

La imagen corporal en pacientes con deformidades dentofaciales tratados mediante cirugía ortognática

GARCÍA RODRÍGUEZ, P.*; GARCÍA-CAMBA, E.*; VARELA, M.**; RUBIO, P.*** y DÍAZ, F.***

* Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de la Princesa. Universidad Autónoma. Madrid. ** Unidad de Ortodoncia. Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Madrid. *** Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario de la Princesa. Universidad Autónoma. Madrid.

Body image in patients with dentofacial deformities treated by orthognatic surgery

Resumen

Objetivo: Las posibles repercusiones psicológicas de las deformidades dentofaciales y los efectos que su tratamiento puede ejercer sobre la imagen corporal provocan importantes controversias. En este estudio, que forma parte de una investigación prospectiva más amplia sobre distintos aspectos psicológicos de los pacientes adultos con deformidades dentofaciales graves susceptibles de cirugía ortognática, se evalúa la imagen corporal de una muestra de pacientes antes y en distintos momentos después de su tratamiento quirúrgico.

Método: En una muestra de pacientes (N= 58) con diversos tipos de deformidades faciales se evaluaron las puntuaciones de imagen corporal mediante las dos subescalas, general y oclusal-facial, del test de Secourd y Jourard modificado en cuatro momentos sucesivos: una semana antes de la cirugía (T0) y un mes (T1), seis meses (T6) y un año (T12) después de la misma.

Resultados: A pesar de la gravedad de la deformidad, antes de la cirugía no se observaron diferencias entre los individuos de la muestra y la población general en ninguna de las dos subescalas de imagen corporal. En T6 se observó un aumento significativo respecto la población general en las puntuaciones de ambas subescalas ($p < 0,001$). En T6 también se observó un incremento significativo respecto a T0 tanto en la escala general ($p < 0,05$) como en la facial-oclusal ($p < 0,001$). En T12 se mantenían las diferencias significativas en ambas subescalas respecto a la población general, pero en relación a T0 sólo en la subescala facial oclusal ($p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas entre las determinaciones en T6 y T12.

Conclusión: En este estudio se confirma el efecto positivo de la cirugía ortognática sobre la imagen corporal a medio plazo, pero es necesario un seguimiento mayor para evaluar la persistencia de estos resultados y sus eventuales cambios.

Palabras clave: Cirugía ortognática. Imagen corporal.

Summary

Objective: Considerable controversies exist about the psychological impact of dentofacial deformities and the effects of treatment on body image. This research, which is a part of a longitudinal prospective study about a number of psychological aspects of adult patients with severe dentofacial deformities treated by orthognatic surgery, assesses the body image of a sample of patients before and after treatment.

Method: Two subscales, general and facial-oclusal, of the modified Secourd and Jourard test were used to evaluate body image of a sample of orthognatic surgery patients (N= 58). The questionnaires were completed at four time points: one week before surgery (T0), and one (T1), six (T6) and twelve months (T12) after surgery.

Results: Despite the severity of dentofacial deformity, presurgical mean scores of both subscales of body image test were normal. T6 scores were significantly higher than normative levels in both subscales ($p < 0.001$). T6 scores were also significantly higher than T0 in both general ($p < 0.05$) and facial-oclusal subscales ($p < 0.001$). T12 measurements showed significant differences in both subscales with respect to normative levels but significant differences between T12 and T0 were only found in facial oclusal subscale ($p < 0.001$). No differences were found between T12 and T6 scores.

Conclusion: The positive effect of orthognatic surgery on body image is encouraging, but longer follow up is needed to evaluate the persistence of results and the eventual occurrence of any late change.

Key words: Orthognatic Surgery. Body image.

La palabra «ortognacia» se refiere a la relación adecuada o «recta» de ambos maxilares. La cirugía ortognática trata aquellas maloclusiones o deformidades dentofaciales que la ortodoncia y las técnicas de ortopedia dentofacial convencionales por sí solas no pueden resolver.

