



Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE RUIDOS ARTICULARES Y DOLOR
OROFACIAL EN PACIENTES ADULTOS. CLÍNICA
PERIFÉRICA ARAGÓN. 2008**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

GABRIELA ROMERO VÁZQUEZ

**TUTOR: MTRA. ARCELIA FELICÍAS MELÉNDEZ OCAMPO
ASESOR: C.D. JOSÉ MANUEL ORNELAS e IBAÑEZ**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES LETICIA Y CRESCENCIO:

Por su amor, por el apoyo incondicional que siempre me han dado durante toda mi vida, por todos esos sacrificios que han hecho para darme lo mejor y que a pesar de las limitantes, siempre veían la forma para que yo pudiera tener todo lo necesario y poder seguir adelante con mis estudios, por enseñarme que cualquier meta se alcanza con dedicación, responsabilidad y esfuerzo, muchas gracias, para ustedes esta dedicado este gran logro en mi vida

A MI HIJO VICTOR MANUEL:

Por que es mi mayor creación, por que me cambió la vida, por su amor, por ser mi motor para seguir adelante, por existir. Lo amo

A MIS HERMANOS:

Mirna Sabrina, Juan Pablo, Cristina, Jesús por que nunca me dieron la espalda, por estar siempre a mi lado sobre todo en los momentos en que más he necesitado su presencia, por creer en mi. Los quiero mucho.

A LA MTRA. ARCELIA F. MELÉNDEZ OCAMPO:

Por todo el tiempo que dedico para guiarme de la mejor forma para el desarrollo de este trabajo y sobre todo por hacerlo siempre con la mejor disposición, muchas gracias.

AL C.D JOSÉ MANUEL ORNELAS e IBAÑEZ:

Por su apoyo y conocimientos que con desinterés me brinda, por todo el tiempo que dedico para darme los mejores consejos y brindarme su confianza, por que más que un maestro es un amigo. Gracias. Lo quiero mucho.

AL C.D TOMÁS LAZCANO CASTILLO:

Por el apoyo brindado para la realización de este trabajo

A MIS AMIGOS:

Esperando que ninguno quede sin mencionar, Paola, Yolanda, Carmen, Cecilia, Susana, Isabel, Karina, Fernel y Sandra gracias por su compañía, por su apoyo, por los buenos y malos momentos que pasamos juntos. Es un placer haberlos conocido.

Y a todas esas personas especiales que han formado parte importante en mi vida, que estuvieron conmigo acompañándome en los buenos y malos momentos y nunca me dieron la espalda, que siempre me dieron el apoyo y el consejo necesario para poder seguir adelante y no dejar de dar mi mejor esfuerzo.

INDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. ANTECEDENTES.....	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	41
4. JUSTIFICACIÓN.....	42
5. OBJETIVOS	
5.1 General.....	42
5.2 Específicos.....	42
6. METODOLOGÍA	
6.1 Material y método.....	43
6.2 Tipo de estudio.....	44
6.3 Población de estudio.....	44
6.4 Criterios de inclusión.....	44
6.5 Criterios de exclusión.....	44
6.6 Variables de estudio.....	45
6.7 Variable independiente y variable dependiente.....	45
6.8 Operacionalización de las variables.....	45
7. Resultados.....	46
8. Conclusiones.....	53
9. Referencias Bibliográficas.....	54
Anexos	

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, los trastornos funcionales del sistema masticatorio se han identificado con diversos términos como el *Síndrome de Costen* llamado así en honor a James Costen quien en 1934 describió algunos síntomas referidos al oído y ala ATM. El término *alteraciones funcionales de la ATM* acuñado por Ahs y Ramfjord y otros términos que describían los factores etiológicos sugeridos, como es el caso de *trastorno ocluso mandibular* o *mioartropatía de la articulación temporomandibular*. Otros resaltaban el dolor como *el síndrome dolor-dísfunción* utilizado por Scwartz. El término más utilizado actualmente es el de trastornos temporomandibulares introducido por Bell, esta denominación incluye todos los trastornos asociados con la función de sistema masticatorio.^{1,5}

A los trastornos temporomandibulares se les define como una variedad de desordenes musculoesqueléticos (no articulares y articulares), caracterizados por dolor que puede ser de origen articular o muscular. Las disfunciones de la articulación temporomandibular (ATM) se pueden clasificar como: ruidos articulares y restricciones articulares.

Los movimientos restringidos de la mandíbula pueden ser intracapsulares (relacionadas con un trastorno muscular) o extracapsulares (asociadas con la función condilar y con los ligamentos adyacentes y relacionadas con un trastorno del disco).¹⁸

Se dice que un 80% de la población mundial presenta, por lo menos, un signo de TTM. En México se ha reportado una prevalencia del 45% con una incidencia mayor en el sexo femenino; sin embargo, es necesario realizar más estudios acerca de los TTM en la población mexicana para conocer las características sobre este tipo de alteraciones; por lo que el propósito de este estudio es conocer el perfil epidemiológico de los ruidos articulares y su relación con el dolor orofacial en pacientes que solicitaron atención en la Clínica Periférica Aragón de agosto a octubre de 2008.

2. ANTECEDENTES

El sistema estomatognático es la unidad morfofuncional que fundamentalmente se encarga de la masticación, la fonación y la deglución. Está conformado por cuatro componentes fisiológicos básicos: componente neuromuscular, articulaciones temporomandibulares, oclusión dentaria y periodoncio. ^{1, 2, 4, 16}

A lo largo de los años, los trastornos funcionales del sistema masticatorio se han identificado con diversos términos como el *Síndrome de Costen* llamado así en honor a James Costen quien en 1934 describió algunos síntomas referidos al oído y ala ATM. El término *alteraciones funcionales de la ATM* acuñado por Ahs y Ramfjord y otros términos que describían los factores etiológicos sugeridos, como es el caso de *trastorno ocluso mandibular* o *mioartropatía de la articulación temporomandibular*. Otros resaltaban el dolor como *el síndrome dolor-disfunción* utilizado por Scwartz. El término más utilizado actualmente es el de trastornos temporomandibulares introducido por Bell, esta denominación incluye todos los trastornos asociados con la función de sistema masticatorio. ^{1, 5}

El área anatómica en la que se produce la conexión craneomandibular se denomina articulación temporomandibular (ATM). La ATM está considerada como una articulación gínglimoartroïdal; gínglimoïde por que permite el movimiento de bisagra en un solo plano y artroïdal por facilitar los movimientos de deslizamiento. La ATM es una de las más complejas del cuerpo humano, considerada como una articulación compuesta a pesar de que sólo está formada por dos huesos (temporal y mandíbula). ^{1, 2, 7}

La ATM está constituida por los siguientes elementos anatómicos:

- Cóndilo mandibular. Tiene forma de barril modificado, se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal. Tanto el cóndilo como la superficie

articular del temporal están cubiertos por tejido conjuntivo fibroso denso, con células irregulares de tipo cartilaginoso.

- Eminencia articular y fosa articular (cavidad glenoidea) del temporal, forman la parte craneana de la articulación temporomandibular. Constituyen las superficies articulares del hueso temporal. Su único propósito es alojar al disco articular. (Fig.1)

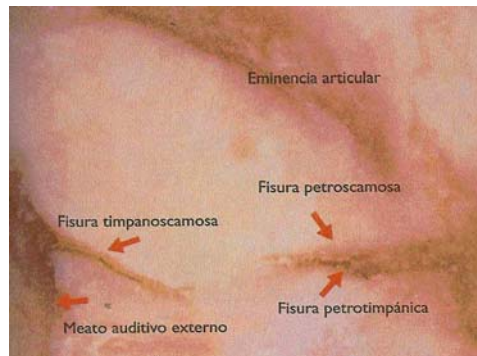


Fig. 1 Vista caudal de la cavidad glenoidea, también conocida como fosa articular.

- Disco articular. Es una estructura bicóncava oval que divide a la ATM en dos compartimientos totalmente separados; está constituido por tejido conectivo fibroso, desde antaño Leonard A Rees lo dividió para su estudio en cuatro partes: banda anterior, zona intermedia, banda posterior y zona bilaminar o tejidos retrodiscales. (Fig. 2)

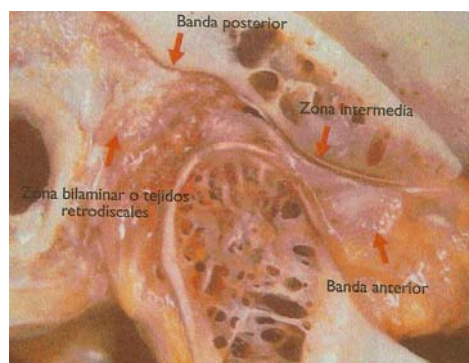


Fig. 2 División del disco articular propuesta por Leonar A. Rees

- Líquido sinovial. Actúa como medio para el aporte de las necesidades metabólicas y sirve como lubricante entre las superficies articulares durante su función. Lubrica mediante dos mecanismos; el primero es la llamada *lubricación límite*, que se produce cuando la articulación se mueve y el líquido sinovial es impulsado de una zona de la cavidad a otra, es el mecanismo fundamental de la lubricación articular. El segundo es la llamada lubricación de “lagrime” ésta hace referencia a la capacidad de las superficies articulares de recoger una pequeña cantidad de líquido sinovial ayudando a eliminar el roce cuando se comprime la articulación, pero no cuando ésta se mueve.
- Cápsula articular. Esta fijada al cuello del cóndilo y alrededor del borde de la superficie articular del temporal y su función es envolver y proteger a la articulación y a la vez divide a la ATM en dos compartimientos sinoviales totalmente diferenciados: una superior (supradiscal o discotemporal) y otro inferior (infradiscal o discomandibular). (Fig.3)



Fig. 3 Compartimientos sinoviales: obsérvese su completo aislamiento

- Ligamentos. Tiene tres ligamentos funcionales de sostén: los ligamentos colaterales, el ligamento capsular y el ligamento temporomandibular. Existen, además, dos ligamentos accesorios: el esfenomandibular y el estilomandibular.

La ATM ésta inervada por el nervio trigémino; la inervación aferente proviene del nervio mandibular. La mayor parte de la inervación proviene del nervio auriculotemporal. Los nervios masetero y temporal profundo aportan el resto de la inervación.

