



## RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y LAS MANIFESTACIONES ORALES REVISIÓN SISTEMÁTICA

\*Cortés P, Durán L, García C, Menjura N, Pedraza, J

\*\*Alarcón M, Gamarra, B

\*\*\*Caycedo, M

### Resumen

**OBJETIVO:** establecer la asociación entre los trastornos psicológicos y manifestaciones psicósomáticas que desencadenan patologías orales (liquen plano, síndrome de ardor bucal, trastornos temporomandibulares, estomatitis aftosa recurrente, y enfermedad periodontal).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** revisión sistemática sobre la asociación de trastornos psicológicos y manifestaciones psicósomáticas en cinco patologías orales, con búsqueda de literatura en bases de datos como EBSCO HOTS, MEDLINE, y búsqueda manual. Se seleccionaron 19 artículos de casos y controles, se analizó la validez interna, externa y grado de recomendación, basados en la guía de revisión sistemática programa de lectura crítica CASPe.

**RESULTADOS:** se ha identificado una coincidencia en los aspectos psicológicos que conllevan al desencadenamiento de una patología en cavidad oral como lo son: estrés, ansiedad, depresión, siendo estos aspectos etiológicos, de igual manera las patologías que predominan en este tipo de pacientes son: estomatitis aftosa recurrente, liquen plano oral, síndrome de boca ardiente, trastornos temporomandibulares y enfermedad periodontal.

**CONCLUSIONES:** La asociación entre trastornos psicológicos y algunas patologías orales como: Liquen plano, Síndrome de Boca Ardiente, Trastorno Temporomandibular, Estomatitis Aftosa Recurrente y Enfermedad periodontal, muestran que hay una asociación con niveles de depresión, estrés y ansiedad teniendo en cuenta factores psicosociales que afecta la calidad de vida del ser humano.

**Palabras Claves:** dependencias de la psicología, trastornos neurológicos, trastornos por estrés, el estrés, desórdenes fisiológicos, la ansiedad, la depresión, el trastorno depresivo, trastorno somato-sensorial, trastornos de la articulación temporomandibular, trastornos de la personalidad, trastornos psicósomáticos, trastornos psicóticos.

---

### ABSTRACT

**Objective:** Establish the association between psychological disorders and psychosomatic signs unleashing oral pathologies (Lichen Planus, Burning Mouth Syndrome, Temporomandibular Disorder, Recurrent Aphthous Stomatitis and Periodontal Disease)

**Methods and Materials.** Systematic review about the fellowship between psychological disorders and psychosomatic shows in five oral pathologies researched on data bases such as EBSCO HOTS, MEDLINE and manual research choosing 19 articles regarding cases and checklists, that were evaluated and also analyzing the internal and external value including the recommendation level base on the systematic review guide, critical program lesson. CASPe.

**Results:** There is an association between psychological agents such as: anxiety, depression, stress and psychosocial environments (social income level, duels, break-ups, emotional problems) that may unleash oral pathologies just like: Lichen Planus, Burning Mouth Syndrome, Temporomandibular Disorder, Recurrent Aphthous Stomatitis and Periodontal Disease. Shown on premenopausal and postmenopausal women.

**Conclusions:** The relationship between psychological disorders and some oral pathologies such as: Lichen Planus, Burning Mouth Syndrome, Temporomandibular Disorder, Recurrent Aphthous Stomatitis and Periodontal Disease, Expose that there is in fact a fellowship among depression, stress and anxiety including the psychosocial factors that impact on human beings quality of life.

**Key Words:** dependencies psychology, neurological disorders, stress disorders, stress physiological, anxiety disorders, anxiety, depression, depressive disorder, somatosensory disorder, temporomandibular joint disorders, personality disorder, psychosomatic disorder, psychotic disorders.

\* Estudiante X semestre de UNICOC. Colegio Odontológico.

\*\* Asesores Científicos. Odontóloga Especialista en Cirugía, Patología e Implantología Oral. M.S. Educación. Psicóloga. Psicoanalista especialista en adolescentes.

\*\*\* Asesor Metodológico. Odontóloga. Especialista en Epidemiología.

## INTRODUCCIÓN

En la historia de la medicina y de la psicología, ha habido una tendencia a separar lo corporal de lo psicológico, dando más importancia a lo corporal e incluso ignorando la presencia de lo psicológico.

En las últimas décadas, ha sido activamente explorada la hipótesis de que los eventos desafortunados, el carácter, los conflictos y las frustraciones de las personas, al igual que las tensiones a las que se ven sujetas, influyen en sus enfermedades. El conjunto de teorías, conocimientos establecidos y criterios derivados, constituye el campo de la medicina psicosomática. La medicina psicosomática, postula como principio, que la mente y el cuerpo son dos instancias diferentes con dos niveles de integración del organismo, si se prefiere, las dos caras de un fenómeno global.

Para que la persona pueda ser llamada psicosomática, tiene que cumplir con la condición de experimentar y comunicar problemas psicológicos e interpersonales en forma de malestar físico y síntomas que no pueden explicarse por una enfermedad médica. <sup>(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)</sup>

El individuo que crea enfermedades psicosomáticas, padece una severa disociación en su mente, lo que hace que pueda negar fácilmente que tenga aspectos de su mente que están divididos y que le ocasionan un conflicto del que no puede hacerse cargo. <sup>(8, 9, 10, 11, 12, 13)</sup>

La somatización, es la tendencia a experimentar o expresar síntomas y malestares físicos, en ocasiones no relacionados con hallazgos patológicos; por cual se dice que en la somatización las emociones que deberían ser expresadas simbólicamente por medio de palabras, son traducidas a percepciones corporales. Los pacientes con éste trastorno de, deben ser manejados integralmente (en éste caso odontólogo- psicólogo), para poder brindar al paciente un tratamiento acertado. <sup>(14, 15, 16)</sup>

Hoy en día, la somatización es un tema de gran amplitud en el campo de la salud, por esta razón se quiere familiarizar al odontólogo con estos pacientes en el momento de su consulta, debido a que para ellos de vital importancia identificar algunos signos y síntomas que permitan diferenciar

una patología de otra, y cuándo alguna de éstas puede estar es influenciada por factores psicológicos. <sup>(17, 18, 19)</sup>

La cavidad oral, es considerada como un órgano predisponente a patologías derivadas de un componente psicológico. Algunas de las patologías más frecuentes en pacientes con dichos trastornos son: liquen plano, síndrome de boca ardiente, trastornos temporomandibulares, estomatitis aftosa, y enfermedad periodontal. <sup>(20, 21, 22, 23)</sup>

La búsqueda de procesos biológicos que conecten los factores psicosociales y la inmunocompetencia con el liquen plano, síndrome boca ardiente, trastornos temporomandibulares, estomatitis aftosa, y enfermedad periodontal, han llevado a centrarse en los individuos más que en las condiciones que provocan los comportamientos subyacentes relacionados con la salud y las cargas alostáticas adversas.

Es esencial diagnosticar y descifrar las conexiones entre los determinantes sociales y los factores socioeconómicos y factores emocionales del entorno, las respuestas distróficas, los comportamientos que afectan a la inmunosupresión junto con las experiencias vitales adversas y la vulnerabilidad por un aparte, y las enfermedades, por otra. <sup>(24, 25, 26,)</sup>

En la cavidad oral se presenta una gran variedad de patologías orales, sistémicas y de origen multifactorial. <sup>(27)</sup> El liquen plano oral (LPO), es una enfermedad mucocutánea, caracterizada por ser un proceso inflamatorio crónico inespecífico, que produce una intensa destrucción de la capa basal del epitelio. <sup>(28)</sup> Wilson en 1869, fue uno de los primeros que la estudio y la asoció con etiología desconocida y la denominó liquen plano. Afecta del 1 al 2% de la población, y es la enfermedad mucocutánea más frecuente que involucra la cavidad oral, y <sup>(29)</sup> la población que más se afectada, son las mujeres con una prevalencia entre 0.9% a 2.2%. <sup>(30)</sup> Delavarian 2010, considera el (LPO), como una enfermedad autoinmune de etiología desconocida, pero hay hipótesis que puede tener un origen genético, infeccioso, y psicógeno. <sup>(31)</sup> Más adelante, Preda y col. (1990), citado por Ivanovski (2005), reporta

que la mucosa oral es una zona erógena primaria, y es una región extremadamente compleja y vulnerable muy reactiva a ciertas influencias psicológicas. La etiología del liquen plano oral también puede estar asociada, con una constitución genética específica, psicológica y psicosomática.<sup>(32)</sup>

El Síndrome de Boca Ardiente (SBA), es un síndrome de dolor crónico que afecta principalmente a las mujeres de edad media y está dado por cambios hormonales o trastornos psicológicos.<sup>(33,34,35)</sup> Su etiopatogenia es poco clara y se asocia con origen multifactorial e idiopático. El (SBA), representa un trastorno con un muy mal pronóstico en términos de calidad de vida, y estilo de vida del paciente.<sup>(36,37,38)</sup> En éste síndrome, el dolor representa una variedad de quejas crónicas orales, por lo tanto, en la última década, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), ha identificado el Síndrome de Boca ardiente como "entidad nosológica," caracterizada por "la sensación de quemadura incesante en la cavidad o dolor similar en la ausencia de cambios detectables en la mucosa oral"<sup>(39)</sup>. El término (SBA), clínicamente describe una variedad de síntomas crónicos orales que a menudo aumentan en intensidad y al final de cada día, y que rara vez interfieren con el sueño. Por lo tanto, dos manifestaciones clínicas específicas definen este síndrome: 1."tríada sintomática", que incluye dolor continuo de la mucosa oral, disgeusia y xerostomía; y 2. "no hay signos" de la lesión u otros cambios detectables en la mucosa oral, incluso en el área del dolor. El síndrome se observa con frecuencia en subgrupos específicos de los pacientes, como las mujeres pre y post menopáusicas.<sup>(40,41)</sup> En la mayoría de los casos, están presentes dos formas, "oligosintomática" (dolor y disgeusia o el dolor y la xerostomía) y "monosintomática" (dolor solamente), sedan por percepciones alteradas de las funciones sensoriales y se presentan cambios en el perfil psicológico del Síndrome de Boca Ardiente de muchos pacientes. Como resultado, ambos trastornos deben ser incluidos en el espectro clínico del (SBA). El dolor oral representa el síntoma más importante y el tipo de dolor experimentado por los pacientes es una prolongada

sensación de "quemadura" en la mucosa oral, similar en intensidad, pero diferentes en la calidad del mismo asociado con el dolor a nivel dental.

Se considera que el (SBA), entra en la categoría general de "dolor neuropático," lo que significa que probablemente es el resultado de una función nerviosa alterada, posiblemente en los nervios que captan la sensación del dolor.

