

**U.LA.CI.T**

**Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología**

**Facultad de Odontología**

**Proyecto Final de Graduación**

**Título**

**SÍNDROME DE FIBROMIALGIA**

**Y**

**SUS MANIFESTACIONES OROFACIALES**

**AUTOR:**

**Damián Rodríguez González**

**Tutora:**

**Dra. Ruth Borloz Montero**

**Asesor Metodológico**

**Dr. Pedro Hernández Pérez**

**Costa Rica, 2003**

**Pensamiento...**

**El fin de una etapa es sólo  
el comienzo de otra. Los riesgos  
sorteados son la preparación  
necesaria para transitar mejor  
la siguiente. La búsqueda incesante de los sueños  
convierte la vida en la propia  
gran aventura**

**Paulo Coelho**

## **DEDICATORIA**

A Dios Todo Poderoso, por darme la oportunidad de terminar una etapa trascendente de mi vida, por ser mi Protector, por iluminar mis caminos, por darme fortaleza en los momentos difíciles y la serenidad para poder afrontarlos.

Cuando tuve que decidir, Tú me hiciste escuchar esa voz interna para no errar. Recuerdo algo más, enfermé en algunas ocasiones y nunca estuve solo. Tú estuviste siempre conmigo.

A mis padres, por haberme enseñado las cosas fundamentales para enfrentar la vida, por ser mis mejores consejeros, y por su sacrificio, y entrega incondicional, por apoyarme en todo momento.

A mi Madre, una dedicación especial, por haber sido mi gran fuente de inspiración.

A mis hermanos, por su afecto, solidaridad y apoyo.

A la Dra. Ruth Borloz Montero, mi tutora, por su gran entrega y por lo que aprendí.

Al Dr. Pedro Hernández Pérez, mi asesor metodológico, entrañable amigo, por su paciencia, enorme dedicación y grandes enseñanzas.

## AGRADECIMIENTOS

- ❖ A mi Familia, por los sacrificios realizados y por sus consejos.
- ❖ A Pedro Luis Hernández Pardo y Álvaro Fallas Piva, mis mejores amigos y compañeros universitarios, por sus consejos.
- ❖ Al Dr. Gabriel Muñoz Cernatas, por haberme orientado en mi trabajo.
- ❖ A la Dra. Aurora Trujillo Cotera y su familia, por el apoyo brindado y por su confianza.
- ❖ A la Dra. Alicia Pardo Montero, por su cariño, confianza y por sus conocimientos brindados.
- ❖ Al Dr. Ilvain Echevarria Álvarez, por ser una fuente de inspiración.
- ❖ A todos los doctores de la Escuela de Odontología de U.LA.CI.T., por los conocimientos brindados, apoyo y por haberme ayudado en mi formación profesional.
- ❖ Al Lic. Carlos Sáenz Soto y su familia, por el tiempo dedicado, su conocimiento y paciencia para darle el mejor sentido al trabajo realizado.
- ❖ A todos mis amigos y compañeros, por sus amistades, y sus consejos.
- ❖ A todas aquellas personas que de una u otra forma, han colaborado y realizado esfuerzos para brindarme su apoyo.

---

---

## ÍNDICE

	Páginas
PENSAMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE.....	v
CAPÍTULO I.....	10
I.1 INTRODUCCIÓN.....	11
I.2 ANTECEDENTES.....	13
I.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
I.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	18
I.5 OBJETIVOS.....	20
I.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
I.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
CAPÍTULO II.....	21
II.1 MARCO TEÓRICO.....	22
II.1.1 SÍNDROME DE FIBROMIALGIA.....	22
II.1.1.1 Definición.....	22
II.1.1.2 Síntomas asociados a la Fibromialgia.....	24
II.1.1.3 Características clínicas.....	25
II.1.1.4 Diagnóstico.....	26
II.1.1.4.1 Localización de los puntos gatillo.....	27
II.1.1.5 Clasificación de la Fibromialgia.....	31
II.1.1.6 Tratamiento de la Fibromialgia.....	32
II.1.1.6.1 La terapia acuática en el paciente con Fibromialgia.....	34
II.1.1.6.2 Objetivos generales del tratamiento de Fibromialgia.....	34
II.1.1.6.3 Consideraciones en el tratamiento general.....	34

II.1.1.6.4 Farmacología.....	35
II.1.1.7 FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS.....	36
II.1.1.7.1 Clasificación de los antidepresivos según su estructura.....	37
II.1.1.7.2 Efectos de los antidepresivos específicos.....	38
II.1.1.7.3 Indicaciones.....	38
II.1.1.7.4 Efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos.....	39
II.1.2 MANIFESTACIONES ORALES.....	40
II.1.2.1 ANATOMÍA SENSITIVA Y MOTORA DE LA CABEZA Y EL CUELLO.....	41
II.1.2.1.1. Los pares craneales.....	41
II.1.2.1.1.1 Ramas sensoriales.....	42
II.1.2.1.2 El trigémino.....	43
II.1.2.1.2.1 Anatomía y función del trigémino.....	43
II.1.2.1.2.2 División trigeminal.....	44
II.1.2. 2 EL DOLOR OROFACIAL.....	45
II.1.2.2.1 El dolor.....	45
II.1.2.2.2 El umbral del dolor.....	45
II.1.2.2.3 Estados en que aparece el dolor.....	45
II.1.2.2.4 Los receptores del dolor.....	45
II.1.2.2.5 Mecanismos del dolor.....	46
II.1.2.2.6 Estimulación de los receptores del dolor.....	46
II.1.2.2.7 Tipos de dolor.....	47
II.1.2.2.7.1 Dolor agudo.....	47
II.1.2.2.7.2 Dolor crónico.....	47
II.1.2.2.7.3 Dolor heterotópico.....	48
II.1.2.2.7.4 Dolor miofacial.....	48
II.1.2.2.7.5 Dolor muscular.....	48
II.1.2.2.8 La zona orofacial.....	50
II.1.2.2.8.1 Dolor irradiado desde fuera del área bucofacial....	50
II.1.2.2.9 Trastornos funcionales de los músculos de la masticación... 51	
II.1.2.2.9.1 La contracción protectora.....	52

II.1.2.2.9.2 Dolor muscular local.....	53
II.1.2.2.9.3 Trismo.....	53
II.1.2.2.9.4 Mialgias regionales.....	54
II.1.2.2.9.5 Mialgia crónica de mediación central.....	55
II.1.2.3 XEROSTOMÍA.....	56
II.1.2.3.1 Definición.....	56
II.1.2.3.2 Xerostomía subjetiva.....	56
II.1.2.3.3 Reacción secundaria a la radioterapia.....	57
II.1.2.3.4 Síndrome de Sjögren.....	58
II.1.2.3.4.1 Evidencia clínica.....	58
II.1.2.3.4.2 Tratamiento.....	59
II.1.2.3.4.2.1 Saliva artificial.....	59
II.1.2.3.5 Xerostomía condicionada por medicamentos.....	59
II.1.2.4 GLOSALGIA.....	60
II.1.2.4.1 Valoración clínica.....	60
II.1.2.5 BRUXISMO.....	62
II.1.2.5.1 Epidemiología.....	63
II.1.2.5.2 Etiología.....	63
II.1.2.5.3 Características del bruxismo.....	64
II.1.2.5.4 Diagnóstico del bruxismo.....	66
II.1.2.5.5 Tratamiento del bruxismo.....	67
CAPÍTULO III.....	69
III.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	70
III.1.1 Tipo de estudio.....	70
III.1.1.1 Definiciones del tipo de estudio.....	70
III.1.2 Límites.....	70
III.1.3 Población.....	70
III.1.4 Muestra.....	70
III.1.5 Procedimiento.....	71
III.1.6 Operalización de las variables por objetivo.....	73
III.1.7 Instrumentos para la recopilación de datos.....	76

III.1.8 Técnicas de procesamiento y análisis de la información.....	76
CAPÍTULO IV.....	77
IV.1 PRESENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....	78
V.1.1 Tabla 1 y Gráfico .....	78
IV.1.1.1 Descripción de la tabla 1.....	79
V.1.2 Tabla 2 y Gráfico.....	80
IV.1.2.1 Descripción de la tabla 2.....	81
IV.1.3 Tabla 3 y Gráfico.....	82
IV.1.3.1 Descripción de la tabla 3.....	83
IV.1.4 Tabla 4 y Gráfico.....	84
IV.1.4.1 Descripción de la tabla 4.....	85
IV.1.5 Tabla 5 y Gráfico.....	86
IV.1.5.1 Descripción de la tabla 5.....	87
IV.1.6. Tabla 6 y Gráfico.....	88
IV.1.6.1 Descripción de la tabla 6.....	89
V.1.7 Tabla 7 y Gráfico.....	90
IV.1.7.1 Descripción de la tabla 7.....	91
IV.1.8 Tabla 8 y Gráfico.....	92
IV.1.8.1 Descripción de la tabla 8.....	93
IV.1.9 Tabla 9 y Gráfico.....	94
IV.1.9.1 Descripción de la tabla 9.....	95
IV.1.10 Tabla 10 y Gráfico.....	96
IV.1.10.1 Descripción de la tabla 10.....	97
V.1.11 Tabla 11 y Gráfico.....	98
IV.1.12 Tabla 12 y Gráfico.....	99
IV.1.11, 12.1 Descripciones de las tablas 11 y 12.....	100
IV.1.13 Tabla 13 y Gráfico.....	101
IV.1.13.1 Descripción de la tabla 13.....	102
IV.1.14 Tabla 14 y Gráfico.....	103
IV.1.14.1 Descripción de la tabla 14.....	104
IV.1.15 Tabla 15 y Gráfico.....	105



IV.1.16 Tabla 16 y Gráfico.....	106
IV.1.17 Tabla 17 y Gráfico.....	107
IV.1.15,16,17.1 Descripciones de las tablas 15, 16, 17.....	108
CAPÍTULO V.....	109
V.1 CONCLUSIONES.....	110
V.2 RECOMENDACIONES.....	112
V.3 BIBLIOGRAFÍA.....	113
V.4 ANEXOS.....	115
CAPÍTULO VI.....	139
VI.1 PROPUESTA.....	140
VI.1.1 Introducción.....	140
VI.1.2 Objetivo.....	140
VI.1.3 Desarrollo.....	140
VI.1.4 Descripción de la propuesta.....	140

# CAPÍTULO I

## I.1 INTRODUCCIÓN

Este trabajo representa un anteproyecto de investigación para la tesis de grado denominada, Síndrome de Fibromialgia y sus manifestaciones orofaciales.

La investigación estará orientada a estudiar las dimensiones de las patologías orales por el Síndrome de Fibromialgia, con la idea de ofrecer al odontólogo general un instrumento, unido a una serie de estrategias de intervención para el abordaje del paciente en sus clínicas.

El propósito de la investigación es describir las manifestaciones orales que se asocian al Síndrome de Fibromialgia.

La Fibromialgia es una enfermedad crónica, con dolores musculoesqueléticos generalizados, unido a un desorden de alto cansancio o fatiga, que en ocasiones se pueden presentar con otra entidad que agrava las manifestaciones del padecimiento.

En el campo de la salud oral, debemos ir mas allá de lo particular y siempre ver a nuestros pacientes como un ser integral, por lo cual debemos ser sumamente cuidadosos al elaborar su historia clínica. Se debe resaltar el hecho de que el odontólogo es el encargado de resolver los padecimientos intraorales. Es nuestro deber informar y tratar adecuadamente a los pacientes que presenten tal padecimiento. Por eso, que por medio de este proyecto trataré de brindar información sobre el Síndrome de Fibromialgia y sus manifestaciones orales.

La investigación tendrá el siguiente formato: un primer apartado donde se hace la formulación y planteamiento del problema, basándose en los datos recopilados de las investigaciones antes realizadas y su relativa importancia, luego se abordarán las referencias a la epidemiología de esta enfermedad, tanto en Costa Rica como en otros lugares del mundo, sustentados con estudios provenientes de colegas, en una tercera sección se justifica el problema, debido a su importancia en el campo de la salud oral, en otro apartado se plasman los objetivos de la investigación por realizar, argumentándose en la información recopilada anteriormente. Luego en un quinto apartado se abordarán los aspectos etiológicos, tomando en consideración sus raíces históricas hasta el presente. Cada uno de ellos será comentado en el momento que corresponda.

En un sexto orden se argumentará el proceso metodológico empleado en la investigación. En el siguiente apartado se presenta el análisis interpretativo de los resultados obtenidos, y en un último capítulo se mostrarán las conclusiones, recomendaciones del trabajo realizado y la propuesta por aplicar.

## I.2 ANTECEDENTES

La Fibromialgia es una enfermedad músculo – esquelética con dolores generalizados, de la cual se ha estado informando activamente desde 1800, con términos que la describen como Síndrome de Dolor Miofacial, Fibromiositis, Fribrositis, etc.

Acertadamente, esta enfermedad no es ninguna patología reciente. Se habla de un hombre llamado Gowers, en 1904, Éste usó el término Fibrositis cuando descubrió el dolor de espalda o “*lumbago*”, parte de lo que se conoce como Fibromialgia concomitante.

A partir de 1960, el término Fibrositis cursa un camino de evolución como un dolor generalizado músculoesquelético, sueño poco restaurativo, fatiga crónica y múltiples áreas sensibles a la palpación. M.B. Yunus busca la asociación de esa enfermedad demográficamente, las características como edad, sexo y raza para diseñar estudios que verdaderamente ayudarán a darle validez a esta enfermedad en la literatura médica.

La Asociación Médica Americana, legalizó el síndrome de Fibromialgia y la reconoció como estado de enfermedad en 1987. En ese mismo año, concluyó un editorial de la revista de la Asociación Médica Americana que la F.M. es “... *una enfermedad que a pesar de ocupar sólo cinco minutos de tiempo en las Escuelas de Medicina, existe realmente y es una causa muy importante de sufrimiento e incapacidad*”.

En 1989, en la Universidad del Estado de Ohio, Pellegrino realizó un estudio e indicó que la Fibromialgia era un problema autosómico dominante y heredado; o sea, que la mitad de los niños que padecían de Fibromialgia desarrollarían la enfermedad.

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología (A.C.R.), indicó: “la presencia inexplicable de dolores esparcidos, de fatiga persistente, rigidez generalizada en la mañana, sueño poco restaurativo, y puntos sensibles”. Definió once puntos a la palpación, los cuales tuvieron una relación estadística en aquellos pacientes que se presentaron a la clínica de reumatología con este síndrome.

Además, aseguró que ese mecanismo de procesamiento del dolor está en función de la Fibromialgia. Aquellas personas que sufren de Fibromialgia tienen un umbral bajo del dolor y una discriminación alta de éste.

Un estudio realizado por el Colegio Americano de Reumatología, en 1992, halló que el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida es negativo y peor que el de la artritis reumatoidea; además, señala como factor importante de ello una especie de “*sesgo médico*”. Para 1993, se establece la Fibromialgia como una entidad de enfermedad, según la definición oficial de la Declaración de Copenhagen.

En cuanto a calidad de vida, un estudio basado en un análisis comparativo, en la Revista de Reumatología de 1995, llegó a la conclusión de que la calidad de vida de las mujeres con Fibromialgia es peor que la de aquellas con artritis reumatoidea, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o diabéticos dependientes de la insulina.

A partir del año de 1995, en Costa Rica, en el Hospital México, el Servicio Psicosomático, Psiquiatría y Psicología Clínica, empieza a tener una alta demanda de consulta de personas portadoras del Síndrome de Fibromialgia. Nace la necesidad de reestructurar la consulta utilizando la modalidad de Terapia Grupal Psicoeducativa propuesta por el Dr. Edgar Torres y la Licda. Vilma Villegas. Su objetivo es que el paciente conozca su enfermedad y pueda lidiar con el dolor para mejorar su calidad de vida. También se trataba de disminuir reiterada consulta de los portadores al especialista en Reumatología, Medicina Psicosomática, Fisiatría y Psicología Clínica. Se creó la Asociación de Fibromialgia de Costa Rica como un sistema de apoyo socioemocional, instrumental y de consejería integrada tanto por pacientes como por familiares.

En 1997 se logra la participación de dos miembros del Servicio de Reumatología y de los Fisiatras del CE.NA.RE., para lograr un trabajo más sistematizado por medio de charlas de médicos especialistas. Este centro de rehabilitación contribuyó con la preparación de rutinas de ejercicios de estiramiento, biomecánicos, masajes, movilización muscular y Tanque de Huber, entre otros. Para 1998 el CE.NA.RE., excluyó a los pacientes con este padecimiento debido a órdenes de la subgerencia médica, provocando un desequilibrio del programa y la no rehabilitación para los pacientes.

### **I.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La sintomatología de la Fibromialgia ha sido informada activamente desde 1800. Se decía que el dolor se experimentaba en músculos como “puntos sensibles” y en algunas ocasiones ubicado en articulaciones.

La causa de esta enfermedad aún es desconocida, pero se cree que existen muchos eventos que propician su aparición.

Factores precipitantes, como son: un accidente automovilístico, el desarrollo de un Lupus, artritis reumatoide e hipotiroidismo, pueden hacer surgir una anormalidad psicológica que ya se encontraba en esas personas. Esta anormalidad psicológica, según las teorías y campos de investigación, se encuentran inclinadas hacia la regulación de neurotransmisores.

En estas personas se encuentran sustancias mediadoras del dolor, en niveles fuera de lo común, por lo que experimentan un mayor malestar, unido a un aumento en la cantidad de los receptores de dolor en su fibras nerviosas.

Estas alteraciones en las sustancias y receptores traen como consecuencia una disminución de la actividad motora, ya que un incremento de la misma conduciría a un periodo de crisis de dolor.

También se puede encontrar un factor común y es que ellos presentan un desorden de alto cansancio o fatiga.

Si se tratara de ubicar la Fibromialgia en un grupo sociodemográfico sería sumamente difícil.



Suelen encontrarse como síntomas asociados:

1. Dolor generalizado.
2. Fatiga que varía entre una y otra persona.
3. Desorden del sueño, conocida como “ anomalía alfa-EEG”.
4. Síndrome del intestino irritable, hay un desorden del aparato digestivo.
5. Dolores de cabeza crónicos, que puede ser variable.
6. Síndrome de disfunción de la Articulación Temporomandibular, que no es propia de la estructura en sí.

A su vez, se pueden encontrar algunos otros síntomas asociados, que pueden presentarse en algunos pacientes. Esos síntomas alteran diferentes estructuras en el organismo, tanto en la función como otras alteraciones que hacen de esta enfermedad en algunos casos incapacitante.

Esta enfermedad a su vez se divide en:

- Fibromialgia primaria.
- Fibromialgia regional.
- Fibromialgia secundaria.
- Fibromialgia concomitante.

Los estudios indican que esta entidad, no puede ser detectada por medio de análisis de laboratorios, pues en muchas ocasiones las muestras estudiadas dan resultados positivos y en otras ocasiones son negativas, es por eso que hoy día no se cuenta con un análisis de laboratorio específico, que nos indique un posible diagnóstico para esa enfermedad.

En nuestros días son pocos los profesionales en el área de la salud, que conocen sobre el Síndrome de Fibromialgia, responsable de gran sufrimiento e incapacidad, además de la incertidumbre que producen en quienes la padecen. Se describen manifestaciones orales importantes por el síndrome, por tanto, no son suficientes los cinco minutos de tiempo que se le dedican en las escuelas de medicina, según lo indica la Asociación Médica Americana, en 1989. Por eso, este trastorno sistémico crónico debe ser del conocimiento de todo odontólogo.

Dándose la siguiente problemática que acompaña a muchas personas en nuestro país diariamente, nos queda la siguiente interrogante:

1. **¿Cómo evaluar si existe una relación directa, entre las patologías orales (trismo, xerostomía, Bruxismo, boca ardiente, dolor dental, problemas con el uso de prótesis removible u otros) con el síndrome de fibromialgia?**

## **I.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

Hoy en el campo de la salud pública son pocos los profesionales que enfatizan en un buen historial clínico, sobre los antecedentes patológicos personales (A.P.P.), familiares (A.P.F.) y antecedentes medicamentosos (A.M.); por tal motivo dejan a un lado información que puede ser de alta relevancia y esto nos conduce a un mal diagnóstico y por tanto a un inadecuado plan de tratamiento en el paciente odontológico.

Muchos odontólogos renuncian a elaborar un buen historial clínico y no detectan esta entidad ni otras.

Por lo consiguiente, aquellos centros encargados de la formación de estos profesionales, no han dedicado el tiempo suficiente para explicar esta enfermedad y su trascendencia. Es por ello, que los odontólogos debemos de ser conscientes al elaborar el historial clínico del paciente y de informarnos constantemente sobre todo aquello que concierne a la salud integral de las personas.

Se ha encontrado que el Síndrome de Fibromialgia (S.F.M.) genera un decrecimiento significativo en el impacto de la calidad de vida de los individuos que son portadores de esta enfermedad, lo cual se ve acentuado por la dificultades clínicas de modular los factores que incrementan el círculo vicioso: dolor total, estrés, fatiga, interrupción del Ciclo Circadiano del Sueño, unido a la reducida eficacia de los tratamientos farmacológicos que se emplean para amortiguar el manejo del dolor.

Los autores e investigadores destacan como una de sus mayores limitaciones para mejorar la condición de esta enfermedad el no disponer de la llave que abra la puerta que esclarezca el origen de ella.

Unido a lo anterior, la investigación destaca que la persona portadora del (S.F.M.) sufre de una calidad de vida significativamente frustrante, provocada por una dolencia crónica multidimensional, que implica la presencia de dolor corporal cognoscitivamente difuso, crónico y objetivable que oscila entre exacerbaciones y remisiones, amenazando el equilibrio biopsicosocial del concepto de salud.

Desde la perspectiva estadística a nivel mundial (DOHERTY, M. JONES. A 1995) reportan que la fibromialgia es una patología común en la práctica hospitalaria, que se presenta en una mayoría de pacientes que oscilan entre 40 y 50 años, con un fuerte predominio femenino, cerca del 90 %. En los Estados Unidos se ha informado que este Síndrome presenta una prevalencia de un 3 % del total de la población americana En Suecia, alrededor de un 25 %. En el Hospital México, en Costa Rica, durante los últimos siete años y hasta octubre del presente año se han contabilizado cerca de 1369 pacientes con Síndrome de Fibromialgia vistos por especialistas.

Dada la incertidumbre que provoca esta enfermedad, el miedo del paciente a los efectos de las medicaciones, la inexistencia de un tratamiento eficaz, la falta de comprensión del profesional médico, la sensación de rechazo al expresar dolor y otras circunstancias que rodean la vida de estas personas, es importante dejar mayores pistas sobre todos los posibles efectos que conlleva ser portador de este síndrome. Esta investigación pretende brindar pautas establecer mejores criterios diagnósticos, ampliar la información al profesional odontológico, además de poder saciar esa incertidumbre que enfrenta el paciente con el Síndrome de Fibromialgia y las consecuencias en su vida social, salud física y mental. Además facilita la ayuda oportuna al odontólogo, para el tratamiento de las posibles repercusiones estomatonágticas presentes en la fibromialgia.

## **I.5 OBJETIVOS**

### **I.5.1 OBJETIVO GENERAL:**

Estudiar la relación existente entre algunas alteraciones orales y el Síndrome de Fibromialgia

### **I.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Identificar si existe relación entre las variables sociodemográficas de los sujetos de estudio y la presencia de patologías orales en el Síndrome de Fibromialgia
2. Explorar la existencia de signos y síntomas que reflejen patologías odontológicas específicas del paciente portador del Síndrome de Fibromialgia.
3. Detectar si existe conocimiento de los odontólogos en la Clínica de Especialidades Odontológicas de U.LA.CI.T., en relación con el tema de estudio.

# CAPÍTULO II

## II.1 MARCO TEÓRICO

El Síndrome de Fibromialgia es una patología que puede presentarse con dolor extendido, debilidad o fatiga pero ante estos síntomas es posible encontrar otras entidades que deban eliminarse. Su etiología es desconocida, con posibles múltiples factores que se relacionan con su desarrollo y cronicidad, además, por el síntoma predominante, es posible categorizar a esta enfermedad bajo distintas etiquetas diagnósticas. Pero no existen pruebas de laboratorios que indiquen una anomalía ostensible de carácter inflamatoria, metabólica o estructural. Por lo tanto, no está claro si la causa de la Fibromialgia ( sea mala interpretación de señales, trastornos psiconeuroendocrinos, o mecanismos aberrantes del dolor) es periférica o central, e inclusive esto podría variar entre un paciente y otro.

### II.1.1 SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

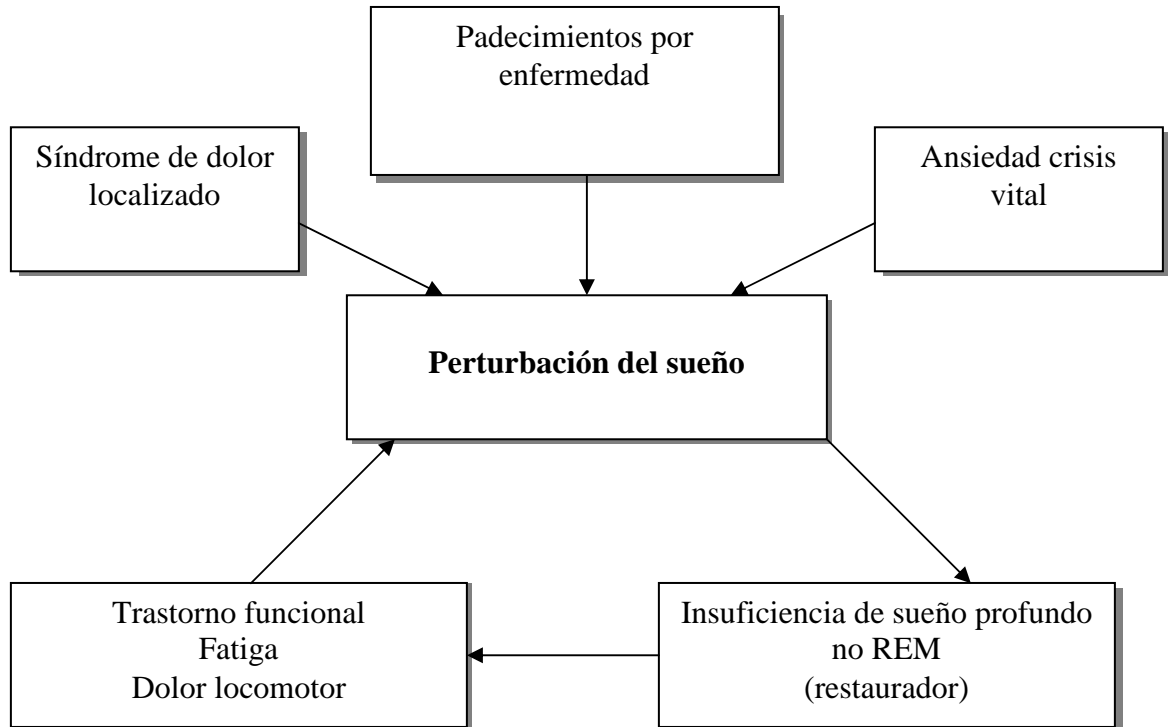
#### II.1.1.1 Definición:

*“Forma de reumatismo no articular caracterizada por dolor musculoesquelético, espasmo y rigidez, fatiga y grave perturbación del sueño. Los lugares comunes de dolor o rigidez pueden palparse en la parte baja de la espalda, cuello, región del hombro, manos, rodillas, caderas, muslos, piernas y pies. Éstos son conocidos como puntos de desencadenamiento, conocida también por el término de fibrositis”. ( 1 )*

En los pacientes que portan esta enfermedad, se han detectado producciones anormales de ciertos neurotransmisores, principalmente la serotonina; además de la melatonina, norepinefrina, dopamina y de otras sustancias químicas encargadas de regular el dolor, el mal humor, el sueño y el sistema inmunológico.

