

Efecto de la psicoterapia combinada con tratamiento conservador en pacientes con trastornos temporomandibulares musculares

Dra. Mariana Merced Taddeo Molina,* Dr. Ismael Vejar Alba**

*Graduada del Curso de Cirugía Oral y Maxilofacial. Escuela Militar de Graduados de Sanidad. Becaria de la República Bolivariana de Venezuela. **Adjunto de la Sección de Estomatología y Cirugía Maxilofacial del Hospital Central Militar.

RESUMEN

Introducción. Los pacientes con trastornos temporomandibulares (TTM) musculares presentan dificultad a la masticación y a la apertura bucal, asimismo, dolor de cabeza u oídos que traen como consecuencias trastornos del sueño e irritabilidad.

Objetivo. Determinar que la influencia de la psicoterapia combinada con tratamiento conservador produce mejor control del dolor a la apertura bucal, a la masticación y dolor cervical comparada con la aplicación únicamente de tratamiento conservador en los pacientes con TTM musculares de la Consulta Externa de Cirugía Maxilofacial del Hospital Central Militar.

Métodos. Estudio de intervención, longitudinal y comparativo. Se formaron dos grupos de pacientes, 20 del grupo "A" y 27 del grupo "B", sujetos que acudieron al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Central Militar con TTM musculares. Se diagnosticaron mediante una historia clínica, exploración física, exámenes complementarios y pruebas psicométricas; fueron intervenidos con tratamiento conservador (grupo "A") y tratamiento conservador combinado con psicoterapia (grupo "B"). El análisis estadístico fue realizado con la prueba paramétrica T de Student para comparación de las medias de dos muestras independientes, utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales versión 19.

Resultados. Se hallaron efectos favorables ($p < 0,05$) del tratamiento conservador combinado con psicoterapia en comparación con el tratamiento conservador únicamente, en relación con el control del dolor a la apertura bucal, a la masticación y dolor cervical, de la ansiedad y la depresión.

Discusión y conclusiones. Los resultados concuerdan con los de estudios actuales. Se favorece la interpretación de la etiología biopsicosocial de los trastornos temporomandibulares musculares. Se recomienda el tratamiento interdisciplinario, considerando la psicoterapia como medida de cuidado secundario.

Palabras clave: Psicoterapia, trastornos temporomandibulares musculares.

Effect of psychotherapy combined with conservative treatment in patients with temporomandibular disorders muscle

ABSTRACT

Introduction. Patients with temporomandibular muscle disorders (TMD) have difficulty chewing and mouth opening and the same headache, or earsring as consequences of sleep disorders and irritability.

Objective. Determine the influence of combined psychotherapy with conservative treatment produces better control of pain on mouth opening and pain on chewing cervical compared to the application only conservative treatment in patients with TMD muscle of Hospital.

Methods. Intervention study, longitudinal and comparative. Formed two groups of patients, 20 of group A and 27 group B, patients who visited the service Maxillofacial Surgery of the Central Military Hospital TTM muscle. Were diagnosed by a history, physical examination, complementary examinations and psychometric tests, were operated with conservative treatment (group A) and treatment combined with psychotherapy conservative (group B). The Statistical analysis was performed using the parametric T-test for comparison of means two independent samples, using the package statistics for social sciences version 19.

Results. Favorable effects were found ($p < 0.05$) treatment conservative combined with psychotherapy with conservative treatment only, in conjunction with pain control to open the mouth, the chewing and neck pain, anxiety and depression.

Conclusions. The results agree with those of current studies. It favors the interpretation biopsychosocial etiology of disorders of Temporomandibular muscle. We recommend interdisciplinary approach, considering the psychotherapy as a measure of secondary care.

Key words: Psychotherapy, disturbance of temporomandibular muscle.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos Temporomandibulares (TTM) son condiciones dolorosas que afectan la articulación temporomandibular (ATM), los músculos masticatorios y estructuras adyacentes. Los distintos factores etiológicos pueden ser tanto predisponentes, desencadenantes como perpetuantes. El 85% de la población ha presentado, por lo menos una vez en su vida, algún signo o síntoma de TTM. Su etiología es multifactorial, convirtiendo el tratamiento en un reto para el especialista. Con el abordaje meramente físico, 70% de los pacientes presentan recidiva. Las terapias multimodales proponen abordajes integrales (físicos y psicosociales) para los pacientes y han demostrado eficiencia en el manejo de otros padecimientos dolorosos crónicos.^{1,2}

