

2ej 222

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA.



**“LA GUARDA OCLUSAL COMO AUXILIAR EN EL DIAGNOSTICO  
DE LAS DISFUNCIONES DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO”**

**T E S I S**

*QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:*

**CIRUJANO DENTISTA**

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

**Jungo Figueroa Raúl y  
Muñoz Montes de Oca Luis Gerardo**

---

*SAN JUAN IZTACALA MEXICO*

*1982*



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.

## INDICE

### I.- ALTERACIONES FUNCIONALES DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

- a) Bruxismo
- b) Trauma parodontal
- c) Artritis traumática
- d) Disfunción neuromuscular

### II.- METODOS DE DIAGNOSTICO DE LAS ALTERACIONES FUNCIONALES DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO.

- 1.- La historia clínica
  - Evaluación clínica intrabucal
  - Análisis funcional
- 2.- La guarda oclusal

### III.- LA GUARDA OCLUSAL

- Definición
- Filosofía
- Tipos de guardas
  - a) Placas para mordida
  - b) Férulas oclusales
- Indicaciones y contraindicaciones
- Ventajas y desventajas
- Objetivos

## CONSTRUCCION.

- Construcción directa (en el paciente).
- Técnica de construcción con material termoplástico al vacío.
- Técnica con acrílico autopolimerizable.
- Técnica de construcción en el articulador semiajustable.

## DIVISION TOPOGRAFICA DE LA GUARDA OCLUSAL.

- Zona estructural
- Zona retentiva
- Zona funcional

## IV.- FASE EXPERIMENTAL.

- Estadísticas- Gráficas- Resultados y casos relevantes.

## V.- CONCLUSIONES.

## VI.- ANEXOS.

- Historias clínicas, casos relevantes.

## VII.- BIBLIOGRAFIA.

## P R O T O C O L O

Las interferencias oclusales o puntos de contacto prematuro, constituyen el factor etiológico de las alteraciones del sistema estomatognático, llámense bruxismo, artritis traumática, trauma parodontal o alguna disfunción, que también pudiera afectar al sistema neuromuscular ( no considerada como entidad nosológica independiente ). A su vez estas patologías, desde el punto de incidencia, constituyen un elevado porcentaje entre los diversos problemas odontológicos que aquejan y motivan a la población a consultarnos.

Las perturbaciones funcionales una vez establecidas, se tornan en graves padecimientos y molestias para el paciente que se ve afectado, tanto objetiva como subjetivamente, cuando han alcanzado un elevado grado de afección en los componentes del sistema masticatorio.

Entre los signos más significativos que refiere un paciente con disfunción masticatoria, se encuentra sin duda el dolor, que en ocasiones, debido a sus características específicas nos dificulta el poder determinar su origen.

El odontólogo debe estar capacitado y obligado a hacer frente al problema. En un momento determinado poder diferenciarlo de otros con sintomatología similar (diagnóstico), y saber elegir entre las diferentes perspectivas encaminadas a la solución del problema.

Dentro de los procedimientos establecidos para llegar al diagnóstico de las alteraciones oclusales tenemos :

a) La historia clínica bien elaborada y desarrollada en sus incisos como el análisis funcional, el exámen intrabucal minucioso; la serie radiográfica etc.

Para los anteriores procedimientos podemos utilizar diversos materiales que nos permiten evidenciar las discrepancias oclusales ya sea directamente en el paciente o mediante el uso del articulador. Nombramos al papel marcador, cinta de seda entintada, -cera, material de impresión etc..

b) La guarda oclusal.

Se ha optado por este último inciso como objeto de estudio y elaboración de ésta tesis ( ya que lo consideramos uno de los mejores medios que nos puede auxiliar en la emisión del diagnóstico acertado de una disfunción temporomandibular) al tratar de exponer, analizar y ratificar sus ventajas y por ende el valor que puede representar para los fines anteriormente citados, en nuestra práctica odontológica.

Simplificando, se dice que el mecanismo de acción de la guarda oclusal sobre los centros propioceptivos del parodonto -- propicia la modificación de patrones de movimiento anormales, determinados por el cambio de posición mandibular al tratar de evitar los choques prematuros de contacto. El uso constante de la guarda, produce una conciencia en el paciente, en la que, después de algún tiempo, es capaz de indicarnos el sitio problema.

La guarda oclusal crea una oclusión ideal de manera artificial, en la que puede realizar adecuadamente cualquier trayectoria de la dinámica mandibular.

Hay casos en los que el paciente ha tenido que soportar - por largo periodo la molesta sintomatología, consecuencia obvia de las alteraciones funcionales. Estas situaciones son indicativas para el uso de este aparato.

La guarda oclusal detiene la evolución del problema, eliminando la sintomatología presente, si esta es producto de problemas oclusales. Nos ayuda a "diferenciar" estos problemas de otros de índole sistémico, cuyos síntomas son análogos. De aquí el término de PLACA DE DIAGNOSTICO.

Además de profundizarnos en el tratado de la guarda se -- llevará a cabo un estudio casuístico en más de cincuenta pacientes en los que se observará el grado de evolución de su problema. De acuerdo a lo anterior y en base a la sintomatología presente en cada caso, se hará una clasificación, desde un simple "chasquido hasta una disfunción temporomandibular clásica.

Esta investigación nos ayudará a reafirmar la utilidad de la placa a la vez que se tratará de demostrar la hipótesis planteada: " En pacientes con problemática de disfunción temporomandibular, además de auxiliarnos en el diagnóstico, la guarda oclusal abate en un 90% la sintomatología presente, si es -- producto de alteraciones oclusales".

Lo anterior constituye el punto fundamental y logro de este estudio. Por lo que se pretende, los conocimientos adquiridos a través de la teoría y la práctica realizada en esta investigación, despertará la inquietud que los conducirá a la valoración y uso de la guarda oclusal como parte de su ejercicio profesional.

**C A P I T U L O I**

**ALTERACIONES FUNCIONALES DEL SISTEMA**

**ESTOMATOGNATICO**



## ALTERACIONES FUNCIONALES DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO.

### A) BRUXISMO.

a) DEFINICION.- Se deriva del francés "la Bruxomanie". Se define como el rechinar y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales. Este ha sido discutido en la literatura dental bajo muchos otros nombres. Los siguientes son algunos de los términos que han usado frecuentemente: "neuralgia traumática", "efecto de Karelyi", "neuresis del hábito oclusal" y, más recientemente, "parafunción". Miller propuso la diferenciación entre el rechinar nocturno de los dientes, al cual llamé bruxismo y el hábito de rechinar los dientes en el día, al cual denominé bruxomanía.<sup>(1)</sup>

b) ETIOLOGIA.- La acción de mover los dientes que es sumamente deletérea, se produce cuando al apretamiento se agrega una fuerza lateral leve.

Los movimientos parafuncionales son prácticamente universales. No precisan ser anormales o patógenos. No es la presencia del movimiento parafuncional lo que contribuye a la patología, sino el grado, la frecuencia y la duración excesivas de estas intensas contracciones isométricas. Si no hay trauma, la presencia de la parafunción no es patológica. Se podría decir que la patología aparece en un porcentaje de los que hacen bruxismo y apretamiento. La parafunción, por cierto, es útil para disipar la tensión o la energía reprimida.

No se conocen las causas de estos hábitos, pero pueden ser psicológicos, neurológicos, ocupacionales u oclusales.<sup>(2)</sup>

Las pruebas clínicas y electromiográficas apoyan la obser-

vación de que cualquier tipo de interferencia cuspídea produce bruxismo. El nivel de la tensión psíquica del paciente varía de individuo a individuo. Esto hace que la práctica del bruxismo - sufran grandes variaciones; durante los períodos de tensión estos movimientos no funcionales se hacen en mayor cantidad que durante períodos psíquicos estables. (3)

Tétanos (activo e latente), meningitis, epilepsia y parkinsonismo constituyen algunas de las causas que pueden generar hipertonicidad de los músculos masticatorios y bruxismo o apretamiento. El bruxismo o apretamiento se registra en conductores de camión y en individuos que realizan tareas que exigen gran fuerza. A veces, el bruxismo se relaciona con estímulos provenientes de irregularidades de la oclusión, tales como contactos prematuros o restauraciones dentales demasiado altas; el paciente trata de eliminar el punto alto que le molesta por parafunción compensadora. El bruxismo también es común en niños y permite que los dientes definitivos broten en la posición adecuada. Posiblemente, desde el punto de vista filogenético, el bruxismo sea un mecanismo de afilado de los dientes.

El bruxismo produce facetas de desgaste. La situación oclusal se agrava cuando un diente hace contacto con su antagonista sobre superficies planas y lo sujeta más íntimamente durante el contacto, contribuyendo así a aumentar la palanca y la intensidad de la aplicación de la fuerza.

Se ha estudiado la importancia de la regeneración tisular local del periodonto. Deben producirse actividades regenerativas diarias. Hay tiempo suficiente para el cambio reparativo que - compense el daño tisular que incide en la masticación durante los períodos entre las comidas, cuando el órgano masticatorio - se halla en reposo. Lo que podría ser importante en el bruxismo

es que el período de regeneración está reducido. Cuando estos hábitos se producen en presencia de enfermedad periodontal, se agregan fuerzas y tensiones sobre los tejidos inflamados o dis-tróficos, y las posibilidades de destrucción del tejido aumentan. (2)

El rechinamiento, apretamiento y movimientos de trituración no funcionales en oclusión céntrica pueden ser de diferente im-portancia tanto para los dientes como para el periodonto, que la trituración excéntrica, y tanto la etiología como el trata-miento pueden variar en ocasiones. Sin embargo, estos dos pade-cimientos se encuentran tan íntimamente relacionados que es pre-ferible designar ambos como bruxismo, o sea denominar bruxismo excéntrico al rechinamiento y movimientos de trituración de los dientes en excursiones excéntricas, y bruxismo céntrico al apre-tamiento de los dientes en céntrica.

Tanto el bruxismo céntrico como el excéntrico son expresión de un aumento de tono muscular. El bruxismo excéntrico tiene -- por lo general interferencias exocéntricas como factores desencadenantes, mientras que el bruxismo céntrico se encuentra más -- frecuentemente asociado con inestabilidad oclusal.

En el bruxismo en excursiones excéntricas intervienen con-tracciones musculares isotónicas, mientras que el apretamiento más estático en oclusión céntrica representa actividad muscular isométrica.

Bruxismo excéntrico.- Tiene un doble fondo etiológico de sobrecarga psíquica e interferencia oclusal. El componente psíquico de agresión reprimida, tensión emocional, angustia y temor -- ha sido señalado por muchos autores como el factor único o más importante en la etiología del bruxismo. Las recientes investi-gaciones electromiográficas han proporcionado información bási-

ca respecto a los fenómenos neuromusculares asociados con el bruxismo. La electromiografía ha hecho posible observar y registrar los trastornos neuromusculares dentro del aparato masticatorio.

Al bruxismo se encuentra íntimamente relacionado con el aumento de tono en los músculos maxilares. El tono muscular puede aumentar por la tensión emocional o nerviosa, por el dolor o molestias, y por interferencias oclusales. La interacción de estos tres mecanismos proporciona las bases neuromusculares del bruxismo. Un estado de hipertonicidad de los músculos masticadores puede deberse por lo tanto a: 1) influencia del sistema nervioso central por medio del sistema fusomotor, o 2) disarmonía local entre las partes funcionales del aparato masticador que actúa sobre el mecanismo reflejo que controla los movimientos subconscientes del maxilar.

Adaptación fisiológica.- Cuando se traspasa este límite, se presenta una respuesta hipertónica en los músculos masticadores. Un aumento en la actividad neuromuscular puede dar lugar a lesión en el periodonto o en la articulación temporomaxilar o puede producir dolor y molestias dentro de los músculos en tensión.

Se ha demostrado experimentalmente y observado en clínica en innumerables ocasiones que las interferencias oclusales pueden precipitar el bruxismo. Clínicamente se ha encontrado que el bruxismo puede ser aliviado o eliminado mediante la corrección de la disarmonía oclusal.

El factor desencadenante más común para el bruxismo es una discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica. Electromiográficamente, tal discrepancia se manifiesta por contracciones asincrónicas o tensión sostenida en los músculos masetero o temporal en un momento u otro durante la deglución.

El segundo factor desencadenante del bruxismo, en orden de importancia, son las interferencias oclusales en el lado de equilibrio. También las interferencias en las excursiones protrusivas o en el lado de trabajo pueden desencadenar bruxismo.

Pueden existir también factores locales diferentes a las interferencias oclusales que contribuyan a la hipertonicidad de los músculos maxilares y a la iniciación de movimientos maxilares anormales. Dichos factores son: colgajos gingivales de terceros molares; hiperplasia gingival o cualquier tipo de enfermedad periodontal, especialmente si hay dolor; irregularidades en superficie de labio, mejilla y lengua, y dolor o molestia en articulación temporomaxilar y músculos maxilares.

El bruxismo se efectúa en un nivel subconsciente controlado de manera refleja. El bruxismo más intenso se presenta generalmente por la noche, pero muchos individuos rechinan también los dientes durante el día cuando se encuentran bajo tensión. El rechinar o los movimientos de trituración de los dientes son más comunes durante la noche, mientras que la presión o apretamiento es más común en el día. Sin embargo, ambos estados pueden presentarse durante el día como durante el sueño.

Puesto que el bruxismo es la expresión de factores psíquicos y oclusales combinados, habrá naturalmente ciertos momentos o estados en la vida de un individuo durante los cuales es más probable que se presente dicho trastorno. Puede haber bruxismo en caso de interferencia oclusal grave y grado moderado de tensión emocional o psíquica; puede ser también el resultado de tensión psíquica muy intensa y muy poca interferencia oclusal.

Bruxismo céntrico.- El apretamiento anormal o bruxismo céntrico consiste principalmente en la contracción habitual de los

músculos del maxilar sin la presencia de ninguna situación obvia de urgencia física o psíquica.

Hábitos oclusales relacionados con el bruxismo.- El apretamiento habitual de los maxilares en malposiciones bloqueadas, - el morder objetos colocados dentro de la boca o entre los labios, la mordedura de la lengua o carrillos, son todas vías de escape para la tensión psíquica y emocional. El único efecto indirecto de las interferencias oclusales sobre estas condiciones es posiblemente un aumento en la tonicidad muscular; por el contrario, el tono muscular puede disminuir mediante el tratamiento oclusal y la eliminación de los factores irritantes de la boca. La supresión de las interferencias oclusales puede, por lo tanto, facilitar la desaparición de algunos de estos hábitos. (1)

Bruxofacetas.- Se hallan; 1) en los bordes incisales de los dientes anteriores y en los caninos, 2) sobre las facetas funcionales y a veces en las facetas no activas, 3) en las facetas de retrusión, 4) en especial en los molares. Cuando se hace bruxismo cerca de la posición intercuspídea, se encuentran facetas sobre las obturaciones, 5) próxima al centro de las superficies oclusales. Estas facetas son brillantes, más bien pequeñas, con límites definidos, y se aparean de dos en dos. La mandíbula se desliza entre bruxofacetas diferentes y toca una o dos al mismo tiempo. hay cierta preferencia en tocar una posición y no otras. (6)

Si la mandíbula adopta una posición en que hace contacto un sólo par de bruxofacetas, la mayoría de los músculos mandibulares ayudan a estabilizar la mandíbula cuando se realizan los micromovimientos del bruxismo. Muy pronto se establecen arcos reflejos y se facilita la sinapsis, de modo que la acomodación de la mandíbula y el frotamiento de las bruxofacetas se convierten en un movimiento automático e inconciente. Como consecuencia

algunos músculos trabajan, durante horas, casi en contracción isométrica; y así se generan alteraciones funcionales en los músculos o en los tejidos periarticulares.

Sólo la eliminación o la modificación de las dichas bruxofacetas por desgaste u otro tipo de ajuste oclusal altera los impulsos propioceptivos en los tejidos periodontales de los dientes afectados; se introduce así un cambio en el patrón de función muscular y deslizamiento de la mandíbula de modo que los músculos se relajen y desaparezca la alteración funcional. (3)

El bruxismo puede tener una gran influencia sobre: tejidos periodontales, músculos masticadores y adyacentes, ATM, en la iniciación de la jaqueca y en la irritabilidad del SNC.

En la mayoría de los individuos con soporte periodontal normal, las secuelas habituales del bruxismo son: la hipertrofia compensada de las estructuras periodontales, el engrosamiento del hueso alveolar, aumento de la trabeculación del reborde alveolar, mayor ensanchamiento de la membrana periodontal por abundancia de fibras de colágenas y una mejor inserción de las fibras al cemento. (1)

c) SINTOMATOLOGIA.- Los signos y los síntomas se pueden dividir en NEUROMUSCULARES Y DENTARIOS.

Los neuromusculares se pueden dividir en: 1) Hipertonisidad (espasmos). 2) Miositis. 3) Limitación de movimientos. 4) Mialgias. 5) Hipertrofias.

Los dentales se pueden dividir en: 1) Facetas de desgaste parafuncionales. 2) Fracturas imprevistas de dientes. 3) Movilidad exagerada. 4) Sonidos oclusales audibles. Y otros como las Exostosis.

## NEUROMUSCULARES.

1) Hipertonicidad (espasmos).- El hipertono o espasmo muscular es una característica de los individuos con bruxismo. Se manifiesta por una resistencia incontrolable a los intentos del operador de guiar la mandíbula tanto a la relación céntrica como a las posiciones de lateralidad. En estos casos se deberá reducir en primer lugar la hipertonicidad muscular, y luego hacer el análisis funcional de la oclusión que nos dará las seguras bases para la diagnosis y planes del tratamiento.

2) Miositis.- Los pacientes con bruxismo severo, acusan dolor a la palpación de los músculos involucrados según la localización de las interferencias oclusales, serán determinados músculos los afectados. Esta relación es tan precisa, que es posible asegurar la localización de la interferencia sin haber visto aún la oclusión, sólo en base a los datos que brinda la palpación muscular y las respuestas dolorosas.

3) Limitación de movimientos.- Como consecuencia de los dolores provocados por la miositis, puede surgir una limitación de los movimientos mandibulares. Por ejemplo, el movimiento de apertura, el paciente detiene la acción en el momento que se insinúa la aparición de dolor, por estiramiento de las fibras y compresión de la zona inflamada. Este freno defensivo queda instalado, y el movimiento limitado.

4) Mialgias.- Otra alteración neuromuscular provocada por el bruxismo son las mialgias; dolores musculares espontáneos, no provocados.

Cuando el acúmulo de productos tóxicos se hace ya crónico, se produce una verdadera agresión química a las estructuras tisulares que acusan dolor espontáneamente, sin necesidad de presiones o movimientos. El paciente acusa: sensación de dolores -



diversos (de oído, de dientes, de cabeza), vagos e irradiados difíciles de localizar, que confunden frecuentemente a pacientes profesionales (odontólogos y médicos).

5) Hipertrofias.- En caso de bruxismo crónico, se pueden observar fácilmente las consecuencias que sobre la armonía facial tienen estas hipertrofias funcionales de músculos elevadores, principalmente maseteros. En los casos de bruxismo céntrico, con interferencias en el área retrusiva, la hipertrofia es bilateral. En el bruxismo excéntrico, por frotamiento, con interferencia en el lado de balance, la hipertrofia es unilateral.<sup>(4)</sup>

#### DENTARIOS.

1) Facetas de desgastes parafuncionales.- Posiblemente el signo dental más importante de bruxismo sean los patrones de desgaste oclusal. El mecanismo del desgaste excesivo asociado con el bruxismo se basa en el aflojamiento y en el aplastamiento de los prismas del esmalte lo cuál proporciona el rápido desgaste del esmalte.

2) Fracturas imprevistas de dientes.- Las fracturas o astillamientos de los dientes son otro signo dental del bruxismo. Ocurren con desgaste oclusal principalmente,<sup>(1)</sup> los incisivos fracturados mellados o cortados así como la erosión cervical,<sup>(7)</sup> también pueden presentarse fracturas fuera del límite funcional de oclusión.<sup>(1)</sup>

3) Movilidad exagerada.- Frecuentemente se le asocia con el bruxismo y resulta de suma importancia cuando se presenta en dientes con muy pocos síntomas de enfermedad periodontal o en ausencia del mismo. Con frecuencia presenta un sonido sordo a la percusión y pueden doler al masticar con ellos puede existir hiperemia pulpar con hipersensibilidad (frío) e incluso ocasionar necrosis pulpar.<sup>(1)</sup>

4) Sonidos oclusales audibles.- Pueden manifestarse naturalmente en el tipo excéntrico por frotamiento del bruxismo; y durante el sueño. En un 18% de los casos de bruxismo por frotamiento, existen sonidos audibles, mientras que en el 82% restante no se oye nada. Pero cuando se comprueba, este signo es patognómico del bruxismo. (4)

Otras causas pueden ser las exostosis de los maxilares que pueden ser ocasionadas por bruxismo. Estas neoformaciones óseas tienden a recidivar si el bruxismo continúa después de su extirpación. (1)

d) CARACTERISTICAS CLINICAS.- La abrasión patológica surge como cuadro clínico específico de disfunción del sistema estomatognático, cuando el bruxismo encuentra tejidos periodontales y estructuras temporomandibulares muy fuertes.

De acuerdo a la intensidad y a la antigüedad del bruxismo, cuadros clínicos de abrasión patológica pueden alcanzar una severidad extraordinaria, destruyendo prácticamente toda la corona clínica de los dientes.

