

18
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DOLOR FACIAL PSICOGENICO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

RUBEN DARIO CASTRELLON MALOFF

ASESOR: DR. RODOLFO UGALDE VAZQUEZ

GUADALAJARA, JAL. 1986



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 está 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.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
CAPITULO I OBTENCION DE UN EXAMEN E HISTORIA CLINICA PRACTICA COMO BASE DEL -- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.	3
CAPITULO II EL DOLOR Y EL PROCESO DEL DIAGNOSTICO.	
A) Antecedentes	34
B) Interpretación del dolor psicogénico.	35
C) Diagnóstico diferencial del dolor facial psicogénico con:	44
a) Neuralgia del trigémino.	45
b) Sinusitis maxilar	45
c) Cefalalgias en serie	46
d) Angina de pecho	47
e) Síndrome de Von Munchausen	47
f) Artritis y trastornos internos de la ATM.	48
g) Síndrome de dolor y disfunción miofacial.	50
h) Tumores paracraneales.	51
CAPITULO III FACTORES PSICOSOCIALES CONTRIBUYENTES EN LA ETIOLOGIA DEL DOLOR FACIAL.	53
CAPITULO IV TRATAMIENTO	68
A) Tratamiento médico.	69
a) Métodos físicos	69

	<i>Página</i>
b) <i>Métodos farmacológicos</i>	71
c) <i>Terapia oclusal</i>	73
B) <i>Manejo Psicológico</i>	75
C) <i>Tratamiento quirúrgico.</i>	79
 <i>CASUÍSTICA</i>	 81
 <i>CONCLUSIONES</i>	 86
 <i>BIBLIOGRAFIA</i>	 89

I N T R O D U C C I O N

El dolor es definido como cualquier forma de sensación-localizada de incomodidad, sufrimiento o agonia como resultado de la estimulación de las terminales de nervios perisféricos es-pecializados. Tal dolor puede ser agudo o crónico en duración. El dolor crónico se diferencia del agudo por el nivel de incomo-didad que permanece una vez los factores iniciadores han acaba-do o retrocedido, varios síndromes bucofaciales tienen el dolor como un síntoma. Cuatro grandes categorías de síntomas de do--lor han sido clasificados: neurógeno, superficial, profundo y -psicógeno.

El dolor facial psicogénico, denominado a veces dolor - bucofacial crónico, causalgia facial, dolor de la cara o neural-gia facial atípica; no se presta a una definición, aunque puede definirse señalando lo que no es. Así, el dolor facial psicogé-nico no se refiere a la neuralgia del trigémino, ni a la neural-gia glossofaríngea, ni tampoco al dolor provocado por enfermeda-des obvias de los dientes, garganta, nariz, ojos u oídos. Se - utiliza la palabra neuralgia porque hay síntomas neurológicos - sin prueba de afección del nervio; es atípico porque el patrón-doloroso es inconsecuente y varía muchísimo de un paciente a -- otro. Entonces tomando en cuenta lo anterior y como su nombre-lo indica, este dolor de origen psicógeno es una forma de neu-ralgia facial en la cual los factores psicológicos son etiologi-camente muy importantes. El trastorno ocurre principalmente en las mujeres.

El dolor facial psicogénico corresponde a un grupo de - padecimientos caracterizados por un dolor profundo, con rasgos-de estirón o tracción, de agarre fuerte, como ardiente o tala--drante, urente, comprensivo o angustioso. El dolor está mal lo-calizado y no concuerda con la distribución de un determinado - nervio. El ataque suele ser prolongado, y aumenta gradualmente

de intensidad, para disminuir luego lentamente y persiste durante períodos largos, semanas y hasta años. No se conocen zonas desencadenantes. Cuando se le pide que localice el dolor, el paciente suele apretar enérgicamente, para indicar su profundidad. Los síntomas craneales por parte del sistema autónomo son raros y faltan las anormalidades neurológicas objetivas. Los pacientes con dolor facial psicogénico presentan a menudo una conversión psiconeurótica y reacciones compulsivas, reacciones depresivas o esquizofrenia. Si el paciente manifiesta signos de trastorno emocional importante, es necesario realizar una consulta con el psiquiatra.

El ataque inicial del dolor facial coincide con frecuencia con un trastorno emocional durante la vida del paciente. Muchas veces, un diagnóstico erróneo ha sometido a pacientes con dolor facial psicogénico o una variedad de intervenciones quirúrgicas, o ha creado el hábito de analgésicos que invariablemente ha fracasado para combatir las molestias del paciente. La psicoterapia parece constituir el método más eficaz de tratamiento. El conocimiento correcto de la condición psicológica del paciente es esencial para conseguir el éxito terapéutico. Finalmente, el paciente con dolor de este tipo puede tener un neoplasma latente que acabará manifestándose sólo después de un largo período de dolor facial. Esto suele ocurrir en casos de cilindromas, tumores de la glándula parótida y tumores de la faringe.

Como para el tratamiento de cualquier otro padecimiento, el odontólogo debe determinar los signos y síntomas del paciente utilizando procedimientos diagnósticos como radiografías y pruebas de laboratorio, valorándolos y relacionándolos con aquellas enfermedades que presentan los mismos rasgos clínicos.

CAPITULO I

OBTENCION DE UN EXAMEN E HISTORIA CLINICA PRACTICA COMO BASE DEL
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Un diagnóstico comprensivo y cuidadoso sobre el cual -- pueda ser formulado un plan de tratamiento definitivo debe ser la base para el manejo satisfactorio de los desordenes dolorosos. El método de adquirir la información necesaria para llegar a un diagnóstico preciso en estos desórdenes dolorosos se diferencia grandemente del método utilizado en un examen dental normal. Los recursos primarios para esta información son la -- historia clínica y el examen físico.

El llenar una historia clínica es una ciencia y un arte. El reconocimiento de la interrelación entre los detalles de la historia médica y la historia personal del paciente provee un importante conocimiento interno del cómo el paciente ha reaccionado a la enfermedad en el pasado así como también cómo podrá reaccionar al presente tratamiento. Lo que se diga en respuesta a las preguntas es tan importante como la forma en que se diga y lo que es omitido.

El interés primario del interrogatorio es para definir el curso del padecimiento o defecto y luego el analizar el estado físico del paciente en anticipación al tratamiento. Sin embargo, el arte de obtener una historia clínica involucra mucho más -esto es, un intento por ampliar una imagen más comprensiva de la persona como entidad total y el de evaluar su respuesta a nuestro tratamiento-. Esto está arraigado en la interrelación doctor-paciente.

El tomar la historia clínica personalmente nos ayuda a establecer una armonía médico-paciente además de que causa un efecto terapéutico subjetivo en el paciente al ver éste que es-

tamos conscientes e interesados en su caso. Al hacer una historia clínica directa se obtiene mucha información personal ya -- que no sólo oímos las respuestas sino también el tono y el tiempo en que se responden, observamos además varios movimientos -- corporales y cambios posturales a manera de "lenguaje corporal". Se puede apreciar la aprehensión reflejada en una postura tensa o rígida; al aferrarse a los brazos de la silla, el cruzamiento de piernas los cuales son algunos indicativos de ansiedad. Los patrones de conducta obtenidos en la historia personal pueden alertar al dentista sobre problemas potenciales.

El diagnóstico y tratamiento de los trastornos dolorosos depende, como ocurre en cualquier otra entidad, de la información obtenida gracias a una historia médica detallada y un -- examen completo. A continuación describiremos una historia clínica lo más completa posible para el análisis de estos pacientes.

CLINICA DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Expediente _____ Fecha _____

DATOS GENERALES:

Nombre _____

Estado Civil _____ Edad _____ Sexo _____ Fecha de Nac. _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ocupación _____

Dirección del Trabajo _____ Teléfono _____

Persona Responsable _____

() Pariente o Padre, () Esposo(a), () Patrón, () Otros _____

¿Está usted cubierto por un seguro? _____ Nombre y Compañía _____

Haga una lista completa al reverso de esta hoja de los nombres, direcciones, y números de teléfonos de todos los profesionales de la salud (médicos, dentistas, terapeutas físicos y otros) a los que haya consultado con respecto a su padecimiento. Describa también qué tratamiento le ha recomendado cada doctor, y cuán efectivos han sido estos tratamientos.

Enviado por _____

Motivo de su visita _____

HISTORIA CLINICA

Por favor conteste la mayor cantidad de preguntas si es posible con SI o NO. Utilice una hoja en blanco para contestaciones más detalladas.

Padecimiento Principal: (Describa con sus propias palabras una historia cronológica de cómo ha progresado el dolor).

A) Historia del presente padecimiento:

1. ¿Cuándo y cómo empezó el dolor? _____
 2. ¿Dónde se localiza el dolor? _____
 3. ¿Duración y progreso del dolor? _____
 4. Descripción del dolor: Agudo _____ Fastidioso _____ Profundo _____
superficial _____ Otros _____
 5. ¿El dolor es constante? _____ ¿Intermitente? _____
 6. ¿En qué momento del día o de la noche es más intenso el dolor? _____
 7. ¿Con qué frecuencia tiene usted dolor? _____
 8. ¿El dolor empieza repentinamente? _____ ¿Progresivamente? _____
 9. ¿Es invariable? _____ ¿Aumenta? _____ ¿Disminuye? _____
 10. ¿El dolor desaparece de repente? _____ ¿Progresivamente? _____
 11. ¿Que alivia el dolor? _____
 12. ¿Qué aumenta el dolor? Bostezar _____ Comer _____ Hablar _____
Otros _____
 13. ¿Cuándo aparece el dolor, usted se siente mejor estando de pie o acostado? _____
 14. ¿Le duelen los dientes? _____ ¿Dientes superiores? _____
Dientes inferiores? _____ ¿Con calor? _____ ¿Con frío? _____
¿Con lo dulce? _____ Otros: _____
 15. ¿Que entiende usted que está mal? _____
-

B) OTROS SINTOMAS

1. ¿Al despertar siente que su mandíbula está "apretada"? _____
¿Cuándo lo notó por vez primera? _____
2. ¿Apretata o rechina los dientes durante el sueño? _____
¿Cuándo está despierto? _____
3. ¿Tiene sensación de cansancio en los músculos de la mandíbula? _____
Describa _____
4. ¿Notó lagrimeo exagerado de los ojos? _____ ¿Lado? _____
5. ¿Tuvo alguna vez vértigo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
6. ¿Oye ruidos de campanilleo en el oído, cuál? _____
7. ¿Oye ruidos de estallido o crujido al abrir o cerrar la boca? _____ ¿Oído derecho? _____ ¿Oído izquierdo? _____
8. ¿Tiene dolores de cabeza fuertes? _____ ¿Frecuencia? _____

C) GENERAL

1. ¿Tuvo alguna vez algún accidente? _____ Enumere las fechas y describa los accidentes _____
2. ¿Le dieron algún golpe en la cabeza o en la cara? _____
¿Cuándo? _____ Describa _____
3. ¿Siente alguna vez su cuello rígido? _____ ¿De qué lado? _____
Inicio _____
4. ¿A veces tiene visión borrosa? _____
5. ¿Tiene dificultad para respirar? _____ Describa _____
6. ¿Tiene dificultad para deglutir? _____ ¿Qué? _____
7. ¿Usted trabaja en la misma posición durante períodos largos? _____
Describa _____
8. ¿En qué posición duerme usted? _____
9. ¿Tiene la sensación de que los alimentos o el agua se atoran en su garganta? _____ Inicio _____ Describa _____
10. ¿Tuvo alguna vez la sensación de entumecimiento de los dedos? _____ Describa _____
11. ¿Padece de Artritis? _____
12. ¿Tiene u tuvo fiebre reumática? _____ Describa _____

13. ¿Se le hinchan los pies? _____
14. ¿Padece del corazón? _____ Describe _____
15. ¿Tuvo usted Hepatitis? _____ ¿Sinusitis? _____ Enfermedades san-
guíneas _____ ¿Diábetes? _____ Otras _____
16. ¿Siente usted mareos? _____ Frecuencia _____
17. ¿Su presión arterial es alta, baja o normal? _____
18. ¿Es alérgico a algún medicamento? _____ ¿Cuáles? _____
19. ¿Está usted tomando algún medicamento? _____ ¿Cuáles? _____
20. ¿Tiene algunas veces náuseas? _____ ¿Vómitos? _____ Frecuencia _____
21. ¿Fuma usted? _____ Cuántos cigarrillos al día? _____
22. ¿Cuántas tazas de café diario toma? _____
23. ¿Es usted nervioso? _____
24. ¿Hace corajes frecuentes? _____
25. ¿Cómo suele reaccionar a los estados de tensión? _____
26. ¿Consultó usted alguna vez a un neurólogo? _____
¿A quién? _____
27. ¿Ha consultado algún psiquiatra? _____ ¿A quién? _____
28. ¿Le han hecho alguna rehabilitación oclusal extensa? _____
¿Cuándo? _____ ¿Motivo? _____
29. ¿Hay algo que no me preguntaron y que debo conocer? _____
Si la respuesta es positiva, explique al reverso de la ho-
ja.

SITUACIONES ACTUALES DE VIDA:

Familia y amigos (calidad de las relaciones)

Ocupación presente y estado económico (actitud hacia el trabajo).

Actividades libres ("¿Qué hace usted para divertirse?")

Compromisos sociales y comunitarios.

Características personales y patrones de vida (antecedentes culturales, un día típico).

DESARROLLO DEL INDIVIDUO

- Niñez y adolescencia
- Historia educacional y ocupacional
- Historia marital y familiar

DESCRIPCION DEL PACIENTE: (Apariencia general, cooperatividad).

ESTADO MENTAL

CUAL ES EL IMPACTO PSICOSOCIAL DE ESTE PADECIMIENTO.

SIGNOS VITALES:

Pulso: _____

Presión arterial, máxima _____ mínima _____

Frecuencia respiratoria _____

Temperatura _____

Análisis de Laboratorio:

Tiempo de sangrado: _____

Tiempo de coagulación: _____

Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

Radiografías pertinentes al caso _____

Por la presente autorizo la comunicación de toda información concerniente a mi caso a la compañía de seguros interesada o a los miembros de la profesión médico-dental que podrían ser llamados a consulta.

Firma del paciente, responsable

Fecha

Las tres primeras partes de esta historia clínica constan de un cuestionario estándar que se le puede entregar al paciente al momento de pedir la cita para consulta y se le indicará que deberá ser entregado cinco días antes de la visita inicial. Las razones para que el paciente haga la mayoría del trabajo de preexaminación es para asegurarse que esta información será triple: (1) Determinaremos si el paciente será cooperador. Los pacientes que no cooperan en obtener el historial necesario son usualmente los que no seguirán las recomendaciones del tratamiento o mantendrán sus citas. Estos pacientes son también los que se presentan a consulta esperando la cura o la píldora mágica, pero no quieren participar en el manejo de sus propios desórdenes dolorosos, de ellos se obtendrán muy pocos resultados ya de antemano. (2) Nos da la oportunidad de revisar la información cuidadosamente y de hacer algunas llamadas telefónicas de nuestra cuenta a algunos de los doctores que se han visitado. (3) Teniendo la información de antemano, se disminuyen las necesidades de citas extensas para consulta.

No se tendrá que emplear tiempo de consulta importante para preguntar "...qué tiene, y entonces, a quién vió, cuál es su dirección... etc.?" Habiendo leído esta información antes de la cita del paciente nos dará la información general que necesitamos, así podremos preguntar sobre tratamientos o eventos específicos hechos por los doctores que se han visitado. La cita de la consulta debe ser usada para aclarar o verificar comentarios y observaciones notadas en la historia clínica escrita y para completar el examen físico general incluyendo el examen de la ATM. También es responsabilidad del paciente conseguir todas las radiografías y las copias de los análisis de laboratorio.

Si los pacientes ya han visto a seis o siete profesionales de la salud y otros, debe ser prudente referirlos a un cen-

tro para el control del dolor en vez de arriesgarnos a añadir - nuestro nombre a una larga lista.

