

Un enfoque sistémico u holográfico del paciente con problemas de la articulación temporomandibular (ATM)*

Raúl Jiménez G.**

I. El paradigma analítico y el sistémico en la comprensión del paciente con problemas de la ATM

Los hechos que se observan en la práctica clínica, cuando se repiten, se van convirtiendo en hechos significativos. Quien ha observado los hechos, trata de elaborar una explicación de los mismos, una hipótesis. Esta se corrobora en la clínica, para ver si explica adecuadamente los hechos; si se cumple en todos los casos sin excepción se llega en ciencia a una teoría. Un conjunto de teorías constituye lo que se conoce como un paradigma.

En odontología lo único que tenemos son hipótesis que se comprueban en la mayoría de los casos, no en todos. Esta es la situación cuando se trabaja con seres vivos en donde no se pueden aplicar métodos matemáticos exactos. Por

lo tanto es difícil, si no imposible, que en odontología lleguemos a establecer teorías.

La odontología, como la medicina, participa de los paradigmas de las verdaderas ciencias que les dan sus bases: la biología y la física, que actualmente se unen en una nueva ciencia denominada biofísica. Esta es una verdadera ciencia, la odontología y la medicina son propiamente tecnologías que aplican la ciencia a problemas en concreto.

La odontología ha sido profundamente influida por el paradigma analítico-mecanicista, que viene desde la Edad Media, que sigue influyendo y, pensamos, influirá aún durante muchos años en la manera de pensar de los profesionales; puesto que los profesores son los adalides, en muchas oportunidades de tal paradigma.

* Conferencia presentada en la Primera Reunión Nacional sobre problemas de la articulación temporomandibular. Fundación Santa Fe. Bogotá, marzo de 1990.

** D.D.S., M.M.S. Profesor Titular. Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Unidad Estomatológica. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín, Colombia.

Según T.S. Kuhn (1985), cuando para explicar un problema solo se tiene una explicación ampliamente aceptada, se está en el período denominado como de ciencia normal. Cuando aparece una nueva forma de entender el problema, este nuevo paradigma se enfrenta al otro, empieza a quitarle espacio en el ámbito de la comunidad internacional o nacional de científicos y se está en un período de lucha, denominada de revolución científica. Una vez el segundo paradigma, si es válido, se imponga, llegamos a un nuevo período de ciencia normal.

En la actualidad se enfrentan en ciencia dos paradigmas: el analítico y el sistémico (A.L. Uribe, 1987).

Paradigma analítico

- Aisla, separa la realidad en partes, en elementos.
- Estudia de preferencia la naturaleza de las interacciones.
- Coloca mucho énfasis en los detalles.
- Para sus análisis cambia una variable por vez y luego trata de deducir leyes.
- Los fenómenos se consideran reversibles, aditivos, homogéneos.
- Fundamenta la validez, en el experimento.
- Elabora modelos precisos y detallados.
- Es el origen de los estudios profesionales unidisciplinarios, y cuando más multidisciplinarios.
- Programa las acciones con todo detalle.
- Hace mucho énfasis en el conocimiento de los detalles.

Paradigma sistémico

- Reúne, no separa, partes de un todo.
- Estudia los efectos de las interacciones.

- Busca una percepción global y no de detalles, holográfica.
- Analiza grupos de variables a la vez, utilizando ordenadores.
- Integra la duración y la reversibilidad.
- Basa su validez, en la comparación de modelos con la realidad.
- Hace modelos no rigurosos, pero utilizables.
- Es el origen de la inter-disciplinariedad. Una misma persona domina varios campos: biofísico.
- La acción se programa de acuerdo con objetivos.
- Hace gran énfasis en el conocimiento de los objetivos que se buscan y no tanto en los detalles.

Un sistema: es un conjunto de elementos en interacción dinámica y organizados en función de un objetivo.