El sistema estomatognático interviene en diversas funciones como la masticación, la deglución, la articulación de la palabra, la expresión de los sentidos, el gusto y la respiración. Las alteraciones de estas funciones afectan las actividades de la vida diaria y puede ser el desencadenante de algias faciales, cefaleas y movimientos mandibulares alterados; por lo tanto, es necesario el conocimiento de la anatomía y biomecánica de esta articulación para poder abordar dicha problemática desde un equipo multidisciplinario, detectando y evaluando cual va a ser el correcto tratamiento para cada paciente en particular. En la actualidad, se hace innegable el estudio de los TTM, ya que a lo largo del tiempo ha resultado controvertido el tema de su denominación, etiología, diagnóstico y tratamiento.³

Recientemente, se ha establecido que en la etiología de los TTM está implicada una combinación biopsicosocial. Normalmente el sistema masticatorio soporta numerosas alteraciones sin que se manifiesten trastornos, pero cuando la alteración es importante puede superar la tolerancia fisiológica del individuo al dolor y crear una respuesta en el sistema. Ahora bien, es probable que en la tolerancia fisiológica de un paciente influyan factores locales y sistémicos determinantes.⁴

En la actualidad son prácticamente inexistentes los estudios controlados y aleatorizados sobre la epidemiología de los TTM, por lo general haciendo referencia a poblaciones pequeñas, ajustadas a los fines de cada investigación.

Aggarwal y cols.⁵ desarrollaron una revisión sistémica de la evidencia científica sobre el manejo del dolor crónico orofacial mediante la terapia cognitivo conductual. La terapia cognitivo conductual se analizó sola o combinada con otras

formas terapéuticas para el manejo del dolor crónico orofacial. Kröner-Herwig⁶ desarrolló una revisión sistémica de estudios publicados durante los años 2007 y 2008 en distintas revistas de ciencias de la vida, investigaciones que abordaron el tema del tratamiento del dolor crónico, reconociendo que éste se ha convertido actualmente en un esfuerzo multidisciplinario, incluyendo las intervenciones psicológicas. La etiología de los TTM musculares es multifactorial como son los hábitos posturales, hábitos orales, ansiedad y depresión por mencionar algunos, por lo tanto presentan dificultades fisiológicas como son la masticación y la apertura bucal, asimismo dolor en otras entidades como cabeza u oídos que traen como consecuencias trastornos del sueño e irritabilidad. En este sentido la finalidad del presente estudio fue determinar la influencia de la psicoterapia combinada con tratamiento conservador sobre el control del dolor a la apertura bucal, dolor a la masticación y dolor cervical comparada con la aplicación únicamente de tratamiento conservador en los pacientes con TTM musculares de la consulta externa de Cirugía Maxilofacial del Hospital Central Militar.

MÉTODOS

La población estudiada estuvo representada por los pacientes de la Consulta Externa del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Central Militar.

Estos sujetos fueron los pacientes con TTM musculares que cumplieron con los criterios de inclusión de esta investigación, durante el periodo comprendido desde marzo del 2010 hasta septiembre del 2010. El grupo "A" estuvo constituido por 20 pacientes; el grupo "B", por 27 pacientes.

A los pacientes que fueron candidatos de participar en el estudio se les pidió firmar consentimientos válidamente informados. Se elaboró la historia clínica en ambos grupos, prestando especial atención en los antecedentes patológicos para descartar del estudio a todos aquellos pacientes que no cumplieran con los criterios de inclusión. Se tomó en cuenta la presencia de sintomatología dolorosa de los músculos asociados a la ATM y los signos indicativos de hábitos parafuncionales. Posteriormente se procedió a la exploración física.

El procedimiento de examen físico y observación de la evolución de los pacientes fue realizado, registrando los resultados mensualmente en la nota de evolución y en la hoja de recolección de datos.