Es asombroso observar que más de la mitad de los pacientes con síndromes caprichosos de dolor facial tienen una enfermedad funcional y no orgánica. Afortunadamente, en la profe- - sión dental vemos menos pacientes con trastornos funcionales -- que los médicos. El que no haya razón orgánica para el dolor - no significa que éste sea menos real para el paciente afectado. Sólo significa que el examinador debe ser más sagaz él desea -- arribar a un diagnóstico y luego reconocer que el tratamiento - está más allá de los métodos aplicados habitualmente en odonto- logía.

Los odontólogos debemos darnos cuenta de la importancia psíquica de la cavidad bucal, el enorme valor que algunas personas depositan en sus dientes y el daño que podemos hacer cuando imponemos tratamientos odontológicos a pacientes con trastornos psíquicos. A este respecto las observaciones de Moulton, una - psiquiatra, son muy claras. "Los psiquiatras suelen disgustarse por lo que consideran una falta total de conocimientos psicológicos de los odontólogos".

Pomp, por otra parte, dice: "Los odontólogos aunque sin capacitación psicológica especial, pueden tratar correctamente a pacientes con síndromes de dolor facial estableciendo simple- mente una relación adecuada con el paciente. Deben estar dis- - puestos a escuchar con simpatía sus quejas, a responder con ex- - plicaciones tranquilizadoras, a apoyar emocionalmente al paciente demostrando fortaleza y confianza, y aliviar el dolor y las- molestias por medio de un tratamiento adecuado.

Por éstas razones, hemos incluido en la última parte de nuestra historia clínica una valoración psicológica que realiza

rá el odontólogo personalmente al paciente. El porque de éstos puntos se irán analizando más adelante en el desarrollo de éste trabajo.

Valoración Psicológica

La evaluación debe ser completa, para ello, todas las - fuerzas que contribuyen a la situación de la vida del individuo deberán identificarse y esto sólo puede hacerse si el examen incluye los antecedentes, el estado mental, las condiciones médicas y los factores ambientales y sociales pertinentes que chocan con el individuo. Durante la entrevista se obtendrán pistas verbales y no verbales que proporcionan datos pertinentes - en la valoración del individuo, se pondrá especial atención en la forma de expresión, gestos, posturas, quejas desde el punto de vista del paciente, expresiones faciales, etc.

Examen del estado mental: La observación del paciente y el contenido de sus comentarios durante la entrevista constituye la parte informal del examen del estado mental, es decir, el que se obtiene indirectamente como el aspecto; comportamiento, - coordinación de movimientos corporales, manifestación externa - de emociones; depresión, ira, temor; habla, coherencia, espontaneidad, articulación; contenido de pensamiento: asociaciones, - preocupaciones, alucinaciones. Esto constituye un sumario gráfico que rápidamente puede cambiar y que puede proporcionar huel - las valiosas para el diagnóstico y tratamiento. El propio paciente proporciona muchas guías para el diagnóstico y que le incumbe al examinador hábil seguirlas. Dentro del examen del estado mental hay algunos otros aspectos que son importantes de - evaluar. Por ejemplo, si se está tratando con un paciente confundido, desorientado, ¿Qué podemos discernir acerca del estado de ánimo del paciente? ¿Estamos hablando con un paciente depresivo que usa pocas palabras, habla despacio y salteadamente?

¿Estamos tratando con un paciente que es apretado, hostil, no cooperativo o retraído? Todo esto nos da una idea del estado -- del paciente.

Dentro del inciso de situaciones actuales de vida: las preguntas acerca del estado civil, número de hijos y ocupación que desempeña el paciente proporcionan una información valiosa de las obligaciones del paciente y condiciones del trabajo que podrían crear tensiones e influir en el dolor. Puede ser de -- gran ayuda para enfocar ésta parte de la entrevista hacia las -- interrelaciones del paciente con la familia, amigos y experiencias de trabajo o escuela. La mayoría de los cirujanos dentistas son renuentes a involucrarse con éste tipo de discusiones -- debido a lo incómodo del tema y por la preocupación de "hasta -- qué profundidad llegar".

¿Cuál es el impacto psicosocial de éste padecimiento? Es te apartado de la historia clínica se analizará en un capítulo aparte que hemos dejado para su mejor entendimiento ya que los factores psicosociales juegan un papel muy importante en pacientes con síndromes de dolor facial crónico, por lo que el dentista deberá conocerlos y saber cómo detectarlos.

ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La respuesta a cada parte del cuestionario permite añadir una pieza al verdadero rompecabezas que es el dolor. Los -- síntomas del dolor ayudan al paciente a dar un cuadro más espe-- cífico de una molestia general. Si el paciente afirma que la -- molestia aumenta al abrir la boca, el odontólogo estará seguro que los músculos de cabeza y cuello participan en el trastorno y que, por lo tanto, están dentro de los parámetros de la prác-- tica odontológica. Otra razón para la inclusión de estas pre-- guntas es poder establecer causas y efectos.

Para lograr un diagnóstico exacto es necesario anotar -- también otros síntomas. La diferencia entre una contracción -- isométrica, en la cual el músculo se contrae sin movimiento -- (dientes apretados) y la contracción isotónica, en la cual el -- músculo se contrae con movimiento (rechinamiento), es el motivo para que incluyan preguntas acerca del apretamiento y rechina-- miento de los dientes. Muchas veces no se toma en considera-- ción que el paciente que "aprieta" los dientes causa más proble-- mas que el que rechina.

También son importantes otros síntomas para el estudio-- del dolor referido, los cuales pueden confundir y dificultar el diagnóstico. A veces, será necesario consultar al neurólogo si el vértigo es de importancia y si es descrito como sensación -- propia de desequilibrio.

La sección general requiere atención especial. El plan-- tear preguntas sobre traumatismos anteriores nos pueden dar una pista posible de la causa del dolor.

La tortícolis o "cuello rígido" puede aclarar las posi-- bles causas del movimiento limitado y molestias en esa región. Si el paciente señala visión borrosa, se sospechará de algún -- problema vascular, y será entonces necesario consultar con el -- médico.

Una respuesta positiva a la pregunta sobre la respira-- ción difícil puede reflejar simplemente la ansiedad del pacien-- te, provocada por el estudio médico o bien una ansiedad crónica.

La contracción isométrica y los patrones del dolor refe-- rido de cuello, cabeza y dentición provocados por los hábitos -- del paciente para dormir son investigados determinando si el en-- fermo ejerce presión del lado de la cabeza y cuello durante mu--

cho tiempo.

Las dificultades para deglutir pueden ser síntomas de ansiedad si otros trastornos funcionales y orgánicos fueron descartados mediante consulta con especialistas.

Una regla práctica para determinar si el paciente sufre de cefalalgia de tipo vascular, es preguntarle si se siente mejor cuando de pie o acostado. Cuando se sospecha cefalalgia vascular o migraña es necesario determinar si es provocada por vasoconstricción o vasodilatación, siendo a veces necesario consultar al médico. El preguntarle al individuo su opinión personal sobre su reacción a la tensión es otra manera de establecer el pronóstico.

Los adjetivos que los pacientes usan para describir su dolor pueden dar una indicación del origen del dolor si es:

- a) Vascular: Palpitante, martillante, constante, continuo. Un ejemplo es la migraña clásica con su dolor constante y palpitante.
- b) Neurógeno: agudo, lacerante, punzante, hormigueo o comezón, Entumecido, paroxístico. Un ejemplo es el dolor lacerante del tic doloroso.
- c) Dolor por contracción muscular: sordo, dolente, hiriente, presionante, oprimente. Ejemplo: cefalalgia por tensión. - músculos doloridos por parafunción como en el bruxismo y -- apretamiento.
- d) Combinaciones de los anteriores.

Si los pacientes usan adjetivos como "torturante", dolor fulminante" o "la piel ha sido desgarrada de mi cara", se -

podría sospechar que hay un fuerte componente psicológico para la respuesta del dolor.

Hay un "lenguaje del dolor" que el examinador debe comprender; es el lenguaje que el paciente usa para describir síntomas que han de significar algo para quien es perspicaz. Melzack y Torgerson ordenaron las palabras que describen el dolor en clases y subclases; palabras que describen cualidades sensitivas así como las cualidades doloroso-afectivas del temor y la tensión y las palabras de valoración que describen la intensidad general de la experiencia.

Melzack y Torgerson entregan al paciente una larga lista de palabras descriptivas que suelen proporcionar la clave -- del diagnóstico en respuesta a la pregunta, "¿Cómo es su dolor?"

Términos que describen el dolor.

Sensoriales

- Temporal:** latiente, fluctuante, pulsátil, pulsante, tremulante, vibrante, palpitante.
- Espacial:** En ráfagas, relampagueante, migratorio, irradiado, fulgurante, extensivo.
- Presión puntiaguda:** cerebrante, perforante, lancinante, penetrante, acribillante, agujoneante, punzante.
- Presión incisiva:** cortante, lacerante, agudo.
- Presión constrictiva:** apretante, mordiente, acalambrante, aplastante, mordicante, aferrante, opresivo, estrujante, prensador, compresivo, tirante.
- Presión por tracción:** triturante, arrancador, tironeante, dislocante.
- Térmico:** ardiente, caliente, escaldante, quemante, fresco, -- frío.
- Agudeza:** prurito, escozor, cosquilleo, comezón.

*Embotellamiento: malestar vago, confuso, estiramiento sordo, -
pesado, entumecedor, atroz, continuo, sensi--
ble, lastimero.*

Afectivos:

Tensión: tirante, agotador, fatigante, fastidioso, cansador.

Autónomo: asfixiante, nauseoso, sofocante, detestable.

Temor: terrible espantoso, horrendo, aterrador.

*Castigo: cruel, abrumador, matador, penoso, atormentador, tor-
turante.*

Valorativos:

*Angustioso, fastidioso, soportable, molesto, perturbante,
intenso, intensísimo, horrible, intolerable, leve, lastimoso,
insoportable, violento.*

*Los términos "frio y fresco" sólo fueron empleados por
pacientes que describieron dolor dentario.*

*Basándose en 20 palabras claves de esta lista, el Dr. -
Melzack puede deducir un índice para la valoración del dolor, -
que le permite corregir estimaciones inexactas del dolor que --
pacientes con diferentes niveles culturales tienden a hacer.
Los pacientes expresan: "Ahora puedo decir exactamente lo que -
siento. Antes no podía encontrar las palabras adecuadas".*

*Si se desea más información después del intercambio de-
preguntas de la historia clínica se puede decir "Hay alguna - -
otra cosa que me quiera preguntar o decir acerca de usted" o --
"Hay algo que no hemos discutido que usted crea importante que-
debiera saber".*

EL EXAMEN

Deberá seguirse un sistema específico para el examen empezando con la boca y luego con los músculos de cabeza y cuello; para ello nos valemos de la inspección, palpación, percusión y de las pruebas térmicas. Recordemos que un buen examinador debe ser un buen observador.

El examen bucal puede comenzar por los labios, observando su simetría, color, resequedad, etc. A continuación el área de los carrillos o vestibulo, encías, paladar duro y blando, -- lengua, laringe. Los dientes constituyen la última porción del examen bucal.

La observación de la línea media durante la abertura -- suele dar una indicación acerca del trismo muscular o la disfunción articular. Frecuentemente el maxilar inferior gira hacia el lado afectado. La palpación de la articulación mientras el paciente abre y cierra la boca resulta efectivo para determinar si la articulación es la fuente del dolor.

La palpación del músculo temporal es bastante simple. Mientras el paciente aprieta repetidamente los dientes, el operador apoya los dedos índice y medio con cierta fuerza sobre el músculo. Luego de cada apretamiento, se van desplazando los -- dedos hacia atrás y se pide al paciente que apriete de nuevo. Si hay espasmo muscular aparece un dolor fuerte y el paciente trata "de escapar" a la palpación echándose para atrás. Para comparar, también haya que palpar el músculo temporal del otro -- lado.

Los músculos pterigoideos externos son más difíciles de palpar y se los alcanza mejor con el índice colocado encima y -- por distal de los terceros molares superiores. Es más fácil -- palpar los músculos masetero y buccinador. Con los dos índices

puestos uno contra otro, uno del lado interno del carrillo y el otro del lado externo, el examinador "sigue" el cuerpo del músculo mientras el paciente abre y cierra la boca. El examinador deberá inspeccionar también las glándulas parótidas para estar seguro que no hay una infección u obstrucción en los conductos glandulares. Si la parótida está afectada presenta tumefacción bien circunscrita debido a que está envuelta en su cápsula.

Es necesario hacer una evaluación de los numerosos estímulos que predisponen alteraciones patológicas de los músculos de cabeza y cuello y que pueden provenir de los dientes, articulación temporomandibular y otras estructuras bucales. Muchas veces la exploración de éstos pacientes no revela ninguna enfermedad orgánica aparente de los dientes o encías, de los sistemas circulatorios o del nervio central y perisférico, tampoco se encuentran indicios de articulación mandibular disfuncional. Por consiguiente, los síntomas manifestados por el paciente son clasificados a menudo como psicósomáticos.

El entendimiento de la neurofisiología del aparato masticatorio y el de la percepción del dolor ayuda grandemente en la interpretación de una amplia variedad de las quejas del paciente. Todavía es difícil de entender como los músculos, articulaciones y dientes pueden causar hiperestesia en la piel, zonas desencadenantes, dolor paroxístico, dolor sordo y molestias vagas.

Ayudas diagnósticas especiales: nos sirven para sostener y aclarar las impresiones diagnósticas iniciales si se sospecha de un fuerte componente psicológico.

El dentólogo puede hacer uso de test de aptitud del paciente como lo son la escala de Zung de autoevaluación de la depresión (EAD), la escala de Zung de autoevaluación de la ansie-

dad (EAA) y la escala para la evaluación de la readaptación social entre otros.

Estos test son de gran ayuda cuando se trata a pacientes con síntomas faciales crónicos. Son muy simples de hacer y evaluar y pueden ser muy informativos como perfil médico y psicológico. Una puntuación arriba de cierto nivel puede alertar al odontólogo de la significativa posibilidad de una dificultad psicológica que podría afectar directamente su tratamiento. Estos test son análogos a los cuestionarios médicos los cuales nos sirven de ayuda en la obtención futura de información. Por lo tanto, hay que poner mucha atención en dilucidar las ansiedades y frustraciones del paciente.

La escala de Zung para la autoevaluación de la ansiedad (EAA), puede ser utilizado en el consultorio para saber si un paciente es ansioso, y si es así, hasta que grado.

Se pide al paciente que evalúe cada una de las 20 situaciones en relación a él durante las últimas semanas en los cuatro términos cuantitativos siguientes: nunca o poco tiempo, parte del tiempo, buena parte del tiempo, la mayor parte del tiempo. El paciente menos ansioso tiene una puntuación baja en la escala y el más ansioso tiene la más alta. Para establecer la EAA, se asigna un valor de 1, 2, 3 o 4 a la respuesta según su sentido positivo o negativo. Ver los cuadros adjuntos al final de éste capítulo.

Por ejemplo, si se llega a la conclusión de que el bruxismo del paciente está relacionado con sentimientos de frustración o ansiedad en cuanto a algunos aspectos de su vida, hay que señalarle dicha correlación. Es preciso explicarle que el apretamiento o el rechinar de los dientes, que lleva al espasmo doloroso, es una "válvula de seguridad" que le advierte que se está "poniendo nervioso" con relación a alguna situación.

El paciente debe analizar porque está ansioso, qué lo frustra, y evitar la causa.

La escala de Zung de autoevaluación de la depresión -- (EAD) se presta para ser usada en la práctica general para de-- terminar el grado o descubrir la profundidad de la depresión -- del paciente en la denominada "depresión oculta". En la mayo-- ría de los casos la evaluación y el cálculo de los puntos re-- quiere menos de cinco minutos. La EAD enumera 20 síntomas, 10-- expreadados en sentido positivo y 10 en sentido negativo. Los -- criterios diagnósticos de la EAD abarcan las características -- más comunes de la depresión: mal dormir y comer, ansiedad y te-- mor generalizado, obsesión y estreñimiento. El síntoma cardii-- nal de la depresión es la alteración del sueño, seguida por fa-- tiga y disminución del apetito. Mucho después vienen en la lis-- ta la pérdida de peso o las ideas suicidas. El odontólogo pide al paciente que responda a las preguntas, "Para que yo pueda -- conocerlo mejor y esto me ayudará a establecer el diagnóstico". El paciente evalúa las preguntas en términos cuantitativos, o -- sea, hasta dónde le atañen en el momento de hacer la prueba - - "nunca o por poco tiempo, parte del tiempo, buena parte del - - tiempo, la mayor parte del tiempo o todo el tiempo". Fuera de-- la vista del paciente, el profesional calcula los puntos de las respuestas usando una hoja transparente superpuesta. De acuer-- do a la tabla adjunta se convierte este primer cálculo en el ín-- dice EAD que va de 25 a 100. Así, el índice EAD final sirve pa-- ra determinar el estado de salud mental del paciente, que será-- la base para enviar o no el paciente al psiquiatra o al psicólo-- go para una evaluación más detallada y especializada.