Las deformidades dentofaciales susceptibles de ser tratadas mediante cirugía suelen afectar significativamente las funciones del aparato estomatognático, pero sobre todo se caracterizan por las grandes alteraciones que provocan en la estética facial. En la figura 1 se pue-

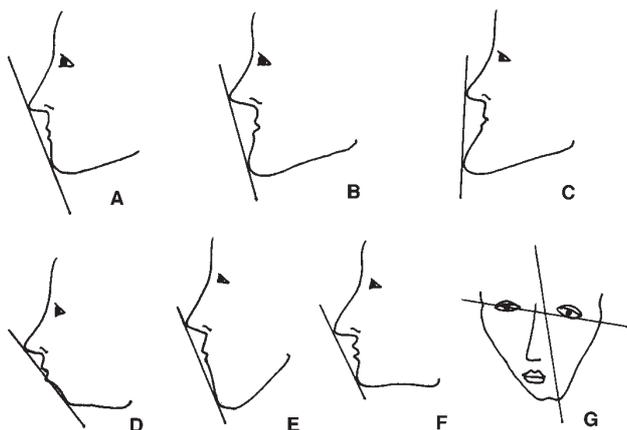


FIG. 1.—Representación esquemática de las deformidades dentofaciales más frecuentes susceptibles de cirugía ortognática. a) Perfil normal: relación maxilomandibular ortognática. b) Prognatismo por hipoplasia maxilar. c) Prognatismo por hiperplasia mandibular. d) Hipoplasia mandibular. e) Síndrome de cara larga. f) Síndrome de cara corta. g) Asimetría facial.

den ver de forma esquemática las desviaciones más frecuentes de las relaciones intermaxilares que precisan cirugía ortognática. Se trata de hipoplasias mandibulares, síndromes de cara larga o cara corta, asimetrías faciales de diferentes orígenes y prognatismos por hipoplasia maxilar, hiperplasia mandibular o una combinación de ambas.

Al ser la cirugía ortognática una especialidad relativamente joven, no son muy abundantes los estudios que recoge la literatura sobre los distintos aspectos psicológicos del paciente con deformidades dentofaciales tratadas quirúrgicamente. Tales estudios, que rara vez son longitudinales y no siempre responden a un diseño riguroso, abordan tres tipos de cuestiones:

a) La personalidad del paciente con una deformidad dentofacial (1-3).

b) La repercusión psicológica del impacto de la deformidad sobre el atractivo físico (mecanismos de ajuste personal y social en respuesta a la maloclusión como agresión al atractivo físico, impacto de la deformidad sobre el autoconcepto y la imagen corporal y el efecto del tratamiento sobre todo ello) (4-11).

c) Aspectos relacionados con el propio tratamiento (motivación, cooperación y actitud hacia el equipo médico, percepción de efectos indeseables y satisfacción con los resultados) (12-21).

En nuestro medio únicamente se ha realizado un estudio longitudinal muy amplio sobre el impacto psicológico del tratamiento en pacientes con deformidades dentofaciales, pero en ese caso dicho tratamiento se había realizado con ortodoncia convencional exclusivamente (22). Dado el carácter cruento y puntual de la cirugía ortognática frente al incruento y gradual de la ortodoncia y debido a la mayor gravedad de las deformidades que exigen cirugía, consideramos que los hallazgos en pacientes

ortodóncicos no deberían ser necesariamente extrapolables a los ortognáticos. Por ello nos propusimos realizar un nuevo estudio prospectivo dirigido a evaluar numerosos aspectos psicológicos en pacientes tratados con cirugía ortognática, particularmente el estado mental, el perfil de personalidad y los eventuales cambios producidos en la imagen corporal y en el autoconcepto y sus diferentes dimensiones. También se analizaron otros aspectos relativos al tratamiento como las expectativas, la motivación, la percepción de efectos indeseables y la satisfacción con los resultados.

De todos estos aspectos explorados presentaremos aquí los relativos al estudio de la imagen corporal antes y después del tratamiento. Nuestros objetivos eran:

1. Evaluar los niveles de imagen corporal de una muestra de pacientes con deformidades dentofaciales susceptibles de cirugía ortognática comparándolos con los de la población general.

