



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**FRECUENCIA Y RIESGO DE SOMATIZACIÓN EN EL
BLOQUEO CERRADO DE LA ATM, UN ESTUDIO
CASO-CONTROL NO PAREADO**

T E S I S

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:

DIANA KAREN KRAUSS TREJO

TUTOR: Dr. MANUEL SAAVEDRA GARCÍA

ASESORES: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO
C.D. MARÍA MAGDALENA GUTIÉRREZ SEMENOW

MÉXICO, Cd. Mx.

2018



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.

DEDICATORIAS

A mi familia que son lo más importante de mi vida, ya que de no haber sido por su estímulo y confianza, jamás habría llegado a esta etapa de mi vida.

A mis padres Luis Eduardo y María Luisa

Por su amor, trabajo y sacrificio estos años, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, depositando su entera confianza y sin dudar ni un solo momento de mi capacidad e inteligencia, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo ustedes mi más grande apoyo en todo momento.

A mi hermano Alejandro

Por ser mi compañero y parte importante de mi crecimiento, por compartir conmigo los deseos de superación e impulsarnos mutuamente a lograr nuestros objetivos, gracias por cuidarme siempre, y porque me has enseñado a dar lo mejor de mí.

A mi familia

A mi familia que siempre estuvo al pendiente de mí, y porque cada uno de ustedes ha aportado grandes cosas a mi vida.

A mis amigos

A mis amigos por ser la familia que escogí en el transcurso de mi formación, por permitirme aprender más de la vida a su lado, por hacer de mis años de estudio lo mejores y compartir conmigo momentos inolvidables.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Manuel Saavedra García

Por brindarme la oportunidad para realizar mi tesis y compartir sus conocimientos conmigo.

A la Mtra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo

Por su tiempo y apoyo en el análisis estadístico de este trabajo.

A la C.D María Magdalena Gutiérrez Semenow

Por su dedicación en la realización del presente trabajo

A la Clínica del Dolor Orofacial/ TTMs

Dra. Elvira Guedea, Dr. Javier Medina por todos los buenos momentos y el gran apoyo que me brindaron en el servicio social y por todo el conocimiento que recibí de ustedes.

A mis maestros

Por ser parte fundamental de mi formación académica, por cada momento de aprendizaje en las aulas, su tiempo, dedicación y desarrollar con excelencia su labor.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Odontología

Por abrirme sus puertas y formarme como una profesional, por ser mi segundo hogar, y porque no podría sentirme más orgullosa de pertenecer a la más grande casa de estudios.

TABLA DE CONTENIDO

1.	ABREVIATURAS.....	1
2.	RESUMEN.....	2
3.	INTRODUCCIÓN.....	4
4.	ANTECEDENTES.....	9
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
6.	JUSTIFICACIÓN.....	14
7.	HIPÓTESIS.....	15
8.	OBJETIVOS.....	16
8.1	OBJETIVO GENERAL.....	16
8.2	OBJETIVO ESPECIFICO.....	16
9	METODOS.....	17
9.1	MATERIALES Y METODOS.....	17
9.2	TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO.....	18
9.3	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	18
9.4	MUESTRA.....	18
9.5	CRITERIO DE INCLUSIÓN.....	18
9.5.1	CRITERIO DE INCLUSIÓN DE CASOS.....	18
9.5.2	CRITERIO DE INCLUSIÓN DE CONTROLES.....	18
9.5.3	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	22
9.5.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CASOS.....	22
9.5.5	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CONTROLES.....	22
9.6	DIAGRAMA DE FLUJO DE SELECCIÓN DE PACIENTES....	20

9.7	ANALISIS DE DATOS.....	24
9.8	RECURSOS.....	24
9.9	HUMANOS.....	24
10.	MATERIALES.....	24
11.	FINANCIEROS.....	24
12.	CONSIDERACIONES ETICAS.....	25
13.	RESULTADOS.....	26
14.	DISCUSIÓN.....	37
15.	CONCLUSIONES.....	39
16.	REFERENCIAS.....	40
17.	ANEXO.....	43
18.	CURRICULUM VITAE.....	44

1. ABREVIATURAS

- **TTMs:** Trastornos Temporomandibulares

- **ATM:** Articulación Temporomandibular

- **SFI:** Síntomas físicos inespecíficos

- **DDsRcAL:** Desplazamiento del disco sin reducción con abertura limitada

- **DDsRsAL:** Desplazamiento del disco sin reducción sin abertura limitada

- **CDI/TTMs:** Criterios Diagnóstico para la Investigación de los Trastornos Temporomandibulares

- **RDC/TMD:** Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

- **CLIDO:** Clínica del Dolor Orofacial

- **FO:** Facultad de Odontología

- **UNAM:** Universidad Nacional Autónoma de México

2. RESUMEN

A partir de que se describieron los trastornos temporomandibulares, la investigación sobre la articulación temporomandibular se ha generado, evolucionando en técnicas diagnósticas.

El presente estudio, se realizó en la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología (FO), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con la participación de los pacientes que solicitaron la atención de la Clínica del Dolor Orofacial (CLIDO/TTMs).

Se realizó el examen clínico que comprende el llenado del eje I y eje II, de acuerdo a los Criterios de Diagnóstico para la investigación de los trastornos temporomandibulares (CDI/TTMs), de Dworkin y LeResche (1992), de esta manera se obtuvo la información acerca del bloqueo cerrado y su asociación.

Los participantes fueron diagnosticados por examinadores previamente calibrados, mediante el Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), sin tomar en cuenta el estado bucal de los pacientes.

Los pacientes fueron divididos en cinco grupos de acuerdo a la edad de los pacientes:

Grupo I: 18-27 años

Grupo II: 28-37 años

Grupo III: 38-47 años

Grupo IV: 48-60 años

Grupo V: 61 o más años

Se determinó por grupo etáreo, si el bloqueo cerrado presenta signos y síntomas físicos relacionados con la ATM.

RESULTADOS

Del total de los participantes el 15%(n=125) presentan bloqueo cerrado de la ATM.

La mayor prevalencia de participantes con bloqueo cerrado presentan somatización de grado leve 77.6% (n=97)

La distribución por sexo en los casos evidencio un 13% (n=110) género femenino, y un 2% (n=15) para el género masculino.

El grupo etaréo de mayor riesgo corresponde al de 48 a 60 años.

Las variables que presentan asociación con la muestra son dolor de cabeza, náuseas o dolor de estómago, adormecimiento u hormigueo y nudo en la garganta

CONCLUSIÓN

- Las variables estudiadas se presentan más en el género femenino.
- Un participante puede ser susceptible de presentar más de una variable de somatización, pero no así bloqueo cerrado en esta población de estudio.
- Los participantes con mayor riesgo de presentar bloqueo cerrado de la ATM, son aquellos que se ubican en el grupo etaréo de 48 a 60 años.

PALABRAS CLAVE

Bloqueo cerrado, Articulación Temporomandibular (ATM), Trastornos Temporomandibulares (TTMs), Caso-Control.

3. INTRODUCCIÓN

La salud bucal es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, malestar y enfermedad del complejo cráneofacial. Los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos son esenciales para la calidad de vida; por las experiencias cambiantes del individuo y la capacidad de adaptarse a las circunstancias (Lee, 2017).

El bienestar es un resultado que capta como la gente percibe que sus vidas van bien. Al reconocer la importancia de los determinantes sociales y los factores de riesgo comunes, sitúa a la salud bucodental en el centro de las estrategias para abordar, evaluar y promover una mejor salud oral (Lee, 2017).

Los trastornos somatomorfos son un conjunto de patologías cuyo diagnóstico se realiza por la presencia de síntomas corporales que sugieren un trastorno físico sin causa orgánica demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o estrés (Guzmán, 2011).

La somatización ha sido descrita como “la expresión del distrés personal y social en un idioma de quejas o síntomas corporales con requerimiento de ayuda médica” (Bass y Benjamin, 1993).

