

Características psicosociales de los pacientes con trastornos temporomandibulares miogénicos

Psychosocial characteristics of patients with temporomandibular disorders myogenic

Alejandro Dib Kanan*
 Margarita Muñoz Guarneros**
 Irene Aurora Espinosa de Santillana***
 Ma. del Carmen Lara Muñoz****
 Hugo Vargas García*****

Recibido: Diciembre, 2009. Aceptado: Octubre, 2010

Descriptor: trastornos temporomandibulares, psicosocial, miogénico

Keyword: temporomandibular disorder, psychosocial, miogenic

*Alumno de la maestría en Ciencias Médicas e Investigación, FEBUAP
 Autor responsable
 **Secretaria de Investigación y Posgrado, FEBUAP
 ***Profesora Investigadora, FEBUAP
 ****Profesora Investigadora, Facultad de Medicina, BUAP
 *****Cirujano Maxilofacial, ISSSTEP

- Dib, K.A., Muñoz, G.M., Espinosa, S.I.A., Lara, M.M.C., Vargas, G.H. Características psicosociales de los pacientes con trastornos temporomandibulares miogénicos. Oral Año 12. Núm. 37. 2011. 698-701

resumen

Los trastornos temporomandibulares miogénicos son los más frecuentes de los TTM. Se caracterizan por dolor y aumento del nivel de la actividad muscular ocasionada por factores psicosociales múltiples que incrementan la frecuencia e intensidad de las parafunciones consideradas controversialmente como factor de riesgo para desarrollar TTM. Material y método: se incluyeron 61 pacientes con TTM miogénico de acuerdo a los CDI/TTM, con 44 meses en promedio del diagnóstico, con edad promedio de 35 ± 11.2 años y más de diez músculos adoloridos en promedio. Se evaluaron las características psicosociales de acuerdo al eje II del instrumento. Resultados: el promedio de dolor referido en escala numérica fue de 60.6 ± 19.89 , los días incapacitados en los últimos seis meses fueron más de diez, con un promedio de discapacidad en escala numérica de 35 ± 29.11 . La disfunción mandibular promedio reportada fue de $31\% \pm 21\%$. El 42.6% y el 63.9% de los pacientes presentaron depresión y somatización severa respectivamente y más del 17% presentó un grado de dolor crónico III ó IV que denota puntuaciones elevadas de discapacidad, independientemente del dolor reportado. Conclusión: las características psicosociales de los pacientes con TTM miogénicos presentan puntuaciones elevadas que deben ser consideradas al momento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estos pacientes.

abstract

Miogenic temporomandibular disorders are the most frequent temporomandibular disorders (TMD). They are characterized by pain and by an increase of the muscular activity levels, due to multiple psychosocial factors that will increase the frequency and intensity of the parafunctions controversially considered as a risk factor for the development of TMD. Materials and methods: 61 patients had to present a miogenic TMD according to RDC/TMD were included in this study, of an average of 44 months of associated miogenic TMD signs and symptoms. The mean age of the patients was 35 ± 11.2 and the mean number of aching muscles was 10. The psychosocial features were assessed. Results: the mean referred pain in a numeric scale was 60.6 ± 19.89 , the incapacitating days in the last six months were more than ten, with a mean numeric scale discapacity of 35 ± 29.11 . The reported average mandibular dysfunction was of $31\% \pm 21\%$. 42.6% of the patients reported depression and 63.9% somatization, and more than 17% had III or IV degree chronic pain, which denotes elevated rankings of incapacity, without respect of the reported pain. Conclusion: the psychosocial features of patients with miogenic TMD include elevated rankings that should be considered at the time of diagnosis, prognosis and treatment.

Introducción

Los trastornos temporomandibulares miogénicos son los más frecuentes de los TTM. Se caracterizan por dolor y un aumento del nivel de la actividad muscular ocasionada por factores psicosociales múltiples que incrementan la frecuencia e intensidad de las parafunciones consideradas controversialmente como un factor de riesgo para desarrollar TTM.

