



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES
UNIDAD LEÓN**

TÍTULO:

***Prevalencia De Trastornos Temporomandibulares
En Pacientes Preortodónticos De La ENES UNAM
Unidad León.***

**FORMA DE TITULACIÓN:
Artículo de Investigación**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA**

**P R E S E N T A:
PEDRO DANIEL JAIME MARTÍNEZ**



TUTOR: C.D.E.O. María Lurim Sánchez Herrera

ASESOR: Dra. María Del Carmen Villanueva Vilchis

ASESOR: C.D.E.O. Gisel García García

LEÓN, GTO

2021



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 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.



Unidad León
Escuela
Nacional de
Estudios
Superiores

PREVALENCIA DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN PACIENTES PREORTODÓNTICOS DE LA ENES UNAM UNIDAD LEÓN.

Pedro Daniel Jaime Martínez: Alumno de la especialidad en ortodoncia de la ENES UNAM Unidad León.

María Lurim Sánchez Herrera: Profesora de la especialidad en ortodoncia de la ENES UNAM Unidad León.

María del Carmen Villanueva Vilchis: Jefa de posgrado e investigación de la ENES UNAM León.

Gisel García García: Profesora de la especialidad en ortodoncia de la ENES UNAM Unidad León.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de los trastornos temporomandibulares en los pacientes que se presentaron por primera vez a la clínica de ortodoncia de la ENES UNAM Unidad León. **Material y métodos:** El presente estudio fue de tipo transversal, la población evaluada estuvo constituida por 109 pacientes que ingresaron por primera vez a la clínica de ortodoncia de la ENES UNAM Unidad León, durante el periodo enero 2019- a enero 2020, se incluyeron los pacientes mayores de 11 años, con consentimiento informado firmado por sus padres o tutores y que desearan participar. Se excluyeron todos los pacientes con tratamiento ortodóncico previo o actual al momento de la examinación, con algún antecedente de traumatismo craneofacial, o bien alguna discapacidad, que les impidiera contestar el cuestionario. Se utilizó el eje I de los criterios diagnósticos para los trastornos temporomandibulares (DC/TMD por sus siglas en inglés) en su versión 2014. Los datos se analizaron en el programa SSPS para obtener medidas de tendencia central y dispersión de las variables cualitativas. **Resultados:** Los resultados sobre la prevalencia de signos y síntomas de TTM, muestran que el 61.5% del total de los pacientes presentó algún signo o síntoma de TTM en cuanto a los diagnósticos generales, la mialgia se presentó con un 19.3%, la mialgia local con una 15.6%, la artralgia con un 4.6%, el desplazamiento de disco con reducción con un 38.5%. **Conclusión:** Se observó una alta prevalencia de trastornos temporomandibulares, siendo más comunes los relativos al desplazamiento de disco. Debido a los diversos criterios diagnósticos existentes, se ha reportado una prevalencia variable de los mismos. El instrumento diagnóstico DC/TMD es el más estandarizado actualmente, ya que ofrece un protocolo de evaluación basado en evidencia, por lo que se recomienda su uso en este tipo de estudios.

Palabras clave: Trastornos temporomandibulares, prevalencia.

Abstract:

Objective: To determine the prevalence of temporomandibular disorders in patients who attended to the orthodontic clinic, ENES UNAM León Unit, for the first time.

Material and methods: The present study was cross-sectional, the evaluated population consisted of 109 patients who were admitted for the first time to the orthodontic clinic of the ENES UNAM León Unit, during the period January 2019-January 2020, the patients were included over 11 years old, with informed consent signed by their parents or guardians and who wish to participate. All patients with previous or current orthodontic treatment at the time of the examination, with a history of craniofacial trauma, or a disability, that prevented them from answering the questionnaire, were excluded. Axis I of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC / TMD) was used in its 2014 version. The data were analyzed in the SSPS program to obtain measures of central tendency and dispersion of the qualitative variables. **Results:** The results on the prevalence of TMD signs and symptoms shows that 61.5% of all patients presented some TMD sign or symptom in terms of general diagnoses, myalgia presented with 19.3%, local myalgia with a 15.6%, arthralgia with 4.6%, disc displacement with reduction with 38.5%. **Conclusion:** A high prevalence of temporomandibular disorders was observed, being those related to disc displacement more common. Due to the various existing diagnostic criteria, a variable prevalence of them has been reported. The DC / TMD diagnostic instrument is currently the most used, since it offers an evaluation protocol based on evidence, therefore its use is recommended in this type of study.

