

Ar.

# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología



## TRASTORNOS DE LA ARTICULACION TEMPORO-MAXILAR

Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS.

DIRIBI Y RUISE  
17-III-81

C.D. JOSE ESTANILLO PÉREZ

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

ALBERTO OLGUIN RICO



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

- I.- CARACTERISTICAS ANATOMICAS Y FUNCIONALES PE  
CULIARES DE ESTE SISTEMA.
- II.- ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA ARTICULACION --  
TEMPOROMAXILAR.
- III.- FISILOGIA DE LA MASTICACION.
- IV.- MOVIMIENTOS MANDIBULARES O FISILOGIA DE LA  
OCCLUSION.
- V.- PANTOGRAFO.
- VI.- HISTORIA CLINICA.
- VII.- CONCLUSIONES.  
BIBLIOGRAFIA.

## I N T R O D U C C I O N

Al iniciar el estudio de uno de los componentes del sistema Estómatognático como lo es la Articulación Temporo-Maxilar, es necesario hacer notar la importancia de mantener en cuenta que éste sistema es un conjunto de órganos sistemáticamente relacionados que funcionan como un todo.

Por lo que al presentarse alteraciones de -- estructura y función en cualquier parte del sistema, ocasiona trastornos subsecuentes en alguno o - algunos de los otros componentes (dientes, parodonto, sistema neuromuscular, articulación temporo-maxilar). De aquí la importancia de conocer la anatomía y fisiología de la articulación temporo-maxi-- lar, sus caras articulares que guían los movimientos, músculos que activan el movimiento y los ligamentos que lo limitan.

## CAPITULO I

## CARACTERISTICAS ANATOMICAS Y FUNCIONALES PECULARES DE ESTE SISTEMA.

La articulación original de los reptiles (articulación cuadrado-articular) ha sido substituida por la articulación temporomaxilar. La articulación primaria desplazada asumió otras funciones y se conservó en el mamífero como el martillo y el yunque en el oído interno. El martillo conserva fibras que son extensiones del ligamento esfenomaxilar, atravesando la fisura petrotimpánica. Este ligamento ha sido descrito por Byrch como un remanente o residuo del cartilago de Meckel.

La articulación temporo-maxilar en el hombre defiere de otras articulaciones en lo siguiente:

1.- Es una articulación doble. Como las articulaciones derecha e izquierda son extensiones posteriores del maxilar, una articulación no puede -- funcionar sin la otra.

2.- Se trata de una articulación a presión.- Esto queda indicado por el tejido fibroso avascular que cubre las superficies articulares, y el -- disco articular fibroso avascular. No hay cartilago en el tejido fibroso que cubren la superficie -- articular de las partes óseas de la articulación -- ni el menisco (disco).

3.- Hay una interdependencia de función a base de una tríada equilibrada de las articulaciones derecha e izquierda, el contacto de los dientes, y

el sistema neuromuscular relacionado. La oclusión de los dientes provoca un paso mecánico definitivo o sea un punto final de cierre de las articulaciones, y constituye una fuente bastante precisa de sensación propioceptiva mandibular.

4.- No se trata de una verdadera articulación de fosa-cóndilo; la profundidad de la fosa no es funcional. Es en realidad una articulación de cóndilo y eminencia con las partes articulares -- que son la superficie articular del cóndilo maxilar y las superficies inclinadas posterior e inferior de la eminencia articular del hueso temporal.

## CAPITULO II

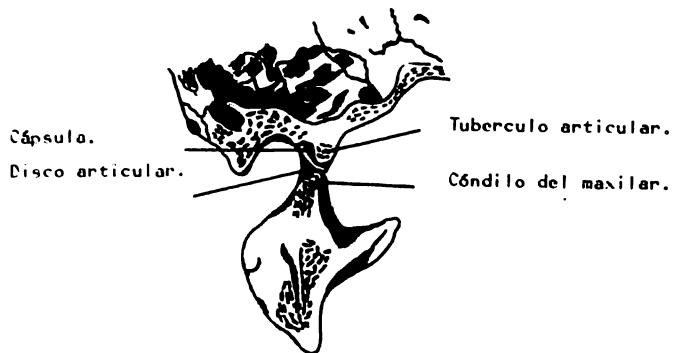
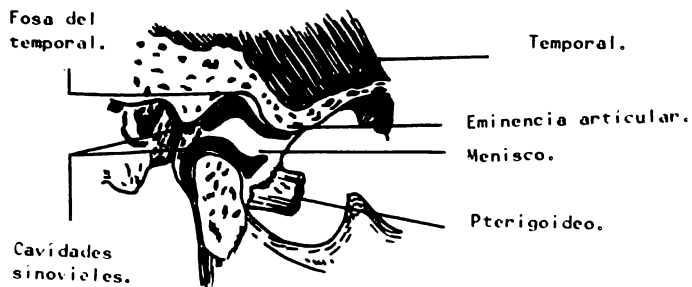
ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA ARTICULACION TEMPORO--  
MAXILAR.

Es una articulación con movimientos precisos que pertenece al género de las bicondileas, y forma parte del componente posterior de la articulación de la mandíbula, ya que el componente anterior está representado por la articulación de los dientes.

La articulación temporo-maxilar está constituida por dos huesos por arriba el hueso temporal que es la parte inmóvil de la articulación, formada por la cavidad glenoidea (cóncava) que se prolonga hacia adelante e incluye la eminencia articular -- (convexa), posteriormente la cavidad está limitada por la fisura petrotimpánica; y el cóndilo de la mandíbula que corresponde a la parte móvil. Ambas están cubiertas de cartílago hialino y están mantenidas en posición por un saco fibroso y separadas una de la otra, por un disco o menisco articular y fibrocartílago que tiene inserciones tanto en el segmento móvil como el inmóvil en número de dos y acompaña al cóndilo en todos sus movimientos.

El menisco interarticular divide la articulación en dos cavidades distintas, una superior y -- otra inferior; rodeando a la articulación se encuentra una cápsula articular en forma de cortina que se inserta en la cavidad glenoidea y en el cuello del cóndilo, evitando la salida del líquido sinovial que lubrica a la articulación.





El menisco va desde los límites anteriores - de la eminencia articular hacia atrás hasta la fisisura de Glasser, a la cual está insertado por medio de la cápsula. En su superficie superior presenta una superficie continua lisa que le permite deslizarse libremente hacia adelante. Su superficie inferior presenta un aspecto muy diferente; se divide en dos porciones, una anterior que está insertada por medio de un fascículo fibroso resistente al pterigoideo externo, poco profunda para alojar el cóndilo. En la parte anterior hay un engrosamiento del menisco que impide el desplazamiento hacia adelante del cóndilo.

La estructura del menisco no es uniforme. La cápsula en el cuello del cóndilo está insertada a la periferia de ésta superficie lisa posterior y solamente a ésta porción.

**LIGAMENTOS DE LA ARTICULACION.-** Existen tres ligamentos relacionados con la articulación temporomaxilar, considerando los ligamentos capsular y temporomandibular en uno sólo. Se inserta en el borde inferior y posterior de la eminencia del temporal, inferiormente se inserta en el cuello del cóndilo en su parte externa y posterior, dirige sus fibras oblicuamente de adelante hacia atrás y de arriba abajo.