Estos casos constituyen también una demostración asombrosa de la capacidad defensiva reaccional de algunas estructuras periodontales y algunas pulpas dentaria, que se defienden magníficamente a pesar de la adversidad de las condiciones imperantes. (4)

Por lo general, las personas que hacen bruxismo no tienen conciencia de ello y niegan toda pregunta que hace el dentista. Sin embargo, el cónyuge suele comentar sobre los ruidos que produce el bruxismo durante el sueño; una vez planteada la cuestión, el paciente toma conocimiento de su hábito. Pero de ninguna manera se hará el diagnóstico en la forma de una acusación que implique patología o anomalía. Al despertar, algunas personas bruxómanas sienten fatiga de los músculos mandibulares, dolor de la

articulación temporomandibular o limitación de la abertura.<sup>(2)</sup>

e) DIAGNOSTICO.- Para el diagnóstico precóz los signos más importantes son: a) las facetas de desgaste oclusal parafuncionales, y b) la miositis (sensibilidad muscular a la palpación).<sup>(4)</sup>

Para establecer el diagnóstico de bruxismo resulta de utilidad el empleo de planos de mordida provisionales, férulas oclusales (guarda oclusal), medicamentos o psicoterapia; esto puede ser necesario para lograr el relajamiento muscular.<sup>(1)</sup>

El bruxismo constituye un efectivo puente patogénico entre la disfunción oclusal y sus severas secuelas en el sistema estomatognático: abrasión patológica, trauma parodontal y artritis traumática de la ATM. La desarmonía oclusal junto con la tensión psíquica inician el bruxismo.

Uno de los mayores servicios que puede prestar la profesión odontológica, es el diagnóstico precóz de este hábito potencialmente tan lesivo, antes de que pueda ejercer su acción destructora sobre todo el sistema.<sup>(4)</sup>

f) TRATAMIENTO.- El tratamiento del bruxismo se efectúa automáticamente junto con la armonización correcta de la oclusión.

La existencia del hábito del bruxismo debe ser interpretado como un signo de maloclusión y no como un cuadro totalmente independiente.

Las fuerzas del bruxismo alcanzan proporciones enormes; como lo demuestran los dientes flojos, los contactos abiertos, -- los dientes fracturados y el dolor muscular. Las fuerzas excesivas producidas por el bruxismo pueden ser reducidas mediante -- cualquier procedimiento que elimine el estímulo propioceptivo -- de los músculos. Los protectores nocturnos de plástico, las fé-

rulas de vinilo que se adaptan sobre los dientes (guarda oclusal), los medicamentos destinados a relajar los músculos o el dormir con un pano blando en la boca, tienen un efecto reductor del hábito del bruxismo, pero son meras medidas pasajeras.

Uso de aparatos.- Los protectores nocturnos de acrílico ayudan a estabilizar dientes hipermóviles y reducen la tendencia al bruxismo durante el tratamiento.

El efecto positivo de las férulas de acrílico o protectores nocturnos es el resultado de la corrección oclusal en los aparatos propiamente dichos más el efecto estabilizador que tienen sobre los dientes. El bruxismo desaparecerá virtualmente con cualquier técnica que elimine las interferencias oclusales, sea en los dientes, sea en el aparato que calza sobre los dientes. Sino existe desviación mandibular en el curso total, los músculos pueden relajarse y la tendencia al bruxismo desaparece.<sup>(5)</sup>

Ajuste oclusal.- el objeto del ajuste oclusal por desgaste es: 1) Eliminar interferencias oclusales, el bruxismo, la incoordinación muscular y mejorar la función muscular en la masticación y en la deglución; 2) Mejorar la dirección de las cargas oclusales guiándolas hacia una dirección axial, 3) Iniciar y favorecer cambios oclusales fisiológicos a largo plazo.

Está contraindicado hacer cualquier tipo de ajustes que afecten la función oclusal por razones estéticas exclusivas o cuando no existan síntomas de disfunción.

Se emprenderá el ajuste oclusal una vez hecho el estudio oclusal clínico, no antes, y es preferible hacerlo también en un articulador ajustable.<sup>(3)</sup>

El planeamiento del ajuste sobre modelos montados en articulador hace del desgaste un procedimiento más seguro y lógico y se aumentan las posibilidades de éxito en el tratamiento. Sinem

·Bargo, el desgaste inicial no es muy extenso en virtud de los - cambios de adaptación ya mencionados en los músculos masticadores. La eliminación del dolor en los músculos masticadores se - consigue también por la administración de anestesia local, rela jantes musculares, barbitúricos o agentes analgésicos, con el - objeto de quebrar el círculo vicioso en algún punto. Se tendrán en especial consideración los impulsos centrales que se envían hacia los músculos.<sup>(3)</sup>

Protectores bucales de vinilo blando.- Uno de los problemas más difíciles para eliminar el bruxismo se presenta en pacientes con sinusitis crónica.

Una solución razonable para el problema es colocar en la bo ca del paciente un protector bucal de vinilo blando, bien hecho, que se use de noche para proteger los dientes de los efectos de las interferencias oclusales transitorias.

El interrogatorio del paciente respecto de cefaleas de origen sinusal, goteo post-nasal y entumecimiento nasal es una par te importante del exámen clínico. Se observarán atentamente las radiografías para detectar la presencia de senos extensos que - sobrepasan las raíces de los dientes superiores.

El apretamiento lleva el nombre de bruxismo en céntrica. La solución del problema del apretamiento es retocar todos los ajug tes oclusales en el cierre leve y en el cierre firme guiado en relación céntrica.

Es preciso utilizar cintas marcadoras de seda fina de dos - colores, una para el cierre leve y otra para el cierre firme.<sup>(5)</sup>

## B) TRAUMA PARODONTAL.

a) DEFINICION.- El trauma parodontal es una lesión de las estructuras profundas de soporte dentario producidas por acción de las fuerzas creadas en el mecanismo neuromuscular del sistema estomatognático y transmitidas por los contactos oclusales.

Esta lesión puede ser producida por efecto de fuerzas anormales (en intensidad, duración, dirección y frecuencia) actuando sobre estructuras periodontales normales (trauma primario);- o bien por efecto de fuerzas oclusales excesivas o aún normales, actuando sobre estructuras periodontales debilitadas o enfermas (trauma secundario).<sup>(4)</sup>

b) ETIOLOGIA.- Para encontrar una causa específica que produzca esta enfermedad nos podemos pasar mucho tiempo investigando, por lo que se pueden mencionar algunas causas a saber: Fuerzas oclusales, Contactos oclusales desfavorables e interferencias oclusales.

Las fuerzas oclusales se pueden dividir en: masticatorias, no masticatorias y de deglución.

Fuerzas masticatorias.- La consecuencia más común de las fuerzas masticatorias es el contacto entre dientes y alimentos también otra consecuencia es el contacto de diente contra diente; si se emplea más fuerza de la necesaria para cortar la masa de alimentos, el contacto da lugar a dolor y aumenta la movilidad dentaria en forma temporal.

Fuerzas no masticatorias.- El ejemplo principal lo constituye el bruxismo. También puede haber hábitos ocupacionales y no ocupacionales como son: al morderse las uñas, cortar hilos, morder pipas, lápices, abrir horquillas y morder cueros (los que trabajan pieles).

Fuerzas de deglución.- La deglución se produce en los períodos masticatorios y no masticatorios. Al deglutir hay contacto entre los dientes y contracción intensa de los músculos elevadores. Se realiza contracción isotónica e isométrica.

Los contactos oclusales desfavorables se pueden dividir en dos aspectos: generales y específicos.

Aspectos generales.- Si hay pocos dientes, si la distribución de los dientes remanentes es tal que hay muchos de un lado del arco y pocos del otro, si los dientes se hallan por fuera del reborde, si los dientes se encuentran girados o en mal posición.

Aspectos específicos.- Son el tamaño, forma, posición y función de los dientes.

Tamaño(dientes demasiado grandes para el espacio correspondiente).

Forma(la relación desfavorable entre coronas y raíces; como coronas más grandes que su raíz. Raíces cortas o fusionadas).

Posición(dientes apiñonados, irregulares).<sup>(8)</sup>

Interferencias oclusales.- Al aparecer una interferencia los propioceptores avisan al SNC de que algo anda mal, y este modifica todo el patrón reflejo de movimientos mandibulares, con el sólo objetivo de proteger las estructuras de soporte de los dientes afectados.

El trauma parodontal surge, cuando por alguna razón este mecanismo de protección falla.<sup>(4)</sup>

La causa más común de dolor y disfunción de la ATM son las fuerzas oclusales destructivas.

- 1) Contacto prematuro en posición retrusiva de contacto.
- 2) Interferencia de las cúspides en balanceo.

- 3) Bloqueo entre cúspides superiores e inferiores empinadas.
- 4) Masticación unilateral.
- 5) Oclusión invertida.
- 6) Alguna otra desarmonía oclusal.

El dolor en la articulación es la consecuencia de espasmos en cualquiera de los músculos asociados a ella. El dolor se --- siente dentro del oído o alrededor de él, en la zona de las mejillas o tan lejos como en la zona submaxilar.<sup>(8)</sup>

c) SINTOMATOLOGIA.- Se divide en signos clínicos, y signos radiográficos.

a) Signos clínicos.

1) Hipertonicidad muscular.- Como consecuencia que es del - bruxismo el trauma parodontal, se pueden encontrar músculos masticadores hipertónicos, y con miositis.

2) Movilidad dentaria aumentada.- Afectado por diversos factores; oclusales, periodontales, sistémicos, la movilidad debe estar acompañada por otros signos o síntomas característicos de esta alteración.

3) Migración dentaria.- Los dientes empujados violenta y repetidamente, no tienen oportunidad de consolidarse en ninguna - nueva posición; y se presentan migrados y permanentemente móviles.

4) Sonido a la percusión.- Presentan a la percusión un sonido mate típico, diferente al sonido agudo de los dientes con -- periodonto normal. Este cambio es consecuencia de la reabsorción de la lámina dura y de alteraciones de grosor y consistencia del ligamento periodontal.

5) Abscesos periodontales.- En pacientes con bolsas periodon - tales profundas de causa local y/o general, el trauma oclusal al



injuriar los tejidos ya infectados disminuye notablemente la resistencia biológica de esos tejidos enfermos, facilitando la -- profunda diseminación microbiana con consiguiente formación de abscesos.

b) Síntomas.- El trauma parodontal puede ser asintomático, o acusar dolores evidentes.

1) Dolores musculares.- puede haber dos tipos de dolor: a) el dolor provocado por la palpación, debido a la miositis. b) el dolor espontáneo de la mialgia. (Este error ha conducido a muchas extracciones innecesarias).

2) Dolor periodontal.- en los casos de trauma periodontal -- severo y de evolución rápida, los dientes son muy sencibles a -- la masticación y a la percusión.

3) Dolor pulpar.- es frecuente la sensibilidad a los cam--- bios térmicos, especialmente al frío, en los dientes con trauma periodontal. Ello es consecuencia de la congestión pasiva o hiperemia venosa de la pulpa. En casos severos del bruxismo, pueden hasta estrangular el paquete vasculonervioso apical, produciendo la muerte pulpar.

4) Sensación de flojedad y desos de apretar.- en casos graves de trauma parodontal, el paciente puede acusar la sensación de flojedad de los dientes, y el deseo de apretar los dientes y hacer sangrar las encías, pues parecen encontrar en ello cierto alivio.<sup>(4)</sup>

c) Signos radiográficos.

1) Ensanchamiento de la zona cervical del periodontio.- es uno de los cambios precoces cuando las fuerzas comienzan al destruir el periodoncio. Aparece en piezas anteriores y posteriores. La causa más común es el desplazamiento vestibulolingual que se hace al apretar y rechinar.<sup>(8)</sup>

2) Alteraciones del espacio periodontal.- el grosor del espacio entre la pared radicular y el hueso de soporte, ocupado por el ligamento o membrana periodontal, es importante. En las zonas donde aparece una línea oscura gruesa, es indicio que allí se han ejercido fuerzas de tracción anormalmente intensas.<sup>(4)</sup>

3) Pérdida ósea alveolar.- (con frecuencia vertical, a veces horizontal, a veces las dos). Entre las causas son las irritantes (cálculos, restauraciones defectuosas) y las fuerzas oclusales destructivas.<sup>(8)</sup>

4) Reabsorción radicular.- se puede observar en casos severos y crónicos de bruxismo, y en tratamientos ortodóncicos incorrectos y prolongados. Esta reabsorción se produce no tanto por la intensidad de las fuerzas sino por acción constante y prolongada a través del tiempo.

5) Calcificaciones pulpares.- el trauma periodontal puede ocasionar trastornos circulatorios en la pulpa, con calcificación distrófica del propio tejido pulpar, y/o en formación de dentina secundaria en exceso.<sup>(4)</sup>

d) TRATAMIENTO.- se realiza principalmente con ajustes oclusales y con férulas (guardas nocturnas u oclusales).

1) Ajuste oclusal.- consta de los siguientes cinco pasos: a) Desgaste inicial. b) Armonización en oclusión terminal de bisagra. c) Armonización en posición y movimientos protrusivos. d) Armonización en posición oclusal lateral y excursión lateral y finalmente. e) Restablecimiento de la anatomía oclusal y en el minucioso pulido de todas las superficies desgastadas.

El ajuste oclusal no es tarea que se pueda realizar con prisa y sin planificar.

2) Férulas (guarda oclusal o nocturna).- en el tratamiento.

del trauma periodontal también están indicadas férulas de superficie lisa en forma de herradura, se colocan en un maxilar, o en los dos, dejando espacio libre interoclusal. Cubren todas las superficies oclusales y permiten que el paciente mueva libremente la mandíbula en todas las excursiones.

Las férulas deben ser lo suficientemente delgadas para que resulten cómodas, y no deben cubrir el paladar. No deben tener bordes filosos que irriten la lengua o los carrillos, y deben hacer contacto completo en todas las excursiones (balance bilateral).

La guarda de protección nocturna no está indicada en pacientes con sobre mordida profunda o curva de Spee exagerada.<sup>(2)</sup>

### C) ARTRITIS TRAUMÁTICA DE LA A.T.M.

DEFINICION.- Se trata del proceso patológico más frecuente de la articulación temporomandibular. Lesión inflamatoria, no infecciosa, con una fase inicial aguda y que posteriormente se torna en degeneración articular. Es producida por un microtrauma intrínseco constante del cóndilo sobre las demás estructuras articulares, ocasionando cambios articulares anormales tanto anatómicos como fisiológicos. (14)(15)(17)

La patología de la articulación temporomandibular es muy variada y dentro de toda esa gama de enfermedades, tenemos a la artritis traumática en primer sitio en lo que a frecuencia se refiere, con un 90%, como alteración funcional. (14)(15)

Existe diversidad de opiniones entre los diferentes autores, para nombrar a esta enfermedad, de acuerdo al tiempo en su evolución en que se encuentre. Algunos prefieren llamarla artrosis desde su inicio, diferenciando solo las fases inflamatorias aguda y crónica.

Si no es detenida la causa que la originó, ni limitado el daño, la artritis traumática seguirá su curso y adquirirá cronicidad, dando paso entonces a resorciones y aposiciones óseas. En general a la degeneración de los tejidos intra-articulares, principalmente el menisco. De lo anterior resulta que otros autores -- nombren a la artritis traumática aguda en primer lugar y posteriormente a la osteoartritis, como un nivel patológico más evolucionado, que presenta los signos inflamatorios ya mencionados.

ETIOLOGIA.- Es en verdad amplia la variedad de factores. Se pueden mencionar un sinnúmero de factores etiológicos. Se acepta q'

trauma constante sobre las estructuras articulares sea considerado en el último de los casos, como el agente causal. El origen de este trauma puede ser algún factor muy común o conocido, como el simple bostezo, algún antecedente traumático en la mandíbula; Schwartz menciona el "crowl" de los nadadores como una posible causa en la aparición de ésta enfermedad.

Entre otros agentes causales de tipo intrínseco, tenemos que la remoción de algún diente impactado, ligado al traumatismo que afecta a la mandíbula y por lo tanto a la articulación temporomandibular; alguna restauración alta o mal adaptada, la aparición de alguna pericoronitis alrededor de colgajos gingivales; la pérdida de dientes, cavidades abiertas, cirugía periodontal etc., pueden influir determinantemente de manera directa o indirecta, haciendo posible la institución de la artritis.<sup>(11)</sup>

La mayoría de los autores consideran que el choque de contacto prematuro en la oclusión es el directamente responsable y constituye el factor fundamental; no hay duda de que la desarmonía oclusal es indispensable para la aparición de la artritis.<sup>(14)(15)(11)</sup> Pero por sí sola, resulta insuficiente para producir la disfunción. La acción psíquica es fundamental y nunca debemos ignorarla en la búsqueda de la etiología probable. Entonces diremos que la unión de éstos dos factores hará posible la aparición de esta enfermedad y favorecerá su desarrollo.

En algunos casos, en los que el paciente se ve sometido a tensión psíquica severa, bastará una mínima interferencia oclusal para iniciar los espasmos musculares; mientras que en otros casos, de desarmonías oclusales muy severas, una ligera tensión psíquica bastará para iniciar el ciclo patogénico.

El mecanismo desencadenante es un círculo vicioso ya conocido; de esto deducimos que, por ejemplo, en el trauma periodon-

tal, la afección es posible por el "fracaso" del mecanismo propioceptor defensivo. La artritis es posible, por otro lado, gracias al mecanismo defensivo "exitoso" de los propioceptores. La alarma dada por los receptores periodontales llega al sistema nervioso central, que de inmediato ordena la respuesta motora, de tal manera que se evite la repetición del choque anormal o estímulo. Este mecanismo propicia la modificación de los reflejos condicionados, existentes desde hacía tiempo y sobreviene el cambio de posición y movimientos mandibulares.

Se obliga a los músculos involucrados a estirarse o contraerse más allá de lo que sus posibilidades fisiológicas lo permiten, provocando una relación cóndilo-fosa inadecuada que hace adoptar a la mandíbula una nueva posición "forzada", al tratar de evitar ese estímulo dañino para el organismo.<sup>(15)</sup>

Podemos concluir en que todo factor que ocasione una modificación en los patrones de movimiento normales y estos a su vez una alteración en las relaciones oclusales, será considerado como etiológico, de esta disfunción.

**INCIDENCIA.**- La mayoría de los autores coinciden en que la afección es más frecuente en la mujer que en el hombre en proporción de cuatro a uno. Se puede presentar a cualquier edad pero la más común oscila entre los 20 y 50 años.

**CUADRO CLINICO.**- El cuadro clínico de la artritis es relativamente variable, de acuerdo al momento en su evolución en que se analice.

Al observar el cuadro clínico agudo de la artritis encontraremos como síntoma más importante sin duda, el dolor. Es sumamente molesto; generalmente es de tipo agudo y penetrante, afectando solamente a una articulación, aquella que sufre la com

presión. (14)

Indistintamente puede afectar tanto a los músculos que a la articulación o ambos; puede ser provocado o espontáneo. Cuando es provocado, obedece al requerimiento funcional del organismo (masticación), o al realizar un examen de las estructuras mediante la palpación. Sobreviene de manera espontánea cuando se trata de patosis del tipo de la miositis crónica (mialgias).

La zona afectada por el dolor, viéndose involucrados principalmente los bordes anteriores de los músculos maseteros y la inserción mandibular de los pterigoideos mediales. El pterigoideo lateral es el más dañado, tornándose espástico como respuesta al acomodamiento que sufren conjuntamente con la mandíbula, por la presencia de interferencias oclusales.

La sensación dolorosa en la articulación puede irradiarse a toda la región auricular, mostrando preferencia por la relacionada con la parte posterior del cóndilo.

Los dolores varían en intensidad, en relación directa con la tensión psíquica o emocional del paciente y el grado de evolución de los procesos patológicos.

Otro signo importante es la restricción dolorosa (a la vez síntoma) a la que se ve sometida la mandíbula durante su trabajo, trayendo consecuentemente la imposibilidad de apertura y contactación de las cúspides posteriores del lado afectado. La mandíbula sufre una evidente desviación hacia el lado problema, en una apertura máxima. (12)(14)(15)(16)

La hipertonicidad y el descontrol muscular se manifiestan por la incoordinación de movimientos mandibulares en las personas afectadas; se les "traba" la mandíbula y se muerden con frecuencia el carrillo o la lengua.

Las radiografías pueden revelar un aumento en el espesor del espacio articular, sin tener conocimiento aún si esto es debido a la hidroartrosis o a los espasmos, provocados por hiperactividad muscular. A pesar de esto, generalmente la zona no muestra algún aumento de volumen aparente.

La presencia de ruidos articulares como el chasquido y crepitación, también son parte inherente del cuadro clínico de la artritis traumática de las A.T.M.

El chasquido denota un sonido seco. Pringle lo atribuye a una contracción brusca del pterigoideo lateral, que disloca al menisco en sentido anterointerno.(11)(14) Inclusive se menciona la posible audibilidad de este ruido en una habitación, cuando el caso es muy severo.

La incoordinación que producen las interferencias oclusales, hacen presa del pterigoideo lateral, que se ve desorientado y sufre alteraciones en su patrón fisiológico normal, obligando al menisco a salir de su lugar, en los movimientos de apertura amplia.

La crepitación o rechinado de la articulación probablemente se deba a la fricción de las superficies articulares rugosas ya dañadas histológicamente (osteoartrosis). La crepitación es considerada entonces, como un nivel más patológico que el chasquido; denota ya, cambios articulares crónicos.

Una causa aparente del chasquido y crepitación sería el endurecimiento de las superficies articulares por una deficiente lubricación con líquido sinovial, a su vez atribuido a alguna deficiencia de tipo nutricional; la aparición de asperezas o grietas sobre el menisco y superficies articulares así lo indican.

La crepitación puede ir acompañada por dolor, pero regularmente es más molesta que dolorosa y aparece en cualquier fa-



se de la dinámica mandibular; al comienzo de una apertura, al final del cierre etc.

Siempre, los ruidos articulares se ven acompañados de la desarmonía oclusal y desaparecen una vez instituida la terapia oclusal, que consiste en la corrección oclusal de manera temporal o definitiva. Si la desarmonía se torna crónica, obviamente el tratamiento, y los resultados a obtener, tomarán más tiempo, quizás sea cuestión de meses, pues la corrección será paulatina.

En la osteoartritis, los cambios degenerativos son característicos y la anatomía patológica de los elementos estructurales articulares indican hialinización de las mismas, las exostosis por aposiciones óseas no se hacen esperar, las resorciones y agrietamiento del menisco, distensión y desgarramiento de los tejidos fibrosos, calcificaciones etc., nos evidencian ya la fase crónica de la artritis.