En los fibromiálgicos han hallado tres veces más de las cantidades normales de la sustancia P en su fluido espinal (esa sustancia le indica al organismo cuánto dolor siente ), en ellos hay un aumento en el número de receptores del dolor, ello trae como consecuencia ser hipersensibles a las actividades cotidianas. A esta entidad se encuentra asociada un desorden de alto cansancio o fatiga. ( 2 )

**Diagrama # 1**



**Possible mechanism of induction and perpetuation of fibromyalgia. ( 3 )**

### II.1.1.2 Síntomas asociados a la Fibromialgia:

- ✎ **Dolor:** Este ha sido descrito como un dolor muy profundo, quemante, palpitante, generalmente punzante, agudo y radiante.
- ✎ **Fatiga:** Este es uno de los síntomas que son reducidos en algunos pacientes, pero en algunos casos llega a ser incapacitante.
- ✎ **Desorden del sueño:** En los fibromiálgicos hay un desorden del sueño llamado “*anomalía alfa-EEG*”. Descrita en laboratorios del sueño por medio de máquinas que captaban las ondas cerebrales durante el sueño; en las investigaciones se concluyó que los pacientes podían dormir sin ningún problema, pero no alcanzaban su nivel profundo (o fase 4), donde constantemente, es interrumpida por intentos de despertarse, como si se presentara actividad cerebral. Los pacientes de Fibromialgia tienen otros desórdenes del sueño como: ronquidos, movimiento de brazos y piernas, síndrome de la pierna que no descansa y bruxismo.
- ✎ **Síndrome del intestino irritable:** Este síndrome es caracterizado por dolores abdominales frecuentes, estreñimiento, diarrea, gases y náuseas en un porcentaje entre 40% y 70% de los pacientes.
- ✎ **Dolores de cabeza crónicos:** En estos pacientes son muy frecuentes las migrañas y dolores de carácter tensional...
- ✎ **Síndrome de disfunción en la ATM:** Caracterizado por un intenso dolor en la cara y cabeza, en un 25% de los pacientes. Su etiología se cree que está más asociada con trismos, tensiones musculares y ligamentos que a la estructura de la A.T.M.
- ✎ **Entre otros síntomas que se suelen encontrar son:** Síndrome premenstrual y menstruación dolorosa, dolor de pecho, rigidez matutina, desmejoramiento cognoscitivo, hormigueo, torceduras musculares, vejiga irritable, sensación de tumefacción en extremidades, sensibilidad en la piel, boca y ojos secos, cambios frecuentes en la prescripción de lentes, mareos y mala coordinación. ( 2 )



### **II.1.1.3 Características clínicas de la Fibromialgia:**

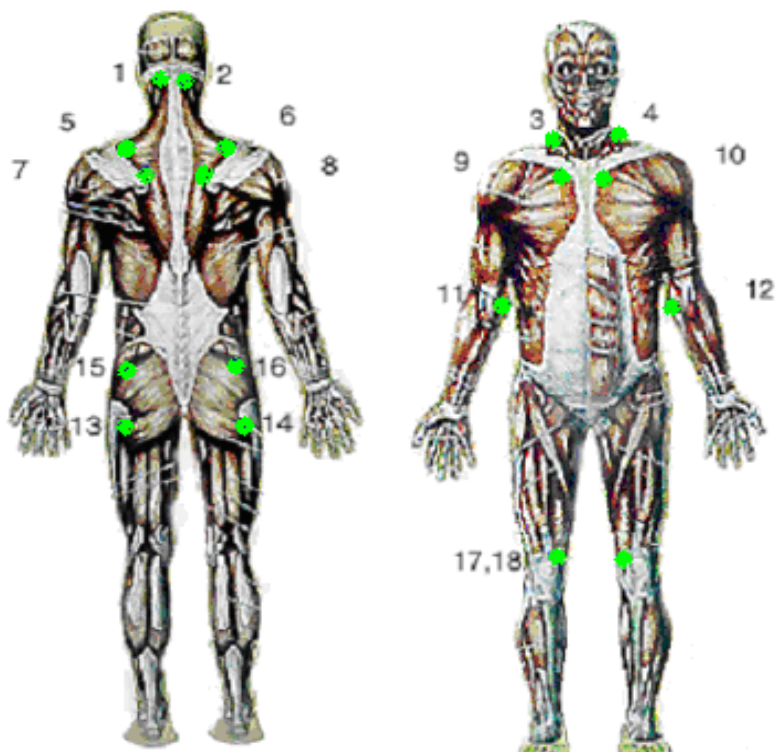
1. Disfunción estructural: Se dice que si se ven afectados los músculos de la masticación, estos se encuentran reducidos en su velocidad y en el margen de movimiento del maxilar inferior.
2. Presentan un dolor miógeno generalizado, en reposo, que varía con el transcurso del tiempo junto con otros síntomas fibromiálgicos.
3. El dolor se incrementa por la actividad funcional de los músculos afectados.
4. Aquellas personas afectadas sufren de una sensación de debilidad muscular, con fatiga crónica generalizada.
5. Existencia de puntos sensibles localizados en cuatro cuadrantes del cuerpo, sin producir un dolor heterotópico a la palpación. Esta constituye una clara diferencia clínica entre la Fibromialgia y el Dolor Miofacial.
6. Estas personas no se encuentran en una buena forma física, debido a que la función muscular aumenta el dolor, por eso los pacientes evitan realizar ejercicios. Esto contribuye producir un factor de perpetuación, ya que un estado físico sedentario puede convertirse en un factor predisponente para la Fibromialgia. ( 4 )

Existen factores agravantes que hacen modificar la severidad de los síntomas como condiciones climáticas, tal como el frío o el viento, cambios hormonales (estado premenstrual ), estrés, depresión y trabajo excesivo. ( 2 )

#### II.1.1.4 Diagnóstico

El diagnóstico de la Fibromialgia se basa en la información que aporta el paciente de su proceso doloroso crónico y en el hallazgo, por parte del médico, de puntos dolorosos a la presión, en localizaciones específicas. El paciente debe presentar por lo menos 11 de los siguientes 18 puntos sensibles a la palpación digital.

#### 18 PUNTOS SENSIBLES A LA PALPACIÓN



**Figura 1**

Estos nódulos, llamados también *puntos gatillo*, fueron identificados, en 1990, por The American College of Rheumatology.

Fuente: <http://www.geodental.com/default.htm?d=6253>, MOORE. K

Adaptación realizada por Damián Rodríguez González, para efectos de la investigación.

#### II.1.1.4.1 Localización de los puntos gatillo

Estos se encuentran ubicados en los siguientes lugares:

1. Zona izquierda o derecha de la parte posterior del cuello, directamente debajo de la línea del pelo.



**Fig. 1.1** Occipital (bilateral, en los puntos de inserción de los músculos suboccipitales).

2. Zona derecha o izquierda de la cara anterior del cuello, por encima de la clavícula



**Fig. 1.2** Cervical inferior (bilateral, en los aspectos anteriores de los espacios intertransversales, entre las vértebras C5-C7).

3. Lado derecho o izquierdo del pecho, justo debajo de la clavícula



**Figura 1.3**

4. Lado derecho o izquierdo de la zona superior de la espalda, cerca del punto donde se unen el cuello y el hombro.



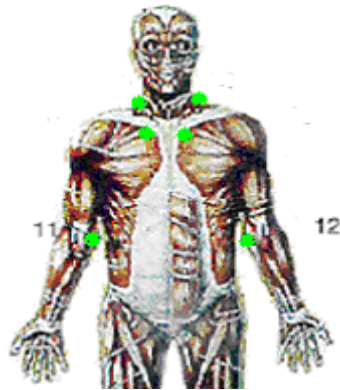
**Fig. 1.4** Trapecios (bilateral, en el punto medio del borde superior).

5. Lado derecho o izquierdo de la columna vertebral, en la zona superior de la espalda, entre las escápulas



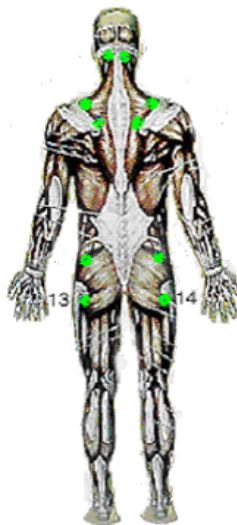
**Fig. 1.5** Supraspinosos (bilateral, en los puntos de origen, suprascapular cerca del borde medio).

6. Cara interna de cada brazo, donde se dobla el codo.



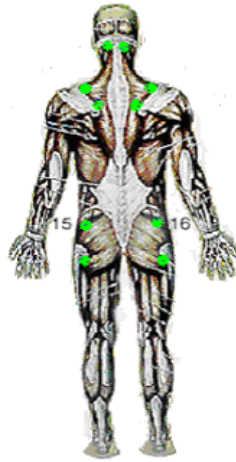
**Fig. 1.6** Epicóndilo lateral (bilateral, 2 cm distal a los epicóndilos).

7. Lado derecho o izquierdo de la zona inferior de los glúteos.



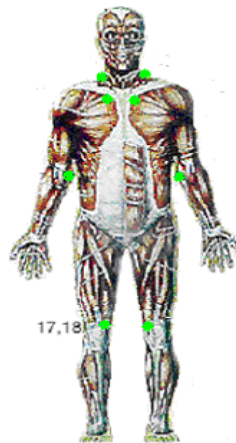
**Fig. 1.7** Glúteo (bilateral, en los cuadrantes inferiores externos de los glúteos, en el pliegue anterior del músculo).

8. A cada lado de los glúteos, justo bajo el hueso de la cadera.



**Fig. 1.8** Trocánter mayor (bilateral, posterior a la protuberancia trocantérica).

9. Bilateral en cada rodilla (algunas personas experimentan, puntos sensibles en la planta de los pies).



**Fig. 1.9** Rodilla (bilateral, en la almohadilla medial de grasa, cerca de la línea de la articulación).

( 5 )

### **II.1.1.5 Clasificación de la Fibromialgia:**

- a) Fibromialgia primaria, es el dolor irradiado a la mayor parte de los puntos de tensión.
- b) Fibromialgia regional o síndrome de dolor miofacial, que se limita a unas pocas localizaciones (músculos orofaciales).
- c) Fibromialgia secundaria, activado por un síntoma asociado, como el dolor de espalda, hipotiroidismo, artritis reumatoide, entre otros.
- d) Fibromialgia concomitante, donde se entrecruza la Fibromialgia con otra enfermedad no relacionada. ( 6 )

La Fibromialgia cruza barreras de raza, sexo, edades, áreas geográficas, pero ésta se ha encontrado con un claro predominio en mujeres, en edades comprendidas entre 30 y 50 años. ( 2 )

En la Fibromialgia se describen cinco síntomas conocidos como Fibro-5 estos son: el dolor de cabeza, la fatiga crónica, boca irritable y dolor pélvico (cistitis intestinal).

Según los estudios realizados, se dice que en el examen rutinario de laboratorio no se identifica ningún tipo de alteración, pero se concluye que por medio de un examen físico se logra comprobar la existencia de los nódulos sensibles a la palpación que se encuentra en ciertas zonas específicas del cuerpo. Para diagnosticar la enfermedad, se dice que un paciente debe experimentar un dolor generalizado en los cuatro cuadrantes del cuerpo, con períodos de crisis mínimo de tres meses y con once de los dieciocho puntos sensibles como mínimo. Cerca del 75% de los afectados presentan este patrón de localización de los puntos a la palpación. ( 6 )

### **II.1.1.6 Tratamiento de la Fibromialgia**

El tratamiento tiene como fin reducir la sintomatología de esta enfermedad, tanto el dolor muscular, el esquelético generalizado y la fatiga crónica. Con ello se busca el autocontrol de la sintomatología clínica, basado en el soporte de la fisioterapia, de actividades complementarias como la bioalimentación y psicoterapia. Un médico responsable de la farmacoterapia debe concienciar al paciente sobre la importancia de un régimen de ejercicios adecuados.

El fisioterapeuta debe elaborar un programa multidisciplinario, que se complementará con las técnicas de relajación activa de los músculos tensos para la reducción del dolor, así como instrucciones sobre la adecuada postura y la mecánica corporal. Además agregará métodos de aplicación con calor o frío.

La terapia músculoesquelética busca cómo aprovechar la energía, con una cantidad reducida de ejercicios, ya que estas personas son más susceptibles a los microtraumas. Por eso debe tener en cuenta la tolerancia del paciente. Se recomienda al paciente, caminar, conducir bicicleta y hasta practicar la natación. Estos ejercicios se incrementarán durante varios meses, (ejercicios de bajo impacto).

Los métodos físicos estándares como: calor, frío, ultrasonografía, aspersión, dilatación y ejercicios específicos deben enfatizarse en la zona afectada.

Algunos hospitales tienen laboratorios del sueño dirigidos principalmente por neurólogos especialistas en desórdenes del dormir.

La bioalimentación enseña por medios útiles, la disminución de la sintomatología, logrando así minimizar los factores externos ambientales, mejorar la concentración y reducir la tensión muscular excesiva.



Es evidente que los pacientes necesitan resolver sus preocupaciones de la vida cotidiana. Aquí es útil la psicología, con sus variantes, por medio de grupos de apoyo o terapias más intensivas.

Una de las opciones del tratamiento es la terapia acuática. Esta consiste en la unión del ejercicio acuático y la terapia física.

Esta opción mejora la energía, la salud, aumenta la tolerancia al estrés, mejora la relajación muscular y reduce la sensibilidad al dolor, aumenta la fuerza muscular, la resistencia a la fatiga, la circulación periférica, el intercambio de sustancias nutritivas y desechos a nivel celular, además de dar un mejoramiento en el equilibrio y coordinación, esta técnica es utilizada por los pacientes fibromiálgicos, sin importar su condición física. Por lo tanto existe una alternativa para establecer una rutina, pero esta debe ser evaluada por el médico especialista y el fisioterapeuta.( 2 )

#### **II.1.1.6.1 La terapia acuática en el paciente con Fibromialgia**

Su objetivo es aumentar la tolerancia al ejercicio, la resistencia a la fatiga y mejorar la condición física del paciente.

#### **II.1.1.6.2 Objetivos generales del tratamiento de fibromialgia:**

1. Disminuir el dolor.
2. Mejorar los patrones de sueño a través de la actividad física y la relajación.
3. Promover la regularidad del ejercicio acuático por largos períodos de tiempo, ya que el alivio de los síntomas produce una adicción positiva.
4. Incrementar las actividades sociales por medio de la terapia grupal.
5. Incrementar las actividades funcionales y la facilidad del movimiento.

#### **II.1.1.6.3 Consideraciones en el tratamiento general:**

1. En presencia de trastornos de los músculos de la masticación, la terapia deberá enfocarse hacia ese trastorno.
2. Los (AINES) suelen ser útiles en la fibromialgia, y deberán ser aplicados en forma semejante a la mialgia crónica de mediación central.
3. En presencia de trastornos del sueño, se utilizarán dosis de un antidepresivo tricíclico, entre 10 a 50 mg. de amitriptilina al acostarse, mejorando algunos de los síntomas de la fibromialgia.
4. En presencia de depresión, se recurrirá al especialista indicado. ( 4 )

#### **II.1.1.6.4 Farmacología**

La terapia farmacológica ayuda en muchos casos, ya que algunas personas muestran mayor sensibilidad a factores del ambiente, estrés físico o emocional, o en algunos casos sensibilidad a los efectos terapéuticos y los efectos secundarios de la medicación.

El uso de una larga lista de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) busca un sueño más reparador y aliviar la fatiga por medio de drogas cíclicas como la amitriptilina o ciclobenzaprina, a la vez buscan mejorar la fase 4 del sueño y elevar los niveles de serotonina y otros neurotransmisores del cerebro. Además los pacientes pueden evidenciar un mejoramiento en el patrón del sueño, sentirse más descansados, menor rigidez matutina, un incremento en los niveles de energía y por tanto la actividad corporal.

Las drogas de acción a corto plazo suelen ser mayormente preferidas que aquellas de más larga duración.

Pero existen otras drogas que son contraindicadas y que no deberían ser empleadas en pacientes con Fibromialgia, tales como: corticoesteroides, drogas inmunosupresoras, narcóticos y sedantes hipnóticos. Son peligrosos sus usos ya que empeoran los síntomas del dolor, la rigidez muscular y la fatiga. Puede existir una excepción, con el uso de sedantes hipnóticos, si la enfermedad se complica con ansiedad aguda o ataques de pánico. ( 2 )

El odontólogo deberá estar en capacidad de identificar la fibromialgia, y remitir el paciente al médico especialista. Pero cuando se presenten síntomas masticatorios considerables, el estomatólogo debe tratarlos, junto al resto del equipo de profesionales del área de salud.

## II.1.1.7 FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

Los fármacos antidepresivos tricíclicos son utilizados generalmente para tratamientos psiquiátricos como la depresión. Esta es muy frecuente dentro de la población. Se asegura que un porcentaje alto de las personas podrían pasar por una etapa depresiva en el transcurso de su vida.

Los pacientes con el Síndrome de Fibromialgia deben utilizar los antidepresivos debido a la presencia del estrés como factor precipitante de las crisis. También se utilizan con el fin de mejorar el sueño, entre otras funciones. En estos pacientes se utilizan generalmente los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina e imipramina. Más adelante se explicará su función y sus efectos adversos, también se estudiarán los otros grupos existentes dentro de este género. Además, recordaremos en esta sección que existen diferentes y nuevas alternativas de fármacos antidepresivos.

La depresión se podría clasificar en forma simplificada de la siguiente manera:

- a. Depresión “reactiva” o “secundaria” ( la más común ): se presenta como resultado a un estímulo real como aflicción, enfermedad y otros
- b. Depresión “endógena”: trastorno bioquímico determinado genéticamente que se presenta por la incapacidad para luchar en contra del estrés común.
- c. Depresión relacionada con el trastorno afectivo bipolar (maniaco-depresivo). ( 7 )

La causa de los estados depresivos no es clara, pero se cree que se relaciona con la disminución de sustancias como la noradrenalina, serotonina y 5-hidroxitriptamina; (5-TH) a nivel del cerebro.

Los tratamientos mediante el uso de medicamentos están enfocados a aumentar las concentraciones en el cerebro de las sustancias mencionadas anteriormente. ( 8 )

Dentro de este grupo de fármacos existen diferentes estructuras químicas. Entre ellos no existen ventajas terapéuticas significativas.

#### **I.1.1.7.1 Clasificación de los antidepresivos según su estructura:**

1. **Tricíclicos**; conocidos por su núcleo de tres anillos, dentro de ellos la imipramina y la amitriptilina son modelos de la clase por su acción de inhibición en la recaptación de la serotonina y noradrenalina mezcladas.
2. **Heterocíclicos**; conocidos como de segunda y tercera generaciones, algunos de ellos semejan la estructura de los tricíclicos como la amoxapina y la maprotilina, debido a que su eficacia como antidepresivos no difiere en mucho.
3. **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina**; dentro de este grupo aparece la fluoxetina. Se caracteriza por su mínima toxicidad a nivel del sistema nervioso autónomo y eficaz en la selección y recaptación de la serotonina.
4. **Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO)**; subdivididos en dos grupos conocidas como hidracidas las cuales se mezclan en forma irreversible con la enzima. Las no hidracidas las cuales no se fijan irreversiblemente como tranilcipromina.

### II.1.1.7.2 Efectos de los antidepresivos específicos

- A. **Tricíclicos:** Selectividad para las bombas de recaptación de noradrenalina y la serotonina, como efectos sobre el sistema nervioso autónomo.( 7 )  
Este grupo además tiene actividad sedante, anticolinérgica y antiadrenérgica. ( 8 )
  
- B. **Heterocíclicos:** La amoxapina es un metabolito del antipsicótico loxapina, reteniendo acciones antipsicóticas y antagonista de la dopamina, por el antagonismo de dopamina puede causar acatisia, parkinsonismo, síndrome de amenorrea – galactorrea y talvez discinesia tardía.
  
- C. **Los ISRS:** Con efectos adversos como náuseas, disminución de la libido e incluso disminución de la función sexual. Existe una peligrosa interacción farmacodinámica al utilizar fluoxetina o de los ISRS nuevos con los inhibidores de MAO, eso conduciría a un “síndrome de serotonina”, incluye hipertermia, rigidez muscular, mioclonos y rápidos cambios del estado mental, además de los signos vitales.
  
- D. **Inhibidores de MAO:** Los inhibidores de MAO irreversibles están sujetos a riesgos muy altos de reacciones hipertensivas a la tiramina consumida en alimentos.

### II.1.1.7.3 Indicaciones

- I. Depresión
- II. Trastorno de pánico
- III. Trastornos obsesivos - compulsivos
- IV. Euresis
- V. Dolor crónico ( 7 )

### Cuadro I. Efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos

<b>Tricíclicos</b>	
Sedación	Somnolencia, efectos aditivos con otros sedantes
Simpaticomiméticos	Temblor, insomnio
Antimuscarínicos	Visión borrosa, estreñimiento, retraso del inicio de la micción, confusión
Cardiovasculares	Hipotensión ortostática, defectos en la conducción, arritmias potencian los efectos cardiovasculares de los vasoconstrictores
Psiquiátricos	Agravamiento de las psicosis, síndrome de supresión
Neurológicos	Convulsiones
Metabólicos-endocrinos	Aumento de peso, trastornos sexuales y xerostomía

Fuente: ( Farmacología Básica y Clínica, y Farmacología Clínica para Odontólogos )

### Cuadro II. Efectos adversos de otros antidepresivos

Inhibidores de la MAO	Dolor de cabeza, sequedad de boca, aumento de peso hipotensión postural, trastornos sexuales
Amoxapina	Similar a los tricíclicos; con la adición de algunos efectos relacionados con los antipsicóticos
Maprotilina	Similar a los tricíclicos; convulsiones relacionadas con las dosis
Trazadona, nefazodona	Somnolencia, desvanecimientos, insomnio, náuseas, agitación
Venlafaxina	Náuseas, somnolencia, sudoración, vértigo, ansiedad, trastornos sexuales e hipertensión
Bupropión	Desvanecimiento, sequedad de boca, sudoración, temblor, agravamiento de la psicosis, potencial para convulsiones en dosis altas
Fluoxetina y otros ISRS	Ansiedad, insomnio, temblor, síntomas gastrointestinales, exantemas, disminución de la libido y disfunción sexual

Fuente: ( Farmacología Básica y Clínica )

## II.1.2 MANIFESTACIONES ORALES

Las lesiones orales comúnmente llaman la atención de cualquier persona debido a la gran sensibilidad a los estímulos de los nervios sensoriales de la zona orofacial. La gran cantidad de terminaciones nerviosas periféricas en la boca, y un extenso desarrollo filogénico en esta región del cuerpo como un órgano de percepción, garantiza que algunas señales sensoriales sean percibidas cada vez que la cavidad bucal esté siendo afectada por algún tipo de patología. Cada persona difiere en lo que percibe como un estímulo. Siendo así que con mayor facilidad algunos individuos toleren más sensaciones anormales que otros.

Los estímulos sensoriales producidos por alguna lesión tal como la percepción o la interpretación y el significado dado por el paciente, deberán ser considerados por el clínico, para valorar el síntoma sensorial del individuo.

Entre las sensaciones bucales tenemos: la percepción táctil, la de la temperatura y humedad, la textura de la superficie de la mucosa oral, la sensación cenestésica y de presión en los tejidos profundos, los dolores de localizaciones superficiales y profundas, y cierta sensación de gusto metálico o amargo, dentro de la cavidad oral. ( 9 )



## II.1.2.1 LA ANATOMÍA SENSITIVA Y MOTORA DE LA CABEZA Y EL CUELLO

Al estudiar esta sección, se analizará la inervación sensitiva y motora de la cabeza y el cuello, donde se nombrarán y explicarán la inervación de los pares craneales, y además la inervación motora del área a estudiar.

### II.1.2.1.1 Los pares craneales

Nacen en la base del encéfalo, principalmente del tallo, sus nombres provienen de su recorrido y función. Unos son conformados por fibras aferentes de cuerpos celulares ubicados fuera del neuroeje. Otros por fibras eferentes ubicadas en diversos núcleos del tallo del encéfalo.

#### Los 12 pares craneales

- I Olfatorio
- II Óptico
- III Motor ocular común: Músculo ciliar, esfínter de la pupila y todos los músculos externos del ojo, excepto los que constan más abajo.
- IV Troclear: Músculo oblicuo superior
- V Trigémino: Sensitivo; cara, senos paranasales y dientes
- VI Abducens: Músculo recto lateral
- VII Facial: Músculos de la cara
- VIII Auditivo
- IX Glossofaríngeo: (Gusto:  $\frac{1}{3}$  posterior de la lengua),(Sensitivo: amígdalas palatinas, faringe, oído medio), (Motor: músculos estilofaríngeo, faríngeos superiores, glándula parótida).
- X Vago: ( Motor: corazón, pulmones, paladar, faringe, laringe, tráquea, bronquios, tracto GI ), ( Sensitivo: tráquea, bronquios, laringe, faringe, tracto GI, oído externo ).
- XI Accesorio: Músculo esternocleidomastoideo y trapecio.
- XII Hipogloso: Músculos de la lengua

**Nota: Ver figura en anexo IV**

#### **II.1.2.1.1.1 Ramas sensoriales**

Las sensaciones percibidas en la cavidad bucal son producto de la inervación de los pares craneales del V, VII, IX y X, y de los nervios raquídeos cervicales C1 a C3, aferentes de los nervios simpáticos cervicales, relacionados con vasos sanguíneos del cráneo y, especialmente, fibras sensoriales del gusto que cursan con la rama de los nervios craneales VII, IX y X. Pero también ciertas sensaciones dolorosas podrían ser conducidas por fibras parasimpáticas craneales en ramas de los pares III, V, VII, y IX. (10 )

Existiendo esa gran variedad de sensaciones en la boca, en algunos casos siendo medibles por medio de pruebas sensoriales, los pacientes suelen remitir dos sensaciones el dolor y sabor, pero existen ocasiones donde se refiere sensación de sequedad, o sensación urente.

Siendo así que la sensación del gusto es debido a algún tipo de estimulación lesiva en un determinado sitio en especial, esos cambios se dan a nivel de las ramas gustativas en los pares craneales VII, IX y X. Además que la resequedad puede deberse a una disfunción de las glándulas salivales. Aunque no siempre una relación tan sencilla no resulta siempre tan cierta, es por eso que el clínico deberá tomar en cuenta factores, fisiológicos, psicológicos, e inclusive lingüísticos que puedan condicionar sensaciones bucales. ( 9 )

### **II.1.2.1.2 El trigémino**

Nuestro objetivo es dar una breve explicación anatómica y funcional del nervio trigémino. Está conformado por el Ganglio de Gasser. Este se divide en tres ramas periféricas oftálmica, maxilar superior y mandibular. Da una inervación sensitiva y motora a nivel facial; tomando en cuenta la observación de los pares craneales.

#### **II.1.2.1.2.1 Anatomía y función del trigémino**

Está constituido por una parte sensorial y otra motora, por lo que es un nervio mixto, tiene además ramas neurovegetativas. Nace en la cara anterolateral del puente y se dirige hacia delante para introducirse en la celda dural del Ganglio Trigeminal, formando en este punto el ganglio semilunar que es de naturaleza sensorial. Su distribución se da en tres ramas originadas en caras anteriores e inferiores de este ganglio.

#### Conformado por tres raíces:

1. Sensitiva. Constituye la de mayor tamaño, también conforma extensiones centrales de las células ganglionales situadas en el ganglio del trigémino.
2. Motora. Conformada tanto de fibras motoras como de sensitivas propioceptivas.
3. Intermedia. Sus haces nacen entre las otras raíces. (10 )

#### II.1.2.1.2.2 División trigeminal

- I. EL Nervio Oftálmico, en la porción anterior, es totalmente sensitivo, subdividido en tres que transcurren hacia la órbita por medio de la fisura orbital superior:
  - a. El nervio lagrimal, la más pequeña, inervando la glándula que lleva nombre, e inervando fibras parasimpáticas.
  - b. El Nervio Frontal, inervando la frente y la mitad anterior del cuero cabelludo, entre otras estructuras.
  - c. Nervio nasal, Inerva la córnea y la esclerótica del ojo, parte superior y anterior del tabique nasal y la pared lateral de la nariz.
- II. El Nervio Maxilar Superior, igualmente es sensitivo, inervando todo el maxilar superior, sus dientes, encía, seno maxilar, la mucosa del paladar blando y duro, cavidad nasal y nasofaringe. Además, la piel del labio superior, parte de las mejillas, párpado inferior, zonas adyacentes a la nariz, zona del temporal y sobre el arco cigomático.
- III. El Nervio Mandibular, rama que consta de una parte sensitiva y otra motora, inervando todos los músculos de la masticación. La porción sensitiva inerva todo el maxilar inferior, dientes, encía, piel de la barbilla, porción inferior de la cara, labio inferior y carrillo, incluyendo la mucosa de esas regiones, además dos terceras partes de la lengua, con excepción de las papilas caliciformes.( 11 )

## **II.1.2.2 EL DOLOR OROFACIAL**

Para explicar este punto debemos de tomar en cuenta y tener claro algunos conceptos, sus tipos, receptores, transmisión, fibras de dolor para así poder entender a su fisiología. (10 )

### **II.1.2.2.1 El dolor**

La función del dolor es proporcionar un mecanismo de protección al organismo, inicia cuando un tejido se encuentra lesionado y trae como respuesta que el individuo busque cómo suprimir ese estímulo.

