

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**“MORBILIDAD DE LA DISFUNCION
TEMPOROMANDIBULAR RELACIONADO A PACIENTES
CON EFERMEDADES ARTICULARES SISTEMICAS.”**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Previa a la obtención del título de:

ODONTÓLOGO

AUTOR: LUIS MIGUEL MONCAYO MORALES

DIRECTOR ACADÉMICO: DR. WILLIAM CÓRDOVA

Guayaquil-Ecuador

2009-2010

AGRADECIMIENTO

- ✓ Primeramente quiero dar gracias a nuestro Dios Padre Todopoderoso, porque gracias a su amor por nosotros, seguimos en este hermoso planeta, para que, podamos cultivar buenos momentos de nuestras vidas, y poder compartirlo con nuestros seres queridos, porque junto a ellos, lograré muchas metas en mi vida.
- ✓ Agradezco a mis padres porque con su apoyo y gran amor incondicional me he podido superar en esta carrera que significa mucho para mí, ellos representan un gran pilar en mi vida y la vida de mis hermanos, solo con ellos puedo hacer de mi vida algo muy especial e importante.
- ✓ A mi gran profesor, amigo y futuro colega, el Dr. William Córdova que junto con su ayuda y motivación he podido crear este trabajo que para mí es muy gratificante, por él, he seguido esforzándome e inspirando para conseguir un buen resultado con este trabajo.
- ✓ Agradezco a mi querida novia Ximena Bermúdez a mi amiga Liza Díaz, a mi gran amigo Víctor Zambrano y a mi colega Tania Merejildo, junto con ellos he podido culminar mi proyecto que ha resultado sumamente largo y arduo, no ha sido sencillo poder hacerlo solo, por eso les doy la gracias y mi gran aprecio.

A Dios, a mis padres, a mis hermanos, a mi enamorada, y mis queridos amigos, me he sentido muy feliz por compartir mucho tiempo y gratos momentos así como los difíciles, junto con ellos hacen de mi vida una aventura.

INDICE	
RESUMEN	7
INTRODUCCION	8
CAPITULO1. FUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR .	9
SUBCAPITULO1.1 CÁPSULA ARTICULAR.....	11
SUBCAPITULO1.2 DISCO ARTICULAR	13
SUBCAPITULO1.3 INERVACION	16
CAPITULO 2. ETIOLOGIA DE LA DISFUCION TEMPOROMANDIBULAR RELACIONADO A ENFEREDADES ARTICULARES SISTEMICAS.	18
2.1 Los factores predisponentes.....	18
2.2 Los factores patológicos	19
2.3 Los factores del comportamiento	19
2.4 Los factores perpetuantes.....	19
CAPITULO 3. CLASIFICACION DE LAS ARTROPATIAS MÁS COMUNES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.....	21
SUBCAPITULO3.3 ARTRITIS REUMATOIDE.....	23
SUBCAPITULO3.2 ARTRITIS CRONICA JUVENIL	30
SUBCAPITULO3.4 ARTRITIS PSORIASICA.....	32
SUBCAPITULO3.5 ARTRITIS POR MICROCRISTALES.....	33
SUBCAPITULO3.5 ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA	34
SUBCAPITULO3.6 OSTEOARTRITIS	36
3.6.1 Generalidades de la osteoartritis	38
CAPITULO 4. DIAGNOSTICO DE LA DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR	42
SUBCAPITULO 4.1 HISTORIA CLINICA.....	43

SUBCAPITULO 4.2 EXPLORACIÓN.....	44
4.2.1 Exploración extraoral:.....	44
4.2.2 Exploración intraoral:	44
4.2.3 Exploración neuromuscular:	45
SUBCAPITULO 4.3 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	46
4.3.1 Radiología convencional:.....	46
4.3.1.1 Radiografía panorámica	46
4.3.1.2. Tomografía convencional	47
4.3.1.3. TAC.....	47
4.3.1.4. TAC-3D	47
4.3.1.5. Resonancia magnética (RMN).....	47
4.3.2. Gammagrafía conTc99.....	48
4.3.3. SPECT (single photon emission computed tomography).....	48
4.3.4. Artrografía.....	48
4.3.5. Artroscopia diagnóstica, exploradora. Biopsia	48
SUBCAPITULO 4.4 ESTADIOS DE WILKES-BRONSTEIN.	49
4.4.1 Estadio I. Inicial:.....	49
4.4.2 Estadio II:.....	49
4.4.4 Estadio V:.....	50
SUBCAPITULO 4.5 INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE.....	51
CAPITULO 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR	53
SUBCAPITULO5.1 REUMATISMO	54
SUBCAPITULO5.3 BLOQUEO CON ANESTÉSICO LOCAL.....	60

SUBCAPITULO 5.4 DOLOR INFLAMATORIO.....	62
SUBCAPITULO 5.5 DOLOR ARTRÓGENO Y MIÓGENO VERSUS DOLOR REFERIDO.....	63
SUBCAPITULO 5.6 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO DISCAL.....	65
5.6.1 Causas del desplazamiento discal.....	66
5.6.2 Clasificación de los desplazamientos del disco articular.....	68
5.6.2.1 Alteraciones del complejo cóndilo-disco.....	68
5.6.2.2 Incompatibilidad de superficies articulares.....	74
CAPITULO 6. ESTUDIO CLINICO.....	76
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	205
BIBLIOGRAFIA.....	207

RESUMEN

El síndrome de disfunción de la ATM con o sin desarreglos internos tiene un denominador común que provoca que los pacientes vayan a ver al dentista y/o a su médico general. Este denominador es el dolor

El dolor en la región facial craneal se expresa en forma de cefaleas, dolor facial, dolor mandibular con o sin disfunción masticatoria, etc. Estos dolores son difíciles de tratar debido a las complejidades de las articulaciones cráneo vertebrales relacionado y los tejidos blandos. Otros síntomas de importancia frecuentemente referidos por los pacientes son la falta de apertura oral funcional, síntomas otológicos (tales como tinnitus, hipoacusia o hiperacusia), mareos, y /o discomfort cervical y/o de la zona escapular.

En cuanto a la relación existente a la diversas enfermedades articulares sistémicas que tienen relación con el aparato Temporomandibular, es importante recalcar el buen diagnóstico que se debe realizar al paciente ya que es fácil confundir un dolor articular o muscular y que este no esté en relación con la enfermedad.

INTRODUCCION

El aparato Temporomandibular es un tema fascinante que no solo abarca conceptos odontológicos; como antes se pensaba que era una disciplina simplemente mecanista y desconectado del resto del organismo, ahora abarca un gran número de especialidades médicas y odontológicas que tratan de estudiar los síntomas y aliviarlos.

Trabajar en equipo entre odontólogo general, rehabilitador oral, cirujano maxilofacial, ortodoncista, radiólogo, otorrinolaringólogo, psicólogo, neurólogo, alergista y fisioterapeuta es una tarea importante; que beneficia no solamente al paciente sino también a los profesionales intervinientes, dándonos la oportunidad de aplicar nuestros conocimientos para ayudar a muchas de personas afectadas con este problema.

Las enfermedades de disfunción de esta región afectan a un gran número de personas; pacientes con molestias en la boca, dolores mandibulares, y ansiedad general van de consultorio en consultorio en busca de un alivio; es penosa la perspectiva de individuos debilitados desde el punto de vista físico, emocional y financiero por tratamientos en apariencia interminables.

CAPITULO 1. FUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN **TEMPOROMANDIBULAR**

El aparato Temporomandibular es compleja ya que tiene contiene dos cavidades sinoviales separadas, las cuales deben funcionar al unísono. Al nacer, la fosa mandibular es aplanada y poco profunda y existe escaso desarrollo del tubérculo articular. El proceso condilar de la mandíbula es plano. Durante los primeros meses de vida, el tubérculo temporal y la superficie articular del proceso condilar se mantienen planos, debido a que la principal actividad del sistema estomatognático es la succión. Cuando empieza la función masticatoria, el proceso condilar mandibular se hace convexo y la fosa mandibular cada vez más cóncava. Además, se va engrosando el tubérculo articular. El crecimiento de la ATM se extiende hasta la segunda década de la vida postnatal. (1)(2)(3)

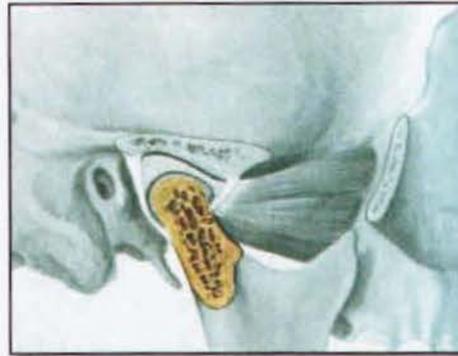


Fig. No. 1: superficie articular del cóndilo mandibular.

Fuente: Sosa G. detección precoz de los desordenes temporomandibulares. Argentina: Editora Amolca; 2006

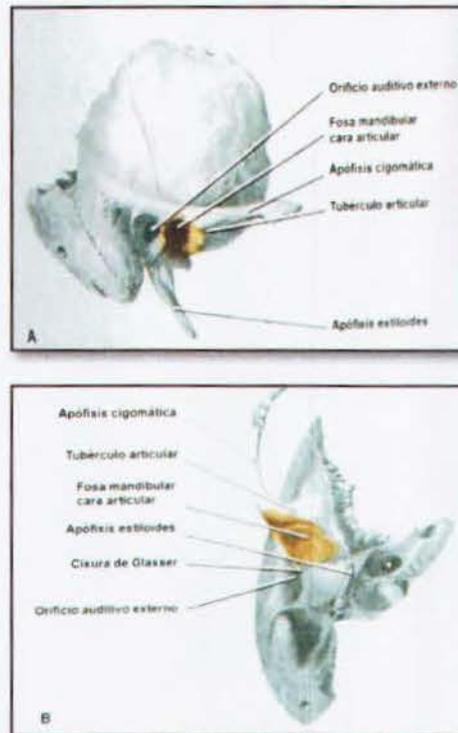


Fig. No. 2,3: superficie articular del cóndilo temporal.

Fuente: Sosa G. detección precoz de los desordenes temporomandibulares. Argentina: Editora Amolca; 2006

SUBCAPITULO 1.1 CÁPSULA ARTICULAR.

Como sabemos es una inserción fibrosa ubicada entre la pared media de la cavidad glenoidea y el cuello del cóndilo o pared lateral, la cápsula medial no es tan fuerte como la lateral, la cual se refuerza por el ligamento lateral. La cápsula es suficientemente firme para estabilizar la mandíbula durante los movimientos. Anatómicamente está asociada a varias estructuras en la vecindad de la fisura petrotimpánica: Arteria meníngea media, ligamento esfenomandibular y el nervio auriculotemporal, de todos ellos la de mayor significado clínico es la arteria meníngea media, ya que cuando se hace cirugía a nivel de la ATM se tiende evitar la cápsula media anterior de la articulación con el fin de no dañar ese vaso. La ATM esta soportada por dos ligamentos accesorios que protegen la articulación durante los movimientos extremos. (1)(2)(3):

- El ligamento esfenomandibular constituye una conexión ligamentosa entre la apófisis estiloides hasta el ángulo y el borde posterior de la mandíbula.
- El ligamento esfenomandibular que va desde el ala mayor del hueso esfenoides hasta la línula de la rama ascendente mandibular.

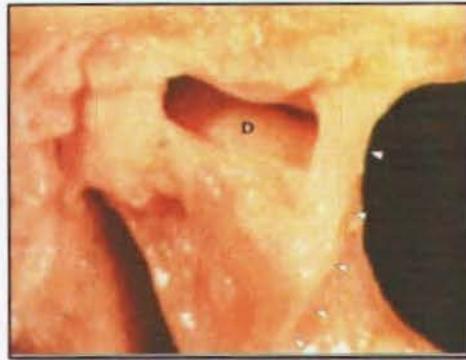


Fig. No. 4: Vista lateral de la ATM derecha.

Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.



Fig. No. 5: Tras retirar una Proción del disco y del tejido capsular se expone el polo lateral del cóndilo (c). Se ve el disco en corte sagital.

Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.

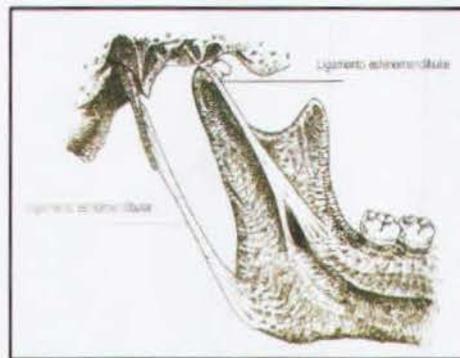


Fig. No. 6: El ligamento esfenomandibular y el ligamento estilomandibular.

Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.

SUBCAPITULO 1.2 DISCO ARTICULAR

El disco articular es una estructura fibrosa que deriva del mesénquima, al igual que la cápsula de la ATM y el músculo pterigoideo lateral. El disco articular presenta una forma cóncava-convexa en su cara superior y cóncava en su cara inferior, dividiendo a la articulación en dos unidades funcionalmente diferentes. El compartimento supradiscal es móvil, libre y deslizante, mientras que el infradiscal efectúa el movimiento de rotación. El disco articular participa en todos los movimientos y, además, puede realizar movimientos propios independientes de las estructuras óseas, gracias al tejido fibroso que lo constituye. (1)(2)(3)

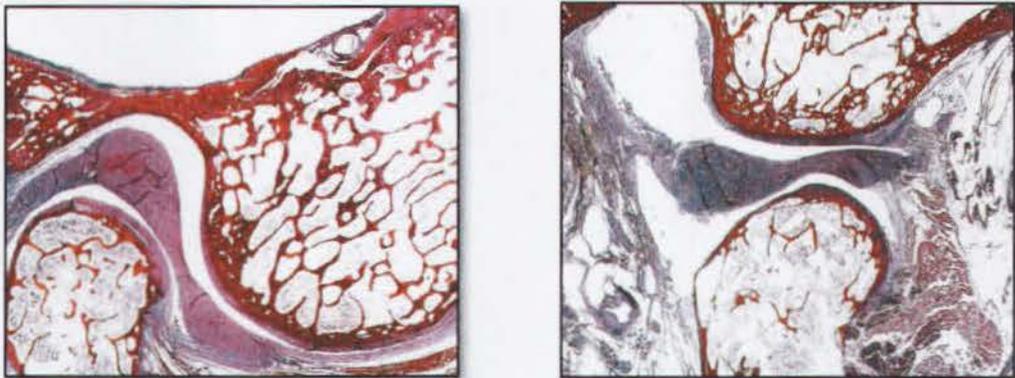


Fig. No. 7, 8: El cóndilo en la cavidad glenoidea, en reposo y traslación.
Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.



Fig. No. 9: Secuencia normal de apertura y cierre, durante la apertura bucal el cóndilo gira suavemente contra la parte inferior del disco, ya que el complejo disco-cóndilo desde la inclinación posterior de la eminencia articular hasta su ápice y por debajo del mismo. En este punto el techo del cóndilo se coloca contra la delgada sección central del disco.

Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.

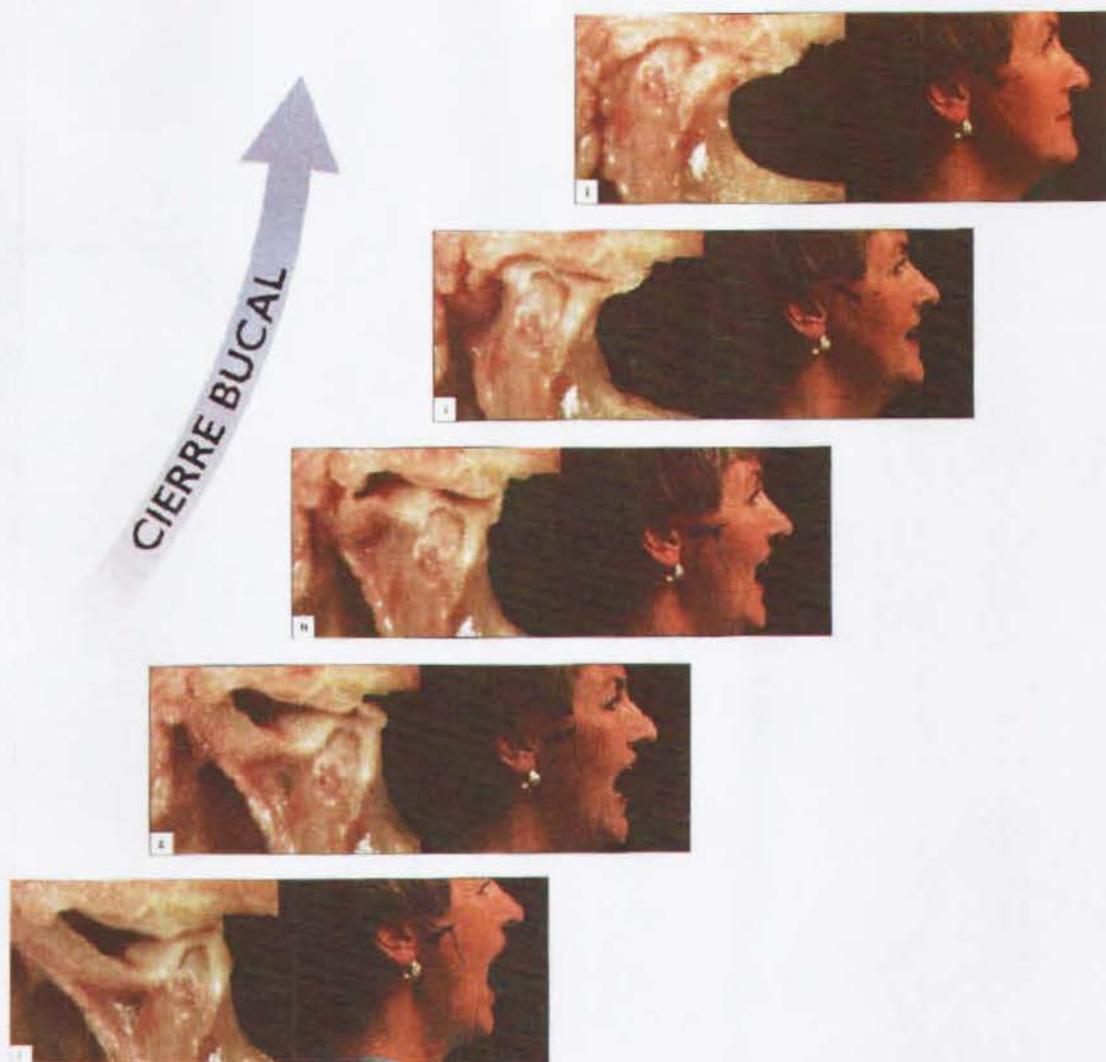
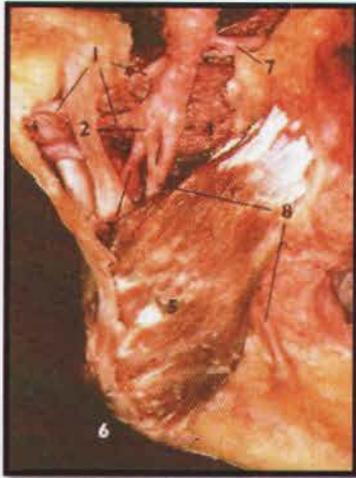


Fig. No 10: El movimiento del cóndilo al ser un indicador importante del estado funcional de la articulación ha sido exhaustivamente estudiado de varias maneras; normalmente el disco y el cóndilo se mueven con un complejo integrado, por eso un examen clínicamente válido del aparato Temporomandibular debería incluir los movimientos mandibulares.

Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.

SUBCAPITULO 1.3 INERVACION

Los nervios responsables de la inervación de la ATM son: el auriculotemporal, el masetero y los nervios temporales profundos y medios; estos derivan del nervio mandibular. El nervio auriculotemporal es sensitivo con contribución anatómica; tras dejar el nervio mandibular, justo al salir de la base craneal, éste se dirige hacia abajo y atrás por la superficie medial del músculo pterigoideo lateral y después se dirige lateralmente y cruza el reborde posterior de la mandíbula, en donde se divide en varias ramas. El nervio inerva la cápsula articular, la membrana timpánica, la superficie anterior de la cóclea, la piel que recubre el conducto auditivo externo, la parte superior de la oreja, el trago, la región temporal, la glándula parótida y el cuero cabelludo sobre la oreja. El nervio también contribuye en la inervación sensitiva de la piel de la parte posterior de la barbilla, siguiendo al nervio facial; también existen ramificaciones e interconexiones entre el nervio auriculotemporal y el auricular mayor, que inerva la piel sobre el ángulo de la mandíbula, así como la glándula parótida y su fascia. (1)(2)(3)



1. Nervio Auriculotemporal
2. Cuerda Del Tímpano
3. Nervio Alveolar Inferior
4. Músculo Pterigoideo Lateral
5. Músculo Pterigoideo Medial
6. Ángulo Mandibular
7. Nervio Masetero
8. Nervio Lingual

Fig. No. 11: Vista parcial de la anatomía del nervio mandibular.
Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.

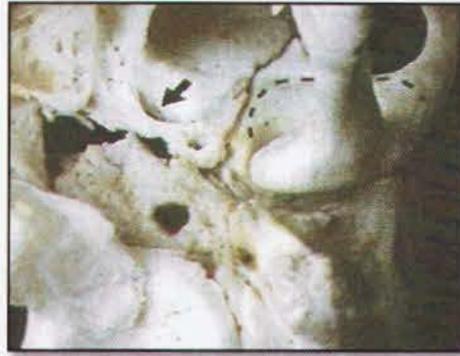


Fig. No. 12: Vista parcial de la anatomía del nervio mandibular.
Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.

CAPITULO 2. ETIOLOGIA DE LA DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR RELACIONADO A ENFEREDADES ARTICULARES SISTEMICAS.

La queja del paciente es un síntoma el cual nos va a ayudar a encontrar el diagnóstico.

Existe una clasificación etiológica que nos permite establecer los trastornos; según la Academia de Desórdenes Cráneo-Mandibulares los agentes causales pueden clasificarse en (2):

- Factores predisponentes
- Factores Patológicos
- Factores del Comportamiento
- Factores Perpetuantes

2.1 Los factores predisponentes

Que manifiestan en el paciente parafunciones en su estado de salud ya sean por discrepancias estructurales, desordenes fisiológicos, vasculares, neurológicos, metabólicos o nutricionales, todos estos son factores que conllevan a una predisposición de presentar trastornos Temporomandibulares(2).

2.2 Los factores patológicos

Incluye enfermedades sistémicas e infecciosas, neoplasias y desequilibrios ortopédicos (2).

2.3 Los factores del comportamiento

Responden a la personalidad del paciente y como este responde a estrés, el cual puede ser interpretado como hábitos nocivos, como bruxismo o apriete dentario (2).

2.4 Los factores perpetuantes

Que son los que se manifiestan primariamente por el ciclo de mioespamo-dolor-espasmo y que viene acompañado con cualquiera de los factores descritos anteriormente (2).

Como primer paso en la búsqueda de factores que pudieran ser los responsables del síndrome, hay que revisar las historias clínicas de nuestros pacientes, en los cuales pueden aparecer hechos interesantes; sobre todo en aquellos que tienen una apertura mandibular limitada por el dolor y que asocian el dolor con los siguientes síntomas (6):

- al despertar
- después de una apertura mandibular acelerada o amplia, tal como el bostezo.
- modificaciones dentales como sobreobturaciones, pérdida de dientes, prótesis.

Entonces los pacientes que presentan limitación en la apertura de la mandíbula es causa de un espasmo muscular y que esconde el chasquido pero al ser tratado con una miorelajación el chasquido se rebela (1)(6).

Las maloclusiones severas que se asocian a su relación con la unidad funcional cráneo-cervical, escápulo-humeral, y cintura pélvica, acompañados con dolores de cabeza, que llevan al paciente a consultas neurológicas, mientras que en realidad no son sino alteraciones de estructuras afectadas por proximidad, como puede ser el oído y la ATM, por su cercanía con estructuras como el cerebro o por compartir la misma inervación (1).

El papel colectivo de los receptores es percibir el dolor, la posición mandibular y los objetos entre los dientes; el dolor no se puede originar en las superficies articulares intactas, ya que los tejidos sometidos a carga, como las superficies articulares, el disco y el hueso compacto no poseen inervación. En las articulaciones con discos desplazados hay posibilidad de una estimulación dolorosa por presión debida a la interposición de la unión discal inervada entre el cóndilo y la eminencia articular (4)(6)(7).

Como describe Guzmán M. (1999), se denomina al dolor localizado en la región facial, en la ATM, en la zona posterior del cuello y a nivel craneal en el área: parietal, temporal de los senos frontales, de la base del occipital, el occipucio, la coronilla, o el Vértex. Estos trastornos pueden tener una causa local, facial o cervical, que dispara dolor referido una a la otra, o viceversa, retroalimentándose, ya que producen espasmo muscular, e inmovilidad lo que confunde su etiología.

CAPITULO 3. CLASIFICACION DE LAS ARTROPATIAS MÁS COMUNES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

De acuerdo a los estudios realizados a cientos de pacientes dependiendo de su enfermedad podemos realizar una clasificación correspondiente al profesor Dr. Jorge Learreta.

ARTRITIS BACTERIANAS:

1. Streptococo B Hemolítico
2. Stafilococo aureus
3. Tuberculosis
4. Gonocócica

ARTRITIS POR COLAGENOPATÍAS

1. Artritis Reumatoide
2. Artritis Crónica juvenil
3. Artritis Psoriásica
4. Lupus

ARTRITIS POR MICROCRISTALES

1. Cristales de Ac. Úrico (Gota)
2. Cristales de pirofosfato de calcio (Falsa Gota)
3. Cristales de Hidroxiapatita
4. Cristales de oxalato de calcio
5. Artritis Hemofílica

ARTRITIS DEGENERATIVA

1. Artrosis

Con esta clasificación podemos comparar y sacar mejores resultados tanto comparativos como analíticos para valorar el estado de avance y gravedad de la enfermedad que ataca al paciente, y el propósito de lograr tratamientos adecuados para ellos.

SUBCAPITULO 3.3 ARTRITIS REUMATOIDE

Es una enfermedad inflamatoria principalmente de las articulaciones diartrodiales, con manifestaciones sistémicas, de etiología desconocida, de naturaleza autoinmune y evolución crónica con curso y duración variables.



Fig. No. 13: Paciente del INFA con artritis reumática
Fuente: Luis Miguel Moncayo, INFA 2010

3.3.1 Epidemiología

No tiene predilección por raza alguna ni se relaciona con áreas geográficas o condiciones climáticas. Se estima que su prevalencia está entre 0.5 y 1.5% de la población general. Predomina en el sexo femenino (3:1) y su edad de inicio es 25-50 años. (1)

Ocurre en individuos de una misma familia con frecuencia discretamente mayor que en la población general. Se asocia con algunos marcadores

genéticos como son los productos génicos clase II del complejo principal de histocompatibilidad (DR, DP, DQ). (1)(7).

3.3.2 Etiopatogenia

Hace algo más de medio siglo que se ha intentado demostrar que un agente infeccioso bacteriano o viral es el causante de la artritis reumatoide. De los virus, el más estudiado ha sido el de Epstein-Barr (VEB) sin que exista certeza respecto a su participación (1)(2)(7).

La patogénesis de la artritis reumatoide reside en la identificación de dos procesos inmunológicos que ocurren simultáneamente (humoral y celular), y relacionados con el proceso inflamatorio con tendencia a la cronicidad y a la formación granulomatosa sinovial o pannus, así como la destrucción tisular. Estos hechos caracterizan la enfermedad (1)(2)(7).

La participación inmunitaria humoral se basa en evidencias como son: la elevación de las inmunoglobulinas en el suero la presencia de antiinmunoglobulinas (los factores reumatoides, autoanticuerpos presentes en el 80% de los pacientes de artritis reumatoide. las células plasmáticas de la sinovial afectada por la AR produce inmunoglobulinas y antiinmunoglobulinas. la reducción del complemento en el líquido sinovial y la presencia de complejos inmunes la reactividad celular contra ciertos tipos de colágena activación espontánea de linfocitos T del líquido sinovial in vitro (7).

La participación celular y tisular se identifica por la formación del pannus, la destrucción del cartílago articular, los ligamentos, tendones y estructuras óseas. El elemento más destructivo es el pannus (llamado también paño), tejido de granulación compuesto por fibroblastos proliferantes, vasos sanguíneos y varios tipos de células inflamatorias. La colágena y los proteoglicanos parecen alterarse en la región inmediatamente adyacente a las células mononucleares en la unión cartílago-pannus (1)(2)(7).

La participación de la superficie articular traduce erosiones óseas, deformidades articulares y los diversos grados de incapacidad funcional (7).

Los cambios patológicos descritos pueden conducir, a largo plazo, a adherencias y cicatrización de las superficies articulares y organización fibrosa que traduce anquilosis. Además, los trastornos anatómicos y funcionales articulares y regionales comprenden cápsula articular, ligamentos, tendones y estructuras similares comprometiendo así la función y favoreciendo el desarrollo de las deformidades tan características de la AR (7).

En la ATM puede manifestarse como dolor o incapacidad para la masticación y en ocasiones el dolor es tan intenso que se ve imposibilitado el cierre de la boca o existe apertura bucal limitada y su alteración se observaría en el 50% de los pacientes que sufren este tipo de artritis. Estas manifestaciones que suelen ser pasajeras al principio, se pueden establecer como dolor crónico y maloclusión en etapas avanzadas (1)(2).

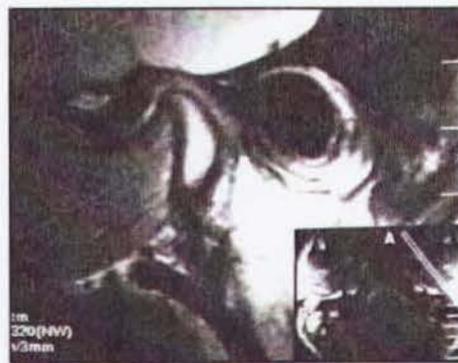


Fig. No. 14: RMN de una ATM con artritis reumática se observa el cóndilo desgastado.
Fuente: Sosa G. detección precoz de los desordenes temporomandibulares. Argentina: Editora Amolca; 2006



Fig. No. 15: RMN de una ATM con artritis reumática y adelgazamiento del disco.
Fuente: Sosa G. detección precoz de los desordenes temporomandibulares. Argentina: Editora Amolca; 2006

3.3.4 Manifestaciones clínicas y diagnóstico.

Es una enfermedad sistémica aunque las evidencias mayores son del sistema musculoesquelético (articulaciones y estructuras relacionadas). La AR es el prototipo de las enfermedades reumáticas articulares inflamatorias: es una poliartritis (polisinovitis) crónica generalmente simétrica, con cierta predilección (al menos inicial) por las interfalángicas proximales de las manos, las metacarpofalángicas, muñecas, rodillas y codos, aunque puede afectar cualquier articulación que posea sinovial. Con frecuencia hay pródromos imprecisos como fatigabilidad, anorexia, pérdida de peso y es habitual que la sintomatología articular siga un curso gradual progresivo aunque también puede iniciarse en forma aguda al menos en la quinta parte de los pacientes (en estos casos aparecen síntomas como fiebre y ataque al estado general) (7).

3.3.4.1 Manifestaciones articulares

El patrón de afección articular habitualmente es múltiple aunque puede ocurrir lo contrario, que la artritis sea oligoarticular y permanezca así durante meses e incluso años. Conforme la enfermedad progresa, sufren más articulaciones y las menos frecuentemente afectadas son las temporomandibulares, la columna cervical y las cricoaritenoides (7).

Un síntoma típico de la AR, aunque no patognomónico, es la rigidez articular subjetiva matutina, particularmente en las manos (pero puede referirse a cualquier segmento articular e incluso ser generalizada). El paciente refiere despertar con sensación de "rigidez" y dificultad para hacer movimientos (los de prensión, por ejemplo) y tal limitación desaparece espontáneamente. El curso de la afección articular es variable: monocíclico, que ocurre más en el sexo masculino, sin factor reumatoide en el suero y con pocas articulaciones afectadas. El curso policíclico es el más frecuente (70%) y puede ser intermitente (con exacerbaciones y remisiones; estas últimas a veces espontáneas) o bien continuo. La forma clínica progresiva es afortunadamente la menos común (10%) y se observa usualmente cuando el principio es notoriamente poliarticular. En las manos la inflamación de las interfalángicas proximales (IFP) da el aspecto fusiforme tan típico de la AR, las interfalángicas distales (IFD) permanecen indemnes siendo este un dato diferencial con la osteoartrosis. También bilateral y simétrica, es frecuente encontrar artritis metacarpofalángica. A medida que avanza la enfermedad, aparecen datos de atrofia muscular interósea y deformidades características de AR como con la desviación cubital de los dedos, los pulgares en gatillo y la hiperextensión de las IFP con flexión de las IFD (deformidad en cuello de cisne). Las muñecas se afectan en la mayoría de los pacientes y en la quinta parte puede desarrollarse el síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano por debajo del ligamento anular del carpo por hipertrofia sinovial local. En la AR no escapa articulación alguna aunque las afectadas con la mayor frecuencia son las rodillas, los codos, hombros y tobillos. Lo esencial para diagnosticar AR es el conjunto de datos clínicos. La citología hemática muestra anemia normocítica hipocrómica leve a moderada y paralela a la actividad de la enfermedad. No hay cambios típicos en los leucocitos excepto eosinofilia en AR con afección extraarticular. La velocidad de sedimentación (VSG) se encuentra elevada y es de utilidad para evaluar actividad (otro reactante de fase aguda es la proteína C

reactiva, positiva en la AR y con el mismo significado clínico de la VSG). El factor reumatoide es positivo en 70-80% de los casos pero no es específico de la AR. Otros estudios ofrecen datos de menos constancia y significado. Así por ejemplo, el estudio del líquido sinovial da información de un proceso inflamatorio que no es exclusivo de la AR aunque sí pudiera tener cierta utilidad como elementos para diferenciación. Los cambios radiográficos son la imagen de los cambios patológicos sinoviales primero y óseos después y comprenden: 1. inflamación de los tejidos blandos periarticulares y osteoporosis yuxtaarticular desde las etapas iniciales; 2, disminución del espacio articular, erosiones marginales y quistes subcondrales, 3. subluxaciones y 4. Anquilosis (7).