Los integrantes del primer grupo recibieron tratamiento conservador únicamente; los del se-

gundo grupo recibieron psicoterapia cognitiva conductual combinada con tratamiento conservador. Ello se realizó una vez diagnosticados los dos grupos de pacientes, procedimiento relacionado con la historia clínica y las HARS y HDRS, así como la aplicación del tratamiento conservador para ambos grupos de pacientes, el cual comprende farmacoterapia: analgésico (paracetamol, 500 mg vía oral cada, c/8 h por 5 días) y antiinflamatorio (diclofenaco, 100 mg vía oral, c/12 h por 10 días), termoterapia (fomentos húmedo-calientes en la zona afectada por 10 minutos, 3 veces/día hasta desaparecer sintomatología dolorosa), ejercicioterapia (ejercicios isométricos, isotónicos y de contrarresistencia), manipulación de tejidos blandos (masaje y estiramiento muscular), laserterapia (con acción antiinflamatoria y analgésica), ultrasonido y colocación de guarda oclusal de relajación.

Los pacientes del grupo B se refirieron al Servicio de Psicología de este nosocomio, recibiendo tratamiento combinado, previo consentimiento válidamente informado, a ambos grupos se les aplicaron las HARS y HDRS y aplicación del examen de autoestima. Se realizó la historia clínica psicológica. Luego, se aplicó la psicoterapia cognitiva conductual. En resumen, en los pacientes del grupo A se aplicó sólo tratamiento conservador y en los pacientes del grupo B se aplicó tratamiento conservador y referencia al Servicio de Psicología de este nosocomio.

La psicoterapia cognitivo-conductual se realizó en un lapso de tres meses. El paciente tomó conciencia de sus propias cogniciones distorsionadas y de las creencias en las que se basan.⁷

Las valoraciones subsecuentes se realizaron mensualmente durante los siguientes cuatro meses. Los pacientes fueron citados en el Servicio de Cirugía Maxilofacial una vez al mes para valorar evolución del dolor a la apertura bucal, de la masticación y dolor cervical. Estas eventualidades fueron registradas en las hojas de control del paciente, asimismo, se realizaron seis consultas de Psicología, dos sesiones al mes y en Medicina Física y Rehabilitación recibieron un total de diez sesiones, dos sesiones por semana.

Por tratarse de una alteración multifactorial, se refirieron al Servicio de Ginecología para valoración y tratamiento a todas las pacientes de este estudio en edades comprendidas entre 35 y 50 años de edad, por ser las edades de la fase previa y menopáusica propiamente. Los estrógenos son hormonas que activan la enzima quinasas MPK responsable del dolor orofacial.

Es importante recalcar que al finalizar el estudio se procedió a la referencia de los pacientes

del grupo A para nueva valoración con las HARS y HDRS, según el grado de ansiedad y/o depresión se le dió tratamiento en el Servicio de Psicología de este nosocomio, a quienes lo ameritaron, con la finalidad de garantizar la atención multidisciplinaria e integral de estos pacientes, equitativamente para todos.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 47 pacientes del género femenino, con una edad media de 48 años, con una DE: 12.831, una edad mínima de 22 y una máxima de 70 años.

Todos los pacientes presentaron un TTM muscular, observando categorías comparables entre ambos grupos, de las cuales el dolor miofascial fue considerablemente el que presentó mayor proporción.

En cuanto al dolor a la apertura bucal, dolor a la masticación y dolor cervical se observó disminución en ambos grupos, con notable mejoría del grupo "B" (Figura 1).

En este sentido, desde una valoración general, pareciera que la tendencia pone en evidencia una mayor efectividad del tratamiento conservador combinado con psicoterapia a partir del tercer y cuarto mes de tratamiento.

En relación con los puntos gatillo se hallaron resultados favorables asociados al grupo B en comparación con el grupo A, si bien la efectividad final al cuarto mes de ambos tratamientos es equivalente, en relación con la ausencia de puntos gatillo, se identificaron mayores beneficios desde el tratamiento conservador combinado con psicoterapia.

Cuando se localizan puntos gatillo, hay que intentar averiguar si existe un patrón de dolor

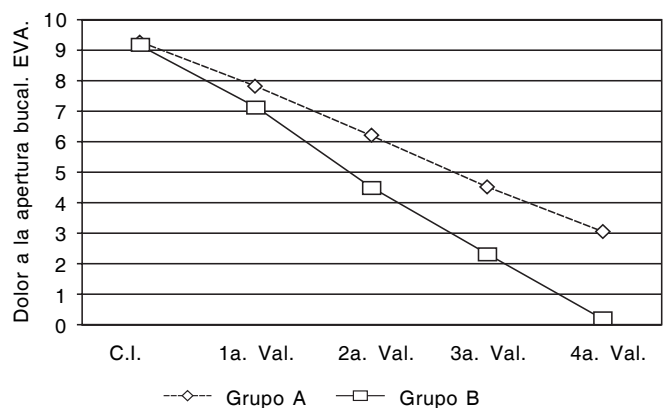


Figura 1. Distribución porcentual de la evolución del dolor a la apertura bucal. Grupos "A" y "B". Se observa la evolución favorable del dolor a la apertura bucal en ambos grupos. Fuente: Directa.

