



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



---

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**FALTA DE GUÍA ANTERIOR COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA DESARROLLAR DESPLAZAMIENTO DEL DISCO CON  
REDUCCIÓN: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

**ADALBERTO REYES MENDOZA**

**TUTOR: Dr. Manuel Saavedra García**

**ASESORA: Mtra. Arcelia Felicitas Meléndez Ocampo**

**MÉXICO, D. F.**

**2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



## **DEDICATORIA**

A mi niña hermosa

“Observa el inmenso horizonte, busca el mejor lugar y camina hacia él, busca la felicidad y la plenitud, busca realizarte como persona, como ser humano; y cuando camines hacia el, te darás cuenta de que no estás sola.”

“Aprende a aumentar el volumen de tu propia voz, a confiar en tu propio instinto y a seguir los dictados de tu corazón; y cuando comiences a hacerlo te darás cuenta de que tu vida empezara a cambiar de manera positiva. Solo tú puedes hacerlo y si no lo haces, el mundo puede perderse obras especiales y maravillosas que solo están en tus manos.”

**“MUESTRATE AL MUNDO EN TODA TU MAGNITUD”**



## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios**

Gracias por tu amor, fuerza y fe que me das, te doy gracias porque tú estás conmigo en este andar; gracias por enseñarme a servir y por tus bendiciones día a día... y por lo sencillo que me permites realizar.

### **A mi Madre**

Gracias mami, porque tú, no teniendo nada, me das todo, gracias por tu esfuerzo y sacrificio, te amo.

### **A mis amigos**

Por su compañía y experiencias ganadas en este camino: Amurabi, Octavio, Ernesto, Guillermo, Karla, Noé y Santiago, cierro los ojos y los veo.

### **A Bety y Ana**

Quienes sin pedirlo me brindaron más que una amistad y están hoy conmigo, suerte en todo, las quiero mucho.

### **A Rodrigo**

Por alentarme y apoyarme, porque en tus palabras encontré una razón para lograr tener una profesión.

### **A la Dra. Arcelia Felicitas y el Dr. Manuel Saavedra**

Por su apoyo y tiempo que me brindaron para realizar esta tesis.

### **A la Universidad Nacional Autónoma de México**

Por ser la herramienta de mi enseñanza y porque siempre será un orgullo ser universitario.

### **A los pacientes**

Que depositaron su confianza y salud para mi aprendizaje, Dios los llene de bendiciones.

### **A mi niña hermosa**

Desde tu llegada creaste en mi una vida auténtica y con tu capacidad de amar me enseñaste mis defectos y virtudes. Me llenas de felicidad, te amo así...

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4. JUSTIFICACIÓN	19
5. HIPÓTESIS	20
6. OBJETIVOS	21
6.1 Objetivo general	21
6.2 Objetivos específicos	21
7. METODOLOGÍA	22
7.1 Material y método	22
7.2 Tipo de estudio	23
7.3 Población de estudio	23
7.4 Muestra	24
7.5 Criterios de inclusión	24
7.6 Criterios de exclusión	25
7.7 Variables de estudio	26
7.8 Variable independiente y variable dependiente	26
7.9 Operacionalización de las variables	27
7.10 Análisis de la información	28

7.11 Consideraciones éticas	28
8. RESULTADOS	34
9. DISCUSIÓN	46
10. CONCLUSIONES	47
11. RECOMENDACIONES	48
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	53



# 1. INTRODUCCIÓN

---

---

Los trastornos temporomandibulares son de los eventos más estudiados frecuentemente en la Odontología y la razón puede ser que no se encuentra una clara relación causa-efecto que describa cuales son los factores etiológicos de los mismos.

Se les denomina Trastorno Temporomandibular (TTM) a los padecimientos que afectan a los músculos masticatorios y a la Articulación Temporomandibular (ATM) y se les definen como una variedad de trastornos músculo-esqueléticos (no articulares y articulares) que afectan a la mandíbula, estos trastornos son caracterizados por dolor que puede ser de origen articular o muscular, sonidos articulares y limitación de los movimientos mandibulares. Muchos de los signos son indoloros, por lo tanto el paciente puede no buscar un tratamiento para dichos TTM.

Entre los TTM se encuentra el desplazamiento del disco con reducción (DDCR) que se presenta con signos como la desviación mandibular al abrir y se corrige al cerrar, acompañado por un chasquido recíproco, eliminado en un movimiento protrusivo, sin embargo al momento de realizar la exploración clínica estas características pueden tener variaciones, es decir, puede presentarse solo un signo o varios.

El tema de la guía anterior, a pesar de haber sido discutido con bastantes proyecciones, nunca había recibido la atención y el enfoque que hoy se le está prestando. Existen muchas explicaciones sobre su morfología, las relaciones que deben existir entre dientes anteriores superiores e inferiores, su papel en las sobre mordidas tipo horizontal y vertical, y la falta de guía anterior; pero no se le había hecho mucho énfasis sobre su función en la dinámica de los movimientos mandibulares.



La falta de guía anterior también es considerada dentro de los factores de riesgo para el DDCR, ya que mantiene una relación con los movimientos de las articulaciones temporomandibulares en movimientos de protrusión.

Los estudios epidemiológicos, que describen el perfil epidemiológico de los trastornos temporomandibulares, entre ellos el DDCR, y los factores de riesgo que los predisponen en la población mexicana, son limitados, por lo que la presente investigación, pretende determinar en una muestra de pacientes adultos que solicitaron atención en la Clínica del Dolor Orofacial y ATM (CLIDO/ATM) de la Facultad de Odontología, si la Falta de Guía Anterior es un factor de riesgo para desarrollar Desplazamiento del Disco con Reducción, enmarcado dentro de un diseño de casos y controles.

## 2. ANTECEDENTES

---

Se ha mencionado que la prevalencia de los TTM es aproximadamente del 60% al 93 % de la población mundial presentando algún signo de alteración funcional, las edades de 15 a 40 años de edad son los más afectados,<sup>1,2</sup> de igual forma se menciona que el sexo femenino es afectado con mayor frecuencia en la población mexicana.<sup>3,4</sup>

Los trastornos de la ATM adquirieron importancia a principios de 1930 cuando *Good friend* publica un trabajo original en 1933<sup>5</sup> y tiempo después *Costen* en 1934 amplía la información y es quien nota que las quejas de sus pacientes no se limitaban a los síntomas típicos de artritis.<sup>5, 6</sup> Una consecuencia de este trabajo fue la aparición del término síndrome de Costen.

El estudio de los trastornos ha sido muy controvertido a través del tiempo, pues existe gran diversidad de criterios en relación con su denominación y etiología, así como con su diagnóstico y tratamiento.<sup>7</sup>

En 1955 Schwartz utilizó el término de síndrome de dolor disfunción de la ATM.<sup>8</sup> Más tarde apareció el término alteraciones funcionales de la ATM, acuñado por Ramfjord y Ash ; Algunos términos describían los factores etiológicos sugeridos, como es el caso de trastorno oclusomandibular y mioartropía de la ATM.

Otros autores resaltaban el dolor, como el síndrome de dolor disfunción y el síndrome de dolor disfuncional temporomandibular.<sup>9</sup> La disfunción temporomandibular (TMD) o Síndrome de Costen, es una entidad patológica relacionada con problemas funcionales de la ATM y/o de los músculos que mueven la mandíbula (músculos masticatorios).<sup>10</sup>

Dado que los síntomas no siempre están limitados a la ATM, algunos autores creen que estos términos son demasiado restrictivos, y que debe utilizarse una denominación más amplia, como la de trastorno craneomandibular. *Bell* sugirió el término trastorno temporomandibular (TTM). Esta denominación no sugiere simplemente problemas limitados a la ATM, sino que incluye todos los trastornos asociados con la función del sistema masticatorio.<sup>9</sup>

Los trastornos de la ATM incluyen problemas relativos a las articulaciones y músculos que la circundan. A menudo, la causa del trastorno de la ATM es una combinación de tensión muscular y problemas anatómicos dentro de las articulaciones.<sup>11</sup>

A los TTM se les reconoce como un trastorno multifactorial donde las desarmonías oclusales, falta de guía anterior, factores psicológicos, traumas extrínsecos y microtraumas, restauraciones dentarias, protésicas y de ortodoncia no funcionales y trastornos degenerativos entre otras, son factores de riesgo importantes.<sup>12</sup>

## ANATOMÍA DE LA ATM

La ATM es un conjunto de estructuras anatómicas que establecen una relación entre el hueso temporal, en la base del cráneo, y la mandíbula. Está dispuesta entre el cóndilo de la mandíbula y la eminencia y fosa articular del temporal. Cuando los dientes están en contacto, en oclusión dentaria céntrica, las dos articulaciones temporomandibulares forman la articulación de la mandíbula con el cráneo y con el esqueleto facial superior <sup>13</sup> (fig.1).<sup>14</sup>

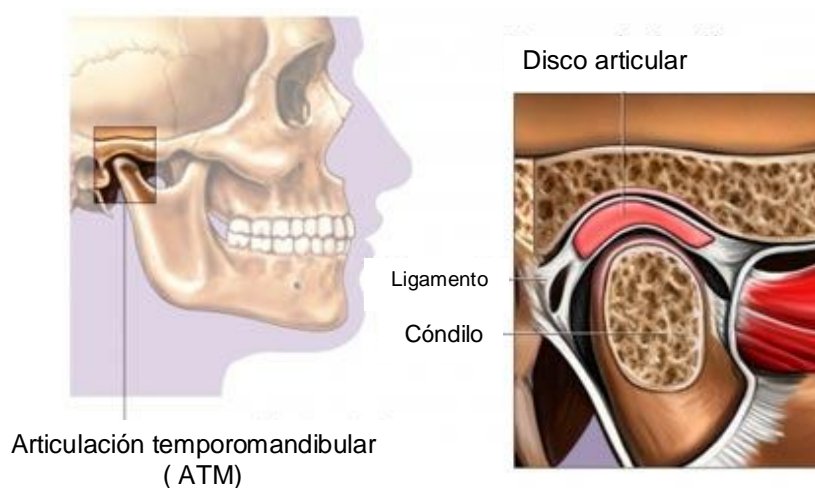


Figura.1. Anatomía de la ATM.

La ATM es una de las articulaciones más complejas del organismo, clasificada como gínglimoartroïdal o diartrosis bicondílea, que a pesar de estar formada por dos huesos, es considerada como compuesta, y funcionalmente es la única articulación bilateral. <sup>15</sup> Es la única articulación del cuerpo humano que se caracteriza por trabajar conjuntamente con el lado opuesto de forma sincrónica, y a la vez puede hacerlo de forma independiente. La ATM está íntimamente relacionada con la oclusión dentaria y con el sistema neuromuscular.<sup>13</sup> Ésta articulación es una articulación sinovial con características especiales que le

permiten realizar los complejos movimientos asociados con la masticación. Su especialización está reflejada en sus características anatómicas e histológicas.