3.3.4.2 Manifestaciones extraarticulares

Existen diversas razones que indican que la AR es una enfermedad sistémica más que una enfermedad articular inflamatoria localizada; la frecuencia con que se observan síntomas generales como fatiga, febrícula, linfadenopatía y nódulos subcutáneos así lo sugieren. En ese sentido se emplea el término "enfermedad reumatoide" cuando existe afección no sólo articular sino de otros órganos tales como pulmones, ojos, nervios periféricos, vasos y corazón, además de alteraciones como anemia, leucocitosis, trombocitosis, presencia de reactantes de fase aguda e hiperreactividad inmunológica (aparición de anticuerpos como los factores reumatoides y los anticuerpos antinucleares). Las manifestaciones extraarticulares más comunes son: Los nódulos reumatoides, presentes en el 20% de los casos y que, en general se relacionan con la presencia de factor reumatoide positivo y artritis grave. Las manifestaciones hematológicas ya citadas. Las alteraciones pleuropulmonares como pleuritis con y sin derrame, fibrosis pulmonar intersticial difusa, la enfermedad pulmonar nodular, la neumoconiosis reumatoide o Síndrome de Caplan, la arteritis pulmonar y la enfermedad obstructiva de las vías

aéreas. La afección cardíaca en forma de pericarditis (en 30-40% de los casos de autopsia), la miocarditis (10-20%), lesiones valvulares y arteritis coronaria. En el área oftalmológica es bien conocida la queratoconjuntivitis sicca o síndrome de Sjögren, epiescleritis, escleritis, opacidad corneana periférica, diplopia por probable tendovaginitis del oblicuo superior (el raro síndrome de Brown). La mononeuritis múltiple con frecuencia se asocia con vasculitis reumatoide con cambios sensitivos y motores como son la flacidez de la mano o del pie (7).

Las lesiones vasculares inflamatorias pueden tener una amplia distribución en los pacientes con AR y de hecho las hay en la sinovial inflamada. Existe, sin embargo, una entidad clínica definida, la vasculitis reumatoide caracterizada por lesiones cutáneas, úlceras, polineuropatía, gangrena digital, isquemia visceral e incluso infarto intestinal (7).

SUBCAPITULO 3.2 ARTRITIS CRONICA JUVENIL

La artritis crónica juvenil, también denominada artritis reumatoidea juvenil o enfermedad de Still (en su forma sistémica), es una enfermedad crónica del tejido conectivo que produce alteraciones importantes en las articulaciones temporomandibulares (8).

Se sospecha una etiología multifactorial, como en la mayoría de los procesos autoinmunes, estando implicados tanto factores de predisposición genética como desencadenantes ambientales (posiblemente de tipo infeccioso). Según la OMS, los criterios para diagnosticar esta enfermedad son (8):

- Edad menor de 16 años.
- Manifestaciones articulares inflamatorias que persisten como mínimo 3 meses.

La enfermedad, como ya se ha dicho, puede tener un comienzo sistémico, o bien presentar manifestaciones articulares. En este último caso, se habla de comienzo poliarticular (cuando se afectan más de cuatro articulaciones) o de comienzo oligoarticular (cuando se afectan 4 articulaciones o menos) (8).

El estudio citado se realizó sobre 42 mujeres con artritis crónica juvenil oligoarticular o poliarticular, con un promedio de duración de la enfermedad de 25,8 años. Los resultados se comparaban con un grupo control (7).

Un 66,7% de las pacientes presentaban trastornos de la articulación temporomandibular, con una gravedad mayor cuando se estaba frente a una forma de

comienzo de la enfermedad oligoarticular. Las alteraciones temporomandibulares eran más frecuentes en el grupo de casos que en el de control, especialmente cuando se trataba de una enfermedad persistente (7).

La implicación de la ATM se correlacionaba de una manera directa con la duración de la enfermedad, y, de una manera indirecta, con el grado de apertura mandibular y de soporte oclusal (7).

La duración de la artritis crónica juvenil activa y la historia de dolor funcional se identificaron como factores predictivos de la implicación de la articulación temporomandibular (7).

Tras un seguimiento a largo plazo, la implicación de la articulación temporomandibular se halló con frecuencia en el grupo de pacientes del estudio, y se asoció a una larga duración de la enfermedad y al antecedente de dolor a la apertura de la boca (7).



Fig. No. 16: Rodilla de un infante que presenta artritis crónica juvenil.
Fuente: Infancia hoy, agencia de noticias y comunicación especializada, Marcela temes 2010

SUBCAPITULO 3.4 ARTRITIS PSORIASICA

La artritis psoriásica es una condición que causa dolor e inflamación en las articulaciones. El dolor articular causado por la artritis psoriásica está generalmente asociado con inflamación y enrojecimiento de las articulaciones, particularmente en las rodillas, tobillos y dedos de manos y pies. Algunos individuos con artritis psoriásica también tienen dolor de cuello y/o espalda y rigidez. Ello puede limitar el movimiento (9).

Las personas que desarrollan artritis psoriásica pueden presentar primero ya sea los síntomas de la piel o los de las articulaciones, pero más frecuentemente las manifestaciones cutáneas aparecen antes que el dolor articular. Ambos síntomas pueden mostrarse al mismo tiempo y pueden fluctuar con episodios de exacerbación. La artritis psoriásica tanto a hombres como a mujeres. Usualmente se desarrolla entre los 30 y 55 años de edad (9).



Fig. No. 17: Pie con una artritis Psoriásica muy avanzada
Fuente: podologia alicante.com

SUBCAPITULO 3.5 ARTRITIS POR MICROCRISTALES

LA GOTA

Se le atribuye este término por los depósitos de cristales de urato monosódico sobretodo en la cavidad articular pero también en otros tejidos. las manifestaciones clínicas indican episodios de artritis aguda, bursitis y tendinosinovitis, que suelen ser autolimitanes, en estadios agudos y recurrentes en si inicio, los depósitos de micocristales forman manifestaciones extraarticulares denominados tofos. Estos depósitos pueden producir daño articular estructural responsable de artritis deformante característica. Estos cristales pueden afectar el riñón, formando cálculos de Ac. Úrico. Los ataques agudos de pequeñas articulaciones no suelen acompañarse de primer ataque puede ser agudo, en ocasiones nocturno, y que dejado a su evolución natural, desaparezca en días o semanas. la inflamación articular suele ser intensa y las articulaciones afectadas se presentan muy dolorosas, pero hay casos de inicio con molestias solapadas, de duración prolongada e intensidad moderada (2).



Fig. No. 18: pie con artritis gotosa de una persona de adulta.

Fuente: /www.medspain.com/fotodehoy/artritis_gotosa

SUBCAPITULO 3.5 ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA

Es una enfermedad inflamatoria crónica y casi siempre progresiva. El lugar primario de la inflamación es la inserción de los ligamentos y las cápsulas en el hueso, a diferencia de la artritis reumatoide cuyo sitio primario era la sinovial. La enfermedad primariamente afecta las articulaciones sacro iliacas y la columna vertebral, aunque la afectación de articulaciones periféricas incluyendo la ATM, es común. La inflamación progresa con fibrosis y osificación y una limitación del movimiento articular (10).

Subsecuentemente, la columna vertebral toma una característica postura curvada. La ATM normalmente se afecta a varios años tras el comienzo de la enfermedad, que normalmente ocurre en la segunda o tercera décadas de la vida. La ATM puede ser la primera articulación periférica a ser involucrada. La severidad de la afectación de la articulación se relaciona con la severidad general de la enfermedad y la gravedad es mucho mayor en hombres que en mujeres (10).

Antes se creía que la espondilitis anquilopoyética era una enfermedad prevalentemente masculina, pero una reciente investigación epidemiológica indica una distribución casi igual entre ambos géneros. Existe una tendencia hereditaria de la enfermedad y una elevada prevalencia del antígeno HLA-B27. Las manifestaciones extraarticulares incluyen iritis o iridociclitis y síntomas cardíacos de insuficiencia aórtica o arritmias (10).



Fig. No. 19: Espondilitis anquilopoyética.

Fuente: Grupo espondilitis.eu pacientes y familiares con enfermedades crónicas reumáticas. Valencia (España)

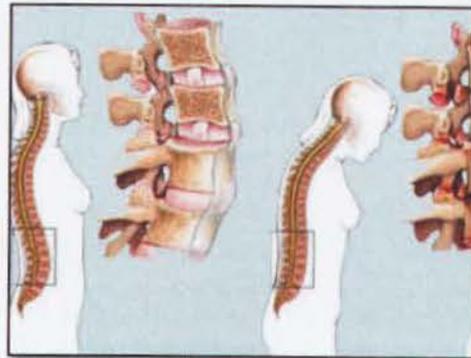


Fig. No. 20: Columna vertebral normal y una con espondilitis anquilopoyética.

Fuente: Grupo espondilitis.eu pacientes y familiares con enfermedades crónicas reumáticas. Valencia (España)

SUBCAPITULO 3.6 OSTEOARTRITIS

En la literatura se observa que se han discutido ampliamente los trastornos de la articulación temporomandibular que son capaces de producir dolor y disfunción del sistema masticatorio, no obstante, existe una gran diversidad de opiniones en cuanto a diagnóstico clínico, etiología y métodos de tratamiento para los problemas de A.T.M. A esto no podía escapar la definición de lo que constituye la enfermedad en sí, unido además a que existen muchos términos empleados como sinónimos para hacer referencia a una entidad específica. (11).

La osteoartritis es una de las enfermedades de más antiguo conocimiento como lo demuestra la rica sinonimia que se encuentra esparcida en toda la literatura médica. En general y para aunar criterios terminológicos, de ahora en adelante nos referiremos a la osteoartritis como una enfermedad degenerativa de la articulación, caracterizada por cambios estructurales en el cartilago articular y en el hueso subyacente, acompañado por un proceso inflamatorio secundario; de progresión lenta con períodos de exacerbación y de remisión (11).

Así pues, resumiendo, podemos encontrar en la literatura una serie de sinónimos utilizados por los autores para hacer referencia a una condición degenerativa de la articulación, entre los cuales se encuentran: osteoartritis, osteoartrosis, artrosis, artrosis deformante, enfermedad articular degenerativa, artropatía de la A.T.M., artritis, artritis degenerativa, artritis deformante y artritis hipertrófica (11).



Fig. No. 21: gráfica computarizada de una osteoartritis.
Fuente: podologia alicante.com



Fig. No. 22 y 23: Radiografía de un paciente del INFA que afecta sus articulaciones de codo y rodilla.
Fuente: INFA.

3.6.1 Generalidades de la osteoartritis

La osteoartritis es la enfermedad más común que afecta al sistema musculoesquelético humano. Además es una enfermedad de antiguo conocimiento, se ha encontrado en restos fósiles de animales prehistóricos y en humanos como huesos del Neanderthal y en momias egipcias. Debido al dolor e incapacidad que producen en los pacientes con este tipo de trastorno, es la causa principal de ausentismo laboral en el mundo. De allí que gran número de autores se han dedicado al estudio de la epidemiología, etiopatogénesis, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. (11).

La osteoartritis se caracteriza por ser dinámica, pero de progresión lenta, donde ocurre un proceso degenerativo que afecta principalmente al cartílago articular, sin embargo, este trastorno involucra la articulación completa, incluyendo hueso, cápsula, ligamentos y membrana sinovial. (11).

Para estudiar la osteoartritis y desarrollar una terapia más racional, es importante conocer los diferentes patrones clínicos que ocurren en pacientes que sufren la enfermedad. Históricamente, la osteoartritis se ha clasificado en dos tipos, primaria y secundaria, dependiendo si se conocen o no los factores etiopatogénicos. En la osteoartritis secundaria una o más causas se pueden identificar, mientras que en la osteoartritis primaria no hay una etiología obvia. Muchas de las manifestaciones clínicas y de la histopatología son las mismas en ambos tipos, sugiriendo esto, que la condición es la vía final común de un número de procesos diferentes. (11).

Algunas de las muchas enfermedades que pueden conducir a una falla en la articulación sinovial son condiciones genéticas, traumáticas, metabólicas, endocrinológicas e inflamatorias que pueden predisponer la aparición de la osteoartritis. Muchos de estos trastornos alteran la integridad del tejido articular o pueden cargar excesiva o anormalmente la articulación. Por otro lado, la combinación de varios factores etiológicos diferentes pueden interactuar para dar origen a la enfermedad o una tendencia general a

desarrollar la osteoartritis puede incrementar el impacto de otro factor etiológico local. (11).

En relación a la epidemiología se ha dicho que la osteoartritis es una enfermedad que se puede observar en todas las razas y sin preferencia geográfica. La edad es el patrón más determinante, la prevalencia incrementa con la edad en ambos sexos, parece alcanzar la cúspide en la cuarta y quinta década, aunque es más frecuente en personas después de los 50 años; es a partir de los 55 años que se encuentran signos degenerativos en el 80% de la población, aunque entre los 15 y 24 años se ha encontrado un 10% de alteraciones radiológicas. Por otro lado, la osteoartritis puede ser detectada en adolescentes y en pacientes entre 20 y 30 años de edad. Se ha sugerido una relación entre la osteoartritis y el proceso normal de envejecimiento, al considerar la osteoartritis como parte de dicho proceso, no obstante, existen estudios bioquímicos que diferencian los cambios en el cartílago "envejecido" de aquellos cambios presentes en el cartílago osteoartrítico. (11).

Los cambios radiológicos indican que no hay predilección por sexo, se observa una ligera preponderancia en la mujer antes de los 50 años de edad, pero después de dicha edad la incidencia sexual es aproximadamente la misma; en relación a los casos más severos, nódulos de Heberden y Bouchard, son ligeramente más frecuentes en la mujer a partir de los 45 años. Existe mayor tendencia a encontrarse osteoartritis en personas de raza blanca y se cree que hay una predisposición genética no comprobada, sólo se ha demostrado un gen autosómico dominante en los nódulos de Heberden. Un gen único, dominante en mujeres y recesivo en hombres parece estar involucrado en la herencia. (11).

También se han asociado a la osteoartritis condiciones metabólicas (obesidad, hipertensión, hiperuricemia, diabetes), traumatismos y factores ocupacionales. Se ha sugerido que los procesos de uso y desgaste desempeñan un papel importante en el inicio de la degeneración del cartílago

articular y que igualmente la osteoartritis puede desarrollarse en una sola articulación o en varias de ellas. (11).

Tal como se mencionó, en cualquier articulación del organismo se puede presentar la osteoartritis, entre ellas en la articulación temporomandibular. De acuerdo a Mohl, las lesiones osteoartíticas se observan más frecuentemente en la porción lateral de la A.T.M.; esto puede incluir perforación del disco articular localizado en la parte lateral de la banda delgada intermedia, todo esto pareciera que se deben a las grandes cargas a las que está sujeta esa área de la A.T.M. (11).

Se ha descrito una incidencia de cambios osteoartíticos de la A.T.M. en 50% de las personas menores de 40 años y 60% en las personas comprendidas entre los 40 y los 49 años, aunque la incidencia en la A.T.M. tiende a incrementar con la edad. Irby et al., han encontrado clínicamente, un número significativo de personas jóvenes sufriendo osteoartritis de la A.T.M. exclusivamente y además estiman que cerca de un tercio de los casos de osteoartritis de la A.T.M. tienen lugar por debajo de los 40 años de edad. En relación al sexo, reportaron una predilección por el sexo femenino en una proporción de 6 a 1 con respecto al sexo masculino. (11).

En conclusión, la osteoartritis es la enfermedad más común que afecta al sistema musculoesquelético. Se caracteriza por ser un proceso dinámico, donde ocurren alteraciones degenerativas en la articulación completa, las cuales comprenden cambios estructurales a nivel del cartílago articular y del hueso subcondral, acompañadas por una inflamación articular secundaria. La osteoartritis se puede presentar en cualquier articulación del organismo, entre ellas la articulación temporomandibular, inclusive, se ha descrito una incidencia alta de cambios osteoartíticos en dicha articulación. (11).

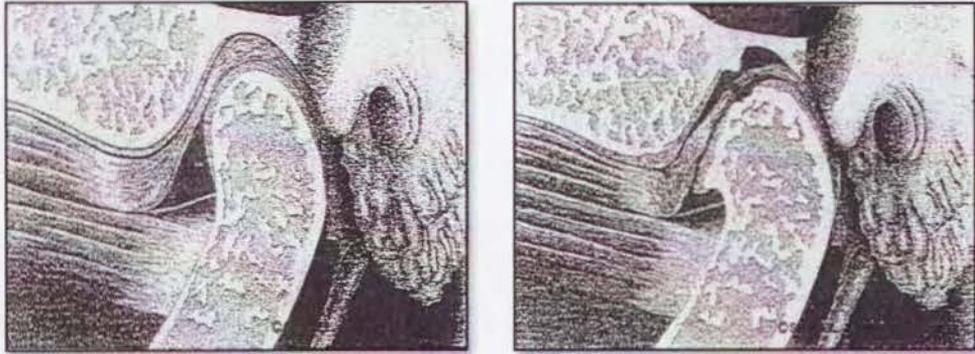


Fig. No. 24 y 25: en la fig. 24 se observa una articulación sana por el contrario en la fig. 25 se observa una degeneración de la misma.

Fuente: Sosa G. detección precoz de los desordenes temporomandibulares. Argentina: Editora Amolca, 2006

CAPITULO 4. DIAGNOSTICO DE LA DISFUNCION **TEMPOROMANDIBULAR**

El diagnóstico inadecuado es frecuente y la principal causa de fracaso del tratamiento. Cuanto más preciso sea el diagnóstico, menos complejo y mas predecible será el tratamiento.

El síndrome de disfunción de la ATM con o sin desarreglos internos tiene un denominador común que provoca que los pacientes vayan a ver al dentista y/o a su médico general. Este denominador es el dolor. El dolor en la región facial craneal se expresa en forma de cefaleas, dolor facial, dolor mandibular con o sin disfunción masticatoria, etc. Estos dolores son difíciles de tratar debido a las complejidades de las articulaciones craneovertebrales relacionadas y los tejidos blandos. Otros síntomas de importancia frecuentemente referidos por los pacientes son la falta de apertura oral funcional, síntomas otológicos (tales como tinnitus, hipoacusia o hiperacusia), mareos, y /o disconfort cervical y/o de la zona escauplar. Para realizar el diagnóstico se toman muchos parámetros que vienen a ser protocolos de estudios verdaderamente exigentes e importantes; con el propósito de llegar a un resultado exacto y que nos va a decir cómo vamos a tratar a esa persona. La dificultad principal para nosotros, es que cada persona que llega a nuestra consulta tiene síntomas y signos diferentes que nos pueden hacer confundir pero con una buena preparación y estudios metódicamente realizados podemos lograr un éxito asegurado.

SUBCAPITULO 4.1 HISTORIA CLINICA

Junto con la exploración, la historia clínica debe de efectuarse de forma sistemática, tenemos que tener en cuenta muchos factores sin obviar cualquier hallazgo que nos llame la atención por más pequeño que sea. Para empezar se deben de abordar unos ítems, que podrían ser:

1. Síntoma principal por el que acude el paciente: chasquidos, crepitación, dolor, limitación de la apertura oral.
2. Síntomas uni o bilaterales.
3. Nivel de dolor, según VAS. Localización, duración, evolución.
4. Hábitos parafuncionales;
5. Accidentes y traumatismos cráneo-cérvico-faciales; infecciones.
6. Alteraciones del sueño. Factores posturales.
7. Antecedentes de aperturas prolongadas.
8. Episodios de bloqueo o luxación mandibular.
9. Cefaleas, dolor cervical o dolor de dientes.
10. Cambios recientes en la oclusión.

Con la historia clínica realizada, obtenemos muchos datos que son como rompe cabezas y que al armarlo, podremos entender un poco lo que está pasando en el interior de nuestro paciente.

SUBCAPITULO 4.2 EXPLORACIÓN

Junto con la historia clínica, la exploración es una parte muy importante en nuestra búsqueda de un signo, el cual puede aparecer con una simple palpación o bien con estar bien escondido y no poder ubicarlo.

La exploración se divide en tres categorías:

4.2.1 Exploración extraoral:

Valorar simetría facial.

La palpación puede evaluar la presencia de:

- Tumefacción, inflamación.
- Chasquidos o crepitación.
- Desplazamiento condilar.
- Artritis.
- Quistes.
- Tumores.
- Dolor de origen articular, que evidenciará: desplazamiento meniscal, degeneración de la superficie articular o lesiones óseas.

Causas de ruidos articulares: desplazamiento meniscal, subluxación condilar, hipermovilidad, alteraciones de forma o relieve de las superficies articulares, cuerpos libres intraarticulares, bridas o adherencias intracapsulares. La crepitación normalmente se asocia con artropatía degenerativa. (14)

4.2.2 Exploración intraoral:

Máxima apertura oral (MAO) indolora (normal: 35-44 mm). Laterodesviaciones (N: 5-10 mm). Protrusión (N: 5-10 mm). Desviación de la línea media con la MAO y protrusión (15).

Tejidos blandos; línea alba y borde lateral de lengua, lesiones intraorales. Oclusión, guía canina, incisal..., interferencias oclusales, caries, ausencia de dientes, dientes incluidos. Estado de prótesis y restauraciones (15).

4.2.3 Exploración neuromuscular:

Pares craneales, ojos, oído.

Musculatura masticadora y cervical, valorar si hay dolor directo o reflejado.

Presencia de contracturas, puntos gatillo, bloqueos anestésicos. Columna cervical (18).

SUBCAPITULO 4.3 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La información que obtengamos de las pruebas de imagen debe contribuir al diagnóstico e influir en la elección del tratamiento.

Las indicaciones son: distinguir artropatías primarias de trastornos funcionales. Identificar cambios adaptativos. Describir la interrelación menisco-condilar.

Respecto a la disfunción temporomandibular: casi todos los problemas funcionales articulares pueden ser diagnosticados clínicamente; si hay síntomas articulares y las pruebas lo confirman, éstas pueden no influenciar en el tratamiento; si las imágenes muestran cambios de la normalidad pero no hay síntomas, no es preciso tratarlos.

4.3.1 Radiología convencional:

Las técnicas realizadas para este tipo de radiografías no requieren de aparatos muy sofisticados, pero que igual nos brindan una buena información para el diagnóstico clínico.

4.3.1.1 Radiografía panorámica

Constituye la única prueba necesaria para muchos pacientes. Evidencia cambios degenerativos avanzados del cóndilo y lesiones como quistes, tumores, osteomielitis y trastornos del desarrollo. Puede identificar fracturas y luxaciones. (12)

Es de elección para:

- Confirmar posibles cambios óseos degenerativos.
- Diagnóstico de patologías no sospechadas.

- Estudiar procesos patológicos.
- Evaluar efectividad del tratamiento

4.3.1.2. Tomografía convencional

Puede evaluar todas las zonas de la articulación. Aunque histológicamente las lesiones son más frecuentes en la porción temporal, la lesión radiológica se diagnostica con más frecuencia en el cóndilo. (12)

4.3.1.3. TAC

Se utiliza para el diagnóstico de fracturas, anquilosis y tumores, así como valoración de cuadros degenerativos óseos. Puede detectar la remodelación de superficies articulares, con excelentes detalles óseos. (12)

4.3.1.4. TAC-3D

Es útil para cualquier enfermedad que curse con hipoplasia articular o mandibular, para valorar la reconstrucción quirúrgica, vectores de distracción o tamaño del injerto. También se utiliza en fracturas de cóndilo. (12)

4.3.1.5. Resonancia magnética (RMN)

Es la técnica de elección para valorar la disfunción de ATM. También está indicada para la evaluación de lesiones tumorales y pseudotumorales desarrolladas a partir de tejidos blandos. (12)

Evaluación de las imágenes de RMN:

- Desplazamiento discal, tanto en boca abierta como cerrada.
- Reducción discal.
- Morfología de la parte posterior.
- Adaptación o fibrosis de la zona bilaminar.
- Desplazamiento del cóndilo.
- Presencia de exudado.
- Deformidades en fosa-cóndilo;

4.3.2. Gammagrafía con Tc99

Muy sensible para el diagnóstico de hiperplasia condilar, trastornos inflamatorios, artritis, y metástasis óseas, aunque no es específica. Puede definir mejor la extensión de la enfermedad que otras técnicas. (12)

4.3.3. SPECT (single photon emission computed tomography)

Puede ser útil para descartar enfermedad ósea, investigar la presencia de patología uni o bilateral, estadiaje de procesos patológicos, control de procesos reparativos y dolor de origen desconocido. (12).

4.3.4. Artrografía

Valorar el componente no óseo de la ATM. Puede evidenciar perforaciones meniscales. Muy poco utilizada. (12).

4.3.5. Artroscopia diagnóstica, exploradora. Biopsia

Es un procedimiento mínimamente invasivo que permite la visualización de cambios patológicos que con el TAC o la RMN no podían ser detectados: sinovitis, adherencias, perforación meniscal, alteraciones de la superficie articular, cuerpos libres articulares, roofing, elongación del ligamento posterior, así como estadiar cada caso y plantearse el análisis del líquido sinovial, así como la toma de muestras tisulares, que de otra manera debería efectuarse mediante abordaje abierto (12).

SUBCAPITULO 4.4 ESTADIOS DE WILKES-BRONSTEIN.

Correlaciona los hallazgos clínicos y radiológicos con los hallazgos artroscópicos.

4.4.1 Estadio I. Inicial:

Clic recíproco, indoloro. RMN: desplazamiento discal, con reducción.

Artroscopia: Roofing del 80% en boca cerrada y del 100% en boca abierta.

Elongación incipiente de la zona bilaminar. Sinovial y resto normal. (19)

4.4.2 Estadio II:

Inicial-intermedio. Chasquido más intenso y tardío en la apertura. Bloqueos y algias ocasionales. RMN: desplazamiento con reducción, engrosamiento de la banda posterior. Artroscopia: Roofing del 50% en boca cerrada y del 100% en boca abierta. Elongación de la zona bilaminar. Sinovitis adhesiva. (19)

4.4.3 Estadio III:

Intermedio. Mayor nº de episodios de bloqueo. Dolor más intenso y frecuente.

RMN: deformidad articular evidente. Artroscopia: Roofing del 5% en boca cerrada y del 15% en boca abierta. Elongación importante de la zona bilaminar.

Condromalacia de grados I, II ó III. Adherencias visibles. Sinovitis prominente.

- Estadio IV: Intermedio-avanzado. Dolor crónico, variable. Cefaleas. Limitación del movimiento en fases irregulares. RMN y TAC: evidencia de cambios óseos leves moderados. (19)

Artroscopia: Hialinización o metaplasia de la banda posterior.

Condromalacia de grados III-IV.

4.4.4 Estadio V:

Avanzado. Empeoramiento progresivo de la función. Crepitantes articulares.

RMN: gran deformidad anatómica del disco. TAC: signos degenerativos, esclerosis subcondral, geodas, osteofitos. Artroscopia: Fibrilación o perforación meniscal. (19)

Condromalacia grado IV. Adherencias fibrosas generalizadas y pseudowalls. Sinovitis avanzada. (19)

Las pruebas de laboratorio son necesarias si se sospecha un trastorno metabólico o autoinmune. (19)

SUBCAPITULO 4.5 INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

La articulación temporomandibular (ATM) le permite actividades como: abrir y cerrar la boca, masticar, hablar, tragar los alimentos, etc.

Los trastornos más frecuentes de la ATM suelen ser de 3 tipos:

1. Inflamatorios, como la artritis.
- 2.- Disfunción articular, el menisco, una almohadilla que se coloca normalmente entre la mandíbula y el cráneo, se halla desplazado.
- 3.- Dolor muscular, como el dolor miofascial, que afecta la movilidad de la mandíbula, así como también puede localizarse en el cuello y los hombros.

Los síntomas de un problema articular suelen producir dolor en la mandíbula y en los músculos vecinos, limitando la expresividad facial, el habla, la masticación y deglución. También puede producir dolor en otras partes de la cara, cefaleas, en el oído, así como a nivel del cuello, hombros o espalda. Episodios de bloqueo, incapacidad de abrir o cerrar la boca. Limitación o molestias al intentar una apertura bucal normal. Ruidos en la articulación. Cambios en la forma de morder. Todavía no se conocen bien las causas que producen las alteraciones de la articulación, pudiendo ser el resultado de una combinación de múltiples factores. En ocasiones se desencadenan tras realizar algunos procedimientos dentales, u operaciones con anestesia general. (18)

Otras veces tras sufrir traumatismos. Hábitos como masticar chicle, rechinar los dientes o apretarlos con fuerza pueden estar asociados. Tocar ciertos instrumentos

de música, como el violín, o posiciones forzadas en el puesto de trabajo, pueden asimismo estar implicados.

Enfermedades como la artritis y artrosis, conocidas por afectar a otras articulaciones del organismo, también pueden afectar a la articulación de la mandíbula. (12)

Su médico tomará nota de las molestias que refiera, realizará una historia clínica y puede que solicite alguna prueba complementaria: radiografías, resonancia, etc. Inicialmente se deben descartar una serie de enfermedades como causantes de sus síntomas. Una vez comprobado esto, se le explicará la naturaleza de su trastorno y si puede ser conveniente algún tipo de tratamiento. (12)

Se sabe que muchas personas con alteraciones de la ATM no necesitan ningún tratamiento.

Frecuentemente hay ciertas instrucciones que serán útiles, como: evitar aperturas bucales excesivas, no tomar alimentos duros ni excesivamente grandes, realizar regularmente ejercicios con la mandíbula, aplicar frío o calor en la zona, efectuar ejercicios de relajación o tomar analgésicos de forma controlada.

Se le pueden proponer ciertos tratamientos, como el uso de una férula de relajación, que puede aliviar el dolor de la articulación o de los músculos.

Hay otros tratamientos, como la artrocentesis, artroscopia o el abordaje abierto de la articulación, que su médico considerará si le pueden ser de utilidad.

CAPITULO 5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR

En el diagnóstico de los desordenes Temporomandibulares saber cuál es la causa principal que lo afecta, ya sea a nivel muscular, el cual es el primer síntoma de alteración, a nivel condilar, donde la morfología de estos a veces implica que la función se vea comprometida, o simplemente una reducción de disco que es el que produce los chasquidos o clics, que por ser una molestia pequeña en realidad es algo grande en nuestro cuerpo y que a la larga origina muchos trastornos.

Podemos confundirnos en todo lo que se refiere a disfunción temporomandibular sino tenemos una base de lo que queremos identificar, porque en una enfermedad que se ha tenido durante años o que recién está apareciendo, nos puede hacer perder el hilo de nuestra investigación. La idea principal que debemos tener en cuenta en nuestra mente es que toda enfermedad tiene un diagnóstico diferencial, ósea que puede no ser solamente lo que estamos escribiendo en nuestro informe, sino que hay que considerar muchos factores, que fuimos escribiendo en nuestra historia clínica, por eso es importante entender la evolución de la enfermedad para ofrecer un buen diagnóstico.