Los otros dos son accesorios por naturaleza, el esfenomandibular va de la apófisis pterigoides del esfenoides a la espina de Spix, dirigiendo sus fibras de arriba abajo y de adentro hacia afuera.

El ligamento estilomandibular, se dirige de la apófisis estiloideas al ángulo de la mandíbula; atrás del cóndilo hay tejido conjuntivo laxo am- - pliamente vascularizado e innervado.

El ligamento temporomandibular es el más directamente relacionado con la articulación y su im- - portancia reside en limitar los movimientos del -- maxilar. La dirección de las fibras de los ligamen- - tos temporomandibulares interno y externo intervie- - nen en forma importante en la limitación de los mo- - vimientos retrusivos del maxilar.

**MUSCULOS DE LA MASTICACION.-** Con este nombre designamos un grupo bilateral de cuatro músculos - procedentes del cráneo que se insertan en el maxi- - lar inferior, estando innervados por la tercera rama del trigémino o nervio maxilar inferior. Dichos músculos son el temporal que es superficial, el ma- - setero situado en la cara externa del maxilar infe- - rior y los dos pterigoideos externo e interno, si- - tuados en la profundidad.

**MUSCULO TEMPORAL.-** El músculo es largo, y un fuerte músculo de la masticación, se inserta en -- una extensa zona ósea, estando limitado hacia arri- - ba, hacia adelante y hacia atrás por la línea tem- - poral inferior.

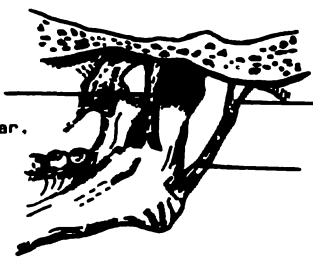
Hay numerosas fibras que toman su origen en- - la aponeurosis temporal. En forma de abanico con- - vergen las fibras hacia el espacio situado por den- - tro del arco cigomático, donde el músculo alcanza- - su mayor espesor, y atraviesan este espacio para - - terminar insertándose en la mandíbula.

Ligamento Temporomaxilar.



Ligamento  
Capsular.

Ligamento  
Esfenomaxilar.



Apófisis  
Estiloides.

Ligamento  
Estilomaxilar.

La inserción del músculo tiene lugar mediante dos porciones tendinosas separadas entre sí. La porción superficial se inserta a la altura del borde de la apófisis coronoides, pasando por el ángulo de ésta, para llegar muchas veces al nivel del reborde alveolar inferior. El tendón profundo se inserta, en la cara interna de la apófisis coronoides, en una zona extendida cerca de su vértice, si que luego hacia abajo por la cresta temporal. Entre las dos porciones tendinosas queda hacia adelante un surco profundo, que corresponde a la fosa retromalar, al nivel del cual el hueso queda libre de inserciones.

Las fibras del músculo temporal son descritas como verticales, oblicuas y horizontales, la contracción de unas o de todas tienen una tendencia definitiva al elevar y retroceder la mandíbula.

**MUSCULO MASETERO.**- Es cuadrangular aplanado de afuera a dentro, se inserta en el ángulo de la mandíbula. Se reconocen dos porciones, una superficial y otra profunda. Las fibras superficiales se dirigen, en general, de adelante y arriba hacia atrás y abajo; las de la porción profunda llevan una dirección casi completamente vertical, desviándose a veces un poco hacia adelante y abajo.

Sus contracciones elevan la mandíbula y hacen que los dientes se junten fuertemente. Sus contracciones tienden a colocar al cóndilo en una posición postero-superior en la fosa glenoidea. El masetero puede cerrar de golpe los dientes en cualquier posición desde céntrica a protusiva. Tienen

do las superficies oclusales de los dientes en armonía con esta acción, permiten una mejor distribución de la fuerza de este músculo sobre el tejido parodontal cuando los dientes cierran apresando el bolo alimenticio.

**MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.**- Tiene su inserción en el cráneo mediante dos cabezas, en la cara infratemporal del ala mayor del esfenoides extendiéndose por fuera hasta la cresta esfenotemporal; el vientre inferior se inserta en la cara lateral de la lámina externa de la apófisis pterigoides, - la mayoría de las fibras se insertan en el disco articular llegando hasta el final de la cápsula articular.

Las fibras en dirección horizontal y media, y sus contracciones empujan la cabeza del cóndilo y el menisco hacia adelante y adentro. Si se relaja de un lado mientras el otro se contrae, la mandíbula se moverá hacia una posición lateral. La -- contracción de las fibras también tienden a contrarrestar el empuje posterior del músculo temporal.

**MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.**- La mayoría de sus fibras nacen de la cara interna del ala pterigoidea externa. Las fibras del músculo que están -- aplanadas de afuera adentro, se dirigen hacia -- atrás y abajo hasta la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula.

La contracción del músculo de un lado determina el movimiento de lateralidad de la mandíbula, asiste en la protrusión y ayuda así al músculo pte

rigoideo externo.

Cuando se contrae para ayudar al pterigoideo externo en la movilización de la mandíbula para la masticación, la dirección y amplitud del movimiento medio de la cabeza del cóndilo están guiados por la forma de la curva interna de la fosa glenoidea; únicamente la base de la fosa glenoidea guía la ruta condilar en sentido recto, en el movimiento protrusivo. La contracción forzada de músculos masetero y temporal regresan el cóndilo (y mandíbula) a posición céntrica.

Las cúspides están hechas para armonizar con el movimiento de Bennet para que cuando los dientes entren en contacto y penetren en el bolo alimenticio, las cúspides pasen sin tocarse unas con otras sin lastimar así el tejido parodontal.

Los músculos pterigoideo externo e interno son los que originan los movimientos de lateralidad y protrusión de la mandíbula.

Los movimientos de apertura y cierre están controlados por los elevadores de la mandíbula, el temporal, el masetero y el pterigoideo interno y por los músculos depresores de la mandíbula, el geniohioideo, milohioideo y digástrico. El músculo pterigoideo externo mueve la mandíbula hacia adelante y las fibras posteriores del temporal retruyen la mandíbula. El músculo pterigoideo externo y los músculos elevadores del lado opuesto producen los movimientos laterales.

Los músculos suprahioides se mencionan por tener relación con los movimientos de la mandíbula pero no serán descritos.



## CAPITULO III

### FISIOLOGIA DE LA MASTICACION.

#### FUNCION.

Además de las funciones atribuidas, como masticación, palabra y deglución, el sistema masticador sirve como medio primario de expresión. Durante la infancia prácticamente es la única fuente de comunicación del individuo con el medio exterior.

Su orden normal de aparición son la posición postural del maxilar inferior, la deglución, y la capacidad de mamar.

La regresión y la dependencia infantil bucal muchas veces se entremezclan con estados parafuncionales del sistema masticador perturbado.

#### PARAFUNCION.

Se ha descrito como un hábito funcional no fisiológico. Estriba en unir los maxilares con motivos que no son la masticación ni la deglución o la palabra. Parece casi seguro que los hábitos bucales pueden ser no sólo fisiológicos sino necesarios para el bienestar del individuo.

#### CLASIFICACION DE TRASTORNOS DEL SISTEMA MASTICADOR.

Hay dos categorías principales: Intracapsulares y Extracapsulares.

