

Prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes psicógenos: presentación de caso clínico.

Prevalence of temporomandibular disorders in psychogenic patients: clinical case presentation.

Claudia Liliana Gómez Rodríguez,* Gustavo Pacheco Rubio,** Damaris Melissa Morales Valdez***

RESUMEN

Antecedentes: Los trastornos temporomandibulares (TTM), según estudios realizados a nivel mundial, son un problema muy frecuente, aproximadamente entre el 70 y 90% de la población general tiene al menos un signo clínico, mientras que entre el 5 y 13% muestran sintomatología clínicamente significativa; los TTM son considerados una patología presente en la ajetreada sociedad industrial de la actualidad, son una enfermedad de la sociedad moderna. Laskin, en 1969, comenzó a defender la etiología de los TTM, otorgando especial relevancia al estrés y al estado psicológico. Más de 340 millones de personas sufren actualmente de algún tipo de depresión clínica, con base en datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). Según estudios en el 2012 en la Universidad de Greifswald en Alemania, se ha propuesto que los síntomas de depresión y ansiedad deberían ser considerados como factores de riesgo en los TTM. **Material y métodos:** Se acudió al Servicio de Psicología de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Núm. 26, Monterrey (Mty), Nuevo León (NL), donde se buscaron y evaluaron, en conjunto con la licenciada en psicología, pacientes sin antecedentes de traumatismos o lesiones cervicales. Se les aplicó una encuesta, se elaboró una ficha epidemiológica y la valoración clínica, se seleccionó un caso para su presentación. **Resultados:** La paciente acude después de haber realizado una terapia mio-relajante, refiriendo mejoría a la apertura oral. **Conclusiones:** Es necesario el trabajo interdisciplinario por parte del estomatólogo, cirujano maxilofacial y psicólogo en la atención de las personas con trastornos temporomandibulares y una fisioterapia en casa que incluya estrategias de autocuidado, educación del paciente, modificaciones del estilo de vida. El tratamiento que incluye enfoques odontológicos y psicológicos al mismo tiempo parece ser más efectivo y se obtienen mejores resultados. Los pacientes deberían estar conscientes de que los hábitos no cambian solos y son éstos los

ABSTRACT

Background: Temporomandibular disorders (TMD), according to worldwide studies, are a very frequent problem, approximately between 70-90% of the general population has at least one clinical sign. While between 5-13% show significant symptomatology clinically; TMD is a pathology considered present in the busy industrial society of today, the disease of modern society. Laskin in 1969 began to defend the etiology of the TMD, giving special importance to stress and psychological state. More than 340 million people currently suffer from some type of clinical depression, based on data reported by the World Health Organization (WHO 2008). According to studies in 2012, the University of Greifswald, in Germany, has proposed that the symptoms of depression and anxiety should be considered as risk factors in TMD. **Material and methods:** We went to the Psychology Service of the Family Medicine Unit (FMU) No. 26 in Monterrey, Nuevo Leon (NL). And in conjunction with the psychologist, were researched patients without a history of trauma or cervical injuries and were assessed. A survey was applied, an epidemiological record was drawn up, a clinical assessment was made and a case was selected for its presentation. **Results:** The patient comes to monthly checks after myorelaxing therapy, referring improvement to oral opening. **Conclusions:** The stomatologist, maxillofacial surgeon, and psychologist in the care of people with TMD require interdisciplinary work; included home physiotherapy with self-care strategies, patient education, and lifestyle modifications. Treatment with dental and psychological approaches at the same time seems to be more effective and obtains better results. Patients should be aware that habits do not change on their own and they are responsible for these behavioral changes. The correction of a habit can be achieved by making the patient aware that this habit exists, how he should correct it and why he should do it.

www.medigraphic.org.mx

* Cirujano dentista.

