

Revisión Bibliográfica

Autores:

Prof. Dr. Carlos Larrucea V.
Dr. Ramiro Castro B.
Dra. Ana Vera C.

Departamento de Rehabilitación buco-máximo-facial. Centro de diagnóstico y tratamiento de Trastornos Temporomandibulares, Escuela de Odontología, Universidad de Talca. Avenida Lircay s/n, Talca. e-mail: larrucea@pehuenche.otalca.cl

Estudio de Prevalencia de Signos y Síntomas de Trastornos Temporomandibulares (TTM) en un Grupo de Adultos de Talca, Chile

Prevalence of Signs and Symptoms of Temporomandibular Disorders in an Adult Population of Talca, Chile

Resumen

El objetivo general de este trabajo, fue determinar la prevalencia de TTM en la ciudad de Talca.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo en una muestra de 70 personas funcionarios del Hospital de Talca y Universidad de Talca. Para evaluar síntomas de TTM, se aplicó una encuesta y para determinar signos de TTM, se hizo un acabado examen clínico; ambos basados en las pautas de la American Academy of Orofacial Pain.

Conclusiones: En la muestra estudiada, existe una prevalencia de TTM de 92,8%, superior a la obtenida en otros estudios. ^(1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 19) El síntoma de TTM más prevalente fue "dolor en el cuello" y el signo clínico de TTM más prevalente fue la alteración de la dinámica mandibular. El trastorno articular y muscular más prevalentes, fueron: desplazamiento discal y dolor muscular local, respectivamente.

Summary

Objectives: The aim of this study was to determine the prevalence of symptoms and signs of Temporomandibular disorders (TMD) in an adult population of Talca in Chile.

Methods and materials: This descriptive study was performed with a sample of 70 subjects, administrative workers from the Hospital Regional de Talca and from the Universidad de Talca. All subjects voluntarily consented in participating in the study.

In order to determine the TMD prevalence among this population, subjects were both asked to complete a written questionnaire assessing their symptoms and clinically examined to identify signs of TMD. Both, the questionnaire and the clinical examination were based on the American Academy of Orofacial Pain guidelines.

Results: The most frequent symptom was neck pain and the most prevalent sign found was the mandibular movement alteration. The most prevalent joint and muscular alteration detected was disk displacement and local muscle pain, respectively. Results showed an overall prevalence of TMD signs and symptoms of 92,8%.

Conclusions: In the present clinical study, TMD prevalence appeared higher than in other studies assessing the same subject. ^(1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 19)

Key words: Epidemiology of Temporomandibular disorders, Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders.

Resumen

Desde mediados de siglo, la profesión odontológica se ha interesado en el estudio de los Trastornos Temporomandibulares. Estudios epidemiológicos realizados en el extranjero, han demostrado que el 45% de la población refiere, al menos, un síntoma asociado con TTM, mientras que un 58% refiere por lo menos un signo clínico.

En Chile aún no se han desarrollado estudios que nos indiquen de manera científica la real magnitud del problema en nuestra población, existiendo una prevalencia desconocida hasta hoy de TTM, los que no son considerados un problema de salud pública. Si a esto suma-

mos el bajo número de odontólogos especialistas o capacitados en el tema en nuestro país, la falta de programas, atención y recursos con que cuenta el sistema público de salud para enfrentar el problema, la gran mayoría de los pacientes no reciben tratamiento ante su patología y otros reciben un tratamiento inadecuado. Sin duda un estudio epidemiológico sobre este tema, revelaría cifras desconocidas para nuestra región, con las cuales sería posible realizar medidas preventivas de gran valor, mejorando significativamente el desempeño labo-

ral y calidad de vida de los individuos afectados por TTM.

El objetivo general de este trabajo fue determinar la prevalencia de TTM en la ciudad de Talca. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo en una muestra de 70 personas funcionarios del Hospital de Talca y Universidad de Talca. Para la evaluación de los síntomas de TTM, se aplicó una encuesta basada en las pautas de la American Academy of Orofacial Pain (AAOP). Para la evaluación de los signos de TTM, se hizo un acabado examen clínico basado en las pautas de la AAOP.

Conclusiones: En la muestra estudiada, existe una prevalencia de TTM de 92,8%, que es superior a la obtenida en estudios realizados en países desarrollados. El síntoma de TTM más prevalente fue “dolor en el cuello” y el signo clínico de TTM más prevalente

fue la alteración de la dinámica mandibular. La mayor relación signo - síntoma de TTM, se obtuvo entre “ruido articular en apertura y/o cierre y ruido articular ante la auscultación”. El trastorno articular más prevalente fue el desplazamiento discal y el trastorno muscular más

prevalente fue el dolor muscular local. De los individuos con TTM (n = 65), 60 (92,3%) no reciben ni han recibido el tratamiento adecuado. La principal causa relatada por las personas por la falta de tratamiento ante su patología, es que el problema (TTM) no les incomoda.

