

Parlem amb...

Juan José Boscà



CURRÍCULUM VITAE

- Diplomado en Fisioterapia por la Universidad de Valencia (UV).
1ª promoción de España
- Diplomado en Enfermería por la UV
- Licenciado en Kinesiología y Fisiatría por la Univ. General San Martín de Buenos Aires (Argentina)
- Osteópata D.O por el Tribunal Internacional (Univ.de Alcalá de Henares).
- Estudios de Psicología (UV)
- Experto en Terapia Manual. Formado en más de 100 cursos y métodos internacionales como Maitland, McKenzie, McConnell, Mulligan, Cyriax, Busquet, Kaltenbor, Sharman, Inducción Miofascial,...

La articulación temporomandibular (ATM) es la unidad funcional de la cabeza y cuello responsable de la masticación, deglución y fonación, es una de las estructuras anatómicas más complejas de nuestro cuerpo y una de las más usadas a lo largo del día. Su disfunción puede producir dolor, impedir abrir la boca lo suficiente como para comer, así como, cefaleas y más problemas. Pocas personas de la sociedad, incluso pocos profesionales sanitarios, conocen cómo la fisioterapia puede ayudar en el tratamiento de esta patología. Difundirlo es el objetivo de este especial que abrimos con nuestro tradicional "Parlem amb..." en el que contamos con uno de los principales referentes de la fisioterapia de la Comunidad Valenciana, Juan José Boscá. A pesar de que él no se define como especialista en ATM, sin duda, lo es, como demuestra en esta entrevista y en los numerosos casos complejos que ha tratado con éxito durante los últimos 30 años, entre los que se encuentra el del paciente que protagoniza la sección de este número.

En primer lugar, nos gustaría saber por qué estudió fisioterapia

Dos fueron los motivos principales que me llevaron a tomar la decisión de realizar los estudios de fisioterapia; el primero viene de mis inicios como scout en donde me encantaba ser socorrista y ayudar cada vez que alguien sufría una lesión. Fue ya en ese momento cuando me di cuenta que una lesión requería algo más que una simple cura y que precisaba un seguimiento para su total recuperación, ahí conocí la existencia de la fisioterapia. Y el segundo motivo, y mi principal inspiración, fue mi hermano Francisco Boscá quien ya era fisioterapeuta, él me introdujo en este apasionante mundo y me dio todas las facilidades para aprender de su experiencia.

¿Por qué y cómo llega a especializarse en ATM?

Aunque tengo una amplia experiencia en este campo, la verdad es que no me gusta definirme como especialista en ATM. Prefiero simplemente decir que soy fisioterapeuta y que si en algo destaco es en Terapia Manual. He tenido el privilegio de formarme de primera mano en

“ La fisioterapia tiene un papel fundamental en el tratamiento de todas las alteraciones de la esfera craneomandibular ya que aporta una terapia nada o poco invasiva, con resultados instantáneos y duraderos ”

los mejores métodos internacionales, y con profesores expertos de máximo reconocimiento a nivel mundial; los mismos que han contribuido a que la terapia manual llegue a los niveles de excelencia, y cada vez más de evidencia, que han permitido que en estos últimos 6 ó 7 años la fisioterapia haya elevado de una forma espectacular su desarrollo.

No obstante, sí puedo decir que durante mis más de 30 años de experiencia clínica en cada una de las disciplinas que me he formado he aprendido la forma de abordar la ATM dentro del sistema cráneo cérico mandibular.

¿Qué es el síndrome temporomandibular?

El síndrome temporomandibular es un conjunto de signos y síntomas, como el dolor y la inflamación, que afectan a los tejidos que componen la articulación temporomandibular.

Para ser más específicos, la Academia Americana de Dolor Orofacial lo denomina "Transtorno Temporomandibular", un término que utiliza para definir un problema colectivo que afecta a los músculos masticadores, a la articulación temporomandibular y a estructuras asociadas a ellos, como son lesiones y disfunciones craneales, cervicales, de cintura escapular, bucodentales y desequilibrios posturales, entre otros.

Por tanto, este síndrome o trastorno dificulta en mayor o menor medida la realización de algunas actividades de la vida diaria del paciente que lo padece.

“

No creo que hoy tengamos más casos... pero sí es cierto que el grado de estrés laboral y emocional afecta directamente al estado de salud y, en especial, a la esfera cráneo-mandibular

”



¿Cuál es la incidencia actual de los problemas maxilofaciales en la población?