En ningún momento debemos olvidar a la desarmonía oclusal como signo integrante del cuadro clínico de la artritis -- traumática, que después de todo, aunado a la tensión psíquica, resulta en el factor desencadenante.<sup>(15)</sup>

Otros signos y síntomas en el cuadro clínico de la enfermedad, de menor significado y frecuencia pero que debemos conocer, al tratar de comprender algún punto importante en su evolución son: Hiper movilidad condilar, subluxación condilar, dolores faciales, molestias en el cuello y espalda etc.

Se puede resumir en cinco incisos los signos y síntomas presentes prácticamente en todos los casos y cuyo análisis es determinante tanto para el diagnóstico como en la elaboración del plan de tratamiento apropiado y son:

- 1.- DOLOR ----- Muscular  
 Articular
- 2.- RUIDOS ARTICULARES ----- Chasquido  
 Crepitación
- 3.- LIMITACION DE MOVIMIENTOS.
- 4.- MOVIMIENTO SAGITAL ANORMAL.
- 5.- DESARMONIA OCLUSAL.

**TRATAMIENTO.**- El Odontólogo puede hacer uso de múltiples formas de terapia para **contrarrestar** este padecimiento.

El tratamiento puede ser mediato e inmediato. Este último se aplica para aliviar la sintomatología importante en el momento como el dolor y espasmo etc.

En estos casos se emplearán los fármacos. Los salicilatos estarían muy indicados; son drogas fáciles de administrar, son seguros y baratos. Otro tipo de drogas que podemos emplear son los relajantes musculares como los meprobamatos; los antiinflamatorios del tipo de los corticosteroides, son considerados como los mejores en su tipo para el tratamiento de la artritis. Se les puede emplear invariablemente a otras formas de tratamiento como en el caso particular de los salicilatos.

La administración de 6 grs, o más de salicilatos por día y las inyecciones repetidas de corticosteroides en intervalos de una a tres semanas, dependiendo de la severidad de los síntomas, resulta una medida muy adecuada.<sup>(20)</sup>

La terapia física como el calor, produce una mayor fluidez en el aporte sanguíneo a los elementos vasculares de la articulación y consecuentemente, un mejor desalojamiento de las sustancias tóxicas, resultantes de la actividad metabólica en los procesos patológicos.

Los ejercicios relajantes no eliminan el factor desencadenante e influyen sólo sobre la tensión psíquica con su efecto benéfico sobre los espasmos musculares locales y síntomas asociados; serán insuficientes si son utilizados como medio terapéutico único, lo mismo que el calor y darán por lo tanto, lugar a la recurrencia de los signos y síntomas.

La administración de drogas de segunda elección para el control de los síntomas, señala a la indometacina y fenil-butazona.

Cualquier tratamiento dental o periodontal que elimine el dolor y las molestias en la boca, tenderá a disminuir el tono muscular, ayudando con éxito al tratamiento oclusal funcional. Sin embargo resulta insuficiente para la atención de trastornos funcionales de la articulación temporomandibular.

PRONOSTICO.- El pronóstico es generalmente favorable, a excepción de algunos casos de hemoartritis de la A.T.M., que pudiera evolucionar en anquilosis si no se le trata oportunamente.

#### D) DISFUNCION NEUROMUSCULAR

Este tema ha sido tratado ampliamente en páginas anteriores, aunado a cada alteración en particular, como parte del

cuadro clínico de cada una de ellas. No obstante, trataremos de resumir los acontecimientos principales durante su afección.

No debe ser tomada la disfunción neuromuscular, como una entidad patológica de la A.T.M., sino como parte inherente de las alteraciones funcionales, puesto que constituye causa y efecto de aquellas.

La oclusión patológica causa desarreglos neuromusculares por funciones y posiciones patológicas iniciadas en la mandíbula, en las articulaciones y en los músculos del complejo gnático. Determinada por los choques de contacto prematuros, la disfunción neuromuscular, afecta a un grupo selecto de músculos, en los que produce como síntoma primordial el espasmo y dolor (miositis).

Las convulsiones tónicas pueden ser intermitentes, de repetición y sostenidas. La musculatura involucrada por el dolor miofacial incluye a los músculos maseteros, pterigoideos mediales, temporales, suprahioides, infrahioides, esternocleidomastoideos, escalenos, romboideos y el que con más frecuencia y severidad es afectado, el pterigoideo lateral.<sup>(17)</sup>

Varios autores sugieren que se trata de un verdadero síndrome, de disfunción miofacial dolorosa para algunos, y de dolor y disfunción para otros, pero sea de una forma u otra, causan verdaderas alteraciones en las personas que los padecen.

El dolor es provocado por el espasmo, ocasionado a su vez por fatiga muscular; por el exceso en el estiramiento en algunos y de contracción en otros.<sup>(14)(16)(18)(19)</sup> De ahí la incoordinación de movimientos, que hace presa en la mandíbula.

La causa de esta contracción prolongada, es algún tipo de interferencia que obliga al músculo a adoptar una posición que no está en armonía con la función integrada de manera nor--

mal. Aunque el factor causal pudo venir del exterior, un trauma directo a la mandíbula, que originó alguna alteración en la articulación.

Normalmente los músculos se encuentran en cierto grado de contracción, incluso en reposo, en el que mientras algunas toman esa contracción otras se encuentran en reposo, alternándose continuamente en esa posición, (tono muscular).

En presencia de un estímulo que provoque modificaciones en la oclusión, se alteran los impulsos propioceptivos y éstos desarreglan la función neuromuscular. La información se envía al S.N.C., que de inmediato responde enviando señales a los músculos motores para que modifiquen la posición tenida hasta ese momento y adopten una nueva, anormal, para evitar el estímulo nosivo. Entonces los músculos modifican su tono normal, estirándose o contrayéndose en exceso, lo que los fatiga y los hace entrar en espasmo.

Si el estímulo irritativo continúa, los músculos permanecerán en estado de contracción sostenida (isométrica), que origina la incoordinación muscular, dolor y convulsiones tónicas. Esta es una medida de protección del cuerpo humano en presencia de algún factor dañino. Los músculos se espastizan, sobreviene el dolor y la inmovilidad de la mandíbula, como un aviso de que la función debe restringirse.

El dolor puede ser inducido por vasoconstricción, que desencadena anoxia, frío, acidosis y acumulación de toxinas provenientes de la biotransformación vinculada con la contracción prolongada. Una tensión sostenida sin suministro apropiado de sangre, impedirá que los músculos satisfagan sus requerimientos anabólicos y evitará que la actividad catabólica se realice a--

decuadamente.<sup>(14)(18)</sup>

Sin duda, un signo claro de ésta alteración lo constituye la desviación mandibular debida a la "adaptación" muscular.

Si tenemos bien presente el trabajo experimental de Selye, encontraremos en el Stress un factor común en la aparición de varias enfermedades y como parte de una alteración funcional. El síndrome de disfunción neuromuscular no es la excepción.

Tomémoslo muy en cuenta en cuanto a su relación con otras afecciones de la articulación, dada la importancia que representa para el diagnóstico y tratamiento de aquellas.

**C A P I T U L O      I I**

**METODOS DE DIAGNOSTICO DE LAS ALTERACIONES  
FUNCIONALES DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO**

METODOS DE DIAGNOSTICO DE LAS ALTERACIONES FUNCIONALES  
DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

1.- La historia clínica.

- Evaluación clínica intrabucal.
- Exámen oclusal (análisis funcional) en paciente y articulador.

2.- La guarda oclusal.

El estudio concienzudo; los métodos que podamos emplear para cada caso o en forma general, habiendo hecho una buena evaluación de la sintomatología presente en los casos de disfunción temporomandibular, nos debe guiar de manera inequívoca a lograr nuestro objetivo, consistente en la elaboración de un diagnóstico correcto.

Si no contamos con los elementos adecuados y conocimiento suficientes para encarar el problema, será grande la dificultad a vencer para llegar a nuestra meta. Esto es importantísimo puesto que el diagnóstico determinará la pauta a seguir para la elaboración del plan de tratamiento apropiado.

La emisión del diagnóstico acertado de una disfunción de el sistema gnático, debe incluir estudios minuciosos y detallados de las estructuras que lo integran. El exámen sistemático y ordenado guiado por los métodos diagnósticos que nos brinda una



buena historia clínica, completa y adecuadamente desarrollada -- ; la exploración, palpación, auscultación etc..El análisis funcional realizado minuciosamente de manera directa e indirecta, - en paciente y articulador respectivamente, en busca de los choques de contacto prematuros como principal factor desencadenante de la disfunción temporomandibular. La utilización de la guarda oclusal, como auxiliar diagnóstico al diferenciarnos los problemas de índole oclusal y sistémico, nos son de gran utilidad para el fin antes mencionado.

Han sido tantas las historias clínicas propuestas para pacientes con alteraciones funcionales; algunas muy extensas, pero que van de acuerdo a la gran cantidad de información que nos puede proporcionar un paciente con este tipo de padecimientos. Otras muy incompletas e insuficientes para poder precisar si se trata de tal o cual problema; obviamente no nos son de gran ayuda.

Ha sido elaborada una historia clínica muy completa y precisa, y que, de acuerdo con sus autores, se llega automáticamente al diagnóstico acertado; además de que se le podría utilizar, en algunos de sus incisos, para estudios de tabulación y estadística sobre los datos obtenidos de problemática temporomandibular.

Como nuestra finalidad se encamina hacia otro punto (guarda oclusal), hemos elaborado una historia clínica, no tan completa como la citada anteriormente, pero sí tomándola como base, debido a sus características, aunque no será la que se utilice en la casuística de éste trabajo, por lo ya mencionado.

La historia que se expone es una recopilación de pregun--

tas sustraidas de varios modelos de historias clínicas, las que creímos más convenientes y se enfocan directamente al problema.

Para el uso debido de la historia clínica, se requiere de los siguientes elementos: material para impresiones (alginato), articulador semiajustable, estetoscopio, serie radiográfica periapical, espejo dental, sonda parodontal, regla de plástico flexible, papel de articular, cera rosa, lápiz, yeso etc.. Todo el material, como se puede observar, se encuentra al alcance de todo profesional.<sup>(8)</sup>

Como parte inherente de una buena historia clínica y --- siempre al principio de ésta, se nombra a la anamnesis. Se empieza el interrogatorio, estableciendo las razones que motivaron a los pacientes a acudir con nosotros en busca de alivio a sus problemas.

El exámen clínico es fundamental y debe seguir una secuencia lógica y adecuada, principiando generalmente por las estructuras más superficiales, posteriormente examinaremos otras más profundas y así sucesivamente, sin dejar zona alguna por examinar.<sup>(9)</sup>

Resulta posteriormente de manera provechosa para ambas partes y de acuerdo a las referencias mencionadas por el paciente, el poder determinar las características del caso y establecer un diagnóstico de probabilidad o de primera instancia, basado en los puntos anteriores (anamnesis y exámen clínico).

Entonces tenemos:

## 1- HISTORIA CLINICA

## I.- FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Edo. civil \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre de su médico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre de su edontólogo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

- Actualmente se encuentra bajo tratamiento? sí no

Que tipo? \_\_\_\_\_

## II.- MOLESTIA PRINCIPAL.

Que problema lo trae con nosotros? \_\_\_\_\_

Hace cuanto tiempo siente molestias? \_\_\_\_\_

Empezó de repente o poco a poco? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ HA SIDO TRATADO DE LOS DIENTES? sí no

\_\_\_\_ MENCIONE EL TIPO DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

III.- DIAGNOSTICO DE PROBABILIDAD \_\_\_\_\_

#### IV.- ESTADO GENERAL

1.- Ha padecido las siguientes enfermedades?

En caso positivo, mencionar si fueron diagnosticadas --  
por un médico.

Artritis

Diabetes

Fiebre reumática

Enf. Respiratorias

Enf. Cardiovasculares

2.- Ha padecido las siguientes molestias?

Jaqueca

Vértigos

Dolores en el cuello

Mareos

Lesión de látigo

3.- Con que relaciona su lesión? \_\_\_\_\_

4.- Es alérgico a algún medicamento?      sí      no

Que tipo? \_\_\_\_\_

#### V.- PROBLEMAS NEUROMUSCULARES Y TEMPOROMANDIBULARES.

- Uso del calibrador oclusal-

- Puntos uno y dos a contestar por el profesionalista-

1.- Cuantas tiras del calibrador necesitó para que tocaran los incisivos inferiores en el momento de la máxima intercuspidadación?      No.-----

2.- Cuantas tiras necesitó para que dejaran de tocar las caras oclusales de los molares?      No. \_\_\_\_\_

3.- Sintió algún dolor en los músculos de la masticación? (nosotros anotaremos el músculo en relación al sitio indicado por el paciente). \_\_\_\_\_.

4.- El dolor desapareció antes de 5 min. o "aumentó" des-  
pues de ese tiempo? o desapareció después de 5 min.

5.- Hubo dolor en la ATM.?      sí      no      der.      izq.

6.- Normalmente siente ruidos en sus A.T.M.S.?      sí      no

Chasquido      Izq.      Der.

Crepitación      Izq.      Der.

Dolor      Izq.      Der.

7.- Dolor en los ojos      sí      no

En dientes superiores      sí      no

En dientes inf.      sí      no

En la frente      sí      no

En el cuello      sí      no

8.- Tiene dificultad para abrir la boca?      sí      no

Con o sin dolor? \_\_\_\_\_

9.- Tiene dificultad para masticar?      sí      no

De que lado mastica preferentemente?      I      D

10.- Se le ha trabado la mandíbula?      sí      no

Se acompaña de dolor?      sí      no

11.- De entre las actividades que mencionaremos, cuales le  
causan dolor?

Bostezar      masticar      deglutir

Hablar      cantar

Mover la cabeza      Mover el cuello

12.- Que tipo de dolor se presenta?

Agudo      sordo      constante      intermitente

pulsante      difuso      profundo      superficial



18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28  
 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

### VIII.- EXAMEN OCLUSAL FUNCIONAL

Directamente en el paciente.

- 1.- Apertura máxima. mm \_\_\_\_\_
- 2.- Desviación y dirección de cierre.  
     Hacia la derecha.                      Hacia la izquierda
- 3.- En el Odontograma siguiente anote las interferencias mediante las claves dadas.

Interferencias en protrusiva X

"           " lateralidad derecha Y  
 "           "           " izquierda Z  
 "           " relación céntrica      SI      NO

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28  
 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

### IX.-ANALISIS FUNCIONAL

- Corroborar los puntos prematuros de contacto en el articulador, con los modelos ya montados, en las diferentes excursiones y R.C.

### X.- SERIE RADIOGRAFICA.

Observaciones. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## XI.- SOBREMORDIDAS.

1.- Existen sobremordidas verticales mm \_\_\_\_\_  
2.- " " horizontales mm \_\_\_\_\_

XII.- ESPASMO SI NO

DISFUNCION SI NO

## XIII.- PRONOSTICO.

Favorable dudoso negativo



## EL ANALISIS FUNCIONAL

Es conocida de sobra, la importancia que reviste la elaboración del análisis funcional para el diagnóstico acertado de alguna discrepancia céntrica ocasionada por las interferencias oclusales entre ambas arcadas y determinan una perturbación funcional en el sistema masticatorio.<sup>(9)</sup>

El buen análisis funcional del sistema masticatorio incluye un examen minucioso de las superficies dentarias en posición estática y en el aspecto dinámico, tratando de enfocar nuestra atención en la localización de los puntos de contacto anteriormente citados y que serían, de acuerdo a este inciso, los objetivos a lograr.

Se puede realizar el examen estático de las relaciones intermaxilares, pero de ninguna manera tomar como fundamental, la información que nos pueda proporcionar, debido a la pobreza de la misma sobre las relaciones que en la realidad tienen como característica, la dinámica. De ahí el porque no podemos tomar mucho en cuenta el análisis estático.

El análisis dinámico se sitúa como punto clave en el camino para llegar al diagnóstico acertado, aportando datos sobre la relación entre fisiología, afección y respuesta de los elementos que integran el sistema masticatorio.

Para llevar a cabo el análisis oclusal funcional es imprescindible contar con la instrumentación adecuada y obviamente conocer su manejo; hablamos del análisis indirecto (sobre modelos montados en el articulador semiajustable).

Al realizar el análisis funcional oclusal directamente, debemos tener en cuenta, para la detección de interferencias en ojerre habitual, que la musculatura se puede adaptar a cualquier

cambio en la posición mandibular y por ende, oclusal, al tratar nuestro organismo, de evitar las interferencias. De aquí que la relajación reviste suma importancia y deberá lograrse de manera anticipada a la localización de interferencias oclusales en el paciente. En este momento la guarda oclusal puede ser empleada, para su indicación consistente en el logro de aquella.

En pacientes relajados, se ha observado que las interferencias oclusales se detectan, incluso, en los primeros movimientos de apertura y cierre. Sin embargo, si las interferencias no son eliminadas, después de algún tiempo, el sistema neuromuscular se readapta, de manera que la situación anterior se pierde y la nitidez en la localización de puntos se hace imperceptible, ya que, de nueva cuenta, la mandíbula ha regresado a la posición patológica forzada.<sup>(4)</sup>

Una vez logrado el relajamiento muscular, se procede a la eliminación etapa por etapa, de los choques prematuros. Se pide al paciente que realice un cierre muy leve, sin hacer presión, apenas contactando sus dientes, a la vez que son marcados los puntos, ya sea con papel de articular, cinta de máquina o cualquier material indicado para el caso.

De esta manera la guarda oclusal se va modificando entre cita y cita, de acuerdo a la nueva posición creada por los ajustes hechos en el paciente y que determinan el reacomodo mandibular adecuado.

Previamente al ajuste en el paciente, una vez detectadas las discrepancias oclusales en el mismo, debimos haber realizado el análisis en el articulador y efectuado el desgaste en los modelos montados.

El correcto análisis indirecto se realiza con modelos -- montados en el articulador semiajustable, bien orientados, con

los registros de relación céntrica perfectamente logrados y con el ajuste correcto de las cajas del articulador, determinadas por los registros de las posiciones de lateralidad en cera extradura. (10)

Una vez logrado esto, se procede a localizar las desviaciones anterior y lateral de la mandíbula; para esto se parte de la posición terminal de bisagra.

a) Localización de interferencias oclusales en R.C.

En el paciente, se puede llevar a la mandíbula a esta posición limítrofe, mediante presión manual, cuando la relajación muscular se haya logrado con la utilización de un medio "suave" como lo es la guarda oclusal. Se puede lograr la R.C. de manera forzada, con el uso del calibrador oclusal.

En el articulador, una vez montados los modelos, con sus graduaciones respectivas, se realizan movimientos de apertura y cierre cuando se posiciona el aparato en R.C., relacionando así los modelos.

En ambos casos los puntos de contacto prematuros son marcados para un desgaste, posterior al análisis.

b) Localización de interferencias en excursiones laterales.

Para el registro de interferencias, se pide al paciente que realice movimientos de lateralidad, a la vez que ayudamos a lograrlas, con ligera presión en el ángulo mandibular.

Al momento del cierre, el paciente hace presión en una cinta de máquina que se colocará entre los dientes en el lado de trabajo (para verificar la presión). Se tira hacia vestibulo-

lar , marcando así los contactos prematuros. De la misma manera se hace para el lado opuesto, invirtiendo solo los procedimientos para el mismo.

En el articulador, teniendo los registros correctos, simplemente se hacen coincidir los bordes incisales de los caninos superiores con sus antagonistas.

Tanto en el paciente como en articulador, se marcan los contactos, valorandolos para un posterior ajuste oclusal.

#### c) Localización de interferencia oclusales en protrusión.

Tanto en el paciente como en el articulador se hacen coincidir los bordes incisales de los superiores e inferiores y se marcan.

El análisis funcional es parte inherente de la historia clínica y resulta determinante para el diagnóstico acertado y consecuentemente para el tratamiento.

## 2 - LA GUARDA OCLUSAL

Como se ha repetido, la guarda oclusal es considerada entre los procedimientos de que nos podemos valer y permite establecer un diagnóstico diferencial entre las enfermedades que afectan a los componentes del complejo gnático, cuyo origen se establece por la presencia de interferencias oclusales, y las enfermedades miméticas, que se manifiestan mediante sintomatología análoga a las anteriores, pero cuyo factor desencadenante es de índole sistémico.

El principio de acción de la férula oclusal se basa en la modificación de los patrones de movimiento, al actuar sobre los centros propioceptivos del parodonto, "desorientando" los reflejos condicionados por la maloclusión, creada por las interferencias oclusales. De esta manera, al modificar la posición habitual, la mandíbula cerrará en la posición correcta, quedando en evidencia las interferencias que originaron la modificación en las tensiones y patrones de movimiento inadecuados.<sup>(8)</sup>

En el capítulo siguiente se analizará gran cantidad de información y conceptos sobre la misma, con más detalle.

**C A P I T U L O      I I I**

**LA GUARDA OCLUSAL**

### III- LA GUARDA OCLUSAL

DEFINICION- FILOSOFIA- TIPOS DE GUARDAS a) Placas para mordida. b) Férulas oclusales.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES- VENTAJAS Y DESVENTAJAS- PRECAUCIONES- OBJETIVOS.

#### CONSTRUCCION:

CONSTRUCCION DIRECTA EN EL PACIENTE- TECNICA DE CONSTRUCCION CON MATERIALES TERMOPLASTICOS AL VACIO- TECNICA CON ACRILICO AUTOPOLIMERIZABLE- TECNICA DE CONSTRUCCION CON EL ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE.

#### DIVISION TOPOGRAFICA DE LA GUARDA:

ZONA ESTRUCTURAL- ZONA RETENTIVA- ZONA FUNCIONAL.

#### DEFINICION

En este capítulo no se pretende situar a la guarda oclusal - como la panacea para lograr el diagnóstico acertado de las alteraciones funcionales del complejo masticatorio. Simplemente queremos proponer el valor que en un momento determinado puede representar, al encontrarnos frente a dichos problemas, para encararlos sin titubeos.