Algunos de los factores que provocan los TTM son el rechinido de los dientes, el apretamiento de los dientes, los traumatismos en cabeza, cara y cuello, el estrés, la ansiedad, la artritis, las citas muy largas durante los tratamientos dentales y los trastornos neurológicos.¹

Los problemas más frecuentes en los TTM, son los trastornos funcionales de los músculos de la masticación;

en los cuales se encuentran principalmente dos síntomas: el dolor y la disfunción pero sin duda el síntoma más frecuente que refieren los pacientes que buscan un tratamiento es el dolor al nivel de los músculos de la masticación, el cual se denomina mialgia, este dolor puede ir desde una ligera sensibilidad al tacto hasta una severa molestia; además este síntoma se asocia a una sensación de fatiga o tensión muscular y consecuentemente el dolor se presenta al realizar funciones como el masticar y hablar.²

Un gran número de condiciones patológicas crónicas que afectan la región orofacial están asociadas a un dolor persistente y debilitante. El dolor orofacial persistente es la razón más importante por la cual las personas acuden a consulta y están involucrados factores psicológicos, conductuales y sociales, además de la patología física. Las

condiciones orofaciales dolorosas más prevalentes son de origen músculo esqueléticas y, entre éstas, las más comunes son los TTM, considerados como una condición de dolor crónico. Las condiciones de dolor crónico están asociadas, generalmente, con procesos fisiopatológicos específicos o la pérdida de alguna estructura biológica. En los pacientes con dolor crónico es frecuente encontrar depresión. Mientras más tiempo persista el dolor, mayor será la probabilidad de que el paciente se deprima, esté irritable, somáticamente preocupado y errático en la búsqueda de un alivio, es importante que se le crea en la intensidad de sus síntomas. Además, el dolor crónico afecta tanto al sujeto como a su familia, amigos, compañeros de trabajo y a los profesionales de la salud.³ Aunque los signos y síntomas de los TTM mejoran, en ocasiones el paciente deprimido continúa refiriendo dolor y hay que completar el tratamiento con especialistas en salud mental.⁴

Se ha demostrado que el desarrollo de signos y síntomas de los TTM está asociado con variables psicosociales como el estrés del medio ambiente, estrés relacionado a reacciones emocionales y la personalidad, consecuencia de la hiperactividad muscular inducida por el estrés.⁵

Existen factores como el estrés psicológico, ansiedad, depresión, hábitos bucales y dolor crónico que se encuentran en pacientes con TTM.⁴ Diversa literatura asocia los factores emocionales con el padecimiento de los trastornos temporomandibulares.^{1,6,7}

En la ciudad de Puebla se realizó un estudio con una muestra de 500 individuos entre los 12 y 24 años de edad, cada uno fue evaluado clínicamente para detectar la presencia de signos y síntomas de TTM, en escala dicotómica y el perfil psicológico con el cuestionario SCL90 en escala ordinal. Los resultados mostraron que las puntuaciones encontradas en la SCL90 de acuerdo a la presencia de signos y síntomas de TTM fueron mayores en todas las subescalas en el grupo de los pacientes con signos y síntomas de TTM, también se encontró que existe correlación entre los signos y síntomas de TTM con el perfil psicológico.¹

Otro estudio realizado en la ciudad de Puebla comparó los aspectos psicosociales de pacientes con TTM como discapacidad, somatización y depresión con la combinación de diagnósticos físicos como trastornos musculares, desplazamiento del disco, artralgia, osteoartritis, osteoartrosis y otros. Con una muestra de 67 pacientes con un promedio de edad de 39 años y que presentaban TTM, dolor crónico y con un diagnóstico psicosocial, se encontró que el número de diagnósticos físicos se asocia con la cronicidad del dolor relacionado con los TTM y con las características psicosociales de los pacientes que los padecen. Se concluyó que la combinación de los diagnósticos físicos de los TTM se asocia con la cronicidad del padecimiento y con las características psicosociales de los pacientes, entre mayor número de diagnósticos físicos el paciente presenta mayor compromiso psicosocial.⁸