Introducción

Desde mediados de siglo, la profesión odontológica se ha interesado en el estudio de los Trastornos Témporomandibulares (TTM) debido a dos causas fundamentales: la primera es que constituyen una problemática importante en la población general, originando una creciente demanda de atención odontológica no sólo en el sector privado, sino también, en los servicios públicos de atención; y en segundo lugar, se relacionan con estructuras anatómicas tratadas por el odontólogo.⁽¹⁻²⁾

En los estudios epidemiológicos realizados, se ha analizado la prevalencia de los TTM, demostrándose que tanto los signos como los síntomas son muy frecuentes en la población general. Es así como el 45% de la población refiere al menos un síntoma asociado con TTM, mientras que un 58% refiere por lo menos un signo clínico.⁽¹⁻⁴⁾ Además, se ha confirmado que la mayor parte de los síntomas de TTM aparecen en personas de 20 a 40 años,^(1, 2, 4, 5, 6, 7) cuyos individuos pertenecen al grupo poblacional laboralmente más activo. Por ello, estas personas a menudo sufren alteraciones funcionales que les impiden llevar una vida normal (debido a cuadros dolorosos o a la impotencia funcional causada por estos) y desarrollar de manera efectiva sus actividades estudiantiles o laborales.

En el pasado, la mayoría de los estudios rea-

lizados eran confusos en su interpretación, comparación y/o reproductibilidad, debido a que: no eran conducidos sistemáticamente, no se establecía un criterio claro para clasificar los diferentes trastornos, el diseño de la investigación no era el adecuado o, simplemente, había una falta de conocimientos de los investigadores.

En Chile aún no se han desarrollado estudios que nos indiquen de manera científica, la real magnitud del problema en nuestra población. Existe una prevalencia desconocida hasta hoy de TTM, los que no son considerados un problema de salud pública. Si a esto sumamos el bajo número de odontólogos especialistas o capacitados en el tema en nuestro país, la falta de programas, atención y recursos con que cuenta el sistema público de salud para enfrentar el problema, la gran mayoría de los pacientes no reciben tratamiento ante su patología y otros reciben un tratamiento inadecuado, siendo una de las principales causas, la falta de conocimiento de la patología en cuestión. A pesar del gran porcentaje de la población que presenta signos y síntomas de TTM, se estima que sólo el 5% de ellos necesita un tratamiento complejo y de un costo relativamente alto.^(1, 2, 5) Según esto, existiría un 95% de los pacientes afectados por TTM que podrían ser tratados exitosamente necesitando muy pocos recursos económicos y horas de

trabajo del profesional.

Sin duda, un estudio epidemiológico sobre este tema revelaría cifras desconocidas para nuestra región, pudiendo extrapolarse a nivel nacional; con las cuales sería posible realizar medidas preventivas de gran valor, evitando el apareamiento de cuadros crónicos de dolor en un cierto porcentaje de pacientes, mejorando significativamente su desempeño laboral y calidad de vida.

Objetivo General

Determinar la prevalencia de TTM en la ciudad de Talca.

Objetivo Específicos

- Determinar el síntoma y signo clínico de TTM más prevalente.
- Determinar la relación entre los síntomas y los signos clínicos de los individuos con TTM.
- Identificar el trastorno articular y muscular más prevalente.
- Determinar el número de individuos afectados por TTM que no reciben el tratamiento adecuado.
- Identificar el motivo por el cual los pacientes afectados por TTM, no reciben tratamiento.

Material y Método

Se reclutaron 120 personas entre funcionarios de la Universidad de Talca y del Hospital Regional de Talca, pertenecientes a la planta Técnica - Profesional, Administrativa y Auxiliar. De estas personas, se obtuvo una muestra elegida al azar, de 70 individuos -42 mujeres (60%) y 28 hombres (40%)- cuyas edades fluctuaron entre los 21 y 50 años (edad promedio: 36,5 años).

Los participantes al momento del estudio y según los criterios de inclusión, no debían estar bajo tratamiento odontológico activo a causa de TTM (uso de férulas oclusales, deprogramadores anteriores, tratamiento

kinésico o tratamiento farmacológico con relajantes musculares); además, debían tener entre 20 a 50 años de edad.