### **II.1.2.2.2 El umbral del dolor**

Consiste en un punto donde se empieza a hacer susceptible al dolor, pero varía de una persona a otra persona, y de acuerdo con las circunstancias. ( 11 )

### **II.1.2.2.3 Estados en que aparece el dolor**

El dolor se presenta cuando hay inflamación, traumatismos, necrosis o tejidos isquémicos.

### **II.1.2.2.4 Los receptores del dolor o nociceptivos**

Los receptores nociceptivos (del dolor), son terminaciones nerviosas no mielinizadas, sin estructura especializada, que se ven afectadas sólo si el estímulo es lo suficientemente grande. A su vez pueden tener pequeños nervios que pueden estar o no mielinizados.

#### **II.1.2.2.5 Mecanismos del dolor**

Los mecanismos por los cuales se inicia el dolor están dados por una despolarización de las terminaciones receptoras; son desencadenados por estímulos químicos o mecánicos de modo directo o indirecto. Se conocen sustancias que propician la aparición, éstas son de orden creciente de potencia como: iones  $K^+$ , lactato, 5-hidroxitriptamina o serotonina, bradicinina e histamina. En cambio las prostaglandinas se liberan por estímulos nerviosos, además parece que incrementan los efectos de los mediadores químicos de la inflamación como: 5-hidroxitriptamina o serotonina bradicinina e histamina. ( 11 )

#### **II.1.2.2.6 Tipos de estimulación de los receptores del dolor**

La excitación de los receptores del dolor puede deberse a tres tipos de estimulación:

1. Mecánica
2. Térmica
3. Química

Por lo general algunas fibras se ven estimuladas por el calor o el frío, pero en otras circunstancias esta estimulación se debe a sustancias químicas que intervienen en los tejidos.

## **II.1.2.2.7 Tipos de dolor**

### **II.1.2.2.7.1 Dolor agudo**

*“Dolor intenso, que puede iniciar después de la cirugía o de un traumatismo, aparece en las primeras 24 o 48 horas después de la cirugía y suele ser difícil de paliar, incluso con fármacos. ( 1 )*

### **II.1.2.2.7.2 Dolor crónico**

Dolor constante o recurrente que se presenta durante un período extenso de tiempo, debido a distintas enfermedades o trastornos, como la artritis reumatoide. El dolor crónico, con frecuencia, es menos intenso que el dolor agudo. La persona con dolor crónico no presenta taquicardia o respiración rápida, ya que las reacciones del sistema nervioso autónomo al dolor no pueden mantenerse durante mucho tiempo

#### Consideraciones del dolor muscular crónico:

Este trastorno es producto de un dolor constante. Luego se originan los dolores crónicos musculares y estos tienden a ser más complejos. Para considerar un dolor como crónico debe haber permanecido como mínimo 6 meses.. Aunque en el dolor muscular el tiempo no es determinante para decir si es crónico, tal es el caso de dolores que se perciben por años y no son crónicos, mientras otros pasan a serlo en meses. Debe considerarse la continuidad, la neuralgia del trigémino puede presentarse por años pero no evoluciona como un dolor crónico, debido a periodos de desaparición del dolor entre los episodios. El clínico debe reconocer la progresión de un trastorno agudo a uno crónico y al tratarlos debe utilizar enfoques multidisciplinarios.

### **II.1.2.2.7.3 Dolor heterotópico**

Es el dolor que aparece en un lugar equivocado del cuerpo, como por ejemplo; el originado en la vesícula biliar, que se podría percibir en el hombro derecho. Esto puede ser explicado como causa de proyecciones de las neuronas sensitivas, desde diferentes partes del cuerpo hacia las mismas regiones del sistema nervioso central, conocido también como dolor referido. ( 1 )

### **II.1.2.2.7.4 Dolor miofacial**

Propio de un malestar de los músculos mandibulares, asociado con la masticación o ejercicio de los músculos masticadores.

### **II.1.2.2.7.5 Dolor muscular**

Es el síntoma de mayor frecuencia en los pacientes con algún tipo de trastorno en los músculos de la masticación, tiene muchas variables, va desde una pequeña molestia al tacto hasta la sensibilidad extrema. Se conoce como mialgia cuando se presenta en los tejidos musculares. ( 4 )

Ésta aparece debido generalmente a un incremento de la actividad muscular. La sintomatología se asocia a una sensación de fatiga o tensión muscular. En cuanto a la etiología del dolor, se cree que está mediado por la vasoconstricción de las arterias nutrientes y acumulaciones de ciertas sustancias de degradación metabólica en los tejidos musculares; en el sitio isquémico del músculo se liberan sustancias algogénicas como bradicinina y prostaglandinas que originarían el dolor muscular.

Pero el dolor muscular no es tan sencillo como pensar solo en fatiga muscular debido a usos excesivos. Se dice que no existe una correlación entre el dolor muscular y la asociación a los Trastornos Temporomandibulares (T.T.M.) con los incrementos de la actividad muscular. Actualmente se estima que los mecanismos centrales tienen influencia sobre el dolor muscular.



La intensidad del dolor percibido en la mialgia está en relación directa con la función del músculo involucrado, existiendo factores que propician su aparición (el habla o un dolor durante la masticación) presentándose como factor etiológico algún tipo de actividad parafuncional, y en relación con ello, el tratamiento debe ir enfocado a disminuir la hiperactividad funcional o los efectos sobre el Sistema Nervioso Central.

Un dolor miálgico se caracteriza por ser profundo y constante, que trae como resultado una excitación central, presentándose con efectos sensitivos (dolor referido o hiperalgesia secundaria) o eferentes (efecto muscular) inclusive efectos en el sistema autónomo. En resumen, el dolor muscular puede reiniciar, por tanto, aún con mayor dolor muscular (el efecto es cíclico). La cefalea viene a ser uno de los síntomas comunes asociado a los trastornos de los músculos de la masticación.

### **II.1.2.2.8 La zona orofacial**

Se denomina como: las zonas pertenecientes a la boca y la cara.

La importancia de las Algias Orofaciales es que pueden ser:

- ✓ Determinadas por la diversidad de los nervios orofaciales.
- ✓ Amplia representación cortical orofacial.
- ✓ Significado emocional de la boca y de la cara.
- ✓ La prevalencia de las patologías y tratamientos quirúrgicos orales. ( 10 )

#### **II.1.2.2.8.1 Dolor irradiado desde fuera del área bucofacial**

Se han encontrado, en muchas ocasiones, que diferentes procesos dolorosos fuera del área bucofacial pueden provocar dolor en la zona orofacial, a cierta distancia del foco patológico, como por ejemplo: la otitis media y otros procesos inflamatorios o neoplásicos del oído, lesiones de mucosas nasales e isquemia del miocardio.

Conocidos con términos que lo describen como dolor irradiado, referido o reflejo; hacen referencia a que un malestar que se percibe en una zona del cuerpo alejada del tejido y que desencadena los estímulos dolorosos. Se dice que el dolor superficial suele irradiarse de esa forma. Se ha encontrado que se inicia en un órgano u otra estructura “profunda”, por ejemplo, en un músculo. Su etiología podría estar en la dependencia de la sinapsis en la médula espinal y tálamo, entre neuronas procedentes de las dos zonas involucradas (el foco y el área de dolor) produciendo en la persona un estímulo doloroso en un lugar que no corresponde al foco etiológico. En ocasiones, el dolor irradiado se produce por una misma inervación en diferentes áreas, como en los casos de lesiones intranasales y las sinusales, son generadoras de dolor referido al maxilar superior y con frecuencia a los dientes y maxilar superior, debido a que la mucosa sinusal y nasal, en gran parte, son inervadas por el nervio maxilar superior. En otras ocasiones se ha encontrado que el dolor de lesiones periodontales, alveolares e inflamaciones pulpares pueden referirse al oído del mismo lado afectado. Es importante destacar que neurológicamente cabe que cualquier fuente de dolor profundo en cabeza y cuello (en muchas ocasiones de etiología mioaponeurótico) se irradie a los dientes y se perciba como dolor de muelas ( 9 )

### **II.1.2.2.9 Trastornos funcionales de los músculos de la masticación**

Se dice que el trastorno funcional de los músculos de la masticación es uno de los problemas de ATM que con mayor frecuencia se observan en la consulta odontológica. El dolor presentado por esta afección sólo es superado por odontalgias dentales y periodontales. Propios de su estado patológico hay dos síntomas característicos que son el dolor y la disfunción.

La disfunción temporomandibular es un síntoma clínico común, en relación con los trastornos de los músculos de la masticación, éste se observa como una disminución en la amplitud del movimiento mandibular. El uso excesivo de los tejidos musculares produce una delimitación que en cualquier contracción o distensión, trae consigo un aumento del dolor. Esto hace que el paciente no se esfuerce en movimientos muy amplios, lo cual es notable clínicamente, por medio de una incapacidad para abrir la boca, esa misma delimitación varía de grado según donde se presente el dolor.

Otra forma de disfunción es la maloclusión. Se trata de un cambio repentino en la posición oclusal, provocada por un trastorno, también puede darse cuando existe un cambio súbito en la longitud de descanso de un músculo que controle la posición de la mandíbula.

Hay que tomar en cuenta que no todos los trastornos de los músculos de la masticación son semejantes clínicamente. Existen cerca de cinco tipos diferentes, estos son:

- 1) La contracción protectora (fijación muscular)
- 2) El dolor muscular local (mialgia no inflamatoria)
- 3) El dolor miofacial (mialgia por punto de gatillo)
- 4) El miospasmo
- 5) La mialgia crónica de mediación central (miositis crónica)

También por medio del Síndrome de Fibromialgia, la articulación temporomandibular puede verse afectada, en cuanto a músculos y ligamentos, pero no a la estructura en sí.

#### **II.1.2.2.9.1 La contracción protectora**

Es en primera instancia la respuesta ante una alteración de los músculos masticatorios, conocida también como fijación muscular. Es producida por el Sistema Nervioso Central ante una posible lesión. En un trauma o amenaza del mismo, la secuencia normal de la actividad muscular parece alterarse con el fin de proteger la zona amenazada ante una mayor lesión. El paciente que sienta una co-contracción experimentará un incremento de la actividad muscular en los músculos elevadores durante la apertura de la boca, en el transcurso del cierre se presentará un aumento de la actividad de los músculos depresores. Esa co-activación muscular antagonista es un mecanismo normal fácil de identificar por un odontólogo. Su etiología puede ser el resultado de una alteración de los músculos sensitivos en la propiocepción de las estructuras involucradas.

Clínicamente se evidencia como sensación de debilidad muscular después de una alteración, no se muestra dolor cuando el músculo se encuentra en reposo, pero el incremento de la actividad puede desencadenarlo, puede encontrarse apertura limitada, pero al indicarse un movimiento poco a poco podrá hacerla completa. La clave para lograr identificarla se da porque se produce la alteración. Si se mantiene por horas o días puede desencadenar un problema muscular local.

#### **II.1.2.2.9.2 Dolor muscular local**

Se dice que es un trastorno miógeno, no inflamatorio, primario, suele ser la primera respuesta del tejido muscular a una co-contracción prolongada, es característica la liberación de algunas sustancias algogénicas (bradicinina, sustancia P), inicialmente se traduce como fatiga. Otras causas pueden ser por un traumatismos local o por el uso excesivo del músculo, se le ha llamado también dolor muscular de comienzo tardío o molestia muscular, después del ejercicio. Su dolor es profundo, por lo que puede dar una causa clínica importante.

El dolor muscular se detecta clínicamente al presentarse un dolor a la palpación y con el aumento de la función. La disfunción suele afectar los músculos elevadores, por lo que se encuentra una limitación en el movimiento de apertura; pero a diferencia de la co-contracción protectora, el paciente presenta mayor dificultad en abrir la boca un poco más, si hay dolor muscular existe una debilidad muscular y la fuerza se normaliza al desaparecer el estímulo.

#### **II.1.2.2.9.3 Trismo o miospasmos**

Es la contracción muscular tónica provocada por el S.N.C, conocida como contracción tónica, no es un trastorno común de los músculos de la masticación. Por sus características clínicas se detecta de una manera muy sencilla.

Sobre su etiología no hay documentación exacta, tal vez medien distintos factores que precipiten su aparición, se cree que trastornos locales ayudan a los miospasmos. Se evidencian fácilmente debido a la disfunción estructural que provocan, caracterizada porque el músculo cuando presenta un espasmo está contraído, además se modifican las posiciones de la mandíbula, que a su vez están determinadas por los músculos que se encuentran implicados. Otro punto importante identificable es que el músculo se encuentra muy duro a la palpación.

#### **II.1.2.2.9.4 Mialgias regionales**

Conocidas como dolor por punto de gatillo miofacial. El dolor miofacial es un dolor miógeno regional caracterizado por zonas locales de bandas de tejido muscular duro e hipersensible, que a la palpación desencadenan dolor, conocidas por puntos gatillos, aunque la sensibilidad muscular local no es el síntoma común. Su etiología exacta se desconoce, se ha propuesto que ciertas terminaciones nerviosas de estos tejidos pueden estar siendo sensibilizadas por sustancias algogénicas que producen sitios localizados de hipersensibilidad, a su vez se produce un incremento de la temperatura local en el sitio del punto gatillo, con aumento de la demanda metabólica y reducción del flujo sanguíneo en el tejido.

El punto gatillo es una zona circunscrita, donde se contraen unas pocas unidades motoras y por tanto no se acorta en su totalidad la longitud del músculo, si se contraen todas las fibras motoras, la longitud del músculo se acorta y se produce un miospasmio. Otra característica de los puntos gatillo es que presentan un dolor tan profundo que pueden producir efectos de excitación central, y como resultado de ello se pueden producir dolores como si fueran de una cefalea.

Debemos recordar otra característica clínica de suma importancia que puede presenciarse en estado activo o latente. El activo provoca efectos de excitación central. Al activarse un punto gatillo que induzca a una cefalea, tiene su origen en el punto gatillo, y por tanto si se induce a una estimulación en ese punto se producirá un aumento del dolor. Algunos pacientes refieren que inclusive les duele el pelo al peinarse. Los puntos gatillos en el hombre tienden a producir una co-contracción de los músculos de la masticación y en caso de persistir provocan el dolor en estos.

También el estímulo del dolor profundo puede producir alteraciones en el sistema autónomo, con manifestaciones clínicas como: el lagrimeo, o la sequedad ocular. A nivel vascular como: palidez y enrojecimiento de tejidos que son de carácter unilateral.

#### **II.1.2.2.9.5 Mialgia crónica de mediación central**

Es un trastorno doloroso muscular crónico y persistente, mediado principalmente por el S.N.C., percibido en los tejidos periféricos musculares. Inicialmente sus síntomas son parecidos a los de un trastorno inflamatorio, por eso también se le denomina miositis, aunque estén ausentes los signos clínicos de la inflamación. Su etiología es producto de un impulso nociceptivo originado en el S.N.C. (inflamación nuerógena) sobre el tejido muscular. El estímulo desencadenante es el dolor muscular local prolongado o el dolor mioaponeurótico, mientras más prolongado sea el dolor miógeno hay mayor posibilidad de que se trate de una miositis crónica, y exista una mayor relación con la continuidad que en la misma duración. Existe sensibilidad a la palpación y disfunción estructural. ( 4 )

## II.1.2.3 XEROSTOMÍA

### II.1.2.3.1 Definición:

*“Sequedad de la boca provocada por el cese de la secreción salivar normal.” ( 1 )*

Como el término anterior lo define, esta patología consiste en una disminución importante de la producción de la saliva, debido a diferentes causas, entre ellas tenemos:

### II.1.2.3.2 Xerostomía Subjetiva

Es el resultado de la asociación de signos subjetivos, puede iniciarse de manera desapercibida hasta presentar un grado de sequedad que se capta con una simple observación.

En la práctica clínica algunos de nuestros pacientes nos refieren algún grado de dificultad masticatoria e inclusive para tragar. Al examinar el órgano nos damos cuenta que glándulas y conductos se encuentran en una situación normal.

Este tipo de problema es muy común encontrarlo en pacientes con dolores faciales atípicos, o talvez serán la sensaciones inexplicables de sequedad no acompañadas de sintomatología oral.

En presencia de un paciente que refiere sensación de boca seca y el examen clínico no nos muestre mucosas secas, además de una disminución del flujo salival, en esos casos nos encontraremos ante la xerostomía subjetiva. (10 )



### **II.1.2.3.3 Reacción secundaria a la radioterapia**

La irradiación de la región orofacial lesiona el parénquima de las glándulas salivales mayores y menores localizadas en la trayectoria del haz. En la terapia por irradiación deben ser incluidos los ganglios, pensando en posibles metástasis que implican a las glándulas salivales de la región submandibular y parte inferior de los lóbulos de las parótidas. Si la dosificación cancerígena a la que son sometidas algunas glándulas salivales es inferior a los 6.000 rads, ésta sufrirían una menor lesión permanente. (12 )

### **II.1.2.3.4 Síndrome Sjögren...**

*“Trastorno inmunológico caracterizado por una secreción insuficiente de las glándulas lagrimales, salivales y otras, lo que provoca una sequedad anormal de la boca, los ojos y otras mucosas. La atrofia de las glándulas lagrimales puede causar desecación de la córnea y la conjuntiva. Cuando se afectan los pulmones, la sequedad aumenta la sensibilidad frente a las neumonías y otras infecciones respiratorias.” ( 1 )*

Descrita por primera vez en 1933 por Henrik Sjögren, que analizó 19 casos, este síndrome suele acompañar en el 50% de los casos a la artritis reumatoide, el lupus eritematoso generalizado, el escleroderma o la polimiositis. Puede asociarse también con el linfoma o “seudolinfoma”, macroglobulemia de Waldenström, cirrosis biliar primaria y hepatitis crónica.

Su etiología es desconocida, pero un incremento anormal de anticuerpos, asociada con la enfermedad colágena, ha originado que los inmunólogos incluyan este síndrome en la lista de enfermedades autoinmunitarias. ( 9 )

La sintomatología y signos de sequedad e inflamación son producto de la reacción inmunológica en el parénquima, mecanismos inmunes por los cuales los antígenos no se pueden definir.

En la xerostomía y xeroftalmia existe una infiltración constante de los linfocitos T y pérdida del parénquima glandular. La reacción de hipersensibilidad ocurre en el parénquima de las glándulas salivales y lagrimales ( parótida y lagrimal ). Es considerada como una reacción inmunológica interpuesta por células frente a antígenos nativos de células epiteliales glandulares específicas, esto explica la sequedad de los ojos y la cavidad oral, denominado complejo sicca o seco.

#### **II.1.2.3.4.1 Evidencia clínica**

La mayoría de las personas afectadas son mujeres, cerca del 80% de los casos. Podemos reconocer dos tipos de trastornos: el Síndrome de Sjögren primario que afecta sólo las glándulas salivales y lagrimales, además, se presenta la queratoconjuntivitis seca, con lesiones en la córnea, que se tiñen con rosa de Bengala, ante la prueba de Schirmer que evalúa el flujo lacrimal, siendo positiva si los valores son menores a 5 mm en un tiempo de 5 minutos. La prueba consiste en colocar un papel de filtro que se coloca entre el ojo y el párpado, para medir la cantidad de lagrimeo, que se calcula en milímetros.

El Síndrome de Sjögren secundario se presenta cuando existen además otros signos o patologías autoinmunes, primeramente la artritis reumatoide así como las otras citadas anteriormente. Cerca del 45 % de los afectados presentan un incremento en el tamaño de la glándula parótida, firme pero pastosa a la palpación, suele ser bilateral, pero también pueden afectarse las submandibulares.

La detección y diferenciación de una lesión neoplásica se puede hacer por medios diagnósticos como: la sialografía de contraste, la gammagrafía con pertecnato, la tomografía computadorizada y la resonancia magnética.

La manifestación clínica más importante es la xerostomía y la sequedad ocular. Esta es extremadamente molesta, ya que la mucosa de la boca y ojos está adelgazada, inflamada e irritada, con sensación de ardor. Se da así un medio que propicia para la proliferación de la candidiasis, además se aumentan las caries, principalmente las radiculares.

#### **II.1.2.3.4.2 Tratamiento**

El tratamiento se enfoca a aliviar las molestias producidas por el síndrome, se debe detener el desarrollo de la caries radicales, con el uso de un gel tópico que libere flúor, técnicas de control de placa y saliva artificial. La candidiasis se puede controlar mediante el uso de medicaciones antimicóticas (nistatina, clotrimazol). ( 12 )

##### **II.1.2.3.4.2.1 Saliva artificial...**

*“Mezcla de carboximetilcelulosa, sorbitol, sodio y cloruro potásico en solución acuosa. Puede adquirirse en un envase atomizador para el tratamiento de la xerostomía o boca seca.” (1)*

#### **II.1.2.3.5 Xerostomía condicionada por medicamentos**

Muchos fármacos utilizados pueden llevar a una hiposalivación transitoria. Entre ellos tenemos los siguientes:

1. Parasimpaticolíticos
2. Simpático miméticos
3. Antidepresivos ( tricíclicos, tetracíclicos )
4. Neurolépticos anticonvulsivos
5. Relajantes musculares
6. Medicamentos antiparkinson
7. Antihistamínicos
8. Inhibidores del apetito
9. Tranquilizantes
- 10. Antihipertensivos ( 13 )**

## II.1.2.4 GLOSALGIA

Este es uno de los problemas que refieren frecuentemente algunos pacientes. Es esa sensación de dolor urente, identificado en la lengua u otras zonas de la mucosa oral. También conocido como glosalgia o glosopirosis, las personas que la padecen lo describen como una sensación de ardor, dolor, hormigueo hasta el adormecimiento. Además, algunos lo manifiestan como una sensación caliente.

La glosodinia se dice que puede presentarse como un síntoma aislado o como un grupo de manifestaciones caracterizadas por: dolores continuos, profundos, sordos, de la variedad del dolor facial atípico. Los pacientes afectados con glosodinia se clasifican en dos grupos:

- ✓ Los que presentan sintomatología asociada.
- ✓ Los que no presentan sintomatología asociada.

La etiología se enfoca hacia una alteración de la propia mucosa, sin importar cuál sea su sintomatología.

### II.1.2.4.1 Valoración clínica

Consiste en identificar posibles causas e ir excluyéndolas, como son:

- ✓ Buscar cualquier factor irritante local y eliminarlo ( dientes ásperos, restauraciones, prótesis y cálculos.
- ✓ Alimentos irritantes.
- ✓ Hábitos de los músculos.
- ✓ Tabaquismo intenso.

En ocasiones, la inexistencia de asociación cercana entre lesiones, síntomas, presencia de irritantes, pueden sugerirnos que la tensión en la lengua puede identificarse como un factor importante.

Este factor (tensión muscular en la lengua), puede verse asociado a la glosodinia con dimensiones verticales aumentadas o disminuidas, también al síndrome de disfunción mioaponeurótica dolorosa, pero lo podemos encontrar con individuos con hábitos musculares orales extremadamente excesivos o anormales.

En ocasiones se dice que son reacciones alérgicas a ciertas sustancias químicas contenidas en los productos odontológicos, alimentos, factores locales que en algunas situaciones no se resuelven al suprimirlas. La moniliasis o candidiasis oral pueden tener como síntoma temprano el ardor.

Al determinar la causa de la glosodinia, su tratamiento se enfoca a eliminar el irritante oral, edificación de protectores plásticos para evitar la irritación de las irregularidades, tratamiento contra la tensión muscular, ya sea corrigiendo la mal oclusión o utilizando relajantes como el diazepam. ( 9 )

### II.1.2.5 BRUXISMO

El proceso de la masticación es posible gracias a una serie de músculos de la cara y la cabeza, que controlan el movimiento de la mandíbula y de la articulación temporomandibular. Cuando la boca permanece cerrada y en otras posiciones de referencia, recibe el nombre de oclusión. Ésta es mala cuando se da una desviación de la oclusión normal, provocando problemas oclusales que llegan a producir patrones bucales inadecuados o parafuncionales. Éstas a su vez implican:

1. Actividad muscular inadecuada
2. Alteración de la oclusión con daños en la estructura dentaria
3. Problemas musculares y articulares ( 14 )

La Academia Americana de Dolor Orofacial lo define como una actividad parafuncional diurna o nocturna en la que se aprietan, presionan, rechinan y crujen los dientes.  
(15)

Las personas contactan sus dientes por los siguientes razones:

- ✓ Cuando comen
- ✓ Por situaciones de tensión (rechinan)
- ✓ Durante el sueño

Las patologías dentales ocurren cuando hay situaciones no funcionales, de formas prolongadas o intensas.

Clasificación del punto de vista odontológico del bruxismo

- B. Céntrico que consta del apretamiento de los dientes y ocurre durante el día.
- B. Excéntrico cuando se frota las piezas dentarias, durante la noche (rechinar).

Según el estado de sueño o vigilia se denomina así:

1. Bruxismo diurno (Vigilia)
2. Bruxismo nocturno (Sueño)

Desde el punto de vista conductual estos son diferentes:

- I. B. Nocturno, caracterizado por ser rítmico e implica sonidos, pero el diurno no.
- II. Los sujetos con hábitos nocturnos afirman que no realizan esta actividad durante el día.
- III. El nivel de conciencia en ambas conductas es diferente. ( 14 )

#### **II.1.2.5.1 Epidemiología**

Investigaciones realizadas han encontrado que cerca del 90% de la población general han presentado bruxismo. Pero la determinación de la prevalencia real del bruxismo resulta difícil, ya que esta conducta anormal mandibular se realiza a nivel subconsciente en la mayoría de los casos. Otros estudios muestran que la frecuencia de bruxismo es máxima entre la adolescencia y los 40 años y que disminuye con la edad. En relación con la distribución por sexo, se ha encontrado que la mayoría de las mujeres experimentan en su vida mayor tensión, pero esto no significa que el hábito se presente mayoritariamente en ellas, así se ha demostrado en la práctica clínica.

#### **II.1.2.5.2 Etiología**

Lo más propuesto y probable es que sea multifactorial, en cuanto a la relación del hábito nocturno y la interferencia con una oclusión, no se ha visto apoyada por las últimas investigaciones realizadas. Además, se ha definido que de los trastornos de la funcionales de la dentición; el bruxismo es el causante de mayor destrucción.

La conducta no funcional mandibular se encuentra relacionada con crisis de estrés emocional o física. Por lo general las personas suelen apretar con fuerza sus dientes en períodos de concentración o de actividades agotadoras durante el día. También se ha encontrado relación con alteraciones del sueño, añadiendo un agravamiento por el consumo de alcohol o por medicamentos. En los estudios realizados se encontraron evidencias en los individuos con alteraciones en el sistema nervioso central. ( 15 )

Se han encontrado frecuentemente en individuos con trastornos físicos: lesiones corticales, epilepsia, hipertiroidismo, alergia, sinusitis, trastornos gastrointestinales, pero ello no significa que sea el resultado de ellos. Se cree que es un hábito aprendido ante situaciones productoras de ansiedad, esta sería la respuesta de escape en la medida en que reduce o elimina la ansiedad causada por una situación estresante.