Se realizó otro estudio donde se comparó el funcionamiento familiar de pacientes con y sin TTM. Se

incluyeron a 130 pacientes de 18 a 60 años de edad con TTM y sin TTM que asistieron a consulta de cirugía maxilofacial. Se clasificó a los pacientes con y sin TTM de acuerdo a los CDI/TTM. Se les aplicó el cuestionario de funcionamiento familiar FACES-III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), instrumento de tamizaje para la función familiar. El 67.6% de los pacientes evaluados con FACES-III tuvo indicios de disfunción familiar. Los resultados mostraron que los pacientes con TTM tuvieron evidencias de disfunción grave y mayor variabilidad de grupos, sin alcanzar diferencia estadísticamente significativas.⁹

Material y método

Estudio observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico. Se incluyeron 61 pacientes (82% mujeres) de la Consulta de Dental del ISSSTEP con TTM miogénico de acuerdo a los CDI/TTM, previa estandarización (Kappa .72) con 44 meses en promedio de presentar signos o síntomas relacionados, con edad promedio de 35 ± 11.2 años y más de diez músculos adoloridos en promedio. Se evaluaron las características psicosociales con el eje II del instrumento que incluye indicadores que califica dolor, incapacidad, discapacidad, disfunción mandibular, somatización, depresión y grado de dolor crónico relacionados con signos y síntomas de TTM durante los últimos seis meses.

Los parámetros del instrumento son:

Grado de dolor crónico. Escala que incluye: dolor y discapacidad relacionados con los TTM, reportados por el paciente.

-Registro de dolor es el promedio de dolor en escalas numéricas.

- a) Dolor al momento de la evaluación.
- b) El peor dolor experimentado en los últimos meses.
- c) El promedio de dolor en los últimos seis meses.

-La discapacidad se registra con la suma de los días incapacitados y el promedio de las tres escalas de discapacidad.

- | | |
|------------------------------------|-----------|
| a) de 0 a 6 días de incapacidad, | 0 puntos. |
| b) de 7 a 14 días de incapacidad, | 1 punto. |
| c) de 15 a 29 días de incapacidad, | 2 puntos. |
| d) 30 días de incapacidad, | 3 puntos. |

y el promedio de tres escalas numéricas:

- a) discapacidad para realizar actividades de la vida diaria,
- b) discapacidad para realizar actividades sociales,
- c) discapacidad para realizar actividades laborales.

de 0 a 29,	0 puntos.
de 30 a 49,	1 punto.
de 50 a 69,	2 puntos.
de 70 en adelante,	3 puntos.

Grado I. Menos de 50 puntos de dolor y menos de 3 puntos de discapacidad.

Grado II. Más de 50 puntos de dolor y menos de 3 puntos

de discapacidad.

Grado III. De 3 a 4 puntos de discapacidad independientemente del dolor.

Grado IV. De 5 a 6 puntos de discapacidad independientemente del dolor.

Disfunción mandibular. Se califica con doce reactivos que evalúan la capacidad para realizar actividades mandibulares y se califican con el porcentaje de actividades limitadas por los TTM.

Somatización y depresión. Se califican con la lista de 90 síntomas (SCL90) y se establece una puntuación, que posteriormente de acuerdo a la edad y sexo del paciente se califica como:

Somatización: normal, moderada, severa.

Depresión: normal, moderada, severa.

Se calculó estadística descriptiva, media, mediana e intervalos de confianza al 95% para variables dimensionales y proporciones para variables categóricas con el programa SPSS v.15.

Resultados

La muestra estuvo conformada principalmente por mujeres, la mayoría de los incluidos en el estudio fueron solteros, con un promedio de edad superior a los treinta años, ingresos promedio de casi \$8,000.00 mensuales y un nivel de estudio de bachillerato y licenciatura (Tabla 1).

Tabla 1.

Características demográficas de la población		
	N	%
Mujeres	50	82.0
Hombres	11	18.0
Estatus de pareja		
Con pareja	21	34.4
Sin pareja	40	65.6
Media		De
Edad	34.8	11.2
Ingreso mensual	\$7,900	\$6,959
Años de estudio	15.1	3.3

En la tabla 2 se aprecian las características clínicas relacionadas con los TTM miogénicos de la población que revelaron que más de la mitad de los pacientes presentaron un patrón de apertura alterado, que el recorrido de la apertura bucal se encontró dentro de los límites normales, que el músculo doloroso mayormente referido fue el pterigoideo lateral izquierdo y que la mitad de los músculos evaluados se refirieron con dolor.