Al grupo de estudio se le aplicó un cuestionario y un examen clínico dirigido, basados en las pautas de la American Academy of Orofacial Pain (AAOP); ambos realizados por un investigador.

El cuestionario (Anexo 1), consta de una primera parte destinada a pesquisar principalmente las experiencias previas de dolor y/o disfunción del sistema estomatognático del individuo, sin diferenciar entre trastornos agudos o crónicos. La segunda parte del

cuestionario, está dirigida a determinar el número de personas que han recibido o no, algún tipo de tratamiento a causa de TTM. Sólo si la persona presentaba TTM y nunca había recibido tratamiento, se debía completar la tercera parte y final del cuestionario, destinada a establecer la causa de por qué no lo había recibido.

Una vez realizado el cuestionario, se procedió a realizar un examen clínico dirigido a todas las personas, independiente de las respuestas obtenidas en el cuestionario. Este examen se desarrolló de acuerdo a la ficha diseñada y expuesta en el Anexo 2.

Resultados

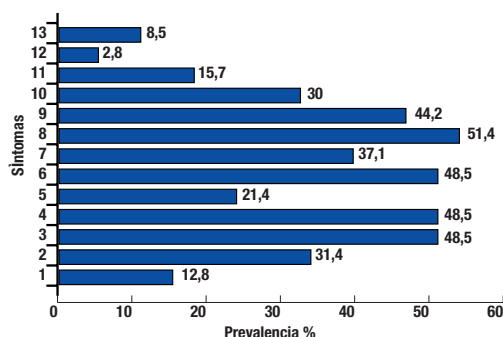
Síntomas de TTM.

Del total de personas encuestadas (n = 70), 67 presentaron al menos un síntoma de TTM (95,7%). En el cuadro N° 1, se presentan los síntomas más prevalentes entre las personas encuestadas.

Cuadro N° 1: Prevalencia de síntomas de TTM.

Síntoma	N° personas	Prevalencia %
1. Dificultad abrir la boca	9	12,8
2. Dificultad movilizar mandíbula	22	31,4
3. Ruido apertura y/o cierre	34	48,5
4. Rigidez muscular	34	48,5
5. Dolor articular ante apertura	15	21,4
6. Dolor oídos	34	48,5
7. Dolor sien y/o mejillas	26	37,1
8. Dolor cuello	36	51,4
9. Cefaleas	31	44,2
10. Dolor dentario	21	30,0
11. Bloqueo en apertura	11	15,7
12. Bloqueo en cierre	2	2,8
13. Cambios en la mordida	6	8,5

Gráfico N° 1: Prevalencia de síntomas de TTM.



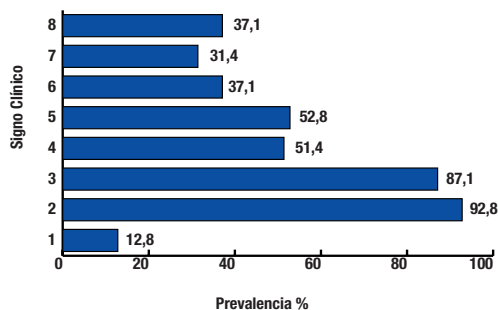
Signos de TTM.

De las 70 personas examinadas, 65 (92,8%) presentaron algún signo relacionado con la presencia de TTM. En el cuadro N° 2 se presenta la prevalencia de signos de TTM en las 70 personas examinadas.

Cuadro N° 2: Prevalencia de signos de TTM.

Signo	N° personas	Prevalencia %
1. Limitación apertura bucal	9	12,8
2. Alteración dinámica mandibular	65	92,8
3. Ruido articular	61	87,1
4. Sensibilidad palpación musc. Craneomandibular	36	51,4
5. Dolor articular con apertura	37	52,8
6. Dolor palpación articular	26	37,1
7. Dolor palpación Masétero y/o Temporal	22	31,4
8. Dolor palpación Musc. Cervical	26	37,1

Gráfico N° 2: Prevalencia de signos de TTM.



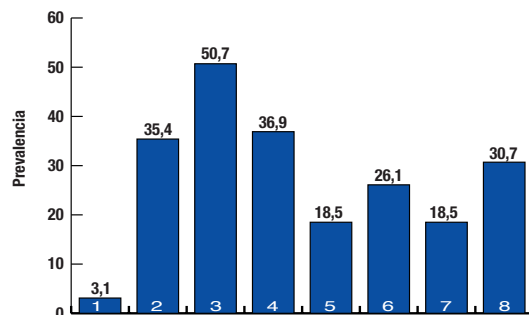
Relación entre síntomas y signos de TTM.

