



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Lic. En Kinesiología Y Fisiatría

Trabajo final

**“INCIDENCIA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR DE
LA POBLACION DE LA CAPITAL DE LA RIOJA.”**

Autora: Bazán Carrizo Natalia Alejandra

Asesora Metodológica: Lic. María Ernestina Cubilo.

Asesor Temático: Lic. Álvaro Canavesi.

.....

Firma del autor.

.....

Firma del asesor.

LA RIOJA 2014

“NO HAY ARBOL BUENO QUE PUEDA DAR FRUTO MALO; NI ARBOL MALO QUE PUEDA DAR FRUTO BUENO. CADA ARBOL SE CONOCE POR SU FRUTO.”

(LUCAS 6:43)

Fecha:..../..../.....

Defensa

Oral:.....

Nota.....

Miembros del tribunal examinador:

.....
.....
.....
.....

.....

Firma coordinador/a de carrera

.....

firma coordinador/a adjunto de carrera

.....

Firma miembro invitado

.....

firma del alumno/a

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi gran amigo, mi Padre y mi protector, la fuerza para enfrentar la vida y la luz que me guío en este camino y ayudo a no bajar los brazos y tener fe de mi misma; a el que nunca me dejo sola en ningún momento, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente; por llenar mi vida de aprendizajes, dichas y bendiciones, así como también por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y mi compañía.

A mis padres Tina y Luis que con todo cariño, amor y esfuerzo me dieron la oportunidad de estudiar , hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando más lo necesitaba, a ustedes por siempre mi corazón y agradecimiento.

A mi tesoro, mi ahijado Geremias por darme una sonrisa y todo su amor siempre sin pedirme nada a cambio.

A mi hermana Eugenia y toda mi familia por sus oraciones y el aliento que me dieron para seguir adelante.

A mi tío Jorge por brindar su conocimiento y ayudarme en cada momento de mi carrera.

A mi novio José Carlos Storniolo y compañero de carrera que me acompañó en esta última etapa de estudiante, que con su amor incondicional las cosas no fueron tan difíciles y hoy podemos disfrutar juntos de este esfuerzo.

A la familia de mi novio por acompañarme y contenerme en cada momento.

A mi amiga Lic. Ivón quinteros por regalarme de su tiempo, ayudarme y guiarme en cada momento con la preparación de mi trabajo final.

A mis compañeras de estudio que en ellas encontré unas grandes personas y amigas, que siempre unidas estuvimos hasta el final.

A la Dra. Marcela Recanatti y al Dr. Pablo Combina de la Vega que me prestaron material bibliográfico y me permitieron trabajar con sus pacientes para la recolección de datos.

Al Lic. Álvaro Canavesi por aceptar desde el primer momento ser mi tutor de tesis.

Finalmente a todas las personas que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño esta tesis se la dedico a ustedes:

RESUMEN

La luxación de la articulación temporomandibular limita la movilidad de la boca y por ende la funcionalidad de la persona afectada. **Los objetivos se basan en:** Determinar la prevalencia de la luxación temporomandibular de la población de la Capital De La Rioja. Se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional de corte transversal, donde se trabajó con kinesiólogos y pacientes que asisten a consultorios odontológicos, la recolección de datos se realizó mediante encuestas en la provincia de La Rioja Capital. **Resultados:** el 82,5% de los kinesiólogos poseen conocimiento sobre la luxación de ATM. El 67,5 % no realiza tratamiento a pacientes con luxación de ATM. El 53,3% (32) de los pacientes fueron de sexo femenino. El 60,0% (36) no han recibido tratamiento kinésico. La luxación temporomandibular en la Capital de La Rioja es una lesión que ocurre muy frecuentemente, donde un alto porcentaje de los afectados no asiste a tratamiento kinésico debido a la falta de kinesiólogos que se dediquen a la rehabilitación de esta afección, la cual es muy importante para una mejor calidad de vida de estos pacientes.

Palabras claves: ATM, luxación, dislocación, Articulación Temporomandibular.

ABSTRACT

Dislocation of the temporomandibular joint limits mobility of the mouth and therefore the functionality of the affected person. **The objectives are based on:** To determine the prevalence of temporomandibular dislocation of the population of the Capital De La Rioja. An observational descriptive cross-sectional, where I was working with physical therapists and patients attending dental offices, data collection was conducted through surveys in the province of La Rioja Capital was conducted. **Results:** 82.5% of chiropractors are knowledgeable about TMJ dislocation. 67.5% did not treat patients with TMJ dislocation. 53.3% (32) of the patients were female. 60.0% (36) did not receive physiotherapy treatment. The temporomandibular dislocation in the capital of La Rioja is an injury that occurs very frequently, where a high percentage of those affected do not attend physiotherapy treatment due to lack of physical therapists who are dedicated to the rehabilitation of this condition, which is very important for a better quality of life for these patients.

Keywords: Temporomandibular Disorders, Signs, Symptoms, Temporomandibular Joint.

INTRODUCCIÓN

La luxación representa el 3% de la patología de la ATM. En la actualidad existen cientos de referencias a lesiones que los golpes o traumas pueden producir en la articulación temporomandibular. Estos pueden ser directos, es decir, cuando son aplicados sobre dicha articulación o sobre distintas partes de la mandíbula, o indirectos, cuando producen el desplazamiento brusco de la mandíbula, aparejando lesiones articulares. Un ejemplo clásico de este desplazamiento es el producido en accidentes automovilísticos, tales como el choque cuando el vehículo se encuentra detenido; o en los casos en que este se vuelca.

PLANTEO DEL PROBLEMA

Entre las patologías del Aparato Estomatognático la luxación tempormandibular, desarrollan una serie de signos y síntomas que ocasionan en un alto número de personas trastornos y dolor. En consecuencia se debe considerar que pueden producir: limitación de los movimientos de la mandíbula, ruidos articulares, dolor, ya sea muscular, articular o ambos a la vez. El trabajo multidisciplinario entre kinesiólogos y odontólogos es muy importante es esta lesión, lo cual lleva a una mejor recuperación del paciente que presenta dicha alteración.

JUSTIFICACIÓN

En el año 2012, en cuba se realizaron investigaciones sobre los trastornos temporomandibulares, donde los resultados fueron el 40,70 % de adultos mayores presentaron afectación en la ATM. Los ruidos articulares fue el síntoma con mayor predominio en todos los grupos en etarios (76,08%), afectando al 82,35% de los hombres y al 72,41% de las mujeres. Seguido por dolor muscular que se manifestó en el 52,17% de los afectados, con mayor porcentaje en mujeres (58,62%) que en hombres (41,17%). La dificultad para realizar los movimientos de abertura y cierre se detectó en el 28,26% de los afectados con mayor prevalencia en el sexo femenino (34,48%) que en masculino (17,14%). Con la realización del siguiente trabajo se buscará investigar la incidencia de luxación temporomandibular de la población de la Capital de La Rioja, ya que es una alteración muy importante y posee un papel fundamental en las funciones básicas de la vida diaria, lo que su alteración puede llegar a ser muy incapacitante y comprometer en gran medida la calidad de vida del paciente y así fomentar el trabajo multidisciplinario entre kinesiólogos y odontólogos.