## TRASTORNOS INTRACAPSULARES.

Este término se refiere a la participación dentro de los límites de la articulación y ligamento articular, y puede asociarse con los siguientes factores causales:

## TRASTORNOS CONGENITOS.

Los defectos no son frecuentes. Los síntomas quizá no se desarrollen en edad muy temprana. Las radiografías pueden demostrar directamente defectos anatómicos en las partes óseas de la articulación.

Los trastornos congénitos pueden incluir lo siguiente:

Agenesia de cóndilo, uni o bilateral.  
 Cóndilo doble  
 Cóndilo hiperplástico.  
 Cóndilo hipoplásico.

## SIGNOS Y SINTOMAS

Limitación de la abertura mandibular y dolor con un cóndilo hiperplástico. Un cóndilo doble puede originar estos síntomas. Asimetría de la cara y desviación del maxilar hacia el lado afectado al abrir la boca.

Abertura anterior con imposibilidad de cerrar repetidamente los dientes en posición, constante cuando hay agenesia de cóndilo.

## TRATAMIENTO.

Suele ser quirúrgico, excepto para la agenesia o la hipoplasia. La intervención dental puede ayudar a establecer un plano aceptable de oclusión, conservando la salud normal de la boca y brindando tratamiento paliativo para las molestias. Es importante lograr un plano funcionalmente aceptable para la oclusión en casos de agenesia o hipoplasia - de cóndilos.

Las complicaciones de la cirugía pueden incluir tejido cicatrizal extenso, origen de limitación de los movimientos del maxilar.

## ARTRITIS OSTEODEGENERATIVA.

La más frecuente observada en la articulación temporomaxilar, acompaña a la presión excesiva y a la edad, originando un remodelado óseo, espolones (osteófilos), cambios degenerativos y, posiblemente, anquilosis.

## SIGNOS Y SINTOMAS.

Es frecuente el dolor en la articulación o alrededor de la misma. También puede haber dolor - en músculos de la masticación.

El movimiento del maxilar está limitado.

Crepitación o ruido, a veces.

Puede haber desviación del maxilar al abrir la boca.

Los síntomas suelen ser unilaterales.

El proceso puede acompañarse de cambios en las articulaciones interfalángicas terminales (nódulos de Heberden).

#### DATOS RADIOGRAFICOS.

Aplanamiento de la superficie articular del cóndilo y hueso temporal.

Formación de rebordes o "espolones", sobretudo en segmentos anteriores del cóndilo.

Espacio articular estrechado.

Contorno superficial de la articulación en el hueso temporal.

#### TRATAMIENTO.

Analgésicos para el dolor, calor humedo para la participación muscular.

Medicación para la relajación muscular: Valium 5 mg. 2-3 veces al día.

Medicación antiinflamatoria: Fenilbutazona-100 mg, 3 veces al día, por breve tiempo, o indometacina 25 mg tres veces al día.

Sostén de las articulaciones, por ejemplo - restablecimiento de los dientes posteriores faltantes en un plano adecuado de oclusión y con buena - dimensión vertical. Por consiguiente el tratamiento es paliativo y de sostén.

## TRASTORNOS FUNCIONALES

### SUBLUXACION.

Es la posición uni o bilateral del cóndilo por delante de la eminencia articular, con la recuperación de la normalidad durante la actividad fisiológica.

### SIGNOS Y SINTOMAS.

El ruido articular es frecuente; puede relacionarse con el movimiento del cóndilo por delante de la eminencia articular. Esto resulta de una - - coordinación funcional insuficiente entre los fascículos inferior y superior del músculo pterigoideo externo.

Desviación del maxilar si la subluxación es unilateral.

El paciente no suele darse cuenta de la situación.

No suele haber dolor.

La articulación esta ampliamente abierta, - pero puede cerrarse voluntariamente.

### DATOS RADIOGRAFICOS.

El cóndilo puede estar muy por delante de la eminencia articular, fuera de la verdadera articulación.

Muchas de las articulaciones afectadas parecen tener muy plana la superficie inclinada posterior de la parte articular del hueso temporal.

### TRATAMIENTO.

Esta contraindicado en ausencia de síntomas o de patologías.

Puede ser necesario relajantes musculares y compresas húmedas calientes para disminuir la "tensión" en los músculos masticadores.

La hiperfunción y la actividad muscular extensa pueden disminuirse con dieta blanda y líquida.

Se advierte al paciente que al abrir mucho la boca, por ejemplo al bostezar, quizá perciba un chasquido. Si es posible, entonces resultará útil restabilizar el maxilar con presión manual.

### PRONOSTICO.

La subluxación y el chasquido pueden evitarse con el tratamiento antes señalados-excepto si se abre mucho la boca, por ejemplo al bostezar.

### LUXACION.

Resulta de una posición uni o bilateral del cóndilo por delante y arriba de la eminencia articular, y se acompaña de desequilibrio articular.

La luxación no depende de traumatismos; este trastorno resulta de espasmos de los músculos - que cierran la boca al masticar (masetero, pterigoideo interno, temporal) después de una abertura máxima del maxilar, con el cóndilo por delante y -

arriba de la eminencia articular. Esto bloquea el cóndilo en dicha posición.

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

La boca está abierta y no puede cerrarse. - El dolor puede ser intenso por fatiga muscular y - distensión ligamentosa.

Depresión facial profunda por delante del - trago.

El paciente tiene muchas veces actitud de - pánico.

Desviación del maxilar con luxación unilateral.

Chasquido agudo.

#### DATOS RADIOGRAFICOS.

Los cóndilos están por delante de la eminencia articular y, además, por encima de ella.

Frecuentemente hay angulación profunda de - la superficie posterior de la eminencia articular.

#### TRATAMIENTO.

Manipulación digital. El terapeuta se pone delante del paciente y coloca los pulgares en la - boca sobre el maxilar, por delante de los molares; al mismo tiempo con los índices sostiene el maxilar en la parte externa. Hay que sostener la cabeza. Se dirige una fuerza continua hacia abajo y - atrás, luego arriba, permitiendo que los cóndilos - queden por debajo y detrás de la eminencia.

Después de la reducción hay que dejar en reposo al maxilar con función limitada.

Debe establecerse tratamiento del espasmo - muscular:

- a) Calor húmedo bilateral durante 10 minu--tos, 3 veces al día.
- b) Relajantes musculares.
- c) Dieta líquida y blanda.
- d) Ejercicio muscular muy moderado.

#### PRONOSTICO.

El control puede ser muy bueno. Un trastor--no intracapsular afecta la articulación temporoma--xilar y puede considerarse como disfunción o tras--torno de dicha articulación.

#### TRASTORNOS EXTRACAPSULARES.

Es el problema más frecuente que se observa. Incluye enfermedad o trastorno por fuera de los lí--mites del ligamento capsular y origina una serie - de signos y síntomas.

#### AJUSTE OCLUSAL.

Cuando la oclusión es factor casual princi--palmente intensa suprimir lo antes posible la in--terferencia. Se manifiesta por la prominencia del--diente que fuerza los movimientos maxilares al maxi--mo de la cúspide después de un contacto inicial -- con el diente en extrusión.



También una interferencia lateral, evitando que los músculos de cierre lleven la parte de trabajo en contacto para actuar, requiere que estos - músculos sigan contrayéndose y pueda ser parte fundamental del dolor mioaponeurótico en el lado que trabaja. También las interferencias de protrusión dental posterior.

