

870122

42  
2ej'

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALSA FE CUBREN

MANEJO DEL PACIENTE CON PROBLEMAS DE  
DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MARIA DE LOURDES GOMEZ REA

ASESOR: DR. JOSE GUADALUPE ROBLES GONZALEZ

GUADALAJARA, JALISCO. 1986



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.

" MANEJO DEL PACIENTE CON PROBLEMAS DE DISFUNCION TEMPOROMAN  
DIBULAR ".

I N D I C E.

	PAGINA.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I	
METODOS DE DIAGNOSTICO DE LAS - RELACIONES DISFUNCIONALES DEL - APARATO MASTICADOR.....	
INTRODUCCION.....	3
A) FICHA PERSONAL.....	
0	
FICHA DE IDENTIFICACION.....	9
B) ANTECEDENTES MEDICOS.....	
0	
HISTORIA MEDICA.....	13
C) HISTORIA DENTAL.....	20
D) EXAMEN DENTAL.....	31
CAPITULO II	
MONTAJE Y ANALISIS DE LOS MODE- LOS EN EL ARTICULADOR SEMIAJUS- TABLE.....	
INTRODUCCION.....	43
A) OBTENCION DE MODELOS DE ESTU DIO Y TRABAJO.....	46
B) PUNTOS DE REFERENCIA.....	55
C) OBTENCION DE LOS REGISTROS - POR MEDIO DEL ARCO FACIAL...	58
D) MONTAJE DEL MODELO SUPERIOR.	62

	E) MONTAJE DEL MODELO INFERIOR.....	65
CAPITULO III	ELABORACION DE GUARDAS Y SUS DIFE-- RENTES METODOS DE CONSTRUCCION PARA TRATAR EL PACIENTE DISFUNCIONAL....	
	INTRODUCCION.....	68
	A) GUARDA OCLUSAL DE ACRILICO CURADO RAPIDO.....	72
	B) GUARDA OCLUSAL TERMOPLASTICA AL- VACIO CON APARATOS DE EMUTICION.	77
	C) GUARDA NOCTURNA EN EL CONSULTO-- RIO DENTAL DE RESINA AUTOCURABLE	78
	D) GUIA DE LUCIA O DESPROGRAMADOR..	82
	E) APARATO DE SHORE.....	84
	CASUISTICA.....	86
	CONCLUSION.....	102
	BIBLIOGRAFIA.....	104

## INTRODUCCION.

Un Cirujano Dentista, es aquel cuya destreza se basa en conocimientos fundamentales, tales como Anatomía, Fisiología, Patología, etc.

El propósito de la realización de esta tesis, es llevar a cabo una orientación para el manejo correcto del Paciente con Problemas Disfuncionales de la Articulación -- Temporomandibular, tomando en cuenta desde el diagnóstico hasta llegar a un plan de tratamiento de acuerdo a cada tipo de enfermedad.

Es de suma importancia determinar en que situación - y en que momento se va a llevar a cabo dicho tratamiento.

Las investigaciones llevadas a cabo desde tiempo - - inmemorable, para lograr un buen diagnóstico y plan de -- tratamiento han sido intensas hasta nuestros días. Los - motivos en que se basan estas investigaciones son de suma importancia en la salud bucal, por esto la planificación del trabajo debe; ciertamente tener en cuenta las necesidades a largo o a corto plazo y exige poner toda la atención, no solamente de un diente aislado o en una parte de la dentadura, sino en todo el sistema estomatognático en su totalidad.

Esto da como resultado, una teoría inequívoca de que el hombre requiere desde su nacimiento la corrección de las deformidades de los maxilares.

CAPITULO I

" METODOS DE DIAGNOSTICO DE LAS RELACIONES DISFUNCIONA  
LES DEL APARATO MASTICADOR " .

## INTRODUCCION.

El diagnóstico bucal como disciplina comprende los fundamentos del interrogatorio, los principios y procedimientos del Examen Clínico, los métodos para identificar a las enfermedades bucales y la racionalización de la terapéutica odontológica.

Quien diagnostica debe reconocer la existencia de la enfermedad y ser capaz de describirla y clasificarla, dentro de ciertos límites, es decir, tipo de lesión, tejidos comprendidos, agente etiológico o si representa un trastorno de desarrollo.

Un diagnóstico no siempre es evidente, pero el Cirujano Dentista pone atención a los detalles y la aproximación al problema. "Debido a que no se hace el diagnóstico completo de la lesión ni se determina su causa, los pacientes son sometidos a tratamientos empíricos que suelen ser más dañinos que los síntomas". (4) Por tal motivo se debe tratar al paciente como un ser humano en su totalidad desde el momento que ingresa y realiza dicho examen minucioso sin dejar pasar ningún detalle.

Algunos profesionales prefieren usar una hoja en blanco y dejar que los pacientes cuenten su propia histo-



ria. Esto, sin embargo, exige cierta habilidad para obtener toda la información necesaria sin formular preguntas--de guía. (8)

Esto nos encamina a no llevar una secuencia y a dar un diagnóstico equivocado puesto que el paciente no nos dará los datos y detalles necesarios, deberemos siempre tener una secuencia empezando siempre desde el principio y no pasarnos ningún paso.

El evaluar a un paciente que presenta síntomas que -- pueden ser consecuencia de una alteración de la Articulación Temporomandibular, lo más importante es la confección de una historia clínica completa. (14)

Para llevar a cabo esta historia clínica es de suma importancia el tener al paciente en un lugar tranquilo, no en el mismo lugar que será atendido odontológicamente sino tener una habitación del consultorio aislada de ruidos y temores, porque muchos pacientes al ver el equipo dental se atemorizan y no podrán estar tranquilos.

Esto nos llevará a ahorrar tiempo para el odontólogo y será menos tenso para el paciente y así al tener el primer contacto con el odontólogo será cuando el paciente ya este más relajado.

Una vez realizado este propósito, el paciente pasará al cuarto odontológico y en este momento el Cirujano Dentista debe inspirar confianza hacia el paciente desde el momento que ingresa.

Como dijo Sir William Osler: "ESCUCHE AL PACIENTE; - LE ESTA DANDO EL DIAGNOSTICO". (7)

Es muy cierto puesto que si le inspiramos confianza a nuestro paciente desde el principio, nosotros al hacerle cualquier pregunta, nos contestará con sinceridad y -- así nos ayudará a complementar cualquier duda.

#### Molestia principal.-

Es importante comenzar por la molestia principal o - actual. (7) Es importantísimo antes que nada preguntar- le al paciente su dolor o molestia principal o cual ha si do el motivo de su consulta.

Los pacientes con síntomas que datan de mucho tiempo atrás quizás deseen relatar su historia en orden cronológico y completa, incluso los tratamientos anteriores y -- sus resultados. La insistencia amable con que se hablará primero sobre la dolencia principal o actual facilitará - la confección de la historia clínica, y la relación del -

paciente a tal enfoque proporciona una información valiosa sobre su personalidad. (14)

### Dolor. -

Mientras que el Clínico controla el orden de la conservación, hay que dejar que el paciente escoja sus propias palabras. Esto es de suma importancia, porque el dolor es un síntoma común en las alteraciones de la Articulación Temporomandibular y es algo que solo el pacientes experimenta. (14)

Nunca hay que hablarle al paciente en términos médicos sino hablar con términos o palabras que nos comprenda y - utilizar muchas veces las palabras que el utiliza para describir algo que nos pida o pida que se le explique.

Generalmente las enfermedades bucales son de diagnóstico fácil debido a sus rasgos típicos; sin embargo, algunas requieren un estudio más metódico y general. (9) En estos casos, para establecer un diagnóstico presuntivo, diferencial o definitivo, el Cirujano Dentista debe hacer un rápido repaso mental de los principales procesos patológicos para ir eliminando las diferentes enfermedades.

Puesto que los primeros signos y síntomas suelen ser -

el reflejo de las manifestaciones clínicas asociadas, servirá como base para el diagnóstico. (9)

Al encontrar cualquier anomalía, el Cirujano Dentista debe investigar con gran empeño la existencia de otros - - trastornos relacionados con los ya descubiertos.

Esta búsqueda debe extenderse, en ciertos casos a los demás miembros de la familia del enfermo, y hasta sus relaciones sociales y compañeros de trabajo. (9)

Es evidente que no debería ser necesario justificar la necesidad de hacer una historia clínica. Es valiosa como procedimiento diagnóstico es importante como ayuda legal; y es satisfactoria como factor para mejorar la relación con el paciente. (3)

Una historia clínica larga y pobremente organizada -- origina pérdida de tiempo y desaliento(1), tanto para el Cirujano Dentista como para el paciente.

Para usar debidamente la historia, el profesionalista -- deberá contar con los siguientes elementos:

- 1.- Estetoscopio de un tambor o doble.
- 2.- Regla de plástico milimetrada.
- 3.- Espejo dental.

- 4.- Sonda parodontal.
- 5.- Lápiz.
- 6.- 12 ó 14 radiografías periapicales.
- 7.- Una ortopantomografía.
- 8.- Montaje de los modelos del paciente en un articu-  
lador semiajustable.
- 9.- Un pedazo pequeño de cera rosa. (8)

Además hay que contar con:

- 1.- Papel de articular.
- 2.- 1 X 3

Dar el tiempo mínimo calculado (45 minutos), pacien-  
cia y dedicación a este paso anamnéstico; de este se des-  
prenderá el diagnóstico oportuno, el pronóstico y el plan  
de tratamiento. (6)

Los objetivos de una historia clínica deben ser:

- Recoger o coleccionar información derivada del pa-  
ciente y traducirlo por datos significantes que - -  
ayuden a establecer un diagnóstico y un plan de tra-  
tamiento racionales. (8)

## A) FICHA PERSONAL O

## FICHA DE IDENTIFICACION.

El primer contacto con el paciente es una parte esencial del examen, aunque no parezca que éste advierte que lo observan. (9)

Esto permitirá realizar una valoración muy somera -- de su forma de vestir, de hablar, su forma de caminar, -- su actitud mental, su piel, ojos, pelo, aunque sean los -- rasgos más característicos, (9) pero es muy importante -- la primera observación puesto que de aquí se partirá a -- pensar en las diferentes enfermedades como tenemos por -- ejemplo la artritis; que al observar las manos del pacien -- te nos daremos cuenta de dicha enfermedad y en este momen -- to podemos pensar en un problema en la articulación tempo -- romandibular.

La ficha de identificación consta:

- 1.- Nombre con sus dos apellidos.
- 2.- Edad
- 3.- Sexo
- 4.- Estado civil
- 5.- Ocupación o profesión
- 6.- Domicilio (calle, número, colonia y estado)
- 7.- Teléfono (casa y empleo en oficina). (8)

En caso de que el paciente sea referido:

- Nombre del dentista y sus teléfonos.
- Nombre del médico y sus teléfonos y especificar el tiempo del tratamiento (fecha que inicio) - Dentista
- Médico (8)

Primeramente se anotará el nombre del paciente para así poderlo identificar anexando sus apellidos.

A continuación encontraremos el especifica su edad, es un dato que contaremos para así, poder relacionar muchas veces el tipo de padecimiento.

Estado civil: Así nos ayudará su pareja a confirmar muchos datos como por ejemplo tenemos el bruxismo, que en ocasiones el paciente realiza el rechinar de los dientes inconcientemente o cuando duerme o de lo contrario cuando el paciente es soltero, algún familiar o acompañante de cuarto nos ayudará afirmar.

Ocupación o Profesión: Es un dato muy importante por las diferentes actividades que realiza el paciente.

Las razones para registrar este dato es evidente; así por ejemplo, algunas enfermedades son más frecuentes en personas con determinado trabajo. (9)

Como por ejemplo de la importancia del trabajo desempeñado se puede citar el caso de un Panadero que labora en un "ambiente de azúcar y almidón" y prueba continuamente los productos que elabora, lo cual aumenta la susceptibilidad a la caries.

Encontramos el caso del Zapatero, que todo el tiempo se introduce los clavos entre los dientes y esto los lleva al desgaste de los mismos.

Las personas como Dentistas, Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios o Personal Médico Auxiliar, que están en constante contacto con medicamentos y que a veces toman algunos de ellos, pueden presentar trastornos tanto bucales como generales. (9)

Domicilio y Teléfono: Es preciso anotarlo para recordar la cita o mandar algún recordatorio por correo, o bien mandar alguna felicitación en su cumpleaños, etc...

Cuando nos refieren a nuestros pacientes hay que anotar el Nombre del Dentista: para poder confirmar algunos datos o anotar su teléfono para así preguntarle cual fue su diagnóstico o el porque fue referido.

El nombre del Médico y su teléfono: para poder estar en contacto con él, y así realizar algún tratamiento-



odontológico bajo su responsabilidad o realizar alguna --  
intervención quirúrgica, pero bajo su responsabilidad. Mu  
chas veces nos encontramos con pacientes con enfermeda--  
des cardíacas, hipertensión, diabetes, etc., y así poder--  
preguntarle al Médico el estado actual del paciente, y --  
también anotar la fecha que inicio su tratamiento tanto -  
médico como odontológico.