Key words: Temporomandibular disorders, prevalence.

Introducción

Cuándo el complejo articular cráneo mandibular no se encuentra en armonía por la alteración de alguno de sus componentes, se pueden generar trastornos temporomandibulares (TTM). El término “trastornos temporomandibulares” fue acuñado por Bell en 1982, para englobar las alteraciones de la articulación temporomandibular (ATM), y abarca los problemas articulares, musculares y degenerativos alrededor de la misma. ⁽¹⁾

La primera descripción fué hecha por Annandale en 1887. El ámbito odontológico prestó atención a los TTM por primera vez en 1934, cuándo Costen, sugirió que el dolor de oído estaba relacionado con los movimientos mandibulares. ⁽²⁾

En 1950, se sugirió que las maloclusiones dentales podían influir en la función muscular, en los años 70 se pensó que los trastornos tenían su origen en las estructuras intracapsulares, ninguna teoría fue respaldada por evidencia científica suficiente. ⁽¹⁾

Desde entonces se ha intentado entender mejor el origen de los TTM, sin embargo, existen diversos métodos diagnósticos, haciendo difícil unificar los datos epidemiológicos obtenidos, lo que dificulta el estudio de su etiología y por lo tanto su correcto diagnóstico y tratamiento. Esto dió lugar a la creación de un Consorcio Internacional de Investigación RDC / TMD (por sus siglas en inglés), que generaron los criterios diagnósticos RDC/TMD Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders, a través de investigación científica. ⁽²⁾

En la actualidad los TTM ya no se consideran un trastorno exclusivamente masticatorio, sino que son el resultado de múltiples determinantes de riesgo. El atributo central de cada condición es el dolor persistente que impulsa la búsqueda de tratamiento y se vuelve debilitante en una minoría significativa de casos. ⁽²⁾ También se pueden presentar otros síntomas como chasquidos o crepitaciones en la zona anterior al oído, además de alteraciones o limitaciones en la dinámica mandibular, que pueden estar relacionados con los trastornos internos y enfermedad degenerativa de las articulaciones. ^(3,4)

Los doce TTM comunes incluyen artralgia, mialgia, mialgia local, dolor miofascial, dolor miofascial con derivación, cuatro trastornos de desplazamiento de disco, enfermedad articular degenerativa, subluxación y dolor de cabeza atribuido a TTM.⁽³⁾

Los TTM han sido identificados como la principal causa de dolor orofacial de origen no dental y son considerados como una subclasificación de los trastornos músculo-esqueléticos.⁽⁵⁾

Éstos trastornos tienen datos de prevalencia variable, Proffit refiere que existe una prevalencia del 5 al 20% de la población, McNamara del 10 al 20%⁽⁶⁾, Ohrbach observó del 10 al 15%⁽²⁾, Ebadian realizó un estudio donde observó una prevalencia de 58.9%.⁽⁷⁾ Manfredini realizó un estudio en Italia, encontró una prevalencia del 38.2%.⁽⁸⁾ Graue realizó un estudio en población adolescente menor de 19 años, y encontró una prevalencia del 11.9%.⁽⁹⁾ Figueiredo realizó una revisión sistemática sobre estudios que utilizaron el instrumento DC/TMD, en el que observó una prevalencia del 31.1% en adultos, y 11.3% en adolescentes.⁽¹⁰⁾

