

24.1
01469
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA

DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS

RELACION ENTRE LA CALIDAD FUNCIONAL Y
CANTIDAD DE TRATAMIENTOS RESTAURADORES
CON EL INDICE DE DISFUNCION MANDIBULAR.

POR

MARIA CONCEPCION CARRILLO RAMOS. ✓

1989 ✓

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	página
INTRODUCCION	1
REVISION BIBLIOGRAFICA	7
MATERIALES Y METODOS	34
RESULTADOS	36
DISCUSION	48
CONCLUSIONES	53
SUMARIO	55
APENDICE	59
BIBLIOGRAFIA	64
CURRICULUM VITAE	70

INTRODUCCION

1

LA FUNCION NORMAL U OPTIMA DEL SISTEMA MASTICATORIO SE CARACTERIZA POR UNA INTERACCION ARMONIOSA ENTRE SUS DIVERSOS COMPONENTES. CON AUSENCIA DE INTERFERENCIAS CUSPIDEAS EN EL CIERRE Y DURANTE LOS MOVIMIENTOS DE DESLIZAMIENTO CONTACTANTES.

LA FISIOLOGIA IDEAL DEL SISTEMA MASTICATORIO DEBE PRESENTAR LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS (POSSELT):

1. LOS MOVIMIENTOS DE CIERRE Y DESLIZAMIENTO DEBEN SER SIN INTERFERENCIAS.
2. LA DISTRIBUCION BILATERAL DE LAS FUERZAS DEBE SER SOBRE UN NUMERO SUFICIENTE DE DIENTES EN LA POSICION DE CONTACTO RETRUSIVA.
3. LA MASTICACION DEBE EFECTUARSE CON LA MISMA FACILIDAD EN LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO; Y EL CONTACTO DESLIZANTE TIENE QUE SER SIMULTANEO EN LOS DIENTES DEL LADO DE TRABAJO.
4. LA PRESION SERA AXIAL SOBRE CADA DIENTE.
5. DEBE HABER UNA DISTANCIA INTEROCLUSAL CONVENIENTE.

LOS HABITOS PARAFUNCIONALES, TRAUMATICOS, COMO BRUXISMO Y APRETAMIENTO DE DIENTES ASI COMO LAS IRREGULARIDADES OCLUSALES, SI OCURREN FUERA DE LOS

LIMITES DE ADAPTACION NORMAL DEL APARATO MASTICATORIO, PUEDEN CONducIR A ALTERACIONES PATOLOGICAS DE LA MUSCULATURA BUCAL. ESTAS MODIFICACIONES VAN DESDE LA MOLESTIA MUSCULAR LOCALIZADA HASTA EL ESPASMO MUSCULAR AGUDO.

EL ESPASMO MUSCULAR AGUDO SE ATRIBUYE NORMALMENTE A LA CONTRACCION AISLADA DE CIERTAS UNIDADES MOTORAS EN RESPUESTA A ESTIMULOS EXCESIVOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, O A UNA ACUMULACION DE PRODUCTOS METABOLICOS ANORMALES EN EL TEJIDO MUSCULAR.

LA GENERACION DE UN ESPASMO DE UNO O MAS DE LOS MUSCULOS MASTICATORIOS PUEDE ATRIBUIRSE A FATIGA, CONTRACCION EXCESIVA O EXTENSION EXAGERADA; PROVOCANDO SINTOMAS DE DOLOR (DIFUSO, LOCALIZADO, REFLEJO), LIMITACION DEL MOVIMIENTO MANDIBULAR Y CAMBIOS EN LA POSICION DE LA MANDIBULA COMO RESULTADO DE UNA MALOCLUSION. SI EL ESPASMO PERSISTE Y LA RELACION MANDIBULAR CONTINUA LOS DIENTES PUEDEN DESPLAZARSE POCO A POCO PARA ACOMODARSE EN LA NUEVA POSICION, OCASIONANDO ALTERACIONES DEGENERATIVAS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR O DE LOS MISMOS MUSCULOS. LA SITUACION SE AUTOPERPETUA SI LAS MODIFICACIONES ORGANICAS DAN LUGAR A UNA PAUTA MASTICATORIA ALTERADA QUE REFUERZA EN FORMA CONTINUA EL ESPASMO ORIGINAL Y EL DOLOR CONCOMITANTE.

DENTRO DE LAS ALTERACIONES MAS COMUNES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR SE ENCUENTRA EL SINDROME DE DOLOR MIOFACIAL, LLAMADO TAMBIEN DE DISFUNCION MANDIBULAR. DENOMINANDO SINDROME AL CONJUNTO DE SINTOMAS QUE OCURREN JUNTOS EN UN MISMO TIEMPO.

SIENDO LOS PRINCIPALES:

DOLOR EN EL AREA PERIAURICULAR QUE SE PUEDE IRRADIAR AL ANGULO DE LA MANDIBULA, AREA TEMPORAL O LATERAL, REGION CERVICAL, SENSIBILIDAD EN LOS MUSCULOS MASTICADORES, EN CUELLO, LIMITACION Y O DESVIACION A LA APERTURA, DOLOR DE CABEZA, AL MOVIMIENTO, ETC. DIFERENCIANDOSE EL SINDROME DE DOLOR MIOFACIAL DEL DE LA A.T.M. POR LA FALTA DE SENSIBILIDAD EN LA MISMA AL SER PALPADA. NO ES NECESARIO QUE SE PRESENTEN TODOS LOS SIGNOS Y SINTOMAS PARA PODER DETERMINARLOS.

CONSIDERANDO QUE LOS REQUISITOS DE UNA OCLUSION OPTIMA SON:

1. CONTACTOS ESTABLES EN TODOS LOS DIENTES EN RELACION CENTRICA.
2. GUIA ANTERIOR EN ARMONIA CON LOS MOVIMIENTOS BORDEANTES DEL AREA DE FUNCION.

3. DESOCLUSION DE TODOS LOS DIENTES POSTERIORES EN MOVIMIENTOS PROTRUSIVOS.
4. DESOCLUSION DE TODOS LOS DIENTES POSTERIORES EN EL LADO DE BALANCE.
5. AUSENCIA DE INTERFERENCIAS DE TODOS LOS POSTERIORES EN EL LADO DE TRABAJO.

AL NO CUMPLIRSE CON ESTOS REQUISITOS SUELE SUCEDER QUE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES OCASIONEN DISFUNCION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, PROVOCANDO MOVIMIENTOS MANDIBULARES INCORDINADOS. LEDERMAN EN UNA DE SUS INVESTIGACIONES (FEBRERO 82) CONCLUYE QUE ESTAS FUERON CAUSAS ACTIVA DE DISFUNCION DE LA ATM EN 10 DE 36 PACIENTES CON OCLUSION RESTAURADA. (7)

LOS CONTACTOS DEFLECTIVOS DESPLAZAN LA MANDIBULA EN LA POSICION INTERCUSPIDEA, CAUSANDO DESPLAZAMIENTO DEL CONDILO DENTRO DE LA CAVIDAD GLENOIDEA, AFECTANDO LAS INTERFERENCIAS, LOS MOVIMIENTOS MASTICATORIOS PRODUCIENDO MODIFICACION DE LA CARGA FUNCIONAL EN LA ATM. (11)

SI LA OCLUSION PRODUCE DESPLAZAMIENTO CONDILAR SE INCREMENTA EL CAMBIO NOCIOSEPTIVO EN LOS

PROPIOCEPTORES DENTRO EL SISTEMA NEUROMUSCULAR DE LAS MISMAS ARTICULACIONES.

SI COMO RESULTADO DE UNA RESTAURACION LAS FUERZAS LATERALES QUE ACTUAN EN CADA DIENTE SON MAYORES DE LO NORMAL Y O ACTUAN EN UNA DIRECCION DIFERENTE (SI LA INCLINACION DE LAS CUSPIDES ES ALTERADA O MOVIDA, SE CREAN FUERZAS LATERALES MAYORES DE LO NORMAL, QUE PUEDEN ACTUAR EN UNA DIRECCION DIFERENTE), SON CAPACES DE ESTIMULAR LOS MECANORRECEPTORES, RESULTANDO UN CAMBIO EN LOS PATRONES DE CONTRACCION MUSCULAR BASADOS EN UN REFLEJO, OCASIONANDO EL SINDROME DE DISFUNCION. (22)

EN CONTRAPOSICION GOODMAN, GREEN Y LASKIN OPINAN QUE LA OCLUSION NO ESTA INVOLUCRADA EN EL SINDROME DE DOLOR MIOFACIAL. EL ESTRES TIENE UN IMPORTANTE PAPEL INDIRECTO (DE MAYOR O MENOR EXTENSION, DEPENDIENDO DEL PACIENTE), QUE USUALMENTE PRODUCE APRETAMIENTO DENTAL, QUE SOBRESTIMULA EL SISTEMA PROPIOCEPTIVO Y O PRODUCE DESPLAZAMIENTO CONDILAR. (24)

EN UNA INVESTIGACION HECHA POR WEINBERG EL 26% DE 138 PACIENTES TRATADOS, SU INICIO DE LA DISFUNCION FUE POR ESTRES Y EL 24% POR CAMBIOS OCLUSALES. (24)

DEBIDO A LA ALTA INCIDENCIA DE DISFUNCION MANDIBULAR QUE LOS INVESTIGADORES REPORTAN, ASI COMO LA PRACTICA CLINICA LO DEMUESTRA, ES DE GRAN IMPORTANCIA TRATAR DE DELIMITAR SI LA ODONTOLOGIA RESTAURADORA QUE SE REALIZA PUEDE ACTUAR COMO UN FACTOR IATROGENICO EN LA DISFUNCION, SIN MENOSPRECIAR LAS OTRAS POSIBLES CAUSAS. UNO DE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO RESTAURATIVO ES ELIMINAR LAS INTERFERENCIAS TANTO COMO SEA POSIBLE, PARA QUE LA FISIOLOGIA DEL APARATO MASTICATORIO SEA LO MAS ADECUADA, DEPENDIENDO DE LA TECNICA QUE SE EMPLEE.

DENTRO DE LOS OBJETIVOS DE ESTA INVESTIGACION SE ENCUENTRA EN DETERMINAR LA INFLUENCIA DE SI A MAYOR CANTIDAD DE RESTAURACIONES DENTALES MAL REALIZADAS FUNCIONALMENTE, ES MAYOR LA INCIDENCIA DE DISFUNCION MANDIBULAR.

REVISION

BIBLIOGRAFICA

MAS DE UN 20% DE LA POBLACION SE ENCUENTRA AFECTADO CON ALGUN TIPO DE DISFUNCION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, QUE EN LA MAYORIA DE LOS CASOS SON MAL DIAGNOSTICADOS. (2)

EXISTEN DIFERENTES TEORIAS CON RESPECTO A SU ETIOLOGIA. ALGUNOS PIENSAN QUE LA OCLUSION JUEGA EL PAPEL PRINCIPAL, MIENTRAS OTROS CREEN QUE LOS FACTORES EMOCIONALES SON LA CAUSA DE QUE SE PRESENTEN LOS SINTOMAS Y QUE LA OCLUSION ES UN FACTOR DE OMISION. LA ACADEMIA AMERICANA DE DESORDENES CRANEOMANDIBULARES ENFATIZA LA ETIOLOGIA MULTICAUSAL DE LOS DESORDENES DE LA ATM Y DIVIDE LOS FACTORES ETIOLOGICOS EN:

PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y PERPETUANTES:

FACTORES PREDISPONENTES:

INCLUYE DISCREPANCIAS ESTRUCTURALES, DESORDENES PSICOLOGICOS, METABOLICOS, PATOLOGICOS Y AMBIENTALES.

FACTORES PRECIPITANTES:

TRAUMA, RESPUESTA ADVERSA AL ESTRES, PROBLEMAS IATROGENICOS, INFECCION Y FACTORES IDIOPATICOS.

FACTORES PERPETUANTES:

SON MANIFESTACIONES USUALMENTE DE LOS CICLOS MUSCULARES ESPASMO_DOLOR_ESPASMO Y PUEDEN ESTAR RELACIONADOS A UNO O A LA COMBINACION DE CUALQUIERA DE LOS FACTORES PREDISPONENTES O PRECIPITANTES. (4)

LAS RELACIONES CRONICAS INAPROPIADAS DE LA MANDIBULA CAUSAN UNA CONFUSION DE IMPULSOS EN EL S.N.C. E INHIBEN LA COORDINACION DE LAS SEÑALES REGRESIVAS PRECIPITANDO REACCIONES ERRADAS Y CONFUSAS EN LA REGION MAXILOMANDIBULAR. LAS ALTERACIONES PUEDEN PROPAGARSE A OTRAS PARTES DEL CUERPO SIGUIENDO LAS REGLAS DEL ESTRES. (2) ASI MISMO SE PUEDEN INVOLUCRAR GRUPOS O CADENAS MUSCULARES PRODUCIENDO UNA VARIEDAD DE SIGNOS Y SINTOMAS DEPENDIENDO DE LA INTENSIDAD Y DURACION DEL ESPASMO Y LA LOCALIZACION ANATOMICA DE LOS MUSCULOS AFECTADOS.(3)

TEORIAS ETIOLOGICAS

DESPLAZAMIENTO MECANICO

CUANDO LOS PROBLEMAS OCLUSALES SON EL RESULTADO DE PERDIDA DE DIENTES, CONTACTOS PREMATUROS O DEFLECTIVOS, O UNA ERUPCION INSUFICIENTE DE LOS DIENTES POSTERIORES CAUSAN DESVIACION DE LOS CONDILOS DE SU POSICION CENTRICA NORMAL,

INVOLUCRANDO DESPUES LOS MUSCULOS, CREANDO DISFUNCION Y DOLOR.