#### NOTA.

Como los músculos mueven al maxilar, no hay que apresurarse demasiado en ajustar la discrepancia de oclusión moderada o mínima sin intentar primeramente obtener una función muscular equilibrada. Puede ocurrir que el trastorno de oclusión desaparezca cuando se logre restablecer el equilibrio -- muscular.

#### MEDIOS DE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO.

Se han utilizado planos de mordida, guarda de noche, y otros medios, con buen resultado, para diagnóstico y tratamiento de síndrome de disfunción mioaponeurótica dolorosa.

El alivio de los síntomas dependen de:

Modificar la estimulación propioceptiva.

Proporcionar estabilidad mecánica al maxilar mediante las prótesis.

Hacer algo positivo para el paciente.

Los dispositivos de oclusión, utilizados - tanto para terapéutica como para diagnóstico, son medidas temporales, y en el tratamiento del paciente deben substituirse por medios más definitivos y

duraderos.

### TRASTORNOS YATROGENOS.

Son frecuentes las intervenciones dentales-prolongadas, la inflamación después de un tratamiento, la tensión o presión excesiva impuesta a la musculatura masticatoria y sus ligamentos y la inyección de bloqueo maxilar anterior con la irritación de la inserción tendinosa del músculo temporal.

### TRASTORNOS TRAUMATICOS.

Son lesiones de la articulación temporomaxilar pueden depender de un golpe brusco o de lesión de tejidos blandos por extensión excesiva del maxilar.

### SIGNOS Y SINTOMAS.

Dolor mioaponeurótico o intracapsular, cuando esta afectada la articulación.

Hinchazón de la zona del golpe.  
Limitación del movimiento maxilar.  
Asimetría (tejidos blandos).  
Desviación al abrir la boca, generalmente unilateral.

### TRATAMIENTO.

Relajantes musculares.

Calor húmedo a los lados de la cara durante

10 minutos, tres veces al día. Es eficaz para relajar los músculos temporal y masetero. El pronóstico es muy favorable.

#### TRASTORNOS DE ORIGEN DENTAL LOCAL.

La reparación de defectos dentales aislados, el tratamiento de zonas locales de infección dentro de la boca, la corrección de traumatismos de oclusión quizá sean necesarios para suprimir factores locales.

#### SIGNOS Y SINTOMAS.

Dolor unilateral.  
Chasquidos.  
Desviación al abrir la boca.

#### TRATAMIENTO.

Después de suprimir el problema dental local, y reducir el espasmo muscular con calor húmedo, emplear medicamentos y fisioterapia para restablecer la función neuromuscular equilibrada.

#### TRASTORNOS OTOLÓGICOS.

La infección del oído, como otitis media o furúnculo en el conducto, pueden causar signos y síntomas similares a los de una disfunción intracapsular:

Dolor o hipersensibilidad en el oído.  
Sensación de plenitud.  
Ruidos de oído.

Limitación para abrir la boca.

Fiebre.

Malestar general.

Síntomas unilaterales.

Está indicado mandar al paciente a un otorrinolaringólogo. El tratamiento de este resolverá el problema.

El pronóstico es excelente con tratamiento adecuado de la enfermedad otológica.

## CAPITULO IV

MOVIMIENTO MANDIBULAR O FISILOGIA DE  
LA OCLUSION.

Se entiende por posiciones y movimientos -- mandibulares, los de la mandíbula en conjunto.

En su conjunto están regidos y condicionados a una cantidad de factores. Son de esencia anatómica, la forma, posición y relativa rigidez del cuerpo mandibular; los músculos como generadores de movimiento, bajo la coordinación del sistema nervioso central, informado por los nervios sensitivos y que ordena mediante los nervios motores; las articulaciones temporomandibulares, con sus posiciones características, como factores de orientación, conducción y limitación; los arcos dentarios, como origen y/o acondicionadores de los reflejos que determinan su enfrentamiento y como frenos finales de los movimientos de cierre. los demás tejidos duros y blandos que rodean o integran la mandíbula, limitando mecánicamente su movilidad, pero también generadores de reflejos de movimiento o de freno.

En esta complejidad, es mucho lo que se ignora. "Nuestra activísima mandíbula aparece aún rodeada de misterio". En su apariencia de simple palanca al servicio de grosera labor mecánica, posee una particular capacidad para equivocar y confundir, que deriva quizá de su actividad al servicio de la lengua y la palabra.

En el pasado, los odontólogos crearon una -

cantidad de concepciones teleológicas. Asentadas - por lo general en observaciones más o menos justas, pero interpretadas arbitrariamente, derivan en - - enunciados de carácter dogmático---triángulo equilátero de Bonwill(1887), centro de Villain (1922), esfera de Monson (1927) ejes de cilindros de Gysi- (1929), ejes coincidentes de Granger (1952)--, -- que sólo parcialmente coinciden con la realidad.

**MOVIMIENTOS ELEMENTALES.** La mandíbula se -- mueve por rotación y traslación, condicionadas - - principalmente por la forma y posición del hueso,- la posición y anatomía de las articulaciones temporo mandibulares y la disposición de los numerosos - músculos que intervienen.

Aunque no puede moverse un punto mandibular sin que lo haga simultáneamente el resto, los cóndilos constituyen los lugares de menor amplitud de movimiento y la máxima se encuentra en el centro - de la porción delantera. La razón es sencilla los cóndilos no tienen abertura. Rotan sobre sí mismos, o van y vienen, arrastrando los meniscos. Su posibilidad de acercamiento o separación respecto a - los techos glenoideos es prácticamente insignifi-- cante. La disposición de los ligamentos temporomandibulares aparece adecuada para impedir la separación.

En los movimientos habituales las traslaciones y rotaciones no son puras, sino combinadas, - con prevalencia de la rotación en la abertura o el cierre. Movimientos rotacionales puros se producen siempre que la mandíbula se abre o cierra sin que los cóndilos cambien de lugar. Con sentido prácti-

co se considera movimientos "horizontales" a todos los movimientos contractantes o deslizantes, es decir, con contacto de los arcos dentarios, aunque van acompañados de ligeras rotaciones condilares.- Movimientos "verticales" son aquellos en que predomina la rotación condilar.

Las articulaciones condilomeniscales son consideradas los principales responsables de las rotaciones; las temporomeniscales lo son de las traslaciones.

**METODO DE REGISTRO.** El registro de las posiciones y movimientos de la mandíbula tiene gran importancia, tanto para la clínica (reproducirlos e interpretarlos) como para la investigación, por lo cual se verá en particular más adelante.

**CAMPO DE MOVIMIENTO MANDIBULAR.** Es el campo o volumen que determina la totalidad de posibilidades de movimiento mandibular, referido a una base craneal supuesta inmóvil.

Para estudiar en detalle las posiciones y movimientos mandibulares resulta cómodo referirlos al campo de movimiento de un punto mandibular; exige tener en cuenta dos leyes: 1.- ningún punto mandibular tiene movimiento independiente, a excepción de los que pueda generar la elasticidad de sus componentes. Es obvia esta excepción, suponiendo que mandíbula y dientes constituyen un sólido rígido; 2.- los campos de movimiento de distintos puntos de la mandíbula son equivalentes pero diferentes.