La ATM está constituida por los siguientes elementos anatómicos:

- *Cóndilo mandibular*, articula bilateralmente con la base del cráneo. Tiene forma convexa y posee la superficie articular de la mandíbula.
- *Eminencia articular y fosa articular* (cavidad glenoidea) del temporal, forman la parte craneana de la articulación temporomandibular. Constituyen las superficies articulares del hueso temporal.
- *Disco articular*, es un disco movable especializado que se relaciona y amortigua el trabajo de las piezas articulares. Separa la cavidad articular en dos compartimientos: supradiscal e infradiscal.
- *Membrana sinovial*, cubierta interna articular que regula la producción y composición del líquido sinovial. Mediante este mecanismo mantiene la vitalidad de los tejidos articulares. El líquido sinovial es un fluido de matriz extracelular amorfo que participa en la nutrición y defensa de los tejidos articulares.
- *Cápsula articular* que envuelve y protege a la articulación.<sup>13</sup>

Su interacción con la oclusión dentaria hace posible las funciones de masticación, deglución y fonación. Las superficies óseas articulares están recubiertas por un fibrocartilago con un menisco articular interpuesto que las hace compatibles, lo cual facilita los movimientos básicos de la mandíbula (apertura y cierre, lateralidades derecha e izquierda, protusión y retrusión).<sup>16</sup>

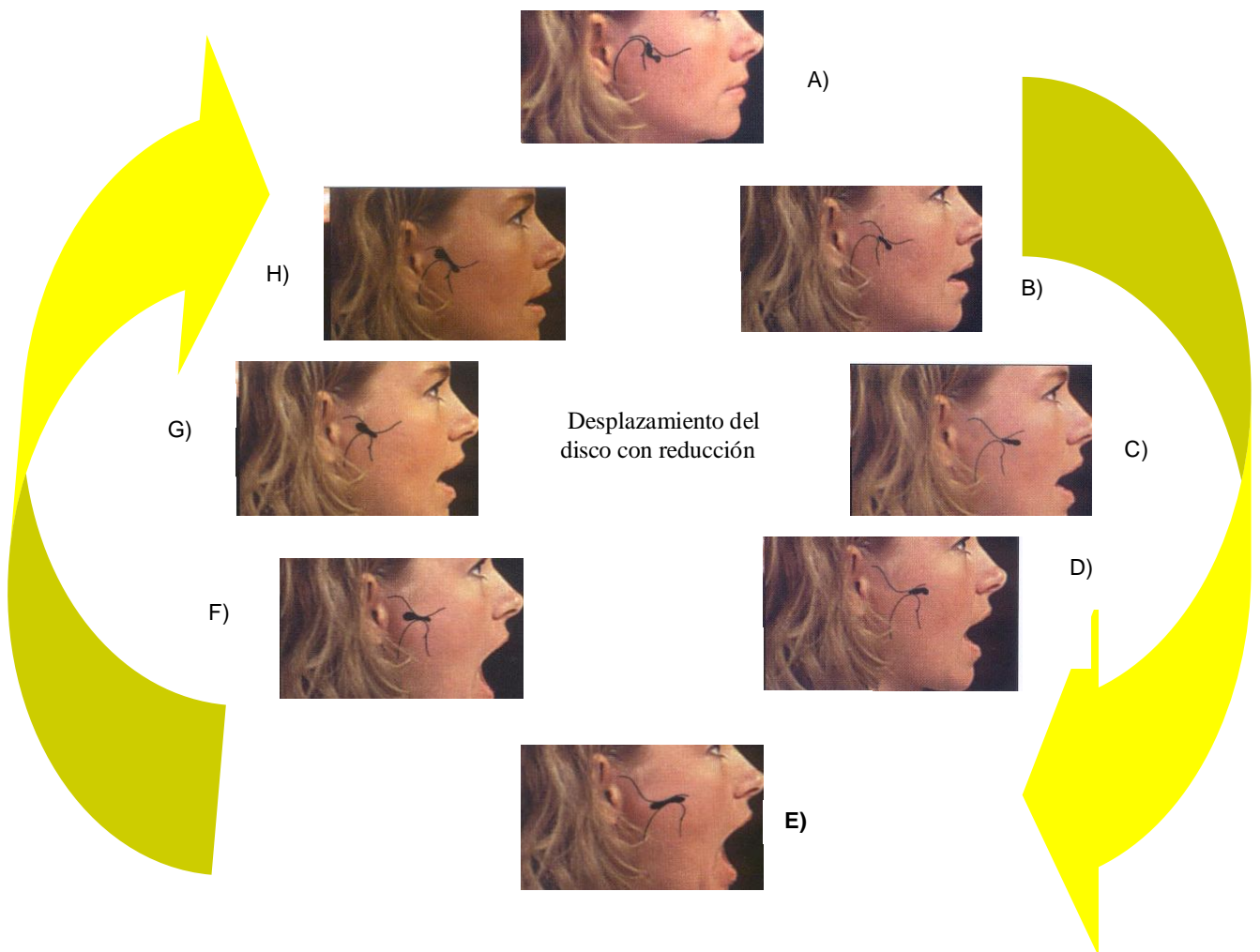
Entre las alteraciones propias de la ATM se encuentran los desórdenes del complejo cóndilo disco y la incompatibilidad estructural de las superficies articulares; estos son clasificados como *trastornos de interferencia discal* y son originados por problemas del complejo cóndilo disco que pueden deberse a una alteración de la inserción del disco en el cóndilo; o bien, a una incompatibilidad

entre las superficies articulares del cóndilo, disco y la fosa por cambios degenerativos traduciéndose en desplazamientos del disco con reducción<sup>17</sup>; siendo éstos los más comunes, desplazamiento sin reducción o adherencia del disco, éstos tienen una prevalencia del 26% al 31% dentro de los TTM.<sup>18</sup>

Se ha señalado que existe una fuerte asociación entre los desplazamientos del disco y los TTM, sugiere que el Desplazamiento del disco es relativamente común en un 34% en pacientes sin trastornos temporomandibulares, y que está íntimamente relacionado con pacientes con TTM en un 86%.<sup>19,20</sup>

El desplazamiento del disco con reducción (DDCR) se presenta con signos como la desviación mandibular corregida al abrir y al cerrar acompañado por un chasquido recíproco eliminado en protrusión, sin embargo al momento de realizar la exploración clínica estas características pueden tener variaciones, es decir, puede presentarse solo un signo o bien variar y en este sentido<sup>21</sup>. El DDCR es la primera fase del desplazamiento discal y se caracteriza por que el cóndilo sale de su posición normal en relación al disco, a la zona intermedia del disco, durante la apertura de la boca (figura 2).<sup>22</sup> El disco frecuentemente es desplazado anteriormente; sin embargo, también se han observado desplazamientos medial, lateral y posterior con respecto al cóndilo.<sup>23, 24</sup>

Su sintomatología se refleja con un chasquido, mismo que ocurre cuando el disco es desplazado, desde su posición entre el cóndilo y la eminencia, a una posición anterior en máxima intercuspidad, pero que se reduce en la apertura, dando como resultado un chasquido; éste puede presentarse únicamente al abrir (chasquido simple) o bien al abrir y cerrar (chasquido recíproco)<sup>25</sup>, presentándose de forma precoz, intermedia o tardía, esto se refiere a la fase de apertura de la boca en la que ocurre; estudios epidemiológicos indican una prevalencia de 15% a 40%.<sup>22,26</sup>



**Fig.2. D.D.C.R. A) Boca cerrada, B y C) durante la apertura el cóndilo pasa sobre el borde posterior del disco hacia la zona intermedia del disco, D y E) el disco puede adherirse o plegarse ligeramente provocando un movimiento abrupto, lo que es acompañado por un chasquido al abrir, Durante el resto del movimiento de apertura y cierre se produce un funcionamiento normal del disco. Sin embargo en la posición de H y G) se produce el segundo chasquido, cuando el cóndilo vuelve a pasar por el borde posterior del disco<sup>9</sup>**

El chasquido recíproco puede ser muy difícil de percibir, ya que al momento del cierre mandibular éste no se percibe; sin embargo esto no quiere decir que no se produzca, ya que se ha demostrado que tanto al abrir como al cerrar ocurren los mismos cambios en la relación cóndilo disco si se escucha o no el chasquido. Por lo tanto el término “chasquido recíproco” es menos utilizado, debido a que no existe un significado diagnóstico o clínico, para la ausencia de chasquido recíproco.<sup>26,28</sup>

Los pacientes con TTM frecuentemente presentan alteración en los movimientos mandibulares, reportándose cambios en los mismos, así como una asimetría en el trayecto condilar durante las funciones masticatorias influenciados por una interacción entre componentes morfológicos y estructurales de la ATM, dando como resultado una adaptación de la articulación ante estos cambios, como lo es en el DDCR.<sup>29,30</sup> Existe un componente anterior al momento del desplazamiento del disco y un aspecto clínico típico el cual es una desviación de la línea media mandibular hacia el lado afectado durante el inicio de la apertura de la boca. Lo anterior ocurre porque el disco en la articulación afectada impide la adecuada traslación condilar, mientras el cóndilo de la articulación no afectada se moviliza sin problemas, razón por la cual aparece una brusca exageración de la desviación mandibular al inicio de la apertura, para después corregirse y regresar hacia el centro, el resto de la apertura de la boca es simétrico.

Durante el cierre, el movimiento mandibular será simétrico hasta el momento en que el disco se desplaza y aparece una desviación brusca de la mandíbula.<sup>22, 31,32.</sup>

Los desplazamientos del disco con reducción se observan principalmente del lado en donde la mandíbula se desvía (64.3%), aunque puede presentarse del lado no desviado (25.00%). Los pacientes con prognatismo tienen una alta incidencia de presentar DDCR en ambos lados (56% y 66%); esto tal vez sea asociado a un patrón de crecimiento esquelético diferente, lo que ocasiona condiciones más fáciles para que presenten desplazamientos discales. Por otro lado, se ha observado que del lado donde se desvía la mandíbula, el tamaño del cóndilo es



más pequeño y esto influye para tener una mayor incidencia de presentar desplazamientos discales.<sup>33</sup>

Con la Resonancia Magnética (RM), se pueden obtener imágenes que indiquen cambios en los tejidos que pueden ser característicos de los diferentes trastornos temporomandibulares (TTM). Con esto se describe la relación que puede tener la deformidad del disco con los tipos de desplazamiento. Se menciona que un disco alargado se encuentra con mayor frecuencia en los desplazamientos del disco con reducción, asociados con un chasquido temprano e intermedio, por otro lado el engrosamiento de la banda posterior es característico de estadios tempranos de DDCR.<sup>34</sup>

Esto se debe al estímulo que constantemente recibe el disco al desplazarse y adoptar una posición más anterior, lo que ocasiona que el cóndilo tenga una relación más posterior y superior dentro de la fosa.<sup>35</sup>

Los tratamientos para el DDCR tienen como objetivo re posicionar el disco y con esto eliminar los signos y síntomas, de esta forma se recomiendan tratamientos controlados y no invasivos; como los ejercicios y las férulas oclusales<sup>35</sup>. De no atenderse al presentar los primeros síntomas de DDCR, éste evolucionaría a un desplazamiento del disco sin reducción (DDSR) el cual se caracteriza por una limitación súbita de la capacidad de apertura de la boca, hay una desviación de la mandíbula y ésta no se corrige como en DDCR, hay presencia de dolor articular durante la función masticatoria y a la palpación, y los chasquidos desaparecen al momento de una limitación en la apertura.<sup>36, 37</sup>

Conocer los perfiles de los síntomas de los TTM y en específico los signos y síntomas del DDCR permiten la posibilidad de seleccionar el tratamiento adecuado para el DDCR.; conocer los factores de riesgo permiten un discernimiento mejor del fundamento de la queja de los factores contribuyentes de los TTM; y ofrecer una selección de tratamiento más orientada y una evaluación de tratamiento<sup>38</sup>; y

así poder dar un tratamiento adecuado y poder prevenir los desplazamientos del disco con reducción, en los pacientes que acuden a la CLIDO/ATM.

El tema de la guía anterior, a pesar de haber sido discutido en bastantes proyecciones, nunca había recibido la atención y el enfoque que hoy se le está dando, existen muchas explicaciones sobre su morfología, las relaciones que deben existir entre dientes anteriores superiores e inferiores y la falta de guía anterior; su papel en las sobremordidas de tipo horizontal y vertical, pero no se había hecho énfasis sobre su función en la dinámica de los movimientos mandibulares y la relación con la articulación temporomandibular.<sup>39</sup> La guía anterior es importante y debe ser así reconocida en el planeamiento de toda la odontología restaurativa y no algo sin importar en el término de la rehabilitación oclusal.<sup>40</sup>

Observando la nomenclatura utilizada hasta hace poco tiempo, Guía anterior, Guía Incisiva, Sobremordidas, Falta de guía anterior, llama la atención la poca importancia que se le daba a este aspecto. La parte funcional se le atribuía exclusivamente a los dientes posteriores, hoy en día de acuerdo con su concepto total y normal de Oclusión, llamada Oclusión Mutuamente Protegida u Oclusión Orgánica, los dientes anteriores, sus posiciones e inclinaciones en momentos estáticos y en dinámica, ocupan un lugar predominante.<sup>39</sup>

La Guía anterior entendida como el trayecto que describen los bordes de los incisivos inferiores sobre las caras palatinas de los superiores y que debe ser lo más simétrico posible involucrando al menos los dos incisivos centrales superiores e inferiores (Fig.3)<sup>9</sup>.