La ATM ésta irrigada por la arteria temporal superficial, por detrás; por la arteria meníngea media, por delante, y la arteria maxilar interna, desde abajo. El cóndilo se nutre de la arteria alveolar inferior. Otras arterias importantes son la auricular profunda, la timpánica anterior y la faríngea ascendente.(Fig. 4) ^{1,2,5}

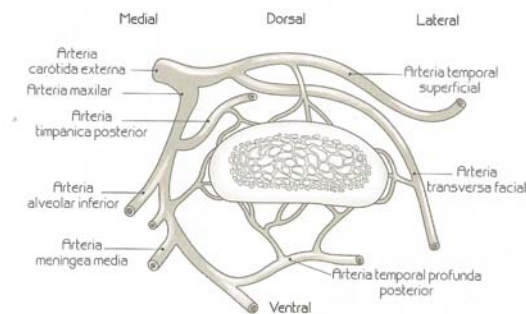


Fig. 4. Irrigación de ATM

El Dorland's Medical Dictionary define la oclusión como el acto de cierre o el estado de cierre. En odontología se entiende como las relaciones morfológicas entre todos los componentes del sistema estomatognático, incluyendo los dientes tejidos de soporte, sistema neuromuscular, articulaciones temporomandibulares y esqueleto craneofacial. ^{1,4}

La **función de grupo** son las variadas relaciones de contacto entre las piezas dentarias superiores e inferiores en el lado de trabajo en los movimientos laterales, por medio de los cuales los contactos simultáneos de varios dientes actúan como un grupo para distribuir las fuerzas oclusales. ⁴

La **parafunción** es la actividad neuromuscular estomatognática repetitiva, no funcional e inconsciente, caracterizada por el desarrollo de tensión isométrica de la musculatura mandibular y/o lingual en posiciones mandibulares con

frecuencia fuera del área de céntrica. Representa una sobrecarga biomecánica repetitiva del sistema o microtraumas a repetición. ⁴

La **disfunción** es el estado de desarmonía funcional en la cual las fuerzas desarrolladas durante la función y la parafunción resultan en cambios patológicos en los tejidos o en disturbios funcionales. La disfunción es frecuente en los trastornos funcionales de la ATM. En general se manifiesta por una alteración del movimiento normal de cóndilo-disco, produciendo ruidos articulares. ^{1,4}

Los ruidos articulares son clic, pop y crepitación.

Al fenómeno aislado y simple de corta duración, usualmente audible o palpable que acontece en apertura o cierre mandibular y que es debido básicamente a una incoordinación disco-condilar se le denomina **clic**. Si es intenso (choque duro), se le denomina **pop**, por lo general es indicativo de una articulación hipermóvil.

La **crepitación** es un ruido múltiple, áspero, como de gravilla, que se describe como chirriante y complejo, que se debe a cambios degenerativos de las superficies articulares de las articulaciones temporomandibulares o a deficiencias en la lubricación articular.

La disfunción de la ATM puede manifestarse también por una sensación de agarrotamiento cuando el paciente abra la boca. A veces, la mandíbula puede quedar bloqueada. La disfunción de la ATM está siempre directamente relacionada con el movimiento mandibular.

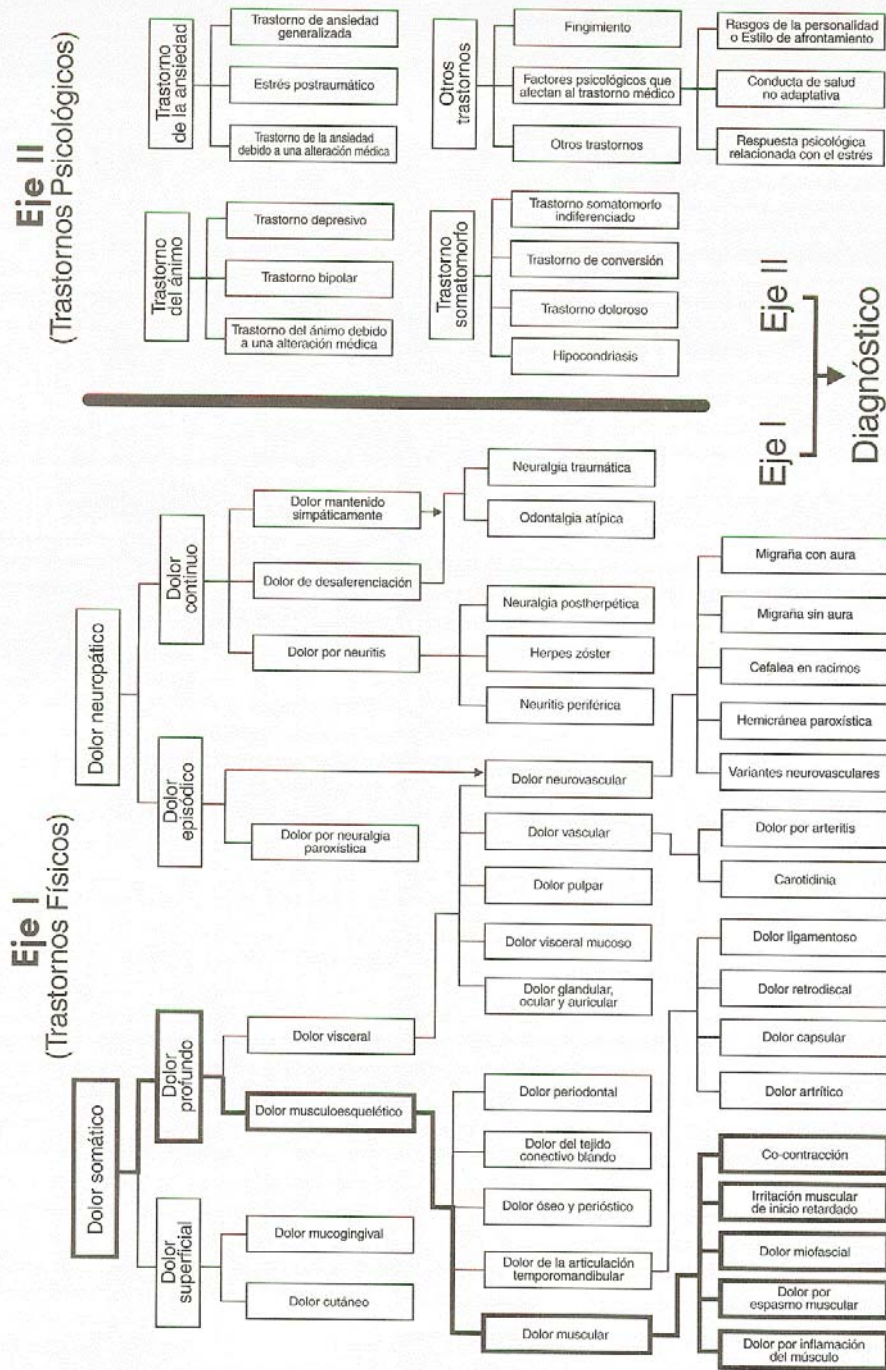
2.1 DOLOR OROFACIAL

El dolor es una experiencia multidimensional que suele experimentarse en forma de piquetes, punzadas, ardor o choques eléctricos; esta sensación además de ser somática tiene una parte emocional de gran importancia.

El sistema de clasificación del dolor orofacial propuesto por la American Academy of Orofacial Pain comprende:

- Intracraneal
- Extracraneal
- Neurovascular
- Neuropático
- Musculoesquelético
- Psicógeno
- No clasificable

Clasificación de los Dolores Orofaciales



El dolor muscular puede originarse en cualquier músculo de cabeza o el cuello. Cuando un dolor muscular se origina en un músculo que mueve la mandíbula, se considera un dolor de los músculos masticatorios, que se define como una molestia alrededor de la cara y la boca que se induce al masticar y con otras funciones maxilares pero que es independiente de la patología local que afecta

a dientes y a la cavidad oral. El dolor masticatorio miálgico se puede diferenciar del dolor masticatorio artrálgico por palpación manual o manipulación funcional y por el uso del bloqueo analgésico diagnóstico. Como regla, la mialgia presenta dolor dinámico y estático, mientras que la artralgia sólo provoca dolor dinámico.

Existen como mínimo cinco tipos de dolor muscular masticatorio que son (Fig. 6):

- co-contracción protectora (rigidez muscular)
- irritación muscular de inicio retardado (irritación muscular local)
- dolor miofascial (de punto de gatillo)
- mioespasmo
- miositis
- ** fibromialgia (problema de dolor musculoesquelético)

Con respecto al periodo en que se resuelven se consideran:

- Trastornos miálgicos agudos
- Trastornos miálgicos crónicos

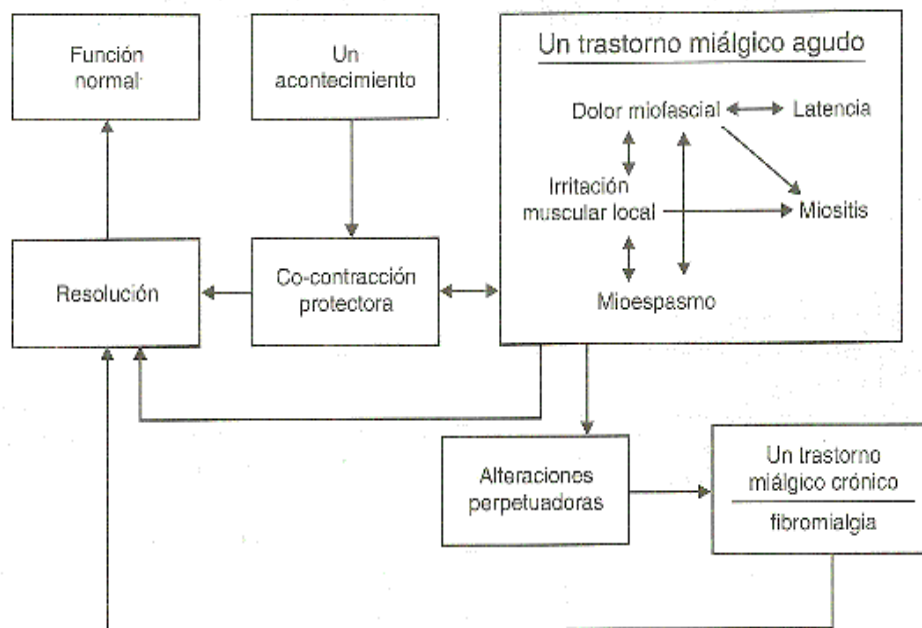


Fig. 6 MODELO DE DOLOR MUSCULAR MASTICATORIO

2.1.2 CO-CONTRACCIÓN PROTECTORA

(Rigidez muscular)

Es una respuesta del SNC a una lesión o a la amenaza de una lesión. También denominada fijación muscular protectora.

En presencia o amenaza de una lesión, la secuencia normal de la actividad muscular parece alterarse, para proteger la parte amenazada de lesionarse aun más. La co-contracción protectora puede asimilarse con la co-contracción observada en un gran número de actividades funcionales normales. En presencia de un estímulo sensitivo, los grupos musculares antagonistas parecen activarse durante el movimiento para proteger la parte dañada.