Ejemplos de sistemas son: una fábrica, un colegio, una universidad, una facultad, un ser humano, y consideramos que la definición de sistema se aplica con toda exactitud al que denominamos: *sistema estomatológico*. Por lo tanto, la forma más adecuada de estudiar tal sistema, es con el enfoque sistémico u holográfico, totalizante, holístico; si es que deseamos cambiar de paradigma y entender de una forma nueva nuestros problemas.

Concretando, en nuestra área, lo que nos dice el paradigma analítico es:

- Hacemos un gran énfasis en la parte. En que las enfermedades orales, son orales (de la parte).
- Que el todo orgánico de un ser humano, es la suma de sus partes. Que el todo del sistema estomatológico (S.E.) es la suma de sus partes. Que cada parte del hombre y del S.E. se puede tratar independientemente (especialistas). Que hay enfermedades de la parte, y de partes de la parte (super-especialistas).

- En la práctica aceptamos, quizás sin saberlo, que el todo no tiene que ver con la parte, ni la parte con el todo. Que lo que hagamos en una parte del cuerpo, no tiene ninguna influencia en el todo del paciente. Aceptamos fácilmente que lo sistémico puede manifestarse en lo oral, pero no estamos dispuestos a aceptar que lo oral *Tiene siempre* una repercusión sistémica.

- Aceptamos un todo orgánico, pero no pensamos que el todo pueda estar en la parte.

Lo que dice el paradigma sistémico u holográfico, es:

- No hay enfermedades de la parte, las partes no se pueden separar del todo, éstas interactúan entre sí y por eso la suma de las partes interactuando, es mayor que el todo.

- No hay enfermedades orales, solo hay manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. Porque la parte no se puede separar del todo. Toda enfermedad oral tiene una base sistémica que hay que descubrir. Si no se encuentra ahora, puede aparecer después.

- Todo lo que hagamos en la parte, se manifestará en el todo, y el todo se manifiesta de forma continua en la parte. La nutrición del todo está en la parte.

- De acuerdo con el paradigma holográfico, el todo está en las partes y las partes en el todo. Por lo tanto, en teoría, en cualquier parte del cuerpo puede estar el todo. En el S.E. está el todo y el todo en el S.E.

- Estas afirmaciones, no son meramente teóricas, puesto que ya se ha comprobado en múltiples oportunidades que hay hologramas en el iris, el puente nasal, la mucosa nasal, la zona temporal, el mentón, los dientes, la lengua, el pabellón auricular, la palma de la mano, la planta del pie y en muchos otros sitios. Estos trabajos son fundamentalmente europeos y por la dependencia cultural e idiomática de Norte América, no nos hemos interesado, ni se nos han enseñado estos conocimientos. No es por azar, que Europa se ha convertido en el sitio

más avanzado del planeta, en 1992 será un solo país. Su mente es amplia, avanza, ha abandonado el paradigma analítico. (Ver lista de algunas publicaciones en la bibliografía).

En lo que se refiere a la forma de comprender al paciente con problemas de la ATM, y de acuerdo con los paradigmas mencionados, puede comentarse lo siguiente:

Analítico

- El problema de la ATM, es un trastorno local y así debe comprenderse y manejarse. La etiología, el diagnóstico y el tratamiento se harán a nivel local, sin tener en cuenta al paciente como un todo. El odontólogo hará procedimientos odontológicos y remitirá el paciente para manejar otros aspectos. El problema de ATM, requiere un enfoque multidisciplinario de protesista, ortodoncista, odontólogo, fisioterapeuta, médico, etc.

- Lo que cada profesional acepta y practica en el paciente con problemas de la ATM, está influido por su preparación. Por lo que ha estudiado y consultado; por lo que ha aprendido asistiendo a cursos sobre la ATM.

Sistémico

- El paciente con problemas de la ATM, no tiene un trastorno local. Tiene un problema de la parte enferma en un todo sistémico-holográfico, así debe comprenderse y manejarse. La etiología, el diagnóstico y el tratamiento se comprenderán siempre con relación a lo sistémico, al paciente como un todo, al holograma. Debemos tratar pacientes y no problemas de la ATM. El odontólogo debe ser capaz de tratar al paciente como un todo, es lo que debe procurar hacer, volviéndose un ser inter-disciplinario que es capaz de manejar los diferentes aspectos del paciente.

