



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DOLOR MIOFASCIAL CON APERTURA LIMITADA
ASOCIADO A SOMATIZACIÓN EN UNA MUESTRA
DE PACIENTES DE 15-70
AÑOS.UDO.DEPEI.FO.UNAM.
2005-2007.ESTUDIO TRANSVERSAL.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

YENI JAIME MONZALVO

TUTOR: Dr. MANUEL SAAVEDRA GARCÍA

ASESORA: Mtra. ARCELIA FELICÍAS MELENDÉZ OCAMPO

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE:

Por su amor, por estar a mi lado y por brindarme su apoyo en todo momento, pero sobre todo por alentarme a salir adelante.

A MI ESPOSO E HIJO:

Por su paciencia y por darme la fortaleza y motivo para seguir superándome.

A MIS HERMANOS:

Por su apoyo incondicional para sacar adelante mi sueño.

A MI TUTOR Y ASESORA:

El Dr. Manuel Saavedra y la Mtra. Arcelia Meléndez por su ayuda y paciencia, para la realización de esta tesina.

A LA UNAM:

Por permitirme ser parte de la máxima casa de estudios y por darme la oportunidad de aprender y forjarme como profesionalista.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
4. JUSTIFICACIÓN	14
5. OBJETIVOS	15
5.1 OBJETIVO GENERAL	15
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
6. METODOLOGÍA	16
6.1 MATERIAL Y MÉTODO	16
6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	17
6.3 MUESTRA	17
6.4 TIPO DE ESTUDIO	17
6.5 VARIABLES DE ESTUDIO	18
6.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18
6.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	18
6.8 VARIABLE DEPENDIENTE Y VARIABLE INDEPENDIENTE	18
6.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	19
7. RESULTADOS	20
8. CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS	30

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos funcionales del sistema masticatorio se han identificado con diversos términos, a lo largo de los años, en 1934 James Costen describió algunos síntomas referidos con el oído y la ATM , de ahí se derivó el término Síndrome de Costen y posteriormente se popularizó el término trastornos de la articulación temporomandibular.

En 1959 Shore introdujo la denominación Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular, más tarde apareció el término alteraciones funcionales de la articulación temporomandibular, acuñado por Ramfjord y Ash.

Algunos términos describían los factores etiológicos sugeridos, como es el caso de trastorno oclusomandibular y miartropatía de la articulación temporomandibular. Otros resaltaban el dolor, como el síndrome de dolor-disfunción, el síndrome de dolor-disfunción miofascial y el síndrome de dolor-disfunción temporomandibular.

Bell sugirió el término trastornos temporomandibulares (TTM), y este ha ido ganando popularidad.

Trastornos temporomandibulares es un término aceptado por la American Dental Association que abarca las disfunciones de la articulación temporomandibular así como todos los trastornos asociados con la función del sistema masticatorio.¹

La investigación científica de los trastornos temporomandibulares empezó en los años cincuenta. Los primeros estudios sugerían que el estado oclusal podía influir en la función de los músculos masticatorios. A finales de los cincuenta se escribieron los primeros libros de texto en

que se describían las anomalías de la masticación. Los trastornos que con más frecuencia se describían eran los trastornos del dolor de los músculos de la masticación.

En los años sesenta y setenta se aceptó que la oclusión y posteriormente la tensión emocional eran los principales factores etiológicos de los trastornos funcionales del sistema masticatorio. Fue hasta los años ochenta cuando la profesión odontológica empezó a apreciar la complejidad de los trastornos temporomandibulares.

Por esta complejidad se ha intentado encontrar el tratamiento más adecuado para dichos trastornos y para los dolores orofaciales.

La causa de los trastornos temporomandibulares suele ser compleja y multifactorial, la etiología se designa en tres grupos: factores predisponentes (sistémicos, psicológicos y estructurales), factores desencadenantes (trauma, sobrecarga o parafunción) y factores perpetuantes (estrés, problemas sociales y emocionales).¹

Según la literatura estas disfunciones afectan aun porcentaje muy elevado de la Población mundial , aproximadamente un 80% de los cuales solo alrededor del 71% tienen síntomas significativos que les obligan a buscar atención médica.⁸

El propósito de este estudio fue determinar la asociación existente entre el dolor miofascial con apertura limitada y la somatización en una muestra de pacientes de 15 a 70 años que solicitaron atención en la Unidad de Dolor Orofacial y ATM en la DEPEI de la Facultad de Odontología de la UNAM.

2. ANTECEDENTES

2.1 ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Esta formada por el cóndilo mandibular que se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal, estos dos huesos están separados por el disco articular, este es de tejido conjuntivo fibroso y denso, provisto de vasos sanguíneos o fibras nerviosas, la zona más periférica del disco esta ligeramente inervada.



Fig.1 Articulación temporomandibular¹⁵

El área donde se produce la conexión craneomandibular se denomina ATM. Permite el movimiento de bisagra en un plano y puede considerarse por tanto una articulación gínglimoide, sin embargo al mismo tiempo también permite movimientos de deslizamiento, lo cual la clasifica como articulación artrodial. Técnicamente se le ha considerado como una articulación gínglimoartrodial.