**Fig.3. Guía anterior**

Muchos odontólogos han olvidado la importancia de la falta de guía anterior con respecto a la rehabilitación oclusal; las trayectorias de los movimientos de los cóndilos tienen poco o ninguna influencia sobre la dirección incisal, pero con años de desarrollo óseo en las articulaciones temporomandibulares, la dirección incisal puede tener una influencia definida sobre los contornos de las fosas glenoideas y el patrón de los movimientos de los cóndilos cuando los dientes están en función.

La falta de guía anterior puede tender a producir movimientos funcionales anormales de los cóndilos, puede contribuir a tensiones y a movimientos anormales los cuáles son potencialmente patológicos para la articulación temporomandibular. Un cambio o una modificación de la guía anterior desfavorable tendrán una influencia sobre el patrón de movimiento de los cóndilos.<sup>40</sup>

Se ha mencionado que la importancia de los dientes anteriores radica tanto en posiciones estáticas como en dinámica.

En el primer caso en posición de relación céntrica, los dientes posteriores van a proteger a los dientes anteriores. En el segundo caso, cuando se presenta a partir de Relación céntrica cualquier tipo de movimiento excéntrico, hacia adelante o hacia los lados el acoplamiento de los dientes anteriores debe ser de tal forma que ellos se hagan cargo de todos los contactos y produzcan( se inicia el movimiento mandibular) inmediatamente un desenganche completo o desoclusión a nivel de premolares y molares.<sup>39</sup> Si durante este trayecto uno de los incisivos predomina

sobre los otros se considera una interferencia protrusiva anterior y si sucede algún contacto posterior la interferencia es protrusiva posterior<sup>9</sup>.

En la rehabilitación oclusal de una dentición natural, hay tres factores que tienen una influencia que establecen el contorno oclusal de los dientes posteriores, que son las dos articulaciones temporomandibulares, y un tercero, dientes anteriores (guía anterior).<sup>40</sup>

Por otra parte, se ha encontrado un aumento, pequeño pero significativo (+5 %), del porcentaje de mordidas abiertas anteriores y mordidas cruzadas posteriores en los pacientes con TTM. De hecho, parece que estos individuos con problemas verticales y transversales desde edades tempranas podrían ser más propicios a desarrollar patologías articulares. En este sentido, Pullinger y colaboradores, relacionaron maloclusiones como la mordida abierta anterior, la mordida cruzada unilateral, un resalte mayor de 6 mm, una pérdida de cinco o más dientes posteriores y la discrepancia entre la relación céntrica (RC) y la oclusión céntrica (OC) mayor de 5 mm, con un mayor riesgo de padecer TTM.<sup>41</sup>

Por el contrario Magnusson plantea en su investigación tomando en cuenta variables oclusales entre ellos la guía anterior, que existe una débil asociación para presentar desordenes temporomandibulares (TTM).<sup>42</sup>

Existen distintos parámetros oclusales y cada uno de ellos puede influir de manera distinta en los trastornos temporomandibulares. La relación intrínseca entre alteración oclusal y los trastornos articulares no es un paradigma que se cumpla siempre; sin embargo, el análisis oclusal debe ser siempre un requisito imprescindible en la exploración del paciente disfuncional ya que multitud de estudios demuestran que puede representar un factor etiológico de primer orden.<sup>43</sup>

Debido a que la ATM mantiene una interacción con la oclusión dentaria, esta investigación pretende determinar si hay factores etiológicos entre ambos factores: la falta de guía anterior y el desplazamiento del disco con reducción, a fin de poder prevenir dicho trastorno.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

Las investigaciones respecto a lo que es la epidemiología del DDCR se aboca a la descripción de casos clínicos, estudios transversales, y son pocos los estudios de casos y controles, ésto, además de propiciar el desconocimiento del perfil epidemiológico del evento por variables de interés como edad, factores de riesgo y género, no permite que se puedan establecer comparaciones entre las poblaciones estudiadas en otros países y menos aún, entre diferentes grupos de nuestro país amén de que al no contar con información de primera mano no se puede tener un perfil del comportamiento del efecto y los factores de riesgo, por lo tanto es importante conocer:

***¿La falta de guía anterior será un factor de riesgo para que se presente desplazamiento del disco con reducción?***

## 4. JUSTIFICACIÓN

---

Este estudio permitirá conocer si la falta de guía anterior es un factor oclusal etiológico para la presencia de DDCR en los pacientes de ambos géneros que solicitaron atención en la Clínica del Dolor y ATM CLIDO/ATM en la DEPeI y que fueron diagnosticados con DDCR. Asimismo corroborar, que dicho trastorno cumpla con los signos característicos y falta de guía anterior, y como la literatura lo menciona, si el género femenino tiene mayor riesgo de padecer desplazamiento del disco con reducción.

La información que se obtenga facilitará por un lado, determinar el papel que la falta de guía anterior juega respecto al DDCR a la luz de un estudio de casos y controles y por el otro diseñar material de promoción de la salud acerca del evento y que se pueda colocar en la sala de la Clínica de Admisión y Clínicas Periféricas de la Facultad de Odontología de la UNAM a fin de que los pacientes conozcan e identifiquen el evento y puedan solicitar atención en la Clínica del Dolor y ATM de la DEPeI.

## 5. HIPÓTESIS

---

$H_{01}$

No existe asociación entre desplazamiento del disco con reducción con la falta de guía anterior.

$H_{a1}$

Existe asociación entre desplazamiento del disco con reducción con la falta de guía anterior.

$H_{02}$

No existe asociación entre desplazamiento del disco con reducción con la falta de guía anterior por género.

$H_{a2}$

Existe asociación entre desplazamiento del disco con reducción con la falta de guía anterior por género.

## 6. OBJETIVOS

---

---

### 6.1 Objetivo General.

- Determinar si la falta de guía anterior es factor de riesgo para desarrollar DDCR en pacientes de 18 a 52 años que solicitaron atención en la CLIDO/ATM en el periodo 2006-2007.

### 6.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la proporción de pacientes que presentan falta de guía anterior y que no tienen diagnosticado DDCR por edad y género.
- Determinar el riesgo de presentar DDCR en pacientes que presentan falta de guía anterior por edad y género.
- Determinar si existe asociación entre la falta de guía anterior en pacientes que presentan DDCR
- Determinar los pacientes que presentan guía anterior y que tienen DDCR por edad y género.



## 7. METODOLOGÍA

---

---

### 7.1 Material y método.

El estudio se realizó en dos etapas:

En la primera etapa: se obtuvo información epidemiológica sobre alteraciones de la ATM en pacientes que solicitaron atención en la CLIDO/ATM de la DEPEI durante el periodo escolar 2006 al 2007.

Los examinadores recibieron entrenamiento para el manejo de los Criterios de diagnósticos para la investigación de los trastornos temporomandibulares (Dworkin y LeReche, 1992). El estudio piloto se realizó con la participación de 30 pacientes que no se incluyeron en el estudio, la calibración la realizó un doctor en oclusión previamente entrenado en el manejo de los criterios diagnósticos, el índice de concordancia fue de 95% para el registro de DDCR y falta de guía anterior.

La segunda etapa: Comprende la selección de los sujetos previamente diagnosticados con desplazamiento del disco con reducción y que presentan falta de guía anterior para conformar el grupo de los casos.

El examen de los pacientes fue siguiendo los criterios de diagnóstico para los trastornos de la ATM. (Fig.4)<sup>9</sup>

Se examinó la articulación y palpación de los músculos propios de la ATM y palpación de sonidos articulares.( Fig 5)<sup>9</sup>



Figuras 4 y 5.

La exploración también incluyó determinar los factores oclusales de cada paciente. (Fig 6).<sup>9</sup>

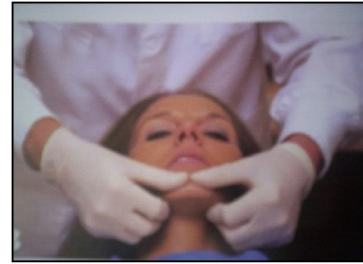


Figura 6.

Se examinó la falta de guía anterior, falta de dientes posteriores, movimientos de lateralidad derecha e izquierda y protrusivos; interferencias oclusales.(Fig. 7).<sup>9</sup>

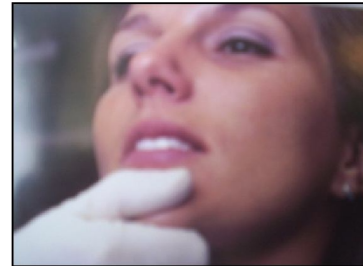


Figura 7.

Para seleccionar el grupo de los controles se revisó la base de datos y se seleccionaron los pacientes que presenten o no falta de guía anterior y que no presenten desplazamiento del disco. La selección de los sujetos se realizó con un muestreo probabilístico no pareado.

Ya conformados los grupos de estudio se determinó si existe asociación entre desplazamiento del disco con reducción y falta de guía anterior, se determinó el riesgo de presentar DDCR siempre que esté ausente la guía anterior, el cálculo se hará con base en el OR (razón de momios) y se calculó los intervalos de confianza al 95%.

## 7.2 Tipo de estudio

Casos y controles no pareados

## 7.3 Población de estudio

Pacientes que acudieron a la CLIDO/ATM del la DEPel durante los ciclos escolares 2006 y 2007.

## 7.4 Muestra

De un total de 849 pacientes que fueron remitidos y admitidos a la CLIDO/ ATM, se seleccionaron los casos y controles, y de esta se obtuvieron los dos grupos para la investigación: los cuales presentaban las siguientes variables de trabajo:

- a. Desplazamiento del Disco con Reducción
- b. Sin Diagnostico de DDCR del grupo II
- c. Falta de Guía anterior
- d. Guía anterior

Éstos se clasificaron en dos grupos en base a los criterios de inclusión y exclusión.

## 7.5 Criterios de inclusión

Grupo de casos:

El grupo de casos consta para la articulación derecha de 231 pacientes; de los cuales 54 son pacientes del género masculino, y 177 pacientes del género femenino; para la articulación izquierda 243 pacientes, de los cuales 56 son pacientes del género masculino, y 187 pacientes del género femenino; los cuales cumplieron con los siguientes criterios:

#### Inclusión:

- Pacientes examinados con el RDC/TTM.
- Pacientes con diagnóstico DDCR.
- Pacientes con falta de guía anterior.
- Pacientes con guía anterior.
- Pacientes de 18 a 52 años, ambos géneros.
- Historias clínicas completas.

#### Grupo control:

El grupo control consta para la articulación derecha 217 pacientes; de los cuales son 51 pacientes del género masculino, y 166 pacientes del género femenino; para la articulación izquierda 205 pacientes, de los cuales 49 son pacientes del género masculino, y 156 pacientes del género femenino; los cuales cumplieron con los siguientes criterios:

#### Inclusión

- Pacientes examinados con el RDC/TTM
  - Pacientes sin diagnóstico DDCR
  - Pacientes de guía anterior
  - Pacientes con falta de guía anterior
- Pacientes de 18 a 52 años, ambos géneros

## 7.6. Criterios de exclusión

Exclusión (casos y controles).