MUSCULAR

LA TENSION MUSCULAR SE INCREMENTA RESULTANDO DOLOR Y ESPASMO, CUANDO EL ESTRES DIARIO DE LA VIDA NO TIENE UNA ADECUADA SALIDA O ESCAPE. LOS MUSCULOS SON AFECTADOS PRIMARIAMENTE COMO PARTE GENERALIZADA MAS QUE DE UNA REACCION LOCALIZADA.

PSICOLOGICA

LOS FACTORES EMOCIONALES Y AMBIENTALES TIENEN UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN LOS DESORDENES DE LA ATM COMO FACTORES MODIFICANTES O INICIANTES.

NEUROMUSCULAR

HABITOS PARAFUNNCIONALES COMO APRETAMIENTO O BRUXISMO PROVOCADOS POR TENSION FISICA, ESTRES O ANSIEDAD. SIENDO LA OCLUSION LA MAYOR INFLUENCIA EN LA REMODELACION FUNCIONAL Y DESARROLLO DE LA ARTROSIS EN LA ATM.

PSICOFISIOLOGICA

EL ESPASMO MUSCULAR DE LOS MUSCULOS MASTICATORIOS SE CONSIDERA EL FACTOR ETIOLOGICO PRIMARIO O PRINCIPAL CAUSANTE DEL DOLOR Y DISFUNCION. SOBREXTENCION, SOBRECONTRACCION O FATIGA MUSCULAR PUEDEN INICIAR EL ESPASMO Y PROVOCAR DESARMONIAS OCLUSALES Y CAMBIOS PATOLOGICOS EN LA ARTICULACION. LOS CAMBIOS OCLUSALES OCURREN EN RESPUESTA O COMO RESULTADO DEL ESPASMO MUSCULAR. (4)

LA POSICION MANDIBULAR ES UN FACTOR PREDISPONENTE. SIN EMBARGO NO TODAS LAS CONDICIONES DEPENDEN DE LAS TENSIONES ANORMALES O EXTRAÑAS, SINO DE LA CAPACIDAD DE ADAPTACION DE CADA PACIENTE. ESTA CUALIDAD VARIA DE UNA PERSONA A OTRA, Y SE LE CONSIDERA AL ESTADO GENERAL DE SALUD, ESTADO EMOCIONAL Y FACTORES PREDISPONENTES. (4)

HISTORICAMENTE LOS PROBLEMAS DE LA ATM SE HAN ASOCIADO CON LA PERDIDA DEL SOPORTE OCLUSAL POSTERIOR O MORDIDA COLAPSADA COMO RESULTADO DE LA PERDIDA DE DIENTES. AUNQUE ESTOS PUEDEN SER CAUSADOS POR UNA DIMENSION VERTICAL INSUFICIENTE, ES MAS COMUN QUE SEA EL RESULTADO DE UNA D.V. IRREAL MAS QUE POR UNA PERDIDA DE ESTA.

EL DESPLAZAMIENTO UNILATERAL Y BILATERAL POSTERIOR DE LOS CONDILOS EN LA FOSA GLENOIDEA ESTAN CORRELACIONADOS CON DESORDENES DE LA FUNCION OCLUSAL. (4)

ESTE DESPLAZAMIENTO PUEDE DEPENDER DE LA DEFICIENCIA DE LA CAPACIDAD RESTRICTIVA DE LA CAPSULA Y DE LOS LIGAMENTOS DE LA ATM.(5)

LA MORFOLOGIA OCLUSAL ES UNA DE LAS PRIMERAS CAUSAS ETIOLOGICAS DE DOLOR MIOFACIAL DESCRITOS FRECUENTEMENTE EN LA LITERATURA Y EN LA PRACTICA CLINICA. HABITOS ORALES COMPULSIVOS (PARAFUNCIONALES) PRINCIPALMENTE COMO BRUXISMO O HIPERACTIVIDAD MUSCULAR DEBIDO A LA LIBERACION PSICOSOMATICA DE TENSION, O UNA INVOLUCRACION FISICA Y MECANICA DE DISFUNCION OCLUSAL. EN CUALQUIERA DE LOS CASOS EL RESULTADO ES INCORDINACION NEUROMUSCULAR CON ALTERACIONES DE LA FUNCION MASTICATORIA QUE PUEDEN CAUSAR DOLOR MIOFACIAL (6)

METODOS DE LOCALIZACION DEL EJE TERMINAL DE BISAGRA PUEDEN CAUSAR UN ERROR DE 0.2 mm DE DIFERENCIA ANTERO_POSTERIOR EN LA OCLUSION DE LOS DIENTES POSTERIORES CUANDO EL REGISTRO DE RELACION CENTRICA ES DE 3 mm DE ESPESOR. EL SIGNIFICADO ES QUE LA PERCEPCION OCLUSAL DE 0.2 mm DE DISCREPANCIA EN UNA DENTICION NATURAL PUEDEN CAUSAR UNA RESPUESTA NEUROMUSCULAR DEFINITIVA, SIENDO EVIDENTE EN LOS MUSCULOS PTERIGOIDEOS MEDIOS Y FIBRAS POSTERIORES DEL

MUSCULO TEMPORAL. (SARNAT, WEINBERG, HANNAN)

UNO DE LOS PRINCIPALES FACTORES ETIOLÓGICOS EN EL DOLOR MIOFACIAL ES LA DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR, SE HA DEMOSTRADO QUE LA COMBINACIÓN DE FACTORES PREDISONENTES PUEDEN PRECIPITAR EL SÍNDROME. SIN EMBARGO LA DISFUNCIÓN PUEDE OCURRIR EN PERSONAS DE CUALQUIER EDAD, SEXO O ESTADO SOCIAL.

EN UN ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIVERSIDAD DE MAYLAND DEMOSTRARON QUE LA MAYORÍA DE LOS SUJETOS PRESENTARON SÍNTOMAS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS DE DISFUNCIÓN CON INTERFERENCIAS OCLUSALES. (6)

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS REFIEREN QUE MÁS DE LAS TRES CUARTAS PARTES DE LA POBLACIÓN PUEDEN TENER ALGUN GRADO O ESTAR AFECTADOS POR LA DISFUNCIÓN.

MENCIONANDO QUE EL SUFRIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE TIENEN DOLOR ES DEBIDO AL DESCONOCIMIENTO DE LA ETIOLOGÍA Y MECANISMOS, O POR EL TRAUMA O ENFERMEDAD QUE HA SIDO POCO CONSIDERADA, O POR LA Poca ATENCIÓN QUE SE LE HA PRESTADO ANTERIORMENTE Y NO A SIDO UNA EXPLICACIÓN VÁLIDA PARA SUS SÍNTOMAS. CRUE (7)

INTERFERENCIAS OCLUSALES PUEDEN CAUSAR DISFUNCIÓN DE LA ATM, SIENDO UNA DE LAS RESPUESTAS NEUROMUSCULARES DEL SISTEMA MASTICATORIO LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES INCORDINADOS.

UNO DE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO RESTAURATIVO ES MITIGAR LA DISFUNCION POR MEDIO DE LA ELIMINACION DE LAS INTERFERENCIAS TANTO COMO SEA POSIBLE, DEPENDIENDO DE LA TECNICA QUE SE EMPLEE.

ES CONOCIDO YA QUE LA DISFUNCION ES UN SINDROME DE MULTIPLES SIGNOS Y SINTOMAS; SIN EMBARGO NO ES NECESARIO QUE SE PRESENTEN TODOS PARA PODER DETERMINARLA. ESTA SE REFLEJA PRINCIPALMENTE EN LOS MUSCULOS Y SU RESPUESTA SE MANIFIESTA CON DOLOR, MOVIMIENTOS MANDIBULARES INCORDINADOS (UNO DE LOS PRIMEROS SINTOMAS EN APARECER) DEBIDO AL ESPASMO MUSCULAR, DOLOR DE CABEZA. ETC. COMO RESULTADO DE LOS ESTIMULOS NOCIVOS.

EN UN ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIVERSIDAD DE MICHIGAN EN LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA EN FEBRERO DE 1982 SE UTILIZO EL PRI (INDICE DE REPRODUCTIVILIDAD PANTOGRAFICA) PARA DETERMINAR LA PREVALENCIA Y LA SEVERIDAD DE LA DISFUNCION DE LA ATM EN UNA POBLACION EN LA CUAL SU OCLUSION HABIA SIDO RESTAURADA CON PROTESIS PARCIAL FIJA. EN 50 SUJETOS, 23 HOMBRES Y 27 MUJERES DE 25 A 73 AÑOS DE EDAD. DE LOS CUALES 16 NO LA PRESENTARON. 20 SUJETOS (38%) TUVIERON DISFUNCION LEVE, 10 MODERADA (20%) Y 5 SEVERA (10%), DANDO UN TOTAL DEL 68% DE LA POBLACION CON ALGUN GRADO DE DISFUNCION. ANTES DE LA REHABILITACION PRESENTABAN POCAS

RESTAURACIONES Y PERDIDA O INCLINACION DENTAL QUE PODRIAN SER LOS ORIGINARIOS DE LAS INTERFERENCIAS, ASI COMO ESTRES DEBIDO A PROBLEMAS SOCIALES.

POR LO QUE SE PIENSA QUE LOS PACIENTES PODIAN HABER TENIDO INTERFERENCIAS ANTES DE LA REHABILITACION, SIENDO PROBABLEMENTE LAS CAUSANTES DE LA DISFUNCION MUSCULAR Y PERPETUARSE CON LOS TRATAMIENTOS RESTAURADORES. ASI COMO TAMBIEN SE PUEDEN PRESENTAR EN LA FASE RESTAURATIVA COMO RESULTADO DE LOS PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS LLEVADOS A CABO. (7)

DENOMINANDOSE ASI A LOS CONTACTOS EN LA OCLUSION QUE IMPIDEN O ESTORBAN LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES ARMONIOSOS, DE DESLIZAMIENTO, MANTENIENDO LOS DIENTES EN CONTACTO. (25)

LAS VARIACIONES EN EL PRI SUGIEREN QUE EL USO DE LA FERULA OCLUSAL CONFIRMA LA PRESENCIA DE INTERFERENCIAS OCLUSALES. EN PACIENTES CUYA OCLUSION FUE AJUSTADA CUANDO LOS REGISTROS DEL PRI COMENZARON A SER REPRODUCIBLES DESPUES DE LA TERAPIA CON FERULA OCLUSAL, ESTA PUDO SER ELIMINADA Y LOS REGISTROS SIGUIERON REPRODUCIENDOSE; ESTO INDICA QUE EL AJUSTE OCLUSAL FUE UN TRATAMIENTO CORRECTIVO Y QUE LA FERULA ES UN PALIATIVO.

EL ESTRES PUEDE ALTERAR LA CORDINACION MUSCULAR, LA MAYOR PARTE DE LOS CAMBIOS REGISTRADOS EN EL PRI SON

ATRIBUIDOS A ESTE. LOS FACTORES PSICOLOGICOS PUEDEN INFLUIR NO SOLO EN LA HABILIDAD PARA TOLERAR LAS DISCREPANCIAS OCLUSALES, SINO TAMBIEN EL UMBRAL DE TOLERANCIA DEL COMPLEJO NEUROMUSCULAR MASTICATORIO. EN ALGUNOS PACIENTES SU UMBRAL NEUROMUSCULAR ES MENOS SUCEPTIBLE A LAS ALTERACIONES PSICOLOGICAS, SIN EMBARGO EL GRADO DE IMPORTANCIA DEL ESTRES ENTRE LOS INDIVIDUOS PUEDE VARIAR.

EN LA CONCLUSION DE ESTA INVESTIGACION SE MENCIONA QUE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES FUERON CAUSAS ACTIVAS DE DISFUNCION DE LA ATM EN 10 DE 36 PACIENTES CON OCLUSION RESTAURADA. (8)

LA EXTENSION Y FORMA DE LA ATM ESTA RELACIONADA A LA FORMA DE LOS ARCOS DENTALES Y LA POSICION DE LOS CONDILOS DENTRO DE LA CAVIDAD GLENOIDEA CUANDO LOS DIENTES ESTAN EN POSICION INTERCUSPIDEA.(15)
LA FORMA DE LAS ESTRUCTURAS DE LA ATM A CUALQUIER EDAD ES EL RESULTADO DE LA INTERACCION DE DIFERENTES FACTORES. DURANTE EL CRECIMIENTO TIENE UN LUGAR UN PROCESO DE MODELACION EL CUAL ESTA CONDICIONADO POR FACTORES GENETICOS, AMBIENTALES Y FUNCIONALES.