Desde el punto de vista psicológico la somatización se entiende como un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual una persona sin proponérselo, convierte el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedad (Harold, 2009).

En el contexto clínico la somatización hace referencia a un complejo proceso cognitivo, afectivo y conductual, en el que los pacientes en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimentan y comunican diversos síntomas físicos, los atribuyen a una enfermedad médica y buscan ayuda para aliviarlos (Abbey, 2002).

La articulación Temporomandibular (ATM) forma parte del sistema masticatorio, de igual forma interviene en el equilibrio general del cuerpo, esta estructura establece una relación entre el hueso temporal, la base del cráneo y la mandíbula. Es la única articulación del cuerpo humano que se caracteriza por trabajar de forma sincrónica con la del lado opuesto, pudiendo hacerlo de modo independiente si es necesario. Es de las más complejas del organismo clasificada como gínglimoartroïdal o diartrosis bicondílea que a pesar de estar conformada por dos huesos está considerada compuesta (Ferreira, 2009).

Es una unidad compleja, que estando en equilibrio funciona sin complicaciones; pero sometida a una fuerza que sobrepasa la capacidad adaptativa del individuo da lugar a alteraciones de la articulación (Ferreira, 2009).

Los trastornos temporomandibulares (TTMs) son un conjunto de afecciones que ocasionan molestias y disfunción, caracterizados por sonidos articulares y movimientos mandibulares asimétricos o limitados, conforman condiciones musculo-esqueléticas degenerativas asociadas con deformidades morfológicas y funcionales, que afectan la ATM, los músculos de la masticación y estructuras anatómicas adyacentes por múltiples factores de riesgo, es importante el conocimiento de los mismos para dar un diagnóstico adecuado y evitar el agravamiento del problema (Hernández, 2004).

Los signos y síntomas que se presentan en los TTMs son numerosos, incluyen sonidos en la articulación como chasquidos o crepitación, dolor de los músculos masticadores y suprahioides a la palpación o durante la masticación, limitación en la apertura y cierre oral, cefalea, dolor periodontal, dolor facial difuso, otalgia y tinnitus, así como cambios degenerativos como en la artrosis y artritis reumatoide (Lescas, 2012).

En 1992 se publicaron los criterios de diagnóstico de la investigación para los trastornos temporomandibulares (RDC/TMD). Se desarrolló para cubrir los trastornos más comunes e incorporo dos ejes: el Eje I cubrió la condición clínica y el Eje II el estado psicosocial y la discapacidad relacionada con el dolor según el modelo biopsicosocial del dolor crónico. El RDC/TMD ha sido utilizado ampliamente durante las últimas dos décadas (Reis, 2015).

Entre los TTMs, el bloqueo cerrado también conocido como desplazamiento del disco sin reducción con abertura limitada, o trabamiento en cierre se describe como una alteración o mal alineamiento de la relación estructural cóndilo-disco que se produce durante el movimiento mandibular. Si el bloqueo es bilateral, los movimientos de lateralidad y protrusión se ven severamente limitados (Hernández, 2004).

Cada vez que se abre la boca y se produce un chasquido, el disco es empujado hacia delante por el cóndilo antes de que pueda ser recapturado, y esto favorece la elongación de las inserciones posteriores del disco. Finalmente, la dislocación puede hacerse tan anterior que el cóndilo ya no pueda saltar por encima de la banda posterior de disco, y se produzca una dislocación discal sin reducción (Martínez, 2007).

Cuando el problema es agudo se caracteriza por una repentina y marcada limitación de la apertura bucal por fijación o apiñamiento del disco luego que ha sufrido una deformación, o adhesión o distrofia; los chasquidos articulares desaparecen (Martínez, 2007).

El dolor está presente en sus estadios agudos al forzar la apertura bucal que suele ser menor o igual a 40mm, con una historia de comienzo repentino, se manifiesta como una línea de deflexión que se inclina al lado afectado de la abertura y con una marcada limitación de laterotrusión hacia el lado contralateral si la alteración es unilateral, no hay presencia de ruido en la articulación afectada. Si el bloqueo cerrado de la ATM se deja evolucionar, el tejido retrodiscal sufre metaplasia fibrosa y el paciente consigue abrir progresivamente cada vez más (Hernández, 2004).

Cuando existe un cierre mandibular permanente, se produce una acomodación muscular y ligamentosa que permite la apertura mandibular normal y la disminución del dolor. Esta adaptación articular incluye la remodelación de las superficies del cóndilo, fosa, y la eminencia articular, con los correspondientes cambios radiográficos y una crepitación articular durante la apertura y cierre mandibular. Una buena remodelación permite a los pacientes recuperar la apertura normal con el mínimo dolor, pero la crepitación articular a menudo persiste (Aragón, 2005).

Está frecuentemente asociado con un trauma y en conjunto de anomalías generadas, es responsable de la condición que comienza a hacerse crónica de tipo recurrente, no progresiva. El dolor se reduce marcadamente del estado agudo a un punto en que comienza a hacerse no doloroso en muchos casos, y el rango de apertura puede acercarse a una dimensión normal con el tiempo, sin embargo, hay una progresión en la degeneración ósea produciendo una erosión severa, pérdida de dimensión vertical, cambios en la oclusión, dolor muscular, y una función mandibular enormemente comprometida, la condición puede progresar hasta cambios osteoartóricos (Martínez, 2007).

La manifestación más característica de las interferencias disco-cóndilo es la aparición de chasquidos y, posteriormente, bloqueo articular cerrado y/o osteoartritis. Si bien no todos los desplazamientos articulares evolucionan a un bloqueo articular cerrado, se distinguen tres cuadros clínicos que son secuenciales: el desplazamiento discal anterior, desplazamiento o luxación discal con reducción y desplazamiento discal sin reducción o bloqueo cerrado con o sin abertura limitada (López, 2002).

La presente investigación tiene como propósito determinar la frecuencia y riesgo de la somatización relacionados con el bloqueo cerrado de la ATM, atendidos en la Clínica de dolor Orofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México durante el periodo de agosto 2013 a agosto 2016.

4. ANTECEDENTES

Desde hace siglos se conocen los fenómenos de somatización en Medicina, la primera referencia escrita de este trastorno la realizaron los egipcios en 1900 a.C, a través de Papiro de Kahun. Los Griegos crearon el término “histeria”, cuyo origen es la palabra griega hysterum (útero), lo que llevo a Hipócrates a considerarla una enfermedad exclusiva de las mujeres. En el Corpus Hippocraticum reconocieron también el trastorno de somatización. A finales del siglo XVI, Le Pois rechaza el origen uterino de la histeria (Ortiz, 2005).

En 1682, Sydenham médico inglés, descubre la hipocondriasis como contraparte masculina del mismo trastorno. En 1859 el psiquiatra francés Paul Briquet describe de forma exhaustiva la clínica de la enfermedad y Freud formula alrededor de 1895, los mecanismos de la histeria de conversión. A lo largo del siglo XX, a través de estudios clínicos, epidemiológicos y de seguimiento, se estableció la validez, fiabilidad, estabilidad temporal y consistencia interna del Síndrome de Briquet, demostrando su independencia de los trastornos ansiosos y depresivos (Guzmán, 2011).

La categoría de los trastornos somatomorfos se creó en 1980, cuando se describió por primera vez en el DSM-III, abandonando el epónimo de Síndrome de Briquet, y en la cuarta versión de este manual, se pulieron los conceptos de este trastorno que conocemos en la actualidad. El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como “un patrón crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias” (Guzmán, 2011).

El término somatización fue acuñado a comienzos del siglo XX por el neurólogo y psicoanalista alemán Wilhem Shekel, para indicar el proceso mediante el cual un trastorno psicológico puede producir síntomas somáticos (Harold, 2009).