** Cirujano maxilofacial.

*** Pasante de servicio social.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Recibido: 28 Junio 2018. Aceptado para publicación: 27 Julio 2018.

responsables de estos cambios de comportamiento. La corrección de un hábito puede lograrse haciendo al paciente conocedor de que ese hábito existe, cómo debe corregirlo y por qué debe hacerlo.

Palabras clave: Trastorno temporomandibular, articulación temporomandibular, estrés, depresión, psicógeno.

Key words: Temporomandibular disorder, temporomandibular joint, stress, depression, psychogenic.

ANTECEDENTES

El sistema estomatognático (SE) es una unidad morfofuncional integrada y coordinada; un sistema muy complicado con un conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares, dentales y articulares, como la articulación temporomandibular (ATM). La ATM establece una relación entre el hueso temporal, base del cráneo y mandíbula. Está dispuesta entre el cóndilo mandibular, la eminencia y fosa articular del temporal; su funcionamiento y alteraciones son un tema muy controvertido dentro del campo de la medicina y, en específico, dentro de las especialidades odontológicas.¹⁻⁷

Los dolores musculoesqueléticos han sido identificados como la causa más frecuente del dolor de origen no odontogénico en la región orofacial, ocasionando una discapacidad transitoria o permanente, reduciendo la calidad de vida de los pacientes e involucrando costos elevados en atención médica anualmente.^{3,8-10}

Se acudió al Servicio de Psicología de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Núm. 26, Monterrey, Nuevo León (NL), donde se buscarían y evaluarían en conjunto con la licenciada en psicología pacientes sin antecedentes de traumatismos o lesiones cervicales. Se les aplicó una encuesta, se elaboró una ficha epidemiológica, valoración clínica y se seleccionó un caso para esta presentación.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 48 años de edad, originaria de Monterrey, NL, ama de hogar. Antecedentes heredofamiliares (AHF): madre con hipertensión arterial y hermana con diabetes mellitus tipo 2. Antecedentes personales patológicos (APP): hipertensión arterial desde el 2004, actualmente tratada con losartán y propranolol desde hace dos años, cefalea migrañosa en 2006, en tratamiento con carbamazepina, sulindaco y piroxicam, diagnóstico de depresión mayor e insomnio desde 2009, en tratamiento con fluoxetina y clonazepam; niega antecedentes traumáticos, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías.

Acude al Servicio de Estomatología por referir limitación de los movimientos mandibulares, se realiza exploración clínica, presentando dolor a la palpación de los músculos de la masticación bilateral, así como esplenio, trapecio y esternocleidomastoideo, dolor a los movimientos de lateralidad y protrusión, apertura oral de 20 mm con dolor acentuado sobre el lado derecho, intraoralmente, dentición secundaria incompleta por falta de primeros molares inferiores bilateralmente, presenta odontoplastias funcionales, oclusión clase I bilateral, mucosas hidratadas y de buena coloración, buena higiene oral (primeros molares inferiores), con oclusión estable (Figura 1).

La paciente refiere, en una escala visual análoga del dolor (EVA), un dolor 8 de 10, se le diagnostica como trastorno de la articulación temporomandibular, se inicia tratamiento paliativo mediante indicación de terapia mio-relajante: limitación de la apertura oral, dieta con papilla, evitar estrés, fomentos tibios y masaje bilateralmente en región de carrillos, sien, nuca, cuello y hombros. Se le solicitan radiografías (Rx) de Schuller de ambos lados, con boca abierta y cerrada (Figura 2).

RESULTADOS

La paciente acude un mes después de haber realizado la terapia mio-relajante, refiriendo mejoría a la apertura oral (Figura 3) y EVA 5 de 10, motivo por lo cual se le solicitó continuar con mismas indicaciones hasta su remisión total.