2. Analizar los posibles cambios en los niveles de imagen corporal de los pacientes durante y tras la resolución de la deformidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

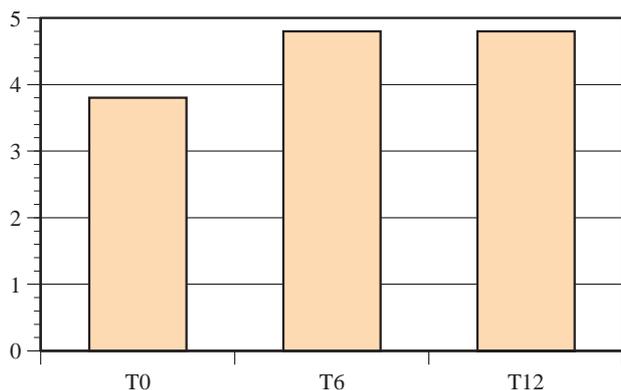
Muestra

Presentamos una muestra de 58 pacientes tratados en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid. La edad de los pacientes variaba entre los 14 años (edad mínima requerida) y los 43, con una media de 22,6 (DS 6). La casi totalidad de la muestra (85%) se encontraba en unos márgenes de edad entre los 18 y los 29 años. En cuanto al sexo, el 69% eran mujeres y el 31% varones. Para elaborar la muestra se seleccionaron todos los pacientes (por orden de lista de espera) que cumplían los criterios de inclusión preestablecidos. Todos ellos habían seguido tratamiento ortodóncico prequirúrgico durante uno o dos años como requisito habitual para este tipo de cirugía.

Los criterios de inclusión fueron:

- Edad >14 años.
- Presentar una deformidad dentofacial tributaria de cirugía ortognática.
- Aceptar la participación en un estudio psicológico prospectivo.
- No presentar otras deformidades estéticamente significativas.
- No padecer ninguna enfermedad orgánica significativa.
- No padecer ni haber padecido ninguna enfermedad psiquiátrica mayor ni estar recibiendo en la actualidad tratamiento psiquiátrico.
- Tener un nivel cultural equivalente o superior a EGB.

Se consideraron criterios de exclusión:



T0 vs T6, T12 $p < 0,01$.

FIG. 2.—Imagen facial: Escala Secord-Jourard. Existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones encontradas en la subescala facial, referentes al tiempo previo a la intervención quirúrgica y a las encontradas a los 6 y 12 meses de la operación, siendo estas últimas significativamente mayores. Autor: Pilar García Rodríguez.

- No haber completado el crecimiento y desarrollo fisiológicos.
- Que la deformidad fuera secundaria a traumatismo, tumoración, malformación congénita, infección o cualquier otra patología distinta de una deformidad dentofacial primaria.

Imagen corporal

Para analizar los niveles de imagen corporal se utilizó la escala de Secord y Jourard (Body Cathexis Scale, BCS) modificada por Kiyac (7). Este instrumento tiene una escala general con la que se exploran los niveles de imagen corporal de las distintas partes del cuerpo, y una subescala que se ha denominado facial-oclusal, que se refiere específicamente a los aspectos relativos a la cara y la oclusión.

Al no existir valores normativos validados en España para esta escala se utilizaron los manejados en EE.UU.

El cuestionario comprende una serie de ítems relacionados con distintas partes y funciones del cuerpo y de la cara que el entrevistado debe puntuar mediante una escala del 1 al 5, con la siguiente correspondencia:

1. Me desagrada profundamente y quisiera que pudiera efectuarse algún cambio.
2. No me gusta, pero puedo sobrellevarlo.
3. No tengo sentimientos particulares en ningún sentido.
4. Estoy satisfecho.
5. Me considero afortunado.

El cuestionario se administró en cuatro momentos:

T0: Una semana antes de la cirugía (finalizado el tratamiento ortodóncico prequirúrgico, pero manteniendo

todavía el paciente los aparatos en boca como anclaje para la cirugía).

T1: Un mes después de la intervención (cuando se va a retirar el bloqueo intermaxilar postquirúrgico).

T6: Seis meses después de la intervención (una vez se ha conseguido la estabilidad postquirúrgica aunque el paciente aún lleva aparatos de ortodoncia).

T12: Un año después de la intervención (última revisión por los cirujanos; se retiran los aparatos ortodóncicos y el paciente muestra su imagen facial y su sonrisa definitivas).