- Lo que cada profesional acepta y practica con relación al paciente con problemas de la ATM, está influido por el paradigma en el cual él se ha inscrito, o en el cual lo inscribieron sin saberlo. Además está influido por modas irracionales, como dice A. Watts (1980): "...hay modas completamente irracionales que determinan lo

que es una opinión científica respetable y lo que no lo es. Aunque se trabaje con mucho cuidado, aunque se efectúen experimentos muy bien pensados, siempre en el fondo de este trabajo se hallan esas modas irracionales sobre lo que puede o no creerse”.

Ejemplo de ello, es la falta, casi total, de énfasis en nuestro medio sobre los puntos gatillo musculares. Tema que no ha sido aceptado “tradicionalmente” en EE.UU., no obstante existir un libro sobre el tema, de 49 capítulos, algunos de ellos hasta con 300 referencias, publicado en 1983.

Otro ejemplo, es la resistencia a la práctica universitaria de métodos terapéuticos como la acupuntura, que ya tiene una base científica incontrovertible y que es practicada en todos los hospitales europeos y aceptada como método de tratamiento alternativo en los sistemas nacionales de seguridad social.

II. Hechos importantes para un adecuado enfoque clínico del paciente con problemas de la ATM

Hechos que nos parece, tienen importancia para un adecuado enfoque clínico del paciente con problemas de la ATM, son los siguientes:

1. La ATM es la primera articulación diartroidea que se forma en el ser humano. (E.L. Du Brul, 1964-1980).

Como lo más reciente, las otras articulaciones, refiere a lo más antiguo: quiere decir que los problemas de las otras articulaciones pueden referir a la ATM y quizás por eso es que son tan frecuentes los trastornos de la ATM.

2. La ATM se forma a partir de dos blastemas diferentes en el tiempo y en el espacio: el blastema condilar y el blastema glenoideo. (L.J. Baume, 1962-1970).

¿Por qué en las otras articulaciones sí ocurre una formación simultánea de los dos componentes articulares? ¿Por qué nosotros necesitamos una ATM así?, (o lo que es lo mismo, por alguna razón durante la evolución la fabricamos así).

¿Será que el componente condilar, más endodérmico, recibirá información de ese tipo y el componente temporal, más ectodérmico, recibe otro tipo de información? He aquí un punto de interés para especular y estudiar.

3. Filogenéticamente hay dos ATM: una primaria que vemos en los reptiles y una secundaria, o dentario-escamosa de los mamíferos. (E.L. Du Brul, 1964-1980).

En algún momento de la evolución funcionaron simultáneamente las dos: diartrognatos. En el hombre parece que durante la embriogénesis esto ocurre. ¿Por algún tiempo somos diartrognatos! La ATM más reciente, debe referir a la más antigua.

4. La ATM primaria está en el hombre, en el oído medio, en la articulación entre martillo y yunque. Ya se ha descrito un ligamento que une estas estructuras. (E.L. Du Brul, 1964-1980).

Este hecho, nos lleva a entender por qué el paciente con problemas de la ATM presenta síntomas auditivos y por qué el paciente con otitis, puede tener dolor referido en la ATM; además por qué al tratar los problemas de ATM se pueden solucionar problemas óticos funcionales como acúfenos y el llamado “síndrome de Menière”.

5. La mandíbula, pertenece al denominado grupo de huesos suspendidos, que describe la medicina ortopédica francesa. (A. Benichou, 1987). Estos huesos son los que determinan la estática orgánica. El más importante de ellos es el peroné, y luego el sacro, el esternón, la clavícula y la mandíbula. Cuando un paciente pierde la estática a nivel del peroné, los otros huesos suspendidos descienden o ascienden. Por lo tanto; ¡la posición de la mandíbula depende del peroné y éste de la mandíbula! Encontramos aquí de nuevo la hipótesis holográfica.