La mayoría de los síntomas presentes en la encuesta, se pueden relacionar con la presencia de un signo mediante el examen clínico. En el cuadro N° 3, se muestra la prevalencia de la relación encontrada entre síntoma y el signo clínico correspondiente.

Cuadro N° 3: Prevalencia de la relación entre signos y síntomas de TTM.

Relación		
Síntoma	Signo	Prevalencia %
1. Dificultad abrir la boca	Limitación apertura bucal	3,1
2. Dificultad movilizar mandíbula	Alteración dinámica mandibular	35,4
3. Ruido apertura y/o cierre	Ruido articular	50,7
4. Rigidez muscular	Sensibilidad Palpación musc. Craneomandibular	36,9
5. Dolor articular ante apertura	Dolor articular con apertura	18,5
6. Dolor oídos	Dolor palpación articular	26,1
7. Dolor sien y/o mejillas	Dolor palpación M y/o T	18,5
8. Dolor cuello	Dolor palp. Musc. Cervical	30,7

Gráfico N° 3: Prevalencia de la relación entre signos y síntomas de TTM.



Prevalencia de TTM.

De las 70 personas encuestadas y examinadas, 65 (92,8%) presentaron algún TTM y sólo el 7,1% (n = 5) (4 hombres; 1 mujer) fueron diagnosticadas como libres de ellos.

Gráfico N° 4. Prevalencia de TTM.

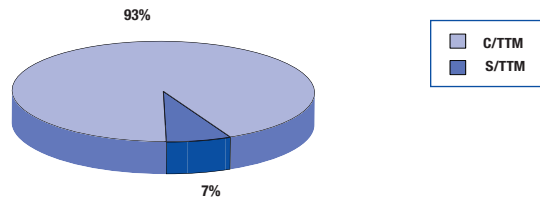


Gráfico N° 5. Distribución de TTM por género.

Del total de pacientes con TTM (n = 65), 24 eran hombres (36,9%) y 41 mujeres (63,08%).

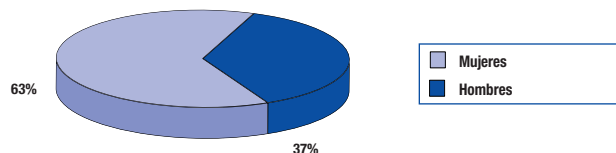


Gráfico N° 6. Prevalencia de trastornos musculares.

Del total de personas afectadas por TTM (n = 65), sólo 29 personas (44,6%) tienen trastornos musculares; de ellas 6 eran hombres (20,6%) y 23 mujeres (79,3%). La clasificación y prevalencia de los trastornos musculares encontrados, se presentan en el gráfico N° 6.

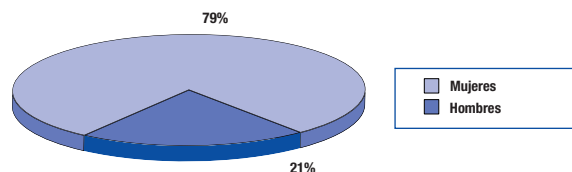
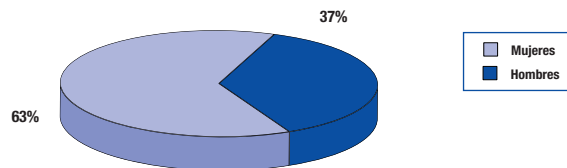


Gráfico N° 7. Prevalencia de trastornos articulares.

Con respecto a las patologías articulares, el 96,9% (n = 63) de las personas con TTM padecía de ellas; el 36,5% correspondía a hombres (n = 23) y el 63,4% a mujeres (n = 40).



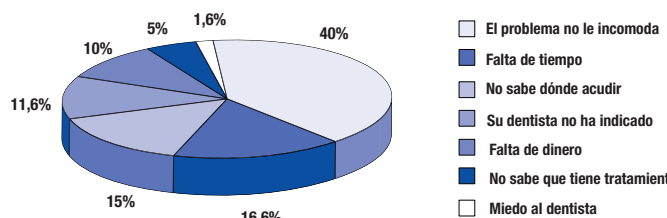
Pacientes con TTM sin tratamiento.

De las 65 personas afectadas por TTM, sólo 5 (7,6%) han recibido algún tipo de tratamiento (odontológico o kinésico) a causa de ellos. Las razones por las cuales 60 individuos (92,3%) nunca han recibido tratamiento fueron variadas y están ordenadas en el cuadro N° 6.