MARCO TEÓRICO

ANATOMIA

La articulación temporomandibular (ATM) humana; sinovial y bicondilea; es un conjunto de estructuras que permite la relación anatómica y funcional entre el hueso temporal y la mandíbula. Esta articulación permite realizar los movimientos mandibulares y las funciones del sistema estomatógnico (Matamala; Fuentes; Ceballos; 2006). La articulación temporomandibular, anatómicamente es una articulación diartrodial, compuesta por el hueso temporal y mandibular, junto a una estructura fibrosa densa especializado, un disco articular, ligamentos y asociada a numerosos músculos. Es una articulación sinovial, recubierta internamente por una membrana que secreta fluido, el cual actúa como lubricante y suministra las necesidades metabólicas y nutricionales a las estructuras articulares internas no vascularizadas. Funcionalmente, es una articulación compuesta integrada por cuatro superficies articulares: las facetas articulares del hueso temporal y del cóndilo mandibular; y las superficies superior e inferior del disco articular. Este divide a la articulación en dos compartimientos, el inferior que permite movimientos de rotación, de aquí el nombre de articulación ginglimoide y el superior que permite movimientos de traslación, por lo tanto es una articulación artrodial- entonces, la ATM es denominada ginglimoartrodial (Peterson´s; 2004).

BIOMECANICA

Los movimientos de la mandíbula en la articulación temporomandibular son:

- **Elevación** (cierran la mandíbula): temporal (porción vertical anterior), masetero y pterigoideo medial.
- **Descenso** (abren la mandíbula): pterigoideo lateral y músculos suprahioideo e infrahioideo.
- **Protrusión** (protruye el mentón): masetero, pterigoideo lateral, pterigoideo medial.
- **Retrusión** (hacen retroceder el mentón): temporal (porción horizontal posterior) y masetero.
- **Movimientos laterales** (tritución y masticación): temporal del mismo lado. Pterigoideos del lado opuesto y masetero.

Los principales ligamentos con los que cuenta la articulación son:

- **Ligamento temporomandibular** que se sitúa desde la apófisis cigomática del hueso temporal y tubérculo articular hasta la cara lateral del cuello mandibular. Se encarga de limitar el descenso, retropulsión y diducción mandibular, además de reforzar la porción lateral de la cápsula articular.
- **Ligamento esfenomaxilar** que se sitúa desde la espina del hueso esfenoides hasta la línula en la cara lateral de la mandíbula y se encarga de mantener el cóndilo, el disco y el hueso temporal en íntimo contacto, además limita la propulsión excesiva de la mandíbula.

- **Ligamento estilomaxilar** que se sitúa desde la apófisis estiloides del hueso temporal hasta el ángulo de la mandíbula. Se encarga de separar las glandulas salivares parótida y submandibular, mantiene el cóndilo, disco y el hueso temporal en contacto.

Los movimientos de la articulación temporomandibular están controlados por músculos, entre los que resaltan:

- **Músculo masetero** que se origina en el arco zigomático y se inserta en la apófisis coronoides de la mandíbula, Se encarga de la elevación de la mandíbula y aprieta los dientes.
- **Músculo temporal** que se origina en la fosa temporal y se inserta en la apófisis coronoides y rama anterior de la mandíbula, Se encarga de elevar y retraer la mandíbula al mover el maxilar hacia el mismo lado de la masticación de la comida.
- **Músculo pterigoideo lateral** que se origina en el ala mayor del esfenoides y fosa pterigoidea lateral y se inserta en el cuello del maxilar y cartílago articular; cuando se contrae bilateralmente protruye y deprime la mandíbula, cuando se contrae unilateralmente de forma alternada produce movimientos laterales de mandíbula.
- **Músculo pterigoideo medial** que se origina en la superficie medial de la fosa pterigoidea lateral y tuberosidad del maxilar y se inserta en la superficie medial de la mandíbula, cerca del ángulo; Ayuda a elevar la mandíbula, si se contrae bilateralmente ayuda a la protrusión, si se contrae unilateralmente protruye el mismo lado, si se contrae alternadamente produce movimientos de trituración al comer.
- **El músculo digástrico** permite el descenso de la mandíbula con ayuda de la gravedad.
- **Los músculos cervicales** están íntimamente relacionados con la articulación temporomandibular de manera funcional.

Para Valencia (2007); la función de la articulación temporomandibular se ve afectada por patologías ocasionadas por diversas causas, entre las cuales resaltan la incongruencia articular que la predispone a desequilibrios y el desbalance muscular. Destaca entre las alteraciones más comunes:

- Síndrome de la articulación temporomandibular.
- Fracturas.
- Luxaciones.
- Bruxismo.
- Artritis.

LUXACIÓN

Gay y Col. (1999); define a la luxación como la pérdida de relación entre los componentes de una articulación no autoreducible.

LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Se define como la separación completa de las superficies articulares, situándose casi siempre el cóndilo por delante de la eminencia. La mayoría no requiere tratamiento hospitalario y el mismo paciente reduce la luxación con un movimiento mandibular, en este caso se denomina subluxación mandibular, siendo la hipermovilidad articular una excesiva traslocación sin clínica. En caso de no poderse autoreducir se denominará luxación mandibular, la cual puede ser aguda (dura minutos u horas), mantenida (menos de 3 meses) o crónica si la evolución es de más de 3 meses de duración (suele darse en casos de adultos desdentados). Dentro de esta entidad, la susceptible de tratamiento quirúrgico es la denominada luxación crónica recidivante (LCR), y el momento de la intervención depende del número de ocasiones en que la luxación irreductible se produce.

La luxación temporomandibular es una pérdida de congruencia entre el disco y el cóndilo y que notamos un ruido, como un click o ruido similar, que, al estar la articulación cerca del oído, se escucha perfectamente, en ocasiones puede aparecer acompañado de bloqueo articular, chasquido, dolor, que dificultan la apertura o cierre mandibular, que es compatible con un tratamiento de fisioterapia. Lo más normal es que ese ruido no desaparezca, aunque cuando es un “sonido limpio”; solo el click o ruido, puede disminuir o no percibirlo, ya que el disco, se adapta a la nueva situación de luxación; normalmente luxación anterior. Es lo que llamamos luxación discal sin reducción. En otros casos, es un “ruido sucio”, como si hubiera arenilla, ya que se está produciendo un proceso degenerativo en la articulación, con afectación del cóndilo, en este caso, es importante acudir al odontólogo. Estos traumas pueden producir daños o lesiones en los tejidos duros, en los tejidos blandos o en ambos. Las lesiones en los tejidos blandos pueden clasificarse en lesiones de los ligamentos, disco o de ambos.