Los pacientes con trastornos de la articulación tem--  
poromandibular suelen haber consultado muchos odontólogos  
o médicos, incluso neurólogos, otorrinolaringólogos, en -  
la búsqueda de la causa y el remedio de sus males. (7)

El Profesional o Cirujano Dentista debe saber que --  
resultados, diagnósticos, tratamientos han obtenido con -  
su médico o dentista anterior.

## B) ANTECEDENTES MEDICOS

O

## HISTORIA MEDICA.

Dentro de los antecedentes médicos o historia médica encontramos: 3 propósitos.

- 1.- Protege al paciente evitándole o posponiendo procedimientos que pudieran serle perjudiciales en ese tiempo; por ejemplo, administrar una droga a la que pudiese ser alérgico o hacer una extracción en un paciente que este bajo terapia anti-coagulante.
- 2.- Protege al operador y a su equipo humano de enfermedades contagiosas.
- 3.- Elimina problemas sistémicos que alteran la terapia escogida. (8)

El primer paso a seguir es preguntar al paciente si ha sido tratado por algún médico, anotando la fecha de la última cita y el motivo. (8)

La duración de un trastorno tiene considerable significación. El tiempo empleado por una enfermedad en su desarrollo suele incidir en el relato que el paciente efectúa en el momento del examen. Este tiene dificultades para recordar los primeros síntomas y muestra mayor interés por los más recientes que pueden ser de naturaleza más se-

vera. También es significativa su falta de habilidad -- para localizar sus síntomas. Aquellos que están bien localizados suelen ser mejor identificados y ser mejor definidos. En cambio, los difusos, irradiados y que parecen migrar, son definidos con dificultad. Debe recordarse -- que los síntomas pobremente definidos pueden ser orgánicas o de origen psíquico. Un paciente puede sufrir, por una incómoda obturación y por un burxismo e ignorar completamente otros síntomas de origen psíquico. (3)

Algunas de las quejas expresadas con frecuencia por los pacientes pueden ser útiles para establecer el estado de salud general o emocional del enfermo, aunque no tengan relación directa con el diagnóstico del padecimiento bucal.

Por ejemplo, una "dolencia del estómago" puede surgir en ciertos casos, un estado de angustia y las alusiones a "trastornos de la mujer" pueden tener varios -- significados. Este tipo de quejas suelen ser significativos desde el punto de vista clínico y requiere un estudio ulterior para determinar su importancia. (9)

Hay que tomar en cuenta todo lo que nos relata el -- paciente, anotarlo con claridad y poner atención a ello, -- nunca callar al paciente cuando él relata sus diferentes-

enfermedades que ha padecido y medicamentos que ha tomado e incluso nos relatan con cuales se han sentido mejor o con cuales no sienten mejoría.

El tema de la medicación (incluyendo la automedicación y los remedios caseros) es sumamente importante. Actualmente, con más de 50,000 mil preparados y medicamentos disponibles, es esencial vigilar cuidadosamente la medicación de los enfermos. (9)

Tenemos por ejemplo: El reciente uso de tratamientos generales con esteroides (administración de cortisona) puede explicar los casos de enfermos que, habiendo tomado alguno de estos medicamentos, presentan un estado de choque o "crisis suprarrenal" desencadenada por una simple tensión psíquica. Otro ejemplo, es el enfermo que -- después de haber sufrido un "ataque cardíaco" o una -- "embolia" esta sometido a un tratamiento con anticoagulantes, como dicumarol, y que presenta una hemorragia abundante e inesperada si, ignorando el hecho de este tratamiento, el Cirujano Dentista no tomo las precauciones necesarias antes de realizar cualquier intervención quirúrgica bucal. (9) nos enfrentamos a muchos problemas, que en ocasiones lleva al paciente a la muerte por no tomar las precauciones debidas.

El uso indiscriminado de valiosas drogas, particularmente antibióticos, debe evitarse para reducir las posibilidades de sensibilización innecesaria de los pacientes.

También debe considerarse los distintos componentes de algunos fármacos y la posibilidad de que el paciente sea alérgico a alguno de ellos. Esto puede ocurrir especialmente cuando se indican "pastillas para el dolor" que el paciente interpreta como algún potente analgésico y no aspirina. Si el paciente es alérgico a la aspirina puede presentar intensas reacciones asmáticas, incluso mentales al ingerirla inadvertidamente (WALTON Y BETTOMLEY). (3)

También se ha observado un gran número de reacciones desfavorables a la penicilina que, aunque no sean muy numerosas, son graves y en ocasiones fatales, hay que tomar en cuenta la sensibilidad o esta porque muchos pacientes al saber que tienen una infección inmediatamente recurren a ella, sin tomar en cuenta la reacción que pueda desencadenar al aplicarla o ingerirla.

Dentro de la historia médica o antecedentes médicos encontramos el preguntarle al paciente si presenta ha presentado alguno de los siguientes problemas, tomando en cuenta la fecha del diagnóstico y si fue diagnosticado por el médico:

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| a) Fiebre reumática.         | g) Dolores de cuello.    |
| b) Enfermedades del corazón. | h) Hipertensión arterial |
| c) Diabetes.                 | i) Tumores               |
| d) Problemas respiratorios.  | j) Desmayos              |
| e) Artritis                  | k) Vértigos              |
| f) Cefalea frecuente         | l) Mareos                |
| m) Otros (8)                 |                          |

Muchas veces nos preguntamos e incluso el mismo paciente pregunta "El porque de realizar este tipo de cuestionario" y él mismo dice que "El no ha venido a que lo tratemos a nivel general, que él viene por problemas de la boca". Es muy cierto, pero como se sabe que todo está relacionado íntimamente los problemas a nivel general con los problemas bucales.

Martínez Ross nos da varios ejemplos:

- a) Si el paciente tiene problemas de corazón hay que consultar con el médico para verificar la tolerancia de posible premedicación o de cuidados especiales.
- b) Si el paciente tiene diabetes, se espera una respuesta exagerada a la inflamación y respuestas limitadas a la terapia local así como posibles infecciones.

- c) Si el paciente tiene artritis, recuerde que las enfermedades del tejido conjuntivo pueden producir alteraciones e inflamaciones de las enfermedades temporomandibulares.
- d) Si el paciente tiene dolores en el cuello, pueden ser síntomas de problemas disfuncionales dolorosos.
- e) Si la paciente está embarazada, las respuestas -- exageradas de las encías. (8)

El embarazo complica el cuidado dental en muchos aspectos, en caso de embarazo hay que anotar el tiempo de gestación y fecha probable del parto, no hay que pasar -- desapercibido los antecedentes psicológicos.

Es un extremo importante para determinar con aproximación el estado psíquico del presunto paciente antes de empezar tratamiento alguno. Las tensiones nerviosas y -- los factores de ansiedad con frecuencia están relaciona-- dos directamente o indirectamente a desarmonías del siste-- ma gnático.

Cuandl el paciente acusa severos trastornos psíqui-- cos, se recomienda la psicoterapia antes de iniciar el -- trabajo. En algunos casos, el paciente no está en condi-- ciones de aceptar o rechazar cualquier terapla oclusal. -

Este tipo de preguntas nos servirá también para ayudarnos en nuestro diagnóstico como tenemos:

- a) ¿Se enoja con facilidad?
- b) ¿Se deprime frecuentemente?
- c) Es usted ansioso?
- d) ¿Sufre usted de insomnio? (8)

Estas son unas pocas preguntas que se le harán al paciente que nos ayudarán al diagnóstico de algún padecimiento y más a analizar al paciente, porque en ocasiones son personas que trabajan en un mundo de preocupaciones y angustias que de aquí se parte a un bruxismo o viceversa mujeres que las rodea un ambiente de preocupaciones en su hogar, con sus hijos o familiares, y viven en angustia total.

Es sumamente importante que las alteraciones psíquicas sean reconocidas lo más precozmente posible, pues de otra manera tanto el paciente como el dentista estarán perdiendo el tiempo, o peor aún, la psicosis del paciente puede alcanzar una etapa crítica durante el tratamiento dental. Se ha señalado algunos casos de suicidio entre pacientes tratados por trastornos oclusales. (13)



### C) HISTORIA DENTAL.

Es difícil encontrar pacientes adultos que no hayan tenido experiencias dentales previas. Ellos llevarán impresiones positivas y negativas relativas a lo que será o debe ser esta nueva experiencia dental. El alertamiento de estas impresiones establecerá desde un principio una buena relación entre el clínico y paciente. (8)

Luego de realizar un estudio general de salud del paciente, el Cirujano Dentista realizará un sistemático y detallado examen de la boca.

Es útil saber la fecha de su último tratamiento, cuanto tiempo estuvo al cuidado de otro dentista; por que lo abandonó; o por que discontinuó su tratamiento, y si se realizó algún trabajo grande en los últimos años.

Si las respuestas son positivas en relación a trabajos dentales previos, pregunte por que se realizaron, por cuanto tiempo y si hubo problemas asociados con el tratamiento.

En "Problemas Mandibulares" si las respuestas son afirmativas preguntar:

- Cuando, - Donde, - Cuan seguido, y - Que hizo por el problema. (8)

En muchas ocasiones el paciente no quiere contestar esta serie de preguntas puesto que a veces el Cirujano - Dentista que lo trato con anterioridad realizo algún trabajo mal y no quisiera darnos los datos que se necesitan pues es preciso tenerlos y anotarlos para que sirvan como una guía.

Para hacer una valoración correcta de una historia es preciso uniformar criterios de los examinadores con el objeto de recabar información semejante u de interpretación igual, dentro de las dificultades que esto entraña, tratándose de un elemento subjetivo a la apreciación individual del que recoge los datos. (3)

Para realizar esta historia dental es preciso tomar una guía para dicho examen:

#### INSPECCION.-

Es la evaluación visual sistemática del paciente sometido a examen. Así el examinador emplea la inspección en cada momento que ve a su paciente, observando los rasgos anatómicos físicos y psíquicos. (3)

#### PALPACION.-

Es un procedimiento por el cual el examinador toca - presiona sobre las estructuras orgánicas y las dis-

tintas partes del cuerpo. Un examinador hábil en la palpación de las estructuras normales y sus variaciones, hallará este padecimiento de significativo valor, para descubrir desviaciones de lo normal. El método de palpación dependerá de la región examinada. (3)

#### PERCUSION.-

Es la técnica basada en golpear los tejidos con los dedos o un instrumento mientras el examinador escucha los sonidos. La reacción del paciente a ese procedimiento también debe observarse. (3)

#### ASCULTACION.-

Es el acto de escuchar los sonidos producidos dentro del organismo.

El desarrollo del sentido del oído, para los variados sonidos de interés para el odontólogo, es una de las facetas menos apreciadas en el examen clínico. (3)

Nunca hay que dejar pasar por alto estos aspectos o métodos a realizar, por que así se podrá escuchar, ver, palpar, sentir, algún ruido o movimiento y poder identificar lo normal de lo anormal.

En seguida encontramos los:

A) PROBLEMAS MANDIBULARES.-

En este punto se analizara paso por paso y especificando en caso de responder afirmativamente.

- 1.- Ha experimentado chasquidos en sus articulaciones:
  - a) al comer
  - b) al bostezar
  - c) otros.

Primeramente hay que tomar en cuenta:

- Un chasquido es un ruido articular audible con o sin estetoscopio. Se recomienda siempre el uso de el, para no -- pasar por alto la patologia articular incipiente. El rui -- do es preciso, bien deliniado, agudo e inconfundible con -- otros ruidos en el organismo humano. (8)

2.- DOLOR.-

Es una manifestación subjetiva del sistema nervioso -- central, que ocurre como reacción a un estímulo adecuado y es el síntoma, más frecuente de la enfermedad, de la lesión y de la somatización de algunas alteraciones psíquicas.

Siendo una manifestación esencialmente subjetiva, el -

dolor, en clínica humana, solo puede valorarse mediante un cuidadoso interrogatorio al paciente e implica, por parte del médico, un adecuado conocimiento de las características fisiológicas y patológicas del síntoma en relación a la estructura anatómica donde se origina. (8)

Hay que especificar la localización del dolor, ya sea al abrir, cerrar, si el dolor se localiza a nivel articular, en el oído, o en otro lado de la cara o cuello. En ocasiones el paciente no relata que el dolor comienza en un punto y después le sigue hasta llegar a otro punto.

También es importante escuchar y anotar cuando el paciente nos relata el dolor referido especificando el lugar e intensidad del mismo.

La falta de instrumentos y medidas objetivas adecuadas para cuantificar la intensidad del dolor o la mayoría del síntoma, unida a la variedad de los pacientes y la influencia de los factores ambientales, obligan a recurrir a signos ( CRUCES ) que nos indiquen:

MOLESTIA ( + )

DOLOR ( ++ )

DOLOR AGUDO ( +++ )

Las preguntas de esta parte nos indican claramente -

si su respuesta es afirmativa, que hay una alteración en el sistema neuromuscular del sistema gnático, que indetectiblemente indica disfunción temporomandibular. (8)

El factor de la masticación es otro punto que debemos preguntar y observar en el paciente, muchas ocasiones el mismo nos puede expresar si su masticación es unilateral o bilateral, pero puede ser observado por el Cirujano Dentista colocando un trozo de cera rosa haciendo que el paciente realice su masticación, y se observará clínicamente pidiéndole que lo realice separando sus labios.