Cuadro N° 6. Causas, distribución y prevalencia de falta de tratamiento de los individuos con TTM

Razones	N° pacientes	Prevalencia %
El problema no le incomoda	24	40
Falta de tiempo	10	16,6
No sabe donde acudir	9	15
Su dentista no ha indicado	7	11,6
Falta de dinero	6	10
No sabe que tiene tratamiento	3	5
Miedo al dentista	1	1,6

Gráfico N° 8. Prevalencia de causas de falta de tratamiento en personas con TTM.



Los resultados de este trabajo indican que la prevalencia de TTM en los individuos estudiados es superior a la encontrada por otros autores en países desarrollados.^(1,3,5,7,8,10,11,19)

La gran mayoría de los estudios realizados sobre el tema, indican sólo la prevalencia de signos y/o síntomas de TTM, no estableciendo el diagnóstico del trastorno, lo que imposibilita su comparación con este estudio.

Los trastornos de la ATM; desplazamiento discal (en primer lugar) y luxación discal con reducción, fueron más prevalentes que los de la musculatura cráneo-cervical; dolor muscular local (en primer lugar) y dolor miofascial, pero ambas patologías encontradas son de carácter leve, no requiriendo un tratamiento costoso y/o complicado, lo que está de acuerdo con lo descrito por otros autores.^(1,2,5,15)

Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de trastornos musculares y articulares con respecto a los hombres, lo que coincide con la literatura encontrada.^(1,3,4,5,7,10,11,12,13)

Con respecto a los síntomas de TTM, en la muestra estudiada se obtuvo una prevalencia levemente superior a la encontrada por Armijo *et al.* en un estudio realizado en pacientes de servicios públicos de atención odontológica en la ciudad de Talca; pero muy superior a la encontrada por otros autores en el extranjero.^(5-8,11,19,24-26)

El síntoma más prevalente fue “dolor en el cuello”, con una prevalencia menor a la encontrada por Armijo *et al.* A pesar que se ha demostrado la estrecha relación que existe entre los TTM y alteraciones cervicales, no existen estudios en otros países donde se haya valorado adecuadamente la presencia de sintomatología cervical.⁽¹⁹⁾

Los síntomas “ruido articular en apertura y/o cierre” junto a “cansancio y/o rigidez de los músculos faciales”, presentaron en este estudio el segundo lugar de prevalencia. Ambos valores obtenidos son comparables a los resultados de otros autores, considerando que la mayoría de estos estudios, que indican prevalencia de síntomas de TTM, no especifican claramente la metodología para obtener la información.^(4,5,7)

La prevalencia de signos de TTM obtenida en este trabajo, es mayor a la publicada por otros autores.^(10,11,19,24)

Como se mencionó anteriormente, el examen practicado a los individuos de este estudio fue minucioso y se rige por las pautas de la AAOP. No se han desarrollado hasta la fecha trabajos con métodos similares, por lo que la comparación de este trabajo con otros es difícil.

El signo más prevalente fue la alteración de la dinámica mandibular (que presentó una prevalencia moderada como síntoma), seguido de los ruidos articulares. El ruido articular mantuvo ante el examen clínico, la elevada prevalencia obtenida como síntoma, lo que indicaría que es un síntoma de alto valor predictivo de TTM. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por otros autores, cuyas investigaciones fueron realizadas en pacientes de servicios dentales o clínicas de TTM.^(4,6,7,10,12,19)

A diferencia de la alta prevalencia de los síntomas “dolor de cuello” y “rigidez y/o cansancio en la musculatura facial”, el dolor a la palpación de la musculatura cervical y la sensibilidad a la palpación de la musculatura facial (signos), presentaron el quinto y sexto lugar de prevalencia, respectivamente. Esto indicaría que ambos síntomas tendrían un bajo valor predictivo de TTM.

Cuando se hizo la relación entre el síntoma (relatado por el paciente) y la presencia del signo clínico correspondiente al síntoma (presente en el examen), la relación signo-síntoma de mayor prevalencia (mas relacionado entre sí) fue el ruido articular (click simple o recíproco). Esto se debería a que el ruido articular es un síntoma específico, fácilmente detectable por el paciente y que no tiene una mayor variación a lo largo del tiempo. No ocurre lo mismo con “dolor en el cuello y dolor a la palpación de la musculatura cervical” o “rigidez en los músculos faciales y sensibilidad a la palpación de la musculatura facial”. Ambas relaciones signos-síntomas son altamente variables en el tiempo y dependen de múltiples factores como: grado de

stress emocional, posiciones de trabajo, hábitos parafuncionales, etc.^(2,5)

No obstante el alto número de personas con TTM, sólo una minoría ha recibido alguna vez tratamiento a causa de ellos, lo que está de acuerdo con estudios realizados en otros países.^(5,7,8) Las causas por la falta de tratamiento fueron variadas y la principal fue que el problema (TTM) no le incomoda, ya que para ellas no es una condición limitante que les impida realizar sus actividades cotidianas.