La reposición neuromuscular del sistema estomatognático es - importantísima y debe constituirse como parte imprescindible de - todo tratamiento oclusal y se efectúa con la ayuda de estos aparatos ortopédicos.<sup>(8)</sup>

Se lo ha definido como un aparato protético renovable capaz de auxiliarnos en el diagnóstico de problemas temporomandibulares cuando son de origen oclusal. Se lo puede considerar como un aparato de carácter reversible si tenemos en cuenta que se le puede

descartar si en determinado tiempo no proporciona alivio alguno o exacerba los síntomas presentes.

### FILOSOFIA

El paciente está tenso, se queja de dolores musculares y en la articulación temporomandibular (región auricular). Refiere, además, chasquido y crepitación y ocasionalmente vértigos, zumbidos etc. ; los movimientos se acompañan de dolor, según refiere. El examen minucioso revela movimientos mandibulares perturbados por incoordinación muscular y múltiples interferencias en algunas excursiones excéntricas.<sup>(9)</sup>

A primera instancia, la sintomatología nos indica la posibilidad de estar frente a un verdadero síndrome disfuncional del sistema masticatorio. Que hacer? ... Realizamos el tratamiento a base de prótesis para restaurar la oclusión? ... La respuesta más congruente en este caso sería negativa.

La terapia oclusal como tratamiento irreversible no se pone en tela de juicio, pues la mayoría de los autores concuerdan en admitir su eficacia; empero se debe insistir en la prioridad de un diagnóstico previo, es decir: establecer la relación síndrome disfuncional-interferencias oclusales antes de realizar cualquier tratamiento definitivo sea cual fuere; ajuste oclusal, ortodoncia rehabilitación con prótesis etc.

El examen sistemático rutinario de las estructuras del sistema estomatognático así como de las relaciones oclusales puede detectar la causa en forma temprana, evitando con ello que aparezca una sintomatología más severa que requiera un procedimiento terapéutico más extenso.<sup>(20)</sup>

Si existe alguna duda entre la relación sintomatología -



discrepancias oclusales no lo pensemos mucho y echemos mano de las guardas oclusales que a la vez que nos ayudan en el diagnóstico, resultan en un excelente tratamiento sintomático, sedando las algias y suprimiendo los obstáculos oclusales.<sup>(9)</sup>

Existen diversos tipos de aparatos que pueden ser utilizados para el mismo fin ; todos ellos determinan en principio un nuevo estilo de estímulo sensorial cuando los dientes están en oclusión con los mismos. Esto significa que las interferencias cuspídeas se inhiben.<sup>(11)</sup> Si una vertiente desviante no entra en contacto con el antagonista, el mensaje propioceptivo - hacia el músculo, para que éste la evite, no existirá.<sup>(5)</sup>

Al actuar sobre los centros propioceptivos del parodonto , desorienta los reflejos nosivos creados por condiciones patológicas, modificando los patrones de movimiento, creando así - nuevas condiciones en la posición mandibular y por lo mismo, - en la función masticatoria. La dificultad para efectuar diversos movimientos, se tornará en facilidad y armonía al establecerse la coordinación entre los elementos del sistema gnático.

De ésta manera, la eliminación de las interferencias, -- propiedad de la guarda oclusal al estabilizar la mordida, crea contactos bilaterales y homogéneos, favoreciendo la reposición neuromuscular.

Las indicaciones en forma general para todos estos dispositivos son : 1) Frenan el bruxismo por la eliminación de las interferencias oclusales.; 2) Eliminan la sintomatología presente ( si se trata de disfunción temporomandibular ). ; 3) Se les puede utilizar como medio diagnóstico, ya que diferencian un problema ocasionado por oclusión alterada y los provocados por un padecimiento de índole sistémico.

El tiempo de modificación en los componentes del sistema masticatorio por la acción de las guardas oclusales es variable de persona a persona, dependiendo de la severidad de la sintomatología presente y de la susceptibilidad del individuo a la afección. Existen personas que con interferencias oclusales mínimas presentan el cuadro clínico del síndrome disfuncional.

Algunos autores recomiendan su uso por un mínimo de tiempo de 5 horas diarias para evitar movimientos dentarios que dificulten la inserción del aparato y provocar molestias en su colocación; el paciente experimenta una sensación de presión muy molesta e incluso dolorosa.

El uso ininterrumpido durante 23 horas diarias, retirándolo solo para la alimentación e higiene del paciente y la placa, proporcionaría un máximo de beneficios en un mínimo de tiempo.

Existen conceptos erróneos sobre la acción de las placas y férulas para aliviar la disfunción temporomandibular, que de bemos aclarar.

1.- Las placas de mordida no alivian el síndrome temporomandibular porque abren la mordida, pues la dimensión vertical nada tiene que ver con dicho síndrome.

2.- Las placas de mordida o férulas oclusales no resuelven el síndrome temporomandibular debido al alivio de la presión en las superficies articulares; no actúan sosteniendo los cóndilos sino liberándolos para que se asienten sin interferencias dentarias.

3.- Las guardas oclusales " curan temporalmente " el síndrome temporomandibular, ya que una vez logrado su objetivo deben ser deshechadas para dar paso al tratamiento definitivo.<sup>(5)</sup>

El utilizar de manera análoga los términos de placa para

mordida y férula oclusal es muy común. Sin embargo es conveniente hacer notar la diferencia. "Placa para mordida" debe emplearse para nombrar aquellos aparatos tipo Hawley y el de "Férula oclusal" para los que sujetan y mantienen unidos varios dientes<sup>(1)</sup>

#### DIFERENTES TIPOS DE GUARDAS

Han sido descritos varios tipos de guardas o goteras oclusales desde que Karolyi introdujo las primeras; estas fueron hechas a base de vulcanita.<sup>(1)(9)</sup>

Los principales requisitos para estos aparatos son: a) Deben eliminar las interferencias oclusales con un mínimo de apertura de mordida. ; b) Mantener una posición estable de los dientes mientras se le emplea.

##### a) Placas para mordida.

En su forma más simple consisten en una placa acrílica que tiene un plano inclinado liso colocado en la zona lingual contra la cual hacen contacto los incisivos inferiores, con un grosor suficiente para la desoclusión de los dientes posteriores. Una placa de éste tipo es la llamada guía de Lucia, cuya única retención es el adhesivo para dentaduras.

##### PLACA PARA MORDIDA - MODIFICACION HAWLEY

Resulta el mismo tipo que el anterior, con la variante -- que consiste en incorporar un arco labial del tipo retenedor de Hawley. Estos dispositivos pueden traumatizar los tejidos gingivales.

### PLACA PARA MORDIDA-MODIFICACION SVED

Esta placa presenta una superficie plana en la parte lingual de los dientes superiores anteriores en la que los bordes incisales de los dientes inferiores chocan, de manera que la fuerza ejercida por estos es perpendicular a la superficie.

Estas placas de mordida eliminan las interferencias en RC y las del lado de balance en excursiones laterales, pero ninguna elimina las interferencias en protrusiva. Lo antes mencionado constituye una desventaja hablando comparativamente respecto a las férulas oclusales.<sup>(1)</sup>

Otras desventajas comunes a las placas de mordida son : - a) Permiten el movimiento dentario, incluso la placa Hawley, cuyo dispositivo "impediría" este movimiento, pero se percibe cierto vaivén de los dientes anteriores superiores. y b) Usadas por periodos prolongados, favorecen la extrusión de los dientes posteriores, lo que la hace inadecuada para tal finalidad.

El mejor aditamento de este tipo sería el de Sved, que proporciona una mejor estabilidad en la región anterior por la dirección axial de las fuerzas sobre los dientes anteriores.<sup>(1)</sup>

Si en dos semanas no se logra mejoría en los síntomas, el uso de las férulas estará indicado.

### b) Férulas oclusales

Indudablemente son el mejor aparato para enfermos con síntomas y signos de perturbación disfuncional. Su adaptación es más favorable en la arcada superior, debiendo tener una superficie oclusal plana con contacto para todos los dientes antagonistas y estar completamente libre de interferencias en cualquier excursión; cubren a todos los dientes superiores en el --

tercio oclusal de su corona.

#### FERULA DE RECUBRIMIENTO POSTERIOR Y PIVOTE

Dispositivo que cubre generalmente premolares y molares con el propósito de aumentar la dimensión vertical o crear puntos de contacto bilaterales (pivotes) en el área del primer molar de ambos lados en la mandíbula. Actualmente se fabrican de metal o resina acrílica y pueden ser removibles o fijados temporalmente a los dientes. El fundamento de este aparato consiste en que, al contacto, los puntos posteriores actúan como fulcro y la presión muscular durante el cierre, llevaría las superficies articulares de la mandíbula hacia atrás y aliviaría la presión en ellas. Esto reviste un éxito temporal, puesto que da lugar a intrusiones de los dientes posteriores y extrusión de los anteriores, con subsecuentes interferencias y recurrencia de los síntomas.<sup>(1)</sup>

#### FERULA BLANDA O RESILIENTE

Es un aparato protector contra el bruxismo, hecho a base de resina acrílica elástica o de caucho ( tipo Kesling ), intenta mantener la maxila y mandíbula en cierta relación , uniendo los dientes de ambas arcadas en el mismo dispositivo. La superficie elástica dirigirá los impulsos propioceptivos y la consiguiente actividad bruxómana. Empero existe una tendencia de los pacientes a "jugar" con estos aparatos, mordiendo sobre la superficie elástica; además, la superficie no permite un terminado tan preciso como en el acrílico duro, pudiendo propiciarse el desencadenamiento bruxista en nuevas áreas.

### APARATO HIDROSTATICO

Consiste en compartimientos llenos de líquido, interpuestos entre los dientes. Por la ley de Pascal dicese que un líquido encerrado distribuye las fuerzas uniforme y simultáneamente en todas direcciones; los compartimientos hidrostáticos tienen la capacidad de distribuir las fuerzas oclusales en todos los dientes. Como el medio líquido es totalmente flexible, el aparato se autoadaptará continuamente a las modificaciones articulares y musculares, a medida que el trismus se va resolviendo.

Este aditamento está aún en fase experimental y no sirve para uso general. Lo acertado de su fundamento lo convierte en una promesa.

### APARATO DE SHORE

Sin duda, éste es el aparato más apropiado para pacientes con disfunción temporomandibular. Recubre todas las superficies oclusales del maxilar superior o inferior. ( En este trabajo elaboraremos las guardas en la mazila ). Se adapta fácilmente a cualquier requisito: ser removible, reversible, retención adecuada, costo bajo, construcción sencilla etc.

Al sujetar todos los dientes en un mismo arco, actúa como verdadera férula, evitando los movimientos dentarios: y al cubrirlos evita cualquier extrusión. (ventajas significativas sobre las placas para mordida).

Proporciona una oclusión ideal de manera artificial. Todos los dientes tendrán contacto uniforme en céntrica, repartiendo las fuerzas racionalmente sobre el conjunto de la dentadura.

La guía anterior proporcionará la disoclusión posterior en todos los movimientos excéntricos ; esta placa evita los contactos en el lado de equilibrio en las transtrusiones y se logra - de esta manera una adecuada función por grupos.

Si se ha fabricado adecuadamente, la férula de Shore propiciará la disminución del tono muscular, lo que puede reconocerse tanto clínica como electromiográficamente. El aparato deberá usarse por tiempo limitado, suficiente para eliminar la sintoma-tología (cuando su objetivo es el diagnóstico), a la vez que no ayuda en la evaluación psicológica del paciente. Transcurrido - esto, se le descartará para dar paso al tratamiento definitivo. <sup>(9)(5)</sup>

Los detalles de su construcción se tratarán en páginas - posteriores.

Algún indicativo en la construcción de las guardas oclusales nos sugiere algunos aspectos importantes como son:

1.- La construcción de guardas oclusales inferiores no es recomendable ya que ocasiona movimiento ortodóntico de los dientes anteriores superiores moviéndolos labialmente a cada cierre mandibular; además, se desalojan con mucha facilidad por la acción lingual.

2.- Las guardas superiores pueden usarse indistintamente - tanto en dientes naturales como en prótesis. Se costruyen sobre moldes tomados a pacientes con las prótesis colocadas y se so- breadaptan a las mismas.

3.- Deben ser plásticas y de poco grosor.

4.- La superficie oclusal debe ser delgada sin llegar a importar que presente algunas perforaciones a manera de retención adicional, en algunas cúspides que no antagonizaran.

5.- Debe cubrir todos los dientes superiores, evitando con

ello las extrusiones.

6.- La oclusión debe ajustarse en relación céntrica, con apoyo en las cúspides vestibulares y bordes incisales de los dientes inferiores.

7.- No debe interferir en el espacio de la lengua y si estar perfectamente pulida para evitar cualquier lesión.

8.- El contorno palatino debe hacerse de tal manera que los incisivos ocluyan en ángulos rectos con sus ejes mayores.

9.- Por vestibular de los dientes superiores debe cubrir un tercio de las coronas y seguir el contorno de las mismas, favoreciendo su retención. Debe biselarse para eliminar cualquier rugosidad que pudiera ocasionar molestias una vez colocada.

10.- Debe ser pulida en toda su superficie, a excepción de la oclusal. Este es un punto muy importante puesto que las guías para las correcciones deberán basarse en las huellas dejadas por las cúspides sobre esta superficie plana, en el sinúmero de movimientos mandibulares que en la normalidad se efectúan.

11.- No debemos obliterar la distancia interoclusal.

12.- Debemos evitar dejar huellas muy marcadas en la superficie oclusal, de la impresión que se hizo a las cúspides vestibulares inferiores, para que la mandíbula no se ancle. Una superficie plana, que no interfiera en la dinámica mandibular, favorece un punto importante en la oclusión ideal y que debemos lograr con el auxilio de este aparato.

13.- Debemos tener muy en cuenta las disoclusiones, para no provocar algún apretamiento o rechinamiento y permitir las disoclusiones anteriores, que no deberán ser muy bruscas.

Reviste mucha importancia el tener siempre bien en cuenta el cambio constante de posiciones que guarda la mandíbula con-



el uso ininterrumpido de la guarda. Es por lo que los rebases y ajustes de la placa con acrílico rápido deben hacerse tantas veces como sea necesario hasta lograr que no haya modificaciones en las relaciones oclusales.

Siguiendo estos principios, sin duda, lograremos nuestro objetivo, que se resume en tener a nuestro paciente asintomático y neuromuscularmente relajado.

#### INDICACIONES DE LA GUARDA OCLUSAL

Algunos puntos indicativos en el uso de la guarda oclusal determinan un mejor aprovechamiento de sus cualidades. Entre otros incisos mencionaremos:

- a) Se les puede utilizar como protector temporal de una rehabilitación oclusal que se halla terminado recientemente, para prevenir de esta manera el inicio de alguna parafunción.
- b) En disfunción de la A.T.M. cuando es causada por maloclusión.
- c) Previamente a alguna reconstrucción oclusal.
- d) Alguna discordancia céntrica acompañada por sintomatología.
- e) Algún problema aparente de tipo médico, como cefaleas, vértigos, zumbido de oídos etc.
- f) Se les puede utilizar como protector de dientes móviles, involucrados parodontalmente por el bruxismo.
- g) Nos facilita la toma de registros interocclusales y la elaboración de registros pantográficos confiables.
- h) Como auxiliar en el tratamiento de tejidos ligamentosos distendidos por algún traumatismo mandibular.

i) Como aparato retenedor post-ortodóntico.

j) Se utilizan también en casos en los que se quiera evitar el colapso de las arcadas, cuando los dientes faltantes no pueden restaurarse de manera inmediata, especialmente en pacientes bruxistas.

k) Como protector contra posibles fracturas de conectores de raíces anteriores con postes; del desgaste excesivo de aditamentos de semiprecisión en pacientes con bruxismo excéntrico.

l) Para prevenir síndromes disfuncionales temporomandibulares con dolor y desgaste irregular de los dientes posteriores en pacientes con mordida anterior abierta por deglución atípica.

ll) Como protector de paladar en pacientes con maloclusión clase II y sobremordida vertical severa.

m) Como medio aplicador de gel de fluor en oclusal y palatino en pacientes que usan el aparato con otros fines.

n) Para prevenir la expansión de la maxila en pacientes con hábito de lengua, la que succionan aplanándola contra el paladar, reforzando así el hábito.

#### CONTRAINDICACIONES

a) En bocas que deben ser restauradas de emergencia.

b) Su uso está contraindicado en aquellos pacientes en los que la sintomatología de la disfunción temporomandibular se ha exacerbado por la acción de la misma.

#### VENTAJAS DE LA GUARDA OCLUSAL

1.- Podemos valorar la actitud del paciente. Algunas personas pueden ser tratadas y otras no, por la falta de coope-

ración.

2.- Nos permite evaluar si el tratamiento resultará exitoso, antes de hacer cualquier preparación en la boca.

3.- Su reversibilidad es importante ya que si por alguna circunstancia la rehabilitación no se lleva a cabo, la guarda puede eliminarse y ningún daño se ha hecho.

4.- Puede sostenerse el estado asintomático del paciente por periodos indefinidos. Muy importante para quienes no pueden tratarse por cuestiones económicas.

5.- Pacientes con riesgos físicos pueden ser mantenidos asintomáticos.

6.- Reduce el número de montajes.

7.- Cuando un paciente se encuentra en estado de stress muy fuerte, se le coloca el aparato mientras se encuentra en -- ese estado, perjudicial para las articulaciones; una vez que ha pasado, la guarda se retira.

8.- Es un medio diagnóstico. (Diferencia entre la disfunción creada por choques prematuros de contacto y la producida por artritis generalizada).

9.- Nos permite la realización del plan de tratamiento con tiempo suficiente.

#### DESVENTAJAS

1.- Requiere de mucho cuidado en su ajuste en la boca.

2.- Requiere visitas periódicas para la corrección oclusal.

a) Se requiere la visita del paciente cada 3 a 5 días en las primeras dos semanas.

b) Después de dos semanas, el paciente debe ser visto ca

da semana, hasta que los cambios sean mínimos.

- c) Posteriormente el paciente debe ser checado al mes.
- d) Deben pasar por lo menos dos meses sin que se presenten cambios en la oclusión, antes de empezar con el tratamiento definitivo.

3.- Pueden fracturarse muy fácilmente.

4.- Cuando se usa por largos periodos, existe el riesgo de alguna descalcificación potencial.

5.- Se pierde con relativa facilidad.

#### PRECAUCIONES

Debe vigilarse que no exista contacto de los dientes anteriores, a excepción de los caninos, durante las dos primeras semanas.

#### OBJETIVOS

a) Volver asintomáticas las articulaciones temporomandibulares.

b) Hacer desaparecer problemas médicos (aparentes), algunos inesperados y disfrazados. Cefaleas, vértigos etc.

**CONSTRUCCION:****CONSTRUCCION DIRECTA EN EL PACIENTE.**

- 1.- El paciente se pone en una posición cómoda para el y para el operador.
- 2.- Se le pone separador a los dientes superiores (manteca de cacao).
- 3.- Se hace la mezcla del acrílico autopolimerizable en un godete hasta que tome una consistencia de masilla.
- 4.- Usando dos vidrios cuadrados de 20 x 20 cms. y cuatro monedas de un peso se aplana al acrílico en forma de tortilla.
- 5.- Se traslada la tortilla de acrílico a la boca del paciente y se le adapta al paladar y a las caras oclusales de los dientes superiores; cortando todo excedente del paladar (forma de "U") y de la cara vestibular hasta 1mm. del tercio incisal y oclusal, esto para que tenga retención y no se mueva.
- 6.- Cuando comience a polimerizar el acrílico se retira de la boca del paciente para no llegar a quemarlo.
- 7.- Con un fresón de baja velocidad se comienzan a pulir las asperezas de la placa.
- 8.- Posteriormente se hace otra porción de acrílico en consistencia de masilla, y en forma de cilindro se adhiere a la cara oclusal de la placa; para que se adhiera perfectamente, se le agrega un poco de líquido de acrílico (monómero).
- 9.- Se traslada la placa a la boca del paciente, poniendo antes la misma crema de cacao en los dientes inferiores.
- 10.- Se le indica al paciente que muerda; cuando comienza a polimerizar el acrílico se retira la placa de la boca.
- 11.- Tomando un lápiz se marcarán las partes más profundas de las cúspides vestibulares de los dientes posteriores en la parte inferior de la guarda oclusal, así como el borde incisal de los dientes anteriores.

12.- Las marcas del lápiz nos servirán de límite para rebajar todo el excedente del acrílico quitando todas las retenciones que se encuentren con un fresón de baja velocidad.

13.- A nivel de los dientes anteriores de canino a canino se dejará una guía incisal en la cara vestibular de la placa; - para un buen desplazamiento de la mandíbula con la placa puesta en la zona de la guía incisal, se debe tener una angulación aproximada de los 45 grados.

14.- Para que el paciente no tenga problema de fonación cuando traiga puesta la guarda oclusal, se le hará uno o dos rebases con acrílico más fluído que el original para mayor retención en los dientes superiores. Alrededor de una semana - después de haberle puesto al paciente su placa se le volvería a rebasar si fuera necesario.

#### TECNICA DE CONSTRUCCION CON MATERIALES TERMOPLASTICOS AL VACIO.

Se necesita un equipo de vacío para seguir estos pasos:

1.- Se obtiene un modelo de la arcada superior del paciente.

2.- Tomar una hoja de material (acrílico transparente) y coloque el modelo en la máquina, caliente y adapte el material sobre el modelo.

3.- Con un disco de carborundum recortar la superficie labial y bucal del material a un mm. hacia cervical desde las caras oclusales y bordes incisales.

4.- Con el mismo instrumento recorte el material en su superficie palatina, aproximadamente 10 mm. de margen gingival de los dientes posteriores, y a 15 mm. de los dientes anteriores.

Remover el material termoplastico y pulir sus margenes.