### 3.- HABITOS.-

En la parte de hábitos es sorprendente el número de pacientes que contestan con una negativa a la presencia de ellos, una respuesta de no es común, quizás porque el paciente no ha llevado a su conciencia este hábito por ser de naturaleza inconsciente. (8)

El Cirujano Dentista no dará por definitivo esta contestación negativa, en ocasiones los pacientes muerden lapices, pipas, agujas, clavos, alfileres, las uñas, etc., y ellos no lo toman como un hábito o no lo quieren reconocer, pero tenemos que observarlo y lo observamos tanto en la boca del paciente, como en los modelos de --

estudio, y que veremos las facetas de desgaste existentes.

#### 4.- EXAMEN EXTRAORAL.-

Dentro del examen extraoral nos dará la pista sobre la a) ASIMETRIA FACIAL: que puede ser por disparidad esquelética o por mala posición mandibular. Ocasionalmente, las neoplasias causan desfiguramiento. De frente al paciente, se observa la asimetría en descanso mandibular, al sonreír y a la apertura máxima.

b) POSICION LABIAL: se observa cuando en posición de descanso los labios exhiben una tonicidad adecuada. Hay que observar la posición labial con la pérdida de la dimensión vertical.

c) HIPERTROFIA MUSCULAR: nos indicará una parafunción (apretamiento y/o rechinamiento). (8)

Observamos y preguntamos al paciente de alguna patología como tumores, herpes, o alguna anomalía si las ha padecido y si lo han intervenido quirúrgicamente tratándose de un tumor tanto maligno como benigno.

#### 5.- EVALUACION CLINICA.-

## PALPACION DE MUSCULOS Y ARTICULACION.

La palpación y la auscultación de las articulaciones así como la palpación de músculos, son básicamente para interpretar la patología existente. (6)

La palpación de los músculos revelará sus límites -- en secciones, consistencias, tamaño, cambios durante la -- función y la presencia o ausencia de sensibilidad. La -- palpación de los huesos pondrá en evidencia sus caracte-- rísticas anatómicas tales como fosas, articulaciones, tu-- berculos e inserciones musculares; el hueso normal no re-- vela sensibilidad ni cede a la palpación salvo en zonas -- contiguas con cartílago. (3)

La intensidad del dolor se marcará de una a tres -- cruces ( +, ++, +++ ) MOLESTIA ( + ), DOLOR ( ++ ), y -- DOLOR AGUDO ( +++ ), existiendo la siguiente clave:

I = INICIAL

M = INTERMEDIA

F = FINAL (8)

Se observará en los siguientes movimientos:

a) Protusiva, b) Lateralidad, c) Apertura, c) Cierre.

Los siguientes ruidos como crepitación, chasquido a -



nivel articular se observarán los movimientos antes escritos, tanto en el lado derecho como en el izquierdo.

La hipertonicidad de los músculos es otro punto que debemos realizar en la palpación muscular.

La crepitación es otro ruido articular que semeja -- el ruido provocado al partirse un leño seco o es semejante al crujir de un peldaño de madera al ser pisado; es un sonido rasposo provocado por dos superficies rugosas que se rozan: las superficies óseas articulares. Es audible con estetoscopio, especialmente en las clases (2) de disfunción temporomandibular (osteoartritis). Puede escucharse cuando existe menisco perforado. (8)

La palpación de las articulaciones es conveniente -- hacerla colocándose enfrente del paciente y, con las yemas de los dedos índices colocados en la región articular pedirle que haga tres movimientos, recogiendo el dato informativo al término de cada uno; se pedirá el primer movimiento hacia borde a borde y después el retorno de la mandíbula por el mismo trayecto. El segundo movimiento es de lateralidades y se le pide al paciente que ejecute movimientos hacia la derecha y hacia la izquierda; recogemos el otro dato doloroso. El tercer movimiento exigido es el de apertura-cerrado mandibular y captaremos el -

dolor o molestia que el paciente reporta. (8)

Nunca hay que realizar la palpación con fuerza, pues si realiza así, se recogerán datos dolorosos. Siempre hay que utilizar el estetoscopio y siguiendo la anatomía de la parte a examinar. Hay que partir siempre de la oclusión céntrica.

#### 6.- EXAMEN PARODONTAL.-

El examen parodontal se hace con el objeto de conocer si la disfunción temporomandibular esté afectando al parodonto y en que medida la oclusión, las articulaciones y la musculatura influyen, coadyuvan o intervienen en la parodontopatía. No es un examen completo, no pretende serlo, sólo es útil para corroborar después del ajuste de la oclusión (cualquier terapia) si este elemento parodontal ha sido reparado y si sus lesiones fueron de origen disfuncional. (8)

Es esencial como se hablo anteriormente que los instrumentos a utilizar en este examen será:

- 1 X 3 y 1 sonda parodontal.

La sonda nos servirá para observar las bolsas parodontales que existán en cada pieza dental, colocándola paralelamente

la al eje mayor del diente, y hay que anotar la profundidad de la misma.

El I X 3 nos servirá para aleccionar la placa bacteriana o sarro que se encuentre e ir analizando por cuadrantes.

Es importante hacerse simultáneamente con el estudio radiográfico.

## D) EXAMEN DENTAL.

Puesto que el dolor dentario despliega un patrón -- amplio de dolores reflejos y que las lesiones dentales -- o bucales son capaces de desencadenar el espasmo de los -- músculos masticatorios, es muy importante el examen de -- los dientes (14), para así observar pieza por pieza alguna anomalía.

Se observará: caries, dientes faltantes, restauraciones defectuosas, diastemas, versiones, facetas de desgaste, sensibilidad a la percusión.

Se elaborará un cuadrante de todas las piezas dentales y se encontrará una clave para cada una de ellas, por ejemplo:

### CLAVE

- |                                |            |
|--------------------------------|------------|
| 1.- Dientes faltantes          | A          |
| 2.- Caries                     | B          |
| 3.- Restauraciones defectuosas | C etc. (8) |

así se elaborará con cada una de ellas como ya se mencionó anteriormente.

Este examen se realizará cuidadosamente pieza por -- pieza sin dejar pasar alguna. Las facetas de desgaste es -- muy necesaria observar en que cúspide se localiza o en que -- borde se encuentra, por que así se verá muchas veces los --

puntos prematuros o alguna pieza que nos este causando -- algún traumatismo.

Este paso se realizó utilizando papel de articular -- y realizando el paciente movimientos de lateralidades, -- protusiva y apertura y cierre.

#### a) EXAMEN E INTERPRETACION RADIOGRAFICA.-

Se ordenará la toma de 16 radiografías periapicales -- y se anotará lo normal y la patología observada.

Es necesario aclarar que las radiografías son solo -- un auxiliar más para el diagnóstico y que de ninguna ma -- nera puede sustituir al examen clínico cuidadoso. Las ra -- diografías nos llegan a revelar con precisión ni la pre -- sencia de caries en las superficies oclusales ni la pérdi -- da de hueso periodontal en las superficies lingual y ves -- tibular de las raíces de los dientes. Las radiografías - de aleta mordible (BITEWING) facilitan el estudio de las -- superficies proximales de dientes adyacentes y del rebon -- de alveolar. (9)

Es necesario el llevar una secuencia al tomar dichas radiografías.

Se colocarán en una mica en orden, tomando en cuenta

la saliente de la radiografía dirigida hacia nosotros. Se analizará pieza por pieza anotando todo lo observado.

Numerosos factores, que ocurren durante la exposición y el revelado de la placa, pueden influir sobre la interpretación de la radiografía. Por lo tanto, se han descrito reglas y técnicas estándar para la colocación del paciente, placas y como del aparato de rayos X, así como para los métodos empleados en el cuarto oscuro, a fin de que las radiografías de diferentes procedencias puedan ser interpretadas por cualquier dentista. (9)

El estudio de una radiografía se inicia con la observación de la anatomía de la lámina dura, de la estructura trabecular, el hueso periodontal, así como de la morfología de las coronas y raíces de los dientes, del contorno del seno maxilar, orificios y demás puntos de referencias. (9)

Siempre hay que tomar las precauciones necesarias - tanto para la toma de las radiografías como la forma de interpretarlas y no olvidar que siempre se debe llevar una secuencia de interpretación radiográfica.

También es necesario observar el grado de desgaste de las piezas en relación con la cámara pulpar, observar -

la relación de corona-raíz.

b) EXAMEN OCLUSAL.-

El examen oclusal incluye varias maniobras que son de gran utilidad al clínico; una de las más significativas es la medición de la apertura máxima, desde la oclusión céntrica hasta esta posición extrema; se medirá en mm entre los incisivos centrales derechos (superiores e inferiores) se considera que 45 mm es una apertura media. Si no existen piezas dentarias anteriores midase los bordes alveolares en zonas fácilmente identificables para futuras referencias.

Desde oclusión céntrica de 0 mm hasta 26-30 mm de apertura establece que existen alteraciones musculoarticulares que nos dan un mal pronóstico. Si la cifra sobre pasa los 40 mm de apertura no indica que el funcionamiento sea mejor. (8)

Las parafunciones (bruxismo, apretamiento) son descubrimientos interrelacionados directamente con la dificultad de lograr aperturas normales. Asimismo, las personas reportan adolorimiento de sus maseteros.

En el estudio realizado con fotognatografía por el grupo de estudios " FACTA " de la Ciudad de México, se --

demonstró científicamente en 1977 este hecho. (8)

La relación al deslizamiento anterior y al lateral, podemos decir que el deslizamiento ANTERIOR = se determina seleccionando un lugar en la superficie bucal de las - primeros premolares superiores derecho e izquierdo, y - - pintando una línea vertical con lápiz, que viaja de arriba hasta la premolar inferior, en oclusión céntrica de - conveniencia habitual del paciente. En seguida indique los dientes en relación céntrica y trase otra línea en la premolar inferior uniendo la ya trazada en la premolar -- superior. Se mide el desplazamiento de cada lado (derecho e izquierdo) con una regla milimétrica y se apunta -- la diferencia; esta será la medición del deslizamiento -- anterior de cada lado. (8)

El deslizamiento LATERAL = se determina dibujando -- una línea vertical en la superficie bucal de anteriores - superiores que se continúe hacia la superficie bucal de - anteriores inferiores y en oclusión céntrica. Se coloca la mandíbula en posición de relación céntrica y se traza otra línea en los dientes anteriores inferiores, uniéndola a la línea ya trazada en los anteriores superiores. - Se mide en milímetros. (8)

Estos deslizamientos se miden con una regla - - -



Bernier o con una regla milimétrica, pero para ser más exactos se usaba la primera.

Es muy aconsejable que después de realizar un tratamiento se vuelva a realizar estos pasos y volver a registrarlos dentro de la historia del paciente, para así ver los resultados.

Dentro del examen oclusal se analizarán las interferencias oclusales.

Todas las interferencias se marcan desde la oclusión céntrica del paciente, con excepción de la relación céntrica que siempre será manipulada. Si el tratamiento oclusal para aliviar o curar la disfunción ha sido acertado, todas las, interferencias anotadas en la historia deberán desaparecer en el siguiente examen clínico. (8)

Las interferencias encontradas se anotarán de acuerdo a la siguiente clave (para cada una se anota T= trabajo y b= balance);

CLAVE

INTERFERENCIA EN PROTUSIVA

X

INTERFERENCIAS EN LATERALIDAD DERECHA Y

INTERFERENCIAS EN LATERALIDAD IZQUIER

DA

Z

(8)

Existiendo un cuadrante de todas las piezas y se --  
 anotará en la pieza la interferencia de acuerdo a la cla-  
 ve que nos indica en que movimiento se encuentra y tam-  
 bién es necesario anotar si fué del lado de trabajo o de  
 balance.

Hay que utilizar papel de articular para que este -  
 nos marque más exactamente y podemos también después de-  
 utilizar el papel, verlo clínicamente.

Los sonidos al ocluir firme y repetidamente se nota  
 rán indicando una cruz si son:

- |            |               |
|------------|---------------|
| - APAGADOS | - DISPAREJOS  |
| - FUERTES  | - PAREJOS (8) |

Se le dice al paciente que realice su oclusión y no-  
 sotros trataremos de identificar los sonidos especifican-  
 do de que tipo se escucha.

#### c) ANALISIS OCLUSAL FUNCIONAL - INSTRUMENTAL.-

Para realizar este paso, debemos de tomar los modelos  
 de estudio del paciente para así poder montarlo y realizar  
 este paso.

Cuando los modelos estan orientados adecuadamente en-

un " ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE " y sus controles han sido ajustados a los registros del paciente, son muy útiles -- para hacer el análisis oclusal funcional. (8)

Se corrobora la desviación y dirección del cierre -- oclusal clínico, se realizará de la misma forma en que se efectúa el clínico para así poder observar los modelos -- de diferentes ángulos. Se realizarán los deslizamientos anterior tanto derecho e izquierdo y el deslizamiento lateral derecho e izquierdo.