En segundo lugar se encuentra la “falta de tiempo” de las personas para ir al dentista y someterse a un tratamiento. Esta causa obtuvo una moderada prevalencia y se debe a que gran parte de las personas de la muestra, ocupan trabajos públicos administrativos y necesitan solicitar permisos especiales para faltar al trabajo y acudir a una consulta dental en los horarios tradicionales.

El tercer y cuarto lugar lo ocupan “no sabe donde acudir” y “su dentista no ha recomendado tratarlo”. Ambas causas son importantes de tener en cuenta, ya que sugieren una desinformación y desorientación del paciente, siendo que gran parte de las personas estaban en tratamiento odontológico activo o visitaban periódicamente al odontólogo al momento del estudio.

En el pasado, las diferentes y poco específicas clasificaciones de TTM dificultaban el estudio y la investigación del tema, además de entorpecer el manejo multidisciplinario del paciente cuando era requerido. Hoy, gracias a los esfuerzos de muchos investigadores en el campo de la odontología y la medicina, la AAOP ha establecido una clasificación basada en un modelo médico que no sólo facilitará la comunicación entre los diferentes miembros del ámbito clínico y científico, sino que además permitirá mejorar el diagnóstico y tratamiento del trastorno que afecte a un determinado paciente.

Conclusiones

- En la muestra estudiada, existe una prevalencia de TTM de 92,8%, que es superior a la obtenida en estudios realizados en países desarrollados.
- El síntoma de TTM más prevalente fue “dolor en el cuello”, presente en el 51,4% de los individuos estudiados.
- El signo clínico de TTM más prevalente fue la alteración de la dinámica mandibular, presente en el 92,8% de los individuos estudiados.
- La mayor relación signo - síntoma de TTM, se obtuvo entre “ruido articular en apertura y/o cierre y ruido articular ante la auscultación” con una prevalencia de 50,7%.
- La patología articular más prevalente fue el desplazamiento discal, presente en el 63,4% de los individuos con trastornos articulares.
- La patología muscular más prevalente fue el dolor muscular local, presente en el 96,5% de los individuos con trastornos articulares.
- De los individuos con TTM (n = 65), 60 (92,3%) no recibe, ni ha recibido el tratamiento adecuado.
- La principal causa relatada por las personas por la falta de tratamiento ante su patología, es que el problema (TTM) no les incomoda, con una prevalencia de 40%.