Referidos al campo de movimiento, Posselt - (1952) clasificó a las posiciones y movimientos - mandibulares en contactantes (en contacto con el - arco dental superior o lo que lo representa); bor- - deantes (en los límites laterales del campo), y li - bres (en su interior). Incorporó otra nomenclatura - fundamental al distinguir simplemente posiciones y - movimientos mandibulares. La mayor amplitud de la - voz posición reside en que no se refiere a posi- - ción de los arcos dentarios exclusivamente.

#### POSICIONES MANDIBULARES.

Al aceptar que las oclusiones son posicio-- nes mandibulares, queda implicado que todo punto - mandibular (condíleo, angular, coronoideo, mento-- niano) tiene tantas posiciones oclusales como cual- - quier diente.

**OCCLUSIONES.-** Posiciones mandibulares contac- - tantes, es decir, determinadas por la intercuspida- - ción.

**OCCLUSION CENTRAL.-** La posición normal que - produce la máxima intercuspitación y el mayor núme- - ro de puntos de contacto entre ambos arcos denta-- les.

**OCCLUSION EXCENTRICA.-** Todas las oclusiones, - excepto la céntrica. Se distinguen entre sí por la - dirección del movimiento que las genera, a partir- - de la oclusión central.

**OCCLUSION BALANCEADA.-** La que se produce por - contacto simultáneo en ambos lados y delantero. -



Tiende a mantener el equilibrio de la dentadura.

**OCCLUSIONES NORMALES.-** Responden a las formas de la especie. Las oclusiones ideales (Ramfjord y Ash, 1966) y las oclusiones óptimas (Beyron, 1969) son aquellas en que la armonía entre forma y función de los dientes es tan perfecta que impide la generación de tensiones lesivas de origen oclusal. Se cree que mediante modificaciones adecuadas, esas formas normales podrían transformarse en ideales u óptimas, desapareciendo las tensiones.

**OCCLUSIONES FUNCIONALES.-** Las que se utilizan habitualmente en la actividad mandibular. Pueden ser normales o no. (vicios masticatorios, bruxismo).

Las posiciones mandibulares se denominan también de acuerdo con el movimiento que las determina respecto a la posición oclusal central. Pueden calificarse con los mismos adjetivos que las oclusiones.

**POSICIONES CONTACTANTES.-** Posiciones mandibulares con dientes en oclusión.

**POSICIONES INTERCUSPALES.-** Posiciones determinadas por los entre cruzamientos de las cúspides.

**RELACION CENTRAL O CENTRICA.-** (sinónimo de posición de charnela o posición retrusiva terminal): toda posición mandibular con los cóndilos en sus posiciones retrusivas terminales.

**POSICION POSTURAL O DE REPOSO.-** Se denomina

así a la posición normal habitual de la mandíbula cuando no está en función. En reposo, el arco dentario inferior está separado del superior por una distancia, el espacio libre o claro interoclusal; los labios están unidos y los bordes de la lengua se insinúan entre los arcos dentarios. La expresión de reposo, característica de persona distraída, suele producirse con la mandíbula en esa posición.

En la posición mandibular de reposo, los cóndilos ocupan posiciones anteriores en las cavidades glenoideas, que no son las retrusivas extremas, probablemente sin tensión de los ligamentos ni deformación de los meniscos.

**MOVIMIENTOS CONTACTANTES.**- El movimiento es más o menos simétrico. La mandíbula es guiada por las pendientes glenoideas delanteras y las caras palatinas de los incisivos superiores hasta la posición borde a borde de los incisivos, que es el límite aproximado de las posiciones funcionales de incisión.

Los movimientos laterales intercuspales centrípetos son los movimientos contactantes típicos de la masticación habitual, integrada principalmente por movimientos libres y oclusiones indirectas.

El lado al que se mueve la mandíbula, se denomina lado activo y lado de balanceo, el opuesto. El cóndilo del mismo lado se mueve, al parecer, concéntricamente con las cúspides (translación del cóndilo activo) aunque este movimiento quizá no alcanza 1 mm.

Las cúspides del lado de balanceo se mueven, como el cóndilo de ese lado, hacia adentro, abajo y adelante en los movimientos laterales intercuspales centrífugos. Esto lleva a enfrentarse las cúspides vestibulares inferiores con las palatinas superiores (que eran anteriores, en oclusión central). El desplazamiento de la mandíbula del lado de balanceo hacia adentro recibe el nombre de movimiento de Bennett.

El movimiento de Bennett del cóndilo de balanceo sólo tiene entre 5 y 20 grados (término medio 15 grados) en el plano sagital; ángulo de Bennett. Este se integra por uno o dos componentes; para los autores que creen en la traslación externa del cóndilo activo, este movimiento (que, naturalmente se extiende a toda la mandíbula) es el verdadero movimiento de Bennett; para los que creen que el cóndilo activo sólo rota sobre sí mismo, esta rotación, trasladada al cóndilo de balanceo, determina el ángulo de Bennett.

**MOVIMIENTOS CONDILARES.**- En posición oclusal central pueden moverse principalmente hacia atrás y arriba o hacia adelante y abajo o rotar.

No está definitivamente establecido el mecanismo de freno posterior que determina la posición retrusiva terminal.

La "teoría ligamentosa" (Ferrein, 1746) es la más aceptada. Supone que la tensión de los ligamentos temporomandibulares impide a los cóndilos deslizarse más atrás, deteniéndolos.

De acuerdo con la concepción fibromeniscal del autor, los cóndilos no pueden ir más atrás por que lo impiden los meniscos y tejidos fibrosos del fondo glenoideo posterosuperior, comprimidos contra el proceso postglenoideo y el labio anterior - de la cisura de Glasser.

En el movimiento condilar propulsivo el menisco sigue el cóndilo y el pliegue posterior de la cavidad suprameniscal se va corriendo, recogién dose sobre si misma, bajo la tracción meniscal, - que, al arrastrarlos, tiende a hacer horizontales a los tejidos fibrosos retroarticulares, desplegán dolos, por lo que se ingurgitan, mientras se hund en los tejidos blandos vecinos (piel, parótida, - conducto auditivo externo) para llenar el hueco - creado por el desplazamiento del conjunto. Entre - tanto, por delante el cóndilo ha invadido la pro-- longación delantera de la cavidad inferior, mien-- tras un pliegue de estiramiento se forma hacia - - atrás de éste (Rees, 1954). Otro pliegue de estira miento se forma hacia adelante de la cavidad supe rior bajo la tracción del fascículos esfenoideal - del pterigoideo externo.

Estos estiramientos ligamentosos constitu-- yen los frenos del movimiento propulsivo (12 a 15- mm de recorrido).

Durante el cierre, las trayectorias condila res son inversas. La inclinación de los techos gle noideos determina la inclinación de las trayecto-- rias condilares sagitales.

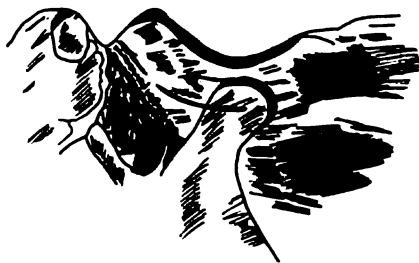
Muy parecidos a los movimientos propulsivos

son los movimientos condilares de balanceo, en tan to que el cóndilo activo se mueve principalmente - sobre sí mismo, arrastrando el mecanismo meniscap-sular de su lado.