Otra teoría propone una combinación de variables dentales y psicológicas, como conducta disruptiva repetitiva y de elevada frecuencia, podría considerarse como una conducta autoestimulada. ( 14 )

#### **II.1.2.5.3 Características del bruxismo**

El acto de apretamiento o rechinar durante las horas de sueño se basa en presión mandibular rítmica, aunque forzada, o cierre muscular prolongado de la dentición. Suelen presentarse por episodios que a su vez se presentan en intervalos intermitentes. En estudios realizados se encontraron hasta 25 episodios por noche, con tiempos de 8 a 9 segundos, también se descubrió que la conducta bruxística de una noche a otra puede variar en un individuo. ( 15 )

Los resultados de los estudios demostraron se encontró que el esmalte tiene un desgaste natural de unos 30 micrómetros por año o unos 0.3 mm en 10 años. Es difícil estudiar la cantidad de estructura dentaria que se destruye en el paciente bruxópata. Algunos datos se hallaron hasta 2 mm de desgaste en individuos de 25 años y que padecían bruxismo. ( 16 )



En la observación clínica lo que comúnmente se encuentran son los desgastes en la estructura dentaria, presentándose en forma de facetas oclusales o incisales, localizadas o generalizadas. ( 15 )

Se ha descrito que los individuos que frecuentemente aprietan los dientes, presentan desgaste en las piezas anteriores y en menor grado en las posteriores. ( 16 )

Pero no sólo se presenta el problema estético, sino que afecta otras estructuras de soporte, además de otras consecuencias que sufre la dentadura, como son:

1. Hipersensibilidad térmica
2. Hipermovilidad
3. Lesión del ligamento periodóntico y del periodoncio
4. Hiper cementosis
5. Fractura de cúspides y restauraciones
6. Pulpitis y necrosis pulpar
7. Reabsorción del reborde en portadores de dentaduras

#### **II.1.2.5.4 Diagnóstico del bruxismo**

##### Signos

- Desgaste oclusal o incisal
- Movilidad de piezas comprometidas
- Fracturas de los dientes y restauraciones
- Hipertrofia del vientre superficial del músculo masetero y temporal anterior
- Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal
- Sensibilidad a la palpación de los músculos masticatorios

##### Síntomas

- Sensación de tensión de los músculos masticatorios que suele desaparecer al despertar
- Mialgia, dolor miofacial
- Dientes con hipersensibilidad
- Ruidos producidos al rechinar. Los escucha y los da a conocer el compañero de habitación.

### II.1.2.5.5 Tratamiento del bruxismo

El tratamiento al paciente bruxista se le debe realizar un buen historial clínico, ya que éste podría tener una causa multifactorial. Luego se incluirá la disminución del estrés y la tensión emocional, el tratamiento de los signos y síntomas de las conductas parafuncionales, la eliminación de irritaciones oclusales y los hábitos neuromusculares. Suele ser relevante la apropiada educación del enfermo sobre todo si está sometido a tensión o el estrés. ( 15 )

Desde una perspectiva psicológica se proponen diferentes formas de cómo introducir en ellos los tratamientos conductuales:

a) Práctica masiva

Es la continua repetición del hábito hasta lograr la fatiga muscular. En ese momento se suspende la práctica. Suele ejecutarse varias veces durante el día.

b) Habit reversal

Esta propuesta consiste en hacer el reconocimiento del hábito, interrumpir su práctica, ejecutar una conducta competitiva al realizar el hábito parafuncional.

c) Técnicas aversivas

Son dirigidas para castigar el hábito del rechinar o apretamiento.

d) Técnica de alarma contingente

El método consistía en emitir un sonido desagradable cada vez que el individuo ejecutaba la conducta, a través de auriculares durante un período de 3 segundos, en cada ocasión en que rechinara o apretara los dientes. ( 14 )

Según los últimos estudios, se concluyó que la mejor forma y método para prevenir los desgastes y el menos complicado, es la utilización de férulas de resina. Éstas deben ser fuertes y con cierto grado de grosor, entre 1,5 y 2 mm en zona posterior donde será la parte más fina, preferiblemente de polimetilmetacrilato, además, cada pieza deberá tener un tope céntrico para evitar extrusiones dentales, con guía incisal y surco canino en una posición estable en oclusión céntrica, con períodos de uso entre los 3 y 10 años. Deben emplearse todas las noches y durante el día cuando aparezca la tensión.. Cuando los desgastes abarcan la dentina, primeramente se eliminarán los puntos prematuros anormales, además del equilibrio de la oclusión. De acuerdo con la cantidad de piezas por restaurar, así será la clase de material por utilizar para evitar el desgaste de los dientes opuestos. ( 16 )

# CAPÍTULO III

## III.1 DISEÑO METODOLÓGICO

### III.1.1 Tipo de Estudio

El tipo de estudio es de carácter no experimental, básicamente de tipo descriptivo y, por lo novedoso del tema se puede considerar exploratorio.

#### III.1.1.1 Definiciones del tipo de estudio:

##### A.) *Exploratorio...*

*“ Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.” ( 17 )*

##### B.) *Descriptivo...*

*“En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.” ( 17 )*

### III.1.2 Límites

- **Espacial:** Asociación Costarricense de Fibromialgia
- **Temporal:** Enero – Diciembre 2002

### III.1.3 Población

Pacientes con Síndrome de Fibromialgia que acuden a la Asociación Costarricense de Fibromialgia en el Hospital México, durante el período de tiempo comprendido entre Enero - Diciembre del 2002

### III.1.4 Muestra

Se realiza una muestra por conveniencia de 20 pacientes del total que conforman la Asociación Costarricense de Fibromialgia. Todos del sexo femenino con edades que van desde los 20 años y que estuvieron de acuerdo en colaborar con la investigación.

### **III.1.5 Procedimiento**

En la investigación participarán las personas inscritas en la Asociación del Fibromialgia que asistieron a las reuniones o seminarios del último año. La investigación comprendió los siguientes pasos:

- 1) Se realizaron consultas en la directiva de la asociación, con el fin de explicar el proyecto, además, para obtener los permisos, nombres y números de teléfono de las asociadas.
- 2) Posteriormente, ya con la aceptación de la investigación, se convocó a un pequeño grupo para proceder con la validación de los instrumentos de estudio.
- 3) Para realizar el listado de los pacientes, se procedió de la siguiente manera: se utilizaron los nombres de las participantes y se seleccionaron únicamente las mujeres procedentes de las provincias de San José, Heredia y Cartago.
- 4) Posteriormente a la selección de la muestra para el estudio, se convocó a los integrantes del grupo por medio telefónico, con el fin de explicar el objetivo del estudio, se obtuvo el consentimiento del paciente, la autorización de la directiva de la asociación, se les argumentó el papel que ellos asumirían en el proyecto, además de los respectivos formularios que debían de responder ( ficha clínica, entrevista personal ). Se les avisó que también serían sometidas a una revisión clínica con el fin de obtener más datos que argumentaran el trabajo por realizar. Se les explicó que serían citados según conveniencia, en la clínica odontológica de la Dra. Aurora Trujillo. Se les indicó a los participantes la importancia y relevancia de la investigación.

- 5) Se inició en el mes de Marzo del 2003, en la Clínica Odontológica de la Dra. Aurora Trujillo, en barrio Francisco Peralta de, San José.
  
- 6) El día en el cual los pacientes debían presentarse, se les entregó el formulario de consentimiento, posteriormente se les otorgó la ficha, luego la entrevista personal y examen clínico. Inicialmente se les dio la ficha clínica a los pacientes para que aportaran información personal, luego se realizó la entrevista personal y para finalizar se efectuó el examen clínico. Cuando las personas no podían brindar la información personal por alguna razón, entonces el investigador procedió a ayudarlas para que se incorporara cuanto antes esa información.
  
- 7) La ficha clínica se dividió en varias secciones en las que se consignaron los datos personales del paciente, también se indagó sobre los (A.P.P.), (A.P.F.), (A.M.), en otro apartado; se buscó información sobre su salud buco dental. Luego se estudiaron las patologías específicas orales. El investigador realizó otras preguntas, después de que comprobó que la existencia de la manifestación oral era afirmativa, con la intención de recabar más información. Luego se complementó con el examen clínico en busca de hallazgos que reafirmaron las respuestas dadas por la persona que se estudiaba.
  
- 8) También se llevó a cabo la encuesta sobre los conocimientos del Síndrome de Fibromialgia. Ésta fue realizada por los profesionales en odontología, en la Clínica de Especialidades Odontológicas de U.LA.CI.T.
  
- 9) Posteriormente se procesaron y analizaron los datos obtenidos.



### III.1.6 Operalización de las variables por objetivo

**Cuadro I**

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		INSTRUMENTAL
			Indicador	Escala	
<i>1. Describir la relación que existe entre las variables sociodemográficas de los sujetos de estudio y la presencia de patologías orales en el Síndrome de Fibromialgia.</i>	Sexo	Condición por la cual se diferencian el hombre y la mujer.	Masculino Femenino	M__ F__	Ficha clínica
	Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a partir de su nacimiento	Edad en años	35-39 años 40-44 años 45-49 años 50-54 años 55-59 años 60-64 años 65-69 años 70-74 años	Ficha clínica
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Nivel académico adquirido	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incomp. Téc. Universitaria	Ficha clínica
	Acceso a los servicios de salud	Capacidad adquisitiva para los servicios médicos, según su posibilidad.	Tipo de acceso a los servicios médicos	Público Privado Ambos	Ficha clínica
	Ingreso familiar	Total de ingresos económicos de una familia en el transcurso de un mes.	Ingreso Familiar	> ¢100.000 De ¢100.000 a ¢150.000 <¢ 150.000	Ficha clínica
	Grupo étnico	Individuos que portan rasgos en común por factores genéticos	Grupo de pertenencia	Caucásico Afro americana Asiático	Ficha clínica
	Área geográfica	Lugares de donde son referidos los pacientes al Hospital México	Provincia	San José Heredia Cartago	Ficha clínica

**Cuadro II**

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL		INSTRUMENTAL
			Indicador - Escala		
2. Explorar la existencia de signos y síntomas que reflejen patologías odontológicas específicas del paciente portador del Síndrome de Fibromialgia	1. Bruxismo	Hábito en el cuál se rechinan o aprietan los dientes, en una forma parafuncional.	1.Presencia de facetas de desgaste 2.Movilidad dental en piezas con facetas de desgaste	Presencia Ausencia	Ficha clínica Entrevista Examen clínico
	2. Xerostomía	Consiste en una disminución importante de la producción de la saliva.	1.Sensación de sequedad en la boca 2.Estado de mucosas	Presencia Ausencia	Ficha clínica Entrevista Examen clínico
	3. Boca Urente	Se explica como una sensación de ardor, dolor, hormigueo hasta el adormecimiento. Además se puede manifestar como una sensación caliente	1.Sensación de ardor, hormigueo, calor o quemazón en boca	Presencia Ausencia	Ficha clínica Entrevista Examen clínico
	4. Dolor Dental	Sensación molesta ante estímulos externos e internos por parte de un individuo	1.Presencia de dolor dental 2.Presencia de dolor facial	Presencia Ausencia	Ficha clínica Entrevista Examen clínico
	5. Trismo	Contracción tónica prolongada de los músculos de la masticación, por lo que aparecen limitaciones en movimientos mandibulares	Limitación de movimientos de apertura con dolor y sin dolor, en movimientos de apertura y cierre forzado	1.Presencia 2.Ausencia	Ficha clínica Entrevista Examen clínico

### Cuadro III

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>		<b>INSTRUMENTAL</b>
			<b>Indicador - Escala</b>		
<i>3. Detectar si existe conocimiento de los odontólogos en la Clínica de Especialidades Odontológicas de U.L.A.C.I.T., en relación con el tema de estudio.</i>	Doctores en odontología	Todos los profesores que trabajan en la carrera de odontología en U.L.A.C.I.T.	Grado de conocimiento sobre Fibromialgia	1.Sí conocen 2.No conocen	Encuesta

### **III.1.7 Instrumentos de recopilación de datos**

- 1) La ficha clínica se entregó a los pacientes para que se completaran los datos personales, patológicos personales, familiares y antecedentes medicamentosos. La ficha clínica fue de fácil manejo para los participantes en el estudio.
  
- 2) Parte del cuestionario se realizó en forma de entrevista por parte del investigador, en el momento en que se efectuó el examen clínico. En esta parte fue vital toda la información brindada por el individuo en estudio.
  
- 3) El examen clínico se realizó por medio de la observación del investigador, con la ayuda de un asistente para la valoración y el debido llenado de los formularios.

### **III.1.8 Técnicas de procesamiento y análisis de la información**

Los datos obtenidos se procesaron a través de un sistema computadorizado, mediante el uso de los programas como el **Microsoft Word** y el **Microsoft Excel**. Se utilizaron las medidas aportadas por la bioestadística básica ( proporciones y desviación estándar ).

# CAPÍTULO IV

## IV.1 PRESENTACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

### IV.1.1 Tabla: 1

#### PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN EDAD

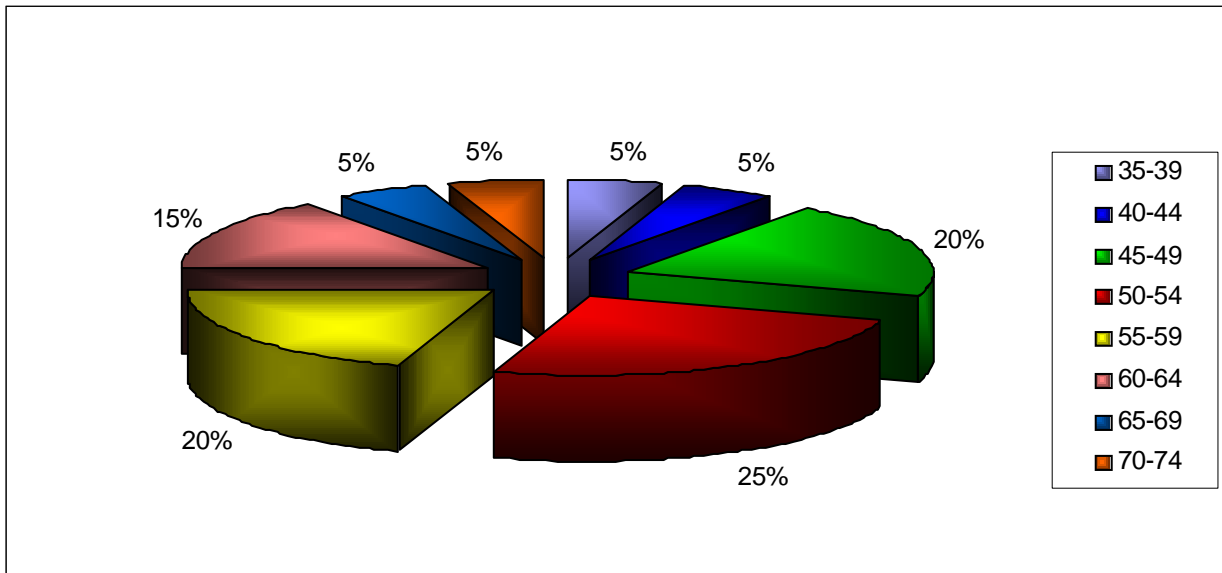
Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003

<b>Años Cumplidos</b>	<b>Casos</b>
35-39	1
40-44	1
45-49	4
50-54	5
55-59	4
60-64	3
65-69	1
70-74	1
<b>Total</b>	<b>20</b>

Edad promedio: 54 años cumplidos

Desviación  $\pm$  18.6 años cumplidos

Rango: 38 – 70 años cumplidos



Fuente: Datos de la investigación

#### **IV.1.1.1 Descripción de la tabla: 1**

La muestra de pacientes estudiadas presentan una edad promedio de 54 años cumplidos, sin embargo se estudiaron algunas pacientes relativamente jóvenes entre 35 a 39 años y pacientes de edad avanzada de más de 70 años.

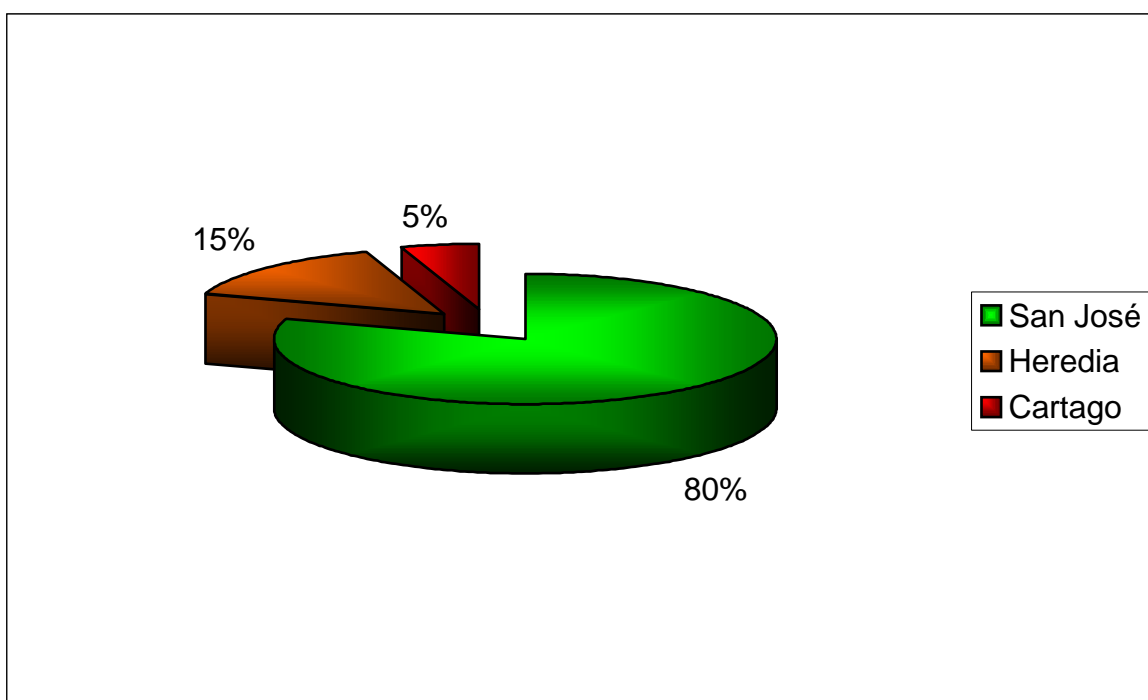
Según lo consultado en la literatura, se nos dice que los estudios antes realizados encontraron una prevalencia mayoritaria en mujeres, en edades comprendidas entre los 30 y 50 años cumplidos. ( 2 )

IV.1.2 Tabla: 2

PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN DISTRIBUCION POR PROVINCIA

Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003

Provincia	Casos	%
San José	16	80
Heredia	3	15
Cartago	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>



Fuente: Datos de la investigación



#### **IV.1.2.1 Descripción de la tabla: 2**

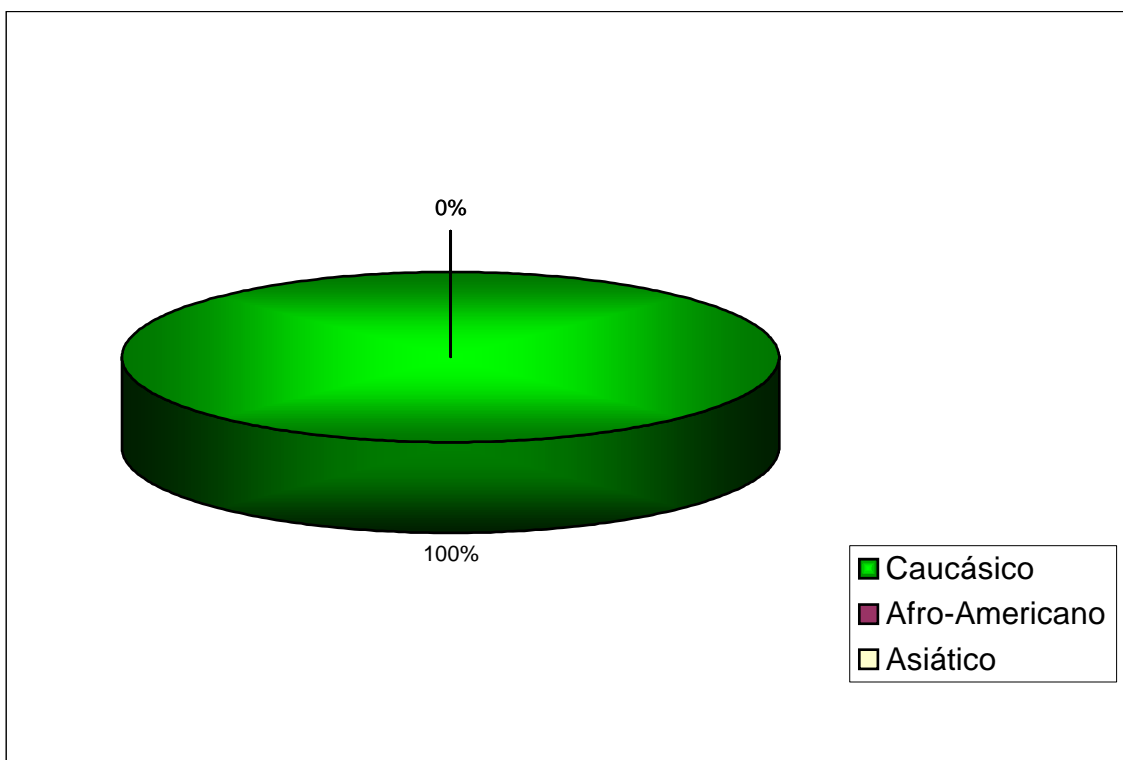
Las pacientes estudiadas de la Asociación Costarricense de Fibromialgia pertenecían al área de San José, Heredia y Cartago. De ellas, el 80% residen en la provincia de San José, el 15% en Heredia y solo un paciente procede de Cartago. Este dato demográfico es útil solamente para describir la ubicación de los pacientes, ya que la Fibromialgia no es una enfermedad endémica de una determinada región, más bien se encuentra distribuida por todo el mundo.

IV.1.3 Tabla: 3

### PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN EL GRUPO ÉTNICO

Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003

<b>Grupo Étnico</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
Caucásico	20	100
Afro-Americano	0	0
Asiático	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>



Fuente: Datos de la investigación

#### **IV.1.3.1 Descripción de la tabla: 3**

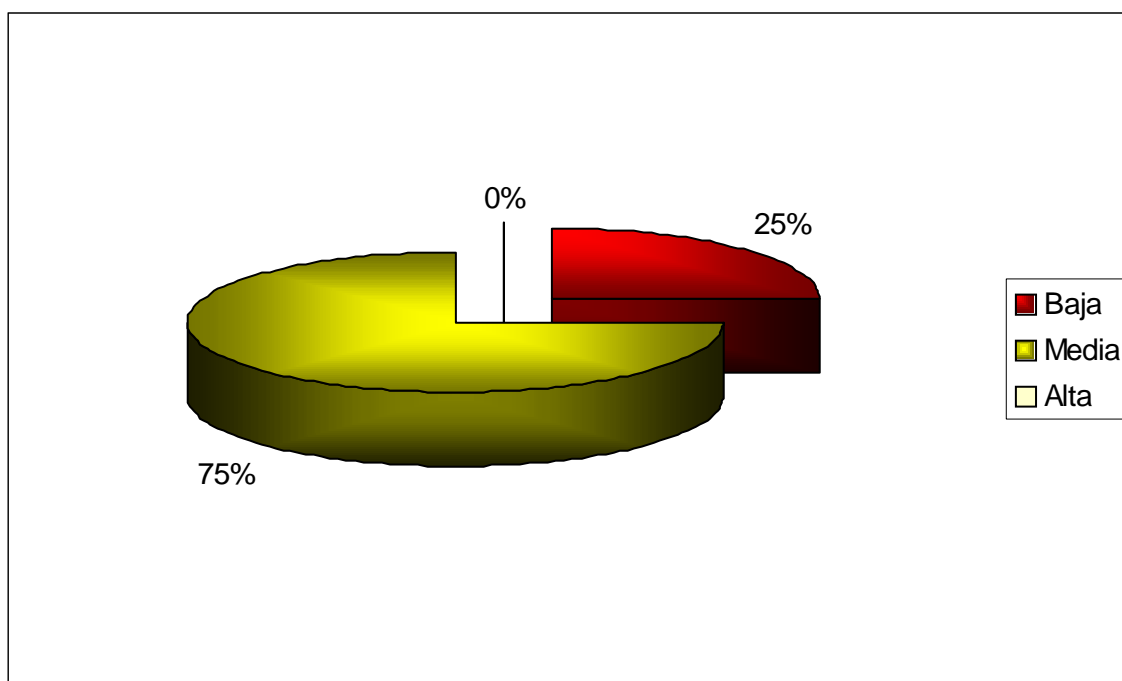
En la literatura revisada se puede observar que la fibromialgia cruza barreras de raza, sexo, edades y áreas geográficas. ( 2 ). Sin embargo el 100% de los casos pertenecen al grupo étnico descrito como caucásico.

IV.1.4 Tabla: 4

PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN SU CONDICION SOCIOECONÓMICA

Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003

Condición Socioeconómica	Casos	%
Baja	5	25
Media	15	75
Alta	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>



Fuente: Datos de la investigación

#### **IV.1.4.1 Descripción de la tabla: 4**

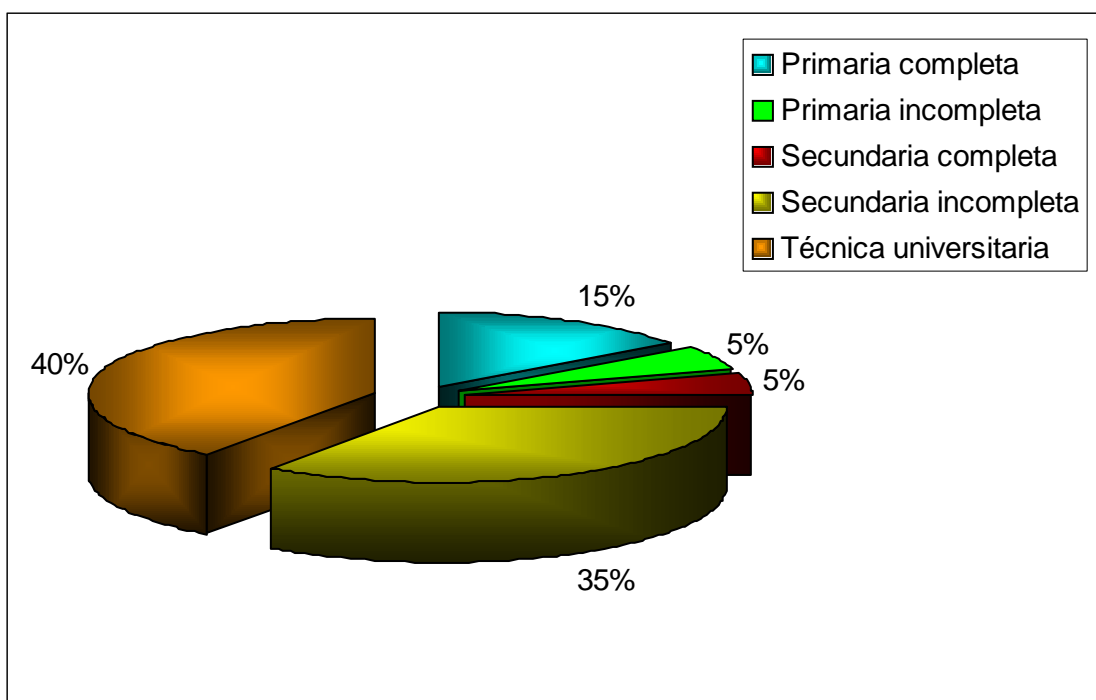
Con respecto a la condición socioeconómica el grupo de pacientes estudiadas pertenecían a un grupo socioeconómico que se podía clasificarse de bajo a medio, con un predominio de pacientes del 75% de clase media. En la literatura revisada no se encontró ninguna información que asociara la enfermedad con algún estrato socioeconómico específico.