2.2 MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN

Los movimientos de la articulación temporomandibular están producidos principalmente por los músculos de la masticación, estos son : temporal, masetero, pterigoideo lateral y pterigoideo medial.

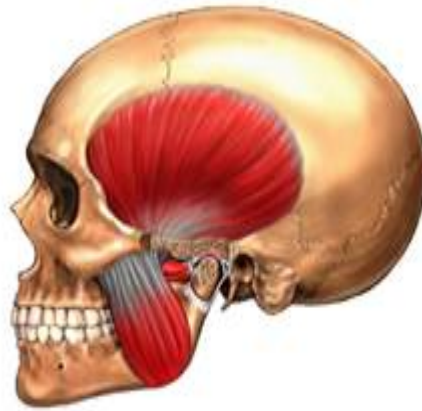


Fig.2 Músculo masetero y temporal.¹⁵

MOVIMIENTO	MÚSCULOS
Elevación (cerrar la boca)	Temporal, Masetero y Pterigoideo medial
Depresión (abrir la boca)	Pterigoideo Lateral y Músculos suprahioides e infrahioides.
Protrusión (protrae el mentón)	Pterigoideo Lateral, Masetero y Pterigoideo Medial
Retrusión (retrae el mentón)	Temporal y Masetero
Movimientos Laterales	Temporal, Pterigoideos y Masetero.

Fuente⁴

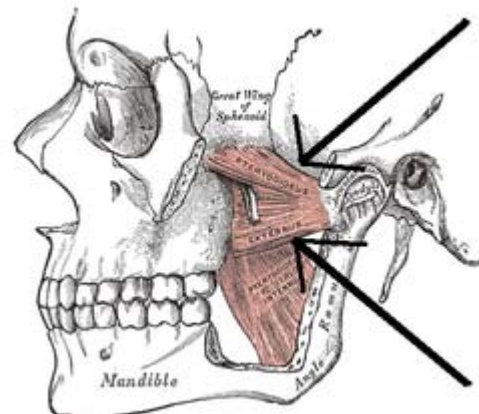
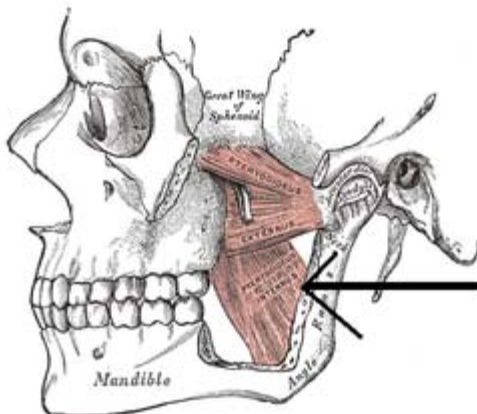


Fig. 3 Músculo pterigoideo interno y externo

io respectivamente.¹⁵

respectivamente.¹⁵ Los músculos suprahioides e infrahioides son músculos que se utilizan principalmente para elevar y deprimir el hueso hioides. De forma indirecta también ayudan a deprimir la mandíbula.⁴ No todos los trastornos de los músculos masticatorios son iguales

Clínicamente, hay cinco tipos:

1. Cocontracción protectora (fijación muscular).
2. Dolor muscular local (mialgia no inflamatoria).
3. Mioespasmo.
4. Mialgia crónica de mediación central (miositis crónica).
5. Dolor miofascial (mialgia por punto gatillo).

2.3 AMPLITUD MANDIBULAR

El rango normal de apertura bucal, midiendo entre los incisivos esta entre 53 y 58 mm. Se denomina apertura mandibular limitada o restringida a cualquier distancia menor a 40mm. Solo el 1.2% de adultos jóvenes abren menos de 40mm y el 15% de ancianos sanos abren menos de 40mm. Pero hay que tener en cuenta la edad y el tamaño corporal de la persona .

La apertura limitada esta producida por causas extra o intracapsulares, las primeras son generalmente los músculos y por lo tanto están relacionadas con un trastorno muscular, y las segundas con la función disco-condilar y ligamentos relacionados con un trastorno del disco.



Fig.4 Apertura bucal¹⁵

2.4 DOLOR MIOFASCIAL

Los trastornos funcionales de los músculos masticatorios son quizá el problema del trastorno temporomandibular mas frecuente y sin duda el dolor es el síntoma predominante.

El dolor Miofascial fue descrito por primera vez por Travell y Rinzler en 1952. En 1969, Laskin describió el síndrome de Disfunción Dolorosa Miofascial (DDM) por la presencia de determinadas características clínicas, pero este término se utiliza para indicar cualquier trastorno muscular no intracapsular. Este síndrome no debe confundirse con el termino Dolor Miofascial.¹

En 1992, Dworkin y LeResch publicaron los criterios diagnósticos para la investigación de los trastornos temporomandibulares (CDI / TTM).