Las características psicosociales de la población hacen evidente que el dolor evaluado al momento de la consulta en la escala visual análoga denota intensidades de moderado a severo con valores extremos superiores, que en promedio el dolor presentado en los últimos seis meses alcanza intensidad de severo, los días de incapacidad

reportados son pocos sin diferencias entre discapacidad en actividades diarias, sociales y laborales. El promedio del tiempo de evolución de los pacientes con signos y síntomas de TTM miogénicos fue de más de dos años, y las puntuaciones de depresión y somatización denotan valores altos en la evaluación de las mismas (Tabla 3).

Tabla 2.

Características clínicas de la población		
	n	%
Patrón de apertura bucal		
Recto	25	41.0
Alterado	36	59.0
Músculo con mayor referencia de dolor		
Pterigoideo lateral izquierdo	54	88.5
Media		De
Recorrido de apertura bucal	46.12	7.2
Número de músculos adoloridos	10.7	4.4

Tabla 3.

Características psicosociales de la población		
	Mediana	Media
Dolor al momento de la exploración	50.0	54.7
Peor dolor experimentado	80.0	69.6
Dolor en promedio los últimos seis meses	60.0	57.54
Dolor resultante	60.0	60.5
Días incapacitados	3.0	9.85
Discapacidad en actividades diarias	30.0	36.23
Discapacidad en actividades sociales	30.0	32.6
Discapacidad en actividades laborales	30.0	34.5
Promedio de meses de evolución	24.0	44.6
Puntuación de depresión	.92	1.08
Puntuación de somatización	1.25	1.42

Los resultados ponen de manifiesto que la cuarta parte de las actividades mandibulares se encuentran comprometidas, con mayor compromiso de las actividades: fragmentar alimentos duros y masticar (Tabla 4).

Tabla 4.

Disfunción mandibular		
	n	%
Masticar	43	70.5
Beber	5	8.2
Ejercitar	17	27.9
Comer alimentos duros	46	75.4
Comer alimentos blandos	5	8.2
Sonreír	18	29.5
Actividad sexual	3	4.9
Lavarse los dientes o cara	12	19.7
Bostezar	33	54.1
Tragar	8	13.1
Conversar	19	31.1
Apariencia facial habitual	20	32.8
Media		De
Promedio del porcentaje de disfunción mandibular	25.0	31.1

En la Tabla 5 se aprecia que la calificación del grado de dolor crónico, casi la mitad de los pacientes califican para grado II que involucra pacientes con dolor severo y poca discapacidad, sin embargo la cuarta parte de los pacientes reportan discapacidad moderada o severa relacionada con los TTM.

Tabla 5.

Grado de dolor crónico de los pacientes incluidos en el estudio		
	n	%
GRADO I	17	27.9
GRADO II	28	45.9
GRADO III	10	16.4
GRADO IV	6	9.8
TOTAL	61	100.0

Discusión

En el presente estudio se incluyeron pacientes con una media de edad de 34.8 ± 11.2 , edad representativa de los TTM, pues según Mintz en 1993 reporta que aunque los signos y síntomas de dicho padecimiento aumentan con la edad en niños y adultos jóvenes, estos grupos de población no suelen presentar síntomas significativos, igualmente los pacientes de más de 60 años.¹⁰

Igualmente los resultados obtenidos permiten apreciar que el promedio de dolor calificó alrededor de los 60 puntos, valores superiores a los reportados por Espinosa en 2009 en pacientes con un solo diagnóstico de TTM (32.17), el grado de dolor crónico en el presente estudio fue predominantemente grado II que está relacionado con dolor intenso pero con poca discapacidad, sin embargo la cuarta parte de la población incluida reporta grado III o IV que denotan discapacidad moderada o severa, valores muy por arriba de lo reportado en el citado estudio donde de los pacientes con un solo diagnóstico solo una minoría califica para grados II, III y IV, probablemente los resultados puedan explicarse debido a que los pacientes incluidos en el estudio de Espinosa con un solo diagnóstico no fueron específicamente miogénicos.⁸