Los factores psicológicos y sociológicos desempeñan un papel importante en los desórdenes dolorosos faciales y orofaciales.<sup>(42)</sup>

Las alteraciones patológicas de la articulación temporomandibular (ATM), adquirieron importancia a principios de 1930, cuando GoodFriend, publica su trabajo original en 1933 y poco después lo amplió por el trabajo de Costen, donde habla del término síndrome de Costen. Investigó los trastornos temporomandibulares, debido a las quejas de los pacientes que presentaban artritis reumatoide, que no sólo se limitaban a los síntomas típicos, sino que afectaban otras zonas.<sup>(43,44)</sup>

En 1955 Schwartz, utiliza el término de síndrome dolor disfunción de la ATM, más adelante apareció el término alteraciones funcionales de la ATM, propuesto por Ramfjord y Ash. Algunos términos describían los factores etiológicos sugeridos, como es el caso de trastorno oclusomandibular y misantropía de la ATM. Otros resaltaban el dolor, como el síndrome de dolor disfunción y el síndrome de dolor y disfunción temporomandibular.<sup>(45)</sup>

El enfoque gnatólogo/protésico que más seguidores tiene, trata sobre la etiología de los trastornos temporomandibulares (TTM) de origen multifactorial, donde aparecen como las principales causas las interferencias o desarreglos oclusales, parafunciones e incompatibilidades estructurales de la ATM, y aunado a todo esto, un factor psicológico-social desencadenante o agravante como el estrés.<sup>(46)</sup> Grau 2005, habla sobre "La etiología de los trastornos temporomandibulares (TTM) de origen multifactorial donde aparecen como las principales causas las interferencias o desarreglos oclusales, parafunciones e incompatibilidades estructurales de la ATM, y

aunado a todo esto, un factor psicológico-social desencadenante o agravante: el estrés.<sup>(47)</sup>

Jiménez 2007, definió los trastornos temporomandibulares como el sitio de diferentes grupos de enfermedades o afectaciones psicológicas cuya etiología es multifactorial y tiene como consecuencia procesos inflamatorios, traumáticos, neoplásicos, mal formativos, infecciosos, degenerativos y disfuncionales.<sup>(48)</sup>

Pullinger 2002, Demir 2004 y Grau 2007, en sus estudios coinciden, en que de 30 a 40 años es un intervalo de edad afín a la etapa de la vida más propensa para que los individuos desarrollen parafunciones, como consecuencia de la carga emocional intensa que se asume y gracias al protagonismo de la familia o la madurez intelectual y profesional adquirida.<sup>(49,50,51)</sup> Esta última, es comprobada en teorías endocrinas y en su condición estrogénica, porque a ésta edad hay más vulnerabilidad a ciertas enfermedades.<sup>(52, 53,54)</sup> Díaz 2009, afirma que las mujeres tienen una prevalencia del 75% para sufrir trastornos temporomandibulares, comparadas con los hombres debido al factor social, sin dejar a un lado las constantes preocupaciones y al hecho de enfrentar retos diarios que no siempre enfrentan sin estrés, estas podrían ser elemento de valor para que ellas protagonicen alteraciones para funcionales.<sup>(55)</sup>

La estomatitis aftosa recurrente o recidivante (EAR), también llamada aftosis oral o simplemente "aftas", fueron descritas por Hipócrates 460-370 AC, originadas del griego arder, quemar) en relación con enfermedades de la cavidad bucal. La primera descripción clínica científica de la (EAR) fue publicada el 1898 por Von Mikulicz y Kummel.<sup>(56)</sup> En varios estudios se ha descrito que esta enfermedad es más común en las mujeres, especialmente en la menopausia, en ambos sexos y es más frecuente en el período de edad que se sitúa entre los 20 y los 50 años.<sup>(57, 58,59)</sup> Esta enfermedad es considerada como la más frecuente de todas las lesiones de la mucosa oral, que afecta alrededor del 20 % de la población en general, aunque en algunos estudios han reportado cifras de hasta un

60%. Se ha encontrado una prevalencia mayor entre grupos de más alto estándar socioeconómico y en mujeres.<sup>(60)</sup>

La estomatitis aftosa recidivante (EAR), se presenta con ulceraciones primarias, que se observan como lesiones de color blanco-amarillento, rodeadas por un halo eritematoso. Pueden ser únicas, múltiples, cíclicas y presentan una sintomatología dolorosa, y la mayor parte de los casos aparecen en áreas no queratinizadas de la mucosa bucal, aunque no en forma exclusiva.<sup>(61, 62,63)</sup> Se clasifican en: afta menor, afta mayor y estomatitis herpetiforme.<sup>(64, 65, 66,67)</sup> Aún, no se ha descubierto su principal etiología,<sup>(68, 69, 70, 71,72)</sup> posiblemente se deba a afecciones locales y sistémicas, factores genéticos, inmunológicos e infecciones microbianas.<sup>(73)</sup> En diversas investigaciones se ha postulado una relación directa entre la lesión y los factores psicológicos del paciente en la (EAR).<sup>(74, 75,76)</sup>

La periodontitis, es una de las enfermedades más antiguas y comunes del ser humano, se pensaba que era una consecuencia inevitable del envejecimiento.<sup>(77)</sup> Sin embargo, ahora sabemos que no todas las personas y poblaciones tienen el mismo riesgo de desarrollar enfermedad periodontal. Numerosos estudios epidemiológicos y experimentales atribuyen a algunos factores de riesgo como la diabetes, el tabaco, desórdenes genéticos además de algunos estudios recientes que relacionan el estrés psicológico a la prevalencia y progresión de esta patología. La enfermedad periodontal tiene causas y mecanismos fisiopatológicos en común con algunas enfermedades crónicas.<sup>(78)</sup> El estrés, es sugerido como un importante factor destructor de la regulación de la homeostasis entre micro flora oral y el sistema inmune del hospedador.<sup>(79)</sup> La desregulación se produce a través de múltiples sistemas reguladores, afecta la inmunocompetencia<sup>(80)</sup> y se manifiesta de diversas maneras en el estado de salud<sup>(81)</sup>. Está ampliamente reconocido el impacto que produce el estrés agudo y crónico sobre el sistema inmune. El estrés agudo tiene un efecto estimulante sobre el sistema inmune, mientras que en el caso del estrés crónico (fundamentalmente con depresión.) De todos

modos, existe una variabilidad individual en la respuesta inmunológica al estrés.<sup>(82)</sup>

Algunos estudios psicoinmunológicos muestran que la defensa inmune contra antígenos se ve influida por la interacción entre comportamiento estrés, sistema nervioso central y células del sistema inmune. Estas interacciones están mediadas por un "complejo inmuno-neuro-endocrino". La coordinación está basada en las uniones de las fibras neuronales del sistema nervioso autónomo y también en el eje hipotálamo-pituitaria - corteza suprarrenal, con cortisol de la corteza suprarrenal y citocinas (ej: IL-1, IL-6), que desempeñan un papel importante como mediador químico.<sup>(83)</sup> Los factores psicosociales llevan a que se produzcan cambios en el hábitat bucal, en las conductas del anfitrión (como la escasa higiene o el consumo de tabaco) y en las respuestas de éste a determinantes ambientales, como el estrés. Una relación que ha resistido el paso del tiempo, es la que existe entre la placa y las enfermedades periodontales.<sup>(84)</sup> Las bacterias desencadenan las respuestas inflamatorias, que junto con los efectos destructivos directos de las éstas, causan la mayor parte de la destrucción tisular.<sup>(85)</sup> Las causas más importantes compartidas son los factores psicosociales,<sup>(86)</sup> de los cuales el más importante es el representado por las otras personas. Esto coloca a los factores psicológicos en el centro de las explicaciones causales. Hay dos importantes descubrimientos epidemiológicos universales relacionados con la salud. El primero de ellos es la relación entre las diferencias persistentes de salud y la clase social a la que pertenecen los individuos<sup>(87, 88, 89)</sup>.

En la cavidad oral se manifiestan diversas patologías de origen local y sistémico y a éste nivel se desarrollan lesiones de etiología controvertida, que tienen un carácter multifactorial, donde los factores emocionales constituyen uno de los agentes desencadenantes. Por lo tanto, se considera la importancia de investigar qué estudios se han realizado hasta el momento, que planteen la existencia de etiología de índole emocional, como una de las causas en la aparición, desarrollo y mantenimiento de estas enfermedades orales.

En la práctica odontológica no se ha prestado la debida atención a este tipo de pacientes con ése tipo de patologías, por esta razón es importante que el odontólogo, conozca sobre el tema y vea la relación entre su profesión y la psicología, para lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados contribuyendo a la calidad de vida de los pacientes que las presenten.

Por lo tanto, se plantea el siguiente interrogante ¿Cuáles es la asociación que existe entre los trastornos psicológicos y sus manifestaciones psicosomáticas desencadenando patologías orales (liquen plano, trastornos temporomandibulares, enfermedad periodontal, estomatitis aftosa y síndrome de ardor bucal)?

De lo anteriormente descrito se hace necesario establecer la asociación entre los trastornos psicológicos y manifestaciones psicosomáticas que desencadenan patologías orales (liquen plano, trastornos temporomandibulares, enfermedad periodontal, estomatitis aftosa y síndrome de ardor bucal).

## **MATERIALES Y MÉTODOS:**

### *Búsqueda de literatura*

Se seleccionaron dos bases de datos para la búsqueda de documentos relacionados con el propósito de la investigación: EBSCO HOTS, MEDLINE y también se realizó una búsqueda manual.

Para la selección de la literatura se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Artículos de casos y controles.
- Artículos de pacientes con trastornos psicológicos (Ansiedad, estrés y depresión).
- Artículos de pacientes que evidencian sintomatología a nivel oral con relación a estas patologías: Liquen plano oral, Síndrome de ardor bucal, Trastornos temporomandibulares, Estomatitis Aftosa, Enfermedad periodontal.

**OBTENCIÓN DE ARTICULOS SEGÚN LAS BASES DE DATOS UTILIZADAS: EBSCO HOTS: 360, MEDLINE: 452, BUSQUEDA MANUAL: 3 Libros, 2 Revistas**

**CRITERIOS INCLUSIÓN**

- Artículos de casos y controles.
- Artículos de pacientes con trastornos psicológicos (Ansiedad, estrés y depresión).
- Artículos de pacientes que evidencian sintomatología a nivel oral con relación a estas patologías: Liquen plano oral, Síndrome de ardor bucal, Trastornos temporomandibulares, Estomatitis Aftosa, Enfermedad periodontal.
- Artículos donde los resultados del estudio muestren una asociación entre los trastornos psicológicos y manifestaciones psicósomáticas, llegando a desencadenar una patología oral.
- Artículos que evidencien la asociación de trastornos psicológicos con patologías orales.
- Artículos en español o inglés.
- Artículos en un prospecto de 1994 – 2011.

**CRITERIOS EXCLUSIÓN**

- Estudios de pacientes psicósomáticos que tengan manifestaciones clínicas en sitios diferentes a cavidad oral.
- Estudios realizados en población infantil.
- Estudios con pacientes que presentan manifestaciones en cavidad oral, que no están asociados a problemas psicósomáticos.

**PUBMED: Titulo: 120; Resumen: 100. EBSCO HOTS: Titulo: 90; Resumen: 38, Para un total de 138 artículos, se consignaron en una tabla en Excel donde se realizó la eliminación de duplicados, llegando a obtener 75 artículos**

**Análisis tipo de estudio: Casos y Controles: 19 artículos.**

**Artículos incluidos en la revisión Sistemática: Liquen plano: 4, Síndrome de Ardor Bucal: 3, Trastornos temporomandibulares: 7, Estomatitis aftosa: 2, Enfermedad Periodontal: 3.**

- Artículos donde los resultados del estudio muestren una asociación entre los trastornos psicológicos y manifestaciones psicósomáticas, llegando a desencadenar una patología oral.
- Artículos que evidencien la asociación de trastornos psicológicos con patologías orales.
- Artículos en español o inglés.
- Artículos en un prospecto de 1994 – 2011.