- Con enfermedades sistémicas: Artritis reumatoide, Lupus
- Alguna otra enfermedad artrítica sistémica
- Con traumatismo en cabeza y cuello
- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión y que no llenaron bien o incompleta la historia clínica
- Historias de pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión

## 7.7 Variables de estudio

- Desplazamiento del disco con reducción
- Falta de guía anterior
- Edad
- Género

## 7.8 Variable independiente y variable dependiente

- Independiente: Falta de guía anterior
- Dependiente: Desplazamiento del disco con reducción

## 7.9 Operacionalización de las variables:

Variable	Definición	Operacionalización
Desplazamiento del Disco con Reducción	<p>Trastorno temporomandibular que involucra el complejo cóndilo-disco, caracterizado por el desplazamiento del disco en una posición más anterior con respecto al cóndilo, caracterizado por chasquido reciproco eliminado en protrusión y un patrón de apertura corregido.</p>	<p>Se determino como DD CR derecha e izquierda. (nominal)</p>
Guía anterior	<p>Comprende el trayecto que describen los bordes de los incisivos inferiores sobre las caras palatinas de los superiores y que debe ser lo más simétrico posible involucrando al menos los dos incisivos centrales superiores e inferiores.</p>	<p>Se tomo como falta de guía anterior, o si tiene guía anterior. (nominal).</p>
Edad	<p>Tiempo de vida que ha pasado desde el nacimiento.</p>	<p>Se determinó en años cumplidos al momento de contestar la historia clínica (razón-numérica).</p>
Género	<p>Conjunto de seres que tienen una o varias características comunes</p>	<p>Se determinó como masculino y femenino (categórica).</p>

## 7.10 Análisis de la información

Se determinará si existe o no asociación ( $X^2$ ), se calcularon los intervalos de confianza al 95% y el OR. Se utilizó el sistema SPSS versión 15.

## 7.11 Consideraciones Éticas

De acuerdo a la Ley general de salud, ésta investigación no implica ningún peligro real o potencial para los individuos reclutados para el estudio. Se dará información verbal y escrita, consentimiento informado. En todo caso, el anonimato de los individuos está garantizado.

## 8. RESULTADOS

De una muestra de 849 pacientes que fueron remitidos y admitidos en la Unidad del Dolor Orofacial y ATM, se seleccionaron 762 individuos los cuales fueron agrupados de la siguiente manera.

### Articulación derecha

- Pacientes que fueron diagnosticados con desplazamiento del disco con reducción y presentan guía anterior 141, de los cuales 108 pertenecen al género masculino y 33 al género femenino.
- Pacientes que fueron diagnosticados con DDCR y tienen falta de guía anterior 90 de los cuales 69 son del género femenino y 21 del género masculino (Cuadro1).

CUADRO 1. ARTICULACIÓN DERECHA				
DESPLAZAMIENTO DEL DISCO CON REDUCCIÓN				
	GUÍA ANTERIOR		SIN GUÍA ANTERIOR	
Edad	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
18-22	27	13	11	4
23-27	27	7	20	5
28-32	7	9	6	3
33-37	13	3	13	5
38-47	17	0	7	2
48-52	17	1	12	2
Total	108	33	69	21

Fuente; UDO y ATM



- Pacientes que fueron diagnosticados sin desplazamiento del disco con Reducción y tienen guía anterior 118 de los cuales 98 son del género femenino y 20 son del género masculino
- Pacientes que fueron diagnosticados sin D.D.C.R y que les falta la guía anterior 99 de los cuales del género femenino son 68 y del género masculino 31(Cuadro 2).

<b>CUADRO 2. ARTICULACIÓN DERECHA</b>				
<b>NO PRESENTARON DESPLAZAMIENTO DEL DISCO CON REDUCCIÓN</b>				
	<b>GUÍA ANTERIOR</b>		<b>SIN GUÍA ANTERIOR</b>	
<b>Edad</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>
18-22	20	7	14	4
23-27	18	5	9	5
28-32	12	2	9	9
33-37	19	1	9	4
38-47	10	1	14	6
48-52	19	4	13	3
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>20</b>	<b>68</b>	<b>31</b>

Fuente: UDO y ATM

Se obtuvo una muestra de 448 pacientes que fueron admitidos, para la investigación donde el grupo control (217 pacientes representa) el 48% de la población de estudio, y el grupo de casos (231 pacientes) representa el 52% de la población de estudio (Cuadro 3).

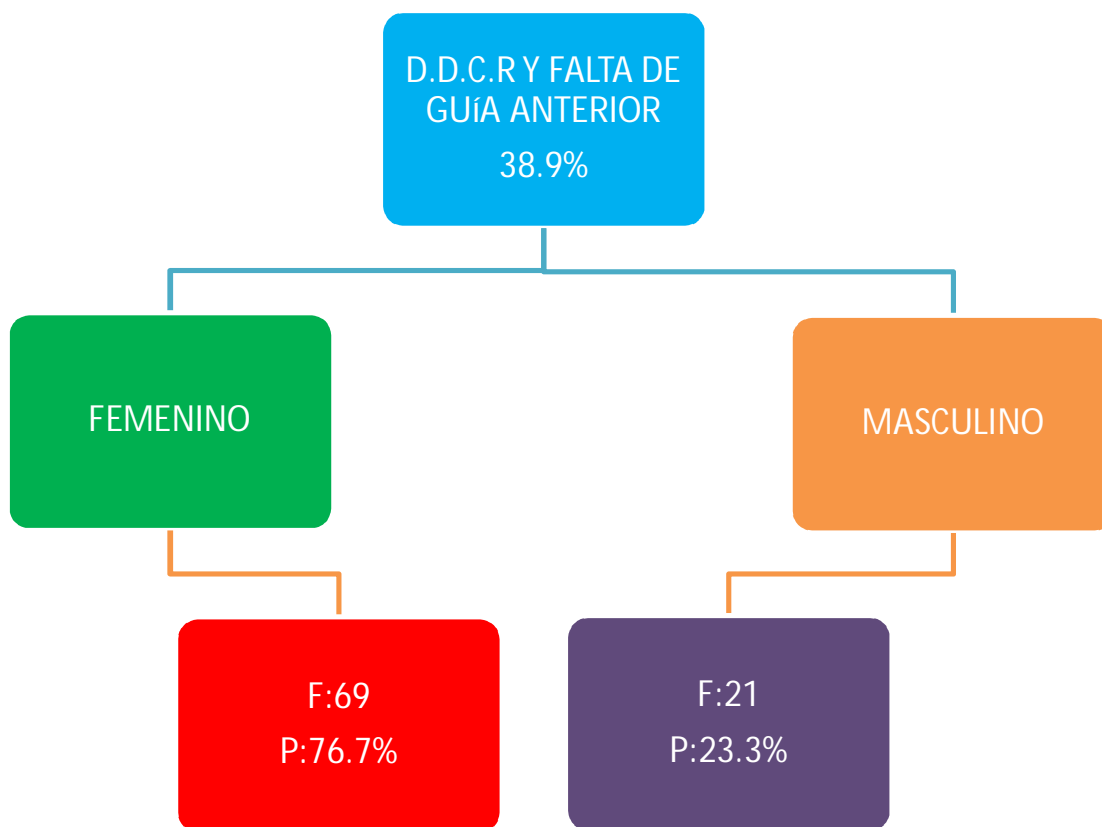
**Cuadro 3.  
CASOS Y CONTROLES OBTENIDOS PARA  
LA ARTICULACIÓN DERECHA.**



*Fuente: UDO y ATM*

Para la articulación derecha, las edades oscilaron entre los 18 años y 52 años de edad, se observó que del 38.9% de los pacientes presentaron D.D.C.R con falta de guía anterior, teniendo un predominio del género femenino del 76.7% del total de la población de estudio, y el género masculino representó solo el 23.3% de la población. (Cuadro 4.)

**CUADRO 4  
FRECUENCIA POR GÉNERO DE LOS  
PACIENTES QUE PRESENTARON D.D.C.R Y  
FALTA DE GUÍA ANTERIOR, EN LA  
ARTICULACION DERECHA**




Fuente: UDO y ATM

Una vez conformados los grupos de estudio, en la articulación derecha se buscó la probable asociación entre desplazamiento del disco con reducción y falta de guía anterior, dando como resultado  $X^2=2.01$  lo cual es indicador de que no hay asociación entre DDCR y la falta de guía anterior.

El riesgo de presentar DDCR siempre que esté ausente la guía anterior, para la articulación derecha, fue de la razón de momios (OR)= 0.76 lo cual indica que la Falta de Guía anterior no es un factor de riesgo para desarrollar Desplazamiento del Disco con Reducción.

Los intervalos de confianza al 95% para determinar el margen de certeza fue de 0.52- 1.2 que nos marca el rango de certeza (Cuadro 5).

**Cuadro 5.**  
**RESULTADOS ARTICULACIÓN DERECHA.**



Razón de momios	• 0.76
Asociación	• 2.01
Intervalos de confianza	• 0.52 - 1.2

## Articulación Izquierda

- Pacientes que fueron diagnosticados con Desplazamiento del Disco con Reducción y que les falta la guía anterior 99 individuos, de los cuales 74 son del género femenino y 25 son del género masculino.
- Pacientes que fueron diagnosticados con D.D.C.R y presentan Guía anterior 144 de los cuales 113 son del género femenino y 31 son del género masculino (Cuadro 6).

CUADRO 6. ARTICULACIÓN IZQUIERDA				
DESPLAZAMIENTO DEL DISCO CON REDUCCIÓN				
Edad	GUÍA ANTERIOR		SIN GUÍA ANTERIOR	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
18-22	25	11	13	2
23-27	33	7	17	4
28-32	7	8	5	6
33-37	14	3	15	7
38-47	15	1	11	4
48-52	19	1	13	2
Total	113	31	74	25

Fuente: UDO y ATM

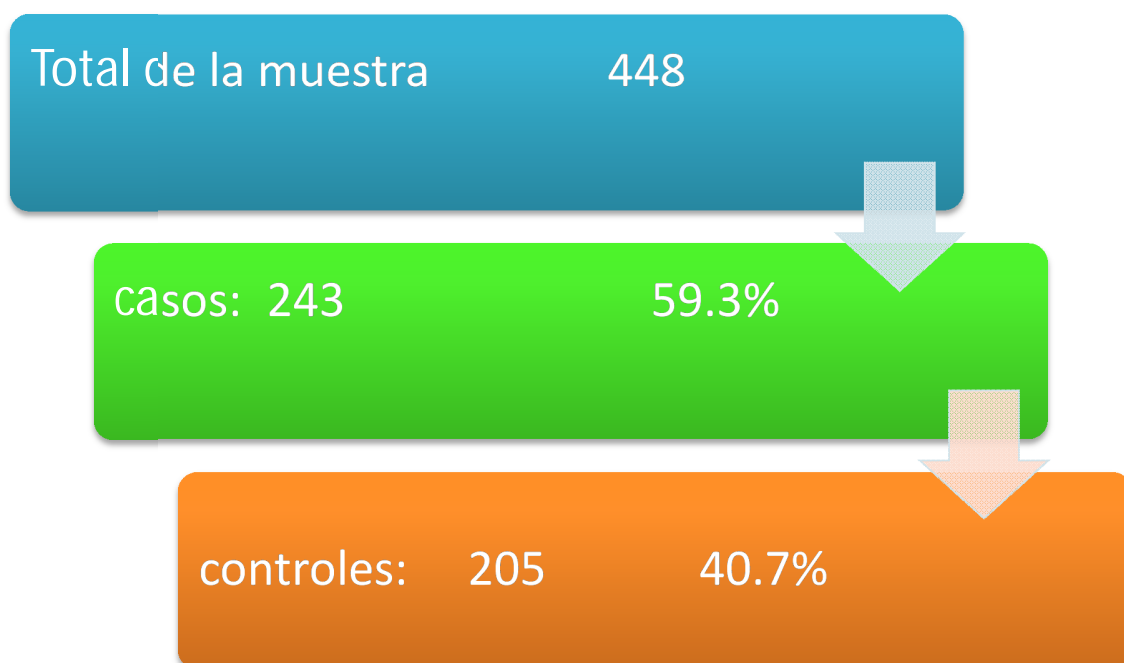
- Pacientes que fueron diagnosticados sin D.D.C.R y les falta la guía anterior 90 de los cuales 63 son del género femenino y 27 pertenecen al género masculino
- Pacientes que fueron diagnosticados sin Desplazamiento del Disco con Reducción y tienen Guía anterior 123 de los cuales 93 son del género femenino y 22 del género masculino (Cuadro7).