EN EL ANALISIS DE 600 CORTES HISTOLOGICOS DE CONDILOS DE 100 CRANEOS CON ARCOS DENTALES COMPLETOS O

EDENTULISMO PARCIAL DE DIFERENTE SEVERIDAD, MOSTRARON UNA RELACION ESTADISTICA SIGNIFICANTE DE LA RELACION ENTRE LA REMODELACION Y EL GRADO DE EDENTULISMO. EN OTRO GRUPO DE 100 CRANEOS CON TODOS LOS DIENTES PERO DIFERENTE GRADO DE ABRASION SE ENCONTRO UNA RELACION SIGNIFICANTE ENTRE LA FORMA CONDILAR CONSEQUENTE A LA REMODELACION Y AL PATRON DE DESGASTE DENTAL.

DESPLAZAMIENTO ANTERIOR CON FRECUENCIA OCASIONA APLANAMIENTO DE LA SUPERFICIE CONDILAR ANTERIOR, MIENTRAS QUE EL DESPLAZAMIENTO POSTERIOR FRECUENTEMENTE ES ACOMPAÑADO POR APLANAMIENTO O CONCAVIDADES DE LA PARTE SUPERIOR DEL CONDILO. LA RELOCALIZACION PROPIA DE LA MANDIBULA PUEDE INFLUENCIAR POSITIVAMENTE EL PROCESO DE REMODELACION Y REFORMACION DEL APLANAMIENTO CONDILAR.

DIVERSOS AUTORES ENCONTRARON RELACION ENTRE LA ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA Y LA SEVERIDAD DE LA ATRICCION DENTAL O LA PERDIDA DE ESTOS. EN LA MAYORIA DE LOS PACIENTES LOS SIGNOS RADIOGRAFICOS Y CLINICOS DE ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA, FUERON ACOMPAÑADOS DE UN SEVERO DETERIORO DE LA OCLUSION.

LA REHABILITACION OCLUSAL PUEDE MEJORAR LA SITUACION Y TAMBIEN PUEDE LOGRAR QUE DESAPARESCAN LAS

LESIONES EN ALGUNOS CASOS. LAS FUERZAS PROVENIENTES DE LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LOS DIENTES DURANTE LA FUNCION MASTICATORIA LLEGAN A LA REGION ARTICULAR Y SU INTENSIDAD Y PATRON DEPENDEN DEL ESQUEMA OCLUSAL; ESTAS PUEDEN SER MODIFICADAS POR ALGUNA ALTERACION QUE SUCEDA EN EL ARCO DENTAL DURANTE LA VIDA. LA REMODELACION Y LOS CAMBIOS CONSECUENTES EN LA FORMA ES UNA ADAPTACION BIOLOGICA HACIA UNA NUEVA DEMANDA FUNCIONAL.

LOS CONTACTOS DEFLECTIVOS DESPLAZAN LA MANDIBULA EN LA POSICION INTERCUSPIDEA, DESPLAZANDO EL CONDILO DENTRO DE LA CAVIDAD GLENOIDEA. LOS MOVIMIENTOS MASTICATORIOS TAMBIEN SON AFECTADOS POR INTERFERENCIAS OCLUSALES CON MASTICACION UNILATERAL O RESTRICCION O IRREGULARIDAD DE LOS MOVIMIENTOS COMO RESULTADO, MODIFICANDO DE NUEVO LA CARGA FUNCIONAL EN LA ATM. LAS ALTERACIONES OCLUSALES SON FACTORES PROVENIENTES DE BRUXISMO Y OTROS HABITOS PARAFUNCIONALES. EL POTENCIAL DE REMODELACION Y CAMBIO EN LA FORMA DE LA ATM ES ALTO Y ESTA DIRECTAMENTE RELACIONADO AL PATRON OCLUSAL Y A LA CONSECUENTE POSICION CONDILAR EN LA FOSA GLENOIDEA. LA TERAPIA OCLUSAL NO SOLO RESTAURA LA FUNCION DEL APARATO ESTOMATOGNATICO, SINO TAMBIEN, CUANDO ES NECESARIO RESTAURA LA FORMA FISIOLOGICA DE LAS

ESTRUCTURAS OSEAS Y DE LA ATM. (11)

LAS MUJERES TIENEN UNA MAYOR INCIDENCIA DE DISFUNCION MANDIBULAR Y LOS HOMBRES DE BRUXISMO. PACIENTES ENTRE LOS 30 Y 39 AÑOS DE EDAD REPORTARON UNA ALTA INCIDENCIA DE APRETAMIENTO, BRUXISMO, DOLOR MUSCULAR EN LAS MAÑANAS. ENTRE LOS 40 Y 49 UNA GRAN PREVALENCIA DE DOLORES DE CABEZA CRONICOS.

DIFERENTES AUTORES CONFIRMAN EL CONCEPTO DE QUE LAS MUJERES SON MAS CONCIENTES DE LA ENFERMEDAD Y VAN A LA ATENCION MEDICA MAS RAPIDO QUE LOS HOMBRES; ASI COMO QUE LAS MUJERES TIENEN UN ALTO GRADO DE ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS. (20)

GELB IDENTIFICO LA DEPENDENCIA PSICOLOGICA COMO UN COMPONENTE PRIMARIO DE LA DISFUNCION. (23)

LA VARIACION EN LA FORMA DE LA FOSA GLENOIDEA Y EL CONDILO DEBIDO A LA ASIMETRIA ENTRE EL LADO DERECHO E IZQUIERDO ES EXTREMADAMENTE PEQUEÑA (APROX. 0.2 mm), INSIGNIFICANTE CLINICAMENTE. ESTO ES IMPORTANTE SI SE CORRELACIONA EL DESPLAZAMIENTO CONDILAR Y EL DOLOR DE DISFUNCION DE LA ATM, YA QUE NO ES ATRIBUIBLE A NINGUNA ASIMETRIA INNATA DE LA FORMA DEL CONDILO Y LA FOSA DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO.

ES IMPORTANTE NOTAR LA ALTA INCIDENCIA DE DESPLAZAMIENTO CONDILAR (53 A 71%) MIENTRAS QUE LA CONCENTRICIDAD CONDILAR VARIA SOLO DE UN 1 A UN 11%.

LA POSICION CONDILAR EN LA FOSA NO ES NECESARIAMENTE CONFORME AL ESQUEMA OCLUSAL, CUANDO LA R.C. Y LA O.C. SON HARMONIOSAS Y LOS CONDILOS ESTAN CONCENTRICAMENTE LOCALIZADOS EN LA FOSA, LA R.C. ES FUNCIONAL Y PUEDE EXISTIR CON O SIN DESLIZAMIENTOS DEFLECTIVOS DEPENDIENDO DE LA POSICION CONDILAR EN LA FOSA.

LA R.C. DISFUNCIONAL ES CUANDO EXISTE HARMONIA ENTRE LA R.C. Y LA O.C. PERO LOS CONDILOS SE ENCUENTRAN RETRUIDOS O DESPLAZADOS SUPERIORMENTE Y PUEDE EXISTIR CON O SIN DESLIZAMIENTOS DEFLECTIVOS. EN ESTA EL DESPLAZAMIENTO OCLUSAL NO PUEDE SER RELACIONADO CON EL CONDILO QUE SE OBSERVA EN LAS RADIOGRAFIAS.

FRANKENHAEUSER MOSTRO QUE LOS AGENTES QUIMICOS EN EL ESTRES (CATECOLAMINAS Y 17-HIDROXICORTICOESTEROIDES) FUERON MAS ALTAS EN LOS HOMBRES QUE EN LA MUJERES.

GOODMAN, GRENE, LASKIN SEÑALAN QUE LA OCLUSION NO ESTA INVOLUCRADA EN EL SINDROME DE DOLOR MIOFACIAL;

EN UNA INVESTIGACION HECHA POR WEINBERG EL 26% DE 138 PACIENTES TRATADOS, SU INICIO DE LA DISFUNCION FUE POR ESTRES Y EL 24% POR CAMBIOS OCLUSALES.

LA POSICION DE LA MANDIBULA Y EL MANTENIMIENTO DEL ESPACIO INTEROCLUSAL SON CONTROLADAS POR LA FUNCION PROPIOCEPTIVA DE LOS MUSCULOS MASTICADORES.

LOS RECEPTORES PRINCIPALES QUE SUBSIRVEN LA FUNCION DE PROPIOCEPCION SON LOS HUSOS MUSCULARES Y LOS ORGANOS TENDINOSOS DE GOLGI.

LOS HUSOS MUSCULARES SON ESTRUCTURAS MUY COMPLICADAS HALLADAS HABITUALMENTE EN LAS PARTES CENTRALES DE LOS MUSCULOS. HAY DOS TIPOS DE FIBRAS MUSCULARES DENTRO DE LOS HUSOS QUE NO GENERAN TENSION CUANDO SE CONTRAEN. ESTAS FIBRAS TIENEN INERVACIONES MOTORAS SEPARADAS Y SOLO FUNCIONAN PARA ALTERAR EL RITMO DE DISPARO DE LAS TERMINACIONES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DE LOS NERVIOS PROPIOCEPTORES.

LOS HUSOS MUSCULARES TIENEN UNA DOBLE INERVACION, SENSORIAL Y MOTORA Y PROVEEN AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DE INFORMACION SOBRE LA LONGITUD INSTANTANEA Y VELOCIDAD DE CAMBIO DE LA LONGITUD DEL MUSCULO EN QUE ESTAN UBICADOS; AYUDAN A ASEGURAR QUE LA TENSION DEL MUSCULO SERA PROPORCIONAL AL ESTIRAMIENTO, Y PERMITEN UNA CORDINACION ADECUADA DEL MOVIMIENTO FASICO (INTENCIONAL) CON LA POSTURA.

LOS ORGANOS TENDINOSOS DE GOLGI ESTAN UBICADOS EN LOS
LIGAMENTOS Y TENDONES DE LOS MUSCULOS Y TAMBIEN ESTAN
DISPARANDO CONSTANTEMENTE HACIA EL S.N.C.; ESTOS TIENEN
LOS UMBRALES DE TENSION LO BASTANTE BAJOS COMO PARA
DESEMPEÑAR SU ROL EN LA REGULACION MOMENTO A MOMENTO DE
LA CONTRACCION MUSCULAR

EL MECANISMO PROPIOCEPTOR DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO
TIENE VARIOS RASGOS SINGULARES. LOS CUERPOS CELULARES DE
LOS NERVIOS PROPIOCEPTIVOS DE LOS MUSCULOS QUE ELEVAN LA
MANDIBULA SE ENCUENTRAN DENTRO DEL S.N.C. EN EL NUCLEO
MESENFALICO DEL NERVIO TRIGEMINO.

LA ACTIVIDAD RECIPROCA TIPICA DE LOS MUSCULOS
ANTAGONISTAS SE HA DEMOSTRADO EN LOS MUSCULOS
MANDIBULARES; EN EL GATO, CUANDO SE LES LIBERA DE SU
INSERCIÓN Y SE LES ESTIRA, SE INHIBE LA ACTIVIDAD
ELECTRICA EN LOS MUSCULOS ANTAGONISTAS.
ESTE TIPO DE FUNCION MUSCULAR SE ATRIBUYE DE MODO TIPICO
A LA ACTIVIDAD RECIPROCA DE LOS HUSOS MUSCULARES
UBICADOS EN LOS MUSCULOS ANTAGONISTAS.

LA CAPSULA DE LA ATM ESTA RICAMENTE INERVADA
CON TERMINACIONES NERVIOSAS PROPIOCEPTIVAS. GRIFFIN
DEMOSTRO QUE EL MENISCO DE LA ARTICULACION ESTA

RICAMENTE INERVADO POR ORGANOS TENDINOSOS DE GOLGI EN EL AREA DE INSERCIÓN DEL VIENTRE SUPERIOR DEL PTERIGOIDEO EXTERNO.

JERGE VERIFICO EN EL GATO QUE LOS LIGAMENTOS PERIODONTALES DE LOS DIENTES, EN ESPECIAL LOS ANTERIORES, ESTAN INERVADOS POR COMPLICADOS RECEPTORES NERVIOSOS CUYOS CUERPOS CELULARES RESIDEN EN EL NUCLEO MESENCEFALICO DEL TRIGEMINO.

ESTABLECIO QUE ESOS NERVIOS PUEDEN INERVAR LIGAMENTOS PERIODONTALES AISLADOS O DE DOS O MAS DIENTES ADYACENTES Y EL TEJIDO GINGIVAL VECINO. EN EL PERIODONTO ESTAN DIRECCIONALMENTE ORIENTADOS; UNA PRESION APLICADA A LOS DIENTES ES SEGUIDA POR MOVIMIENTOS DE APERTURA DEL MAXILAR.

LOS DIENTES PROVEEN GRAN PARTE DEL LADO SENSITIVO DEL REFLEJO DE APERTURA DE LOS MAXILARES.

LOS MUSCULOS DEPRESORES ESTAN PROTEGIDOS POR LOS ORGANOS TENDINOSOS DE GOLGI EN SUS INSERCIONES Y POR LOS RECEPTORES DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR. CUANDO SE ALTERA O RESTAURA LA SUPERFICIE OCLUSAL DE UN DIENTE CON FUNCION OCLUSAL, TRATA DIRECTAMENTE CON LA INERVACION PROPIOCEPTIVA DE LOS MUSCULOS.

LOS ESPASMOS MUSCULARES DESAPARECEN CON RAPIDEZ EN LOS MUSCULOS TEMPORALES CUANDO SE ELIMINAN LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES.