DISCUSIÓN

Los trastornos temporomandibulares (TTM) se consideran un subtipo de los trastornos musculoesqueléticos. En 1996, el *National Institutes of Health Technology Assessment Conference Statement: management of temporomandibular disorders* llevó a cabo una propuesta de definición y presentación clínica del trastorno, basándose en las líneas establecidas por la *American Academy of Orofacial Pain (AAOP)*, manejando el concepto como un grupo heterogéneo de afecciones del sistema neuromuscular que involucran la ATM, los músculos masticatorios



Figura 1.

A. Oclusión, B. Arcada superior e inferior.

y los tejidos de todo el sistema estomatognático, cuyos signos y síntomas pueden durar indefinidamente.^{7,9-16} El término TTM no es un diagnóstico, sólo es un término amplio que contiene varias entidades de la enfermedad. Bajo esta denominación, se agrupan todos los problemas que impiden el trabajo normal de este sistema complejo de músculos, ligamentos, discos y huesos.

Distintos autores le han dado diferentes denominaciones al mismo TTM, tales como disfunción miofascial dolorosa, dolor facial atípico, dolor miofascial, síndrome miofascial doloroso, entre otros. En 1992, Janet Travell y David Simons describieron que estos trastornos suelen ser incapacitantes, subdiagnosticados y, por consiguiente, poco tratados.^{3,5,7,8-10,13-16}

Los TTM, según estudios realizados a nivel mundial, son un problema muy frecuente, aproximadamente entre el 70-90% de la población en general tiene al menos un signo clínico. Mientras que entre el 5-13% muestran sintomatología clínicamente significativa. En función del género, el porcentaje de mujeres es considerablemente

mayor que el de hombres, situándose en torno al 70-90% (Carlsson, 1999). Pimenta y cols., en 2016, valoraron los TTM entre hombres y mujeres, teniendo una prevalencia del género femenino, en una proporción de 4/6:1. Los TTM son considerados una patología presente en la ajetreada sociedad industrial de la actualidad, la enfermedad de la sociedad moderna.^{4,11,14,16}

Los signos y síntomas van desde los más ligeros hasta los más severos, que son incapacitantes e impiden al individuo ejercer sus funciones fisiológicas para el habla y la alimentación (por ejemplo, hasta sus actividades diarias, como el trabajo, el ocio y el descanso), suele ser una causa importante de ausentismo laboral y de disminución de la productividad en el trabajo, por lo cual debe recibir una mayor atención, pues, al igual que otras condiciones crónicas de salud, tiene un impacto negativo en el funcionamiento de los individuos. Sin embargo, es una condición tratable que responde favorablemente al tratamiento oportuno y adecuado, por lo que es de suma importancia para el médico general manejar este diag-