CUADRO 7. ARTICULACIÓN IZQUIERDA				
NO PRESENTARON DESPLAZAMIENTO DEL DISCO CON REDUCCIÓN				
Edad	GUÍA ANTERIOR		SIN GUÍA ANTERIOR	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
18-22	22	9	12	6
23-27	12	5	12	6
28-32	12	3	10	6
33-37	18	1	7	2
38-47	12	0	10	4
48-52	17	4	12	3
Total	93	22	63	27

Fuente: UDO y ATM

Teniendo así una muestra de 448 pacientes que fueron admitidos, para la investigación donde el grupo control representa el (205 pacientes) 40.7% de la población de estudio, y el grupo de casos representa el (243 pacientes) 59.3% de la población de estudio (Cuadro 8).

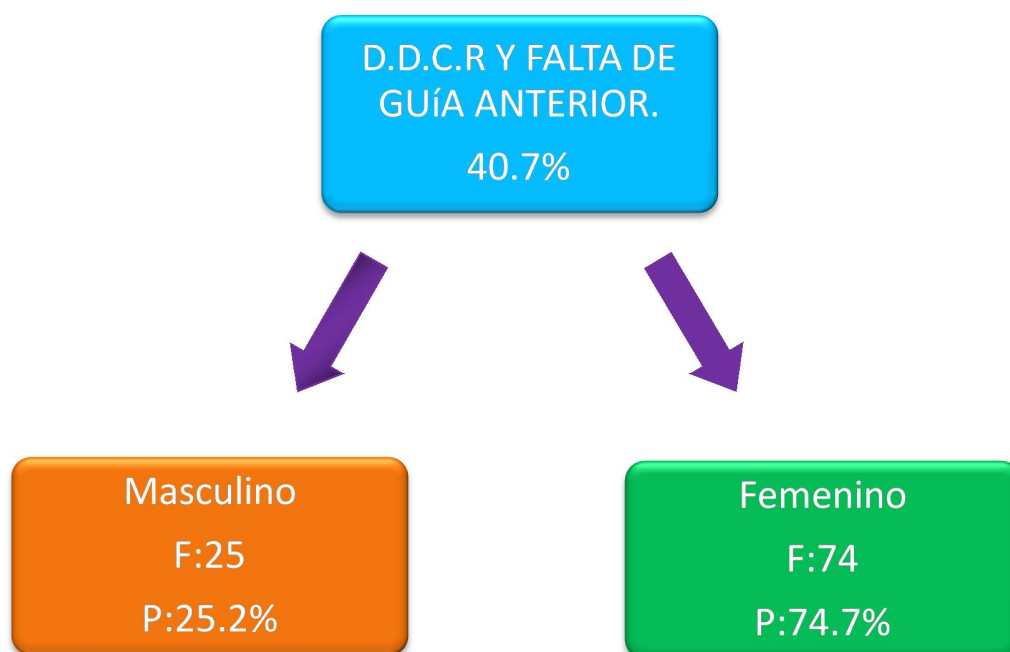
**Cuadro 8.**  
**CASOS Y CONTROLES OBTENIDOS PARA EL ESTUDIO CLÍNICO DE LA ARTICULACIÓN IZQUIERDA.**



*Fuente UDO y ATM*

Las edades oscilaron entre los 18 años y 52 años de edad, se observó que del 40.7% de los pacientes que presentaron D.D.C.R con falta de guía anterior, teniendo un predominio del género Femenino del 74.7% del total de la población de estudio, el género masculino represento solo el 25.2% de la población (Cuadro 9).

**Cuadro 9**  
**FRECUENCIA POR GÉNERO DE LOS PACIENTES QUE**  
**PRESENTARON D.D.C.R Y FALTA DE GUÍA ANTERIOR,**  
**PARA LA ARTICULACIÓN IZQUIERDA**



*Fuente UDO y ATM*



Se determinó el riesgo de presentar DDCR siempre que esté ausente la guía anterior, teniendo un OR= 0.87 lo cual indica que la Falta de Guía anterior no es un factor de riesgo para desarrollar Desplazamiento del Disco con Reducción.

Se determinó si existe asociación entre desplazamiento del disco con reducción y falta de guía anterior el resultado de  $X^2 = 0.44$  es indicador de que no hay asociación entre DDCR y la falta de guía anterior en la articulación izquierda.

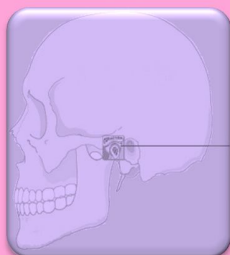
Los intervalos de confianza al 95% para determinar el margen de certeza fue de 0.60- 1.29 que nos marca el rango de certeza (Cuadro 10).

Cuadro 10. RESULTADOS ARTICULACIÓN IZQUIERDA.	
Razón de momios	• 0.87
Asociación	• 0.44
Intervalos de confianza	• 0.60 - 1.29



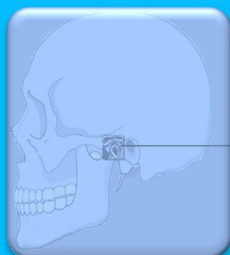
Este estudio conto con una población de 448 pacientes que acudieron a la CLIDO/ATM, en el periodo 2006- 2007, en la Unidad de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología. De los cuales 343 (76.6%) son del género femenino y 105 (23.4%) pertenecen al género masculino (Cuadro 11).

**Cuadro 11.  
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO POR  
GÉNERO.**



## Femenino

- Frecuencia: 343
- Porcentaje: 76.6%

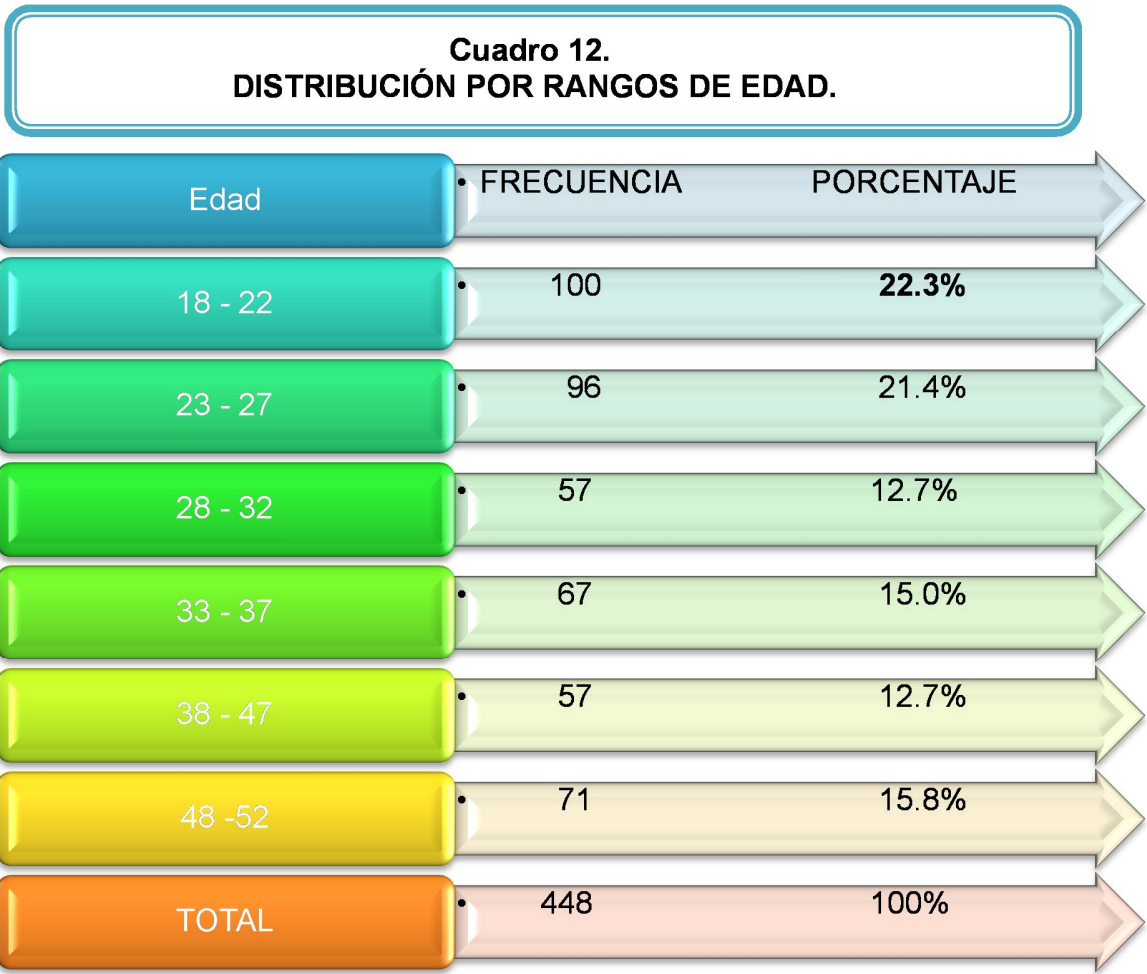


## Masculino

- Frecuencia: 105
- Porcentaje: 23.4%

*Fuente UDO y ATM*

La muestra de estudio maneja un rango de edad de 18 a 52 años, del cual el rango de edad con mayor frecuencia es de 18 a 22 años. Teniendo un porcentaje del 22.3% (Cuadro 12).



Fuente UDO y ATM

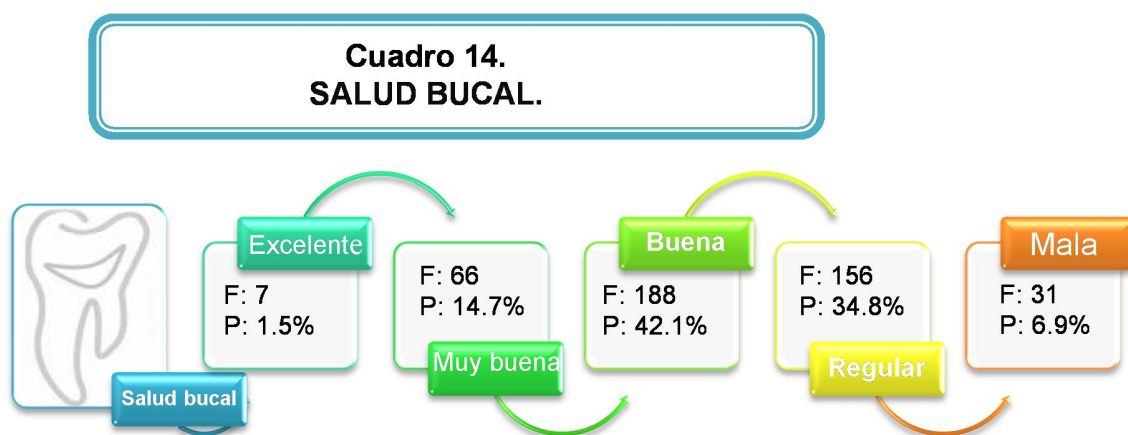
El nivel de estudios que representa la muestra maneja un grado de escolaridad a nivel preparatoria del 35.7% (n=160), seguido de licenciatura que representa el 31.7% (n=142), y el 2.9% (n=13) lo representa el menor grado de estudios (Cuadro 13).

**Cuadro 13.**  
**NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MUESTRA.**



Fuente UDO y ATM

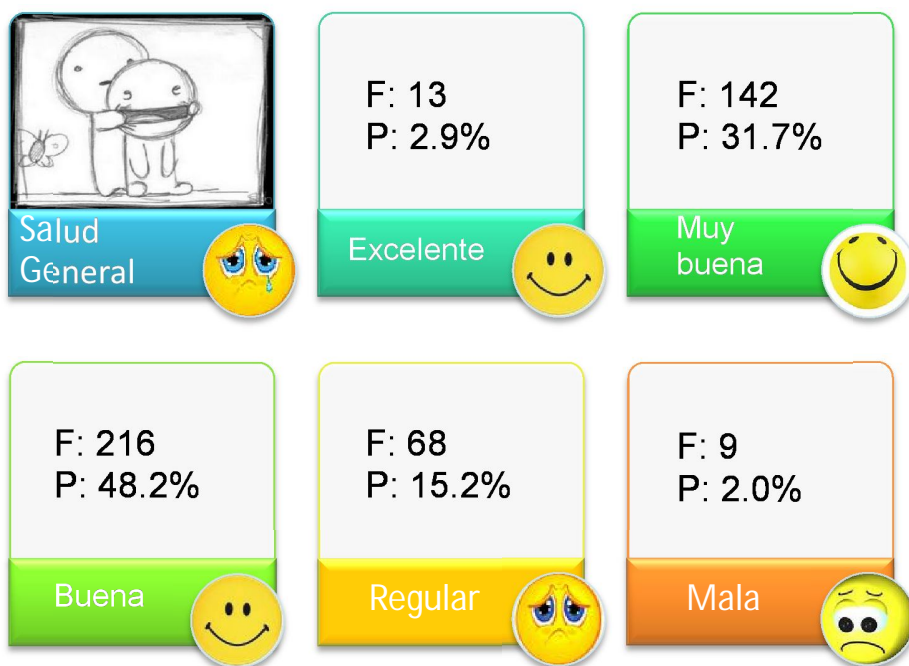
Al preguntarles a los pacientes que conformaron la muestra de estudio acerca de su salud bucal, el 42.1% (n=188) refirió su salud bucal como buena, el 6.9% (n=31) mala y solo el 1.5% (n=7) fue excelente (Cuadro14).