EN LOS CASOS EN QUE LAS INTERFERENCIAS SE CORRIGUIERON CON FERULAS, LOS ESPASMOS MUSCULARES RECIDIVARON CASI DE INMEDIATO AL RETIRAR LA FERULA. ESTO INDICA QUE LOS NERVIOS PROPIOCEPTIVOS DE LIGAMENTOS PERIODONTALES, MUSCULOS, ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO, SON SENSIBLES EN EXTREMO A LA OCLUSION DE LOS DIENTES.

UNA INFORMACION PROPIOCEPTIVA ALTERADA POR INTERFERENCIAS OCLUSALES CONDUCE EN MUCHOS PACIENTES A DOLORES MUSCULARES Y ESPASMOS.

LEFF PROBO QUE CAMBIOS MUY LEVES EN LA POSICION OCLUSAL DE LOS DIENTES ALTERAN MUCHO LA PRESION DE CIERRE MAXIMA DE LOS ELEVADORES MANDIBULARES.

LOS RECEPTORES PROPIOCEPTIVOS SON TAN EFICACES PARA LIMITAR LA CONTRACCION DE LOS ELEVADORES MANDIBULARES COMO PARA PROTEGER LAS ESTRUCTURAS DE LA ARTICULACION EN LA POSICION DE CONTACTO RETRUIDA DEL CONDILO Y LOS DIENTES CUANDO OCLUYEN SOBRE LOS PLANOS INCLINADOS EN VEZ DE EN POSICIONES DE TOPE DE CENTRICA ESTABLES DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS.(26)

CUANDO EL ESPACIO OCLUSAL ES OBLITERADO POR GRANDES PERIODOS DE TIEMPO LOS DIENTES TIENDEN A INTRUIRSE DENTRO DE SUS ALVEOLOS RESTABLECIENDO LA DIMENSION VERTICAL DE OCLUSION ORIGINAL. PARADOJICAMENTE UN DESCENSO EN LA ACTIVIDAD ELECTROMIOGRAFICA HA SIDO REPORTADO POR DIFERENTES AUTORES, CUANDO LA DIMENSION VERTICAL ES INCREMENTADA LIGERAMENTE.

LA PERCEPCION SENSORIAL POSICIONAL Y LOS ESTIMULOS OCLUSALES SON FINAMENTE MONITORIZADOS POR REFLEJOS PROPIOCEPTIVOS DE LOS MUSCULOS, MEMBRANA PERIODONTAL Y MUCOSA ORAL.

LAS RELACIONES CUSPIDEAS PRODUCEN UNA CONSTANTE CORRIENTE DE ESTIMULOS PROPIOCEPTIVOS PARA POSICIONAR LA MANDIBULA CORRECTAMENTE PARA EVITAR EL TRAUMA Y DIRIGIRLO A LOS MOVIMIENTOS NORMALES DE MASTICACION Y DEGLUCION.

CUANDO SE PRESENTA UNA OCLUSION INCOMODA CONCIENTE O INCONCIENTEMENTE (ESTADO EXAGERADO DE ESTIMULACION PROPIOCEPTIVA), ESTOS TIENDEN AL APRETAMIENTO.

SI LA OCLUSION PRODUCE DESPLAZAMIENTO CONDILAR, ADEMÁS

SE INCREMENTA EL CAMBIO EN PROPIOCEPTORES NOCIVOS DENTRO DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR DE LAS MISMAS ARTICULACIONES.

EL ESTRES TIENE UN IMPORTANTE PAPEL INDIRECTO (DE MAYOR O MENOR EXTENSION, DEPENDIENDO DEL PACIENTE) QUE USUALMENTE PRODUCE APRETAMIENTO PARA ESTIMULAR EL SISTEMA PROPIOCEPTIVO Y O PRODUCIR DESPLAZAMIENTO CONDILAR.

LA ETIOLOGIA DEL DESPLAZAMIENTO Y DISLOCACION ANTERIOR DEL DISCO ES EL DESPLAZAMIENTO CONDILAR POSTERIOR CAUSADO POR LA OCLUSION. ESTE DESPLAZAMIENTO DEL CONDILO PRODUCE ESTIMULOS NOCIVOS AL SISTEMA PROPIOCEPTIVO PORQUE SE ENCUENTRA FUERA DEL RANGO NORMAL DE MOVIMIENTO CON LA ARTICULACION. LA ADHESION NORMAL DEL DISCO AL CONDILO ES ESTRECHADA O CAMBIADA PARA SU SEPARACION; ESTO POSIBILITA UNA ATROFIA POR PRESION EN ALGUNAS DE LAS CELULAS SINOVIALES LOCALIZADAS EN LA PORCION POSTERIOR DE LA ARTICULACION QUE PROPORCIONA NUTRICION Y LUBRICACION DE SUS PARTES.(24)

MOFFET REPORTO QUE LAS FORMAS DE LA MANDIBULA EN LA TRIADA ARTICULAR SON: LOS PUNTOS DE CONTACTO, LA ARTICULACION Y LAS PIEZAS DENTALES. LA TRIADA FUNCIONA COMO UNA UNIDAD FISIOLOGICA Y LAS

ALTERACIONES EN ALGUNOS DE ELLOS PUEDEN PRODUCIR CAMBIOS SECUNDARIOS EN LOS OTROS DOS. (18)

KLOPROGGE Y GRIETHUYSEN SUGIEREN QUE EL SINDROME ES CAUSADO POR CAMBIOS EN LOS PATRONES DE CONTRACCION DE LOS MUSCULOS MASTICADORES. BASADOS EN QUE LA MEMBRANA PERIODONTAL CONTIENEN MECANORRECEPTORES LOS CUALES EJERCEN CONTROL REFLEJO SOBRE LOS PATRONES DE CONTRACCION DE LOS MUSCULOS DURANTE LA MASTICACION. (17)

KLOPROGGE (1975) REALIZO UNA INVESTIGACION EN LA QUE DEMOSTRO QUE ALGUNOS DE LOS MECANORRECEPTORES DE LA MEMBRANA PERIODONTAL DEL CANINO EN LOS GATOS, ESTAN SITUADOS A SU ALREDEDOR EN FORMA MUY ESPECIFICA, LOS CUALES SON REONSABLES DEL CONTROL DE LA MASTICACION, Y QUE ESTOS TAMBIEN ESTAN PRESENTES EN EL HOMBRE, POR LO QUE HIPOTETIZO:

1. SI LAS FUERZAS LATERALES QUE ACTUAN EN CADA DIENTE SON MAYORES DE LO NORMAL Y/O ACTUAN EN UNA DIRECCION DIFERENTE, COMO RESULTADO DE UN TRABAJO DENTAL REALIZADO EN ESOS DIENTES, SON CAPACES DE ESTIMULAR LOS MECANORRECEPTORES, RESULTANDO UN CAMBIO EN LOS PATRONES DE CONTRACCION MUSCULAR BASADOS EN UN REFLEJO.

2. ESTE CAMBIO EN LOS PATRONES DE CONTRACCION MUSCULAR PUEDEN OCASIONAR EL DESARROLLO DEL SINDROME DE DISFUNCION.

PARA PROBAR ESTA HIPOTESIS SE HIZO UNA INVESTIGACION EN 8 PACIENTES ADULTOS (5 MUJERES, 3 HOMBRES) DE LOS CUALES TUVIERON UNO O MAS SINTOMAS DE DISFUNCION, TRABAJOS DENTALES VARIADOS, DESDE UNA RESTAURACION CON AMALGAMA O PROCEDIMIENTOS MAS COMPLICADOS DISEÑADOS PARA IMPROVISAR LA OCLUSION, ENTRE OTRAS COSAS ONLAYS, CORONAS Y PUENTES.

SE INVESTIGARON CLINICA Y ELECTROMIOGRAFICAMENTE, PARA PODER HACER LA EVALUACION DE LOS ELECTROMIOGRAMAS SE OBTUVIERON TAMBIEN DE TRES PACIENTES CONTROL, CON DENTACION COMPLETA SIN NINGUN TRABAJO DENTAL.

LOS RESULTADOS INDICAN QUE EN TODOS LOS PACIENTES LOS SINTOMAS APARECIERON DESPUES DE LAS RESTAURACIONES DENTALES; SIN EMBARGO REPORTARON QUE HABIAN ESTADO EXPUESTOS A PERIODOS REGULARES DE MAYOR O MENOR ESTRES MENTAL DURANTE ESAS SEMANAS.

DURANTE LA PRIMERA EXAMINACION CLINICA NO ENCONTRARON EVIDENCIAS CLARAS, LAS CUALES EXPLICARAN LOS SINTOMAS. UN ESTUDIO DE LA OCLUSION Y LA ARTICULACION EN MODELOS DENTALES ARTICULADOS, TAMBIEN FRACASO, YA QUE NO ENCONTRARON NINGUNA RAZON PARA ASEGURAR QUE LAS

RESTAURACIONES FUERAN LAS CAUSANTES DE LOS SINTOMAS. LA COMPARACION DE LOS MODELOS DE ESTUDIO ANTES Y DESPUES DE LAS RESTAURACIONES, NO MOSTRARON PRUEBAS DE QUE ESTAS FUERAN LAS CAUSANTES DE LOS CAMBIOS EN LOS PATRONES DE OCLUSION Y/O ARTICULACION.

LOS ELECTROMIOGRAMAS REGISTRADOS DURANTE LA MASTICACION CON MAXIMA OCLUSION Y DURANTE UNA CARGA LOCAL EN LOS SINERGISTAS MOSTRARON UNA FORMAS REGULAR.

CUANDO SE APLICARON FUERZAS LOCALES A UN NUMERO DE DIENTES RESTAURADOS SE OBSERVARON ANORMALIDADES DEFINITIVAS EN LOS REGISTROS DE LA ACTIVIDAD MUSCULAR. CUANDO LA FUERZA LOCAL ES APLICADA A LOS SINERGISTAS, SIEMPRE SON INVOLUCRADOS DIFERENTES DIENTES, COMO LAS FUERZAS LATERALES ESTAN ACTUANDO EN DIFERENTES DIENTES AL MISMO TIEMPO, NO SE PUEDE DEDUCIR UNA RELACION DIRECTA ENTRE EL ELECTROMIOGRAMA ANORMAL Y LOS DIENTES RESTAURADOS; POR ESTA RAZON SE HIZO UN NUEVO ESTUDIO CLINICO.

EN ESTE REVELO QUE LOS DIENTES QUE PRODUCIAN LAS ANORMALIDADES EN EL ELECTROMIOGRAMA (EMG), MOSTRARON TAMBIEN UN NUMERO DE FACETAS DE DESGASTE EN LAS RESTAURACIONES, ALGUNAS DE ESTAS FACETAS FUERON EXTREMADAMENTE PEQUEÑAS Y SOLO PODIAN DETECTARSE CON DIFICULTAD CON PAPEL DE ARTICULAR MICRODELGADO; LA MAYORIA DE ESTAS SE ENCONTRARON EN LAS AREAS MARGINALES

DE LAS RESTAURACIONES.

LAS FACETAS DE DESGATE SE ELIMINARON SIN AFECTAR EL CONTORNO DEL DIENTE, SI SE LLEGABAN A INVOLUCRAR, LAS RESTAURACIONES ERAN REEMPLAZADAS.

ALGUNOS PACIENTES REPORTARON DESAPARICION INSTANTANEA DE SUS SINTOMAS, DESPUES DEL REEMPLAZAMIENTO O AJUSTE DE LAS RESTAURACIONES, MIENTRAS QUE OTROS SOLO UNA MEJORIA PARCIAL.

ESTOS ULTIMOS FUERON SUJETOS A UNA EXAMINACION CLINICA ADICIONAL, LAS RESTAURACIONES EN TODOS LOS DIENTES FUERON REAJUSTADAS HASTA QUE REPORTARON UN COMPLETO ALIVIO DE SUS PROBLEMAS Y LA DESAPARICION DE SUS SINTOMAS.

LOS ELECTROMIOGRAMAS REGISTRADOS AL FINAL DEL ESTUDIO DEMOSTRARON LA RECURRENCIA DE LOS MISMOS SINTOMAS DURANTE LOS MOMENTOS DE SEVERO ESTRES MENTAL.

CON LO QUE QUEDA DEMOSTRADO QUE UNAS SENCILLAS RESTAURACIONES PUEDEN CREAR DISFUNCION DEL APARATO MASTICATORIO.

DE LA EXPERIENCIA CON LOS PACIENTES SE DEDUCE QUE LA INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS ESTA RELACIONADO A LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SE ESTA VIVIENDO: CUALQUIER INCREMENTO EN EL ESTRES MENTAL DA COMO RESULTADO LOS DIFERENTES GRADOS DE LA SEVERIDAD DE LOS SINTOMAS.(9)

KRAZNAY Y KULMER (1974) DEMOSTRARON QUE LA TENSION PSIQUICA PUEDE SER DESCARGADA EN LOS DIENTES O MANDIBULA.

LOS EJES DE LOS DIENTES SUPERIORES SE ENCUENTRAN DIRIGIDOS EN LA MISMA DIRECCION, RELATIVO UNO A OTRO. UNA CARGA EN ESTOS PROVOCA NO SOLO EL DESARROLLO DE FUERZAS AXIALES SINO TAMBIEN LATERALES.

