

# La opinión del experto

## Dr. Juan Manuel Prieto Setién

Experto en Dolor Orofacial y próximo presidente de SEDCYDO

“El problema fundamental en la valoración y el manejo de los TTM y del DOF por el dentista general radica en la falta de formación adecuada”



El doctor Juan Manuel Prieto Setién será el próximo presidente de la Sociedad Española de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial (SEDCYDO). Como experto en este tipo de patologías, reconoce las dificultades que tienen los dentistas de hoy para manejar y tratar a los pacientes que las sufren, ya sea por la falta de una completa formación en el grado o por las carencias que siguen existiendo en la coordinación de los odontólogos con otros profesionales sanitarios.

**¿Qué son y que incidencia tienen los trastornos temporomandibulares y el dolor orofacial en la población mundial? ¿Qué dificultades tienen los dentistas para su diagnóstico y tratamiento?**

Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial son términos genéricos o hiperónimos que engloban varias condiciones clínicas específicas.

Los trastornos temporomandibulares (TTM) abarcan un grupo de afecciones musculoesqueléticas que involucran a las ATM, los músculos masticatorios y estructuras asociadas. Son el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos,

biomecánicos, psicológicos y sociales que pueden comprometer seriamente la calidad de vida de quienes los padecen. Los TTM son un importante problema de salud pública que afecta aproximadamente al 5-15 % de la población general en EEUU. Y se considera la principal causa de dolor no odontogénico en el área orofacial. El ensayo prospectivo OPPERA sobre TTM dolorosos de primera aparición encontró una incidencia anual del 4 %. El Dolor orofacial (DOF) es la disciplina odontológica que abarca el diagnóstico, manejo y tratamiento de los trastornos dolorosos de la mandíbula, la boca, la cara y las regiones asociadas. Es una condición prevalente y debilitante con importante impacto social y económico. Resulta complicado establecer la prevalencia y/o incidencia del DOF debido a los numerosos tipos y subtipos de patologías que abarca. Recientemente se realizó en la Universidad de Washington una rigurosa revisión sistemática y metanálisis de la prevalencia e incidencia del dolor orofacial, tomando en cuenta 12 categorías del mismo, incluyendo dolor dental. La prevalencia media de DOF fue de 32,2 % y la tasa de incidencia fue del 2,1% anual.

El problema fundamental en la valoración y el manejo de los TTM y del DOF por el dentista general radica, en la mayoría de los casos, en la falta de formación adecuada sobre los sistemas de clasificación, mecanismos y manejo del dolor con un enfoque contemporáneo y basado en la mejor evidencia científica disponible, lo que puede provocar retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento apropiado.

Los TTM a menudo remiten, se autolimitan o fluctúan en el tiempo y raramente resultan en condiciones incapacitantes, por lo que se debe tener precaución antes de realizar tratamientos invasivos e irreversibles que generalmente resultan innecesarios, extensos, costosos y que en algunos casos pueden llevar a complicaciones iatrogénicas que pueden empeorar el cuadro. Para tratar pacientes con casos complejos y/o crónicos de DOF se requiere una formación exhaustiva y prolongada, además de amplia experiencia clínica.

**¿El dolor orofacial, los trastornos temporomandibulares y la Medicina Dental del Sueño son ámbitos que exigen colaboración dentista-médico? ¿Cómo debería ser una relación fluida entre las diferentes profesiones sanitarias?**

Efectivamente, los TTM y el DOF generalmente se asocian con la odontología, aunque la evidencia nos confirma que son condiciones médicas complejas, mejor atendidas a través de un equipo multidisciplinar coordinado de profesionales sanitarios para un abordaje conjunto.

Es necesaria una mayor integración e interacción entre la Medicina y la Odontología. En España la brecha entre la atención médica y dental es muy amplia y este distanciamiento afecta

seriamente a los sistemas de asistencia, la formación y genera una evidente falta de coordinación interprofesional.