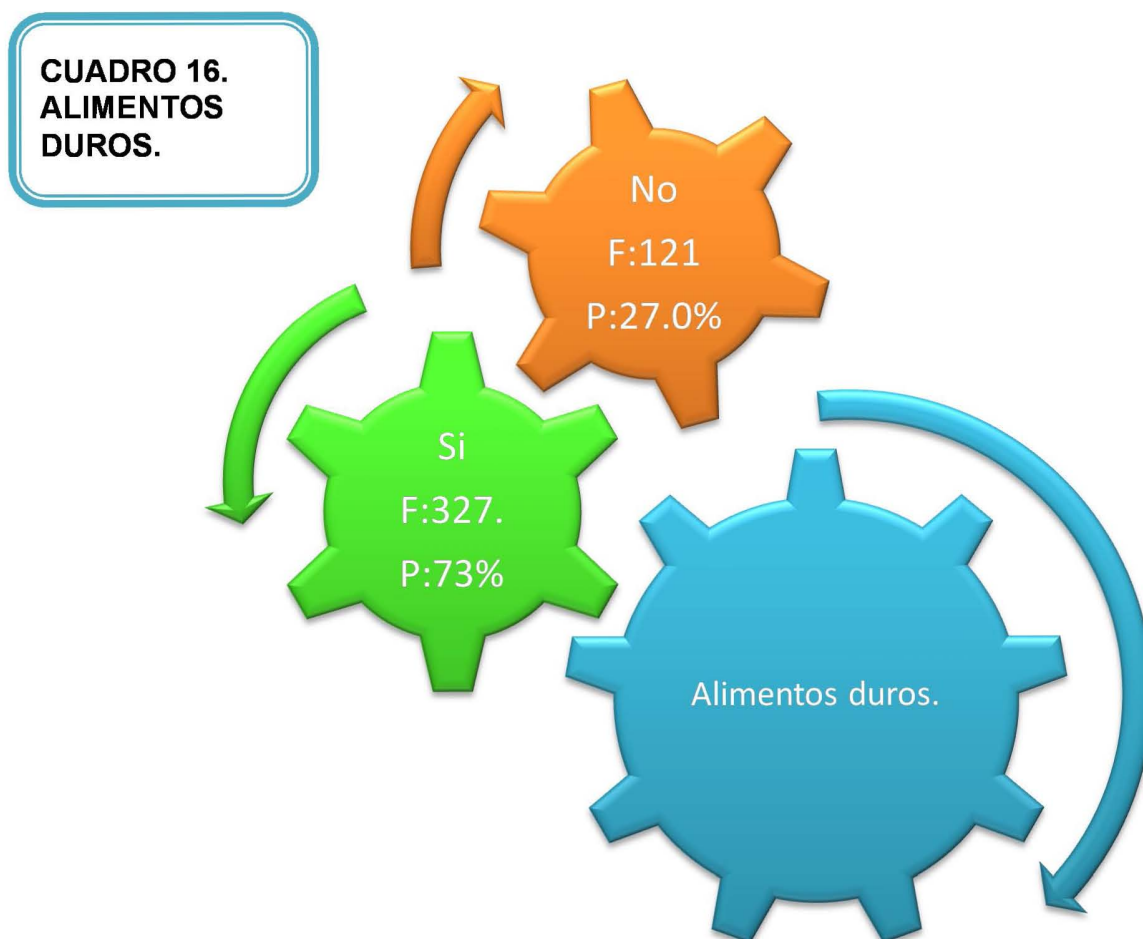
Fuente UDO y ATM

Al preguntarles a los pacientes que conformaron la muestra de estudio acerca de su salud general, el 48.2% (n=216) refirió su salud general como buena, el 2.0% (n=9) mala y solo el 2.9% (n=13) fue excelente (Cuadro15).

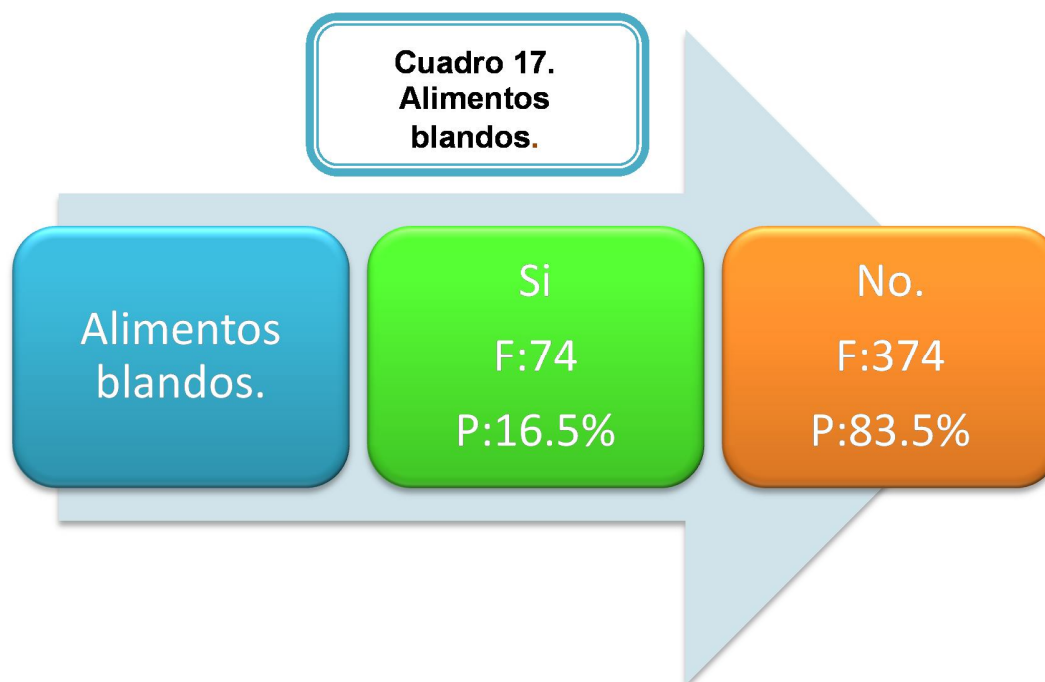
**Cuadro 15.  
SALUD GENERAL.**



Al cuestionarles a los pacientes que conformaron la muestra de estudio si tenían problemas al consumir alimentos duros, el 73% (n=327) dijo que si y solo el 27% (n=121) dijo no tener problemas (Cuadro16).



A la población al cuestionarles acerca de si tenían problemas al consumir alimentos blandos solo el 16.5% (n=74) mencionó tener problemas y el 83.5% (n=374) no tuvo problemas al consumir alimentos blandos (Cuadro17).



Fuente: UDO y ATM



## 9. DISCUSIÓN.

---

---

Los resultados de este estudio clínico nos permitieron conocer si al presentar, falta de guía anterior se corre el riesgo de desarrollar Desplazamiento del Disco con Reducción; de acuerdo a los resultados obtenidos se determinó que la falta de guía anterior por sí sola no es un factor de riesgo que conlleve a dicho trastorno,

Pullinger menciona que los parámetros oclusales, como la falta de guía anterior por si solos no son un factor de riesgo para el desarrollo de D.D.C.R. Lo cual asevera los resultados del estudio clínico.

Entre los trastornos temporomandibulares el D.D.C.R es uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población, y con mayor incidencia en el género femenino en la literatura encontramos la descripción del trastorno, con referencia a etiología multifactorial.<sup>35</sup>

## 10. CONCLUSIONES.

---

---

En los pacientes estudiados se determinó que la falta de guía anterior no es un factor de riesgo para presentar desplazamiento del disco con reducción, esto para ambas articulaciones.

Se encontró una mayor frecuencia de presentar desplazamiento del disco con reducción en el género femenino.

De igual forma se encontró que el género femenino presenta con mayor incidencia falta de guía anterior

El rango de edad en el que con mayor frecuencia se presentó desplazamiento del disco con reducción fue en el de 18 – 22 y 23 – 27 años.

El rango de edad en el que con mayor frecuencia se presentó falta de guía anterior fue de 23 a 27 años y de 33 a 37 años.

A los pacientes que se les diagnosticó con falta de guía anterior, presentaron desplazamiento del disco con reducción de manera bilateral y no de forma unilateral.

El nivel de estudios de mayor prevalencia en la población de estudio fue a nivel medio superior, lo que indica que la población que acude a consulta no es una población sin educación.

La población de estudio refirió un estado de salud bucal buena, en su mayoría reportaron problemas para consumir alimentos duros a diferencia de los

alimentos blandos. De igual forma la población de estudio consideró su estado de salud general como buena.

## **11.RECOMENDACIONES**

---

---

A futuro sería conveniente realizar un estudio más a detalle tomando en cuenta otros factores como la falta de dientes posteriores, interferencias oclusales como: contactos prematuros, interferencias de balance, de trabajo e interferencias protrusivas y traumatismo oclusal; tener una población de estudio más amplia y conocer sus antecedentes dentales a fin de poder discernir factores etiológicos en base a factores oclusales por separado y poder prevenir los TTM y tal vez conocer qué factores oclusales pueden ser un factor protector, con el fin de prevenir el desarrollo de trastornos temporomandibulares.

Sería conveniente conocer los factores epidemiológicos que describan el perfil epidemiológico de los trastornos temporomandibulares y los factores de riesgo que los predisponen en la población mexicana para poder prevenirlos y buscar alternativas de tratamientos de los ya existentes.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

---

1. Dworkin, S. Huggins K. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. JADA 1990, 120: 273-281.
2. Dworkin S, LeResche L.. 1992. Approach to the problem, en Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria, examinations and specifications, critique
3. Casanova-Rosado JF. Prevalence and associated factors for temporomandibular disorders in a group of Mexican adolescents and youth adults. Clin Oral Invest 2005.
4. Ortega A J, Carvajal C. Prevalencia y factores de riesgo para trastornos temporomandibulares en población estudiantil de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Med Oral 2006, 8(3):121-128.
5. Kruger. Cirugía Buco Maxilofacial. 5 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 1986. p.386-92.
6. Clark Glenn T. Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones temporomandibulares dolorosas. Cíin Odontol Norteam 1996 ;31 (4):801-29.
7. Ramer E. Controversia sobre el padecimiento articular temporomandibular . Clin Odont 1994;(1):122.
8. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4 ed. México DF : Nueva Editorial Interamericana ; 2000. p.743 -4.
9. Okenson JP. Oclusión y afecciones temporomandibulares .3 ed. Barcelona: Mosby; 1995. p149-52.
10. Ilzarde LM. Bruxismo y terapia de modificación de conducta. Disponible en: <http://www.red-dental.com>
11. Trastornos de la boca y los dientes. Disponible en: [http://www.msd.es/publicaciones/mmerda-hogar/seccion\\_08\\_096.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerda-hogar/seccion_08_096.html)
12. Parker MW. A dynamic model of etiology in temporomandibular disorders. JADA,120:283-290.