En el sistema masticatorio un paciente con co-contracción presentara un aumento de actividad de los músculos elevadores. Se cree que esta co-activación de los músculos antagonistas es un mecanismo protector normal o de prevención. La co-contracción protectora no es un estado patológico, aunque si se prolonga pueden llegarse a presentar síntomas miálgicos.

La etiología puede ser cualquier cambio en la entrada de información sensorial o propioceptiva procedente de estructuras asociadas.

La co-contracción muscular clínicamente está descrita como una sensación de debilidad muscular que sigue a un acontecimiento. No se refiere dolor cuando el músculo está en reposo, pero el uso del mismo puede incrementar el dolor. Normalmente el paciente acude con un apertura bucal limitada, pero cuando se le pide que abra lentamente consigue una apertura completa.

La clave para identificar una co-contracción protectora es que sigue inmediatamente a un acontecimiento. Si la co-contracción se mantiene por días puede llegar a desarrollar un problema muscular local.

2.1.3 DOLOR MUSCULAR LOCAL

La irritación muscular de inicio retardado es un trastorno doloroso miógeno, primario no inflamatorio. Con frecuencia, es la primera respuesta del tejido muscular a una co-contracción protectora. Mientras que ésta representa una respuesta muscular inducida por el SNC el dolor muscular se caracteriza por alteraciones en el entorno local de los tejidos musculares. Caracterizados por ciertas sustancias algogénicas (bradicinina, sustancia P) que producen dolor. Representando solamente fatiga. Junto con la co-contracción prolongada, otras causas son un traumatismo local o un uso excesivo del músculo. Cuando la causa es la hiperfunción puede producirse un retraso en el inicio de la irritación muscular.

Los síntomas son tirantez muscular, sensibilidad a la palpación y aumento de dolor con la función.

Friden y cols. investigaron experimentalmente la irritación muscular, mediante análisis histoquímicos y microscopia electrónica de las fibras musculares. No encontraron signos a nivel celular ni de necrosis isquémica de las fibras ni de ruptura fibrilar. Pero observaron anomalías en las muestras biopsiadas obtenidas dos días después del ejercicio. A nivel estructural, se observó la rotura mecánica de las bandas Z que conectan los sarcómeros adyacentes entre ellos. Estaban predominantemente afectadas las fibras tipo 2 de contracción rápida.

Cuando se desarrolla una irritación muscular en ausencia de uso muscular excesivo, se ha sugerido el término irritación muscular local. La irritación muscular de inicio retardado y la irritación muscular local son fuentes de dolor profundo. Éste dolor puede producir una co-contracción protectora. Por lo tanto se puede crear un círculo vicioso clínico en el que la irritación muscular produce más co-contracción y así sucesivamente; a éste trastorno se le denomina dolor muscular cíclico.

Durante este círculo, el daño tisular inicial producido por el trauma se resuelve. Cuando la reparación tisular es completa, se elimina la fuente original de dolor pero el paciente puede seguir sufriendo un trastorno de dolor muscular cíclico.

La irritación muscular de inicio retardado se presenta con músculos sensibles a la palpación y cuyo dolor aumenta con la función. La disfunción estructural es habitual y cuando están implicados los músculos elevadores, existe una apertura bucal limitada; existe una verdadera debilidad muscular; resolviendo la irritación muscular la fuerza vuelve a ser normal.

2.2 DOLOR MIOFASCIAL

Puede definirse de diferentes formas, que incluyen dolor referido de los músculos o dolor referido de los puntos desencadenantes. Un punto

desencadenante miofascial es un lugar hiperirritable dentro de una banda tensa de músculo esquelético, localizado en el tejido muscular o la fascia.

2.2.1 Mialgia por punto gatillo

Es un síndrome doloroso miógeno regional, siendo una disfunción neuromuscular con tendencia a la cronicidad, caracterizado por áreas locales de bandas de tejido muscular duro e hipersensible que se denominan puntos gatillo miofasciales, ya sean activos o latentes, que se refieren a sitios remotos a los puntos dolorosos. Puede afectar a cualquier músculo, pero tiene predilección por que se encuentran en cuello y cintura escapular.

Lo que ocurre, es que, la fascia y/o el músculo que contiene otros tejidos conjuntivos flexibles y elásticos vecinos, pierden su elasticidad. Con ello la fascia y el músculo se acortan y duelen, generando en una zona del mismo, una banda tensa en cuyo interior alberga un punto hiperirritable (punto gatillo).

La etiología del dolor miofascial es compleja. Travell y Simons han descrito ciertos factores locales y sistémicos que parecen estar asociados, como los traumatismos, el mal estado físico, la fatiga y las infecciones víricas. Otros factores importantes son el estrés emocional y los estímulos dolorosos profundos.

En este trastorno es frecuente la presencia de efectos de excitación central. El efecto más usual es el dolor referido que se percibe como una cefalea tensional, siendo un dolor heterotópico, en consecuencia, el paciente dirigirá al clínico a la cefalea de tipo tensional o a la co-contracción protectora.

2.2.2 Patrones de referencia del dolor miofascial en la región orofacial

Músculo Masetero. Los puntos gatillo refieren dolor a los dientes superiores y posteroinferiores, el maxilar y la cara. La parte profunda refiere dolor al oído y a

la ATM. Se puede observar una restricción moderada de la apertura, asociada a la deflexión ipsilateral del trayecto de la línea media incisal. (Fig. 5)

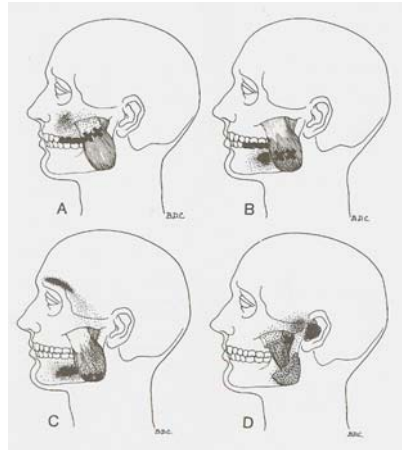


Fig.5 Puntos gatillo (X) en diferentes partes del músculo masetero. A Capa superficial, porción superior; B Capa superficial, vientre medio; C Capa superficial, porción inferior; D Capa profunda, parte superior.

Músculo Temporal. La zona de referencia de éste músculo incluye todos los dientes superiores y la parte superior de la cara. La cefalea y la odontalgia son síntomas frecuentes. (fig. 6)

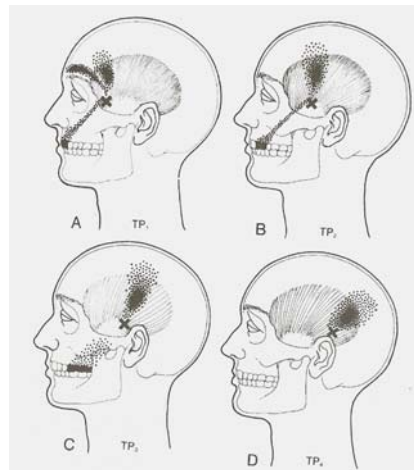


Fig. 6 Patrones de dolor referido a partir de puntos gatillo (X) en el músculo temporal. A Fibras anteriores; B y C Fibras medias; D Fibras posteriores.

Músculo Pterigoideo Interno. La zona de referencia incluye la parte posterior de la boca y la garganta, así como las zonas temporomandibular e infraauricular. Podemos observar una restricción moderada de la apertura bucal. El músculo es parcialmente accesible a la palpación por que puede ser necesaria la manipulación funcional para conseguir ese objetivo: una fuente de dolor se acentuará al abrir mucho (estiramiento del músculo) y al morder con fuerza (contracción del músculo). (Fig. 7)

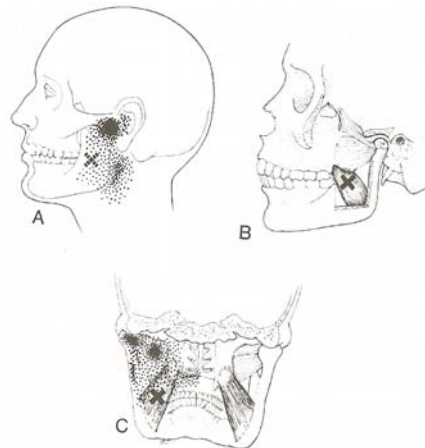


Fig. 7 Patrón de dolor referido y localización del punto gatillo (X) en el músculo pterigoideo medio. A Áreas externas de dolor que el paciente puede señalar; B Resección anatómica para mostrar la localización del punto gatillo; C Sección coronal que muestra las áreas internas de dolor.

Músculo Pterigoideo Externo Inferior. Los puntos gatillo se refieren a la zona de la ATM. Puede percibirse una leve maloclusión. Como éste músculo es inaccesible a la palpación es necesaria la manipulación funcional para ayudara identificar la presencia de dolor miofascial: una fuente de dolor se acentuará con la máxima intercuspidadación (estiramiento del músculo) y al protuir la mandíbula contra resistencia (contracción del músculo). (Fig. 8)

Músculo Pterigoideo Externo Superior. Los puntos gatillo refieren dolor al área cigomática. De igual forma se requiere manipulación funcional para identificar la presencia de dolor miofascial: una fuente de dolor se acentuará con la

máxima intercuspidadación (estiramiento del músculo) y al morder un separador (contracción del músculo). (Fig. 8)

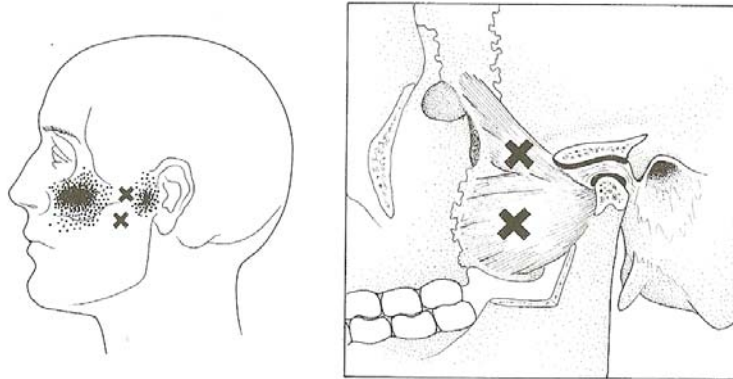


Fig. 8 Patrones de dolor referido de puntos gatillo (X) en los músculos pterigoideo externo superior e inferior

Músculo Digástrico. Los puntos gatillo en el vientre anterior del músculo refieren dolor a la zona de los incisivos inferiores. Este músculo es inaccesible a la palpación manual para identificar los puntos gatillo. (Fig. 9)

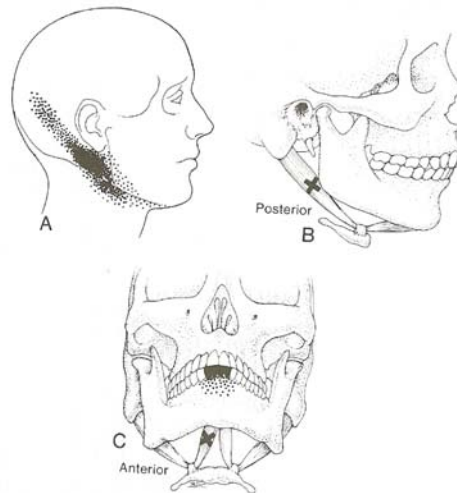


Fig. 9 Patrón de dolor referido desde un punto gatillo (X) en el vientre anterior de un músculo digástrico.