Tres mil años antes de nuestra era, aparecen las primeras referencias en Egipto de trastornos en la articulación temporomandibular, haciendo mención al mismo, pero sin entrar a analizar su etiología. Anatomistas como Vesalius y John Hunter en la Edad Media, realizaron estudios anatómicos minuciosos de la articulación y se convirtieron en los precursores de los métodos quirúrgicos. En aquella época y hasta inicios de siglo XX sólo existían como tratamientos de la articulación métodos quirúrgicos para la anquilosis y maniobras para reducir la dislocación de la mandíbula que se conocían desde el siglo V de nuestra era, siendo Hipócrates el precursor de la misma (Morales, 2014).

La profesión odontológica adquirió por primera vez la debida atención al campo de los TTM a partir de un artículo del Doctor James Costen en 1934. Era otorrinolaringólogo y basándose en 11 casos, fue quien sugirió por primera vez en la profesión que las alteraciones dentales eran responsables de diversos síntomas del oído. Poco después del artículo de Costen, el interés de la profesión odontológica se amplió y fue así como a finales de los treinta y durante la década de los cuarenta sólo algunos dentistas se interesaron en el tratamiento de estos problemas dolorosos (Okenson, 1995).

A finales de los cuarenta y durante la década de los cincuenta, empezaron a examinarse con mayor detenimiento las interferencias oclusales como el principal factor etiológico en las manifestaciones de los TTMs, aunque los signos y síntomas son frecuentes no hay una etiología única que explique toda la somatización (Okenson, 1995).

Weinmann y Sicher en 1951, clasifican los problemas de la ATM desde un esquema de diagnóstico en deficiencia de vitaminas, trastornos endocrinos y artritis. Cinco años más tarde Shwartz propone el término síndrome de disfunción y dolor de la ATM con el propósito de distinguir los trastornos de los músculos de la masticación y las alteraciones orgánicas de la articulación (Graus, 2005).

Entre los signos y síntomas asociados a los TTMs que se pueden presentar son: la cefalea, síntomas otológicos como el dolor de oído, sensación de plenitud o entumecimiento del oído, acufenos y vértigo (Taboada, 2004).

Se popularizó el término trastornos de la ATM en 1959. Shore introdujo la denominación de disfunción de la articulación temporomandibular, si bien luego aparecieron los términos alteraciones funcionales de la ATM, acuñados por Ramfjord y Ash; sin embargo, Laskin lo identificó en 1969 como síndrome de disfunción miofacial. Bell sugirió el término trastornos temporomandibulares que ha ido ganando popularidad (Salasón, 2006).

La investigación científica de los TTMs empezó en los cincuenta. Los primeros estudios científicos sugerían que el estado oclusal podía influir en la función de los músculos masticatorios. La oclusión y posteriormente el estrés emocional se aceptaron como los principales factores etiológicos durante los sesenta y principios de los setenta. También en esta época llegó la información relativa a los trastornos dolorosos que tenían su origen en estructuras intracapsulares (Soto, 2013).

Se estudiaron, los patrones de movimientos mandibulares de los pacientes con disfunción craneomandibular mencionando que los movimientos mandibulares representan una interacción entre la función muscular y la morfología craneomandibular (Nielsen, 1990).

Según Mohl, los TTMs son un término colectivo que abarca varios problemas clínicos que involucran la musculatura masticatoria y la articulación temporomandibular, comprenden alteraciones de la morfología o función de la mandíbula con respecto a su articulación con el cráneo y la función neuromuscular asociada de manera directa o indirecta con dicha articulación (Cooper, 1989).

A su vez, estos trastornos pueden ser destacados como intrínsecos que reflejan patología en la ATM, mientras que los extrínsecos reflejan alteración en el sistema neuromuscular y a menudo involucran el sistema músculo esquelético de cabeza y cuello (Bell, 1985).

El diagnóstico de cualquiera de los TTMs se deriva de la evaluación de signos y síntomas y los sistemas de clasificación diagnóstica más frecuentemente citados son los Criterios Diagnóstico para la Investigación de los Trastornos Temporomandibulares (RDC/TMD) y la clasificación de la Academia de Dolor Orofacial (AAOP) (Peck, 2014).

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La somatización puede representar un factor de riesgo para que un paciente desarrolle bloqueo cerrado de la ATM por la presencia de síntomas corporales que sugieren un trastorno físico sin causa orgánica, con lo cual tienden a incrementar la función de la ATM, se debe considerar que pueden producir: limitación en los movimientos de apertura y lateralidades mandibulares, sonidos articulares, dolor ya sea muscular, articular o ambos, limitando la función normal de la ATM.

Los factores de riesgo no actúan de forma independiente, ni aislada, sino interrelacionados fortaleciendo su nocivo efecto para la salud, son múltiples y se hace necesario evaluar el sistema neuromuscular, oclusal, articular y alteraciones a los movimientos, así como ciertos factores psicológicos y estilos de vida en la obtención de un diagnóstico correcto.

La información actual no es suficiente acerca del vínculo entre la somatización y el bloqueo cerrado de la ATM y existe mucha controversia con el tema.

¿La somatización es un factor de riesgo para desarrollar el bloqueo cerrado de la ATM?

6. JUSTIFICACIÓN

De los factores de riesgo patofisiológicos relacionados con el bloqueo cerrado de la ATM, en la literatura no se encontraron factores biopsicosociales, mismos que no han sido definidos, por ello la necesidad de abordar en esta investigación.

La realización del presente estudio permitirá determinar la somatización en el bloqueo cerrado de la ATM, en pacientes de género masculino y femenino que solicitaron la atención de la Clínica del Dolor Orofacial/TTMs, de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, FO, UNAM. Y que fueron diagnosticados con bloqueo cerrado de la ATM, mediante los Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD).

Teniendo en cuenta lo antes descrito con el fin de reunir y difundir los conocimientos y la información obtenida, permitirá evaluar de manera integral al paciente para diagnosticar de manera adecuada y oportuna la enfermedad, de forma que se puntualice los signos y síntomas relacionados en el bloqueo cerrado de la ATM.

7. HIPÓTESIS

La prueba de hipótesis nula, se hará con un nivel de significancia $P = < 0.05$, donde si resulta menor a 0.05 se rechazará la hipótesis nula y Odds Ratio $\leq a$ 1; donde sí se obtiene menor a 1, igual se rechazará la hipótesis nula.

H01

La somatización no es un factor de riesgo para el bloqueo cerrado de la ATM.

Ha1

La somatización es un factor de riesgo para el bloqueo cerrado de la ATM.

H02

El género no es un factor de riesgo para presentar bloqueo cerrado de la ATM.

Ha2

El género es un factor de riesgo para presentar bloqueo cerrado de la ATM.

H03

El grupo etéreo no es un factor de riesgo para presentar bloqueo cerrado de la ATM.

Ha3

El grupo etéreo, es un factor de riesgo para presentar bloqueo cerrado de la ATM.

8. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ◆ Determinar la frecuencia y riesgo de la somatización, relacionados con el bloqueo cerrado de la ATM, en pacientes que fueron diagnosticados con dicho trastorno en la CLIDO/TTMs durante el periodo de agosto 2013- agosto 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Determinar si hay relación entre el género y el bloqueo cerrado de la ATM.
- ◆ Determinar si hay relación entre el grupo étnico y el bloqueo cerrado de la ATM.
- ◆ Determinar el grupo étnico más frecuente.

9. MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio, se desarrolló en la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la FO, UNAM, con la participación de los pacientes que solicitaron la atención de la Clínica del Dolor Orofacial (CLIDO/TTMs).

Se realizó el examen clínico que comprende el llenado del eje I y eje II, de acuerdo a los Criterios de Diagnóstico para la investigación de los trastornos temporomandibulares (CDI/TTMs), elaborado por Dworkin y LeResche (1992), de esta manera se obtuvo la información clínica sobre bloqueo cerrado de la ATM y su asociación con la somatización en los participantes que demandan la atención de la CLIDO/TTMs.

