA**
Dr. Pedrola Fernando

**SÍNDROME MUSCU-
LO ARTICULAR
SUPERIOR**
Dr. Miguel Angel
Siderman

**SIMPOSIO MAXILA-
RES ATRÓFICOS
IMPLANTES
ZIGOMÁTICOS**
Resumen realizado por
la Dra. Silvana A Díaz,
secretaría del evento.

**III CUMBRE
IMPLANTOLÓGICA
ALAO PUERTO
MONTT - CHILE**

**PÓSTERS X CONGRE-
SO INTERNACIONAL
DE IMPLANTOLOGÍA**



BUENOS AIRES - ARGENTINA
Año 13 - Nro. 20 - AGOSTO 2012
ISSN 1666-0137



Definimos así lo que llamamos SISTEMA MUSCULO ARTICULAR SUPERIOR, compuesto por cabeza, cuello, cintura escapular y miembros superiores.

La importancia de este concepto, radica en que la sintomatología relacionada con estas estructuras, pueden responder a una única causa que afecte a todo el sistema, caracterizando así la presencia de un SINDROME.

La importancia de la mandíbula dentro de este sistema es evidente, basta analizar la gran cantidad de músculos y ligamentos que en ella se insertan, y su desempeño funcional en la masticación, fonación y deglución, gracias a la gran amplitud de movimientos que puede realizar.

Cualquier interferencia que guíe a la mandíbula a posiciones excéntricas, tiene que ser compensada por la musculatura del todo el sistema.

Para que la mandíbula actúe libre de interferencias, la naturaleza creó un elemento Fusible, el Diente, que se desgasta, es así en varias especies animales.

El hombre moderno, por diversas razones suele presentar, hipofunción [no desarrolla los maxilares, dando como consecuencia apiñamiento dental], fluoración de las aguas, uso de restauraciones metálicas y de porcelana, no cuenta con el elemento fusible, encontrando interferencias que llevan a la mandíbula a posiciones excéntricas, generalmente hacia adelante y a un costado, obligando a la musculatura de todo el sistema a compensar esta situación.

La musculatura cervical posterior, que se encarga del equilibrio antero-posterior de la cabeza, se contrae, para compensar el peso de la mandíbula y toda la masa muscular que la acompaña a las posiciones excéntricas Fig. 2. Aparecen así las contracturas cervicales, y la sintomatología ocasionada por esta situación.

De esta manera podemos asociar, sintomatología de cabeza, cuello, cintura escapular y miembros superiores, a una sola causa, posición excéntrica de

la mandíbula, definiendo así lo que llamamos SINDROME MUSCULO ARTICULAR SUPERIOR.

Definimos también la POSICION FISIOLÓGICA ARMÓNICA DE MANDÍBULA, como aquella en la que toda la musculatura del sistema se encuentra equilibrada, sin contracturas compensatorias.

Es importante definir la existencia del SINDROME, ya que esto nos permite tratar pacientes con afecciones crónicas cervicales, o en miembros superiores, a través del reposicionamiento de la mandíbula (Fig.2).

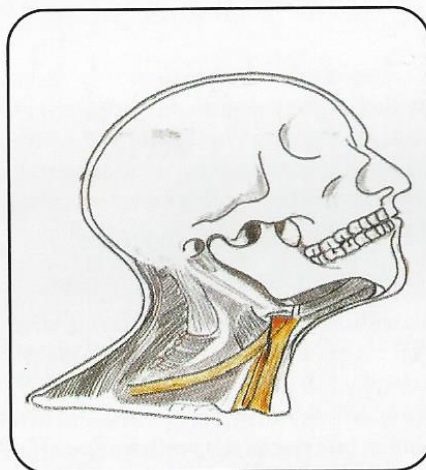


Fig.2 Musculatura que interviene en el equilibrio antero posterior de la cabeza, e sistema muscular que se asocia a parte inferior de la mandíbula.

APLICACIÓN CLÍNICA DEL SINDROME

Comenzamos elaborando un protocolo de anamnesis y examen clínico, en donde incluíamos cabeza, cuello, cintura escapular y miembros superiores.

La anamnesis, esta basada en la descripción de sintomatología de cabeza, oídos, Cervico-escapular, brazos, manos y equilibrio.

El examen clínico, consta de palpación de los músculos maseteros, temporales, pterigoideos, suboccipitales, trapecios, escalenos y esternocleidomastoideo. Además palpación de región de ATM, análisis de trayectoria y capacidad de apertura.