La depresión y el dolor facial psicógeno son justamente los cuadros que aparecen luego de situaciones traumáticas de la vida. Utilizando algunos de los hechos críticos o traumáticos-- de la vida descritos por Meyer y Rahe establecieron un cuestio-- nario basado en 43 situaciones de la vida, tomadas empíricamen--

te de la experiencia clínica, y conocido como escala para la -- evaluación de la readaptación social (EERS) (último cuadro adjunto).

Al examinar la tabla de Holmes, Meyer y Rahe no podemos dejar de notar el impacto que produce sobre la salud mental y -- hasta física la muerte de un cónyuge o un miembro cercano de la familia o de un amigo íntimo, o el divorcio o la separación, y -- hasta los casamientos; ni qué decir de acontecimientos como ser encarcelado, despedido o jubilado. Estos pueden ser a menudo -- factores desencadenantes en el desarrollo latente del dolor facial atípico.

Se le da al paciente una hoja donde se han enlistado -- una serie de acontecimientos de vida, se le pide al paciente -- que vaya enumerando los acontecimientos en orden de importancia para él, los cuales crea hayan motivado algún cambio, en su vida, o simplemente le hayan ocurrido últimamente. Luego se compara con el número de orden de la lista y el valor que en ella se da.

Escala de Zung de autoevaluación de la depresión (EAD)

	Nunca o poco tiempo	Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo o siempre.
1. Me siento abatido y triste	()	()	()	()
2. De mañana es cuando mejor me siento.	()	()	()	()
3. Tengo ataques de llanto o tengo ganas de llorar.	()	()	()	()
4. Tengo problemas para dormir.	()	()	()	()
5. Como lo mismo que de cos- tumbre.	()	()	()	()
6. Disfruto con mirar, hablar o estar con un hombre/mujer atractivo/a.	()	()	()	()
7. Noto que estoy perdiendo peso.	()	()	()	()
8. Tengo estreñimiento.	()	()	()	()
9. Mi corazón late más rápi- do que de costumbre.	()	()	()	()
10. Me canso sin razón.	()	()	()	()
11. Mi mente siempre está clara.	()	()	()	()
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro hacer.	()	()	()	()
13. Estoy intranquilo y no puedo permanecer quieto.	()	()	()	()
14. Confío en el futuro.	()	()	()	()
15. Estoy más irritable que de costumbre.	()	()	()	()
16. Me resulta fácil tomar de- cisiones.	()	()	()	()

	<i>Nunca o poco tiempo</i>	<i>Parte del tiempo</i>	<i>Buena parte del tiempo.</i>	<i>La mayor parte del tiempo o siempre</i>
17. <i>Siento que soy útil y necesario.</i>	()	()	()	()
18. <i>Mi vida es bastante completa.</i>	()	()	()	()
19. <i>Siento que los demás estarían mejor si yo estuviera muerto.</i>	()	()	()	()
20. <i>Sigo disfrutando de las cosas que acostumbraba hacer.</i>	()	()	()	()

Tabla de puntuación EAD

	Nunca o poco tiempo	Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento abatido y tris <u>te</u> .	1	2	3	4
2. De mañana es cuando mejor me siento.	4	3	2	1
3. Tengo ataques de llanto o tengo ganas de llorar.	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir.	1	2	3	4
5. Como lo mismo que de costum <u>bre</u> .	4	3	2	1
6. Disfruto con mirar, hablar o estar con un hombre/mujer atractivo/a.	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo pe <u>so</u> .	1	2	3	4
8. Tengo estreñimiento.	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido que de costumbre.	1	2	3	4
10. Me canso sin razón.	1	2	3	4
11. Mi mente siempre está clara.	4	3	2	1
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro hacer.	4	3	2	1
13. Estoy intranquilo y no puedo permanecer quieto.	1	2	3	4
14. Confío en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que de costumbre.	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar deci <u>siones</u> .	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y neces <u>ario</u> .	4	3	2	1

	Nunca o poco tiempo	Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
18. <i>Mi vida es bastante com- pleta.</i>	4	3	2	1
19. <i>Siento que los demás es- tarían mejor si yo estu- viera muerto.</i>	1	2	3	4
20. <i>Sigo disfrutando de las cosas que acostumbraba hacer.</i>	4	3	2	1

Se comparan los números de la tabla con los espacios --
marcados por el paciente en el formulario EAD. Luego se suman --
los veinte números, se dividen por la puntuación máxima de 80, --
se convierte en decimales y se multiplica por 100 para estable--
cer el índice.

Escala de Zung de autoevaluación de la ansiedad.

Nombre _____	Nunca	Parte	Buena	La mayor
Edad _____	o poco	del	parte del	parte del
Fecha _____	tiempo	tiempo	tiempo	tiempo o
				siempre

1. Me siento más nervioso y ansioso que lo común.
2. Siento miedo sin razón.
3. Me altero fácilmente o me siento atemorizado.
4. Siento que me caigo y que me desvencijo.
5. Siento que todo está bien y que nada malo pasará.
6. Mis brazos y piernas se sacuden y tiemblan.
7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda.
8. Me siento débil y me canso fácilmente.
9. Me siento tranquilo y puedo sentarme y estar quieto fácilmente.
10. Puedo sentir que mi corazón late con rapidez.
11. Tengo vahidos que me molestan.
12. Siento como si me desvaneciera.
13. Puedo respirar libremente.
14. Tengo sensación de entumecimiento y hormigueo en los dedos.

Nombre _____	Nunca	Parte	Buena	La mayor
Edad _____	o poco	del	parte	parte del
Fecha _____	tiempo	tiempo	del	tiempo o
			tiempo	siempre

15. Tengo dolores de estómago o indigestión.
16. Necesito orinar con frecuencia.
17. Mis manos suelen estar secas y tibias.
18. Mi cara se calienta y enrojece.
19. Me duermo fácilmente y descanso.
20. Tengo pesadillas.

Se pide al paciente que marque en qué grado valora cada situación.

Tabla de puntuación EAA

Nombre _____				
Edad _____	Nunca o poco tiempo	Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo o siempre
Fecha _____				
1. Me siento más nervioso y ansioso que lo común.	1	2	3	4
2. Siento miedo sin razón.	1	2	3	4
3. Me altero fácilmente y me siento atemorizado.	1	2	3	4
4. Siento que me caigo y que me desvencijo.	1	2	3	4
5. Siento que todo está bien y que nada malo pasará.	4	3	2	1
6. Mis brazos y piernas se sacuden y tiemblan.	1	2	3	4
7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda.	1	2	3	4
8. Me siento débil y me canso fácil.	1	2	3	4
9. Me siento tranquilo, puedo sentarme y estar quieto fácilmente.	4	3	2	1
10. Siento que mi corazón late con rapidez.	1	2	3	4
11. Tengo vahidos que me molestan.	1	2	3	4
12. Siento como si me desvaneciera.	1	2	3	4
13. Puedo respirar libremente.	4	3	2	1
14. Tengo sensación de entumecimiento y hormigueo en los dedos.	1	2	3	4
15. Tengo dolores de estómago o indigestión.	1	2	3	4

Nombre _____				
Edad _____	Nunca o poco tiempo	Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo o siempre
Fecha _____				
16. Necesito orinar con frecuencia.	1	2	3	4
17. Mis manos están secas y tibias.	4	3	2	1
18. Mi cara se calienta y enrojece.	1	2	3	4
19. Duermo y descanso bien de noche.	4	3	2	1
20. Tengo pesadillas.	1	2	3	4

Se comparan los espacios marcados por el paciente con los números de la tabla. Se suman los veinte números y se dividen por la puntuación máxima posible, 80, se convierte en decimales y se multiplica por 100 para establecer el índice.

Escala para la evaluación de la readaptación social.

Número de orden	Acontecimiento de la vida	Valor Medio
1.	Muerte del cónyuge.	100
2.	Divorcio	73
3.	Separación marital	65
4.	Encarcelamiento	63
5.	Muerte de un miembro cercano de la familia.	63
6.	Herida o enfermedad personal.	53
7.	Casamiento	50
8.	Despido del trabajo.	47
9.	Reconciliación marital.	45
10.	Jubilación.	45
11.	Cambio en la salud de un familiar.	44
12.	Embarazo	40
13.	Dificultades sexuales	39
14.	Ingreso de un nuevo miembro de la familia.	39
15.	Readaptación en los negocios.	39
16.	Cambio en el estado económico.	38
17.	Muerte de un amigo íntimo.	37
18.	Cambio a una línea diferente de trabajo.	36
19.	Cambio en el número de discusiones con el cónyuge.	35
20.	Deuda hipotecaria superior a 4 millones de pesos.	31
21.	Exclusión del derecho de redimir lo hipotecado.	30
22.	Cambio en las responsabilidades laborales.	29
23.	Hijo/a que abandona la casa.	29
24.	Problemas con parientes políticos.	29
25.	Logro personal descollante.	28
26.	La esposa comienza o deja de trabajar.	26
27.	Comienza o termina la escuela.	26
28.	Cambio en las condiciones de vida.	25
29.	Revisión de hábitos personales.	24
30.	Problemas con el jefe.	23
31.	Cambio en las horas o condiciones de trabajo.	20
32.	Cambio de residencia.	20

Número de Orden	Acontecimiento de la vida	Valor medio
33.	<i>Cambio en las escuelas.</i>	20
34.	<i>Cambio en las recreaciones</i>	19
35.	<i>Cambio en las actividades en la iglesia</i>	19
36.	<i>Cambio en las actividades sociales</i>	18
37.	<i>Deuda hipotecaria o préstamo inferior a 4 millones.</i>	17
38.	<i>Cambio en los hábitos de sueño.</i>	16
39.	<i>Cambio en el número de reuniones familiares.</i>	15
40.	<i>Cambio en los hábitos de alimentación.</i>	15
41.	<i>Vacaciones</i>	13
42.	<i>Navidad</i>	12
43.	<i>Violaciones menores a la ley.</i>	11

El número de orden de la readaptación social destaca -- las crisis importantes de la vida y las crisis leves. El 79 por 100 de las primeras son capaces de causar cambios en la salud, - mientras que sólo 37% de las últimas experimentan cambios en el-año.

CAPITULO II

EL DOLOR Y EL PROCESO DEL DIAGNOSTICO.

A) Antecedentes.

El dolor debe ser considerado como una alarma de diagnóstico que da a conocer, pero usualmente falla al determinar la etiología de un problema clínico en particular. El diagnóstico de una u otra forma, involucra la extracción de información adicional del paciente para determinar una base racional en el tratamiento. El proceso es mal definido y lleno de errores a menos que el diagnosticador esté enterado de todo y escoja sólo las alternativas relevantes. En general, la tarea del diagnóstico involucra la reestructuración del mismo en pedazos pequeños los cuales son más fáciles de asimilar.

El dolor es el sistema de alarma del cuerpo, y como tal, efectúa un importante servicio aumentando grandemente las oportunidades de supervivencia. No obstante, como cualquier sistema de alarma defectivo, debe responder suficientemente rápido para disminuir las consecuencias del proceso que lo desencadena. Esta coacción excluye las comunicaciones de los detalles debidos a la causa exacta y al resultado del pronóstico del estímulo agresor. Por lo tanto, la presencia del dolor en ausencia de otro signo o síntoma obvio frecuentemente provee una difícil y elusiva prueba de diagnóstico.

El diagnóstico es la base indispensable para la planeación del tratamiento y los procedimientos terapéuticos. Se ha hecho un constante esfuerzo para colocar al diagnóstico cada vez más y más sobre bases objetivas. Radiografías, fotografía clínica, procedimientos de laboratorio y otras técnicas y auxiliares del diagnóstico han hecho mucho para reducir nuestra confianza basándonos sólo en los reportes subjetivos de nuestras pacientes. A pesar de esto, todavía dependemos de las sensaciones o sinto--

mas reportados por el paciente, pero tales datos deberán ser considerados menos dependientes de los que son observados objetivamente.

B) Interpretación del dolor psicogénico.

Los factores psicológicos son importantes para comprender las quejas bucales y dentales por parte de los pacientes. En los siguientes párrafos revisaremos brevemente las teorías actuales sobre la relación entre los procesos mentales y emocionales y la enfermedad física.

El dolor bucofacial de origen emocional es similar al dolor de origen emocional en otras partes del cuerpo e incluye reacciones tanto de conversión como psicofisiológicas. Es importante que el dentista reconozca las características clínicas de estos padecimientos y los obstáculos del manejo terapéutico de tales pacientes para así no hacer un tratamiento que pueda agravar los síntomas.

Si bien no es difícil aceptar que el dolor puede tener efectos emocionales, tal vez sea menos fácil aceptar que los trastornos emocionales puedan dar lugar al dolor. El dolor psicógeno ha sido descrito como una experiencia molesta que se percibe cuando están afectados la mente y el cuerpo. Los miembros de la profesión médica y dental están cada día más enterados. Estos dos parámetros de cualquier enfermedad son inseparables. Un cabo de la continuidad en esta relación son aquellas enfermedades que producen síntomas físicos de etiología psicológica en vez de física. Hay cuatro clases de estas enfermedades que más bien clasificaremos como trastornos psiconeuróticos, psicofisiológicos, de la personalidad y psicóticos.

1. Trastornos psiconeuróticos:

La característica básica de éste trastorno es la sensación subjetiva de ansiedad, que puede ser manifiesta o estar controlada por varios mecanismos de defensa. El modo como el individuo hace frente a la ansiedad determina el tipo de neurosis -- que desarrolla (gobier, obsesiva-compulsiva, depresiva, de conversión, etc).

Los conflictos psicológicos son causa de ansiedad. La ansiedad es una emoción desagradable y se invocan complejos patrones de conducta para evitarla. Estos son los patrones o modelos fundamentales de la enfermedad psicogénica. Implican los "mecanismos de defensa", o los "mecanismos mentales", que modifican los impulsos del individuo (y, a veces, sus sistemas internos de valores) para permitir un compromiso de la gratificación parcial, con una disminución de la ansiedad. Un ejemplo de estos mecanismos de defensa son las reacciones de conversión donde los síntomas físicos no tienen patología orgánica subyacente.

Los padecimientos manifestados por síntomas físicos sin patosis orgánica aparente han sido observados y registrados desde tiempos antiguos. Las nociones acerca de la etiología de estos padecimientos ha variado. Los griegos hipotetizaron que el útero migraba a diferentes posiciones en el cuerpo y que esto en cierta forma era responsable de los síntomas físicos y de los ataques de disturbios emocionales en la mujer los cuales eran por lo demás inexplicables. A estas "divagaciones del útero" -- teóricas, se le dio el nombre de "historia".

Pero ahora en el siglo 19 con el desarrollo de las ciencias, la anatomía y la fisiología, los conceptos acerca del origen de los síntomas de la historia cambiaron. Empezando con el trabajo de Charcot y Janet y aumentados por los esfuerzos de Breuer y especialmente de Freud, los síntomas histéricos son ahora

ra estudiados en términos de la existencia de un conflicto inconsciente que es transformado en un síntoma somático simbólicamente expresado que reduce la tensión y la ansiedad.