Los participantes fueron diagnosticados por examinadores previamente calibrados, mediante el Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD), sin tomar en cuenta el estado bucal de los pacientes.

El estudio se realizó en cinco grupos de acuerdo a la edad de los pacientes:

Grupo I: 18-27 años

Grupo II: 28-37 años

Grupo III: 38-47 años

Grupo IV: 48-60 años

Grupo V: 61 o más años

Se determinó por grupo etáreo, si el bloqueo cerrado presenta signos y síntomas físicos relacionados con la ATM.

9.2. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

Tipo de estudio: observacional e inferencial

Diseño de estudio: caso-control no pareado.

Unidad de investigación: articulación temporomandibular derecha e izquierda.

9.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes que acudieron a las Clínicas de Admisión de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria CDMX., de agosto 2013- agosto 2016.

9.4. MUESTRA

Se hizo la revisión de expedientes clínicos y se seleccionaron las muestras de casos y controles de agosto 2013- agosto 2016.

9.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

9.5.1. CRITERIO DE INCLUSIÓN DE CASOS

- ◆ Expedientes de pacientes diagnosticados con bloqueo cerrado de la ATM
- ◆ Género femenino y masculino
- ◆ Rango de edad 18-60 o más años

9.5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE CONTROLES

- ◆ Expedientes de pacientes sin diagnóstico de bloqueo cerrado de la ATM
- ◆ Género femenino y masculino
- ◆ Rango de edad 18-60 o más años

9.5.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

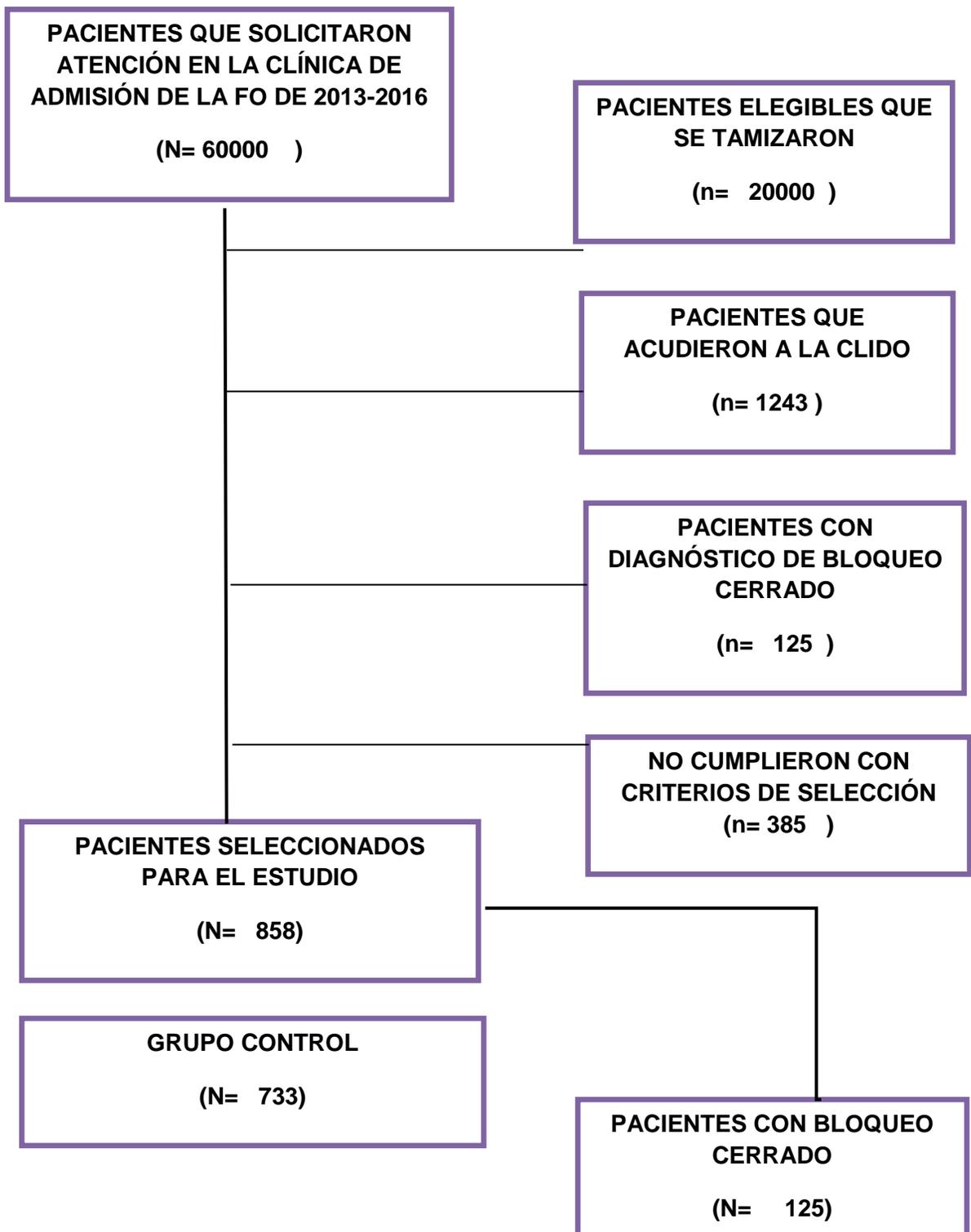
9.5.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CASOS

- ◆ Expedientes de pacientes con enfermedades sistémicas como: artritis reumatoide, lupus eritematoso, fibromialgia.
- ◆ Expedientes de pacientes con traumatismo de cabeza y cuello.

9.5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CONTROLES

- ◆ Expedientes de pacientes con enfermedades sistémicas como: artritis reumatoide, lupus eritematoso, fibromialgia.
- ◆ Expedientes de pacientes con traumatismo de cabeza y cuello

9.6. DIAGRAMA DE FLUJO DE SELECCIÓN DE PACIENTES



VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE

- ◆ Bloqueo cerrado de la ATM lado derecho
- ◆ Bloqueo cerrado de la ATM lado izquierdo

VARIABLES INDEPENDIENTES

- ◆ Somatización (Síntomas Físicos Inespecíficos)
- ◆ Genero
- ◆ Edad
- ◆ Grupos etáreos

CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	ESCALA
Bloqueo cerrado de la atm derecha e izquierda	Una condición en la cual el disco está desplazado de su posición normal entre el cóndilo y la fosa en una posición antero medial o lateral, asociado con una abertura mandibular limitada.	Se determinó como: Presente Ausente	Categórica Dicotómica
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	ESCALA

Somatización (Dolores de cabeza, sensación de mareo o desmayo, dolores en el corazón o pecho, dolores en la espalda baja, náuseas, calambres o sentir muy pesados brazos, manos y piernas, tener dificultad para respirar bien, ataques de calor o frío, adormecimiento u hormigueo en algunas partes del cuerpo, tener un nudo en la garganta, sentir debilidad en partes del cuerpo)	Queja física que ocasiona malestar, en ausencia de hallazgos clínicos	Se determinó como: Normal Moderado Severo Grados: I II III	Categórica ordinal
---	---	---	-----------------------

Genero	Reportado por el paciente	Se determinó como: Femenino Masculino	Categórica dicotómica
--------	---------------------------	---	-----------------------

Edad	Años cumplidos reportados por el paciente	Se determinó como: Número de años	Cuantitativa razón
------	---	--	--------------------

Grupo etáreo (edad)	5 grupos de edad cumplidos	Se determinó como: Grupo I: 18-27 años Grupo II: 28-37 años Grupo III: 38-47 años Grupo IV: 48-60 años Grupo V: 61- o más	Categórica
---------------------	----------------------------	--	------------

9.7 ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el Software SPSS 20.0 de IBM, para realizar el análisis de acuerdo con los siguientes métodos:

- ◆ Estadística descriptiva
 - Medias

- ◆ Estadística inferencial
 - Modelo de distribución de Pearson (chi-cuadrado)
 - Riesgo con OR e intervalo de confianza al 95%

9.8. RECURSOS

9.9. HUMANOS

- ◆ Director de tesis
- ◆ Asesor de tesis
- ◆ Tesista

10. MATERIALES

- ◆ Expedientes clínicos
- ◆ Computadora
- ◆ Impresora
- ◆ Software estadístico SPSS
- ◆ Artículos

11. FINANCIEROS

- ◆ Facultad de Odontología de la UNAM

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación no implica ningún peligro real o potencial para los pacientes reclutados para este estudio. Se dará información verbal, escrita y consentimiento informado de la CLIDO/TTMs, DEPeI, FO, UNAM. Se mantendrá el anonimato de los pacientes asignados un ID en los expedientes clínicos.