Bibliografía

- Okesson J.; 1996. *Orofacial Pain: Guidelines for assessment, diagnosis and management*. Quintessence Books. Primera edición. 285 p.
- Okesson J.; 1997. *Tratamiento de Oclusión y afecciones Temporomandibulares*. Harcourt Brace. Cuarta edición. 638 p.
- Pertes R.; Gross S.; 1995. *Clinical management of temporomandibular disorders and orofacial pain*. Quintessence Books. Primera edición. 368 p.
- Fricton J. 1991. *Recent advances in Temporomandibular Disorders and orofacial pain*. JADA on CD-ROM. Oct. 25 – 32.
- LeResche; et al. 1997. *Epidemiology of Temporomandibular Disorders: implications for the investigation of etiologic factors*. *Critical Reviews in Oral, Biology and Medicine*. 8. 291-305.
- Dworkin S. et al.; 1994. *Perspectives on the interaction of biological, psychological and social factors in TMD*. JADA on CD-ROM. Jul. 856 – 863.
- Egermark I.; et al. 2001. *A 20 year longitudinal study of subjective symptoms of temporomandibular disorders from childhood to adulthood*. *Acta Odontológica Escandinávica*. 59. 40-48.
- Schiffman E.; Fricton J. 1990. *The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders*. JADA on CD-ROM. Mar. 295 – 303.
- McNeill C.; Mohl T. 1990. *Temporomandibular Disorders: diagnosis, management, education, and research*, JADA on CD-ROM. Mar. 253 – 263.
- Dworkin S. 1990. *Epidemiology of signs and symptoms in Temporomandibular Disorders: clinical signs in cases and controls*. JADA on CD-ROM. Mar. 273 – 281.
- Lipton J.; Jonathan S. 1993. *Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States*. JADA on CD-ROM. Oct 115 – 121.
- Armijo S.; et al. 2000. *Prevalencia de signos y síntomas en pacientes que consultan al odontólogo en los consultorios de Talca*. *Revista oficial del colegio de Kinesiólogos de Chile*. 60. 85-89.
- Sipila K.; et al. 2001. *Association between symptoms of temporomandibular disorders and depression: an epidemiological study of the Northern Finland*. *Journal of Craniomandibular Practice CRANIO*. 19. 183-187.
- Lynch M.; et al. 1994. *Burket's Oral medicine: diagnosis and treatment*. Harcourt Brace. Novena edición. 824 p.
- Greene C. et al.; 1992. *Managing TMD patients: initial therapy is the key*. JADA on CD-ROM. Jun. 43 – 45.
- Mohl N.; Dixon C. 1994. *Current status of diagnostic procedures for Temporomandibular Disorders*. JADA on CD-ROM. Jan. 56 – 64.
- Odontocat web site; 2001. *Centro de especialidades odontológicas. Patología de la ATM; Dolor Orofacial*. [www. Odontocat. Com](http://www.Odontocat.Com).
- Manns A. 1999. *Manual práctico de Oclusión*. Servicios Gráficos Claus Von Plate. Primera edición. Facultad de Odontología Universidad de Chile. Santiago. 194 p.
- Nassif J. et al.; 2001. *Classic Symptoms in Temporomandibular Disorder patients: a comparative study*. *CRANIO. Journal of craniomandibular practice*. 19. 33 – 41.
- Gamonal Jorge : “Examen periodontal básico” , *Revista Odontológica en línea*, Junio 1997.
- Carranza F, 1993, *Periodontología clínica de Glickman*. Interamericana Mc Graw Hill. Séptima edición. 1094 p.
- Rocabado M. 1979. *Cabeza y cuello: Tratamiento Articular*. Intermédica. Primera edición. 170 p.
- Weinberg L. 1980. *The etiology, diagnosis and treatment of TMJ dysfunction pain syndrome, part II: Differential diagnosis*. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 43. 58-71.
- Weinberg L.; Chastain J. 1990. *New TMJ clinical data and the implication on diagnosis and treatment* JADA on CD-ROM. Mar. 305 – 311.
- National Institutes of Health Technology. 1996. *Management of Temporomandibular Disorders*. JADA on CD-ROM. Nov. 1595 – 1606.
- Parker. M. 1990. *A dynamic model of etiology in Temporomandibular Disorders* JADA on CD-ROM. Mar. 283 – 29.

Clasificación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____

Dirección/fono: _____ Fecha : _____

Marque con una X su respuesta.

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Presenta dificultad al abrir la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Presenta dolor al abrir la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene dificultad para hablar, masticar o utilizar la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Siente Ud. Dolor en los oídos o alrededor de ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Nota algún ruido en la articulación al abrir o cerrar la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Siente Ud. Dolor en las sienas o en las mejillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha observado algún cambio en su mordida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Padece por lo menos 3 días a la semana cefaleas (dolor de cabeza)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez, su mandíbula ha quedado fija o bloqueada, sin poder cerrarla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Padece por lo menos 3 días a la semana con dolores de cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez, su mandíbula ha quedado fija o bloqueada, sin poder abrirla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Padece por lo menos 3 días a la semana con dolor de dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Suele sentir rigidez, tirantez o cansancio en los músculos de la cara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		SI	NO
¿ Ha recibido tratamiento anteriormente por algún dolor facial inexplicable o algún problema de la articulación (ATM) ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si el paciente presenta algún trastorno temporomandibular sin tratamiento, indique el motivo, marcando con una X.

<input type="checkbox"/> El problema no le incomoda	<input type="checkbox"/> Falta de tiempo
<input type="checkbox"/> No sabe que tiene tratamiento	<input type="checkbox"/> No sabe donde acudir
<input type="checkbox"/> Su dentista no ha recomendado tratarlo	<input type="checkbox"/> Otro : _____
<input type="checkbox"/> Falta de dinero	

Firma paciente

Firma examinador

ANEXO N° 2 - EXAMEN CLINICO

Nombre: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
 Ocupación: _____
 Dirección/fono: _____ Fecha: _____

I.- ANAMNESIS:

- Cuadro patológico _____
- Inicio del cuadro (fecha): _____
- Signos y síntomas (pasados y/o actuales): _____
- Antecedentes médicos remotos y/o actuales: _____
- Tratamientos odontológico/sicológico/kinésico anteriores: Si No
- Traumatismos cervico-cráneo-mandibular recibidos: Si No
- Sufre de tensión o stress: Si No
- Aprieta los dientes: Si No
- Presenta dolor muscular en cabeza o cuello: Si No

2.- EXAMEN INTRAORAL:

- Labios y mejillas: Normal Lesión Otro: _____
- Examen periodontal (PSR):

S1	S2	S3
S6	S5	S4

• Examen dentario:

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

- Ausentes (Negro).
- Caries/Restos Radiculares (Rojo).
- Obturaciones (Azul) (Estado: Bueno (B) Regular (R) Malo (M)).
- Movilidad dentaria (M1, M2, M3).
- Mal posiciones dentarias (Rotación (Rt), Versión (V)).
- Facetas de desgaste (F).
- Abfracciones (A).