**Criterios de exclusión:**

- Estudios de pacientes psicósomáticos que tengan manifestaciones clínicas en sitios diferentes a cavidad oral.
- Estudios realizados en población infantil.
- Estudios con pacientes que presentan manifestaciones en cavidad oral, que no

están asociados a problemas psicósomáticos.

**-Estrategias de Búsqueda y Selección de Artículos**

Para la búsqueda de artículos se consultaron las siguientes bases de datos PUBMED con los términos (stress disorders oral) arrojando 452 artículos disponibles; luego se realizó otra búsqueda en la base de datos EBSCO HOTSobteniendo 360 artículos con las palabras claves(stress disorders, stress pshychological, anxietydisorders), para un total de 812 artículos. Posteriormente se registraron en una tabla de Excel para comparar la duplicación de los mismos y se obtuvieron 620 artículos, que fueron seleccionados por títulos identificando así la relación con el tema de estudio, para un total de 120 artículos.

Los artículos seleccionados fueron depurados de acuerdo al resumen para saber si se encontraba una asociación psicopatológica y así se obtuvieron 75 artículos que fueron consignados en un instrumento bibliográfico que contenía datos como: bibliografía, objetivo, materiales y métodos, variables, resultados y conclusiones. De acuerdo con lo anterior, se pudo establecer cuáles cumplían con los criterios de inclusión y aquellos que pertenecían al tipo de estudio de casos y controles. De éstos, se obtiene finalmente 19 artículos a los cuales se les realiza un minucioso análisis distribuyéndolos por patologías de la siguiente manera: cuatro (4) de liquen plano, tres (3) de síndrome de boca ardiente, siete (7) de trastornos temporomandibulares, dos (2) de estomatitis aftosa recurrente y tres (3) de enfermedad periodontal.

**Evaluación de los Artículos.**

Se diseñaron dos instrumentos para consignar cada uno de los 19 artículos seleccionados, la primera estaba distribuida de la siguiente manera: denominación del artículo, patología, número de pacientes, tipo de patología, diagnóstico psicológico y variables y la segunda contenía lo siguientes datos: número de artículos totales por patología, número de casos, controles por

género, rango de edad, tipo de estadística utilizada y test psicológicos utilizados.

Igualmente, la prevalencia por género y al mismo tiempo conocer los factores predisponentes que podían influir para que un paciente somatizara.

Todos los artículos fueron revisados estratégicamente por dos revisores y cuando no existía acuerdo entre ellos había un tercer revisor.

Para cumplir con la metodología de revisión de cada uno de los artículos, se utilizó la plantilla de revisión sistemática denominada "Programa de lectura crítica CASPe" y para el nivel de evidencia de estos artículos se determinó de acuerdo al cuadro de evidencia de SING ([www.sign.ac.uk/](http://www.sign.ac.uk/)), (<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/checklist1.html>).

## RESULTADOS

De los 19 artículos revisados se distribuyeron de la siguiente forma: 4 relacionaban el liquen plano, 3 con el Síndrome de Boca Ardiente, 7 con trastornos temporomandibulares, 2 con Estomatitis Aftosa y 3 con la enfermedad periodontal.

Se analizaron cuatro artículos de liquen plano oral con un total de 310 pacientes. En el año 2004, Soto determina la asociación de liquen plano con los factores psicológicos en 9 pacientes que tenían la patología, analizando factores tales como: estrés, ansiedad y depresión. El estrés tuvo un promedio del 66.6% y un valor de ( $P < 0.01$ ), seguido del factor de ansiedad con un porcentaje de 77.7% y ( $P < 0.01$ ). Por último, el factor de depresión tuvo un porcentaje menor de 44.4%, en relación a los demás trastornos (estrés, ansiedad) con un ( $P < 0.01$ ). Para el grupo control, el valor de  $p$  fue igual para el estrés como para la ansiedad siendo este ( $P < 0.05$ ), y para la depresión el valor de  $P$  es ( $P > 0.05$ ). Para el grupo de casos con patología oral era alto, mientras que en el grupo control tenían valores normales, lo que muestra diferencia notoria entre casos y controles. En cuanto al grupo de casos presenta un promedio de 11.59%, mientras que el grupo control con un promedio de 7.25% evaluando la ansiedad de estos pacientes donde el resultado es significativo

estadísticamente con un valor ( $P < 0.05$ ); así mismo evalúan la depresión donde los casos muestran un promedio de 7.03% y el grupo control de 3.95% observando que los más afectados fueron los casos y arrojando un valor significativo de ( $P < 0.05$ ). En el liquen plano oral y los factores psicológicos el estrés, la ansiedad y la depresión son comparados con los datos del grupo control, y se observa que existen diferencias estadísticamente significativas para las variables de estrés y ansiedad ( $P < 0.05$ ). Sin embargo en cuanto al valor promedio de depresión, no existen diferencias entre ambos grupos, quedando ambos catalogados en el rango de normalidad.

Chaudhary 2004, en su estudio se analizaron tres grupos, dos controles uno positivo y otro negativo y un grupo de casos. Se utilizó la prueba GHQ (General Health Questionnaire) donde la puntuación de este (GHQ-28) fue mayor la cual evaluaba los niveles de angustia; mientras que en los controles esta prueba fue menor a (GHQ-19). Es notoria la diferencia estadística entre los dos grupos ya que cada uno maneja puntuaciones diferentes de angustia lo cual puede llegar a influir de diferentes formas en el desarrollo de esta patología, afectando su vida cotidiana. Así mismo, otro factor a evaluar en pacientes con liquen plano fue el estrés el cual presente en el grupo control un ( $P < 0.05$ ) significativo y en los casos con el mismo nivel de significancia respecto al estrés. Existe una diferencia significativa en cuanto a los niveles de ansiedad entre los dos grupos ( $P < 0.05$ ), significativo. Sin embargo, ninguna diferencia estadísticamente significativa entre el liquen plano oral y la población control positivo ( $P > 0.05$ ), no significativo. La evaluación de la depresión de los pacientes del grupo de casos fue mayor en comparación con el control negativo, pero casi igual al del control positivo. Una diferencia significativa se observó en los niveles de depresión entre los tres grupos ( $P < 0.05$ ), significativo.

Shah B, y cols, en el 2009, en el análisis realizado, los pacientes incluidos en el estudio estaban en el rango de edad de 19-69 años. Entre éstos, 17 pacientes eran del sexo femenino con un

promedio de 56,7% y 13 eran varones que equivalen al 43,3%. En el análisis encontramos niveles elevados de depresión con el 70%, la ansiedad con el 66.6% y el estrés con el 100%, respectivamente en el grupo de casos, en comparación con los controles. Todos estos factores psicológicos incrementan las formas de liquen plano, no hubo diferencia estadística entre los factores psicológicos y el liquen del grupo erosivo y no erosivo en la mayoría de los pacientes con liquen plano se incrementaron los niveles de depresión ansiedad, estrés y se incrementaron los niveles de cortisol salival.

El análisis del grupo de estudio usando la correlación Person mostró un coeficiente de correlación positiva entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés.

Delavarian y cols. 2010, determinaron que la disminución en el tamaño de las lesiones fue más significativa en el grupo de estudio después de seis meses, pero esta diferencia no fue significativa en relación con la experiencia del dolor y la clase de lesión. El análisis del coeficiente de correlación de Spearman's, demostró que en el sexto mes no hubo una relación significativa y directa entre los desórdenes psiquiátricos y la respuesta al tratamiento de las lesiones del liquen plano oral particularmente esto es pertinente con el tipo de lesión. Tabla 1

De los cuatro artículos analizados

consíndrome de Boca ardiente (SBA) con un total de 519 pacientes. Qiaming Chen 2007, relaciona que el 31% de los pacientes demostraron síntomas depresivos, comparando los 48 pacientes con (SBA) y 31 controles utilizando escalas como HRSD (escala de Hamilton que clasifica el estado de depresión) y escala visual análoga (VAS). Los puntajes de los pacientes con (SBA), fueron significativamente mayores que los controles y positivamente correlacionado con los valores de VAS (P=0.002). La asociación de Interleucina 6, en los pacientes fue mucho menor que los controles y negativamente correlacionada con VAS (P=0.011), lo cual no mantiene una asociación significativa y las puntuaciones entre interleucina 6 y HSRD fueron de (P=0.317).

López 2008, analiza la calidad de vida en general por medio del cuestionario SF-36 en 120 pacientes donde se comparan los 60 pacientes con (SBA) con el grupo control 60 pacientes según la evaluación, en general. Los pacientes con (SBA) obtuvieron datos más bajos en comparación que el grupo control y con respecto al cuestionario OHIP -

49 se utilizó para evaluar la salud bucal; éste obtuvo puntuaciones bajas con respecto al grupo control (P<0.001), no se encontraron diferencias significativas entre (SBA)

AUTOR Y AÑO	# PACIENTES	CASO Y CONTROL	Dx Psicológico	Dx oral	Resultado	Test psicológicos	Nivel de evidencia
Soto Araya, milena, y cols 2003	54	Casos: 18. EAR, 9 LPD, 7 SBU Control : 20	Estrés Ansiedad Depresión	Liquen plano	Control: p<0.005 Casos: p<0.01	Teste de experiencia reciente (T.E.R.) Anxiety and Depression. (HADS)	II
Chaudhar y, S. 2004	150	Grupo experimental: 41 Control negativo: 73 Control positivo: 36	Estrés Ansiedad Depresión	Liquen plano	Controles: p<0.005 Casos: p<0.005	Cuestionario de salud General-la versión 28 (GHQ-28) Anxiety and Depression Scale (HADS)	II
Shah B, cols 2008	60	30 LPB 30 sanos	Depresión Ansiedad Estrés	Liquen plano	Controles: Depresion: p<0.05 Ansiedad p<0.01 Estrés: p<0.001 Casos: Depresion: p<0.05 Ansiedad: P 0.14 Estrés: p<0.001	Scale Analogue Visual (VAS) Depression, Anxiety and stress scale (DASS).	II
Delavarian Z, Dalirsani Z, cols 2010	46	31: liquen plano oral. 15 control	estrés	Liquen plano	Casos: P=0.026 Control: p=0.31	DSM-IV-IR Scale Analogue Visual (VAS)	II

Tabla 1. Relación entre enfermedad Psicológicas y Liquen Plano

asociado con hábitos parafuncionales y la presencia de prótesis dentales en relación con los diferentes tratamientos se encontraron diferencias significativas en la limitación funcional ( $P=0.002$ ) y dolor físico con ( $P=0.033$ ).