Bajo estos criterios, los trastornos se clasifican en tres grupos:

GRUPO I

Dolor miofascial

Dolor miofascial con abertura limitada.

GRUPO II

Desplazamiento del disco con reducción

Desplazamiento del disco sin reducción con abertura limitada

Desplazamiento del disco sin reducción sin abertura limitada

GRUPO III

Artralgia

Osteoartritis

Osteoartrosis.²

Estos trastornos pueden cursar con dolor ya sea articular o muscular, sonidos como chasquidos o crepitaciones y limitación de movimientos mandibulares en lateralidades, abertura o protrusiva.

El Dolor Miofascial (mialgia por punto gatillo) es un trastorno caracterizado por áreas locales de bandas de tejido muscular duro e hipersensible que recibe el nombre de punto gatillo. Estas áreas muy localizadas de los tejidos musculares o de sus inserciones tendinosas se palpan a menudo en forma de bandas tensas cuyo tacto desencadena dolor.¹

Se desconoce la naturaleza exacta de un punto gatillo, pero se ha sugerido que ciertas terminaciones nerviosas en los tejidos musculares son sensibilizadas, puede existir un aumento local de la temperatura en el punto gatillo lo que sugiere un incremento en la demanda metabólica y/o una reducción del flujo sanguíneo a estos tejidos.

Un punto gatillo es una región muy circunscrita en la que únicamente unas unidades motoras relativamente escasas parecen contraerse. La característica única de estos punto gatillo es que son una fuente de dolor profundo constante.

Un rasgo clínico interesante de un punto gatillo, es que puede presentarse en un estado activo o latente. En el estado activo, produce efectos excitatorios centrales. Por ello cuando un punto gatillo es activo, normalmente se sufre cefalea. En el estado latente el punto gatillo ya no es sensible a la palpación y por lo tanto no produce dolor referido, y no se puede encontrar por palpación y el paciente no se queja de cefalea.

Los puntos gatillo pueden activarse por diversos factores como un aumento del uso del músculo, estrés emocional e incluso afección de las vías respiratorias superiores.⁵

El dolor miofascial como ya se menciono esta asociado con puntos gatillo, aumentos de tensión muscular o combinación de ellos.

El dolor suele ser constante, profundo y sordo. En ocasiones puede presentar hiperalgesia lo que obliga a hacer un diagnostico diferencial con el dolor neuropático.

2.4.1 Etiología del Dolor Miofascial

Se aceptan como factores precipitantes el estrés muscular agudo, microtraumatismos repetidos, sobreuso. Además determinados factores favorecen el desarrollo de la enfermedad tales como alteraciones posturales, metabólicas, nutricionales, del patrón del sueño, psicológicas y del área afectiva.⁶

Aunque el dolor miofascial se manifiesta clínicamente por unos puntos gatillo en los músculos, existen pruebas concluyentes que indican que el SNC desempeña un papel importante, la combinación de factores centrales y periféricos dificultan aun mas el tratamiento de esta alteración.

Travell y Simons han descrito algunos factores locales y sistémicos que parecen estar asociados, a traumas, hipovitaminosis, estado físico deficiente, y fatiga. Es probable que otros factores importantes sean la tensión emocional.¹

La etiología del dolor miofascial es compleja. Desgraciadamente no

comprendemos completamente este trastorno, y es difícil ser específico respecto a todos los factores etiológicos.

2.5 CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS Y SOMATIZACIÓN

El concepto de trastorno psicósomático o trastorno somatomorfo ha señalado la falacia de la dualidad de mente y cuerpo, que ha orientado el pensamiento acerca de la psicología del individuo durante muchos años, y ha puesto de manifiesto la naturaleza unitaria de éste. Esto tuvo lugar porque numerosos trastornos físicos no podían comprenderse y tratarse eficazmente como trastornos exclusivos del sistema fisiológico.

Los trastornos psicósomáticos se distinguen de los trastornos histéricos en que, en la histeria, el síntoma parece reflejar un intento de descarga de una emoción, en tanto que el síntoma psicósomático parece provenir de preparaciones físicas para descargar una emoción persistente.

En ocasiones una alteración psicológica afecta directamente una alteración física existente, en este caso la alteración física es la fuente predominante de nocicepción y el factor psicológico es un contribuyente a la experiencia dolorosa.¹⁰

Los trastornos somatomorfos son parte de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la práctica médica general, con una prevalencia del 16%. Se estima que la problemática de los síntomas somáticos sin explicación clínica representa el 15 al 25% de las consultas en atención primaria y que 30 a 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de una evaluación.

Un trastorno que debe tenerse en cuenta es la somatización.

El término trastorno por somatización se refiere específicamente a la persona que ha tenido síntomas durante años y que se queja de una combinación de dolor y síntomas gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos.

En un Trastorno de somatización, un individuo puede presentar quejas específicas sin evidencia de ninguna alteración física.³

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La etiología del dolor miofascial es compleja por desgracia se carece y es limitado por parte de algunos profesionales el conocimiento completo de este trastorno doloroso miógeno ;se han descrito ciertos factores locales y sistémicos que parecen estar asociados como son traumatismos, mal estado físico, fatiga y pudiera ser el estrés emocional.