Este protocolo nos permite obtener en pocos minutos, una visión global del sistema MAS.

En boca analizamos el espacio interoclusal libre, auxiliados con laminillas de Long.

Completamos en algunos casos, con estudio en articulador semiajustable, con modelo inferior con dientes posteriores troquelados individualmente, lo que nos permitió analizar las interferencias una por una.

Las correcciones fueron realizadas con ajustes, exodoncias, ortodoncia y prótesis.

Se utilizaron placas interocclusales, en algunos casos, solo para aliviar sintomatología aguda, en la primera parte del tratamiento.

Aconsejamos a los pacientes a ir suprimiendo el uso de medicamentos, a medida que avanzaba el tratamiento.

Consideramos los casos concluidos cuando cesaba la sintomatología en periodos siempre superiores a un mes. También realizamos controles a distancia, contando con pacientes que ya superan el año.

Durante 18 meses tratamos 29 pacientes exitosamente. Al término del tratamiento, realizamos entrevistas filmadas, en donde cada uno relató la historia clínica completa, describiendo sintomatología, exámenes, profesionales consultados y tratamientos realizados, durante los años de convalecencia.

Con base en las anamnesis y las entrevistas, elaboramos un cuadro de sintomatología, donde aparecen los porcentajes de prevalencia de cada síntoma. (Ver Cuadro de Sintomatologías)

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El examen del cuadro de resultados, nos lleva a las siguientes conclusiones;

- 1) La sintomatología cervical, asociada a brazos y manos, junto con dolores de cabeza, estaba presente en

el 90% de los pacientes tratados. Resaltamos que desaparecieron después del tratamiento dental. Lo que comprueba la existencia del síndrome MAS.

- 2) El cansancio, manifestado por 82,75% de los pacientes, viene como consecuencia de actividad muscular forzada.
- 3) Zumbidos y equilibrio, con 62% son síntomas frecuentes, y debemos incluirlos en la anamnesis.
- 4) A pesar de las desarmonías oclusales, presentes en todos los casos, solo 48%, tuvieron manifestaciones en ATM, y 28% con bruxismo.
- 5) El resto de la sintomatología solo apareció en los casos con dolor muy agudo, o contracturas musculares crónicas, con limitación de movimientos.

DISCUSION

El hombre moderno, padece frecuentemente sintomatologías crónicas en las regiones de cabeza, cuello, cintura escapular y brazos.

Tenemos así dolores en la región de cabeza, a los que la medicina llama jaquecas o migrañas. Dolores cervicales, justificados por la presencia de hernias o pico de loro (deformación de las vértebras, causada por compresión). Zumbido en los oídos; mareos y desequilibrios, diagnosticados como laberintitis. Adormecimiento o disminución de movilidad en brazos y manos, diagnosticados contracturas tensionales, o lesión por esfuerzo repetitivo LER.

Lo cierto es que las personas pasan a convivir con afecciones consideradas crónicas, y tratadas con analgésicos, antiinflamatorios y relajantes musculares, para aliviar los síntomas que ellas provocan.

La especialización de la medicina lleva a que el otorrino trate el zumbido, el traumatólogo el cuello, el neurólogo los dolores de cabeza y los ma-

reos, y el dentista de los dientes y la ATM.

El diagnóstico obtenido a través del análisis de estructuras óseas y articulares, examen pasivo (radiográfico), nos lleva a diagnosticar lesiones que consideramos irreversibles, y a pensar que son crónicas.

La medicina se ha olvidado del músculo, que es el que determina donde se va a posicionar cada estructura, y del concepto de sincronización muscular, en donde toda la musculatura trabaja asociada.

El médico examina radiografías de columna, y no palpa la musculatura, que es la que posiciona la vértebra, por lo tanto no consigue interpretar cual fue la causa que provocó la lesión, generalmente asociada a una contractura muscular.

La importancia de poder observar al paciente de forma global y funcional, nos ayudara a resolver muchas de las afecciones que se consideran crónicas. Prueba de lo que estoy afirmando es que crece cada vez más la aplicación de la fisioterapia, como terapia alternativa.

El concepto fisiológico, de sistema músculo articular superior, nos lleva a comprender la importancia de establecer equilibrio y armonía, para los músculos que lo componen.

La mandíbula, es el centro óseo móvil que comanda las funciones más importantes del sistema, fonación, masticación y deglución. Además su posición en reposo, exige la coordinación de todo el sistema muscular superior de cabeza e cuello.