Eli 1994, en su estudio evalúa los perfiles de los pacientes de acuerdo con el cuestionario SLC-90 donde se compara el grupo casos: 45 pacientes con (SBA) con respecto al grupo control 45 pacientes sanos, los pacientes con (SBA) obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en todas las escalas de SCL-49 comparado con el grupo control, para evaluar el efecto global del grupo se utilizó la prueba MANOVA en la cual no se observaron diferencias entre los pacientes con (SBA) y el grupo control encontraron diferencias significativas en los pacientes que han sufrido acontecimientos recientes de vida ( $P=0.0001$ ). Los pacientes con (SBA) reportaron trastornos psiquiátricos y hospitalización en el pasado en comparación con el grupo control ( $P<0,03$ ), también mostraron mayor tendencia a estar bajo tratamiento psicológico respecto con los controles ( $P<0.08$ ). Tabla 2

miofacial) en pacientes afectados con trastornos temporomandibulares. De 46 pacientes que presentaban estos padecimientos, las mujeres en edades de 35 años, al aplicarles el cuestionario de síntomas subjetivos, se encontraron similitudes en ambos grupos particularmente en el dolor durante la función mandibular, ruidos articulares y dolor de cabeza, encontrando niveles de significancia en dolor en otras partes del cuerpo, ( $P<001$ ) en ambos grupos. En contraste, el dolor de cuerpo presente en todos los pacientes con Síndrome de fibromialgia (FS), en sólo el 27%, grupo ( $P= 0.0001$ ), la aparición de síntomas en pacientes con (MFP) 3-4 años (SD 3.6), frente 53 pacientes con (FM), con una frecuencia de 6 años en especial el nivel psicológico por sucesos trágicos por ejemplo: la muerte de un familiar, un divorcio el estrés, coincidió con la aparición del dolor en un 50% de los pacientes (MFP), y en el 13% de los pacientes (FM) ( $P = 0.0007$ ). Al examen clínico de la ATM no reveló dolor a la palpación y los ruidos de la articulación temporomandibular se detectaron en el 26,5% de los pacientes con (MFP), y en el 17,8% de los pacientes (FM) ( $P = 0,72$ ). La palpación muscular fue positiva para

AUTOR Y AÑO	# PACIENTES	CASO Y CONTROL	Dx Psicológico	Dx oral	Resultado	Test psicológicos
Eli I, Bath R, Littner M. 1994	90	Casos:45 Controles:45	Ansiedad y depresión	Síndrome de boca ardiente	Perfil psicopatológico P: 0,0001 trastornos psiquiátricos y hospitalización ( $p<0,03$ ) tratamiento psicológico ( $p<0,08$ ).	Cuestionario demográfico EVA Cuestionario cambios de vida recientes Cuestionario SLC-90
Chen Q, Xia J, Lin M. 2007	79	Casos: 48 Control: 31	Ansiedad y depresión	Síndrome de boca ardiente	Correlación negativa con los niveles del dolor $P=0,011$ Análisis interleucina 6 $p=0,002$	HRSD (escala Hamilton para observar el grado de depresión) VAS (Escala visual análoga)
Pía L. Camacho A. Berdugo M. 2008	120	Casos:60 Controles: 60	Ansiedad y depresión	Síndrome de boca ardiente	Calidad de vida ( $P<0.001$ ) Limitación Funcional ( $P=0.02$ ) dolor físico ( $P= 0.033$ )	SF-36 (Evalúa la calidad de vida) OHIP-49 (Evalúa la salud bucal) EVA (Escala Visual Análoga)

**Tabla 2. Relación entre enfermedades Psicológicas y Síndrome de Boca Ardiente**

De los siete artículos revisados de trastornos temporomandibulares, se obtuvieron los siguientes resultados: Cimino 1998, en su estudio se revisaron los síntomas más comunes y características de FM (fibromialgia) y MFP (síndrome de dolor

ambos grupos y no había ninguna diferencia estadística en los niveles de dolor muscular entre los dos grupos, excepto para la inserción del temporal izquierdo con ( $P= 0,04$ ), porque el dolor se irradia, afectando la salud integral del ser humano. En los

pacientes el 13% tenían (FS), síndrome de fibromialgia, no se observaron diferencias a la apertura de la boca, tanto en pacientes activos como pasivos en estos dos grupos, siendo menor en la población normal, no hubo diferencias en las puntuaciones psicológicas en los pacientes con (FS) y (MFP), pero los resultados fueron significativamente superiores a los obtenidos en la población normal.

El estudio de Ernberg 2000, pretendía buscar la relación de niveles de serotonina en el plasma (P-5HT y S-5HT), y la correlación entre el dolor Orofacial y la ansiedad en la fibromialgia, tomando 12 pacientes con fibromialgia, 12 pacientes con artritis reumatoidea y 12 pacientes control, utilizaron escalas especiales para evaluar la intensidad del dolor con la escala visual análoga (ADL), que mide la intensidad del dolor, en las actividades cotidianas, otra evaluación utilizada fue la de (IDATE) es el estado de Spielberg y la escala para clasificación de la ansiedad, la evaluación psiquiátrica para medir el estado de ánimo fue la (STA), también se utilizó el Test de presión a la palpación (PPT), para la evaluación clínica del umbral del dolor, ejerciendo presión sobre el músculo masetero, al igual que exámenes de laboratorio que se realizaron en sangre para analizar los niveles de serotonina (P-5HT y S-5HT). La relación de (P-5HT y S-5HT), es calculada para determinar en el plasma la relación con la serotonina. Los pacientes con fibromialgia, mostraron una significancia menor en (S-5HT), que los pacientes con artritis reumatoidea, existiendo una significancia mayor en las evaluaciones realizadas con (STA) y el indicador de puntos para los músculos a nivel oral, siendo significativamente menor al (PPT) a la evaluación clínica del umbral del dolor que el grupo control. La correlación entre la serotonina, el dolor y la ansiedad en pacientes con fibromialgia no fue positiva, la relación entre (RPS y ADL) para el cuerpo en general ( $P=0.02$ ) y para la región de músculos maseteros ( $P=0.015$ ). El nivel de serotonina en plasma se correlaciono negativamente con (PPT) ( $P=0.032$ ) del grupo control, el estudio indica que la relación entre los niveles de plasma y suero de 5-HT, es

similar en el grupo de casos y grupo control, pero al presentar un alto nivel de serotonina en el plasma con respecto al nivel sérico, llega a existir asociación respecto al dolor. Otro aporte, fue dado en la investigación por Aaron y col. 2000, en su estudio con 72 casos y 22 controles, compararon la frecuencia de 10 cuadros clínicos entre los pacientes con Síndrome de fatiga crónica (SFC) y fibromialgia (FM), en comparación con trastornos temporomandibulares (TTM). Al evaluar los síntomas se encontró: fatiga conjunta adolor y ardor o dolor punzante muscular. El (SFC), incluye fiebre o dolor de garganta, y la (FM), dolor de espalda que se alivió por medio de terapias con calor y masajes, con desmejoría al estar de pie; los pacientes (TTM) se distinguen mejor por una historia de dolor facial o dolor en los músculos de la mandíbula o en las articulaciones. El análisis reveló por medio de una prueba de chi-cuadrado, que el síndrome de fatiga crónica (SFC) mostró significancia de ( $P<0,001$ ), teniendo más síntomas en relación al grupo control. Pero los pacientes con trastornos temporomandibulares (TTM), fueron más significativos ( $P<0,05$ ) que el (SFC) y el grupo control, porque sus síntomas fueron más frecuentes en estos pacientes como las molestias de dolor de cabeza y tensiones musculares. Así mismo, se mostró en éste estudio que los pacientes con (FM) y (TTM), respecto al estrés y ansiedad son pacientes con un nivel significativo de ( $P<0.01$ ).

En la investigación con Manfredini 2004, buscaba las asociaciones entre el bruxismo y los factores psíquicos y el trauma oclusal en bruxómanos, para esto evaluaron 85 pacientes de los cuales 34 padecían bruxismo, 12 eran del género masculino y 22 femenino. Se utilizaron medidas como cuestionarios validados para evaluar (Estado de ánimo-SR) y espectros (PASSR) pánico, Agorafóbico, (trastorno de ansiedad que consiste en el miedo a los lugares donde no se puede recibir ayuda, por temor a sufrir una crisis de pánico variables oclusales (mordida cruzada, mordida abierta, interferencias mediotrusión y laterotrusión, interferencias oclusales (ICP), laterotrusión guías caninas y molares) La evaluación clínica se hizo con diagnóstico de facetas de desgaste, anamnesis a familiares o amigos más

cercanos para saber si escuchaban rechinar los dientes en la noche o en el día. Se utilizó el análisis estadístico de chi-cuadrado y Mann-Whitney para ver la diferencia significativa en la prevalencia del bruxismo entre los géneros y variables oclusalespsiquiátrica, estados de ánimo(SR) cuestionario del estado de ánimo y estilo de vida de paciente, con estas pruebas se pudo evaluar que existen interferencias oclusalesy bruxismo con una significancia ( $P<0.05$ ). En cuanto a la investigación psiquiátrica, hay diferencias significativas entre el bruxismo y los controles y surgió la presencia de depresión con ( $P<0.01$ ) y los síntomas maníacos con ( $P<0.01$ ) en los estados de ánimo-SR, para la sensibilidad al estrés con ( $P<0.01$ ), la expectativa ansiosa ( $P<0.05$ ), y los síntomas tranquilidad sensibilidad con ( $P<0.05$ ) en PAS (espectro de pánico) SR (estado de ánimo). En particular ambos evaluaron el estado de ánimo con una significancia ( $P<0.01$ ) y el pánico agorafóbico con una significancia de( $P<0.05$ ).Al realizar la prueba de chi-cuadrado revelo una diferencia significativa en la prevalencia del bruxismo entre los sexos con ( $P<0.01$ ), con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres (57,8 % mujeres vs 25,5 % hombres). Al evaluar las variables oclusales incluidas en éste estudio, el análisis de chi-cuadrado reveló una asociación entre interferencias mediotrusión y bruxismo ( $P<0.05$ ).Como resultado de la presencia de estos dos síndromes, la mediotrusión 11/34 bruxómanos en relación con 7/51 en los controles, mientras el síndrome de laterotrusión se identificó en cinco pacientes bruxómanos y tres no bruxómanos ( $P = NS$ ). Entre bruxómanos. Los pacientes con malas mordidas, presentaban niveles más altos de bruxismo, lo cual se vio reflejado en 15 pacientes con mordida abierta, anterior, posterior, unilateral y bilateral, no habiendo una asociación significativa entre el bruxismo y la oclusión de estos pacientes. En la evaluación psiquiátrica se mostró una significancia entre, significa SR (estado de ánimo)los resultados fueron 34,8 (desviación estándar (SD) con  $n (P>0.003)$ ). La prueba de Mann-Whitney reveló la significación estadística de estas diferencias ( $P<0.001$ ). Las puntuaciones medias de PAS-SR fueron

15,5 (10,8; mediana 15, rango 0-39) para no bruxómanos y 22,5 (de 14,3). Klecha 2009, en su estudio quería conocer la prevalencia entre síndromes somáticos funcionales (SFS) en trastornos temporomandibulares (TTM) con relación a un grupo control donde se distribuyó así: 56 casos, 103 controles. Se aplicó una escala de somatización que contiene un total de 12 puntos, con 5 elementos a examinar, se evaluó la percepción del dolor, en la cual se pudo deducir que los pacientes con (TTM), presentaban desplazamiento del disco con y sin reducción, luxación de la articulación, sinovitis y capsulitis. Éstos se evaluaron por pruebas estadísticas ANOVA, donde la diferencia estadísticamente fue significativa en cuanto ala (TTM), en situaciones de estrés de un paciente respecto a un dolor articular o muscular sin factor de estrés contribuyente con ( $P<0.001$ ), y en cuanto a niveles de estrés de la (TTM) con el grupo control, sigue habiendo significancia relevante en los pacientes con (TTM) que en los controles. Otros aspectos que evaluaron en cuanto al síndrome somático funcional fueron la ansiedad y la depresión donde la depresión fue significativamente mayor en el grupo (TTM), que en el grupo control de controlcon ( $P<0.001$ ). Schmidt 2009, por medio de este estudio de casos (22) y controles (23), quería conocer los índices más prevalentes entre los músculos masticadores cuando había dolor con respecto a pacientes sin dolor en reposo, durante una condición de estrés después de esta. El grado de dolor se evaluó por la escala EVA, Se aplicaron pruebas psicológicas como: Pittsburgh SleepQualityIndex para conocer la calidad del sueño, escala de la angustia, prueba de trastornos por estrés postraumático, escala (Duke-UNC)apoyo Social Funcional. Al evaluar el nivel del dolor por prueba estadística como, MANOVA, no hubo efecto significativo principal en el grupo de pacientes sin dolor en reposo respecto al grupo control, ( $P<0.10$ ). Por otra parte, teniendo encuentra los test psicológicos se observó que si hubo una diferencia significativa en los resultados estadísticos, con el número de participantes que reportaron un factor de estrés en pacientes con dolor versus el grupo control con ( $P<0.30$ ), donde

prevalecen aspectos del entorno social a este grupo de pacientes.