Este hecho, nos ayuda a entender por qué los pacientes con problemas de ATM, presentan hombro, m. superior, cadera y pierna con desequilibrio estático. A menos que se corrija el desequilibrio estático general, no tienen efecto las medidas locales.

Es urgente que la profesión odontológica, se haga consciente de este hecho y rápidamente adquiera la preparación para hacer tal tipo de corrección. ¡No se nos olvide que estamos en la década de fin de siglo, donde debemos y podemos cambiar!

6. Los anatomistas durante muchos años observaron columnas óseas más densas en los maxilares y las tomaron como la base para entender por dónde ocurren las fracturas (Sicher y Tandler, 1960). Lo que ahora se ha descubierto es que por esas zonas más densas sube la piezo-electricidad que se genera durante la masticación y la parafunción (R. Becker, 1985).

La corriente piezo-eléctrica positiva viaja por la hidroxi-apatita, pero la corriente continua negativa viaja por el colágeno. O sea que la piezo-electricidad de la mandíbula llega a la zona temporal por el ligamento del temporal y a la base del cráneo por la ATM, que es de colágeno. Esto tiene implicaciones clínicas muy importantes como el origen de las cefaleas tensionales y otros problemas clínicos.

7. Los músculos masticatorios son de origen branquial. (H.C. Slavkin, 1979). Como son de origen branquial tienen una íntima relación con el T.G.I. —el endodermo— lo visceral. Esto explica lo frecuente de dolores referidos, originados en músculos masticatorios, pues se comportan como verdaderas vísceras (R. Melzack, P.D. Wall, 1982).

8. Siempre ha sido creído que las alteraciones menores de las articulaciones, como los pequeños ruidos articulares, no deben tratarse. Y esto se ha aplicado de manera muy concreta a la ATM; sin embargo según A. Benichou (1987), las alteraciones menores de las articulaciones son las que llevan a las alteraciones mayores, razón por la cual se deben tratar cuanto antes. Cuando una persona tiene problemas con la flexión y extensión de la rodilla, mucho antes ha perdido los movimientos de lateralidad y rotación de la misma.

III. Hipótesis etiológicas

Las hipótesis por definición son provisionales. No son dogmas. Como dice Mario Bunge: “una sola conclusión que no concuerde con los hechos tiene más peso que mil confirmaciones”. Esto quiere decir, que una sola vez que falle una hipótesis hace que se deba tener como dudosa y se debe seguir buscando otra mejor.

Las hipótesis etiológicas, para explicar los hechos observados en los pacientes con problemas de la ATM, se han tomado como dogmas, no como verdaderas hipótesis. Pensamos que ésta es la mayor dificultad, como son dogmas difícilmente se abandonan y muchas veces el criterio de verdad que prevalece es el de “Magister Dixit ergo ita est” (El Maestro lo dijo, luego así es).

Si se hace un listado de las principales hipótesis etiológicas, se pueden encontrar:

1. *Del desplazamiento mecánico.* Hace énfasis en lo local, la ATM y la oclusión; la concentración condilar.

2. *Muscular.* Hace énfasis en la ATM, la oclusión y los músculos. O sea, aparece otro elemento.

3. *Neuromuscular.* Suma ATM, oclusión, músculos, y agrega un nuevo factor: la tensión emocional.

4. *Sicofisiológica.* Enfatiza la relación entre la parafunción y la tensión emocional.

5. *Sicológica.* El paciente tiene una personalidad que es típica.

6. *Multifactorial.* Como son tantos los factores etiológicos a tener en cuenta hay que concluir que el problema de la ATM es de naturaleza etiológica multicausal. O sea, no podemos saber *la causa* de los trastornos de la ATM.

7. *Trifactorial.* Los tres factores que hay que tener en cuenta son: salud general trastornada, inestabilidad oclusal y tensión emocional.