SUBCAPITULO 5.1 REUMATISMO

Desde este punto vamos a ir investigando cual es la relación existente de la enfermedad articular con las disfunciones del Aparato Temporomandibular, en primera instancia mencionar cuales son los factores etiológicos ya que de una artritis conlleva a su proceso degenerativo que es la artrosis, ya que estas son enfermedades autoinmunes y de etiología multifactorial. (2)

“Presman J. (1982), define etimológicamente la palabra reuma= fluxión o inflamación, y reumatismo: es la afección del tejido conjuntivo que afecta el sistema osteoarticular (la locomoción), con dolor y rigidez”. (2)

Continuando con el mismo autor, el reumatismo puede ser definido como el conjunto de procesos mórbidos que afectan al tejido conjuntivo, cuya etiología puede o no ser conocida, como así mismo su fisiopatogénia pero que tienen en común afectar las articulaciones o los músculos, que se acompañan de dolor y rigidez, que pueden afectar además a cualquier territorio del organismo y cuya anatomía patológica puede ser: inflamatoria, degenerativa o tumoral. (2)

Como primer factor etiológico, la genética, ya que tiene un predisposición a la agregación familiar, con mayor inclinación por el género femenino. Como segundo factor al sistema inmune ya que la mayoría de las enfermedades reumáticas responden a este sistema. La inmunidad es la respuesta contra algo que no pertenece a nuestro cuerpo, denominado antígeno. (2)

El antígeno provoca una respuesta inmunológica que se expresa como una reacción inflamatoria, que activa en el medio sinovial numerosos procesos que perpetúan la inflamación como son: los sistemas de complemento, de cininas, de coagulación, y de fibrinólisis. Los mediadores de la inflamación estimulan las células sinoviales, las cuales proliferan y en las capas profundas activan los fibroblastos para producir más tejido conjuntivo. Así mismo se estimula la proliferación vascular. El hueso yuxtaarticular se reabsorbe por acción de los osteoclastos activados por las prostaglandinas o por producto soluble de las células mononucleadas. Los polimorfonucleares atraídos por factores quimiotácticos liberados en el proceso de activación del complemento, por las linfoquinas de las células T y por el leucotrieno B₄, atraviesan el endotelio y emigran hacia el líquido sinovial, donde fagocitan los complejos inmunes y se autodestruyen. Con ello se liberan enzimas que perpetúan la respuesta inflamatoria, las prostaglandinas tienen una gran influencia en el proceso inflamatorio. Los antígenos pueden ser autoantígeno o antígenos exógenos como bacterias o virus. Como tercer factor etiológico tenemos a los factores degenerativos que tienen mucha relación con las articulaciones afectadas y que pueden tener un factor genético primario, y el cuarto factor etiológico tenemos a los tumores óseos primarios o metastáticos o yuxtaarticulares, el mieloma múltiple y los tumores benignos del tejido articular. (2)

Presman J. (1982), como bien lo expresó en su último libro (El Acto Médico Odonto Estomatológico) el odontólogo no debe preocuparse solamente en la poliartritis crónica deformante o artritis reumatoide o la artrosis dentro de los procesos reumáticos degenerativos por ser la más frecuente afecta la ATM, sino debe también conocer los otros procesos mórbidos reumáticos, porque algunos desequilibrios oclusales pueden agravar su evolución ante la presencia de las mismas. (2)

Por eso se ha tratado de recopilar todos los datos posibles que puedan llevar a una DTM y que por vecindad provocarán dolor referido. Lo que confunde al Odontólogo en su diagnóstico, si no se tiene un concepto global sobre el paciente como una entidad ya que los problemas que tiene solo lo están afectando a él. Y siempre tener en cuenta sobre nuestra limitación como odontólogos, ya que nuestros actos le pueden costar la vida a nuestros pacientes o salvarla. (2)

SUBCAPITULO 5.2 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES

Los trastornos temporomandibulares pueden clasificarse en categorías específicas de causa-efecto. Las terminologías pobres, como «síndrome de disfunción por dolor miofacial» o «síndrome de ATM», han conducido erróneamente a números cénicos a tratamientos simplistas, por la creencia de que el dolor o la disfunción de la región de la articulación temporomandibular (ATM) forma parte de un grupo amplio e inespecífico de síntomas. Si el clínico cree que una apertura limitada con clics o la sensibilidad en la articulación responden a un síndrome causado por el estrés psicológico, probablemente tratará el grupo de síntomas aconsejando o prescribiendo fármacos. Si cree que los síntomas forman parte de un síndrome causado por la maloclusión, utilizará de forma rutinaria planos de oclusión o ajustes oclusales empíricamente. Sin embargo, si se utilizan métodos diagnósticos adecuados, cada signo o síntoma específico debe evaluarse y relacionarse con una causa antes de iniciar el tratamiento. Una mejor clasificación de los trastornos temporomandibulares ha hecho que el diagnóstico diferencial se convierta en un proceso más lógico. Estos trastornos pueden agruparse en tres amplias categorías, y cada una de estas puede estudiarse en detalle. (14)(15)((16)

A groso modo, los trastornos temporomandibulares pueden clasificarse en:

1. Trastornos de los músculos masticatorios,
2. Problemas intraarticulares.

3. Condiciones que simulan trastornos temporomandibulares.

Es importante considerar estas tres categorías al evaluar cualquier trastorno temporomandibular, porque pueden aparecer combinados dos o los tres problemas, como de hecho ocurre. Además, un tipo de patología puede causar o ser causada por diferentes tipos de problemas. Como ejemplo, una lesión del disco se acompaña, prácticamente siempre, de espasmo de los músculos masticatorios. Debe determinarse si es el espasmo muscular el causante de la lesión del disco o a la inversa. (16)

En la ADA President's Conference sobre trastornos temporomandibulares (1982) se sugirió una serie de directrices para su clasificación, basadas en la de Weldon Bell. La utilización de esta clasificación facilita la capacidad diagnóstica así como la comunicación dentro de la profesión. A partir de estas directrices, se ha recopilado las siguientes nociones generales con modificaciones mínimas: (3)

•Trastornos de los músculos masticatorios:

1. Bloqueo muscular protector.
2. Hiperactividad muscular o espasmo.
3. Miositis (inflamación muscular)

•Problemas relacionados con un trastorno de la articulación temporomandibular:

1. Incoordinación
2. Clics
3. Trastorno parcial en el disco
4. Desplazamiento anterior del disco con reducción (clics)
5. Desplazamiento anterior del disco sin reducción (Bloqueo)

•Problemas resultantes de traumatismos externos:

1. Artritis traumática
2. Luxación
3. Fractura
4. Trastornos del disco
5. Miositis

6. Miospasma
 7. Tendinitis
- Enfermedad articular degenerativa:
 1. Artrosis (fase no inflamatoria)
 2. Osteoartritis (fase inflamatoria)
 - Trastornos inflamatorios articulares:
 1. Artritis reumatoide
 2. Artritis infecciosa
 3. Artritis metabólica
 - Hipomotilidad mandibular crónica:
 1. Anquilosis (fibrosa u ósea)
 2. Fibrosis de la cápsula articular.
 3. Contractura de los músculos elevadores (miostática o miofibrótica)
 4. Trastornos interno del disco (bloqueo)
 - Trastornos del crecimiento de la articulación:
 1. Trastornos del desarrollo
 2. Trastornos adquiridos
 3. Trastornos neoplásicos.

SUBCAPITULO 5.3 BLOQUEO CON ANESTÉSICO LOCAL

El conocimiento de la anatomía es tan relevante que en muchos libros podemos relacionar las vías de acceso para anestesiar un nervio, el cual sin el conocimiento oportuno, no podríamos realizar esta operación, de la manera que para establecer un diagnóstico diferencial podríamos anestesiar el nervio auriculotemporal el cual inerva la mayor parte de la ATM y que por estar muy comprometido en un sector oculto por así decirlo, es de vital importancia explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar.

Una vez anestesiado el nervio auriculotemporal vamos a identificar lo siguiente:

- a) Si el dolor es de origen artrógeno, la molestia se va a eliminar.
- b) Si el origen es referido o miógeno, el dolor no se va a eliminar.

Con el tiempo este procedimiento se vuelve sencillo pero siempre hay que ser los más cuidadoso posible ya que cualquier iatrogenia del nervio podría llevar a una parálisis hemifacial parcial o temporal.

La aguja de la inyección debe estar ligeramente orientada desde detrás hacia adelante del cuello del cóndilo, que es por donde transcurre el tronco del nervio auriculotemporal; se debe sentir la aguja chocar contra el cuello del cóndilo, se le pide al paciente que abra y cierre la boca con pequeños movimientos, el objetivo es bloquear la periferia de la ATM, a continuación la anestesia se inyecta por delante de la cápsula.

Es importante informar al paciente que a veces se anestesia otras zonas ya que por ahí transcurren otros nervios y que no hay que preocuparse.



Fig. No. 25 y 26: técnica de anestesia diagnosticar posible dolor articular o muscular
Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.

SUBCAPITULO 5.4 DOLOR INFLAMATORIO

El polipéptido sustancia P es un transmisor activador existente en algunas neuronas primarias, y está involucrado en la transmisión del dolor. Los efectos mecánicos, térmicos o químicos pueden activar directamente las terminaciones del nervio. (1)

Se ha sugerido que la sustancia P tiene un papel en las reacciones inflamatorias agudas y crónicas; se ha demostrado que las articulaciones artríticas están densamente inervadas por fibras que contienen sustancia P lo que acentúa considerablemente la reacción inflamatoria. Por esta razón, se piensa que el grado de inflamación está directamente relacionado con la densidad de la inervación de fibras que contienen la sustancia P. (1)

Un daño del tejido intraarticular, asociado con el desplazamiento discal, puede provocar dolor local de la ATM. Y aún más, tal reacción del tejido de la unión del disco y de la cápsula, asociada al desplazamiento del disco, puede causar un espasmo reflejo de los músculos masticatorios, originando dolor en otras zonas diferentes de la ATM junto a una enfermedad en esta articulación. (1)

SUBCAPITULO 5.5 DOLOR ARTRÓGENO Y MIÓGENO **VERSUS DOLOR REFERIDO**

El síntoma más común y el más difícil de diagnosticar es el dolor en la ATM debido a las diferentes individualidades del mismo. El dolor tiende a presentarse de varias formas: severo o lacerante que está frecuentemente relacionado con las neuralgias primarias, el dolor punzante, abrazador o agudo es causado por la irritación mecánica del nervio; un dolor profundo o sordo continuo está frecuentemente asociado con el dolor muscular, y una molestia dolorosa ocurre cuando hay inflamación. El dolor vibrante esta menos relacionado con las enfermedades de la ATM pero más asociado a los dolores de cabeza.

La información que nos proporciona el paciente sobre su dolor es de vital importancia para determinar el diagnóstico.

Como la ATM es una articulación sinovial, las mismas enfermedades sistémicas articulares que afectan al cuerpo pueden afectar a la ATM. Por ende se le debe preguntar al paciente si sufre de alguna enfermedad articular o de otra enfermedad sistémica.

También sirve de ayuda pedirle al paciente que toque el lugar de mayor dolor, si el paciente indica el dolor por encima de la articulación es probable que haya un origen artrogénico. Los pacientes con disfunciones musculares refieren en la mayoría de los casos áreas extensas de dolor donde está ubicado el músculo.

Aquellos pacientes con problemas de disfunción articular que tienen trastornos musculares secundarios, el problema principal puede estar enmascarado; en la mayoría de los casos saber cual es la causa principal no es fácil de identificar

por los dicho anteriormente, aunque cuando un paciente puede tener un dolor mandibular, este podría estar irradiado principalmente en el oído, en la región temporal, en la cavidad ocular o en la región faríngea. El dolor del odio es con frecuencia uno de los principales síntomas de dolor donde hay desplazamiento de disco sin reducción, mientras que el dolor de la sien, de la cavidad orbitaria de la frente y la cabeza son síntomas principales de disfunción muscular y desplazamiento de disco con reducción.

SUBCAPITULO 5.6 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO DISCAL

El disco articular se encuentra en su posición superior normal, cuando la banda posterior del mismo está en posición de 12 horas en el techo del cóndilo, encontrándose la boca cerrada. Las variaciones en la posición superior ocurren principalmente cuando la banda posterior discal se encuentra localizada anterior a la posición de las 12. En normalidad, la banda posterior del disco está en la posición de las 12 horas sobre el cóndilo durante el cierre mandibular y la prominencia o vertiente anterior de él, permanece en contacto con la concavidad de la zona central y más delgada del disco articular. Sin embargo, también se consideran como posiciones normales del disco, aquellas situaciones en que la banda posterior del disco se encuentra anterior a la posición de 12 horas, pero donde la prominencia anterior del cóndilo y la concavidad inferior del disco todavía permanecen en contacto. (1)(2)(20)

Si estas dos superficies están separadas por al menos 2 mm se considera que el disco está desplazado. Consecuentemente, cuando la prominencia anterior del cóndilo se articula contra la banda posterior del disco, existe un desplazamiento del disco. (1)(2)(20)

El desplazamiento del disco puede ocurrir en cualquier posición y puede ser parcial y total. El desplazamiento completo del disco significa que todo el disco se desplaza de su posición normal. Un disco parcialmente desplazado puede ser porque permanezca en una posición superior normal sobre el cóndilo en sentido

ánteroposterior, pero con un algún grado de desplazamiento de tipo lateromedial, o bien porque una parte del disco se desplace completamente y otra parte quede sobre el cóndilo, pero fuera de su posición original. (1)(2)(20)

Por lo tanto, el desplazamiento del disco se presenta como un espectro de desplazamientos en todas direcciones, siendo el más común el desplazamiento ánterolateral y anterior. El desplazamiento del disco se reduce durante los estadios temprano y temprano/intermedio, lo que consiste en que el disco salga del cóndilo durante el cierre de la boca para regresar a su posición superior normal sobre el cóndilo durante la apertura de la boca; esto comúnmente se asocia a clicking o ruido articular. La progresión del desplazamiento discal sin reducción corresponde a una fase intermedia, caracterizada por la limitación del movimiento condilar, debido a que el disco articular se mantiene en una posición anómala durante los movimientos de la mandíbula. La progresión a la subsiguiente osteoartrosis corresponde al último estadio. (1)(2)(20)



Fig. No. 27: Posición normal del disco.

Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil. Editora artes medica LDTA; 2003.

5.6.1 Causas del desplazamiento discal

El músculo pterigoideo lateral tiene un haz superior o esfenoidal y un haz inferior o pterigoideo, mucho más voluminoso que el superior; antes se creía que el haz superior se insertaba completamente en el borde anterior del disco, así el desplazamiento discal era explicado simplemente por una hiperfunción de este fascículo. Disecciones cadavéricas recientes, indican que el haz

esfenoidal se inserta en un 70% en la superficie anterointerna del cuello condíleo (fosita pterigoidea) y en un 30% en el área anteromedial del disco.

Durante la apertura, la contracción del haz inferior o pterigoideo tracciona el disco junto con el cóndilo a lo largo de la vertiente posterior de la eminencia articular causando traslación del complejo disco-condilar. En cambio, el haz superior no se contrae durante la apertura. Cuando se contraen ambos haces inferiores en forma simétrica, se produce apertura mandibular, en conjunto con la musculatura suprahiodea. Si se contraen ambos haces, con contacto dentario, producen protrusión mandibular; y si se contrae el haz inferior de un pterigoideo lateral ipsilateral se produce un movimiento de lateralidad hacia el lado contralateral. (1)(2)(20)

El haz superior, es totalmente antagonístico porque no actúa en apertura, por lo tanto no puede ser causa de desplazamiento discal; por el contrario, actúa en la fase oclusal del cierre mandibular, conjuntamente con los músculos elevadores mandibulares. Para producir el contacto dentario, se activan el masetero, el temporal y el haz superior del músculo pterigoideo lateral (en mayor magnitud). (1)(2)(20)

El haz superior tiene la función de dirigir el vector fuerza masticatoria ejercida por los elevadores mandibulares, en sentido anterosuperior, de manera de posicionar el cóndilo contra la vertiente posterior de la eminencia articular, con el disco interpuesto entre ambas superficies articulares. El haz superior actúa entonces, como un elemento estabilizador del complejo disco-condilar, previniendo un desplazamiento posterior del cóndilo con compresión de los tejidos retrodiscales. El problema no está en la hiperactividad del haz superior, sino en su hipoactividad, que es la real causante del desplazamiento discal. (1)(2)(20)

Se reduce su función estabilizadora, produciendo inestabilidad del complejo discocondilar. Con la reducción de la actividad del haz superior, el vector dado por la potente contracción de los músculos temporal, masetero y pterigoideo medial, eleva el cóndilo, ya no contra la eminencia articular sino

que posterosuperiormente en dirección a la zona retrodiscal. Esto sobrecarga la banda posterior discal y la zona bilaminar, provocando una distensión-elongación crónica de las láminas retrodiscales y el disco experimenta consecuentemente y en forma relativa un desplazamiento anterior. (1)(2)(20)



Fig. No. 28: Desplazamiento anterior del disco, el disco se encuentra completamente desplazado.
Fuente: Isberg A. Disfunción de la articulación temporomandibular. Brasil: Editora artes medica LDTA, 2003.

5.6.2 Clasificación de los desplazamientos del disco articular

Para que los clínicos entiendan eficazmente a los individuos con alteraciones Temporomandibulares, deben aceptar que existen muchos trastornos articulares. Por lo tanto resulta importante diferenciar los trastornos dolorosos que se originan de fuentes intracapsulares. Una vez identificado el dolor como de fuente intracapsular, se inicia el proceso de diagnóstico de los mismos, conocido como disfunción del complejo cóndilo-disco, bastante común en la población general.

5.6.2.1 Alteraciones del complejo cóndilo-disco

Estos trastornos se manifiestan por toda una gama de alteraciones, la mayoría de las cuales pueden considerarse un espectro continuo de trastornos progresivos. Se producen a causa de que se modifica la relación anatómica existente entre el disco articular y el cóndilo mandibular. En una función articular normal, el disco está unido lateralmente y medialmente a los polos condíleos interno y externo por los ligamentos discales colaterales.

De este modo, el movimiento de traslación de la articulación puede producirse tan sólo entre el complejo disco-cóndilo y la fosa articular. El único movimiento fisiológico que puede producirse entre el cóndilo y el disco es la rotación. La amplitud del movimiento de rotación está limitada por la longitud de los ligamentos discales, así como por la lámina retrodiscal inferior por detrás y el ligamento capsular (ligamento lateral externo) por delante. Cuando se abre la boca y el cóndilo se desplaza hacia delante, la lámina retrodiscal superior se tensa más, girando el disco hacia atrás sobre el cóndilo. La presión interarticular producida por los músculos elevadores mantiene el cóndilo apoyado sobre la zona intermedia más delgada del disco articular, e impide que el borde anterior, más grueso, se desplace hacia atrás a través del espacio discal entre el cóndilo y la superficie articular de la eminencia. La lámina retrodiscal superior es la única estructura que puede retraer el disco hacia atrás. Esta fuerza sólo puede aplicarse cuando el cóndilo se ha desplazado hacia delante, desplegando y distendiendo dicha lámina. (1)(2)(20)

Así, el disco mantiene su posición sobre el cóndilo durante el movimiento, debido a su propia morfología y a la presión interarticular. Esta característica de autoposicionamiento, es respaldada por los ligamentos discales interno y externo (colaterales), que no permiten movimientos de deslizamiento del disco sobre el cóndilo. Si se altera la morfología del disco y los ligamentos discales se alargan, se permite que aquél se deslice o traslade a través de la superficie articular del cóndilo. Este tipo de movimiento no se presenta en una articulación sana. Su grado viene dado por las alteraciones que se hayan producido en la morfología del disco y por el grado de elongación de los ligamentos discales. (1)(2)(20)

Una alteración de la morfología del disco, acompañada de una elongación de los ligamentos discales, puede modificar esta relación de funcionamiento normal. En la posición articular de cierre en reposo, la presión interarticular es muy baja. Si los ligamentos se elongan, el disco puede moverse

libremente sobre la superficie articular del cóndilo. Como en esta posición la lámina retrodiscal superior no influye mucho en la situación del disco, la tonicidad del pterigoideo lateral superior facilitará que el disco articular adopte una posición más avanzada sobre el cóndilo. El movimiento del disco hacia delante estará limitado por la longitud de los ligamentos discales y el grosor del borde posterior del disco. De hecho, la inserción del músculo pterigoideo lateral superior tracciona del disco no sólo hacia delante, sino también hacia dentro del cóndilo. Si la tracción de este músculo es persistente, con el paso del tiempo, el borde posterior del disco puede hacerse más delgado. Por lo anterior, el disco articular podrá desplazarse más en sentido anteromedial a través del espacio discal, con lo que el cóndilo se posicionará sobre el borde posterior de él. Este trastorno se denomina desplazamiento funcional del disco. (1)(2)(20)

Éste puede aparecer en ocasiones cuando el paciente muerde con excesiva fuerza y activa el músculo pterigoideo lateral superior. Con la tracción de este músculo, el disco se desplaza aún más hacia anterior y la tensión en los ligamentos discales ya elongados, puede producir molestias o dolor articular. (1)(2)(20)

La característica importante de esta relación funcional es que el cóndilo sufre cierto grado de traslación sobre el disco cuando se inicia el movimiento. Éste no se produce en la articulación normal. Durante el mismo, la mayor presión interarticular puede impedir que las superficies articulares se desplacen una sobre la otra de manera suave. El disco puede quedar pegado a la superficie articular temporal, causando un movimiento brusco del cóndilo sobre él, que se acompaña a menudo de un chasquido o clic, para pasar finalmente a la relación cóndilo-disco normal. Una vez que se ha producido el clic, se restablece dicha relación y se mantiene durante el resto del movimiento de apertura. Al cerrar la boca, la relación normal del disco y el cóndilo se mantiene a causa de la presión interarticular. Sin embargo, una vez cerrada la boca y reducida la presión intraarticular, el

disco puede ser trasladado de nuevo hacia delante por la tonicidad del músculo pterigoideo lateral superior. En gran parte de los casos, si el desplazamiento es leve y la presión intraarticular es baja, no se aprecia ningún clic durante el movimiento de cierre. Este clic simple detectado durante la apertura corresponde a las fases más tempranas de un trastorno discal que se denomina desorden o desarreglo interno. Si la alteración persiste, se aprecia una segunda fase de desarreglo: cuando el disco es repositado de manera más crónica hacia delante y hacia adentro por la acción muscular del pterigoideo lateral superior, los ligamentos discales sufren un mayor alargamiento. Un posicionamiento avanzado y persistente del disco causa también una elongación de la lámina retrodiscal inferior, junto con un adelgazamiento continuado del borde posterior del disco, que permite que este adopte una posición más anterior, haciendo que el cóndilo se sitúe más hacia atrás, sobre la banda posterior de él. (1)(2)(20)

Las alteraciones estructurales del disco, en el área en que reposa el cóndilo, pueden producir un segundo chasquido durante las últimas fases del retorno del cóndilo, inmediatamente antes de la posición articular de cierre. Esta fase de alteración se denomina de clic recíproco. El clic de apertura puede producirse en cualquier momento del movimiento, según la morfología del disco y el cóndilo, la tracción muscular y la de la lámina retrodiscal superior. El clic de cierre se produce casi siempre muy cerca de la posición de cierre o intercuspidadación. Cuando el disco es desplazado hacia delante por los músculos, la lámina retrodiscal superior sufre una ligera elongación. Si la situación se mantiene durante un período de tiempo prolongado, la elasticidad de esta lámina puede disminuir y desaparecer. Una vez perdida esta fuerza, no existe ningún mecanismo que permita retraer el disco hacia atrás. (1)(2)(20)

El músculo pterigoideo lateral superior no es el principal factor de influencia en el desplazamiento anteromedial del disco. Se ha identificado la presencia de una inserción ligamentosa de la porción medial del complejo

disco-cóndilo en la pared medial de la fosa glenoidea. Si este ligamento se encuentra en tensión, el movimiento del cóndilo hacia delante podría crear una fijación medial del disco. Además, los tejidos retrodiscales están firmemente adheridos al borde medial de la fosa articular, pero no tanto hacia el área lateral; permitiendo con ello que la dirección del desplazamiento sea más anteromedial. Cuanto mayor es el desplazamiento anterior y medial del disco, más importante es el adelgazamiento de su borde posterior y más se alargan el ligamento discal lateral y (colateral) y la lámina retrodiscal inferior, además un movimiento anterior prolongado del disco articular provocará una mayor pérdida de elasticidad de la lámina retrodiscal superior. (1)(2)(20)

Si el borde posterior del disco se encuentra adelgazado, el músculo pterigoideo lateral superior puede traccionar de él completamente por el espacio discal. En seguida, la presión intraarticular colapsará el espacio articular atrapando el menisco en una posición adelantada y de esta forma, la siguiente traslación completa del cóndilo se verá dificultada por la posición más anterior y medial del disco. Dado que las superficies articulares han quedado desvinculadas, este trastorno se denomina luxación funcional del disco. (1)(2)(20)

Un desplazamiento funcional del disco puede crear ruidos articulares cuando el cóndilo pasa por debajo de la banda posterior del disco durante la traslación normal de la mandíbula. En el caso de una luxación funcional, los ruidos se eliminan, puesto que no puede producirse el deslizamiento. Algunos pacientes con luxación funcional del disco, indicarán a menudo, que sienten su mandíbula "atascada" al intentar abrir mucho la boca; el movimiento mandibular en varias direcciones laterales podrá acomodar el movimiento del cóndilo sobre el borde posterior del disco hasta alcanzar la relación normal con él, resolviendo la situación de bloqueo. Esta situación se denomina luxación funcional con reducción, luxación disco-condilar con reducción o desorden interno con reducción. . El clic que se percibe cuando

el cóndilo restablece su relación con el disco, por el resto del movimiento de apertura, corresponde a la reducción disco-condilar. Este estado puede ser doloroso o no, según el grado de avance del cuadro, la intensidad y la duración del bloqueo y la integridad de las estructuras nobles de la articulación. (1)(2)(20)

La siguiente fase de alteración discal se denomina luxación funcional del disco sin reducción², luxación disco-condilar sin reducción o desorden interno sin reducción con limitación de la apertura. Este trastorno se presenta cuando el individuo no puede restablecer la posición normal del disco luxado sobre el cóndilo. La boca no puede abrirse al máximo ya que la situación de bloqueo impide la traslación completa del cóndilo. Es característica una apertura inicial de sólo 25 a 30 mm, que corresponde a la rotación pura del cóndilo; el paciente identifica un lado doloroso y una historia de ruidos anteriores al episodio que ahora desaparecieron. Sólo se puede bloquear una articulación, por lo que clínicamente se observa un patrón de movimiento mandibular diferenciado: cuando el paciente abre la boca, la línea media de la mandíbula se desvía hacia el lado afectado, además el individuo puede realizar un movimiento lateral normal hacia el lado afectado. Sin embargo, cuando se intenta el desplazamiento hacia el lado no afectado o sano, aparece una restricción al movimiento mandibular. Aquí, el cóndilo del lado afectado no puede realizar una traslación más allá del disco luxado hacia anterior, situación que se denomina bloqueo cerrado. Si el bloqueo cerrado se mantiene, el cóndilo se situará crónicamente sobre los tejidos retrodiscales. Estos no poseen una estructura anatómica ni histológica para soportar compresiones, de modo que es probable que sufran alteraciones de carácter inflamatorio. Cualquier alteración o trastorno que provoque una elongación de los ligamentos discales o un adelgazamiento del disco puede causar estos problemas en el complejo disco-cóndilo. (1)(2)(20)

5.6.2.2 Incompatibilidad de superficies articulares

Algunos trastornos de alteración discal se deben a problemas entre las superficies de las articulaciones. Estas alteraciones pueden deberse a una lubricación insuficiente o a la aparición de adherencias en las superficies articulares. Si se reduce la cantidad de líquido sinovial, aumenta el roce entre las superficies articulares, lo que puede erosionarlas y dar lugar a rupturas o adherencias de las mismas. Cuando una articulación recibe una carga estática, una pequeña cantidad de fluido sinovial ya absorbido por el fibrocartilago articular es exprimido de las superficies articulares, lubricándolas (lubricación de lágrima). Cuando la articulación se mueve, el reservorio de líquido sinovial exprimido en el área periférica de la articulación lubrica de nuevo las superficies articulares, preparándolas para una nueva carga estática (lubricación de frontera). Si la carga estática persiste durante tiempo prolongado la lubricación de lágrima puede agotarse y provocar una adherencia de las superficies articulares. (1)(2)(20)

Cuando el paciente intenta abrir la boca, percibe una sensación de rigidez en la articulación afectada, hasta que ejerce una fuerza lo suficientemente grande para separar las superficies articulares adheridas. Esta separación de las adherencias puede notarse como un chasquido brusco y denota el momento de retorno a los rangos normales de la dinámica mandibular. (1)(2)(20)

Los chasquidos debidos a adherencias pueden diferenciarse de los que se asocian a desplazamientos discales por el hecho de que los primeros, tienen lugar sólo después de un período de carga articular excesiva. Después de un único chasquido, la articulación no produce más ruidos durante los sucesivos ciclos de apertura y cierre. Pueden producirse adherencias entre el disco y el cóndilo, así como entre el disco y la fosa articular. Cuando se establecen en el espacio articular inferior, el cóndilo y el disco se pegan e inhiben el movimiento de rotación normal entre ellos. Por el contrario,

cuando se producen adherencias en el espacio articular superior, el disco y la fosa se adhieren, dificultando el movimiento de traslación normal.⁴⁰ Aquí, el paciente, por lo general, puede separar los dientes entre 20 a 25 mm y constituye un trastorno muy similar al bloqueo en cierre. (1)(2)(20)

Los traumatismos son el principal factor etiológico en los problemas de adherencias de la ATM. Cuando un traumatismo altera las superficies articulares, éstas pueden sufrir un desgaste o abrasión que dé lugar a la aparición de trastornos de adherencia. Otra causa de las adherencias es la hemartrosis, que puede tener lugar cuando se rompen o desorganizan los tejidos retrodiscales por la acción de un traumatismo mandibular externo o una intervención quirúrgica. (1)(2)(20)

CAPITULO 6. ESTUDIO CLINICO

El siguiente estudio el cual lo realicé en tres lugares diferentes con el objetivo de tener un mejor campo epidemiológico; el número que pacientes a entrevistar fueron 100, con edades variadas por lo que las enfermedades artríticas atacan a cualquier edad sin excepción.

Para poder efectuar mi estudio necesité un protocolo de preguntas, las cuales especificaban los datos principales del paciente el de estado de salud del paciente basándome en la enfermedad articular específica que tenía y complementando con otras enfermedades si las presentaba; estas preguntas así mismo especificaban el estilo de vida del paciente y una historia de vida, en la cual podía obtener datos desde los hábitos, hasta accidentes que haya tenido ya que esta información es muy importante para obtener un diagnóstico que es lo que quiero comprobar; es decir saber si la enfermedad articular del paciente tiene una relación íntima con su trastorno temporomandibular.

- Todo lo que esté marcado con \checkmark o pintado de azul significa positivo
- Todo lo que esté marcado con x o pintado de rojo significa negativo

PROTOCOLO DE TESIS

HISTORIA PERSONAL:

FICHA# _____

Fecha: _____

Apellidos y Nombres: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____

Nombre del Conyugue: _____

Domicilio: _____

Tel. domicilio: _____

Profesión: _____ Tel. Trabajo: _____

SALUD GENERAL:

1. ¿Presenta alguna enfermedad articular sistémica?

2. ¿Desde cuándo la presenta?

3. ¿Presenta alguna otra enfermedad sistémica?

4. ¿Desde cuándo la presenta?

5. ¿Dolor de la cabeza frecuentes y en qué zonas?

6. ¿Cuánto tiempo duran?

7. ¿Tiene jaqueca?

SI___ NO___

8. ¿Ha tenido algún tipo de accidente que haya golpeado su cabeza (lesión de látigo) y en que parte de la cabeza?

9. ¿Fecha del accidente?

10. ¿Ha padecido de deficiencia nutricional?

SI ___ NO ___

11. ¿Está tomando algún medicamento?

SI ___ NO ___

12. ¿CUAL? _____

13. ¿Es alérgico a algún medicamento?

SI ___ NO ___

14. ¿CUAL? _____

15. ¿Actualmente tiene un problema de afección dental?

SI ___ NO ___

16. ¿Tiene en la actualidad algún problema emocional con los dientes y los maxilares? _____

17. Desgaste dental: SI ___ NO ___ Incisal ___ Oclusal ___

18. Movilidad dentaria: SI ___ NO ___

19. Enfermedad periodontal: SI ___ NO ___

20. ¿Tiene en la actualidad algún dolor en los maxilares o dientes?

SI ___ NO ___

21. ¿Hace cuanto tiempo? _____

22. ¿Cómo le comenzó?

Súbitamente ___ Gradualmente ___

23. ¿El dolor le afecta a un lado de la cara o ambos lados?

24. Tiene dolor en alguna de las siguientes zonas:

✓ Articulación	<input type="checkbox"/>
✓ Oído	<input type="checkbox"/>
✓ Maxilar sup.	<input type="checkbox"/>
✓ Maxilar inf.	<input type="checkbox"/>
✓ Dientes	<input type="checkbox"/>

✓ Lengua	<input type="checkbox"/>
✓ Ojos	<input type="checkbox"/>
✓ Frente	<input type="checkbox"/>
✓ Cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Hombros	<input type="checkbox"/>

✓ Musculatura facial

25. Especifique el tipo de dolor que tiene:

✓ Agudo	<input type="checkbox"/>
✓ Sordo	<input type="checkbox"/>
✓ Constante	<input type="checkbox"/>
✓ Profundo	<input type="checkbox"/>

✓ Superficial	<input type="checkbox"/>
✓ Punzante	<input type="checkbox"/>
✓ Irrradiado	<input type="checkbox"/>
✓ Difuso	<input type="checkbox"/>

26. El dolor es:

✓ Constante	<input type="checkbox"/>
✓ Itinerante	<input type="checkbox"/>

27. Duración del dolor:

✓ Segundos	<input type="checkbox"/>
✓ Minutos	<input type="checkbox"/>
✓ Horas	<input type="checkbox"/>
✓ Todo el día	<input type="checkbox"/>

28. ¿Cómo se genera el dolor?

29. Comienza súbitamente__ o gradualmente__

30. Como cesa el dolor: súbitamente__ o gradualmente__

31. ¿En qué momento del día o la noche el dolor es más intenso?

32. ¿Con qué frecuencia siente el dolor?

33. ¿Cuál es el periodo más largo que ha experimentado ese dolor?

34. ¿Toma algún medicamento para aliviar este dolor?

35. ¿En reposo aumenta o disminuye este dolor?

36. ¿Experimenta usted alguna manera o posición para aliviar este dolor?

37. alguna de estas actividades genera este dolor:

✓ Bostezar

✓ Cantar

✓ Mascar chicle	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los brazos	<input type="checkbox"/>
✓ Mover la cabeza	<input type="checkbox"/>
✓ Deglutir	<input type="checkbox"/>
✓ Hablar	<input type="checkbox"/>
✓ Masticar	<input type="checkbox"/>

✓ Gritar	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el tronco	<input type="checkbox"/>
✓ Cepillar los dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los hombros	<input type="checkbox"/>

38. Puede abrir la boca:

✓ Parcialmente	<input type="checkbox"/>
✓ Normalmente	<input type="checkbox"/>
✓ Casi nada	<input type="checkbox"/>

39. ¿Abrió alguna vez la boca tanto que se le quedó abierta?

40. Tiene alguno de estos sonidos en la articulación?

✓ Rechinamiento	<input type="checkbox"/>
✓ Chasquido	<input type="checkbox"/>
✓ Estallido	<input type="checkbox"/>
✓ Cierre seco	<input type="checkbox"/>

41. Estos ruidos se producen:

✓ Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
✓ Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
✓ Constantemente	<input type="checkbox"/>

42. ¿Ha notado alguna modificación en la manera de morder o masticar?

SI__ NO__

43. ¿Ha notado alguna modificación en la audición?

SI__ NO__

44. ¿Siente vértigo, desvanecimiento o náuseas?

SI__ NO__

45. ¿Están los dientes apretados cuando se despierta?

SI__ NO__

46. ¿Rechina los dientes cuando duerme o está despierto?

SI__ NO__

47. ¿Aprieta o rechinan los dientes cuando está concentrado?

SI__ NO__

48. Hábito de mascar chicle:

✓ Moderadamente	<input type="checkbox"/>
✓ Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
✓ A veces	<input type="checkbox"/>

49. ¿Siente alguna vez cansado los músculos mandibulares?

SI__ NO__

50. ¿Hábito de jugar con la mandíbula?

SI__ NO__

51. Presencia del tercer molar:

SI__ NO__

✓ Erupcionado	<input type="checkbox"/>
✓ Retenido	<input type="checkbox"/>
✓ Impactado	<input type="checkbox"/>

FIRMA Y CI# DEL PACIENTE

Como siguiente paso en el proceso de recolección de datos cuando con certeza puedo determinar si su enfermedad articular tiene relación con su ATM, realizo otro protocolo, el cual está diseñado estrictamente para diagnosticar problemas de ATM, los cuales pueden ser una variedad de trastornos y que para confundirnos mas pueden venir combinados. Lo que nos hace más difícil el diagnóstico pero al mismo tiempo es muy interesante trabajar en este campo ya que no solo se conoce como se presenta una enfermedad en un paciente, si no que al mismo tiempo conocer al paciente mismo como persona es muy importante ya que, él o ella, está confiando plenamente en nuestro trabajo, y al contarnos casi toda su historia de vida y que puede ser una conversación que puede durar horas, puede

darnos muchas pistas que a veces con radiografías o cualquier técnica que usemos para identificar un síntoma no llegan a tener la misma validez que las palabras del paciente ya que esa persona es la que está cargando con ese dolor y nosotros somos el camino hacia un mejor estado de salud.