Se denomina lesión del disco articular a aquellas que implican alteraciones en la estructura del disco articular, este puede ser desplazado, perforarse o estallar por la acción del trauma. Un disco desplazado es cuando se produce el desplazamiento del disco, de forma temporaria o permanente, por efecto de una lesión o simplemente, una distensión de los ligamentos (crónica o aguda, según su duración).

Las lesiones ligamentosas al igual que lo que con cualquier otra articulación, son los responsables del desplazamiento del disco articular y su reubicación. A pesar de ello, durante muchos años se han relacionado con luxación anterior del disco articular. Los ligamentos pueden ser entonces distendidos parcial o totalmente y amputados por acción de un trauma. Esta lesión genera un desplazamiento secundario del disco articular.

CLASIFICACION DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR:

1. Luxación anterior bloqueada bilateral:

Presenta una hiperlaxitud ligamentaria. Esta lesión puede ser consecutiva a un movimiento de apertura de la boca (bostezo o convulsiones) o a un traumatismo (choque sobre el mentón, laringoscopia, etc.). Existe una laxitud o desgarr capsulo ligamentario que permite el salto del cóndilo mandibular hacia delante de la protuberancia del temporal. Dicha laxitud favorece un desplazamiento hacia adelante del menisco más importante de lo normal.

2. Luxación anterior bloqueada unilateral:

Más rara que la anterior; pero con el mismo mecanismo: la barbilla esta desviada hacia el lado sano.

3. Luxación posterior:

Se acompaña de una fractura del hueso temporal; aunque algunos autores admiten su existencia sin fractura. El cóndilo mandibular se palpa del tragus.

4. Luxación interna:

Se puede producir después de una fractura de la mandíbula.

5. Luxaciones recidivantes:

Se puede producir luxación recidivante con traumatismos mínimos o al bostezar o descender con fuerza la mandibular.

Las luxaciones crónicas recidivantes hay distensión capsular y ligamentosa y el propio paciente aprende a reducir su luxación.

CAUSAS:

- Bruxismo
- Hábitos neuróticos
- Osteoartrosis
- Hiperlaxitud ligamentosa
- Traumatismos.

SÍNTOMAS:

- Mordida que se siente "fuera de su sitio" o torcida.
- Mandíbula que puede protruir hacia adelante.
- Dolor en la cara o en la mandíbula, localizado delante de la oreja del lado afectado, y que empeora con el movimiento.
- mala alineación dentaria.
- Chasquido articular.
- Resalto articular.
- Bloqueo en la abertura o cierre.

TRATAMIENTO FISIOKINÉSICO

La fisioterapia cumple un papel vital en el tratamiento de estas alteraciones al buscar mantener, optimizar y potencializar el movimiento de la articulación temporo mandibular.

Lo realiza por medio de técnicas para modular el dolor, aumentar la movilidad articular, reequilibrar la fuerza de los músculos y principalmente, para recuperar la funcionalidad de las personas afectadas optimizando de esta forma su estilo de vida. El tratamiento consiste en la reducción por manipulación de la articulación, en la reeducación y rehabilitación por parte del kinesiólogo tratando de fortalecer los músculos elevadores y sobre todo, las fibras posteriores del músculo temporal que sirve de rienda para evitar el movimiento de translación exagerada del cóndilo, causa de luxación. La fisioterapia maxilofacial se basa en los principios generales y en los métodos clásicos de rehabilitación muscular y articular. Es importante la transmisión de una buena explicación por parte del profesional y sobre todo, una buena comprensión y colaboración por parte del paciente, que deberá repetir los ejercicios varias veces al día; la relación terapeuta-paciente es primordial. Los objetivos del tratamiento fisioterápico consisten en restablecer la función normal del complejo articular temporomandibular, la morfología y el aspecto estético de la cara y el cuello, y el equilibrio de los músculos que intervienen en la movilidad de la cara, la lengua, la mandíbula y de la columna cervical. Para conseguir estos objetivos es preciso:

- Mejorar el trofismo local.
- Flexibilizar los elementos periarticulares.
- Recuperar las aptitudes articulares y fisiología muscular.

TÉCNICAS:

Masajes: Este es el primer contacto que tiene el fisioterapeuta y que le permite, a través de la palpación, evaluar la extensión de las zonas dolorosas y de contracturas.

Termoterapia: Es un complemento del masaje y contribuye a la relajación y calentamiento de las regiones a tratar; puede ser:

- Calor seco en forma de infrarrojos, protegiendo los ojos con algodones húmedos.
- Calor húmedo en forma de compresas con agua caliente.
- Aplicación de compresas de parafina y almohadilla termógenas sobre las zonas dolorosas articulares y musculares.

Ultrasonoterapia: La aplicación del ultrasonido mejora la vascularización, alivia el dolor, Calienta en profundidad y evita la formación de fibrosis. Los ultrasonidos se aplican de forma pulsátil y con cabezal pequeño.

Electroterapia: La aplicación de electroterapia tiene un objetivo principalmente antialgico, por lo que utilizaremos en TENS con una frecuencia de 120HZ durante 15 min. La electroterapia y la aplicación del ultrasonido no se utilizaran cuando exista material de osteosíntesis ni sobre material de reconstrucción protésica mandibular.

OBJETIVOS

- **Objetivo General:**

Determinar la prevalencia de la luxación temporomandibular de la población de la Capital De La Rioja.

- **Objetivos Específicos:**

- ✓ Identificar los síntomas mas frecuentes en pacientes con luxación temporomandibular.
- ✓ Identificar la prevalencia de luxación temporomandibular por sexo.
- ✓ Investigar la presencia de luxación temporomandibular en pacientes por edades.
- ✓ Establecer cuál es la causa más frecuente que afectan a los pacientes con luxación temporomandibular.
- ✓ Investigar la prevalencia de pacientes odontológicos con luxación temporomandibular que realizan tratamiento kinésico.
- ✓ Investigar el porcentaje de Lic. en kinesiología que poseen conocimiento sobre la luxación temporomandibular.
- ✓ Investigar la incidencia de Lic. en kinesiología que se dedican al tratamiento de pacientes con luxación temporomandibular.
- ✓ Identificar que tratamiento es el más utilizado por los kinesiólogos en la luxación temporomandibular.

DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizo un estudio de tipo descriptivo observacional de corte transversal, donde se trabajo con Lic. En kinesiología y con pacientes que asisten a consultorios odontológicos de la ciudad de La Rioja; la recolección de datos se realizo mediante encuestas; una vez recaudada la información se procesara la misma y se darán a conocer los resultados de dicha investigación.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

- 100 pacientes de consultorios odontológicos de la ciudad de La Rioja.
- 300 Lic. en kinesiología de la ciudad de La Rioja.

Se tomo una muestra de 60 pacientes odontológicos que presentan luxación temporomandibular y 40 Lic. En kinesiología.