8. *Hiperactividad del hipotálamo*. El problema de la ATM, no es un trastorno local, sino parte de un conjunto de entidades ocasionadas por hiperactividad del hipotálamo, con trastornos vasomotores e inestabilidad emocional.

Como puede verse, la comprensión del problema ha evolucionado de lo local a lo sistémico; se puso primero el énfasis en lo meramente local y ahora se empieza a pensar, muy tímidamente, que la ATM está en *un paciente*.

La hipótesis holográfica o sistémica, lo que sostiene en cuanto a la etiología, es: las causas hay que buscarlas localmente pero siempre entendiéndolas como partes de un todo. El problema de la ATM, no es un trastorno local, sino un problema de la parte en un todo holográfico o sistémico. Esta forma de entender el problema, debe poderse aplicar a la etiología, el diagnóstico y el tratamiento.

Para comprender plenamente al paciente con trastornos de la ATM, debemos buscar la etiología en los antecedentes (médico-odontológicos), y en un examen que comprenda lo biológico, lo síquico y lo social.

Factores etiológicos

Si vamos a comprender un fenómeno, lo primero que deberíamos hacer es encontrar los tres factores más importantes y a partir de ellos trabajar hacia la comprensión total del problema.

Creemos que los factores etiológicos que resumen y comprenden todos los demás son:

- Alteración de la forma.
- El aspecto psicológico.
- El macro-trauma.

Historia clínica

La historia clínica de un enfoque sistémico y holográfico, comprende: (más detalles en R. Jiménez, 1989)

- Antecedentes:
 - Biológicos: Médicos
Odontológicos
 - Síquicos
 - Socio-económicos
- Examen:
 - Aspecto general y biotipo
 - Palpación
 - Auscultación
 - Examen intraoral
 - Movimientos mandibulares
 - Neurológico
- Resumen:
 - Perfil temporal
 - Grupo nosológico:
 - Del desarrollo
 - Infecciosas
 - Traumáticas
 - M. orales de enfermedades sistémicas
 - M. sistémicas de enfermedad oral
 - Neoplasias
 - Signos y síntomas:
 - Implican la terapia
 - Factores etiológicos:
 - Implican el tratamiento

Diagnóstico clínico presuntivo (hipótesis)

El diagnóstico, en un modo de comprender sistémico u holográfico, debe decir:

- *Cuál es el trastorno local*: desplazamiento anterior del disco de la ATM izquierda.
- *Cuál es el perfil temporal*: crónico.
- *Cuál es la probable etiología*: con antecedentes de macro-trauma en fútbol.
- *Aspecto sistémico del paciente*: en paciente con importante tensión emocional crónica.

Exámenes complementarios

- Modelos y montaje en articulador.
- Radiografías.

- Exámenes de laboratorio clínico: deberían ser de gran importancia los niveles de ciertas hormonas, vitaminas y oligo-elementos.
- Pruebas psicológicas.
- Análisis de la dieta del paciente: este es para nosotros el examen complementario más importante. La calidad de los tejidos depende de la dieta, así como la calidad de las hormonas, vitaminas y oligo-elementos. La calidad mental y sobre todo la salud sistémica. ¡Nosotros somos lo que comemos. En la ATM están los nutrientes que llegan al sistema del paciente!

Diagnóstico clínico de trabajo (hipótesis)

- Trastorno local.
- Perfil temporal.
- Etiología.
- Aspecto sistémico.

Pronóstico

A más local mejor pronóstico.

A más sistémico, peor pronóstico.

F. etiológicos locales controlables: mejor.

F. etiológicos sistémicos: peor.

¿Tensión emocional aguda?

¿Enfermedad médica? ¿Tratable?

Plan de tratamiento

Debe comprender el tratamiento de lo detectado en los antecedentes y en el examen del paciente.

Tratamiento

En el tratamiento es fundamental entender la importancia terapéutica de un profesional interesado, motivado, que se toma su tiempo con el

paciente, que lo quiere curar, que lo ama. Esto es lo que se ha llamado el efecto placebo. Por decir, que no es deseado por el profesional, *éste es uno de los más graves errores del paradigma analítico y que ha llevado a la deshumanización de la medicina y la odontología.*

No es tan importante lo que se hace, sino *cómo* se hace y *quién* lo hace.