En cuanto al TTM más prevalente Figueiredo encontró los desplazamientos de disco con un 25.9% en adultos y un 7.4% en adolescentes.⁽¹⁰⁾ Graue también encontró en primer lugar a los desplazamientos de disco con el 5.4% en adolescentes.⁽⁹⁾ Manfredini encontró que los trastornos musculares fueron los más prevalentes con el 52.3% y en segundo lugar los desplazamientos de disco.⁽⁸⁾

Algunos datos de distribución muestran una prevalencia cuatro veces mayor en mujeres que en hombres.⁽⁴⁾ Ohrbach habla de una proporción de sexo femenino : masculino 4:1.⁽²⁾ Manfredini observó una proporción de mujeres : hombres 2.6 : 1.⁽⁸⁾

La incidencia por dolor por TTM incapacitante, es de 3.9% por año con relación hombre : mujer igual.⁽²⁾

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de los trastornos temporomandibulares en los pacientes que se presentaron por primera vez a la clínica de ortodoncia de la ENES UNAM Unidad León, así como la distribución por sexo.

Material y métodos

El presente estudio fue de tipo transversal. La población evaluada estuvo constituida por pacientes de primer ingreso a la clínica de ortodoncia de la ENES UNAM Unidad León, durante el periodo enero 2019- a enero 2020, se incluyeron pacientes mayores de 11 años, con consentimiento informado firmado previamente por los padres o tutores (en el caso de los menores de 18 años), y que aceptaran su participación. Se excluyeron todos los pacientes con tratamiento ortodóncico previo o actual al momento de la examinación, con algún antecedente de traumatismo craneofacial, o bien alguna discapacidad, que les impidiera contestar el cuestionario.

La evaluación de los pacientes se realizó por medio del eje I de los criterios diagnósticos para los trastornos temporomandibulares (DC/TMD por sus siglas en inglés) en su versión 2014, que consiste en un cuestionario y formulario de examinación, realizada por un operador previamente estandarizado, la examinación se llevó a cabo usando una regla milimetrada, y un algómetro de la marca Wagner, los resultados del cuestionario y la examinación se llevan a un flujograma diagnóstico, el cual indica la presencia y el tipo de trastorno temporomandibular.

Los pacientes incluidos en el estudio se registraron en una tabla de Excel, con sus datos principales, como su número expediente, edad, sexo y clase esquelética.

Finalmente, los datos se analizaron en el programa SSPS para obtener medidas de tendencia central y dispersión de las variables cualitativas. Además, se realizaron análisis bivariados de chi cuadrada para evaluar la relación entre variables la edad y el sexo con la presencia de trastornos temporomandibulares.

Resultados:

Se revisaron 109 pacientes, 60.6% correspondieron al sexo femenino. Gráfica 1. Los resultados sobre la prevalencia de signos y síntomas de TTM, muestran que el 61.5% del total de los pacientes presentó algún signo o síntoma de TTM en cuanto a los diagnósticos generales, la mialgia se presentó con un 19.3%, la mialgia local

con una 15.6%, la artralgia con un 4.6%, el desplazamiento de disco con reducción con un 38.5%, el desplazamiento de disco con reducción con bloqueo intermitente con un 7.3%, el desplazamiento de disco con apertura limitada fue del 5.5%, la enfermedad degenerativa articular con un 2.8%.Tabla 1.

En cuanto a los síntomas, el dolor en mandíbula, sienes u oído en el último mes fue más prevalente en las mujeres con un 31%; al preguntar si éste dolor está relacionado con funciones mandibulares las mujeres tuvieron una mayoría con el 15.2%. El síntoma de dolor de cabeza en el último mes mostró una diferencia significativamente mayor en las mujeres con un 42.4% contra el 18% de los hombres, en la relación del dolor de cabeza con las funciones mandibulares, es decir que se modificara con éstas, también hubo diferencia significativa, ya que el 10.6% de las mujeres revelaron que sí, mientras que ningún hombre refirió cambios en su dolor de cabeza con las funciones mandibulares. Tabla 2.

Los pacientes se dividieron en tres grupos etarios para su estudio, un grupo de pacientes de 11 a 20 años, un grupo de 21 a 30 años, y un grupo de los mayores de 30 años. Gráfica 2.