CRITERIO DE INCLUSION: pacientes que sufren luxación de la articulación temporomandibular y que asisten a consultorios odontológicos privados durante el año 2014 ambos sexo entre 18 y 69 años de edad; Lic. En kinesiología que realizan tratamiento kinésico en luxación temporomandibular y Lic. En kinesiología que no realizan tratamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: pacientes que no sufrieron luxación temporomandibular, pacientes q no pertenezcan a institutos odontológicos privados. Pacientes menores a 18 años de edad y mayores de 70 años de edad; pacientes que se realizan tratamiento kinésico y odontológico en años anteriores.

VARIABLES DE ESTUDIO:

- Edad.
- Sexo.
- síntomas.
- Causas.
- Pacientes odontológicos que realizan tratamiento kinésico.
- Conocimiento de luxación temporomandibular por licenciados en kinesiología.
- Lic. en kinesiología que realizan tratamiento de luxación temporomandibular.
- Tratamiento kinésico.

RESULTADOS

TRATAMIENTO DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR POR KINESIÓLOGOS DE LA CAPITAL DE LA RIOJA.

Se realizaron entrevistas a 40 profesionales (Lic. En kinesiología y fisioterapia) de la capital de La Rioja. Los resultados de esta investigación fueron relevantes mostrando que el 82,5% (33) de los kinesiólogos entrevistados poseen conocimiento sobre la luxación temporomandibular y el 17,5 % (7) no. **(Ver grafico n°1 anexo 5). Fuente: propia a partir de los datos la investigación.**

Cuadro N° 1: Porcentaje de kinesiólogos según su conocimiento de luxación temporomandibular.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos SI	33	82,5%
NO	7	17,5%
Total	40	100,0%

Fuente: propia a partir de los datos de la investigación.

En esta investigación se observó que el 67,5 % (27) de los kinesiólogos no realiza tratamiento a pacientes con luxación temporomandibular. (Ver **tabla y grafico N°2 anexo 5**). Un 17,5 % (7) emplean como tratamiento masoterapia siendo la más utilizada por ellos, el 10 % (4) fisioterapia, un 7,5 % (3) movilización y solo el 5%(2) de los kinesiólogos aplica drenaje linfático y Reeducción postural (2) (**grafico N° 3 anexo 6**). Fuente: propia a partir de los datos la investigación.

Cuadro N°3: Cantidad de kinesiólogos según el tipo de tratamiento más utilizado para la rehabilitación de luxación temporomandibular.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Masoterapia	7	17,5%
Fisioterapia	4	10,0%
R.P.G	2	5,0%
Movilización	3	7,5%
Drenaje linfático	2	5,0%
Ninguno	22	55,0%
Total	40	100,0%

Fuente: propia a partir de los datos la investigación.

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

Por otro lado se realizaron 60 entrevistas a pacientes de centros odontológicos privados, que padecen luxación de la articulación temporomandibular. Las estadísticas demostraron que 53,3% (32) se da el sexo femenino. La edad más frecuente se mostro entre los 60 a

69 años representando el 15,0% (9) de la totalidad. (Ver tabla N°4 anexo 6). Fuente: propia a partir de los datos la investigación.

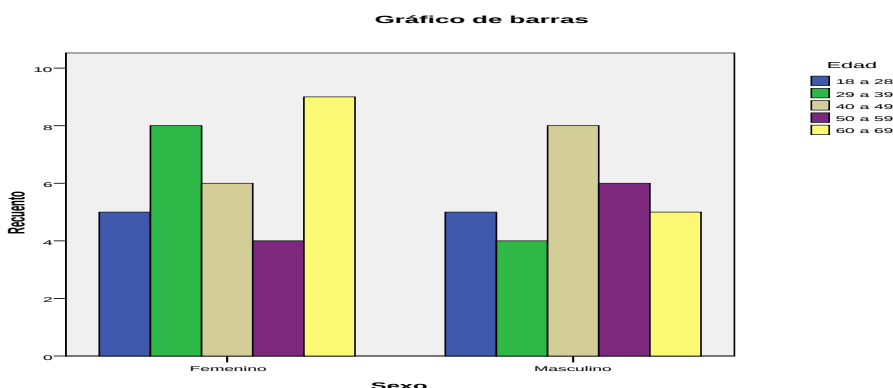


Grafico N°4: Edad y sexo de pacientes con luxación temporomandibular.

Fuente: propia a partir de los datos de la investigación.

Entre las causas que producen este tipo de lesión podemos destacar al traumatismo con un 26,7% (16), bruxismo un 23,3% (14), 15,0% (9) para estrés e hiperlaxitud articular (9) y un 10,0%(6) desdentamiento y osteoartritis (6). (Ver tabla N°5 anexo 7). Fuente: propia a partir de los datos la investigación.

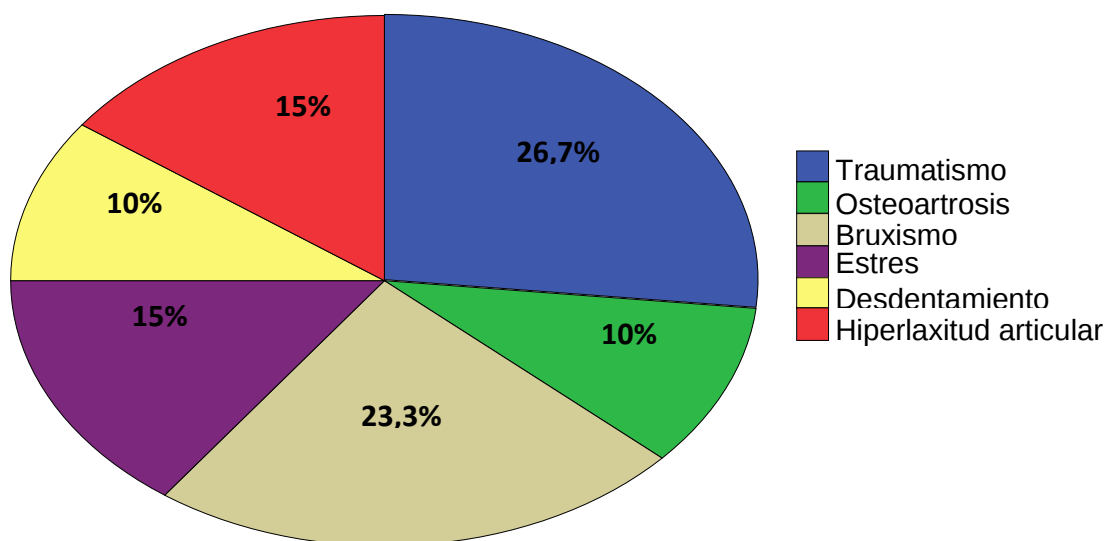
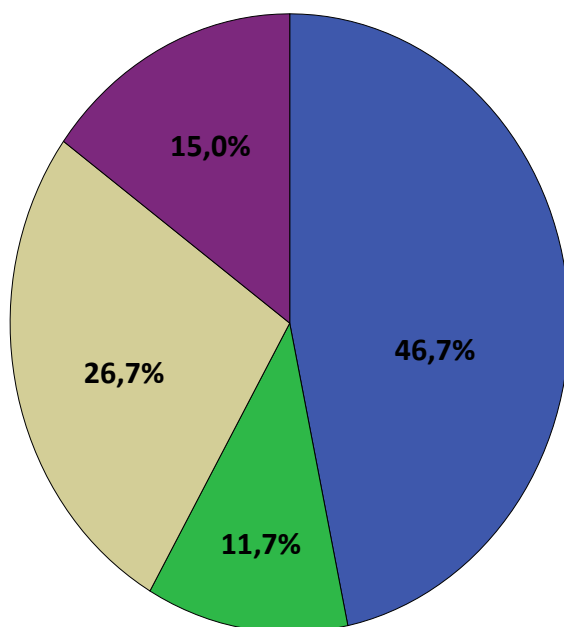