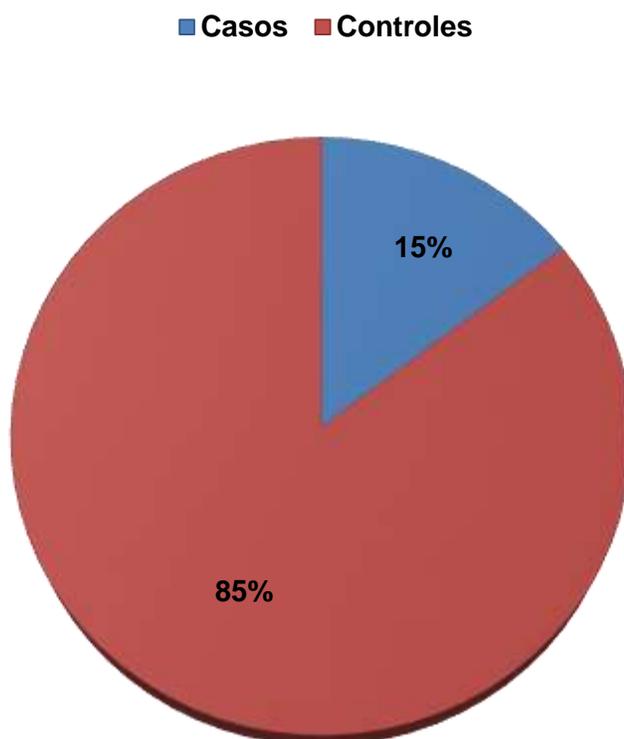
Las condiciones clínicas de revisión han sido desarrolladas a la luz de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, Título I, capítulo único; Título V, capítulo único y Declaración de Helsinki de la AMM, Principios Éticos para las investigaciones Médicas en Seres Humanos, Apartado de Requisitos Científicos y protocolos de investigación, no. 21 y 22.

13.RESULTADOS

Casos y controles de la Clínica del Dolor Orofacial

Para llevar a cabo el siguiente estudio se analizó la información epidemiológica correspondiente a 858 participantes que acudieron a la Clínica de Dolor Orofacial en el periodo de agosto 2013 a agosto 2016, de estos el 15% (n=125) se eligieron como casos por contar con los criterios de inclusión y el 85% (n=733) restante fueron considerados como controles (Gráfica 1).

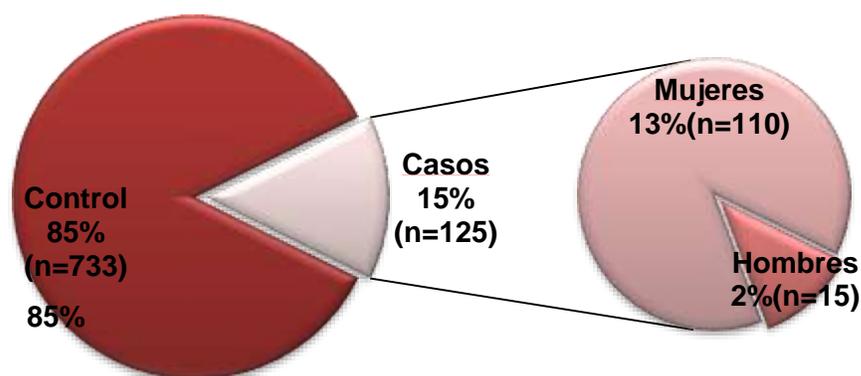
Gráfica 1. Casos y controles de la Clínica del Dolor Orofacial



Frecuencia en participantes con bloqueo cerrado de la ATM y somatización

La distribución por sexo en la población de casos corresponde a un 13% (n=110) género femenino, mientras que el 2%(n=15) restante son del género masculino, durante el periodo de 2013-2016 en CLIDO (Grafica 2).

Gráfica 2. Distribución por sexo en la población de casos



En este estudio un 35% (n=302) del total de los participantes corresponden al grupo etáreo de 48 a 60 años, ubicándose en este mismo grupo la mayor cantidad de participantes que presentan bloqueo cerrado de la ATM (n=35), el promedio de edad fue de 48 años. (Tabla1).

1. Tabla _ Distribución por grupo etáreo en CLIDO 2013-2016				
Grupo etáreo	Casos	Controles	Total	%
18-27	26	170	196	23%
28-37	19	106	125	15%
38-47	17	149	166	19%
48-60	35	267	302	35%
61 o mas	28	41	69	8%

Fuente: Archivo CLIDO

Para evitar sesgos de análisis e interpretación de la variable somatización, se desglosó en sus 12 categorías con el objetivo de darle el peso específico de cada uno en el análisis, es importante mencionar que un participante puede presentar más de una variable de somatización (Tabla 2).

2. Tabla _Somatización (SFI)		Casos
1	Dolor de cabeza	72%
2	Sensación de mareo o vértigo	57%
3	Dolor en el corazón o pecho	40%
4	Dolor de espalda	74%
5	Nauseas	49%
6	Dolor muscular	46%
7	Problemas respiratorios	37%
8	Clima	41%
9	Adormecimiento u hormigueo	54%
10	Nudo en la garganta	34%
11	Debilidad	46%
12	Pesadez	45%

Fuente: Archivo CLIDO

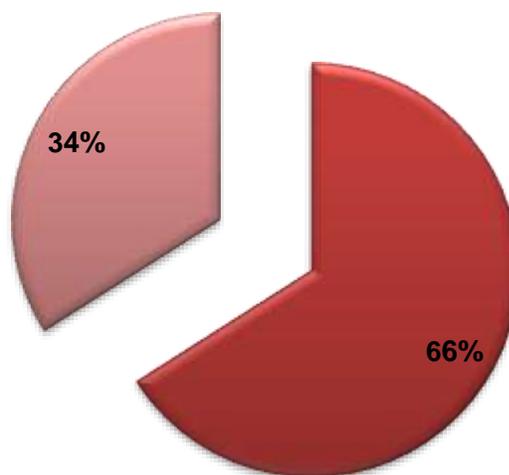
Obsérvese que las 5 primeras prevalencias de mayor necesidad de atención de la variable somatización las comprenden dolor de espalda 74%, dolor de cabeza 72%, sensación de mareo o vértigo 57%, adormecimiento u hormigueo 54% y nauseas 49% (Gráfica 3).

Afectación del bloqueo cerrado por lado de la ATM

La distribución por afectación de bloqueo cerrado por lado de la ATM comprende un 66% (n=82) de los casos con abertura limitada, mientras que 34% (n=43) restante sin abertura limitada. La prevalencia de participantes que presentaron bloqueo cerrado de ambos lados de la ATM es de 5% (n=7) del total de la población, 4 casos con abertura limitada y 3 casos sin abertura limitada (Gráfica 4).