IV.1.5 Tabla: 5

PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN LA EDUCACION RECIBIDA

Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003

Educación recibida	Casos	%
Primaria completa	3	15
Primaria incompleta	1	5
Secundaria completa	1	5
Secundaria incompleta	7	35
Técnica universitaria	8	40
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>



Fuente: Datos de la investigación

#### **IV.1.5.1 Descripción de la tabla: 5**

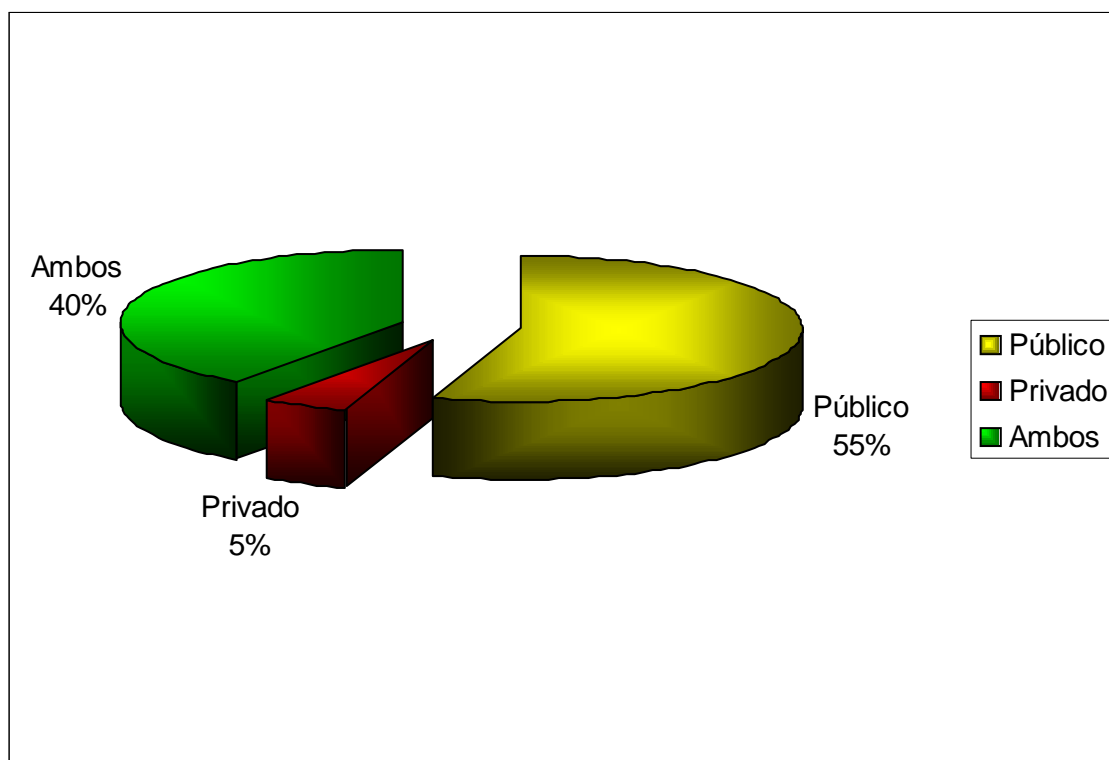
La literatura revisada tampoco refiere información sobre la relación que pueda existir entre la educación recibida por la persona y la enfermedad. En nuestro estudio, el 40% de los casos estudiados presentaba una educación Técnica Universitaria, un 40% tenía educación secundaria y solo un 20% mostraba una educación primaria.

IV.1.6 Tabla: 6

PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN ACCESO AL TIPO DE SERVICIO DE SALUD

Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003

Acceso al tipo de servicio de salud	Casos	%
Público	11	55
Privado	1	5
Ambos	8	40
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>



Fuente: Datos de la investigación



#### **IV.1.6.1 Descripción de la tabla: 6**

Las pacientes estudiadas manifestaron tener acceso a los servicios de salud para la atención de su enfermedad.

La mayor parte de ellas, un 55%, asistían al servicio de salud público y un 40% recibían atención en servicio público y privado, sólo una paciente, de las 20 estudiadas, se atiende en un servicio privado.

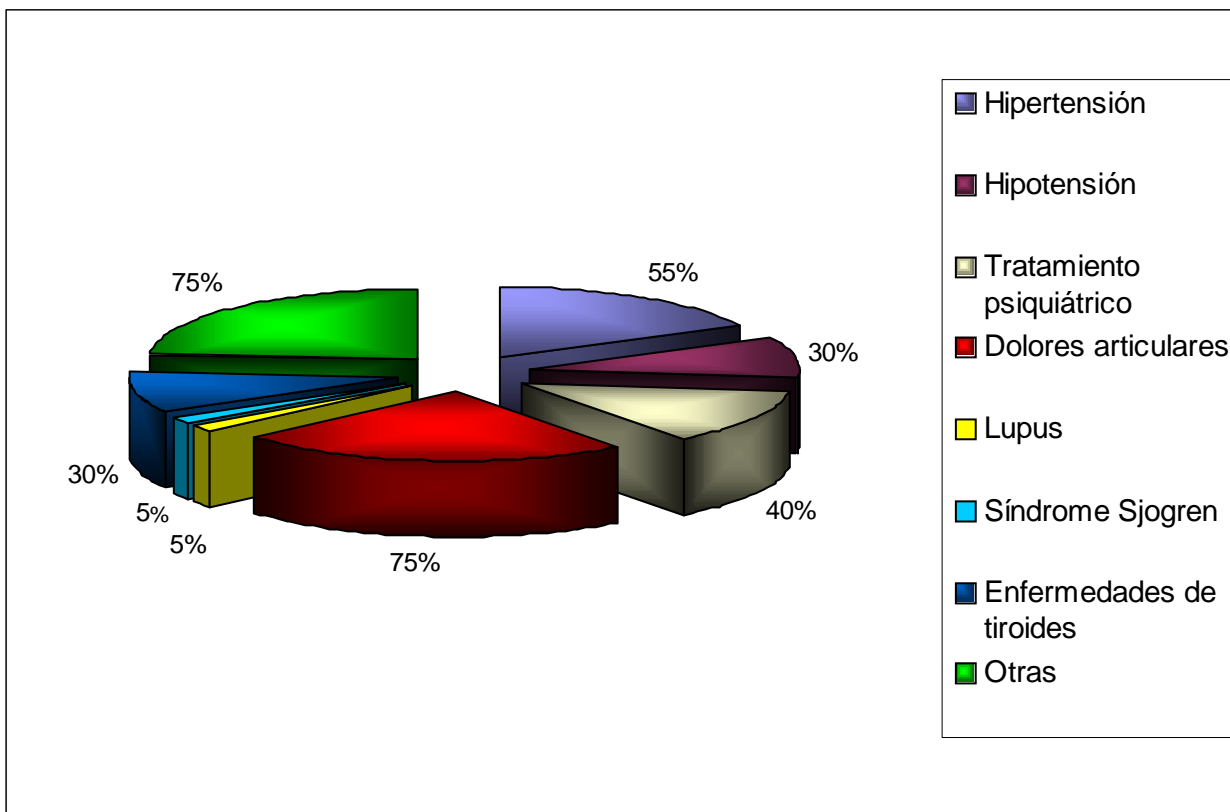
Es preciso destacar que estas pacientes son seleccionadas y esta información no es representativa de la atención que reciben los pacientes con fibromialgia del país.

IV.1.7 Tabla: 7

PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN ENFERMEDADES SISTÉMICAS ASOCIADAS  
Y SU PRINCIPAL SÍNTOMA

Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003

Enfermedades Sistémicas - principal síntoma	%	Casos
Hipertensión	55	11
Hipotensión	30	6
Tratamiento psiquiátrico	40	8
Dolores articulares	75	15
Lupus	5	1
Síndrome Sjögren	5	1
Enfermedades de tiroides	30	6
Otras	75	15



Fuente: Datos de la investigación

#### **IV.1.7.1 Descripción de la Tabla: 7**

El principal síntoma que descrito por las pacientes estudiadas se dio por los dolores articulares. Este es un síntoma característico de esta enfermedad. Lo referían el 75% de los pacientes que integraron la muestra. La literatura consultada asegura que las personas no se encuentran en buena forma física, debido a que la función muscular aumenta el dolor y es por ello que los pacientes evitan hacer ejercicios ( 4 ). También dice que el dolor se experimenta en músculos como puntos sensibles y en ocasiones ubicado en articulaciones. ( 6 ).

Un hallazgo de esta investigación se dio cuando se encontró que un paciente con Fibromialgia, además presentaba el Síndrome de Sjögren y Lupus. En la literatura se halló que dentro de la clasificación de la Fibromialgia se encuentra la fibromialgia concomitante. Ésta se produce cuando se entrecruza el síndrome con otra enfermedad no relacionada.( 6 ).

Llamó la atención que 6 casos estudiados padecían de hipertensión arterial y 6 casos sufrían de hipotensión arterial y enfermedad de tiroides.

El estudio mostró que 8 casos se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico.

En cuanto a la clasificación la fibromialgia secundaria, se dice que es activada por un síntoma como el dolor de espalda, hipotiroidismo y artritis reumatoide, entre otras. ( 6 ).

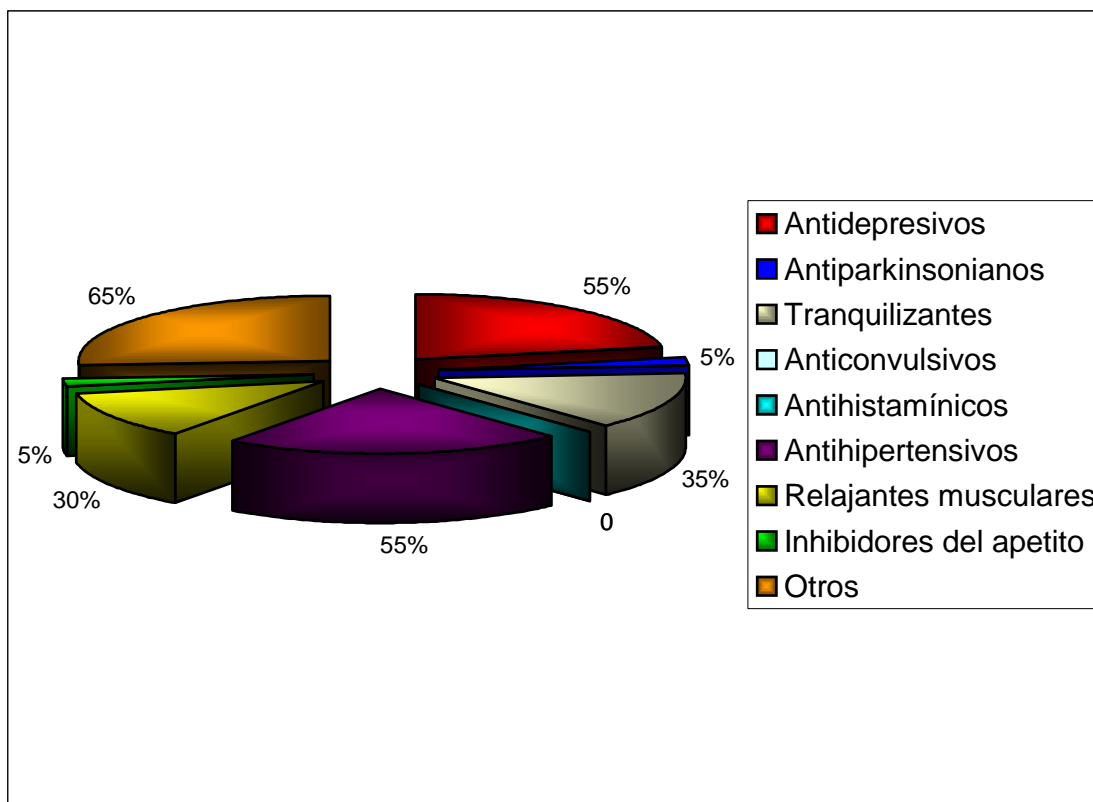
También se ha observado que factores precipitantes como el desarrollo de un lupus, artritis reumatoidea e hipotiroidismo, pueden hacer surgir una anomalía psicológica que ya se encontraba en esas personas. ( 2 )

**IV.1.8 Tabla: 8**

**PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN FÁRMACOS QUE PRODUCEN XEROSTOMÍA  
Y QUE SON CONSUMIDOS POR LARGO TIEMPO**

**Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003**

<b>Fármacos consumidos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>
Antidepresivos	55	11
Antiparkinsonianos	5	1
Tranquilizantes	35	7
Anticonvulsivos	0	0
Antihistamínicos	0	0
Antihipertensivos	55	11
Relajantes musculares	30	6
Inhibidores del apetito	5	1
Otros	65	13



Fuente: Datos de la investigación

#### **IV.1.8.1 Descripción de la tabla: 8**

Según la literatura revisada, existen fármacos que pueden producir xerostomía transitoria como reacción secundaria, como son: los parasimpaticolíticos, simpático miméticos, antidepresivos (tricíclicos y tetracíclicos), neurolépticos anticonvulsivos, relajantes musculares, antiparkinson, antihistamínicos, inhibidores del apetito, tranquilizantes, antihipertensivos.( 13 )

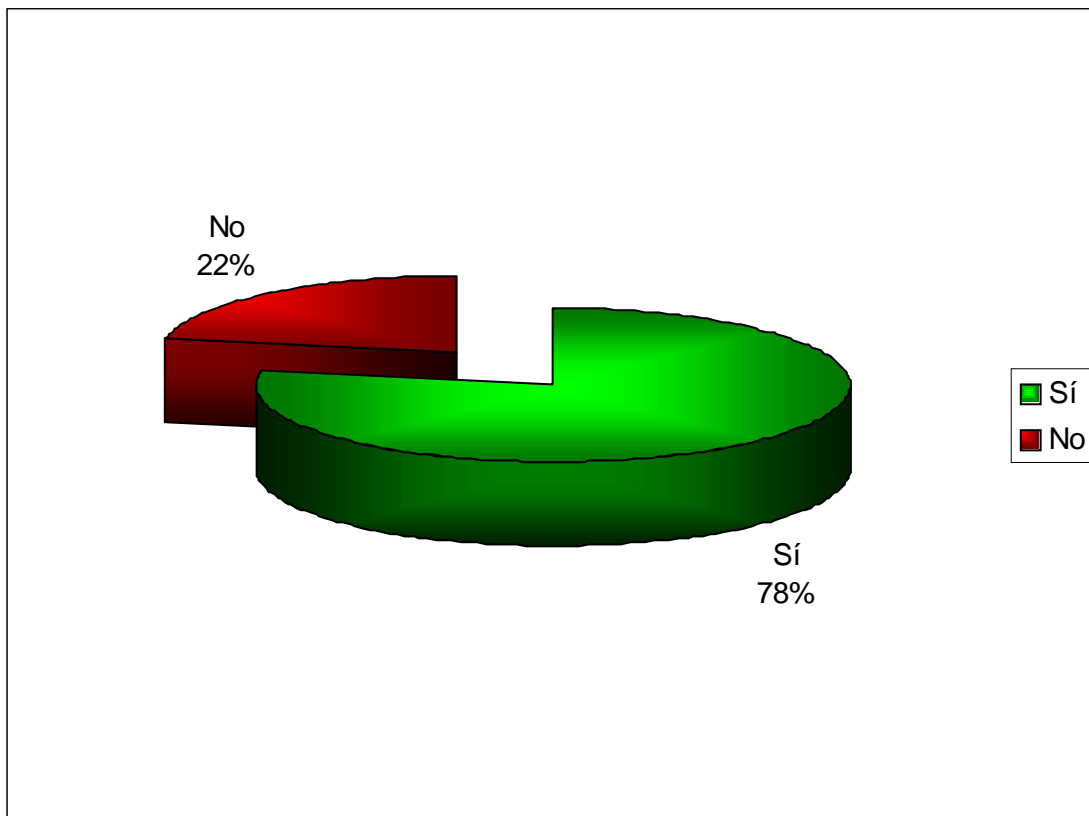
En este estudio se observó que estos fármacos antidepresivos y antihipertensivos son consumidos por el 55%, le siguen en orden de consumo los tranquilizantes y relajantes musculares 35% y 30% respectivamente. Este consumo de medicamentos podrían ser una de las causas fundamentales de la xerostomía que se observa en los pacientes.

#### IV.1.9 Tabla: 9

### PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN SEAN PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLES QUE PRESENTAN DIFICULTADES AL UTILIZARLAS EN CRISIS DE FIBROMIALGIA

Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003

Dificultad en Prótesis	%	Casos
Sí	78	7
No	22	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>9</b>



Fuente: Datos de la investigación

#### **IV.1.9.1 Descripción de la tabla: 9**

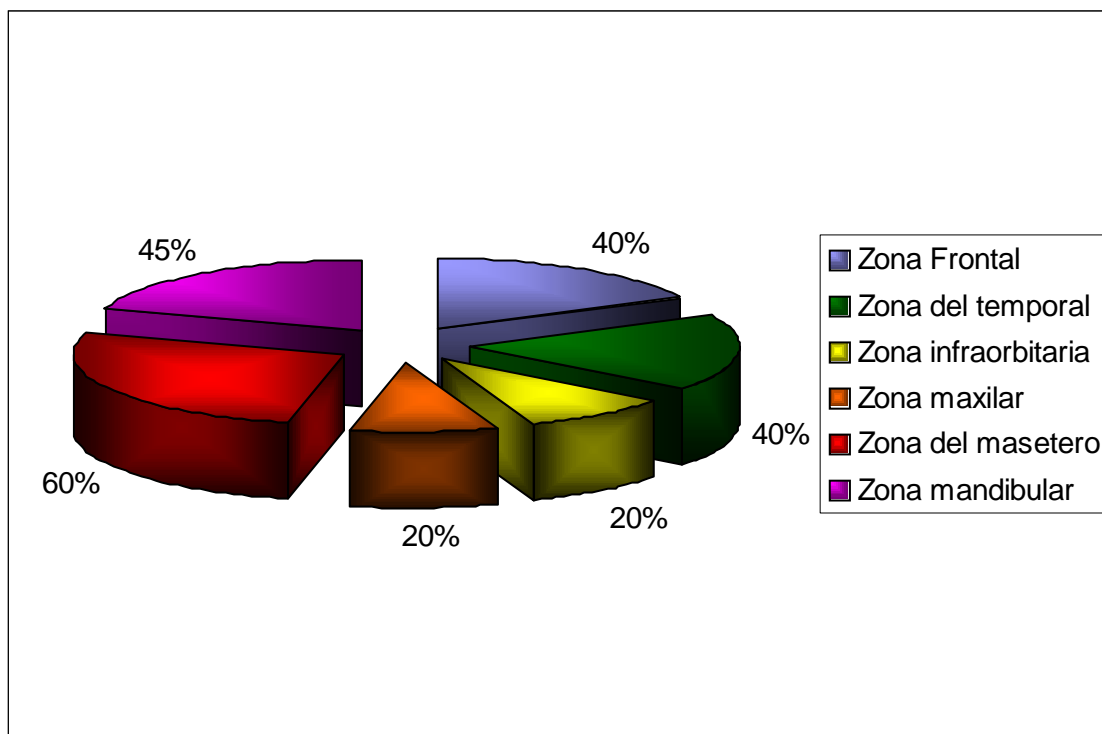
De las pacientes estudiadas sólo 9 son portadores de prótesis removibles. De ellas, el 78% manifiestan tener dificultades para su manejo, principalmente en los períodos en que se presentan las crisis de Fibromialgia.

#### IV.1.10 Tabla: 10

### PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN LA UBICACIÓN DEL DOLOR OROFACIAL EN CRISIS DE FIBROMIALGIA

Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003

Ubicación del dolor	%	Casos
Zona Frontal	40	8
Zona del temporal	40	8
Zona infraorbitaria	20	4
Zona maxilar	20	4
Zona del masetero	60	12
Zona mandibular	45	9



Fuente: Datos de la investigación



#### **IV.1.10.1 Descripción de la tabla: 10**

El dolor orofacial es un signo característico de la Fibromialgia. En el estudio, el 60 %, o sea, la mayoría de los pacientes refieren dolor a nivel del masetero, le sigue la zona mandibular con un 45% y la zona frontal, además de la zona temporal con un 40%. La zona maxilar e infraorbitaria es la que menos refieren los pacientes, con un (20%) .

Aunque la literatura no refiere dolor orofacial específico, se describen dentro de los síntomas los dolores de cabeza crónicos, en los que son frecuentes las migrañas y dolores de carácter tensional. Además, se describe el Síndrome de Disfunción de la A.T.M., que se caracteriza por un intenso dolor en la cara y cabeza, en el 25 % de los pacientes. Su etiología se cree que está mayormente asociada a trismos o tensión muscular y a los ligamentos, más que a ella misma. ( 2 )

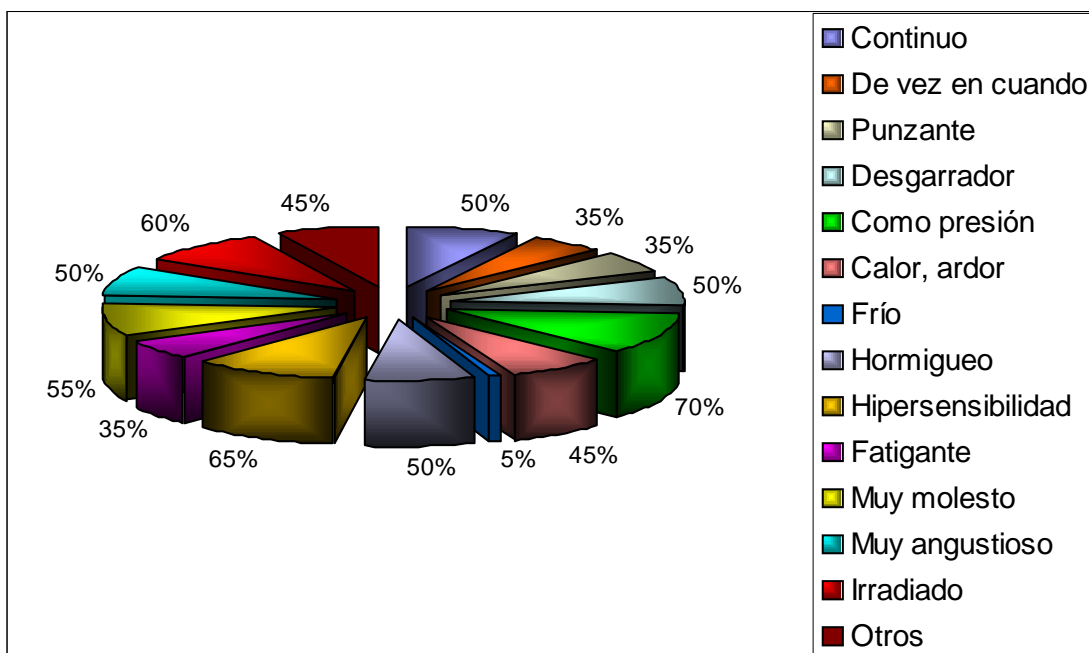
Se considera importante describir que en este estudio sí se presentó dolor orofacial y el que se distribuyó en la forma anteriormente expuesta.

**IV.1.11 Tabla: 11**

**PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN EL TIPO DE DOLOR OROFACIAL EN CRISIS DE FIBROMIALGIA**

**Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003**

<b>Tipo del dolor orofacial en crisis</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>
Continuo	50	10
De vez en cuando	35	7
Punzante	35	7
Desgarrador	50	10
Como presión	70	14
Calor, ardor	45	9
Frío	5	1
Hormigueo	50	10
Hipersensibilidad	65	13
Fatigante	35	7
Muy molesto	55	11
Muy angustioso	50	10
Irradiado	60	12
Otros	45	9



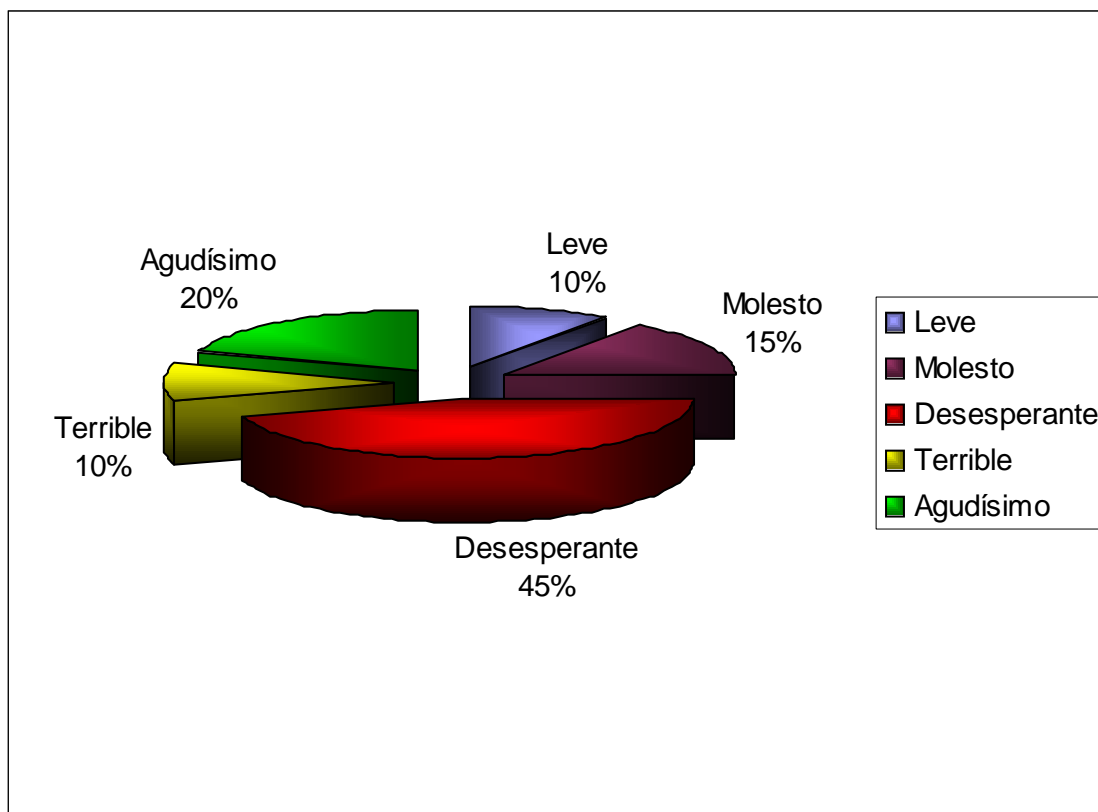
Fuente: Datos de la investigación

IV.1.12 Tabla: 12

**PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN LA INTENSIDAD DEL DOLOR OROFACIAL  
EN CRISIS DE FIBROMIALGIA**

Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 2003

<b>Intensidad del dolor en crisis</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>
Leve	10	2
Molesto	15	3
Desesperante	45	9
Terrible	10	2
Agudísimo	20	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>20</b>



Fuente: Datos de la investigación

#### **IV.1.11, 12.1 Descripciones de las tablas: 11 y 12**

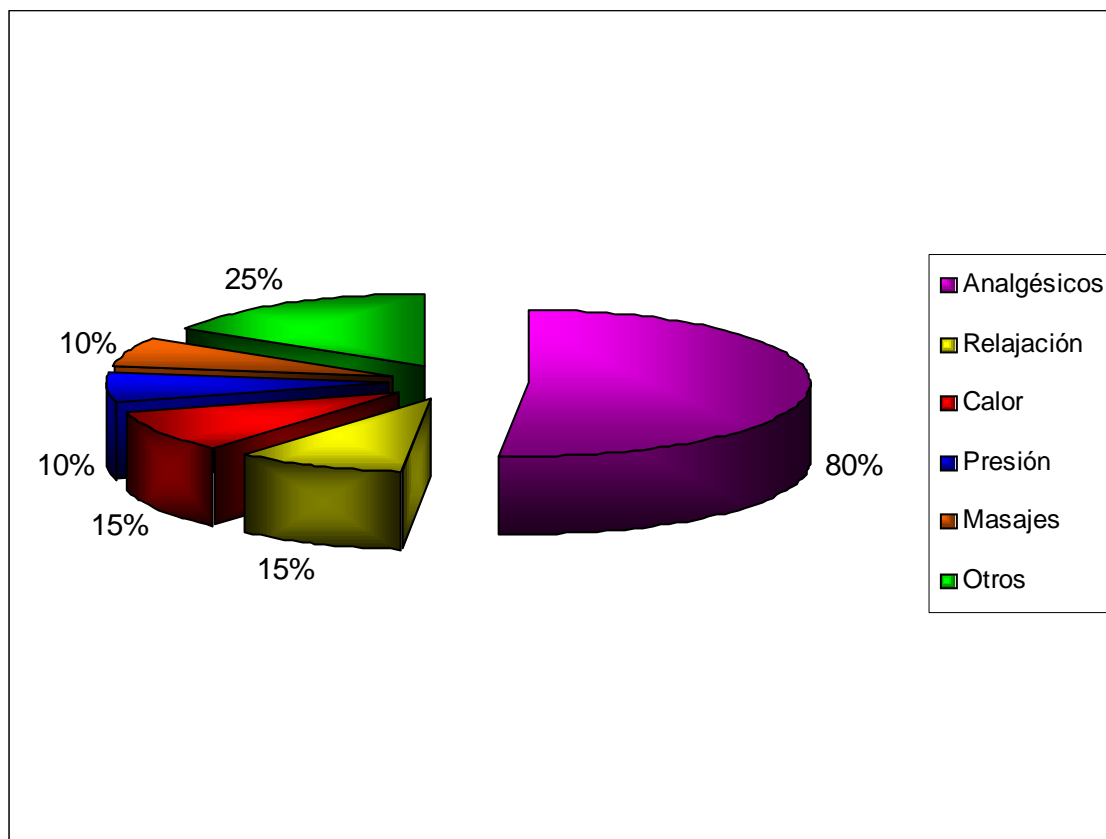
El dolor desesperante y de tipo “como presión” es el dolor orofacial que más dan a conocer los pacientes en crisis de Fibromialgia. También refieren un dolor irradiado y agudísimo. Un 50% aproximado de pacientes manifiestan un dolor angustioso, muy molesto, desgarrador y continuo. La sensación de hormigueo también es referido por un 50% de los casos. Éste dolor orofacial es compatible con el dolor que expresan las pacientes con Fibromialgia. Según la literatura, entre los síntomas asociados a la fibromialgia encontramos el dolor. Éste ha sido descrito como un malestar muy profundo, quemante, que palpita, generalmente punzante, agudo e irradiado. ( 2 )