SI LOS DIENTES SON RESTAURADOS RESULTAN CAMBIOS EN EL EQUILIBRIO TRIDIMENSIONAL POR EJEMPLO:

SI LA INCLINACION DE LAS CUSPIDES ES ALTERADA O MOVIDA, SE CREAN FUERZAS LATERALES, MAYORES DE LO NORMAL QUE PUEDEN ACTUAR EN UNA DIRECCION DIFERENTE: EL RESULTADO DE ESTAS SON:

- a) LA POSICION DE LOS DIENTES RESTAURADOS Y/O LOS ANTAGONISTAS SON TEMPORAL O PERMANENTEMENTE CAMBIADOS.
- b) LOS DIENTES RESTAURADOS Y/O LOS ANTAGONISTAS PERMANECEN EN LA MISMA POSICION EN EL ARCO DENTAL, PERO LA POSICION RELATIVA DEL MAXILAR Y LA MANDIBULA SON CAMBIADOS.

ESTO SE APOYA EN QUE:

1. TODO EL TIEMPO EN QUE SE CIERRA LA BOCA O AL COMER SE PUEDEN EJERCER FUERZAS ANORMALES EN LOS DIENTES

RESTAURADOS O EN SUS ANTAGONISTAS. EL RESULTADO DE ESTAS ES QUE LOS DIENTES MENCIONADOS SE MUEVEN EN UNA FORMA DIFERENTE DENTRO DE SUS ALVEOLOS, LA SENSACION, DIRECCION Y FUERZA SON DIFERENTES A LOS CUALES LOS RECEPTORES DE LA MEMBRANA PERIODONTAL HAN SIDO PROGRAMADOS. LA ESTIMULACION Y EL MOVIMIENTO DE LA MANDIBULA NO SON ADECUADOS, ALTERANDO LOS REFLEJOS DEL PATRON NORMAL DE CONTRACCION MUSCULAR.

SI LAS FUERZAS LATERALES SON MAYORES EN LAS RESTAURACIONES QUE PRESENTAN CONTACTOS PREMATUROS, PUEDEN SER DESPLAZADOS RESPECTIVAMENTE, CREANDO UN DESPLAZAMIENTO PERMANENTE DE LOS DIENTES EN LAS ARCADAS, DAÑANDO LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE, SIENDO LAS RESPONSABLES DE UN NUMERO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES.

2. CUANDO LOS DIENTES RESTAURADOS NO SON DESPLAZADOS PORQUE SE ENCUENTRAN AISLADOS, COMO EN UN PUENTE, LA MANDIBULA SE TIENE QUE ADAPTAR A UNA NUEVA POSICION RELACION AL MAXILAR.

LOS CAMBIOS EN LA MANDIBULA Y LAS RELACIONES OCLUSALES DEBIDO A LA RESORCION DE LOS PROCESOS RESIDUALES Y EL DESGASTE DE LAS DENTADURAS, TAMBIEN

AFECTA LA ACTIVIDAD MUSCULAR-MANDIBULAR.

LA NUEVA POSICION NO SOLO CAUSA LA MODIFICACION DE LA UBICACION DE LOS CONDILOS EN LA CAVIDAD GLENOIDEA, SINO DE TODOS LOS DIENTES DE LA MANDIBULA RESPECTO A LOS DEL MAXILAR. OCACIONANDO UN EFECTO EN EL PATRON DE CONTRACCION MUSCULAR.

ABE. TAKATA Y KAWAMURA (1973) DEMOSTRARON QUE LOS RECEPTORES EN LA ARTICULACION SON CAPACES DE MODIFICAR EL UMBRAL DE ESTIMULACION DE LAS NEURONAS MOTORAS DE LOS MUSCULOS MASTICADORES. CON LO QUE ASEGURAN QUE LOS CAMBIOS EN LA POSICION DE LOS CONDILOS NO SOLO PUEDE CREAR UN PROCESO DESTRUCTIVO SINO QUE LA ESTIMULACION DE LOS BAROCEPTORES EN LA ESTRUCTURA DE LA ATM CREAN GRANDES CAMBIOS EN EL PATRON NEUROMUSCULAR.(9)

CONTACTOS OCLUSALES DEFLECTIVOS PUEDEN INDUCIR ACONDICIONAMIENTO DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR EL CUAL PUEDE SER REFORZADO CONSTANTEMENTE CON CADA CIERRE A TRAVES DE LA RETROALIMENTACION PROPIOCEPTIVA. PUDIENDO OCACIONAR CAMBIOS EN ALGUN NIVEL DE LOS COMPONENTES MASTICATORIOS.(22)

EN UN ESTUDIO LONGITUDINAL DE ELECTROMIOGRAMAS EN PACIENTES QUE USABAN DENTADURAS REVELO QUE EXISTEN MARCADAS ALTERACIONES EN LA ACTIVIDAD DE LOS MUSCULOS DEL CIERRE DE LA MANDIBULA, ESPECIALMENTE EN LA PARTE ANTERIOR DEL MUSCULO TEMPORAL.

EN LA DISFUNCION DOLOROSA MIOFACIAL SE ENCUENTRAN MAS IMPLICADOS LOS FACTORES EMOCIONALES QUE LOS MECANICOS, SIENDO ESTOS LOS AGENTES ETIOLOGICOS PRIMARIOS.

LAS DISCREPANCIAS EN LA OCLUSION, O EN LAS RELACIONES MAXILO-MANDIBULARES, O EN AMBAS, FORMAN LAS BASES DE LAS PRIMERAS TEORIAS ETIOLOGICAS DEL SINDROME DE DISFUNCION MANDIBULAR.

DURANTE LOS PERIODOS DE ESTRES SUCEDEN DOS COSAS DESFAVORABLES:
AUMENTA EL TONO MUSCULAR DE TODOS LOS MUSCULOS VOLUNTARIOS; Y SE PRODUCE UN SEVERO BRUXISMO DURANTE EL SUEÑO, CUANDO EL SISTEMA SE ENCUENTRA DESPROTEGIDO DE LOS MECANORRECEPTORES DE LA RETROALIMENTACION QUE FUNCIONA DURANTE LA CONCIENCIA.(10)

MATERIALES Y METODOS

MATERIAL

HISTORIA CLINICA BASADA EN EL INDICE DE HELKIMO
CON MODIFICACIONES A CONVENIENCIA DE LA INVESTIGACION.

INVENTARIO POR AUTOEVALUACION (IDARE).

ESPEJOS, PINZAS, CINTA DE ARTICULAR, PINZAS PORTACINTA,
GAZAS, REGLA MILIMETRADA, LAPIZ DERMOGRAFICO.

PROGRAMA SPSS DE COMPUTACION PARA LA VALORACION DE LOS
RESULTADOS.

METODO

EN UNA POBLACION DE PACIENTES EN GENERAL, QUE
ASISTEN PARA SU ATENCION DENTAL, A TODAS LAS INSTITUCIONES
DE ODONTOLOGIA, PERTENECIENTES A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE MEXICO (DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE
ODONTOLOGIA, CLINICAS PERIFERICAS) SE OBTUVO UNA HISTORIA
CLINICA DE CADA PACIENTE BASADA EN EL INDICE DE HELKIMO
CON ALGUNAS MODIFICACIONES, PARA DETERMINAR LA PRESENCIA O
AUSENCIA DE DISFUNCION MANDIBULAR Y CORRELACIONARLA A LA
CALIDAD FUNCIONAL Y CANTIDAD DE LAS RESTAURACIONES

DENTALES QUE PRESENTEN, ASI COMO CRUZAR LA INFORMACION OBTENIDA DE UNA PRUEBA ESPECIFICA (IDARE, INVENTARIO POR AUTOEVALUACION), PARA INDICAR EL GRADO DE ANSIEDAD AL QUE SE ENCUENTRAN SOMETIDOS.

INCLUYENDO PACIENTES DE LOS 12 AÑOS EN ADELANTE QUE PRESENTEN O NO, RESTAURACIONES DENTALES COMO AMALGAMAS, INCRUSTACIONES, RESINAS, PROTESIS FIJA, PARCIAL, REMOVIBLE Y TOTAL.

LAS HISTORIAS CLINICAS FUERON REALIZADAS POR EL INVESTIGADOR Y COLABORADOR(C.D. MA. MAGDALENA GUTIERREZ SEMENOW), LA PRUEBA DEL IDARE SE LES PROPORCIONO A LOS PACIENTES PARA SU EJECUCION EN UN TIEMPO DETERMINADO, POR LO QUE SE EXCLUYO AQUELLOS QUE NO SABIAN LEER NI ESCRIBIR.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS FUERON EVALUADOS POR MEDIO DEL PROGRAMA SPSS DE COMPUTACION Y EXPRESADOS EN TABLAS.

RESULTADOS

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE UN TOTAL DE 210 HISTORIAS CLINICAS, BASADAS EN EL INDICE DE HELKIMO CON ALGUNAS MODIFICACIONES, PARA DETERMINAR LA PRESENCIA O AUSENCIA DE DISFUNCION MANDIBULAR Y DE SUS RESPECTIVOS INVENTARIOS POR AUTOEVALUACION IDARE SON LOS SIGUIENTES:

136 FUERON MUJERES (64.8%), 74 HOMBRES (35.2%).

LOS RANGOS DE EDAD FLUCTUAN ENTRE LOS 14 Y 81 AÑOS DE LOS CUALES SE ENCONTRARON DE LA FORMA SIGUIENTE:

DE 15 A 20 AÑOS	56	(26.7%)
DE 21 A 25 AÑOS	46	(21.9%)
DE 26 A 30 AÑOS	31	(14.8%)
DE 31 A 35 AÑOS	21	(10%)
DE 36 A 40 AÑOS	15	(7.1%)
DE 41 A 45 AÑOS	11	(5.2%)
DE 46 A 50 AÑOS	9	(4.3%)
DE 51 A 60 AÑOS	11	(5.2%)
DE 61 A 70 AÑOS	4	(1.9%)
DE 81 AÑOS	2	(1%)

ESTADO CIVIL:

118 SOLTEROS (56.2%), 78 CASADOS (37.1%) Y 14 OTRO (6.7%).

OCUPACION:

81 SON ESTUDIANTES (38.6%), 58 AMAS DE CASA (27.6%), Y EL RESTO EN DIVERSAS OCUPACIONES, DESDE PROFESIONISTAS HASTA EMPLEADOS.

DATOS ANAMNESICOS (SUBJETIVOS)

SONIDO EN LA ARTICULACION:

165 NO PRESENTARON, 7 PRESENTARON, 25 EN LOS PADRES, 13 HERMANOS.

BRUXISMO:

144 NO PRESENTARON, 40 PRESENTARON, 10 EN LOS PADRES, 16 HERMANOS.

	PRESENTA	NO PRESENTA
GASTRITIS	40	170
COLITIS	23	182
ARTRITIS	10	200
REUMATISMO	21	189
TRAUMATISMOS	45	165

SIGNOS Y SINTOMAS DE DISFUNCION LEVE (SUBJETIVOS)

	PRESENTA	NO PRESENTA
SONIDO EN ATM	39	171
FATIGA MUSCULAR	38	172
RIGIDEZ MUSCULAR	21	189
DOLOR ALREDEDOR DE ATM	30	180
APRETAMIENTO	45	165
DIFICULTAD AL ABRIR LA BOCA	19	191
TRABAMIENTO	10	200
DISLOCACION	5	205
DOLOR AL MOVIMIENTO	12	198
DOLOR ATM DERECHA	22	188
DOLOR ATM IZQUIERDA	24	186
DOLOR DE CABEZA POCO FRECUENTE	47	163
DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	33	177
DOLOR DE CUELLO POCO FRECUENTE	32	178
DOLOR DE CUELLO FRECUENTE	14	196

DISFUNCION CLINICA (OBJETIVOS)

MOVIMIENTOS: 169 NORMALES, 36 LIGERAMENTE DETERIORADOS

5 SEVERAMENTE DETERIORADOS.

CHASQUIDOS: 45 PRESENTARON

CREPITACION: 6 PRESENTARON

DENTRO DE LOS MUSCULOS QUE PRESENTARON SENSIBILIDAD SE
ENCUENTRAN:

	DER.	IZQ.
TEMPORAL	19	12
MASETERO	13	8
PTERIGOIDEO INTERNO	15	11
PTERIGOIDEO EXTERNO	16	18
DIGASTRICO		4
ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO	10	8
CERVICALES		34

	POSTERIOR	LATERAL
DOLOR EN ATM	17	13

DOLOR AL MOVER LA MANDIBULA: 15 PERSONAS

CLASE DE ANGLE:

CLASE 1 BILATERAL	147 PERSONAS (70%)
CLASE 2 BILATERAL	23 PERSONAS (11%)
CLASE 3 BILATERAL	12 PERSONAS (5.7%)
28 PRESENTARON DIVERSAS MODIFICACIONES DE ESTAS	(13.3%)

	SIMETRICO	DESVIADO	COMPLICADO
PATRON DE APERTURA	139	60	11
DE 20 A 29 mm	2		
DE 30 A 39 mm	14		
DE 40 A 49 mm	117		
DE 50 A 59mm	12		
DE 60 A 69 mm	5		