Tjakkés 2010, evaluó como era la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) si se encuentra disminuida en pacientes con trastornos temporomandibulares dolorosos, comparándolo con la (CVRS) en la población general. Los datos relativos a la salud física y mental fueron conocidos en pacientes con dolor y trastornos temporomandibulares donde las mujeres fueron las más afectadas debido a que su carga en el hogar es más elevada. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: cuestionario del deterioro de la función mandibular (MFIQ), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión Lista (HADS), y el Cuestionario de Salud General

tercer subgrupo incluyó a pacientes con quejas de más de 3 años. En total se evaluaron 90 casos respecto a la población en general, donde la mayoría del funcionamiento físico y social de los grupos 2 y 3 fueron significativos con ( $P < 0.02$ ) que en la población general. Estadísticamente no hubo significancia con ( $P > 0.08$ ) entre los grupos 1 y 2 en relación en la escalas de función física y dolor corporales, mientras en el grupo 3 si hubo significancia con ( $P < 0.01$ ); en los efectos de la duración del dolor los 3 grupos no muestran correlación significativa con ( $P > 0.05$ ) con la población en general. El tercer grupo mostró más problemas somáticos, como estrés, ansiedad, depresión, angustia, frente al primer grupo, con las escalas y GHQA GHQC es decir que

AUTOR Y AÑO	# PACIENTES	CASO CONTROL Y	DX PSICOLÓGICO	DX ORAL	RESULTADO	PRUEBA PSICOLOGICA
Mumcu G, Hayran O, Ozalp O. 2007	241	Casos 124 Controles 117	Depresión	Estomatitis Aftosa	recurrencia de úlceras orales por mes $p = 0.037$ pacientes sexo femenino tuvo una significancia mayor $p = 0.020$ y $p = 0.042$ respectivamente pacientes tratados con colchicina presentaron aumento significativo que los tratados con inmunosupresores $p = 0.035$	OHIP-14 (un cuestionario perfil de impactos en salud oral)
Gallo CB, Martins MA, Sugoya N. 2009	50	Casos 25 con troles 25	Estrés	Estomatitis Aftosa	Estrés Psicológico: ( $P > 0,05$ ) EAR leve, moderado, severo ( $p = 0,57$ ) Hombres y mujeres ( $P = 0,98$ ) niveles de tensión 2 y 3 ( $P = 0,55$ ) estrés con niveles por encima de 3 ( $P = 0,017$ ).	Cuestionario SSLVAS (Evalúa síntomas de estrés)

Tabla 3: Relación entre enfermedad Psicológicas y Estomatitis Aftosa

(GHQ), y una prueba donde relataban su diario vivir. Con el fin de examinar la influencia de la duración del dolor en la CVR (calidad de vida relacionada con la salud), la muestra total se dividió en tres subgrupos diferentes. Subgrupo 1 formado por pacientes con quejas existentes de menos de un año. Los pacientes con quejas de 1 a 3 años fueron asignados al segundo grupo. El

para el tercer grupo esta escala si tuvo significación con ( $P < 0.01$ ), con relación a los otros grupos. La prueba HADSA y HADSD no fue significativa en los grupos 2 y 3, mientras que en el grupo 1 si se encontró diferencia significativa ( $P < 0.02$ ) Además, en la puntuación de HADSD en el grupo 2 fue peor que en el grupo 3. Tabla 3.

De los 2 artículos analizados de Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR), con un total de 291 pacientes, Barros 2009, evaluó 50 pacientes en total, 25 pacientes con (EAR) y 25 controles y se les aplicó el cuestionario SSLVAS (cuestionario de soledad, estrés, en las categorías de emociones físicas sociales y cognitivas). Los resultados obtenidos fueron sometidos al análisis estadístico test de Mann-Whitney, el cual describe que existe un mayor nivel de estrés psicológico en los pacientes con (EAR) en comparación con el grupo control con ( $P < 0.05$ ). Dentro del grupo (EAR), no se observó diferencia significativa entre el grupo (EAR) leve, moderado y severo con ( $P = 0.57$ ); además no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres que presentaban (EAR) con ( $P = 0.98$ ). Al realizar el análisis estadístico de Fisher's, no había diferencia estadística al comparar los pacientes con (EAR) y los controles en cuanto a los niveles de estrés 2 y 3 ( $P = 0.55$ ). La misma prueba mostró significancia estadística, cuando los pacientes tenían (EAR) y los pacientes control fueron comparados con el estrés con niveles por encima de 3 ( $P = 0.017$ ).

Mumcu 2007, en su estudio tomando 96

pacientes con enfermedad de Behçet (BD), 28 pacientes con (EAR) y 117 controles, el análisis factorial reveló tres subescalas y explicó el 66,49% de la varianza total en estos pacientes con úlceras orales activas. La calificación de una subescala fue positiva con la recurrencia de úlceras orales por mes con ( $P = 0.037$ ) y la subescala tres, tratados con colchicina fueron negativamente correlacionados, que los tratados con inmunosupresores con ( $P = 0.035$ ).

En los 3 artículos estudiados 400 pacientes que tenían Enfermedad Periodontal, Vettore 2003, analiza la enfermedad periodontal en tres grupos de acuerdo a la profundidad de bolsa el grupo control de 22 pacientes y un grupo casos de 57, teniendo en cuenta el PI (índice de placa) GI (índice gingival) PPD (profundidad de bolsa periodontal) y CAL (nivel de inserción). Los pacientes fueron sometidos a evaluaciones psicológicas clasificando el nivel de stress y ansiedad realizado por SSI (Stress symptom Inventory) STAI (State-trait Anxiety Inventory), los tres grupos no difieren en cuanto a porcentaje de estrés clínico. La frecuencia moderada del nivel de inserción (4-6 mm) y profundidad de bolsa (4-

AUTOR Y AÑO	# PACIENTES	CASO Y CONTROL	Dx Psicológico	Dx oral	Resultado	Test psicológico
Vettore MV, Leao ATT, Monteiro da silva AM. 2003	79	Casos:57 controles :22	Estrés Depresión Ansiedad	Enf. periodontal	CAL $p < 0.05$ PPD $P < 0.05$ Se encontró asociación entre los niveles de ansiedad $p < 0.05$ Relación positiva stress y eventos de la vida $p < 0.05$	SSI (clasificación síntomas de stress) (Escala de Clasificación de reajuste social) STAI (escala que mide estado rasgos de ansiedad).
Saletu A, Pirker-Fruhauf H, Saletu F .2005	81	Casos:40 controles:41	depresión	Enf. periodontal	FPI (Friburgo inventario de personalidad) $p < 0.10$ CAL (Perdida de inserción clínica) $P < 0.05$ API (Índice de Placa proximal) $P < 0.01$ PBI (Índice sangrado papilar) $P < 0.001$	Escala de Depresión de Hamilton (HAMD) Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) Zung Self-Escala de Ansiedad (SAS) Von Zerssen Escala de Evaluación de Bienestar Subjetivo (BF-5) Von Lista Queja Zerssen (B-L) Escala de Epworth Somnolencia (ESS) El sueño de Pittsburgh Índice de Calidad (ICSP) Prueba de Vocabulario de selección múltiple (MWT) Índice de Calidad de Vida (ICV)
Peter P, Vitaliano PHD, Rutger P. 2005	240	Casos:123 controles:117	Depresión Estrés Ansiedad	Enf. periodontal	Pacientes que tienen cuidado a nivel gingival que reportaron síntomas gingivales $p < 0.05$ Depresión $p < 0.05$ Riesgo metabólico y obesidad $P < 0.05$ comparado con los que no tienen cuidado gingival Estado de animo deprimido $p < 0.001$ Riesgo metabólico $p < 0.001$	BDI (escala de Beck para la clasificación de la depresión) Hamilton escala

6 m) resultó ser significativamente asociadas con las puntuaciones más altas de rasgo de ansiedad, después de ser ajustado por datos socioeconómicos y el consumo de cigarrillos ( $P < 0.05$ ).

Peter 2005, en su estudio analiza la asociación de los síntomas gingivales estableciendo la relación mediada por factores del huésped, tomando un grupo de casos de 123 pacientes con enfermedad de Alzheimer, que tenían cuidado a nivel oral y un grupo control de 117 pacientes que no tienen cuidado a nivel oral y clasificados por escalas psicométricas Hamilton, BDI (Beck Depression Inventory). El porcentaje de pacientes que tiene cuidado a nivel oral con un 17% que reportaron síntomas gingivales, era el doble de los pacientes que no tenían cuidado a nivel oral con un 8,5% ( $P < 0.05$ ), no hubo diferencia entre los que tenían cuidado a nivel oral y los que no tenían cuidado oral. La relación entre los informes de los síntomas y los cuidados gingivales fue mediado por variables psicológicas con ( $P < 0,05$ ) y el riesgo metabólico insulina, obesidad ( $P < 0.05$ ). Mayores informes de síntomas gingivales se asociaron con mayor molestia ( $P < 0,001$ ), estado de ánimo deprimido ( $P < 0,01$ ), riesgo metabólico ( $P < 0,001$ ).

Saletu 2005, en este estudio se evaluaron 40 pacientes con periodontitis y 41 controles, al observar las diferencias en las variables psicométricas con respecto a los pacientes con periodontitis, con la Escala de Depresión de Hamilton (HAMD), Zung Self-Rating Depression Scale (SDS), Zung Self-Escala de Ansiedad (SAS), Von Zerssen Escala de Evaluación de Bienestar Subjetivo (Bf-S), Von Lista Queja Zerssen (B-L), Escala de Epworth Somnolencia (ESS), El sueño de Pittsburgh Índice de Calidad (ICSP), Prueba de Vocabulario de selección múltiple (MWT), Índice de Calidad de Vida (ICV), y el grupo control. El resultado del análisis multifactorial de varianza demostró un aumento de la depresión y las puntuaciones de ansiedad, la reducción de bienestar el aumento de las quejas somáticas, la calidad de vida deteriorada y la introversión en la periodontitis, el análisis de correlación parcial entre medidas psicométricas y variables dentales revela una asociación positiva de

gravedad de la enfermedad periodontal, pérdida de inserción clínica con la depresión, ansiedad, el bienestar subjetivo, muestra una correlación negativa con la calidad de vida, el índice de placa proximal muestra una correlación negativa con orientación social y los niveles de inserción clínico se relaciona positivamente con quejas somáticas. Tabla 4.