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS/PC+ (23). Para evaluar los cambios a lo largo del tiempo se optó por el procedimiento MANOVA de medidas repetidas de tiempo.

RESULTADOS

El diagnóstico más frecuente de la deformidad dentofacial (66%) fue el de prognatismo por hipoplasia maxilar. Todos los pacientes precisaron un tratamiento ortodóncico prolongado –de 18 a 24 meses– antes y después de la cirugía. En el 83,5% de los casos la intervención quirúrgica necesaria fue compleja (técnica bimaxilar).

Ningún paciente refería antecedentes psiquiátricos personales, fuera de síntomas ocasionales de ansiedad ante una situación estresante en el 11% de los casos. Sólo un 20% de los pacientes refirieron antecedentes de alteraciones psiquiátricas leves –por lo general trastornos afectivos– en familiares de primer grado.

Ninguna de las dos subescalas de imagen corporal (general y facial oclusal) mostró en el preoperatorio diferencias significativas con los valores de referencia ofrecidos para la población general.

En cuanto a la evaluación evolutiva de los niveles de imagen corporal, las puntuaciones en T6 mostraron un aumento significativo respecto a T0 tanto en la escala general (3,95/3,6, $p < 0,05$) como en la facial-oclusal (3,99/3,48, $p < 0,001$). En T6 también se observó un aumento significativo respecto a la población general en ambas subescalas (3,95/3,46, $p < 0,01$ y 3,99/3,46, $p < 0,01$) respectivamente. En T12 hallamos diferencias significativas en ambas subescalas respecto a la población general (3,83/3,46, $p < 0,01$ y 3,84/3,46, $p < 0,01$). Sin embargo, respecto a T0, las diferencias sólo fueron significativas en la subescala facial-oclusal (3,84/3,48, $p < 0,01$). No se observaron diferencias entre T12 y T6 (Fig. 2).

DISCUSIÓN

La representación de mujeres en nuestra muestra fue del 70%, proporción ligeramente superior a las que reco-

gen series americanas (4, 24) que la sitúan en un 60%. Las diferencias registradas entre los sexos reflejan la distinta valoración que la sociedad atribuye al atractivo físico de la mujer y del hombre que, en los países latinos, es aún más acusada que en los anglosajones. Se ha señalado además una diferente autopercepción de las propias características físicas, que es mayor en la mujer (25) y que se ha observado concretamente también en lo que se refiere a las maloclusiones (26). Asimismo se han señalado diferencias en el proceso de toma de decisiones (27), lo cual puede estar en relación (28) con la mayor influencia negativa que reconocían las mujeres que había tenido la deformidad en su vida personal. Por otro lado esto vendría a confirmar la creencia comúnmente sostenida de que las mujeres valoran más la belleza y los hombres el éxito social (29). No obstante parece que estas discrepancias, asociadas en parte a los distintos roles sociales impuestos al hombre y a la mujer, van desapareciendo poco a poco en una sociedad más igualitaria. De hecho se observa un aumento progresivo de la demanda de tratamientos de cirugía estética y ortodoncia por parte de pacientes varones adultos (17).

Las sucesivas entrevistas psiquiátricas permitieron descartar rasgos psicopatológicos en todos los sujetos. A este respecto no existen datos contrastables en la literatura con este tipo de pacientes, aunque sí son abundantes en relación con los que se someten a cirugía plástica. En este sentido parece que los pacientes ortognáticos, a pesar de la gravedad de su deformidad, no son tan vulnerables psicológicamente.

En el test de imagen corporal nuestros pacientes no mostraron diferencias significativas con la población general. La literatura es discrepante a este respecto aunque la mayoría de los autores que la han analizado (6, 18, 22, 30) encuentran que la imagen corporal se ve lesionada de algún modo por la deformidad dentofacial y registran su mejoría como respuesta positiva al tratamiento ortodóncico o quirúrgico.