13. Wurgaft DR, Montenegro RM. Desarrollo y estructura de la articulación temporomandibular. Chile: Editorial Iberoamericana; 2003. p1-7, 75-79,97-140.
14. Disponible en: [www.butler.org/body.cfm?id=125&chunkid=103451](http://www.butler.org/body.cfm?id=125&chunkid=103451)
15. Aguilar M. Trastornos de la articulación temporomandibular. México; 2003. Disponible en: <http://www.ciof.com.ar/articulo-central.htm>
16. Gay E, Vázquez R. Unidad de ATM y dolor bucofacial. Disponible en: <http://www.gayescoda.com/telenon/UN-ATM.htm>
17. Espinosa De Santillana I. Relación de desordenes temporomandibulares-perfil psicológico en estudiantes de puebla. Revista Odontológica Mexicana 2006, 10(3): 115-118.
18. Yap U. J; Dworkin S.F. Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychosocial Dysfunction in Asian patients. J Orofac Pain 2003; 17:21-28.
19. Lobbezoo-Scholte et al. Diagnostic Subgroups of Craniomandibular Disorders Part II: Symptom profiles. J Orofacial Pain 1995; 9:37-43.
20. Lobbezoo- Scholte, et al. Diagnostic subgroups of Craniomandibular Disorders Part I: Self- Report Data and Clinical Findings. J. Orofacial Pain 1995;9:24-36.
21. Pullinger AG, Seligman DA, Jerolimoc V et al. A multiple logistic regression analysis of the risk and relative odds of temporomandibular disorders as a function of common occlusal features. J Dent Res. 1993; 72:68-79.
22. Annika Isberg. Disfunción de la articulación temporomandibular, una guía practica, 1º edición, Artes Médicas Latinoamericanas 2003. pp 21-27, 65-82.
23. Gunnar E. Management of temporomandibular disorders in the general dental practice. Edit Quintessence books 2002.
24. Shuichi Sato, Satoshi Goto. Natural course of disc displacement with reduction of the temporomandibular joint: changes in clinical signs and symptoms. J. Oral Maxillofac Surg 2003,61(1): 32-34.
25. Dworkin S.F; LeResche. Research diagnostic criteria for tempromandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomand Dosord 1992; 6:301-355

26. Huddleston Slater J.R; Lobbezo F. Mandibular Movements Characteristics of an anterior disc displacement with reduction. *J orofacial pain* 2002; 16(2): 135-142.
27. Goldberg P; Gutiérrez A. Conceptos actuales del tratamiento de las alteraciones en la articulación temporomandibular. *Revista ADM*. 60 (6): 225-228.
28. McNeill C. Desordenes temporomandibulares. *Rev Odontología Clínica* 2006, 1(2):4-7.
29. Velly A. M. A case – control of temporomandibular disorders: symptomatic disc displacement. *J of Oral Rehabilitation* 2002, 29 (5): 406-416.
30. Pertes R. A. Clinical mangement of temporomandibular disorders and orofacial pain. Quintessence Books 1995.
31. Stiesch-Scholz M. Reproducibility of jaw movements in patients with craniomandibular disorders. *J Oral Rehabilitation* 2006; 33: 807-812.
32. Goto Tazuko K; Nishida S. Correlation of mandibular deviation with temporomandibular joint MR dimensions; MR disk position, and clinical symptoms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100: 743-9.
33. Taskaya-Yilmaz N; Ogutcen-Toller M. Magnetic resonance imaging evaluation of temporomandibular join disc deformities in relation to type of disc displacement. *J. Oral Maxilofac Surg* 2001; 59: 860-865.
34. Gateno J; Anderson P. B. A comparative Assessment of mandibular condylar position in patients with anterior disc displacement of the temporomandibular joint. *J Maxillofac Surg* 2004; 62: 39-43.
35. Merete B; Eigil M. Treatment of severe temporomandibular joint clicking with boltulinum toxin in the lateral pterygoid muscle in twoo cases of anterior disc displacement. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100: 693-700.
36. Pullinger A. G. Multifactorial analysis of differences in temporomandibular joint hard tissue anatomic raltionships between disk displacement with and without reduction in women. *J Prosthet Dent* 2001; 86:407-19.
37. Pullinger A. G. Multifactorial comparasion of disk displacement with and withot reduction to normal according to temporomandibular joint hard tissue anatomic raltionships. *J Prosthet Dent* 2002; 87: 298-310.
38. Echeverri GE; Sencherman de SG. *Neurofisiologia de la Oclusion.ed.2da, ediciones monserate, 1995.pp145-178.*

39. Schuyler Clyde. The function and importance of incisal guidance oral rehabilitation. *J Prosthetic Dentistry* 2001.
40. Ribeiro RF, et al. The prevalence of disc displacement in symptomatic and asymptomatic volunteers aged 6 to 25 year. *J Orofac Pain*, 1997, 11:37-47.
41. Celic R, Jerolimov V. A study of the influence of occlusal factors and parafunction. *Int J prosthodont*. 2002; 15:43-48.
42. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. A final summary. *Acta Odontol Scand*, 2005; 63:99-10.
43. Abd Al Hadi L. Prevalence of temporomandibular disorders in relation to some occlusal parameters. *J Prosthetic Dent*. 2003; 70:345-350.





## ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

La Unidad de Dolor Orofacial / ATM de la Facultad de Odontología UNAM está realizando una investigación con el fin de conocer los factores que intervienen para que se presente el dolor crónico y otros signos y síntomas referidos por los Trastornos Temporomandibulares en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología. Por ello invitamos a que participen a todos los pacientes. La participación en el estudio estará compartida por investigadores, maestros y alumnos. El equipo de trabajo se encuentra formado por profesionales de la Odontología con gran experiencia en estos estudios. La forma en que el paciente participará será llenando un cuestionario para conocer aspectos individuales sobre factores psicológicos como la depresión y el comportamiento ante problemas de dolor orofacial y se le realizarán exámenes clínicos los cuales comprenden: la revisión de los movimientos mandibulares, la palpación de sonidos articulares y la palpación de los músculos y la articulación temporomandibular, lo cual nos permitirá detectar oportunamente a quienes padecen Trastornos Temporomandibulares.

Asimismo se le otorgará el beneficio de que en caso de padecer algún síntoma de los Trastornos Temporomandibulares o estar en riesgo podrá ser atendido en la Unidad de Dolor Orofacial / ATM de la Facultad de Odontología UNAM. Se le garantiza recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca de los procedimientos relacionados con este estudio.

El participar en este estudio no involucra riesgo alguno, la información que proporcione será confidencial y no será personalmente identificado en el reporte de los resultados de este estudio. Su participación es enteramente voluntaria, puede retirarse del estudio en el momento que usted decida sin repercusiones de ninguna índole para la realización de cualquier otro tratamiento. Pero recuerde que la información obtenida servirá para conocer y resolver los problemas asociados a los Trastornos Temporomandibulares en otros pacientes como usted.

**Si está de acuerdo en participar en este estudio por favor llene los datos que se le piden a continuación con letra clara y legible.**

*Se me ha informado que se está realizando un estudio para conocer los factores que intervienen en los trastornos temporomandibulares en los pacientes atendidos en la facultad de odontología. se me ha asegurado que la información que proporcione será confidencial y manejada con estricta discreción, y que cualquier duda que tenga me será aclarada.*

*Doy mi conformidad para que se me aplique un cuestionario, se me realicen exámenes clínicos y continuar la terapia recomendada según el diagnóstico establecido.*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo:

Parentesco: \_\_\_\_\_ tel: \_\_\_\_\_

fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de conformidad  
del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

**DrManuel Saavedra Garcia**  
Unidad de Dolor

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**Unidad de Dolor Orofacial / ATM**

Formato de RDC/TMD Eje I: Examen Clínico

Editado por: Dr. Manuel Saavedra García/2008 ID \_\_\_\_\_

Escriba su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conteste sólo las preguntas 1 y 2. Marque con una X (utilice un lápiz):

1. ¿Actualmente tiene usted dolor en el lado derecho de su cara, en el izquierdo, o en ambos lados?

Ninguno  0 Derecho  1  
 Izquierdo  2 Ambos  3

2. ¿Puede usted ubicar y/o señalar las áreas donde siente el dolor?

Lado derecho Lado izquierdo  
 Ninguna  0 Ninguna  0  
 Articulación  1 Articulación  1  
 Músculos  2 Músculos  2  
 Ambos  3 Ambos  3

[Si tiene duda, el examinador debe palpar las áreas señaladas]

3. Patrón de abertura (marque sólo una opción en esta sección):

Recto:  0  
 Desviación lateral derecha (sin corregir):  1  
 Desviación lateral derecha corregida (en "S"):  2  
 Desviación lateral izquierda (sin corregir):  3  
 Desviación lateral izquierda corregida (en "S"):  4  
 Otro tipo de desviación:  5  
 Especificar: \_\_\_\_\_

4. Rango de movimiento vertical:

No. de incisivo superior utilizado:  8  9

a. Abertura inasistida sin dolor: \_\_\_\_\_ mm

b. Abertura máxima inasistida: \_\_\_\_\_ mm

c. Abertura máxima asistida: \_\_\_\_\_ mm

d. Traslape vertical incisal: \_\_\_\_\_ mm

Marque si el paciente sintió dolor en los movimientos realizados:

Dolor Muscular Dolor articular

	No	Der	Izq	D/I	No	Der	Izq	D/I
b.	0	1	2	3	0	1	2	3
c.	0	1	2	3	0	1	2	3

5. Sonidos articulares ( palpación):

a. Abertura:	Der.	Izq.
Ninguno	0	0
Chasquido	1	1
Crepitación gruesa	2	2
Crepitación fina	3	3
Medida del chasquido		

b. Cierre	Der.	Izq.
Ninguno	0	0
Chasquido	1	1
Crepitación gruesa	2	2
Crepitación fina	3	3
Medida del chasquido		

c. Chasquido recíproco eliminado en abertura protrusiva:

	Der.	Izq.
No	0	0
Si	1	1
NA	9	9

6. Rango de movimiento horizontal:

a. Laterotrusión derecha \_\_\_\_\_ mm

b. Laterotrusión izquierda \_\_\_\_\_ mm

c. Protrusión \_\_\_\_\_ mm

d. Desviación línea media \_\_\_\_\_ mm

A la derecha  1 A la izquierda  2

Marque si el paciente sintió dolor en los movimientos realizados:

Dolor Muscular Dolor articular

	No	Der	Izq	D/I	No	Der	Izq	D/I
a.	0	1	2	3	0	1	2	3
b.	0	1	2	3	0	1	2	3
c.	0	1	2	3	0	1	2	3

7. Sonidos articulares en excursiones:

a. Sonidos en excursión derecha:

	Der.	Izq.
Ninguno	0	0
Chasquido	1	1
Crepitación gruesa	2	2
Crepitación fina	3	3

b. Sonidos en excursión izquierda:

	Der.	Izq.
Ninguno	0	0
Chasquido	1	1
Crepitación gruesa	2	2
Crepitación fina	3	3

c. Sonidos en protrusiva:

	Der.	Izq.
Ninguno	0	0
Chasquido	1	1
Crepitación gruesa	2	2
Crepitación fina	3	3

8. Dolor muscular extraoral con palpación:

(0 = Sin dolor;  
1 = Ligero;  
2 = Moderado;  
3 = Severo)

Sitio	Derecho			Izquierdo				
a. Temporal posterior	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal medio	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal anterior	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masetero superior	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masetero medio	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masetero inferior	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Región mandibular posterior	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Región submandibular	0	1	2	3	0	1	2	3

9. Dolor articular con palpación:

Sitio	Derecho			Izquierdo				
a. Polo lateral	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Inserción posterior	0	1	2	3	0	1	2	3

10. Dolor muscular intraoral con palpación:

Sitio	Derecho			Izquierdo				
a. Pterigoideo lateral(área)	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendón del temporal(área)	0	1	2	3	0	1	2	3

ANEXO

11. Estado oclusal:

a. Clasificación de Angle:

I    II-1    II-2    III

b. < 28 dientes naturales:

No  0   Si  1

c. Falta de dientes posteriores:

No  0   Si  1

d. Falta de guía anterior:

No  0   Si  1

(Use película de articular de color rojo para f y g)

e. Traumatismo oclusal (dental):

No  0   Si  1

f. Contactos prematuros en RC:

No  0   Si  1

g. Deslizamientos en RC:

No  0   Si  1

(Use película de articular de color azul para h, i, j)

h. Interferencias en balance (BSLI):

No  0   Si  1

i. Interferencias en trabajo (LSBI):

No  0   Si  1

j. Interferencias protrusivas (DSMI):

No  0   Si  1

Nombre y firma del examinador:

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MSG/2008

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA  
UNIDAD DE DOLOR OROFACIAL / ATM

Formato de RDC/TMD Eje II: Cuestionario

Editado por: Dr. Manuel Saavedra García/2008

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

Por favor lea y responda cada una de las siguientes preguntas. Use lápiz y marque con una [X] solo una respuesta por cada pregunta. Para poder llegar a un diagnóstico correcto es muy importante que no deje ninguna pregunta sin contestar. Si un tema no lo entiende pídale a un residente que le ayude.