La percepción que tiene la profesión dental y otras profesiones sanitarias sobre los TTM difieren mucho entre sí.

Un número elevado de pacientes se quejan de que existe una falta de coordinación entre los profesionales sanitarios y perciben que la mayoría de ellos no están familiarizados con estas patologías, que en un alto porcentaje tienen un impacto negativo en la calidad de vida, especialmente en procesos crónicos, y que cuando fracasa el tratamiento no saben a dónde remitir a los pacientes para la valoración y el manejo adecuado.

En este sentido, también hay que apuntar que los dentistas deben trabajar coordinadamente con los médicos del sueño para consensuar el mejor tratamiento para cada paciente. Un gran paso adelante ha sido la certificación de Experto en Medicina Dental del Sueño de la Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño (FESMES). De esta manera, los médicos tienen la posibilidad de localizar en el territorio nacional dentistas cualificados y certificados para una adecuada derivación y colaboración para el manejo de los trastornos respiratorios del sueño.

Es muy importante que los dentistas desarrollen habilidades para la comunicación fluida con otros profesionales sanitarios, ya sea por vía escrita, telefónica, telemática, etc., que fomente una comunicación interprofesional más eficaz.

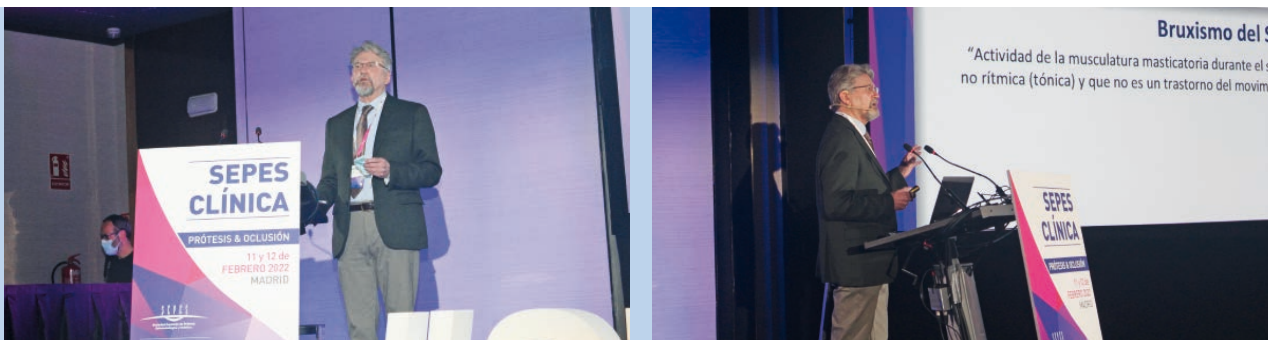
“ Los TTM son un importante problema de salud pública que afecta aproximadamente al 5-15 % de la población general en EE.UU. Y se considera la principal causa de dolor no odontogénico en el área orofacial ”

**En la pasada edición de SEPES Clínica usted habló sobre el bruxismo y su relación con los trastornos temporomandibulares y la oclusión. ¿La evidencia científica deja clara su etiología multifactorial?**

Sí. El bruxismo del sueño (BS) tiene una etiología multifactorial que involucra procesos fisiológicos multisistémicos complejos. Existen algunos indicadores de riesgo importantes, como la historia de BS durante la infancia, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), apnea obstructiva del sueño (AOS) y polimorfismos genéticos, así como estrés emocional, trastornos de ansiedad, consumo de tabaco, café, alcohol o medicamentos como los anti-depresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina entre otros. Es importante destacar que la etiopatogenia del BS está mediada por mecanismos centrales y no periféricos.

El bruxismo de vigilia (BV) se asocia principalmente a factores psicosociales, sobre todo en personas con ansiedad-rasgo o mayor sensibilidad al estrés.