Músculo Esternocleidomastoideo. La zona de referencia de la división esternal superior es por toda la cara y cabeza, por lo que se puede dar una gran variedad de trastornos dolorosos faciales y cefaleas. La división clavicular refiere dolor al oído, zona postauricular y región frontal. (Fig. 10)

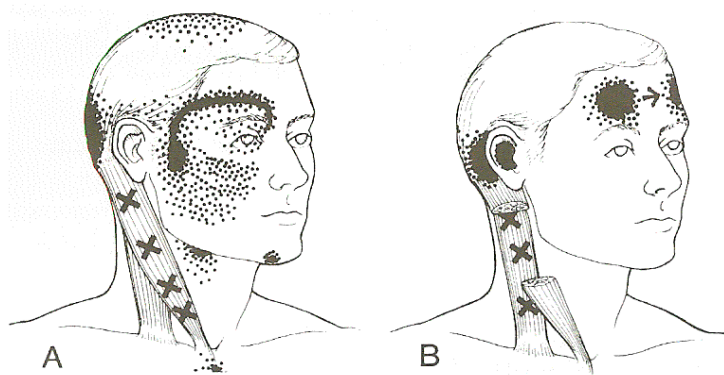


Fig. 10 Patrones de dolor referido con localizaciones de los puntos gatillo correspondientes (X) en el músculo esternocleidomastoideo

Músculo Occipital. Refiere dolor como cefalea craneal lateral y postocular. Ésta es otra fuente principal de cefalea de tipo tensional. (Fig. 11)

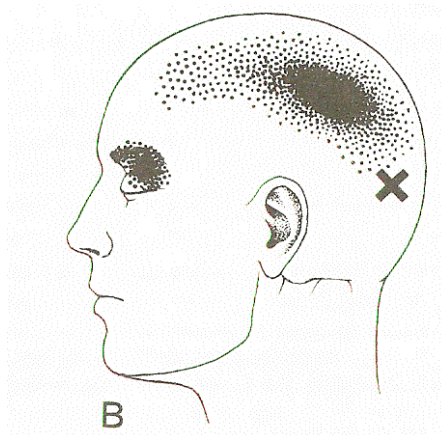


Fig. 11 Patrones de dolor referido desde los puntos gatillo en el vientre occipital del músculo occipitofrontal.

Signos y síntomas

- Dolor sordo regional agravado por función mandibular cuando los músculos masticatorios están involucrados, mantenido por uno o más punto gatillo activo, propio para cada músculo.

- El punto gatillo está situado dentro de una banda tensa de un músculo o de una fascia.
- El punto desencadenante es doloroso a la compresión, sobrecarga del músculo o al trauma, evocando dolor referido y una respuesta clónica.
- Los músculos vecinos al afectado también se encuentran tensos a la palpación.
- La fuerza máxima de contracción del músculo afectado está disminuida, con debilidad del músculo y aumento de la fatiga, pero sin atrofia muscular.
- dolor heterotópico en reposo.
- Cambios locales en la piel, con aumento de la sudoración; cambios en la temperatura local y, en ocasiones, pequeños edemas locales.
- Sensación de maloclusión aguda no verificable clínicamente.
- Disminución de apertura bucal: estiramiento pasivo de los músculos elevadores con un incremento de la apertura bucal mayor de 4 mm, sensación final suave.
- Cuando es agudo generalmente sólo ocurre sobre el punto desencadenante, pero conforme el trastorno se vuelve crónico, estos puntos pueden referir dolor a la zona distante.

Diferenciación

Hay que diferenciarlo del síndrome de disfunción miofascial dolorosa, el cual incluye un dolor de las articulaciones temporomandibulares incluyendo un dolor miofascial.

De un dolor neuropático, como en una neuralgia trigeminal. El clínico cuidadoso debe palpar los músculos que refieren el área afectada para determinar y descartar el posible origen del dolor.

2.2.3 Evaluación del dolor en pacientes

La palpación es el mejor método para el diagnóstico en esta afectación.

El clínico debe palpar los músculos aplicando de 4 a 5 kg de presión en cada sitio del músculo con sus dedos medio e índice. Primero se palpa un lado y luego el otro. El dedo se mueve de un lado a otro, frotando por encima de la banda muscular para permitir el desarrollo del dolor de referencia si existe. Se le pregunta al paciente si la presión es dolorosa y qué tan severa es ésta; lo anterior se puede indicar con palabras como: poco, moderado o severo, o indicándole al paciente que asigne un valor numérico al dolor que presenta de 0 a 3, donde el 0 indica ausencia de dolor. Además se le pregunta al paciente si el dolor se irradia de un punto lejano al área que está siendo palpada. Esto indica el diagnóstico de dolor miofascial.

2.2.4 Tratamiento definitivo

Se orienta a conseguir la eliminación o reducción de los factores etiológicos. El clínico debe seguir el siguiente protocolo de tratamiento:

- I. Suprimir la causa del dolor muscular local, si existe este trastorno
- II. Reducir los factores locales y sistémicos que contribuyen a producirlo. Como por ejemplo, si el estrés emocional es una parte importante del trastorno están indicadas las técnicas de control del estrés.
- III. Si se sospecha de una alteración del sueño, debe efectuarse una valoración adecuada y remitir al paciente a un especialista. A menudo pueden ser útiles las dosis bajas de un antidepresivo
- IV. Disminuir el dolor utilizando un aerosol flúor-Nethanol o cloruro de etilo, acompañado de estiramiento del músculo, inyectando anestésico (0.5 a 1% de procaína o lidocaína sin epinefrina) en el punto gatillo identificado. Estos procedimientos deberán disminuir el dolor por los menos en 50% para confirmar el diagnóstico de dolor miofascial.

2.3 MIOSITIS

Es una inflamación de los tejidos musculares relacionada con trauma o infección. Pueden ocurrir cambios por osificación y entonces la miositis se designa miositis osificante. No es frecuente en las fases iniciales de dolor miógeno, sino que tarda tiempo en aparecer. Así pues, cuanto más tiempo persiste el sufrimiento del paciente, más probable es la miositis.

Se describen dos tipos de miositis:

- a) Inflamación intersticial del músculo en relación con sobreuso intermitente, “inicio retrasado de dolor muscular”, y en ausencia de cualquier síntoma consistente con los listados en el dolor miofascial, por ejemplo, puntos desencadenantes y referencias de dolor.
- b) Inflamación generalizada del músculo con inicio relacionado con daño o infección

La miositis puede llegar a presentarse por un prolongado dolor muscular local o miofascial; es posible que las manifestaciones inflamatorias sean producidas por las alteraciones que tienen lugar en los tejidos musculares de modo secundario al uso excesivo del músculo; o bien, por diseminación de una infección bacteriana o vírica procedente de estructuras asociadas.

Signos y síntomas

- Disfunción estructural importante secundaria al dolor
- Presencia de dolor constante, incluso en reposo
- Aumento del dolor con la función
- Dolor muscular importante a la palpación
- Sensación generalizada de padecer tensión muscular

Diferenciación

Fribromialgia, el cual no es un trastorno de la masticación. Miospasmos, tratándose de una contracción tónica del músculo inducida por el SNC. Y con la dermomiositis y/o polimiositis, que son complicaciones de la miositis.

Tratamiento

El clínico debe identificar el trastorno de miositis puesto que los resultados del tratamiento no serán tan inmediatos como al tratar el dolor muscular local. La inflamación del tejido muscular tarda tiempo en desaparecer. Los pacientes deben conocer este hecho para que se reduzca al mínimo el desánimo por los resultados del tratamiento.

Cuando se controla el factor etiológico, la inflamación desaparece y los síntomas se reducen poco a poco. Se siguen cuatro estrategias generales al tratamiento.

1. Limitación del uso de la mandíbula a los límites en que no causa dolor, manteniéndola inmóvil para reducir el dolor. Debe tener una dieta blanda y una masticación más lenta y bocados más pequeños.
2. Evitar el ejercicio y/o las inyecciones para evitar el dolor de la infiltración y una inflamación mayor. El paciente debe mantener los músculos en el máximo reposo posible.
3. Debe mantenerse en una relación céntrica o en una posición fisiológica de descanso. Se utiliza un dispositivo de relajación muscular (RC) de la misma forma que en el dolor muscular local.
4. Tomar una medicación antiinflamatoria. El ibuprofeno es una buena elección y debe administrarse con una pauta regular (600 mg cuatro veces al día) durante tres semanas, para que las concentraciones en sangre sean lo suficientemente altas como para producir un efecto cíclico.

Tratamiento de apoyo

1. Terapia física con moderación
2. Calor húmedo
3. Hielo o compresas frías
4. Cuando los síntomas comienzan a desaparecer, se puede empezar a aplicar un tratamiento con ultrasonidos y una distensión suave.
5. Movimientos mandibulares lentos o cortos, en caso de depresión de síntomas, para la estimulación del músculo masetero.

2.3.1 DOLOR SOMATOMORFE

El término se refiere a las personas de más de treinta años de edad, que ha tenido síntomas durante años y que se queja de una combinación de dolor y síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos.

Los trastornos somatomorfos representan un grupo de trastornos mentales en los que existe la presencia de síntomas que sugieren una alteración médica general, y los signos físicos positivos son insuficientes para apoyar el diagnóstico de una alteración física. Existen cuatro categorías que son las más habituales observadas en dolor orofacial:

1. **Trastornos somatomorfos no identificados.** Los rasgos clínicos son uno o más problemas que persisten 6 meses o más. Los problemas más frecuentes son fatiga crónica, pérdida de apetito y síntomas gastrointestinales o genitourinarios. El dolor puede estar presente pero no es lo principal. Los síntomas no se pueden explicar completamente con ninguna alteración médica general conocida ni por los efectos directos de una sustancia. Esta categoría se utiliza cuando los síntomas no concuerdan completamente con todos los criterios de los trastornos por somatización.