## MOVIMIENTO PROPULSIVO DEL CONDILLO.

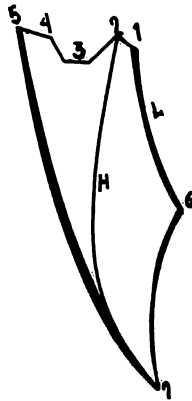


La tensión de los tejidos fibrosos retroarticulares es lo que obliga al cóndilo a detenerse debajo de la raíz transversa del cigoma.



Movimiento sagital del cóndilo en la abertura máxima. La rotación del menisco afloja los tejidos fibrosos retroarticulares y el cóndilo regresa sin el menisco, hasta sobrepasar el borde anterior de éste. La tensión de los tejidos frena el cóndilo por delante de la raíz transversa.

## BANANA DE POSSELT.



- 1.- Posición contractante retrusiva. - -  
 2.- Oclusión central. 3.- Oclusión borde a borde.-  
 4.- Oclusión anterior a un entrecruzamiento vertical invertido. 5.- Posición contractante protrusiva. 6.- Abertura normal. 7.- Abertura máxima. - -  
 H.- Movimiento de cierre habitual. L.- Movimiento terminal de charnela.

## CAPITULO V

## PANTOGRAFO.

Quando se prevén procedimientos restauradores extensos es necesario hacer un montaje muy exacto de los modelos, sobre todo en las restauraciones con modificaciones de la dimensión vertical. En estos procedimientos el encerado diagnóstico y el análisis oclusal son muy útiles cuando se usa el arco facial cinemático o el pantógrafo y los modelos se montan en un articulador totalmente ajustable. En uno de estos métodos se emplea el dispositivo de Denar que consta de un articulador D4-A, un pantógrafo y varios accesorios. El pantógrafo de Denar puede ser transferido directamente al articulador.

A continuación se señalan brevemente los puntos principales de procedimiento de montaje utilizando el dispositivo de Denar.

El primer paso del montaje consiste en modelar platillos gufa (clutches) con el formador de Denar; este último consiste en un mecanismo gufa para colocar y modelar platillos directamente en la boca. Los bastidores superior e inferior del formador de platillos-gufa están separados por un cojinete de caucho que facilita la separación de las dos partes; así mismo una tuerca central suavizará el deslizamiento del platillo-gufa superior sobre el inferior durante el registro, con el pantógrafo, de los movimientos de excursión del maxilar inferior, el cojinete de caucho forma una superficie de soporte cóncava sobre el platillo-gufa



superior y determina la posición de la tuerca central en el platillo-gufa inferior. Utilizando acrílicos polimerizados de fraguado rápido en frío para los platillos-gufa se obtienen de las depresiones o muescas de las superficies oclusales superior e inferior al llevar el maxilar inferior hacia la posición terminal del cierre de la bisagra. El empleo de este tipo de modelador de fácil ajuste proporciona un método rápido y relativamente sencillo.

Una vez formados, se procede a anclar el sistema sobre unos travesaños anteriores, lubricando sus superficies oclusales con parafina líquida o una capa delgada de vaselina. Antes de fijar el sistema de platillos-gufa sobre los dientes, se señala un punto de referencia anterior sobre la piel de la cara, situando dicho punto 43 mm arriba del borde incisivo de un incisivo superior y en línea con el canto interno del ojo.

Después de introducir los platillos-gufa en la boca se utiliza yeso de fraguado rápido o pasta para impresiones de óxido de zinc y eugenol de fraguado duro para sellar los bordes de los brazos (anclas) del modelador de platillos-gufa a las superficies vestibulares de los dientes. Realizando el anclaje sobre los dientes, se procede a colocar el analizador del eje articular o de bisagra de Denar sobre el travesaño superior de tal manera que la banderita de trazado quede en el plano sagital. Se afianza el mecanismo de la aguja entintada del localizador del eje articular sobre el travesaño inferior y se procede a guiar al maxilar inferior hacia la posición terminal de la bisagra; la bande

rita se pone en posición sólo después de que la -  
 aguja se encuentre sobre un punto de la banderita-  
 que coincide con el eje del movimiento rotacional-  
 puro de abertura. Cuando se localiza este punto, -  
 que coincide con el eje de bisagra terminal, se -  
 mueve la banderita para que la aguja entintada pue-  
 da desplazarse hasta tocar la piel. Los puntos iz-  
 quierdo y derecho del eje de bisagra terminal co-  
 rresponden a los puntos de referencia posteriores.  
 Una línea, para el plano de referencia horizontal,  
 se traza sobre el lado derecho de la cara, en lí-  
 nea con los puntos de referencia anterior y poste-  
 rior. El punto anterior y la línea del plano de re-  
 ferencia pueden señalarse con el localizador y mar-  
 cador del plano de referencia de Denar. Antes de -  
 preceder a la localización del eje de bisagra y al  
 uso del pantógrafo, el enfermo debe aprender a rea-  
 lizar el movimiento hacia la posición en relación-  
 céntrica, el movimiento protrusivo y los movimien-  
 tos de excursión excéntrica del maxilar inferior.

El pantógrafo se monta sobre el paciente, -  
 utilizando para la orientación los puntos anterio-  
 res y posteriores de referencia. El registro de -  
 los movimientos mandibulares y de la posición en -  
 relación céntrica se hace con aguja accionada por-  
 presión de aire. La aguja se pone en acción y se -  
 hacen los registros únicamente cuando el enfermo -  
 realiza los movimientos indicados y necesarios pa-  
 ra el dentista. Debe haber dos registros coinciden-  
 tes para la posición en relación céntrica y para -  
 los movimientos laterales derecho e izquierdo y el  
 protrusivo.

Después de obtener el registro apropiado, -

se procede a transferir el pantógrafo y los platillos-gufa al articulador Denar D4-A.

Se fija la eminencia antero-posterior a 25- a 30 grados y el desplazamiento lateral progresivo a 5 a 10 grados. Las partes superior e inferior - del pantógrafo deben sujetarse al articulador por medio de los platillos-gufa. El platillo-gufa inferior se monta directamente sobre el miembro inferior del articulador; el miembro inferior del pantógrafo, montado sobre el miembro inferior del articulador, se utiliza para situar y montar el miembro superior del pantógrafo sobre el miembro superior del articulador. El modelo del maxilar superior se coloca en el platillo-gufa superior y se ensambla con el miembro superior del articulador; entonces se procede a fijar el platillo-gufa superior sobre el modelo montado superior por medio de cera o compuesto, lo cual le permite moverse junto con el miembro superior del articulador. Así pues, se ha realizado la transferencia del modelo superior al articulador mediante la transferencia de arco facial utilizando el pantógrafo.

En esta etapa se efectúan los ajustes del articulador de acuerdo con las líneas del trazado pantográfico. Los ajustes comprenden: desplazamiento protrusivo lateral inmediato, desplazamiento lateral inmediato, desplazamiento lateral progresivo, pared posterior, eje vertical, recorrido orbital y ajuste de pared superior. Debido a la existencia de influencias recíprocas, los ajustes deben hacerse siguiendo un orden determinado y obedeciendo a los requerimientos concomitantes y constructivos. Con la ayuda de los mismos tres puntos se pueden -

montar modelos sucesivos sobre el articulador, haciendo los ajustes con el arco facial de transferencia.

Después de haber ajustado el articulador, - es necesario obtener un registro de control de mordida en relación céntrica para poder relacionar el modelo inferior con el modelo superior.