Cabe al odontólogo interpretar cual es la posición funcionalmente correcta, que no provoque desarmonías en las estructuras que lo componen.

El diente funciona como FUSIBLE del sistema, ya que se desgasta. Fue así en el hombre primitivo, y es así en otras especies. Reemplazar esta estructura dentales por elementos más duros y

resistentes, es un error filosófico, que hemos cometido en la profesión.

Debemos analizar un poco más nuestros principios rehabilitadores. No es posible, que al terminar nuestros tratamientos, estemos satisfechos con haber conseguido lindas sonrisas fotográficas, pero condenadas a usar una placa interoclusal nocturna.

Interpretar a la naturaleza, y cuidar de la calidad de vida de nuestros pacientes es sin duda nuestro objetivo. Esta en nuestras manos la solución de muchas de las afecciones crónicas de cabeza, cuello y brazos. Debemos divulgar estos conocimientos para que la medicina los pueda diagnosticar como síntomas curables, y no como enfermedades crónicas.

CONCLUSION

La definición de sistema músculo-articular superior (MAS), y la influencia, que las posiciones excéntricas de la mandíbula ejercen en este, quedan claramente registradas, en el trabajo presentado en este artículo. Pacientes con síntomas dolorosos crónicos en cabeza, cuello, cintura escapular y brazos, relataron la desaparición de sus afecciones, después de ser sometidos a tratamiento odontológico de reposición mandibular.

Definimos entonces como síndrome músculo - articular superior S.MAS, a un conjunto de síntomas de cabeza, cuello, cintura escapular y brazos, provocados por una única causa, la posición excéntrica de la mandíbula.

Es importante, interpretar, como la naturaleza, resuelve nuestras necesidades funcionales, estática (equilibrio) y dinámica (fonación, deglución y masticación), para poder tratar las patologías musculares crónicas.

Cuadro de Sintomatologías

Paciente	Cervical	Dolor de cabeza	Brazos	Manos	Cansancio	Zumbido	Equilibrio	ATM	Nausea Vómito	Bruxismo	Fotofobia	Sonido	Piernas	Tiempo en años
1	*		*	*	*		*							15
2	*	*	*	*	*		*		*			*		20
3	*	*	*	*	*		*		*	*				35
4	*	*	*	*	*	*	*			*			*	18
5	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				6
6	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				9
7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			*	+15
8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			*	7
9	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				3
10	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				10
11	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				16
12	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				1
13	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				3
14	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				16
15	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		*		10
16	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				6
17	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				15
18	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				20
19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				3
20	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				33
21	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		*		4
22	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				
23	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				
24	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			*	
25	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				
26	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				14
27	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				11
28	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				
29	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				
%	93,10%	89,65%	89,65%	89,65%	82,75%	62,06%	62,06%	48,27%	34,48%	27,58%	20,68%	10,34%	10,34%	

Bibliografía:

- (1) Gelb H. e Tarte J. (1975) A two-year clinical dental evaluation of 200 cases of chronic headache: the craniocervical-mandibular syndrome. *Journal of the American Dental Association*, 12, 1230.
- (2) Rieder C. E., Martinoff J. T. e Wilcox S. A. (1983) The prevalence of mandibular dysfunction Part I: sex and age distribution of related signs and symptoms *Journal of Prosthetic Dentistry*, 50, 81.
- (3) Clark G.T., Green E. M., Dornan M.R. e Flack V.F. (1987) Craniocervical dysfunction levels in a patient sample from a temporomandibular disorders. *Journal of craniomandibular disorders: Facial and Oral Pain*, 3, 7.
- (4) Cacchiotti D.A., Plesh O., Bianchi P. e MC Neill Ch. (1991) signs and symptoms in samples with and without temporomandibular disorders. *Journal of craniomandibular disorders: Facial and Oral Pain*, 5, 167.
- (5) De Laat. A., Meuleman H. e Sterns A. (1993) relation between functional Limitations of the cervical spine and temporomandibular disorders (Abstract) *Journal of orofacial Pain*, 1, 109
- (6) Curtis A. W. (1980) Myofascial Pain-Dysfunction syndrome. The role of non masticatory muscles in 91 patients. *Otolaryngology head neck surgery*, 88, 361.
- (7) Sjaastad O., Saunte C., Hovdahl, Breivik H. e Gronbaek. E.(1983) " Cervicogenic" headache. An hypothesis. *cephalgia*, 3, 249.
- (8) Alanen P.J.e Kirveskari P.K (1984 Occupational cervicobrachial disorder and Temporomandibular joint dysfunction *Journal of craniomandibular practice*, 3, 69.
- (9) Friedman M.H. e Weisberg J. (1985) Temporomandibular joint disorders, diagnosis and treatment, quintessence publishing Co., Chicago.
- (10) Bärtschi-Rochaix W. (1986) headache of cervical origin. In: *Hand book of clinical neurology*, Vol 5 headache and cranial neuralgias, pp. 192-203 (editado por Vinken P.J. and Bruyn G.W.) North Holland Publ. Co. , Amsterdam.
- (11) Bogduk N. e Marsland A. (1986) On the concept of third occipital headache. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 49, 775.
- (11) Bogduk N. e Marsland A. (1988) The Cervical Zygapophysial. Joints as a Source of Neck Pain. *Spine*, 13, 610.
- (12) Pfaffenrath V. Dandekar R. e Pollman W.(1987) cervicogenic Headache - the Clinical picture, radiological Findings and Hypotheses on ltes Pathophysiology. *Headache*, 27, 495.
- (13) Kirveskari P., Alanen P., Karskela V., Kaitaniemi P., Holtari M., Virtanen T. e Laine M. (1988) Association of functional state of stomatognathic system with mobility of cervical spine and neck muscle tenderness *Acta Odontologica Scandinavica*, 46, 281.
- (14) Ehni G. e Benner B. (1984) Occipital neuralgia and the C1 2 arthrosis syndrome. *Journal of Neurosurgery*, 61, 961
- (15) Simons D. G. e Travell J. G. (1989) Myofascial pain syndromes. In: *Textbook of pain* (editado por Wall P.D. and Melzack R.) Churchill Livingstone London. pp. 368-385.
- (16) Aprill C., Dwyer A. e Bogduk N. (1990) cervical zygapophyseal joint pain patterns II: a clinical evaluation. *Spine*, 15, 458.
- (17) Star M. J., Curd J. G. e Thorne R. P. (1992) Atlanto-axial lateral mass osteoarthritis a frequently overlooked cause of severe occipitocervical pain, *Spine*, 17, 571.
- (18) Dreyfuss P., Michaelsen M. e Fletcher D. (1994) Atlanto-Occipital and Lateral Adanto-Axial Joint Pain Patterns. *Spine* 19, 1125. De Leeuw J.R.J. (1993) Psychosocial Aspects and Symptom Characteristics of craniomandibular Dysfunction PhD dissertation, Utrecht University, The Netherlands.

ALAO - SPCH



La Academia Latinoamericana de Oseointegración, ALAO y la Sociedad de Periodoncia de Chile, SPCH, firmaron un acuerdo de reciprocidad por el cual los miembros de la SPCH con su membresía al día, podrán concurrir a los eventos organizados por ALAO en todo Latinoamérica abonando el costo diferencial como si fuesen miembros de nuestra Academia y viceversa para los miembros de ALAO para con los eventos organizados por la SPCH.

Ambas instituciones tendremos un link en nuestra página web que permita acceder a la de la otra, para tener de esta manera un acceso más fluido a las actividades que estemos programando.

Los miembros de la SPCH tendrán acceso a PILARES on line, pudiendo enviar artículos que luego de tener la aprobación del Comité Científico de la revista, saldrán publicados en la misma.

La Academia Latino Americana de Oseointegración, pretende de esta forma, ahondar los lazos de comunicación entre todos los miembros de entidades afines y de reconocida trayectoria de nuestra profesión.

ALAO - SPROCh



Sociedad de Prótesis y
Rehabilitación Oral
de Chile

La Academia Latinoamericana de Oseointegración, ALAO y la Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile, SPROCh, firmaron un acuerdo de reciprocidad por el cual se Otorga a Miembros de ALAO similares condiciones que los miembros Sproch en cuanto a los aranceles de actividades, cursos, congresos y demás actividades académicas, y lo mismo sucederá para los miembros SPROCh, en caso de asistir a eventos de ALAO.

Ambas instituciones tendremos un link en nuestra página web que permita acceder a la de la otra, para mantener un acceso más fluido a las actividades que se estén organizando.

Los miembros de la SPROCh tendrán acceso a PILARES on line, pudiendo enviar artículos que luego de tener la aprobación del Comité Científico de la revista, podrán ser publicados en la misma, lo mismo sucederá con los Socios ALAO respecto a la Revista PIRO

Ambas partes esperamos que éste sea el comienzo de una fructífera relación de intercambio y cooperación, tan necesarios entre instituciones y países con tanto potencial científico.