2. **Trastornos de conversión.** Son aquellos trastornos mentales que se caracterizan por la presencia de síntomas o déficit que afectan la función motora o sensorial voluntaria y que sugieren una alteración neurológica u otra alteración médica general. Se considera que los factores psicológicos están asociados con el déficit o síntoma, una consideración basada en la observación de que el inicio o la exacerbación del síntoma o el déficit está precedido por conflictos u otros factores de estrés. Relacionados con el funcionamiento motor o sensorial voluntario y por ello se califican de pseudoneurológicos. Los síntomas o déficit motores incluyen deterioro de la coordinación o el equilibrio, parálisis o debilidad localizada, afonía, dificultad para deglutir o sensación de una masa en la garganta y retención urinaria.

Los síntomas o déficits sensoriales incluyen la pérdida del tacto o la sensación de dolor, visión doble, ceguera, sordera y alucinaciones.

Diagnóstico. Después de haber descartado una etiología neurológica o médica general. Los síntomas a menudo son inconsistentes, pueden estar relacionados con ganancias secundarias, la alteración puede resultar de hecho la vía de escape del trabajo y de las alteraciones o factores de estrés que son realmente responsables del trastorno.

3. **Trastornos dolorosos somatomorfos.** La característica principal es el dolor severo. El dolor tiene una o varias localizaciones anatómicas y provoca a la persona un conflicto o un deterioro importante en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento. No existe patología obvia que explique el dolor, sin embargo no produce intencionalmente el dolor (como en dolor ficticio o fingimiento). Se considera que los factores psicológicos tienen un papel importante en el inicio, severidad, exacerbación o mantenimiento del dolor. Debemos sospechar de esta alteración si el dolor no está asociado con ningún cambio tisular somático local.

4. **Hipocondriasis.** Trastorno somatomorfo en el que la persona se preocupa por el temor de tener o la idea de que tiene una enfermedad severa, basándose en la interpretación incorrecta de uno o varios síntomas corporales. Una evaluación médica en profundidad no identifica ninguna alteración médica general que explique completamente las preocupaciones del paciente acerca de la enfermedad o de los signos o síntomas. El temor o la idea de tener una enfermedad persiste a pesar que el profesional le asegure que no tiene nada.

La preocupación en la hipocondriasis puede afectar a funciones corporales, anomalías físicas menores vagas y ambiguas sensaciones físicas así como puede afectar a diversos síntomas del cuerpo, en diferentes momentos o simultáneamente. Un individuo con hipocondriasis podría alarmarse al leer o al oír algo sobre una enfermedad; al conocer a alguien que esta enfermo; o a partir de sensaciones, observaciones o incidentes a su propio cuerpo. La preocupación a cerca de la enfermedad temida a menudo resulta un rasgo central de la autoimagen del individuo, un tema de conversación social y una respuesta a los factores estresantes de la vida.

2.3.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DEL DOLOR

Todo profesional que trate con dolor debe saber que no existe ningún dolor sin cierta influencia de factores psicológicos. Al momento que la información nociceptiva llega a estructuras límbicas se añaden instintos, impulsos y emociones a ésta. La corteza le añade la influencia de experiencias y las condiciones actuales de entorno. El hipotálamo prepara al cuerpo para reaccionar a la información a través de respuestas del sistema nervioso autónomo (presión sanguínea, ritmo cardíaco, precaución, entre otros). Es esta respuesta única a nivel talámico la que individualiza y personaliza las

experiencias del dolor. De este modo podemos comprender por qué la experiencia del dolor depende de la atención dada a la lesión y a las consecuencias de la misma. El término sufrimiento se refiere a cómo reacciona el ser humano a la percepción del dolor, en ese momento se hace evidente la interacción compleja de la corteza, tálamo, hipotálamo y las estructuras límbicas. La conducta del dolor hace referencia a las actitudes audibles y visibles del individuo que comunica su sufrimiento a los demás. La comunicación del dolor es la única que el clínico recibe a cerca de la experiencia de dolor.

Los trastornos del ánimo son alteraciones mentales que se dividen en tres categorías: trastornos depresivos, trastornos bipolares y trastornos del ánimo debidos a una alteración médica.

Mecanismos de defensa

Son mecanismos psicológicos no razonados que reducen las consecuencias de un acontecimiento estresante, de modo que el individuo suele seguir funcionando con normalidad. Son comportamientos inconscientes, son diversas formas de defensa psicológica con las cuales el sujeto consigue vencer, evitar, circundar, escapar, ignorar o sentir, por medio del retiro de los estímulos cognitivos que las producirían. Estos son:

- Condensación
- Desplazamiento
- Disociación formación reactiva
- Negación
- Proyección
- Racionalización
- Represión
- Actuación o paso al tacto (actino out)
- Altruismo (como mecanismo de defensa)

- Identificación con el agresor
- Identificación proyectiva
- Intelectualización
- Introyección
- Polarización
- Sublimación
- Supresión
- Regresión

Se refiere a la forma que utiliza la persona para dar su propia explicación sobre un hecho doloroso y que le permite aminorizar el dolor y la intensidad. El problema consiste en que estas explicaciones se llegan a convertir en argumentos que dirigen la mente y las emociones. Muchos de estos argumentos nacen desde la infancia, así que son difíciles de detectar y aún la misma persona desconoce. Reciben este nombre una serie de métodos o técnicas que utilizamos todas las personas con el fin de evitar la angustia o ansiedad que nos producen las frustraciones, los conflictos de nuestro psiquismo.

Algunas características generales:

Depresión: Se caracteriza por una disminución marcada por el interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi cada día. El paciente describe el ánimo depresivo como un sentimiento opresivo de tristeza o de vacío. A menudo existen lloros incontrolados y una queja habitual de fatiga o pérdida de energía casi cada día. Con frecuencia dan lugar a un aumento o disminución del apetito que provoca un cambio más del 5% del peso del cuerpo en un mes.

Normalmente hay una disminución de la capacidad de pensar o concentrarse con mucha indecisión. El insomnio o el hiperinsomnio acompañan por regla general los trastornos depresivos pueden variar en cuanto a severidad de leves

a severos. En un trastorno depresivo mayor es habitual pensar de forma recurrente en la muerte o considerar el suicidio. Cuando se sospecha de una depresión severa es importante que el clínico pregunte al paciente que piensa acerca del suicidio. Si existe riesgo considerable, no se debe dejar ir al paciente sin una evaluación adecuada.

Histeria: Es una afección psicológica que pertenece al grupo de las neurosis y que padece el uno por ciento de la población mundial. Se encuadra dentro de los trastornos de somatización y se manifiesta en el paciente en forma de una angustia al suponer que padece diversos problemas físicos o psíquicos. En tanto que neurosis, no se acompaña nunca de una ruptura con la realidad (como en el delirio) ni una desorganización de la personalidad. Técnicamente, se denomina conversión histérica.

El cerebro histérico no está enfermo, pero ciertas regiones son, manifiestamente, sede de una actividad anormal, y determinados circuitos parecen encontrarse transitoriamente bloqueados por una especie de parálisis funcional.

Los **síntomas** histéricos, de naturaleza física o psíquica, se manifiestan con un aspecto paroxístico, intermitente o duradero; frecuentemente, son reversibles. Destacan los trastornos motores, sensitivos o sensoriales.

*Los trastornos motores son convulsiones o parálisis. Tradicionalmente, la crisis empieza por un aura, conformada por dolores abdominales, palpitaciones, sensación de atragantamiento y alteraciones visuales (ceguera parcial o completa). A continuación, se experimenta una aparente pérdida del conocimiento y en una caída controlada. Luego sobreviene la fase epileptoide, compuesta de paro respiratorio, tetanización, convulsiones y, finalmente, una resolución en forma de fatiga general y respiración ruidosa. Como fase final, se producen contorciones (movimientos desordenados y gritos) y un periodo de trance, con remedo de escenas eróticas o violentas. El final de la crisis implica

el retomo de la conciencia, acompañado de contracciones leves y expresión de palabras o frases inconexas relativas a temas pasionales.

Diagnóstico. Estos déficit de tono neurológico acontecen sin ninguna patología orgánica en el sistema nervioso, central o periférico, y segundo, acontecen en relación con situaciones de estrés o de conflicto psíquico. Todos los exámenes que se efectúan dan resultados normales, lo que no siempre tranquiliza a los pacientes, cuya ansiedad a menudo se agudiza, y resulta frustrante para los médicos, que se sienten impotentes o burlados por dolencias imaginarias. Estos trastornos no son simulados intencionadamente por el paciente, que se muestra seguro de su experiencia subjetiva de hallarse paralizado, ciego o amnésico.

Hipocondría. Es una enfermedad por la que el paciente cree de forma infundada que padece alguna enfermedad grave. El origen del término hace referencia a una región anatomía, el hipocondrio, situada bajo las costillas y el apéndice xifoides del esternón, donde según la escuela médica humoral se creía que se acumulaban los vapores causantes de este mal. La hipocondría es, en esencia, una actitud que el individuo adopta ante la enfermedad. La persona hipocondríaca esta constantemente sometida a un análisis minucioso y preocupado de sus funciones fisiológicas básicas, pensando en ellas como una fuente de segura enfermedad biológica.

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de alguna sensación corporal u otro signo que aparezca en el cuerpo. Puede ocurrir, por ejemplo, con lunares, pequeñas heridas, toses, incluso latidos del corazón, movimientos involuntarios, o sensaciones físicas no muy claras. Aunque el medico le asegure que no tiene nada, el hipocondríaco solamente se queda tranquilo un rato pero su preocupación vuelve de nuevo.

La interpretación catastrófica de los signos corporales más ínfimos para el individuo, es el mecanismo que desencadena la hipocondría. Se sabe que este trastorno afecta a menudo a ambientes familiares, es decir, que muchos miembros de una familia tienden a estar afectados. Hay familias que son especialmente sensibles y están muy inclinadas hacia la interpretación de los signos de enfermedad en todos los ámbitos de la vida. De esta forma, los miembros de la misma familia aprenden a interpretar negativamente cualquier signo corporal y lo asocian con angustia, miedo o ansiedad.

No debemos descartar que una persona hipocondríaca está realmente enferma. En muchas ocasiones lo que hace es centrar su atención en síntomas leves o imaginarios (mareos, dolor de cabeza, etc.), y no en los verdaderamente importantes. Asimismo, el hipocondríaco al centrar su atención emocional en una determinada función biológica, puede terminar por formar síntomas orgánicos reales (reacciones psicósomáticas).