En los grupos mencionados la mialgia se presentó mayormente en el grupo de 21 a 30 años con un 35%, los dos grupos restantes presentaron un promedio del 15% en promedio, la mialgia local presentó una diferencia significativa, ya que se presentó en el 41.7% del grupo de mayores de 30 años, 13% en el grupo de 11 a 20 años y 10% en el grupo de 21 a 30 años, el desplazamiento de disco con reducción también presentó diferencia significativa, con el 75% en los pacientes mayores de 30 años, y un promedio de 34% en los grupos de menor edad. Tabla 3.

En cuanto a la presencia de dolor de cabeza durante el último mes el grupo etario más joven mostró la menor prevalencia con el 28.6%, contra el 40% en el grupo de 21 a 30 años y 50% en los mayores de 30 años, en cuanto a la relación de éste dolor con las funciones mandibulares la diferencia fue significativa, ya que los grupos de mayor edad reportaron un 15% y 16.7% mientras que el grupo de menor edad sólo mostró el 2.6%. Tabla 4.

A la examinación, en la apertura mandibular con desviación sin corrección, el grupo de 21 a 30 años mostró mayor prevalencia con el 15%. El grupo de 20 a 31 años mostró una apertura limitada en un porcentaje significativo mayor contra los grupos de 11 a 20 años y mayores de 30 años. Tabla 4.

Discusión:

En muy pocos estudios de México se ha utilizado un protocolo de examen estandarizado y validado para TTM, ya que se utilizan comúnmente el índice de Helkimo ^(11,12), o el protocolo indicado por el doctor Okeson ⁽¹³⁾, entre otros ^(14,15), haciendo difícil la comparación de los diversos artículos, ya que miden parámetros distintos. Aunque el DC ha sido validado al español, esto no ha ocurrido en población mexicana, sin embargo, los resultados mostrados en otras poblaciones hispano parlantes, señalan que tiene características confiables y válidas para su aplicación. Cabe señalar que la etiología de éstos TTM, son de origen complejo, por lo que es necesaria su atención desde un punto de vista multidisciplinario e integral.

La prevalencia encontrada en este estudio fue compatible con la reportada por Mendiburu-Zavala ⁽¹⁶⁾ que fue del 65.8%, mostrando que el TTM más común fue el desplazamiento de disco con reducción, al igual que en el nuestro. También coincidió con el estudio de Santiago, N. et al. ⁽¹⁷⁾ donde se encontró que el 54% de la muestra presentó signos y síntomas de TTM.

Con base en los resultados obtenidos de prevalencia, las mujeres mostraron una diferencia significativa mayor en cuanto al dolor de cabeza durante el último mes, también se observó que al relacionar este dolor con los movimientos mandibulares la prevalencia también fue significativa. En el diagnóstico de mialgia, no se observó diferencia significativa por sexo, sin embargo existió una alta prevalencia en mujeres, todo lo anterior coincide con lo reportado por varios autores que hablan de que las mujeres presentan una prevalencia mayor de TTM ^(2,4,8), Okeson menciona que la razón de la mayor susceptibilidad de padecer TTM se debe a factores hormonales, en especial a los estrógenos, menciona que los mismos influyen las transmisiones nociceptivas, aumentando el dolor, también menciona que la fase

premenstrual puede asociarse con el aumento del dolor en general, y el dolor por TTM no es la excepción.

Observando las diferencias en los grupos etarios, en cuanto al desplazamiento de disco con reducción, se observó una diferencia significativa, presentándose mayormente en los pacientes de más de 30 años, la mialgia también tuvo diferencia significativa al presentarse más en el grupo de 21 a 30 años, en general, los pacientes de más de 21 años presentaron una mayor cantidad de síntomas de TTM comparados con los pacientes más jóvenes, todo lo anterior coincide con Okeson, quien explica que la etapa más aguda de los TTM se presenta entre los 20 y 40 años,⁽¹⁾ también coincide con el estudio de Amaya ⁽⁶⁾ donde la mayor prevalencia se encontró en el promedio de edad de 28.5 años, y con el estudio de Figuereido, donde se encontró una prevalencia mayor en adultos que en adolescentes.⁽¹⁰⁾ Encontrar mayor cantidad de TTM en ésta edad puede estar relacionado con un factor mencionado en la literatura^(1,2), el cual es el estrés, ya que en esta edad los pacientes se encuentran en una etapa de formación universitaria, así como de inicio en el sector laboral, en comparación con pacientes más jóvenes con menor carga emocional.