Gráfica 4. Bloqueo cerrado de la ATM

■ Con abertura limitada ■ Sin abertura limitada

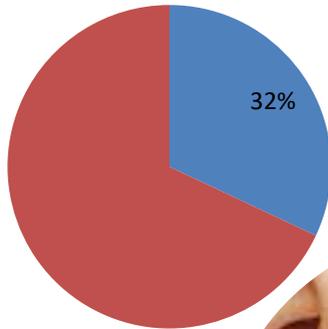


Para analizar la variable de somatización como factor de riesgo para el bloqueo cerrado de la ATM del lado derecho y del lado izquierdo, se capturo la información epidemiológica en tablas de contingencia.

Bloqueo cerrado de la ATM con abertura limitada

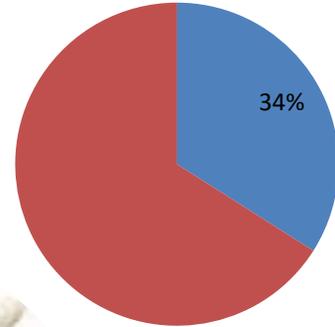
Derecho

40 casos de 125 con bloqueo cerrado de la ATM son con abertura limitada lado derecho. (Gráfica 5).



Izquierdo

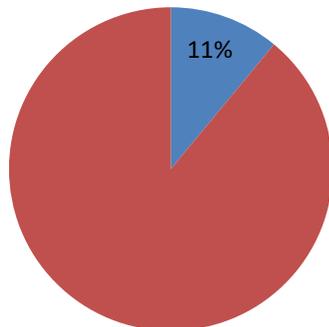
42 casos de 125 con bloqueo cerrado de la ATM son con abertura limitada lado izquierdo. (Gráfica 6).



Bloqueo cerrado de la ATM sin abertura limitada

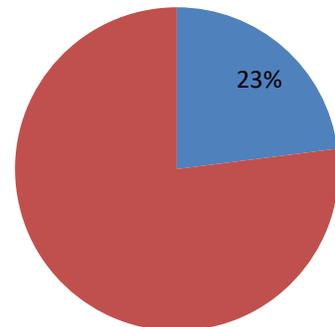
Derecho

14 casos de 125 con bloqueo cerrado de la ATM son sin abertura limitada lado derecho (Gráfica 7).



Izquierdo

29 casos de 125 con bloqueo cerrado de la ATM son sin abertura limitada lado izquierdo (Gráfica 8).



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tabla 3. Frecuencia de dolor de cabeza en participantes con bloqueo cerrado de la ATM

Dolor de cabeza	Casos	Control	Total
Si-1	90	589	680
No-0	35	143	183
Total	125	732	858
X²=4.515		P=>0.05	

90 de los casos presentaron dolor de cabeza y bloqueo cerrado de la ATM. Al determinar la asociación se observó que entre las variables no existe asociación ($p=0.05$).

Tabla 4. Frecuencia de mareo y vértigo en participantes con bloqueo cerrado de la ATM

Mareo o vértigo	Casos	Control	Total
Si-1	71	468	539
No-0	54	265	319
Total	125	733	858
X²=2.648		P=>0.05	

71 casos de 125 presentaron mareo o vértigo, y bloqueo cerrado de la ATM. Al determinar la asociación se observó que entre las variables no existe asociación ($p=0.05$).

Tabla 5. Frecuencia de dolor de pecho en participantes con bloqueo cerrado de la ATM

Dolor de pecho	Casos	Control	Total
Si-1	49	311	360
No-0	76	422	498
Total	125	733	858
X²=0.457		P=>0.05	

49 casos presentaron dolor de pecho y bloqueo cerrado de la ATM de 125 participantes. Al determinar la asociación se observó que entre las variables no existe ($p=0.05$).

Fuente archivo CLIDO

Tabla 6. Frecuencia de dolor de espalda en participantes con bloqueo cerrado de la ATM

Dolor de espalda	Casos	Control	Total
Si-1	92	522	614
No-0	33	211	244
Total	125	733	858
X2=	0.299	P=>0.05	

92 casos de 125 presentaron dolor de espalda y bloqueo cerrado de la ATM. Al determinar la asociación entre las variables, se observó que no existe asociación ($p=0.05$).

Tabla 7. Frecuencia de nauseas en participantes con bloqueo cerrado de la ATM

Nauseas	Casos	Control	Total
Si-1	61	429	490
No-0	64	304	368
Total	125	733	858
X2=	4.125	P=>0.05	

61 casos de 125 que presentaron bloqueo cerrado de la ATM. Al determinar la asociación entre las variables se observó que si existe asociación ($p=0.05$).

Tabla 8. Frecuencia de dolor muscular en participantes con bloqueo cerrado de la ATM

Dolor muscular	Casos	Control	Total
Si-1	58	309	357
No-0	67	424	491
Total	125	733	858
X2=	0.786	P=>0.05	

58 casos presentaron dolor muscular de 125 participantes con bloqueo cerrado. Al determinar la asociación entre las variables, se observó que si existe asociación ($p=0.05$).

Fuente archivo CLIDO

Tabla 9. Frecuencia de problemas respiratorios en participantes con bloqueo cerrado de la ATM

Problemas respiratorios	Casos	Control	Total
Si-1	47	313	360
No-0	78	420	498
Total	125	733	858
X²= 1.141		P=>0.05	

47 casos presentaron problemas respiratorios de 125 con bloqueo cerrado de la ATM. Al determinar la asociación se observó que entre las variables no existe asociación (p=0.05).

Tabla 10. Frecuencia de asociación de cambios climáticos en participantes con bloqueo cerrado de la ATM.

Clima	Casos	Control	Total
Si-1	52	342	361
No-0	73	391	464
Total	125	733	858
X²= 1.100		P=>0.05	

52 casos de 125 presentaron cambios de clima y bloqueo cerrado de la ATM. Al determinar la asociación se observó que entre las variables no existe asociación (p=0.05).

Tabla 11. Frecuencia de adormecimiento u hormigueo y bloqueo cerrado de la ATM

Adormecimiento	Casos	Control	Total
Si-1	67	470	537
No-0	58	263	321
Total	125	733	858
X²=5.047		P=>0.05	

67 casos con adormecimiento u hormigueo de 125 participantes con bloqueo cerrado de la ATM. Al determinar la asociación entre las variables, se observó que si existe asociación (p=0.05).

Fuente archivo CLIDO

Tabla 12. Frecuencia de nudo en la garganta en participantes con bloqueo cerrado de la ATM

Nudo	Casos	Control	Total
Si-1	42	318	361
No-0	83	415	497
Total	125	733	858
X²= 4.197		P=>0.05	

42 casos de 125 presentaron nudo en la garganta y bloqueo cerrado de la ATM. Al determinar la asociación entre las variables se observó que si existe asociación (p=0.05).

Tabla 13. Frecuencia de debilidad en participantes con bloqueo cerrado de la ATM.

Debilidad	Casos	Control	Total
Si-1	58	371	429
No-0	67	362	429
Total	125	733	858
X²= 0.759		P=>0.05	

58 casos con debilidad de 125 participantes con bloqueo cerrado de la ATM. Al determinar la asociación se observó que entre las variables no existe asociación (p=0.05).

Tabla 14. Frecuencia de pesadez en participantes con bloqueo cerrado de la ATM.

Pesadez	Casos	Control	Total
Si-1	56	383	439
No-0	69	350	419
Total	125	733	858
X²= 2.373		P=>0.05	

56 casos de 125 participantes presentaron pesadez y bloqueo cerrado de la ATM. Al determinar la asociación se observó que entre las variables no existe asociación (p=0.05).

Fuente archivo CLIDO

Tabla 15. Distribución porcentual de Casos y Controles con somatización.