Estamos ante un trastorno asociado muy a menudo con la ansiedad, por lo que el principal síntoma de la hipocondría es la preocupación exagerada que siente por su salud. El hipocondríaco medita constantemente sobre sus síntomas, reales o imaginarios, llegando a percatarse de signos funcionales que normalmente se escapan a la conciencia (intensidad de los latidos cardíacos, funciones digestivas, etc.). Puede describir su cuadro clínico con una sutileza impresionante, aclarando repetidamente el alcance de cada uno de sus síntomas físicos. La atención del hipocondríaco se centra no solo en el estudio de sí mismo (se toma el pulso, la temperatura, el número de respiraciones por minuto y la tensión arterial varias veces al día), sino también en la cantidad y composición de los alimentos.

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a través de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos. La sintomatología más típicamente hipocondríaca es la sugestiva, que

experimenta acompañada de una especial alteración negativa del estado de ánimo, sumamente desagradable, y que le hace colocarse en una actitud fóbica frente a sus molestias, de las que siempre cree que son el comienzo de enfermedades graves. Finalmente, el hipocondríaco acaba renunciando a casi todo para consagrarse a cuidar su enfermedad imaginaria.

En la hipocondría las preocupaciones del enfermo hacen referencia a funciones corporales (latido cardíaco, sudor o movimientos peristálticos), a anomalías físicas menores (pequeñas heridas, tos ocasional) o a sensaciones físicas vagas y ambiguas (corazón cansado, venas dolorosas, etc.). el individuo atribuye estos síntomas o signos a una enfermedad temida y se encuentra muy preocupado por su padecimiento. Pero en realidad no existe ninguna enfermedad médica asociada a los síntomas, y si el paciente está enfermo verdaderamente, su enfermedad no está relacionada con ellos.

Diagnóstico

La hipocondría hay que distinguirla de ser aprensivo; en la hipocondría el malestar es significativo y afecta laboral, social y otras áreas importantes de la vida del sujeto. Hay que considerar también que la duración de la sintomatología sea significativa, al menos 6 meses, antes de diagnosticar dicha enfermedad.

Se debe asegurar que el paciente no tenga verdaderamente ninguna enfermedad física. Una vez que se ha descartado, si el paciente sigue con angustia, preocupación y dudas a cerca de su estado de salud, es conveniente estudiar la posibilidad de un trastorno psicológico.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación (CIE 10) para la hipocondría especifican que debe existir la convicción de “estar padeciendo como máximo dos enfermedades médicas importantes” y exigen que, por lo menos, una de

ellas sea correcta y específicamente nombrada por el individuo que presenta el trastorno hipocondríaco.

En psiquiatría, la actitud hipocondríaca aparece como un síntoma en algunas formas de depresión endógena, especialmente en la melancolía involutiva (depresión de los ancianos). También puede adquirir en ciertos casos los rasgos de un desarrollo delirante, de contenido hipocondríaco, en la llamada paranoia hipocondríaca. Multitud de neuróticos, tanto histéricos, neurasténicos, como organoneuróticos y pacientes psicósomáticos, destacan en su cuadro clínico general la actitud hipocondríaca.

Tratamiento

En algunos casos, se utilizan psicofármacos inicialmente para controlar los síntomas ansiosos tan importantes que padecen estos pacientes. Conjuntamente, se puede utilizar una terapia psicológica cognitivoconductual, en la que promueve la pérdida de la angustia y el miedo a la enfermedad que el hipocondríaco siente.

En un principio se le pide que no acuda a más la consulta del médico ni a las urgencias hospitalarias y que no hable de salud ni de enfermedad. Para esto es muy conveniente la colaboración de la familia del paciente, ya que han de entender que tiene un problema real, aunque no el que el paciente refiere, sino otro igualmente preocupante. Una vez que se ha establecido este marco fuera de la consulta, comienza el tratamiento psicológico propiamente dicho.

Como ya hemos dicho, el tratamiento básico consiste en perder el miedo a la enfermedad y a la muerte. Muchas veces la propia angustia producida por el pensamiento de estar enfermo, como sensación desagradable e incontrolable, se convierte en el desencadenante de dicho miedo. Para conseguir la desaparición de estos temores, se emplea la desensibilización en la

imaginación a situaciones temidas y evitadas, para que finalmente el paciente pueda acercarse a ellas sin angustia y sin miedo.

El paciente puede entonces comenzar a reinterpretar sus sensaciones corporales y sentir también aquellas que son agradables o neutras y su cuerpo deja de ser una fuente de dolor o temor y se puede convertir en un generador de placer y confianza.

Finalmente, se trabaja para que el paciente pueda enfrentar con éxito otros problemas que aparecen en su vida cotidiana: toma de decisiones difíciles, cambio de trabajo, separaciones, etc. Se intenta evitar que en el futuro se desencadenen situaciones de depresión o angustia continuada que le pueden hacer recaer en sus problemas hipocondríacos. Hay que observar que en algunos casos la diagnosis de hipocondría puede no ser correcta cuando el paciente realmente padece alguna enfermedad, pero es el especialista quien no consigue encontrar su verdadera causa. Por esta razón para cada caso debe ser analizado a fondo antes de establecer un diagnóstico de hipocondría, ya que debe descartarse patología orgánica poco habitual, o problemática social o psicológica de fondo.

Psicosis

Es un término genérico utilizado en la Psicología para referirse a un estado mental descrito como una pérdida de contacto con la realidad.

Las personas que experimentan psicosis pueden presentar alucinaciones o delirios y pueden exhibir cambios en su personalidad y pensamiento desorganizado. Estos síntomas pueden ser acompañados por un comportamiento inusual o extraño, así como dificultad para interactuar socialmente e incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Una amplia variedad de elementos del sistema nervioso, tanto orgánicos como funcionales, pueden causar una reacción psicótica. Esto ha llevado a la

creencia que la psicosis es la “fiebre” de la enfermedad mental, un indicador serio pero no específico. Sin embargo, muchas personas tienen experiencias inusuales y de distorsión de la realidad en algún momento de sus vidas, sin volverse discapacitadas o incluso angustiadas por estas experiencias. Por ejemplo, muchas personas han experimentado visiones religiosas de algún tipo y algunas han hallado inspiración o revelación divina en ellas.

Como resultado, se argumenta que la psicosis no está fundamentalmente separada de una conciencia normal, sino más bien es un continuum con conciencia normal. Desde esta perspectiva, las personas que son diagnosticadas clínicamente como psicóticas pueden estar teniendo simplemente experiencias particularmente intensas o angustiantes.

El Diccionario Médico de Stedman define la psicosis como “un desorden mental severo, con o sin un daño orgánico, caracterizado por un trastorno de la personalidad, la pérdida del contacto con la realidad y causando el empeoramiento del funcionamiento social normal”.

Una correcta apreciación del término implica circunscribir la psicosis como una situación de enfermedad mental que presenta un desvío en el juicio de realidad. Este desvío es propio de la psicosis, a diferencia de la insuficiencia de juicio propia de la oligofrenia, del debilitamiento propio de las demencias, y de la suspensión del juicio propio de los estados confusionales (o delirium).

Los sujetos psicóticos suelen experimentar (o no) alucinaciones, pensamientos delirantes y trastornos formales del pensamiento. Existen históricamente muchas clasificaciones, algunas de las cuales se establecían en función de ser cuadros delirante-alucinatorios (Ej. las esquizofrenias) o no alucinatorios (la paranoia), en psicosis delirantes verosímiles o inverosímiles, bien o mal sistematizadas, en relación a su irrupción como proceso o desarrollo, etc.

Por lo general el sujeto carece de introspección a cerca de la naturaleza extraña o extravagante que puede adoptar su conducta o sus pensamientos, los que terminan por provocar una grave disfunción social.

El DSM (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales; American Psychiatric Association) reconoce varios tipos de psicosis:

- ❖ Esquizofrenia
- ❖ Tipo de paranoide de esquizofrenia
- ❖ Tipo desorganizado de esquizofrenia
- ❖ Tipo catatónico de esquizofrenia
- ❖ Tipo indiferenciado de esquizofrenia
- ❖ Tipo residual de esquizofrenia
- ❖ Trastorno esquizofreniforme
- ❖ Trastorno esquizoafectivo
- ❖ Trastorno delirante
- ❖ Trastorno psicótico breve
- ❖ Trastorno psicótico compartido
- ❖ Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica)
- ❖ Trastorno psicótico inducido por sustancias
- ❖ Trastorno psicótico no especificado

Síntomas

- Cambios bruscos y profundos de la conducta
- Replegarse sobre si mismo, sin hablar con nadie
- Creer sin motivos que la gente le observa, habla de él o trama algo contra él
- Hablar a solas creyendo tener un interlocutor (soliloquio), oír voces, tener visiones (alucinaciones visuales y auditivas) sin que existan estímulos
- Tener períodos de confusión mental o pérdida de la memoria

- Experimentar sentimientos de culpabilidad, fracaso, depresión

Tratamiento

Depende del origen que tenga, pero en general en la mayoría de los casos se utilizan medicamentos antipsicóticos, además de diversos apoyos psicosociales y el tratamiento de la enfermedad de base.

2.4 Epidemiología del dolor orofacial y ruidos articulares

Se ha demostrado que la prevalencia de dolor orofacial es mayor en el sexo femenino que en masculino ya que estudios como el de Lawrence preconiza un 80.2% de prevalencia en el sexo femenino; Carlsson y Butter expresan relaciones de 3:1 y 5:1 mujeres por hombre, respectivamente.¹¹

Hay autores que preconizan que el dolor es más frecuente en los pacientes que sus edades oscilan entre 20 y 40 años, otros como, Talaar y Hijzen señalan que la mayor incidencia de la afectación, se encuentra en las edades de 21 a 30 años. Sin embargo, hay autores que exponen no haber encontrado diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad.¹¹

Otras investigaciones que han utilizado criterios ajenos al test de Paulsen para establecer el diagnóstico de disfunción, han obtenido los siguientes resultados: el dolor circunscrito en la ATM fue el que más predominó en las citas de Ozaki y Shigematsu (1990). Otros autores registraron el dolor muscular como el signo más frecuente, seguido por el dolor en la región de la articulación y el chasquido durante las maniobras de palpación.^{11, 13}

Estudios epidemiológicos y clínicos realizados en Estados Unidos y en los países escandinavos Agerberg y Carlsson (1971), Agerberg y Osterberg (1974). Erkinsson y colaboradores (1981) y otros en etapas más recientes como Martinoff y Niler (1983-1985) respectivamente, demostraron que más del

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presencia del ruido articular pone en evidencia la presencia temprana de alguna disfunción a nivel articular, y es sabido que factores de riesgo como factores predisponentes (son alteraciones que están presentes y que en un momento dado pueden, por sí solos o asociados, desencadenar DTM: patofisiológicos, propios de cada individuo; estructurales; factores oclusales; psicopatológicos); factores predisponentes (son aquellos que pueden precipitar o desencadenar DTM: macrotraumas, microtrauma y estrés) y factores perpetuantes o contribuyentes (son aquellos que ayudan a la continuidad del problema; por ejemplo, las alteraciones sistémicas subclínicas y la patología de la columna cervical).