Grafico N°5: Causas que producen luxación temporomandibular

Fuente: propia a partir de los datos de la investigación.

Con respecto a los síntomas el 46,7% (28) corresponden al grupo 1, el 26,7% (16) de estos pacientes al grupo 3, el 15,0% (9) al grupo 4 y el 11,7% (7) pertenecen al grupo 2. Con este estudio llegamos a la conclusión que un alto porcentaje de los afectados

presentan bloqueo articular, ruido articular, dolor articular y de los grupos restante ninguno tiene un solo síntoma como frecuente presentando más de tres cada uno. (Ver tabla N°6 anexo 7).



REFERENCIA:

Grupo 1: Bloqueo articular, ruido articular, dolor articular. (46,7%)

Grupo 2: Cervicalgia, cefalea, dolor articular. (11,7%).

Grupo 3: Ruido articular, dolor articular, cervicalgia, cefalea, resalto articular. (26,7%)

Grupo 4: Ruido articular, resalto articular, bloqueo articular. (15,0%)

Gráfico N°6: Síntomas de pacientes con luxación temporomandibular.

Fuente: propia a partir de los datos de la investigación.

Se investigó que el 60,0% (36) de los afectados no habían recibido tratamiento kinésico, el cual es muy beneficioso para la mejoría de esta luxación y pronta recuperación. (Ver tabla y gráfico N°7 anexo 7). Fuente: propia a partir de los datos de la investigación.

CONCLUSIÓN

En la actualidad en la capital de la provincia de La Rioja son muchas las personas que padecen este tipo de lesión, los resultados de este trabajo indican que la prevalencia de luxación temporomandibular en los individuos estudiados la mayor parte corresponde al sexo femenino entre los 60 a 69 años de edad y el factor desencadenante más destacado, fue el traumatismo seguido por el bruxismo (apretar y rechinar los dientes), que provoca que los dientes duelan o se aflojen y llegan literalmente a pulverizarse o desmoronarse, además de destruir el hueso que soporta el diente y causar problemas en la articulación.

Con respecto a los síntomas, en la muestra estudiada los más prevalentes son el bloqueo, dolor y chasquido a nivel de la articulación temporomandibular, presentándose siempre en conjunto, donde los síntomas como cervicalgia y cefalea presentaron una menor incidencia en estos pacientes.

Sólo una minoría de estos pacientes ha recibido tratamiento kinésico alguna vez, debido a que no fueron derivados por parte del odontólogo a un fisioterapeuta y poco de ellos acuden a rehabilitación kinésica por decisión propia.

Es inminente la necesidad de un acercamiento interdisciplinario entre la terapia física y la odontología, ya que el ortodoncista no puede ignorar la relación entre las regiones craneales, cervicales, hioideas, porque están ligadas biomecánicamente, por lo que no se pueden estudiar en forma aislada las distintas regiones.

Esta investigación, reveló, además que en esta provincia hay una marcada incidencia de kinesiólogos que tienen conocimiento de esta lesión, pero son pocos los que tratan a este tipo de pacientes utilizando la masoterapia como una de las técnicas más eficaces para el mejoramiento de la misma.

En las luxaciones temporomandibulares, es muy importante la utilización de la terapia manual, la cual incluye la movilización de las partes blandas y estructuras articulares con el propósito de modular el dolor, incrementar el rango de movimiento, reducir la inflamación de los tejidos blandos, relajación muscular, facilitando el movimiento y mejorando la función articular, de esta manera podemos resaltar la importancia que tiene la rehabilitación por parte del kinesiólogo a pacientes con luxación temporomandibular para una pronta recuperación de dicha lesión, dándole un mejor confort y calidad de vida a los mismos.

BIBLIOGRAFIA

1. **VELAZQUEZ, J.; NENDA, M. M.; PUJADAS BIGI, M. M.** "Reconstrucción De La Articulación Temporomandibular Con Prótesis Articular". *Raoa*. Vol. 96. Num. 5. 439-444. Bs. As. Octubre/Diciembre 2008.
 2. **LEARRETA, J. A.; DURST, A. C.** que sabemos hoy acerca del diagnóstico de las afecciones de la ATM. "Rev. asocodontol Argent. 2013; 101: 65-73.
 3. **GARCÍA MARTÍNEZ, I.; JIMÉNEZ QUINTANA, Z.; DE LOS SANTOS SOLANA, L.**, et al: "Actualización terapéutica de los trastornos temporomandibulares". *Rev. Cubana Estomatol* v. 44 n. 3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2007. Tomado De: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300011
 4. **ARAGON, M. C.; ARAGON, F.** "Trastornos De La Articulación Temporomandibular". *Rev. Soc. Esp. Dolor* V. 12 N. 7 Narón (La Coruña) Oct. 2005.
 5. **RAMIREZ ALVAREZ, M.** "evaluación de los trastornos temporomandibulares en centros geriátricos de Culiacán; Sinaloa (México). universidad de granada universidad autónoma de Sinaloa". Facultad de odontología departamento de estomatología. Granada; 2009. tomado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18336668.pdf>
 6. **RICARD, F.** "Tratado De Osteopatía Craneal. Articulación Temporomandibular. Análisis Y Tratamiento Ortodóntico". Panamericana. 2ª Edición. BS AS. 2005: 298. **ESPINOZA, M.** "La Anatomía Orientada En El Diagnóstico Y Tratamiento De Las Complicaciones Locales En Cirugía Bucal". Universidad Central De Venezuela Consejo De Desarrollo Científico Y Humanístico. Caracas. 2007: 78
 7. **MOORE, AGUR.** "Fundamentos De Anatomía Con Orientación Clínica". Panamericana. 2ª Edición. U.S.A. 2002: 553.
 8. **NAVARRO VILA, C.; GARCIA MARTIN, F.; OCHANDIANO CAICOYA, S.** "Cirugía Oral". Aran; Sl. España. 2008: 375-403.
- GRANIZO LOPEZ, RM.** "fisiopatología de la articulación temporomandibular". Anomalías y deformidades. Tomado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/articulacion_temporomandibular.pdf
9. **Criado Mora, ZM, Cabrera González, R; Sáez Carriera, R, et al:** " Prevalencia de trastornos temporomandibulares en el adulto mayor institucionalizado". *Revista Cubana de Estomatología* Facultad de Estomatología de La Habana. La Habana, Cuba. 2013; 50(4): 343-350. Tomado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v50n4/est02413.pdf>
 10. **CARLOS LARRUCEA V, C; CASTRO B, R; VERA C, A.** " Estudio de Prevalencia de Signos y Síntomas de Trastornos Temporomandibulares (TTM) en un Grupo de Adultos de Talca, Chile. *Revista Dental de Chile*. 2002; 93 (3): 28-36. Tomado de:

11. Fisioterapia de la Serna. ¿Sabes que es una luxación de disco en ATM? On julio 18, 2013, in ATM, by Fisioterapia de la Serna. Tomado de: <http://www.fisioterapiadelaserma.com/tag/atm>
12. **RODRÍGUEZ,R;OZORES SÁNCHEZ:** "Patología de la articulación temporomandibular". Tomado de: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=215
13. **ESPINOZA,M:** "La Anatomía Orientada En El Diagnostico Y Tratamiento De Las Complicaciones Locales En Cirugía Bucal". Universidad Central De Venezuela Consejo De Desarrollo Científico Y Humanístico. Caracas.2007:78.
14. **FRANCOIS,R:** "Tratado De Osteopatía Craneal: Articulación Temporomandibular". Panamericana. 2ª Edición. Madrid. 2005:109-113-298.
15. **PEREA PEREZ,B;LAVAJO GONZALEZ,E; SAEZ, A, et al:** "Propuesta De Una Metodología De Exploración Y Valoración De Las Secuelas De La Articulación Temporomandibular (ATM). Fundación Mapfe. Vol.18N1 Enero/Marzo 2007. Tomado De: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/medicina/v18n1/index.html>
16. **GRACIA ROA, R.J; UTSMAN ABARCA,R:** "Caso Clínico De Revisión De Literatura De Subluxación Y Luxación Temporomandibular". Revista Electrónica De La Facultad De Odontología; ULACIT-Costa Rica; Vol.4 N°1; 2011-2012. Tomado De: http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/articulo/49_6.garciar.utsmanr.pdf
17. Manual de fisioterapia. Traumatología; afecciones cardiovasculares y otros campos de actuación. Tomado de: <http://books.google.com.ar/books?id=95nPrEWfCY8C&printsec=frontcover&dq=%EF%83%BC%09Manual+de+fisioterapia.traumatologia;afecciones+cardiovasculares+y+otros+campos+de+actuaci%C3%B3n.&hl=es&sa=X&ei=BSHpU-WBK8ihogTKilCqCw&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=%EF%83%BC%09Manual%20de%20fisioterapia.traumatologia%3Bafecciones%20cardiovasculares%20y%20otros%20campos%20de%20actuaci%C3%B3n.&f=false>
18. **BUSQUET, L:** "Tratamiento Del Cráneo". Las Cadenas Fisiológicas. Paidotribo. 2ª Edición. España. 2010:229.
19. **González Ramos RM, Herrera López IB, Osorio Núñez M:** "Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años". Rev Cubana Estomatol. Ciudad de La Habana. 2010;47(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol_47_01_10/est09110.htm
20. **Quirós Álvarez P, et al:** "Diagnóstico de la patología de la ATM". Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2006. 19:267-323.
21. **Giner Díaz, et al:** Cirugía oral y maxilofacial. 2004. Tomo I; 27:649-94.
22. **Felipe Espada N, et al:** "Protocolo de exploración básico en disfunción craneomandibular para el clínico general". Rev Esp Ortod. 2010;40:15-20.
23. **Padrós Serrat E:** "Bases diagnósticas, terapéuticas y posturales del funcionalismo craneofacial. Madrid": Ripano. 2006. Tomo I; capítulo 3; 509-11: 529-48; 564-608.
24. **Ares G, González Doniz Mª L:** "Síndromes posturales y reeducación postural en los trastornos temporomandibulares". Rev Iberoam Fisioter Kinesiol. 2004; 7 (2): 83-98.

INFORMACIÓN EXTRAIDA DE INTERNET

25. <http://www.efisioterapia.net>
26. <http://www.fisioterapiadelaserna.com>
27. <http://revista.medicasur.com.mx/>

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud –
Fundación H. A. Barceló



COLECCIÓN DE TESIS DIGITALES y TRABAJOS FINALES DEL IUCS

AUTORIZACION DEL AUTOR

Estimados Señores:

Yo Bazán carrizo Natalia Alejandra, identificada con DNI No. 32.727064

; Teléfono 4420242; E-mail: natybazancarrizo@hotmail.com autor del trabajo de grado/posgrado titulado “incidencia de luxación temporomandibular de la población de la capital de La Rioja” presentado y aprobado en el año 2014 como requisito para optar al título de Lic. En kinesiología y fisioterapia; autorizo a la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló la publicación de mi trabajo con fines académicos en el Repositorio Institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web del Repositorio Institucional de la Facultad, de la Biblioteca Central y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la misma a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca Central sin producir cambios en el contenido; la Consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este Trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

Lugar de desarrollo de la Tesis: Facultad de medicina fundación Barceló cede La Rioja.

2. Identificación de la tesis:

TITULO del TRABAJO: Incidencia de luxación temporomandibular de la población de la capital de La Rioja.

Director:

Fecha de defensa ____/____/____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE:

a) Texto completo ☐ [SI] a partir de su aprobación

Texto parcial ☐ [] a partir de su aprobación

Indicar capítulos.....

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las tesis no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en la Biblioteca Digital de Tesis mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda “Disponible sólo para consulta en sala en su versión completa, en la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud – Fundación H. A. Barceló”

Firma del Autor

Firma del Director

Lugar _____

Fecha ____ / ____ / ____

ANEXOS

Anexo 2 (a)

CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	INDICADORES	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	INSTRUMENTOS
EDAD	% de pacientes según edad.	Recolección de datos	Encuesta.
SEXO	% de pacientes según sexo.	Recolección de datos	Encuesta.
CAUSAS QUE PRODUCEN LUXACIÓN DE ATM	% de pacientes con traumatismo. % De pacientes con lesiones ligamentarias. % De pacientes. Con osteoartrosis. % de pacientes. Con bruxismo.	investigación	Encuesta.
SINTOMAS DE LA LUXACIÓN DE LA ATM.	% de pacientes con bloqueo de la ATM. % de pacientes con chasquido de la ATM. % de pacientes con dolor de la ATM. % de pacientes con dolor cervical. % de pacientes con cefaleas. % de pacientes con resalto de la ATM. % de pacientes con mala alineación dentaria.	investigación	Encuesta.