## La opinión del experto |



El Dr. Prieto Setién participó recientemente en la jornada SEPEs Clínica-SEDCYDO exponiendo cómo actuar ante el bruxismo.

### ¿Qué puede y debe hacer el dentista ante un paciente bruxista? ¿Es una patología que todos los dentistas deberían conocer cómo tratar?

Ante la sospecha de un paciente con bruxismo, el dentista debe realizar una historia clínica con una anamnesis detallada que incluya el estado general de salud, autorreportes, cuestionarios, evaluación clínica de los dientes, tejidos intraorales, ATM y musculatura masticatoria, así como la evaluación de los posibles factores etiológicos y de riesgo. Algunos dispositivos portátiles para el registro de la actividad electromiográfica de la musculatura masticatoria pueden ser útiles para evaluar y monitorizar el BS y el BV.

El desgaste dental no debe utilizarse como único criterio diagnóstico de bruxismo del sueño, pero si está presente se deben valorar todas las comorbilidades en relación a los trastornos respiratorios del sueño (TRS).

Si no se cuenta con los conocimientos o los medios necesarios, se debería derivar al paciente a un dentista experto en DOF o en MDS.

En pacientes adultos sanos que reportan apretamiento y/o rechinar dentario durante el sueño y en ausencia de otras quejas, hay que efectuar un seguimiento; así como educación, autocuidados y relajación. Eventualmente, se prescribirán medidas preventivas del daño dental con una férula de descarga. Si el BS ocurre en pacientes con reportes de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, insomnio, ERGE, ronquido y sospecha de AOS, se debe derivar preferentemente al médico del sueño o al neumólogo. En caso de AOS confirmado, habrá que consensuar con el médico la utilización de un dispositivo de avance mandibular (DAM).

Se debe tener precaución al prescribir una férula de descarga en pacientes con BS y/o TTM y concomitante TRS, ya que en algunos casos se podría agravar el TRS existente.

El manejo del bruxismo requiere un enfoque personalizado, multidisciplinar y coordinado para el manejo de las posibles consecuencias clínicas odontológicas y/o las condiciones mé-

dicas subyacentes. El bruxismo no es una patología ni un trastorno *per se*, es un comportamiento.

En la actualidad, no existen tratamientos que puedan eliminar el BS de forma completa y definitiva.

Los dentistas deben adquirir conocimientos actualizados sobre Medicina del Sueño para identificar posibles TRS.

“El bruxismo es mucho más que apretar o rechinar los dientes. Es un asunto de neurociencia”, afirma la Dra. Claudia Restrepo.

### En estos momentos, ¿hacia dónde se dirige la investigación en materia de trastornos temporomandibulares y dolor orofacial?

Algunas de las líneas de investigación en TTM y DOF están dirigidas hacia estudios en epidemiología, fisiopatología, bioingeniería, biomecánica, medicina regenerativa, neurobiología, genética molecular, biomarcadores, farmacogenética, farmacogenómica y otras ciencias ómicas, e identificación de nuevas dianas terapéuticas y nuevos modelos animales, así como en nuevos estudios de neuroimagen y profundizar en el papel de los factores psicosociales en el establecimiento y la progresión de los TTM.

### ¿En el grado universitario se concede a los trastornos temporomandibulares, el dolor orofacial o la Medicina Dental del Sueño la importancia que merecen?

Rotundamente no, ya que actualmente en España es muy escasa la atención que se presta a estas relevantes disciplinas en los planes de estudios universitarios.

Ante la carencia de dentistas debidamente formados, se enfatiza la necesidad de aumentar, mejorar y actualizar los contenidos en DOF, TTM y MDS en el currículo universitario de pregrado y en los programas de posgrado basados en la evidencia científica de calidad, tanto en el ámbito público como en el privado, lo cual redundará en una formación adecuada de clínicos, investigadores y docentes y, lo más importante, una mejor atención a los pacientes afectados por estas patologías.