IV.1.13 Tabla: 13

**PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN EL TRATAMIENTO PARA ALIVIAR EL DOLOR OROFACIAL**

**Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 200**

Tratamiento para aliviar el dolor	%	Casos
Analgésicos	80	16
Relajación	15	3
Calor	15	3
Presión	10	2
Masajes	10	2
Otros	25	5



Fuente: Datos de la investigación

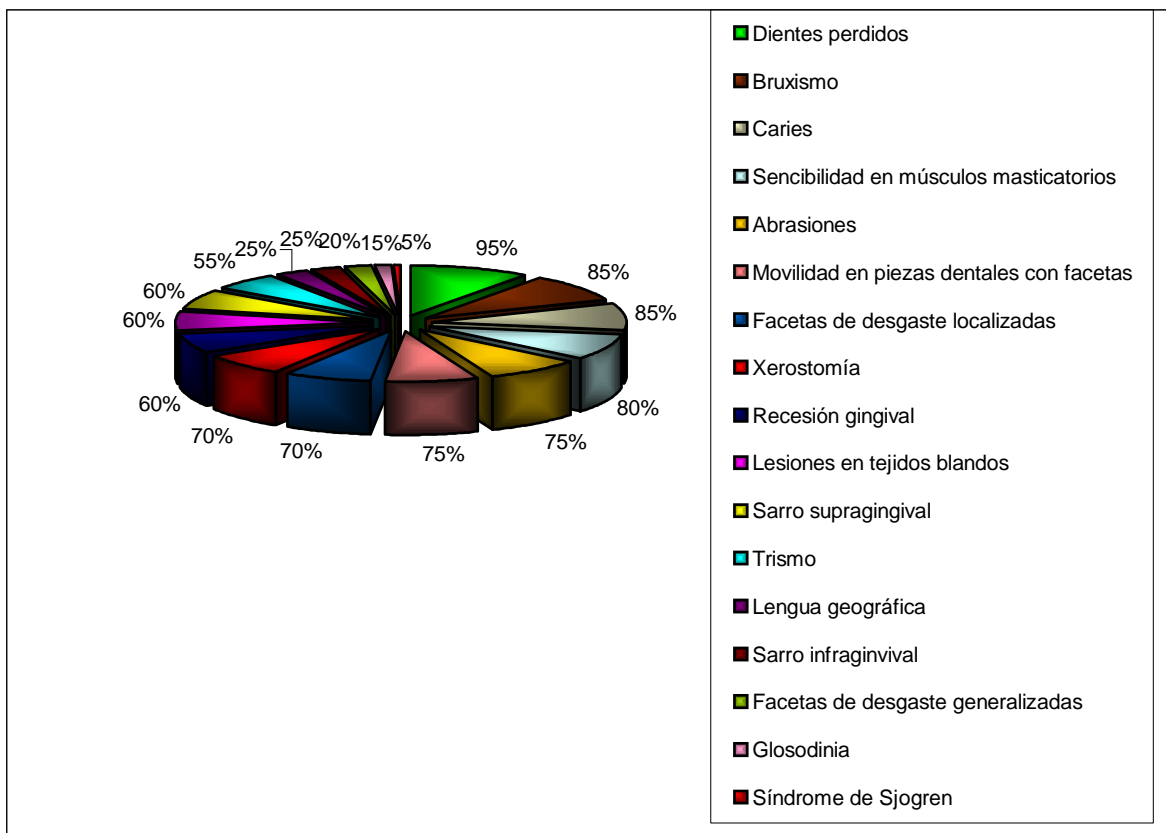
#### **IV.1.13.1 Descripción de la Tabla: 13**

La terapia con analgésicos es la que más frecuentemente refieren las pacientes estudiadas, para aliviar el dolor orofacial que genera la fibromialgia. La relajación y el calor la manifiestan el 15 % de los casos estudiados.

**IV.1.14 Tabla: 14**

**PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEGÚN LAS PATOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS ESPECÍFICAS  
Clínica Odontológica de la Dra. Trujillo, San José Abril - Junio 200**

Enfermedades Sistémicas	%	Casos
Dientes perdidos	95	19
Bruxismo	85	17
Caries	85	17
Sensibilidad en músculos masticatorios	80	16
Abrasiones	75	15
Movilidad en piezas dentales con facetas	75	15
Facetas de desgaste localizadas	70	14
Xerostomía	70	14
Recesión gingival	60	12
Lesiones en tejidos blandos	60	12
Sarro supragingival	60	12
Trismo	55	11
Lengua geográfica	25	5
Sarro infragingival	25	5
Facetas de desgaste generalizadas	20	4
Glosodinia	15	3
Síndrome de Sjögren	5	1



Fuente: Datos de la investigación

#### **IV.1.14.1 Descripción de la tabla: 14**

Las patologías odontológicas que más refieren las pacientes estudiadas son el bruxismo, la sensibilidad en músculos masticatorios (85 % y 80 % ) respectivamente. El bruxismo se explica por la carga tensional que presentan los pacientes con esta enfermedad.

La sensibilidad de los músculos masticatorios, aunque no es una patología, es un signo muy característico de esta enfermedad, las facetas de desgaste localizadas y generalizadas, así como las abrasiones y la movilidad en piezas dentales, son consecuencia del bruxismo que padecen estos pacientes.

La xerostomía es otra enfermedad que se observó con mucha frecuencia en las pacientes estudiadas. Se atribuye al tipo de medicamentos que consumen los pacientes. Asociado a ésta se observó un paciente con Síndrome de Sjögren, según se describió en la literatura, este síndrome es de etiología desconocida, con presencia de un mayor nivel de anticuerpos en el organismo y asociada con la enfermedad colágena que hizo que los inmunólogos la incluyeran dentro de las enfermedades autoinmunitarias. Se caracteriza por secreciones insuficientes de las glándulas lagrimales, salivales y otras. ( 9 )

Aunque se considera que no tiene una relación directa con la enfermedad los dientes perdidos y las caries aparecían con mucha frecuencia en estos pacientes. Los dientes perdidos se relacionan con el grupo de edad que se estudió, pacientes con más de 50 años, en los que la enfermedad periodontal había tenido un papel importante en la pérdida de esos dientes.

Se observó que 17 pacientes presentaron al menos un diente cariado, se utilizó para esto el índice de Knutson ( 18 ), en éste índice la prevalencia de caries dental es de un 85 % y puede estar asociada a la edad de la persona y a la preocupación principal que es atender la enfermedad.

El trismo se observó en 11 de las pacientes para un 55 %. Estos casos se relacionan con la contracción de los músculos de la masticación, cuando están con Fibromialgia.

Tres pacientes manifestaron sensación de glosodinia, sin que la literatura refiera ningún tipo de relación de ésta con el Síndrome de Fibromialgia.

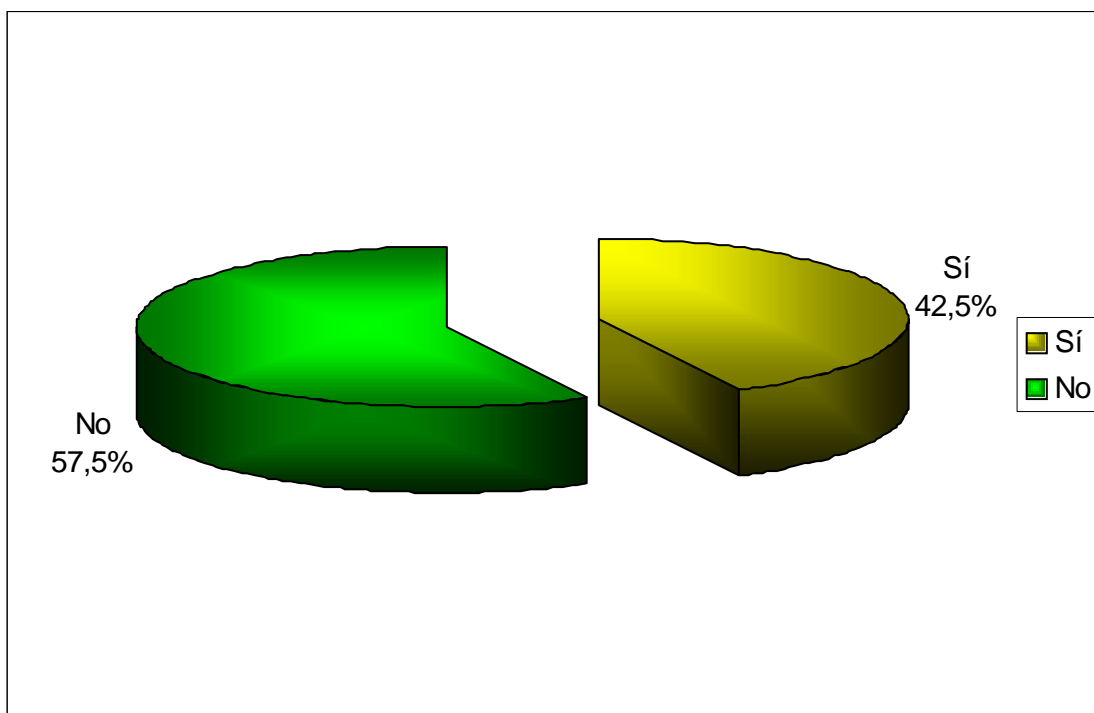


IV.1.15 Tabla: 15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL CONOCIMIENTO SOBRE EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

Profesores, Escuela de Odontología U.LA.CI.T. AÑO 2003

Conoce sobre Síndrome de Fibromialgia	%	Casos
Sí	42,5	17
No	57,5	23
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>40</b>



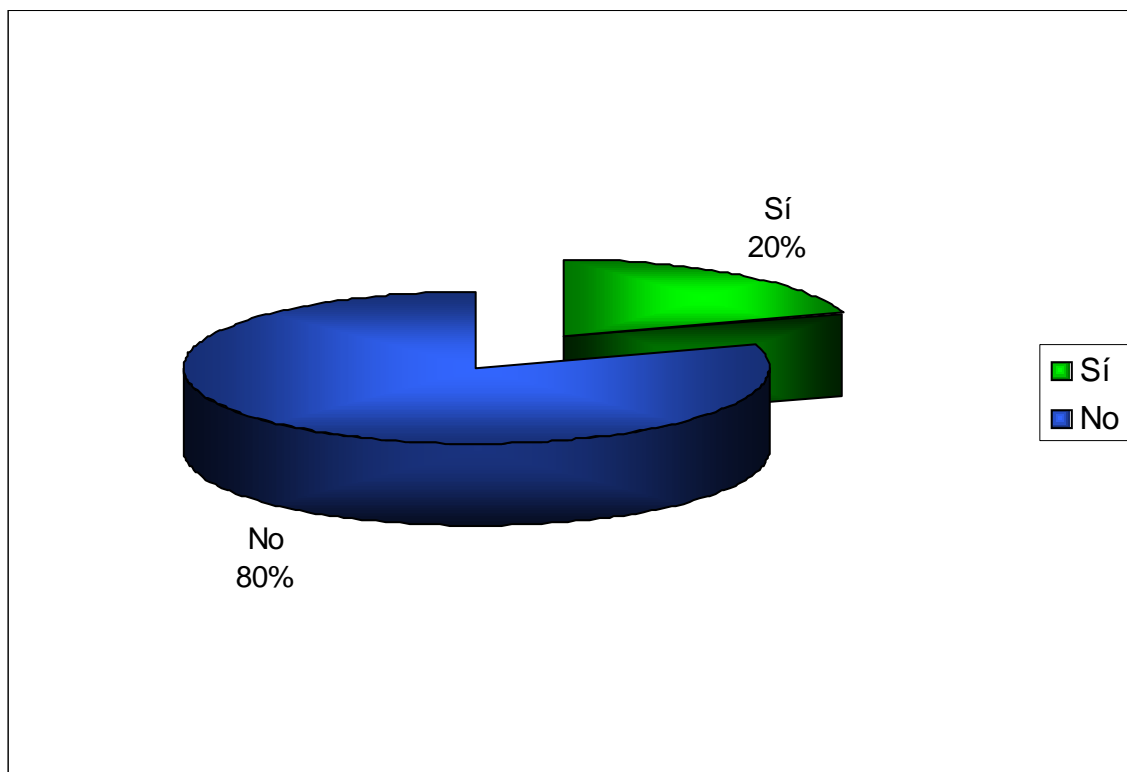
Fuente: Datos de la investigación

**IV.1.16 Tabla: 16**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN LA ATENCIÓN DE PACIENTES  
CON EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA**

**Profesores, Escuela de Odontología U.LA.CI.T. AÑO 2003**

<b>Atención de pacientes con Fibromialgia</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>
<b>Sí</b>	20	8
<b>No</b>	80	32
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>40</b>



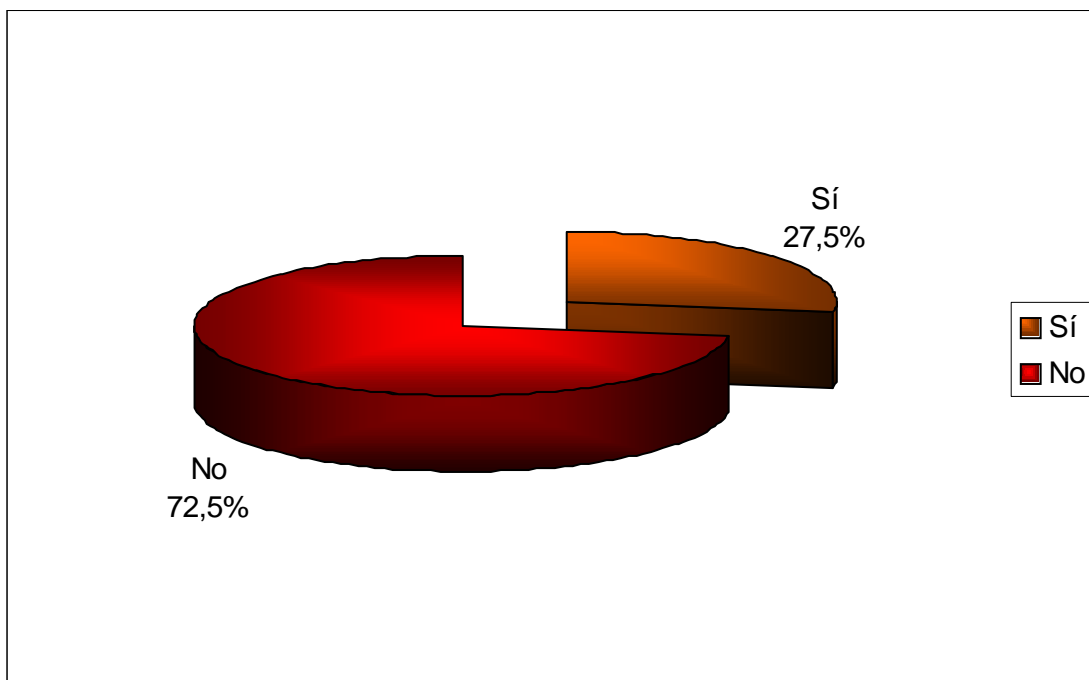
Fuente: Datos de la investigación

**IV.1.17 Tabla: 17**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL CONOCIMIENTO SOBRE  
EL GRUPO DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS**

**Profesores, Escuela de Odontología U.LA.CI.T. AÑO 2003**

<b>Conoce sobre antidepresivos tricíclicos</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>
<b>Sí</b>	27,5	11
<b>No</b>	72,5	29
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>40</b>



Fuente: Datos de la investigación

#### **IV.1.15, 16, 17.1 Descripciones de las tablas: 15, 16 y 17**

En la encuesta realizada a profesores de la Escuela Odontológica ULACIT, solamente el 20 % han atendido pacientes con Fibromialgia en su consulta o en la clínica odontológica de ULACIT.

El 42.5 % de los 40 profesores encuestados manifestaron tener alguna información sobre el Síndrome de Fibromialgia. Muy pocos el (27 %) conocían sobre los antidepresivos tricíclicos. Este medicamento, que es muy utilizado en pacientes con Fibromialgia, produce como efecto secundario la xerostomía. La literatura consultada cita que un odontólogo debe estar en capacidad de identificar la Fibromialgia. Debe enviar al paciente al médico especialista, pero, al presentarse síntomas masticatorios de relevancia, el odontólogo deberá tratarlos, junto al resto del equipo de profesionales en el área de salud. ( 4 )

Sorprende la poca información que tiene un grupo numeroso de profesores, sobre este tema.

# CAPÍTULO V

## CONCLUSIONES

1. Los pacientes estudiados presentan una edad promedio de 54 años cumplidos. El rango de edad se presenta entre 38-70 años. El sexo que predomina es el femenino y el área de residencia es San José, Heredia y Cartago.

La literatura refiere que estos tres factores no dan una relación directa con la prevalencia de la Fibromialgia.

2. El 100 % de los casos pertenecen al grupo étnico descrito como caucásico. Se da predominante en el área metropolitana.

No se encuentra en la literatura relación entre la raza y la Fibromialgia.

3. En el estudio realizado los pacientes pertenecen a un grupo socioeconómico de bajo a medio y con una educación relativamente alta (40 %) educación técnica universitaria y 40% educación secundaria y 20 % en educación primaria.

4. La fibromialgia es una enfermedad que no guarda relación directa para el estudio con la características sociodemográficas, ya que se puede observar indistintamente de la edad, sexo, distribución geográfica, grupo étnico, condición socioeconómica y escolaridad

5. Los pacientes estudiados reúnen la característica especial de estar en una sociedad específica para personas que presentan la enfermedad. Todos tienen acceso a servicios públicos y privados. Se requieren más estudios para poder identificar la relación existente entre las variables sociodemográficas y la Fibromialgia.

6. El dolor articular fue el principal síntoma referido por los pacientes estudiados, le siguió la hipertensión. La hipotensión y las enfermedades de la tiroides también se observaron en estos pacientes. El 40 % de los casos estudiados presentaba algún grado de tratamiento psiquiátrico.

7. En la investigación se encontró que el total de los pacientes estudiados presentaba algún tipo de trastorno orofacial.

8. Las patologías orales asociadas a la enfermedad que con más frecuencia se observaron fueron: el trismo, xerostomía, bruxismo así como la sensibilidad y dolor de los músculos orofaciales.
  
9. La caries, los dientes perdidos y las abrasiones se observaron con una alta prevalencia en estos pacientes, esto como una consecuencia de las enfermedades bucales anteriormente descritas.
  
10. Como un hallazgo importante se destacó un paciente con Síndrome de Sjögren y otro con Lupus Eritematoso Sistémico, ambas son enfermedades autoinmunes (estas enfermedades son de una baja prevalencia)
  
11. De las encuestas realizadas a los profesionales en odontología, solamente un 20 % han atendido pacientes con Fibromialgia. Solo el 42.5 % refiere tener alguna información del Síndrome de Fibromialgia. Esto podría estar afectando los tratamientos odontológicos debido al desconocimiento de la enfermedad.

## **RECOMENDACIONES**

1. Brindar información al gremio odontológico sobre la enfermedad y su repercusión en el complejo estomatonágtico.
2. Realizar estudios para establecer la prevalencia de la Fibromialgia en Costa Rica.
3. Determinar la prevalencia de la manifestaciones orales en los pacientes con Fibromialgia en Costa Rica.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Diccionario MOSBY. Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. Quinta edición. Ediciones Harcourt.
- 2) Asociación de Fibromialgia de Costa Rica. Síndrome de Fibromialgia guía para pacientes. Departamento de Psicología Hospital México, Costa Rica. 1997, pags 1 - 17
- 3) Kelly, J. Devonshire, R. Taking Charge of FIBROMIALGIA. Tercera edición. Editado por Thomas J. Romano. Estados Unidos, Minneapolis, Minnesota, 1995, pag 2.
- 4) Okeson, J. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. Cuarta edición. Editorial Harcourt. España.1999, pags 180 - 192, 403 - 404
- 5) Dr. Horacio, K. Diagnóstico clásico de la fibromialgia y sus potenciales causas. <http://www.geodental.com/default.htm?d=6253>. Fecha de acceso 27 octubre, 2002
- 6) Hans, C. Fibromialgia. [http://www. W2.com/Fibro1.html](http://www.W2.com/Fibro1.html). Fecha de acceso 12 de octubre, 2002
- 7) Bertram, K. Farmacología Básica y Clínica. Séptima edición. Editorial El Manual Moderno. México. 1999, pags, 563 - 575
- 8) Ciancio, S. Bourgault, P. Farmacología Clínica para Odontólogos. Tercera edición. Editorial El Manual Moderno. México. 1990, pags, 139-140
- 9) Brightman, V.J. Manual Práctico de Medicina Bucal. Cuarta edición, tomo III. Nueva Editorial Interamerica, México, pags 13 - 14, 83 - 86, 571 - 582
- 10) Vargas, J. Estudio retrospectivo de las semejanzas y diferencias de la Neuralgia Trigeminal y el Dolor Dental, en pacientes seleccionados en el departamento de Dolor Orofacial del Hospital Calderón Guardia. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Odontología. ULACIT. Costa Rica. 2000, pags 11 – 14, 29 – 30
- 11) Bradlaw, R, Analgesia Local en Odontología. Segunda edición. Editorial El manual Moderno. México, pags 13 – 14, 83 – 86
- 12) Sapp, P. Eversole, L. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Primera edición. Editorial Harcourt. España, 1998 pags 333 – 335, 370

- 13) Strassburg, M. Knolle, G. Mucosa Oral, Atlas a Color de Enfermedades. Tercera edición. Editorial MARBAN.1999, pags 686 y 687
- 14) Fernández, A. Gil J – Nieto. Odontología Conductual. Editorial Martínez Roca, S.A. España, 1994, pags 93 – 122
- 15) Atanasio, R. Revisión del Bruxismo y su Tratamiento. Revista. Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Capitulo, Dolor Orofacial y Trastornos Relacionados, Vol # 2. Editorial McGraw – Hill interamericana. México 1997, pags, 259 – 269
- 16) Christensen, G. Tratamiento del Bruxismo y Apretamiento. REVISTA. JADA, Vol 3, # 5. Edición Española, Septiembre – Octubre 2000
- 17) Hernández, R. Fernández, C. Metodología de la Investigación. Segunda edición. Editorial McGRAW-HILL. México. pags, 58-61
- 18) Weintraub, Douglass y Gillings. Bioestadística en Salud Bucodental. Primera edición. Editorial Chapell Hill. Estados Unidos. 1985

# ANEXOS

## Anexo I

### Historial Médico del Paciente

#### Sección 1.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

---

Raza: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual propio: \_\_\_\_\_

Condición socioeconómica:  Alta  Media  Baja

Educación recibida:

Primaria completa  Secundaria completa  Técnica Universitaria

Primaria incompleta  Secundaria incompleta  Completa  incompleta

Otros estudios: \_\_\_\_\_

¿A qué tipo de servicio de salud asiste usted?

Público  Privado  Ambos

Nombre de la clínica de salud que asiste: \_\_\_\_\_

---

Sección 2.

Molestia dental que padece actualmente: \_\_\_\_\_

---

Historia médica

Antecedentes patológicos familiares

Padre: Vivo: \_\_\_\_\_ Fallecido: \_\_\_\_\_

Madre: Viva: \_\_\_\_\_ Fallecida: \_\_\_\_\_

Antecedentes patológicos personales

Locales. (Indique Sí o NO)

Caries: \_\_\_\_\_ Sangrado de encías: \_\_\_\_\_ Dientes perdidos: \_\_\_\_\_ Mal aliento: \_\_\_\_\_

Dificultad masticatoria: \_\_\_\_\_ Descríbala: \_\_\_\_\_

Sistémicos (Indique con una X)

Médicos - Dentales

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta    | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja    | <input type="checkbox"/> Ataques cardíacos        |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática         | <input type="checkbox"/> Lesiones congénitas      | <input type="checkbox"/> Cirugía cardiovascular   |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco           | <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco      | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral         |
| <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Angina de pecho          |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial       | <input type="checkbox"/> Desmayos                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis B, C y D       |
| <input type="checkbox"/> SIDA                     | <input type="checkbox"/> Epilepsia                | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre  |
| <input type="checkbox"/> Adicción a drogas        | <input type="checkbox"/> Hemofilia                | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón   | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado  | <input type="checkbox"/> Enfermedades de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Cirugías                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis A              |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo              | <input type="checkbox"/> Tabaquismo               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             |
| <input type="checkbox"/> Enfisema                 | <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Sinusitis                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Quimioterapia            | <input type="checkbox"/> Radiación para cáncer    |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisona | <input type="checkbox"/> Dolores articulares      | <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjögren      |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                | <input type="checkbox"/> Lupus Eritematoso        | <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica         |
| <input type="checkbox"/> Gastritis                | <input type="checkbox"/> Alergia a antibióticos   |   |

Otros: \_\_\_\_\_

## Hábitos de higiene Oral

Cepillado/ Frecuencia: \_\_\_\_\_ durante el día

Técnica:  Correcta             Incorrecta     Cepillo Eléctrico

Hilo dental:  Diariamente             Ocasionalmente             Nunca

Enjuague:  Diariamente             Ocasionalmente             Nunca

## Hábitos

Succión gingival: Sí\_\_\_ No\_\_\_            Respiración bucal: Sí\_\_\_ No\_\_\_

Fuma: Sí\_\_\_ No\_\_\_            ¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_

## Historia Personal

¿ Con qué frecuencia visita al dentista?

Cada seis meses\_\_\_ Cada año\_\_\_ Solo cuando hay alguna molestia\_\_\_

¿ Padece de adicción al licor?

Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Es adicto al café?

Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Ha notado algún cambio en su salud?

---

¿Ha sufrido alguna reacción alérgica a los anestésicos locales?

---

¿Sangra en forma prolongada cuando sufre una herida?

---

¿Ha sido hospitalizado(a) o sometido(a) a alguna intervención quirúrgica?

---

¿Ha recibido una transfusión de sangre?

---

¿Está embarazada actualmente? Sí\_\_\_ No\_\_\_ / Tiempo en meses \_\_\_\_\_

¿Se siente nervioso(a) o tenso(a) frente a los tratamientos dentales?

---

¿Ha estado bajo tratamiento médico durante los dos últimos años?

---

¿Al subir o bajar las escaleras, ¿siente dolores en el pecho o falta de aire?

Sí\_\_ No\_\_

¿Toma alguna medicina en la actualidad? ¿Cuál?\_\_\_\_\_

---

¿Ha tenido reacciones alérgicas a antibióticos, analgésicos u otras drogas? Sí\_\_No\_\_

¿A cuáles?\_\_\_\_\_

### Sección 3.

#### Examen Físico General, Regional y Bucal

General:

Cadena ganglionar cervicofacial:\_\_\_\_\_

---

Ganglios submandibulares:\_\_\_\_\_

Trastornos faciales:\_\_\_\_\_

Regional Bucal:

Sarro supragingival

Placa dento bacteriana

Diastemas

Sarro infragingival

Ulceraciones

Tejidos blandos

Labios:\_\_\_\_\_

Mucosas del carrillo:\_\_\_\_\_

Paladar blando:\_\_\_\_\_

Buco Faringe:\_\_\_\_\_

Lengua y base de la lengua:\_\_\_\_\_

Piso de la boca:\_\_\_\_\_

Pliegue mucogingival:\_\_\_\_\_



Bruxismo.

¿Rechina o aprieta sus dientes durante el día? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Siente alguna tensión de los músculos de la boca , que suele desaparecer al despertar?

¿Alguna persona con la que duerme, le ha dicho que rechina sus dientes? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Valoración clínica.

Presencia de facetas de desgaste oclusales o incisales:

Localizadas       Generalizadas

Hipertrofia del vientre superficial del músculo masetero y temporal anterior:

Masetero: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Temporal: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Presencia de sensibilidad a la palpación de los músculos masticatorios:

Masetero: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Temporal: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Pterigoideo interno y externo en movimientos de apertura y cierre forzado: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Presencia de dientes fracturados o restauraciones: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Presencia de movilidad patológica en piezas con facetas de desgaste: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Presencia de sensibilidad a cambios térmicos: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Presencia de recesiones gingivales: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Presencia de abrasión en cuellos dentales: Sí \_\_\_ No \_\_\_

.....