PACIENTES ODONTOLÓGICOS.	% de pacientes con luxación de la ATM que realizan tratamiento kinésico. % de pacientes sin tratamiento kinésico.	Recolección de datos.	Encuestas.
CONOCIMIENTO DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR POR LIC. EN KINESIOLOGIA.	% de Lic. En kinesiología con conocimiento. % de Lic. En kinesiología sin conocimiento.	Recolección de datos.	Encuesta.
LIC. EN KINESIOLOGIA QUE REALIZAN TRATAMIENTO EN LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.	% de Lic. En kinesiología que realizan tratamiento. % de Lic. En kinesiología q no realizan.	Recolección de datos.	Encuestas.
TRATAMIENTO KINESIOLOGICO.	% de tratamiento más utilizado. % de tratamiento menos utilizado.	Recolección de datos.	Encuestas.

Anexo 2 (a)

CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES.

- **Edad:** Establece la edad en años de los pacientes con luxación temporomandibular. Se categoriza en:
 1. 18 a 28.
 2. 29 a 39.
 3. 40 a 49.
 4. 50 a 59.
 5. 60 a 69

- **Sexo:** Establece el sexo de los pacientes con luxación temporomandibular. Se categoriza en:
 1. Femenino.
 2. Masculino.

- **Síntomas:** Referencia subjetiva que puede presentar el paciente por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad. Se categoriza en:

Grupo 1: Bloqueo articular, Ruido articular, Dolor articular.

Grupo 2: Cervicalgia, Cefalea, Dolor articular.

Grupo 3: Ruido articular, Dolor articular, Cervicalgia, Cefalea, Resalto articular.

Grupo 4: Ruido articular, Resalto articular, Bloqueo articular:

- **Causas:** Es aquello que se considera como el fundamento o el origen de algo. Se categoriza en:
 1. Traumatismo.
 2. Osteoartrosis.
 3. Bruxismo.
 4. Estrés.
 5. Desdentamiento.
 6. Hiperlaxitud articular.

- **Pacientes odontológicos que realizan tratamiento kinésico:** Investiga si los pacientes realizan tratamiento kinésico. se categoriza en:
 1. SI.

2. NO.

- **Conocimiento de luxación temporomandibular por licenciados en kinesiología:** Se pretende saber si el kinesiólogo conoce sobre la luxación temporomandibular. Se categoriza en:

1. SI.
2. NO.

- **Lic. En kinesiología que realizan tratamiento de luxación temporomandibular:** Investiga si el kinesiólogo realiza tratamiento de luxación temporomandibular. Se categoriza en:

1. SI.
2. NO

- **Tratamiento kinésico:** Arte y ciencia de la prevención y el tratamiento de lesiones y enfermedades mediante el movimiento. Se investiga cual es el tratamiento que utiliza el kinesiólogo en luxación temporomandibular. Se categoriza en:

1. Masoterapia.
2. Fisioterapia.
3. RPG: Reeducción Postural Global.
4. Movilización.
5. Drenaje linfático.

Anexo 3

Matrices de datos

Pacientes (a)

Nº PACIENTES	EDAD	SEXO	CAUSA DE LA LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	SINTOMA DE LA LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	TRAT. KINÉSICO
1	5	1	2	1	2
2	1	2	3	3	2
3	3	1	4	1	1
4	2	2	4	4	2
5	4	2	1	1	2
6	2	1	4	2	2
7	1	1	4	1	1
8	2	2	1	1	1
9	1	2	6	3	1
10	3	2	6	1	1
11	5	1	6	3	2
12	2	2	3	1	1
13	5	1	2	3	2
14	1	1	3	1	2
15	5	2	1	1	2
16	4	1	5	4	2
17	3	1	6	1	1
18	2	1	4	4	2
19	1	1	3	3	2
20	5	2	5	3	2
21	4	1	1	1	2
22	3	2	6	1	1
23	2	1	4	4	2
24	4	2	3	4	2
25	5	1	1	1	1
26	5	1	2	2	2
27	1	1	3	1	1
28	3	2	1	3	1
29	2	1	1	1	1
30	4	2	5	1	2
31	2	1	3	4	2
32	3	2	3	2	1
33	4	2	6	1	2
34	3	2	5	1	1
35	5	1	5	2	2
36	2	1	4	3	2
37	4	2	1	1	2
38	4	1	5	1	1

INCIDENCIA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR DE LA POBLACIÓN DE LA CAPITAL DE LA RIOJA.

39	1	2	1	1	2
40	2	1	4	4	2
41	3	2	3	4	1
42	5	2	6	2	2
43	4	1	3	3	1
44	1	2	1	1	2
45	2	1	3	1	2
46	1	2	3	2	2
47	3	1	4	3	2
48	1	1	1	3	1
49	5	1	2	3	2
50	5	2	1	2	2
51	3	1	3	3	1
52	3	2	1	3	1
53	2	2	6	1	2
54	5	2	1	4	2
55	3	2	3	3	1
56	3	1	2	1	1
57	3	1	2	1	1
58	4	2	6	1	2
59	5	1	1	3	2
60	5	1	1	1	1

Kinesiólogos (b)

Nº KINESIOLOGOS	CONOCIMIENTO DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	LIC. EN KINESIOLOGIA QUE REALIZAN TRATAMIENTO EN LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	TIPO DE TRATAMIENTO KÍNÉSICO EN LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
1	1	1	2
2	1	1	3
3	1	1	1
4	1	2	1
5	1	2	5
6	1	1	1
7	1	1	2
8	1	1	2
9	1	1	4
10	1	1	1
11	1	1	1
12	1	1	3
13	1	2	4
14	1	2	1
15	1	2	2
16	1	2	6
17	1	2	6
18	2	2	6
19	1	2	6
20	1	2	6
21	2	2	6
22	1	2	6
23	2	2	6
24	1	2	6
25	2	2	6
26	2	2	6
27	1	2	6
28	1	2	6
29	1	2	6
30	2	2	6
31	1	2	6
32	1	2	6
33	1	2	6
34	1	2	6
35	1	2	6
36	1	1	2
37	2	2	6
38	1	2	6
39	1	1	5
40	1	1	4

Anexo 4 (a)

ENCUESTA A KINESIOLOGOS

✓ ¿Usted tiene conocimiento sobre la luxación temporomandibular?

SI

NO

✓ ¿usted realiza tratamiento de luxación temporomandibular?

SI

NO

✓ ¿Qué tipo de tratamiento usted realiza en una luxación temporomandibular?

.....

.....

Firma del Lic. En kinesiología.

Anexo 4 (b)

ENCUESTA A PACIENTES

Edad:

sexo:

✓ ¿usted tiene luxación temporomandibular?

SI NO

✓ ¿cuál fue la causa que produjo su luxación temporomandibular?

.....

✓ ¿presenta bloqueo articular al abrir o cerrar la boca?