La normalidad de los resultados de la subescala facial-oclusal en nuestra muestra nos llama particularmente la atención si se tiene en cuenta la intensidad de la deformidad dentofacial de los pacientes. Este hecho podría deberse a la falta de sinceridad en las respuestas dadas al estar el paciente condicionado, entre otras cosas, por la imposibilidad administrativa de tratar las alteraciones puramente estéticas en un servicio de cirugía maxilofacial de la Seguridad Social. El paciente se vería así obligado a disimular frente al entrevistador su verdadera preocupación por la repercusión estética de su deformidad, insistiendo en las razones de índole puramente funcional y por tanto de carácter más «médico». En apoyo de esta posible explicación merece particular mención el trabajo realizado en nuestro medio sobre deformidades dentofaciales tratadas con ortodoncia (22) que, con una repercusión estética mucho menor, afectaban aparentemente más los niveles de imagen corporal oclusal-facial. En ese caso, sin embargo, los pacientes podían responder con mayor sinceridad al no estar mediatizados por ninguna limitación administrati-

va para el tratamiento ortodóncico como en el caso de la cirugía.

En el estudio evolutivo se observó una franca mejoría en ambas subescalas de imagen corporal a los seis meses de la intervención respecto a T0. Esta mejoría se mantenía al cabo del año pero ya sólo en la subescala facial-oclusal, en concordancia con los hallazgos reseñados por otros autores. Así Kiyac (6) encuentra un aumento en los niveles de imagen corporal a los cuatro meses de la corrección quirúrgica que se amortigua en parte a los nueve meses. A los dos años la IC, tanto general como específicamente facial, supera ampliamente los niveles prequirúrgicos (7). En otro trabajo esa misma autora (8) encuentra que la cirugía ortognática es más efectiva que la ortodoncia para cambiar la IC. Por su parte Garvill et al (28) refieren la mejoría en cuanto a valoración de su propia imagen facial que los pacientes experimentan tras la cirugía. A su vez Lovius et al (9) encuentran un incremento significativo de la IC en áreas como «satisfacción general», «cabeza» y «dientes y mandíbula».

En realidad, el cambio en la imagen facial que experimentan los pacientes sometidos a este tipo de tratamientos ortodóncico-quirúrgicos es tan espectacular, que sorprende al propio paciente y sus familiares y probablemente cause un sentimiento de entusiasmo tal que se manifieste en los primeros meses con un incremento en la valoración general del propio cuerpo. Con el paso del tiempo y la adaptación del paciente a su nuevo rostro y sonrisa, el incremento en los niveles de imagen corporal se acabaría limitando al territorio facial, en el cual se han producido efectivamente los cambios.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes con deformidades dentofaciales que solicitan tratamiento quirúrgico pertenecen con mayor frecuencia al sexo femenino.
2. Los valores de imagen corporal eran comparables a los de la población general antes de la operación, pero mejoraron significativamente a los seis meses del postoperatorio tanto en la escala general como en la facial-oclusal, mejoría que se mantuvo al año en la general y que aumentó significativamente en la facial-oclusal. Estos hallazgos parecen confirmar un efecto positivo a medio plazo de la cirugía ortognática sobre la imagen corporal, aunque sería necesario prolongar el estudio para valorar la persistencia de este efecto a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbosa ALB, Marcantonio E, Barbosa CE, Gabrielli ME, Gabrielli MA. Psychological evaluation of patients scheduled for orthognatic surgery. *J Nihon Univ Sch Dent* 1993;35:1-9.
2. Cunningham SJ, Hunt NP, Feinman C. Psychosocial aspects of orthognatic surgery: a review of the litera-