	Casos		Controles		Total
	%		%		
Leve	77.6%	97	77.21%	566	663
Moderado	20.8%	26	21.4%	157	183
Severo	1.6%	2	1.36%	10	12
Total	14.5%	125	85.4%%	733	858

Fuente archivo: CLIDO

La mayor cantidad de participantes presentan somatización de grado leve a moderado. De los casos un 77.6% (n=97) con somatización leve y un 20.8% (n=26) con somatización moderada (Tabla 15).

Tabla 16.

Variable	X2	Valor P	OR	IC	
Somatización	Leve	0.500	<0.500	1.175	75.2%
	Moderado	0.604	<0.500	0.834	52.8%
	Severo	0.043	<0.9000	1.176	25.5%
Genero	Femenino	5.339	<0.0025	1.934	109.6%
	Masculino	5.339	<0.0025	0.517	29.3%
Edad Grupo etaréo	Grupo I	0.347	<0.750	0.870	54.6%
	Grupo II	0.047	<0.900	1.060	62.4%
	Grupo III	3.097	<0.100	0.617	35.9%
	Grupo IV	3.324	<0.100	0.679	44.7%
	Grupo V	40.788	<0.001	4.872	88.1%

Fuente archivo: CLIDO

Al separar por severidad la variable de somatización, se observó que no existe asociación entre el criterio de somatización y bloqueo cerrado de la ATM. De igual forma se determinó que si existe asociación por género y en el grupo de edad que va de 61 años o más (Tabla 16).

Asociación entre variables

Para calcular si existe asociación entre las variables de somatización y bloqueo cerrado de la ATM, se calculó la prueba de X^2 ; arrojando resultados que presentan asociación (nivel de significancia) y riesgo (OR) de padecer bloqueo cerrado ya sea del lado derecho e izquierdo en participantes que presentan somatización (Tabla 15).

Tabla 16. Somatización en el bloqueo cerrado de la ATM			
Variables	X^2	OR=\leq1.00	Interpretación
Dolor de cabeza	4.515	0.629	si hay asociación No hay riesgo
Sensación de mareo o vértigo	2.271	0.744	No hay asociación No hay riesgo
Dolor en el corazón o pecho	0.457	0.875	No hay asociación No hay riesgo
Dolor en la espalda baja	0.299	1.127	No hay asociación Si hay riesgo
Nauseas o dolor de estómago	4.125	0.675	Si hay asociación No hay riesgo
Dolor muscular, calambres en brazos y piernas	0.786	1.188	No hay asociación Si hay riesgo
Dificultad para respirar	1.141	0.809	No hay asociación No hay riesgo
Ataques de calor o frío	1.100	0.814	No hay asociación No hay riesgo
Adormecimiento u hormigueo	5.047	0.646	Si hay asociación No hay riesgo
Nudo en la garganta	4.197	0.660	Si hay asociación No hay riesgo
Debilidad	0.759	0.845	No hay asociación No hay riesgo
Pesadez	2.373	0.742	No hay asociación No hay riesgo

Fuente: Archivo CLIDO

14. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación evidenciaron que la somatización si constituye un factor de riesgo para desarrollar bloqueo cerrado de la ATM, sin embargo, de las variables estudiadas no todas constituyeron un factor de riesgo, en menester considerar no existe etiología única que explique toda la somatización como lo menciona (Okenson, 2003).

La frecuencia de signos y síntomas generan una gamma de manifestaciones clínicas que sin duda se hacen presentes en gran parte de la población y no siempre son severos o debilitantes, motivo por el cual es importante dar un diagnóstico acertado como menciona Lescas en un estudio similar (Lescas,2012).

Algunas variables de somatización manifestaron una asociación significativa entre el dolor de espalda y el dolor de cabeza, somatización que se presentó con mayor frecuencia en la muestra estudiada, autores como Willeman señalan que la diversidad de factores de riesgo hace que la aparición de estos trastornos sea tan común, ya que ocupa el tercer lugar en prevalencia entre los dolores crónicos de acuerdo con las evidencias disponibles (Willeman, 2014).

La asociación con el género es muy compleja dada las diferencias que existen en las condiciones anatómicas, fisiológicas y hormonales, Warren registro que estos desordenes eran 1,52 más frecuente en mujeres que en hombres y que el 80% de los participantes tratados eran féminas, según Maglione la mayor afectación en mujeres puede deberse a cierto grado de inestabilidad emocional que las caracteriza (Maglione, 1986).

Del total de la población estudiada el hecho de presentar un signo o síntoma es mayor en el género femenino respecto al género masculino, es evidente que las mujeres representan el mayor número de casos, la distribución fue

de 2:1 información que es similar con investigaciones relacionadas con el tema, entre resultados actuales y hallazgos previos como mencionan Goncalves y Álvarez (Goncalves, 2010).

La prevalencia de los trastornos temporomandibulares es relativamente baja en la niñez, aumentan en la adultez, en el presente estudio la mayor cantidad de individuos se identificó en el grupo etaréo que va de 48 a 60 años, lo que podría indicar un factor predisponente y desencadenante en nuestra población aparecen en la edad adulta, al comparar nuestros resultados con otro estudio, encontramos valores análogos a los de Maglione, pues los procesos disfuncionales fueron presentándose con el avance de la edad (Maglione, 1986).

Respecto a las variables sensación de mareo o vértigo, dolor en el corazón o pecho, problemas respiratorios, clima, nudo en la garganta, debilidad y pesadez de manos y pies no fue posible encontrar suficiente información ya que los tamaños de muestra en la población no lo permiten, por lo tanto, no es factible discutir los resultados obtenidos en este estudio con dichas variables.

15. CONCLUSIONES

- Con los resultados de este estudio y los publicados por otros autores se observa que las variables estudiadas se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino, pero sería un sesgo afirmar que se presenta más en mujeres, probablemente el sexo femenino es el que más se ocupa por su salud bucal.
- De las variables de somatización, cuatro de los doce síntomas en los que se desglosa presentan asociación con la muestra estudiada.
- Un participante puede ser susceptible de presentar más de una variable de somatización, pero no así bloqueo cerrado en esta población de estudio.
- Los participantes con mayor riesgo de presentar bloqueo cerrado de la ATM, son aquellos que se ubican en el grupo etario de 48 a 60 años.
- Las 3 variables de somatización de mayor necesidad de atención son dolor de espalda, dolor de cabeza y mareo o vértigo en los participantes.
- El bloqueo cerrado de la ATM con abertura limitada se presentó con mayor frecuencia.
- Una reducida proporción de la población presentó bloqueo cerrado de la ATM de ambos lados.
- De las variables estudiadas de somatización, ninguna representó un riesgo alguno para presentar bloqueo cerrado de la ATM.
- En algunas variables se determinó asociación como es el caso de dolor de cabeza y adormecimiento, pero al determinar el riesgo de presentar bloqueo cerrado de la ATM, no se determinó riesgo alguno por lo tanto estas variables se presentan como prevalencia.

16.REFERENCIAS (ESTILO HARVARD/JOURNAL OF DENTAL RESEARCH)

- Abbey, S.E. 2002. Somatization and somatoform disorders. American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington. 261:289
- Aragón, M.C. 2005. Trastornos de la articulación temporomandibular. Rev. Soc. Esp Dolor. 12:7
- Bass, C., Benjamin, S. 1993. The Treatment of Chronical Somatization. Br J Psychiatry. 162:472-80.
- Dworkin, S.F., Le Resche, L. 1992. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandibular disorder. 6(4):301-55.
- Ferreira, F.V., y col. 2009. Desordens Temporomandibulares: uma abordagem fisioterapêutica e odontológica. Stomatos. 15(28): 27-37.
- Guzmán, E.R. 2011. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. Rev Clin Med Fam. 4(3)
- Graus, L.I., Fernández, L.K., Gonzales, G., y Osorio, N. 2005. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. Rev Cubana Estomatol. 42(3).
- Harold, C. 2009. Somatización: consideraciones diagnósticas. Rev. Fac. Med. 17(1)
- Hernández, P., Hiroyuki, K. 2004, Desplazamiento agudo del disco sin reducción, acta Odontológica Venezolana. 42 1(1).
- Lee, J.Y., Watt, R.G., Williams, D.M., y Giannobile, W.V. 2017. A New Definition for Oral Health: Implications for Clinical Practice, Policy, and Research. Journal of Dental Research. 96(2): 125-127.