Xerostomía

¿Siente alguna sensación de sequedad en su boca?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Padece usted del Síndrome de Sjögren? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Durante qué período de tiempo suele presentarse, esa sensación de sequedad?

Todo el tiempo       En ocasiones       En períodos de crisis de Fibromialgia

Otros \_\_\_\_\_

¿Siente alguna dificultad para poder ingerir sus alimentos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Suele presentar usted dolores faciales atípicos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Ha recibido usted radioterapia? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuáles partes de su cuerpo? \_\_\_\_\_

Usted padece de:

- Artritis reumatoide       Lupus eritematoso       Hepatitis crónica  
 Escleroderma o polimiositis       Linfoma o pseudolinfoma  
 Macroglobulemia de Waldenström       Cirrosis biliar primaria

Si utiliza prótesis dental, conteste las siguientes preguntas:

¿ Tiene algún problema al utilizar su prótesis cuando tiene períodos de crisis de Fibromialgia?

- Sí     No

¿Mencione cuales han sido esos problemas?

---

Toma usted algunos de estos fármacos:

- Antidepresivo       Anticonvulsivos       Relajantes musculares  
 Antiparkinson       Antihistamínicos       Inhibidores del apetito  
 Tranquilizantes       Antihipertensivos

Indique cualquier medicamento que suele tomar por largos períodos de tiempo:

---

---

---

---

Valoración clínica:

¿Presencia de mucosas secas? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Presencia de irritaciones en la mucosa oral? Sí \_\_\_ No\_\_\_

¿Presencia de caries radicales? Sí \_\_\_ No\_\_\_

¿Aumento del tamaño de la glándula parótida? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Estado de conductos salivales u otros?\_\_\_\_\_

---

.....

Glosodinia

¿En alguna ocasión ha tenido una sensación de ardor en su boca? Sí \_\_\_ No\_\_\_

¿Ha tenido la sensación de hormigueo o adormecimiento en alguna parte de su boca? Sí \_\_\_  
No\_\_\_ ¿Dónde?\_\_\_\_\_

Valoración clínica

Irritantes locales:

- Dientes ásperos       Restauraciones fracturadas       Prótesis       Cálculos  
 Alimentos irritantes       Fumado excesivo ¿Cuántos?\_\_\_\_\_
- Dimensión vertical aumentada       Dimensión vertical disminuida       Bruxista

.....

## Trismo

¿ Tiene alguna dificultad masticatoria? Sí \_\_\_\_ No\_\_

¿En alguna ocasión ha tenido dolor o problemas para poder cerrar o abrir la boca?

Sí\_\_ No\_\_

¿ Qué estímulo los desencadena? \_\_\_\_\_

¿ Se presenta frecuentemente? \_\_\_\_\_

## Valoración clínica

Se realiza la prueba de apertura máxima utilizando tres dedos de su mano. ¿Hay presencia de dolor? Sí \_\_\_\_ No\_\_

¿Existen limitaciones en la apertura? Sí \_\_\_\_ No\_\_

¿ De cuánto?

Un dedo

Dos dedos

## Anexo II

### CUESTIONARIOS SOBRE EL DOLOR

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Categoría Clínica: \_\_\_\_\_

Analgésicos (si ya se le han administrado)

1. Nombre : \_\_\_\_\_
2. Dosis: \_\_\_\_\_
3. Tiempo de administración en relación con esta prueba: \_\_\_\_\_

Este cuestionario se ha preparado para darnos más detalles acerca de su dolor.  
Ahora le hacemos tres preguntas:

1. ¿ Dónde le duele? ( A nivel de cavidad oral y zona orofacial )

\_\_\_\_\_

2. ¿Cómo es su dolor?

\_\_\_\_\_

3. ¿Cómo cambia con el tiempo? ( Trascurso del día o noche y condiciones climáticas)

\_\_\_\_\_

Es importante que nos diga cómo percibe usted el dolor actualmente. Favor de seguir las instrucciones al principio de cada parte.

\_\_\_\_\_

Cuestionario sobre dolor, de McGill-Melzack. Un ejemplo de cuestionarios estandarizado para registrar características cualitativas y cuantitativas de los síntomas dolorosos

Parte 1.

¿Cómo es el dolor a nivel orofacial?

Describa el tipo de dolor con una palabra de la siguiente lista.. Encierre en un círculo solamente las palabras que lo describan mejor. No tome en cuenta categorías que no correspondan a su caso. Utilice una sola palabra de cada categoría, la que mejor corresponda. (Al escoger entre la categoría 6 y 7 se le pregunta al paciente si es una sensación de calor o frío, luego sólo se aplica a la categoría escogida).

1  
Pasajero  
En latidos  
Como golpes

2  
De vez en cuando  
Continuo  
En descargas

3  
Punzante  
Penetrante

4  
Cortante  
Desgarrador

5  
Como estiramiento  
Como presión  
Como arrancamiento

6  
Calor  
Ardor

7  
Frío  
Muy frío  
Congelante

8  
Hormigueo  
Picazón  
Quemante

9  
De hipersensibilidad

10  
Fatigante  
Agotador

11  
Muy molesto  
Sofocante  
Insoportable

12  
Temido  
Muy temido  
Terrorífico

13  
Cruel  
Maligno

14  
Torturante  
Muy angustioso

15  
En un solo lugar  
Que se irradia

Parte 2.

1. ¿Con qué palabra o palabras describiría su dolor, a nivel de cavidad oral?

1

Breve  
Momentáneo  
Intermitente  
Duradero

2. ¿Cuáles cosas alivian su dolor a nivel de cavidad oral?

3. ¿Qué cosas empeoran el dolor en su boca?

---

Parte 3.                   ¿Cuán intenso es su dolor?

El paciente responde lo siguiente:

Se admite que las siguientes cinco palabras representan dolores de intensidad creciente:

1	2	3	4	5
Leve	Molesto	Desesperante	Terrible	Agudísimo

Para contestar las siguientes preguntas, escriba el número que corresponda a la palabra más adecuada:

1. ¿Qué palabra describe su dolor en momentos de crisis? \_\_\_\_
2. ¿Qué palabra lo describe cuando es menor? \_\_\_\_
3. ¿Qué palabra lo describe cuando es peor? \_\_\_\_
4. ¿Qué palabra describe el dolor de muelas más intenso que usted haya tenido? \_\_\_\_

En la siguiente figura, usted debe seleccionar indicando con **puntos o x** los lugares donde usted suele tener dolores en su cara.



Piezas dentales que presentan dolor con mayor frecuencia, de acuerdo con lo dicho por el paciente:

1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1	2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8
4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1	3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8

Piezas dentales sensibles a la percusión vertical:

1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1	2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8
4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1	3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8

### Anexo III

## Síndrome de Fibromialgia

### Encuesta.

Mediante este cuestionario trato de hacer una valoración del conocimiento que tiene usted sobre esta patología. Le agradezco de antemano su colaboración.

Conteste las siguientes preguntas sobre el tema:

¿ Conoce usted el Síndrome de Fibromialgia?

Sí  No. Si contestó sí, indique qué es y cuáles son sus manifestaciones?

---

---

---

---

¿Ha atendido alguna vez a un paciente con Síndrome de Fibromialgia?

Sí  No

Si contestó sí, indique, si encontró algo especial que le llamara la atención en este tipo de paciente? ¿ Explique?

---

---

---

¿ Pregunta al paciente, en su cuestionario inicial, sobre medicamentos que toma diariamente?

Sí  No

¿Conoce usted sobre el grupo de fármacos antidepresivos tricíclicos?

Sí  No

Si contestó sí, explique lo que conoce de ellos.

---

---

¿Qué sabe usted sobre el fármaco amitriptilina y sus reacciones adversas?

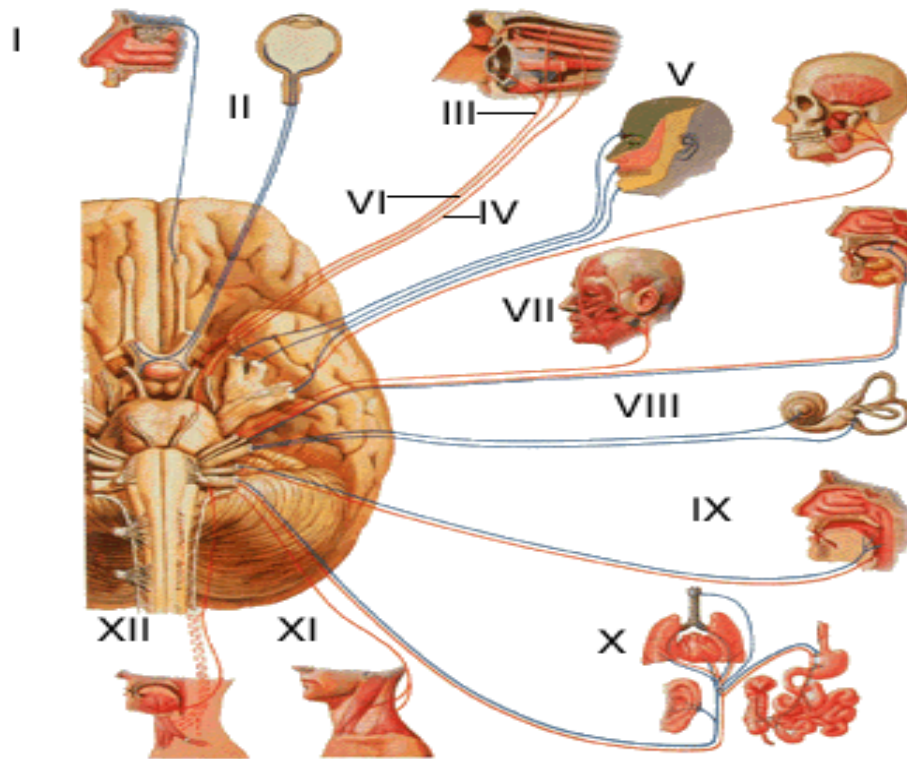
---

---



# Figura I

## LOS PARES CRANEALES



### Los 12 pares craneales:

- I Olfatorio
- II Óptico
- III Motor ocular común
- IV Troclear
- V Trigémino
- VI Abducens
- VII Facial
- VIII Auditivo
- IX Glossofaríngeo
- X Vago
- XI Accesorio
- XII Hipogloso

## **Anexo V**

Las siguientes figuras fueron tomadas cuando transcurría la investigación.

### **Figura II**



Presencia de piel seca, mucosa labial seca y agrietada.

**Anexo VI**

**Figura III**



Paciente portador de prótesis removible, en buen estado, con leves irritaciones en los tejidos blandos,

Anexo VII

## Figura IV



Paciente con lengua geográfica.

**Anexo VIII**

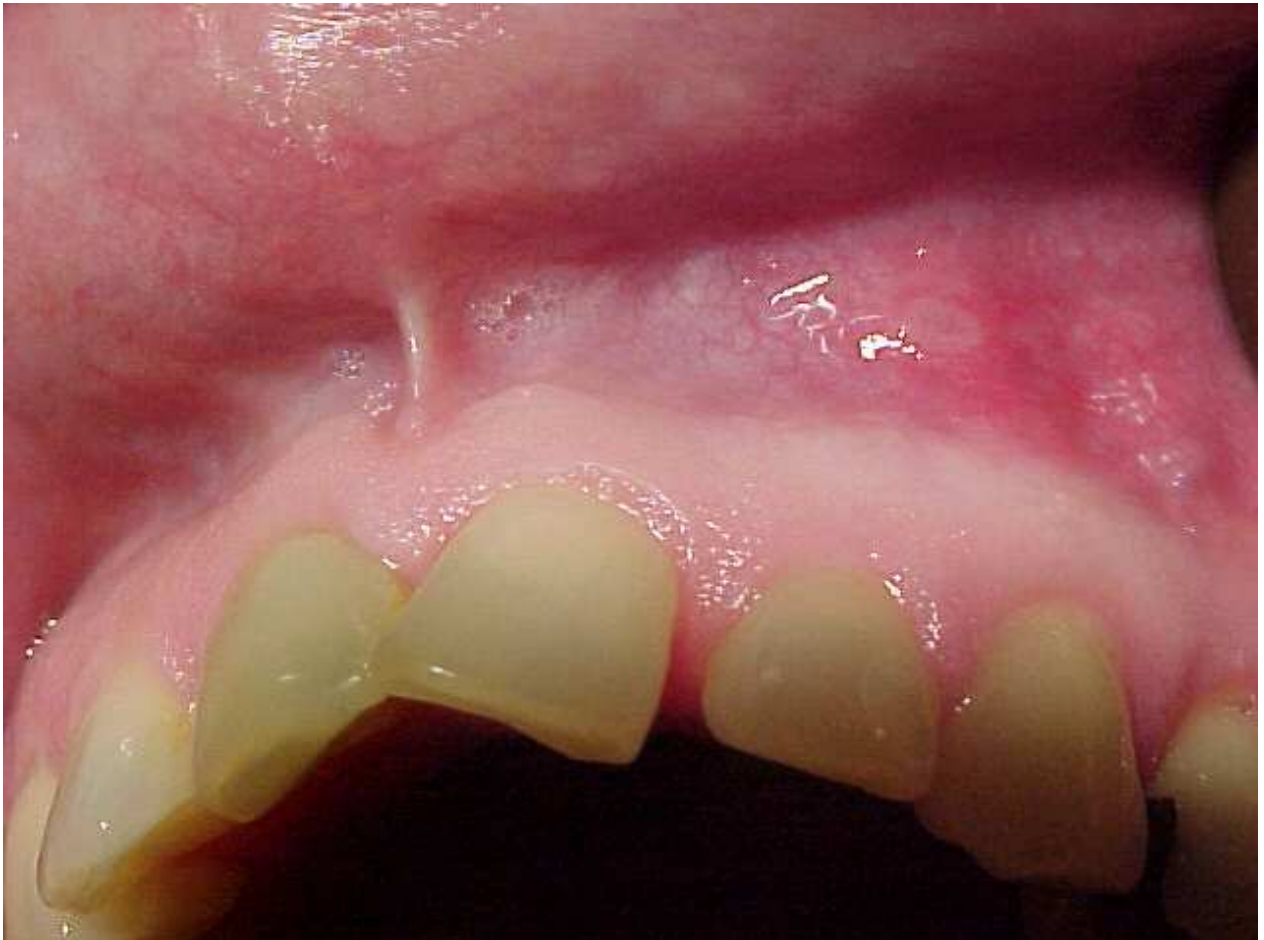
**Figura V**



Paciente portador de prótesis removible, con lesiones eritematosas en paladar duro.



**Figura VI**



Presencia de afta localizada a nivel del pliegue muco-gingival.

## Figura VII



Paciente bruxista. En la valoración clínica se observan facetas de desgaste localizadas y presencia de recesión gingival en las piezas afectadas.

## Figura VIII



Paciente bruxista. Se observa la disminución de la longitud incisivo-cervical, causada por el desgaste generalizado.



## Anexo XI

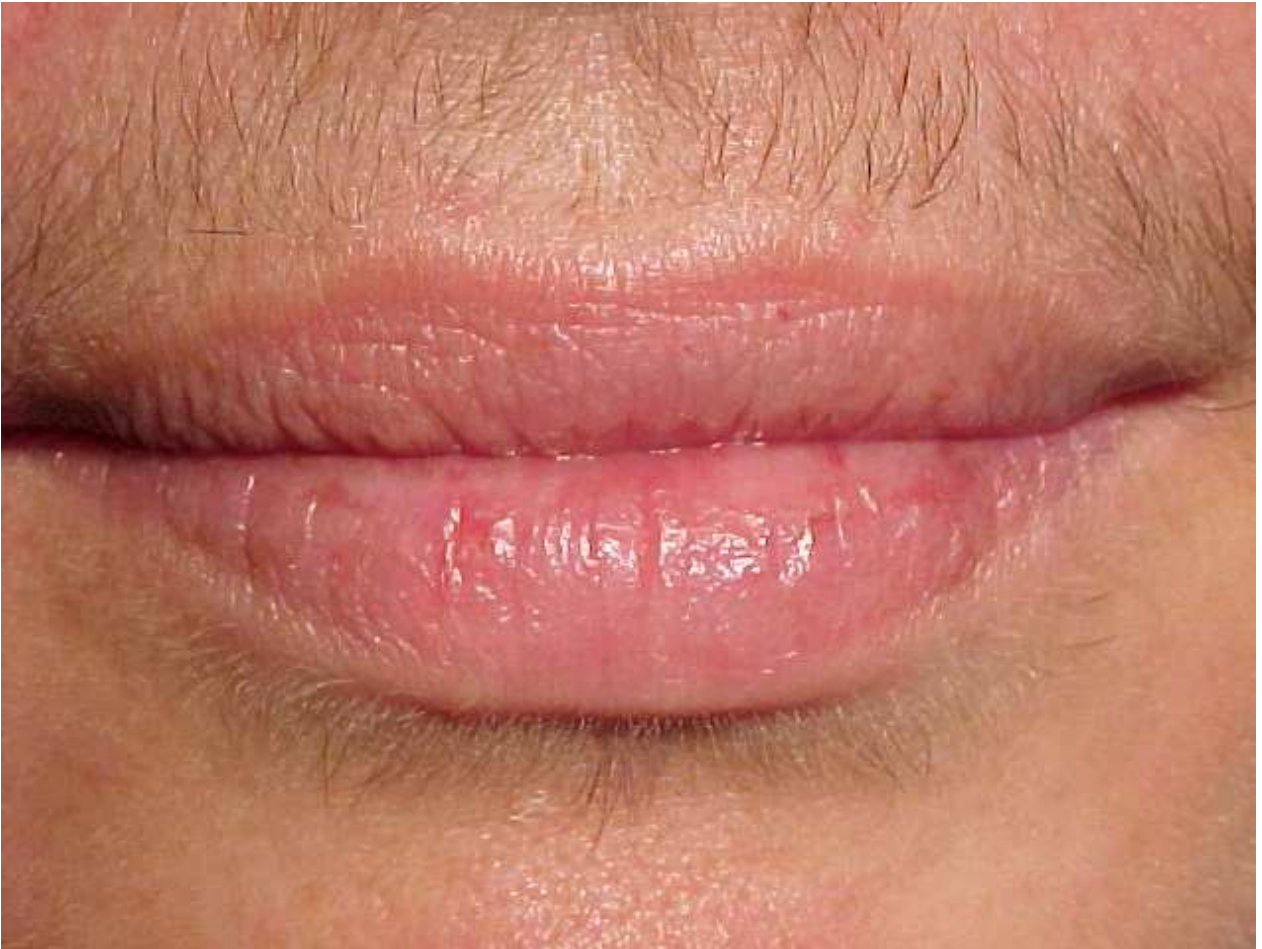
### Figura IX



Paciente con Lupus Eritematoso Sistémico, contorno característico en la coloración de la piel, en forma de alas de mariposa.

**Anexo XII**

**Figura X**



Nota. Paciente con Síndrome de Sjögren. Se muestra sequedad y también una leve irritación en los labios.

# CAPÍTULO VI

## **VI.1 PROPUESTA**

### **VI.1.1 Introducción:**

Existe un marcado desconocimiento sobre el Síndrome de Fibromialgia, incluso en profesionales que se supone debían de estar informados. Por eso, propongo una guía que coadyuve en el descubrimiento y manejo terapéutico de esa enfermedad.

### **VI.1.2 Objetivo:**

Informar al profesional odontológico sobre el Síndrome de Fibromialgia, sus síntomas y signos, además de las manifestaciones orofaciales asociadas a el, manejo e interacción farmacológica al utilizar los antidepresivos tricíclicos y sus efectos secundarios.

### **VI.1.3 Desarrollo:**

Debido al desconocimiento que tiene un grupo numeroso de odontólogos en relación con el Síndrome de Fibromialgia y sus manifestaciones, debemos mejorar la información y ampliar los conocimientos sobre esta enfermedad, pues afecta a un considerable grupo de personas y cada día va en aumento. Es importante que el odontólogo conozca los síntomas que se presentan con mayor frecuencia y sus signos ya que en muchas ocasiones los pacientes desconocen su enfermedad. Si el odontólogo la reconoce, orientará y referirá el paciente al especialista en reumatología para dar un diagnóstico definitivo. Si se aplica una modalidad específica de historia clínica, para identificar cuáles son las manifestaciones que podrían estar implícitas en el paciente, a nivel orofacial, también orientará sobre un adecuado manejo de la sintomatología orofacial que podría estar presente en esos pacientes. Al informarse sobre el Síndrome, el profesional tendrá en cuenta aspectos como: el posible acompañamiento de enfermedades sistémicas, será más cuidadoso al utilizar sustancias que podrían interactuar con los fármacos antidepresivos tricíclicos, y no desconocerá los efectos adversos de los fármacos comúnmente utilizados en la terapéutica del enfermo.

### **VI.1.4 Descripción de la propuesta:**

Se elaborará un guía informativa donde se explicará lo referente al Síndrome de Fibromialgia y sus consecuencias orofaciales. Lo complementará con una guía para realizar la historia clínica apropiada para esos casos. Ésta será dirigida al odontólogo general.

## SÍNDROME DE FIBROMIALGIA

El Síndrome de Fibromialgia es una patología que puede presentarse con dolor extendido, debilidad o fatiga pero ante estos síntomas es posible encontrar otras entidades que deban de eliminarse. Su etiología es desconocida, con posibles múltiples factores que se relacionan con su desarrollo y cronicidad, además, por el síntoma predominante, es posible categorizar a esta enfermedad bajo distintas etiquetas diagnósticas. Pero no existen pruebas de laboratorios que indiquen una anomalía ostensible de carácter inflamatoria, metabólica o estructural. Por lo tanto, no está claro si la causa de la Fibromialgia ( sea mala interpretación de señales, trastornos psiconeuroendocrinos, o mecanismos aberrantes del dolor) es periférica o central, e inclusive esto podría variar entre un paciente y otro.

Se concluye que por medio de un examen físico se logra comprobar la existencia de los nódulos sensibles a la palpación que se encuentra en ciertas zonas específicas del cuerpo. Para diagnosticar la enfermedad, se dice que un paciente debe experimentar un dolor generalizado en los cuatro cuadrantes del cuerpo, con períodos de crisis mínimo de tres meses y con once de los dieciocho puntos sensibles como mínimo.

En estas personas se encuentran sustancias mediadoras del dolor, en niveles fuera de lo común, por lo experimentan un mayor malestar, unido a un aumento en la cantidad de los receptores de dolor en su fibras nerviosas.

Se presenta en una mayoría de pacientes que oscilan entre 40 y 50 años, con un fuerte predominio femenino. También se puede encontrar casos por debajo de esas edades, y además en los hombres y los niños.

### **Clasificación de la Fibromialgia:**

- e) Fibromialgia primaria, es el dolor irradiado a la mayor parte de los puntos de tensión.
- f) Fibromialgia regional o síndrome de dolor miofacial, que se limita a unas pocas localizaciones.
- g) Fibromialgia secundaria, activado por un síntoma asociado, como el dolor de espalda, hipotiroidismo, artritis reumatoide, entre otros.
- h) Fibromialgia concomitante, donde se entrecruza la Fibromialgia con otra enfermedad no relacionada.

### **Síntomas asociados a la Fibromialgia:**

- ✎ **Dolor:** Este ha sido descrito como un dolor muy profundo, quemante, palpitante, generalmente punzante, agudo y radiante.
- ✎ **Fatiga:** Este es uno de los síntomas que son reducidos en algunos pacientes, pero en algunos casos llega a ser incapacitante.
- ✎ **Desorden del sueño:** En los fibromiálgicos hay un desorden del sueño llamado “*anomalía alfa-EEG*”. Descrita en laboratorios del sueño por medio de máquinas que captaban las ondas cerebrales durante el sueño; en las investigaciones se concluyó que los pacientes podían dormir sin ningún problema, pero no alcanzaban su nivel profundo (o fase 4), donde constantemente, es interrumpida por intentos de despertarse, como si se presentara actividad cerebral. Los pacientes de Fibromialgia tienen otros desórdenes del sueño como: ronquidos, movimiento de brazos y piernas, síndrome de la pierna que no descansa y bruxismo.
- ✎ **Síndrome del intestino irritable:** Este síndrome es caracterizado por dolores abdominales frecuentes, estreñimiento, diarrea, gases y náuseas en un porcentaje entre 40% y 70% de los pacientes.
- ✎ **Dolores de cabeza crónicos:** En estos pacientes son muy frecuentes las migrañas y dolores de carácter tensional...
- ✎ **Síndrome de disfunción en la ATM:** Caracterizado por un intenso dolor en la cara y cabeza, en un 25% de los pacientes. Su etiología se cree que está más asociada con trismos, tensiones musculares y ligamentos que a la estructura de la A.T.M.
- ✎ **Entre otros síntomas que se suelen encontrar son:** Síndrome premenstrual y regla dolorosa, dolor de pecho, rigidez matutina, desmejoramiento cognoscitivo, hormigueo, torceduras musculares, vejiga irritable, sensación de tumefacción en extremidades, sensibilidad en la piel, boca y ojos secos, cambios frecuentes en la prescripción de lentes, mareos y mala coordinación.

### **Características Clínicas**

7. Disfunción estructural: Se dice que si se ven afectados los músculos de la masticación, estos se encuentran reducidos en su velocidad y en el margen de movimiento del maxilar inferior.
8. Presentan un dolor miógeno generalizado en reposo, que varía con el transcurso del tiempo junto con otros síntomas fibromiálgicos.
9. El dolor incrementa por la actividad funcional de los músculos afectados.
10. Aquellas personas afectadas sufren de una sensación de debilidad muscular, con fatiga crónica generalizada.
11. Existencia de puntos sensibles localizados en cuatro cuadrantes del cuerpo, sin producir un dolor heterotópico a la palpación. Lo cual constituye una clara diferencia clínica entre la fibromialgia y el dolor miofacial.
12. Estas personas no se encuentran en una buena forma física, debido a que la función muscular aumenta el dolor, y es por ello que los pacientes evitan realizar ejercicios. Lo que contribuye a ser un factor de perpetuación, ya que por un estado físico sedentario puede convertirse en un factor predisponente para la fibromialgia.

Existen factores agravantes que hacen modificar la severidad de los síntomas, como condiciones climáticas, tal como el frío o viento, cambios hormonales (estado premenstrual), estrés, depresión y trabajo excesivo.



## Diagnóstico

El diagnóstico de la Fibromialgia se basa en la información que aporta el paciente de su proceso doloroso crónico y en el hallazgo, por parte del médico, de puntos dolorosos a la presión, en localizaciones específicas. El paciente debe presentar por lo menos 11 de los siguientes 18 puntos sensibles a la palpación digital.

### 18 PUNTOS SENSIBLES A LA PALPACIÓN

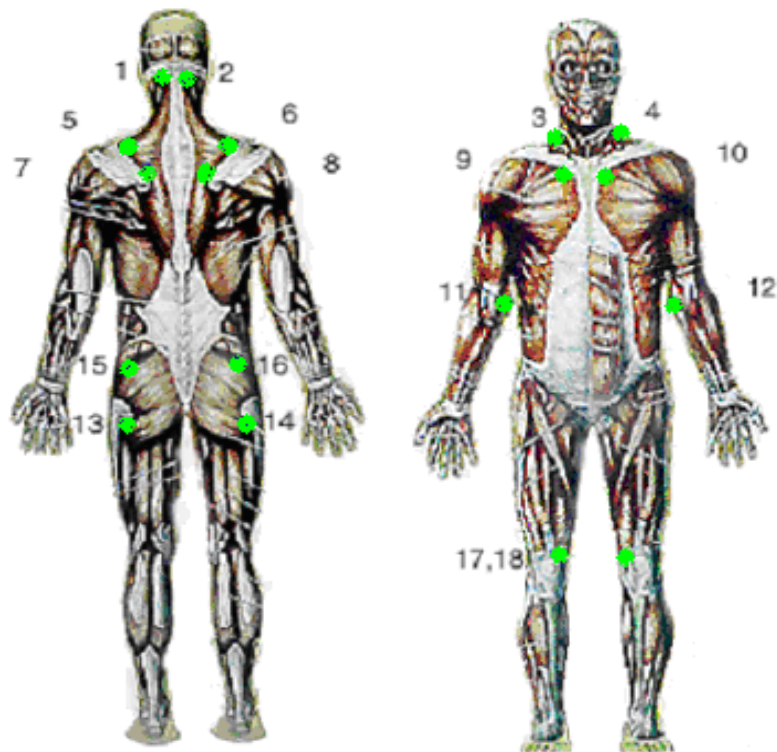


Figura 1

Estos nódulos, llamados también *puntos gatillo*, fueron identificados, en 1990, por The American College of Rheumatology.