El Transportador Céntrico de Denar (Denar - Centric Relator) es de creación más reciente; este aparato permite realizar una transferencia exacta de los montajes de modelos sobre articuladores.

#### ESTABLECIMIENTO DEL EJE DE BISAGRA.

El eje de bisagra convencional se localiza midiendo desde la parte media del trago de la oreja hasta el canto externo del ojo y colocando una señal con el lápiz indeleble a 13 mm por delante - del borde del trago. La regla debe tocar apenas el trago y la señal debe hacerse en ángulo recto, sobre ella para facilitar el centrado del brazo cóncavo del arco facial.

Se debe también palpar y hacer una marca en la piel sobre la escotadura infraorbitaria si el articulador tiene un dispositivo para registrar el plano axial-infraorbitario.

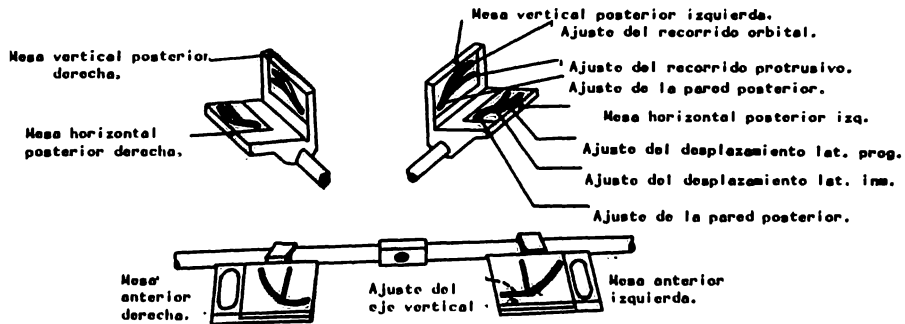


Diagrama de los registros necesarios para determinar los ajustes del articulador.

## CAPITULO VI

## HISTORIA CLINICA.

Tiene gran importancia obtener una historia precisa y adecuada que permita el estudio total - del paciente.

Importa señalar si el paciente presenta signos de deformidad física, nerviosidad o signos manifiestos de cualquier hábito. Es útil si presenta verborrea, o timidez, si es obeso o delgado, si coopera o es un resentido.

**EXAMEN DIGITAL DE LOS CONDILÓS.- DELANTE - DEL TRAGO.** Colocar los dedos índice o medio de ambas manos por encima de las articulaciones izquierda y derecha en la zona delante del trago y hacer que el paciente abra y cierre la boca. Obsérvese - la rotación, traslación, uniformidad de movimiento, presencia de espacio en uno y otro lados, y presencia de ruidos. Muchas veces un "chasquido" se identifica más fácilmente por el tacto que por el sonido.

**ABERTURA MAXILAR.-** Se registra la abertura de los incisivos, medida en mm con abertura máxima sin molestia. Es un dato importante para descubrir limitaciones de la abertura maxilar.

Abertura entre los incisivos de 35-55 mm - puede considerarse normal. La desviación del maxilar al abrir o cerrar la boca es dato importante.- El registro que presentamos en gráfica es útil para indicar la desviación, su tipo y su intensidad.

La abertura entre los incisivos al tiempo de presentarse la desviación puede sugerir el tipo de participación muscular. Un desplazamiento en forma de "S" al abrir o cerrar la boca, muchas veces resulta de maloclusiones cruzadas y también debe registrarse.

**EXAMEN DIGITAL DE LA MUSCULATURA.-** El fin es de observar las regiones dolorosas, de hipersensibilidad o desencadenantes en músculos de la masticación.

Delante del paciente, que está sentado, se inicia la palpación de los músculos en ambos lados con el temporal, poniendo las manos convergentes hacia el arco cigomático. Se prosigue a lo largo del arco cigomático, y bajando por los lados de la cara siguiendo el curso de las fibras del masetero hasta el ángulo y el borde inferior del maxilar. - Es frecuente observar el borde anterior de la parte media de los maseteros doloroso o sensible a la presión.

El examen intrabucal de los músculos se efectúa unilateralmente.

La zona alrededor del origen de la cabeza inferior del pterigoideo externo se palpa desde el vestíbulo bucal colocando el dedo por detrás de la tuberosidad y extendiéndolo hacia arriba y adentro para llegar a la zona de origen de este músculo.

El músculo parece ser el más afectado en la disfunción mió-aponeurótica dolorosa.

Después se vigila la inserción del temporal a nivel de la apófisis coronoides, así como la zona retromolar donde dos inserciones tendinosas por detrás del tercer molar forma el límite del triángulo retromolar.

La inserción del pterigoideo interno puede percibirse en el tercio posterior del borde inferior del maxilar a nivel de la región molar, se inserta en la superficie interna del maxilar por delante de la inserción, a nivel de la superficie externa, del masetero.

Se registran los datos en una gráfica de localización muscular indicando, el punto exacto donde se percibe dolor o hipersensibilidad, o hay zonas desencadenantes. Estas zonas son áreas localizadas específicamente de dolor en el músculo.

**EXAMEN INTRABUCAL.**- Indicará si hay una dentición natural o artificial, y si existen prótesis fijas o removibles. Nótese las interferencias que dificultan el trabajo o el equilibrio, las interferencias de protrusión anterior o posterior.

Es necesario valorar las estructuras periodontales, caries, tejidos blandos y estado endodóntico para determinar cualquier posible factor causal de origen dental local.

**INTERPRETACION RADIOGRAFICA.- RADIOGRAFIAS-DE LA ARTICULACION.**

**TEMPORO-MAXILAR.** Son difíciles de valorar.- La localización anatómica de la articulación y las



complicaciones de técnica son las causas principales de tal dificultad. Sin embargo las radiografías de la articulación son muy útiles para diagnosticar y valoración de los trastornos a este nivel. Las radiografías bilaterales son particularmente útiles para diagnosticar trastornos intracapsulares, el empleo de técnicas más complicadas, como la tomografía, ha mejorado todavía la agudeza diagnóstica.

**ARTRITIS REUMATOIDE.-** En la radiografía se observan los cambios destructores. Ello incluye la forma "en copa" del cóndilo, seguida de una pérdida más avanzada de la superficie articular, todo ello originando aplanamiento de las partes óseas.

**TRAUMATISMO.-** El diagnóstico de fracturas de cóndilo maxilar muchas veces puede confirmarse por radiografías. Una placa transorbitaria (anterior) muchas veces brinda la mejor oportunidad de estimar los segmentos desplazados.

**RESUMEN DE SINTOMAS PERTINENTES.-** Se reúnen los síntomas y signos más importantes que se han registrado en la historia. Si la observación es precisa, muchas veces al revisar este resumen se puede estimar la situación sin ver al paciente.

**DIAGNOSTICO.-** Considerando el diagnóstico diferencial, hay que excluir neuralgias del trigémino, neuralgia facial atípica, sinusitis, artritis, neuropatía verdadera y dolor referido de origen dental local.

**TERAPEUTICA.** Puede establecerse un plan pro

visional de tratamiento.

**NOTAS DE EVOLUCION.-** Es importante un registro preciso de la evolución del paciente, y será necesario en cada visita medir la distancia entre los incisivos. Forma una especie de "gráfica de temperatura" del conjunto de los síntomas.

El tratamiento de los trastornos de esta articulación y estructuras relacionadas muchas veces requiere los servicios combinados de varias disciplinas médicas.