Las reacciones de conversión pueden ser manifestadas como una disfunción en cualquier parte del cuerpo y por lo tanto la variedad potencial de síntomas es enorme. La disfunción es usualmente en el sistema motor y sensorial dando origen a parálisis, anestesia, dolor, sordera, ceguera, sensaciones peculiares de la piel, sabores extraños y así sucesivamente. Las reacciones de conversión pueden ser una minoría en la cual los síntomas son vagos y pasajeros o una mayoría en la cual los síntomas son fijos y bien definidos. En ambos casos, la dinámica es la misma; el síntoma reduce el dolor psíquico y la ansiedad. Aunque la "ganancia primaria" del síntoma de conversión es la de reducir la ansiedad por medio de la transformación de un conflicto emocional intolerable en síntoma somático, hay ganancias adicionales. Estas "ganancias secundarias" son reflejadas en el impacto que tienen los síntomas en la vida del paciente, tales como el aumento de la atención y preocupación por la familia o el posible alivio por medio de la necesidad de trabajo. Tales ganancias proveen una fuerte motivación que cuenta al buscar o al aceptar un tratamiento para un paciente que ha desarrollado una nueva, no obstante vía patológica, para mantener el equilibrio. Deberá ser agregado que tal equilibrio es llevado a cabo sin ningún entendimiento o participación consciente por parte del paciente.

Actualmente son discutidas con gran interés las enfermedades psicósomáticas, debido a la idea ampliamente aceptada de que las perturbaciones psíquicas forman los antecedentes de muchos padecimientos.

En la práctica dental nos encontramos frecuentemente con conflictos emocionales y fobias. La aprehensión y la ansiedad pueden producir serios problemas en el manejo de pacientes -

odontológicos. La relación de la psicología con la percepción y reacción al dolor, es de gran importancia para nosotros, sin hablar de otros padecimientos más serios tales como desordenes funcionales y la alteración de procesos fisiológicos del cuerpo debido a estados emocionales.

El diagnóstico de estados histéricos es extremadamente difícil y requiere de gran experiencia. El tratamiento es también un campo altamente especializado. Los pacientes con reacciones de conversión son extremadamente resistentes a cualquier sugerencia de que su dolor es de origen emocional.

2. Trastornos psicofisiológicos:

En los trastornos psicofisiológicos el malestar hace al individuo vulnerable a la disfunción fisiológica y al daño eventual de los tejidos, más que las defensas neuróticas o el retraimiento psicótico. En la reacción psicofisiológica el síntoma es un reflejo de una patosis orgánica, pero la patosis es secundaria al estrés emocional crónico. La reacción puede representar la expresión fisiológica prolongada y exagerada de una emoción, a la vez que se vuelven inconscientes los sentimientos que la acompañan.

Comúnmente existen reacciones corporales a las emociones. Cuando uno es asustado, se eleva la presión arterial, aumenta la frecuencia respiratoria, acelera la frecuencia cardíaca, las glándulas sudoríparas son más activas y se dilatan las pupilas. Cuando uno tiene miedo, se tensan los músculos; cuando uno está disgustado, se le revuelve el estómago; cuando uno está apenado, se le sonroja la cara; cuando se sufre una pena, las glándulas lacrimales secretan lágrimas. Cada emoción es manifestada psicológicamente. La ansiedad crónica y el stress pueden ocasionar disfunción o daño irreversible a órganos o tejidos. Esta pa

tosis fisiológica es de este modo, secundaria a los factores psicológicos.

La ansiedad es una emoción compleja que se manifiesta por sentimientos subjetivos y trastornos fisiológicos. Los trastornos fisiológicos de la ansiedad comprenden cambios en la frecuencia del pulso y de la respiración, náuseas, diarrea, micción frecuente, parestesias y sensaciones de tirantez en el tórax y de sequedad en la boca. Algunos de estos trastornos resultan de la itnervenci3n del sistema nervioso aut3nomo y son importantes en la patogenia de la enfermedad. As3 el miedo y la depresi3n disminuyen la secreci3n de saliva e influyen sobre su condici3n-qu3mica.

Un n3mero importante de enfermedades orales puede ser considerado como reacciones psicofisiol3gicas. Padecimientos -- que son reconocidos por tener tanto lesiones visibles como un -- componente emocional incluyen: gingivitis necrotizante, 3lceras-afosas, l3quen plano, edema angioneur3tico, etc. Desde el punto de vista psiqui3trico, estas enfermedades no representan una-reacci3n de defensa, ya que no sirven para aliviar la ansiedad -- que contribuye a su desarrollo. En resumen ellas no sirven a -- ning3n prop3sito constructivo definido.

3. Trastornos de la personalidad.

Aqu3 el individuo utiliza patrones o modelos de acci3n-o conducta en lugar de s3ntomas mentales, som3ticos o emociona-les. Su ansiedad subjetiva y su malestar son m3s ligeros que en otros trastornos.

4. Trastornos psic3ticos.

Se caracterizan por la desintegraci3n de la personali-dad y su fracaso en cuanto a la capacidad de percibir, evaluar y

experimentar la realidad.

Los aspectos psicológicos del dolor suelen ser de importancia primordial y la reacción del paciente es afectada por factores como el estado de ánimo, las características emocionales, personalidad y antecedentes culturales.

Hay otras características de dolor facial que sugieren un origen psicógeno, pero como sería de esperar las diferencias entre el dolor psicógeno y orgánico de ninguna manera son claras y algunas de estas características también las pueden tener -- otros tipos de dolor. Por lo tanto, las siguientes características sólo son sugestivas de dolor facial psicógeno:

1. Incidencia.

Es más frecuente en las mujeres, generalmente en los -- años consecutivos a la menopausia, se siente deprimida, incapaz y recordando su pasado experimenta pena y depresión al recordar las oportunidades perdidas y las esperanzas no satisfechas de su juventud.

2. Etiología.

Este padecimiento se debe a estados de stress, ansiedad, hipocondría, reacciones depresivas, histeria de conversión, esquizofrenia y otros factores contribuyentes. Por la literatura -- revisada sabemos que en el dolor facial psicogénico no hay causa orgánica que dé base al dolor, pero no podemos llegar a esta conclusión sin antes haber hecho una evaluación consciente basada -- en la historia clínica, un diagnóstico diferencial y el examen -- de músculos, dientes, glándulas salivales, posturas mandibulares, articulación temporomandibular, hábitos, oclusión y la respectiva evaluación emocional del paciente. Desde el aumento de la -- aceptación del concepto de ver al paciente como una entidad to--

tal, ea aparente la necesidad de entender los factores sistémicos y emocionales del paciente que puedan modificar o producir un padecimiento oral.

3. Localización.

Esta no suele ser precisa. De manera típica no tiene una distribución con un patrón anatómico reconocible. Un sitio común de dolor facial es la región facial o cerca de los dientes superiores. Por lo general, el dolor es unilateral, puede ocurrir cerca de la línea media y usualmente limitado a la mitad inferior de la cara. Desde el punto de vista anatómico, el dolor no puede cruzar la línea media; por lo tanto, si el paciente dice que el dolor cruza la línea media, el examinador debe sospechar una etiología psicógena.

4. Descripción del dolor.

El dolor es descrito comúnmente por el paciente como profundo, ardiente, enfadoso, tirante, sordo, urente, puede ser vago, aberrante o exagerado (por ejemplo "insoportable"), pero sin efecto manifiesto sobre la salud del paciente. El dolor facial psicogénico es un síntoma típico de una reacción de conversión. Usualmente el dolor no es severo y puede ser graduado en menos de cinco en una escala de uno (mínimo) a diez (severo) para la cuantificación del dolor.

5. Duración

El dolor suele describirse como continuo, incluso sin remisiones durante varios años.

6. Fijación del carácter del dolor.

Este suele describirse como completamente imperturbable

durante un período prolongado, a menudo durante varios años.

7. Provocación del dolor.

El dolor no suele ser provocado por algún estímulo reconocible como alimentos calientes o fríos o por la masticación. Tampoco hay zonas desencadenantes.

8. Efectos del dolor.

A pesar del hecho de que puede decirse que el dolor es continuo e insoportable, no están alterados los patrones de sueño del paciente o incluso sus hábitos de alimentación.

9) El efecto de analgésicos.

Con frecuencia se dice que los analgésicos son completamente ineficaces, pero algunos pacientes ni siquiera han usado analgésicos a pesar de la intensidad declarada del dolor.

10) Signos Objetivos.

Estos no se presentan. Aunque los dientes con frecuencia se han extirpado y pueden haber dientes enfermos, ninguno de éstos pueden relacionarse con el dolor. En consecuencia, el tratamiento de los dientes enfermos no proporciona ningún beneficio. Los síntomas orales de las reacciones de conversión consisten de irritaciones, hormigueo y entumecimiento. Un ejemplo de una moderada variedad de reacciones podrían ser ciertos grados de glosodinia o lengua dolorosa; glosopirosis o lengua "ardiente".

11) Otros signos de trastornos psiquiátricos.

Estos son muy variables. Algunos pacientes presentan -

depresión más o menos manifiesta; algunos de ellos mencionan dificultades que han tenido, por ejemplo, al trabajar con sus colegas. Otros pueden quejarse de que el dolor los ha hecho sentirse miserables cuando de hecho es más probable que la miseria sea "la causa" del dolor.

12) Respuesta a medicamentos psicoactivos.

En algunos pacientes la respuesta a drogas psicoactivas, sobre todo tranquilizantes y antidepresores, puede ocurrir alivio del dolor y mejoría notable en el estado de ánimo del paciente.

Si, al tomar la historia clínica del paciente, el odontólogo descubre los signos y síntomas a veces caprichosos, pero con frecuencia bastante comunes que expusimos aquí, o establece mediante un procedimiento como la Escala de Zung de autoevaluación de la depresión y la de autoevaluación de la ansiedad que el paciente precisa una evaluación más completa y profunda, entonces deberá enviarlo a un médico o a un psicólogo clínico.

La primera consulta debe ser con el neurólogo, quien podrá descartar la existencia de lesiones nerviosas a un nivel superior. Además, el neurólogo tiene más autoridad para mandar al paciente al psiquiatra.

Resumiendo los puntos anteriores podríamos establecer las bases para el diagnóstico de dolor facial psicogénico así:

- 1.- Queja crónica de dolor.
- 2.- Los síntomas pueden afectar uno o más órganos o sistemas.
- 3.- Las molestias subjetivas exceden los datos objetivos.
- 4.- Hay correlación del desarrollo de los síntomas y

las tensiones psicosociales.

- 5.- *Alivio mínimo con el tratamiento estándar.*
- 6.- *Antecedentes de consulta con muchos médicos.*
- 7.- *Uso frecuente de medicamentos inespecíficos.*
- 8.- *Se debe hacer hincapié en que el diagnóstico del dolor facial psicógeno se hace por exclusión.*

C) Diagnóstico diferencial del dolor facial psicogénico.

Hay muchas causas de dolor facial. También hay diversidad de acuerdo a los antecedentes, conocimientos y disciplina de los examinadores. Muchas veces, el dolor facial es mal diagnosticado como tic doloroso, problemas del seno, angiospasma, migraña, psiconeurosis, etc. Se sabe que la vasta mayoría del dolor facial neurálgia es causado por un espasmo muscular, y muy pocas veces es precipitado o derivado de una irritación de la articulación temporomandibular.

Una parte importante para el diagnóstico correcto de un trastorno doloroso es el conocimiento cabal de aquellos padecimientos que pueden producir dolor facial además de la historia clínica detallada y precisa del dolor y el examen clínico de la cara y órganos asociados. Como dijo Sir William Osler "No se puede diagnosticar lo que no se conoce". Si el odontólogo ignora que una enfermedad puede producir dolor bucofacial, entonces no tomará en cuenta esta posibilidad al establecer su diagnóstico. Burton, en su artículo "El problema del dolor facial" J.A.D. A., 79:93-101, 1969, enumera 36 diagnósticos diferentes del dolor bucofacial y aún así su lista es incompleta. A continuación expondremos una breve lista de los padecimientos más comunes que se presentan de trastornos dolorosos, estudiaremos su etiología y signos clínicos para poder diferenciarlos del dolor facial psicogénico, además de conocer una lista de opciones durante el proceso del diagnóstico.

a) Neuralgia del trigémino.

Etiología: La Etiología de este tipo de neuralgia permanece todavía en la obscuridad, así han sido invocadas numerosas causas, como anomalías óseas en la región del ganglio de Gasser, anomalías vasculares, isquemia del ganglio o infección viral del nervio trigémino, pero se puede decir que actualmente se desconoce la verdadera naturaleza de la enfermedad. Cabe señalar que, a veces, el dolor experimentado en el área del trigémino -- puede ser secundario a algún otro padecimiento como, por ejemplo, un tumor en el ángulo cerebello-protuberancial.

Signos clínicos: Generalmente el dolor es unilateral, aunque en un porcentaje reducido de casos acaba por afectar ambos lados. El dolor puede describirse como agudo, punzante, sordo, cortante o comparable al producido por una "aguja al rojo vivo". El dolor dura sólo unos cuantos segundos y es seguido, a veces, por sensaciones dolorosas o quemantes vagas que duran varios minutos. El relato típico de estos enfermos es que han sufrido una serie de ataques dolorosos seguidos por períodos sin episodios dolorosos. El modo de aparición del dolor es variable aunque en la mayoría de los casos los enfermos señalan la existencia de "zonas desencadenantes", que son zonas localizadas y que si son tocadas o presionadas ligeramente precipitan la aparición del dolor. Los movimientos de la cara al comer, beber, hablar, silbar, etc. pueden iniciar el dolor y en este caso el enfermo podría relacionar, equivocadamente, el movimiento y el comienzo del dolor con un trastorno dental. El tratamiento médico puede ser efectivo con tegretol, fenitofna, carbamacepina o difenilhidantofna sódica.

b) Sinusitis maxilar.

Por las relaciones tan cercanas que hay entre los dientes superiores y el seno maxilar son de interés especial para el

odontólogo las enfermedades de los senos maxilares. Esta relación explica con toda claridad como la patología dental puede -- afectar el seno y como padecimientos que nacen en el seno pueden, secundariamente, afectar el diente. El padecimiento del seno -- que con más frecuencia plantea dificultades de diagnóstico al -- dentista es la sinusitis maxilar: aguda, subaguda o crónica.

Signos clínicos: Los síntomas suelen ser una sensación de obstrucción de la nariz y de "plenitud" en los senos afectados. El enfermo también puede presentar goteo posnasal y cefalalgia, señalando a veces la aparición de moco nasal teñido de sangre. Los síntomas dentales son generalmente de sensibilidad de los dientes del lado afectado e hipersensibilidad a la percusión. El dentista debe pensar siempre en la posibilidad de una sinusitis maxilar cuando se le pide evaluar molestias vagas en -- dientes superiores, particularmente cuando están afectados va -- rios dientes.

c) Cefalalgias en serie.

Etiología: La naturaleza exacta de esta enfermedad se desconoce todavía, aunque se piensa que el dolor podría ser de -- origen vascular. Algunos autores han sugerido que la dilatación de los vasos sanguíneos sería consecuencia de la liberación local de histamina, y varias investigaciones han mostrado una elevación del nivel de histamina sanguínea durante el ataque agudo. El origen vascular del dolor puede comprobarse en algunos casos -- iniciando el dolor con nitroglicerina (vasodilatador) o mejorándolo con ergotamina (vasoconstrictor).

Wolff comprobó que estas cefaleas o dolores faciales se deben a la vasodilatación de las ramas de la arteria carótida externa, particularmente de la rama maxilar interna. Wolff dice -- que el dolor es producido no por el aumento de la presión vascular en la zona sino por una mayor "tracción" ejercida sobre los

nervios sensitivos que acompañan a los vasos dilatados. Wolff - también señala que los ataques "ocurren en situaciones que provocan agotamiento, tensión, desesperación y frustración..."

Signos clínicos: hay cefale unilateral, paroxística, de la zona inferior de la cara. Los dolores suelen ser de tipo semejante a la migraña con enrojecimiento y lagrimeo del lado afectado de la cara. El dolor suele comenzar por la noche, una o -- dos horas después de haberse acostado el paciente o en la madrugada. El dolor es de tipo "taladrante".

d) Angina de pecho.

Etiología: La aterosclerosis de las arterias coronarias puede provocar una disminución del aporte sanguíneo al músculo - cardíaco. La isquemia muscular consiguiente puede dar origen a la angina de pecho.