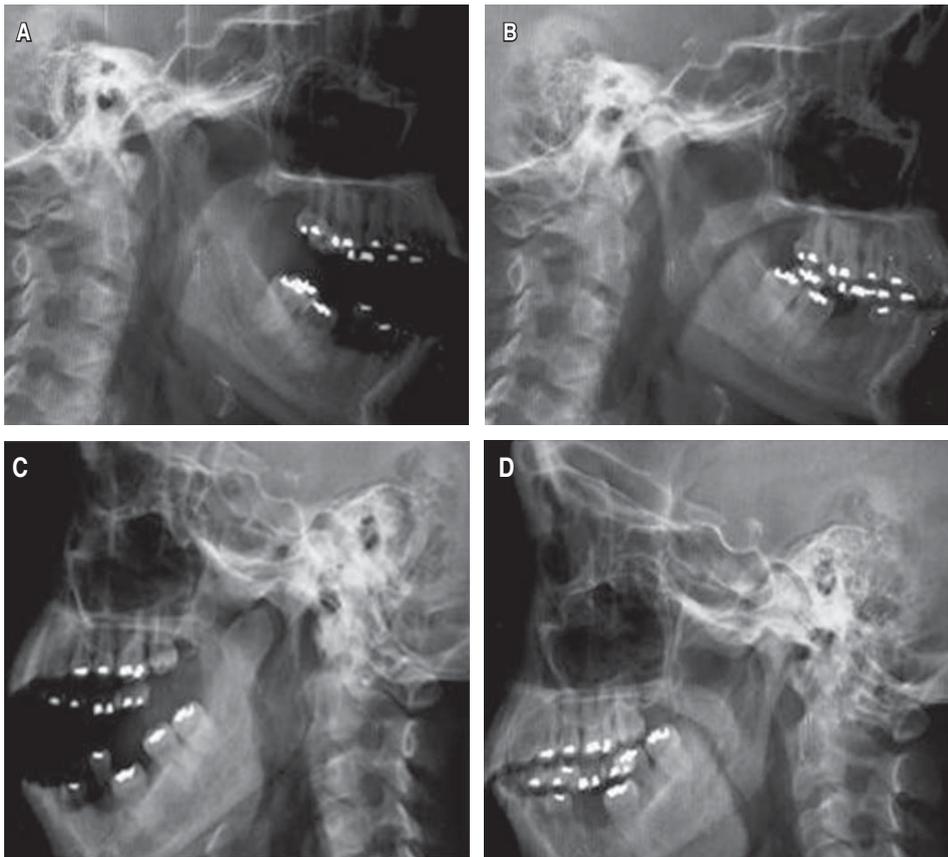


Figura 2.

A. Radiografías de Schuller ATM; izquierda, boca abierta, **B.** Izquierda, boca cerrada, **C.** Derecha, boca abierta, **D.** Derecha, boca cerrada

nóstico y su adecuado tratamiento, y así poder brindar a los pacientes la atención adecuada de un padecimiento que puede resultar incapacitante en su ámbito laboral, e incluso en actividades básicas de la vida diaria.^{4,9}

Los estudios científicos han demostrado que esta patología varía en síntomas sensoriales, motores y autonómicos, los principales incluyen dolor espontáneo o a la palpación en los músculos masticatorios y/o el área de la ATM, ruidos articulares al abrir y cerrar (*clicking* o crepitación de la articulación), limitación en el rango de movimiento de la mandíbula, debilidad, desviaciones en el movimiento mandibular (alteración del recorrido del cóndilo), bloqueo al abrir o cerrar la boca. Los síntomas secundarios pueden ser cefalea, dolor en región temporal, frontal, occipital, cervical (tortícolis), dolor de hombros, dolor y presión debajo de los ojos, dolor en la región preauricular, *tinnitus*, vértigo, otalgia, hipersensibilidad a los sonidos, pérdida de la audición, hipertrofia muscular; en las extremidades inferiores, pueden afectar a los músculos cuádriceps o a los de la pantorrilla y puede llevar a una limitación de la movilidad en la rodilla y tobillo;

durante la función masticatoria, intraoralmente pueden presentar desgaste dental oclusal anormal (bruxismo), abfracción y el desgaste patológico, recesiones gingivales, hiperactividad de los dientes, pérdida de soporte óseo. Además, se observan impresiones de los dientes en los tejidos blandos, incluidas las impresiones de los dientes en la lengua y en la mucosa de las mejillas (línea alba).^{3,4,6,8,9,12,13,15-21}

La etiología del trastorno puede ser causada por diferentes factores fisiológicos y/o psicosociales con capacidad de exacerbar el proceso. Hoy, la salud mental juega un papel dominante en la patogénesis de TTM.^{3,11,22,23}

Laskin, en 1969, comenzó a defender la etiología de los TTM, otorgando especial relevancia al estrés y al estado psicológico. Engel, en 1977, planteó un modelo biopsicosocial, resaltando la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales, junto a los biológicos, como determinantes de la enfermedad y su tratamiento. McCreary et al. (1991) describen la llamada «hipótesis psicofisiológica», donde postulan que determinados rasgos de personalidad predisponen a su-