Los datos más recientes dicen que los trastornos de la articulación temporomandibular afectan a entre un 5% y un 12% de la población. El porcentaje real de personas que experimenta alguno de los síntomas de estos trastornos es superior, alrededor del 25%, pero tan sólo entre un 3% y un 7% consulta por esta causa. De hecho, es la segunda causa de consulta por dolor musculoesquelético después del dolor lumbar y es más frecuente en mujeres entre los 20 y 50 años. Estos son datos del 2013 recogidos en la publicación «*Temporomandibular Joint Disorders: A Review of Etiology, Clinical Management, and Tissue Engineering Strategies*».

¿Es más frecuente hoy que hace unos años o simplemente se va conociendo más?

No creo que hoy tengamos más casos de problemas maxilofaciales que hace unos años, simplemente en la actualidad existe más información y los pacientes buscan soluciones y no se conforman con la primera respuesta.

No obstante, sí es cierto que el grado de estrés laboral y emocional afecta directamente al estado de salud y, en especial, a la esfera cráneo-mandibular. Por lo que las situaciones de estrés y los conflictos emocionales que vivimos en este siglo XXI hacen que se vea más incrementada la incapacidad funcional en los pacientes que sufren estos trastornos.

¿Cuáles son las principales causas?

La etiología de los trastornos de la articulación temporomandibular es multidimensional. Hay factores biomecánicos, neuromusculares, biopsicosociales, y neurobiológicos que influyen en su predisposición, iniciación, y su agravamiento. Como he citado en la respuesta anterior, los problemas de salud, así como el estrés por temas laborales, familiares o de pareja también pueden afectar.

¿Cómo ayuda la fisioterapia en su tratamiento?

La fisioterapia tiene un papel fundamental en el tratamiento de todas las alteraciones de la esfera craneomandibular puesto que aporta una terapia nada o poco invasiva, con resultados instantáneos y duraderos, y que facilita el enfoque integral del paciente, algo que no se da en los casos de otros especialistas. Así que encontramos una opción muy buena para tratar este perfil de paciente que encontrará sosiego ante una patología tan complicada como es la ATM.

¿Cómo llega el paciente con dolor orofacial a ponerse en manos de un fisioterapeuta?

En la actualidad todavía es extraño que un paciente por sí mismo piense en un fisioterapeuta cuando percibe molestias o dolor en la región cráneo-facial. Habitualmente buscan la consulta del maxilofacial, el odontólogo o el médico de cabecera, y son estos quienes derivan el paciente al fisioterapeuta de confianza especializado en ATM, que por el momento siguen siendo pocos.

Es cierto que en nuestras consultas encontramos directamente a pacientes que sufren trastornos de la ATM. Es habitual que estos pacientes vengan a tratarse de dolores del raquis cervical o por cefaleas, y durante nuestra anamnesis o nuestra exploración, es cuando detectamos que el origen de los síntomas de nuestro paciente puede residir en su región craneofacial o deberse a trastornos posturales.

¿Cómo es la colaboración entre fisioterapeutas y odontólogos?

En mi clínica trabajamos de forma multidisciplinar con otros profesionales, entre ellos odontólogos, que nos derivan pacientes porque conocen la efectividad de nuestros tratamientos y saben que los resultados para el paciente van a ser muy beneficiosos, pero no es lo común.

Lo ideal sería que existiera ese trabajo multidisciplinar en el abordaje de este tipo de pacientes pero la realidad es que todavía resulta difícil encontrar odontólogos y maxilofaciales que cuenten con un fisioterapeuta y que los de-



(De izqda. a dcha.): José A. González, director de FAD; Juan José Boscà, y Juan José Bruño, vocal de la JG del ICOFCV

riven, a pesar de que es fundamental para tratar con éxito estas patologías.

La mayoría de los odontólogos y dentistas cuando detectan disfunción en la ATM derivan directamente a médicos estomatólogos especializados en dolor orofacial y disfunción craneomandibular, no piensan en fisioterapeutas para hacer una primera valoración de los tejidos que alteran la dinámica de la ATM. Así que de momento, en líneas generales y por desgracia para estos pacientes, sigue siendo una colaboración bastante deficiente. Ahora bien, he de decir que en el momento en que ven los resultados que se obtienen tras realizar la recuperación con un fisioterapeuta especializado, derivan a los pacientes con más frecuencia.