Se corrobora también las interferencias de protusiva lateralidades y relación céntrica en los modelos de trabajo adecuadamente montadas.

#### d) SOBREMORDIDAS.-

Se analizarán en la boca del paciente e incluso se pueden corroborar en los modelos montados.

La lectura de las sobremordidas horizontal se van leyendo el número de milímetros que indica la regla vista - esta por arriba; la lectura de la sobremordida vertical - se hará midiendo desde la línea del lápiz marcada en la - superficie labial hasta el borde incisal.

Las sobremordidas verticales anteriores son:

LEVES = de 1/2 mm a 2 mm  
 MODERADAS = de 2 mm a 4 mm  
 SEVERAS = de 4 mm a 6 mm

Las sobremordidas horizontales anteriores son:

LEVES = de 0 mm a 2 mm  
 MARCADAS = de 2 mm a 4 mm  
 SEVERAS = de 4 mm a 6 mm (8)

También se utilizan la regla Berniere y un lápiz tinta, colocando al paciente de frente.

#### e) ORTOPANTOMOGRÁFIA.-

Tan importante es reconocer el valor de la información que proporciona la radiografía de la articulación temporomandibular, cuanto darse cuenta de que constituye un complemento del examen total y que la información radiográfica no es concluyente. Es común que el paciente manifieste síntomas clínicos agudos pero no hayan hallazgos radiográficos que guarden relación con el problema. Es más, el examen radiográfico revela a veces lo que parece ser una articulación anormal en un lado, solo que el paciente afirma que el dolor se halla en el otro. Incidente reiterado de -

este tipo prueban que es preciso combinar los hallazgos -  
radiográficos con una historia coherente y con el examen  
clínico.

La detección y observación de los estados que siguen  
dependen de la radiografía:

#### ESTRUCTURA Y FORMA DE LA ARTICULACION:

- Variaciones de desarrollo.
- Adaptación funcional.
- Neoplasmas.
- Intervención quirúrgica.
- Lesión traumática.

#### FUNCION CONDILEA:

- Variaciones de la función normal.
- Función anormal. (14)

Respecto a la ortopantomografía se puede decir que --  
es una forma de tomografía. El método es cómodo para el -  
paciente porque en una proyección, pueden visualizarse los  
cóndilos, las ramas y el cuerpo mandibular. Es una forma-  
conveniente para descartar pacientes con fracturas o de---  
formaciones sospechosas. La distorsión inherente a esta-  
radiografía no la hace adecuada para estudiar las articula

ciones temporomandibulares en detalle. (8)

Existen diferentes opiniones respecto a las radiografías de la articulación temporomandibular.

Existen varios autores que nos mencionan las diferentes radiografías como tenemos: Laterales de cráneo - - - Swart - Oclusales (colocandolas 1 en cada cóndilo) etc., - y cada uno de ellos tienen diferentes opiniones ellos dicen que son mejores que otros.

Respecto a la ortopantomografía como se dijo anteriormente tiene sus desventajas tales como la distorción que existe porque dicha radiografía sale en un mismo plano y en ocasiones nos refleja un cóndilo más grande que otro, pero podemos ver todas las estructuras en un mismo plano tales, como todos los dientes, estructuras de sostén, estructuras adyacentes, y en ocasiones se observa bien el piso de las fosas nasales.

Por último el paso a realizar en la historia clínica son las Conclusiones Diagnósticas del Examen Clínico e Instrumental encontrando lo siguiente:

- DISFUNCION MANDIBULAR - si existe o no especificando.
- OTROS DIAGNOSTICOS.
- OBSERVACIONES. (8)

En otros diagnósticos hay que anotar si se encuentra o no, después de haber realizado cuidadosamente todos los pasos anteriores.

En observaciones; se anotará como por ejemplo: si -- nuestro paciente es colaborador o no, si es un paciente con algún problema no mencionado durante la realización de -- nuestra historia clínica.

En seguida se anotará la fecha en que se realizó dicha historia y el nombre del médico que la elabora, también es importante que nuestro paciente firme dicha historia, que nos sirviera como un respaldo en caso que se presente algún problema.

Nunca hay que dejar pasar ningún dato, ya sea por -- tardarnos un poco más o por elaborarla rápidamente, hay -- que tomar el tiempo necesario para realizarla y escuchar -- cuidadosamente a nuestro paciente a todo lo que nos pre -- gunte y responda. Siempre hay que demostrarle interés -- a su caso y más que todo inspirarle confianza, pues así -- nuestro tratamiento será un éxito.

## CAPITULO II

### " MONTAJE Y ANALISIS DE LOS MODELOS EN EL ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE".



## INTRODUCCION.

El articulador es uno de los elementos más importantes para realizar un análisis y también un auxiliar en el diagnóstico.

Se define articulador: "Un dispositivo mecánico que representa las articulaciones temporomandibulares y miembros maxilares superior e inferior sobre los cuales pueden fijarse los modelos superior e inferior". (3)

Muchos aparatos que son llamados articuladores no satisfacen esta definición, ya que ni siquiera tratan de representar las articulaciones temporomandibulares (transferencia con área facial) o sus trayectorias de movimiento (registros excéntricos). Algunos instrumentos permiten un movimiento excéntrico determinado por registros inadecuados (registros de posición). Otros utilizan trayectos promedios e equivalentes y todavía hay otros que tratan de reproducir los trayectos excéntricos del paciente a partir de registros tridimensionales. (3)

Tomando en cuenta estos factores hay que determinar que tipo de articulador se utilizan.

Encontramos diferentes tipos de articuladores y se -

clasificarán de la siguiente manera:

- a) ARTICULADOR SIMPLE (DE BISAGRA)
- b) ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE.
- c) ARTICULADOR AJUSTABLE.

La diferencia principal que se encuentra entre cada uno de ellos será la siguiente:

- a) ARTICULADOR SIMPLE (BISAGRA) = solo registra movimientos de apertura y cierre, en una sola posición o sea en oclusión céntrica.
- b) ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE = nos registra movimientos de apertura, cierre protusivos y de lateralidades, pero los movimientos excéntricos no se registrarán con exactitud.
- c) ARTICULADOR AJUSTABLE = nos registra todos los movimientos mencionados anteriormente, pero con exactitud.

Todas las trayectorias son registradas, tanto desviaciones como anomalías que existen en cada paciente.

Los articuladores semiajustables son aparatos ajustables a registros estáticos individuales. Cuando se hace el ajuste de estas articulaciones se admite que las angulaciones verticales de las trayectorias cándilares de balan-

ceo y protusivo son similares. Las articulaciones semi-ajustables son exactas en las posiciones inicial y terminal. Sin embargo, todos los movimientos intermedios desplegados por este tipo de articulaciones suelen ser arbitrarios. (2)

## A) OBTENCION DE MODELOS DE ESTUDIO Y TRABAJO.

Los modelos en yeso proporcionan una "copia razonable" de la oclusión del paciente. A pesar del examen clínico minucioso, es bueno contar con 2 juegos de modelos - en yeso un juego para modelos de trabajo y otro para modelos de estudio.

Los modelos de trabajo nos servirán para realizar -- el montaje en el articulador y los de estudio para correlacionar datos adicionales tomados tanto de las radiografías como de los procedimientos que se realicen.

Los modelos de estudio pueden ser ayudas importantes para el diagnóstico y la preparación del plan de tratamiento cuando el paciente está ausente del consultorio.

La articulación de los modelos de trabajo ayudará -- al examinador a evaluar la función oclusal y permitirá -- probar los desgastes a realizar y los resultados obtenidos antes de efectuar el procedimiento en la boca. (3)

No debemos dejar pasar desapercibido que los modelos de estudio nos servirán como una excelente ayuda visual - para informar al paciente de sus problemas dentales, explica las alternativas de tratamiento y para que el mismo

paciente se de cuenta de la problemática que se encuentra.

### TECNICA DE IMPRESION.-

Para obtener una reproducción casi perfecta de los --  
dientes y tejidos adyacentes, debemos proceder con caute--  
la.

Los materiales de impresión de alginato son las más --  
adecuadas para este propósito. Se recomienda utilizar --  
un tipo de fraguado rápido.

Primero, debemos medir cuidadosamente los portaimpre--  
siones. A continuación, se colocan tiras de cera blanda --  
en la periferia del portaimpresiones para retener el mate--  
rial de impresión de alginato y para ayudar a reproducir --  
los detalles del vestíbulo (fondo de saco mucoso gingival).--  
La cera tiene la ventaja de que reduce la presión del bor--  
de metálico del portaimpresiones sobre los tejidos durante  
la toma de impresión. (5)

Una vez realizado este paso, se procede a medir el --  
portaimpresión para ver cuanto material se va a utilizar.

La impresión inferior es generalmente más fácil y es--  
mayor la toma primero de esta por el reflejo de vómito del  
paciente.

Se realizará la toma de impresión inferior, al colocar el portaimpresión, debemos procurar desplazar el labio lejos de la periferia del portaimpresión y permitir que el alginato penetre hasta el fondo del saco mucogingival para registrar las inserciones musculares.

En seguida se realiza la toma de impresión superior, debido a la posibilidad de provocar el reflejo de vómito, es importante que la periferia posterior del portaimpresión posea un borde de cera blanda. (5) Es conveniente también limpiar los dientes primero con una torunda de algodón. Esto elimina gran parte de las burbujas que aparecen con frecuencia alrededor del margen gingival.

Para obtener una superficie más tensa, se recomienda alisar el material de impresión sobre el portaimpresión con el dedo húmedo antes de colocarlo en la boca. Debemos colocar la mayor parte del material de impresión en la parte anterior del portaimpresión, al ras con la periferia de cera. (5)

Podemos también colocar una cantidad de material de impresión sobre la bóveda palatina del paciente, justamente detrás de los incisivos, antes de colocar el portaimpresión, para eliminar el aire atrapado y asegurar una -

reproducción fiel de los tejidos palatíno.

El portaimpresión superior deberá ser colocado de -- tal manera que la periferia anterior del mismo, se ajuste bajo el labio superior. A continuación, empujamos el portaimpresión hacia arriba, obligando al alginato a penetrar hasta el fondo de saco mucogingival para registrar las inserciones musculares. (5)

Para realizar este procedimiento, es necesaria que -- el paciente vea en nosotros tranquilidad y cuidado en su realización para que el mismo se sienta relajado.

Para obtener una buena impresión tanto superior como inferior es necesario colocar un rollo periférico como se menciono anteriormente y así veremos los registros más -- exactos como son las inserciones musculares, espacios retromolares, etc.

#### VACIADO DE LA IMPRESION.-

Una vez realizada la toma de impresión se procederá -- a realizar el vaciado de dichas impresiones.

Estas deben correrse en forma inmediata porque en -- ocasiones se deja pasar un tiempo para realizar el vaciado

y estas sufren distorsión y muchas veces no reproduce con exactitud los registros obtenidos.

Se recomienda utilizar yeso blanco para obtener modelos de buena calidad y presentación.

Hay que recordar que la presentación cuenta mucho -- y más los modelos de estudio, que con estos vamos a explicar al paciente el problema y su plan de tratamiento. Es necesario también el recortado correcto y el buen pálido.

La impresión se enjuaga y se desecha el exceso de -- agua. Esto elimina la mucina y cualquier material que -- pudiera afectar a la calidad de la reproducción.

Al realizar el vaciado, es indispensable utilizar -- un vibrador mecánico. Esto no solo elimina las burbujas de las depresiones que han dejado los dientes en la impresión, sino que permita utilizar una mezcla más espesa. -- Una mezcla más espesa es más fácil de manejar al vaciar -- las porciones anatómicas y de arte, y produce un modelo -- más fuerte. (5)

Existen también técnicas de vaciado como tenemos -- la de golpear la impresión en la mesa de trabajo mientras --



estamos colocando el yeso y estos golpes ayudan a que salgan las burbujas o el aire que se forma.

El grosor de la base debe quedar proporcional a la toma de impresión. Los modelos de estudio quedarán de un grosor más alto para así tener una mayor presentación.

#### RECORTADO DE LOS MODELOS.-

Primeramente se tomará el modelo que contenga al más pequeño.

Una vez observado esto, se procederá a cortar la altura de cada modelo que será de 3 cm de los bordes incisales y caras oclusales al borde del modelo, pudiéndose dejar 1/2 cm para margen de error.