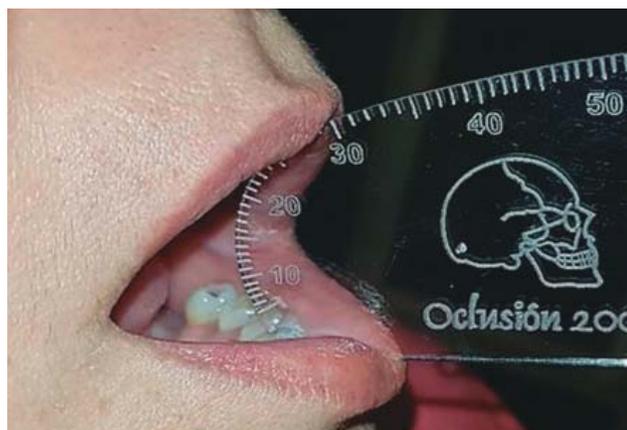


Figura 3. Apertura oral postterapia mio-relajante.

frir sintomatología de estrés, incrementando, a su vez, la tensión e hiperactividad muscular general y/o específica de la ATM, lo que resulta en alteraciones cuantitativas y cualitativas de la función de los componentes del aparato masticatorio. También es importante considerar la cultura y el entorno, que pueden jugar un rol importante en el desarrollo de los TTM.^{5,7,10,11,16,24}

La Universidad de Cambridge y la Universidad Londres (2013) sugieren que los individuos con enfermedad psicógena son aquellos que presentan una enfermedad física que proviene del estrés emocional o mental. Más de 340 millones de personas sufren actualmente de algún tipo de depresión clínica, según datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). Esta organización internacional indica que la depresión va a ser la primera causa de discapacidad mental que contribuya a la adquisición de enfermedades en el mundo para el año 2020. Con base en estudios del 2012, la Universidad de Greifswald en Alemania ha propuesto que los síntomas de depresión y ansiedad deberían ser considerados como factores de riesgo en los TTM. Autores como Araneda P et al. (2013), Rollman GB et al. (2000) y Rugh JD et al. (1993) han demostrado que los problemas psicológicos y psiquiátricos son prevalentes en los pacientes con trastorno de ATM. En este sentido, los factores biopsicosociales han sido relacionados con la aparición de los síntomas, como origen de tensión muscular masticatoria y dolor orofacial crónico.^{3,4,7,25,26}

Los pacientes que presentan TTM suelen presentar altos niveles de tensión, provocando un ciclo donde a mayor dolor de la ATM, mayores niveles de depresión y ansiedad. Por otra parte, condiciones como la angustia y el enojo son comunes en pacientes con TTM que han sufrido

fracasos reiterados en sus tratamientos, lo que contribuye a aumentar el sufrimiento, la preocupación del paciente, tendencia a la dependencia de fármacos u otros tratamientos, pérdida de autoestima, apatía, conducta esquiva y hostilidad. Otro factor importante son las alteraciones del sueño, que, por la pérdida de una relajación adecuada del músculo, hace que este mantenga una actividad permanente, lo cual se traduce en focos de hiperirritabilidad y, consecuentemente, dolor. Además, también pueden presentar enfermedad sinusal, problemas gastrointestinales (síndrome de intestino irritable, úlceras, gastritis), tabaquismo, migraña, desmayos, mareos, alergias (accesos asmáticos), dermatitis seborreica, psoriasis, ataques de pánico, sudores nocturnos, fibromialgia, problemas de concentración, trastornos del sueño, síndrome de fatiga crónica, cistitis intersticial, abuso de drogas, trastorno de síntomas somáticos.^{2-4,9}

La psicología y la odontología son dos áreas de la salud que seguramente están en mucha relación; sin embargo, tienen numerosos puntos e intereses comunes que no son atendidos, dado que el comportamiento de los individuos puede afectar la salud del sistema estomatognático como importante factor de riesgo. Los estados psicológicos influyen en la salud, alterando los sentimientos y emociones, que pueden llevar a efectos positivos o negativos en el bienestar del paciente; el odontólogo está obligado a brindar una atención integral y no sólo limitarse al ámbito bucal. La Organización Mundial de la Salud dice que la educación para la salud representa oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluyendo mejorar el conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.^{4,5,13}