EXAMEN CLINICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Fecha: _____

Ficha: _____

Paciente: _____

1. Molestia principal: _____

2. Síntomas experimentados hace _____ meses o _____ años.

3. Cronología de los síntomas:

a) Músculos _____

b) Factores oclusales _____

c) Estrés _____

4. Asimetría facial:

a) Ninguna

b) Si, la simetría es (perceptible _____ obvia _____ grande _____) en lado (derecho _____ o izquierdo _____) en (zona temporal _____ o maseterina _____)

5. Palpación de las articulaciones

DOLOR

a) Al palpar la ATM (dientes en posición de reposo)	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Al palpar la ATM (dientes apretados)	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) El examen digital del conducto auditivo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Durante el movimiento protrusivo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Traslación del cóndilo derecho	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónico <input type="checkbox"/>

f) Traslación del cóndilo izquierdo	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

6. Palpación de los músculos

DOLOR

a) Masetero	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) Pterigoideo interno	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Pterigoideo externo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

7. Dolor en la cabeza y el cuello

DOLOR

a) Vértex		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) Occipucio		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d) Cuello	Atrás <input type="checkbox"/>	Costados <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Trapecio	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
f) Esternocleidomastoideo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

8. Movimiento de apertura

- Sincrónico ___ Asincrónico ___
- Apertura máxima sin dolor _____ mm.
- Al abrir desvía hacia la derecha ___ izquierda ___ no ___
- Desvía primero a la derecha luego a la izquierda si ___ no ___
- Desvía primero a la izquierda luego a la derecha si ___ no ___
- Desvía unos _____ mm
- Efectúa la excursión lateral derecha si ___ no ___
- Efectúa la excursión lateral izquierda si ___ no ___
- Efectúa movimientos protrusivos si ___ no ___

9. Enumere las zonas de:

I. Desgaste incisal y oclusal: _____

II. Movilidad: _____

III. Problemas periodontales: _____

10. Examen de la oclusión

a) Desluzamiento distal de posición de reposo a oclusión céntrica		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b) Soporte superior firme		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c) Prótesis satisfactoria	No hay	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d) Oclusión protegida por el canino (o función de grupo)	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
e) interferencias del lado activo	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
f) interferencias en el lado de balance	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

g) Hipermovilidad___ Hipomovilidad___ oclusión corriente___

h) Entrecruzamiento _____mm Resalte _____mm

i) El bruxismo hábito de apretar son sospechados___ o admitidos por el paciente___

11. Radiografía de la Articulación Temporomandibular

- Tipo de radiografía _____

Morbilidad de la disfunción temporomandibular en pacientes con enfermedades articulares sistémicas

a) Morfología del cóndilo	NORMAL	DERECHO
	ANORMAL	IZQUIERDO
b) Morfología de la fosa	NORMAL	DERECHO
	ANORMAL	IZQUIERDO
c) Morfología de la eminencia	NORMAL	DERECHO
	ANORMAL	IZQUIERDO
d) Postura del cóndilo en la fosa	NORMAL	DERECHO
	ANORMAL	IZQUIERDO

12. Medidas corrientes desde el cóndilo

- I. A la eminencia= 1.5mm _____
- II. A la parte superior de la fosa= 2.5mm _____
- III. hasta el centro del conducto auditivo externo= 7.5mm _____

a) manifestaciones de cambios osteoartroticos en	DERECHO	SI
	IZQUIERDO	NO

13. Examen neurológico limitado

ALTERADO

a) Nervio II	SI _____	NO _____
b) Nervios III, IV, VI	SI _____	NO _____
c) Nervio V	SI _____	NO _____
d) Nervio VII	SI _____	NO _____
e) Nervio VIII	SI _____	NO _____

14. Ortopedia

a) Postura general: Erecto _____ Desgarbado _____ Desviación _____

b) Cabeza equidistante entre los hombros: SI _____ NO _____

La cabeza está más cerca del hombro: Izquierdo _____ Derecho _____

c) Nivel de los ojos y las cejas: SI _____ NO _____

Más alto: Izquierdo _____ Derecho _____

d) Nivel de los hombros: SI ___ NO ___

Está más alto el hombro: Izquierdo ___ Derecho ___

e) Columna vertebral: Derecha ___ o Escoliosis ___

f) nivel de la caderas: SI ___ NO ___

Está más alta la cadera: Izquierda ___ Derecha ___

g) presencia de dolor lumbar bajo: SI ___ NO ___

h) Piernas de igual longitud: SI ___ NO ___

Está más alta la pierna: Izquierda ___ Derecha ___

15. Hábitos que notó durante el examen:

16. Factores emocionales:

¿Tiene hijos? _____

¿Duerme bien? _____

¿Su cónyugue lo ayuda? _____

¿Lo satisface su trabajo? _____

¿Tiene visitas en casa? _____

¿Está deprimido? _____

17. NOTAS SOBRE SUS PRIMERAS IMPRESIONES:

FIRMA Y CI# DEL PACIENTE

PROTOCOLO DE TESIS

HISTORIA PERSONAL:

Fecha: 18/11/2009

Apellidos y Nombres: Rivas Macias Angélica Floralinda

Edad: 66 años Sexo: Femenino

Estado civil: Viuda

Domicilio: 16 y 3 callejón domingo sabio, sur

Tel. domicilio: 2580484

Profesión: Doméstica

SALUD GENERAL:

1. ¿Presenta alguna enfermedad articular sistémica?

- Artrosis, osteoporosis

2. ¿Desde cuándo la presenta?

- Hace 5 años le hicieron una operación de la cadera y hace 4 meses le diagnosticaron la artrosis

3. ¿Presenta alguna otra enfermedad sistémica?

- Diabetes, parálisis facial de lado derecho

4. ¿Desde cuándo la presenta?

- 6 años la diabetes, parálisis 3 años

5. ¿Dolor de la cabeza frecuentes y en qué zonas?

- Muy poco en la frente

6. ¿Tiene jaqueca?

SI ___ NO

7. ¿Ha tenido algún tipo de accidente que haya golpeado su cabeza (lesión de látigo) y en que parte de la cabeza?

- Piso una tabla que estaba suelta y le golpeó la frente, hace 10 años

8. ¿Ha padecido de deficiencia nutricional?
SI ___ NO
9. ¿Está tomando algún medicamento?
SI NO ___
10. ¿CUAL? Hipoglucin, arcosis
11. ¿Es alérgico a algún medicamento?
SI ___ NO
12. ¿Actualmente tiene un problema de afección dental?
SI NO ___
13. ¿Tiene en la actualidad algún problema emocional con los dientes y los maxilares? Si, no lo gusta el estado de su boca
14. Desgaste dental: SI NO ___ Incisal ___ Oclusal
15. Movilidad dentaria: SI NO ___
16. Enfermedad periodontal: SI ___ NO
17. ¿Tiene en la actualidad algún dolor en los maxilares o dientes?
SI NO ___

18. ¿El dolor le afecta a un lado de la cara o ambos lados?

- Un lado

19. Tiene dolor en alguna de las siguientes zonas:

<input checked="" type="checkbox"/> Articulación	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Oído	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar sup.	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar inf.	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Dientes	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> Ojos	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Frente	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Musculatura facial	<input checked="" type="checkbox"/>

20. Especifique el tipo de dolor que tiene:

<input checked="" type="checkbox"/> Agudo	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Sordo	<input checked="" type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> Constante	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Profundo	<input checked="" type="checkbox"/>

Morbilidad de la disfunción temporomandibular en pacientes con enfermedades articulares sistémicas

✓ Superficial	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Punzante	<input checked="" type="checkbox"/>

✓ Irrradiado	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Difuso	<input checked="" type="checkbox"/>

21. El dolor es:

✓ Constante	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Itinerante	<input checked="" type="checkbox"/>

22. Duración del dolor:

✓ Segundos	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Minutos	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Horas	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Todo el día	<input checked="" type="checkbox"/>

23. ¿Cómo se genera el dolor?

- cuando abre mucho la boca sin querer al bostezar

24. Comienza súbitamente o gradualmente ___

25. Como cesa el dolor: súbitamente ___ o gradualmente

26. ¿En qué momento del día o la noche el dolor es más intenso?

- En la noche

27. ¿Con qué frecuencia siente el dolor?

- A veces

28. ¿Cuál es el periodo más largo que ha experimentado ese dolor?

- Toda la noche, una vez bostezó muy fuerte

29. ¿Toma algún medicamento para aliviar este dolor?

- si

30. ¿En reposo aumenta o disminuye este dolor?

- Ni aumenta ni disminuye

31. ¿Experimenta usted alguna manera o posición para aliviar este dolor?

- Si, hace tareas de la casa para olvidar los dolores

32. Alguna de estas actividades genera este dolor:

✓ Bostezar	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Cantar	<input type="checkbox"/>
✓ Mascar chicle	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los brazos	<input type="checkbox"/>
✓ Mover la cabeza	<input type="checkbox"/>
✓ Deglutir	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Hablar	<input type="checkbox"/>
✓ Masticar	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Gritar	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el tronco	<input type="checkbox"/>
✓ Cepillar los dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los hombros	<input type="checkbox"/>

33. Puede abrir la boca:

✓ Parcialmente	<input type="checkbox"/>
✓ Normalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Casi nada	<input type="checkbox"/>

34. ¿Abrió alguna vez la boca tanto que se le quedó abierta?

- Si, cuando tenía 16 años

35. Tiene alguno de estos sonidos en la articulación?

✓ Rechinamiento	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Chasquido	<input type="checkbox"/>
✓ Estallido	<input type="checkbox"/>
✓ Cierre seco	<input type="checkbox"/>

36. Estos ruidos se producen:

✓ Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
✓ Ocasionalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Constantemente	<input type="checkbox"/>

37. ¿Ha notado alguna modificación en la manera de morder o masticar?

SI NO

38. ¿Ha notado alguna modificación en la audición?

SI NO

39. ¿Siente vértigo, desvanecimiento o náuseas?

SI NO

40. ¿Están los dientes apretados cuando se despierta?

SI NO

41. ¿Rechina los dientes cuando duerme o está despierto?

SI NO

42. ¿Aprieta o rechinan los dientes cuando está concentrado?

SI NO

43. ¿Siente alguna vez cansado los músculos mandibulares?

SI NO

44. ¿Hábito de jugar con la mandíbula?

SI NO

45. Presencia del tercer molar:

SI NO

✓ Erupcionado	<input type="checkbox"/>
✓ Retenido	<input type="checkbox"/>
✓ Impactado	<input type="checkbox"/>

EXAMEN CLINICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Fecha: 16/12/2009

Paciente: Angélica Rivas

1. Molestia principal: dolor leve del lado derecho de la ATM
2. Síntomas experimentados hace 4 años.
3. Cronología de los síntomas:
 - a) Músculos hipertónicos
 - b) Factores oclusales: interferencia oclusales
 - c) Estrés, a veces
4. Asimetría facial:
 - a) Ninguna
 - b) Si, la simetría es (perceptible obvia ___ grande ___) en lado (derecho o izquierdo ___) en (zona temporal o maseterina ___)

5. Palpación de las articulaciones

DOLOR

a) Al palpar la ATM (dientes en posición de reposo)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Al palpar la ATM (dientes apretados)	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
c) El examen digital del conducto auditivo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
d) Durante el movimiento protrusivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Traslación del cóndilo derecho	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input checked="" type="checkbox"/>
f) Traslación del cóndilo izquierdo	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input checked="" type="checkbox"/>

6. Palpación de los músculos

DOLOR

e) Masetero	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
f) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
g) Pterigoideo interno	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
a) Pterigoideo externo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

7. Dolor en la cabeza y el cuello

DOLOR

g) Vértex		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
h) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input checked="" type="checkbox"/>
i) Occipucio		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
j) Cuello	Atrás <input type="checkbox"/>	Costados	<input type="checkbox"/>	No hay	<input checked="" type="checkbox"/>
k) Trapecio	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
l) Esternocleidomastoideo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>

8. Movimiento de apertura

- a) Sincrónico ___ Asincrónico
- b) Apertura máxima sin dolor 44.5mm.
- c) Al abrir desvía hacia la derecha ___ izquierda no ___
- d) Desvía primero a la derecha luego a la izquierda si ___ no ___
- e) Desvía primero a la izquierda luego a la derecha si no ___
- f) Desvía unos 3 mm
- g) Efectúa la excursión lateral derecha si no ___
- h) Efectúa la excursión lateral izquierda si no ___
- i) Efectúa movimientos protrusivos si no ___

9. Enumere las zonas de:

- I. Desgaste incisal y oclusal: sector postero inferior
- II. Movilidad: ninguna
- III. Problemas periodontales: si, en los 4 cuadrantes

10. Examen de la oclusión

a) Deslazamiento distal de relación céntrica a relación céntrica		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Soporte superior firme		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Prótesis satisfactoria	No hay	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Oclusión protegida por el canino (o función de grupo)	Lado derecho	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Morbilidad de la disfunción temporomandibular en pacientes con enfermedades articulares sistémicas

	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) interferencias del lado activo	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
f) interferencias en el lado de balance	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

- a) Hipermovilidad Hipomovilidad oclusión corriente
- b) Entrecruzamiento 0mm Resalte 1mm.
- c) El bruxismo hábito de apretar son sospechados o admitidos por el paciente

11. Radiografía de la Articulación Temporomandibular

- Tipo de radiografía ATM

a) Morfología del cóndilo	NORMAL <input type="checkbox"/>	DERECHO <input checked="" type="checkbox"/>
	ANORMAL <input type="checkbox"/>	IZQUIERDO <input checked="" type="checkbox"/>
b) Morfología de la fosa	NORMAL <input type="checkbox"/>	DERECHO <input checked="" type="checkbox"/>
	ANORMAL <input type="checkbox"/>	IZQUIERDO <input checked="" type="checkbox"/>
c) Morfología de la eminencia	NORMAL <input type="checkbox"/>	DERECHO <input checked="" type="checkbox"/>
	ANORMAL <input type="checkbox"/>	IZQUIERDO <input checked="" type="checkbox"/>
d) Postura del cóndilo en la fosa	NORMAL <input type="checkbox"/>	DERECHO <input checked="" type="checkbox"/>
	ANORMAL <input type="checkbox"/>	IZQUIERDO <input checked="" type="checkbox"/>

12. Medidas corrientes desde el cóndilo

- I. A la eminencia: I= 5mm D= 4mm
- II. A la parte superior de la fosa: I= 3mm D= 2.5mm
- III. hasta el centro del conducto auditivo externo: I= 7.2mm D= 5mm

a) manifestaciones de cambios osteoartíticos en	DERECHO <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>
	IZQUIERDO <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

13. Examen neurológico limitado

ALTERADO

a) Nervio II	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b) Nervios III, IV, VI	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c) Nervio V	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
d) Nervio VII	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
e) Nervio VIII	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

14. Ortopedia

- a) Postura general: Erecto Desgarbado Desviación
- b) Cabeza equidistante entre los hombros: SI NO
 La cabeza está más cerca del hombro: Izquierdo Derecho
- c) Nivel de los ojos y las cejas: SI NO
 Más alto: Izquierdo Derecho
- d) Nivel de los hombros: SI NO
 Está más alto el hombro: Izquierdo Derecho
- e) Columna vertebral: Derecha o Escoliosis
- f) nivel de la caderas: SI NO
 Está más alta la cadera: Izquierda Derecha
- g) presencia de dolor lumbar bajo: SI NO
- h) Piernas de igual longitud: SI NO
 Está más alta la pierna: Izquierda Derecha

15. Hábitos que notó durante el examen:

- Ninguno

16. Factores emocionales:

- ¿Tiene hijos? Tiene 11
- ¿Duerme bien? No, a veces se despierta
- ¿Su conyugue lo ayuda? No tiene
- ¿Lo satisface su trabajo? Si

- ¿Tiene visitas en casa? Sí a menudo
- ¿Está deprimido? si

17. NOTAS SOBRE SUS PRIMERAS IMPRESIONES:

- Es una persona feliz a pesar de todos sus problemas y le gusta la atención que recibe.



Fig. No. 27: Palpación del cóndilo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 28: Palpación del conducto auditivo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 29: Palpación del conducto auditivo en apertura
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 30: Palpación del músculo pterigoideo interno.
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 31: Palpación de los músculos maseteros
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 32: Palpación de los músculos temporales
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 33: Palpación del músculo pterigoideo externo
Fuente: Luis Miguel Moncayo

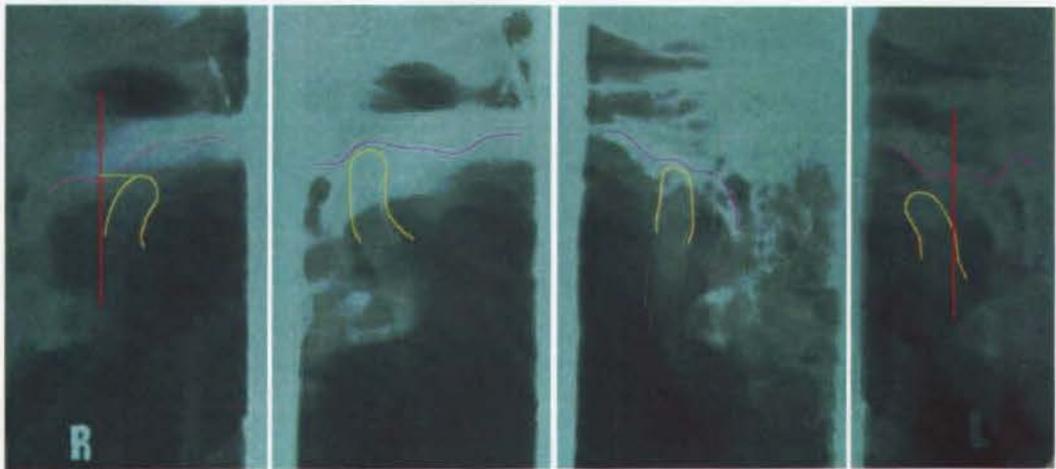


Fig. No. 34: Radiografía de los cóndilos en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

PROTOCOLO DE TESIS

HISTORIA PERSONAL:

Fecha: 25/11/2009

Apellidos y Nombres: América Velazco Estupiñan

Edad: 58 años Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Domicilio: calle 18 entre 26 y la 27

Tel. domicilio: 2845493

Profesión: Doméstica

SALUD GENERAL:

1. ¿Presenta alguna enfermedad articular sistémica?

- Artritis reumática, osteoporosis

2. ¿Desde cuándo la presenta?

- Hace 2 años

3. ¿Presenta alguna otra enfermedad sistémica?

- Diabetes, hipertensión arterial

4. ¿Desde cuándo la presenta?

- Dos años atrás

5. ¿Dolor de la cabeza frecuentes y en qué zonas?

- A veces en la frente y otras veces zona occipital

6. ¿Tiene jaqueca?

SI NO

7. ¿Ha tenido algún tipo de accidente que haya golpeado su cabeza (lesión de látigo) y en que parte de la cabeza?

- Tuvo un accidente en un bus, se golpeó la cabeza

8. ¿Ha padecido de deficiencia nutricional?

SI NO

9. ¿Está tomando algún medicamento?

SI NO

10. ¿CUAL? Metotexatro, ácido fólico

11. ¿Es alérgico a algún medicamento?

SI NO

12. ¿Actualmente tiene un problema de afección dental?

SI NO

13. ¿Tiene en la actualidad algún problema emocional con los dientes y los maxilares? ninguno

14. Desgaste dental: SI NO Incisal Oclusal

15. Movilidad dentaria: SI NO

16. Enfermedad periodontal: SI NO

17. ¿Tiene en la actualidad algún dolor en los maxilares o dientes?

SI NO

18. Tiene dolor en alguna de las siguientes zonas:

<input checked="" type="checkbox"/> Articulación	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar sup.	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar inf.	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Dientes	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Lengua	<input type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Frente	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Hombros	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Musculatura facial	<input type="checkbox"/>

19. Especifique el tipo de dolor que tiene:

<input checked="" type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Sordo	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Constante	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Profundo	<input type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> Superficial	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Irrradiado	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Difuso	<input type="checkbox"/>

20. El dolor es:

✓ Constante	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Itinerante	<input checked="" type="checkbox"/>

21. Duración del dolor:

✓ Segundos	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Minutos	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Horas	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Todo el día	<input checked="" type="checkbox"/>

22. ¿Cómo se genera el dolor?

- de la nada le vienen los dolores

23. Comienza súbitamente ___ o gradualmente

24. Como cesa el dolor: súbitamente ___ o gradualmente

25. ¿En qué momento del día o la noche el dolor es más intenso?

- En las mañanas comienza intenso

26. ¿Con qué frecuencia siente el dolor?

- 10 veces a la semana

27. ¿Cuál es el periodo más largo que ha experimentado ese dolor?

- En las rodillas, lados y manos, cuando recién empezó a enfermedad con agudización

28. ¿Toma algún medicamento para aliviar este dolor?

- Metetexatro

29. ¿En reposo aumenta o disminuye este dolor?

- Disminuye

30. ¿Experimenta usted alguna manera o posición para aliviar este dolor?

- No

31. Algunas de estas actividades genera este dolor:

✓ Bostezar	<input type="checkbox"/>
✓ Cantar	<input type="checkbox"/>
✓ Mascar chicle	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los brazos	<input type="checkbox"/>
✓ Mover la cabeza	<input type="checkbox"/>
✓ Deglutir	<input type="checkbox"/>
✓ Hablar	<input type="checkbox"/>
✓ Masticar	<input type="checkbox"/>
✓ Gritar	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el tronco	<input type="checkbox"/>
✓ Cepillar los dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los hombros	<input type="checkbox"/>

32. Puede abrir la boca:

✓ Parcialmente	<input type="checkbox"/>
✓ Normalmente	<input type="checkbox"/>
✓ Casi nada	<input type="checkbox"/>

33. ¿Abrió alguna vez la boca tanto que se le quedó abierta?

- No

34. Tiene alguno de estos sonidos en la articulación?

✓ Rechinamiento	<input type="checkbox"/>
✓ Chasquido	<input type="checkbox"/>
✓ Estallido	<input type="checkbox"/>
✓ Cierre seco	<input type="checkbox"/>

35. Estos ruidos se producen:

✓ Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Ocasionalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Constantemente	<input checked="" type="checkbox"/>

36. ¿Ha notado alguna modificación en la manera de morder o masticar?

SI NO

37. ¿Ha notado alguna modificación en la audición?

SI NO

38. ¿Siente vértigo, desvanecimiento o náuseas?

SI NO

39. ¿Están los dientes apretados cuando se despierta?

SI NO

40. ¿Rechina los dientes cuando duerme o está despierto?

SI NO

41. ¿Aprieta o rechinan los dientes cuando está concentrado?

SI NO

42. ¿Siente alguna vez cansado los músculos mandibulares?

SI NO

43. ¿Hábito de jugar con la mandíbula?

SI NO

44. Presencia del tercer molar:

SI NO

✓ Erupcionado	<input type="checkbox"/>
✓ Retenido	<input type="checkbox"/>
✓ Impactado	<input type="checkbox"/>

EXAMEN CLINICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Fecha: 25/11/2009

Paciente: América Velazco Estupiñan

1. Molestia principal: dolor articular de la ATM
2. Síntomas experimentados hace 2 años.
3. Cronología de los síntomas:
 - a) Músculos hipertónicos
 - b) Factores oclusales: falta de relación oclusal
 - c) Estrés constante
4. Asimetría facial:
 - a) Ninguna
 - b) Si, la simetría es (perceptible obvia grande) en lado (derecho o izquierdo) en (zona temporal o maseterina)

5. Palpación de las articulaciones

DOLOR

a) Al palpar la ATM (dientes en posición de reposo)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Al palpar la ATM (dientes apretados)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) El examen digital del conducto auditivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Durante el movimiento protrusivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Traslación del cóndilo derecho	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input checked="" type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>
a) Traslación del cóndilo izquierdo	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input checked="" type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>

6. Palpación de los músculos

DOLOR

a) Masetero	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) Pterigoideo interno	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

d) Pterigoideo externo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---	---------------------------------

7. Dolor en la cabeza y el cuello

DOLOR

a) Vértex		SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
c) Occipucio		SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d) Cuello	Atrás <input type="checkbox"/>	Costados <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
e) Trapecio	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
f) Esternocleidomastoideo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

8. Movimiento de apertura

- a) Sincrónico ___ Asincrónico
- b) Apertura máxima sin dolor 40mm.
- c) Al abrir desvía hacia la derecha izquierda no ___
- d) Desvía primero a la derecha luego a la izquierda si ___ no
- e) Desvía primero a la izquierda luego a la derecha si ___ no
- f) Desvía unos 4 mm
- g) Efectúa la excursión lateral derecha si no ___
- h) Efectúa la excursión lateral izquierda si no ___
- i) Efectúa movimientos protrusivos si ___ no

9. Enumere las zonas de:

- I. Desgaste incisal y oclusal: no presenta desgaste
- II. Movilidad: cuadrante 2
- III. Problemas periodontales: gingivitis

10. Examen de la oclusión

a) Deslazamiento distal de relación céntrica a relación céntrica		SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
b) Soporte superior firme		SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c) Prótesis satisfactoria	No hay <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

d) Oclusión protegida por el canino (o función de grupo)	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) interferencias del lado activo	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
f) interferencias en el lado de balance	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

- a) Hipermovilidad ___ Hipomovilidad oclusión corriente ___
 b) Entrecruzamiento 0mm Resalte 0mm.
 c) El bruxismo hábito de apretar son sospechados x o admitidos por el paciente x

11. Radiografía de la Articulación Temporomandibular

- Tipo de radiografía ATM

a) Morfología del cóndilo	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
b) Morfología de la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
c) Morfología de la eminencia	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
d) Postura del cóndilo en la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO

12. Medidas corrientes desde el cóndilo

- I. A la eminencia: I= 3mm D= 4mm
- II. A la parte superior de la fosa: I= 2mm D= 2mm
- III. hasta el centro del conducto auditivo externo: I= 7.2mm D= 8.5mm

a) manifestaciones de cambios osteoartrosicos en	DERECHO <input checked="" type="checkbox"/> SI
--	--

	IZQUIERDO	NO
--	-----------	----

13. Examen neurológico limitado

ALTERADO

a) Nervio II	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b) Nervios III, IV, VI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
c) Nervio V	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
d) Nervio VII	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) Nervio VIII	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

14. Ortopedia

- a) Postura general: Erecto Desgarbado Desviación
- b) Cabeza equidistante entre los hombros: SI NO
 La cabeza está más cerca del hombro: Izquierdo Derecho
- c) Nivel de los ojos y las cejas: SI NO
 Más alto: Izquierdo Derecho
- d) Nivel de los hombros: SI NO
 Está más alto el hombro: Izquierdo Derecho
- e) Columna vertebral: Derecha o Escoliosis
- f) nivel de la caderas: SI NO
 Está más alta la cadera: Izquierda Derecha
- g) presencia de dolor lumbar bajo: SI NO
- h) Piernas de igual longitud: SI NO
 Está más alta la pierna: Izquierda Derecha

15. Hábitos que notó durante el examen:

- Cejas en constante movimiento

16. Factores emocionales:

- ¿Tiene hijos? Tiene 2
- ¿Duerme bien? Se despierta a veces en las noches

- ¿Su conyugue lo ayuda? Separado desde hace mucho tiempo
- ¿Lo satisface su trabajo? Ningún trabajo
- ¿Tiene visitas en casa? Si a menudo
- ¿Está deprimido? no

17. NOTAS SOBRE SUS PRIMERAS IMPRESIONES:

- Persona humilde que vive de lo que la ayudan sus hijos, un poco deprimida.



Fig. No. 35: palpación del cóndilo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 36: palpación del cóndilo en apertura
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 37: palpación del conducto auditivo en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 38: apertura máxima sin dolor
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 39: palpación del músculo pterigoideo externo
Fuente: Luis Miguel Moncayo

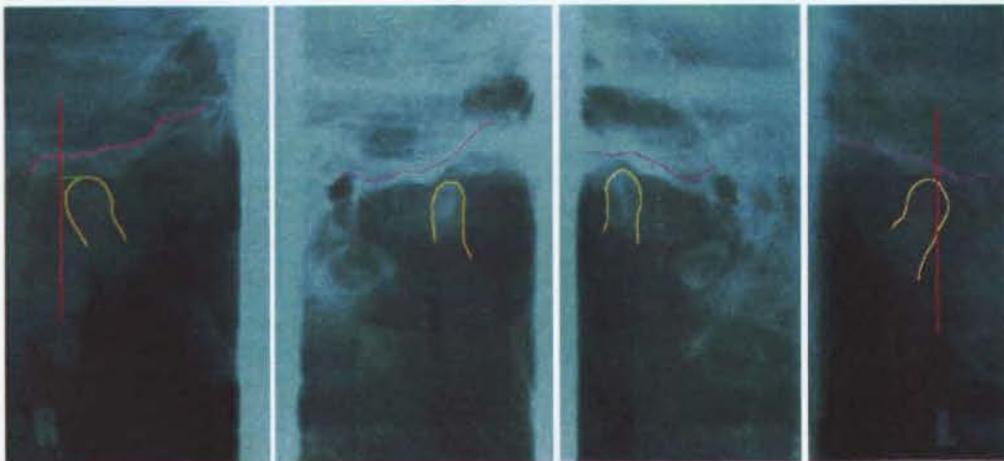


Fig. No. 40: radiografía de los cóndilos en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

PROTOCOLO DE TESIS

HISTORIA PERSONAL:

Fecha: 25/11/2009

Apellidos y Nombres: Andrea Tomalá

Edad: 55 años Sexo: Femenino

Estado civil: casada

Nombre del conyugue: Gustavo Castro

Domicilio: Av. Del ejército, cap. Nágera

Tel. domicilio: 2827749

Profesión: Doméstica

SALUD GENERAL:

1. ¿Presenta alguna enfermedad articular sistémica?

- Artritis reumática, artrosis, osteoporosis

2. ¿Desde cuándo la presenta?

- Empezó cuando tenía 35 años pero hace 10 años empeoró

3. ¿Presenta alguna otra enfermedad sistémica?

- Gastritis

4. ¿Desde cuándo la presenta?

- Hace 20 años por mucho consumo de pastillas

5. ¿Dolor de la cabeza frecuentes y en qué zonas?

- A veces zona occipital

6. ¿Tiene jaqueca?

SI ___ NO

7. ¿Ha tenido algún tipo de accidente que haya golpeado su cabeza (lesión de látigo) y en que parte de la cabeza?

- No

8. ¿Ha padecido de deficiencia nutricional?

SI NO

9. ¿Está tomando algún medicamento?

SI NO

10. ¿CUAL? Metotexatro, zaldear, metriozen

11. ¿Es alérgico a algún medicamento?

SI NO

12. ¿Actualmente tiene un problema de afección dental?

SI NO

13. ¿Tiene en la actualidad algún problema emocional con los dientes y los maxilares? ninguno

14. Desgaste dental: SI NO Incisal Oclusal

15. Movilidad dentaria: SI NO

16. Enfermedad periodontal: SI NO

17. ¿Tiene en la actualidad algún dolor en los maxilares o dientes?

SI NO

18. ¿Hace cuanto tiempo? Empezó hace unos meses

19. ¿Cómo le comenzó?

Súbitamente Gradualmente

20. ¿El dolor le afecta a un lado de la cara o ambos lados?

- Ambos lados de la cara

21. Tiene dolor en alguna de las siguientes zonas:

<input checked="" type="checkbox"/> Articulación	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar sup.	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar inf.	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Dientes	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Lengua	<input type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Frente	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Hombros	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Musculatura facial	<input type="checkbox"/>

22. Especifique el tipo de dolor que tiene:

✓ Agudo	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Sordo	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Constante	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Profundo	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Superficial	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Punzante	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Irrradiado	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Difuso	<input checked="" type="checkbox"/>

23. El dolor es:

✓ Constante	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Itinerante	<input checked="" type="checkbox"/>

24. Duración del dolor:

✓ Segundos	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Minutos	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Horas	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Todo el día	<input checked="" type="checkbox"/>

25. ¿Cómo se genera el dolor?

- En cualquier momento, especialmente cuando come

26. Comienza súbitamente o gradualmente

27. Como cesa el dolor: súbitamente o gradualmente

28. ¿En qué momento del día o la noche el dolor es más intenso?

- Mas en el día, cuando se levanta

29. ¿Con qué frecuencia siente el dolor?

- Pocas veces

30. ¿Cuál es el periodo más largo que ha experimentado ese dolor?

- Cuando molesta es todo el día

31. ¿Toma algún medicamento para aliviar este dolor?

- Molarex

32. ¿En reposo aumenta o disminuye este dolor?

- En reposo disminuye

33. ¿Experimenta usted alguna manera o posición para aliviar este dolor?

- Agua con sal

34. Algunas de estas actividades genera este dolor:

✓ Bostezar	<input type="checkbox"/>
✓ Cantar	<input type="checkbox"/>
✓ Mascar chicle	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los brazos	<input type="checkbox"/>
✓ Mover la cabeza	<input type="checkbox"/>
✓ Deglutir	<input type="checkbox"/>
✓ Hablar	<input type="checkbox"/>
✓ Masticar	<input type="checkbox"/>
✓ Gritar	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el tronco	<input type="checkbox"/>
✓ Cepillar los dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los hombros	<input type="checkbox"/>

35. Puede abrir la boca:

✓ Parcialmente	<input type="checkbox"/>
✓ Normalmente	<input type="checkbox"/>
✓ Casi nada	<input type="checkbox"/>

36. ¿Abrió alguna vez la boca tanto que se le quedó abierta?

- No

37. Tiene alguno de estos sonidos en la articulación?

✓ Rechinamiento	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Chasquido	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Estallido	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Cierre seco	<input checked="" type="checkbox"/>

38. Estos ruidos se producen:

✓ Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Ocasionalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Constantemente	<input checked="" type="checkbox"/>

39. ¿Ha notado alguna modificación en la manera de morder o masticar?

SI NO

40. ¿Ha notado alguna modificación en la audición?

SI NO

41. ¿Siente vértigo, desvanecimiento o náuseas?

SI NO

42. ¿Están los dientes apretados cuando se despierta?