En el futuro se podría seguir con una línea de investigación de prevalencia de los pacientes incluidos en nuestro estudio, al finalizar su tratamiento de ortodoncia, para determinar qué efectos tiene el tratamiento de ortodoncia sobre los signos y síntomas de los TTM, así como evaluar que mecánicas ortodóncicas elevan la prevalencia de TTM, para así reducir la probabilidad de producir iatrogenias.

Este estudio puede incluir sesgos en cuanto al alto porcentaje de TTM, ya que los pacientes incluidos presentaban maloclusión, el cual es uno de los factores que puede generar estos trastornos.

Conclusiones

Existe una alta prevalencia de signos y síntomas de TTM en pacientes preortodónticos, como ortodoncistas es importante incluir la evaluación de la ATM en nuestro diagnóstico inicial, ya que una gran cantidad de nuestros pacientes están

aún en desarrollo craneofacial, por lo que podemos prevenir en ellos la destrucción irreversible de estructuras intracapsulares, así como el dolor causado por TTM en la adultez. ⁽²⁰⁾

Bibliografía:

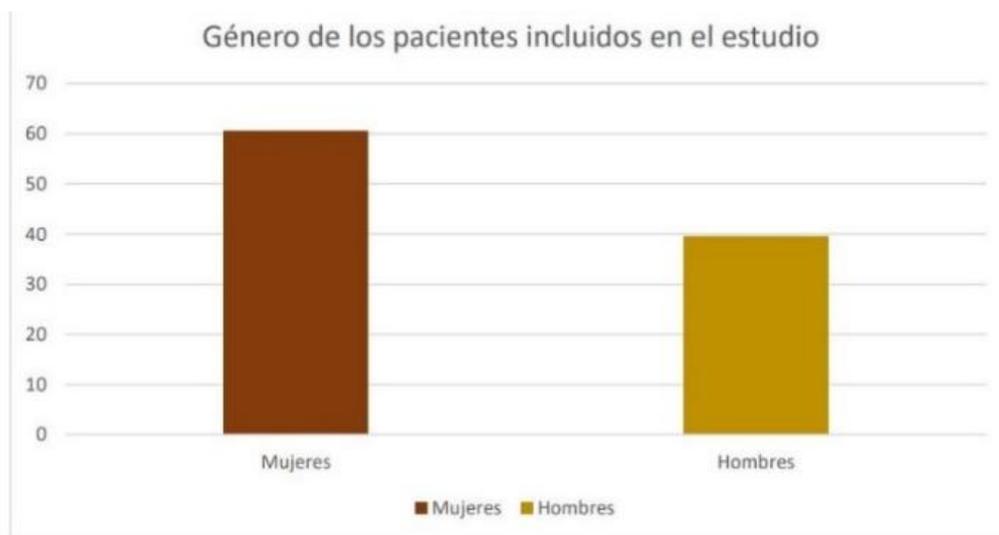
1. Okeson JP. *Tratamiento de oclusión y afecciones mandibulares*. 7ª. Edición España 2013;2,102.
2. Ohrbach R, Dworkin SF. The evolution of TMD diagnosis: past, present, future. *J Dent Res* 2016;95(10):1093-1101.
3. Schiffman E, Ohrbach R, et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recomendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial pain special interest group. *J Oral Facial Pain H*. 2014;28(1):6-27.
4. Blanco A, Blanco A, Blanco E, Serrano R, Biedma L, Rodríguez A, Saint R. Prevalence of the different Axis I clinical subtypes in a sample of patients with orofacial pain and temporomandibular disorders in the Andalusian Healthcare Service. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21(2):69-77.
5. González Y, Miranda-Rivera Y, Espinosa I. Cross-cultural adaptation of research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD). *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2013;25(1):11-25.
6. Amaya S, Casanova C, Barrera J, Benavides R, Sánchez N, Butírica A. Prevalencia de trastornos de la articulación temporomandibular según los criterios diagnósticos para la investigación en pacientes preortodónticos. *Univ Odontol*. 2014;33(71):19-28.
7. Ebadian B, Abbasi M, Mazaheri A. Frequency distribution of temporomandibular disorders according to occlusal factors: A cross-sectional study. *Dent Res J*. 2020;17(3):186-192.