En la literatura, se recomiendan múltiples tratamientos para los TTM, pero una de las partes más importante del tratamiento consiste en explicarle al paciente la causa y naturaleza benigna de la alteración. Los pacientes deben recibir información y educación de autocuidado para prevenir y/o disminuir los síntomas de los TTM.^{4,16} Se les debe informar sobre cómo evitar los movimientos extremos de la mandíbula (limitar la apertura oral, bostezos amplios, gritar o canto fuerte, evitar apretar los dientes, morderse el labio), dieta blanda a base de papilla (evitar chicles, chiclosos, alimentos duros), no deben dormir boca abajo ni masticar sólo por un lado, también se les recomienda la aplicación de calor y masajes. Se cree ampliamente que el masaje aumenta el flujo sanguíneo, reduciendo la rigidez muscular y adherencias focales; estos masajes

incluyen drenaje linfático manual, movilizaciones transversales, longitudinales y pellizqueo con rodamiento; realizar terapias cognitivas-conductuales, actividades de relajación (natación, baile, pintura, etc.), también existen las opciones de acupuntura, estimulación eléctrica, tratamiento con láser de baja intensidad y ultrasonido. Estas terapias pueden ser eficaces solas o como coadyuvantes de otros tratamientos.^{4,13,19}

CONCLUSIONES

Es necesario el trabajo interdisciplinario por parte del estomatólogo, cirujano maxilofacial y psicólogo en la atención de las personas con trastornos temporomandibulares, una fisioterapia en casa que incluya estrategias de autocuidado, educación al paciente y modificaciones del estilo de vida. El tratamiento que incluye enfoques odontológicos y psicológicos al mismo tiempo parece ser más efectivo y se obtienen mejores resultados. Los pacientes deberían estar conscientes de que los hábitos no cambian solos, y son ellos los responsables de estos cambios de comportamiento. La corrección de un hábito puede lograrse haciendo al paciente conocedor de que ese hábito existe, cómo debe corregirlo y por qué debe hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Valdés RJ, Montero PJ, El Ghannam RY, Delgado ML. Trastornos temporomandibulares en la mujer climatérica de mediana edad. *IntraMed Journal*. 2016; 5 (1): 1-8.
- Singh V, Sudhakar KNV, Mallela KK, Mohanty R. A review of temporomandibular joint-related papers published between 2014-2015. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2017; 43 (6): 368-372.
- Hernández RY, Tápanes DA, Saavedra CA, Machado MR, Arreguín AI, Chimal HS. Factores de personalidad y niveles de ansiedad-depresión en un grupo de pacientes con trastornos en la articulación temporomandibular. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 2014; 11 (3): 1-9.
- Vélez UJ, Vélez LC, Pérez MM. Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular y el papel de la educación en su tratamiento. *CES Movimiento y Salud*. 2015; 3 (1): 44-52.
- Rosende MN, Peláez AN, Mazza SM. Niveles de ansiedad y su relación con los trastornos temporomandibulares. *RAAO*. 2016; LV (2): 23-26.
- Awan U, Tariq N. Temporomandibular joint pain syndrome; effect of occlusal splint therapy. *Professional Med J* 2016; 23 (1): 081-084. doi: 10.17957/TPMJ/16.3053
- García CM, Pérez CY. Oclusión y estrés en el síndrome dolor disfunción temporo-mandibular. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2015; 40 (5).