Antes de recortar el modelo, se colocará la platería de la recortadora a 90° en relación a la piedra, esto es para que todos los cortes superiores e inferiores queden paralelos entre sí. (10)

El recortado de los modelos quedarán con las siguientes angulaciones tanto el superior como el inferior:

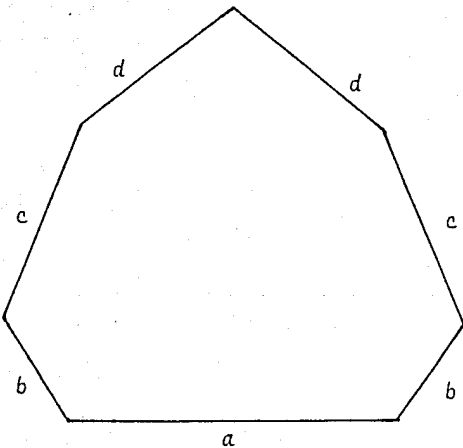
MODELO SUPERIOR.-

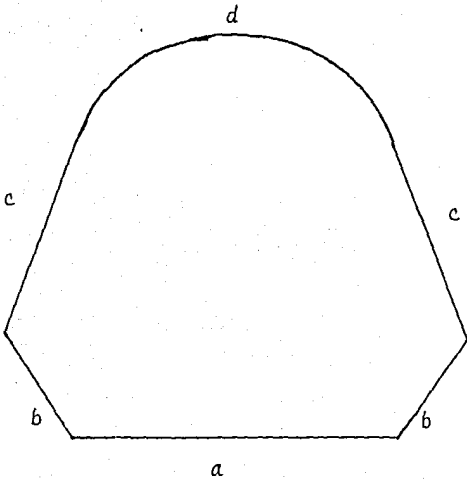
a) Se deja un espacio de -  
1.5 cms. por distal del  
molar más posterior del  
modelo.

b) Sobre la línea  $125^\circ$  de-  
la platina se recorta -  
el lado derecho ponien-  
do el modelo del lado -  
izquierdo y viceversa.

c) Sobre la línea  $55^\circ$  ó --  
 $63^\circ$  de la platina, re-  
cortando igual que el -  
anterior.

d) Se forma un triangulo -  
coincidiendo con la lí-  
nea media y los lados -  
con la parte media de -  
los caninos. (10)



MODELO INFERIOR.-

a) Se llenan los modelos superior e inferior en oclusión, el talón del modelo inferior debe coincidir con el del modelo superior.

b) Sobre la línea de  $125^\circ$  se lleva a la recortadora junto con el modelo superior y debe coincidir el inferior con el superior.

c) Ya solo el modelo inferior se recorta sobre la línea de  $55^\circ$  a  $63^\circ$  de cada lado.

d) Se recorta en forma redondeada de la parte media mesial del canino derecho, a la parte media mesial del canino izquierdo. (10)

### TERMINADO Y PULIDO DE LOS MODELOS.-

La altura mínima de ambos modelos debe quedar de 6 - cms.

Después de recortado se eliminan las irregularidades sobrantes con una lija de agua.

Se colocan los modelos en agua de coco a hervir y el agua debe cubrir dichos modelos y se dejan reposar en dicha agua mínimo por 2 horas.

En seguida se sacan los modelos del agua, con una -- franela se frotan los modelos hasta obtener una superfi-- cie brillante.

## B) PUNTOS DE REFERENCIA.

Para realizar el montaje de los modelos en el articulador semiajustable es necesario seguir una continuación de pasos a realizar.

El articulador semiajustable consta de dos partes -- esenciales: - El arco facial y  
- El articulador propiamente dicho.

El arco facial.- Es un instrumento que puede compararse a un compás de espesor, que se utiliza para registrar las posiciones de la mandíbula superior en relación con el eje de bisagra terminal o su equivalente arbitrariamente elegido (valor médico. ) (15)

Existen dos tipos de arcos faciales con dispositivos u oliva auricular:

- 1.- DE CENTRADO MANUAL
- 2.- DE CENTRADO AUTOMATICO

El Hanaw es un dispositivo auricular de centrado manual. (1)

Para realizar la toma del arco facial, es necesario--

tomar los puntos de referencia:

Ubicado detrás del paciente, el operador o el cirujano dentista coloca el dedo índice sobre la zona articular y se pide al paciente que abre ampliamente la boca. Cuando el cóndilo se traslada hacia adelante, la punta del -- dedo cae en la depresión dejada por el cóndilo protuido, -  
(4)

Entonces el paciente debe cerrar la boca. A medida que el cóndilo vuelve a relación céntrica, su posición -- puede ser localizada por la punta del dedo. Si pedimos - al paciente que repita un arco de apertura y cierre, será posible percibir, en la mayoría de los pacientes, la rotación del cóndilo y localizar el eje dentro de límites - - aceptables de exactitud. Una vez localizado el centro general del cóndilo, se asegura la exactitud de 2 a 3 mm. -  
(4)

El eje localizado debe ser marcado en la piel con un lápiz tinta o con un marcador y así, ya se tiene marcado este punto de referencia del eje cóndileo.

A continuación se tomará como punto de referencia -- el agujero infra orbitario.

El agujero *infra orbitario* se encuentra sobre la misma línea axial se extiende a través de la escotadura *supra orbitaria*; esas relaciones no suelen presentar variaciones individuales.

Observese que el agujero se halla directamente debajo de la sutura, entre el hueso maxilar y malar. (6)

Para realizar la palpación, se le dice al paciente - que fije su vista de frente, el agujero está a 1-4 mm hacia adentro de la pupila del ojo y, aproximadamente, a -- 1 cm por debajo del borde orbitario inferior. (6)

Una vez localizado con el dedo *indica* se marcara con un punto o señal, y de esta forma queda localizado este - punto de referencia.

### C) OBTENCIÓN DE LOS REGISTROS POR MEDIO DEL ARCO FACIAL.

El arco facial además de su función principal, que -- consiste en registrar la relación de la mandíbula superior con el eje terminal de bisagra o su equivalente aproximado el arco facial sirve para montar el modelo superior en relación con un plan de referencia de la cabeza. (15)

La obtención de los registros por medio del arco facial es muy sencillo y solo requiere unos minutos de trabajo en el sillón dental.

#### EMPLEO DE LA HORQUILLA DE MORDIDA.-

La horquilla de mordida es un aditamento del arco facial, la cual tiene forma de herradura.

Se colocan dos o tres capas de cera para placa base -- uniformemente calentada sobre la horquilla de mordida y -- colóquela entre los dientes del paciente. El mango de la horquilla debe estar orientado unos 10 a 15° grados hacia un lado a fin de evitar interferencias posteriormente (al montar el modelo superior). (13)

Antes de introducir la horquilla de mordida a la boca



del paciente, la cera debe recortarse en forma de herradura.

Hagase que el paciente muerda lentamente la cera hasta que las superficies oclusales de los dientes superiores e inferiores proporcionen firme apoyo a la horquilla. (13)

Se debe advertir al paciente que evite morder a través de la cera hasta llegar al metal, puesto que los brazos de la horquilla pueden doblarse y dado que son elásticos volverían a enderezarse al sacarla de la boca. Si se presenta esta distorsión, los modelos no ajustarán de manera adecuada en las impresiones de la cera.

No es importante la posición del maxilar inferior durante este procedimiento, puesto que el registro con la horquilla se efectúa únicamente para la orientación de los modelos del maxilar superior respecto al eje de bisagra y al plano infra orbitario. (13)

Una vez tomados los registros de cera en la horquilla de mordida, se coloca en agua fría para que endurezca un poco la cera y se enfíe, se lava y se vuelve a introducir a la boca del paciente haciendo que muerda en las marcas de oclusión de manera que sostenga la horquilla de mordida firmemente.

### EMPLEO DEL ARCO FACIAL.-

Una vez realizada la toma de la horquilla y ésta, estando colocada en la boca del paciente, se procederá a colocar el arco facial y se centra de manera adecuada.

Los tubos condilares del arco facial deben casi (pero no completamente) tocar la piel sobre el centro de --- las marcas colocadas para designar el eje de bisagra convencional. El arco facial debe quedar tan bien centrado que los ajustes milimétricos a ambos lados del mismo sean iguales (13) tomando la medida con una regla bernniere.

En seguida se procede a cerrar los tubos condilares y se ajustan los tornillos que fijan a la horquilla en la correcta relación con el arco facial.

Si el arco facial no quedo centrado y no existe la --- correcta relación de la horquilla, se aflojan los tornillos y se vuelve a repetir la operación.

Estando el arco facial en la correcta posición y los tornillos bien ajustados, se coloca el apuntador infra orbitario (en el agujero infra orbitario) en la marca colocada en el paciente.

El apuntador no debe oprimir la piel del paciente, -- quedará en cuanto a penas rose la piel, y se ajusta este -- quedará paralelo a la horquilla de mordida.

Una vez tomado el arco facial de esta maneta, se afloja uno de los tornillos de los tubos condilares y se retira del paciente.

Teniendo el arco fuera de la boca del paciente se -- vuelve a colocar la medida que se tomo en milímetros.

De esta forma se procederá a realizar el montaje del modelo superior.

### D) MONTAJE DEL MODELO SUPERIOR.-

Las medidas tomadas del paciente se transfieren al articulador.

Hay una variación de articuladores semiajustables. --  
Emplearemos el articulador Hanaw.

Se registra el ancho de la cabeza del paciente con el arco facial, pero la distancia intercondílea será menor -- porque los condilos se hallan dentro de la piel y capa de grasa.

La medición por fuera del pilar condíleo en el articulador compensará el espesor del tejido blando y dará por resultado una distancia intercondílea más exacta. (4)

### PROGRAMACION DEL ARTICULADOR.-

Se registrarán las medidas tomadas en el arco facial al articular. En seguida se ajustarán los componentes -- del articulador de la siguiente manera:

DISTANCIA INTERCONDILAR = La distancia tomada en el arco facial será registrada en el ar-

articulador, ajustándola y cerrando los tornillos perfectamente.

PARED INTERNA = La encontramos medida en grados y será colocada a  $0^{\circ}$  (grados) en todos los montajes.

#### TECHO DE LA CAVIDAD

GLENOIDEA = Se encuentra medida en grados, se colocará a  $30^{\circ}$  (grados) por la inclinación del condilo.

En varios estudios realizados en cadáveres se llegó a esta conclusión que el condilo tiene aproximadamente esta inclinación.

SEMI-LUNA = En el brazo superior del articulador encontramos la llamada semiluna, que está nos servirá para determinar la posición vertical con el apuntador infra orbitario. Este deberá quedar por abajo de la semiluna quedando un espacio virtual entre ambos.

Una vez obtenida la posición vertical, se colocará el modelo superior sobre el registro tomando con la horqui

lla de mordida que está es sostenida por un aditamento -- llamado te, porque en ocasiones por el peso del modelo -- puede sufrir distorsión, por tal razón o motivo deberá -- ser colocada.

PLATINAS = Las platinas serán colocadas en el brazo su perior del articulador. Su función es la de sostener el modelo junto con el yeso. Y una vez realizado el montaje, se podrán qui tar y poner los modelos en el articulador, - cuantas veces sea necesario.

Teniendo ya nuestro articulador bien centrado y colo cado perfectamente se abrirá el brazo superior, colocando yeso (pariz) sobre el modelo y en seguida se cerrará en - brazo quitando el exceso de yeso y de esta forma quedará - el montaje del modelo superior.

### E) MONTAJE DEL MODELO INFERIOR.-

Para llevar a cabo el montaje del modelo inferior es necesario retirar el arco facial una vez ya fraguado el yeso del montaje del modelo superior.

### REGISTRO DE LA RELACION CENTRICA.-

El siguiente es el paso más importante en el montaje de modelos y consiste en obtener una impresión de la mordida en cera con el maxilar inferior en relación céntrica. --  
(13)

Para registrar la relación céntrica los músculos del paciente deben alcanzar el máximo de relajación posible. -- Antes de hacer el registro, deben realizarse movimientos de prueba sobre el eje de bisagra para enterarlo convenientemente y que ayude en el procedimiento. (3)

La cera se prepara haciendo un rollo delgado (de más o menos 1 cm. de diámetro) de dos o tres grosores de cera de placa base.

La forma de la cera puede determinarse ablandando el rollo y ajustándolo a la curvatura y longitud del modelo --

superior. Se sumerge en agua caliente hasta que haya calentado uniformemente; entonces se coloca en la boca del paciente. (3)

La mandíbula se guía y controla por ligera presión sobre el mentón del paciente en dirección de la articulación para que no se produzca desplazamiento del movimiento del eje de bisagra durante la trayectoria final de cierre. (3)

De esta forma se obtendrá el registro en relación céntrica. Este procedimiento se puede efectuar varias veces, para así asesorarnos de que nuestro registro es correcto.

#### PROGRAMACION DEL ARTICULADOR.-

Una vez retirado el arco facial, se invierte el articulador. Teniendo las mordidas anteriormente descritas, se colocará la mordida o registro en relación céntrica sobre el modelo superior ya montado, y sobre este se colocará el modelo inferior.

Se utilizará el vastago calibrador que está dado en mm, colocándolo en ceros.



Si se coloca una liga sujetando los modelos superior e inferior junto con nuestro registro se mide de la base del modelo inferior a la platina, realizando una marca o guía en el modelo efectuando este paso con el registro -- y sin el. La diferencia que se obtendrá se aumentará en el vástago calibrador.

Teniendo esta medida ya establecida, abrimos el artículador colocando el yeso en la base del modelo inferior, se cierra el articulador, se retira el exceso de yeso.