8. Manfredini D, Chiappe G, Bosco M. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) axis I in an Italian patients population. *J Oral Rehabil.* 2006;33:551-558.
9. Graue M, Jokstad A, Assmus J, Skeie M. Prevalence among adolescents in Bergen, Western Norway, of temporomandibular disorders according to the DC/TMD criteria and examination protocol. *Acta Odontol Scand.* 2016;74(6):449-455.
10. Figueiredo L, Doebber C, Conti J, Gritar A, Ramos R, Bonotto D, Januzzi E, Mendes de Souza B. Prevalence of temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2021;25(2):441-453.
11. Díaz R, Cruz, A, Gutiérrez D. Trastornos temporomandibulares en escolares mexicanos. *Av Odontoestomatol.* 2018;34(5):259-265.(antes 6)
12. González H, López F, Pérez A. Prevalencia de disfunción de la articulación temporomandibular en médicos residentes del hospital de especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”. *Rev Odont Mex.* 2016;20(1):8-12.
13. Moreno M, Lara P, Meléndez A. Perfil clínico epidemiológico del trastorno temporomandibular en mexicanos con maloclusión. *Rev Mex Ortod.* 2015;3(2):79-83.
14. Rodríguez N, Villanueva N, Cuairán V, Canseco J. Disfunción temporomandibular en pacientes de 9 a 14 años pretratamiento de ortodoncia. *Rev Odont Mex.* 2011;15(2):72-76.
15. Taboada O, Gómez Y, Taboada S, Mendoza V. Prevalencia de signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares en un grupo de adultos mayores. *Rev ADM.* 2004;61(4):125-129.
16. Mendiburu C, Escamilla A, Lugo P, Zermeño M. Estudio comparativo de ansiedad y disfunción temporomandibular en cirujanos dentistas residentes de dos universidades mexicanas. *Int J Odontostomat.* 2019;13(4):458-465.

17. Santiago N, Huixtlaca C, Espinosa I, Rebollo J, Hernández M. Prevalencia de trastornos temporomandibulares en los alumnos de las clínicas de la facultad de estomatología BUAP. *Oral*. 2011;12(36):669-672.
18. Larenas C, Saavedra L, Vergara C, Spano N. Prevalencia de signos y síntomas de trastornos temporomandibulares previo a tratamiento de ortodoncia en una población de Santiago, Chile. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2018;11(3):160-163.
19. Ahmad M, Schiffman E. Temporomandibular joint disorders and orofacial pain. *Dent Clin North Am*. 2016;60(1):105-124.
20. Fernandes de Sena M, Suenia, K, Santos F, Silva F, Serrano K. Prevalencia de disfunción temporomandibular en niños y adolescentes. *Rev Paul Pediatr*. 2013;31(4):538-545.
21. Murphy M, MacBarb R, Wong M, Athanasiou K. Temporomandibular joint disorders: a review of etiology, clinical management, and tissue engineering strategies. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2013;28(6):393-414.

Anexos:

Gráfica 1.



Gráfica 2.