Ahora bien, la prevalencia de estas alteraciones es variable según la bibliografía existente pero casi toda ella refleja prevalencias en poblaciones anglosajonas y es poco, por no decir nula la existente en población mexicana por lo que esta es la pregunta eje del estudio:

¿Cuál es la prevalencia de ruidos articulares y de dolor orofacial en una muestra de pacientes que solicitaron atención odontológica en la Clínica Periférica Aragón?

4. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio permitirá conocer la prevalencia de ruidos articulares en la Articulación Temporomandibular (ATM) en los pacientes que solicitaron atención odontológica en la Clínica Periférica Aragón, del sexo femenino y masculino de edades entre 20 y 60 años. Si existe alguna relación entre éstos ruidos y el dolor orofacial.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Determinar la prevalencia de ruidos articulares y dolor orofacial en pacientes adultos que solicitaron atención en la Clínica Periférica Aragón durante el periodo comprendido de agosto a octubre del 2008.

5.2 ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de ruidos articulares por edad y sexo.
- Identificar el lado más afectado por edad y sexo.
- Determinar la prevalencia de dolor orofacial por edad y sexo.
- Determinar si los ruidos articulares tienen alguna relación con el dolor orofacial.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se realizó en la Clínica Periférica Aragón con la participación de 100 pacientes de ambos sexos, a cada uno se le aplicó una encuesta que contenía información sociodemográfica, como nombre, edad, género y ocupación; y epidemiológica. Para efecto de este estudio se tomaron en cuenta las variables: ruidos articulares y dolor orofacial.

Todos los aspectos del cuestionario y el examen debían de estar completos, a menos que el paciente se negara a contestar o fuera incapaz de hacerlo. El examen bucal se realizó utilizando la luz de las unidades dentales, con técnicas de barrera personal e instrumental básico.

Para la auscultación de los ruidos articulares, fue colocado el estetoscopio sobre ambas articulaciones (derecha e izquierda) en el área preauricular. Se le pidió al paciente que abriera la boca lentamente lo más que le fuera posible, aún si esto le causara dolor. Al final de cada cierre el paciente colocó los dientes en relación céntrica. Así mismo, se le pidió al paciente que a la apertura máxima hiciera movimientos de lateralidad y protrusión.

Se anotó el tipo de ruido articular de acuerdo con los siguientes parámetros: ninguno, clic, pop, crepitación gruesa y crepitación fina.

Para lograr el diagnóstico de dolor muscular se procedió a palpar cada músculo haciendo presión en cada sitio del mismo con los dedos medio e índice. Primero se palpó un lado y luego el otro. Moviéndolo de un lado a otro, frotando por encima de la banda muscular para permitir el desarrollo del dolor de referencia si existiera. Se le preguntó al paciente si la presión era dolorosa y qué tan severa era ésta. Además se le preguntó al paciente si el dolor se

irradiaba de un punto lejano al área que se estaba palpado. Se registró con los parámetros presente y ausente.

Para realizar la evaluación se emplearon los siguientes materiales:

- * Campos de trabajo
- * Guantes
- * Cubrebocas
- * Abatelenguas
- * Estetoscopio
- * Cuestionario (Examen clínico de ATM y oclusión)
- * Lápiz

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Transversal

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

100 Pacientes que solicitaron atención odontológica en la Clínica Periférica Aragón en el periodo de agosto a octubre de 2008.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de ambos sexos de 20 a 60 años de edad.
- Pacientes con expediente clínico de la Clínica Periférica Aragón.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO

- Dolor orofacial
- Ruidos articulares
- Edad
- Género
- Ocupación

6.7 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

Independientes: edad, género, traumatismo y tipo de oclusión

Dependientes: ruidos articulares y dolor orofacial

6.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Género: Se determinó como masculino y femenino

Edad: Se determinó en años cumplidos

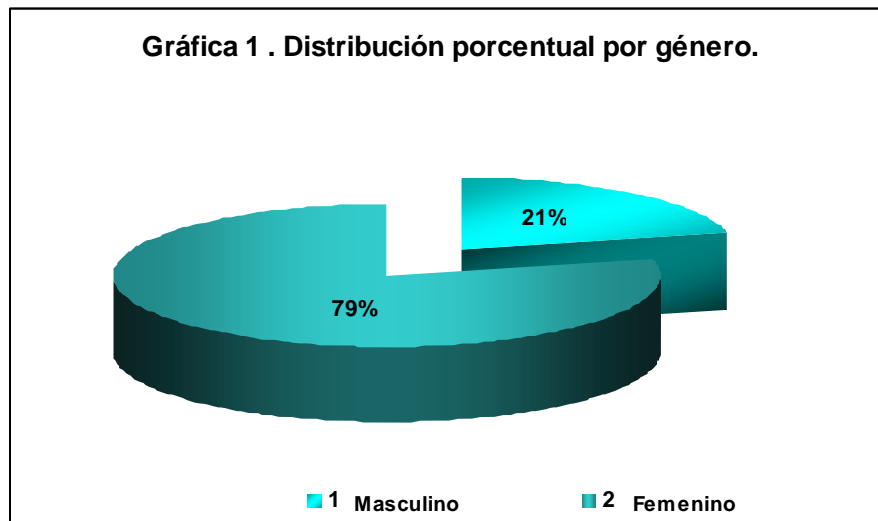
Sonidos articulares: Se denominan así a los ruidos producidos por una alteración del movimiento normal del cóndilo-disco; estos sonidos son clic, crepitación gruesa, crepitación fina y pop. Se determinaron como presente y ausente.

Dolor miofasial: Es una subclasificación del dolor orofacial de acuerdo con la American Academy of Orofacial Pain, que puede definirse como un dolor referido de los músculos o dolor referido de los puntos desencadenantes (lugares hiperirritables dentro de una banda tensa de músculo esquelético). Se determinó como presente o ausente.

7. RESULTADOS

De los 100 pacientes revisados el 79% (n= 79) correspondió al género femenino, en tanto que el 21% (n= 21) al género masculino (Gráfica 1). Estos resultados demuestran lo reportado por otros autores; sin embargo, debemos tomar en cuenta los factores que hacen más susceptible al género femenino. La edad mínima reportada fue 20 años y la máxima fue 60 años.

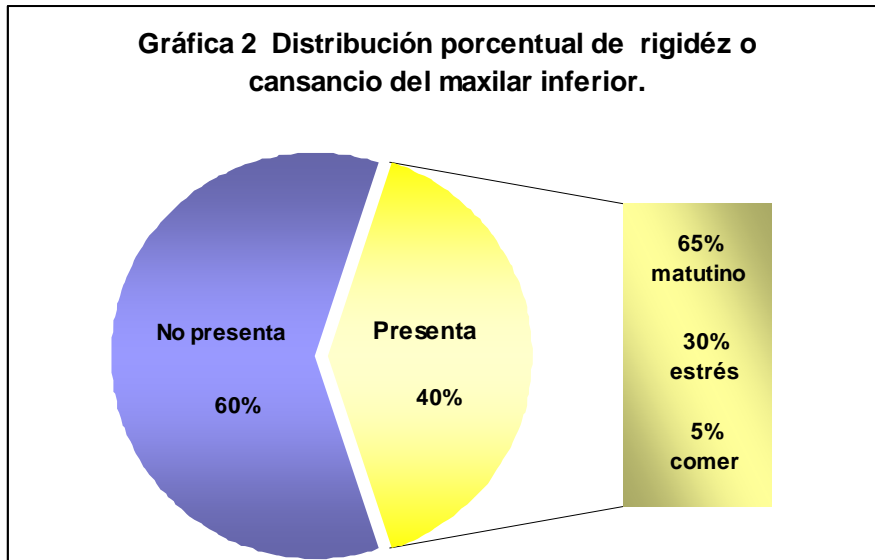
Dentro de la población estudiada se observó que la distribución porcentual por ocupación se distribuyó de la misma manera para estudiantes que para amas de casa con el 35% respectivamente el 15% (n=15) empleados; el 5% (n=5) comerciantes y el 10% (n=10) otros.



Traumatismos, rigidez o cansancio en el maxilar inferior

El 99% (n=99) de la población refirió no haber tenido una lesión o traumatismo reciente en cabeza, cuello o mandíbula; mientras que solo el 1% (n=1) dijo que sí.

En cuanto al hecho de tener sensación de rigidez o cansancio del maxilar inferior, el 40% (n=40) dijo haberlo presentado y el 60% (n=60) dijo jamás haber tenido esa sensación. De la población que dijo que sí, el 65% (n=65) reporto sentirlo por las mañanas; el 30% (n=30) cuando esta bajo mucho estrés y solo el 5% (n=5) refirió sentirlo cuando come. (Gráfica 2)

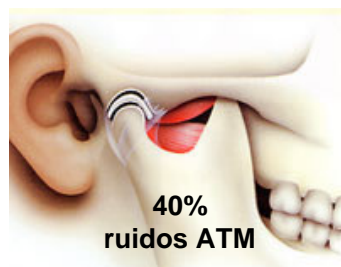


Gráfica 3. Prevalencia de dolor

De la prevalencia de dolor se observa que el correspondiente al abrir o cerrar la boca y masticar se presenta casi en la misma proporción y un poco más elevada en la presencia de ruidos en la ATM.



35% dolor al masticar



40% ruidos ATM

Dolor muscular y auditivo

Casi la mitad de la población de estudio (45%) refirió haber tenido dolor alrededor de los oídos, por el contrario el 50% dijo si sentir el dolor dentro de ellos. Un dato impresionante fue que solo el 1% de la población dijo haber tenido un tratamiento previo de disfunción temporomandibular y el 99% refirió no haberlo tenido.

En cuanto al dolor muscular a la palpación se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 1)



Tabla 1 Músculo referente de dolor.