¿Cree que podría darse algún conflicto de intrusismo entre fisioterapeuta y odontólogo?

Sinceramente, pienso que no se debería dar ningún tipo de conflicto de intrusismo. Hay que saber diferenciar las competencias de cada una de las profesiones, hasta dónde llega cada una y cuándo es momento de derivar.

Lejos de pensar en intrusismo, lo que hay que potenciar es la difusión de nuestro trabajo tanto para mejorar la mecánica de la ATM como de otras dolencias, y llegar no solo a los odontólogos sino al resto de profesionales para que puedan prescribir/derivar más fisioterapia.



“ El paciente que padece problemas en esta articulación se siente muy incapacitado por el dolor y las molestias, puesto que la ATM está activa en la inmensa mayoría de los gestos que realizamos a lo largo del día: masticar, hablar, cantar, sonreír,...

”

Es decir, hay que hacer más difusión...

Por supuesto, es muy importante que demos a conocer a la sociedad, a otros profesionales y a los ciudadanos, todo lo que los fisioterapeutas podemos hacer.

¿Puede contarnos algún caso que resulte esclarecedor al respecto?

Ha habido muchos, desde accidentes de tráfico, casos de violencia de género, personas quemadas, tratamientos post-ortodoncia, trastornos emocionales... Con respecto a esto último, recuerdo el caso de una chica de 18 años que vino a la consulta de forma casi casual y que resultó ser un caso sencillo. Apenas podía comer porque dejó de abrir la boca lo suficiente y no podía meterse la cuchara. Le habían hecho muchas pruebas diagnósticas, resonancia incluida, pero como no encontraban qué le pasaba, estaba pendiente de una cirugía otoscópica de ATM. Ante ello, su madre, que sabía que trabajo estos temas y que me conocía, la trajo un día a mi consulta para pedirme opinión, y que la valorase para ver si podía darle algún consejo antes de la cirugía.

Un buena valoración y diagnóstico me permitieron comprobar que el único conflicto que le había llevado a esta

situación era emocional, había suspendido el selectivo y el estrés era tan fuerte que la contracción impedía una apertura de su boca de menos de un centímetro. Así pues, tras un buen trabajo fisioterápico manual de relajación de todos los músculos de la región orofacial consiguió prácticamente el 100% de apertura y no tuvo que someterse a la cirugía artroscópica que tenía programada. Y lo conseguimos en una sola sesión. Esto demuestra que nuestro trabajo tiene un excelente efecto beneficioso sobre todos los tejidos de la articulación temporomandibular, especialmente la musculatura periarticular.

A pesar de su importancia, la posibilidad de encontrar tratamiento de esta articulación está limitada al sector privado ¿no es así?

Cierto, muy pocos hospitales españoles cuentan con un servicio de fisioterapia específico para el departamento de cirugía maxilofacial y los pocos que disponen de él son hospitales privados. No ha sido ni es un proceso fácil, pero estoy seguro de que vamos a ir consiguiendo que los fisioterapeutas tengamos nuestro sitio en departamentos de rehabilitación y fisioterapia maxilofacial y que cada vez sean más los fisioterapeutas que deciden formarse específicamente en este campo.

¿Cuál es el desarrollo normal de la enfermedad, qué fases tiene?

Es un trastorno en el que la fase inicial puede caracterizarse por una alteración de la función muscular, por un exceso de cocontracción (contracción simultánea de los músculos agonistas y antagonistas que rodean una articulación para mantener una posición) que puede llevar a la limitación en la amplitud de apertura de la boca. De hecho, puede que en las primeras fases el paciente no sea consciente de su trastorno si no va acompañado de dolor; si lo notan -que no siempre pasa- es porque no pueden abrir bien la boca. En la medida en que la cocontracción es muy prolongada, como el caso del bruxismo o situaciones de estrés prolongado, entonces el músculo puede llegar a una situación de mialgia local dando inicio a la presencia de dolor. Este se puede manifestar de forma local o generando un patrón de dolor referido por la presencia de puntos gatillo miofasciales.

En fases más avanzadas nos podemos encontrar con la presencia de crepitación o chasquidos meniscales por subluxación del menisco, al igual que puede haber problemas del compartimento suprameniscal con adherencias o adhesión de los tejidos, haciéndose la función muy incapacitante.