SI NO

43. ¿Rechina los dientes cuando duerme o está despierto?

SI NO

44. ¿Aprieta o rechinan los dientes cuando está concentrado?

SI NO

45. ¿Siente alguna vez cansado los músculos mandibulares?

SI NO

46. ¿Hábito de jugar con la mandíbula?

SI NO

47. Presencia del tercer molar:

SI NO

✓ Erupcionado	<input type="checkbox"/>
✓ Retenido	<input type="checkbox"/>
✓ Impactado	<input type="checkbox"/>

EXAMEN CLINICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Fecha: 25/11/2009

Paciente: Andrea Tomalá Rodriguez

1. Molestia principal: duele mucho la ATM
2. Síntomas experimentados hace 20 años.
3. Cronología de los síntomas:
 - a) Músculos hipertónicos
 - b) Factores oclusales: Ausencia de dientes
 - c) Estrés emocional
4. Asimetría facial:
 - a) Ninguna
 - b) Si, la simetría es (perceptible obvia grande) en lado (derecho o izquierdo) en (zona temporal o maseterina)

5. Palpación de las articulaciones

DOLOR

a) Al palpar la ATM (dientes en posición de reposo)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Al palpar la ATM (dientes apretados)	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) El examen digital del conducto auditivo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
d) Durante el movimiento protrusivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Traslación del cóndilo derecho	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input checked="" type="checkbox"/>
f) Traslación del cóndilo izquierdo	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input checked="" type="checkbox"/>

6. Palpación de los músculos

DOLOR

a) Masetero	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
c) Pterigoideo interno	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Pterigoideo externo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

7. Dolor en la cabeza y el cuello

DOLOR

a) Vértex		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Occipucio		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Cuello	Atrás <input checked="" type="checkbox"/>	Costados	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
e) Trapecio	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
f) Esternocleidomastoideo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>

8. Movimiento de apertura

- a) Sincrónico ___ Asincrónico
- b) Apertura máxima sin dolor 20mm.
- c) Al abrir desvía hacia la derecha ___ izquierda ___ no
- d) Desvía primero a la derecha luego a la izquierda si ___ no
- e) Desvía primero a la izquierda luego a la derecha si ___ no
- f) Desvía unos 0 mm
- g) Efectúa la excursión lateral derecha si no ___
- h) Efectúa la excursión lateral izquierda si no ___
- i) Efectúa movimientos protrusivos si ___ no

9. Enumere las zonas de:

- I. Desgaste incisal y oclusal: en los dientes remanentes
- II. Movilidad: todas las piezas
- III. Problemas periodontales: todas las piezas

10. Examen de la oclusión

a) Deslazamiento distal de relación céntrica a relación céntrica		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
b) Soporte superior firme		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

c) Prótesis satisfactoria	No hay <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d) Oclusión protegida por el canino (o función de grupo)	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) interferencias del lado activo	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
f) interferencias en el lado de balance	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

- a) Hipermovilidad__ Hipomovilidad oclusión corriente__
 b) Entrecruzamiento 0mm Resalte 0mm.
 c) El bruxismo hábito de apretar son sospechados_x__ o admitidos por el paciente_x__

11. Radiografía de la Articulación Temporomandibular

- Tipo de radiografía ATM

b) Morfología del cóndilo	NORMAL → DERECHO
	ANORMAL → IZQUIERDO
c) Morfología de la fosa	NORMAL → DERECHO
	ANORMAL → IZQUIERDO
d) Morfología de la eminencia	NORMAL → DERECHO
	ANORMAL → IZQUIERDO
e) Postura del cóndilo en la fosa	NORMAL → DERECHO
	ANORMAL → IZQUIERDO

12. Medidas corrientes desde el cóndilo

- IV. A la eminencia: I= 5.2mm D= 6mm
 V. A la parte superior de la fosa: I= 2.4mm D= 3mm
 VI. hasta el centro del conducto auditivo externo: I= 7mm D= 8mm

a) manifestaciones de cambios osteoartroticos en	DERECHO <input checked="" type="checkbox"/> SI IZQUIERDO <input checked="" type="checkbox"/> NO
--	--

13. Examen neurológico limitado

ALTERADO

a) Nervio II	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
b) Nervios III, IV, VI	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
c) Nervio V	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
d) Nervio VII	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) Nervio VIII	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>

14. Ortopedia

- a) Postura general: Erecto ___ Desgarbado Desviación ___
- b) Cabeza equidistante entre los hombros: SI NO ___
 La cabeza está más cerca del hombro: Izquierdo ___ Derecho ___
- c) Nivel de los ojos y las cejas: SI ___ NO
 Más alto: Izquierdo Derecho ___
- d) Nivel de los hombros: SI NO ___
 Está más alto el hombro: Izquierdo ___ Derecho ___
- e) Columna vertebral: Derecha ___ o Escoliosis
- f) nivel de la caderas: SI NO ___
 Está más alta la cadera: Izquierda Derecha ___
- g) presencia de dolor lumbar bajo: SI NO ___
- h) Piernas de igual longitud: SI ___ NO
 Está más alta la pierna: Izquierda Derecha ___

15. Hábitos que notó durante el examen:

- Ninguno

16. Factores emocionales:

- ¿Tiene hijos? Tiene 3
- ¿Duerme bien? No

- ¿Su conyugue lo ayuda? Si, la ayuda mucho
- ¿Lo satisface su trabajo? No trabaja
- ¿Tiene visitas en casa? Si
- ¿Está deprimido? Si

17. NOTAS SOBRE SUS PRIMERAS IMPRESIONES:

- Es una persona muy tranquila y muy agradecida por las personas que la ayudan, y colabora bastante con su tratamiento.



Fig. No. 41: palpación del cóndilo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 42: palpación del cóndilo en apertura
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 43: palpación del conducto auditivo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 44: palpación del conducto auditivo en apertura
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 45: palpación del músculo pterigoideo interno
Fuente: Luis Miguel Moncavo



Fig. No. 46: palpación del músculo masetero
Fuente: Luis Miguel Moncavo



Fig. No. 47: palpación del músculo temporal
Fuente: Luis Miguel Moncavo



Fig. No. 48: apertura máxima sin dolor
Fuente: Luis Miguel Moncavo



Fig. No. 49: palpación del músculo pterigoideo externo
Fuente: Luis Miguel Moncavo



Fig. No. 50: tratamiento de rodilla con electroterapia
Fuente: Luis Miguel Moncavo

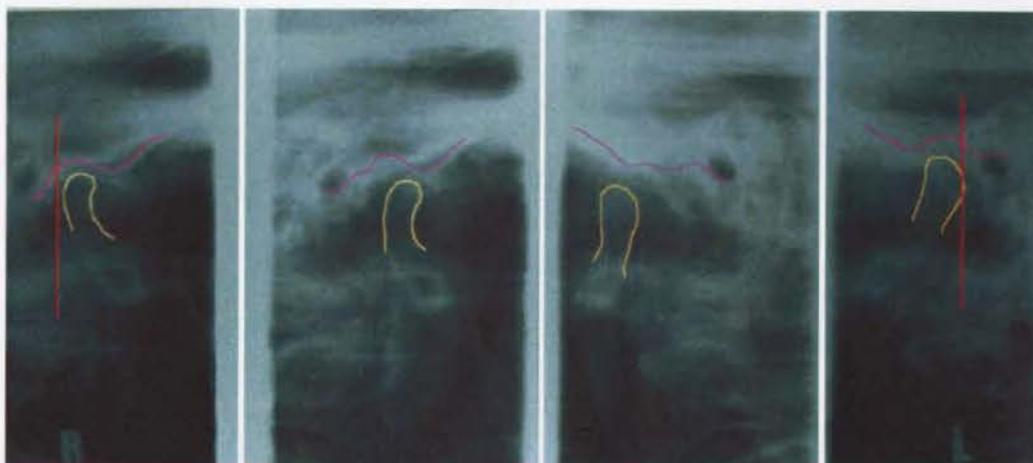


Fig. No. 51: Radiografía de los cóndilos en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

PROTOCOLO DE TESIS

HISTORIA PERSONAL:

Fecha: 16/12/2009

Apellidos y Nombres: Mercedes Aurora Criollo

Edad: 35 años Sexo: femenino

Estado civil: Viuda

Domicilio: García Gollena 1300, entre Guaranda y capitán Saera

Tel. domicilio: 2448503

Profesión: Ama de casa

SALUD GENERAL:

1. ¿Presenta alguna enfermedad articular sistémica?

- Artrosis

2. ¿Desde cuándo la presenta?

- Hace 30 años.

3. ¿Presenta alguna otra enfermedad sistémica?

- Hipertensión arterial y diabetes

4. ¿Desde cuándo la presenta?

- 30 años

5. ¿Dolor de la cabeza frecuentes y en qué zonas?

- no

6. ¿Tiene jaqueca?

SI__ NO

7. ¿Ha tenido algún tipo de accidente que haya golpeado su cabeza (lesión de látigo) y en que parte de la cabeza?

- Si en la frente, hace 5 años

8. ¿Ha padecido de deficiencia nutricional?

SI__ NO

9. ¿Está tomando algún medicamento?

SI NO

10. ¿CUAL? Agrodipina, diabines, atenolol, glucofage, laxi.

11. ¿Es alérgico a algún medicamento?

SI NO

12. ¿Actualmente tiene un problema de afección dental?

SI NO

13. ¿Tiene en la actualidad algún problema emocional con los dientes y los maxilares? ninguno

14. Desgaste dental: SI NO Incisal Oclusal

15. Movilidad dentaria: SI NO

16. Enfermedad periodontal: SI NO

17. ¿Tiene en la actualidad algún dolor en los maxilares o dientes?

SI NO

18. ¿El dolor le afecta a un lado de la cara o ambos lados?

- Ninguno

19. Tiene dolor en alguna de las siguientes zonas:

<input checked="" type="checkbox"/> Articulación	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar sup.	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar inf.	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Dientes	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Lengua	<input type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> Ojos	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Frente	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Musculatura facial	<input type="checkbox"/>

20. Especifique el tipo de dolor que tiene:

<input checked="" type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Sordo	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Constante	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Profundo	<input type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> Superficial	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Punzante	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Irrradiado	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Difuso	<input type="checkbox"/>

21. El dolor es:

✓ Constante	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Itinerante	<input type="checkbox"/>

22. Duración del dolor:

✓ Segundos	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Minutos	<input type="checkbox"/>
✓ Horas	<input type="checkbox"/>
✓ Todo el día	<input type="checkbox"/>

23. ¿Cómo se genera el dolor?

- Cuando abre mucho la boca.

24. Comienza súbitamente o gradualmente

25. Como cesa el dolor: súbitamente o gradualmente

26. ¿En qué momento del día o la noche el dolor es más intenso?

- En la noche

27. ¿Con qué frecuencia siente el dolor?

- A veces

28. ¿Cuál es el periodo más largo que ha experimentado ese dolor?

- Todo el tiempo duele

29. ¿Toma algún medicamento para aliviar este dolor?

- Umbral

30. ¿En reposo aumenta o disminuye este dolor?

- Disminuye

31. ¿Experimenta usted alguna manera o posición para aliviar este dolor?

- Para nada

32. Alguna de estas actividades genera este dolor:

✓ Bostezar	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Cantar	<input type="checkbox"/>
✓ Mascar chicle	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los brazos	<input type="checkbox"/>

✓ Mover la cabeza	<input type="checkbox"/>
✓ Deglutir	<input type="checkbox"/>
✓ Hablar	<input type="checkbox"/>
✓ Masticar	<input type="checkbox"/>
✓ Gritar	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el tronco	<input type="checkbox"/>
✓ Cepillar los dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los hombros	<input type="checkbox"/>

33. Puede abrir la boca:

✓ Parcialmente	<input type="checkbox"/>
✓ Normalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Casi nada	<input type="checkbox"/>

34. ¿Abrió alguna vez la boca tanto que se le quedó abierta?

- Nunca en la vida

35. Tiene alguno de estos sonidos en la articulación?

✓ Rechinamiento	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Chasquido	<input type="checkbox"/>
✓ Estallido	<input type="checkbox"/>
✓ Cierre seco	<input type="checkbox"/>

36. Estos ruidos se producen:

✓ Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
✓ Ocasionalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Constantemente	<input type="checkbox"/>

37. ¿Ha notado alguna modificación en la manera de morder o masticar?

SI__ NO_✓

38. ¿Ha notado alguna modificación en la audición?

SI_✓ NO__

39. ¿Siente vértigo, desvanecimiento o náuseas?

SI_✓ NO__

40. ¿Están los dientes apretados cuando se despierta?

SI__ NO_✓

41. ¿Rechina los dientes cuando duerme o está despierto?

SI__ NO_✓

42. ¿Aprieta o rechinan los dientes cuando está concentrado?

SI__ NO_✓

43. ¿Siente alguna vez cansado los músculos mandibulares?

SI__ NO_✓

44. ¿Hábito de jugar con la mandíbula?

SI__ NO_✓

45. Presencia del tercer molar:

SI__ NO_✓

✓ Erupcionado	<input type="checkbox"/>
✓ Retenido	<input type="checkbox"/>
✓ Impactado	<input type="checkbox"/>

EXAMEN CLINICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Fecha: 16/12/2009

Paciente: Mercedes Aurora Criollo

1. Molestia principal: dolor muscular
2. Síntomas experimentados hace 3 años.
3. Cronología de los síntomas:
 - a) Músculos hipertónicos
 - b) Factores oclusales: ausencia de piezas dentales
 - c) Estrés emocional

4. Asimetría facial:
 - a) Ninguna
 - b) Si, la simetría es (perceptible ___ obvia ___ grande ___) en lado (derecho ___ o izquierdo ___) en (zona temporal ___ o maseterina ___)

5. Palpación de las articulaciones DOLOR

a) Al palpar la ATM (dientes en posición de reposo)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Al palpar la ATM (dientes apretados)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) El examen digital del conducto auditivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Durante el movimiento protrusivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Traslación del cóndilo derecho	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input checked="" type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>
f) Traslación del cóndilo izquierdo	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input checked="" type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>

6. Palpación de los músculos DOLOR

a) Masetero	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) Pterigoideo interno	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Pterigoideo externo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

7. Dolor en la cabeza y el cuello

DOLOR

a) Vértex		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
b) Temporal	Derecha	<input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
c) Occipucio		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
d) Cuello	Atrás	<input checked="" type="checkbox"/>	Costados	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
e) Trapecio	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input checked="" type="checkbox"/>
f) Esternocleidomastoideo	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input checked="" type="checkbox"/>

8. Movimiento de apertura

- a) Sincrónico ___ Asincrónico
- b) Apertura máxima sin dolor 43mm.
- c) Al abrir desvía hacia la derecha ___ izquierda no ___
- d) Desvía primero a la derecha luego a la izquierda si no ___
- e) Desvía primero a la izquierda luego a la derecha si ___ no
- f) Desvía unos 2 mm
- g) Efectúa la excursión lateral derecha si ___ no
- h) Efectúa la excursión lateral izquierda si ___ no
- i) Efectúa movimientos protrusivos si no ___

9. Enumere las zonas de:

- I. Desgaste incisal y oclusal: solo en la piezas remanentes
- II. Movilidad: en los cuatro cuadrantes
- III. Problemas periodontales: en todas las piezas

10. Examen de la oclusión

a) Deslazamiento distal de relación céntrica a relación céntrica		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Soporte superior firme		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Prótesis satisfactoria	No hay	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Oclusión protegida por el canino (o función de grupo)	Lado derecho	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
e) interferencias del lado activo	Lado derecho	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
f) interferencias en el lado de balance	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

- a) Hipermovilidad__ Hipomovilidad oclusión corriente__
 b) Entrecruzamiento 0mm Resalte 0mm.
 c) El bruxismo hábito de apretar son sospechados_x__ o admitidos por el paciente_x__

11. Radiografía de la Articulación Temporomandibular

- Tipo de radiografía ATM

a) Morfología del cóndilo	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
b) Morfología de la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
c) Morfología de la eminencia	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
d) Postura del cóndilo en la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO

12. Medidas corrientes desde el cóndilo

- I. A la eminencia: I= 1.8mm D= 2mm
- II. A la parte superior de la fosa: I= 4mm D= 3.5mm
- III. hasta el centro del conducto auditivo externo: I= 8.5mm D= 7.8mm

a) manifestaciones de cambios osteoartroticos en	DERECHO IZQUIERDO	SI NO
--	----------------------	----------

13. Examen neurológico limitado

ALTERADO

a) Nervio II	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b) Nervios III, IV, VI	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c) Nervio V	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d) Nervio VII	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) Nervio VIII	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

14. Ortopedia

a) Postura general: Erecto Desgarbado Desviación

b) Cabeza equidistante entre los hombros: SI NO

La cabeza está más cerca del hombro: Izquierdo Derecho

c) Nivel de los ojos y las cejas: SI NO

Más alto: Izquierdo Derecho

d) Nivel de los hombros: SI NO

Está más alto el hombro: Izquierdo Derecho

e) Columna vertebral: Derecha o Escoliosis

f) nivel de la caderas: SI NO

Está más alta la cadera: Izquierda Derecha

g) presencia de dolor lumbar bajo: SI NO

h) Piernas de igual longitud: SI NO

Está más alta la pierna: Izquierda Derecha

15. Hábitos que notó durante el examen:

- Ninguno

16. Factores emocionales:

- ¿Tiene hijos? Tiene 2
- ¿Duerme bien? No, tiene insomnio
- ¿Su conyugue lo ayuda? Si
- ¿Lo satisface su trabajo? Si
- ¿Tiene visitas en casa? Si a menudo

- ¿Está deprimido? No

17. NOTAS SOBRE SUS PRIMERAS IMPRESIONES:

- Es una persona que le gusta seguir adelante, es buena madre, le gusta atender a su familia.



Fig. No. 52: palpación del cóndilo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 53: palpación del cóndilo en apertura
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 54: palpación del conducto auditivo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 55: palpación del conducto auditivo en apertura
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 56: palpación del músculo masetero
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 57: palpación del músculo temporal
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 58: palpación del músculo pterigoideo externo
Fuente: Luis Miguel Moncayo

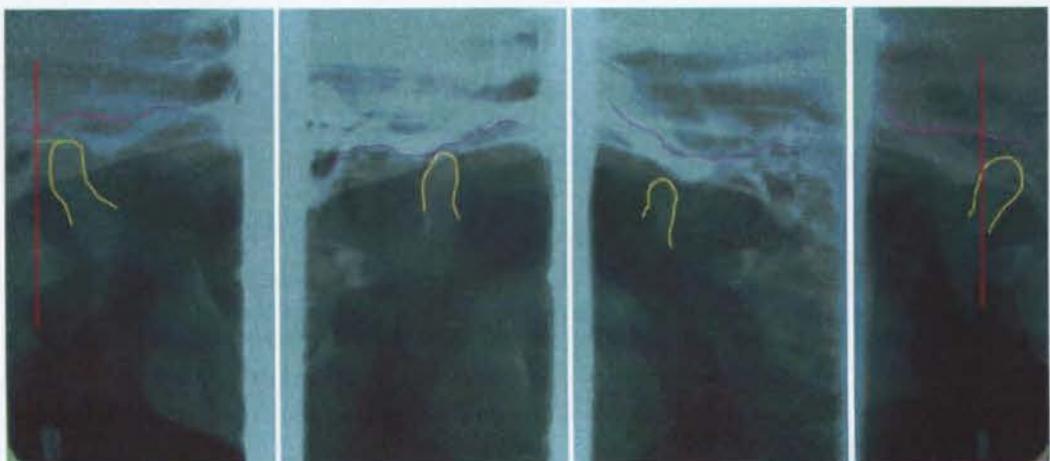


Fig. No. 59: radiografía de los cóndilos en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

PROTOCOLO DE TESIS

HISTORIA PERSONAL:

Fecha: 16/12/2009

Apellidos y Nombres: Mercedes Aurora Criollo

Edad: 82 años Sexo: femenino

Estado civil: Viuda

Domicilio: Garcia Gollena 1300, entre Guaranda y capitán Saera

Tel. domicilio: 2448503

Profesión: Ama de casa

SALUD GENERAL:

1. ¿Presenta alguna enfermedad articular sistémica?

- Artrosis

2. ¿Desde cuándo la presenta?

- Hace 30 años.

3. ¿Presenta alguna otra enfermedad sistémica?

- Hipertensión arterial y diabetes

4. ¿Desde cuándo la presenta?

- 30 años

5. ¿Dolor de la cabeza frecuentes y en qué zonas?

- no

6. ¿Tiene jaqueca?

SI ___ NO

7. ¿Ha tenido algún tipo de accidente que haya golpeado su cabeza (lesión de látigo) y en que parte de la cabeza?

- Si en la frente, hace 5 años

8. ¿Ha padecido de deficiencia nutricional?

SI ___ NO

9. ¿Está tomando algún medicamento?

SI NO

10. ¿CUAL? Agrodipina, diabines, atenolol, glucofage, laxi.

11. ¿Es alérgico a algún medicamento?

SI NO

12. ¿Actualmente tiene un problema de afección dental?

SI NO

13. ¿Tiene en la actualidad algún problema emocional con los dientes y los maxilares? ninguno

14. Desgaste dental: SI NO Incisal Oclusal

15. Movilidad dentaria: SI NO

16. Enfermedad periodontal: SI NO

17. ¿Tiene en la actualidad algún dolor en los maxilares o dientes?

SI NO

18. ¿El dolor le afecta a un lado de la cara o ambos lados?

- Ninguno

19. Tiene dolor en alguna de las siguientes zonas:

✓ Articulación	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Oído	<input type="checkbox"/>
✓ Maxilar sup.	<input type="checkbox"/>
✓ Maxilar inf.	<input type="checkbox"/>
✓ Dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Lengua	<input type="checkbox"/>

✓ Ojos	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Frente	<input type="checkbox"/>
✓ Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Musculatura facial	<input type="checkbox"/>

20. Especifique el tipo de dolor que tiene:

✓ Agudo	<input type="checkbox"/>
✓ Sordo	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Constante	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Profundo	<input type="checkbox"/>

✓ Superficial	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Punzante	<input type="checkbox"/>
✓ Irradiado	<input type="checkbox"/>
✓ Difuso	<input type="checkbox"/>

21. El dolor es:

✓ Constante	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Itinerante	<input checked="" type="checkbox"/>

22. Duración del dolor:

✓ Segundos	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Minutos	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Horas	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Todo el día	<input checked="" type="checkbox"/>

23. ¿Cómo se genera el dolor?

- Cuando abre mucho la boca.

24. Comienza súbitamente o gradualmente ___

25. Como cesa el dolor: súbitamente o gradualmente ___

26. ¿En qué momento del día o la noche el dolor es más intenso?

- En la noche

27. ¿Con qué frecuencia siente el dolor?

- A veces

28. ¿Cuál es el periodo más largo que ha experimentado ese dolor?

- Todo el tiempo duele

29. ¿Toma algún medicamento para aliviar este dolor?

- Umbral

30. ¿En reposo aumenta o disminuye este dolor?

- Disminuye

31. ¿Experimenta usted alguna manera o posición para aliviar este dolor?

- Para nada

32. Alguna de estas actividades genera este dolor:

✓ Bostezar	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Cantar	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Mascar chicle	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Mover los brazos	<input checked="" type="checkbox"/>

✓ Mover la cabeza	<input type="checkbox"/>
✓ Deglutir	<input type="checkbox"/>
✓ Hablar	<input type="checkbox"/>
✓ Masticar	<input type="checkbox"/>
✓ Gritar	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el tronco	<input type="checkbox"/>
✓ Cepillar los dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los hombros	<input type="checkbox"/>

33. Puede abrir la boca:

✓ Parcialmente	<input type="checkbox"/>
✓ Normalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Casi nada	<input type="checkbox"/>

34. ¿Abrió alguna vez la boca tanto que se le quedó abierta?

- Nunca en la vida

35. Tiene alguno de estos sonidos en la articulación?

✓ Rechinamiento	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Chasquido	<input type="checkbox"/>
✓ Estallido	<input type="checkbox"/>
✓ Cierre seco	<input type="checkbox"/>

36. Estos ruidos se producen:

✓ Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
✓ Ocasionalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Constantemente	<input type="checkbox"/>

37. ¿Ha notado alguna modificación en la manera de morder o masticar?

✓

SI__ NO__

38. ¿Ha notado alguna modificación en la audición?

SI NO__

39. ¿Siente vértigo, desvanecimiento o nauseas?

SI NO__

40. ¿Están los dientes apretados cuando se despierta?

SI__ NO

41. ¿Rechina los dientes cuando duerme o está despierto?

SI__ NO

42. ¿Aprieta o rechinan los dientes cuando está concentrado?

SI__ NO

43. ¿Siente alguna vez cansado los músculos mandibulares?

SI__ NO

44. ¿Hábito de jugar con la mandíbula?

SI__ NO

45. Presencia del tercer molar:

SI__ NO

<input checked="" type="checkbox"/> Erupcionado	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Retenido	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Impactado	<input type="checkbox"/>

EXAMEN CLINICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Fecha: 16/12/2009

Paciente: Mercedes Aurora Criollo

1. Molestia principal: dolor muscular
2. Síntomas experimentados hace 3 años.
3. Cronología de los síntomas:
 - a) Músculos hipertónicos
 - b) Factores oclusales: ausencia de piezas dentales
 - c) Estrés emocional
4. Asimetría facial:
 - a) Ninguna
 - b) Si, la simetría es (perceptible___ obvia___ grande___) en lado (derecho___ o izquierdo___) en (zona temporal ___ o maseterina___)

5. Palpación de las articulaciones

DOLOR

a) Al palpar la ATM (dientes en posición de reposo)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Al palpar la ATM (dientes apretados)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) El examen digital del conducto auditivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Durante el movimiento protrusivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Traslación del cóndilo derecho	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input checked="" type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>
f) Traslación del cóndilo izquierdo	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input checked="" type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>

6. Palpación de los músculos

DOLOR

a) Masetero	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) Pterigoideo interno	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Pterigoideo externo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

7. Dolor en la cabeza y el cuello

DOLOR

a) Vértex		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
b) Temporal	Derecha	<input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
c) Occipucio		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
d) Cuello	Atrás	<input checked="" type="checkbox"/>	Costados	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
e) Trapecio	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input checked="" type="checkbox"/>
f) Esternocleidomastoideo	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input checked="" type="checkbox"/>

8. Movimiento de apertura

- a) Sincrónico ___ Asincrónico
- b) Apertura máxima sin dolor 43mm.
- c) Al abrir desvía hacia la derecha ___ izquierda no ___
- d) Desvía primero a la derecha luego a la izquierda si no ___
- e) Desvía primero a la izquierda luego a la derecha si ___ no
- f) Desvía unos 2 mm
- g) Efectúa la excursión lateral derecha si ___ no
- h) Efectúa la excursión lateral izquierda si ___ no
- i) Efectúa movimientos protrusivos si no ___

9. Enumere las zonas de:

- I. Desgaste incisal y oclusal: solo en la piezas remanentes
- II. Movilidad: en los cuatro cuadrantes
- III. Problemas periodontales: en todas las piezas

10. Examen de la oclusión

a) Deslazamiento distal de relación céntrica a relación céntrica		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Soporte superior firme		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Prótesis satisfactoria	No hay	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Oclusión protegida por el canino (o función de grupo)	Lado derecho	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

e) interferencias del lado activo	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
f) interferencias en el lado de balance	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

- a) Hipermovilidad ___ Hipomovilidad oclusión corriente ___
 b) Entrecruzamiento 0mm Resalte 0mm.
 c) El bruxismo hábito de apretar son sospechados x o admitidos por el paciente x

11. Radiografía de la Articulación Temporomandibular

- Tipo de radiografía ATM

a) Morfología del cóndilo	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
b) Morfología de la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
c) Morfología de la eminencia	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
d) Postura del cóndilo en la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO

12. Medidas corrientes desde el cóndilo

- IV. A la eminencia: I= 1.8mm D= 2mm
 V. A la parte superior de la fosa: I= 4mm D= 3.5mm
 VI. hasta el centro del conducto auditivo externo: I= 8.5mm D= 7.8mm

e) manifestaciones de cambios osteoartroticos en	DERECHO	SI
	IZQUIERDO	NO

13. Examen neurológico limitado

ALTERADO

a) Nervio II	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b) Nervios III, IV, VI	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c) Nervio V	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d) Nervio VII	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) Nervio VIII	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

14. Ortopedia

a) Postura general: Erecto Desgarbado Desviación

b) Cabeza equidistante entre los hombros: SI NO

La cabeza está más cerca del hombro: Izquierdo Derecho

c) Nivel de los ojos y las cejas: SI NO

Más alto: Izquierdo Derecho

d) Nivel de los hombros: SI NO

Está más alto el hombro: Izquierdo Derecho

e) Columna vertebral: Derecha o Escoliosis

f) nivel de la caderas: SI NO

Está más alta la cadera: Izquierda Derecha

g) presencia de dolor lumbar bajo: SI NO

h) Piernas de igual longitud: SI NO

Está más alta la pierna: Izquierda Derecha

15. Hábitos que notó durante el examen:

- Ninguno

16. Factores emocionales:

- ¿Tiene hijos? Tiene 2
- ¿Duerme bien? No, tiene insomnio
- ¿Su conyugue lo ayuda? Si
- ¿Lo satisface su trabajo? Si
- ¿Tiene visitas en casa? Si a menudo

- ¿Está deprimido? No

17. NOTAS SOBRE SUS PRIMERAS IMPRESIONES:

- Es una persona que le gusta seguir adelante, es buena madre, le gusta atender a su familia.



Fig. No. 60: palpación de los condilos
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 61: palpación del conducto auditivo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 62: palpación de los temporales
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 63: palpación del músculo pterigoideo externo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 64: palpación del músculo pterigoideo interno
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 60: artritis reumática en las manos
Fuente: Luis Miguel Moncayo

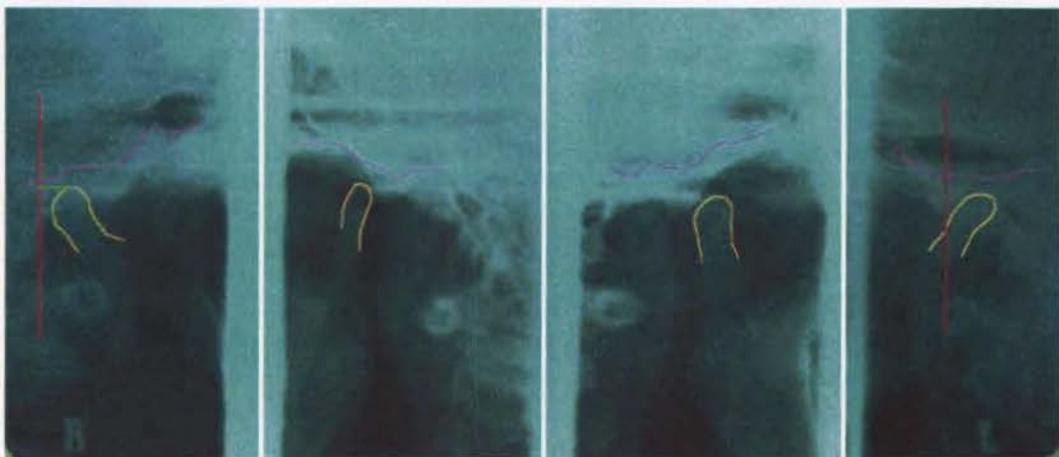


Fig. No. 61: radiografía de los cóndilos en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

PROTOCOLO DE TESIS

HISTORIA PERSONAL:

Fecha: 16/12/2009

Apellidos y Nombres: Antonio Coello

Edad: 57 años Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Nombre del Conyugue: Gardenia Intriago

Domicilio: la ch 45, batallón

Tel. domicilio: 2847671

Profesión: Gasfitero

SALUD GENERAL:

1. ¿Presenta alguna enfermedad articular sistémica?
 - Artritis reumatoide.
2. ¿Desde cuándo la presenta?
 - Hace 40 años, dejo su trabajo por los doleres de las articulaciones
3. ¿Presenta alguna otra enfermedad sistémica?
 - Operaciones de meniscos y riñones.
4. ¿Desde cuándo la presenta?
 - Hace unos 20 años la operaciones
5. ¿Dolor de la cabeza frecuentes y en qué zonas?
 - No
6. ¿Tiene jaqueca?

SI NO
7. ¿Ha tenido algún tipo de accidente que haya golpeado su cabeza (lesión de látigo) y en que parte de la cabeza?
 - Si, en la frente, tuvo un accidente de transito
8. Fecha de accidente? 30 años

9. ¿Ha padecido de deficiencia nutricional?

SI NO

10. ¿Está tomando algún medicamento?

SI NO

11. ¿CUAL? Buprex

12. ¿Es alérgico a algún medicamento?

SI NO

13. ¿Actualmente tiene un problema de afección dental?

SI NO

14. ¿Tiene en la actualidad algún problema emocional con los dientes y los maxilares?

- Si, se siente mal por su salud oral

15. Desgaste dental: SI NO Incisal Oclusal

16. Movilidad dentaria: SI NO

17. Enfermedad periodontal: SI NO

18. ¿Tiene en la actualidad algún dolor en los maxilares o dientes?

SI NO

19. Tiene dolor en alguna de las siguientes zonas:

✓ Articulación	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Oído	<input type="checkbox"/>
✓ Maxilar sup.	<input type="checkbox"/>
✓ Maxilar inf.	<input type="checkbox"/>
✓ Dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Lengua	<input type="checkbox"/>

✓ Ojos	<input type="checkbox"/>
✓ Frente	<input type="checkbox"/>
✓ Cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Hombros	<input type="checkbox"/>
✓ Musculatura facial	<input checked="" type="checkbox"/>

20. Especifique el tipo de dolor que tiene:

✓ Agudo	<input type="checkbox"/>
✓ Sordo	<input type="checkbox"/>
✓ Constante	<input type="checkbox"/>

✓ Profundo	<input type="checkbox"/>
✓ Superficial	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Punzante	<input type="checkbox"/>

✓ Irradiado	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

✓ Difuso	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------

21. El dolor es:

✓ Constante	<input type="checkbox"/>
✓ Itinerante	<input type="checkbox"/>

22. Duración del dolor:

✓ Segundos	<input type="checkbox"/>
✓ Minutos	<input type="checkbox"/>
✓ Horas	<input type="checkbox"/>
✓ Todo el día	<input type="checkbox"/>

23. ¿Cómo se genera el dolor?