1. ¿En general, cómo considera su salud?:

Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5

2. ¿En general, cómo considera su salud bucal?:

Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5

3. ¿Ha tenido dolor en la cara, mandíbula, sien, delante del oído, o de oídos en el último mes?:

No 0 Sí 1

[Si no ha tenido dolor, SALTE a la pregunta 14] Continúe si ha tenido dolor.

4a. ¿Cuántos años hace que comenzó por primera vez su dolor facial?: \_\_\_ años

[Si es menos de un año, anote 00; Si es un año o más, SALTE a la pregunta 5]

4b. ¿Cuántos meses hace que comenzó por primera vez su dolor facial? \_\_\_ meses

5. Su dolor facial es: Persistente 1 Recurrente 2 Una vez 3

6. ¿Ha consultado a un Médico Cirujano, Cirujano Dentista, u otro profesional de la salud para tratar su dolor facial?:

No 1 Sí, en los últimos 6 meses 2 Sí, hace más de 6 meses 3

7. ¿Qué valor le daría, al dolor facial que **siente ahora**, en una escala del 0 al 10, en dónde 0 es "sin dolor" y 10 es "un dolor insoportable"?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿En los últimos 6 meses, que tan intenso **fue** su dolor facial, en una escala del 0 al 10, en dónde 0 es "sin dolor" y 10 es "dolor insoportable"?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ¿En los últimos 6 meses, en **promedio**, que tan intenso fue su dolor, en una escala del 0 al 10, en dónde 0 es "sin dolor" y 10 es "dolor insoportable"? (Es decir, el dolor que siente regularmente)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. ¿Cuántos días, en los últimos 6 meses ha tenido que interrumpir sus actividades comunes (trabajo, escuela, etc.) por dolor facial? \_\_\_ días

11. ¿En los últimos 6 meses, que tanto ha interferido el dolor facial sus actividades diarias, en una escala del 0 al 10 en donde 0 es "no interfiere" y 10 es "interfiere totalmente"?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. ¿En los últimos 6 meses, que tanto ha cambiado su dolor facial su capacidad para tomar parte en actividades recreativas, sociales y familiares, donde 0 es "sin cambio" y 10 es "cambio extremo"?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. ¿En los últimos 6 meses, que tanto ha cambiado el dolor facial su capacidad para trabajar (incluyendo trabajo de casa), donde 0 es "sin cambio" y 10 es "cambio extremo"?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14 a. ¿Se le ha trabado la mandíbula, de manera que no pueda abrir completamente la boca? No 0 Sí 1

**[Si no tiene problema al abrir la boca, SALTE a la pregunta 15]**

**Continúe si tiene problema al abrir la boca,**

14 b. ¿Esta limitación para abrir la boca fue tan severa que interfirió su capacidad para comer? No 0 Sí 1

15 a. ¿Presenta un chasquido ("clic" o "pop") en sus articulaciones al abrir o cerrar la boca, o al masticar? No 0 Sí 1

15 b. ¿Presenta un crujido o rechinado en la articulación al abrir o cerrar la boca, o al masticar? No 0 Sí 1

15 c. ¿Le han dicho, o usted a notado, que aprieta o rechina sus dientes mientras duerme en la noche? No 0 Sí 1

15 d. ¿En el día, aprieta o rechina sus dientes? No 0 Sí 1

15 e. ¿Tiene dolor en la mandíbula o la siente rígida cuando se despierta en la mañana? No 0 Sí 1

15 f. ¿Tiene ruidos o zumbidos en los oídos? No 0 Sí 1

15 g. ¿Siente su mordida incómoda o diferente? No 0 Sí 1

16 a. ¿Tiene usted artritis reumatoide, lupus, o alguna otra enfermedad artrítica sistémica? No 0 Sí 1

16 b. ¿Sabe si alguien de su familia ha tenido o tiene alguna de las enfermedades antes mencionadas? No 0 Sí 1

16 c. ¿Ha tenido o tiene alguna hinchazón o dolor en otras articulaciones, diferentes a las articulaciones junto a sus oídos (ATM)? No 0 Sí 1

**[Si no tiene hinchazón o dolor articular, SALTE a la pregunta 17 a]**

**Continúe si tiene hinchazón o dolor articular**

16 d. ¿Es este un dolor persistente, que lo ha tenido por lo menos durante un año? No 0 Sí 1

17 a. ¿Ha tenido recientemente una lesión en la cara o en la mandíbula? No 0 Sí 1

**[Si no ha sido lesiones recientes, SALTE a la pregunta 18]**

**Continúe si ha tenido lesiones recientes**

17 b. ¿Tenía dolor en la cara antes de la lesión? No 0 Sí 1

18. ¿Durante los últimos 6 meses, ha sufrido dolor de cabeza o migraña? No 0 Sí 1

19. ¿Cuáles actividades le ocasionan problemas con su mandíbula, que le impiden o le limitan hacerlas?

a. Masticar: No 0 Sí 1

b. Beber: No 0 Sí 1

c. Hacer ejercicio: No 0 Sí 1

d. Comer alimentos duros: No 0 Sí 1

e. Comer alimentos blandos: No 0 Sí 1

f. Sonreír o reír: No 0 Sí 1

g. Actividad sexual: No 0 Sí 1

h. Cepillarse los dientes o lavarse la cara: No 0 Sí 1

i. Bostezar: No 0 Sí 1

j. Tragar: No 0 Sí 1

k. Hablar: No 0 Sí 1

l. Realizar su arreglo facial habitual: No 0 Sí 1

20. ¿En el último mes, que tanto se ha angustiado por alguna de estas situaciones?:

	Nada	Muy Poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
a. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
b. Pérdida de interés o placer sexual	0	1	2	3	4
c. Mareo o vértigo	0	1	2	3	4
d. Dolores en el corazón o pecho	0	1	2	3	4
e. Sentirse bajo en energía o lento	0	1	2	3	4
f. Pensar en la muerte o en morir	0	1	2	3	4
g. Falta de apetito	0	1	2	3	4
h. Llorar con facilidad	0	1	2	3	4
i. Sentirse culpable	0	1	2	3	4
j. Dolor de espalda	0	1	2	3	4
k. Sentirse solo	0	1	2	3	4
l. Sentirse triste	0	1	2	3	4
m. Preocuparse de todo	0	1	2	3	4
n. Desinterés general	0	1	2	3	4
o. Náuseas	0	1	2	3	4
p. Dolores musculares	0	1	2	3	4
q. Problema para dormir	0	1	2	3	4
r. Problema para respirar	0	1	2	3	4
s. Los cambios de clima	0	1	2	3	4
t. Adormecimiento u hormigueo en algunas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
u. Nudo en la garganta	0	1	2	3	4
v. Sentirse sin esperanza por el futuro	0	1	2	3	4
w. Sentirse débil	0	1	2	3	4
x. Sentir pesadez en brazos o piernas	0	1	2	3	4
y. Pensar que su vida finaliza	0	1	2	3	4
z. Comer en exceso	0	1	2	3	4
aa. Despertarse muy temprano por la mañana	0	1	2	3	4
bb. Dormir mal	0	1	2	3	4
cc. Sentir que se esfuerza en todo lo que hace	0	1	2	3	4
dd. Sentimientos de desprecio por sí mismo	0	1	2	3	4
ee. Sentirse atrapado	0	1	2	3	4
ff. Sensación de culpa	0	1	2	3	4

21. ¿La atención por el cuidado de su salud general es?:  
Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5
22. ¿La atención por el cuidado de su salud bucal es?:  
Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5
23. ¿Cuál es su edad: \_\_\_\_\_ años, y su lugar de nacimiento?: \_\_\_\_\_
24. ¿Su género es?: Masculino 1 Femenino 2
25. ¿Cuál de los siguientes grupos representa mejor su origen racial o el color de su piel?: Morena 1 Amarilla 2 Negra 3 Blanca 4 Otra\* 5 \*Especifique: \_\_\_\_\_
26. ¿Cuál de estos grupos representa mejor su nacionalidad o su ascendencia?:  
Mexicano 1 Centroamericano 2 Sudamericano 3  
Español 4 Americano (EUA) 5 Europeo 6  
Asiático 7 Africano 8 Ninguno 9
27. ¿Cuál es su más alto grado de estudios terminado?:  
Ninguno 00 Primaria 1 Secundaria 2  
Preparatoria 3 Licenciatura 4 Posgrado 5
- 28 a. ¿Durante las 2 últimas semanas, ha trabajado en un empleo o negocio propio, aún sin sueldo?: Sí 1 No 2  
**[Si su respuesta es sí SALTE a la pregunta 29]Continúe si su respuesta es no**
- 28 b. ¿Aún cuando no haya trabajado las 2 últimas semanas, tiene un empleo o negocio propio?: Sí 1 No 2  
**[Si su respuesta es sí SALTE a la pregunta 29]Continúe si su respuesta es no**
- 28 c. ¿Ha estado buscando trabajo, o ha sido despedido de un empleo estas dos últimas semanas?:  
Sí, busco trabajo 1 Sí, fui despedido 2  
Sí, fui despedido y busco trabajo 3 No 4
- 29 ¿Cuál es su estado civil?:  
Casado(a)-cónyuge no trabaja 1 Casado(a)-cónyuge trabaja 2  
Viudo(a) 3 Divorciado(a) 4 Separado(a) 5 Soltero(a) 6
30. ¿Cuál cantidad representa mejor el ingreso **promedio mensual total** en pesos en su hogar?:  
Hasta 5 mil 1 Hasta 10 mil 2 Hasta 15 mil 3  
Hasta 20 mil 4 Hasta 30 mil 5 Más de 30 mil 6

**ANEXO****31. Valoración nutricional:**

a. Su peso en kilogramos es: \_\_\_\_\_ kg.

b. Su altura en metros es: \_\_\_\_\_ m.

c. Por favor describa todo lo que comió y bebió el día de ayer, incluya las cantidades consumidas:

Desayuno: \_\_\_\_\_

Comida: \_\_\_\_\_

Cena: \_\_\_\_\_

Entrecomidas: \_\_\_\_\_

d. ¿Habitualmente con qué frecuencia come los siguientes alimentos?:

Alimento	Diario	Cada tercer día	Una vez a la semana	Una vez al mes	Nunca
Pan, cereales, arroz y pastas	1	2	3	4	5
Vegetales	1	2	3	4	5
Frutas	1	2	3	4	5
Lácteos	1	2	3	4	5
Carnes, aves, pescado, leguminosas, huevos y nueces	1	2	3	4	5
Grasas y dulces	1	2	3	4	5
Vitaminas, minerales, complementos alimenticios	1	2	3	4	5
Bebidas alcohólicas	1	2	3	4	5
Refrescos	1	2	3	4	5
Botanas, comida rápida	1	2	3	4	5
Comer fuera de su casa	1	2	3	4	5

e. ¿Ha notado si algún alimento o bebida le causa alergias?

No  Si  ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

f. ¿Ha notado si algún alimento o bebida le aumenta su dolor facial?:

No  Si  ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

32. Datos generales:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Día/Mes/Año)

**Nota:** Favor de entregar este cuestionario al residente que se lo entregó. Es probable que usted desee expresar algún tema que no esté incluido en este cuestionario, de ser así, por favor anótelos en el espacio siguiente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MSG/2008