También existen condiciones psicológicas que contribuyen a exacerbar el dolor muscular, estos son los trastornos de somatización, se refieren a la presencia de síntomas físicos sin tener alguna alteración física y que se traducen en dolor.

Además son limitados los estudios en México existentes, que presentan datos sobre el dolor miofascial con apertura limitada asociado a la somatización.

Por esta razón nos la siguiente pregunta:

¿El dolor miofascial con apertura limitada esta asociado a la somatización?

4. JUSTIFICACIÓN

El hecho de analizar una muestra de pacientes de 15 a 70 años en un Estudio Transversal como el presente, permite conocer algunos aspectos referentes a la distribución de eventos como somatización y dolor miofascial con apertura limitada por variables como edad, sexo y así conocer si existe una posible asociación entre el dolor miofascial con apertura limitada y la somatización.

Además permitirá determinar la prevalencia de somatización en sus diferentes grados asociados a variables como dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor en pecho, dolor muscular y náuseas en pacientes con dolor miofascial y apertura limitada.

El estudio sentará las bases metodológicas para determinar si esta asociación se debe al azar de la muestra o de verdad están relacionadas.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y asociación que existe entre el dolor miofascial con apertura limitada y la somatización de pacientes que acudieron a solicitar atención en la Unidad de Dolor Orofacial y TTM, DEPeI, FO, UNAM.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de dolor miofascial con apertura limitada por edad y género.
2. Determinar la prevalencia de somatización por género.
3. Determinar la proporción de pacientes de 15-70 años con y sin somatización
4. Determinar la prevalencia por sexo de la somatización con variables como dolor de cabeza, dolor de pecho, dolor de espalda, dolor muscular y nauseas.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se llevo a cabo en la Unidad de Dolor Orofacial y TTM de la DEPEI FO,UNAM en donde participaron los individuos que solicitaron atención durante el período 2005-07.

La información se obtuvo del formato de CDI / TTM y se levanto información correspondiente al eje I y eje II.

El eje I incluye la aplicación de un examen clínico, que fue realizado por personal calibrado y estandarizado, utilizando técnicas de protección se le pidió al paciente que respondiera si había dolor Muscular, articular o ambos y si este se presentaba lado derecho, lado izquierdo o ambos, se registro el patrón de abertura mandibular, si este era recto o había alguna desviación, se midió la abertura normal sin que le causara dolor, abertura máxima y abertura con ayuda registrando la presencia de dolor. También se midió el traslape horizontal expresado en mm. En cada movimiento se detecto la presencia de sonidos articulares en apertura y cierre. Y se midió el rango de movimiento mandibular a las lateralidades y en protrusiva utilizando una regla milimetrada, y se detecto si había sonidos en la realización de estos movimientos.

Se palparon músculos de cara, cabeza y cuello con una presión de dos libras se pregunto si hay dolor o presión y si este era ligero, moderado, o severo se hicieron anotaciones del lado derecho e izquierdo.

De igual forma se palparon los polos laterales de la ATM tanto derecho como izquierdo y la inserción posterior del disco articular ejerciendo presión de una libra.

Se realizó el cambio de guantes para hacer la palpación Intraoral con una libra de presión, se palpó el músculo pterigoideo lateral y la inserción del temporal, por último se analizaron factores oclusales tanto estructurales como funcionales.

El eje II consistió en una evaluación minuciosa del estado del individuo, se determinaron aspectos nutrimentales, demográficos, psicológicos y somáticos.

La información se presenta como distribuciones porcentuales y para determinar asociación se aplicó la prueba X^2 .

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Individuos que solicitan atención en la Unidad de Dolor Orofacial y TTM de la DEPeI, FO, UNAM.

6.3 MUESTRA

El estudio se llevó a cabo en una población de 850 individuos que presentaban un rango de edad de 15 a 70 años.

El tamaño de la muestra es de 135 individuos que presentan ambas variables.

6.4 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional transversal,

6.5 VARIABLES DE ESTUDIO

- ✓ Dolor miofascial con abertura limitada
- ✓ Somatización
- ✓ Edad
- ✓ Género

6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Individuos con dolor miofascial y abertura limitada de 15 a 70 años de sexo indistinto que presenten las variables de estudio.
- ✓ Individuos que hayan firmado carta de consentimiento informado.

6.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Individuos con dolor dental agudo.
- ✓ Individuos con alguna enfermedad sistémica (lupus, artritis).