## DISCUSIÓN

Del análisis de los resultados, se obtiene que exista una asociación entre alteraciones psíquicas del individuo y alteraciones en la cavidad oral, siguiendo cada una de las patologías.

Shah y cols (2009), y Delavarian y cols (2010), manifiestan que el factor psicológico más común es el estrés, en el desarrollo del liquen plano oral. Soto y col. Lo designan con el siguiente orden: estrés, ansiedad y depresión; mientras que Chaudhaery lleva un orden distinto, en este estudio no menciona al estrés, sino solamente la ansiedad y la depresión. La ansiedad la denotan en los cuatro estudios como un factor con un alto porcentaje por lo tanto significativo. En cuanto a la depresión, también ha sido significativo pero con valores menores con respecto a los otros dos factores.

Shan 2008, le da más importancia a la depresión, seguido de ansiedad y el estrés. Por lo contrario Delavarian y col. 2010, solo hablan del estrés como un factor de la etiología para el liquen plano oral.

Soto y col. 2004, determinan el género femenino con más predominio para el desarrollo del liquen plano oral, con un porcentaje de más de la mitad de la población de estudio, al igual que Shah con un porcentaje no tan significativo. Solo en este último estudio habla sobre la edad del desarrollo en las mujeres, la cual está entre los 30 y 50 años de edad.

En relación con las pruebas psicológicas utilizadas, Soto y col. y Chaudhary utilizaron la escala de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y para la detección de factores de estrés psicosocial con un diagnóstico de los desórdenes psiquiátricos de los pacientes, utilizaron el test THE GHQ-28, mientras que Shah y col., utilizaron DASS (Depression, anxiety and stress scale),

y Delavarian y col. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en las pruebas estadísticas hay una gran variedad, ningún estudio tuvo una igualdad en las pruebas estadísticas. Soto y col. utilizaron la prueba de T de Student no pareado, mientras que Chaudhary utilizó la prueba ANOVA. En cambio Shah utilizó el chi cuadrado para su estadística, y Delavaria, y col. utilizaron el test de Spearman.

En el Síndrome de Boca ardiente (SBA), Rodríguez y col. 2007, manifiesta que es una enfermedad que afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas, que suelen presentar un cuadro de ansiedad y depresión. Recientemente, la presencia de un componente psicológico en los síntomas de los pacientes con (SBA) y se ha sugerido como la elevación de la ansiedad, la depresión, las reacciones somáticas para el estrés, el neocriticismo y los trastornos psiquiátricos de acuerdo con: (Zegarelli, 1984; Browning y col. 1987; Hampf y col., 1987; Van der Ploeg y col., 1987; Cordero y col., 1988; Lamey y Lamb, 1988; Rojo y col., 1993). Ésta afirmación es comparable con el estudio de Eli y col. 1994, donde sugieren que una posible etiología del (SBA), implica la presencia de factores psicológicos. Sin embargo, otros estudios como el de Cephalgia 2004, afirman que los pacientes presentaban ansiedad, depresión, cancerofobia y trastornos de personalidad. Vlaho B y col. 2006, afirman que las interacciones entre el gusto y el dolor oral son responsables del (SBA), mientras que Quiomíng C, Xia I en el 2007, establecen la misma relación de estados depresivos como un factor precipitante a nivel inmunológico y no solamente trastornos psicológicos sino alteraciones a nivel neuropático y del sistema nervioso central y periférico. Por eso, en éste estudio los autores reducen el estado del dolor con la interleucina 6 para pacientes con (SBA), pero no reducen el estado depresivo. Eli M. y col. 1994 afirman que al evaluar el perfil psicopatológico relacionado con acontecimientos vitales estresantes se observa que los trastornos de personalidad asociados con (SBA), se producen como consecuencia del dolor crónico y no como causa directa.

Pía L y col. 2008, por el contrario establecen que muy pocos estudios han examinado las repercusiones del (SBA) en la salud del paciente relacionados con la calidad de vida (dolor, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, la satisfacción, la mejoría con el tratamiento). Por lo tanto, Turk y col. 2003, manifiesta que el profesional no debe centrar el problema del (SBA) sólo en cavidad oral, esta patología también interfiere con el estado general de salud y calidad de vida.

En relación con, los trastornos temporomandibulares (TTM), Cimino 1998, en su estudio indagó acerca de los síntomas más comunes y característicos de la fibromialgia (FM) y (MFP) (dolor facial masticatorio) en pacientes afectados con (TTM), para esto tuvieron en cuenta 46 pacientes que presentaban estos padecimientos: en mujeres en edades 35 años, se les aplicó el cuestionario de síntomas subjetivos y se encontró similitud en ambos grupos particularmente en el dolor durante la función mandibular, ruidos articulares, dolor de cabeza y dolor de cuerpo, los cuales estuvieron presentes en todos los pacientes con (FS) síndrome de fibromialgia, en sólo el 27% grupo (P=0.0001). Pacientes con síntomas de (MFP) con una frecuencia de 3-4 años mostro un porcentaje de 38.7% mientras que (SD) con una frecuencia 6 años mostro un porcentaje de 23%, cada uno de estos aspectos acompañado de situaciones como: la muerte de un familiar o un divorcio. El estrés fue otro de los aspectos en los que se vieron afectados estos pacientes, el cual se manifestaba con dolor en la ATM con un 50%, Los ruidos de la articulación temporomandibular con 26,5% de los pacientes con (MFP) y en el 17,8% de los pacientes (FS) con (P = 0.72). A la palpación muscular, fueron positivos para ambos grupos y no había ninguna diferencia estadística en los niveles de dolor muscular entre los dos grupos (excepto para la inserción del músculo temporal izquierdo con (P = 0.04), porque el dolor se irradia, afectando la salud integral del ser humano. En cuanto a los pacientes con fibromialgia (FM) no se observaron diferencias a la apertura de la boca, tanto en pacientes activos como pasivos en estos dos grupos,

siendo menor en un 13% en la población normal.

Emberg en el 2000 pretendía buscar la relación de niveles de serotonina en el plasma (P-5HT y S-5HT) y la correlación entre el dolor orofacial y la ansiedad en la fibromialgia, tomando 12 pacientes con fibromialgia, 12 pacientes con artritis reumatoidea y 12 pacientes control, utilizando medidas especiales para evaluar la intensidad del dolor con la escala visual análoga que mide la intensidad del dolor. La escala visual análoga (ADL), mide la influencia del dolor en las actividades cotidianas, (STA) el cual evalúa los rangos de ansiedad, (PPT) que evalúa el umbral de dolor, con estas pruebas se quería tener un diagnóstico más acertado en relación con los pacientes que presentaban fibromialgia para conocer cada uno de los aspectos de su vida cotidiana que los podían estar afectando, también se realizó una prueba de laboratorio que pretendía conocer el plasma en relación con la serotonina en aquellos pacientes con fibromialgia, lo cual mostro una menor significancia entre pacientes con fibromialgia y pacientes con artritis reumatoidea.

Mientras que la evaluación clínica del umbral del dolor (PPT) fue significativamente menor en estos pacientes. Al hacer una correlación de estas pruebas serotonina, dolor y ansiedad en pacientes con fibromialgia no fue positiva la relación ( $P=0.022$ ).

El estudio indica que la relación entre los niveles de plasma y suero de 5-HT es similar en el grupo de casos y grupo control, pero que un alto nivel de serotonina en el plasma en relación con el nivel sérico se asocia con dolor.

Aaronson el 2000, por medio de su estudio el cual estuvo constituido por 72 casos 22 controles, donde compararon la frecuencia de 10 cuadros clínicos, SFC (síndrome de fatiga crónica), FM (fibromialgia), en relación a los TTM (trastorno temporomandibulares), en estos pacientes se encontraron síntomas como: fatiga conjunta, dolor y ardor o dolor punzante muscular, dolor de cabeza, ruidos articulares; El SFC incluyen fiebre o dolor de garganta, La FM, dolor de espalda el cual el paciente mejoraba por medio de masajes de calor, TTM se

distingue un dolor facial en los músculos de la mandíbula y articulaciones.

Este estudio revela por una prueba de chi-cuadrado, que el síndrome de fatiga crónica (SFC) mostro significancia de ( $P < 0.001$ ), teniendo más síntomas en relación al grupo control. Pero los pacientes con trastornos temporomandibulares (TTM), fueron más significativos ( $P < 0.05$ ) que él (SFC) y el grupo control, ya que sus síntomas fueron más frecuentes en estos pacientes como las molestias de dolor de cabeza, tensiones musculares. Así mismo se mostró que los pacientes con fibromialgia y trastorno temporomandibulares presentan altos niveles de estrés y ansiedad con una significancia de ( $P < 0.01$ ).

Manfredini 2004 en su estudio quería conocer si existía una relación entre el bruxismo y los factores psíquicos, Para esto evaluó 85 pacientes de los cuales 34 padecían bruxismo, 12 eran género masculino 22 femenino, para la identificación de esta se utilizaron cuestionarios como lo fue el SR que evaluaba el estado de ánimo y el PASSR que evaluaba el pánico agorafóbico (trastorno de ansiedad que consiste en el miedo a los lugares donde no se puede recibir ayuda, por temor a sufrir una crisis de pánico) a los pacientes que se les aplico esta prueba mostraron: mordida cruzada, mordida abierta, interferencias mediotrusión, DAT, trastorno Spielberg y la parte de esta evaluación clínica y psicológica se realizó, una anamnesis familiar y una encuesta a los amigos más cercanos para saber si escuchaban rechinar los dientes en el día o en la noche.

Realizaron un análisis estadístico de chi-cuadrado y Mann-Whitney para ver la diferencia significativa entre estas pruebas mencionadas anteriormente, la cual revela que SR- PASSR ( $P < 0.05$ ). En cuanto a la investigación psiquiátrica, se detecta que la depresión y los estados de ánimo se encuentra muy asociado al bruxismo ( $P < 0.01$ ) y los síntomas maniacos ( $P < 0.01$ ). El SR muestra una relación con el estrés y la ansiedad con una significancia ( $P < 0.05$ ) y los síntomas tranquilidad sensibilidad ( $P < 0.05$ ) en relación con PASSR. En particular, los estados de ánimo muestran una significancia ( $P < 0.01$ ) en relación con los pacientes agorafóbico con

una significancia ( $P < 0.05$ ). Es así que la prueba chi-cuadrado reveló una diferencia significativa en la prevalencia del bruxismo entre sexos ( $P < 0.01$ ), con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres (57,8 % mujeres vs 25,5 % hombres). Al evaluar las variables oclusales incluidas en éste estudio, el análisis de chi-cuadrado reveló una asociación entre interferencias mediotrusión y bruxismo ( $p < 0.05$ ). Como resultado de la presencia de estos dos síndromes, la mediotrusión 11/34 bruxómanos en relación con 7/51 en los controles, mientras el síndrome de laterotrusión se identificó en cinco pacientes bruxómanos y tres no bruxómanos ( $P = NS$ ). Entre bruxómanos. Los pacientes con malas mordidas, presentaban niveles más altos de bruxismo, lo cual se vio reflejado en 15 pacientes con mordida abierta, anterior, posterior, unilateral y bilateral, no habiendo una asociación significativa entre el bruxismo y la oclusión de estos pacientes. En la evaluación psiquiátrica se mostró una significancia entre, significa SR (estado de ánimo) los resultados fueron 34,8 (desviación estándar (SD) con un ( $P > 0.003$ ). La prueba de Mann-Whitney reveló la significación estadística de estas diferencias ( $P < 0.001$ ). Las puntuaciones medias de PAS-SR fueron 15,5 (10,8; mediana 15, rango 0-39) para no bruxómanos y 22,5 (de 14,3).