SI NO

✓ ¿ha notado ruidos en las articulaciones mandibulares?

SI NO

✓ ¿siente dolores en su articulación?

SI NO

✓ ¿presenta dolor a nivel cervical??

SI NO

✓ ¿tiene dolores de cabeza?

SI NO

✓ ¿presenta resalto en su articulación?

SI NO

✓ ¿tiene mala alineación dentaria?

SI NO

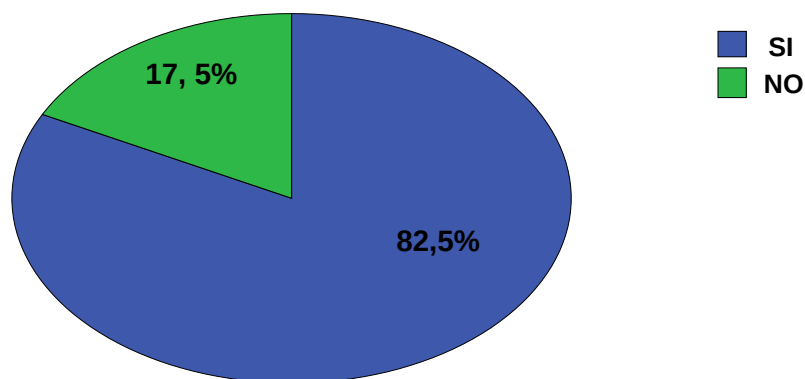
✓ ¿ha recibido tratamiento kinésico?

SI NO

Firma del paciente

Anexo 5

Grafico N° 1: Conocimiento sobre luxación temporomandibular por kinesiólogos.

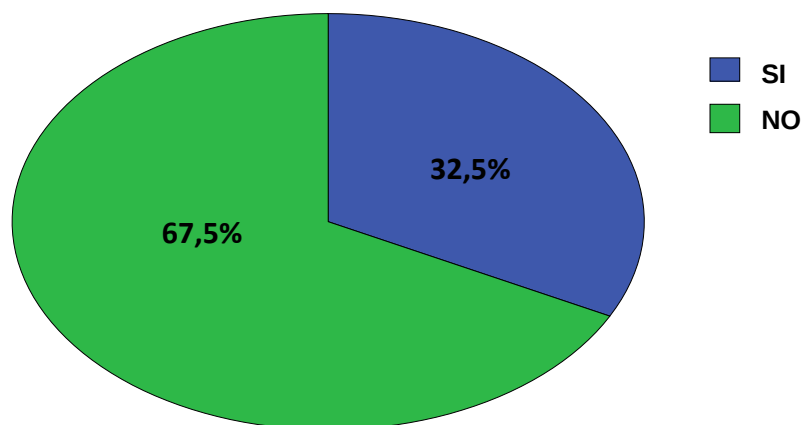


Fuente: propia a partir de los datos de la investigación.

Tabla y grafico N°2: kinesiólogos que realizan tratamiento a pacientes con luxación temporomandibular.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	13	32,5%
	NO	27	67,5%
	Total	40	100,0%

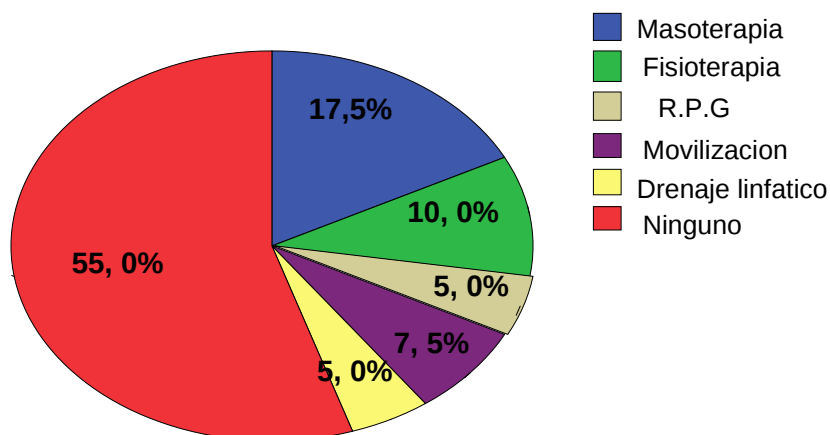
Fuente: propia a partir de los datos de la investigación.



Fuente: propia a partir de los datos de la investigación.

Anexo 6

Grafico N° 3: Tipo de tratamiento que realizan los kinesiólogos en luxación temporomandibular.



Fuente: propia a partir de los datos de la investigación.

Tabla N° 4: Sexo y edad de pacientes con luxación temporomandibular.

			Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Edad	18 a 28	Recuento	5	5	10
		% del total	8,3%	8,3%	16,7%
	29 a 39	Recuento	8	4	12
		% del total	13,3%	6,7%	20,0%
	40 a 49	Recuento	6	8	14
		% del total	10,0%	13,3%	23,3%
	50 a 59	Recuento	4	6	10
		% del total	6,7%	10,0%	16,7%
	60 a 69	Recuento	9	5	14
		% del total	15,0%	8,3%	23,3%
Total		Recuento	32	28	60
		% del total	53,3%	46,7%	100,0%

Fuente: propia a partir de los datos de la investigación

Anexo 7

Tabla N° 5: Causas de pacientes con luxación temporomandibular.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Traumatismo	16	26,7%
Osteoartritis	6	10,0%
Bruxismo	14	23,3%
Estrés	9	15,0%
Desdentamiento	6	10,0%
Hiperlaxitud articular	9	15,0%
Total	60	100,0%

Fuente: propia a partir de los datos de la investigación

Tabla N° 6: Síntomas de pacientes con luxación temporomandibular.

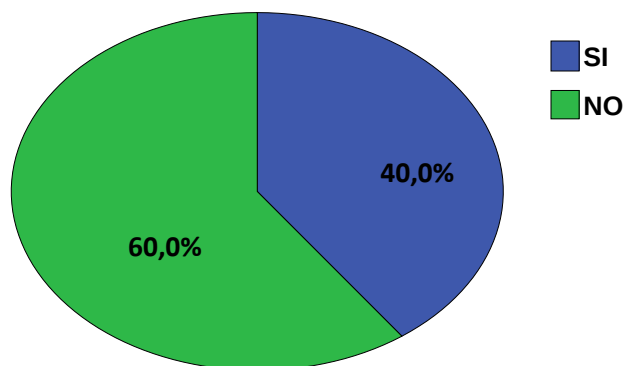
Grupos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
1	28	46,7%
2	7	11,7%
3	16	26,7%
4	9	15,0%
Total	60	100,0%

Fuente: propia a partir de los datos de la investigación

Cuadro y grafico N° 7: Pacientes con luxación temporomandibular que han recibido tratamiento kinésico.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
si	24	40,0%
no	36	60,0%
Total	60	100,0%

Fuente: propia a partir de los datos de la investigación.



Fuente: propia a partir de los datos de la investiga