6.8 VARIABLES DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE

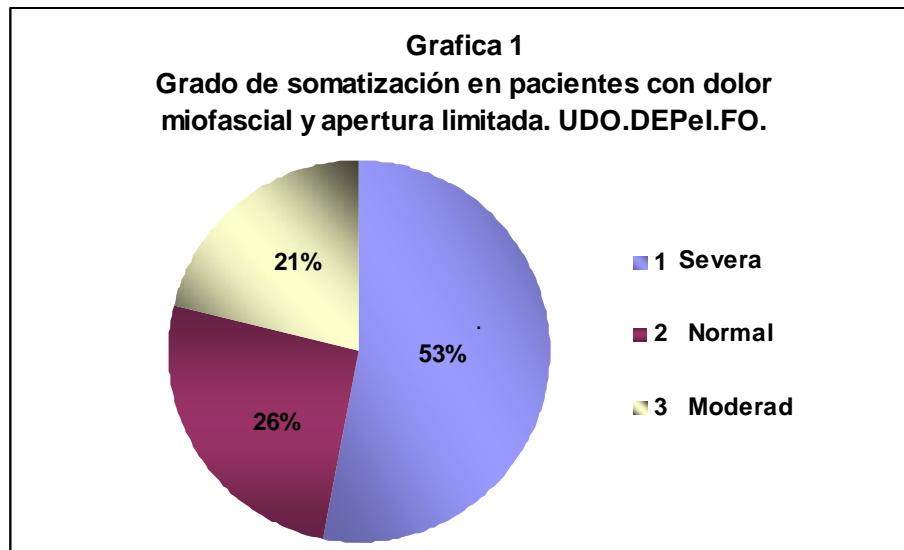
- ✓ **VARIABLE DEPENDIENTE** : Dolor Miofascial con Apertura Limitada
- ✓ **VARIABLE INDEPENDIENTE** : Somatización

6.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	ESCALA
Dolor miofascial con apertura limitada	Trastorno degenerativo muscular que presenta 3 ó mas sitios de dolor en un total de 20. La apertura bucal se registra como limitada al tener una distancia menor a 40mm.	El dolor se determino como dolor miofascial, dolor miofascial con apertura limitada y sin diagnostico para el grupo I. La apertura limitada se determino cuando mide menos de 40mm.	Nominal
Somatización	Tendencia a experimentar síntomas no establecidos, y atribuir estos a una enfermedad física.	Se determino como somatización normal, moderada o severa	Ordinal
Edad	Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento	Se midió en años cumplidos.	Razón
Género	Diferencia física y constitutiva entre el hombre y la mujer.	Se determino como masculino y femenino.	Nominal

7. RESULTADOS

Del total de pacientes revisados (N=850) el 15.88% (n=135) presentaron diagnóstico positivo de somatización y dolor miofascial con apertura limitada de los cuales el 21% presentan somatización moderada, el 53% somatización severa y el 26% somatización normal.



Fuente Directa

En términos de género el 8.9% corresponde al sexo masculino y el 91.1% al sexo femenino.

SOMATIZACIÓN Y DOLOR MIOFASCIAL CON APERTURA LIMITADA

El 25.92 % de los examinados fueron pacientes que no presentaron somatización pero si dolor miofascial con apertura limitada.

Los resultados demostraron que existe asociación entre las variables de estudio ($p < 0.05$).

PREVALENCIA DE DOLOR MIOFASCIAL CON APERTURA LIMITADA Y SOMATIZACIÓN ASOCIADO A DIFERENTES VARIABLES.

Se determinó la prevalencia de somatización y sus diferentes grados, asociado a variables como dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor de pecho, dolor muscular y nauseas en pacientes con dolor miofascial y apertura limitada.

**CUADRO 1
SOMATIZACIÓN MODERADA Y DOLOR DE ESPALDA EN
PACIENTES CON DOLOR MIOFASCIAL Y APERTURA
LIMITADA DE 15 A 74 AÑOS.**

EDAD	SOMATIZACIÓN MODERADA/ DOLOR ESPALDA							
	MP		MO		BA		EX	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15-20	0	1	0	0	0	0	0	0
21-26	0	0	0	1	0	1	0	0
27-32	0	0	0	2	0	0	0	0
33-38	0	1	0	2	0	2	0	0
39-44	0	4	0	2	0	0	0	1
45-50	0	3	0	0	0	0	0	1
51-56	0	2	0	1	0	0	0	0
57-62	0	0	0	0	0	0	0	0
63-68	0	0	0	1	0	0	0	0
69-74	0	0	0	0	0	1	0	0
TOTAL	0	11	0	9	0	4	0	2

Fuente Directa

N=26

Analizando el grado de somatización moderada se encontró que todos los casos se presentaron en el género femenino para el dolor de espalda reportado como muy poco hay 11 casos, para moderado 9 casos, para bastante 4 casos y para dolor de espalda extremo solo 2 casos.

CUADRO 2.
SOMATIZACIÓN SEVERA Y DOLOR DE ESPALDA EN
PACIENTES CON DOLOR MIOFASCIAL Y APERTURA
LIMITADA DE 15 A 74 AÑOS .