- Al mover continuamente la boca

24. Comienza súbitamente ___ o gradualmente ✓

25. Como cesa el dolor: súbitamente ___ o gradualmente ✓

26. ¿En qué momento del día o la noche el dolor es más intenso?

- Aparece de repente

27. ¿Con qué frecuencia siente el dolor?

- No tan frecuente

28. ¿Cuál es el periodo más largo que ha experimentado ese dolor?

- Nunca le ha dolido tanto tiempo

29. ¿Toma algún medicamento para aliviar este dolor?

- No

30. ¿En reposo aumenta o disminuye este dolor?

- Disminuye

31. ¿Experimenta usted alguna manera o posición para aliviar este dolor?

- Para nada

32. Alguna de estas actividades genera este dolor:

✓ Bostezar	<input type="checkbox"/>
✓ Cantar	<input type="checkbox"/>
✓ Mascar chicle	<input type="checkbox"/>

✓ Mover los brazos	<input type="checkbox"/>
✓ Mover la cabeza	<input type="checkbox"/>
✓ Deglutir	<input type="checkbox"/>
✓ Hablar	<input type="checkbox"/>
✓ Masticar	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Gritar	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el tronco	<input type="checkbox"/>
✓ Cepillar los dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los hombros	<input type="checkbox"/>

33. Puede abrir la boca:

✓ Parcialmente	<input type="checkbox"/>
✓ Normalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Casi nada	<input type="checkbox"/>

34. ¿Abrió alguna vez la boca tanto que se le quedó abierta?

- Nunca

35. Tiene alguno de estos sonidos en la articulación?

✓ Rechinamiento	<input type="checkbox"/>
✓ Chasquido	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Estallido	<input type="checkbox"/>
✓ Cierre seco	<input type="checkbox"/>

36. Estos ruidos se producen:

✓ Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
✓ Constantemente	<input type="checkbox"/>

37. ¿Ha notado alguna modificación en la manera de morder o masticar?

✓

SI__ NO__

38. ¿Ha notado alguna modificación en la audición?

SI__ NO

39. ¿Siente vértigo, desvanecimiento o náuseas?

SI__ NO

40. ¿Están los dientes apretados cuando se despierta?

SI__ NO

41. ¿Rechina los dientes cuando duerme o está despierto?

SI__ NO

42. ¿Aprieta o rechinan los dientes cuando está concentrado?

SI__ NO

43. ¿Siente alguna vez cansado los músculos mandibulares?

SI NO__

44. ¿Hábito de jugar con la mandíbula?

SI__ NO

45. Presencia del tercer molar:

SI__ NO

<input checked="" type="checkbox"/> Erupcionado	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Retenido	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Impactado	<input type="checkbox"/>

EXAMEN CLINICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Fecha: 16/12/2009

Paciente: Antonio Coello

1. Molestia principal: dolor del lado izquierdo de la articulación
2. Síntomas experimentados hace 6 años.
3. Cronología de los síntomas:
 - a) Músculos hipertónicos
 - b) Factores oclusales: ausencia de piezas dentales
 - c) Estrés: no
4. Asimetría facial:
 - a) Ninguna
 - b) Si, la simetría es (perceptible ___ obvia ___ grande ___) en lado (derecho ___ o izquierdo ___) en (zona temporal ___ o maseterina ___)

5. Palpación de las articulaciones

DOLOR

a) Al palpar la ATM (dientes en posición de reposo)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Al palpar la ATM (dientes apretados)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) El examen digital del conducto auditivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Durante el movimiento protrusivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Traslación del cóndilo derecho	Suave <input checked="" type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>
f) Traslación del cóndilo izquierdo	Suave <input checked="" type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>

6. Palpación de los músculos

DOLOR

a) Masetero	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
c) Pterigoideo interno	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Pterigoideo externo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

7. Dolor en la cabeza y el cuello

DOLOR

a) Vértex		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Occipucio		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Cuello	Atrás <input checked="" type="checkbox"/>	Costados	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
e) Trapecio	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
f) Esternocleidomastoideo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>

8. Movimiento de apertura

- a) Sincrónico Asincrónico
- b) Apertura máxima sin dolor 45mm.
- c) Al abrir desvía hacia la derecha izquierda no
- d) Desvía primero a la derecha luego a la izquierda si no
- e) Desvía primero a la izquierda luego a la derecha si no
- f) Desvía unos 0 mm
- g) Efectúa la excursión lateral derecha si no
- h) Efectúa la excursión lateral izquierda si no
- i) Efectúa movimientos protrusivos si no

9. Enumere las zonas de:

- I. Desgaste incisal y oclusal: sector anterior y posterior inferior y superior
- II. Movilidad: ninguna
- III. Problemas periodontales: en toda la boca

10. Examen de la oclusión

a) Deslazamiento distal de relación céntrica a relación céntrica		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Soporte superior firme		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Prótesis satisfactoria	No hay <input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Oclusión protegida por el canino (o función de grupo)	Lado derecho	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Morbilidad de la disfunción temporomandibular en pacientes con enfermedades articulares sistémicas

	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) interferencias del lado activo	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
f) interferencias en el lado de balance	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

- a) Hipermovilidad__ Hipomovilidad__ oclusión corriente
- b) Entrecruzamiento 0mm Resalte 0mm.
- c) El bruxismo hábito de apretar son sospechados_x__ o admitidos por el paciente_x__

11. Radiografía de la Articulación Temporomandibular

- Tipo de radiografía ATM

a) Morfología del cóndilo	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
b) Morfología de la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
c) Morfología de la eminencia	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
d) Postura del cóndilo en la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO

12. Medidas corrientes desde el cóndilo

- I. A la eminencia: I= 3mm D= 3mm
- II. A la parte superior de la fosa: I= 1mm D= 2mm
- III. hasta el centro del conducto auditivo externo: I= 8mm D= 7mm

a) manifestaciones de cambios osteoartroticos en	DERECHO IZQUIERDO	SI NO
--	----------------------	----------

13. Examen neurológico limitado

ALTERADO

a) Nervio II	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b) Nervios III, IV, VI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
c) Nervio V	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
d) Nervio VII	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) Nervio VIII	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

14. Ortopedia

- a) Postura general: Erecto Desgarbado Desviación
- b) Cabeza equidistante entre los hombros: SI NO
 La cabeza está más cerca del hombro: Izquierdo Derecho
- c) Nivel de los ojos y las cejas: SI NO
 Más alto: Izquierdo Derecho
- d) Nivel de los hombros: SI NO
 Está más alto el hombro: Izquierdo Derecho
- e) Columna vertebral: Derecha o Escoliosis
- f) nivel de la caderas: SI NO
 Está más alta la cadera: Izquierda Derecha
- g) presencia de dolor lumbar bajo: SI NO
- h) Piernas de igual longitud: SI NO
 Está más alta la pierna: Izquierda Derecha

15. Hábitos que notó durante el examen:

- Ninguno

16. Factores emocionales:

- ¿Tiene hijos? Tiene 1
- ¿Duerme bien? No
- ¿Su cónyugue lo ayuda? Si
- ¿Lo satisface su trabajo? Es jubilado

- ¿Tiene visitas en casa? Si
- ¿Está deprimido? No

17. NOTAS SOBRE SUS PRIMERAS IMPRESIONES:

- Es una persona que ha superado todos su problemas y sigue adelante con su vida



Fig. No. 62: palpación del cóndilo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 63: palpación del cóndilo
en apertura
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 64: palpación del conducto
auditivo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 65: palpación del conducto
auditivo en apertura
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 66: palpación del músculo pterigoideo interno
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 67: palpación del músculo masetero
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 68: palpación del músculo temporal
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 69: palpación del músculo pterigoideo externo
Fuente: Luis Miguel Moncayo

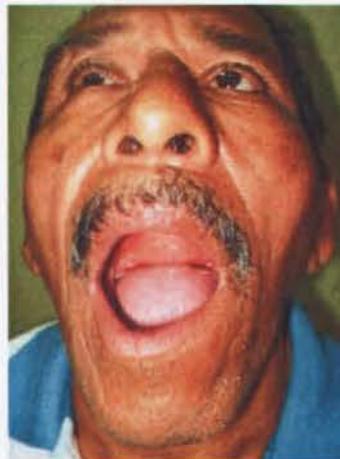


Fig. No. 70: apertura máxima sin dolor
Fuente: Luis Miguel Moncayo

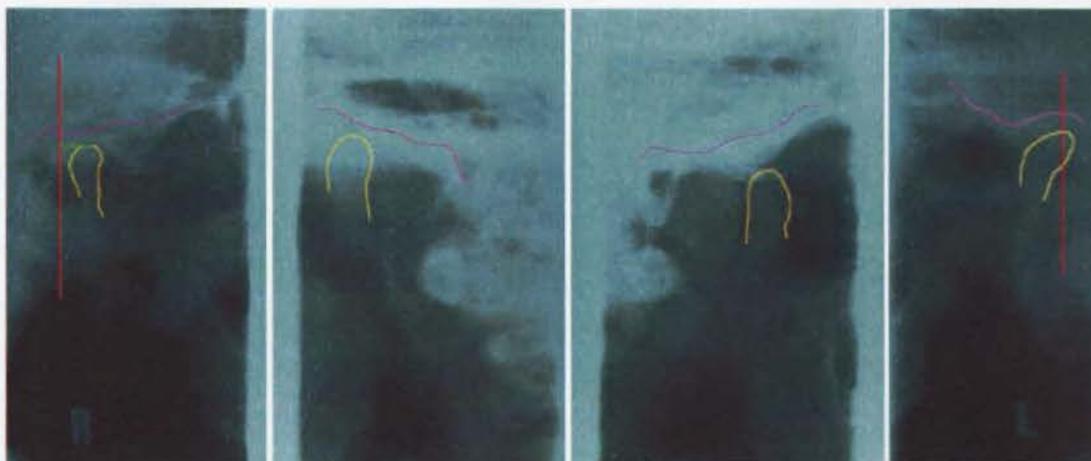


Fig. No. 71: radiografía de los cóndilos en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

PROTOCOLO DE TESIS

HISTORIA PERSONAL:

Fecha: 18/11/2009

Apellidos y Nombres: José Brito

Edad: 57 años Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Nombre del Conyugue: Sonia Valarezo

Domicilio: Santa Mónica Mz 18 villa 5

Tel. domicilio: 2507006

Profesión: Taxista

SALUD GENERAL:

1. ¿Presenta alguna enfermedad articular sistémica?
 - Artritis reumatoide y artrosis
2. ¿Desde cuándo la presenta?
 - Hace 20 años
3. ¿Presenta alguna otra enfermedad sistémica?
 - No, pero ha tenido operaciones en riñones, una vez le dispararon en la cara que le atravesó por la oreja
4. ¿Desde cuándo la presenta?
 - Fue hace mucho tiempo, no recuerda bien
5. ¿Dolor de la cabeza frecuentes y en qué zonas?
 - No
6. ¿Tiene jaqueca?

SI ___ NO
7. ¿Ha tenido algún tipo de accidente que haya golpeado su cabeza (lesión de látigo) y en que parte de la cabeza?
 - No pero recibió un disparo en la cara

8. Fecha de accidente? Ya no se acuerda

9. ¿Ha padecido de deficiencia nutricional?
SI ___ NO

10. ¿Está tomando algún medicamento?
SI ___ NO

11. ¿CUAL? Diclofenaco sódico, aralen, metexatro

12. ¿Es alérgico a algún medicamento?
SI ___ NO

13. ¿Actualmente tiene un problema de afección dental?
SI NO ___

14. ¿Tiene en la actualidad algún problema emocional con los dientes y los maxilares?

- no, se siente bien con si boca

15. Desgaste dental: SI ___ NO Incisal ___ Oclusal ___

16. Movilidad dentaria: SI ___ NO

17. Enfermedad periodontal: SI NO ___

18. ¿Tiene en la actualidad algún dolor en los maxilares o dientes?
SI ___ NO

19. Tiene dolor en alguna de las siguientes zonas:

<input checked="" type="checkbox"/> Articulación	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar sup.	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar inf.	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Dientes	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Lengua	<input type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Frente	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Musculatura facial	<input type="checkbox"/>

20. Especifique el tipo de dolor que tiene:

✓ Agudo	<input type="checkbox"/>
✓ Sordo	<input type="checkbox"/>
✓ Constante	<input type="checkbox"/>
✓ Profundo	<input type="checkbox"/>

✓ Superficial	<input type="checkbox"/>
✓ Punzante	<input type="checkbox"/>
✓ Irrradiado	<input type="checkbox"/>
✓ Difuso	<input type="checkbox"/>

21. El dolor es:

✓ Constante	<input type="checkbox"/>
✓ Itinerante	<input type="checkbox"/>

22. Duración del dolor:

✓ Segundos	<input type="checkbox"/>
✓ Minutos	<input type="checkbox"/>
✓ Horas	<input type="checkbox"/>
✓ Todo el día	<input type="checkbox"/>

23. ¿Cómo se genera el dolor?

- en la mañanas al levantarse

24. Comienza súbitamente ___ o gradualmente ✓

25. Como cesa el dolor: súbitamente ___ o gradualmente ✓

26. ¿En qué momento del día o la noche el dolor es más intenso?

- Solo las mañanas, siente todo tieso.

27. ¿Con qué frecuencia siente el dolor?

- Solo cuando no toma los medicamentos

28. ¿Cuál es el periodo más largo que ha experimentado ese dolor?

- Una vez le dolió todo el día

29. ¿Toma algún medicamento para aliviar este dolor?

- Arcoxia

30. ¿En reposo aumenta o disminuye este dolor?

- Ninguna de las dos

31. ¿Experimenta usted alguna manera o posición para aliviar este dolor?

- Para nada

32. Alguna de estas actividades genera este dolor:

✓ Bostezar	<input type="checkbox"/>
✓ Cantar	<input type="checkbox"/>
✓ Mascar chicle	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los brazos	<input type="checkbox"/>
✓ Mover la cabeza	<input type="checkbox"/>
✓ Deglutir	<input type="checkbox"/>
✓ Hablar	<input type="checkbox"/>
✓ Masticar	<input type="checkbox"/>
✓ Gritar	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el tronco	<input type="checkbox"/>
✓ Cepillar los dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los hombros	<input type="checkbox"/>

33. Puede abrir la boca:

✓ Parcialmente	<input type="checkbox"/>
✓ Normalmente	<input type="checkbox"/>
✓ Casi nada	<input type="checkbox"/>

34. ¿Abrió alguna vez la boca tanto que se le quedó abierta?

- Cuando era niño se dislocaba constantemente la mandíbula

35. Tiene alguno de estos sonidos en la articulación?

✓ Rechinamiento	<input type="checkbox"/>
✓ Chasquido	<input type="checkbox"/>
✓ Estallido	<input type="checkbox"/>
✓ Cierre seco	<input type="checkbox"/>

36. Estos ruidos se producen:

✓ Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
✓ Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>

✓ Constantemente	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------	-------------------------------------

37. ¿Ha notado alguna modificación en la manera de morder o masticar?

SI__ NO ✓

38. ¿Ha notado alguna modificación en la audición?

SI__ NO ✓

39. ¿Siente vértigo, desvanecimiento o náuseas?

SI__ NO ✓

40. ¿Están los dientes apretados cuando se despierta?

SI__ NO ✓

41. ¿Rechina los dientes cuando duerme o está despierto?

SI__ NO ✓

42. ¿Apretas o rechinas los dientes cuando estás concentrado?

SI__ NO ✓

43. ¿Sientes alguna vez cansado los músculos mandibulares?

SI ✓ NO__

44. ¿Hábito de jugar con la mandíbula?

SI ✓ NO__

45. Presencia del tercer molar:

SI__ NO ✓

✓ Erupcionado	<input type="checkbox"/>
✓ Retenido	<input type="checkbox"/>
✓ Impactado	<input type="checkbox"/>

EXAMEN CLINICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Fecha: 18/11/2009

Paciente: José Brito

1. Molestia principal: ruidos articulares
2. Síntomas experimentados hace 20 años.
3. Cronología de los síntomas:
 - a) Músculos relajados
 - b) Factores oclusales: oclusión balanceada
 - c) Estrés: a veces

4. Asimetría facial:
 - a) Ninguna
 - b) Si, la simetría es (perceptible ___ obvia ___ grande ___) en lado (derecho ___ o izquierdo ___) en (zona temporal ___ o maseterina ___)

5. Palpación de las articulaciones

DOLOR

a) Al palpar la ATM (dientes en posición de reposo)	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
b) Al palpar la ATM (dientes apretados)	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
c) El examen digital del conducto auditivo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
d) Durante el movimiento protrusivo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
e) Traslación del cóndilo derecho	Suave <input checked="" type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>
f) Traslación del cóndilo izquierdo	Suave <input checked="" type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>

6. Palpación de los músculos

DOLOR

a) Masetero	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
c) Pterigoideo interno	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
d) Pterigoideo externo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>

7. Dolor en la cabeza y el cuello

DOLOR

a) Vértex		SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>
c) Occipucio		SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
d) Cuello	Atrás <input type="checkbox"/>	Costados <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Trapecio	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
f) Esternocleidomastoideo	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>	No hay <input checked="" type="checkbox"/>

8. Movimiento de apertura

- a) Sincrónico ___ Asincrónico
- b) Apertura máxima sin dolor 30mm.
- c) Al abrir desvía hacia la derecha izquierda ___ no ___
- d) Desvía primero a la derecha luego a la izquierda si ___ no
- e) Desvía primero a la izquierda luego a la derecha si no ___
- f) Desvía unos 3 mm
- g) Efectúa la excursión lateral derecha si no ___
- h) Efectúa la excursión lateral izquierda si no ___
- i) Efectúa movimientos protrusivos si no ___

9. Enumere las zonas de:

- I. Desgaste incisal y oclusal: ninguno
- II. Movilidad: ninguna
- III. Problemas periodontales: gingivitis

10. Examen de la oclusión

a) Deslizamiento distal de relación céntrica a oclusión céntrica		SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b) Soporte superior firme		SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c) Prótesis satisfactoria	No hay <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d) Oclusión protegida por el canino (o función de grupo)	Lado derecho	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) interferencias del lado activo	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
f) interferencias en el lado de balance	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

- d) Hipermovilidad__ Hipomovilidad__ oclusión corriente
- e) Entrecruzamiento 0mm Resalte 1mm.
- f) El bruxismo hábito de apretar son sospechados_x__ o admitidos por el paciente_x__

11. Radiografía de la Articulación Temporomandibular

- Tipo de radiografía ATM

a) Morfología del cóndilo	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
b) Morfología de la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
c) Morfología de la eminencia	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
d) Postura del cóndilo en la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO

12. Medidas corrientes desde el cóndilo

- I. A la eminencia: I= 6mm D= 5.7mm
- II. A la parte superior de la fosa: I= 2.6mm D= 3.2mm
- III. hasta el centro del conducto auditivo externo: I= 7.2mm D= 8.1mm

a) manifestaciones de cambios osteoartroticos en	DERECHO IZQUIERDO	SI NO
--	----------------------	----------

13. Examen neurológico limitado

ALTERADO

a) Nervio II	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
b) Nervios III, IV, VI	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
c) Nervio V	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
d) Nervio VII	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) Nervio VIII	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>

14. Ortopedia

- a) Postura general: Erecto Desgarbado ___ Desviación ___
- b) Cabeza equidistante entre los hombros: SI NO ___
 La cabeza está más cerca del hombro: Izquierdo ___ Derecho ___
- c) Nivel de los ojos y las cejas: SI NO ___
 Más alto: Izquierdo ___ Derecho ___
- d) Nivel de los hombros: SI NO ___
 Está más alto el hombro: Izquierdo ___ Derecho ___
- e) Columna vertebral: Derecha o Escoliosis ___
- f) nivel de la caderas: SI NO ___
 Está más alta la cadera: Izquierda ___ Derecha ___
- g) presencia de dolor lumbar bajo: SI NO ___
- h) Piernas de igual longitud: SI NO ___
 Está más alta la pierna: Izquierda ___ Derecha ___

15. Hábitos que notó durante el examen:

- Ninguno

16. Factores emocionales:

- ¿Tiene hijos? no
- ¿Duerme bien? si
- ¿Su cónyugue lo ayuda? Si
- ¿Lo satisface su trabajo? No siemrpe
- ¿Tiene visitas en casa? Si

- ¿Está deprimido? No

17. NOTAS SOBRE SUS PRIMERAS IMPRESIONES:

- es un apersona que trata de vivir tranquilo, a pesar de todos sus problemas y es muy trabajador.



Fig. No. : Palpación del cóndilo en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

Fig. No. : Palpación del conducto auditivo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. : Palpación del conducto auditivo
Fuente: Luis Miguel Moncayo

Fig. No. : Palpación de los músculos masetero y pterigoideo interno
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 72: Palpación de los músculos pterigoideo interno y externo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 73, 74, 75, 76: Secuencia de apertura de la boca.
Fuente: Luis Miguel Moncayo

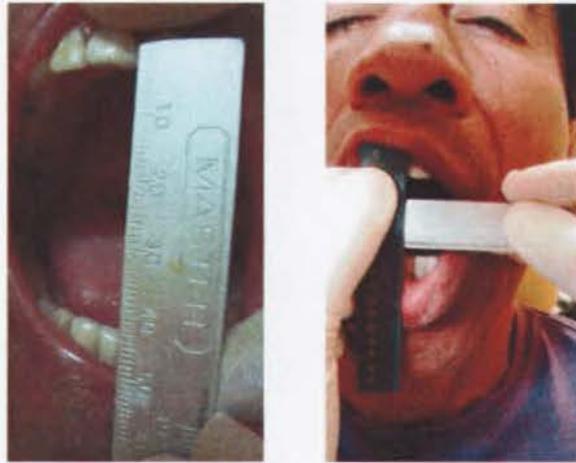


Fig. No. 77, 78: Medidas de máxima apertura y desviación de la mandíbula
Fuente: Luis Miguel Moncavo

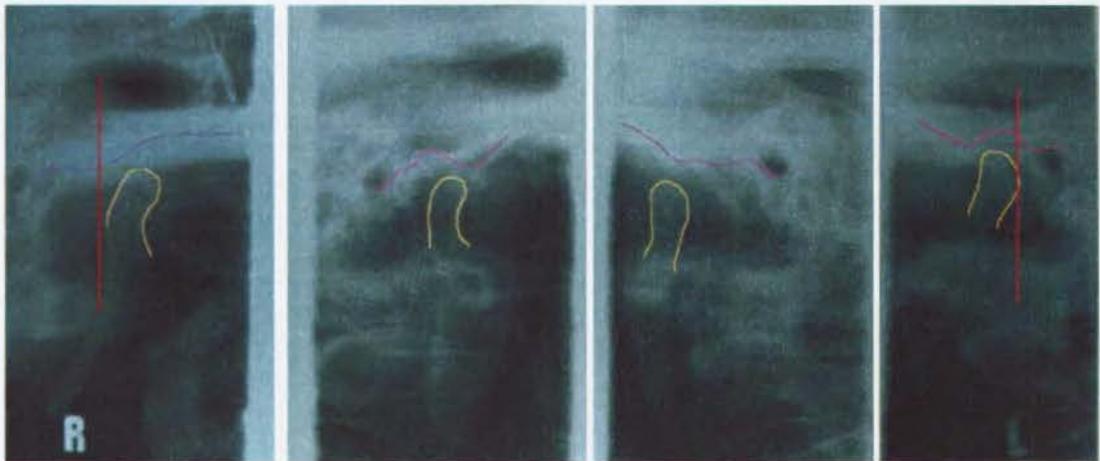


Fig. No. 79: Radiografía de apertura y cierre del cóndilo.
Fuente: Luis Miguel Moncavo

PROTOCOLO DE TESIS

HISTORIA PERSONAL:

Fecha: 9/12/2009

Apellidos y Nombres: Francisco Maquilón Paredes

Edad: 36 años Sexo: Masculino

Estado civil: Unión libre

Nombre del Conyugue: Greta Duarte Villamar

Domicilio: Guasmo sur, coop. unión de bananero

Tel. domicilio: 2488843

Profesión: Albañil

SALUD GENERAL:

1. ¿Presenta alguna enfermedad articular sistémica?

- Artrosis

2. ¿Desde cuándo la presenta?

- Hace 2 meses, empezó a sentir dolores en las articulaciones.

3. ¿Presenta alguna otra enfermedad sistémica?

- Prostatitis

4. ¿Desde cuándo la presenta?

- Hace 3 años

5. ¿Dolor de la cabeza frecuentes y en qué zonas?

- No

6. ¿Tiene jaqueca?

SI NO

7. ¿Ha tenido algún tipo de accidente que haya golpeado su cabeza (lesión de látigo) y en que parte de la cabeza?

- No se acuerda

8. ¿Ha padecido de deficiencia nutricional?

SI ___ NO

9. ¿Está tomando algún medicamento?

SI NO ___

10. ¿CUAL? Zaldear, metotexatro

11. ¿Es alérgico a algún medicamento?

SI ___ NO

12. ¿Actualmente tiene un problema de afección dental?

SI NO ___

13. ¿Tiene en la actualidad algún problema emocional con los dientes y los maxilares?

- No pero tiene problemas para comer

14. Desgaste dental: SI NO ___ Incisal ___ Oclusal

15. Movilidad dentaria: SI NO ___

16. Enfermedad periodontal: SI NO ___

17. ¿Tiene en la actualidad algún dolor en los maxilares o dientes?

SI NO ___

18. ¿Hace cuanto tiempo? No se acuerda

19. ¿Cómo le comenzó?

Súbitamente ___ Gradualmente

20. ¿El dolor le afecta a un lado de la cara o ambos lados?

- Ambos lados

21. Tiene dolor en alguna de las siguientes zonas:

<input checked="" type="checkbox"/> Articulación	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Oído	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar sup.	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Maxilar inf.	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Dientes	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Lengua	<input checked="" type="checkbox"/>

<input checked="" type="checkbox"/> Ojos	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Frente	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Musculatura facial	<input checked="" type="checkbox"/>

22. Especifique el tipo de dolor que tiene:

✓ Agudo	<input type="checkbox"/>
✓ Sordo	<input type="checkbox"/>
✓ Constante	<input type="checkbox"/>
✓ Profundo	<input type="checkbox"/>
✓ Superficial	<input type="checkbox"/>
✓ Punzante	<input type="checkbox"/>
✓ Irradiado	<input type="checkbox"/>
✓ Difuso	<input type="checkbox"/>

23. El dolor es:

✓ Constante	<input type="checkbox"/>
✓ Itinerante	<input type="checkbox"/>

24. Duración del dolor:

✓ Segundos	<input type="checkbox"/>
✓ Minutos	<input type="checkbox"/>
✓ Horas	<input type="checkbox"/>
✓ Todo el día	<input type="checkbox"/>

25. ¿Cómo se genera el dolor?

- Cuando mueve mucho la boca.

26. Comienza súbitamente ___ o gradualmente ✓

27. Como cesa el dolor: súbitamente ___ o gradualmente ✓

28. ¿En qué momento del día o la noche el dolor es más intenso?

- Cualquier momento

29. ¿Con qué frecuencia siente el dolor?

- Sucede a menudo cuando abre mucho la boca.

30. ¿Cuál es el periodo más largo que ha experimentado ese dolor?

- Hace 1 año

31. ¿Toma algún medicamento para aliviar este dolor?

- metotexatro

32. ¿En reposo aumenta o disminuye este dolor?

- Irrelevante

33. ¿Experimenta usted alguna manera o posición para aliviar este dolor?

- Para nada

34. Alguna de estas actividades genera este dolor:

✓ Bostezar	<input type="checkbox"/>
✓ Cantar	<input type="checkbox"/>
✓ Mascar chicle	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los brazos	<input type="checkbox"/>
✓ Mover la cabeza	<input type="checkbox"/>
✓ Deglutir	<input type="checkbox"/>
✓ Hablar	<input type="checkbox"/>
✓ Masticar	<input type="checkbox"/>
✓ Gritar	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el tronco	<input type="checkbox"/>
✓ Cepillar los dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los hombros	<input type="checkbox"/>

35. Puede abrir la boca:

✓ Parcialmente	<input type="checkbox"/>
✓ Normalmente	<input type="checkbox"/>
✓ Casi nada	<input type="checkbox"/>

36. ¿Abrió alguna vez la boca tanto que se le quedó abierta?

- Nuca

37. Tiene alguno de estos sonidos en la articulación?

✓ Rechinamiento	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Chasquido	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Estallido	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Cierre seco	<input checked="" type="checkbox"/>

38. Estos ruidos se producen:

✓ Frecuentemente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Ocasionalmente	<input checked="" type="checkbox"/>
✓ Constantemente	<input checked="" type="checkbox"/>

39. ¿Ha notado alguna modificación en la manera de morder o masticar?

SI__ NO

40. ¿Ha notado alguna modificación en la audición?

SI__ NO

41. ¿Siente vértigo, desvanecimiento o náuseas?

SI__ NO

42. ¿Están los dientes apretados cuando se despierta?

SI__ NO

43. ¿Rechina los dientes cuando duerme o está despierto?

SI__ NO

44. ¿Aprieta o rechinan los dientes cuando está concentrado?

SI__ NO

45. ¿Siente alguna vez cansado los músculos mandibulares?

SI__ NO

46. ¿Hábito de jugar con la mandíbula?

SI__ NO

47. Presencia del tercer molar:

SI__ NO

EXAMEN CLINICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Fecha: 16/12/2009

Paciente: Francisco Maquillón Paredes

1. Molestia principal: dolor en ambas articulaciones
2. Síntomas experimentados hace 3 meses.
3. Cronología de los síntomas:
 - a) Músculos relajados
 - b) Factores oclusales: estabilidad oclusal
 - c) Estrés: no

4. Asimetría facial:
 - a) Ninguna
 - b) Si, la simetría es (perceptible ___ obvia ___ grande ___) en lado (derecho ___ o izquierdo ___) en (zona temporal ___ o maseterina ___)

5. Palpación de las articulaciones

DOLOR

a) Al palpar la ATM (dientes en posición de reposo)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Al palpar la ATM (dientes apretados)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) El examen digital del conducto auditivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Durante el movimiento protrusivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Traslación del cóndilo derecho	Suave <input checked="" type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>
f) Traslación del cóndilo izquierdo	Suave <input checked="" type="checkbox"/>	Rechinante <input type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>

6. Palpación de los músculos

DOLOR

a) Masetero	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) Pterigoideo interno	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Pterigoideo externo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

7. Dolor en la cabeza y el cuello

DOLOR

a) Vértex		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
c) Occipucio		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
d) Cuello	Atrás <input type="checkbox"/>	Costados	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
e) Trapecio	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
f) Esternocleidomastoideo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>

8. Movimiento de apertura

- a) Sincrónico Asincrónico
- b) Apertura máxima sin dolor 30mm.
- c) Al abrir desvía hacia la derecha izquierda no
- d) Desvía primero a la derecha luego a la izquierda si no
- e) Desvía primero a la izquierda luego a la derecha si no
- f) Desvía unos 0 mm
- g) Efectúa la excursión lateral derecha si no
- h) Efectúa la excursión lateral izquierda si no
- i) Efectúa movimientos protrusivos si no

9. Enumere las zonas de:

- I. Desgaste incisal y oclusal: sector anterior inferior
- II. Movilidad: ningún sector
- III. Problemas periodontales: ningún sector

10. Examen de la oclusión

a) Deslazamiento distal de relación céntrica a relación céntrica		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Soporte superior firme		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Prótesis satisfactoria	No hay <input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
d) Oclusión protegida por el canino (o función de grupo)	Lado derecho	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

Morbilidad de la disfunción temporomandibular en pacientes con enfermedades articulares sistémicas

e) interferencias del lado activo	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
f) interferencias en el lado de balance	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

- a) Hipermovilidad ___ Hipomovilidad ___ oclusión corriente
- b) Entrecruzamiento 0mm Resalte 1mm.
- c) El bruxismo hábito de apretar son sospechados x o admitidos por el paciente x

11. Radiografía de la Articulación Temporomandibular

- Tipo de radiografía ATM

a) Morfología del cóndilo	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
b) Morfología de la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
c) Morfología de la eminencia	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO
d) Postura del cóndilo en la fosa	NORMAL ANORMAL	DERECHO IZQUIERDO

12. Medidas corrientes desde el cóndilo

- I. A la eminencia: I= 4mm D= 8mm
- II. A la parte superior de la fosa: I= 4.8mm D= 3mm
- III. hasta el centro del conducto auditivo externo: I= 7mm D= 7.5mm

a) manifestaciones de cambios osteoartriticos en	DERECHO IZQUIERDO	SI NO
--	----------------------	----------

13. Examen neurológico limitado

ALTERADO

a) Nervio II	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
b) Nervios III, IV, VI	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
c) Nervio V	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
d) Nervio VII	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) Nervio VIII	SI ___	NO <input checked="" type="checkbox"/>

14. Ortopedia

a) Postura general: Erecto Desgarbado ___ Desviación ___

b) Cabeza equidistante entre los hombros: SI NO ___

La cabeza está más cerca del hombro: Izquierdo ___ Derecho ___

c) Nivel de los ojos y las cejas: SI NO ___

Más alto: Izquierdo ___ Derecho ___

d) Nivel de los hombros: SI ___ NO

Está más alto el hombro: Izquierdo Derecho ___

e) Columna vertebral: Derecha o Escoliosis ___

f) nivel de la caderas: SI NO ___

Está más alta la cadera: Izquierda ___ Derecha ___

g) presencia de dolor lumbar bajo: SI ___ NO

h) Piernas de igual longitud: SI NO ___

Está más alta la pierna: Izquierda ___ Derecha ___

15. Hábitos que notó durante el examen:

- Ninguno

16. Factores emocionales:

- ¿Tiene hijos? Tiene 4
- ¿Duerme bien? Si
- ¿Su cónyugue lo ayuda? Si
- ¿Lo satisface su trabajo? Si

- ¿Tiene visitas en casa? Si
- ¿Está deprimido? No, a veces si se pone triste

17. NOTAS SOBRE SUS PRIMERAS IMPRESIONES:

- Es una persona que trata de vivir con su enfermedad pero sigue adelante, le gusta como lo tratan los doctores y está conforme son sus tratamientos.