Tjakkes 2010 evaluó la calidad de vida del ser humano en relación a la salud (CVRS) y los trastornos temporomandibulares dolorosos en relación con la población en general.

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: cuestionario del deterioro de la función mandibular (MFIQ), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión Lista (HADS), y el Cuestionario de Salud General (GHQ), y una prueba donde relataban su diario vivir, con el fin de examinar la influencia de la duración del dolor en la CVR (calidad de vida relacionada con la salud). La muestra total se dividió en tres subgrupos diferentes: Subgrupo 1 formado por pacientes con quejas existentes de menos de un año, los pacientes con quejas de 1 a 3 años fueron asignados al segundo grupo, el tercer subgrupo incluyó a pacientes con quejas de más de 3 años.

En total se evaluaron 90 casos con respecto a la población en general, los aspectos físicos y sociales de los grupos 2 y 3 fueron significativos ( $P < 0.02$ ) ante la población general. Estadísticamente no hubo significancia  $p > 0.08$  entre los grupos 1 y 2 en relación en la escalas de función física y dolor corporal; mientras en el grupo 3 si hubo significancia ( $P < 0.01$ ), en los efectos de la duración del dolor los 3 grupos no muestran correlación significativa ( $P > 0.05$ ) con la población en general. El tercer grupo mostró más problemas somáticos, acompañado estrés, ansiedad, depresión, angustia, frente al primer grupo, esto siendo evaluado con las escalas GHQA GHQC ( $P < 0.01$ ) (cuestionario de evaluación de los diferentes tipos de angustia y escala de autocontrol) ( $P < 0.01$ ) con relación a los otros grupos. La prueba HADS y HADS (escala que evalúa la depresión y la ansiedad) donde no mostro significancia entre 2 y 3 ( $P > 0.09$ ) mientras que en el grupo 1 si mostro significancia ( $P < 0.02$ )

Gallo y col. 2009, han sugerido que los trastornos psicológicos como el estrés y la ansiedad pueden desempeñar un papel importante en la aparición y recurrencia de los síntomas de la estomatitis aftosa recurrente (EAR). Los resultados de éste estudio mostraron que los pacientes con (EAR), muestran mayores niveles de estrés. El estrés psicológico como factor desencadenante de la (EAR) ya se ha mencionado en la literatura, relacionando factores cotidianos como: exámenes en la escuela, tratamientos dentales y períodos importantes de la vida. También, se asoció a cambios importantes de la vida, tales como problemas de familia, nuevo trabajo, nueva posición de trabajo.

Así mismo, lo destacan Mumcu y Hayran 2006, cuando hablan de la salud oral y la calidad de vida en pacientes con úlceras orales activas como la estomatitis aftosa recurrente relacionadas con un concepto multidimensional, incluyendo dominios, ausencia de daño, enfermedad, malestar y dolor, adecuado funcionamiento físico, emocional y social. El género juega un papel importante ya que demostró que la calidad de vida relacionada con la salud oral fue más

afectada en las mujeres que en los hombres, la apariencia y autoimagen del individuo la depresión o limitaciones funcionales puede conducir a la percepciones negativas de la calidad de vida oral. En consecuencia los problemas de salud oral pueden afectar negativamente a un individuo y afectar el funcionamiento físico, social. Por lo tanto, la eliminación del dolor debido a las enfermedades bucodentales puede mejorar la calidad de vida a nivel oral. Redwine y col. 2003, afirman que el estrés psicológico provoca inmuta regulación, dada por el aumento del número de leucocitos en los sitios de la inflamación de la (EAR).

Los siguientes estudios demuestran que hay variables psicológicas y parámetros clínicos periodontales que se relacionan. Hay factores predisponentes en la enfermedad periodontal crónica mediada por algunos factores psicosociales, de acuerdo con (Vettore, 2003). Estudios recientes toman instrumentos psicométricos diseñados para evaluar factores psicosociales como lo describe Saletu 2005, cuando habla de la relación del estrés con acontecimientos vitales negativos, la atención financiera, desempleo o problemas familiares que juegan un papel importante en la patogénesis de la periodontitis. Lazarau y Folkman 1984, destacan que el estrés proviene de apoyos sociales tales como familia o amigos la ansiedad es un factor que desencadena resultados en la progresión de la enfermedad periodontal debido a factores socioeconómicos. Aves y Jenkins 1962, concluyeron que la ansiedad aumenta los niveles sanguíneos de corticotropía, hormonas como el cortisol (reacción del cuerpo ante el estrés físico), esto significa que la correlación de factores psicosociales, pueden afectar el nivel psicológico que a su vez afecta procesos fisiológicos que conllevan a una enfermedad que puede ser dado a través del sistema inmunológico. Es por eso que el estudio muestra la relación de estrés y la enfermedad periodontal que podría estar mediada por la alteración de la interleucina 1.

Peter Vitaliano 2005, relaciona la gingivitis y la enfermedad periodontal como factores desencadenantes de algunas variables

psicológicas y conductas psicosociales tales como el estrés crónico, como un mediador potencial. Los estudios han demostrado relaciones entre diversas formas de estrés y enfermedades bucodentales, las personas con altos niveles de estrés financieros tienen una probabilidad dos veces mayor de desarrollar enfermedad periodontal, se encontró que la asociación de los síntomas gingivales no fue confundida por enfermedades demográficas, médicas y medicamentos, AINES, antidepresivos, antihipertensivos.

### **Conclusiones:**

El liquen plano es una alteración de la mucosa oral asociada a niveles altos de estrés, ansiedad y depresión, más común en mujeres pre-menopáusicas en edades de los 30 a 50 años.

El síndrome de boca ardiente (SBA) es una patología que logra tener una gran asociación con el estado psicológico de un individuo, debido a que los niveles de depresión, estrés y ansiedad pueden ser alterados por diferentes situaciones dadas por factores psicosociales que llegan a afectar a nivel fisiológico, inmunológico y neuropático, alterando a su vez el SNC y periférico. La población más vulnerable para el (SBA), son las mujeres pre-postmenopáusicas por cierta desregularización a nivel inmunológico y hormonal sin excluir su entorno social.

Los trastornos temporomandibulares son alteraciones psicosomáticas dadas por factores predisponentes como estrés, ansiedad y depresión que afecta la (ATM), manifestándose principalmente en mujeres premenopáusicas.

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una patología de la mucosa oral que está relacionada con niveles de depresión y estrés, que pueden desempeñar un papel importante en la aparición y recurrencia de la enfermedad, afectando con mayor frecuencia el género femenino.

La enfermedad periodontal está relacionada con niveles de estrés, depresión y ansiedad

que disminuye el flujo salival produciendo xerostomía en el individuo y dejando un ambiente propicio para que bacterias migren hacia el periodonto produciendo lesiones a nivel gingival que pueden ser causantes de una enfermedad periodontal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levenson J. Tratado de medicina psicosomática. Edición 1, Capítulo 13, Trastornos de somatización y trastornos somatoformos. Editorial Ars Medica.2007: 275-295.
2. Kutter P. El conflicto básico de la psicomatosis y sus implicaciones terapéuticas. Revista Portuguesa de Psicopatología 2001 Jul; 3(002): 117-133.
3. Fuente R. Psicología médica, Ed fondo de cultura económica mexico2002; nueva versión, p 326\_332.
4. Ferrari H. Salud mental en medicina. Ed libreros López 1996; (27): 285-299.
5. Levenson J, Abbey, S. Tratado de medicina psicosomática, edición 1, Capítulo 13, Trastornos de somatización y trastornos somatoformos, ed. ArsMedica.2007, p. 275-277.
6. Palacios, revista iberoamericana del dolor, N° 3 el dolor en el padecimiento psicosomático,2001.p. 26 – 29.
7. Rangel O, BarreraN, Escobar F. Algoritmo para el diagnóstico diferencial del trastorno por somatización en cuidado médico primario. Revista facultad de medicina 2009 Nov; 57- (4).
8. Gamarra B, Psicología practica para odontólogos, Edición 1, Editorial Munevar publicidad 2010 ;(12): 137- 238.
9. Nunez M, García C, Scortegagna S. Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales.Estudios Sociales 2006 dic; 14(28):137-161.
10. Florenzano R, Fullerton C, Acuna J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. Revista chilena. Neuropsiquiatría 2002; 40(1): 47-55.
11. Posse M. Psicoterapia Jungiana para la somatización. The European journal of psychiatry (Ed. esp.) 2004 Mar 18; 1.
12. Casullo M, Morandi P y Donati F. Síntomas psicopatológicos, predisposición a perdonar y religiosidad en estudiantes universitarios. Anuario de investigaciones (Fac. Psicol. Univ. B. Aires) 2006 (13): 261-266.
13. Barrón A, Sánchez E. Estructura social, apoyo social y salud mental. Psicothema 2001; 13(1): 17-23.
14. García J, Pascual A, Alda M, Barbara O. Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2005; 10(1):15-23.
15. López J, Belloch A. La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2002 Mar; 7 (2):73-93.
16. Reimann D, Mike J, Wassell3 R, Hinz A. Psychosocial profiles of diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. Eur J Oral Sci 2008; 116: 237–244
17. Sheiham A, Nicolu B. Evaluación de los factores sociales y psicológicos en la enfermedad periodontal. Periodontology 2000 (Ed Esp); 2006(14): 118-131.
18. Gligio J, LaskinM. Prevalence of psychiatric disorders in a group of adult patients seeking general dental care. Quintessence International 2010; 41:433–437.
19. García S. Duelos. Psicólogos y Psiquiatras Buenos Aires Asociación civil 2009 Mar 28; 6.
20. Tobón S, VinacciaS, Bonifacio S. modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones

- para la evaluación y el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2004 Nov; 9 (2): 81-98.
21. López S, Belloch A, Madrigal M. Valoración del screening de Ohtmer y De Souza para el trastorno de somatización en salud mental. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría* 2006; 76(77):73-79.
  22. Carpintero E. la ley Nacional de salud Mental: análisis y perspectivas. *Revista Topia un sitio de psicoanálisis Social y cultural* Abr 2011: 3-26
  23. Rodríguez A. Historia del psicoanálisis .Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe España y Portugal 2003 Jun:(25) 3-11.
  24. Capetillo J. Cuerpos sin historia de la psiquiatría al psicoanálisis en México (1880-1920). *Frenia* 2008;(8):207-220.
  25. Fuente R. *Psicología médica, Ed fondo de cultura económica mexico*2002; nueva versión, p 320\_325.
  26. Ferrari H. *Salud mental en medicina. Ed librerías López* 1996; (27): 230-260.
  27. Soto Araya M, Rojas Alcayaga G, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de liquen plano oral, síndrome boca urente y estomatitis aftosa recidivante. *Med Oral.* 2004; 9:1-7.
  28. Shah B. Evaluation of salivary cortisol and psychological factors in patients with oral lichen planus. *Indian J Dent Res.* 2009; 20(3): 288-292.
  29. Renata Falchete Do Prado<sup>1</sup>, Luciana Sassa Marocchio<sup>2</sup>, Renata Callestini Felipini<sup>3</sup>. Oral lichen planus versus oral lichenoid reaction: Difficulties in the diagnosis. *Indian J Dent Res,* 20(3), 2009.
  30. Chaudhary S. Psychosocial Stressors in oral lichen planus. *Australian Dental Journal.* 2004; 49: (4): 192-195.
  31. Delavarian Z, Javadzade-Bolouri A, Dalirsani Z, Arshadi H, Toofani- Asl H. The evaluation of psychiatric drug therapy on oral lichen planus patients with psychiatric disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010; 15(2):e322-e327.
  32. Ivanovski K, Nakova M, Warburton G, Pesevska S, Filipovska A, Nares S, Nunn ME, Angelova D, Angelov N. Psychological profile in oral lichen planus. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 1034–1040.
  33. Gorsky M, Silverman S Jr, Chinn H. Burning mouth syndrome: a review of 98 cases. *J Oral Med* 1987 42:7-9.
  34. Gorsky M, Silverman S Jr, Chinn H (1991). Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. An open study of 130 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991 72:192-195.
  35. Grushka M, Sessle BJ, Miller R. Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. *Pain* 1987 28:155-167.
  36. Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988 296:1243-1246.
  37. Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study. *J Oral Pathol Med* 1995 24:213-215.
  38. Jerlang BB. Burning mouth syndrome (BMS) and the concept of alexithymia—a preliminary study. *J Oral Pathol Med* 1997 26:249-253.
  39. Merskey H, Bugduk N, editors. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. In: Task on taxonomy. Seattle: IASP Press, p. 1994 74.
  40. Basker RM, Sturdee DW, Davenport JC. Patients with burning mouths. A clinical investigation of causative factors, including. 1978.
  41. Zachariassen RD. Oral manifestations of menopause. *Compendium* 1993 14:1584, 1586-1591.

- 42 Perdomo Lovera M, ChimenosKiistner E. Síndrome de Boca Ardiente: actualización Avances en Odontoestomatología 2003 Vol. 19 - Núm. 4
- 43 Kruger. Cirugía Buco Maxilofacial. 5 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 1986. p.386-92.
- 44 Clark Glenn T. Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones temporomandibulares dolorosas. CiinOdontol Norteam1996; 31 (4):801-29.
- 45 Okenson J. Oclusión y afecciones temporomandibulares .3 ed. Barcelona: Mosby; 1995. p149-52.
- 46 MartínezA. Anatomía y fisiología de la articulación temporomandibular como ayuda de diagnóstico de la disfunción temporomandibular. Curso de Educación continua de la 6o Reunión Anual AMOM; 2001, Ixtapa, México). 11-33.
- 47 Grau León Ileana, Almagro Soraya, Cabo García Rogelio. Los trastornos temporomandibulares y la radiación láser. Rev Cubana Estomatol. 2005 Sep; 44(3).
- 48 Jiménez Quintana Zuilen, Santos Solana Lourdes de los, Sáez Carriera Rolando, García Martínez Indira. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en la población de 15 años y más de la Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol. 2007 Sep; 44(3).
- 49 Pullinger AG, Seligma DA. Quantification and validation of predictive valves of oclusal variables in temporomandibular disorders using a multifactorial analy. Sis J Prosthet Dent 2002; 83(1):78-82.
- 50 Demir A, Uysal T, Garay E, Basciftci FA. The relation slip between bruxism and ocusal factors among seven-to 19 year oid Turkish children. AngleOrthog 2004; 74(5):672-6.
- 51 Grau León Ileana, Almagro Soraya, Cabo García Rogelio. Los trastornos temporomandibulares y la radiación láser. Rev Cubana Estomatol. 2007 Sep; 44(3).
- 52 Aúcar López J, López Cabrera R, Díaz Gómez SM, Cardoso Navarro I. Comportamiento de las pautas masticatorias y la disfunción craneomandibular en adultos con un molar ausente. Archivo Médico de Camagüey 2007; 11(3):2.
- 53 Demir A, Uysal T, Garay E, Basciftci FA. The relation slip between bruxism and ocusal factors among seven-to 19 year oid Turkish children. AngleOrthog 2004; 74(5):672-6.
- 54 Barranca Enrique A, Lara Pérez EA, González Deschamps E. Desgaste dental y bruxismo. En: Congreso Internacional Estomatología. 2005. Trabajo en extenso [CD-ROM]. 2005. nv 19-22; La Habana. Ciudad de La Habana: Palacio de las Comunicaciones; 2005.
- 55 Díaz Gómez Silvia María, Díaz Mirallesn Marta, Nápoles González Isidro de Jesús, Puig Capote Elizabeth, Ley Sifontes Luis. Bruxismo: acercamiento a un fenómeno creciente. AMC. 2009 Abr;
- 56 Bascones-Martinez A, Figuero-Ruiz E, Esparza-Gomez GC. Oral ulcers. MedClin (Barc). 2005 Oct 29; 125(15):590-7.
- 57 Pacho Saavedra J A y PiñolJimenez F N. Estomatitis aftosa recurrente: Actualización. Revista Cubana Estomatología, ene.-abr. 2005, vol.42, no.1, p.0-0. ISSN 0034-7507.
- 58 Yuni J, Salinas M, Ronald E, Millán I, Juan C. León M. estomatitis aftosa recidivante. Conducta odontológica. Acta Odontológica Venezolana - 2008 /VOLUMEN 46 N° 2.
- 59 Jiménez Palacios C, Henning Valdez M, KleinerEinhorn S, Tovar Mattar R, Campos E: Levantamiento epidemiológico de las lesiones bucales presentes en la población atendida en el servicio odontológico del hospital Eudoro González de la población de Carayaca en el Estado Vargas durante el periodo septiembre 1998 - agosto 1999 Acta odontológica . Venezuela v.39 n.1
- 60 Stoopler ET, Sollectio TP. Recurrent aphthous stomatitis. Update for the

- general practitioner. *N Y State Dent J*. 2003 Feb; 69 (2):27-9.
- 61 Antoon JW, Miller R. Aphthous ulcers, a review of the literature on etiology, pathology, pathogenesis, diagnosis and treatment. *JADA* 1980; 101:803-8.
- 62 Esguep A, Quinteros I. Etiología de las úlceras recurrentes orales. Informe preliminar. *Revista Dental de Chile* 1984-1985:3-8.
- 63 Neville B, Dam D, Allen C, Bouquot J, eds. *Oral & Maxillofacial Pathology*. EEUU: Saunders Company Editores; 2002.236-9; 572-6.
- 64 Rogers R.S. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders. *Semin Cutan Med Surg* 1997; 16:278-83.
- 65 Hooks J, BenEzra D, Cohen L, Dattner A, Detrick-Hooks B, Lehner T. Classification, pathogenesis and etiology of recurrent oral ulcerative diseases and Behçet's syndrome. *Journal of Oral Pathology* 1978; 7:436-38.
- 66 Cohen L. Etiology, pathogenesis and classifications of aphthous stomatitis and Behçet's syndrome. *J of Oral Pathol* 1978; 7:347-52.
- 67 Graykowsky E, Hooks JJ. Summary of workshop on recurrent aphthous stomatitis and Behçet's syndrome. *JADA* 1978; 97:599-602.
- 68 Greenberg MS, Pinto A. Etiology and Management of Recurrent Aphthous Stomatitis. *Curr Infect Dis Rep*. 2003 Jun; 5(3):194-198.
- 69 Pérez Borrego A. Estomatitis Aftosa Recurrente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2003; 2 (6). Artículo 3.
- 70 Field EA, Allan R B. Review article: oral ulceration. Aetiopathogenesis, clinical diagnosis and management in the gastrointestinal clinic. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003 Nov 15; 18(10):949-62.
- 71 Casiglia JM. Recurrent aphthous stomatitis: etiology, diagnosis, and treatment. *Gen Dent*. 2002 Mar-Apr; 50(2):157-66.
- 72 Ship JA, Chavez EM, Doerr PA, Henson BS, Sarmadi M. Recurrent aphthous stomatitis. *Quintessence Int*. 2000 Feb; 31(2):95-112.
- 73 Yuni J, Salinas M, Ronald E, Millán I, Juan C, León M. estomatitis aftosa recidivante. conducta odontológica. *Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 46 N° 2 / 2008*.
- 74 Antoon JW, Miller R. Aphthous ulcers, a review of the literature on etiology, pathology, pathogenesis, diagnosis and treatment. *JADA* 1980; 101:803-8.
- 75 Esguep A, Quinteros I. Etiología de las úlceras recurrentes orales. Informe preliminar. *Revista Dental de Chile* 1984-1985:38.
- 76 Graykowsky E, Hooks JJ. Summary of workshop on recurrent aphthous stomatitis and Behçet's syndrome. *JADA* 1978; 97:599-602.
- 77 Barbieri Petrelli G, Mateos Ramírez L, Bascones Martínez A. Papel del estrés en la etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal. *Av Periodon Implantol*. 2003; 15,2: 77-86.13.
- 78 Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemial* 2000; 28: 399-406.
- 79 Genco RJ, Ho AW, Kopman J, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA. Models to evaluate the role of stress in periodontal disease. *Ann Periodontol* 1998; 3: 288-302.
- 80 Kaplan HB. Social psychology of the immune system: a conceptual framework and review of the literature. *SocSciMed* 1991; 33: 909-923.
- 81 Seeman TE, McEwen BS, Rowe JW, Singer BH. Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2001; 98: 4770-4775.
- 82 Olf M. Stress, depression and immunity: the role of defense and

- coping styles. *Psychiatry Res* 1999 Jan; 85(1): 7-15.
- 83 Mengel R, Bacher M, Flores-de-Jacoby L. Interactions between stress, interleukin-1, interleukin-6 and cortisol in periodontally diseased patients. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 1012-22.
- 84 Offenbacher S. Periodontal diseases: pathogenesis. *Ann Periodontol* 1996; 1: 821-878.
- 85 Genco RJ. Host responses in periodontal diseases: current concepts. *J Periodontol* 1992; 63: 338-355.
- 86 Marmot M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity*. London: Bloomsbury Publishing, 2004.
- 87 Lynch J, Due P, Muntaner C, Smith GD. Social capital – is it a good investment strategy for public health. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 404-408.
- 88 Macintyre S. Evidence based policy making. *BMJ* 2003; 326: 5-6.
- 89 Marmot M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity*. London: Bloomsbury Publishing, 2004.