- Lescas, M.O. 2012. Trastornos temporomandibulares. Complejo clínico que el médico general debe conocer y saber manejar. Cátedra especial “Dr. Ignacio Chávez”. Rev. Fac. Med. 55(1)
- Lipowski, Z. J. 1988. Somatization: the concept and its clinical application. The American Journal of Psychiatry. 145(11):1358-1367
- López, S.J., y Amparo, B. 2002. La somatización como síntoma y como síndrome de una revisión del trastorno de somatización. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 7(2): 73-93.
- Morales, P., Espinosa, M.D., y Meras, J.T. 2014, Disfunción temporomandibular asociada al desdentamiento. Acta Médica del centro. 8 (4).
- Murphy M, MacBarb, R., Wong M, y Athanasiou K. 2015. Temporomandibular Joint Disorders: A Review of Etiology, Clinical Management, and Tissue Engineering Strategies. Int J Oral Maxillofacial Implants. 28 (6):393-414.
- Martínez, V.J. 2007. Luxaciones discales y los problemas por interferencia del disco articular en la articulación Temporomandibular. 6(2): 03-10.
- Okenson, J. 1995. Etiología de los Trastornos funcionales del sistema masticatorio. Artículo científico. 3(11): 22-28.
- Peck, C., Goulet, J.P., Lobbezoo, F., y col. 2014. Expanding the Taxonomy of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD). J Oral Rehabil. 41(1):2-23.

- Pesquera, V.J., Casares, G.G., y col. 2005. Método de ayuda para el diagnóstico de los trastornos de la articulación temporomandibular. Análisis discriminante aplicado a los Trastornos temporomandibulares. *Med Oral Patología Oral, Cirugía bucal*. 10(4).
- Reis, V., Rodriguez, G., y col. 2015. Criterios de diagnóstico para transtornos temporomandibulares: ¿autoinstrucción o entrenamiento y calibración formales?, *The Journal of Headache and Pain*. 16(26).
- Reissmann, D.R., John, M.T., Seedorf, H., Doering, S., Schierz, O. 2014. Temporomandibular disorder pain is related to the general disposition to be anxious, *J Oral Facial Pain Headache*. 28(4); 322-330.
- Rubens, C.J., Marcello, R.M., Matheus, F.C., y col. 2015. Manual reduction of articular disc after traumatic extraction of mandibular third molar: a case report, *Dental Press J Orthod*. 20(5):101-107.
- Salazón, L., Corona, C.M., Rey, P., Arias, A. Z., Perdomo, M.X. 2006. Gravedad de la disfunción Temporomandibular, *Medisan*. 10(2).
- Soto, C.L, Torre, M.J., Espinosa, A.L. 2013. Trastornos Temporomandibulares en pacientes con maloclusiones. 50(4): 374-387.
- Taboada, A.O., Gómez, L.Y., y col. 2004. Prevalencia de signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares en un grupo de adultos mayores. *Revista ADM*. LXI (4); 125-12.
- Tanaka, E., Detamore, M.S., Mercuri, L.G. 2008. Degenerative Disorders of the Temporomandibular Joint: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *J Dent Res*. 87(4): 296-307

17.ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Unidad de Dolor Orofacial de la Facultad de Odontología está realizando una investigación con el fin de conocer los factores que intervienen para que se presente el dolor crónico y otros signos y síntomas referidos por los Trastornos Temporomandibulares, en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología. Por ello invitamos a que participen a todos los pacientes.

La participación en el estudio estará compartida por investigadores, maestros y alumnos. El equipo de trabajo se encuentra formado por profesionales de la Odontología con gran experiencia en estos estudios. La forma en que el paciente participará será llenando un cuestionario y se le realizará exámenes clínicos los cuales comprenden: la revisión de los movimientos mandibulares, la palpación de sonidos articulares y la palpación de los músculos y la articulación temporomandibular. Además se aplicará un cuestionario para conocer aspectos individuales sobre factores psicológicos como la depresión y el comportamiento ante problemas de dolor facial, lo cual nos permitirá detectar oportunamente a quienes padecen Trastornos Temporomandibulares.

Así mismo se le otorgará el beneficio de que en caso de padecer algún síntoma de los Trastornos Temporomandibulares o estar en riesgo podrá ser atendido en la Clínica del Dolor en la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM. Se le garantiza recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca de los procedimientos relacionados con este estudio.

Su participación es enteramente voluntaria, puede rehusarse a contestar cualquier pregunta y, puede retirarse del estudio en cualquier momento. No involucra riesgo el participar, la información que proporcione será confidencial y no será personalmente identificado en el reporte de los resultados de este estudio. Si decide no participar, puede hacerlo sin repercusiones de ninguna índole para la realización de su tratamiento dental.

Pero recuerde que la información obtenida servirá para conocer y resolver los problemas asociados a los Trastornos Temporomandibulares en otros pacientes como usted.

Si esta de acuerdo en participar en este estudio por favor llene los datos de abajo con letra clara y legible.

SE ME HA INFORMADO QUE SE ESTA REALIZANDO UN ESTUDIO PARA CONOCER LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA. SE ME HA ASEGURADO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE SERÁ CONFIDENCIAL Y MANEJADA CON ESTRICTA DISCRECIÓN, Y QUE CUALQUIER DUDA QUE TENGA ME SERÁ ACLARADA. DOY MI CONFORMIDAD PARA QUE SE ME APLIQUE UN CUESTIONARIO, SE ME REALICEN EXAMENES CLÍNICOS Y CONTINUAR LA TERAPIA RECOMENDADA SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO.

NOMBRE DEL PACIENTE _____
DIRECCIÓN _____ TEL. _____

NOMBRE DEL TESTIGO _____ PARENTESCO _____

FECHA _____

FIRMA DE CONFORMIDAD
DEL PACIENTE

RESPONSABLE DEL ESTUDIO

TESTIGO

Para mayores informes llamar a la Clínica del Dolor de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología Universidad Nacional Autónoma de México. Mtra. Gloria Valencia Flores TEL. (55) 56.22.55.83

18. CURRICULUM VITAE

I. DATOS PERSONALES

DIANA KAREN KRAUSS TREJO

Fecha de nacimiento: 03-01-1993

Edad: 24 años

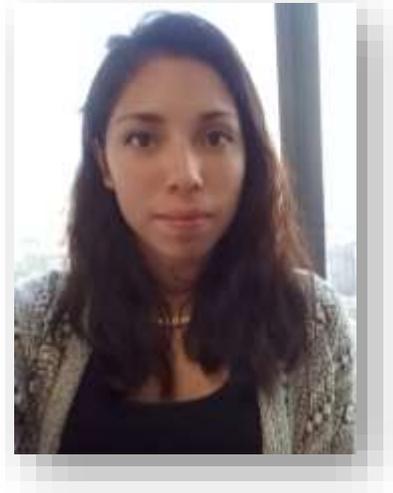
Teléfono de casa: 58577936

Celular: 5535286249

Correo:

dana_lovly03@hotmail.com

diana.coffe93@gmail.com



Dirección:

Carretera Federal México-Puebla, No. 1000. Prolongación Morelos Los Reyes, La Paz. CP 56400

Padres

Luis Eduardo Krauss Ramírez

María Luisa Trejo Ortega

II. FORMACIÓN ACADÉMICA	
Primaria	Instituto Calmecac S.C
Secundaria	Colegio Gustavo Adolfo Bécquer
Bachillerato	Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Oriente
Licenciatura	Facultad de Odontología UNAM