MÚSCULO	DERECHO	IZQUIERDO
Temporal	19%	2%
Masetero	4%	4%
Pterigoideo interno	0	0
Pterigoideo externo	0	0
Digástrico	0	0
Esternocleidomastoideo	7%	7%
Occipital	5%	5%

Es mayor la proporción de personas que refieren dolor en el músculo temporal, el masetero y occipital se distribuyen casi en la misma proporción.

Ruidos articulares

Respecto a los ruidos articulares a la apertura el clic presento una prevalencia de 35% de ambos lados y se observó que se presenta ligeramente menor del lado izquierdo, el 15% corresponde a la crepitación gruesa y el de menor prevalencia fue el pop con un 2% (Tabla 2).

Tabla 2. Tipo de ruido articular y lugar a la apertura			
Ruido	Ambos lados	Derecho	Izquierdo
Clic	35%	32%	17%
Crepitación gruesa	0%	15%	0%
Crepitación fina	0%	0%	0%
Pop	2%	3%	5%

Respecto a los ruidos articulares al cierre el de mayor prevalencia fue el clic con un 20%, se observó que se presenta menor del lado izquierdo; el 13%, siendo el de menor prevalencia, corresponde a la crepitación gruesa (Tabla 3).

Tabla 3. Tipo de ruido articular y lugar al cierre.			
	Ambos lados	Derecho	Izquierdo
Clic	20%	22%	14%
Crepitación gruesa	0%	13%	0%
Crepitación fina	0%	0%	0%
Pop	0%	0%	0%

Articulación derecha

Respecto a los ruidos articulares al movimiento de lateralidad el de mayor prevalencia fue el clic con un 18% a la derecha y solo el 3% a la izquierda. (Tabla 4).

Tabla 4. Ruidos en articulación derecha				
Sonidos de la ATM derecha	Clic	Crepitación fina	Crepitación gruesa	Pop
Lateralidad derecha	18%	0%	0%	0%
Lateralidad izquierda	3%	0%	0%	0%
Protrusión	0%	0%	0%	0%

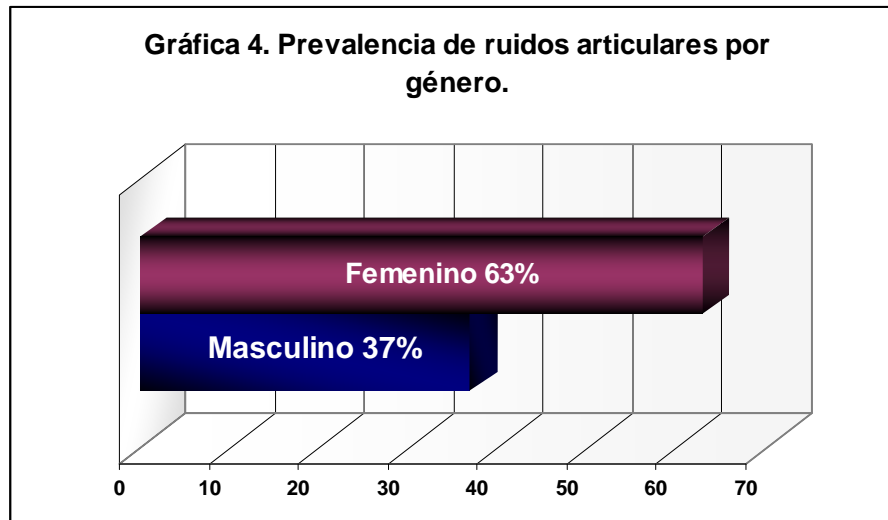
Articulación izquierda

En este caso de igual forma el ruido de mayor prevalencia en el movimiento de lateralidad fue el clic con un 13% seguido por la crepitación fina con 4% y el de menor prevalencia fue el pop con solo un 2% (Tabla 5)

Tabla 4. Ruidos en articulación derecha				
Sonidos de la ATM izquierda	Clic	Crepitación fina	Crepitación gruesa	Pop
Lateralidad derecha	13%	0%	0%	0%
Lateralidad izquierda	0%	4%	0%	2%
Protrusión	0%	0%	0%	0%

Eventos por género

En cuanto a género se refiere se encontró una prevalencia de ruidos articulares mayor en el sexo femenino con 63.5% (n=33) y el sexo masculino de 36.5% (n=19) de 52 pacientes a los que se detectaron ruidos articulares (Gráfica 4)



La razón que se determinó fue de 1:2 aproximadamente, es decir que por cada hombre que presenta algún ruido articular hay dos mujeres que lo presentan

Al analizar la distribución por lado afectado (derecho e izquierdo) se observó que tanto en el género masculino como en el femenino ambos evidencian la misma prevalencia mayor de lado derecho.

La distribución por edad del total de los pacientes que integraron el estudio fue así: 20-29 (39%), 30-39 (32%), 40-49 (18%), 50-60 (11%) (Gráfica 5)

Gráfica 5

En cuanto a la distribución del evento por grupo etáreo, la población en la que se observa mayor prevalencia de ruidos articulares y dolor orofacial es en la población joven en virtud de que los pacientes de 21 a 30 presentan el mayor número de casos. En cuanto al porcentaje de ruidos articulares siguiendo con la edad, se encontró una frecuencia del 46.1% en el rango de 20-29 años; un 32.6% en el rango de 30-39 años, un 13.4% en el rango de 40-49 años y 7.6% en el rango de 50-60 años (Tabla 5).

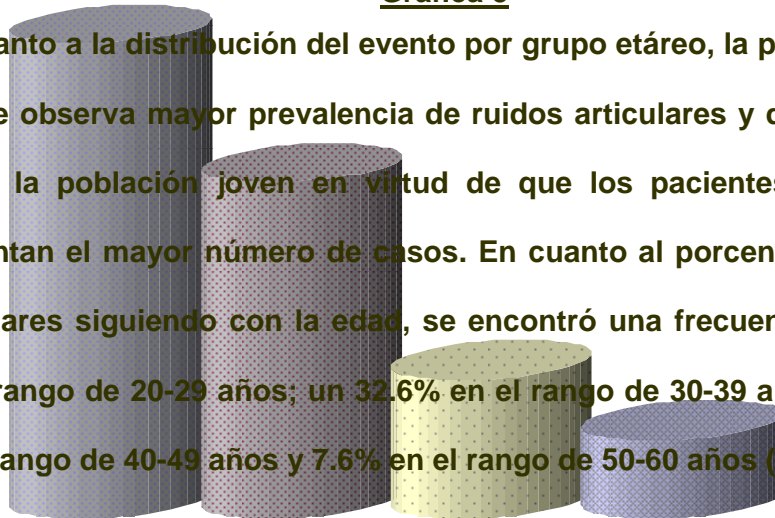


Tabla 5. Ruido en articulación temporomandibular por edad

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
20-29	24	46.2%
30-39	17	32.7%
40-49	7	13.4%
50-60	4	7.6%
TOTAL	52	100%

8. CONCLUSIONES

1. El grupo etáreo donde se presentaron el mayor número de casos fue el de 20 a 30 años lo que demostró que estos eventos se están presentando en edades más jóvenes
2. La razón de ruidos articulares por género fue de 1:2: por cada hombre que presenta algún ruido articular hay dos mujeres que lo presentan
3. La articulación derecha es la que presenta mayor proporción de ruidos articulares
4. Respecto al ruido articular presente a la apertura, el lado derecho de la ATM presenta la mayor prevalencia y del ruido articular presente al cierre, el lado derecho de la ATM presenta también la mayor prevalencia de ruidos articulares
5. No existe una relación estrecha entre el dolor orofacial y los ruidos articulares; ya que puede manifestarse dolor con ausencia de ruidos y viceversa.
6. Es responsabilidad del Cirujano Dentista realizar una buena exploración física para detectar a tiempo cualquier signo de TTM, logrando un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz, evitando que estos trastornos evolucionen y sea más difícil tratarlos.

9. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Okeson J.P Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. 5ª edición 2003. Edit. El Servier
2. Ash M.M, Ramfjord S. Oclusión. 4ª edición 2002. McGraw-Hill Interamericana.
3. Dos Santos J. Diagnóstico y Tratamiento de la Sintomatología Craneomandibular. 1ª edición 1995. Edit. Amolca
4. Biotti P.J. Glosario de Oclusión Dentaria Trastornos Temporomandibulares.2006. Edit. Amolca. Pp 103
5. Grau León I. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. Revista Cubana de Estomatología 2005, 42(3)
6. Acosta O.R, Rojas S.B. A review of the literature on the casual relationships between occlusal factors (OF) and temporomandibular disorders (TMD) II: analytical epidemiological studies of observation. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia- 18 (1)- Segundo semestre, 2006
7. Tabeada A.O y cols. Prevalencia de signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares en un grupo de adultos mayores. Revista ADM Vol. LXI, N° 4 Julio-Agosto 2004. Pp 125-129
8. Corsini G. Temporomandibular disorders signs and syptoms determination of 13 to 18 years old students from a school in Temuco, Chile. International Journal of Morphology 2005, 23(4): 345-352
9. Lisboa D.C. Relación de trastornos Temporomandibulares con artritis reumatoidea. Revista Estomatológica Herediana 2007, 17(1)

10. Jiménez Q.Z. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en la población de 15 años y más de la Ciudad de La Habana. Revista Cubana de Estomatología 2007, 44(3)
11. Barnet I.R. Frecuencia y sintomatología de las disfunciones temporomandibulares. Revista Cubana de Ortodoncia 1998, 13(1): 7-12
12. García L.E, Domínguez F.L. Caracterización de los sonidos de la articulación temporomandibular en pacientes desdentados parciales. Revista Cubana de Ortodoncia 1997, 12(2)
13. Machado M.M, Quintana P.S. Disfunción craneomandibular y su relación con factores morfológicos de la oclusión. Revista Cubana de Ortodoncia, enero-junio, 1995
14. Gonzalez C.I, Calonge G.E. Subluxación/luxación de la articulación tempromandibular. Jano EMC 1998, 54(1259)
15. Odalmis LS. S, Corona C.M. Gravedad de la disfunción temporomandibular. Clínica Estomatológica Provincial. MEDISAN 2006, 10(2)
16. Ramonda Marcos, Arrasca Daniel. Abordaje de la Kinesiología en trastornos temporomandibulares. Universidad Abierta Interamericana 2003
17. Angeles M.F. Dolor Orofacial y Desórdenes de la Articulación Temporomandibular. Editorial Trillas 2006.
18. Okeson J.P. Dolor Orofacial según Bell. 5ª edición 1999. Editorial Quintessence, S.L
19. Casares M. Factores que influyen en las alteraciones de la articulación temporomandibular (ATM). Colegio Profesional de Higienistas de la Comunidad de Madrid.