Va que fraguo el yeso se vuelve a invertir el artí--culador regresando así a su posición normal. Retiramos - el registro en céntrica y regresamos a ceros el vástago - calibrador, quedando así el montaje de nuestros modelos.

### CAPITULO III

" ELABORACION DE GUARDAS Y SUS DIFERENTES METODOS DE CONSTRUCCION PARA TRATAR EL PACIENTE DISFUNCIONAL " .

## INTRODUCCION.

El tratamiento efectivo de los trastornos de la articulación temporomandibular radica principalmente en el reconocimiento del problema individual entre manos y en la comprensión de su mecanismo, tal conocimiento hace posible la elección de los métodos adecuados de tratamiento.

Es importante tratar de elegir aquellos métodos que parecen ser más aceptables al paciente que se está tratando.

Desde que las respuestas individuales varían mucho, lo que resulta efectivo en un caso puede no tener ningún resultado en otro.

No deberá seguirse un determinado tipo de tratamiento si se presentan reacciones adversas, o si después de un período razonable de tiempo no hay una respuesta favorable.

La decisión del tratamiento se logra como resultado de la investigación clínico instrumental del paciente --

por medio de la historia clínica,

Los guardas oclusales: son aparatos ortopédicos temporales que pueden clasificarse como "reversibles" es decir, que si en un momento dado el alivio o la curación no se -- presentan en un término razonable de días, o si el aparato aumenta las molestias disfuncionales, este puede ser descartado por el odontólogo sin daño inmediato o posterior a los elementos constituyentes del sistema gnático. (8)

El principal objetivo de la guarda es:

- El de interceptar la interferencia oclusal que provoca -- directa o indirectamente el desencadenamiento de la disfunción temporomandibular en sus diversas manifestaciones clínicas,

Psicológicamente, la presencia de una placa acrílica entre las arcadas dentarias actúa recordando al paciente -- que no debe aproximar sus piezas dentarias para movimientos o contactos fuera de toda actividad funcional como -- la masticación, la deglución, etc. (8)

El guarda oclusal devuelve a límites fisiológicos el funcionamiento de las articulaciones así como la restauración neuromuscular,

Los espasmos musculares se interrumpen con la guarda; al ocurrir esto, los músculos se relajan, disminuyendo así los síntomas. El tiempo en que esto sucede varía de persona a persona, y no existe un tiempo límite exacto. -- Es recomendable en todos los casos, usar la guarda oclusal 23 horas y media diarias; no debe restringirse su uso solamente durante la noche; deberá removerse solo para comer y para su higiene.

El tiempo mínimo de uso diario es importante, y no debe ser menor de 5 horas, para impedir así movimiento dentario que evitará la fácil inserción del aparato ocasionando molestias. Si se deja fuera por varios días, los dientes se moverán inutilizando los beneficios derivados del aparato. (8)

Cada guarda tiene sus métodos de elaboración, así como su forma de construcción. Las siguientes son erróneas, muy comunes, que deben evitarse:

- Invadir el espacio de la lengua.
- Obliterar la distancia oclusal.
- Dejar huellas oclusales externas muy marcadas que anden la mandíbula.
- Terminar fuera de la relación céntrica.
- No elaborar la disolución anterior.

- Hacer disoclusiones anteriores muy bruscas .
- Usar material blando.
- Construir sobre un plano oclusal irregular.
- Guarda demasiado delgada.
- Falta de instrumentación sobre higiene y uso del guarda al paciente.
- No rebasar periódicamente la superficie oclusal -- al distalizarse la mandíbula. (8)

Hay que evitar esta serie de errores antes mencionados, para que así el guarda tenga una funcionalidad correcta.

Mientras el paciente use en forma continuada su aparato ortopédico, la sintomatología habrá desaparecido o se habrá minimizado al grado de mantener al sujeto en una apreciable comodidad. El problema disfuncional renace -- cuando el sujeto está masticando o cuando involuntariamente olvida usar su guarda. La problemática iniciada al no emplearse el guarda, reinstala las molestias y prueba que el problema disfuncional temporomandibular era de etiología oclusal. (8)

A) GUARDA OCLUSAL DE ACRILICO  
CURADO RAPIDO.

Esta guarda oclusal también es conocida como:

PLACA DE MORDIDA.-

Es un aparato ortodóntico, generalmente confeccionado en acrílico de curado rápido y alambre de oro o acero, que el paciente puede retirar de la boca.

OBJETIVO.-

Su principal objetivo es el presentar un plan horizontal contra el cual pueden morder los dientes anteriores -- del maxilar inferior, provocando por lo tanto una separación entre las superficies oclusales de los dientes posteriores al intentar juntar ambos maxilares. El plan horizontal libera a la mandíbula de la influencia de las cúspides de los dientes, otorgando a los músculos un control completo del proceso. {14}

INDICACIONES.-

a) Para eliminar los contactos oclusales prematuros -

sin tener que recurrir al desgaste dentario o en las restauraciones.

b) Antes de embarcarse en procedimientos irreversibles para la restauración de un caso con marcado desgaste incisal y oclusal, la placa de mordida provee la manera de probar la adaptabilidad del paciente a una disminución del espacio libre interoclusal.

Estos aparatos también pueden ser útiles en el tratamiento de los hábitos tensionales orales.

Para este propósito tienen las siguientes aplicaciones:

a) Disminuyen los efectos del bruxismo en los casos de fuerte entrecruzamiento cuspídeo.

b) En algunos casos puede disminuir el espasmo asociado con el bruxismo nocturno, especialmente durante los episodios agudos.

c) Puede servir de gran ayuda en los ejercicios para el tratamiento de los chasquidos. (14)



CONTRAINDICACIONES.-

- a) En pacientes con mordida abierta anterior.
- b) En pacientes con prognatismo mandibular.
- c) En pacientes con mordida borde a borde. [14]

VENTAJAS.-

- 1.- Son de construcción sencilla.
- 2.- El paciente puede colocársela fácilmente y retirársela.
- 3.- Son muy útiles para probar la respuesta del paciente, y no obligan al dentista a encarar un método de tratamiento de carácter irreversible.
- 4.- Su acción es reversible. [14]

DISEÑO.-

La placa de mordida se diseña de manera tal que cubra una amplia zona palatina para que las presiones transmitidas a los tejidos blandos del paladar disminuyan al distribuirse sobre una amplia zona.

Los retenedores o ganchos se confeccionan de cromo - calibre 0.032 pulgadas. Deben ir colocados por distal -- de las piezas dentarias más posteriores.

El alambre labial se confecciona con uno calibre - - 0.036 pulgadas, que servirá para que el acrílico de la su perficie palatina mueva los dientes anteriores hacia vestibular. Esto debe ser colocado aproximadamente a  $\frac{2}{3}$  -- de la altura coronaria por sobre los bordes incisales. - Esto puede alterarse según fueron las irregularidades den tarias.

La altura del plano horizontal de la placa de mordida estará determinada por la cantidad de apertura que se desee obtener en la oclusión de los dientes posteriores y por la profundidad de la sobremordida. (14)

#### TECNICA DE CONSTRUCCION.-

Primeramente se realizó la toma de impresión del maxilar superior, se vaciarán y se recortarán.

Se realizó el diseño con un lápiz, señalando la extensión distal que llevará el acrílico.

Se toman los modelos de estudios para así consultar y determinar la altura, extensión distal del plano horizontal; y la posición de los retenedores o ganchos. Inmediatamente pasamos a el modelo donde se elaborará, diseñando lo mencionado anteriormente con el lápiz.

Se coloca separador de acrílico y se deja secar.

Se espolvorea acrílico de curado rápido sobre una sección de la superficie palatina del modelo, agregándole líquido para que se polimerice. Y se checa la oclusión.

Una vez que se hubiere terminado toda la zona, se construirá el plano horizontal y se moldeará a presión digital. Puede agregarse más acrílico a cualquier zona, aún cuando el proceso inicial se hubiere terminado.

Este acrílico, así procesado sobre el modelo se deja embeber en agua de 8 a 12 horas. (14)

Una vez dejado este tiempo, se retira del modelo se recorta y se pule. Se examina la oclusión antes de colocarla en la boca del paciente, se ajustan perfectamente los ganchos e inmediatamente se coloca en la boca del paciente.

B) GUARDA OCLUSAL TERMOPLASTICA AL  
VACIO CON APARATOS DE EMBOTICION.

Es necesario un equipo de vacio para: LA ELABORACION  
DEL GUARDA.

TECNICA DE CONSTRUCCION. -

- 1.- Se obtiene un modelo de la arcada superior del pa  
ciente, perfectamente recortado y sin burbujas.
- 2.- Se toma una hoja de material (placa Bayer transpa  
rente) y se coloca el modelo en la máquina. Se -  
calienta y se adapta el material sobre el modelo.
- 3.- Con un disco de carborundum se recorta la superfé  
cie labial y bucal del material a 1 mm hacia cer  
vical desde las caras oclusales y bordes incisa--  
les.
- 4.- Con el mismo instrumento se recorta el material -  
en la superficie palatina aproximadamente 10 mm -  
del margen gingival de los dientes posteriores y -  
a 15 mm de los dientes anteriores. (8)
- 5.- Se retira el guarda del modelo, se pulen los mar  
genes.
- 6.- Se coloca en la boca del paciente, checando la o  
clusión del paciente con papel de articular.

C) GUARDA NOCTURNA EN EL CONSULTORIO  
DENTAL DE RESINA AUTOCURABLE.

La elaboración de este tipo de guardas son útiles en el tratamiento para el síndrome de "Disfunción Miofacial".

El dolor de la articulación temporomandibular y de los músculos masticadores, es lo que lleva a los pacientes al consultorio en busca de tratamiento. LASKIN en 1969 le llamo "Síndrome de la Disfunción Miofacial".

El bruxismo se ha reconocido desde el siglo veinte, como un desorden serio del aparato masticador. Se ha definido: "Como movimientos mandibulares que voluntariamente no son funcionales, o movimientos involuntarios, que pueden ocurrir durante el día o la noche." Se manifiestan por movimientos ocasionales o habituales como rechinando los dientes, apretándolos, dando golpes en seco. -- El rechinado ocurre en excursiones excéntricas, más prevalentes durante la noche; el apretar o golpear en seco es más común durante el día.

Varios estudios indican que el Síndrome de Disfunción Miofacial son generalmente bruxistas. (11)

Se han presentado dos ideas básicas que afectan a la etiología del Síndrome de Disfunción Miofacial:

- 1°- Se piensa que se debe a los componentes periféricos del aparato masticatorio.
- 2°- Se enfatiza a factores del sistema nervioso central. (11)

#### OBJETIVO.-

La elaboración de este guarda, es de una forma rápida ofrece un alivio sintomático a los pacientes que padecen Síndrome de Disfunción Miofacial (bruxismo), con el uso de una guarda nocturna hecha en el consultorio.

#### TECNICA DE CONSTRUCCION.-

Se obtiene el modelo superior del paciente. Se fabrica una placa conformada OMNIVAC y se recortan los márgenes del modelo en los cuellos de los dientes tanto en bucal -- como en lingual.

Se alisan los bordes con ruedas de hule o discos de lija. En seguida se checa la placa conformada en la boca-

del paciente.

En este momento se coloca la resina autocurable en las superficies oclusales de la placa conformada, cubriendo desde el primer premolar hasta el último molar de ambos lados.

La placa se coloca en la boca del paciente y se le indica al paciente que cierre su boca en forma normal, tratando que sea la posición intercúspidea más natural. Este paso nos dará una huella del maxilar inferior en la capa de acrílico.

Todo el exceso de acrílico se recorta, hasta que el acrílico que cubre la placa en la profundidad de las indentaciones no exceda de 1 mm de grosor.

Las indentaciones se llenan con una segunda capa de resina autocurable, para nivelarlos con el resto del acrílico y se deja. Se checa por segunda vez, para asegurarnos de que halla libertad de movimientos lateral y protusivo, con suficiente espacio entre los arcos de la región anterior.

Se coloca acrílico de canino a canino a la placa y se introduce la guarda nocturna a la boca del paciente y se le pide que cierre. Se retira el guarda y se deja polimerizar fuera de la boca del paciente.

Se realizan los ajustes finales para los movimientos protusivos y laterales. (11)

Una vez realizados estos ajustes se pule y se coloca en la boca del paciente.



D) GUITA DE LUCIA O  
DESPROGRAMADOR.

Proporciona resultados fantásticos en casos de tris-  
mo mandibular.

Es el aparato más sencillo, modificadores de la oclu-  
sión.

Consiste en un plano inclinado de acrílico liso colo-  
cado en la zona lingual de los incisivos superiores. (7)

TECNICA DE CONSTRUCCION,-

Se realizó llevando a la boca del paciente resina - -  
acrílica endurecida hasta llegar a tener consistencia de -  
masilla, sobre un abatelenguas o una espátula para yeso --  
que previamente fue cubierta con separador de acrílico o -  
vaselina para que el material no se adhiere.