Signos clínicos: el dolor es de carácter opresivo o triturante en la región esternal. El dolor puede irradiarse a los hombros, brazos, y dedos, y a veces, hacia el cuello y los maxilares. La mayoría de las veces el dolor es producido por algún "esfuerzo" asociado con la digestión o la emoción. No es raro - que el dolor cardíaco por esfuerzo sea sentido principalmente en el cuello o maxilares, siendo interpretado entonces equivocada-- mente por el enfermo como debido a un trastorno patológico de -- dientes o maxilares.

e) Síndrome de Von Munchausen

El legendario barón Von Munchausen murió en 1797, era célebre por sus cuentos increíbles y la exageración de sus hazañas temerarias. En medicina, se utilizó el síndrome de Von Munchausen para describir individuos con síntomas complicados, elaborados y de lo más convincentes, que vagan de un médico a otro,

de un hospital a otro buscando ayuda médica o dental. El padecimiento podría considerarse como ejemplo de simulación, o sea, la imitación o producción de una enfermedad con propósito definido. Pero aquí, el propósito no siempre es evidente. El enfermo puede presentar tendencias masoquistas y buscar tratamientos quirúrgicos o estudios médicos, o simplemente desear la hospitalización para tener asegurados comida y cama!. No es raro que individuos con dependencia para narcóticos "simulen" el dolor de algunos padecimientos comunes, como cólico renal, cólico biliar y dolor facial tratando así de obtener un tratamiento con narcóticos. El médico nunca debe olvidar esta posibilidad cuando se ha ya frente a un dolor confuso que no parece tener ninguna causa orgánica, sobre todo si los síntomas del dolor no son apropiados ni anatómica ni fisiológicamente.

f) Artritis y trastornos internos de la ATM.

Etiología: La artritis, o inflamación en las articulaciones, es una de las enfermedades más frecuentes que afectan a la raza humana, y la ATM no escapa de ella. Esta articulación puede sufrir todas las formas de artritis, pero hay cuatro tipos comunes con las cuales el odontólogo debe estar familiarizado: artritis infecciosa, reumatoide, traumática y osteoartritis.

1. Artritis Infecciosa:

La frecuencia de esta enfermedad en la ATM es baja. La forma más común es la originada por extensión directa de la infección hacia la articulación como resultado de una celulitis u osteomielitis adyacente. Estas artritis son producidas por diversos cocos piógenos (estafilococo, estreptococo, neumococo, meningococo, gonococo). Los pacientes se quejan de dolor intenso en la articulación, con mucha sensibilidad a la palpación o la manipulación de la zona articular.

2. Artritis reumatoide.

Es una enfermedad general de etiología desconocida y de baja incidencia en la ATM. Los signos y síntomas son básicamente los mismos que se encuentran en otras articulaciones afectadas por la enfermedad. Hay dolor, rigidez y tumefacción; el dolor limita apreciablemente el movimiento.

3. Artritis traumática.

La artritis traumática temporomandibular y los trastornos musculares asociados son resultado de una actividad anormal de los músculos maxilares relacionada con tensión psíquica, dolor, e interferencias oclusales. Las manifestaciones clínicas dominantes de artritis temporomaxilar aguda traumática son una restricción dolorosa de los movimientos del maxilar con diverso grado de trismus. Además, hay desviación marcada del maxilar hacia el lado afectado, espasmo muscular, dolor a la palpación, imposibilidad de efectuar contacto entre los dientes posteriores del lado afectado. La afección es habitualmente unilateral.

4. Osteoartritis.

En la mayoría de los reportes la osteoartritis representa la principal de todas las enfermedades artríticas que involucran a la ATM. Se ha demostrado que el desarrollo de la osteoartritis está relacionado con muchos factores incluyendo la edad, herencia y el trauma, pero se piensa que el factor más significativo es la irritación crónica debida a la tensión y al stress anormal de la articulación. La osteoartritis representa la continuación de una artritis traumática no tratada por lo que las manifestaciones clínicas son las mismas con excepción de las alteraciones óseas.

5. Trastornos internos de la ATM

Usaremos éste término para referirnos a aquellos padecimientos que también se conocen con el nombre de disfunción del disco, dislocación anterior del menisco, desplazamiento anterior del disco y trastornos del disco; esto se define como la situación clínica en la cual el disco articular (menisco) está localizado anterior al cóndilo en la posición de cierre, permitiendo al cóndilo que articule sobre el ligamento posterior del menisco. Los síntomas asociados con estos trastornos internos son: dolor preauricular, sonidos articulares, vértigo, sensación de obstrucción o de taponamiento de los oídos, zumbidos, limitación de movimientos y sensibilidad a la palpación de los músculos masticadores.

Sicher, en 1955, revisó la anatomía de la ATM e indicó que la pérdida de tejido conectivo entre el menisco y la parte posterior de la cápsula articular que es un área de poca resistencia y por lo tanto es la región más susceptible a daños mecánicos en la ATM. El admitió que el desplazamiento anterior del menisco podría permitir el choque del cóndilo en este tejido muy innervado y causar dolor. También la colocación del menisco por delante del cóndilo podría restringir los movimientos de traslación del cóndilo. Con esto se rebatió la teoría de Costen acerca de que la aparición de los síntomas eran causados por sobrecierre del maxilar después de la pérdida de piezas dentarias. Así, sobre éstas bases anatómicas se comprobó que por los trastornos internos de la ATM, que causan presión sobre la rama principal del nervio auriculotemporal, entre el cóndilo y la espina posglenoidea; es la causa de los síntomas.

g) Síndrome de dolor y disfunción miofacial (DDM)

Etiología: El principal factor que origina las manifestaciones de este síndrome es el espasmo de los músculos masticadores.

torios generado como consecuencia de una contracción excesiva o fatiga muscular producida por hábitos bucales crónicos como fro-
tamiento o apretamiento de los dientes. Esto a su vez, puede --
provenir de factores irritativos, como una restauración que ocu-
ye mal o un margen desbordante de una restauración. Se cree que
estos hábitos son mecanismos involuntarios de alivio de tensio-
nes que como agentes etiológicos comprenden factores emocionales
y mecánicos. Esta explicación del síndrome ha sido denomianda -
"teoría psicofisiológica" por Laskin y col. Este síndrome es --
causa de dolor facial en muchos pacientes y hemos querido mencio-
narlo aquí porque está relacionado con el dolor facial psicogéni-
co por su fuerte componente emocional y psicológico asociado.

Características clínicas: Entre el 80 y 90% de pacien-
tes que sufren de este síndrome son mujeres (igual que en el do-
lor facial psicogénico). Hay dolor, en el oído o en el área pre-
auricular; si hay espasmo, por lo tanto, hay dolor y sensibili-
dad de los músculos masticadores, así como también limitación de
movimiento mandibular, a veces con desviación en la apertura; --
puede haber chasquido o ruido seco en la articulación. Además -
de estos hallazgos positivos, estos pacientes también tienen dos
típicas características anormales: 1) ausencia de indicios clí-
nicos, radiográficos o bioquímicos de alteraciones orgánicas en-
la articulación propiamente dicha, y 2) ausencia de sensibilidad
de la articulación a la palpación.

h) Dolor facial asociado con tumores paracraneales.

Los tumores desarrollados en la nasofaringe o los senos
paranasales pueden originar un dolor facial persistente. Los --
síntomas de estas lesiones sólo se manifiestan cuando la lesión-
está ya avanzada. Esto lo mencionamos porque es necesario tomar
en cuenta esta posibilidad al momento de hacer nuestro diagnósti-
co.

En este capítulo hemos visto muy brevemente algunos padecimientos asociados con el dolor facial, ya que sería demasiado extenso el analizar todas las enfermedades que el dentista ha de tomar en cuenta cuando necesita establecer el diagnóstico de un dolor bucofacial. Además de el examen y la historia clínica completa, hay que pensar que el dolor no sola y necesariamente proviene de un trastorno dental; si se desconoce la existencia de algunas enfermedades nunca las podrá diagnosticar; no hay que vacilar en enviar al paciente a otros especialistas para realizar evaluaciones específicas en lugar de realizar procedimientos dentales irreversibles.

CAPITULO III

FACTORES PSICOSOCIALES CONTRIBUYENTES EN LA ETIOLOGIA DEL DOLOR FACIAL.

Los pacientes con dolor crónico tienen problemas multifactoriales y exhiben síntomas tanto físicos como psicosociales. Su evaluación incluye determinantes del diagnóstico físico, factores contribuyentes y factores psicosociales con base semejante e integrales. Factores contribuyentes incluyen cualquier factor que juega un papel en la iniciación, perpetuación y resultados de estos problemas complicados. El manejo de estos problemas será por reducción de los factores contribuyentes y por tratamiento de acuerdo al diagnóstico. Cuando se prueba con algún tratamiento, su éxito se ve comprometido frecuentemente por mal adaptaciones y períodos de estancamiento, comportamientos, actitudes y estilos de vida del paciente que en realidad pueden perpetuarse o resultar del desorden. La falta de entendimiento y reconocimiento de estos y otros factores contribuyentes tanto por el médico como por el paciente, así como la falta de un sentido de responsabilidad para efectuar un cambio en ellos, juegan un papel importante que fallan cuando se requieren de largos períodos para un tratamiento exitoso. La literatura es amplísima al definir como afectan los factores individuales en los síntomas de dolor crónico, pero no nos dice como se integran a la vida y patrones de salud del paciente. El propósito de este capítulo es el de proveer una clasificación y síntesis de los factores contribuyentes más comunes y su relación con problemas de dolor craneofacial crónico.

Factores contribuyentes.

Un factor contribuyente, como se define aquí, es cualquier factor que juega un papel en la iniciación, perpetuación o es el resultado de tener el padecimiento. Por lo tanto los podemos llamar iniciadores, perpetuadores o resultantes. Cada fac--

tor juega un papel en el desorden y puede complicar el éxito del tratamiento.

Una lista de problemas para un paciente con síndrome de dolor crónico debe incluir los síntomas, diagnósticos asociados, y los factores contribuyentes al desorden (Tabla 1). Una vez de terminado lo anterior se puede conseguir satisfactoriamente un tratamiento de acuerdo al diagnóstico y reduciendo los factores contribuyentes sobre bases semejantes e integrales. Si sólo se realiza una parte sin tener en cuenta la otra puede haber una falla inmediata en la reducción de los síntomas o en el mantenimiento de esta mejoría.

Aunque hay factores contribuyentes individuales que afectan específicamente a un diagnóstico, otros son comunes o consecuentes a través de los diagnósticos de dolor crónico (Tabla 2). Aunque pueden ser similares, los factores contribuyentes no deben ser confundidos con los factores modificantes, los que incluyen cualquier factor que precipitan, agravan o alivian los episodios individuales de dolor u otros síntomas. Por ejemplo, el ejercicio excesivo puede agravar los síntomas de migraña o cefalalgia en un paciente, lo cual puede ser considerado como un factor modificante, pero no contribuye a la fisiopatología de la migraña y si ésta se redujera no mejorarían los síntomas por largos períodos.

Los factores contribuyentes también pueden ser directos o indirectos. Un factor contribuyente directo incluye aquellos factores que influyen directamente en la fisiopatología. Por ejemplo, el apretamiento de los dientes (bruxismo céntrico) puede influir directamente en la fisiopatología de la disfunción del dolor miofacial. Factores contribuyentes indirectos incluyen aquellos factores que indirectamente influyen en la fisiopatología del padecimiento o complican su tratamiento. Por ejemplo, una situación estresante como la de llegar tarde para una

cita importante puede causar apretamiento que si es sostenido de senvocarla en síndrome de disfunción dolorosa miofacial. La confusión es una característica frecuente en los pacientes con síndromes de dolor crónico, esto no influirá directamente en la patofisiología, más bien, provocarla la pérdida de la confianza haciendo que falle el tratamiento.

La confusión, situaciones estresantes y el apretamiento son los factores que de diferente forma afectan al padecimiento, pero la interrelación entre ellos es menos que obvia. Se requiere una clasificación que incluya un modelo que conceptualice el dolor crónico teniendo problemas en diversos niveles influyendo-repetitivamente entre ellos así como en el padecimiento físico y los síntomas.

Los factores contribuyentes se pueden clasificar como - conductuales, sociales, cognoscitivos, emocionales, biológicos y ambientales.

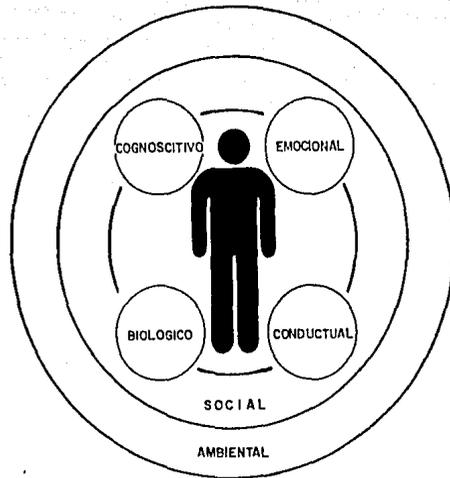


Tabla 1 Lista del Problema

- I. Síntomas (padecimiento principal y síntomas asociados).
 - A. Físicos
 - B. Emocionales

- II. Diagnósticos (físico o psiquiátrico).
 - A. Primario
 - B. Secundario

- III. Factores contribuyentes (iniciadores, perpetuadores, resultantes)
 - A. Directos
 1. Conductuales
 2. Biológicos
 3. Ambientales
 - B. Indirectos
 1. Sociales
 2. Cognoscitivos
 3. Emocionales

Fig. 1: Modelo que conceptualiza el dolor crónico teniendo problemas en diversos niveles influyendo repetitivamente - entre ellos así como en el padecimiento físico y los -- síntomas.

Tabla 2 Desordenes de Dolor Craneofacial más comunes.

Enfermedades de estructuras extracraneales.

Trastornos intracraneales

Desordenes de dolor vascular

Cefalalgia por migraña

Cefalalgia en serie

Arteritis temporal

Desórdenes reumáticos de la ATM

Trastornos internos

Capsulitis

Osteoartritis

Desórdenes miofaciales

Síndrome de dolor miofacial

Cefalalgia por contracción muscular

Trismus (espasmo)

Neuralgias

Neuralgia paroxística (trigeminal, glossofaríngea).

Neuralgias continuas (postherpéticas, post-traumáticas).

Causalgia

Desórdenes Psicogénicos

Reacciones de conversión

Malingering (el que se finge enfermo para no trabajar)

Tabla 3 Factores contribuyentes conductuales.

Hábitos orales parafuncionales.

Exceso de cafeína

Malos hábitos posturales

Sueño interrumpido

Tabla 4 Factores contribuyentes sociales

Ganancias secundarias

Verbalización excesiva del dolor

Incapacidad

Litigación

Estresores :

Financieros

Trabajo

Caseros

Interpersonales

Factores conductuales o de comportamiento.

Los factores contribuyentes conductuales incluyen cualquier conducta, hábito o reacción de la persona que contribuya - al síndrome del dolor (Tabla 3). Estos factores están usualmente bajo el control de la persona, capaces de ser modificados, -- por lo tanto responden a programas de modificación de la conducta.

Los hábitos parafuncionales bucofaciales son los más comúnmente referidos como factores contribuyentes conductuales en los síndromes de dolor craneofacial. Esto incluye hábitos como mascar chicle, morderse las uñas, morderse los labios, mascar objetos, apretamiento, bruxismo, masticación unilateral, hábitos - de protrusión o retrusión mandibular, hábitos de lengua y hábitos impropios de apertura mandibular. Evidencias clínicas y experimentales sugieren que si estos factores se mantienen causarán tensión en los músculos provocando el dolor.

Aunque están muy poco difundidas las evidencias experimentales de que los factores posturales contribuyen a los síndromes de dolor craneofacial, hay mucha evidencia clínica que apoya la implicación de estos factores. Kendall y Kendall establecieron que los malos hábitos de postura como una acentuada posición hacia adelante o lateral de la cabeza, encogimiento prolongado de los hombros o el hábito de impulsión de lengua tensarán a la articulación y a los músculos de la mandíbula y el cuello. Estos síntomas pueden resultar de hábitos como el de sostener el teléfono regularmente entre la cabeza y el hombro, respiración bucal, malas posturas de trabajo o problemas pasajeros, o sentarse se impropiamente en un mueble incómodo.