- ture. *Int J Adult Orthod Orthognath Surg* 1995;10:159-72.
3. Hilléstrom K, Sorensen S, Wictorin L. Biological and psychosocial factors in patients with malformation of the jaws. II twelve months after maxillofacial surgery. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1971;5:34-40.
 4. Flanary CM, Barnwell GM, Van Sickels JE, Littlefield JH, Rugh AL. Impact of orthognathic surgery on normal and abnormal personality dimensions. A 2-year follow up study of 61 patients. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1990;98:313-32.
 5. Frost V, Peterson G. Psychological aspects of orthognathic surgery: How people respond to facial change. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;71:531-42.
 6. Kiyac HA, West RA, Hohl T, McNeill RW. The psychological impact of orthognathic surgery. A 9 month follow up. *Am J Orthod* 1982;81:404-12.
 7. Kiyac HA, Hohl RA, West RA, McNeill RW. Psychological changes in orthognathic surgery patients. A 24 month follow up. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:506-12.
 8. Callender RS. Orthodontic feedback. *J Clin Orthod* 1976;10:81-111.
 9. Lovius BB, Jones RB, Pospisil OA, Reid D. The specific psychosocial effects of orthognathic surgery. *J Craniomaxillofac Surg* 1990;18:339-42.
 10. Ouellette PL. Psychological ramifications of facial change in ration to orthodontic treatment and orthognathic surgery. *J Oral Surg* 1978;36:787-90.
 11. Ouellette PL. The psychological impact of dramatic facial change. *J Clin Orthod* 1979;10:668-73.
 12. Olson RE, Laskin DM. Expectations of patients from orthognathic surgery. *J Oral Surg* 1980;38:283-5.
 13. Finlay PM, Atkinson JM, Moos KF. Orthognathic surgery: patients expectations; psychological profile and satisfaction with outcome. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995;33:9-14.
 14. Flanary CM, Alexander JM. Patients responses to the orthognathic surgery experience: Factors leading to dissatisfaction. *J Oral Maxillofac Surg* 1983;41:770-4.
 15. Flanary CM, Barnwell GM, Alexander JM. Patients perceptions of orthognathic surgery. *Am J Orthod* 1985;88:137-45.
 16. Hutton CE. Patient's evaluation of surgical correction of prognathism: Survey of 32 patients. *J Oral Surg* 1967;25:225-8.
 17. Kiyac HA, Hohl T, Sherrick P, West RA, McNeill RW, Bucher F. Sex differences in motives for and outcomes of orthognathic surgery. *J Oral Surg* 1981;39:757-64.
 18. Kiyac HA, McNeill RW, West RA, Hohl T, Bucher F, Sherrick P. Predicting psychological responses to orthognathic surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1982;40:150-5.
 19. Laufer D, Glick D, Gutman D, Sharon A. Patient motivation and response to surgical correction of prognathism. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;41:309-13.
 20. Rittersma J, Casparie A, Reerink E. Patient information and patient preparation in orthognathic surgery. A medical audit study. *J Max Fac Surg* 1980;8:206-9.
 21. Rittersma J. Patient information and patient preparation in orthognathic surgery. The role of an information brochure. A medical audit study. *J Craniomaxillofac Surg* 1989;278-9.
 22. Varela M, García-Camba E. Impact of orthodontics on the psychological profile of adult patients: A prospective study. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1995;108:142-8.
 23. Frude N. Guía del SPSS/PC+. Madrid: Ra-Ma Ed; 1991.
 24. Kiyac HA, McNeill RW, West RA. The emotional impact of orthognathic surgery and conventional orthodontics. *Am J Orthod* 1985;88:224-34.
 25. Kurtz K. Sex differences and variations in body attitudes. *J Consult Clin Psychol* 1969;33:625-9.
 26. Gravelly JE. A study of need and demand for orthodontic treatment in two contrasting National Health Service Regions. *Br J Orthod* 1990;17:287-92.
 27. Jager A, Flechsig G, Luhr HG. The motivation and experiences of patients in connection with orthodontic oral surgery combined therapy. A patient survey with consideration of the clinical and psychosocial factors. *Fortsch Kieferorthop* 1995;56:265-73.
 28. Garvill J, Garvill H, Kahnberg KE, Lundgren S. Psychosocial factors in orthognathic surgery. *J Craniomaxillofac Surg* 1992;20:28-33.
 29. Francolini B, Pasini W. Aspects psychologiques de la chirurgie maxillo-faciale. *Manuel de la Psychologie odontologique*. Paris: Ed Masson; 1992. p. 108-12.
 30. Helm S, Kreiborg S, Solow B. Psychosocial implications of malocclusion: A 15 year follow up study in 30 year old Danish population. *Am J Orthod* 1985;87:110-8.

Correspondencia:
Pilar García Rodríguez
Sección de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace
Hospital de la Princesa
Diego de León, 62
28006 Madrid