3.- EXAMEN OCLUSAL:

3.1 Arcadas en contacto:

- Tipo de oclusión (clasif. de Angle):
 Cl. I Cl II.1 Cl II.2 Cl. III
- Línea media:
 Coincide Sup. e Inf. Si No Coincide LMF Si No
- Relación dentaria: 1:1 2:1
- Plano oclusal:
 Curva de Spee: Presente. Ausente. Norm. Aumen. Dismin.
 Curva de Wilson: Presente. Ausente. Norm. Aumen. Dismin.
- Grado de Entrecruzamiento :
 Overjet: _____ mm. Overbite: _____ mm.

3.2 Arcadas en movimiento:

- Apertura:
 Activa: _____ mm. Dolor
 Pasiva: _____ mm. Dolor
- Trayecto de apertura:
 Normal:
 Desviación: Derecha Izquierda
 Deflexión: Derecha Izquierda
- Frémito: Si No
- Contactos prematuros: Si No
- Discrepancia RC-MIC:
 Sagital: _____ mm. Lateral: _____ mm.
- Lateralidad:
 Derecha: _____ mm. Dolor
 Izquierda: _____ mm. Dolor
- Guías de desoclusión:
 Guía anterior: presente ausente funcional no funcional
 Lateralidad Derecha: GCP GCC FGPA FGPP FGT
 Lateralidad Izquierda: GCP GCC FGPA FGPP FGT
- Interferencias:
 Interf. en Protrusiva: Si No
 Interf. en Lado de Trabajo derecho: Si No
 Interf. en Lado de Trabajo Izquierdo: Si No
 Interf. en Lado de No Trabajo derecho: Si No
 Interf. en Lado de No Trabajo Izquierdo: Si No

4.- EXAMEN ARTICULAR:

- Palpación (Código 0 1 2 3):**

Lateral: 0 1 2 3
 Posterior: 0 1 2 3

- Presencia de ruidos (Auscultación):**

Click en apertura:
 Click en cierre:
 Click reciproco:
 Pop (apertura/cierre/ambos):
 Crepito leve (apertura/cierre/ambos):
 Crepito intenso (apertura/cierre/ambos):
 No reproducible todas las veces en apertura o en cierre:

- Desplazamiento condilar (Apertura/cierre):**

- Historia de ruido, pero no presente al examen:**

- Historia de bloqueo articular en apertura:**

- Historia de bloqueo articular en cierre:**

5.- EXAMEN MUSCULAR:

Palpación muscular utilizando los siguientes códigos : 0 1 2 3.

- Temporal:**

Anterior: 0 1 2 3
 Medio: 0 1 2 3
 Posterior: 0 1 2 3

- Masetero:**

Superficial: 0 1 2 3
 Profundo: 0 1 2 3

- Pterigoideo interno:** 0 1 2 3
- Pterigoideo externo:** 0 1 2 3
- Digástrico (V. Anterior):** 0 1 2 3
- Esternocleidomastoideo:**
 - Superior: 0 1 2 3
 - Medio: 0 1 2 3
 - Inferior: 0 1 2 3
- Trapezio:** 0 1 2 3
- Esplenio:** 0 1 2 3

DIAGNÓSTICO MUSCULAR:	DIAGNOSTICO ARTICULAR:
Dolor muscular Local <input type="checkbox"/>	Desplazamiento discal <input type="checkbox"/>
Dolor Miosacial <input type="checkbox"/>	Luxación discal con reducción <input type="checkbox"/>
Miospasma <input type="checkbox"/>	Luxación discal sin reducción <input type="checkbox"/>
Miositis <input type="checkbox"/>	Adherencias <input type="checkbox"/>
Fibromialgia <input type="checkbox"/>	Subluxación <input type="checkbox"/>
	Luxación espontánea <input type="checkbox"/>
	Sinovitis/Capsulitis <input type="checkbox"/>
	Retrodiscitis <input type="checkbox"/>
	Osteoartritis/Osteoartrosis <input type="checkbox"/>