	ANTERIOR	LATERAL
DESLIZAMIENTO DE R.C. A O.C.	104	29

CLASIFICACION DEL RUIDO:

	DER.	IZQ.
APERTURA TEMPRANA	12	7
APERTURA TARDIA	16	11
CIERRE TEMPRANO	1	9
CIERRE TARDIO	7	9
RUIDO MULTIPLE	0	1
CREPITACION	3	5

NUMERO DE DIENTES AUSENTES:

DE 1 A 3 DIENTES	78	37.1%
DE 4 A 7 DIENTES	92	43.8%
DE 8 A 11 DIENTES	19	9%

DE 12 A 15 DIENTES	6	2.8%
DE 16 A 21 DIENTES	4	1.9%
DE 22 A 28 DIENTES	3	1.4%
DE 29 A 32 DIENTES	8	3.8%
NO PRESENTARON	78	37.1%

NUMERO DE RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL:

DE 1 A 3 RESTAURACIONES	64	30.5%
DE 4 A 6 RESTAURACIONES	23	11%
DE 7 A 9 RESTAURACIONES	11	5.3%
DE 10 A 12 RESTAURACIONES	9	4.3%
DE 13 A 17 RESTAURACIONES	4	2%
NO PRESENTARON	99	47.1%

NUMERO DE RESTAURACIONES EN BUEN ESTADO FUNCIONAL:

DE 1 A 3 RESTAURACIONES	83	30%
DE 4 A 6 RESTAURACIONES	34	16.2%
DE 7 A 9 RESTAURACIONES	26	12.3%
DE 10 A 12 RESTAURACIONES	21	10%
DE 13 A 15 RESTAURACIONES	8	3.9%
DE 24 A 28 RESTAURACIONES	7	3.4%
NO PRESENTARON	51	24.3%

INTERFERENCIAS EN BALANCE:

	DERECHO	IZQUIERDO
1 INTERFERENCIA	21	29
2 INTERFERENCIAS	6	4
3 INTERFERENCIAS	0	2
NO PRESENTARON	183	175

INTERFERENCIAS PROTRUSIVAS:

	DERECHO	IZQUIERDO
1 INTERFERENCIA	56	55
2 INTERFERENCIAS	21	19
3 INTERFERENCAS	10	8
4 INTERFERENCIAS	2	4
5 INTERFERENCIAS	2	2
NO PRESENTARON	119	122

TIEMPO DE PERMANENCIA DE LAS RESTAURACIONES:

LA MAYOR PARTE SE ENCONTRO ENTRE 1 Y 7 AÑOS DE PERMANENCIA, SIENDO 48 AÑOS EL MAXIMO TIEMPO.

SINTOMATOLOGIA ANTES Y DESPUES DE LAS RESTAURACIONES:

	ANTES	DESPUES
DISFUNCION LEVE	21 (10%)	12 (5.7%)
DISFUNCION MODERADA	9 (4.3%)	17 (8.1%)
DISFUNCION SEVERA	3 (1.4%)	4 (1.9%)
NO PRESENTARON	176 (84.3%)	176 (84.3%)

DENTRO DE LOS PACIENTES QUE SE ENCONTRARON EN EL RANGO DE DISFUNCION LEVE LA CANTIDAD DE PERSONAS Y EL NUMERO DE INTERFERENCIAS EN BALANCE QUE PRESENTARON SON LAS SIGUIENTES:

1 INTERFERENCIA 8 PERSONAS
 2 INTERFERENCIAS 2 PERSONAS

INTERFERENCIAS PROTRUSIVAS:

1 INTERFERENCIA 4 PERSONAS
 2 INTERFERENCIAS 6 PERSONAS
 3 INTERFERENCIAS 2 PERSONAS
 4 INTERFERENCIAS 2 PERSONAS
 5 INTERFERENCIAS 1 PERSONA
 6 INTERFERENCIAS 2 PERSONAS

RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL:

DE 1 A 3 RESTAURACIONES	10
DE 4 A 6 RESTAURACIONES	3
DE 7 A 9 RESTAURACIONES	3
DE 10 A 12 RESTAURACIONES	0
DE 13 A 17 RESTAURACIONES	1

8 PACIENTES NO PRESENTARON INTERFERENCIAS, NI RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL.

10 PRESENTARON INTERFERENCIAS EN BALANCE
 17 PRESENTARON INTERFERENCIAS PROTRUSIVAS
 17 PRESENTARON RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL.

DENTRO DE LOS QUE PRESENTARON DISFUNCION MODERADA MODERADA LA RELACION ES COMO SIGUE:

INTERFERENCIAS EN BALANCE

1 INTERFERENCIA	3
2 INTERFERENCIAS	2
3 INTERFERENCIAS	1

INTERFERENCIAS PROTRUSIVAS

1 INTERFERENCIA	5
2 INTERFERENCIAS	5
3 INTERFERENCIAS	1
4 INTERFERENCIAS	3
5 INTERFERENCIAS	1

RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL

DE 1 A 3 RESTAURACIONES	10
DE 4 A 6 RESTAURACIONES	7

4 PACIENTES NO PRESENTARON INTERFERENCIAS, NI RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL.

6 PRESENTARON INTERFERENCIAS EN BALANCE

15 PRESENTARON INTERFERENCIAS PROTRUSIVAS

17 RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL.

RELACION DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISFUNCION

SEVERA:

INTERFERENCIAS EN BALANCE

1 INTERFERENCIA	1
2 INTERFERENCIAS	3

3 INTERFERENCIAS 2

4 INTERFERENCIAS 1

INTERFERENCIAS PROTRUSIVAS

1 INTERFERENCIA 3

2 INTERFERENCIAS 4

RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL

1 A 3 RESTAURACIONES 4

4 A 6 RESTAURACIONES 3

7 PACIENTES PRESENTARON INTERFERENCIAS EN BALANCE

7 PACIENTES PRESENTARON INTERFERENCIAS PROTRUSIVAS

7 PACIENTES PRESENTARON RESTAURACIONES EN MAL ESTADO
FUNCIONAL.

RESULTADOS OBTENIDOS DEL INVENTARIO POR AUTOEVALUACION IDARE:

ESTADO:

81 (38.6%) PRESENTARON ANSIEDAD EN EL MOMENTO DE
APLICAR EL EXAMEN; DE LOS CUALES 14 TIENEN UN ALTO
GRADO.

129 (61.4%) NO LA PRESENTARON

RASGO:

102 (48.7%) PRESENTARON ANSIEDAD EN GENERAL

108 (51.3%) NO LA PRESENTARON.

DISCUSSION

LOS RESULTADOS OBTENIDOS SE PUEDEN COMPARAR A LOS QUE SE OBTUVIERON EN UNA INVESTIGACION REALIZADA POR LEDERMAN Y CLAYTON EN 1982. EN UNA POBLACION EN LA CUAL SU OCLUSION HABIA SIDO RESTAURADA CON PROTESIS PARCIAL FIJA, ANTES DE LA REHABILITACION PRESENTABAN POCAS RESTAURACIONES Y PERDIDA O INCLINACION DENTAL QUE PODIAN SER LOS ORIGINARIOS DE LAS INTERFERENCIAS, ASI COMO ANSIEDAD DEBIDO A PROBLEMAS SOCIALES.

POR LO QUE SE PIENSA QUE LOS PACIENTES PODIAN HABER TENIDO INTERFERENCIAS ANTES DE LA REHABILITACION, Y QUE ESTAS PUEDEN SER LAS CAUSANTES DE LA DISFUNCION MUSCULAR QUE SE PERPETUA CON LOS TRATAMIENTOS RESTAURADORES.

ASI COMO TAMBIEN LAS INTERFERENCIAS PUEDEN PRESENTARSE EN LA FASE RESTAURATIVA, COMO RESULTADO DE LOS PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS LLEVADOS A CABO. (7)

UN EJEMPLO CLASICO DE DESARMONIA OCLUSAL, POSTERIOR A LA PERDIDA DE DIENTES, SON LAS QUE APARECEN DESPUES DE LA PERDIDA DEL PRIMER MOLAR INFERIOR, DE LO CUAL LAS SECUELAS MAS COMUNES SON:
INCLINACION MESIAL Y LINGUAL DEL SEGUNDO Y TERCER MOLAR

INFERIOR, EXTRUSION DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR, PROTRUSION DEL SEGMENTO ANTERIOR DE LA ARCADA SUPERIOR CON ABERTURA DE LOS CONTACTOS ENTRE PREMOLARES INFERIORES, ESPECIALMENTE EN PACIENTES CON GRAN SOBREMORDIDA. VARIAS DE ESTAS SECUELAS HAN SIDO ATRIBUIDAS A LA PERDIDA DE LA DIMENSION VERTICAL, "COLAPSO DE LA MORDIDA".

ES POSIBLE QUE LOS CONTACTOS ABIERTOS EN LOS DIENTES ANTERIORES DEL MAXILAR SEAN DEBIDOS A INCLINACION DE LOS DIENTES POSTERIORES, CON AUMENTO DEL DESLIZAMIENTO DE CENTRICA QUE GOLPEA LOS DIENTES ANTERIORES, Y A RELACIONES ANORMALES DE OCLUSION QUE INDUCEN A UN CAMBIO DE LOS HABITOS MASTICATORIOS Y DE LA TONICIDAD MUSCULAR, ASI COMO UNA PERDIDA DE LA DIMENSION VERTICAL.

LA INCLINACION DEL SEGUNDO Y TERCER MOLAR INFERIOR CAUSA UNA DIRECCION DESFAVORABLE DEL ESFUERZO OCLUSAL PRINCIPAL SOBRE LOS MOLARES SUPERIORES EN OCLUSION CENTRICA.

LOS MOLARES INFERIORES INTERVIENEN CON FRECUENCIA EN INTERFERENCIAS DEL EQUILIBRIO ENTRE LAS CUSPIDES DISTOVESTIBULARES DE LOS MOLARES INFERIORES Y LAS CUSPIDES LINGUALES DE LOS MOLARES SUPERIORES.

DESPUES DE LA EXTRACCION DE UN INCISIVO INFERIOR, PRODUCE UNA MAYOR INCLINACION LINGUAL DE LOS CANINOS Y PREMOLARES INFERIORES, ESTRECHAMIENTO DE LA ARCADA SUPERIOR EN LA REGION PREMOLAR, ENCORVAMIENTO SUBSECUENTE DEL SEGMENTO ANTERIOR DEL MAXILAR, Y CON FRECUENCIA SUPERPOSICION LABIAL DE LOS INCISIVOS CENTRALES. EL MOVIMIENTO LINGUAL DE LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES DA LUGAR A LA PERDIDA DE LAS CONTENCIONES EN CENTRICA, EXTRUSION DE LOS ANTERIORES DE AMBOS MAXILARES Y AUMENTO DE LA SOBREMORDIDA . COMO CONSECUENCIA DE ESTAS ALTERACIONES SE DESARROLLA UN AUMENTO EN LA SOBREMORDIDA, UNA GUIA INCISIVA MAS EMPINADA QUE ANTES, LA QUE DA POR RESULTADO UNA TENDENCIA ADICIONAL A INTERFERENCIAS OCLUSALES EN LAS EXCURSIONES PROTRUSIVAS Y LATERALES.

LA PERDIDA DE CUALQUIER DIENTE FUNCIONAL DENTRO DEL ARREGLO OCLUSAL TIENDE A CREAR UN TRANSTORNO EN LAS RELACIONES OCLUSALES ENTRE LOS DIENTES RESTANTES. EL EFECTO DE LA PERDIDA NO SE RESTRINGE AL AREA INMEDIATA DEL DIENTE O DIENTES PERDIDOS, SINO QUE SE PUEDEN OBSERVAR ALTERACIONES EN AREAS DISTANTES. ESTO ES DESCRITO POR THIELMANN Y SE LE CONOCE COMO LEY DIAGONAL DE THIELMANN.

UNA CAUSA FRECUENTE DEL TRAUMA POR OCLUSION, ES LA PERDIDA DE VARIOS DIENTES POSTERIORES CON TENDENCIA AL .

CIERRE DE LA DIMENSION VERTICAL Y UN MOVIMIENTO HACIA ADELANTE DE LA MANDIBULA AL REALIZAR UN MOVIMIENTO DE CIERRE DE BISAGRA DETERMINADO POR LAS ARTICULACIONES, EN LOS DIENTES POSTERIORES RECAE LA CARGA DE MANTENER LA DIMENSION VERTICAL.

EN OCASIONES LA OCLUSION PUEDE ESTAR TAN EQUILIBRADA QUE NO SE PRESENTEN ALTERACIONES; EN OTROS CASOS LOS EFECTOS DE LA PERDIDA DE DIENTES PUEDE ESTABILIZARSE Y COMPENSARSE DESPUES DE ALGUNOS AÑOS MEDIANTE EL REACOMODO DE LAS RELACIONES OCLUSALES HASTA UN PUNTO EN QUE LA OCLUSION DEJA DE SER TRAUMATICA.

ES NECESARIO UN PLAN OCLUSAL IDEAL PARA EVALUAR TODOS LOS PROCEDIMEINTOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUE COMPRENDAN LAS SUPERFICIES OCLUSALES.