En los resultados de la presente investigación se observa que las actividades mandibulares con mayor compromiso fueron: masticar y fragmentar alimentos duros, los reportes de Ash en 1986 y Okeson en 1999 manifiestan que la causa más común de este compromiso se debe a la fatiga muscular producida por los hábitos bucales crónicos generados frecuentemente por una tensión psicológica que conduce al espasmo muscular que determina que las actividades bucales cotidianas de mayor frecuencia y de mayor exigencia muscular produzcan TTM miogénico.^{2,11}

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que los pacientes con TTM miogénico reportan puntuaciones de depresión y somatización que califican de moderados a severos, lo cual es reforzado por las teorías que reportan que los factores emocionales asocian con los

TTM y que a mayor grado de tensión psicológica, estrés psicológico, ansiedad, depresión y hábitos bucales se producirá mayor dolor crónico que se encuentra en pacientes con TTM^{1,4,6,7,12}. Desde 1982 Greene, Leeuw en 1994, Visser en 1995 han demostrado que el desarrollo de los signos y síntomas de los TTM están asociado con variables psicosociales como el estrés del medio ambiente, estrés relacionado a reacciones emocionales, y la personalidad, consecuencia de la hiperactividad muscular inducida por el estrés.^{1,5,13}

En conclusión las características psicosociales de los pacientes con TTM miogénicos presentan puntuaciones elevadas que deben ser consideradas al momento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estos pacientes.

Bibliografía

- 1.- Espinosa, S., Reyes, G., Vaillard, J.E., Vargas, G., Reyes, G.Y. Relación de desórdenes temporomandibulares-perfil psicológico en estudiantes de Puebla. Revista Odontológica Mexicana. 2006; 10(3):115-118.
- 2.- Okeson, J.P. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. España. 4a edición. Editorial Mosby-Harcourt, 1999: 149-233.
- 3.- Craig, K., Wall, P., Melzack, R. 1994. Emotional aspects of pain. Textbook of Pain. 3^a Ed. Churchill Livingstone: Edinburgh. Capítulo 12.
- 4.- Rugh, J., Dahlström, L. 1994. Psychological management of the orofacial pain patient, en Biological and psychological aspects of orofacial pain. Stohler, C. y Carlson, D. (eds.) Center for Human Growth and Development the University of Michigan, Ann Arbor, Michigan. Volumen 29. Craniofacial Growth Series.
- 5.- Leeuw, J., Steenks, W., Ros, W., Lobbezoo-Scholte, A.M., Bosman, F., Winnubst, J. Assessment of treatment outcome in patients with craniomandibular dysfunction. Journal of Oral Rehabilitation, 1994. Vol. 21, 655-666.
- 6.- Adrian, U. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. Journal of Oral Rehabilitation. 2002; 88-5.
- 7.- Lara, M., Espinosa, S., Cárdenas, M., Fócil, M., Cavazos, J. Confidabilidad y Validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatológica en mujeres. Edit. Salud Mental. 2005; 28 (3): 42-50.
- 8.- Espinosa, S., Lara, M., Lara, C., Saavedra, G., Vargas, G. Comparación de los aspectos psicosociales (eje II) de los pacientes con trastornos temporomandibulares, de acuerdo a la combinación de diagnósticos físicos (eje I) de los criterios diagnósticos para la investigación de los trastornos temporomandibulares (CDI/TTM). Revista Oral. 2009; 10(30): 477-481.
- 9.- Quinteromarmol, J., Espinosa, S., Martínez, T., Vargas, G. Trastornos Temporomandibulares y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (5): 473-478.
- 10- Mintz, E. Craniomandibular dysfunction in children and adolescents. Craniomandibular Pract. 1993. 224- 231.
- 11.- Ash, M. Current concepts in the aetiology, diagnosis and treatment of TMJ and muscle dysfunction. Journal of Oral Rehabilitation. 1986; 13: 1-20.
- 12.- Yemm, R. A neurophysiological approach to the pathology and etiology of temporomandibular dysfunction. Journal of Oral Rehabilitation. 1985; 12: 343-353.
- 13.- Visser, A., Naeije, M., Hanson, T. The temporal/masseter cocontraction and electromyographic and clinical evaluation of short-term stabilization splint therapy in myogenous CMD patients. Journal of Oral Rehabilitation. 1995; 22: 387-389.