Cuadro 1. Distribución porcentual de la presencia o no de puntos gatillo. Grupos "A" Y "B".

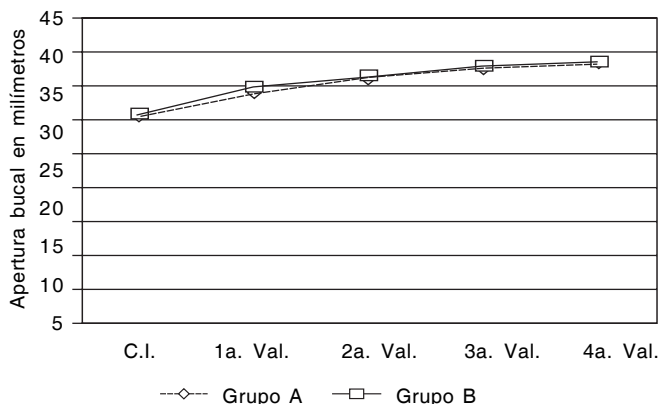
Evaluación	Grupo "A"		Grupo "B"	
	Sí%	No%	Sí%	No%
Consulta Inicial	90	10	90	10
1/a VAL.	88	12	81	9
2/a VAL.	85	15	48	52
3/a VAL.	40	60	7	93
4/a VAL.	20	80	4	96

Se observa la evolución favorable de los puntos gatillos en los grupos "A" y "B". Fuente: Directa.

Cuadro 2. Distribución porcentual de conflictos emocionales. Grupos "A" Y "B".

Conflicto emocional	Grupo "A" %	Grupo "B" %
Duelo	0	18
Estrés laboral	15	11
Conflictos familiares	65	56
Enfermedad sistémica	5	7
Problemas económicos	10	4
Enfermedad de un miembro de la familia de larga data	5	4

Se observa que el conflicto emocional que presentó mayor proporción en ambos grupos es el conflicto familiar. Fuente: Directa.

**Figura 2.** Distribución de la apertura bucal en milímetros. Grupo "A" Y "B". Se observa la evolución favorable de la apertura bucal en los grupos "A" y "B". Fuente: Directa.

referido: al presionar sobre el punto gatillo durante 4-5 segundos si se percibe que el dolor se irradia se debe hacer un diagrama de la cara para usarlo como futura referencia. En el *cuadro 1* se representan las evoluciones de la presencia y ausencia de puntos gatillo en ambos grupos intervenidos, con base en los valores porcentuales.

La representación gráfica de ambas tendencias evolutivas crecientes de la apertura bucal se dispone en la *figura 2*.

En el *cuadro 2* se presenta la distribución de los conflictos emocionales que presentaron ambos grupos. Tanto en el grupo A como en el grupo B se observa evolución favorable de la disminu-

ción de la ansiedad, en el grupo B se identificó una clara tendencia evolutiva relacionada con la reducción de la gravedad de la ansiedad; sin embargo, en este caso, la evolución tuvo lugar desde la ansiedad severa hasta la estabilidad en el paciente (pasando por la ansiedad moderada y la ansiedad leve).

En los *cuadros 3* y *4* se representan las evoluciones de los estados de la ansiedad en ambos grupos de intervención, con base en valores porcentuales.

En ambos grupos se observa evolución favorable con respecto a la depresión, en el grupo B se identificó una clara tendencia hacia la reducción de la gravedad de la depresión (desde severa hasta el estado estable, pasando por ansiedad moderada y leve), al ser tratados los pacientes con tratamiento conservador combinado con psicoterapia (*Cuadros 5* y *6*).

En este sentido, en todas las categorías etarias se identificó una mayor efectividad del tratamiento conservador combinado con psicoterapia hacia el final del seguimiento (principalmente, últimos meses del tratamiento), al comparar con el tratamiento conservador únicamente.