## Localización de los puntos gatillo

Estos se encuentran ubicados en los siguientes lugares:

10. Zona izquierda o derecha de la parte posterior del cuello, directamente debajo de la línea del pelo.



**Fig. 1.1** Occipital (bilateral, en los puntos de inserción de los músculos suboccipitales).

11. Zona derecha o izquierda de la cara anterior del cuello, por encima de la clavícula



**Fig. 1.2** Cervical inferior (bilateral, en los aspectos anteriores de los espacios intertransversales, entre las vértebras C5-C7).

12. Lado derecho o izquierdo del pecho, justo debajo de la clavícula



Figura 1.3

13. Lado derecho o izquierdo de la zona superior de la espalda, cerca del punto donde se unen el cuello y el hombro.



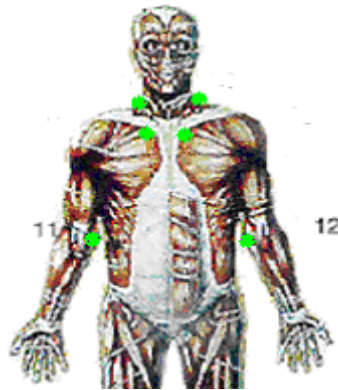
Fig. 1.4 Trapecios (bilateral, en el punto medio del borde superior).

14. Lado derecho o izquierdo de la columna vertebral, en la zona superior de la espalda, entre las escápulas



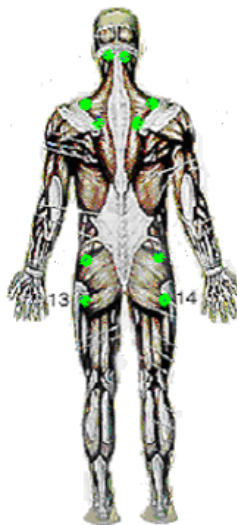
Fig. 1.5 Supraspinosos (bilateral, en los puntos de origen, suprascapular cerca del borde medio).

15. Cara interna de cada brazo, donde se dobla el codo.



**Fig. 1.6** Epicóndilo lateral (bilateral, 2 cm distal a los epicóndilos).

16. Lado derecho o izquierdo de la zona inferior de los glúteos.



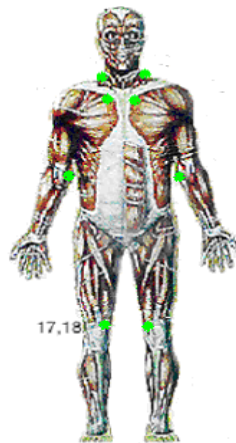
**Fig. 1.7** Glúteo (bilateral, en los cuadrantes inferiores externos de los glúteos, en el pliegue anterior del músculo).

17. A cada lado de los glúteos, justo bajo el hueso de la cadera.



**Fig. 1.8** Trocánter mayor (bilateral, posterior a la protuberancia trocantérica).

18. Bilateral en cada rodilla (algunas personas experimentan, puntos sensibles en la planta de los pies).



**Fig. 1.9** Rodilla (bilateral, en la almohadilla medial de grasa, cerca de la línea de la articulación).

## **Tratamiento de la Fibromialgia**

El tratamiento tiene como fin reducir la sintomatología de esta enfermedad, tanto el dolor muscular, el esquelético generalizado y la fatiga crónica. Con ello se busca el autocontrol de la sintomatología clínica, basado en el soporte de la fisioterapia, de actividades complementarias como la bioalimentación y psicoterapia. Un médico responsable de la farmacoterapia debe concienciar al paciente sobre la importancia de un régimen de ejercicios adecuados.

El fisioterapeuta debe elaborar un programa multidisciplinario, que se complementará con las técnicas de relajación activas de los músculos tensos para la reducción del dolor, así como instrucciones sobre la adecuada postura y la mecánica corporal. Además agregará métodos de aplicación con calor o frío.

La terapia músculoesquelética busca cómo aprovechar la energía, con una cantidad reducida de ejercicios, ya que estas personas son más susceptibles a los microtraumas. Por eso debe tener en cuenta la tolerancia del paciente. Se recomienda al paciente, caminar, conducir bicicleta y hasta practicar la natación. Estos ejercicios se incrementarán durante varios meses, (ejercicios de bajo impacto).

Los métodos físicos estándares como: calor, frío, ultrasonografía, aspersión, dilatación y ejercicios específicos deben enfatizarse en la zona afectada.

Algunos hospitales tienen laboratorios del sueño dirigidos principalmente por neurólogos especialistas en desórdenes del dormir.

La bioalimentación enseña por medios útiles, la disminución de la sintomatología, logrando así minimizar los factores externos ambientales, mejorar la concentración y reducir la tensión muscular excesiva.

Es evidente de que los pacientes necesitan resolver sus preocupaciones de la vida cotidiana. Aquí es útil la psicología, con sus variantes, por medio de grupos de apoyo o terapias más intensivas.

Una de las opciones del tratamiento es la terapia acuática. Esta consiste en la unión del ejercicio acuático y la terapia física.

Esta opción mejora la energía, la salud, aumenta la tolerancia al estrés, mejora la relajación muscular y reduce la sensibilidad al dolor, aumenta la fuerza muscular, la resistencia a la fatiga, la circulación periférica, el intercambio de sustancias nutritivas y desechos a nivel celular, además de dar un mejoramiento en el equilibrio y coordinación, esta técnica es utilizada por los pacientes fibromiálgicos, sin importar su condición física. Por lo tanto existe una alternativa para establecer una rutina, pero esta debe ser evaluada por el médico especialista y el fisioterapeuta.

### **Farmacología**

La terapia farmacológica, ayuda en muchos casos, ya que algunos personas muestran mayor sensibilidad a factores del ambiente, estrés físico o emocional, o en algunos casos sensibilidad a los efectos terapéuticos y los efectos secundarios de la medicación.

El uso de una larga lista de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) buscan un sueño más reparador y aliviar la fatiga por medio de drogas cíclicas como la amitriptilina o ciclobenzaprina, a la vez buscan mejorar la fase 4 del sueño y elevar los niveles de serotonina y otros neurotransmisores del cerebro. Además los pacientes pueden evidenciar un mejoramiento en el patrón del sueño, sentirse más descansados, menor rigidez matutina, un incremento en los niveles de energía y por tanto la actividad corporal.

### **Objetivos generales del tratamiento de fibromialgia:**

- A. Disminuir el dolor.
- B. Mejorar los patrones de sueño a través de la actividad física y la relajación.
- C. Promover la regularidad del ejercicio acuático por largos períodos de tiempo, ya que el alivio de los síntomas produce una adicción positiva.
- D. Incrementar las actividades sociales por medio de la terapia grupal.
- E. Incrementar las actividades funcionales y la facilidad del movimiento

## FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

Las lesiones orales comúnmente llaman la atención de cualquier persona debido a la gran sensibilidad a los estímulos de los nervios sensoriales de la zona orofacial. La gran cantidad de terminaciones nerviosas periféricas en la boca, y un extenso desarrollo filogénico en esta región del cuerpo como un órgano de percepción, garantiza que algunas señales sensoriales sean percibidas cada vez que la cavidad bucal esté siendo afectada por algún tipo de patología. Cada persona difiere en lo que percibe como un estímulo. Siendo así que con mayor facilidad algunos individuos toleren más sensaciones anormales que otros.

Los estímulos sensoriales producidos por alguna lesión tal como la percepción o la interpretación y el significado dado por el paciente, deberán ser considerados por el clínico, para valorar el síntoma sensorial del individuo.

Entre las sensaciones bucales tenemos: la percepción táctil, la de la temperatura y humedad, la textura de la superficie de la mucosa oral, la sensación cinéستica y de presión en los tejidos profundos, los dolores de localizaciones superficiales y profundas, y cierta sensación de gusto metálico, amargo, dentro de la cavidad oral.

### Efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos

Tricíclicos	
Sedación	Somnolencia, efectos aditivos con otros sedantes
Simpaticomiméticos	Temblor, insomnio
Antimuscarínicos	Visión borrosa, estreñimiento, retraso del inicio de la micción, confusión
Cardiovasculares	Hipotensión ortostática, defectos en la conducción, arritmias potencian los efectos cardiovasculares de los vasoconstrictores
Psiquiátricos	Agravamiento de las psicosis, síndrome de supresión
Neurológicos	Convulsiones
Metabólicos-endocrinos	Aumento de peso, trastornos sexuales y xerostomía

**Nota.** Cabe recalcar, desde el punto de vista odontológico, que estos fármacos tienen la peculiaridad de producir xerostomía y además aumenta los efectos cardiovasculares de los vasoconstrictores.



## MANIFESTACIONES ORALES

Las lesiones orales comúnmente llaman la atención de cualquier persona debido a la gran sensibilidad a los estímulos de los nervios sensoriales de la zona orofacial. La gran cantidad de terminaciones nerviosas periféricas en la boca, y un extenso desarrollo filogénico en esta región del cuerpo como un órgano de percepción, garantiza que algunas señales sensoriales sean percibidas cada vez que la cavidad bucal esté siendo afectada por algún tipo de patología. Cada persona difiere en lo que percibe como un estímulo. Siendo así que con mayor facilidad algunos individuos toleren más sensaciones anormales que otros.

Los estímulos sensoriales producidos por alguna lesión, tal como la percepción o la interpretación y significado por el paciente deberán ser considerados por el clínico, para valorar el síntoma sensorial del individuo.

Entre las sensaciones bucales tenemos; la percepción táctil, la de la temperatura y humedad, hasta posiblemente textura de la superficie de la mucosa oral, sensación cenestésica y de presión en los tejidos profundos, dolores de localizaciones superficiales y profundas, y cierta sensación de gusto metálico, amargo, dentro de la cavidad oral.

Por medio de signos y síntomas en la región orofacial, se establecieron relaciones entre patologías orales y el Síndrome de Fibromialgia, como son:

- 1) El xerostomía
- 2) El bruxismo
- 3) El trismo
- 4) El dolor orofacial

# **XEROSTOMÍA**

## **Definición**

Sequedad de la boca provocada por el cese de la secreción salivar normal.

Como el término anterior lo define, esta patología consiste en una disminución importante de la producción de la saliva, debido a diferentes causas, entre ellas tenemos:

## **Xerostomía Subjetiva**

Es el resultado de la asociación de signos subjetivos, puede iniciarse de manera desapercibida hasta presentar un grado de sequedad que se capta con una simple observación.

En la práctica clínica algunos de nuestros pacientes nos refieren algún grado de dificultad masticatoria e inclusive para tragar. Al examinar el órgano nos damos cuenta que glándulas y conductos se encuentran en una situación normal.

## **Reacción secundaria a la radioterapia**

La irradiación de la región orofacial lesiona el parénquima de las glándulas salivales mayores y menores localizadas en la trayectoria del haz. En la terapia por irradiación deben ser incluidos los ganglios, pensando en posibles metástasis que implican a las glándulas salivales de la región submandibular y parte inferior de los lóbulos de las parótidas. Si la dosificación cancerígena a la que son sometidas algunas glándulas salivales es inferior a los 6.000 rads, ésta sufrirían una menor lesión permanente.

## **Síndrome Sjögren**

Trastorno inmunológico caracterizado por una secreción insuficiente de las glándulas lagrimales, salivales y otras, lo que provoca una sequedad anormal de la boca, los ojos y otras mucosas. La atrofia de las glándulas lagrimales puede causar desecación de la córnea y la conjuntiva. Cuando se afectan los pulmones, la sequedad aumenta la sensibilidad frente a las neumonías y otras infecciones respiratorias. Su etiología es desconocida, pero un incremento anormal de anticuerpos, asociada con la enfermedad colágena, ha originado que los inmunólogos incluyan este síndrome en la lista de enfermedades autoinmunitarias.

### **Clínica**

La manifestación clínica más importante es la xerostomía y la sequedad ocular. Esta es extremadamente molesta, ya que la mucosa de la boca y ojos está adelgazada, inflamada e irritada, con sensación de ardor. Se da así un medio propicia la proliferación de la candidiasis, además, se aumentan las caries, principalmente las radiculares.

### **Tratamiento**

El tratamiento se enfoca a aliviar las molestias producidas por el síndrome, se debe detener el desarrollo de la caries radiculares, es con el uso de un gel tópico que libere flúor, técnicas de control de placa y saliva artificial. La candidiasis se puede controlar mediante el uso de medicaciones antimicóticas (nistatina, clotrimazol).

✓ **Xerostomía condicionada por medicamentos**

Muchos fármacos utilizados pueden llevar a una hiposalivación transitoria. Entre ellos tenemos los siguientes:

11. Parasimpaticolíticos
12. Simpático miméticos
13. Antidepresivos ( tricíclicos, tetracíclicos )
14. Neurolépticos anticonvulsivos
15. Relajantes musculares
16. Medicamentos antiparkinson
17. Antihistamínicos
18. Inhibidores del apetito
19. Tranquilizantes
- 20. Antihipertensivos**

### II.1.2.5 BRUXISMO

El proceso de la masticación es posible gracias a una serie de músculos de la cara y la cabeza, que controlan el movimiento de la mandíbula y de la articulación temporomandibular. Cuando la boca permanece cerrada y en otras posiciones de referencia, recibe el nombre de oclusión. Ésta es mala cuando se da una desviación de la oclusión normal, provocando problemas oclusales que llegan a producir patrones bucales inadecuados o parafuncionales. Éstas a su vez implican:

1. Actividad muscular inadecuada
2. Alteración de la oclusión con daños en la estructura dentaria
3. Problemas musculares y articulares ( 14 )

La Academia Americana de Dolor Orofacial lo define como una actividad parafuncional diurna o nocturna en la que se aprietan, presionan, rechinan y crujen los dientes.  
(15)

#### Clasificación del punto de vista odontológico del bruxismo

- B. Céntrico que consta del apretamiento de los dientes y ocurre durante el día.
- B. Excéntrico cuando se frota las piezas dentarias, durante la noche (rechinar).

Según el estado de sueño o vigilia se denomina así:

- ❖ Bruxismo diurno (Vigilia)
- ❖ Bruxismo nocturno (Sueño)

Desde el punto de vista conductual estos son diferentes:

1. B. Nocturno, caracterizado por ser rítmico e implica sonidos, pero el diurno no.
2. Los sujetos con hábitos nocturnos afirman que no realizan esta actividad durante el día.

El nivel de conciencia en ambas conductas es diferente.

## **Etiología**

Se cree que la conducta no funcional mandibular se encuentra relacionada con crisis de estrés emocional o física. Por lo general las personas suelen apretar con fuerza sus dientes en períodos de concentración o de actividades agotadoras durante el día. También se ha encontrado relación con alteraciones del sueño. También se cree es un hábito aprendido ante situaciones productoras de ansiedad, esto sería la respuesta de escape en la medida que reduce o elimina la ansiedad causada por una situación estresante.

## **Características**

En la observación clínica lo que comúnmente se encuentran son los desgastes en la estructura dentaria, presentándose en forma de facetas oclusales o incisales, localizadas o generalizadas.

Se ha encontrado que los individuos que frecuentemente aprietan los dientes presentan desgaste de las piezas anteriores y en menor grado las posteriores.

Pero no solo se presenta el problema estético, si no que afecta otras estructuras de soporte, además de otras consecuencias sobre la dentadura:

- I. Hipersensibilidad térmica
- II. Hipermovilidad
- III. Lesión del ligamento periodóntico y del periodoncio
- IV. Hipercementosis
- V. Fractura de cúspides y restauraciones
- VI.** Pulpitis y necrosis pulpar
- VII.** Reabsorción del reborde en portadores de dentaduras

## **Diagnóstico del Bruxismo**

### **Signos:**

- Desgaste oclusal o incisal
- Movilidad de piezas comprometidas
- Fracturas de los dientes y restauraciones
- Hipertrofia del vientre superficial del músculo masetero y temporal anterior
- Ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal
- Sensibilidad a la palpación de los músculos masticatorios

### **Síntomas**

- Sensación de tensión de los músculos masticatorios que suele desaparecer al despertar
- Mialgia, dolor miofacial
- Dientes con hipersensibilidad
- Ruidos producidos al rechinar, comunicado por el compañero de habitación.

## **Tratamiento del bruxismo**

El tratamiento al paciente bruxista se le debe realizar un buen historial clínico, ya que éste podría tener una causa multifactorial. Luego se incluirá la disminución del estrés y la tensión emocional, el tratamiento de los signos y síntomas de las conductas parafuncionales, la eliminación de irritaciones oclusales y los hábitos neuromusculares.

Según los últimos estudios, se concluyó que la mejor forma y método para prevenir los desgastes y el menos complicado, es la utilización de férulas de resina. Éstas deben ser fuertes y con cierto grado de grosor, entre 1,5 y 2 mm en zona posterior donde será la parte más fina, preferiblemente de polimetilmetacrilato, además, cada pieza deberá tener un tope céntrico para evitar extrusiones dentales, con guía incisal y surco canino en una posición estable en oclusión céntrica, con períodos de uso entre los 3 y 10 años. Deben emplearse todas las noches y durante el día cuando aparezca la tensión.. Cuando los desgastes abarcan la dentina, primeramente se eliminarán los puntos prematuros anormales, además del equilibrio de la oclusión. De acuerdo con la cantidad de piezas por restaurar, así será la clase de material por utilizar para evitar el desgaste de los dientes opuestos..



## **TRISMO O MIOSPASMOS**

Se dice que el trastorno funcional de los músculos de la masticación es uno de los problemas de A.T.M. que con mayor frecuencia se observan en la consulta odontológica. El dolor presentado por esta afección sólo es superado por odontalgias dentales y periodontales. Propios de su estado patológico hay dos síntomas característicos que son el dolor y la disfunción.

El dolor muscular es el síntoma de mayor frecuencia en los pacientes con algún tipo de trastorno en los músculos de la masticación. Tiene muchas variables, va desde una pequeña molestia al tacto hasta la sensibilidad extrema. Se conoce como mialgia cuando se presenta en los tejidos musculares. Ésta aparece debido generalmente a un incremento de la actividad muscular. La sintomatología se asocia a una sensación de fatiga o tensión muscular.

El trismo es la contracción muscular tónica provocada por el S.N.C., conocida como contracción tónica, no es un trastorno común de los músculos de la masticación. Por sus características clínicas se detecta de manera sencilla.

Sobre su etiología no hay documentación exacta, tal vez median distintos factores que precipiten su aparición, se cree que trastornos locales ayudan a los miospasmos. Se evidencian fácilmente debido a la disfunción estructural que provocan, caracterizada porque el músculo cuando presenta un espasmo está contraído, además se modifican las posiciones de la mandíbula, que a su vez están determinadas por los músculos que se encuentran implicados. Otro punto importante identificable es que el músculo se encuentra muy duro a la palpación.

### **Tratamiento**

La contracción del músculo puede aliviarse por medio de relajantes musculares, y en algunas ocasiones, con la aplicación de compresas de agua tibia con sal, en la zona afectada.

## **DOLOR OROFACIAL**

### **La zona orofacial**

Se denomina como: las zonas pertenecientes a la boca y la cara.

La importancia de las Algias Orofaciales es que pueden ser:

- ✓ Determinadas por la diversidad de los nervios orofaciales.
- ✓ Amplia representación cortical orofacial.
- ✓ Significado emocional de la boca y de la cara.

La prevalencia de las patologías y tratamientos quirúrgicos orales.

Este puede tener como causa, en algunas ocasiones el dolor irradiado, que hace referencia a que un malestar que se percibe en una zona del cuerpo alejada del tejido y que desencadena los estímulos dolorosos. Se dice que el dolor superficial suele irradiarse de esa forma. Se ha encontrado que se inicia en un órgano u otra estructura “profunda”, por ejemplo, en un músculo. Su etiología podría estar en la dependencia de la sinapsis en la médula espinal y tálamo, entre neuronas procedentes de las dos zonas involucradas (el foco y el área de dolor) produciendo en la persona un estímulo doloroso en un lugar que no corresponde al foco etiológico. En ocasiones, el dolor irradiado se produce por una misma inervación en diferentes áreas, como en los casos de lesiones intranasales y las sinusales, son generadoras de dolor referido al maxilar superior y con frecuencia a los dientes y maxilar superior, debido a que la mucosa sinusal y nasal, en gran parte, son inervadas por el nervio maxilar superior. En otras ocasiones se ha encontrado que el dolor de lesiones periodontales, alveolares e inflamaciones pulpares pueden referirse al oído del mismo lado afectado.

Es importante destacar que neurológicamente cabe que cualquier fuente de dolor profundo en cabeza y cuello (en muchas ocasiones de etiología mioaponeurótico) se irradie a los dientes y se perciba como dolor de muelas

### **Tratamiento**

Se ha observado que el dolor que puede producir la Fibromialgia a nivel orofacial es tratable de la misma forma en que se maneja la sintomatología en estos pacientes, con la utilización de analgésicos y relajantes musculares.

## Historial médico del paciente

### Sección 1.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual propio: \_\_\_\_\_

Condición socioeconómica:  Alta  Media  Baja

Educación recibida: \_\_\_\_\_

Otros estudios: \_\_\_\_\_

¿A qué tipo de servicio de salud asiste usted?

Público  Privado  Ambos

Nombre de la clínica de salud a la que asiste: \_\_\_\_\_

### Sección 2.

Molestia dental que padece actualmente: \_\_\_\_\_

Historia médica.

Antecedentes patológicos familiares: \_\_\_\_\_

Antecedentes patológicos personales

Locales. (Indique Sí o NO)

Caries: \_\_\_\_\_ Sangrado de encías: \_\_\_\_\_ Dientes perdidos: \_\_\_\_\_ Mal aliento: \_\_\_\_\_

Dificultad masticatoria: \_\_\_\_\_ Descríbala : \_\_\_\_\_

### Sección 3.

Antecedentes Sistémicos y síntomas: indique con una X)

Médicos - Dentales

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta    | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja    | <input type="checkbox"/> Ataques cardíacos        |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática         | <input type="checkbox"/> Lesiones congénitas      | <input type="checkbox"/> Cirugía cardiovascular   |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco           | <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco      | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral         |
| <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Angina de pecho          |
| <input type="checkbox"/> Válvula artificial       | <input type="checkbox"/> Desmayos                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis B, C y D       |
| <input type="checkbox"/> SIDA                     | <input type="checkbox"/> Epilepsia                | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre  |
| <input type="checkbox"/> Adicción a drogas        | <input type="checkbox"/> Hemofilia                | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón   | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado  | <input type="checkbox"/> Enfermedades de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Cirugías                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis A              |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo              | <input type="checkbox"/> Tabaquismo               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             |
| <input type="checkbox"/> Enfisema                 | <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Sinusitis                |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Quimioterapia            | <input type="checkbox"/> Radiación para cáncer    |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisona | <input type="checkbox"/> Dolores articulares      | <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjögren      |
| <input type="checkbox"/> Parkinson                | <input type="checkbox"/> Lupus Eritematoso        | <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica         |
| <input type="checkbox"/> Gastritis                | <input type="checkbox"/> Alergia a antibióticos   |   |

Otros: \_\_\_\_\_

**Sección 4.**

Hábitos de higiene oral:

Cepillado/ Frecuencia: \_\_\_\_\_ durante el día

Técnica:  Correcta  Incorrecta  Cepillo EléctricoHilo dental:  Diariamente  Ocasionalmente  NuncaEnjuague:  Diariamente  Ocasionalmente  Nunca

Hábitos

Succión gingival: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Respiración bucal: Sí\_\_\_ No\_\_\_

Fuma: Sí\_\_\_ No\_\_\_ ¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_

**Sección 5.**

Historia Personal

¿Ha sufrido alguna reacción alérgica a los anestésicos locales? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Sangra en forma prolongada cuando sufre una herida? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Está embarazada actualmente? Sí\_\_\_ No\_\_\_ / Tiempo en meses \_\_\_\_\_

¿Se siente nervioso(a) o tenso(a) frente a los tratamientos dentales? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Ha estado bajo tratamiento médico durante los dos últimos años? Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Toma alguna medicina en la actualidad? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Sección 6.**

Examen físico general, regional y bucal

General:

Cadena ganglionar cervicofacial: \_\_\_\_\_

Ganglios submandibulares: \_\_\_\_\_

Trastornos faciales: \_\_\_\_\_

Regional bucal:

 Sarro supragingival  Placa dento-bacteriana  Diastemas Sarro infragingival  Ulceraciones

Tejidos blandos

Labios: \_\_\_\_\_

Mucosas del carrillo: \_\_\_\_\_

Paladar blando: \_\_\_\_\_

Buco Faringe: \_\_\_\_\_

Lengua y base de la lengua: \_\_\_\_\_

Piso de la boca: \_\_\_\_\_

Pliegue mucogingival: \_\_\_\_\_

## Sección 7.

### Bruxismo.

¿Rechina o aprieta sus dientes durante el día? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Siente tensión en los músculos de la boca, que suele desaparecer al despertar? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Alguna persona con la que duerme, le ha dicho que cuando duerme rechina sus dientes? Sí \_\_\_ No \_\_\_

### Valoración clínica.

Presencia de facetas de desgaste oclusales o incisales:

Localizadas  Generalizadas

Hipertrofia del vientre superficial del músculo masetero y temporal anterior:

Masetero: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Temporal: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Presencia de sensibilidad a la palpación de los músculos masticatorios:

Masetero: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Temporal: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Pterigoideo interno y externo en movimientos de apertura y cierre forzado: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Movilidad patológica en piezas con facetas de desgaste: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Sensibilidad a cambios térmicos: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Recesiones gingivales: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Abrasión en cuellos dentales: Sí \_\_\_ No \_\_\_

### Xerostomía

¿Siente alguna sensación de sequedad en su boca?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Padece usted de Síndrome de Sjögren? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Durante qué período de tiempo suele presentarse, esa sensación de sequedad?

Todo el tiempo  En ocasiones  En períodos de crisis de Fibromialgia

Otros \_\_\_\_\_

¿Siente alguna dificultad para poder ingerir sus alimentos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si utiliza prótesis dental conteste las siguientes preguntas:

¿Tiene algún problema al utilizar su prótesis cuando tiene períodos de crisis de fibromialgia?  Sí  No.

¿Mencione cuales han sido esos problemas? \_\_\_\_\_

Toma usted algunos de estos fármacos:

Antidepresivo  Anticonvulsivos  Relajantes musculares

Antiparkinson  Antihistamínicos  Inhibidores del apetito

Tranquilizantes  Antihipertensivos

Indique cualquier medicamento que suele tomar por largos periodos de tiempo:

### Valoración clínica:

¿Presencia de mucosas secas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Presencia de irritaciones en la mucosa oral? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Presencia de caries radicales? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Aumento del tamaño de la glándula parótida? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Estado de conductos salivales u otros? \_\_\_\_\_

**Trismo**

- 1. ¿ Tiene usted problema de dificultad masticatoria? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- 2. ¿En alguna ocasión ha tenido problemas para poder cerrar o abrir la boca?  
Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- 3. ¿ Presenta algún dolor al abrir y cerrar la boca? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- 4. ¿ Qué estímulo lo desencadena? \_\_\_\_\_
- 5. ¿ Se presenta frecuentemente? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Valoración clínica

Se realiza la prueba de apertura máxima utilizando tres dedos de su mano.

- 6. ¿ Existe presencia de dolor? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
  - 7. ¿Existen limitaciones en la apertura? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- De cuánto:  Un dedo  Dos dedos

**Sección 8.**

Este cuestionario se ha preparado para darnos más detalles acerca de su dolor.

Ahora le hacemos tres preguntas:

- 1. ¿ Dónde le duele? ( A nivel de cavidad oral y zona orofacial )

- 2. ¿Cómo es su dolor?

1            2            3            4            5  
Leve   Molesto   Desesperante   Terrible   Agudísimo

- 3. ¿Cómo cambia con el tiempo? ( Transcurso del día o noche y condiciones climáticas)

En la siguiente figura, debe seleccionar indicando con **puntos o x** los lugares donde usted suele tener dolores en su cara.



Piezas dentales que presentan dolor a la percusión (marcar con rojo), dolor a palpación (marcar con color azul).

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

