

PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ATM

Dr. Ramón Rosell i Juvillá
 Dra. M^a Pilar Martín Santiago
 Dra. M^a Gorete Pinto F. Vivas
 Dra. Almudena Martín Gómez



HISTORIA CLÍNICA SEMIDIRIGIDA

Dejando al paciente que explique su situación sin dirigir nosotros excesivamente.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Analizamos los signos de cargas indirectas a través de la oclusión, tejidos blandos intrabucales y postura.

EXAMEN OBJETIVO GNATOLÓGICO



Palpación simplificada del dolor en ATM y musculatura.



Posturómetro Y PODOSCOPIO



Exploración kinesiológica. Test muscular.



PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Toda articulación debe ser preparada para ser explorada.

PREPARACIÓN ARTICULAR Y MUSCULAR

Utilizaremos el láser de diodo con el puntal de bioestimulación a 0.5 Wátios solo durante unos 30 segundos, para mitigar el dolor y la inflamación pero sin enmascarar la exploración de los puntos dolorosos, para poder actuar de una forma más precisa sobre las lesiones articulares.



Manipulamos la articulación con varias maniobras de distracción y finalmente tomamos los puntos de dolor haciendo un mapa del dolor de la ATM derecha e izquierda. Cuando la mandíbula esté "suelta" empezaremos a moverla para tratar de encontrar puntos dolorosos, que en definitiva serán los lugares de carga patológica.

LOS TEJIDOS QUE PUEDEN PRODUCIR DOLOR SON:

- Membrana sinovial.
- Sinoviales inferiores anteriores o posteriores por compresión del cóndilo cuando funciona en condiciones extremas.
- Sinoviales superiores anteriores o posteriores duelen cuando bordes densos posteriores o anteriores del disco los comprimen.
- Ligamento o cápsula, duelen por distensión ocasionado por microtrauma a repetición, macrotrauma o traumatismos de alta velocidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ORTOPANTOMOGRAFÍA

Teleradiografía cráneo-cervical y trans-oral.



KINESIOGRAFÍA

Kinesiógrafo de la casa Myo-tronics research, inc Pc conectado a unas antenas que pueden interpretar los movimientos de un campo magnético.

El monitor que nos dará la información gráfica y el teclado para manipular los datos.

VELOCIDAD DEL MOVIMIENTO / registro del movimiento frontal de la mandíbula: Scan 2. ANTES DEL LÁSER.



SCAN 2 del kinesiógrafo después del láser, apreciándose la mejora en la velocidad y en los rangos del movimiento.



RMN: buscamos fundamentalmente alteraciones en T1 y en T2



ANTENAS QUE RECOPEN EL CAMPO ELECTROMAGNÉTICO de un imán colocado entre incisivos.

APLICACIÓN DEL LÁSER

Utilizamos el láser de la casa BIOLASE, Láser Smile, a 0.5 WATIOS, aplicándolo en la zona de la ATM.



Láser Smile

810 nanómetros. En el filo del espectro visible

Pantalla aplicadora

← MODO PULSADO 50/50

Una vez tengamos definidos los puntos dolorosos en el mapa del dolor realizaremos maniobras para ir en contra de la carga traumática. Se realizan 8-10 sesiones de láser a 0.5 wátios en modo pulsado a 50/50, 60 segundos cada sesión y separadas de 3 días.

En caso de bloqueos discales hemos tenido un alto porcentaje de éxitos; por el contrario, reduciendo con las maniobras antiguas de distracción hemos conseguido pocos resultados; pero con láser, la cosa ha cambiado. Por supuesto, después de reducciones discales debe hacerse el seguimiento terapéutico oportuno por parte del especialista en ATM.

Con todas estas maniobras, estamos tratando de reducir el disco; en esta posición debemos ejecutar las terapias convencionales con hiperboloides, férulas para remodelar el disco, etc.

En cada visita haremos una sesión con láser de 60 segundos para mejorar el trofismo celular y la microcirculación de la zona. Con ligeros movimientos de apertura y cierre que no sobrepasen los 15 mm.

RESULTADOS QUINESIOGRÁFICOS

Los rangos mejoran en trayectoria y en amplitud si se trata, convenientemente, tanto la articulación como la musculatura, quedando unos trazados más nítidos reflejando, en la mayoría, los cambios estructurales puros pero anulándose los engrams.

En cuanto a la velocidad de apertura y cierre, prueba que refleja la propiocepción, mejora en la práctica totalidad de los pacientes. Los nociceptores dejan de tener protagonismo, mejora el metabolismo y la propiocepción, con lo cual si partimos de la base de que la ATM no sólo es una articulación de carga sino un gran input de información postural estamos delante de una gran oportunidad, ya que de una forma sencilla podemos tratar un aspecto de la odontología que hasta ahora era terreno poco recomendable para el odontólogo general.

Nuestro tercer ojo diagnóstico y terapéutico en ATM

SEMO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE KINESIOLOGÍA MÉDICA ODONTOLÓGICA

VIII Encuentro
 KINESIOLOGÍA Y POSTUROLOGÍA

7, 8 y 9 de noviembre de 2008
 Tenerife - Islas Canarias