5.- Se adapta despues al paciente para ver que no haya zonas de retención y que esté bien ajustado. (10)

#### TECNICA CON ACRILICO AUTOPOLIMERIZABLE.

- 1.- Se obtiene un modelo de la arcada superior del paciente. Algunos operadores prefieren tener los dos modelos (Sup. e Inf.) montados en un articulador semiajustable.
- 2.- Se lubrica el modelo superior con un separador de acrílico de su elección.
- 3.- Se encajona el modelo superior contorneando el material (cera blanda, plastilina, etc.) uno o dos mm. por debajo de las superficies labial, bucal y palatina de los dientes superiores. Esto confirma o enmarca el acrílico que se va a emplear.
- 4.- Aplique el polímero sobre las superficies oclusales y --moje con el monómero. Repita esto tantas veces como sea necesario para construir un contorno ocluso-incisal adecuado. -- Con una espátula mojada con monómero mantenga un grosor uniforme y respete la curva anteroposterior y el plano de oclusión. Si alguna cúspide queda por fuera de la capa acrílica, dejela, puede servir para mayor estabilidad y retención de la guarda.

Si desea acelerar la polimerización, coloque todo el modelo en agua caliente o en una olla de presión.

Remueva la guarda de acrílico del modelo, recorte margenes, pula y vuelva a colocarla sobre el modelo. (10)

#### TECNICA DE CONSTRUCCION CON ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE.

- 1.- Poner cera alrededor de los dientes dejando descubierta en la cara vestibular de los dientes superiores tan solo una sección de tres mm. En la parte lingual dejar descubierto los dientes y 1.5 cm. de paladar.
- 2.- Mojar los modelos durante 10 min.

- 3.- Poner separador en los dientes y en la cera. Dejar secar.
- 4.- Volver a montar los modelos y ajustar el pin incisal a la altura conveniente.
- 5.- Poner acrílico transparente para ortodoncia. Poner primero el líquido y después el polvo. Dejar la guarda de 1 mm. - de grueso.
- 6.- Se mezcla más acrílico hasta que esté pegajoso y se ponen rodillos en la cara oclusal en los posteriores y se cierra el articulador hasta que toque el vástago incisal.
- 7.- Esperaremos a que polimerice y se recortará el exceso de acrílico.
- 8.- Con el papel de articular notaremos que las cúspides vestibulares inferiores sean las únicas que toquen y se rebajará el acrílico alrededor de esa marca.
- 9.- Se pasa a hacer lo mismo con el shim stock de .0005 hasta que todas las cúspides vestibulares inferiores y el vástago incisal toquen al parejo y se choca con el papel de articular otra vez.
- 10.- Se pone el papel de articular en un lado y se mueve el articulador hacia trabajo y balance y protrusiva y se quitan todas las interferencias. Hasta este momento no se ha agregado acrílico a los anteriores de canino a canino.
- 11.- Se mezcla acrílico y se moja la parte anterior y se pone un rollo de acrílico cuando esté moldeable sin llegar a estar pegajoso. Haciendo llegar el acrílico hasta pasar el borde incisal de los inferiores.
- 12.- Se cierra el articulador varias veces para que queden bien marcados los bordes incisales.
- 13.- Se quita el exceso hasta dejar una línea de marca del papel de articular de los incisivos y se checa la sobremordida tanto en incisivos como en caninos.



- 14.- El papel celofán debe detenerse en caninos y en el pin incisal. En los incisivos debe pasar sin detenerse.
- 15.- Con espatula de cera se quita la cera y se recorta el exceso de acrílico sin recalentarlo.
- 16.- Con fresón en la pieza de mano se corta hasta dejar 2 mm. de espesor tanto en bucal como en lingual.
- 17.- Se quita la placa con cuidado palanqueandola poco a poco.
- 18.- Se redondea la placa con piedra verde en forma de barril.
- 19.- En el motor pasar rueda de trapo con pomez y agua. (15)

La guarda oclusal se puede dividir en tres zonas: a) zona es tructural. b) zona retentiva. c) zona funcional.

a) ZONA ESTRUCTURAL: Para obtener esta zona se sacan unos mo delos de trabajo de ambas arcadas.

Se toma una impresión con alginato de la arcada superior e inferior.

Se corren las impresiones en yeso piedra para obtener los modelo.

Obtenidos estos, se prepara una porción de acrílico autopolimerizable. Se hace una especie de tortilla con el acrílico y previamente engrasado o colocando vaselina en el mode lo de yeso se ajusta el acrílico en el modelo.

Las zonas que debe abarcar el acrílico son: en los dien tes por su cara vestibular hasta el tercio oclusal e incisal. En el paladar nada más un tercio del mismo para que tenga una retención adecuada. Se deja que polimerice el acrílico y luego se retira.

Se cortan los excedentes con un fresón de baja velocidad y así se obtiene la estructura de la guarda oclusal.

b) ZONA RETENTIVA: ya obtenida la placa se le prueba al paciente en la boca y se observa si queda justa o no; si llegara a quedar floja se hace un rebase con acrílico autopolimerizable más fluido y éste se coloca por la parte interna del aparato.

Se le pone manteca de cacao en los dientes superiores del paciente para protegerlo de alguna quemadura y para que no se pegue el acrílico a los dientes.

c) ZONA FUNCIONAL: para obtener esta zona se coloca una porción de acrílico en forma de churrito en la parte inferior de la guarda para que se una, se agrega un poco de líquido de acrílico (monómero).

Se pone manteca de cacao en los dientes inferiores del paciente.

Ya colocada la placa en la boca se le indica al paciente que cierre la boca para que marque sus dientes inferiores en el acrílico.

Cuando comience a polimerizar se retira la placa de la boca. Con un lápiz se marcan las puntas de las cúspides vestibulares inferiores y se le quitan todos los excedentes con un fresón. El objetivo es dejar una plataforma en la parte inferior con una guía incisal para el deslizamiento adecuado de la mandíbula. Obteniendo con esto la parte funcional de la guarda oclusal.

**C A P I T U L O            I V**

**FASE EXPERIMENTAL.**

**ESTADISTICAS- GRAFICAS- RESULTADOS            Y**

**CASOS RELEVANTES**

ESTADISTICAS - RESULTADOS Y SELECCION DE CASOS  
RELEVANTES.

A continuación se presentarán los resultados de esta investigación, llevados a cabo mediante la división de los 84 casos en dos grupos de estudio, de acuerdo a varios factores que marcan cierta diferencia entre ambos, tales como el criterio de selección de pacientes en cada grupo; universo de la investigación etc., al tratar de lograr mejor claridad y concreción en base a los resultados obtenidos.

Se tiene entonces la presentación de los grupos "A" y "B" individualmente y posteriormente, la unificación de los mismos. Por último, se han seleccionado los casos más interesantes, mismos que serán presentados y comentados en este capítulo.

(Las historias clínicas serán presentadas en la parte correspondiente a los anexos).

## G R U P O " A "

El grupo "A" constó de un total de 44 pacientes, de los cuales el 50% fueron femeninos y el 50% restante, masculinos. (ver tabla No. 1).

Las edades fluctuaron entre los 12 y 47 años.

## CRITERIO DE SELECCION DE PACIENTES

Para integrar este grupo por estudiar, el criterio de selección se basó en el hecho de encontrar en todos y cada uno de ellos algún signo o síntoma que nos hiciera pensar en la posibilidad de encontrarnos frente a alguna alteración funcional del sistema estomatognático. De esta manera se hizo la selección, encontrando desde un ohasquido simple, hasta las disfunciones temporomandibulares clásicas.

## UNIVERSO DE INVESTIGACION

La investigación incluyó tanto a pacientes del área metropolitana, que convergieron directamente a la clínica Odontológica de la E.N.E.P.I., como pacientes de provincia, concretamente de las localidades de Querétaro Qro. y Zamora Mich. (ver tabla No. 2).

ESTADISTICAS SOBRE LA INFORMACION  
RECAVADA EN LAS HISTORIAS CLINICAS.

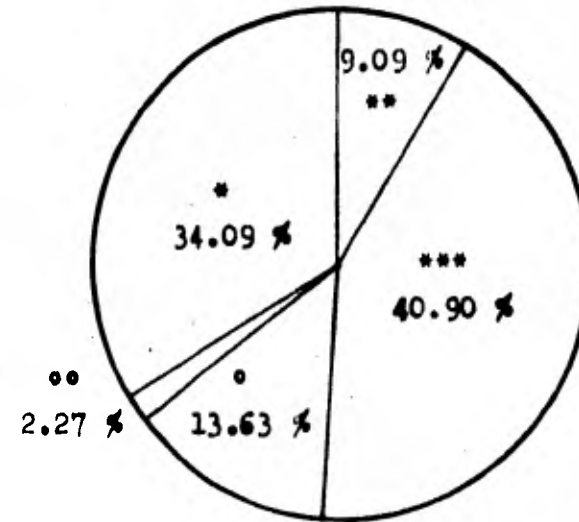
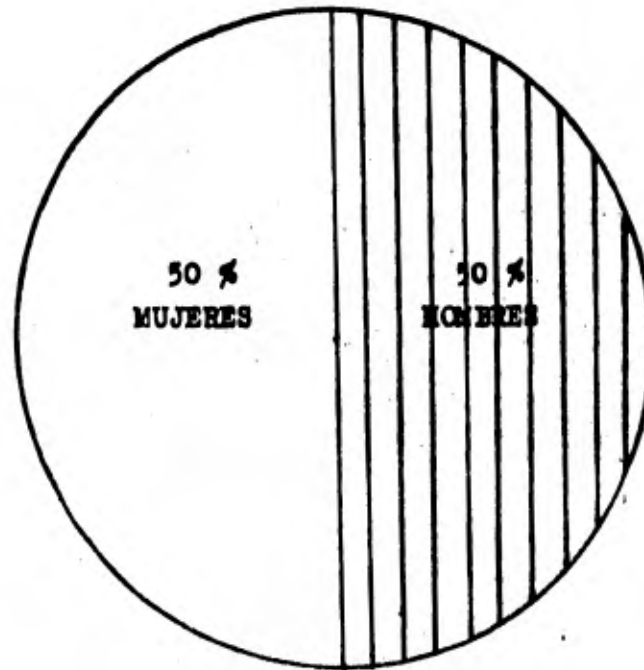
## TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

De los 44 pacientes:

- 11 se encuentran bajo tratamiento dental actualmente.
- 28 ya habían sido tratados de algún problema dental, antes de la investigación.
- 5 nunca han asistido a tratamiento Odontológico. (Ver gráfica No. 3).

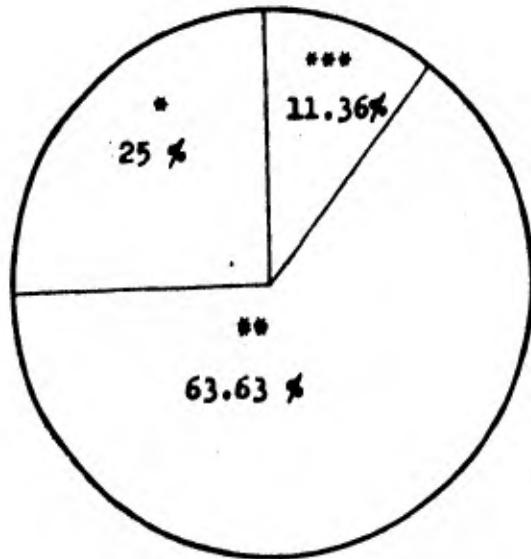
**TABLA No. 1.-** Muestra el grupo A, que constó de una población de 44 sujetos de estudio. De ellos, 22 mujeres y 22 hombres.

**GRUPO " A "**



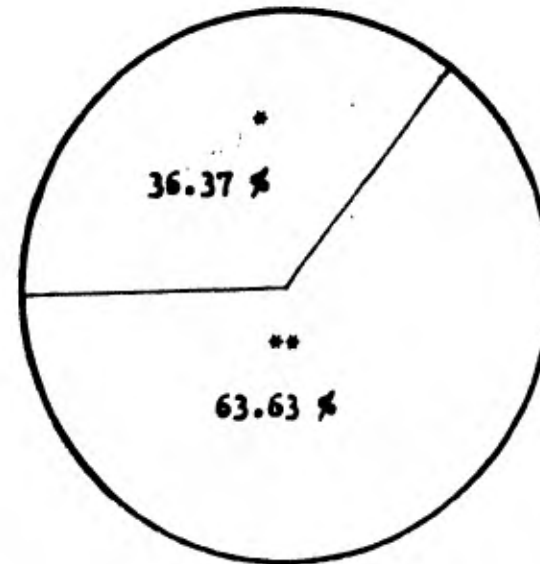
**TABLA No 2.-** El universo de la investigación abarcó varias entidades. Aquí se muestran los porcentajes de sujetos estudiados en cada localidad.

- \*- Zamora Mich.. \*\*- Trabajadores E.N.E.P. IZTACALA.
- \*\*\* - Pacientes Clínica Odontológica. °- Alumnos E.N.E.P.I.
- oo - Querétaro Qre.



GRAFICA No 3 - Indice de tratamiento Odontológico. realizado.

- \* Bajo tratamiento dental actualmente.
- \*\* Habían recibido atención dental -- anterior a la investigación.
- \*\*\* Nunca han recibido atención dental.



GRAFICA No 4 - Restauraciones dentales presentes.

- \* Pacientes que no presentan restauraciones dentales.
- \*\* Pacientes con restauraciones dentales.

## RESTAURACIONES DENTALES

De los 44 pacientes:

- 28 presentan restauraciones dentales.
- 16 no presentan restauraciones dentales.

Ver gráfica No.4

## AUSENCIA DE DIENTES

- 15 de los 44 pacientes tienen completa<sup>++</sup> su dentadura.
- 10 pacientes tienen de 1 a 2 dientes ausentes.
- 18 pacientes tienen de 3 a 5 dientes ausentes.
- Solo un paciente presenta ausencia de 6 dientes.

Ver gráfica No. 5

<sup>++</sup> No se tomaron en cuenta los terceros molares.

## PROSTODONCIA FIJA Y REMOVIBLE

- 4 pacientes presentan prótesis fija individual.
- 3 pacientes presentan prótesis fija de varias unidades en una pieza.
- 6 pacientes presentan prótesis parcial removible.
- 16 pacientes no portan prótesis parcial fija o removible, aunque tienen ausencia de dientes.

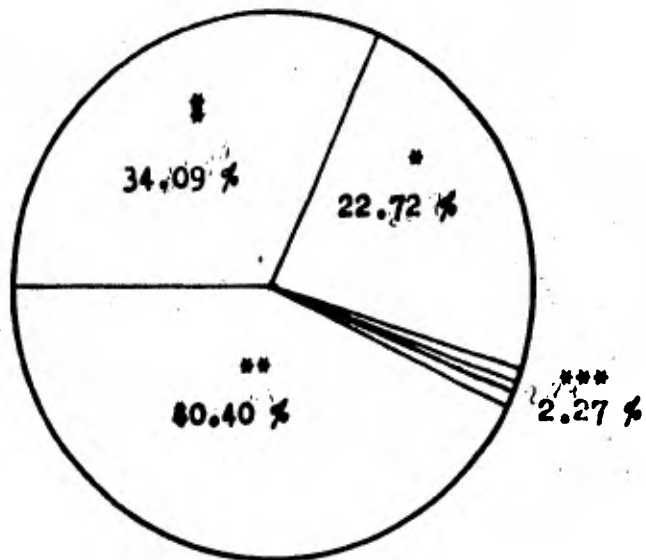
Ver gráfica No 6

## SIGNOS Y SINTOMAS DE DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR

Ver gráfica No 7, siguiente página.

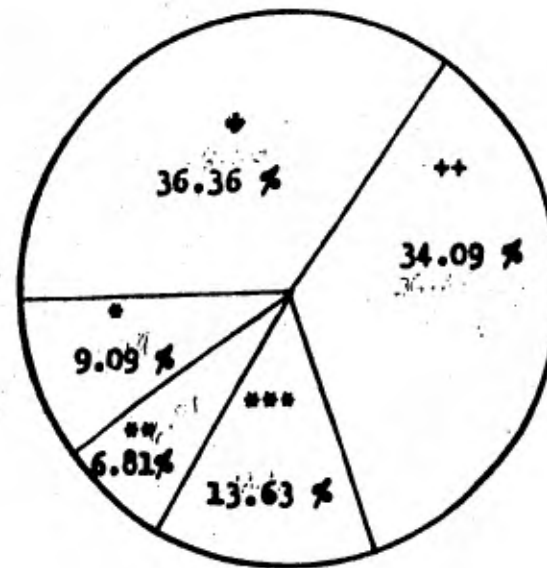
- 1-Dolor región articular- 27 pacientes, con porcentaje de 61.36.
- 2-Dolor región facial- 5 personas, con porcentaje de 11.36
- 3-Cansancio muscular<sup>++</sup>- 23 personas, con porcentaje de --  
52.27.





GRAFICA No 5- Ausencia de dientes en los sujetos estudiados.

- \* Sin dientes faltantes.
- \* 1 a 2 dientes faltantes.
- \*\* 3 a 5 dientes faltantes.
- \*\*\* 6 dientes faltantes.



GRAFICA No 6 INDICE de pacientes que portaban prótesis parcial fija o -removible.

- \* Prótesis fija individual.
- \*\* Prótesis fija varias unidades.
- \*\*\* Pacientes con prótesis parcial rem.
- + Pacientes sin prótesis, con dientes - faltantes.
- ++ Sin dientes faltantes.

- 4- Dolor de cabeza frecuente- 11 personas, que constitu<sup>yo</sup> el 25.0%.
- 5- Vértigos- 7 pacientes, con 15.90 %.
- 6- Zumbidos- 13 pacientes, con 29.54 %.
- 7-<sup>#</sup>Chasquido- 14 personas, con 31.81 %.
- 8-<sup>++</sup>Crepitación- 3 personas, constituyendo un porcentaje de 6.81.
- 9- Chasquido y crepitación- 24 pacientes, que se traduce en un 54.54 %.
- 10- Dificultad para abrir la boca- 23 pacientes, con un porcentaje de 52.27 %.
- 11- Dislocación condilar- 13 pacientes, con 29.54 %.
- 12- Desviación de la línea media al cierre mandibular- 38 pacientes, igual a 86.36 %.
- 13-<sup>+++</sup>Muerden disparejo- 37 pacientes, con un 84.09 %.
- 14- Dolor en la nuca- 1 paciente, con porcentaje de — 2.27 %.
- 15- Cansancio muscular peribucal al despertar- 14 pacientes, con porcentaje de 31.81.

## NOTA:

++- El cansancio muscular se determinó como positivo, al aparecer prematuramente, después de realizada cierta fisiología mandibular.

#+- El paciente presentó solamente este tipo de ruido articular.

++#- Se presentó solo este ruido articular.

+++- Se tomó como interpretativo de las discrepancias oclusales.

## AFECCION DE LAS A.T.M.'S

++ Se vieron afectados de la A.T.M izquierda 15 pacientes, constituyendo el 34.09 %.

Se vieron afectados de la A.T.M. derecha 15 pacientes con 34.09 %.

9 pacientes se vieron afectados de ambas articulaciones temporomandibulares, 20.45 %. (Vease gráfica No. 8).

++ Se consideró la afección de un solo lado, cuando éste cargó con la severidad de la sintomatología, mientras el opuesto presentaba afección insignificante.

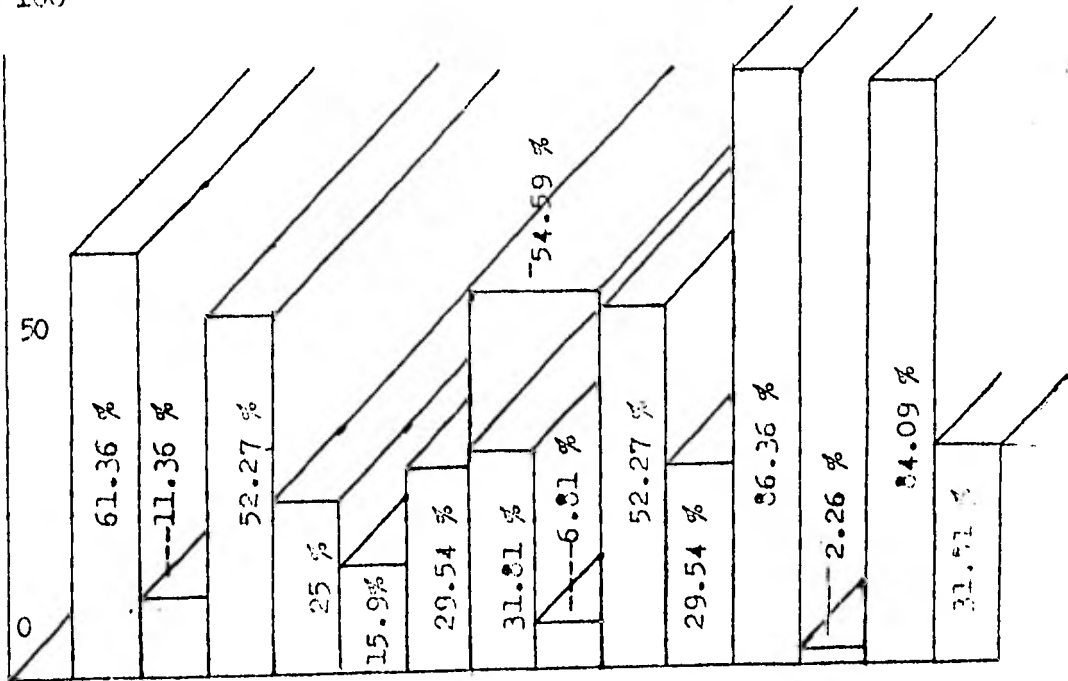
## DOLOR

16 pacientes refirieron que el dolor se presentaba de manera espontánea. 36.36 %.

En 24 pacientes (54.54 %) el dolor era provocado por la dinámica mandibular.