Por último, en los casos más graves, además de los signos clínicos básicos de limitación, chasquido/crepitación y dolor, podemos encontrar otros relacionados con el sistema estomatognático como son cervicalgias, mareos, zumbidos, cefaleas, cervicalgias etc.

Además de los problemas que acaba de comentar, ¿hay alguno más?

Sí, también son muy frecuentes las cefaleas en sienes y cara anterior del oído que pueden irradiar dolor a mandíbula, boca, garganta, cervicales y hombros.

¿Cómo afecta todo esto al paciente?

El paciente que padece alguno o varios de estos problemas se siente muy incapacitado por el dolor y las molestias puesto que la ATM está activa en la inmensa mayoría

“ Hay muchos tipos de problemas que pueden afectar a la ATM: desde accidentes de tráfico, casos de violencia de género, personas quemadas, tratamientos post-ortodoncia, trastornos emocionales... ”



Boscà junto al reconocido doctor Adalbert I. Kapandji

de los gestos que realizamos a lo largo del día: masticar, hablar, cantar, sonreír, y en los pacientes bruxistas, incluso al dormir. Así que este problema acaba afectando el entorno psicosocial del paciente y en algunas ocasiones es muy difícil de sobrellevar para ellos.

¿Cómo es el tratamiento y cuáles son las técnicas más utilizadas?

Tratar la ATM pasa por abordar por completo todas las estructuras implicadas en el sistema estomatognático, es decir, raquis cervical, cintura escapular, músculos supra e infrahioideos, disfunciones craneocervicales de la base del cráneo y, por supuesto, los trastornos posturales si estos están influyendo en el trastorno de la ATM.



Obviamente, como en todas las patologías, el tratamiento depende del diagnóstico y se enfoca en función de si es un caso agudo o crónico. No obstante, las técnicas más utilizadas son las neuromusculares, miofasciales, articulatorias y la punción seca. Todo ello acompañado por las medidas de higiene postural que creamos necesarias tras la exploración del paciente, autocuidados que se le enseñan para realizar en casa y aquello que el especialista al que decidamos derivar crea pertinente, como pueden ser férulas de descarga si derivamos al odontólogo, plantillas si derivamos al podólogo o ejercicios visuales si derivamos al optometrista.

Por lo que sabemos, hay muchos pacientes con problemas de ATM incorrectamente tratados, con férulas de descarga no apropiadas...

No soy el más indicado para hablar de férulas de descarga pero sí que puedo explicar algunas de las conclusiones a las que llegaron los mejores especialistas mundiales en esta materia que se dieron cita en 2012 en el *Congreso Internacional de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial*, al que nos invitaron para impartir una conferencia a nuestro colega Rafael Torres y a mí. En él, pude comprobar que no existe un consenso sobre la aplicación de las férulas y sus múltiples aplicaciones pero, en general,

sí es cierto que no es la panacea para estos problemas. Hay una falsa creencia extendida de que la férula de descarga es la solución ante problemas como el bruxismo. Es cierto que esta es muy útil en la mayoría de casos pero es única y exclusivamente para no romper el diente, no para solucionar el acto de bruxar. De hecho, en algunas situaciones el uso de la férula puede ser incluso peligroso, como en el caso de algunas subluxaciones o luxaciones meniscales no detectadas donde el menisco no está bien posicionado en la articulación. En estos, al colocar la férula se cronifica dicha posición y la sobrecarga que genera el bruxar recae en el tejido más débil y sensible de la articulación, provocando así el aumento del dolor y su cronicidad. Por ello, siempre es conveniente consultar con un especialista en este tipo de trastornos.

¿Qué diferencias hay en el tratamiento si el paciente es un niño?

Hay diferencias importantes ya que hay cambios evidentes en el desarrollo óseo del cráneo y del macizo facial entre un adulto y un niño, pero además, en la edad infantil suelen aparecer trastornos posturales en los que pueden verse afectadas otras regiones del cuerpo como son los pies o la columna vertebral que, en cierto modo, están contribuyendo a afectar el área craneomandibular.

“ Muy pocos hospitales españoles cuentan con un servicio de fisioterapia específico para el departamento de cirugía maxilofacial... pero estoy seguro que vamos a ir consiguiéndolo ”



¿Algún consejo para prevenir?