El acrílico es colocado sobre los dientes y parte del  
paladar. Con los dedos de la mano libre, se adapta parte-  
del acrílico sobre las bardes incisales de los incisivos -  
centrales para estabilizar.

Hay que evitar que el acrílico caiga por los costados del abatelenguas y espátula antes que el acrílico endurezca definitivamente, se realiza el retiro de prueba - para así asegurarnos de que no queden retenciones.

Una vez terminado se recorta y se pule el aparato, - se mantendrá en la boca del paciente con adhesivo para - dentaduras.

Deberá tener un espesor justo como para producir la - desoclusión completa posterior, el ancho suficiente como - para que los cuatro incisivos toquen el plano inclinado y - sea suficientemente lisa para que los dientes anteriores - se deslicen comodamente. (7)

A medida que el paciente lleve la mandíbula hacia - adelante y hacia atrás, un nuevo patrón propioceptivo - - reemplazará al habitual, comenzará la relajación muscular - y en poco tiempo el paciente podrá abrir la boca con ma - yor amplitud. (7)

## E) APARATOS DE SHORE.

Es el mejor aparato para pacientes con síntomas de disfunción temporomandibular. Cubre todas las superficies oclusales del maxilar superior e inferior.

### OBJETIVO.

Evita movimientos dentarios y acrecenta al máximo los dientes posteriores que ocluyen. Así todos los dientes tendrán contacto en céntrica uniformemente y la guía anterior proporcionará disoclusión posterior en todos los movimientos excéntricos. (7)

### TECNICA DE CONSTRUCCION.

El aparato se confecciona en un modelo superior del paciente. Se elabora un paladar de acrílico con abrazaderas de alambre de acero inoxidable labrados en la zona de los molares y abrazaderas de extremo redondeado en distal de los caninos.

El acrílico llega hasta los dientes posteriores y no cubre del todo los dientes anteriores excepto una banda de 5 mm de ancho que se extiende sobre el borde incisal -

de los incisivos centrales superiores.

Este programador actúa como la guía de Lucía y permite que la mandíbula se relaje y se deslice libremente en todas las excursiones.

Se prueba el aparato en la boca del paciente para -- examinar su adaptación, se coloca previamente vaselina en todos los dientes, y se adapta en cilindros de acrílico -- blando sobre las superficies oclusales de los dientes superiores de manera que se superponga al borde del guardo o férula. Se le pide al paciente que muerda la relación -- céntrica y que realice las excursiones excéntricas. (7)

Una vez endurecido el acrílico, se quita el exceso -- y se recortan los segmentos posteriores para permitir que haya solamente contacto en relación céntrica.

Normalmente la férula debe ser llenada de 24 a 48 -- horas para al alcanzar la ausencia de molestias, sentar -- los permisos para un análisis funcional de la oclusión. --

## CASUISTICA.

DATOS GENERALES:

Se presenta a consulta la Sra. Francisca González Flores, edad de 40 años, soltera es comerciante.

La estuvo tratando un doctor hace tres meses por presentar malestar general tomaba medicina homeopática, es -- alergica al ácido acetil-salicílico.

Hace 17 años le extirparon un ovario, ya que presentaba un tumor benigno. La paciente se fatiga con facilidad es muy ansiosa y siente que se le escapan las ideas.

Se presentó a consulta porque tiene dificultad para masticar y triturar los alimentos. Hace 4 años que empezó con el problema. La última vez que visitó a un Dentista -- fué el 23 de diciembre de 1985.

Relata que ha visto muchos Dentistas, pero ninguno le ha resuelto su problema.

El último Dentista que visitó le hizo extracción de -- varias piezas, le realizó unas endodoncias e hizo preparaciones para corona Veneer, sin haber colocado provisiona-- les.

HISTORIA CLINICA.

## I.- FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: FRANCISCO GONZALEZ FLORES

Ap. Paterno

Ap. Materno

Nombre(s)

EDAD 40 años SEXO Fem. EDO. CIVIL SolteraOCUPACION Comerciante.DOMICILIO Zaragoza # 450 Sector Hidalgo  
Calle No. Ext. No. Int. Col. Z.P.TELEFONO 14-92-67  
Casa Trabajo

En caso que el paciente sea referido, anote:

NOMBRE DEL DENTISTA No fue referido TELEFONO \_\_\_\_\_NOMBRE DEL MEDICO No fue referido TELEFONO \_\_\_\_\_

Especifique el tiempo de tratamiento (Fecha de inicio)

DENTISTA \_\_\_\_\_ MEDICO \_\_\_\_\_

## II.- ANTECEDENTES MEDICOS:

Si usted ha estado siendo tratado por algún médico, anote la fecha de la última cita: Hace 3 meses y el motivo Malestar general.

¿Está usted tomando algún medicamento? Si En caso afirmativo anote cual (es): Medicina homeopática.

3 chochitos 3 veces al día Nombre del medicamento

Dosis 2 años.  
Desde cuando

Motivo para el uso de (los) medicamentos:

---

Anote si usted es alérgico a algún (os) de los siguientes -  
medicamentos:

- 1.- Novocaina \_\_\_\_\_ 3.- Acido Acetil-Salisílico Si  
 2.- Penicilina \_\_\_\_\_ 4.- Codeína \_\_\_\_\_  
 5.- Otros especifique \_\_\_\_\_

En caso de embarazo, interrogar acerca de:

Tiempo de gestación (edad en meses)      Fecha probable de parto.

Si usted presenta o ha presentado alguno de los siguientes problemas, especifique cual o cuales: (anote sólo si fue diagnosti-  
cado por un médico)

		Fecha de DX.	Especifique.
a) Fiebre reumática	<u>No</u>	_____	_____
b) Diabetes	<u>No</u>	_____	_____
c) Prob. Respiratorios	<u>No</u>	_____	_____
d) Artritis	<u>No</u>	_____	_____
e) Cefalea frecuente	<u>No</u>	_____	_____
f) Dolores de cuello	<u>No</u>	_____	_____
g) Hipertensión art.	<u>No</u>	_____	_____
h) Tumores	<u>Si</u>	<u>17 años</u>	<u>Extirpación de un ovario.</u>
j) Desmayos	<u>No</u>	Vértigos <u>No</u>	Mareos <u>No</u>
k) Otros	<u>No</u>		

---

## III.- ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS.

- 1.- ¿Sufré Ud. de insomnio? No      9.- ¿Sufré de palpita-  
ciones? No
- 2.- ¿Se fatiga fácilmente? Si
- 3.- ¿Se enoja con facilidad? No      10.- ¿Se deprime fre-  
cuentemente? No
- 4.- ¿Es Ud. ansioso? Si
- 5.- ¿Tiene buena memoria? Si      11.- ¿Siente miedo con  
frecuencia? No
- 6.- ¿Siente ganas de herirse a si mismo? No
- 7.- ¿Con frecuencia siente ganas de pelearse con otras --  
personas?. No
- 8.- ¿En general, siente que la gente está en su contra? -  
No.
- 12.- ¿Siente que se le  
escapan las ideas?  
Si

## IV.- HISTORIA DENTAL.

Motivo de la consulta Dificultad para masticar y triturar  
los alimentos.

¿Desde cuando? Hace cuatro años empezó con el problema.

Fecha del último tratamiento dental. 23 de diciembre de 19

Observaciones: la paciente relata haber visitado a muchos  
tistas sin resultado positivo.

Si Ud. ha sido tratado por algún dentista, especifique cua  
l fue su tipo de tratamiento: Ortodoncia No Trat. Oclusal  
Parodoncia No Cirugía No Placa u otros aparato



Otros (especifique) puentes fijos y removibles.

Endodoncias, preparaciones para corona Veneer, Extracción de varias piezas, dientes desgastados en forma horizontal.

A) PROBLEMAS MANDIBULARES:

En caso de responder afirmativamente especifique cuando sea necesario:

a) Al comer Si

Ha experimentado:

b) Al bostezar Si

1.- Chasquido en sus articulaciones. Si

c) Otras.

2.- Dolor No a).- Articular No Derecho      Izq.     

b).- Oído No Derecho      Izq.     

c).- Cara No Derecho      Izq.     

En las siguientes preguntas (3-5) anote sobre la línea de una a tres cruces, si existe dolor según su intensidad.

3.- Dificultad al abrir y/o cerrar la boca abrir No Dolor       
cerrar No Dolor     

4.- Dificultad al masticar si por pérdida de espacio y dientes (especifique)

5.- Se desvía su mandíbula al abrir y/o cerrar su boca: Si  
abrir si izq. si  
cerrar si Der. si

6.- Siente cansancio en los músculos: No especifique       
    . Mastica Ud.: lado derecho Si lado izq. No  
ambos lados: No.

- 7.- Observaciones del patrón masticatorio: Masticación unilate  
ral.
- 8.- Traumatismo en la mandíbula o articulación No Especifi-  
que:
- 9.- Se le traba la mandíbula y la tiene que acomodar con la ma-  
no? No al hacerlo siente dolor?      intensidad
- 10.- Se le traba la mandíbula y necesita que le ayuden para aco-  
modarla? No ¿Se presenta con dolor? No Especifique       
Intensidad

#### B.- HABITOS:

- 1.- ¿Aprieta o rechinan los dientes? Si Durmiendo Si de  
día No ambos No .
- 2.- ¿Se muerde los labios y/o carrillos regularmente? Si  
de que lado? ambos .
- 3.- Sostiene objetos entre los dientes? No Especifique
- 4.- Se muerde la lengua o la mete entre los dientes anterio--  
res al tragar No Especifique      Otros

#### C.- EXAMEN EXTRAORAL:

- 1.- Asimetría facial No
- 2.- Posición labial normal
- 3.- Hábitos musculares No Se observan hipotonicos.
- 4.- Lesiones No

## EVALUACION CLINICA.

## D.- PALPACION DE MUSCULOS Y ARTICULACIONES:

La intensidad del dolor se marcará de una a tres cruces.  
Especifique sobre la línea que corresponde al movimiento elegido, la clase, de acuerdo a la siguiente clave; I- Inicial, M- Intermedia, F- Final.

	dolor	protusiva	lateralidad	aper.	cerrado
1. Crepitación izq.	<u>si</u>	<u>I</u>	<u>I</u>	<u>    </u>	<u>    </u>
der.	<u>si</u>	<u>    </u>	<u>I</u>	<u>    </u>	<u>    </u>
2.- Chasquido izq.	<u>si</u>	<u>    </u>	<u>I</u>	<u>I</u>	<u>F</u>
der.	<u>no</u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>
3.- Articulación.					
izq.	<u>no</u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>
der.	<u>no</u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>	<u>    </u>

		DOLOR	
		Izq.	Der.
4.- Masetero borde anterior	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>
borde posterior	<u>No</u>	<u>    </u>	<u>    </u>
borde superior	<u>No</u>	<u>    </u>	<u>    </u>
borde inferior	<u>No</u>	<u>    </u>	<u>    </u>
5.- Temporal anterior	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>
Medio	<u>No</u>	<u>    </u>	<u>    </u>
Posterior	<u>No</u>	<u>    </u>	<u>    </u>
6.- Occipital	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>
7.- Músculos de la nuca	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>
8.- Pterigoide externo	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>
9.- Trapecios	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>No</u>

- 10.- Esternocleidomastoide No No No
- 11.- Grupo suprahióideo No No No
- 12.- Pterigeoideo interno No No No

E) EXAMEN PARODONTAL:

Especifique:

- 1.- Bolsas No \_\_\_\_\_
- 2.- Movilidad No \_\_\_\_\_
- 3.- Recesión gingival Si Poco

6	78
---	----

 \_\_\_\_\_
- 4.- Furcaciones No \_\_\_\_\_
- 5.- Inserciones de frenillo que afecte los márgenes gingivales No \_\_\_\_\_
- 6.- Falta de enca insertada No \_\_\_\_\_
- 7.- Cantidad de sarro Regular Forma, color y tono, textura de la encla rosa, firme, lisa.

Fisiología Normal \_\_\_\_\_

Patología No existe \_\_\_\_\_

F) EXAMEN DENTAL:

En el esquema siguiente, anote la clave del diagnóstico, hecho sobre la pieza afectada.