LA MAYORIA DE LAS PERSONAS SE DESVIAN EN GRADOS VARIABLES DEL PLAN OPTIMO Y SIN EMBARGO, CUENTAN CON FUNCIONES NORMALES.

LOS PACIENTES ODONTOLOGICOS PUEDEN SER DIVIDIDOS EN CUATRO CATEGORIAS GENERALES BASADAS EN LAS RESPUESTAS FUNCIONALES DE LA OCLSION:

ORTOFUNCION

CLASE 1. PACIENTES CON OCLUSION IDEAL U OPTIMA.

CLASE 2. PACIENTES CON DESARMONIAS OCLUSALES SIN SINTOMAS
O CON SINTOMAS INSIGNIFICANTES.

DISFUNCION

CLASE 3. PACIENTES CON DESARMONIAS OCLUSALES Y SINTOMAS
LEVES O TRANSITORIOS O SUBCLINICOS PERO EN UN NIVEL DE
CIERTA SIGNIFICACION.

CLASE 4. PACIENTES CON SINTOMAS DEFINIDOS DE
DISFUNCION, DE LOS QUE TIENEN CONCIENCIA.

AL CAMBIARSE LOS FACTORES AMBIENTALES QUE AFECTAN
LOS COMPONENTES PSICOLOGICOS Y FISICOS, PUEDEN ALTERARSE
LOS ESTIMULOS EXTERNOS E INTERNOS Y PRODUCIRSE IDAS Y
VENIDAS ENTRE LA ORTOFUNCION Y DISFUNCION.

CONCLUSIONES

LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES QUE DENOTARON ALGUN GRADO DE DISFUNCION MANDIBULAR, PRESENTABAN INTERFERENCIAS PROVOCADAS PRINCIPALMENTE POR EL MOVIMIENTO DENTAL QUE SE PRESENTA POR LA AUSENCIA DE ESTOS. RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL, INFLUENCIADOS POR LA ANSIEDAD QUE PRESENTARON EN EL MOMENTO DE REALIZAR EL INVENTARIO POR AUTOEVALUACION IDARE.

CON LO QUE SE CONCLUYE QUE DENTRO DE LOS FACTORES ETIOLOGICOS DEL SINDROME DE DISFUNCION SE ENCUENTRAN LAS INTERFERENCIAS PROVOCADAS POR EL MOVIMIENTO DENTAL QUE SE OCASIONA, EN AUSENCIA DE 1 O MAS DIENTES, ACTUANDO ESTAS COMO FACTORES DESENCADENANTES Y LAS RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL COMO FACTORES PERPETUANTES.

SE DEDUCE QUE PACIENTES QUE PRESENTABAN DISFUNCION MANDIBULAR LEVE O MODERADA PROVOCADA POR DIVERSOS FACTORES ETIOLOGICOS, SE ACRECENTABA POR LAS RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL, POR TRAUMATISMOS QUE AFECTAN LA MANDIBULA Y ARTICULACION, CONVIRTIENDOSE EN DISFUNCION SEVERA, INFLUENCIADO PROBABLEMENTE POR EL ASPECTO PSICOLOGICO QUE PUEDE ALTERAR NO SOLO LA HABILIDAD PARA TOLERAR LAS DISCREPANCIAS OCLUSALES, SINO

TAMBIEN EL UMBRAL DE TOLERANCIA DEL COMPLEJO NEUROMUSCULAR MASTICATORIO, DEPENDIENDO ESTO DE CADA PERSONA.

LAS RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL NO SON UNO DE LOS PRINCIPALES FACTORES ETIOLOGICOS, ESTAS SOLO ACTUAN PERPETUANDO O AGRAVANDO LA SINTOMATOLOGIA. ES NECESARIO QUE SE PRESENTEN OTROS FACTORES PARA QUE SE INICIE LA DISFUNCION MANDIBULAR.

ESTO ES MUY IMPORTANTE YA QUE SE ENCUENTRA EN LAS MANOS DEL CIRUJANO DENTISTA EL NO ACRECENTAR LOS PROBLEMAS DEL SINDROME DE DISFUNCION MANDIBULAR, POR LA REALIZACION DE RESTAURACIONES QUE NO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS BASICOS DE LA OCLUSION.

PUES DENTRO DE UNA DE LAS FUNCIONES DE NUESTRA PROFESION ES PREVENIR O CURAR LA ENFERMEDAD, NO AGRAVARLA O PERPETUARLA.

SUMARIO

SE OBTUVIERON UN TOTAL DE 210 HISTORIAS CLINICAS BASADAS EN EL INDICE DE HELKIMO Y SUS RESPECTIVOS INVENTARIOS POR AUTOEVALUACION.

CORRESPONDIENTES A PACIENTES EN GENERAL QUE ASISTEN A LAS DIFERENTES INSTITUCIONES PERTENECIENTES A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO, QUE INCLUYEN A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA, A LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO, Y A LAS CLINICAS PERIFERICAS, PARA SU ATENCION DENTAL. LAS CUALES FUERON ELABORADAS POR EL INVESTIGADOR Y COLABORADOR.

PRIMERAMENTE SE LES HACIA PREGUNTAS CON RESPECTO A SU OCUPACION, NIVEL DE ESTUDIOS, ANTECEDENTES DE RUIDOS EN LA ATM, BRUXISMO, GASTRITIS O COLITIS, ARTRITIS O REUMATISMO, ASI COMO TRAUMATISMOS. SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTARON DE DISFUNCION LEVE A SEVERA PARA SABER EL GRADO QUE TENIAN SUBJETIVAMENTE.

CLINICAMENTE SE OBSERVARON LOS MOVIMIENTOS, PATRON DE APERTURA, SE MIDIO ESTA, NUMERO DE DIENTES AUSENTES, RESTAURACIONES, CONTACTOS OCLUSALES, INTERFERENCIAS, CLASE DE ANGLE, DESLIZAMIENTO DE RELACION CENTRICA A OCLUSION CENTRICA. SE PALPARON DIFERENTES MUSCULOS, INCLUYENDO MASTICATORIOS Y CERVICALES, PARA SABER LOS QUE PRESENTABAN SENSIBILIDAD, INCLUYENDO LA

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR Y SE ESCUCHO EL SONIDO QUE PRESENTABA ESTA PARA DETERMINAR DE QUE TIPO ERA.

EL INVENTARIO POR AUTOEVALUACION SE LES PROPORCIONO A LOS PACINTES PARA SU REALIZACION, EN UN TIEMPO DETERMINADO, EL CUAL CONTIENE DOS CUESTIONARIOS DE 20 PREGUNTAS CADA UNO. CORRESPONDIENTES A "ESTADO", QUE SIRVE PARA DETERMINAR LA PRESENCIA O AUSENCIA DE ANSIEDAD EN EL MOMENTO EN EL QUE SE REALIZA, Y EL DE "RASGO", QUE NOS INDICA SI EXISTE O NO ANSIEDAD EN GENERAL.

EL GRADO DE DISFUNCION SE CLASIFICO DE ACUERDO AL NUMERO DE SINTOMAS CLINICOS QUE PRESENTARON:

DISFUNCION LEVE	1 O 2 SINTOMAS
DISFUNCION MODERADA	3 O 4 SINTOMAS
DISFUNCION SEVERA	5 EN ADELANTE.

EN ESTE ESTUDIO LA MAYORIA DE LOS PACIENTES FUERON MUJERES, ENTRE 15 Y 20 AÑOS DE EDAD, ESTUDIANTES Y SOLTEROS.

EL 19% PRESENTO AFECCIONES DE GASTRITIS Y EL 11% DE COLITIS.

DENTRO DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS SUBJETIVOS QUE MAS SE PRESENTARON SON APRETAMIENTO DENTAL, SONIDO EN LA

ARTICULACION, FATIGA MUSCULAR, ASI COMO DOLOR DE CABEZA. DE LOS OBJETIVOS MOVIMIENTOS LIGERAMENTE DETERIORADOS, CHASQUIDO QUE SE PRESENTO EN APERTURA TEMPRANA Y TARDIA, DOLOR POSTERIOR A LA PALPACION EN LA ARTICULACION, PATRON DE APERTURA DESVIADO, LA APERTURA MINIMA FUE DE 20 A 29 mm., EL PROMEDIO DE 40 A 49 mm., DESLIZAMIENTO DE RELACION CENTRICA A OCLUSION CENTRICA ANTERIOR.

LOS MUSCULOS CON MAYOR SENSIBILIDAD FUERON EL PTERIGOIDEO EXTERNO, CERVICALES, TEMPORALES Y PTERIGOIDEO INTERNO.

EL 43.8% PRESENTO DE 4 A 7 PIEZAS DENTALES AUSENTES, EL 37.1% DE 1 A 3.

64 PACIENTES (30.5%) TUVIERON DE 1 A 3 RESTAURACIONES EN MAL ESTADO FUNCIONAL, 23 (11%) DE 4 A 6, 11 (5.3%) DE 7 A 9, 9 (4.3%) DE 10 A 12, 4 (2%) DE 13 A 17.

99 PERSONAS NO PRESENTARON NINGUNA RESTAURACION, (47.1%), EN BUEN ESTADO FUNCIONAL EL 30% TUVO DE 1 A 3, EL 16.2% DE 4 A 6 RESTAURACIONES.

EL 10% PRESENTO SINTOMATOLOGIA DE DISFUNCION

LEVE, EL 4.3% DE MODERADA Y EL 1.4% DE SEVERA, ANTES DE QUE SE LES REALIZARA LA ODONTOLOGIA RESTAURADORA. DESPUES DE LAS RESTAURACIONES EL 5.7% DISFUNCION LEVE, EL 8.1% MODERADA Y EL 1.9% SEVERA.

EL 38.6% SE CARACTERIZO POR TENER ANSIEDAD EN EL MOMENTO EN QUE SE REALIZO EL EXAMEN (ESTADO) Y EL 48.7% DENOTARON ANSIEDAD EN GENERAL.

APENDICE

HISTORIA CLINICA BASADA EN EL INDICE DE HELKIMO:

1. NOMBRE
2. SEXO F () M ()
3. ESTADO CIVIL CASADO () SOLTERO () OTRO ()
4. DOMICILIO
5. TELEFONO
6. LUGAR DE RESIDENCIA EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS
7. OCUPACION ACTUAL
8. NIVEL DE ESTUDIOS
9. ANTECEDENTES DE RUIDOS EN LA A.T.M. EN PADRES O HERMANOS
10. ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES DE BRUXISMO.
11. ANTECEDENTES DE GASTRITIS, COLITIS O ULCERAS.
12. ANTECEDENTES DE ARTRITIS O REUMATISMO.
13. ANTECEDENTES DE TRAUMATISMOS.
14. OTROS DATOS
15. INDICE DE DISFUNCION ANAMNESICO (SUBLETIVO).
 - A. NINGUN SINTOMA
 - B. DISFUNCION LEVE SIG. Y SINT.
 - I. SONIDO EN LA A.T.M.
 - II. FATIGA MUSCULAR
 - III. RIGIDEZ MUSCULAR AL DESPERTARSE O MOVER LA MANDIBULA
 - IV. DOLOR ALREDEDOR DE OJOS, OIDOS Y CARA
 - V. APRETAMIENTO DE DIENTES
 - C. SINTOMAS DE DISFUNCION SEVERA
 - I. DIFICULTAD AL ABRIR LA BOCA
 - II. TRABAMIENTO
 - III. DISLOCACION AL ABRIR LA BOCA
 - IV. DOLOR AL MOVIMIENTO
 - V. DOLOR EN LA A.T.M. () DER. () IZQ.
 - VI. DOLOR DE CABEZA () POCO FRECUENTE () FRECUENTE
 - VII. DOLOR DE CUELLO () POCO FRECUENTE () FRECUENTE
16. INDICE DE DISFUNCION CLINICA (OBJETIVO).
 - A. MOVIMIENTOS:
 - () NORMALES () LIGERAMENTE DETERIORADOS
 - () SEVERAMENTE DETERIORADOS
 - B. TIPO DE SONIDOS EN LA A.T.M.
 - () CHASQUIDO () CREPITACION
 - DESDE CUANDO

C. DOLOR MUSCULAR

- I. TEMPORAL () DER. () IZQ.
 II. MASETERO () DER. () IZQ.
 III. PTERIG. INT. () DER. () IZQ.
 IV. PTERIG. EXT. () DER. () IZQ.
 VI. ESTERNOCLIDOMASTOIDEO ()
 VII. CERVICALES ()

D. DOLOR EN LA A.T.M. () POST. () LAT.

E. DOLOR AL MOVER LA MANDIBULA () SI () NO

17. CLASIFICACION DE ANGLE () 1 () 2 () 3 _____

18. PATRON DE APERTURA () SIM. () DESV. () COMP. AP. MAX. _____

19. DESLIZAMIENTO DE R.C. A O.C. () ANT. () LAT.

20. CLASIFICACION DEL RUIDO:

- A. APERTURA TEMPRANA () DER. () IZQ.
 B. APERTURA TARDIA () DER. () IZQ.
 C. CIERRE TEMPRANO () DER. () IZQ.
 D. CIERRE TARDIO () DER. () IZQ.
 E. RUIDO MULTIPLE () DER. () IZQ.
 F. CREPITACION () DER. () IZQ.