Las medidas terapéuticas que nosotros preferimos son las que cumplan los siguientes requisitos:

- Ser de bajo costo.
- No invadir el cuerpo físico del paciente.
- Conservadoras, no agresivas o mutilantes.
- Reversibles.
- Lo más fisiológicas que sea posible.
- Dar retroalimentación al paciente.
- Naturales.

• La medida terapéutica más importante, en todo paciente con problemas crónicos de cualquier sistema orgánico, es estudiar la dieta y mejorarla para que sea completa. A esto se deben agregar suplementos alimenticios que faltan en nuestra dieta corriente.

• Para el aspecto psicológico: hemos recomendado al paciente realizar cursos de control mental, de yoga, que haga ejercicio regular, que evite el estrés y el sedentarismo. Se pueden recomendar cintas relajantes que el paciente escucha antes de acostarse. Además son de gran utilidad por su enfoque sistémico, la auriculoterapia, la auriculomedicina y el prescribir oligo-elementos.

• Para el dolor de ATM y músculos, se pueden utilizar aparte de las medidas convencionales (analgésicos y calor húmedo): infiltraciones anestésicas, campos magnéticos relajantes, acupuntura, auriculoterapia y auri-

culomedicina, utilizar filtros con neuromediadores, hormonas, etc.

- Para los trastornos de postura, no conocemos nada mejor que las técnicas de medicina ortopédica o manual.

Referencias y lecturas recomendadas

- KUHN T.S. La Estructura de las Revoluciones Científicas. Fondo de Cultura Económica, México, 1985.
- URIBE, A.L. Notas sobre el enfoque sistémico. Seminario de inducción a la teoría de sistemas. Corporación para el Progreso de Antioquia. Medellín, febrero, 1987.
- NOGIER, P.M.F. Introduction Pratique a L'auriculotherapie. Maisonneuve, Paris, 1980.
- NOGIER, P.M.F. De l'auriculotherapie a l'auriculomedicine. Maisonneuve, Paris, 1981.
- BOURDIOL, R.J. L'auriculosomatologie. Maisonneuve, Paris, 1981.
- BOURDIOL, R.J. Reflexotherapie somatique. Maisonneuve, Paris, 1983.
- NIBOYET, J.E.H. La Practice de la Medicine Manuelle. Maisonneuve, Paris, 1968.
- BENICHOU, A. Les os suspendus. Spek, Paris, 1987.
- DU BRUL, E.L. Evolution of the temporo-mandibular joint. En Sarnat, B.G. The temporo-mandibular joint. Charles C., Thomas, Springfield, 1964.
- DU BRUL, E.L. Origin and adaptation of the hominid jaw joint. En Sarnat, B.G. The temporo-mandibular Joint. Charles C., Thomas, Springfield, 1980.
- SLAVKIN, H.C. Developmental craniofacial biology. Lea & Febiger, Philadelphia, 1979.
- TRAVELL, J.G.; SIMONS, D.G. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Williams & Wilkins, Baltimore, 1983.
- BAUME, L.J. Ontogenesis of the temporo-mandibular joint. I: Development of the condyles. J. Dent. Res. 41: p. 1327-1339, 1962.
- BAUME, L.J. Ontogenesis of the temporo-mandibular joint. II: Development of the temporal components. J. Dent Res. 49: p. 865-875, 1970.
- BECKER, R. The body electric. Electromagnetism and the foundation of life. William Morrow, New York, 1985.
- WATTS, A. OM, la sílaba sagrada. Kairos, Barcelona, 1984.
- MELZACK, R.; WALL, P.D. The challenge of pain. Basic Books, New York, 1982.
- JIMENEZ, R. Notas acerca de la articulación temporo-mandibular y sobre el paciente con problemas de la ATM, Litojara, Medellín, 1989.