## OTROS HALLAZGOS CLINICOS Y REFERENCIAS IMPORTANTES

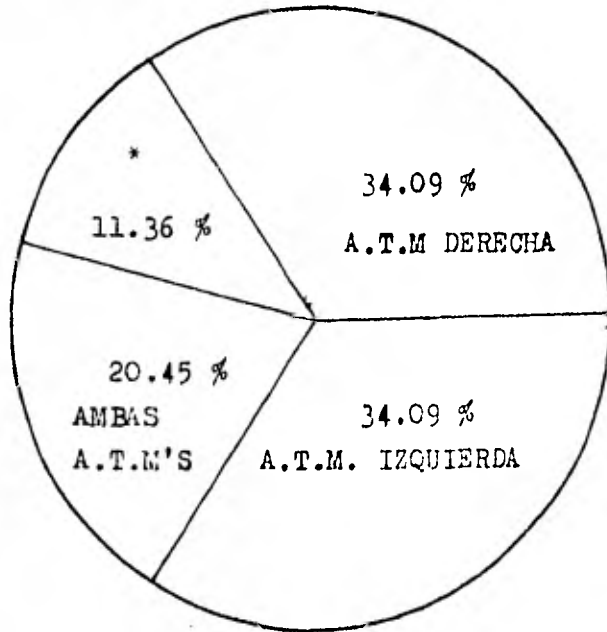
SIGNO, SINTOMA O REFERENCIA	No. PACIENTES
Mastican preferentemente del lado IZQ.-----	5
Mastican preferentemente del lado DER.-----	14
Mastican por ambos lados.-----	25
Hábitos bucales.-----	1
Sangrado gingival.-----	7
Mal aliento al despertar.-----	21
Dolor gingival.-----	2
Movilidad dentaria.-----	3
Sensación de movilidad al despertar.-----	8
Sometidos a tensión excesiva.-----	10



SIGNOS Y SINTOMAS DE DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR

GRAFICA No. 7

Nos muestra los índices de signos y síntomas encontrados en los pacientes con alteración en su sistema estomatognático.

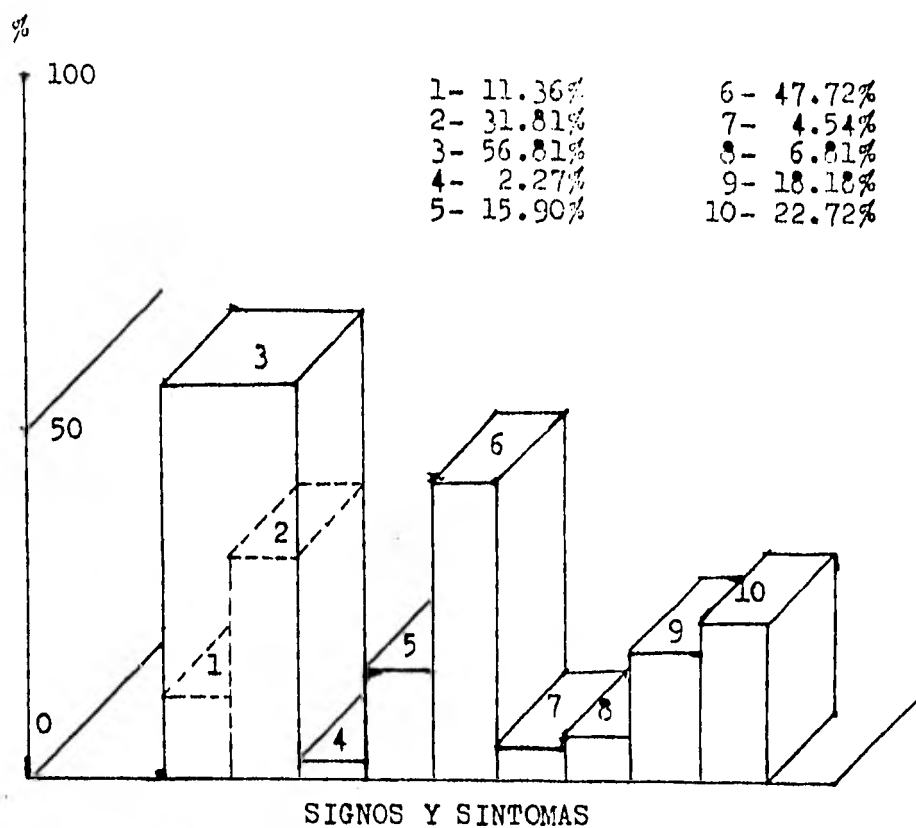


GRAFICA No. 8

Porcentaje de afección a las articulaciones temporomandibulares.

\* SIN ALTERACION PATOLOGICA DIAGNOSTICADA.

GRAFICA No. 9.- Otros hallazgos clínicos encontrados en los pacientes estudiados, además, otros datos interesantes referidos por los pacientes.



- 1.- Mastican preferentemente del lado izquierdo.
- 2.- Mastican preferentemente del lado derecho.
- 3.- Mastican por ambos lados.
- 4.- Hábitos bucales.
- 5.- Sangrado gingival.
- 6.- Mal aliento al despertar. (empaquetamiento de alimentos).
- 7.- Dolor gingival.
- 8.- Movilidad dentaria.
- 9.- Sensación de movilidad dentaria al despertar (Bruxistas).
- 10.- Se encuentran sometidos a stress excesivo.

GRAFICA No. 10 - Presencia de discrepancias oclusales en las cuatro posiciones mandibulares fundamentales.

PAC-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
RC																															
LD																															
LI																															
PRO																															

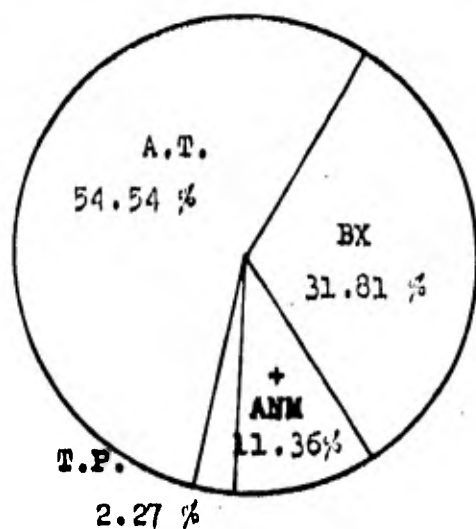
RC																														
LD																														
LI																														
PRO																														

RC- Relación céntrica.                      LI- Lateralidad izquierda.  
 LD- Lateralidad derecha.                  PRO- Protrusión.

EDAD AÑOS	ARTRITIS TRAUMÁTICA		BRUXISMO		TRAUMA PARODONTAL		+ ALTERACION NEUROMUSCULAR		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
12-19	3	2	1	1				1	1
20-29	4	4	2	2				2	1
30-39	2	5	4	3					
40-47	2	2	1			1			
Tot.	11-13		8-6		1		3-2		

GRAFICA No. 11 - Muestra la relación entre afección, edad y sexo.

+ Como sabemos, la afección neuromuscular no se considera como una entidad nosológica independiente, mas en la tabla anterior se muestra al lado de otras patologías. Simplemente se quiere aclarar que los 5 casos presentes en la grafica señalan como signo único la crepitación o el chasquido, y se tomó como una alteración neuromuscular simple.



GRAFICA No. 12- Muestra la incidencia de alteraciones funcionales en los 44 pacientes.

A.T.- Artritis traumática.  
 BX.- Bruxismo.  
 T.P.- Trauma paradontal.  
 ANM.- Alteración neuromuscular.

+ Obviamente, la afección neuromuscular acompaña a las demás alteraciones. En este caso se consideró a los ruidos articulares (único signo presentado en 5 casos) como ANM simple.

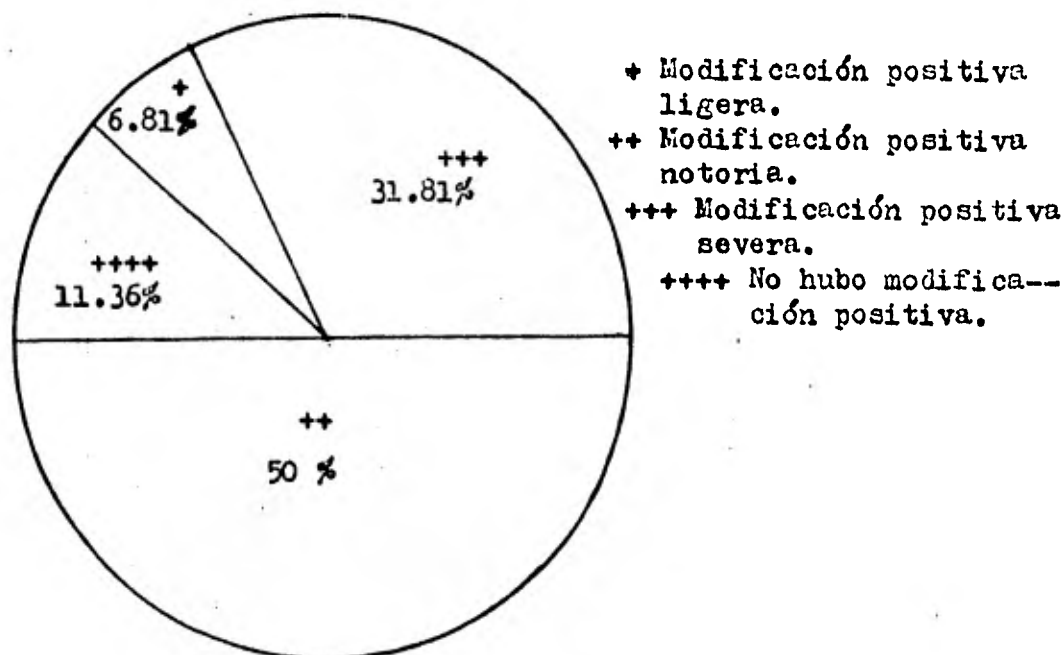
USO/ SEMANAS	No. DE SUJETOS	PORCENTAJE
DIAS A 1 SEM.	5	11.36
HASTA 2 "	16	36.36
" 3 "	18	40.90
" 4 "	3	6.81
" 8 "	2	4.54
Tot.-----	44	

TABLA No. 13- Arriba, muestra el uso de la guarda oclusal por semanas.

USO/ HORAS/ DIA	No DE SUJETOS	PORCENTAJE
HASTA 5 HRS.	1	2.27
6 A 10 "	9	20.45
11 A 15 "	19	43.18
16 A 20 "	10	22.72
20 O MAS	5	11.36
Tot.-----	44	

TABLA No 14- Muestra el uso de la guarda por horas y por día.

GRAFICA. No 15 - Modificación del problema después de usado el dispositivo.



**NOTA:**

Dentro de los cinco casos en los que no se alivió el problema, se incluyeron tres casos en los que se consideró que el uso del aparato fue insuficiente o nulo.

**OBSERVACIONES**

El 100% de los pacientes sintieron modificaciones antes y después de usado el dispositivo, comparativamente hablando. -- Concretamente nos referimos al relajamiento muscular que evidenció los choques prematuros de contacto, haciendo al paciente conciente de ellos.

40 pacientes refirieron la presión molesta que ejerce la → guarda oclusal, principalmente sobre los dientes anteriores superiores. Dos de ellos experimentaron presión dolorosa y uno -- menciona haber tenido cefalea, asociándola con la presión.



5 personas extraviaron sus guardas, las mismas que fueron - repuestas. Esto nos subraya una de las desventajas del aparato.

3 personas la usaron poco tiempo, considerado insuficiente, para obtener los beneficios del dispositivo.

En 2 personas el aparato ocasionó significativas molestias, e incluso los signos y síntomas de alteraciones, se exacerbaron debido a la construcción defectuosa del mismo. Una vez detectada la falla, fue corregida y el malestar abatido.

Un paciente mencionó el aumento de su problema después de haber usado el aparato, lo que motivó su desuso. Se trató de determinar la causa (aparente defecto de construcción del aparato), pero debido al desinterés y falta de cooperación, no fue posible verificarla. Este caso fue incluido en los tres anteriormente citados - tiempo insuficiente de uso -.

La mayoría de los sujetos de estudio coincidieron en la incomodidad que ocasiona la guarda en la boca. Es evidente la dificultad que se tiene al hablar y muchas veces las náuseas que la zona palatina del aparato provoca.

En dos casos, la guarda se construyó de tal manera que se restituyó un diente anterior faltante, con el acrílico mismo del aparato, a manera de intermedio.

De las opiniones recogidas a los pacientes que la usaron tenemos que:

39 pacientes la consideraron útil.; En dos casos se consideró no eficaz para aliviar el problema y ; en tres casos el uso pobre del dispositivo incapacita al paciente para opinar

## SELECCION DE CASOS INTERESANTES- COMENTARIOS

## CASO 1

Paciente femenino de 35 años de edad cuyos principales -- signos y síntomas eran: Dolor provocado, principalmente a la -- masticación, en la articulación temporomandibular izquierda y ruidos articulares (chasquido principalmente). El dolor era agudo, superficial, pulsante y en ocasiones aparecía espontáneamente; así mismo, la paciente refería cefaléas y vértigos frecuentes. Presentaba dificultad para abrir la boca, y, desviación de la línea sagital a la apertura mandibular amplia.

El diagnóstico presuncional era Artritis traumática.

El análisis funcional reveló discrepancias oclusales en -- relación céntrica, lateralidad derecha.

Se instituyó la guarda oclusal y después de tres semanas de uso continuo y entre 15 y 20 hrs, por día, la sintomatología -- disminuyó notablemente, a excepción de las cefaléas frecuentes.

Al pedir su opinión, el paciente dijo: " todo lo que alivia el dolor debe ser considerado algo muy bueno ".

## CASO 2

Paciente femenino de 19 años de edad que refirió dolor y -- ruidos articulares (chasquido) en la articulación derecha y un zumbido auricular frecuente. El dolor era agudo y se presentaba en la masticación o algún movimiento amplio de la mandíbula. El análisis instrumental demostró contactos prematuros en RC -- LD y LI.

Se diagnosticó artritis traumática aguda, de primera instancia. Posteriormente se construyó la guarda oclusal y se pró

durante día y medio puesto que apareció un dolor de cabeza que la paciente relacionó con la colocación de la guarda, obligándola a deshecharla.

Después de revisar, se corrigió el aparato, eliminando material de la zona retentiva, lo que indirectamente originó el malestar.

Se volvió a usar y después de varios días, el dolor desapareció por completo, lo mismo que el zumbido del oído y disminuyeron los ruidos articulares.

### CASO 3

Paciente masculino de 44 años refería dolor agudo intenso acompañado de chasquido en la A.T.M. derecha, que aparecía con los movimientos de masticación, aunque se presentaba de manera espontánea en ocasiones. Dificultad para abrir y cansancio muscular.

Se diagnosticó artritis traumática como probable alteración.

Se construyó la guarda oclusal y se usó durante 4 semanas, con promedio de 15 hrs., aproximadamente por día, después de las cuales el dolor y cansancio muscular desaparecieron y la dificultad para abrir se ha tornado insignificante. El dolor de nuca también se vio eliminado; los dolores de cabeza han disminuido, aunque no desaparecido.

### CASO 4

Paciente masculino de 21 años que refirió dolor agudo intenso espontáneo y provocado en los movimientos extremos mandibulares. Dificultad para abrir la boca, cefaléa y vértigos frecuentes. Los síntomas afectaban a ambas articulaciones, que se veían afectadas por chasquido, y crepitación solo la derecha.

Este caso resultó interesante debido a ciertos detalles, como el que se tuvo cuando el paciente empezó a marearse y refería también dolor de cabeza al colocarle el calibrador oclusal al tratar de tomarle los registros de RC y lateralidades y que - aumentaba a medida que se lograba la disoclusión.

Después de usar la guarda oclusal durante una semana el - paciente experimentó un alivio completo, puesto que su problema se vió abatido casi por completo.

Fue considerado como muy positivo el uso del aparato al obtener los resultados satisfactorios anteriormente citados.

#### CASO 5

Paciente femenino de 43 años cuyos signos y síntomas eran: Dolor sordo, provocado principalmente durante la masticación o al abrir mucho la boca. Refería cefaléas frecuentes y vértigos , afectando principalmente la A.T.M. derecha; dislocación condilar, desviación mandibular de la línea media en movimientos - de apertura y cierre. Contactos prematuros en RC. LD. y LI.

El diagnóstico de primera instancia habla de artritis traumática.

Se experimentó gran alivio después de usar el aparato por días, sin haber sido eliminados los vértigos. En total el uso fue de 2 semanas, después de los cuales se consideró como buen tratamiento.

#### CASO 6

Paciente masculino de 42 años que refirió dolor agudo intenso, espontáneo y provocado, principalmente a la masticación afectando a la A.T.M. derecha, no obstante la izquierda presentaba chasquido ligero. El paciente refería cefaléas y vértigos no muy frecuentes y dificultad para abrir la boca.

El análisis instrumental reveló contactos prematuros en RC, LI y protrusión. Se emitió como diagnóstico de primera instancia, artritis traumática aguda y se instituyó la guarda oclusal.

Después de haber usado el aparato por 3 semanas, entre 10 y 15 hrs. por día, el dolor articular y cefaléas, fundamentalmente, desaparecieron. Los vértigos, aunque siguen presentándose, disminuyeron en frecuencia y la masticación se realiza sin molestia alguna.

#### CASO 7

Paciente masculino de 46 años quien nos reveló que rechiraba los dientes por la noche, amanecía dolorido y cansado de la musculatura facial (peribucal); también refirió experimentar cierto dolor sordo acompañado de ruidos articulares. Aparecía a la masticación. El diagnóstico de primera instancia fue bruxismo. Posteriormente se le construyó la guarda oclusal misma que fue usada durante dos semanas y aproximadamente 15 hrs. diarias, al cabo de los cuales nos comentó que experimentó gran alivio. Ya no amanece con las músculos cansados y mandíbula trabada y el dolor a la masticación ha disminuido considerablemente, aunque no desaparecido por completo.

#### CASO 8

Paciente masculino de 32 años que rechiraba sus dientes durante la noche, refirió dolor agudo y ruidos articulares en ambas articulaciones, pero el de la derecha era casi imperceptible y se presentaba repentinamente. Al interrogarlo mencionó el encontrarse bajo stress intenso, haciéndonos pensar en el -

bruxismo como posible alteración presente.

Le fue construida su guarda y usada durante tres semanas - con aproximadamente 15 hrs por día, incluyendo toda la noche.

Refiere gran relajación posterior al uso del aparato; ya no amanece con la musculatura peribucal cansada. El dolor en la articulación no se ha presentado.

El paciente consideró que se trata de un buen medio de tratamiento.

#### CASO 9

Se trata de un paciente masculino de 12 años que según referencias de sus padres y abaladas por él mismo, de acuerdo a los síntomas manifestados, rechinaba los dientes cuando dormía, comentando también cierto cansancio muscular al despertar. - Los modelos de estudio revelaron pequeñas facetas de desgaste en los molares. Después de haber consultado respecto a su problema en relación con su edad, dentición etc., le fue instituido el aparato por un máximo de dos semanas. El paciente la retiraba solo para comer habiéndolo corroborado personalmente este hecho. Después de haber usado el dispositivo, el paciente comentó que se sentía mejor y no amanecía con los dientes apretados.

#### CASO 10

Paciente femenino de 42 años, que refería dolor intenso en la zona correspondiente al ápice del 43. También reveló dolor de cabeza coincidente con el advenimiento del ciclo menstrual, propiciando de esta manera el uso de la guarda oclusal y después del uso continuo del aparato, el paciente reveló que el dolor de cabeza cada mes ya no se presentó, concluyendo por otra parte en la relación que había posiblemente con el pro-

ma diagnosticado. El diente perdió la vitalidad por el intenso trauma, que ocasionó el dolor. La paciente fue rehabilitada posteriormente y quedó maravillada por el aparato.

Comenta que nunca se imaginó una posibilidad de relación entre las cefaléas periódicas y los problemas de los dientes.

#### OBSERVACIONES:

Todos los pacientes sin excepción, revelaron experimentar una presión en los dientes anteriores a veces muy molesta y la dificultad del habla, que ocasiona el aparato.

## G R U P O " B "

El grupo "B" constó de 40 pacientes de los cuales 16 son del sexo masculino y 24 del sexo femenino; que constituye el 40 y 60% respectivamente. (ver gráfica No. 1).

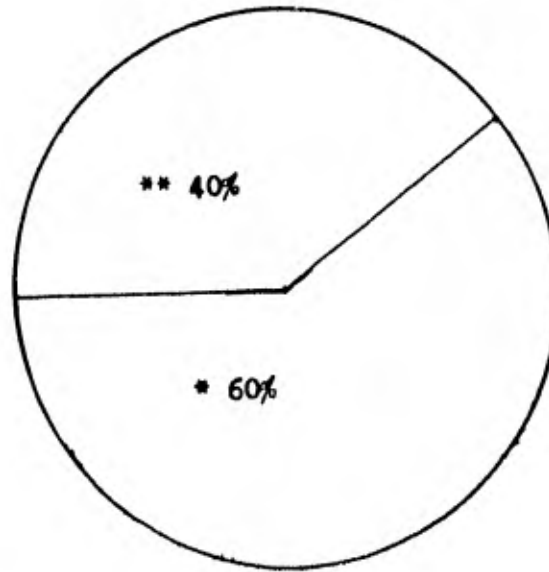
Edades:	Hombres	Mujeres
16 a 20	2	4
21 a 30	6	12
31 a 40	6	5
41 a 50	1	1
51 a 60	1	0
61 a 70	<u>0</u>	<u>2</u>
T O T A L:	16	24

El criterio para seleccionar este número de pacientes fue al azar; siendo el lugar de establecimiento en su totalidad el Hospital Colonia de los FF.CC.N. de México, en particular, el Archivo Clínico y anexos.

El cien por ciento de los pacientes ya habían recibido tratamiento dentario antes de la investigación. De los 16 hombres únicamente 3 están actualmente en tratamiento; y 5 de las 24 - mujeres. Hubo 3 pacientes asintomáticos, un hombre y dos mujeres.

En las siguientes tablas se especificará el estado odonto-lógico que presentaron los pacientes.