- 1.- Dientes faltantes A
- 2.- Caries B
- 3.- Erosiones cervicales C
- 4.- Facetas de desgaste. D
- 5.- Sensibilidad a la percusión E.
- 6.- Diastemas, versiones, contactos F.
- 7.- Restauraciones defectuosas o fracturadas. G

A <sup>8</sup> A <sup>7</sup> C F 6D F5D 4A 3 A <sup>2</sup> F <sup>1</sup> D C 1	A <sup>2</sup> F <sup>3</sup> G A <sup>4</sup> G F <sup>5</sup> D F <sup>6</sup> D F <sup>7</sup> D 8A
A <sup>8</sup> A <sup>7</sup> A <sup>6</sup> F <sup>5</sup> D F <sup>4</sup> D F <sup>3</sup> D <sup>FD</sup> 2 F <sup>1</sup> D F <sup>1</sup> D F <sup>2</sup> D F <sup>3</sup> D A <sup>4</sup> A <sup>5</sup> A <sup>6</sup> A <sup>7</sup> A <sup>8</sup>	

## G).- EXAMEN E INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

Especifique

- 1.- Patrón del hueso Normal si Presencia de trabeculo nor.  
 Patológico no \_\_\_\_\_
- 2.- Lámina dura Normal si Continúa  
 Patológica no \_\_\_\_\_
- 3.- Radiolucencias si 2 inf. izq. infección
- 4.- Caries no \_\_\_\_\_
- 5.- Restauraciones defectuo- si desbordante, puente dos uni-  
 sas. dades de canino y premolar.
- 6.- Espacio periodontal Nor. si \_\_\_\_\_  
 Patológica no \_\_\_\_\_
- 7.- Septum interdental \_\_\_\_\_
- 8.- Cálculos pulpaes no \_\_\_\_\_
- 9.- Forma y longitud de las raices.  
 Normal si \_\_\_\_\_  
 Patológica \_\_\_\_\_
- 10.- Proporción corona/raíz  
 Normal si \_\_\_\_\_  
 Patológica no \_\_\_\_\_

## H).- EXAMEN OCLUSAL:

- 1.- Apertura máxima: 5.6 mm.
- 2.- Desviación dirección del cierre oclusal  
 Der. .3 mm  
 Deslizamiento anterior Izl. 5 mm  
 Deslizamiento lateral Der. 7 mm  
 Izq. 5 mm

En el esquema se presenta a continuación, anote la interferencia encontrada. de acuerdo a la clave siguiente (para cada una anote T-Trabajo, B-Balanceo)

- 3.- Interferencia en protusiva \_\_\_\_\_ X  
 4.- Intereferencia en lateralidad derecha \_\_\_\_\_ Y  
 5.- Intereferencia en lateralidad izquierda \_\_\_\_\_ Z

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

- 6.- Sonidos al ocluir firme y repetidamente Apagados \_\_\_\_\_ Fuerte \_\_\_\_\_  
 NO HAY Parejos \_\_\_\_\_ Disparejo \_\_\_\_\_

7.- Interferencia desde relación céntrica.

¿Cuales piezas? 2 superior izq. y 3 inferior izq.

#### I).- ANALISIS OCLUSAL FUNCIONAL INSTRUMENTAL

1.- Corroborar desviación y dirección del cierre clínico:

a) Deslizamiento anterior izq. 3 mm

der. 5 mm

b) Deslizamiento lateral izq. 7 mm

der. 5 mm

2.- Corroborar interferencias de protusiva clínica No coincide \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ No coincide si

Observaciones.

## 3.- Corroborar interferencias de lateralidad clínicas.

Coincide si  
 No coincide \_\_\_\_\_

Observaciones

## 4.- Corroborar interferencias de relación céntrica

Coincide si

No coincide \_\_\_\_\_

Observaciones

## J).- SOBREMORDIDAS:

1.- ¿Existen sobremordidas verticales anteriores? \_\_\_\_\_ 2 mm

severa \_\_\_\_\_ Moderada X Leve \_\_\_\_\_

¿Existen sobremordidas horizontales anteriores? si 2 mm

severa \_\_\_\_\_ Moderada X Leve \_\_\_\_\_

## K) ORTOPANTOMOGRAFIA:

¿Obtuvo descubrimientos relevantes de la ortopantomografía?

No

¿Cuales? \_\_\_\_\_

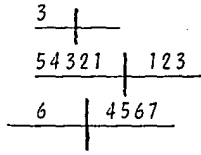
## L).- CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS DEL EXAMEN CLINICO E INSTRUMENTAL:

DISFUNCIONES MANDIBULARES: No existen.

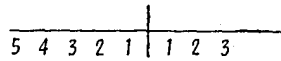
OTROS DIAGNOSTICOS: Dx. Presuntivo.- Pérdida de la dimensión vertical. Dx. Diferencial: No existe diagnóstico diferencial.

PLAN DE TRATAMIENTO:" MAXILAR SUPERIOR "

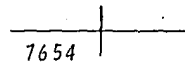
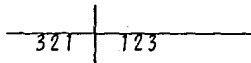
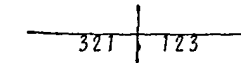
- Guarda oclusal.
- 1 Perno intrarradicular
- Puente Fijo de 8 unidades
- 5 incrustaciones Onley

" MAXILAR INFERIOR "

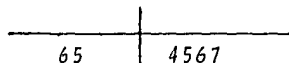
- Tratamiento radicular  
8 Piezas
- 6 Pernos intrarradiculares



- 6 Coronas Totales
- Puente fijo 4 Unidades



- Puente removible bilateral  
8 Unidades

C I T A S.

1. Cita - Historia Clínica y toma de modelos de estudio y trabajo.

Se realizó la toma de registros y el arco facial y - posteriormente se realizó el montaje de los modelos - de trabajo en el articulador semiajustable para rea-



lizar el análisis y plan de tratamiento.

2. Cita - Se mostró al paciente el plan de tratamiento y se le explicó en el problema en que se encontraba.

El Guarda Oclusal que se elaboró fue el de Shore, para así llevar al paciente a Relación céntrica.

Se utilizó por cuatro semanas.

3. Cita - Colocación del Guarda o Aparato de Shore, realizando a la vez los ajustes en la boca del paciente.
4. Cita - Revisión. Se citó al paciente una semana posterior a la colocación del guarda.
5. Cita - Revisión. 1 Semana posterior a la anterior, se observó que en el paciente ya existía una relación céntrica aceptable de 1 mm. Pero tuvimos que dejarla 2 semanas más para cerciorarnos que la relación que nos marcara fuese la misma.
6. Cita - Revisión.
7. Cita - Revisión. Se retiró el Guarda.

El paciente estuvo en interconsulta con el endodoncista, para realizar las endodoncias de las siguientes piezas. 54321 | 123

y se término la misma fecha que se le retiro el guarda oclusal.

Antes de realizar las preparaciones se, elaboraron -- los provisionales.

8. Cita - Se realizo la desopturación de los conductos - para recibir los pernos intrarradiculares de - las siguientes piezas.

$$\begin{array}{r|l} 3 & \\ \hline 321 & 123 \end{array}$$

9. Cita - Cementación de los pernos. Se hicieron las - preparaciones de las piezas que recibirán coro- nas totales

$$\begin{array}{r|l} & \\ \hline 321 & 123 \end{array}$$

y se colocaron los provisionales.

10. Cita - Se preparan las piezas superiores para elaborar el puente fijo de 8 unidades.

$$\begin{array}{r|l} 3 & 1 & 3 & 5 \\ \hline & & & \end{array}$$

Se coloco provisionales.

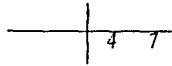
11. Cita - Se rectifico las preparaciones de las piezas - - superiores y se realizo la toma de impresión para elaborar el puente superior de porcelana, y se realizo el montaje de modelos en el articulador-semiajustable.

- 12.- Cita - Se realizó la prueba en metal del puente superior y se rectificó.
- 13.- Cita - Prueba en biscocho del puente superior, elaborándose en esta cita la preparación de las -- piezas que llevarán incrustaciones Onley  $\frac{6}{4567}$
- 14.- Cita - Prueba del puente superior para rectificar la - relación céntrica y las excursiones excéntricas y así poder cementar las incrustaciones Onley.
- 15.- Cita - Cementación del puente superior.
- 16.- Cita - Rectificación de las piezas inferiores que se - le colocan pernos intrarradicales  $\frac{327}{123}$   
para coronas totales, y prepara-  
ción de las piezas  $\frac{7}{4}$   
para el puente fijo de 4 unidades.  
Se realizó la toma de impresión.
- 17.- Cita - Se realizó la prueba en metal de las piezas inferiores.
- 18.- Cita - Se realizó la prueba en biscocho de las piezas inferiores.
- 19.- Cita - Se cementaron las coronas totales y el puente fijo.

20. Cita - Se tomó la impresión inferior para la elaboración del puente removible bilateral de 8 Unidades.



El puente removible se le colocó 1 barra lingual y se tomaron también como pilares a



21. Cita - Se colocó el puente removible y se realizaron algunos ajustes, se dieron instrucciones del manejo del paciente.
- 22.- Cita - Se realizó un pequeño ajuste de todas las piezas, chequeando así la oclusión total del paciente.
23. Cita - Revisión. Se le dieron instrucciones al paciente, tanto como el cepillado, el uso de la cera dental, y el cuidado higiénico que deberá seguir.

Posteriormente se le dieron cita cada 6 meses para sus revisiones periódicas.

OBSERVACIONES: Fue paciente colaborador y gracias al entusiasmo y ayuda se llevó a cabo con éxito el tratamiento.

## C O N C L U S I O N .

El principal objetivo en la elaboración de esta tesis, ha sido proporcionar una pequeña información que permita al Odontólogo valorar al paciente con Problemas de Disfunción Temporomandibular.

Este tema es de actualidad, porque hoy en día existen los recursos teórico-práctico necesarios para realizar un tratamiento adecuado y por ello el Cirujano Dentista debe de contar con los medios necesarios tales como:

### LA CAPACITACIÓN.-

Es muy importante porque así podrá enfrentarse a cualquier situación que se le presente.

### EL INSTRUMENTAL Y MATERIAL.-

Puesto que contamos con los medios necesarios para llevar a cabo los diferentes tratamientos a realizar.

El tratamiento efectivo de los trastornos de la articulación temporomandibular requiere previamente un diagnóstico basado en una historia clínica completa, un examen

físico cuidadoso y el empleo de los auxiliares del diagnóstico como el uso del articulador, etc.

La incidencia de la enfermedad orgánica es pequeña, - pero sin embargo debe ser previamente descartada en cada caso.

Es por ello, analizaremos punto por punto para valorar los problemas que existen en cada paciente, puesto que cada tratamiento variará dependiendo como se presente cada paciente. Ya que existen varias técnicas, debemos estar - nosotros seguros y capacitados para seleccionar y aplicarlo que nos puede dar el mejor resultado, creando al mismo tiempo para el Cirujano Dentista la solución de dilemas -- tanto de diagnóstico como en el plan de tratamiento.

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

- 1.- ASH RAMFJORD.  
"OCLUSION FUNCIONAL"  
PRIMERA EDICION.  
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.  
MEXICO 4, D.F. 1984.
  
- 2.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.  
" ARTICULACION OCLUSAL "  
VOLUMEN 2  
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.  
MEXICO 4, D.F. 1979
  
- 3.- DONAL A. KERR MS. D.D.S.  
"DIAGNOSTICO BUCAL".  
PRIMERA EDICION.  
EDITORIAL MUNDI, S.A.  
BUENOS AIRES, ARGENTINA.
  
- 4.- DAWSON, PETER D.D.S.  
"PROBLEMAS OCLUSALES"  
PRIMERA EDICION.  
EDITORIAL MUNDI, S.A.  
BUENOS AIRES, ARGENTINA.

5.- GRABER T.M.

"ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA"

TERCERA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.

MEXICO, D.F. 1981

6.- JØRGENESEN BJØEN NIELS.

"ANESTESIA ODONTOLÓGICA"

PRIMERA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA

MEXICO, D.F. 1967

7.- MORGAN H. DUGLAS D.D.S.

"ENFERMEDADES DEL APARATO TEMPOROMANDIBULAR".

PRIMERA EDICION.

EDITORIAL MUNDI, S.A.

BUENOS AIRES, ARGENTINA 1979

8.- MARTINEZ ROSS

"OCLUSION ORGANICA"

TERCERA EDICION

EDITORIAL SALVAT MEXICANA DE EDICIONES, S.A. DE C.V.

MEXICO, D.F. 1985



- 9.- MITCHELL, F. DAVID D/S. MILES STANDISH.  
"PROPEDEUTICA ODONTOLOGICA"  
SEGUNDA EDICION  
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.  
MEXICO, D.F. 1973
- 10.- NEGRETE RAMOS A. ROSA/DIAZ NASTA ALONSO G.  
"MANUAL DE ORTODONCIA"  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA U.A.G.  
GUADALAJARA, JALISCO 1985
- 11.- QUINTAENSENCIA EN ESPAÑOL,  
"ODONTOLOGIA CLINICA"  
VOLUMEN 3  
ARTICULO 149  
AGOSTO 1981  
EDICION ESPAÑOL.
- 12.- QUINTAENSENCIA EN ESPAÑOL,  
"ODONTOLOGIA CLINICA"  
VOLUMEN 1  
NUMERO 0  
OCTUBRE 1979  
EDICION ESPAÑOL.

13.- RAMFJORD ASH

"OCLUSION"

SEGUNDA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA

MEXICO, D.F. 1971

14.- SCHWARTZ LASZLO D.D.S.

"DOLOR FACIAL Y DISFUNCION MANDIBULAR"

PRIMERA EDICION

EDITORIAL MUNDI

BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1973

15.- ULF POSSELT

"FISIOLOGIA DE LA OCLUSION"

SEGUNDA EDICION

EDITORIAL JIM.

BARCELONA, ESPANA 1973