La prevención pasa por el control por parte del propio paciente de los desencadenantes que provocan su dolor o patología. Bien sea a través de medidas de higiene postural (en casa y en su trabajo), la adquisición de ciertos hábitos previos a conciliar el sueño para entrar en un estado de mayor relajación, el automasaje o estiramientos en casos de sobrecarga muscular recurrente o evitar ciertos alimentos que pueden desencadenar cefaleas o migrañas. Y por supuesto, es imprescindible que los especialistas que ayudan al paciente a sobrellevar los síntomas, como son el fisioterapeuta o el odontólogo, mantengan un control adecuado.

En la formación actual en el Grado en las universidades de España apenas hay formación en esta área, ¿cree que debería ampliarse?

Hay universidades que sí incluyen algunas nociones teórico-prácticas de ATM en su programa pero todavía sigue habiendo algunos donde sólo se aborda la parte teórica del temario o ni tan siquiera eso. Creo que sí que necesitaría ampliarse, aunque son tantas las espe-

cialidades de la fisioterapia que es imposible salir bien preparado de la carrera en cada una de ellas. Por eso la importancia de seguir formándose al terminar el Grado, no sólo en el ámbito de la ATM, sino en cualquiera en el que los fisioterapeutas se quieran especializar.

¿Hacia dónde se está moviendo este campo?

Por suerte, ahora mismo hay una demanda creciente de fisioterapeutas especializados en ATM, gracias a que son los propios pacientes los que buscan sosiego y respuestas en el campo de la fisioterapia al ver que, por parte de la medicina tradicional sólo encuentran medicación y reclamos a la paciencia. Poco a poco nos estamos haciendo nuestro propio espacio en el mundo de los maxilofaciales y odontólogos, y el abanico de formación en este campo es cada vez más amplio para que los fisioterapeutas puedan formarse al respecto con calidad y evidencia científica.

Hoy en día es común encontrarse con ponencias de fisioterapeutas en los congresos y encuentros de los especialistas en dolor orofacial y disfunción craneomandibular.

¿Le gustaría destacar algún aspecto que no hayamos abordado?

Sí, me gustaría subrayar que la ATM es una articulación víctima, no culpable de problemas. Es la víctima de trastornos posturales, emocionales, bucodentales, traumáticos,... y como fisioterapeutas debemos atender de una forma más integral al paciente, valorando todas estas posibles causas porque, si no resuelves lo que origina el problema, el paciente volverá a tener trastornos. Tenemos que conocer el trabajo específico de ATM y las posibles etiologías que puedan provocarlo, así como, revisar todas las estructuras periféricas a la ATM que configuran el sistema craneocervicomandibular (cuello, cráneo y cintura escapular).



“ El reto de futuro es conseguir que la fisioterapia esté presente en cada una de las especialidades médicas... y potenciar el corporativismo. Lo que nos une debe ser más fuerte que lo que nos separa ”

Antes de acabar, ¿cuál es en su opinión el principal reto de futuro de la fisioterapia?

Para mí el reto de futuro es conseguir que la fisioterapia esté presente en cada una de las especialidades médicas de la sociedad y que sea considerada igual de importante que cualquier otra profesión médica. Creo que vamos avanzando poco a poco, pero lo justo sería que estuviéramos presentes en cada área, y que nuestra figura no sólo estuviese reconocida sino que fuera una realidad. No solo a nivel económico reduciríamos costes en casi todas las especialidades, sino que el más beneficiado sería el paciente. Este sabría que podría contar con la figura de un fisioterapeuta que le guiaría en la preparación para cualquier acto médico ó quirúrgico y, por supuesto, haciéndose responsable de su vuelta a la normalidad. Tener un “fisio” al lado de un proceso y que te pueda tutelar hasta el final es clave.

Otro reto sería el potenciar el corporativismo entre los fisioterapeutas. Lo que nos une debe ser más fuerte que lo que nos separa y debemos dar una imagen de unión de nuestro colectivo.

Por último, agradecimientos...

El primer agradecimiento es para el Colegio de Fisioterapeutas por dedicarme este espacio, por hacer un reconocimiento así a personas que, como en mi caso, sin ser figuras relevantes, sí hemos trabajado por esta profesión aportando un granito de arena desde los inicios para su crecimiento y reconocimiento social. Y por supuesto, mi mayor agradecimiento a todos los miembros de mi equipo por dar lo mejor de sí cada día.