Las perturbaciones del sueño y una alta cantidad de ingestión de café son también factores contribuyentes comunes. Estos y otros factores conductuales deben ser identificados an--

tes del tratamiento a través de cuestionarios y entrevistas. Según nuestra experiencia los factores conductuales son los más -- simples de modificar al comienzo de un programa de dolor y por lo tanto deben ser unos de los primeros en dirigirse durante el manejo. Un programa de modificación de la conducta debe incluir una educación acerca de las consecuencias negativas de cierta -- conducta específica, un protocolo diario de cambio de conducta -- y positivos refuerzos periódicos de cambio por seis meses. Retroalimentación y otras modalidades de conducta pueden aumentar este programa de entrenamiento

Factores sociales.

Los factores contribuyentes sociales incluyen cualquier antecedente o evento consecuente en el ambiente social de la persona que afecte las percepciones individuales, y las respuestas aprendidas de dolor (Tabla 4). Fordyce, un pionero en el estudio de estos factores, establece que estos eventos ocurren sobre un período de tiempo y esfuerzan las actitudes y comportamiento del paciente que puede de hecho, perpetuar la experiencia de tener el padecimiento o complicar su manejo.

Hay estudios clínicos que apoyan la relación entre los factores sociales tales como litigio, incapacidad y ganancias secundarias con el manejo insatisfactorio del padecimiento. Otros estudios muestran que programas de manejo de condicionamiento -- operante diseñados para alterar sólo estos factores antes o después del comienzo del programa muestran un alto grado de éxito -- tanto en la reducción del dolor como en los pacientes listados -- para que lleven una vida hogareña y de trabajo más normal. Por ejemplo, un paciente herido en un accidente se le dice que recibirá una mayor compensación monetaria del acuerdo legal si tiene más dolor, por lo tanto se hará caso omiso de ejercicios que reduzcan el dolor hasta después que se haya resuelto el caso. Del mismo modo, un paciente que recibe la atención y el cariño que --

se necesita de su familia, amigos o profesionales de la salud -- sólo cuando dice que tiene dolor puede estar menos motivado para ayudar a un cambio del dolor más allá de cierto nivel. El alivio del dolor por medio de analgésicos y/o la dependencia física de otros puede reforzar un ciclo de mantenimiento del dolor o -- el reporte del dolor para continuar la medicación que da al paciente sólo períodos de alivio o euforia. También, un paciente que está recibiendo dinero por incapacidad de trabajo estará menos motivado para mejorar el dolor ya que esto obligará el regreso a su trabajo.

Fordyce sugiere que este dolor que es reforzado por una situación social debe ser resuelto antes que empiece el manejo del programa. Debido a que la relación entre los factores y el dolor no es aparente, se debe dar una explicación completa de como estos intervienen. Una vez explicado, los pacientes usualmente entienden como el dolor y sus consecuencias pueden dominar -- sus vidas y lo importante que es el quitar el dolor del foco central. Métodos para reducir estos factores incluyen primeramente un acuerdo mutuo escrito y una estricta adherencia para eliminar los medicamentos, estableciendo una fecha para la resolución -- del litigio o para regresar al trabajo, evitar discusiones del dolor fuera de la clínica, y no consultar con cualquier otro profesional de la salud respecto al dolor una vez se empieza a manejar.

Otro grupo de factores contribuyentes sociales incluyen el concepto de condiciones estresantes de vida. Un estresor puede ser cualquier situación nueva o amenazante, o puede involucrar progresivas situaciones de vida que fuercen a la persona a adaptarse. La escala de reajuste social de Holmes & Hahe (ver capítulo I) está basada en lo anterior e incluye situaciones sociales que requieren ajustes en la casa o en el trabajo, y puede estar relacionado con dificultades financieras, relaciones interpersonales, problemas sexuales, conflictos familiares, pérdidas--

recientes o muertes y otras situaciones estresantes. Puesto que la experiencia práctica establece que no todos los estresores resultan en mal, este autor y otros sugieren que hay factores que intervienen entre el estresor y la respuesta de la persona. Esto incluye la percepción individual al estresor como estresante o no, su reacción ante el estresor así como también factores intermedios de conducta que previenen el mal, el sistema de apoyo social y las actitudes respecto a la vida que parecen amortiguar los efectos del estresor y que probablemente prevengan el desarrollo de la enfermedad. Es bien sabido que no todos los estresores tienen un impacto semejante sobre un individuo y además un mismo estresor puede impactar en un individuo diferentemente que en otro. La reacción emocional, biológica o conductual de un individuo en situaciones estresantes puede también amortiguar o aumentar potencialmente las consecuencias. Las variaciones individuales aparecen según el grado de ansiedad o depresión experimentado después de una secuencia de situaciones estresantes. También el grado de la respuesta fisiológica como la contracción muscular o la vasoconstricción por el estresor, variará de un individuo a otro. Como se mencionó al principio, una reacción al stress frecuentemente encontrada es la tensión muscular aumentada en la forma de conductas tales como apretamiento, bruxismo y malas posturas, que si se mantienen por algún tiempo, pueden desencadenar en el síndrome de disfunción dolorosa miofacial, desórdenes de la ATM y en desórdenes de dolor vascular.

Una evaluación del stress como un factor contribuyente indirecto debe realizars si el paciente siente que el stress puede ser el problema. La valoración deberá incluir la identificación significativa tanto de estresores de vida así como de reacciones maladaptivas a estos estresores. El programa de manejo del stress debe ser confeccionado según las necesidades del paciente e involucrará el aprendizaje de ejercicios de relajamiento regular, improvisación de estilos de vida, actitudes y comportamiento que actúan como amortiguadores a los efectos del stress

y la reducción de cualquier reacción estresante como la tensión-muscular alta.

Factores emocionales.

Los factores contribuyentes emocionales incluyen cualquier emoción negativa que se mantiene por tiempo y afecta el funcionamiento normal del individuo (Tabla 5). Aunque las emociones negativas mantenidas como la ansiedad, coraje, depresión y frustración son muy comunes entre los pacientes con dolor crónico, ellos no causan dolor directamente, por lo tanto pueden resultar por tener dolor persistente, haciendo que el dolor sea más difícil de tolerar e impidiendo su manejo exitoso. En algunos estudios, más de la mitad de los pacientes de consulta externa con depresión tenían una queja coexistente de dolor.

Una evaluación de depresión deberá incluir la búsqueda de pérdida del apetito, sueño interrumpido, agitación o depresión psicomotora, poco interés y esperanza en la vida, bajos niveles de energía, estimación propia baja, confusión mental y traumas o intentos de suicidio. Estos cambios frecuentemente impedirán el manejo exitoso por causa de la sumisión del paciente debida al poco entendimiento, poca energía o falta de motivación. Un paciente cuyo padecimiento principal es la depresión deberá ser referido para una terapia apropiada antes de comenzar a manejarse el dolor. La explicación de los factores emocionales al paciente es un proceso delicado y no deberán ser discutidos como factores etiológicos. El paciente podrá entender mejor como estos factores pueden resultar de un dolor persistente. Sabiendo-escuchar y el alentar el reconocimiento y la expresión de los sentimientos frecuentemente ayudará a aliviar cualquier perturbación emocional moderada o pasajera. El tratamiento específico de prolongadas o severas perturbaciones emocionales se deberá hacer primero si esto se convierte en el problema primario, debido a que es difícil para el paciente el trabajar en dos problemas a

la vez. La psicoterapia y la consejería deberán realizarse aparte de la clínica, una vez aliviado se puede comenzar con el tratamiento del dolor.

Factores Cognoscitivos.

Los factores cognoscitivos frecuentemente acompañan a los factores emocionales e incluyen cualquier proceso dominante de pensamiento que sea contraproducente y relacionado con el padecimiento (Tabla 6). La confusión y la falta de entendimiento del problema son características comunes de éstos pacientes debido a una larga historia de diferentes opiniones provenientes de múltiples fuentes acerca de sus problemas. Como resultado de una suposición común del paciente hacia los médicos, éstos pueden ser impacientes o sub-realistas respecto al tratamiento y esperan un alivio completo del dolor o que cualquier reducción del dolor sea inmediata. Estos factores generalmente pueden comprometer el tratamiento debido a unas relaciones deficientes entre paciente y doctor y falta de cooperación. Una explicación consciente del problema, sus factores contribuyentes y lo que se puede esperar durante el tratamiento ayudarán a mejorar estos factores.

Factores Biológicos.

Los factores contribuyentes biológicos incluyen cualquier factor relacionado con el mecanismo individual o la constitución biológica que podría predisponerlos al desarrollo del padecimiento (Tabla 7). En otros artículos se citan a factores tales como las predisposiciones oclusales, malformaciones esqueléticas, predisposición genética, lesiones pasadas, y otros problemas coexistentes médicos o dentales relacionados con el dolor craneofacial. Por ejemplo, Travell y Simons afirmaron que un músculo está más predispuesto a desarrollar puntos desencadenantes de dolor miofacial si éste es colocado en contracción prolon

gada en posición normal, o una posición anormalmente reducida. Tal situación existe con la musculatura cervical y la masticatoria cuando factores tales como la pérdida de dientes posteriores, discrepancias oclusales, una clase II o III mandibular o cuando hay una excesiva lordosis cervical. Se debe hacer notar que las discrepancias oclusales y otros problemas posturales no sólo contribuirán sino que también resultarán de funciones anormales musculares y articulares. Aunque muchos de éstos factores no pueden cambiarse, la corrección de los que se puedan, como las discrepancias oclusales y otros deberán ser integrados dentro del programa de manejo.

Factores Ambientales.

Los factores contribuyentes ambientales incluyen aquellos estímulos en el ambiente físico de una persona que no están dentro de su control directo y contribuyen al problema del dolor (tabla 8). La exposición crónica a agentes químicos como el plomo, mercurio, arsénico y cualquier toxina pueden conducir directamente a problemas de dolor como las neuralgias. Estímulos excesivos como la vibración crónica, ruidos, iluminación anormal y el uso excesivo de aparatos terminales de video pueden producir cefalalgias. También la hipersensibilidad a materiales ambientales como el polvo, polen, o a cualquier otra partícula del aire pueden contribuir a una rinitis o sinusitis crónica y al dolor. El proceso de identificación de estos factores es tedioso y consume tiempo y puede incluir el análisis de orina, excremento, pelo, pruebas alérgicas o una revisión detallada de las rutinas de casa y trabajo.

Ciclos de Dolor Crónico.

La naturaleza interrelacionada de estos factores contribuyentes permiten la perpetuación y reincidencia de ciclos que se desarrollan y conducen a cambios mayores en el estilo de vida

de la persona y en los patrones de cuidados de salud. El reconocimiento y la terminación de estos ciclos es la llave para el manejo a largo plazo. Estos ciclos de dolor frecuentemente empiezan con variables predisponentes como predisposiciones genéticas o asimetría estructural y cuando ocurre trauma físico u otros -- factores iniciadores, es cuando empieza el padecimiento y sus -- síntomas resultantes. Si existe cualquier factor perpetuante tales como hábitos orales parafuncionales o malas posturas mandibulares de cuello o cabeza, hay una gran posibilidad de que el dolor permanezca más tiempo del que se necesita para que desaparezca normalmente.

Si continúa el dolor, la ansiedad resultante y la tensión muscular pueden perpetuar el problema físico, debido a que el dolor persistente aumenta la ansiedad y la tensión muscular. Si estos ciclos persisten y fallan los diferentes intentos para tratar el padecimiento, puede ser complicado por el desarrollo -- inadecuado de situaciones sociales, emociones, conductas y cogniciones asociadas con los síndromes de dolor crónico. Los pacientes se mantendrán en tensas posiciones distorcionadas causándose más dolor muscular. Se pueden sentir desahuciados, desesperados o sin esperanza de alivio. Se pueden hacer hipocondríacos, obsesionados o preocuparse por cualquier sensación o síntoma que perciban en su cuerpo como un signo de que el padecimiento está empeorando. La depresión puede incrementarse por perturbaciones del sueño y el apetito, pérdida de energía y motivación y el intento de suicidio. Son comunes la irritabilidad y las extremas fluctuaciones del estado de ánimo, la pérdida de la estima propia, llibido e interés en las actividades de la vida aumentarán -- la miseria del paciente. Perderán el trabajo, esquivarán las -- responsabilidades del hogar y se quejarán excesivamente del dolor. Todo esto puede corroer las relaciones personales con la familia, amigos, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, apareciendo una restricción de dependencia. Los pacientes--

pueden enfocar toda su energía en el análisis de su problema de dolor y creer que éste es la causa de todos sus problemas. Pueden ir de doctor en doctor y pasar de una medicina a la otra con la esperanza de curarse, pero el temor a los doctores implica el que se les diga que el dolor está en su cabeza o es debido a causas vagas de stress o problemas emocionales, por lo que los pacientes aprenden a desconfiar de los médicos convirtiéndose ocasionalmente en hostiles y beligerantes en la búsqueda de cuidados de salud.

Cerca del final de esta regresión, muchos pacientes con dolor crónico tendrán múltiples dependencias y adicciones, perturbaciones del sueño y hábitos de comida, pérdida de la vocación, incapacidad permanente o estar involucrados en litigios además de tener el padecimiento físico. Una vez el dolor del paciente ha alcanzado esta magnitud el manejo puede ser muy complejo. Un grupo de acercamiento frecuentemente incluye a un psicólogo y terapia física con un dentista o un médico para ayudar al paciente con la reducción del dolor y restaurar el funcionamiento normal. Un programa de dolor individual, diseñado específicamente para tratar el diagnóstico de un paciente y los factores contribuyentes, toma frecuentemente de seis meses a un año. El costo del manejo y el potencial de fracaso es alto si el problema de dolor se convierte en crónico. Herein basa la importancia del éxito del tratamiento mientras se está enterado del potencial de los factores contribuyentes que pueden complicar el manejo.

Tabla 5 Factores contribuyentes emocionales.

Ansiedad

Cólera

Depresión

Frustración

Tabla 6 Factores contribuyentes cognoscitivos.

*Confusión**Poco entendimiento del problema**Cociente de inteligencia bajo**Espectaciones subrealistas*

Tabla 7 Factores contribuyentes biológicos.

*Discrepancias oclusales**Malformaciones esqueléticas**Predisposición genética**Lesiones antiguas.*

Tabla 8 Factores contribuyentes ambientales.

*Intoxicación química**Inhalantes**Iluminación inadecuada**Alergenos*

CAPITULO IV

TRATAMIENTO

El dolor crónico en la región bucofacial puede ser producido e influenciado por muchas estructuras, cada una con diferente función e inervación. La tarea de diagnosticar y la decisión que se relaciona con el tratamiento apropiado es difícil -- por la estructura anatómica y el significado especial de la cara. El área bucofacial es una de las más complejas de todas las -- áreas regionales en términos de identificación del dolor y dependiendo del punto de vista particular de cada médico, la atención se inclina para ser dirigida solamente sobre ciertos aspectos de este complejo fenómeno. El dolor crónico puede envolver la estructura de los ojos, oídos, nariz, senos paranasales, mandíbula, cuello y garganta, por lo tanto es de interés para una variedad de especialistas, cada grupo teniendo su propio concepto sobre -- la etiología y tratamiento particular.

El dolor actúa mediante sistemas neurofisiológicos específicos y provoca reacciones en distintos niveles; perisférico, -- espinal, talámico y cortical. La reacción al dolor es influida por la personalidad del individuo, por la sociedad y sus costumbres, por un cúmulo de factores que alteran el estado corporal -- y por la interpretación de la situación psicológica que rodea al episodio doloroso. Así, en el complejo doloroso están íntima-- mente mezclados procesos fisiológicos y psicológicos. El tratamiento del dolor, por lo tanto, requiere más que conocimientos -- neuroanatómicos, fisiológicos, farmacológicos y quirúrgicos; conocer y saber emplear las interpretaciones psicológicas del dolor y las reacciones hacia él, miden la ingeniosidad del médico. El dolor es a la vez síntoma y sensación. Como síntoma es un -- aviso de peligro, y provoca reflejos apropiados. Necesariamente se comprende que el control del dolor (síntoma) debe estar sujeto a las mismas limitaciones que cualquier tratamiento sintomáti

co o paliativo. El dolor también es sensación y como tal, es -- una experiencia estrictamente personal e individual. Esto hace excesivamente difícil definirlo y expresarlo en términos cuantitativos.