Fig. No. 80: palpación del cóndilo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 81: palpación del cóndilo en apertura
Fuente: Luis Miguel Moncayo

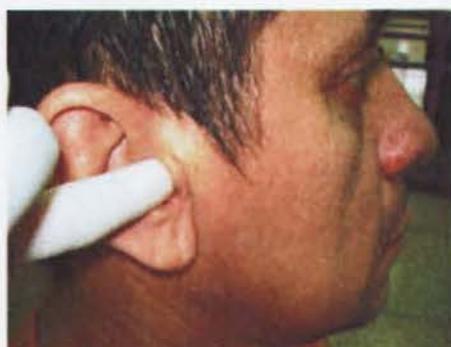


Fig. No. 82: palpación del conducto auditivo
Fuente: Luis Miguel Moncayo

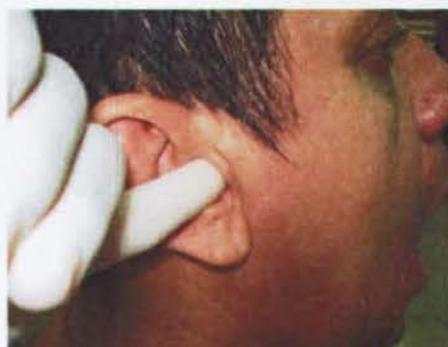


Fig. No. 83: palpación del conducto auditivo en apertura
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 84: palpación del músculo pterigoideo interno
Fuente: Luis Miguel Moncavo



Fig. No. 85: palpación del músculo masetero
Fuente: Luis Miguel Moncavo



Fig. No. 86: apertura máxima sin dolor
Fuente: Luis Miguel Moncavo



Fig. No. 87: palpación del músculo temporal
Fuente: Luis Miguel Moncavo



Fig. No. 88: palpación del músculo pterigoideo externo
Fuente: Luis Miguel Moncavo



Fig. No. 89: radiografía de los cóndilos en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

PROTOCOLO DE TESIS

HISTORIA PERSONAL:

Fecha: 16/12/2009

Apellidos y Nombres: Luis Bravo Cedeño

Edad: 59 años Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Nombre del Conyugue: Margarita Padilla

Domicilio: Guasmo central, coop. Esperanza Mz 31 villa 12

Tel. domicilio: 2404612

Profesión: Trabajaba en un frigorífico

SALUD GENERAL:

1. ¿Presenta alguna enfermedad articular sistémica?
 - Artritis reumatoide
2. ¿Desde cuándo la presenta?
 - Hace 20 años, un día que estaba trabajado, pelando camaron le empezó a doler primero los dedos y eso fue empeorando hasta que tuvo que dejar de trabajar.
3. ¿Presenta alguna otra enfermedad sistémica?
 - Gastritis y hernia
4. ¿Desde cuándo la presenta?
 - La gastritis la tiene hace 10 años, le empezó por la preocupaciones y no comía bien
 - La hernia la tuvo hace 30 años, levantando unas cajas de camarón.
5. ¿Dolor de la cabeza frecuentes y en qué zonas?
 - Si en toda la cabeza.
6. ¿Cuánto tiempo duran?
 - Son permanentes

7. ¿Tiene jaqueca?

SI NO

8. ¿Ha tenido algún tipo de accidente que haya golpeado su cabeza (lesión de látigo) y en que parte de la cabeza?

- No se acuerda

9. ¿Ha padecido de deficiencia nutricional?

SI NO

10. ¿Está tomando algún medicamento?

SI NO

11. ¿CUAL? Tranol, cefalexima, garamicina, metotexatro

12. ¿Es alérgico a algún medicamento?

SI NO

13. ¿Actualmente tiene un problema de afección dental?

SI NO

14. ¿Tiene en la actualidad algún problema emocional con los dientes y los maxilares? Si, no le gusta como están sus dientes, su prótesis esta vieja y no adapta bien

15. Desgaste dental: SI NO Incisal Oclusal

16. Movilidad dentaria: SI NO

17. Enfermedad periodontal: SI NO

18. ¿Tiene en la actualidad algún dolor en los maxilares o dientes?

SI NO

19. ¿Hace cuanto tiempo? 50 años

20. ¿Cómo le comenzó?

Súbitamente Gradualmente

21. ¿El dolor le afecta a un lado de la cara o ambos lados?

- Ambos lados

22. Tiene dolor en alguna de las siguientes zonas:

✓ Articulación	<input type="checkbox"/>
✓ Oído	<input type="checkbox"/>
✓ Maxilar sup.	<input type="checkbox"/>
✓ Maxilar inf.	<input type="checkbox"/>
✓ Dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Lengua	<input type="checkbox"/>

✓ Ojos	<input type="checkbox"/>
✓ Frente	<input type="checkbox"/>
✓ Cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Hombros	<input type="checkbox"/>
✓ Musculatura facial	<input type="checkbox"/>

23. Especifique el tipo de dolor que tiene:

✓ Agudo	<input type="checkbox"/>
✓ Sordo	<input type="checkbox"/>
✓ Constante	<input type="checkbox"/>
✓ Profundo	<input type="checkbox"/>

✓ Superficial	<input type="checkbox"/>
✓ Punzante	<input type="checkbox"/>
✓ Irrradiado	<input type="checkbox"/>
✓ Difuso	<input type="checkbox"/>

24. El dolor es:

✓ Constante	<input type="checkbox"/>
✓ Itinerante	<input type="checkbox"/>

25. Duración del dolor:

✓ Segundos	<input type="checkbox"/>
✓ Minutos	<input type="checkbox"/>
✓ Horas	<input type="checkbox"/>
✓ Todo el día	<input type="checkbox"/>

26. ¿Cómo se genera el dolor?

- Al mover constantemente las articulaciones, porque estar tan rígidas

27. Comienza súbitamente ___ o gradualmente ✓

28. Como cesa el dolor: súbitamente ___ o gradualmente ✓

29. ¿En qué momento del día o la noche el dolor es más intenso?

- El dolor solo aparece al mover las articulaciones en cualquier momento del día.

30. ¿Con qué frecuencia siente el dolor?

- todo el tiempo

31. ¿Cuál es el periodo más largo que ha experimentado ese dolor?

- Cuando empezó a hacer los ejercicios del tratamiento, los dolores eran muy intensos, pero han ido disminuyendo poco a poco

32. ¿Toma algún medicamento para aliviar este dolor?

- Tranol

33. ¿En reposo aumenta o disminuye este dolor?

- Disminuye

34. ¿Experimenta usted alguna manera o posición para aliviar este dolor?

- Para nada

35. Algunas de estas actividades genera este dolor:

✓ Bostezar	<input type="checkbox"/>
✓ Cantar	<input type="checkbox"/>
✓ Mascar chicle	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los brazos	<input type="checkbox"/>
✓ Mover la cabeza	<input type="checkbox"/>
✓ Deglutir	<input type="checkbox"/>
✓ Hablar	<input type="checkbox"/>

✓ Masticar	<input type="checkbox"/>
✓ Gritar	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el cuello	<input type="checkbox"/>
✓ Mover el tronco	<input type="checkbox"/>
✓ Cepillar los dientes	<input type="checkbox"/>
✓ Mover los hombros	<input type="checkbox"/>

36. Puede abrir la boca:

✓ Parcialmente	<input type="checkbox"/>
✓ Normalmente	<input type="checkbox"/>
✓ Casi nada	<input type="checkbox"/>

37. ¿Abrió alguna vez la boca tanto que se le quedó abierta?

- Nunca en la vida

38. Tiene alguno de estos sonidos en la articulación?

✓ Rechinamiento	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

✓ Chasquido	<input type="checkbox"/>
✓ Estallido	<input type="checkbox"/>
✓ Cierre seco	<input type="checkbox"/>

39. Estos ruidos se producen:

✓ Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
✓ Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
✓ Constantemente	<input type="checkbox"/>

40. ¿Ha notado alguna modificación en la manera de morder o masticar?

SI NO

41. ¿Ha notado alguna modificación en la audición?

SI NO

42. ¿Siente vértigo, desvanecimiento o náuseas?

SI NO

43. ¿Están los dientes apretados cuando se despierta?

SI NO

44. ¿Rechina los dientes cuando duerme o está despierto?

SI NO

45. ¿Aprieta o rechinan los dientes cuando está concentrado?

SI NO

46. ¿Siente alguna vez cansado los músculos mandibulares?

SI NO

47. ¿Hábito de jugar con la mandíbula?

SI NO

48. Presencia del tercer molar:

SI NO

EXAMEN CLINICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Fecha: 16/12/2009

Paciente: Luis Bravo Cedeño

1. Molestia principal: sonidos en la articulación
2. Síntomas experimentados hace 5 años.
3. Cronología de los síntomas:
 - a) Músculos hipertónicos
 - b) Factores oclusales: ausencia de piezas dentales
 - c) Estrés emocional

4. Asimetría facial:
 - a) Ninguna
 - b) Si, la simetría es (perceptible ___ obvia ___ grande ___) en lado (derecho ___ o izquierdo ___) en (zona temporal ___ o maseterina ___)

5. Palpación de las articulaciones

DOLOR

a) Al palpar la ATM (dientes en posición de reposo)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Al palpar la ATM (dientes apretados)	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) El examen digital del conducto auditivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Durante el movimiento protrusivo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
e) Traslación del cóndilo derecho	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input checked="" type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>
f) Traslación del cóndilo izquierdo	Suave <input type="checkbox"/>	Rechinante <input checked="" type="checkbox"/>	Asincrónica <input type="checkbox"/>

6. Palpación de los músculos

DOLOR

a) Masetero	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
c) Pterigoideo interno	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>
d) Pterigoideo externo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	No hay <input type="checkbox"/>

7. Dolor en la cabeza y el cuello

DOLOR

a) Vértex		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
b) Temporal	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
c) Occipucio		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
d) Cuello	Atrás <input checked="" type="checkbox"/>	Costados	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
e) Trapecio	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>
f) Esternocleidomastoideo	Derecha <input checked="" type="checkbox"/>	Izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	No hay	<input type="checkbox"/>

8. Movimiento de apertura

- a) Sincrónico Asincrónico
- b) Apertura máxima sin dolor 40mm.
- c) Al abrir desvía hacia la derecha izquierda no
- d) Desvía primero a la derecha luego a la izquierda si no
- e) Desvía primero a la izquierda luego a la derecha si no
- f) Desvía unos 0 mm
- g) Efectúa la excursión lateral derecha si no
- h) Efectúa la excursión lateral izquierda si no
- i) Efectúa movimientos protrusivos si no

9. Enumere las zonas de:

- I. Desgaste incisal y oclusal: solo en la piezas remanentes
- II. Movilidad: en los cuatro cuadrantes
- III. Problemas periodontales: en todas las piezas

10. Examen de la oclusión

a) Deslizamiento distal de relación céntrica a relación céntrica		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Soporte superior firme		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
c) Prótesis satisfactoria	No hay	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
d) Oclusión protegida por el canino (o función de grupo)	Lado derecho	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

e) interferencias del lado activo	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
f) interferencias en el lado de balance	Lado derecho	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Lado izquierdo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

- a) Hipermovilidad Hipomovilidad oclusión corriente
- b) Entrecruzamiento 0mm Resalte 1mm.
- c) El bruxismo hábito de apretar son sospechados o admitidos por el paciente

11. Radiografía de la Articulación Temporomandibular

- Tipo de radiografía ATM

a) Morfología del cóndilo	NORMAL	DERECHO
	ANORMAL	IZQUIERDO
b) Morfología de la fosa	NORMAL	DERECHO
	ANORMAL	IZQUIERDO
c) Morfología de la eminencia	NORMAL	DERECHO
	ANORMAL	IZQUIERDO
d) Postura del cóndilo en la fosa	NORMAL	DERECHO
	ANORMAL	IZQUIERDO

12. Medidas corrientes desde el cóndilo

- I. A la eminencia: I= 2mm D= 2mm
- II. A la parte superior de la fosa: I= 3mm D= 2mm
- III. hasta el centro del conducto auditivo externo: I= 7.5mm D= 7mm

a) manifestaciones de cambios osteoartrosicos en	DERECHO	SI
	IZQUIERDO	NO

13. Examen neurológico limitado

ALTERADO

a) Nervio II	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
b) Nervios III, IV, VI	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
c) Nervio V	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d) Nervio VII	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
e) Nervio VIII	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

14. Ortopedia

- a) Postura general: Erecto Desgarbado Desviación
- b) Cabeza equidistante entre los hombros: SI NO
 La cabeza está más cerca del hombro: Izquierdo Derecho
- c) Nivel de los ojos y las cejas: SI NO
 Más alto: Izquierdo Derecho
- d) Nivel de los hombros: SI NO
 Está más alto el hombro: Izquierdo Derecho
- e) Columna vertebral: Derecha o Escoliosis
- f) nivel de la caderas: SI NO
 Está más alta la cadera: Izquierda Derecha
- g) presencia de dolor lumbar bajo: SI NO
- h) Piernas de igual longitud: SI NO
 Está más alta la pierna: Izquierda Derecha

15. Hábitos que notó durante el examen:

- Constantemente se toca la articulación por el dolor contante al igual que las articulaciones del cuerpo

16. Factores emocionales:

- ¿Tiene hijos? Tiene 2
- ¿Duerme bien? No, tiene insomnio

- ¿Su cónyuge lo ayuda? Si
- ¿Lo satisface su trabajo? No trabaja
- ¿Tiene visitas en casa? Si a menudo
- ¿Está deprimido? Si, por su enfermedad, pero solo por rato

17. NOTAS SOBRE SUS PRIMERAS IMPRESIONES:

Es una persona que si siente triste por su estado de salud pero trata de seguir con su vida, sobre todas las circunstancias, aparte de eso se siente feliz con si familia ya que lo apoyan mucho sobre todo su esposa.

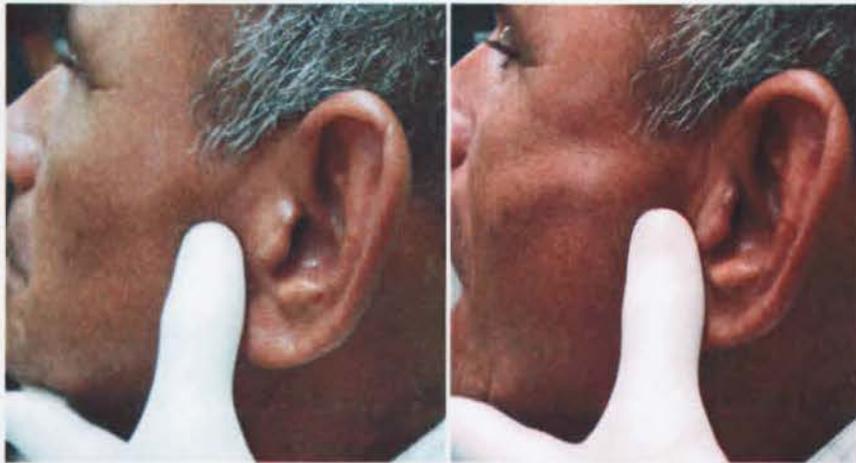


Fig. No. 90, 91: palpación del cóndilo en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

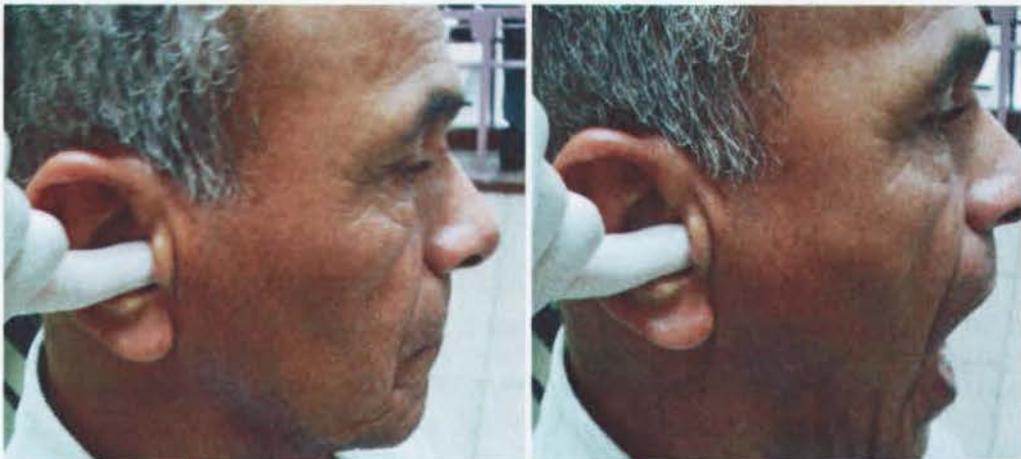


Fig. No. 92, 93: Palpación del conducto auditivo en apertura - cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

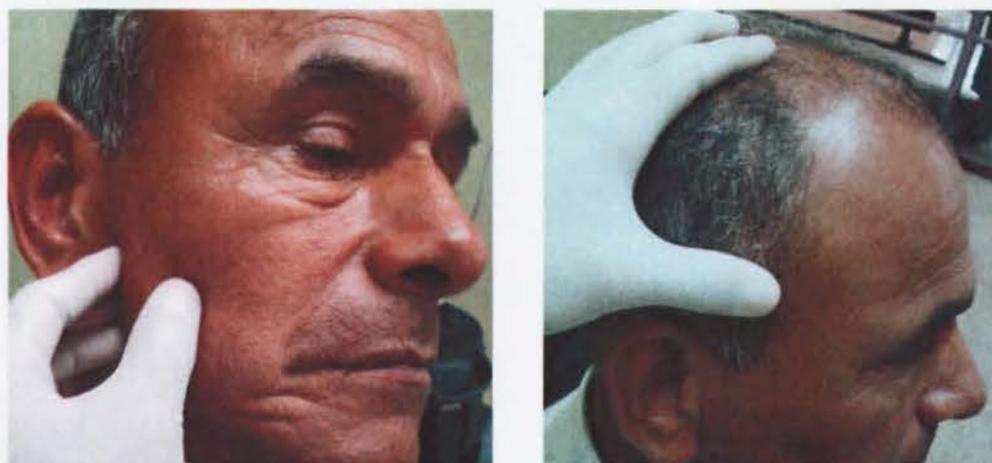


Fig. No. 94, 95: palpación de los músculos masetero y temporal
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 96, 97: palpación de los músculos pterigoideo interno y externo
Fuente: Luis Miguel Moncayo



Fig. No. 98: apertura máxima sin dolor
Fuente: Luis Miguel Moncayo

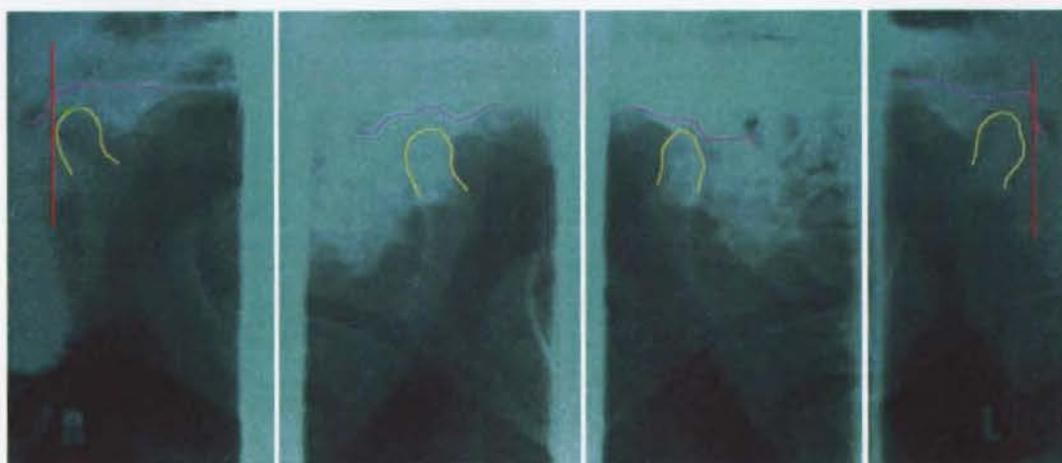
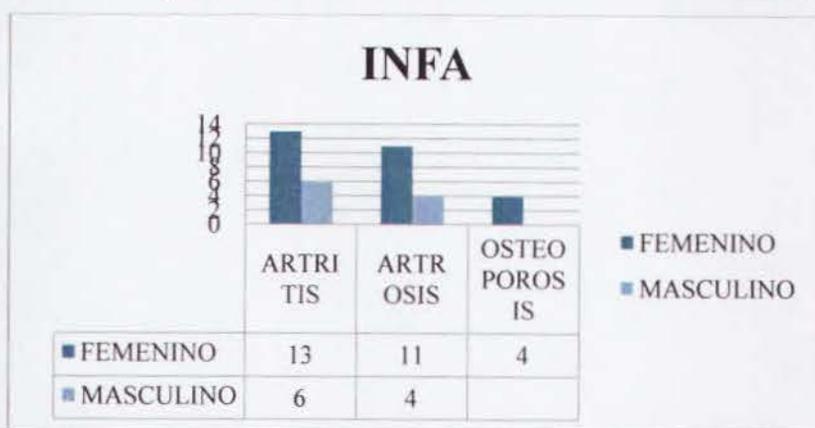


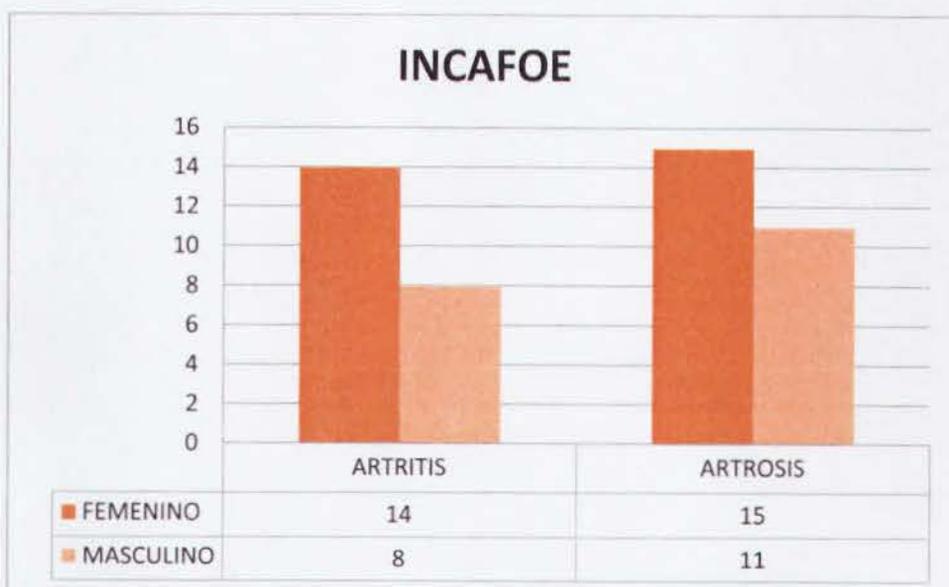
Fig. No. 99: radiografía de los cóndilos en apertura y cierre
Fuente: Luis Miguel Moncayo

En mis siguientes estadísticas realizadas en los tres lugares donde trabaje y con las siguientes enfermedades más comunes en nuestro entorno, observaremos desde que enfermedad es la más común, hasta saber cómo esta afecta a sus Articulaciones Temporomandibulares. Pero antes sin haber pasado ciertos procedimientos que fueron relazados en el protocolo y que también nos indica cuales son las incidencias de las enfermedades de acuerdo a los análisis respectivos de cada paciente.

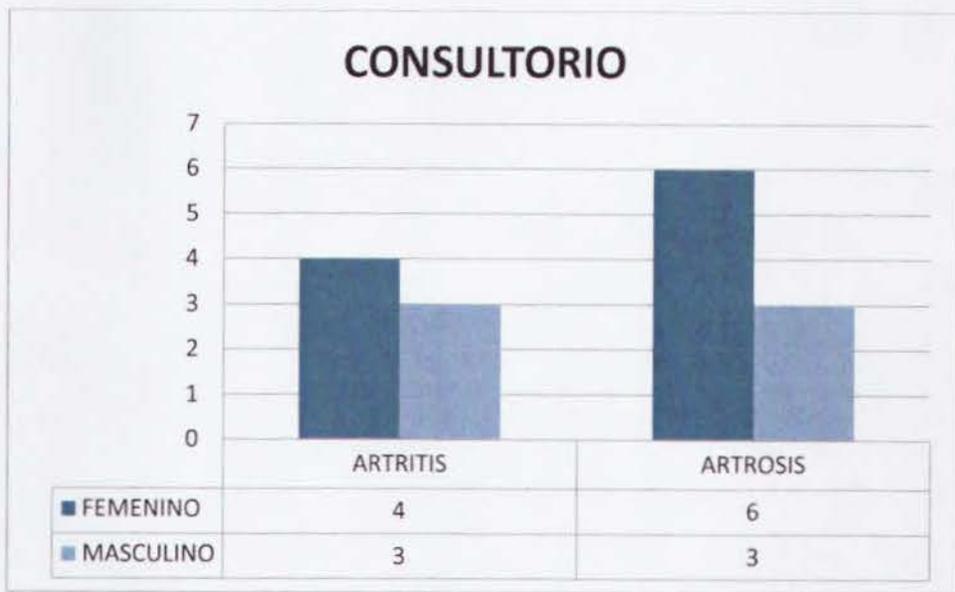
Número de personas con enfermedades articulares sistémicas



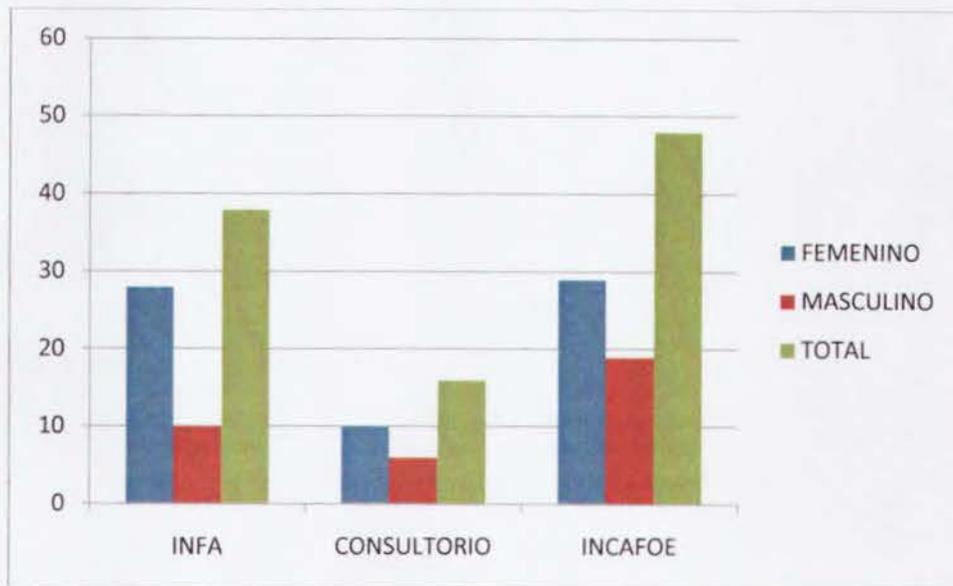
Número de personas con enfermedades articulares sistémicas



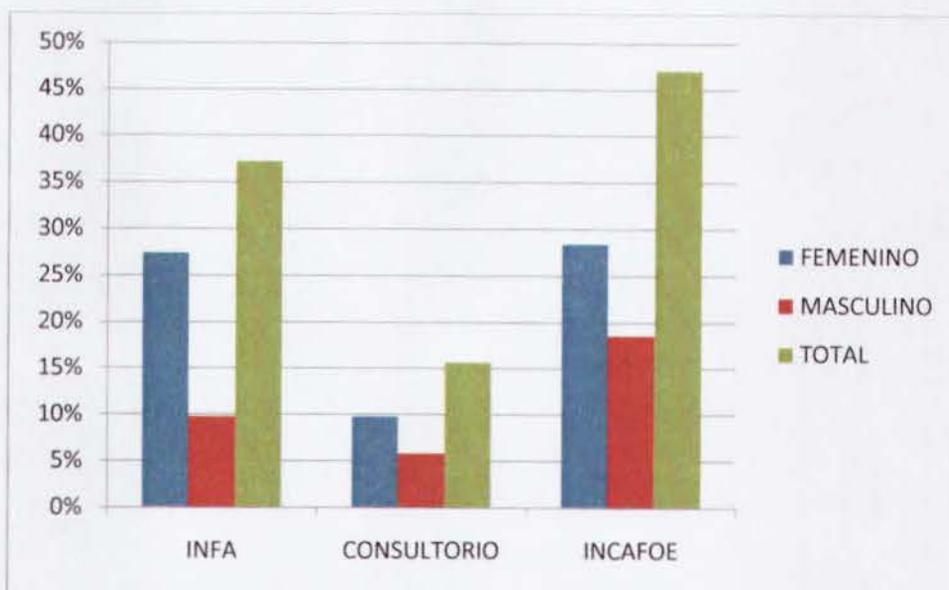
Número de personas con enfermedades articulares sistémicas



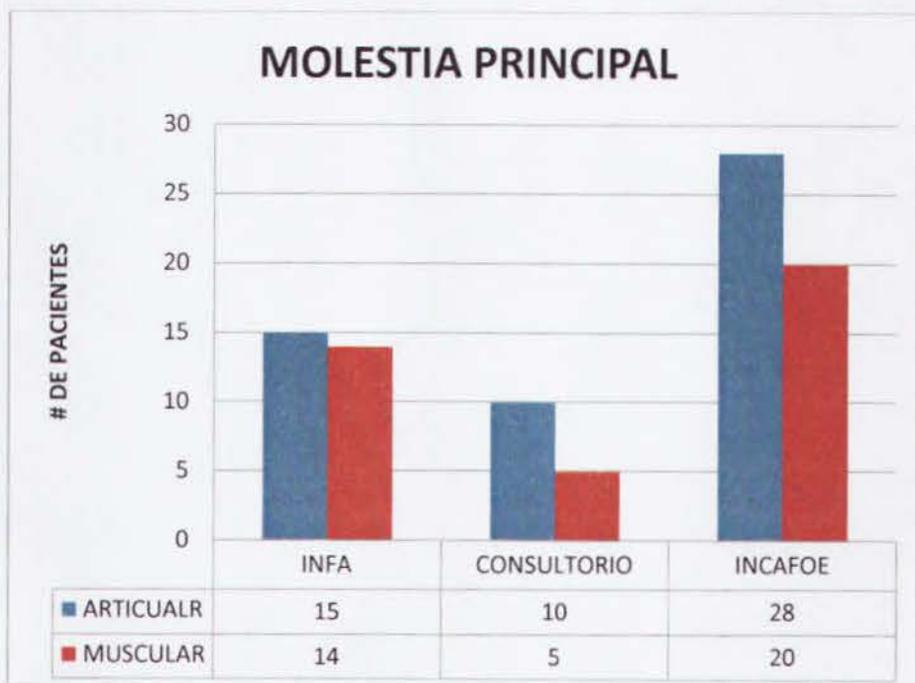
Comparación según el número de pacientes en los tres sitios de investigación