21. NUMERO DE DIENTES AUSENTES Y TIPO DE RESTAURACIONES.

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

22. CONTACTOS EN TRABAJO.

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

23. CONTACTOS EN BALANCE.

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

24. INTERFERENCIAS EN BALANCE.

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

25. INTERFERENCIAS PROTRUSIVAS.

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

26. TIEMPO DE PERMANENCIA DE LAS RESTAURACIONES EN BOCA.

27. SINTOMATOLOGIA (TIPO).

- NO EXISTE LEVE MODERADA SEVERA
 ANTES DE LAS RESTAURACIONES DESPUES DE LAS RESTS.

IDARE

INVENTARIO POR AUTOEVALUACION

SXE

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: ALGUNAS EXPRESIONES QUE LA GENTE USA PARA DESCRIBIRSE APARECEN ABAJO. LEA CADA FRASE Y LLENE EL CIRCULO DEL NUMERO QUE INDIQUE COMO SE SIENTE AHORA MISMO, O SEA, EN ESTE MOMENTO. NO HAY CONTESTACIONES BUENAS O MALAS. NO EMPLEE MUCHO TIEMPO EN CADA FRASE. PERO TRATE DE DAR LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS AHORA.

- (1) NO EN LO ABSOLUTO
- (2) UN POCO
- (3) BASTANTE
- (4) MUCHO

1. ME SIENTO CALMADO	1	2	3	4
2. ME SIENTO SEGURO	1	2	3	4
3. ESTOY TENSO	1	2	3	4
4. ESTOY CONTRARIADO	1	2	3	4
5. ESTOY A GUSTO	1	2	3	4
6. ME SIENTO ALTERADO	1	2	3	4
7. ESTOY PREOCUPADO ACTUALMENTE POR ALGUN POSIBLE CONTRATIEMPO.	1	2	3	4
8. ME SIENTO DESCANSADO	1	2	3	4
9. ME SIENTO ANSIOSO	1	2	3	4
10. ME SIENTO COMODO	1	2	3	4
11. ME SIENTO CON CONFIANZA EN MI MISMO	1	2	3	4
12. ME SIENTO NERVIOSO	1	2	3	4
13. ME SIENTO AGITADO	1	2	3	4
14. ME SIENTO "A PUNTO DE EXPLOTAR"	1	2	3	4
15. ME SIENTO REPOSADO	1	2	3	4
16. ME SIENTO SATISFECHO	1	2	3	4
17. ESTOY PREOCUPADO	1	2	3	4
18. ME SIENTO MUY EXCITADO Y ATURDIDO	1	2	3	4
19. ME SIENTO ALEGRE	1	2	3	4
20. ME SIENTO BIEN	1	2	3	4

INSTRUCCIONES: ALGUNAS EXPRESIONES QUE LA GENTE USA PARA DESCRIBIRSE APARECEN ABAJO. LEA CADA FRASE Y LLENE EL CIRCULO DEL NUMERO QUE INDIQUE COMO SE SIENTE GENERALMENTE. NO HAY CONTESTACIONES BUENAS O MALAS. NO EMPLEE MUCHO TIEMPO EN CADA FRASE, PERO TRATE DE DAR LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA COMO SE SIENTE GENERALMENTE.

- (1) CASI NUNCA
 (2) ALGUNAS VECES
 (3) FRECUENTEMENTE
 (4) CASI SIEMPRE

21. ME SIENTO BIEN	1	2	3	4
22. ME CANSO RAPIDAMENTE	1	2	3	4
23. SIENTO GANAS DE LLORAR	1	2	3	4
24. QUISIERA SER TAN FELIZ COMO OTROS PARECEN SERLO.	1	2	3	4
25. PIERDO OPORTUNIDADES POR NO PODER DECIDIRME RAPIDAMENTE.	1	2	3	4
26. ME SIENTO DESCANSADO	1	2	3	4
27. SOY UNA PERSONA TRANQUILA, SERENA, SOSEGADA	1	2	3	4
28. SIENTO QUE LAS DIFICULTADES SE ME AMONTONAN AL PUNTO DE NO PODER SUPERARLAS.	1	2	3	4
29. ME PREOCUPO DEMASIADO POR COSAS SIN IMPORTANCIA	1	2	3	4
30. SOY FELIZ	1	2	3	4
31. TOMO LAS COSAS MUY A PECHO	1	2	3	4
32. ME FALTA CONFIANZA EN MI MISMO	1	2	3	4
33. ME SIENTO SEGURO	1	2	3	4
34. TRATO DE SACARLE EL CUERPO A LAS CRISIS Y DIFICULTADES.	1	2	3	4
35. ME SIENTO MELANCOLICO	1	2	3	4
36. ME SIENTO SATISFECHO	1	2	3	4
37. ALGUNAS IDEAS POCO IMPORTANTES PASAN POR MI MENTE Y ME MOLESTAN	1	2	3	4
38. ME AFECTAN TANTO LOS DESENGAÑOS QUE NO ME LOS PUEDO QUITAR DE LA CABEZA.	1	2	3	4
39. SOY UNA PERSONA ESTABLE	1	2	3	4
40. CUANDO PIENSO EN LOS ASUNTOS QUE TENGO ENTRE MANOS ME PONGO TENSO Y ALTERADO.	1	2	3	4

BIBLIOGRAFIA

1. DUFOR GERALD
THE DYSGNATHOGENIC DISTRES SYNDROME
J PROSTHET DENT 1983 MARCH, 49 (3): 403-414

2. GELB HAROLD, BERNSTEIN M.
COMPARISON OF THREE DIFFERENT POPULATIONS WITH
TEMPOROMANDIBULAR JOINT PAIN DISFUNCTION SYNDROME.
DENTALCLINICS OF NORTH AMERICA 1983 JULY: 27 (3):495-
503.

3. GELB HAROLD, BERNSTEINM.
CLINICAL EVALUATION OF TWO HUNDRED PATIENTS WITH
TEMPOROMANDIBULAR JOINT SYNDROME.
J PROSTHET DENT 1983, 49 (2): 234-243

4. GILBOE DENNIS
POSTERIOR CONDYLAR DISPLACEMENT: PROSTHETIC THERAPY.
J PROSTHET DENT 1983: APRIL 49 (4): 549-553

5. GRAHAM MARVIN, BUXBAUM JEROME, STALING LEAH
A STUDY OF OCCLUSAL RELATIONSHIPS AND THE INCIDENCE
MYOFACIAL PAIN.
J PROSTHET DENT 1982; MAY 47 (5): 549-555.

6. GREENE CHARLES, MARBACH JOSEPH
EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF MANDIBULAR DYSFUNCTION:
A CRITICAL REVIEW.
J PROSTHET DENT 1982; AUGUST 48 (2): 184-190.
7. LEDERMAN, CLAYTON
PATIENTS WITH RESTORED OCCLUSIONS, PART 1: TMJ
DYSFUNCTION DETERMINED BY A PANTOGRAPHIC
REPRODUCIBILITY INDEX.
J PROSTHET DENT 1982; FEBRUARY (2): 198-205.
8. LEDERMAN, CLAYTON
PATIENTES WITH RESTORED OCCLUSIONS, PART 111:
THE EFFECT OF OCCLUSAL SPLINT THERAPY AND OCCLUSAL
ADJUSTMENTS ON TMJ DYSFUNCTION.
J PROSTHET DENT 1983; JULY 50 (1): 95-100.
9. MAGNUSSON TOMAS, CARLSSON GUNNAR
A 2 1/2- YEAR FOLOW-UP CHANGES IN HEADCHE AND
MANDYBULAR DYSFUNCTION AFTER STOMATOGNATHIC
TREATMENT.
J PROSTHET DENT 1983; MARCH 49 (3): 398-402.

10. MONGINI FRANCO

COMBINED METHOD TO DETERMINE THE THERAPEUTIC
POSITION FOR OCCLUSAL REHABILITATION.

J PROSTHET DENT 1982; APRIL 47 (4): 434-439.

11. MONGINI FRANCO

INFLUENCE OF FUNCTION ON TEMPOROMANDIBULAR JOINT
REMODELING AND DEGENERATIVE DISEASE.

DENTAL CLINICS OF NORTH AMERICA 1983; JULI 27 (3):
479-494.

12. MODY PHILIP, KEMPER OKESON, CALHOUN, PACKER

RECENT LIFE CHANGES AND MYOFACIAL PAIN SYNDROME.

J PROSTHET DENT 1982; SEPTEMBER 48 (3): 328-330.

13. RIEDER CARL, MARTINOFF, WILCOX

THE PREVALENCE OF MANDYBULAR DYSFUNCTION, PART 1:
SEX AND AGE DISTRIBUTION OF RELATED SIGNS AND
SYMPTOMS.

J PROSTHET DENT 1983 50 (1): 81-88.

14. STEIN SHELLY, LOFT, DAVIS, HART

SYMPTOMS OF TMJ DYSFUNCTION AS RELATED TO STRESS
MEASURED BY THE SOCIAL READJUSTMENT RATING SCALE.

J PROSTHET DENT 1982; MAY 47 (5): 545-548.

15. WEINBERG LAWRENCE
THE ROLE OF STRESS, OCCLUSION, AND CONDYLE POSITION
IN TMJ DYSFUNCTION PAIN.
J PROSTHET DENT 1983 APRIL 49 (4): 532-545.

16. OR SELAHATTIN
AN ANALYSIS OF 367 CASES OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT
DYSFUNCTION.
INT J ORAL SUG 1982; AUGUST 11 (4): 232-235.

17. KLOPROGGE M. J. VAN GRIETHUYSEN AM
DISTURBANCES IN THE CONTRACTION AND CO-ORDINATION
PATTERN OF THE MASTICATORY MUSCLES DUE TO DENTAL
RESTORATIONS. AN ELECTROMYOGRAPHIC STUDY.
J ORAL REHABILITATION JUL 76; 3 (3): 207-216.

18. SERRANO, NICHOLLS, YUODELIS
CENTRIC RELATION CHANGE DURING THERAPY WITH
CORRECTIVE OCCLUSION PROSTHESES.
J PROSTHET DENT 1984 JAN; 51 (1): 97-105.

19. CARLSSON E. GUNNAR
MASTICATORY EFFICIENCY: THE EFFECT OF AGE, THE LOSS
OF TEETH AND PROSTHETIC REHABILITATION.
I DENTAL J. 1984 34 (2): 93-97.

20. LASKIN DANIEL M
ETIOLOGY OF THE PAIN-DYSFUNCTION SYNDROME.
JADA, 1969 JULY; (79): 147-153.
21. CLARKE N. G.
OCCLUSION AND MYOFACIAL PAIN DYSFUNCTION: IS THERE A
RELATIONSHIP ?
J AM DENT ASSOC 1982 APR; 104 (4): 443-446.
22. ROSS E. M.
PATHOLOGICAL OCCLUSION.
ADM 2 NOV 69; 26 (3): 221-230.
23. ZARB G.A.
ORAL MOTOPR PATTERNS AND THEIR RELATION TO ORAL
PROSTHESES
J PROSTHET DENT 1982 MAY; 47 (5): 472-478.
24. MA XU-CHEN, ZOU ZHAO-JU, ZHANG ZHEN KANG, WU QI-
GUANG
RADIOGRAPHIC, PATHOLOGICAL AND OPERATIVE
OBSERVATIONS OF CASES WITH TMJ DISTURBANCE SYNDROME.
INT. J. ORAL SUR. 1983; 12: 299-308.

25. RAMFJORD ASH

OCCLUSION

INTERAMERICANA, SEGUNDA EDICION 1972, 39-101, 117-

133.

26. TYLMAN STANLEY D.

TEORIA Y PRACTICA DE LA PROSTODONCIA FIJA

INTERMEDICA, SEPTIMA EDICION 1981, 422-500.

CURRICULUM VITAE

MARIA CONCEPCION CARRILLO RAMOS

FECHA DE NACIMIENTO: 7 AGOSTO 1961

LUGAR DE NACIMIENTO: MEXICO D.F.

NACIONALIDAD: MEXICANA

NOMBRE DEL PADRE: MANUEL CARRILLO ARIZPE

NOMBRE DE LA MADRE: MA. CONCEPCION RAMOS DE CARRILLO

DIRECCION: MONTSERRAT 57 #69 COL. LOS REYES COYOACAN.

TELEFONO: 5-44-88-05

CEDULA PROFESIONAL: 863347

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA

ESCUELA PRIMARIA BELGICA

1967-1973

MEXICO, D.F.

SECUNDARIA

DR. NABOR CARRILLO FLORES #88

1974-1975

MEXICO D.F.

BACHILLERATO

PREPARATORIA EZEQUIEL A. CHAVEZ

1976-1979

PLANTEL 7

MEXICO D.F.

LICENCIATURA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA UNAM

1979-1982

MEXICO D.F.

MAESTRIA

PROTESIS BUCAL

1983-1984

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO UNAM

MEXICO D.F.

EXAMEN PROFESIONAL PRESENTADO: FEBRERO 1983

TESIS: ADITAMENTOS PARA SOBREDENTADURAS.

PRACTICA PRIVADA: YACATAS 356 # 11 COL. NARVARTE

DOMICILIO PERMANENTE: MONTSERRAT 57 # 69 COL. LOS

REYES COYOACAN. MEXICO D.F.

TELEFONO: 5-44-88-05.