A) Tratamiento Médico.

Este tratamiento actúa poco sobre la evolución y sólo - se obtiene un simple alivio. Lo mencionamos como recurso de primera mano o primera alterantiva conservadora para tratar de tranquilizar al paciente y vea que tenemos interés en su caso antes de realizar cualquier procedimiento dental irreversible.

El tratamiento dental realmente necesitado por el paciente debe llevarse a cabo de la forma más conservadora posible. Restauraciones extensivas, construcción e inserción de aparatos-removibles y procedimientos quirúrgicos deben ser evitados. Si un diente es extraído, es probable que el dolor migre a un diente adyacente y sea aún más severo de lo que era en el diente original. El dentista frente a estos problemas de dolor crónico - muy frecuentemente siente que debe hacer algo; de la manera que sea, un tratamiento dental ofrecido por el dentista ansioso de - aplacar al paciente no será apropiado para aliviar los síntomas; en efecto, muchas veces tales procedimientos agravarán los síntomas. Pero bajo la inasistencia del paciente que demanda ser atendido, el odontólogo sólo le hará el tratamiento dental que realmente necesita el cual debe llevarse a cabo repetimos de la forma más conservadora posible.

Esto también nos dará tiempo para estudiar más adecuadamente la terapéutica a seguir.

a) Métodos Físicos: la experiencia de varios autores nos indica que la vasta mayoría de las neuralgias faciales son - causadas por un espasmo muscular por lo que la terapéutica fisi-

ca se orienta, en esencia, hacia el alivio del dolor que se origina en los músculos y a la restauración de la función muscular apropiada.

En el tratamiento del espasmo muscular, el uso del cloruro de etilo y de corriente sinusoidal y tetanizante son de gran ayuda.

A los pacientes con afecciones leves de tensión muscular y espasmo se les indica el uso de la parte afectada, pero se prohíben los esfuerzos excesivos y movimientos bruscos.

Relajación por distracción: se le pide al paciente que se concentre en otra parte de su cuerpo o en determinada actividad.

Relajación directa por contraste: parte de la ejercitación relajadora general, comienza con la enseñanza al paciente de la diferencia entre un músculo tenso y uno relajado. Se le enseña relajación con movimientos pasivos y relajación con movimientos activos de los músculos masticadores, por ejemplo, proporcionando resistencia durante la apertura, sosteniendo la mandíbula colocando la mano debajo del mentón, mientras el paciente abre contra una resistencia moderada.

El tratamiento de los sitios desencadenantes consiste en inyecciones con anestésicos locales o una punción salina.

Se puede aplicar sobre la zona con dolor apósitos calientes de 10 a 15 minutos varias veces por día. Esto ocasionará aumento de la circulación en el área afectada y a los alrededores del espasmo muscular. Se puede obtener así cierto alivio del dolor intenso al aumentar la eliminación de productos tóxicos de los tejidos lesionados. Sin embargo, tal mejoría de los síntomas sin eliminación de la causa no proporcionará curación,-

por lo tanto, el calor debe usarse como paliativo únicamente -- hasta que pueda aplicarse una terapéutica funcional. Esto al -- igual que los ejercicios para relajación muscular son tratamientos auxiliares de la terapéutica que pueden, en ocasiones, tener algún valor, pero cuando se utilizan como única forma de tratamiento no podrán eliminar la causa del dolor.

b) *Métodos Farmacológicos:* así como en el método físico, primero nos dirigiremos al tratamiento del espasmo muscular, si, durante la palpación de los músculos masticadores con pequeñas presiones digitales hemos encontrado discretas regiones sensibles.

Luego utilizaremos drogas psicoterapéuticas y/o agentes psicotrópicos si hemos obtenido un diagnóstico de una reacción -- de conversión moderada que entran dentro del ámbito de dolor bucofacial de origen emocional. Entre los medicamentos que procuran este alivio están:

1) *Relajantes musculares:* el uso de drogas con propiedades de relajación muscular parecerá el enfoque más indicado y obvio si hay muestras de espasmo muscular asociado con el dolor facial. Sin embargo, aunque parezca que el empleo de relajantes musculares sea lógico, los agentes de este grupo no han probado ser muy efectivos.

2) *Hipnóticos sedantes:* es posible ejercer influencia favorable sobre los espasmos musculares asociados, reduciendo el elemento de excitabilidad cortical.

Este es un enfoque terapéutico particularmente valioso en pacientes en quienes se sospecha que el factor emocional es -- más que casual.

3) *Placebos:* es posible utilizar los placebos con éxi-

to en el tratamiento de pacientes que insisten en que se les haga "algo" durante la primera fase de investigación y las ulteriores de confección de la ficha clínica, examen radiográfico y demás procedimientos. Es indiscutible el valor del placebo en la regulación de alteraciones emocionales, en períodos cortos.

4) Tranquilizantes: hay tranquilizantes mayores, que se emplean para aliviar los síntomas de la ansiedad grave, y tranquilizantes menores, que se emplean en el tratamiento de estados ansiosos tensionales leves. Estos agentes son muy favorables cuando los factores emocionales afectan de importancia la patogénesis y la perpetuación de las molestias bucales.

Las razones principales para sospechar que el dolor facial atípico es un síndrome doloroso debido a un desorden psicológico son las características personales de aquellos que tienen esta molestia y han obtenido una respuesta positiva con el uso de tranquilizantes y antidepresivos.

Por lo general el tratamiento más eficaz consiste en administrar antidepresores como la amitriptilina o una combinación de clorhidrato de amitriptilina y decanoato de flufenazina (fluphenazine).

Se considera que los tranquilizantes no constituyen relajantes musculares per se, pero actúan como tales en cierto grado al disminuir la tensión emocional, con la reducción resultante de las descargas motoras sobre los músculos somáticos. Entre los tranquilizantes recomendados con propósitos de relajación muscular se hallan la reserpina, el meprobamato, la cloropromazina, el clordiazepóxido y el diazepam (valium).

La respuesta de estos tipos de síntomas a los tranquilizantes como el diazepam es muy variable. Algunos pacientes en quienes la ansiedad supuestamente es el principal problema pue--

den tener buenos resultados, pero esto es muy raro. Otros no obtienen ningún beneficio. A veces el diazepam puede hacer que el paciente se sienta peor y rehúse a seguir tomando el medicamento. Esto puede ser una indicación de que la depresión es el problema fundamental.

Debe tenerse en cuenta que hay una gran cantidad de pacientes que se quejan de dolor facial persistente, que han ido de un especialista a otro (incluso psiquiatras), han sido tratados con una amplia gama de antidepresores y otras drogas, pero todavía se siguen quejando de dolor intenso. Este problema puede ser un reflejo de la variedad limitada de tratamiento disponible; debido a esto hemos puesto todo nuestro esfuerzo en obtener los auxiliares y coadyuvantes posibles de tratamiento para que sean utilizados gradualmente según el caso.

5) Analgésicos: estos poseen efectos auxiliares que alteran mucho la reacción al dolor. Por ello, cuando el dolor es la dolencia principal, está indicada la combinación de un tranquilizante (o sedante) con un agente analgésico. El más utilizado es el ácido acetilsalicílico (600 a 900 mg. de tres a cuatro veces por día).

c) Terapia oclusal: una revisión de la literatura nos indica que la mayoría de las disfunciones bucofaciales y de los padecimientos del sistema masticatorio son desórdenes con una base de dolor profundo. Estos desórdenes particularmente condiciones musculoesqueléticas, se piensan que son desencadenados por disarmonias oclusales. El tratamiento para la mayoría de los desórdenes ha sido modificar la oclusión, aunque lo razonable de hacer esto está todavía dudoso.

La teoría "mecanística" es popular dentro del gremio odontológico y establece que los trastornos oclusales (disarmonías representan la probable etiología del dolor bucofacial y --

las disfunciones. La literatura está repleta con hipótesis acerca de las consecuencias de la maloclusión. En el folleto "Guía para la Salud Dental" (Edición especial de la ADA, 1983) se establece que la maloclusión causa tensión en los músculos y en la ATM provocando dolor en la articulación o artritis. El dolor en la cabeza, oídos, cuello o nuca se reportan como causados por -- tensión mandibular. Algunos odontólogos creen que las maloclusiones causan un cambio en la posición mandibular. Este cambio causa como un efecto "ortodóntico" en posición anormal dando como resultado sensibilidad muscular y esto a su vez origina una cefalalgia de etiología dentaria.

Estas teorías dan a entender que las disarmonías oclusales contribuyen a la sensación del dolor. Razonando especulativamente se diría que las disarmonías, como los contactos en posteriores en protrusiva, representan una forma de microtrauma que actúan como un mecanismo desencadenante de los desórdenes del -- sistema estomatognático. Cuando el mecanismo es activado aparecen los problemas: bruxismo, hiperactividad muscular masticatoria, fatiga, espasmo, dando como resultado el dolor. El aumento del tono muscular puede seguir al comienzo del dolor y crear resistencia a movimientos pasivos de la ATM. Tal aumento del tono muscular contribuye a la limitación y desviación de la mandíbula en los movimientos de apertura. Estas teorías tienen que ser -- eventualmente verificadas, ya que actualmente hay falta de evidencias para confirmar estas aseveraciones.

El propósito de las reformas oclusales, ya sean, ajuste oclusal, guardas oclusales o rehabilitación oclusal, son para -- eliminar las disarmonías oclusales que contribuyen a producir el dolor. La opinión corriente es de que las reformas oclusales -- disminuyen la movilidad dental, estabilizan la posición dentaria y ayudan en el control sensorial del contacto oclusal. La movilidad dentaria representa probables sitios de interferencia por contacto. La corrección por medio del ajuste oclusal origina --

contactos simultáneos múltiples esparcidos por todas las superficies oclusales. Esta disposición provee una estabilización oclusal de la mandíbula y disminuye la cantidad requerida de actividad muscular estabilizadora. Estas aseveraciones en su mayor -- parte son empíricas y faltas de una apropiada verificación científica. Pero, directa o indirectamente las observaciones anteriores han contribuido con la idea de una oclusión "óptima" conveniente para la salud dental y el bienestar del paciente.

El ajuste oclusal ha sido recomendado para el tratamiento del síndrome de dolor miofacial.

Un estudio de 899 dentistas con síndrome de dolor miofacial indicó que el 58% de ellos no buscaron tratamiento para este desorden particular. El 27% de ellos se habían hecho ajuste oclusal, 7% se habían hecho rehabilitación oclusal extensa, 5% se ayudaron con aparatos oclusales y el 3% eligió la cirugía como tratamiento. Este cuadro provee una estimación de las modalidades empleadas para tratar los desórdenes masticatorios en la población. Desafortunadamente, carecemos de información que refleje los costos de éstos cuidados y el éxito del tratamiento para la mayoría de los problemas de dolor bucofacial.

En resumen, mientras el ajuste oclusal puede estar indicado para disminuir la movilidad dentaria, parece no haber razón aparente para alterar la oclusión específicamente para aliviar - el dolor. Aunque los hábitos mandibulares y las maloclusiones - precipitan neuralgias, una ansiedad psíquica subyacente está frecuentemente presente. El examinador debe estar consciente de la total fisiología masticatoria y debe desarrollar un agudo sentido para el entendimiento del estado emocional del paciente.

B) Manejo Psicológico.

La primera consideración esencial es descartar enferme-

dad orgánica. Por supuesto es imposible tener la certeza absoluta, pero no obstante debe hacerse una investigación cuidadosa de todas las posibles fuentes de dolor.

Si no es posible encontrar una causa orgánica y si el dolor y el resto del cuadro clínico son sugestivos de un origen psicógeno, entonces se debe enviar al paciente con un psiquiatra. Sin embargo, esto puede crear otro problema cuando el paciente está reacio a la idea de que necesita ayuda. Es importante entonces reconfortar a los pacientes explicándoles que no tienen una enfermedad grave, tal reconfortamiento a veces es extraordinariamente eficaz. El dentista debe tener una plática con el paciente: primeramente se le informará y se le explicará que la --examinación no ha revelado una fuente orgánica para el dolor. No se le dará a entender que el dolor por lo tanto es imaginario -- porque, en efecto, es muy real para el paciente. El dentista entonces mencionará la idea de que los "sentimientos" e "infelicidades" pueden ser una fuente de dolor. Los pacientes usualmente no responden bien a esta explicación debido a que no están enterados de sus problemas emocionales a un nivel consciente y están empeñados por conseguir la solución sobre una base somática. La explicación sin embargo es esencial para establecer el punto de vista por el cual el dentista se rehusa a hacer un procedimiento innecesario exigido por el paciente.

La dinámica de la reacción de conversión es la de reducir el dolor psíquico y la ansiedad por medio de la transformación de un conflicto emocional intolerable en un síntoma somático. Las reacciones de conversión severas son las más difíciles de mejorar, y los pacientes con tales reacciones deberán ser referidos a un psiquiatra. El dentista también deberá hacer notar que muchas veces como uno se sienta acerca de un problema es tan importante como lo que causa el problema, y que una "consulta" --psiquiátrica (no tratamiento) será de gran ayuda para un común --acercamiento a la solución del problema.

El paciente no sentirá que está siendo despedido, sino que dos especialistas colaborarán en un esfuerzo para ayudarlo.

Para hacer una referencia exitosa se requiere además de talento e ingenio, un poder de convencimiento y saber como llegarles o acercarnos al paciente.

Muchas reacciones de conversión moderadas no requieren de tratamiento psiquiátrico. Por ejemplo, una lengua irritada y dolorida (glosodinia) puede ser manejada satisfactoriamente por el dentista aunque no sea obtenido el alivio de los síntomas. En la plática con tales pacientes, el dentista debe tranquilizarlos diciéndoles que no tienen cáncer, enfermedad sistémica o un padecimiento peligroso. El dentista puede referirse al hecho de que el stress emocional puede contribuir con los síntomas los cuales desaparecen frecuentemente cuando disminuye la ansiedad o cuando el paciente sabe que no hay tratamiento para reanimar su salud. Las consultas periódicas son la base esencial del manejo. El paciente deberá ser visto para revisión a intervalos de tres a seis meses. En tales citas, el paciente tendrá la oportunidad de describir sus síntomas, se le hará otra examinación completa, se le tranquilizará diciéndole que no ha habido cambio en el aspecto de su lengua, se le dirá que el diagnóstico original todavía es válido y se le dará otra cita para consulta. Esta forma de manejo hace que el paciente se sienta seguro y se evitará su divagación de un dentista a otro, lo cual ocurre muy frecuentemente.

En el enfoque terapéutico psicológico se incluyen terapéuticas individuales, familiares y de grupo en un intento para promover la autocognición y la autorrealización en el paciente.

Existe también una terapéutica de comportamiento dirigida hacia la identificación de patrones específicos de comportamiento, factores que determinan dicho comportamiento y las for-

mas de modificarlos.

Independientemente de los métodos empleados, el tratamiento deberá estar dirigido hacia un objetivo; es decir orientado hacia una finalidad. Esto, por lo general, después de haber identificado el acontecimiento precipitante y los factores que están influyendo en el estado de desequilibrio del individuo, -- los síntomas que éstos han producido en el individuo y el grado de desorganización evidente en la vida del sujeto.