De acuerdo con los resultados obtenidos de la aplicación de la prueba seleccionada se acepta la hipótesis con 95% de confiabilidad, donde se afirma que existen diferencias estadísticamente significativas de dolor a la apertura bucal, a la masticación y dolor cervical en los pacientes que presentan TTM entre los dos tratamientos: tratamiento conservador únicamente y tratamiento conservador combinado con psicoterapia, con 45 grados de libertad, a un nivel de confianza de $p < 0.05$ como nivel de significancia aceptado en las ciencias médicas.

DISCUSIÓN

A través de todo el trabajo de campo realizado, se han hallado efectos favorables tanto con el tratamiento conservador únicamente (grupo A) como con el tratamiento conservador combinado

Cuadro 3. Distribución porcentual de los estados de ansiedad. Grupo "B".

Valoración	Estados de ansiedad			
	Severo %	Moderado %	Leve %	Estable %
C.I.	70	30	0	0
1/a Val.	44	56	0	0
2/a Val.	4	59	37	0
3/a Val.	0	7	63	30
4/a Val	0	4	0	96

Se observa la evolución de los estados de ansiedad en el grupo "B". Fuente: Directa.

Cuadro 4. Distribución porcentual de los estados de ansiedad. Grupo "A".

Valoración	Estados de ansiedad			
	Severo %	Moderado %	Leve %	Estable %
C.I.	85	15	0	0
4/a Val	7	45	33	0

Se observa la evolución de los estados de ansiedad en el grupo "A". Fuente: Directa.

Cuadro 5. Distribución porcentual de los estados de depresión. Grupo "B".

Valoración	Estados de depresión			
	Severo %	Moderado %	Leve %	Estable %
C.I.	70	30	0	0
1/a Val.	37	59	4	0
2/a Val.	4	52	44	0
3/a Val.	4	0	67	30
4/a Val	0	4	0	96

Se observa la evolución de los estados de depresión en el grupo "B". Fuente: Directa.

Cuadro 6. Distribución porcentual de los estados de depresión. Grupo "A".

Valoración	Estados de depresión			
	Severo %	Moderado %	Leve %	Estable %
C.I.	75	25	0	0
4/a Val	18	15	67	0

Se observa la evolución de los estados de depresión en el grupo "A". Fuente: Directa.

con psicoterapia (grupo B), se han hallado claras diferencias para las valoraciones subsecuentes entre ambas alternativas.

No obstante de estas afirmaciones generales, se considerarán los aspectos incluidos en la misma: control del dolor a la apertura bucal, a la masticación y dolor cervical.

Se identificaron tendencias evolutivas hacia la disminución del dolor a la apertura bucal, a la masticación y dolor cervical en ambos grupos de tratamiento. Esta evolución del dolor en ambos grupos se presentó con diferencias favorables a partir del segundo mes de tratamiento, con menores valores de dolor en el grupo B.

Se identificaron tendencias evolutivas hacia la disminución de la gravedad de la ansiedad,

desde la ansiedad severa hasta la estabilidad de las pacientes (pasando por la ansiedad moderada y la ansiedad leve) en el grupo B.

Se identificaron tendencias evolutivas hacia la disminución de la gravedad de la depresión, desde la depresión severa hasta la estabilidad de pacientes (pasando por la depresión moderada y la depresión leve) en el grupo B.

En principio, estas consideraciones pueden relacionarse con el reconocimiento de la naturaleza biopsicosocial de los TTM musculares. Es decir, se plantea la necesidad de hacer frente a la patología desde distintas perspectivas terapéuticas, aquellas que permitan controlar los factores etiológicos, según han afirmado autores como Woda⁸, Swartz,⁴ Kröner-Herwig⁶ y Jerjes y

cols.⁹ Ello se justifica en función a la tolerancia fisiológica del paciente, la cual puede derivar en complicaciones más graves, a causa de, por ejemplo, conflictos emocionales, como los reconocidos en todos los participantes del estudio.