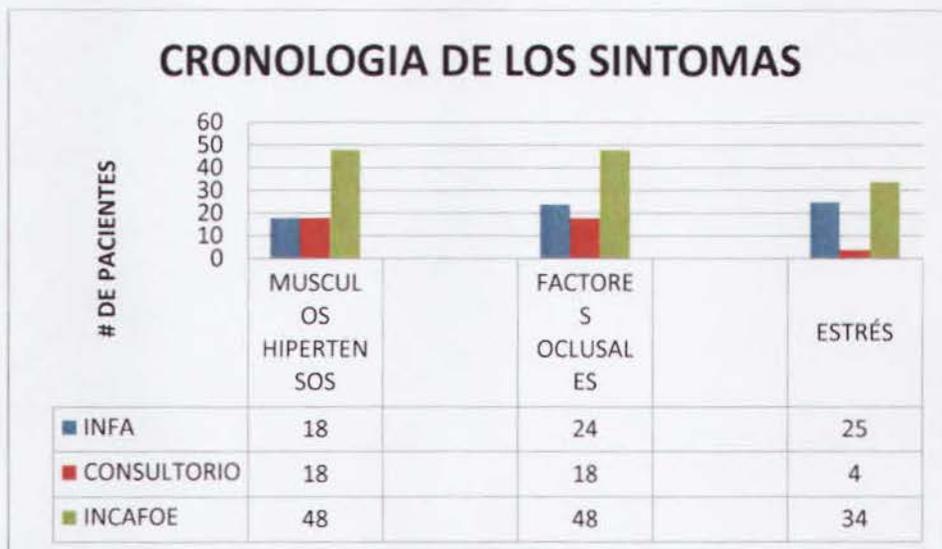


Comparación de las enfermedades según al porcentaje de pacientes

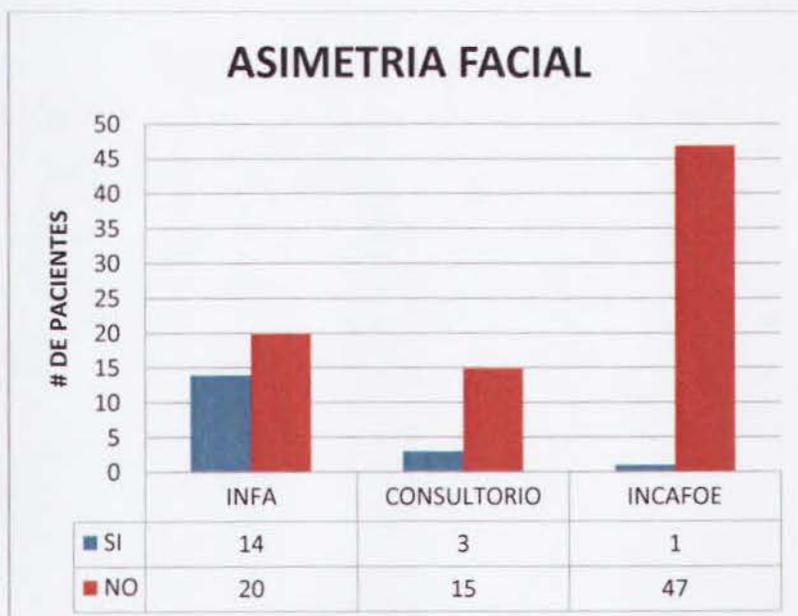


Pacientes con la principal causa de disfunción articular

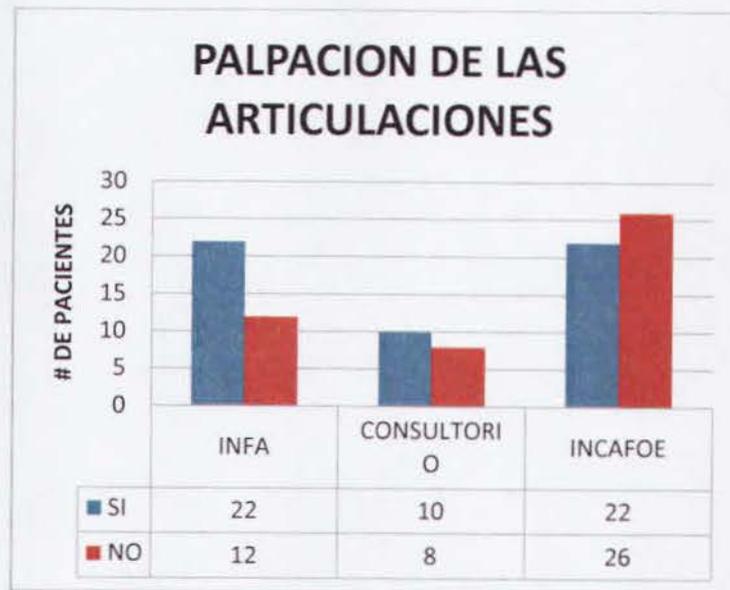




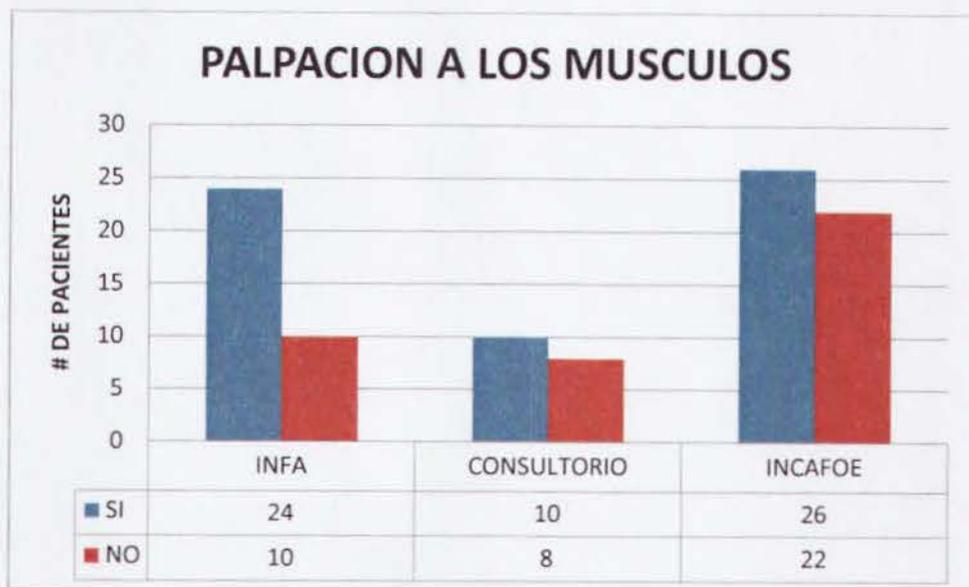
Pacientes que presentan asimetrías



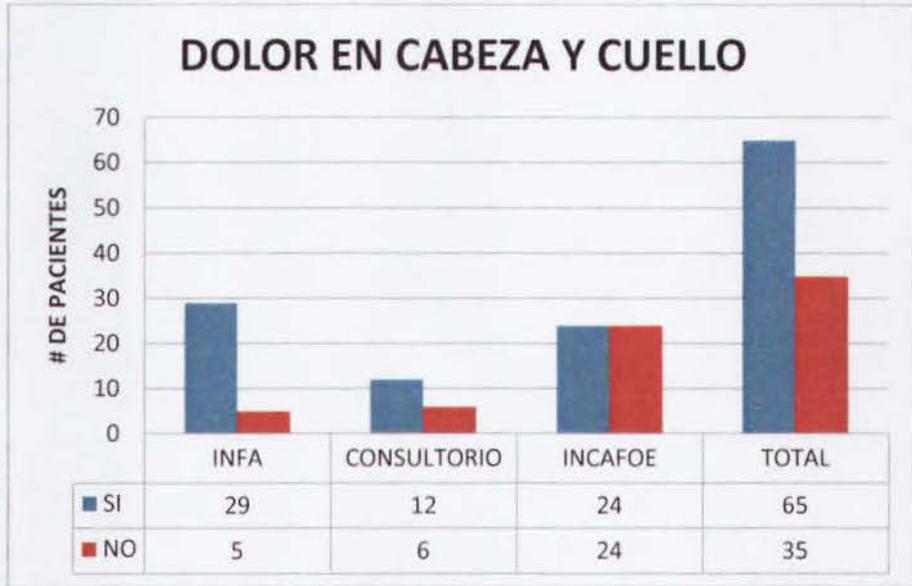
Número de personas que respondieron a los signos de dolor articular



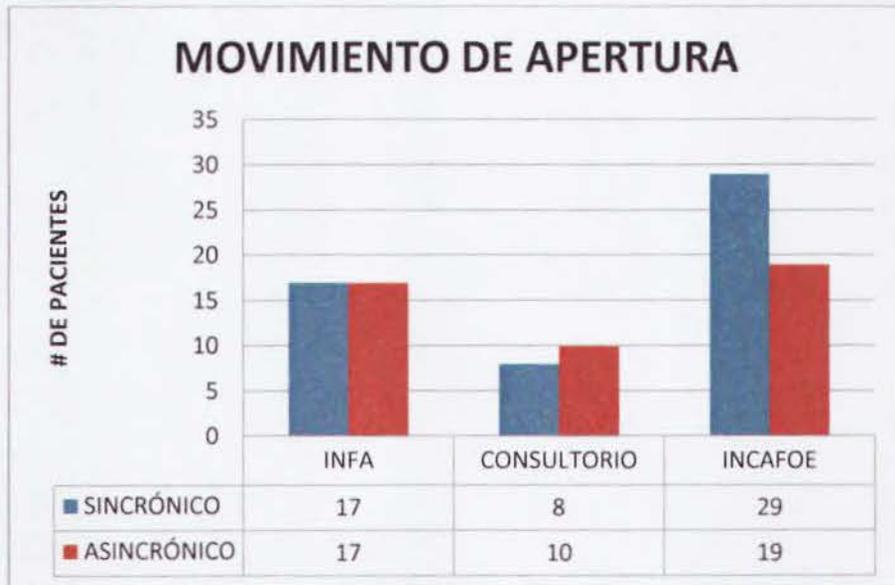
Número de personas con signos de dolos en los músculos



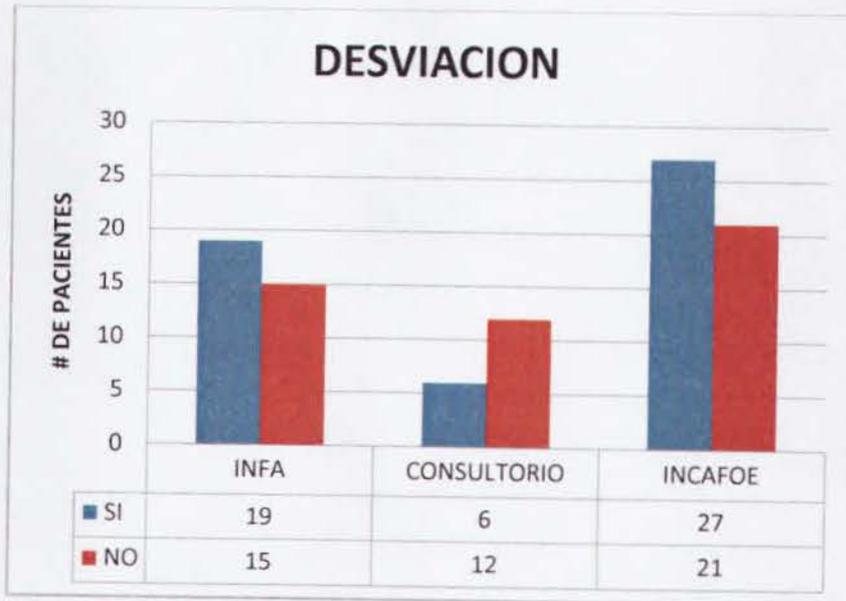
Número de personas con signos de dolor en cabeza y cuello



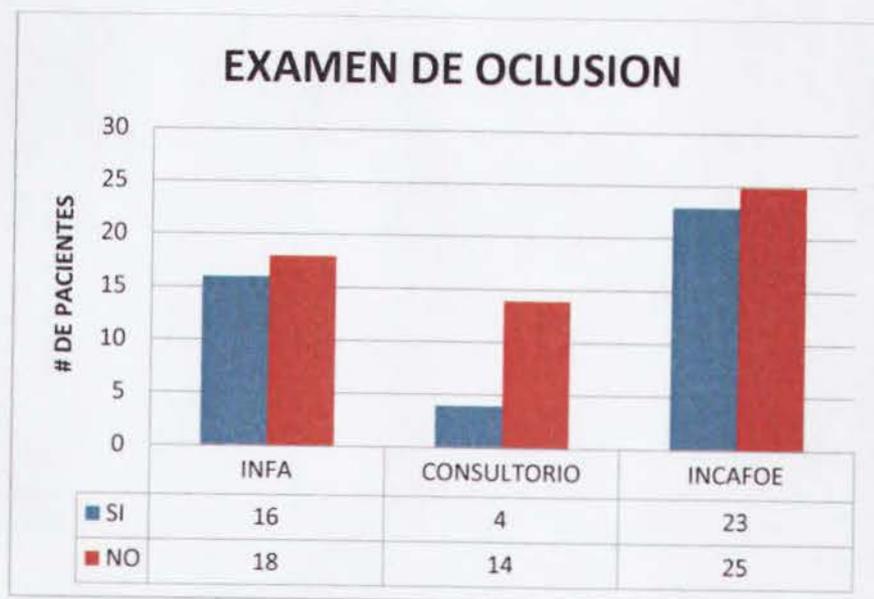
Número de personas con movimientos de mandíbula



Número de personas que presentan desviación



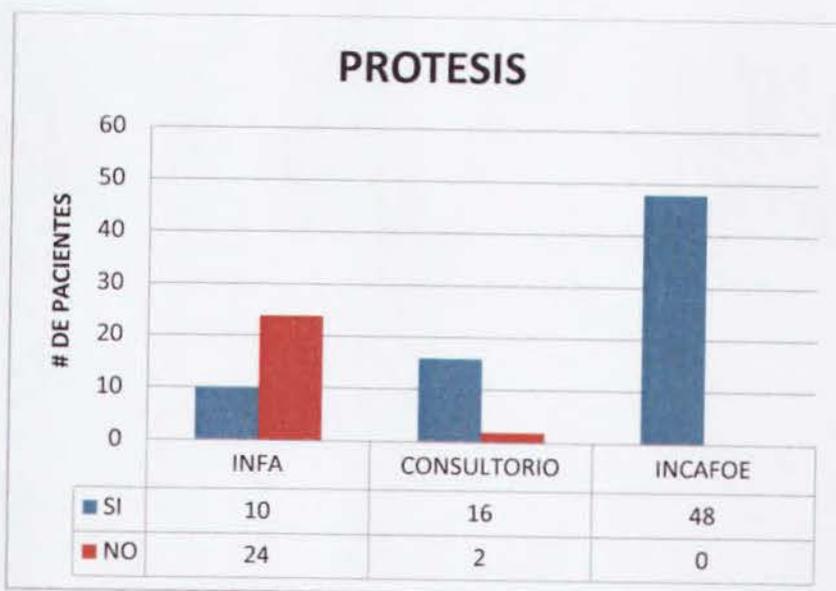
Número de personas con problemas oclusales



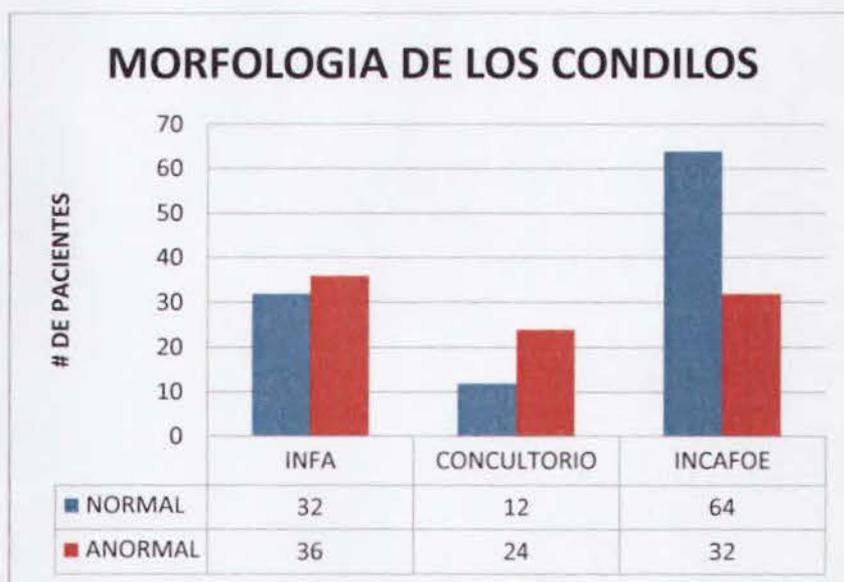
Número de personas con un soporte superior firme



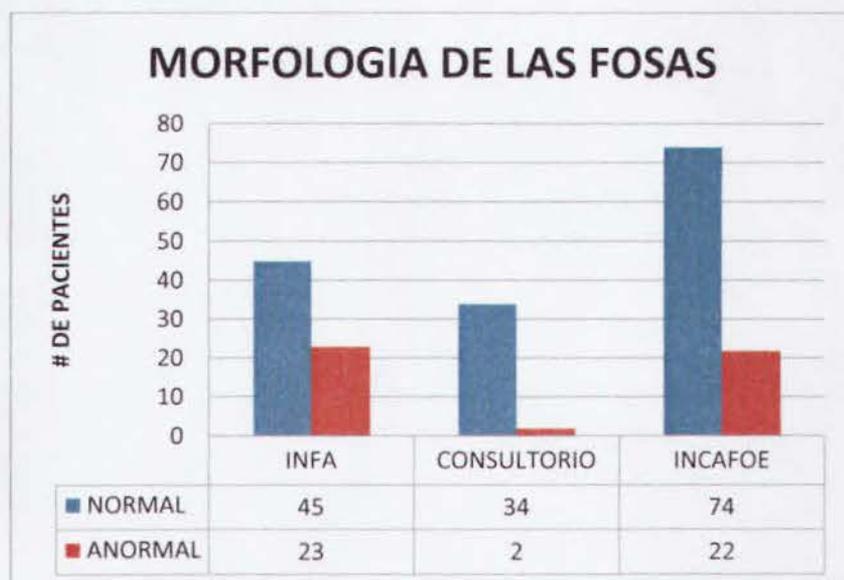
Número de personas que tenían o no prótesis



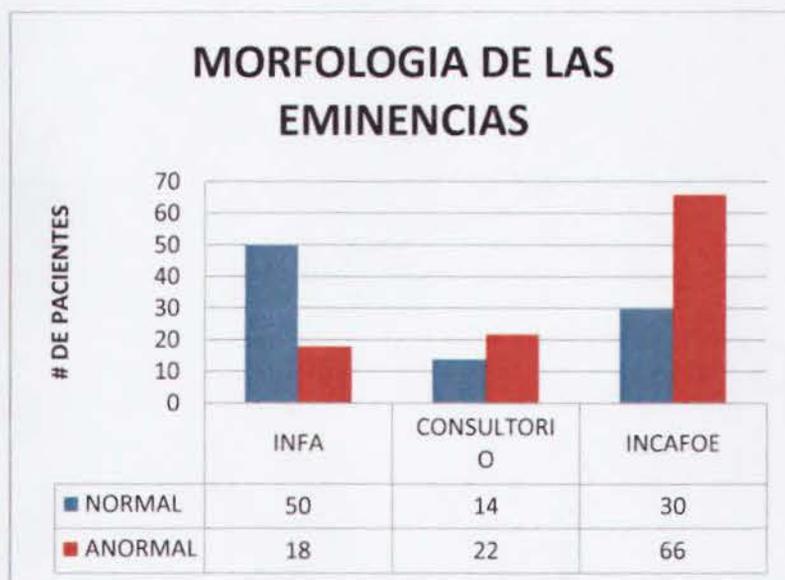
Radiográficamente número de cóndilos con cambios morfológicos



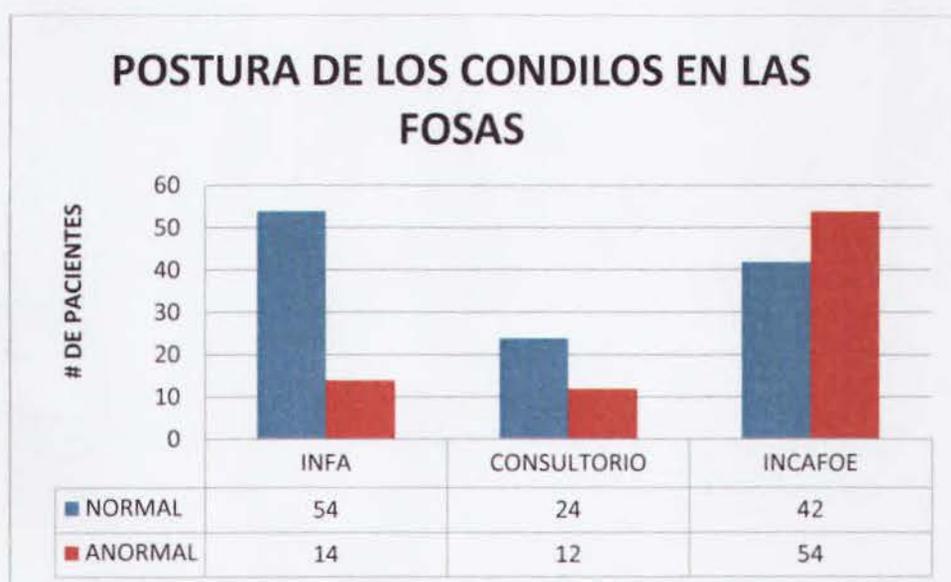
Radiográficamente número de fosas con cambios morfológicos



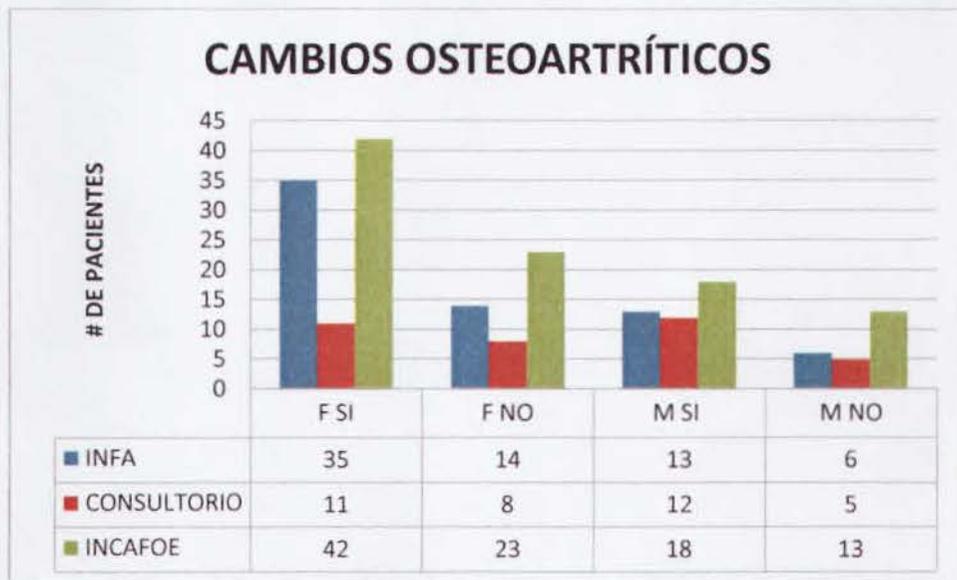
Radiográficamente número de eminencias articulares con cambios morfológicos



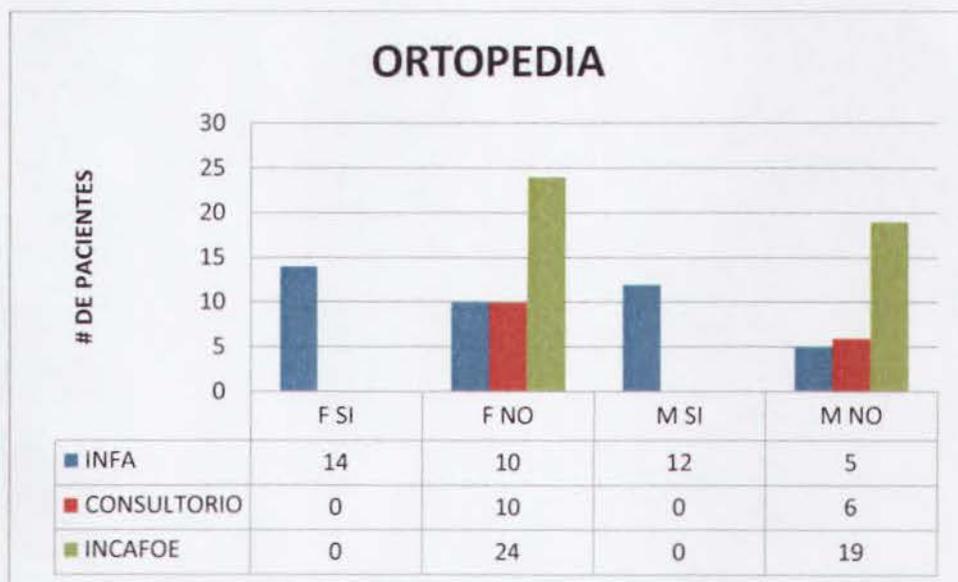
Radiográficamente número de la posición de los cóndilos en sus fosas articulares con cambios morfológicos



Radiográficamente número las ATMs con cambios osteoartríticos.



Número de pacientes que presentan un buen equilibrio esquelético o no.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En conclusión para realizar cualquier tratamiento a un paciente, primero debemos conocer la anatomía y tener en cuenta la morfología, función y biomecánica del estado actual de la ATM de ese paciente, conocer los principales signos y síntomas que de igual manera nos van a ayudar con nuestro diagnóstico, una vez que aprendemos la base para analizar una ATM enferma podremos encontrar una respuesta a nuestras incógnitas, aunque conocer este complejo aparato nos puede llevar mucho tiempo pero eso lo hace interesante.
- Se ha comprobado que en la mayoría de casos en los que los pacientes que presentan una enfermedad artrósica o cualquier otra enfermedad que afecte nuestro organismo, llegan a tener problemas relacionados también con la ATM, en otros cuando no existe una relación directa podemos deducir que proviene del mismo sistema estomatognático ya sea a nivel oclusal, muscular o esquelético.
- Debemos realizar un protocolo de estudio que nos va a dirigir en nuestra búsqueda por hallar la razón de sus agonías, siempre debemos escuchar a nuestro paciente y con mucho respeto ya que él o ella conoce mejor su cuerpo que nosotros.
- La mejor manera de obtener un buen diagnóstico es por medio de un estudio imagenológico y minucioso de toda la boca y articulación para ver el estado de los

cóndilos, si los medios se dan para dar un buen diagnóstico lo mejor sería usar sistemas de resonancia magnética, tomografía axial computarizada y artrografía que son los más recomendados para este campo, si uno no dispone de estos equipos una simple panorámica o una transcraneal son las alternativas que nos van a ayudar.

- Para ayudar a nuestros pacientes existen una variedad de tratamientos, los cuales pueden ser placas de neurorelajación muscular, terapias láser, ajuste oclusal, y lo más importante mejorar la salud bucal de nuestro paciente para que pueda llevar una vida saludable.

BIBLIOGRAFIA

1. Isberg A. **DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.
2. Sosa G. **DETECCION PRECOZ DE LOS DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES**. Argentina: Editora Amolca; 2006.
3. Peter E. Dawson. **EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS OCLUSALES**. España: Editora Masson, S.A. 1995
4. Douglas H. Morgan, William P. Hall, S. James Vamvas. **ENFERMEDADES DEL APARATO TEMPORORMANDIBULAR**. Argentina: Editorial Mundi 1979
5. Angélica Burgos. **ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR: REVISION DE ALGUNOS COMPONENTES**. Odontólogo UC. Especialista en Periodoncia y Medicina Oral Universidad el Bosque Bogotá, Colombia. Profesor Asistente de la cátedra Oclusión UC. Edición 2006
6. Laszlo Schwartz, Charles M. Chayes. **DOLOR FACIAL Y DISFUNCION MANDIBULAR**. Argentina: Editorial Mundi, 1998
7. Arthritis Foundation. **ARTRITIS REUMATOIDE**. ATLANTA 2009
8. Arthritis Foundation. **ARTRITIS CRONICA JUVENIL**. ATLANTA 2009
9. Arthritis Foundation. **ARTRITIS PSORIASICA**. ATLANTA 2009
10. Arthritis Foundation. **ESPONDILITIS ANQUILOPOYETICA**. ATLANTA 2009.
11. Ana Lorena Solórzano Peláez, Olga González Blanco, Rebeca Balda Zavarece y Cecilia García Arocha. **OSTEOARTRITIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR PARTE 2**. Edición 2010.
12. Pedro Quirós Álvarez, Florencio Monje Gil, Eduardo Vázquez Salgueiro. **DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)**. Argentina 2008.

24. Eduardo Chimenos Küstner. **RADIOLOGÍA EN MEDICINA BUCAL.** España: Masson, 2005.
25. Wheeler. **ANATOMIA, FISILOGIA Y OCLUSION DENTAL.** España: Elsevier 2004
26. Aníbal Alberto Alonso, Jorge Santiago Albertini, Alberto Horacio Bechelli. **OCLUSIÓN Y DIAGNÓSTICO EN REHABILITACIÓN ORAL.** España: Editorial Panamericana 2005
27. Rüdiger Emshoff , Ansgar Rudisch. **TEMPOROMANDIBULAR JOINT INTERNAL DERANGEMENT AND OSTEOARTHRISIS: ARE EFFUSION AND BONE MARROW EDEMA PROGNOSTIC INDICATORS FOR ARTHROCENTESIS AND HYDRAULIC DISTENTION?** Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Volume 65, Issue 1, January 2007, Pages 66-73.
28. M. Chiba, M. Kumagai, N. Fukui, S. Echigo. **THE RELATIONSHIP OF BONE MARROW EDEMA PATTERN IN THE MANDIBULAR CONDYLE WITH JOINT PAIN IN PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDERS: LONGITUDINAL STUDY WITH MR IMAGING.** International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 35, Issue 1, January 2006, Pages 55-59
29. Aída Cristina Ejarque. **ARTROSIS & ARTRITIS. PREVENCIÓN, POSTURA, REEDUCACIÓN Y EJERCICIOS.** España: editorial Paidotribo 2008
30. Dra. Mónica Aguilar. **TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.** Artículo del Residente de O.R.L. 2009

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En conclusión para realizar cualquier tratamiento a un paciente, primero debemos conocer la anatomía y tener en cuenta la morfología, función y biomecánica del estado actual de la ATM de ese paciente, conocer los principales signos y síntomas que de igual manera nos van a ayudar con nuestro diagnóstico, una vez que aprendemos la base para analizar una ATM enferma podremos encontrar una respuesta a nuestras incógnitas, aunque conocer este complejo aparato nos puede llevar mucho tiempo pero eso lo hace interesante.
- Se ha comprobado que en la mayoría de casos en los que los pacientes que presentan una enfermedad artrósica o cualquier otra enfermedad que afecte nuestro organismo, llegan a tener problemas relacionados también con la ATM, en otros cuando no existe una relación directa podemos deducir que proviene del mismo sistema estomatognático ya sea a nivel oclusal, muscular o esquelético.
- Debemos realizar un protocolo de estudio que nos va a dirigir en nuestra búsqueda por hallar la razón de sus agonías, siempre debemos escuchar a nuestro paciente y con mucho respeto ya que él o ella conoce mejor su cuerpo que nosotros.
- La mejor manera de obtener un buen diagnóstico es por medio de un estudio imagenológico y minucioso de toda la boca y articulación para ver el estado de los

cóndilos, si los medios se dan para dar un buen diagnóstico lo mejor sería usar sistemas de resonancia magnética, tomografía axial computarizada y artrografía que son los más recomendados para este campo, si uno no dispone de estos equipos una simple panorámica o una transcraneal son las alternativas que nos van a ayudar.

- Para ayudar a nuestros pacientes existen una variedad de tratamientos, los cuales pueden ser placas de neurorelajación muscular, terapias láser, ajuste oclusal, y lo más importante mejorar la salud bucal de nuestro paciente para que pueda llevar una vida saludable.

BIBLIOGRAFIA

1. Isberg A. **DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**. Brasil: Editora artes medica LDTA; 2003.
2. Sosa G. **DETECCION PRECOZ DE LOS DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES**. Argentina: Editora Amolca; 2006.
3. Peter E. Dawson. **EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS OCLUSALES**. España: Editora Masson, S.A. 1995
4. Douglas H. Morgan, William P. Hall, S. James Vamvas. **ENFERMEDADES DEL APARATO TEMPOROMANDIBULAR**. Argentina: Editorial Mundi 1979
5. Angélica Burgos. **ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR: REVISION DE ALGUNOS COMPONENTES**. Odontólogo UC. Especialista en Periodoncia y Medicina Oral Universidad el Bosque Bogotá, Colombia. Profesor Asistente de la cátedra Oclusión UC. Edición 2006
6. Laszlo Schwartz, Charles M. Chayes. **DOLOR FACIAL Y DISFUNCION MANDIBULAR**. Argentina: Editorial Mundi, 1998
7. Arthritis Foundation. **ARTRITIS REUMATOIDE**. ATLANTA 2009
8. Arthritis Foundation. **ARTRITIS CRONICA JUVENIL**. ATLANTA 2009
9. Arthritis Foundation. **ARTRITIS PSORIASICA**. ATLANTA 2009
10. Arthritis Foundation. **ESPONDILITIS ANQUILOPOYETICA**. ATLANTA 2009.
11. Ana Lorena Solórzano Peláez, Olga González Blanco, Rebeca Balda Zavarece y Cecilia García Arocha. **OSTEOARTRITIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR PARTE 2**. Edición 2010.
12. Pedro Quirós Álvarez, Florencio Monje Gil, Eduardo Vázquez Salgueiro. **DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)**. Argentina 2008.

13. Lawrence Bertolucci. **DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR: UNA APROXIMACIÓN INTEGRADA DE TRATAMIENTO.TERAPIA CONSERVADORA VERSUS QUIRÚRGICA.** USA: Ortodoncia Clínica 2005
14. Horacio Maglione y Jorge Laraudo. **DISFUNCION CRANEOMANDIBULAR, AFECCION DE LOS MUSCULOS MASTICADORES Y DOLOR OROFACIAL.** Argentina: Editora Amolca; 2007.
15. C.D. Patricia A. Rudd. **DESÓRDENES TEMPOROMANDIBULARES** *Profesora titular del Centro de Dolor Orofacial de la Universidad de California, San Francisco. Artículo de revisión 2005.*
16. Elizabeth Onashi. *Universidad peruana de Cayetano.* **ARTICULO DE REVISIÓN ANÁLISIS DE DIAGNOSTICOS ARTICULARES DE LOS DESORDENES TEMPOROMANDIBULRES** 2006 pag. 1,2
17. Lawrence Bertolucci., **DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.** Ortodoncia clínica 2006
18. Okeson J P. **DOLOR OROFACIAL SEGÚN BELL** Barcelona: Editorial Quintessence, S. L. 1999.
19. Carlos Navarro Vila. **CIRUGIA ORAL.** Madrid: Editorial Arán 2008.
20. Roberto A. García Bustamante. **USO DE LA ARTROGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO COMPLEMENTARIO DE LOS DESÓRDENES INTERNOS TEMPOROMANDIBULARES.** Santiago Chile: Universidad De Chile 2005.
21. Alan Stevens, James Lowe. **TEXTO Y ATLAS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA.** Madrid: HARCOURT~BRACE 2005
22. Neil S. Norton. **NETTER. ANATOMIA DE CABEZA Y CUELLO.** España: Editorial Masson 2007.
23. Charles McNeill. **FUNDAMENTOS CIENTIFICOS Y APLICACIONES PRACICAS DE LA OCLUSION.** Barcelona: Editorial Quintessece 2005

24. Eduardo Chimenos Küstner. **RADIOLOGÍA EN MEDICINA BUCAL.** España: Masson, 2005.
25. Wheeler. **ANATOMIA, FISILOGIA Y OCLUSION DENTAL.** España: Elsevier 2004
26. Aníbal Alberto Alonso, Jorge Santiago Albertini, Alberto Horacio Bechelli. **OCCLUSIÓN Y DIAGNÓSTICO EN REHABILITACIÓN ORAL.** España: Editorial Panamericana 2005
27. Rüdiger Emshoff , Ansgar Rudisch. **TEMPOROMANDIBULAR JOINT › INTERNAL DERANGEMENT AND OSTEOARTHRISIS: ARE EFFUSION AND BONE MARROW EDEMA PROGNOSTIC INDICATORS FOR ARTHROCENTESIS AND HYDRAULIC DISTENTION?** Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Volume 65, Issue 1, January 2007, Pages 66-73.
28. M. Chiba, M. Kumagai, N. Fukui, S. Echigo. **THE RELATIONSHIP OF BONE MARROW EDEMA › PATTERN IN THE MANDIBULAR CONDYLE WITH ‹JOINT › PAIN IN PATIENTS WITH ‹ TEMPOROMANDIBULAR JOINT › DISORDERS: LONGITUDINAL STUDY WITH MR IMAGING.** International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 35, Issue 1, January 2006, Pages 55-59
29. Aída Cristina Ejarque. **ARTROSIS & ARTRITIS. PREVENCIÓN, POSTURA, REEDUCACIÓN Y EJERCICIOS.** España: editorial Paidotribo 2008
30. Dra. Mónica Aguilar. **TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.** Artículo del Residente de O.R.L. 2009