El plan de la intervención terapéutica puede incluir -- una técnica solamente o una combinación de varias, este puede -- consistir en:

1. Ayudar al individuo a que tenga una comprensión intelectual de la crisis, o ayudarle a examinar y elucidar sus sentimientos: vale la pena tratar de explicarle al paciente en forma sencilla y amable que la depresión y otras alteraciones emocionales son igual que muchas enfermedades y producen el mismo sufrimiento que las enfermedades físicas, y también las alteraciones emocionales afectan casi a cualquier persona en mayor o menor grado. También vale la pena explicarle que -- los síntomas más comunes, sobre todo el dolor de cabeza también suelen ser de origen emocional y raras veces se deben a enfermedad orgánica.
2. Ayudar a la persona a encontrar mecanismos de defensa nuevos y más eficaces; soluciones posibles al problema para reducir los síntomas producidos por la crisis.
3. Servirse de otras personas como apoyos situacionales: ¿Qué persona en el ambiente encuentra el terapeuta que pueda ayudar a la persona? ¿Con quién vive? ¿Quién es su mejor amigo? ¿En quién confía? ¿Hay algún miembro de la familia al cual -

esté particularmente unido? Mientras más personas se comprometan a ayudar al sujeto, mejor. La estimulación externa -- por medio de una vigorosa actividad social puede ser una ayuda como ninguna otra en la terapia de estos pacientes. La plática con el paciente debe hacerse en presencia de un pariente cercano, preferiblemente el esposo o esposa. Los parientes están frecuentemente bajo un gran estrés por su frustrado esfuerzo constante de ayudar al paciente. Su entendimiento del padecimiento puede ser de gran ayuda no sólo para guiarlos para que tomen un papel constructivo con respecto al paciente, sino también en la preparación del paciente para una posible referencia a la consulta psiquiátrica.

4. Finalmente, se hace un plan para ayudar a que la persona establezca objetivos realistas para el futuro, este consistiría en: (1) obtención de la cooperación activa del paciente, es importante que tanto el terapeuta como el paciente puedan definir claramente la situación antes de proceder a cambiarla; (2) establecer metas razonables y modificación de la finalidad si ocurre algún fracaso; (3) hacer hincapié en el -- comportamiento positivo (logros) en lugar del comportamiento sintomático (problemas); (4) delineación del método; y (5) -- establecimiento de un tope (que pueda ser modificado posteriormente).

C) Tratamiento Quirúrgico.

Como hemos dicho anteriormente hay muchos padecimientos de los cuales el dolor bucofacial crónico es uno de los más difíciles de diagnosticar y tratar. Es generalmente aceptado que el tratamiento quirúrgico para estos problemas de dolor crónico se debe realizar solamente cuando otros tratamientos más conservadores han sido inefectivos. Las técnicas que últimamente se han empleado en el tratamiento del dolor facial psicogénico son la -- rizotomía ganglionar trigeminal y el curetaje de la cavidad gle-

noidea.

Aunque un pequeño porcentaje de pacientes con dolor facial atípico puede responder a los procedimientos quirúrgicos, - la mayoría de los pacientes no toleran la pérdida de sensibilidad que ocurre en la mayoría de los procedimientos neuroquirúrgicos. Es importante recordar que en el manejo de los pacientes - con dolor facial atípico, la cirugía no está indicada solamente porque el paciente no responde a otros tratamientos más conservadores. Aún más importante, los procedimientos quirúrgicos recomendados para tratar el dolor facial atípico no están dirigidos específicamente al desorden fisiopatológico, primariamente porque la causa de la patología usualmente no puede ser determinada.

C A S U I S T I C A

Dr. Eladio Navarro Lozano, Oscar Gómez García

Clinica 46 IMSS

Paciente: Ernestina Gutiérrez Manzano.

Esta paciente de 81 años, ama de casa, se presentó a -- consulta, se quejaba de dolor en el lado izquierdo de la cara, - el cual había estado presente por aproximadamente seis meses. El dolor fue descrito como una sensación quemante e hirripilante -- acompañada de dolor profundo asociado con intermitentes punzadas- agudas y de un dolor relampagueante. La examinación física y -- las apropiadas pruebas radiográficas y de laboratorio fallaron - en revelar cualquier patología orgánica significativa. Otros doctores que la examinaron notaron durante el interrogatorio cierto grado de desaliento y pesimismo en sus respuestas. Una examina-ción psiquiátrica fue sugerida por los miembros de la sección de Cirugía Oral del Departamento Odontológico del mismo hospital, - ya que ni los médicos ni los odontólogos pudieron hacer un diag- nóstico médico o dental específico.

Después de la evaluación psiquiátrica, se encontró que- la paciente tenía un desorden psiquiátrico objetivo. La pacien- te le contó al psicólogo clínico de la pérdida de su único hijo- hacía seis meses. Su hijo había sufrido un serio accidente automovilístico y había muerto a consecuencia del mismo. Con mucho- sentimiento la paciente describió su profunda pena. Ella no se- había atrevido a expresar antes este sentimiento, porque pensaba que debía permanecer fuerte por el bienestar del resto de su fa- milia. Ella tenía todos los síntomas de la depresión. Con la - ayuda de psicoterapia ella fue capaz de sobrellevar sus sentimien- tos concernientes a la pérdida de su hijo y también gradualmente su dolor fue disminuyendo.

Los pacientes con dolor bucofacial crónico frecuentemen- te están desmoralizados y quieren que el dentista haga algo. An

tes de tomar cualquier medida, de la magnitud que sea, el dentista debe escuchar cuidadosamente al paciente en el relato de su padecimiento para hacer una valoración a través del diagnóstico. Si no se ha establecido una causa clara, lo más indicado sería una terapia conservadora con revisiones regulares.

Los dentistas deben tener un alto índice de sospechas con respecto a desórdenes psiquiátricos en pacientes con dolor bucofacial crónico cuyos padecimientos no se relacionan con alguna enfermedad médica o dental conocida.

Dr. Oscar Gómez García, Dra. María Luisa Vega
Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios
Reporte de 17 casos
Dolor Facial Psicogénico

Para este estudio hemos revisado diecisiete casos referidos de la práctica neurológica al Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios entre los años de 1976-1980; dieciseis de los pacientes eran mujeres entre las edades de 32 a 51 años. Con una edad promedio de 41 años, y un paciente era un hombre de 71 años. Ocho pacientes sentían el dolor principalmente en el lado izquierdo de la cara, y nueve en el lado derecho. En tres pacientes el dolor cruzaba la línea media de la cara. El dolor nunca fue descrito como palpitante pero, sí como, dolencia, quemante, continuo, apuñalante, lacerante y en ocasiones "aburrido". En algunos pacientes había sensibilidad a la palpación alrededor de la porción inferior de la mejilla, pero no se observó patología local alguna. Aunque el dolor fue graduado de tres a cuatro en una escala de diez, los pacientes no parecían estar extremadamente afligidos al momento de discutirlo. En once de los pacientes ya se le habían hecho con anterioridad extensivos trabajos dentales, incluyendo extracciones, esfuerzos por corregir disfunciones en la ATM o alguna discrepancia en la oclusión y otras intervenciones dentales parecidas. Dos de los pacientes tenían historial clínico de cefalalgia migrañosa. Algunos de los pacientes tenían una historia psiquiátrica notable, y por lo menos tres habían pasado por psicoterapia, y a algún otro se le había aplicado electrochoque. Otros cuatro pacientes estaban sumamente deprimidos y se quejaban de cambios en el estado de ánimo, y finalmente otros dos tenían una apariencia obsesiva-compulsiva de acuerdo a su propia descripción. De todos los pacientes, tres estaban sumamente disgustados con los médicos y los hospitales y algunos otros dijeron haber quedado en grado como desilusionados con otros doctores. La mayoría de los pacientes fue tratada

con carbamacepina, difenihhidantohina sódica, belladona ergotamina, o tartrato de erogramina. Con el uso de los mismo se obtuvo muy poco alivio. En casi todos los pacientes se usó el carbamato de clorfenesina debido a que es bien tolerado y puede ser de gran ayuda en la neuralgia del trigémino. Finalmente diez de estos pacientes parecieron obtener buenos resultados de los tranquilizantes y antidepresivos.

Una valoración psiquiátrica, aunque no necesariamente - tenga que haber un tratamiento psiquiátrico, está indicado en estos pacientes antes de realizarles cualquier tratamiento quirúrgico o dental irreversible.

C O N C L U S I O N E S

A) Historia Clínica.

Una queja a causa del dolor, por parte del paciente requiere que el dentista redacte metódicamente una historia clínica exhaustiva, haciendo una evaluación cuidadosa del dolor (su origen, calidad, intensidad, duración, irradiación, zonas desencadenantes, fuentes de sus exacerbaciones y remisiones, las respuestas a los distintos tratamientos, etc), deben ser unificados en una descripción clínica definitiva. Este estudio debe ser un prelude de cualquier tipo de examen físico y de toda investigación de laboratorio. De no ser así, pueden ocurrir errores repetidos en el diagnóstico y en el razonamiento terapéutico.

B) Interrogatorio.

La mayor parte del tiempo que el odontólogo destina al examen del paciente que se supone presenta dolor psicógeno debe dedicarse al interrogatorio, antes de siquiera emprender el examen bucal.

Unicamente cuando el examen dental completo es absolutamente normal, el odontólogo tiene el derecho de pensar en su terreno psicógeno como causa del dolor.

C) Diagnóstico Diferencial.

Una parte importante para el diagnóstico correcto de un trastorno doloroso es el conocimiento cabal de aquellos padecimientos que pueden producir dolor facial. Si el odontólogo ignora que una enfermedad puede producir dolor bucofacial, entonces no tomará en cuenta esta posibilidad al momento de establecer su diagnóstico.

D) Entendimiento del problema por parte del paciente.

La importancia del entendimiento y la cooperación del paciente puede no ser sobrestimada, especialmente en aquellos pacientes en los cuales el hábito, la emoción, histeria y depresión son un factor. El examinador, al ser el terapeuta, se debe comunicar efectivamente y educar a cada paciente para que se ayude a sí mismo, aceptando sus consejos y la consulta con otro profesional de la salud que en este caso sería un psicólogo clínico (psiquiatra).

E) Referencia al psiquiatra.

Cuando se haga una referencia tal, deberá conducirse en forma abierta, con una explicación del problema al paciente lo más completa posible y de ser factible hacer la cita de referencia mientras el paciente se encuentra en el consultorio, esto nos ayudará a enfrentarnos a las necesidades emocionales de nuestros pacientes en una forma organizada y competente.

Los dentistas tienen problemas significativos al asesorar y estudiar problemas complejos como el dolor facial psicógeno debido al gran número, diversidad e interrelaciones de factores como actitudes, comportamiento y estilos de vida del paciente. El conocer como se integran estos factores a la vida y patrones de salud el paciente nos ayudará a un mejor entendimiento del problema.

Los que manejan a pacientes con problemas de dolor crónico deben estar enterados del componente psicológico en los síndromes de dolor crónico el cual es frecuentemente más importante que el proceso patofisiológico de la enfermedad.

F) Tratamiento

El tratamiento exitoso de los pacientes con dolor facial psicogénico depende de un preciso diagnóstico además del entendimiento y cooperación del paciente. Un paciente con dolor facial tiene síntomas parecidos más no iguales a los de otra persona con las mismas características; las complejidades anatómicas y fisiológicas y las diferencias individuales de interpretación y expresión excluyen cualquier set de procedimientos o fórmula para el diagnóstico o tratamiento, por lo tanto, hay que manejarlos individualmente y cada diagnóstico correcto sugiere su propio tratamiento. Es precisamente esta complejidad e individualidad lo que hace probablemente del diagnóstico, y tratamiento; del dolor facial la parte más desafiante de la práctica dental.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- McGrath Patricia A., "The Role of situational Variables in Pain Control."
En *Journal of anesthesia progress*
Vol. 30, No. 5, Sep-Oct. 1983, pp. 137-139.
- 2.- Webber Richard L: Ruttimann Urs E., "Pain and the Diagnostic Process"
En *Journal of Anesthesia Progress*
Vol. 32, No. 1, 1985, pp. 13-18.
- 3.- Hackett Thomas P., "Pain and Prejudice"
En *Journal of Anesthesia Progress*
Vol. 18, No. 3, Mayo-Junio 1971, pp. 54-59
- 4.- Drinnan Alan J., "Differential Diagnosis of Orofacial Pain"
En *Dental Clinics of Nort America*
Vol. 22, No. 1, 1978, pp. 73-86
- 5.- Schwartz - Chayes, *Dolor Facial y Disfunción Mandibular*
Buenos Aires, Editorial Mundi, 1973.
XXI + 390 pp.
- 6.- Alling - Maltan, *Facial Pain*
Second Edition, Philadelphia, U.S.A.
1977, pp. 286.
- 7.- Aguilera - Messick, *Control de los conflictos Emocionales*
2a. Edición, Edit. Interamericana, México
1976, pp. 146.

- 8.- Paulson George W., "Atypical Facial Pain"
En *Journal of Oral Surgery*
Vol. 43, No. 3, 1977. pp. 338-341
- 9.- Whinery John G., "Examination of Patients
with facial pain"
En *Journal of Oral Surgery*
Vol. 26, No. 2, 1968. pp. 110-113
- 10.- Dachi Stephen F., Stein Leonard I., "Diagnosis and man-
agement of orofacial pain of emotional origin"
En *Journal of Oral Surgery*
Vol. 25, No. 5, 1968. pp. 345-348.
- 11.- Friction James R., "Behavioral and Psychosocial
Factors in Chronic Craniofacial Pain"
En *Journal of Anesthesia Progress*
Vol. 32, No. 1, 1985. pp. 7-12.
- 12.- Sisk Allen L., "Surgical Treatment of chronic
Orofacial Pain"
En *Journal of Anesthesia Progress*
Vol. 30, No. 6, Nov-Dic. 1983, pp. 180-184.
- 13.- Zegarelli Edward V., *Diagnóstico en Patología Oral.*
2a. Edición, España, Salvat Editores, 1982.
pp. 687.
- 14.- Cawson Robert A., *Cirugía y Patología Odontológica.*
México, Edit. El Manual Moderno, 1983.
pp. 534.

- 15.- Zimmerman - Levine, *Fisiopatología Quirúrgica*
México, Edit. Interamericana, 1958. pp. 834.
- 16.- Shackelford Richar T., *Diagnóstico Quirúrgico*
Tomo I, España, Salvat Editores, 1971. pp. 703
- 17.- Gibilisco Joseph A., "Dolor Atípico de la Cara"
En *Clinicas Odontológicas de Norteamérica*
Edit. Interamericana, Vol. 3, 1983.
pp.485-489.
- 18.- Bush Francis M., "Occlusal Therapy in the Management
of Chronic Orofacial Pain"
En *Journal of Anesthesia Progress*
Vol. 31, No. 1, 1984. pp. 10-15.
- 19.- Tanaka Terry T., "Recognition of the pain formula
for head, neck and TMJ disorders"
En *Journal of California Dental Association*
(J. of CDA) Abril 1984. pp. 79-81.
- 20.- Palchick Yale S., "Elaboración de la Historia Clínica
y Exploración del Paciente"
En *Clinicas Odontológicas de Norteamérica*.
Edit. Interamericana, Vol. 3, 1983. pp. 515-525.
- 21.- Trieger and Goldblatt. "The Art of History Taking"
En *Journal of Oral Surgery*
Febrero 1978. pp. 118-120

- 22.- Ramfjord - Ash. *Oclusión*
2a. Edición, México, Editorial Interamericana
1972. pp. 400.
- 23.- Ingle - Reveridge, *Endodoncia*
2a. edición, México, Editorial Interamericana
1979. pp. 780.
- 24.- Krupp Marcus A., Chatton Milton J.,
Diagnóstico Clínico y Tratamiento
15a. Edición, México, Edit. El Manual Moderno
1980, pp. 1334.
- 25.- Borland Loren R., "Hysterical Symptoms as a factor in
Oral Diagnosis"
En *Journal of Oral Surgery*
Vol. 6, No. 3, 1953. pp. 444-448
- 26.- Walsh H.P., "Psychogenic Symptoms in Dental Practice"
En *Journal of Oral Surgery*
Vol. 6, No. 3, 1953. pp. 437-442.
- 27.- Davis Christopher, *Tratado de Patología Quirúrgica.*
Tomo 2, Editorial Interamericana
10 Edición, México, 1979, pp. 2067
- 28.- Remick Ronald A., "Ineffective dental and surgical
treatment associated with atypical facial pain"
En *Journal of Anesthesia Progress.*
Vol. 30 No. 4, Julio-Agosto 1983, pp. 122.