EDAD	SOMATIZACION SEVERA/ DOLOR ESPALDA							
	MP		MO		BA		EX	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15-20	0	0	0	2	0	0	0	0
21-26	0	1	0	1	1	2	0	0
27-32	0	0	0	2	0	2	0	1
33-38	0	1	0	3	0	3	0	1
39-44	0	1	0	2	0	0	0	2
45-50	0	0	0	3	0	6	0	3
51-56	0	3	1	1	1	4	0	2
57-62	0	0	0	4	0	0	0	2
63-68	0	1	1	2	0	1	0	0
69-74	0	0	0	1	0	2	0	0
TOTAL	0	7	2	21	2	20	0	11

Fuente Directa

n= 63

En cuanto a la somatización severa se reportan 59 casos para el dolor de espalda en el género femenino mientras que en el masculino se reportan 4 casos distribuidos en el apartado de moderado y bastante todos los casos se reflejan a lo largo de la muestra de 15 a 74 años.

CUADRO 3.
SOMATIZACIÓN MODERADA Y DOLOR DE CABEZA EN
PACIENTES CON DOLOR MIOFASCIAL Y APERTURA
LIMITADA DE 15 A 74 AÑOS.

EDAD	SOMATIZACIÓN MODERADA/ DOLOR DE CABEZA							
	MP		MO		BA		EX	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15-20	0	1	0	0	0	0	0	0
21-26	0	1	0	1	0	0	0	0
27-32	0	1	0	0	0	0	0	0
33-38	0	0	0	1	0	0	0	3
39-44	0	1	0	3	0	1	0	1
45-50	0	2	0	2	0	1	0	0
51-56	0	0	0	3	0	1	0	1
57-62	0	0	0	0	0	0	0	0
63-68	0	0	0	1	0	0	0	0
69-74	0	0	0	1	0	0	0	0
TOTAL	0	6	0	12	0	3	0	5

Fuente directa

n= 26

En el análisis de somatización moderada con el diagnóstico de dolor de cabeza, se presentan 26 casos para el género femenino y se distribuyen a lo largo de toda la muestra.

CUADRO 4
SOMATIZACIÓN SEVERA Y DOLOR DE CABEZA EN
PACIENTES CON DOLOR MIOFASCIAL Y APERTURA
LIMITADA DE 15 A 74 AÑOS.
SOMATIZACIÓN SEVERA/ DOLOR DE CABEZA

EDAD	MP		MO		BA		EX	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15-20	0	2	0	0	0	0	0	0
21-26	0	0	0	2	1	0	0	2
27-32	0	1	0	1	0	2	0	1
33-38	0	1	0	4	0	1	1	0
39-44	0	1	0	1	0	2	0	2
45-50	0	2	0	0	0	4	0	6
51-56	0	2	1	3	0	4	1	2
57-62	0	0	0	2	0	2	0	2
63-68	0	0	1	1	0	2	0	0
69-74	0	2	0	0	0	1	0	0
TOTAL	0	11	2	14	1	18	2	15

Fuente directa

n=63

En la somatización severa solo se reportan 5 casos para el género masculino reportados como dolor de cabeza moderado, bastante y extremadamente. Para el género femenino aumentan los casos reportados siendo 58 casos, distribuidos en los apartados de muy poco, moderado, bastante y extremadamente estos se distribuyen a lo largo de toda la muestra.

CUADRO 5
SOMATIZACIÓN MODERADA Y NAUSEAS EN PACIENTES
CON DOLOR MIOFASCIAL Y APERTURA LIMITADA DE 15 A
74 AÑOS.

EDAD	SOMATIZACIÓN MODERADA/ NAUSEAS								
	MP		MO		BA		EX		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
15-20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21-26	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27-32	0	1	0	1	0	0	0	0	0
33-38	0	3	0	1	0	0	0	0	0
39-44	0	2	0	1	0	0	0	0	0
45-50	0	3	0	0	0	0	0	0	0
51-56	0	2	0	0	0	0	0	0	0
57-62	0	0	0	0	0	0	0	0	0
63-68	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69-74	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	11	0	3	0	0	0	0	0

Fuente directa

n=14

Analizando el grado de somatización moderada con el diagnóstico de náuseas se observó que hay 12 casos reportados como muy poco y 3 casos para moderado. Todos ellos para el género femenino siendo el grupo etáreo de 27 a 56 años quienes reportan mayor número de casos.

CUADRO 6
SOMATIZACIÓN SEVERA Y NAUSEAS EN PACIENTES CON
DOLOR MIOFASCIAL Y APERTURA LIMITADA DE 15 A 74
AÑOS.

EDAD	SOMATIZACIÓN SEVERA/ NAUSEAS								
	MP		MO		BA		EX		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
15-20	0	0	0	0	0	1	0	0	0
21-26	0	0	0	2	1	0	0	0	0
27-32	0	2	0	0	0	1	0	0	0
33-38	0	3	0	0	0	0	0	0	0
39-44	0	2	0	1	0	0	0	0	1
45-50	0	3	0	2	0	1	0	0	1
51-56	0	5	0	0	1	2	0	0	1
57-62	0	1	0	1	0	0	0	0	1
63-68	1	0	0	1	0	1	0	0	0
69-74	0	0	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL	1	16	0	8	2	6	0	0	4

Fuente directa

n= 37

Mientras que en el grado de somatización severa hay un mayor número de casos reportados 34 casos para el genero femenino referidos la mayoría de ellos como muy pocas nauseas y 3 casos para el genero masculino referidos como muy pocas y bastantes nauseas.