Los resultados anteriores concuerdan, al menos, parcialmente (en lo que hace al objeto de estudio mismo), con los presentados por Woda,⁸ Licini y cols.,¹⁰ y Aggarwal y cols.⁵ Estas concordancias se asocian con el reconocimiento de una mayor efectividad del tratamiento conservador combinado con psicoterapia, en comparación con el tratamiento conservador únicamente, en pacientes con TTM musculares. Los indicadores de ello son, principalmente, el dolor, disminución de la apertura bucal y presencia de puntos gatillo; secundariamente, las alteraciones o trastornos del ánimo y la ansiedad. La razón de ello se relaciona con el hecho que el paciente debe estar controlado fisiológicamente para fomentar la participación y apego a una terapia de carácter psicológico.^{2,3}

Hasta este punto, el presente estudio logró generar nuevos conocimientos científicos en pro de colaborar en la investigación sobre el tratamiento de los TTM musculares, dadas las actuales controversias académicas en esta materia. En pocas palabras, el estudio pudo afirmar que el tratamiento conservador combinado con psicoterapia es más efectivo, y conveniente, que el tratamiento conservador únicamente.

Si bien estos aspectos ya fueron abordados por diversos estudios, su investigación y corroboración plantea nuevos estándares para el tratamiento de los TTM musculares, estándares que deben jugar papel a nivel de los médicos y especialistas. Sin embargo, debe aclararse que tales instancias de cambio no sólo se relacionan con la práctica en sí de la medicina u otra disciplina de cuidado de pacientes, sino con lo programático asistencial, dada la necesidad de contar con protocolos de acción que permitan satisfacer la naturaleza biopsicosocial de la patología en cuestión. Es decir, la atención integral de los TTM musculares no depende de la voluntad de un profesional, debe contar con la colaboración de especialistas de otras disciplinas. Por lo tanto, deben existir ciertos recursos que permitan el tratamiento interdisciplinario.

Finalmente, mencionaremos que la psicoterapia combinada con tratamiento conservador se presentó como una alternativa terapéutica más

efectiva que el tratamiento conservador únicamente, en lo que respecta al control del dolor a la apertura bucal, a la masticación y dolor cervical, en pacientes diagnosticados con TTM musculares. No obstante, debe reconocerse que todos los participantes fueron del sexo femenino, aspecto interpretado como una limitación del estudio. Con base en los resultados obtenidos se favorece la comprensión de la naturaleza biopsicosocial de los TTM musculares. El tratamiento interdisciplinario de los TTM musculares, considerando la psicoterapia como un factor coadyuvante en la evolución favorable del paciente.

Si bien una correcta contextualización de los sucesos de vida de los participantes debería incluir exhaustivas características y vivencias personales, los datos presentados se creen suficientes para inferir acerca de la existencia de un gran espectro de factores que son susceptibles de interferir en el diagnóstico inicial del TTM, así como en el éxito de los tratamientos implementados. Se parte del reconocimiento que en ambos grupos de participantes existe dicha variabilidad de factores estresantes.

REFERENCIAS

1. Buescher JJ. Temporomandibular Joint Disorders. *Am Fam Physician* 2007; 1476-82, 1483-84.
2. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 6a. Ed. Madrid: Elsevier; 2009.
3. Wright EF. Manual of Temporomandibular Disorders. 2ª. Ed. Oxford: John Wiley & Sons; 2009.
4. Swartz MH. Tratado de semiología. Anamnesis y exploración. 6a. Ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
5. Aggarwal VR, Tickle M, Javidi H, Peters S. Reviewing the evidence: can cognitive behavioral therapy improve outcomes for patients with chronic orofacial pain? *J Orofac Pain* 2010; 24(2): 163-71.
6. Kröner-Herwig B. Chronic pain syndromes and their treatment by psychological interventions. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22(2): 200-4.
7. Sadock BJ, Sadock VJ. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 4a. Ed. USA: Ediciones Wolters Kluwer Lippincott; 2008: 412-77.
8. Woda A. Psychologic versus somatic? Is it a pertinent alternative? *J Orofac Pain* 2007; 21(2): 85-6.
9. Jerjes W, Upile T, Abbas S, Kafas P, Vourvachis M, Rob J, Mc Carthy E, et al. Muscle disorders and dentition-related aspects in temporomandibular disorders: controversies in the most commonly used treatment modalities. *Int Arch Med* 2008; 1(1): 23.
10. Licini F, Nojelli A, Segù M, Collesano V. Role of psychosocial factors in the etiology of temporomandibular disorders: Relevance of a biaxial diagnosis. *Minerva Stomatol* 2009; 58(11-12): 557-66.

Recibido: Febrero 3, 2011.

Aceptado: Abril 24, 2011