- Chavarría SJ. Síndrome de dolor miofascial, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Cos Cen*. 2014; 71 (612): 683-689.
- Muñoz MJ, Alpizar RD. Síndrome miofacial. *Medicina Legal de Costa Rica. Edición Virtual*. 2016; 33 (1): ISSN 1409-0015.
- Lorenzi PR, dos Santos SR, Rodrigues CP. Indexes of anxiety, depression and disability in patients with myofascial pain, with and without the additional diagnosis of migraine. *Rev Dor São Paulo*. 2017; 18 (3): 189-193.
- Andreu Y, Galdón MJ, Durá E, Ferrando M. Los factores psicológicos en el trastorno temporomandibular. *Psicothema*. 2005; 17 (1): 101-106.
- Manfredini D, Olivo M, Ferronato G, Marchese R, Martini A, Guarda-Nardin L. Prevalence of tinnitus in patients with different temporomandibular disorders symptoms. *Int Tinnitus J*. 2015; 19 (2): 47-51.
- Amaíz AJ, Flores MA. Abordaje de la ansiedad del paciente adulto en la consulta odontológica: propuesta interdisciplinaria. *Odontología Vital*. 2016; 24: 21-28.
- Pimenta FC, Moreira RS, De Felício CM. Signs and symptoms of temporomandibular disorders in women and men. *Codas*. 2016; 28 (1): 17-21.
- Peng Y. Temporomandibular joint disorders as a cause of aural fullness. *Cli Exp Otorhinolaryngol*. 2017; 10 (3): 236-240.
- Paneque GM, González GD, Hormigot BL, Almeida MY. Disfunción temporomandibular en pacientes mayores de 20 años. Policlínico «Ángel Ortiz Vázquez», Manzanillo. 2011-2012. *Rev Hab Cienc Méd*. 2014; 13 (5): 681-689.
- Phillips J. Tinnitus and disorders of the temporo-mandibular joint (TMJ) and neck. *British Tinnitus Association*. 2017, Norfolk and Norwich university hospital version 2.1 <https://www.tinnitus.org.uk/tinnitus-and-tmj>
- Riffel CD, Flores ME, Scorsatto JT, Cecco LV, De Conto F, Rovani G. Association of temporomandibular dysfunction and stress in University Students. *Int J Odontostomat*. 2015; 9 (2): 191-197.
- Saleet JM. Mechanisms of myofascial pain. *Int Sch Res Notices*. 2014; 2014: 523924. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/523924>
- Maciejewska-Szaniec Z, Maciejewska B, Mehr K, Piotrowski P, Michalak M, Wiskirska-Woźnica B et al. Incidence of otologic symptoms and evaluation of the organ of hearing in patients with temporomandibular disorders (TDM). *Med Sci Monit*. 2017; 23: 5123-5129.
- Magalhães BC, Freitas JL, Barbosa AC, Gueiros MC, Gomes SG, Rosenblatt A et al. Temporomandibular disorder: otologic implications and its relationship to sleep bruxism. *Braz J Otorhinolaryngol*. doi: 10.1016/j.bjorl.2017.07.010
- Calixtre LB, Grüniger BL, Chaves TC, Oliveira AB. Is there an association between anxiety/depression and temporomandibular disorders in college students? *J Appl Oral Sci*. 2014; 22 (1): 15-21.
- Wieckiewicz M, Boening K, Wiland P, Shiau YY, Paradowska-Stolarz A. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders. *J Headache Pain*. 2015; 16: 106. doi: 10.1186/s10194-015-0586-5.
- Mercuri LG. Temporomandibular joint disorder management in oral and maxillofacial surgery. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017; 75 (5): 927-930.
- Moscoso MS. Avances en la medición psicométrica de la depresión. *Revista de Psicología*. 2014; 20 (1): 29-39.
- Buergers R, Kleinjung T, Behr M, Vielsmeier V. Is there a link between tinnitus and temporomandibular disorders? *J Prosthet Dent*. 2014; 111: 222-227.

Correspondencia:

Damaris Melissa Morales Valdez

E-mail: dra.damarismorales@hotmail.com