CUADRO 7
SOMATIZACIÓN MODERADA Y DOLOR EN PECHO EN
PACIENTES CON DOLOR MIOFASCIAL CON APERTURA
LIMITADA DE 15 A 74 AÑOS.
SOMATIZACION MODERADA/ DOLOR EN
PECHO

EDAD	PECHO							
	MP		MO		BA		EX	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15-20	0	0	0	0	0	0	0	0
21-26	0	0	0	0	0	0	0	0
27-32	0	1	0	0	0	0	0	0
33-38	0	2	0	1	0	0	0	0
39-44	0	2	0	0	0	0	0	0
45-50	0	1	0	0	0	0	0	0
51-56	0	0	0	2	0	0	0	0
57-62	0	0	0	0	0	0	0	0
63-68	0	0	0	0	0	0	0	0
69-74	0	0	0	1	0	0	0	0
TOTAL	0	6	0	4	0	0	0	0

Fuente directa

n= 10

Al analizar el grado de somatización moderada y el diagnostico de dolor en pecho se observo que hay pacientes que refieren presentar muy poco dolor de pecho se reportan 6 casos y solo 4 pacientes refieren presentar dolor de pecho moderado, todos los casos se presentan en el sexo femenino.

CUADRO 8
SOMATIZACIÓN SEVERA Y DOLOR EN PECHO EN
PACIENTES CON DOLOR MIOFASCIAL Y APERTURA
LIMITADA DE 15 A 74 AÑOS.

EDAD	SOMATIZACION SEVERA/ DOLOR EN PECHO							
	MP		MO		BA		EX	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15-20	0	0	0	0	0	0	0	0
21-26	0	0	0	1	0	1	0	0
27-32	0	3	0	1	0	0	0	0
33-38	0	5	0	1	0	1	0	0
39-44	0	0	0	2	0	0	0	1
45-50	0	3	0	0	0	3	0	2
51-56	1	3	0	2	0	2	0	4
57-62	0	1	0	1	0	1	0	1
63-68	0	1	0	1	0	2	0	0
69-74	0	2	0	1	0	0	0	0
TOTAL	1	18	0	10	0	10	0	8

Fuente directa

n= 37

Mientras que en la somatización severa la mayoría de los casos es para el género femenino se reportan 46 casos y solo 1 caso para el género masculino que reporta muy poco dolor en pecho.

CUADRO 9
SOMATIZACIÓN SEVERA Y DOLOR MUSCULAR EN
PACIENTES CON DOLOR MIOFASCIAL Y APERTURA
LIMITADA DE 15 A 74 AÑOS.

EDAD	SOMATIZACION SEVERA/ DOLOR MUSCULAR							
	MP		MO		BA		EX	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15-20	0	1	0	1	0	0	0	0
21-26	0	1	0	2	1	1	0	1
27-32	0	0	0	1	1	2	0	2
33-38	0	2	0	2	0	2	0	0
39-44	0	1	0	2	0	0	0	2
45-50	0	1	0	2	0	5	0	4
51-56	0	1	0	3	1	4	1	3
57-62	0	1	0	3	0	0	0	2
63-68	0	1	0	0	0	2	1	0
69-74	0	1	0	1	0	1	1	0
TOTAL	0	10	0	17	3	17	3	14

Fuente directa

n= 64

En el grado de somatización severa se reporto bastante y extremadamente dolor muscular para el género masculino 6 casos en su totalidad, mientras que para el sexo femenino se reportaron un total de 58 casos.

CUADRO 10
SOMATIZACIÓN MODERADA Y DOLOR MUSCULAR EN
PACIENTES CON DOLOR MIOFASCIAL Y APERTURA
LIMITADA DE 15 A 74 AÑOS
SOMATIZACIÓN MODERADA/ DOLOR

EDAD	MUSCULAR							
	MP		MO		BA		EX	
	M	F	M	F	M	F	M	F
15-20	0	0	0	0	0	1	0	0
21-26	0	0	0	1	0	1	0	0
27-32	0	1	0	1	0	0	0	0
33-38	0	2	0	1	0	2	0	1
39-44	0	1	0	3	0	2	0	1
45-50	0	1	0	2	0	0	0	0
51-56	0	2	0	2	0	0	0	0
57-62	0	0	0	0	0	0	0	0
63-68	0	1	0	0	0	0	0	0
69-74	0	0	0	0	0	1	0	0
TOTAL	0	8	0	10	0	7	0	2

Fuente directa

n=27

Y en el grado de somatización moderada los pacientes reportaron 8 casos para muy poco dolor muscular, 10 casos para moderado, 7 casos para bastante y 2 casos para dolor muscular extremo, todos los casos atribuidos al genero femenino.