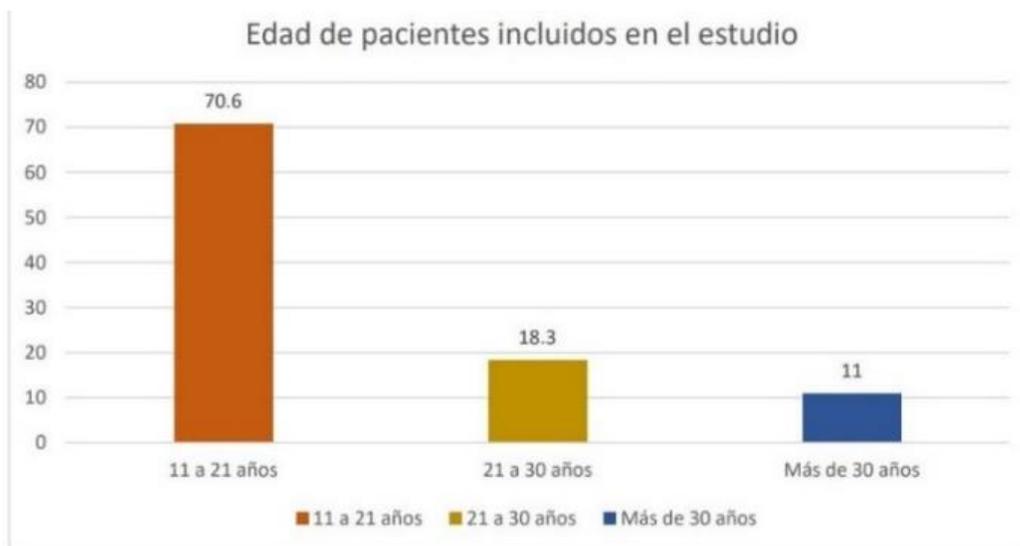


Tabla 1.

	Diagnóstico	Mujer		Hombre		Total	
		n	%	n	%	n	%
Mialgia	No	50	75.8	38	88.4	88	80.7
	Sí	16	24.2	5	11.6	21	19.3
Mialgia local	No	55	83.3	37	86	92	84.4
	Sí	11	16.7	6	14	17	15.6
Artralgia	No	62	93.9	42	97.7	104	95.4
	Sí	4	6.1	1	2.3	5	4.6
Desplazamiento de disco con reducción	No	39	59.1	28	65.1	67	61.5
	Sí	27	40.9	15	34.9	42	38.5
DD con reducción con apertura limitada	No	62	93.9	41	95.3	103	94.5
	Sí	4	6.1	2	4.7	6	5.5
Enfermedad degenerativa articular	No	64	97	42	97.7	106	97.2
	Sí	2	3	1	2.3	3	2.8
	Total	66	100	43	100	109	100

Tabla 2.

	Síntomas	Mujer		Hombre		Total	
		n	%	n	%	n	%
Dolor en mandíbula, sienes u oído	No	45	68.2	35	81.4	80	73.4
	Sí	21	31.8	8	18.6	29	26.6
Dolor cambia con funciones	No	56	84.8	39	90.7	95	87.2
	Sí	10	15.2	4	9.3	14	12.8
Dolor de cabeza en último mes *	No	38	57.6	35	81.4	73	67
	Sí	28	42.4	8	18.6	36	33
Dolor de cabeza cambia con funciones *	No	59	89.4	43	100	102	93.6
	Sí	7	10.6	0	0	7	6.4
Refiere ruidos articulares	No	49	74.2	31	72.1	80	73.4
	Sí	17	25.8	12	27.9	29	26.6
Refiere bloqueo al abrir	No	56	84.4	39	90.7	95	87.2
	Sí	10	15.2	4	9.3	14	12.8
Signos							
Patrón apertura recto	No	30	45.5	20	46.5	50	45.9
	Sí	36	54.5	23	53.5	59	54.1
Apertura desviada sin corrección	No	55	83.3	41	95.3	96	88.1
	Sí	11	16.7	2	4.7	13	11.9
Apertura limitada	Sí	10	15.2	3	7	13	11.9
	No	56	84.8	40	93	96	88.1
Chasquido a la apertura	No	36	54.5	27	62.8	63	57.8
	Unilateral	17	25.8	13	30.2	30	27.5
	Bilateral	13	19.7	3	7	16	14.7
Crepitación a la apertura	No	64	97	42	97.71	106	97.2
	Unilateral	1	1.5	1	2.3	2	1.8
	Bilateral	1	1.5	0	0	1	0.9
Dolor a la palpación en CACM derecho	No	58	87.9	41	95.3	99	90.8
	Sí	8	12.1	2	4.7	10	9.2
Dolor a la palpación en CACM izquierdo	No	59	89.4	42	97.7	101	92.7
	Sí	7	10.6	1	2.3	8	7.3
Total		66	100	43	100	109	100