Han de cooperar el otorrinolaringólogo, el internista, el neurólogo, el ortopedista, el psiquiatra, el radiólogo, el dentista, y brindar su experiencia para lograr eficacia en el diagnóstico y el tratamiento.

PLAN DE EXAMEN DEL SINDROME DE DISFUNCION DOLOROSA DE LA  
ARTICULACION TEMPOROMAXILAR.

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
 DIRECCION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 OCUPACION \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_  
 EXAMINADOR \_\_\_\_\_

---

**HISTORIA**

QUEJA PRINCIPAL.  
 ENFERMEDAD ACTUAL.  
 TERAPEUTICA DE LA ENFERMEDAD

**ACTUAL:**

FECHAS.  
 IDIOSINCRASIA MEDICAMENTOSA:  
 ALERGIAS:  
 MEDICOS:  
 HIST. OTORRINOLARINGOLOGICA:

**LOGICA:**

HISTORIA NEUROLOGICA:  
 OTRAS ENFERMEDADES ARTICULARES:

**RES:**

OTRAS:  
 HISTORIA PSICOLOGICA:  
 CUIDADOS PSIQUIATRICOS PREVIOS  
 ESTADOS DE ANSIEDAD O DE TEN--

**SION.**

**HISTORIA DENTAL.**

FECHA DEL ULTIMO TRATAMIENTO DENTAL.  
 QUE SE HIZO  
 CUALES INYECCIONES SE EMPLEARON  
 FRECUENCIA DE TRATAMIENTO DENTAL.

EXTRACCIONES RECIENTES.  
 MASTICA USTED SATISFACTORIAMENTE?  
 ALGUN DOLOR DE MUELAS AHORA?  
 ALGUN DIENTE LO SIENTE SUELTO?  
 ALGUN DIENTE LO SIENTE CORTANTE?  
 ALGUN DIENTE LO SIENTE EN EL CAMINO  
 OBSTRUYENDO CUANDO USTED MASTICA?

HISTORIA DE SINTOMAS SUBJETIVOS

DOLOR:

LOCALIZADO - - - - -  
 INTENSIDAD - - - - -  
 GRAVE - - - - -  
 LIGERO - - - - -

DISFUNCION ARTICULAR:

CHASQUIDO - - - - -  
 LIMITACION DE ABERTURA - - - - -  
 DIFICULTAD PARA MASTICAR - - - - -  
 CREPITACION - - - - -  
 LUXACION - - - - -  
 SUBLUXACION - - - - -  
 OTROS- - - - -

SINTOMAS OTOLOGICOS:

DOLOR DE OIDO - - - - -  
 RUIDOS EN OIDOS - - - - -  
 ZUMBIDOS - - - - -  
 SENSACION DE PLENITUD - - - - -  
 PERDIDA DE AUDICION - - - - -

HISTORIA DE HABITOS.DIENTE A DIENTEDIENTE MUSCULATURA BUCALDIENTE OBJETO EXTRAÑOEXAMEN CLINICO:

## EXAMEN EXTRABUCAL

ASPECTO FISICO GENERAL

DEFORMIDADES CONGENI-  
TAS

ASIMETRIA

OSEAS

DE LOS TEJIDOS BLAN-  
DOSCOMPORTAMIENTO DEL PA  
CIENTE.

## ABERTURA MAXILAR:

Abertura maxilar entre incisivos

sin molestia— \_\_\_\_\_

Abertura maxilar entre incisivos

dolor— \_\_\_\_\_

Desviación

## EXAMEN DIGITAL DE LOS

CONDILOS

D

I

delante del trago		
CERRADO		
REPOSO		
ABIERTO		
intraauricular		
CERRADO		
REPOSO		
ABIERTO		

EXAMEN DIGITAL DE LA MUSCULATURA:

MUSCULOS MASTICADORES

EXAMEN INTRABUCAL.

RESUMEN DE OCLUSION

ESTADO DE DENTICION

NATURAL

DENTICION COMPLETA  
PARCIAL (REMOVIBLE)

FIJA

CLASIFICACION DEL ANGULO

COLAPSO DE MORDIDA

DIENTES FALTANTES

OCLUSION BLOQUEADA

INTERFERENCIA DE RELACION CENTRICA

LOCALIZACION \_\_\_\_\_

DESPLAZAMIENTO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

GRADO DE DESPLAZAMIENTO \_\_\_\_\_

	D	I
INTERFERENCIA SIN TRABAJO		
INTERFERENCIA DE PROTRUSION POSTERIOR		
INTERFERENCIA DE TRABAJO LATERAL		
INTERFERENCIA DE PROTRUSION ANTERIOR		

RESUMEN PERIODONTICO.

CARIES

RESUMEN ENDODONTICO

TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA

EXAMEN RADIOGRAFICO.

RADIOGRAFIAS DE ARTICULACION TEMPORO MAXILAR

LATERAL		ANTERIOR	
D	I	D	I
_____	_____	_____	_____
CEFALOMETRIA	RESUMEN INTRABUCAL	OTROS	

**CONSULTA CON OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS.**

OTOLARINGOLOGIA	NEUROLOGIA	PSIQUIATRICA
MEDICINA INTERNA	OTROS	

**RESUMEN SINTOMATICO****DIAGNOSTICO**

DIFERENCIAL:

PRELIMINAR:

FINAL:

**PLAN TERAPEUTICO.**

PERSONALIDAD Y SOSTEN EMOCIONAL  
 RELAJANTES MUSCULARES  
 FISIOTERAPIA TERAPEUTICA  
 APARATOS DIAGNOSTICOS PERIODONTICA  
 AJUSTE OCLUSAL TERAPEUTICA  
 APARATOS TERAPEUTICOS SUPRESION  
 DE CARIES

**RESUMEN.**

RESULTADOS  
 DIAGNOSTICO FINAL  
 REVISION Y VALORACION

**NOTAS DE EVOLUCION.**

<b>FECHA</b>	<b>INTERVENCION</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>ABERTURA ENTRE INCISIVOS</b>



## CAPITULO VII

## CONCLUSIONES.

Como conclusión a los capítulos referidos - tomaremos en cuenta estos puntos de interés.

1.- Conocimiento y aplicación correcta de - la oclusión dental.

2.- Conocimiento de las técnicas para tomar y revelar radiografías que evitarán al mínimo las - repeticiones.

3.- Hacer una buena historia clínica y te- - ner conocimiento de la misma.

4.- Tener el conocimiento de la articula- - ción temporomaxilar así como de sus estructuras - relacionadas.

5.- Tener conocimiento y hacer una buena - aplicación del pantógrafo.

6.- Conocimiento de los movimientos del ma- - xilar, para darle al paciente una oclusión óptima.

## B I B L I O G R A F I A.

DR. Lester W. Burket. Medicina Bucal. Sexta edición. Interamericana. 1971.

Marcell Hernández Patiño. Relación de la Articulación Temporomaxilar con la Oclusión Dental. Tesis. 1966.

DR. Pedro Saizar. Prosthodontia Total. Editorial - Mundi SAIC y F Buenos Aires. 1972.

DR. Sigurd P. Ramfjord. Oclusión. Segunda Edición. Interamericana. 1972.

DR. José Y. Ozawa Deguchi. Prosthodontia Total. - - Esc. Nal. de Odontología. UNAM. México 1973.