ASOCIACIÓN

Para determinar si existe asociación se cruzaron las variables dolor miofascial con apertura limitada y somatización en sus 3 dimensiones, al respecto se observó que la asociación no es tan fuerte cuando la variable somatización se cruza con dolor miofascial por sus dimensiones pero cuando se asocia solo como somatización incluyente de sus dimensiones si hay asociación ($X^2=39.26, p<0.05$) y el riesgo de padecer dolor miofascial con apertura limitada en pacientes que somatizan es de 4.3 más veces (OR=4.3), por lo tanto se rechaza la hipótesis de que no existe asociación entre las variables de estudio.

	CON DOLOR MIOFASCIAL Y AL	SIN DOLOR MIOFASCIAL Y AL	TOTAL
CON SOMATIZACIÓN	90	89	179
SIN SOMATIZACIÓN	35	149	184
TOTAL	125	238	363

Fuente directa

8. CONCLUSIONES

1. El género femenino es el más afectado, se desconocen las causas pero se cree que es el género que acude con mayor frecuencia a solicitar atención médica.
2. No existe un estudio concluyente que nos indique cual es la edad promedio donde se presenta el dolor miofascial con apertura limitada. Aunque en este estudio el rango de edad con mayor prevalencia es de 27 a 58 años.
3. En esta investigación se comprobó que la mayor prevalencia de dolor Miofascial con apertura limitada y somatización se encontró en el género Femenino en un 91.1% mientras que en el género masculino la prevalencia es del 8.9% y se pudo comprobar que en otros estudios hay asociación entre las variables.¹²
4. Los grupos de edades que presentan el mayor número de casos de dolor miofascial con apertura limitada y somatización fueron de 15 a 58 años. Con ello podemos deducir que en adultos mayores disminuye el dolor miofascial con apertura limitada y la somatización.
5. En los grados de somatización para pacientes con dolor miofascial y apertura limitada se determino que el 53% de la población presenta un grado de somatización severa, el 21% representa el grado de somatización moderada y el 26% reporta somatización normal, es decir este porcentaje de pacientes no somatiza.
6. Los resultados también reflejaron que del total de la muestra solo la cuarta parte de ellos presentan dolor miofascial con apertura limitada pero no somatización, aunque en estudios se demuestra que la somatización si es un factor etiológico.¹²

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Okeson Jeffrey. P.Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 4^a edición 2003.Edit, Interamericana.
2. Dworkin S.F.LeResche. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. review, criteria, examinations and specifications Critique. J craniomand Disord 1992;6:301-355.
3. Melvin Zax y Emory L. Cowen.Psicopatología. 2^a edición. Editorial Interamericana.
4. Moore L Keith y Dalley II F. Arthur.Anatomía con Orientación Clínica. 5^a Edición.Editorial panamericana.
5. Okeson Jeffrey P.Dolor orofacial según Bell. 5a edición .Editorial Quintessence
6. Ruíz M, Nadador V, Fernández- Alcantud J, Hernández Salván J, Riquelme I, Bénito G.Muscular Pain:myofascial pain síndrome and fibromyalgia.2007 Feb;14(1): 36-40.
7. Ga H, Choi JH, Park CH, Yoon HJ. Acupuncture needling versus lidocaine injection of trigger points in myofascial pain syndrome in elderly patients a randomized trial. J Oral Rehabil 2007 Dec;25(4):130-6.
8. Yap U.J, Dworkin F.Samuel, Chua E.K, List Thomas, Tan B,C, Prevalence of Temporomandibular Disorder Subtypes,Psychologic Distress,and psychosocial Dysfunction in Asian Patients. Journal of Orofacial Pain, 2003;17:21-28.

9. Marjatta Nyström, Mauno Könönen, Antti Waltimo. An 8 year follow up study of temporomandibular disorder and psychosomatic symptoms from adolescence to young adulthood. Journal of Orofacial Pain, 2004; 18:126-130.
10. Gundel H, Ladwig KH, Wolowski A, Fischer A, Grubi A, Marten-Mittag B, Psychic and somatic findings in jaw or facial pain of unclear origin. Comparison of patients with severe and mild symptoms. J Oral Rehabil, August ; 16(4):285-93.
11. Abrahamsen R, Zachariade R, Svensson P, Effect of hypnosis on oral function and psychological factors in temporomandibular disorders patients, J Oral Rehabil, 2009 August ; 36(8):556-70.
12. Rantala MA, Ahlberg J, Suvinen TI, Savolainen A, Könönen M, Chronic myofascial pain, disk displacement with reduction and psychosocial factors in Finnish non patients. J Oral Rehabil, 2004 Dec; 62(6):293-7.
13. Yap AU, Chua EK, Tan KB, Chan YH, Relationships between depression/somatization and self-reports of pain and disability. J Orofac Pain, 2004 November; 18(3):220-5.
14. Yap AU, Tan KB, Chua EK, Tan HH, Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent. 2002 November ; 88(5):479-84.
15. <http://images.google.com.mx>