Tabla 3.

	Diagnóstico	11 a 20		21 a 30		Más de 30		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Mialgia	No	65	84.4	13	65	10	83.3	88	80.7
	Sí	12	15.6	7	35	2	16.7	21	19.3
Mialgia local *	No	67	87	18	90	7	58.3	92	84.4
	Sí	10	13	2	10	5	41.7	17	15.6
Artralgia	No	75	97.4	18	90	11	91.7	104	95.4
	Sí	2	2.6	2	10	1	8.3	5	4.6
Desplazamiento de disco con reducción *	No	51	66.2	13	65	3	25	67	61.5
	Sí	26	33.8	7	35	9	75	42	38.5
DD con reducción con apertura limitada *	No	76	98.7	15	75	12	100	103	94.5
	Sí	1	1.3	5	25	0	0	6	5.5
Enfermedad degenerativa articular	No	77	100	18	90	11	91.7	106	97.2
	Sí	0	0	2	10	1	8.3	3	2.8
Total		77	100	20	100	12	100	109	100

Tabla 4.

	Síntomas	11 a 20		21 a 30		> de 30		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Dolor en mandíbula, sienes u oído	No	60	77.9	11	55	9	75	80	73.4
	Sí	17	22.1	9	45	3	25	29	26.6
Dolor cambia con funciones	No	73	94.8	12	60	10	83.3	95	87
	Sí	4	5.2	8	40	2	16.7	14	13
Dolor de cabeza en último mes	No	55	71.4	12	60	6	50	73	67
	Sí	22	28.6	8	40	6	50	36	33
Dolor de cabeza cambia con funciones	No	75	97.4	17	85	10	83.3	102	94
	Sí	2	2.6	3	15	2	16.7	7	6
Refiere ruidos articulares	No	58	75.3	14	70	8	66.7	80	73
	Sí	19	24.7	6	30	4	33.3	29	27
Refiere bloqueo al abrir	No	70	90.9	16	80	9	75	95	87
	Sí	7	9.1	4	20	3	25	14	13
Signos									
Patrón apertura recto	No	34	44.2	10	50	6	50	50	46
	Sí	43	55.8	10	50	6	50	59	54
Apertura desviada sin corrección	No	68	88.3	17	85	11	91.7	96	88
	Sí	9	11.7	3	15	1	8.3	13	12
Apertura limitada *	Sí	6	7.8	7	35	0	0	13	12
	No	71	92.2	13	65	12	100	96	88
Chasquido a la apertura *	No	49	63.6	12	60	2	16.7	63	58
	Unilateral	21	27.3	4	20	5	41.7	30	27
	Bilateral	7	9.1	4	20	5	41.7	16	15
Crepitación a la apertura *	No	77	100	18	90	18	91.7	106	97.2
	Unilateral	0	0	2	10	0	0	2	1.8
	Bilateral	0	0	0	0	1	8.3	1	0.9
Dolor a la palpación en CACM derecho	No	74	96.1	15	75	10	83.3	99	90.8
	Sí	3	3.9	5	25	2	16.7	10	9.2
Dolor a la palpación en CACM izquierdo	No	71	92.2	20	100	10	83.3	101	92.7
	Sí	6	7.8	0	0	2	16.7	8	7.3
	Total	77	100	20	100	12	100	109	100