**GRAFICA No. 1 - Muestra el grupo B,**  
que constó de 40 sujetos de estudio. De -  
los que el porcentaje (\*) corresponde a -  
las 24 mujeres; y (\*\*) corresponde a los  
16 hombres.

## RESTAURACIONES DENTARIAS

	Hombres		Mujeres	
Amalgamas y/o Incrust.	15	93.75%	23	95.83%
Resinas	1	6.25%	0	- 0 -

(ver gráfica No. 2).

## DIENTES AUSENTES

De 1 a 2	7	43.75%	7	29.16%
3 a 5	7	43.75%	5	20.83%
6 ó más	0	- 0 -	1	4.16%
Dentadura completa	2	12.50%	11	45.83%

(ver gráfica No. 3).

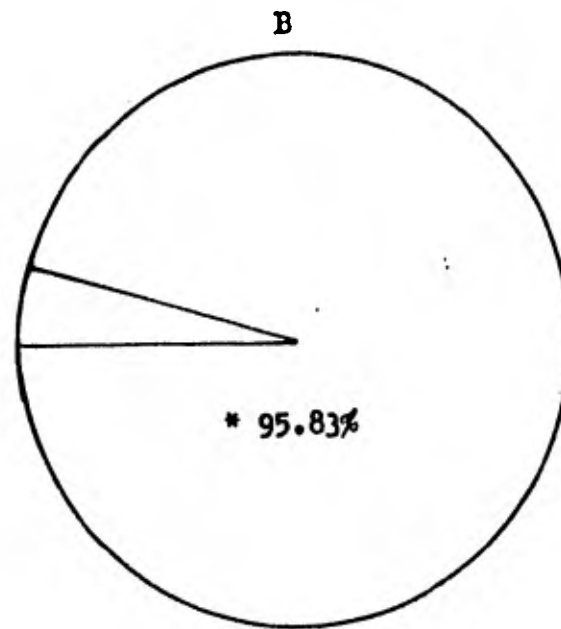
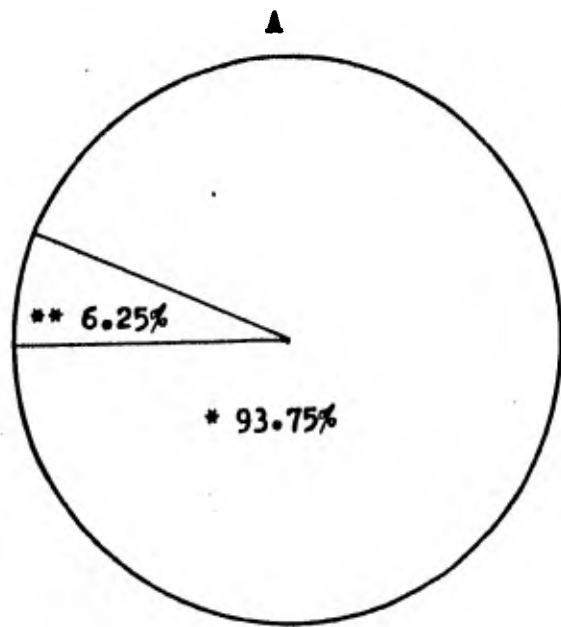
## PROTESIS

Fija	2	12.50%	2	8.33%
Removible	1	6.25%	2	8.33%

(ver gráfica No. 4).

NOTA: Hay dos pacientes de ambos sexos que tienen prótesis fija y removible.

A continuación se dará a conocer la tabla con los diagnósticos de las alteraciones temporomandibulares, en relación con edad, sexo, afección y proporción en hombres y mujeres.



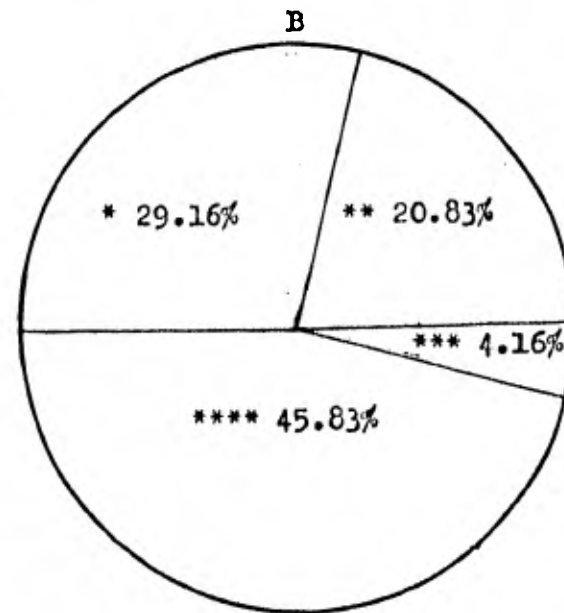
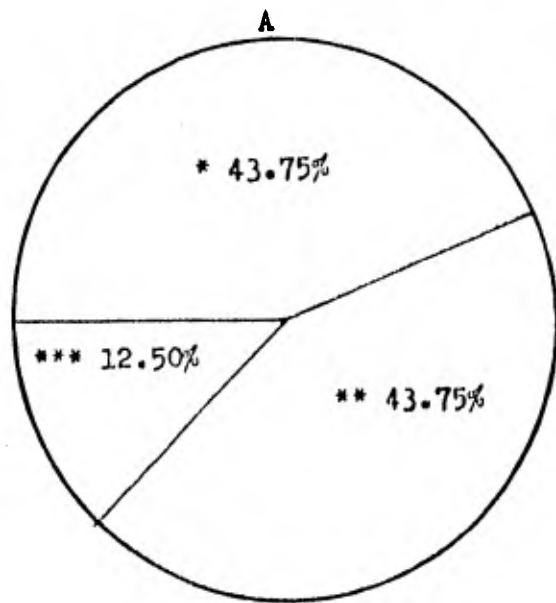
GRAFICA No. 2 - Restauraciones dentales.

\* Amalgamas y/o incrustaciones.

\*\* Resinas.

A) Hombres.

B) Mujeres. (No hubo pacientes con resinas).



GRAFICA No. 3 - Ausencia de dientes.

A) Hombres.  
 \* De 1 a 2  
 \*\* De 3 a 5  
 \*\*\* Dentadura completa

B) Mujeres.  
 \* De 1 a 2  
 \*\* De 3 a 5  
 \*\*\* 6 ó más  
 \*\*\*\* Dentadura completa

## DIAGNOSTICOS DE LA A.T.M.

Edades	Artritis traumática		Bruxismo		Trauma parodontal	
	H	M	H	M	H	M
16 a 20	1	4	-	-	1	-
21 a 30	4	9	1	2	1	-
31 a 40	4	5	-	-	1	-
41 a 50	1	1	-	-	-	-
51 a 60	-	-	-	-	1	-
61 a 70	-	1	-	-	-	-
TOTAL:	10	20	1	2	4	0

En el diagnóstico de artritis traumática hubo una proporción de 2 a 1, siendo las mujeres las más afectadas que constituyen el 83.33%, y los hombres el 62.50%.

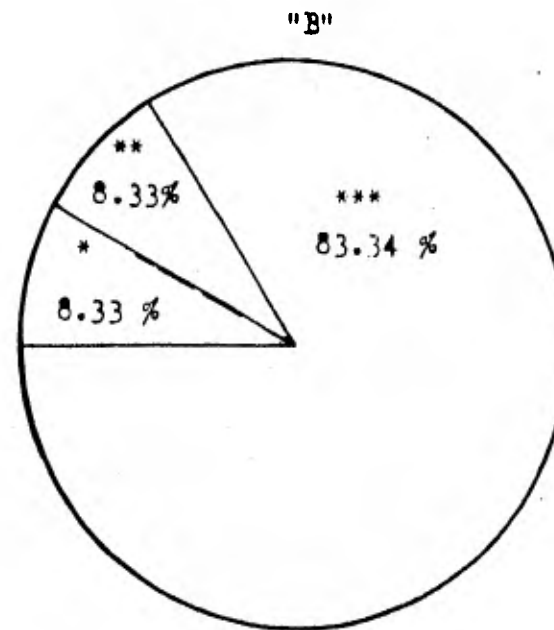
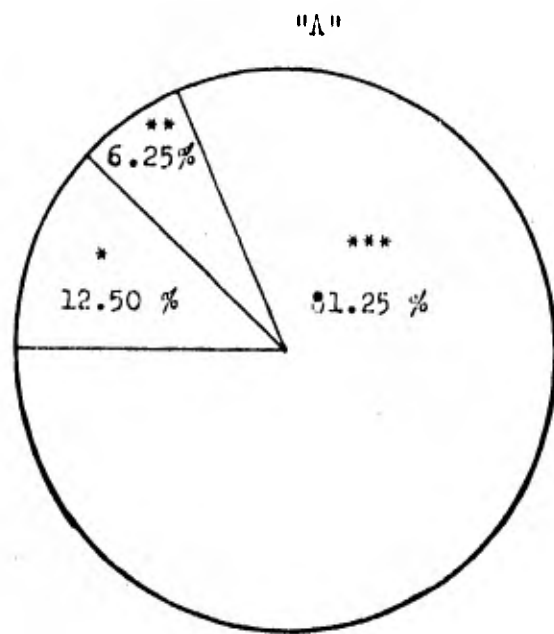
En bruxismo la proporción fue de 2 a 1, siendo las mujeres también las más afectadas, teniendo el 8.33% y los hombres el 6.25%.

La proporción en el diagnóstico de trauma parodontal fue de 4 a 0 siendo en este caso los hombres los más afectados, constituyendo el 25%.

Las alteraciones neuromusculares dentro de los 40 pacientes se combinaron con artritis traumática, bruxismo y trauma parodontal; por lo cual no aparecen en forma independiente en la tabla.

De los tres pacientes asintomáticos uno fue hombre que constituyó el 6.25% y dos mujeres con el 8.33%.

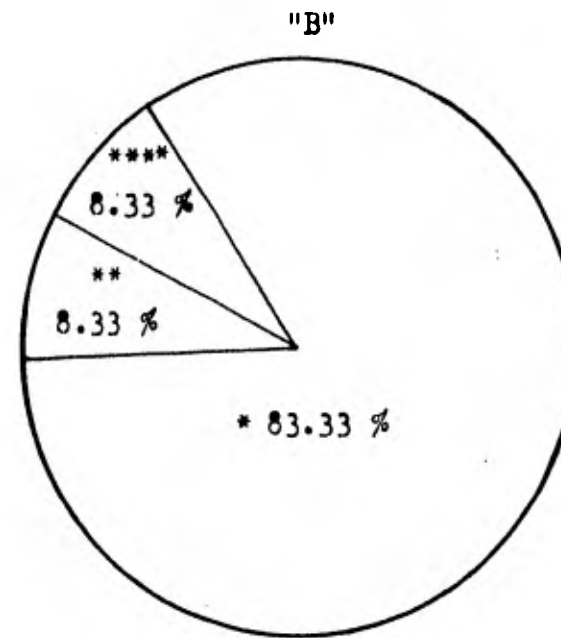
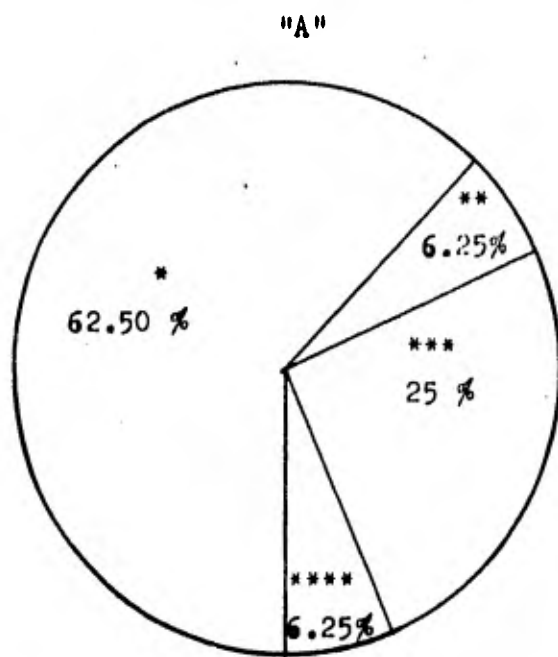
(Ver gráfica No. 5).



G R A F I C A N o 4

"A" - HOMBRES  
 \* Prótesis fija.  
 \*\* Pac. con prótesis rem.  
 \*\*\* Sin prótesis.

"B"-MUJERES  
 \* Prótesis fija.  
 \*\* Prótesis removible.  
 \*\*\* Sin prótesis.



G R A F I C A N o 5. D x  
DE LAS ALTERACIONES FUNCIONALES EN LOS SUJETOS DE  
ESTUDIO Y PORCENTAJES RESPECTIVOS.

"A" - HOMBRES  
\* Artritis traumática.  
\*\* Bruxismo.  
\*\*\* Trauma parodontal.  
\*\*\*\* Asintomáticos.

"B" - MUJERES  
\* Artritis traumática.  
\*\* Bruxismo.  
\*\*\* Trauma parodontal.  
\*\*\*\* Asintomáticos.

-SIGNOS Y SINTOMAS DE DISFUNCIÓN  
TEMPORO-MANDIBULAR

1.-Con dolor dentro de la región articular se presentaron 4 pacientes del sexo masculino que constituye el 25% y 11 del sexo femenino que es el 45.83%.

2.-En 3 pacientes masculinos y 9 femeninos se presentó el dolor miofacial en un 18.75% y un 37.5% respectivamente.

3.-Sólo un hombre y 8 mujeres presentaron dolor al masticar - y esto equivale al 6.25 y 33.33% respectivamente.

4.-Con molestias de dolor al bostezar se encontraron 3 pacientes masculinos que es un 18.75% y 5 pacientes femeninos que constituye el 20.83%.

5.-Con cansancio muscular se presentaron 10 hombres y 18 mujeres constituyendo el 62.5 y el 75% respectivamente.

6.-El 12.5% que son 2 pacientes masculinos y el 45.83% que corresponde a 11 pacientes femeninos tuvieron cefaléas.

7.-Con problemas de vértigos se localizaron 3 hombres (18.75%) y 8 mujeres (33.33%).

8.-Con malestares de zumbidos en los oídos se presentaron 5 pacientes del sexo masculino (31.25%) y 8 del sexo femenino (33.33%).

9.-Los ruidos articulares divididos en chasquidos y crepitaciones constituyeron en 13 hombres el 81.25% y en 22 mujeres el 91.66%.

10.-La desviación de la línea sagital a la apertura o cierre fue en 15 hombres (93.75%) y 21 mujeres (87.5%).

11.-Las personas que tuvieron dificultad al abrir su boca fueron un hombre constituyendo el 6.25% y 5 mujeres con el 20.83%.

12.-Con problemas de dislocación condilar se presentaron 5 pacientes de sexo masculino que representa el 31.25% y 6 del sexo



femenino que constituye el 25%.

13.-Personas que creenno morder parejo son 11 hombres (68.75%) y 12 mujeres (50%).

14.-Fueron 2 pacientes del sexo masculino constituyendo el 12.5% y 3 del sexo femenino que es el 12.5% que rechinaban los dientes.

15.-Con cansancio muscular peribucal al despertar se ubicaron - 5 hombres (31.25%) y 10 mujeres (41.66%).

(Ver gráficas Nos. 6 y 7).

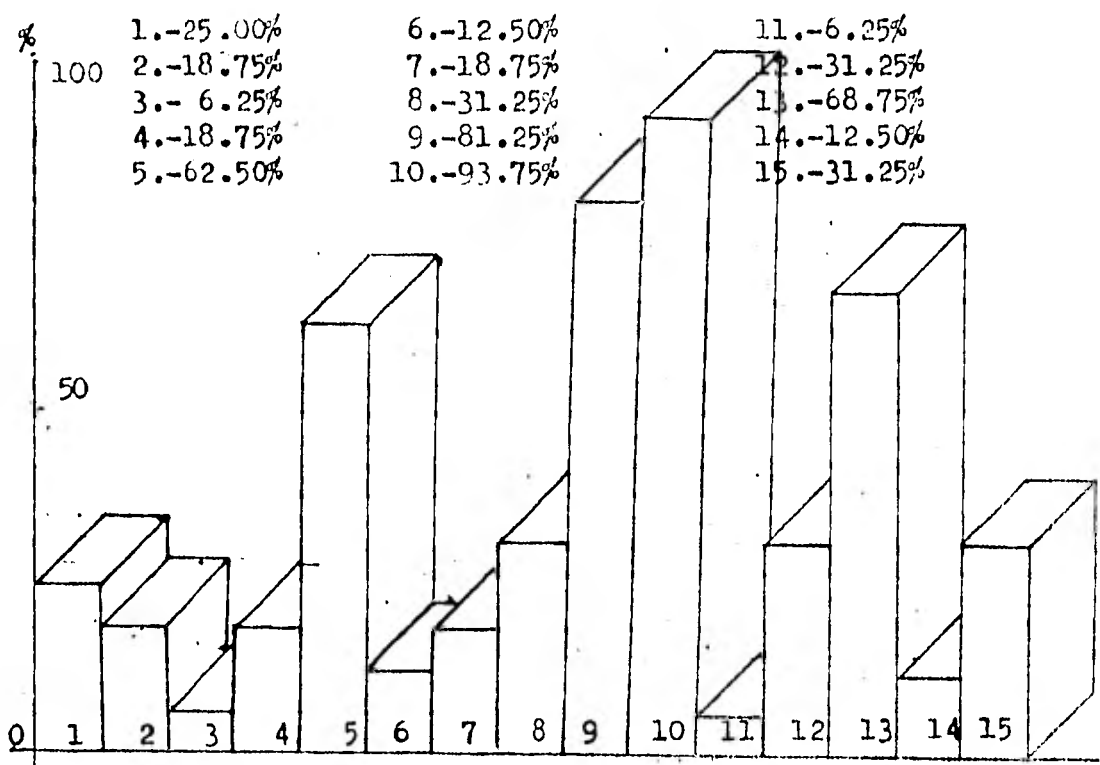
La siguiente tabla demostrará los signos y los síntomas no patognomónicos.

S. Y S.	Hombres		Mujeres	
Masticar del lado Izq.	2	12.50%	5	20.83%
Masticar del lado der.	10	62.50%	13	54.16%
Masticar de ambos lados	4	25.00%	6	25.00%
Sometidos a tensión excesiva	7	43.75%	14	58.33%
Sensación de movilidad	6	37.50%	4	16.66%
Hábitos bucales	7	43.75%	9	37.50%
Sangrado de encías	11	68.75%	16	66.66%
Dolor de encías	5	31.25%	0	- 0 -
Mal aliento al despertar	11	68.75%	18	75.00%
Movilidad dentaria	4	25.00%	3	12.50%

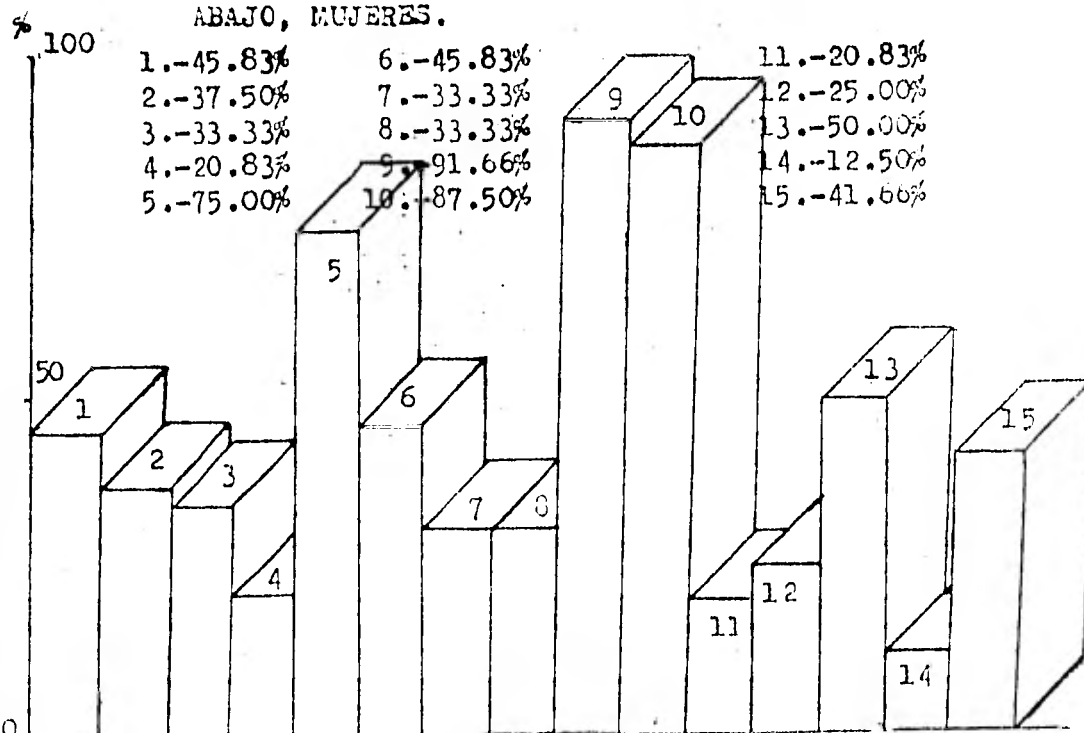
(Ver gráfica Nos. 8 y 9).

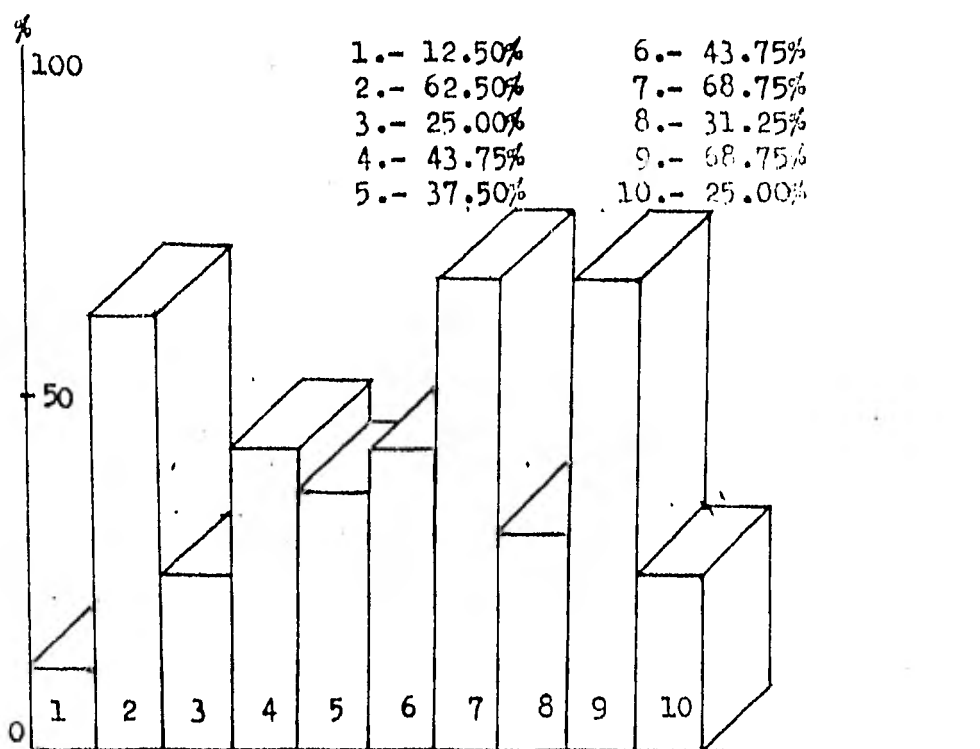
Los contactos prematuros se localizaron en los pacientes en cuatro puntos como son Relación Céntrica (RC), Lateralidad Izquierda (LI), Lateralidad Derecha (LD) y Protrusión(Prot.).

Como en todo lo relatado, se basa en la división de los pa-

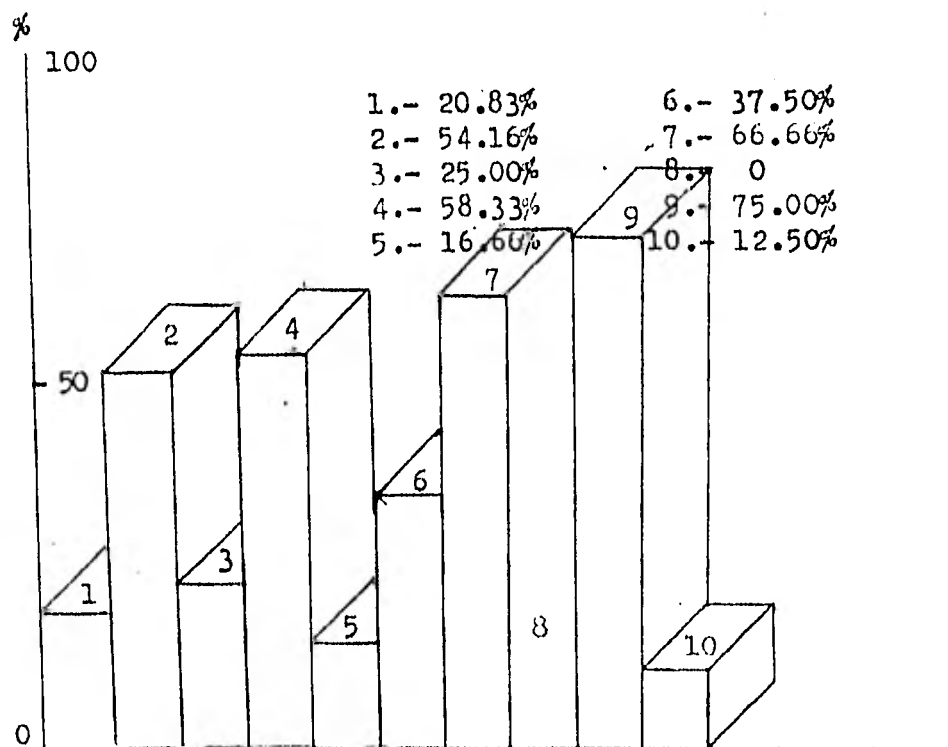


GRAFICA No. 6-7 SIGNOS Y SINTOMAS DE  
DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR EN HOMBRES ARRIEA, Y  
ABAJO, MUJERES.





GRAFICA No. 8-9 S. Y S. NO PATOGNOMONICOS EN HOMBRES - ARriba Y MUJERES, ABAJO.



cientes en sexo masculino y femenino los cuatro puntos en general tienen el siguiente porcentaje: RC-100%, LI-62.5%, LD-56.25% y Prot.-43.75% estas cifras corresponden al sexo masculino. En el sexo femenino: RC-83.33%, LI-45.83%, LD-62.5% y Prot.-54.16%

La siguiente tabla mostrará una serie de combinaciones para sacar el porcentaje de ambos sexos sobre contactos prematuros.

Contactos prematuros	Hombres	Mujeres
RC	3 18.75%	5 20.83%
RC, LI	3 18.75%	1 4.16%
RC, LI, LD	1 6.25%	2 8.33%
RC, LI, LD, Prot.	6 37.50%	3 12.50%
RC, LD	2 12.50%	3 12.50%
RC, LD, Prot.	0 - 0 -	4 16.66%
RC, LI, Prot.	0 - 0 -	2 8.33%
RC, Prot.	1 6.25%	0 - 0 -
LI, LD, Prot.	0 - 0 -	2 8.33%
LI, Prot.	0 - 0 -	1 4.16%
LD, Prot.	0 - 0 -	1 4.16%

Los resultados obtenidos en cada paciente fueron divididos en resultados por el uso de la guarda en días, semanas y horas. A continuación se mostrará una tabla en la que se combinará los días y las semanas y en otra aparte se relacionará los resultados en horas.

Tabla de resultados en días y semanas.

	Hombres	Mujeres
2 a 7 días-1 sem.	1 6.25%	3 12.50%
8 a 14 días-2 sem.	6 37.50%	6 25.00%
15 a 21 días-3 sem.	4 25.00%	4 16.66%
22 a 28 días-4 sem.	4 25.00%	7 29.16%
29 a 35 días-5 sem.	0 - 0 -	0 - 0 -
36 a 42 días-6 sem.	1 6.25%	0 - 0 -
43 a 49 días-7 sem.	0 - 0 -	0 - 0 -
50 a 56 días-8 sem.	0 - 0 -	2 8.33%
57 a 63 días-9 sem.	0 - 0 -	1 4.16%
64 a 70 días-10 sem.	0 - 0 -	0 - 0 -
71 a 77 días-11 sem.	0 - 0 -	0 - 0 -
78 a 84 días-12 sem.	0 - 0 -	1 4.16%

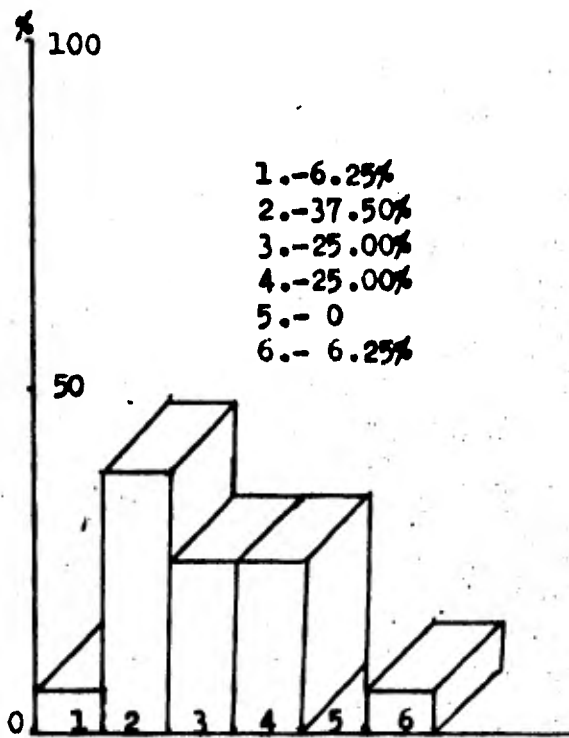
(Ver gráficas Nos. 10 y 11).

Tabla de resultados en horas.

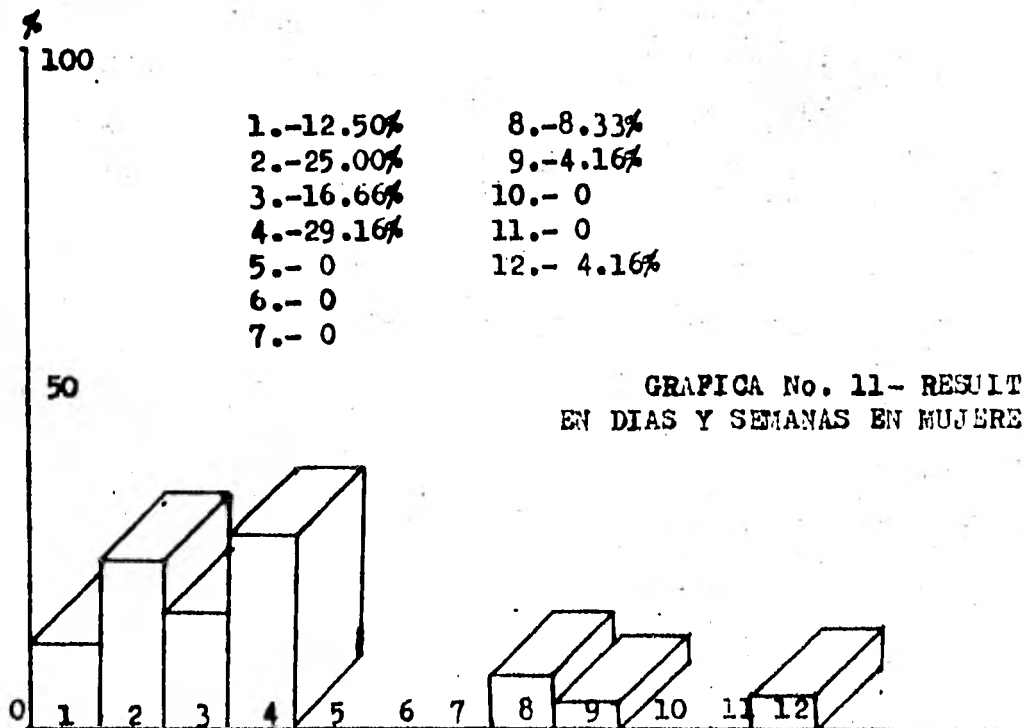
	Hombres	Mujeres
Hasta 5 Horas	9 56.25%	9 37.50%
De 6 a 10 Horas	7 43.75%	12 50.00%
De 11 a 15 Horas	0 - 0 -	3 12.50%
De 16 a 20 Horas	0 - 0 -	0 - 0 -
De 21 ó Más Horas	0 - 0 -	0 - 0 -

(Ver gráficas Nos. 12 y 13).

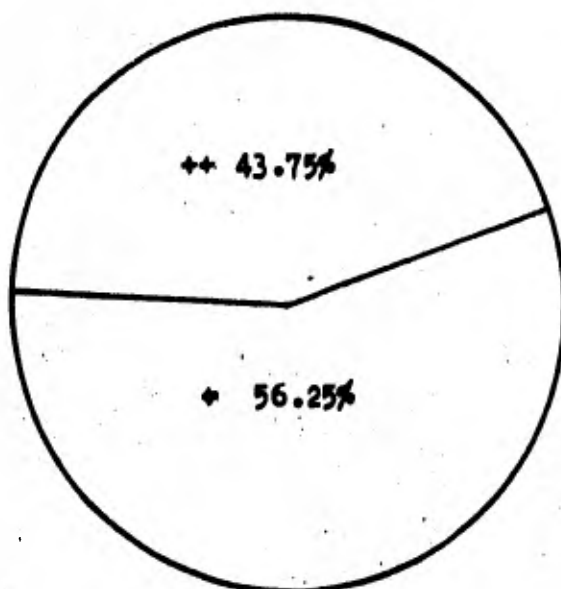
Todos los pacientes tuvieron la oportunidad de opinar sobre la guarda y su construcción unos decían que era útil, otros



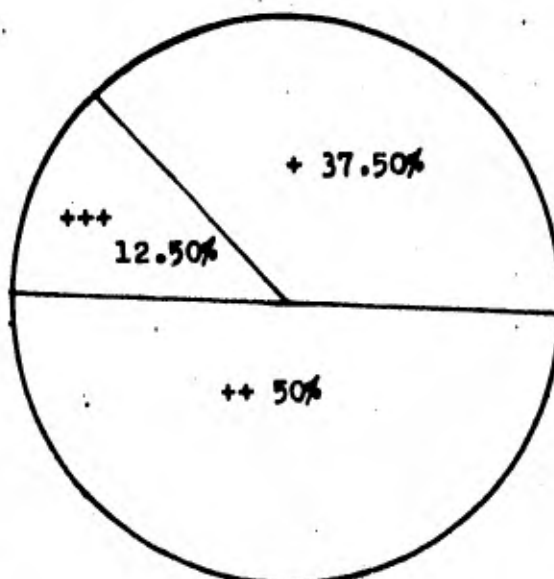
GRAFICA No. 10- RESULTADOS EN DIAS Y SEMANAS EN HOMBRES.



GRAFICA No. 11- RESULTADOS EN DIAS Y SEMANAS EN MUJERES.



**GRAFICA No. 12- RESULTADOS EN HORAS EN HOMBRES**  
+ HASTA 5 Horas  
++ De 6 a 10 Horas



**GRAFICA No. 13- RESULTADOS EN HORAS EN MUJERES**  
+ HASTA 5 Horas  
++ De 6 a 10 Horas  
+++ De 11 a 15 Horas

que era inútil su uso y otros se abstuvieron en opinar siendo la división en sexos así:

Los pacientes del sexo masculino que opinaron que era útil fueron 9 que constituyó el 56.25%. La opinión de que la guarda la consideraban inútil por no sentir buenos resultados en los hombres fue de uno que equivale al 6.25%. Los pacientes masculinos que se abstuvieron en opinar fueron 6 que es el 37.50%.

Los pacientes del sexo femenino que opinaron que la guarda era útil en el tratamiento fueron 17 que constituye el 70.83%. Los que opinaron que era inútil su uso por no tener resultados favorables fueron cero. Los que se abstuvieron fueron 7 que equivale al 29.16%.

Dentro de las modificaciones que pueden haber, están los -- cambios positivos ligeros que fueron 4 personas constituyendo el 10%. Los cambios positivos notorios fueron en 7 personas constituyendo el 17.5%. Los cambios drásticos fueron en 11 personas - que constituye el 27.5%. Las personas que no tuvieron cambios - positivos fue un total de 18 que constituyó el 45% de los cuáles 3 fueron asintomáticos los que la usaron un mínimo de una semana durante aproximadamente 5 horas diarias. Estos datos están sacados del total de 40 pacientes.

#### SELECCION DE H.C. CON RESPECTO A LA EDAD MENOR Y MAYOR.

Paciente del sexo femenino con edad de 16 años, estudiante, soltera tercera de 6 hijos.



Presentaba alteración neuromuscular comenzando con chasquidos de ambos cóndilos y crepitaciones; tratada anteriormente con amalgamas. Los síntomas afectaban ambos cóndilos.

Presentando dolor agudo en articulación derecha, dolor al bostezar, con cansancio muscular. Teniendo sensación de movilidad dentaria con sangrado de encías y mal aliento al despertar.

Su línea sagital a la apertura o cierre se desvía al lado izquierdo.

Sus contactos prematuros se localizaron en los movimientos de protrusión, lateralidad izquierda y relación céntrica.

El diagnóstico es de ARTRITIS TRAUMÁTICA en combinación con una disfunción neuromuscular.

El uso de la guarda fue de 5 días con un promedio de 2 horas diarias, no experimentando ninguna modificación en la boca.

Paciente inquieta que no cooperó adecuadamente en la construcción y en el uso de la guarda.

Paciente del sexo femenino con edad de 65 años viuda con dos hijos mayores de 30 años se dedica a su hogar.

Presentaba una alteración neuromuscular severa relacionada con fuertes chasquidos y crepitaciones en ambos cóndilos con desplazamiento del cóndilo derecho.

Tratada anteriormente con amalgamas y exodoncias de segundo premolar inf. der. e izq. y primer molar sup. der.

Los síntomas afectan ambos cóndilos, habiendo dolor superficial en la musculatura facial de ambos lados; presentando dolor al masticar con cansancio muscular.

Le sangran las encías y tiene mal aliento al despertar, sien

te los músculos peribucales cansados al despertar.

Su línea sagital a la apertura o al cierre se desvía al lado izquierdo, teniendo contactos prematuros en los movimientos de lateralidad derecha e izquierda y relación céntrica.

Teniendo un diagnóstico de ARTRITIS TRAUMÁTICA muy severa combinada con una disfunción neuromuscular.

El uso de la guarda fue de un mes durante aproximadamente 12 horas diarias. Sintiendo al principio la sensación de tener los dientes superiores como apretados.

El alivio comenzó a los 3 días de usar la placa. Paciente que cooperó mucho a la realización del tratamiento siendo de las pocas guardas a las que no se les realizó ningún ajuste.

#### SELECCION DE H.C. DE CASOS INTERESANTES.

Dentro de esta elección se cuenta la que se acaba de describir de la paciente de 65 años, otro paciente de sexo femenino y uno del sexo masculino.

Paciente del sexo femenino de 25 años, soltera y es trabajadora social.

Hubo fractura de cóndilo izquierdo en 1980 de donde comenzaron problemas de dolores de oído y nuca acompañado de chasquido y crepitaciones del condilo izquierdo.

Anterior a la investigación solo la trataron con amalgamas. Los síntomas afectan el lado izquierdo teniendo molestias de dolor profundo de la articulación izquierda (cóndilo), oído izq., musculatura facial y región izquierda de la nuca. También con dolor al masticar y al bostezar acompañado de cansancio muscular,

y vértigos. El mismo traumatismo le impidió abrir la boca normalmente, ha tenido dislocación del cóndilo izquierdo sintiendo que no muerde parejo.

Se ha sentido sometida a tensiones excesivas, rechina los dientes cuando duerme desde que le ocurrió la afección, siente cansados los músculos peribucales al despertar.

La desviación de la línea sagital a la apertura o al cierre es al lado izquierdo. Sus contactos prematuros son en los movimientos de lateralidad derecha e izquierda y en relación céntrica.

El diagnóstico es una fuerte disfunción neuromuscular combinada con bruxismo.

El uso de la guarda fue de dos meses y medio durante aproximadamente 12 horas diarias. Teniendo la sensación en las primeras semanas de un leve apretamiento de los dientes superiores. Hubo una notable disminución de los dolores en articulación, oído y nuca. Paciente que colaboró muy bien en la elaboración de la placa.

El tercer paciente de estos casos es del sexo masculino con edad de 45 años, casado siendo su ocupación la de empleado.

Tuvo una exodoncia de tercer molar inferior derecho con cincel y martillo de ahí comenzó a notar que había chasquido en cóndilo izquierdo y crepitación en cóndilo derecho.

Antes de la investigación tuvo tratamientos de cirugía, amalgamas, y exodoncias del tercer molar inf. der. y premolares inf. izq. Los síntomas afectan ambos lados.

Se presentaron dolores profundos en articulación izq. y musculatura facial de ambos lados, esto se acompaña con dolor al -

masticar y al bostezar con cansancio muscular y zumbidos del oído derecho.

No puede abrir normalmente la boca, se le ha trabado la mandíbula y no muerde parejo.

Siente los dientes flojos por la mañana, le sangran las encías siente dolor en las encías, mal aliento al despertar y tiene movilidad dentaria en los dientes anteriores superiores.

Su línea sagital a la apertura o cierre se desvía al lado izquierdo. Sus contactos prematuros se ubicaron en los movimientos de lateralidad derecha e izquierda en protrusión y en relación céntrica.

El diagnóstico es de TRAUMA PARODONTAL combinado con una disfunción severa por la exodoncia.

El uso de la placa es de cuarenta días en promedio de 5 horas al día. Llegó a sentir alivio al comenzar a usar la placa. Paciente que colaboró mucho para la elaboración de su placa.

#### OBSERVACIONES.

Dentro de las observaciones que pudieran ser importantes como placas fracturadas, modificadas, perdidas, reposiciones, molestas, etc. las que se mencionarán son las molestas que en el sexo masculino son 5 (31.25%) y en el femenino son 3 (12.5%). Las modificadas son las que se tuvieron que rebasar para su mayor ajuste y en el sexo masculino son 7 (43.75%) y en el femenino son 13 (54.16%). Las reposiciones fueron dos una en el sexo masculino (6.25%) y una en el femenino (4.16%).

Hubo una placa elaborada con características para evitar la extrucción del I.C.S.D. fue en el sexo femenino.

## UNIFICACION DE LOS GRUPOS "A" Y "B".

A continuación se presentará la unificación de ambos grupos en las principales estadísticas, resultados y casos más interesantes.

### ESTADISTICAS SOBRE LA INFORMACION RECAVADA EN LAS HISTORIAS CLINICAS.

#### TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

De los 84 pacientes:

- 19 se encuentran bajo tratamiento dental actual mente.
- 79 ya habían sido tratados de algún problema dental, antes de la investigación.
- 5 nunca han asistido a tratamiento Odontológico.  
(Ver gráfica No. 1).

#### RESTAURACIONES DENTALES

De los 84 pacientes:

- 67 presentan restauraciones dentales.
- 17 no presentan restauraciones dentales.  
(Ver gráfica No. 2).

#### AUSENCIA DE DIENTES

- 24 pacientes tienen de 1 a 2 dientes ausentes.
- 30 pacientes tienen de 3 a 5 dientes ausentes.
- 2 pacientes presentan ausencia de 6 ó más dientes.
- 28 pacientes tienen completa<sup>++</sup> su dentadura.  
(Ver gráfica No. 3).

++ No se tomaron en cuenta los terceros molares.

#### PROSTODONCIA FIJA Y REMOVIBLE

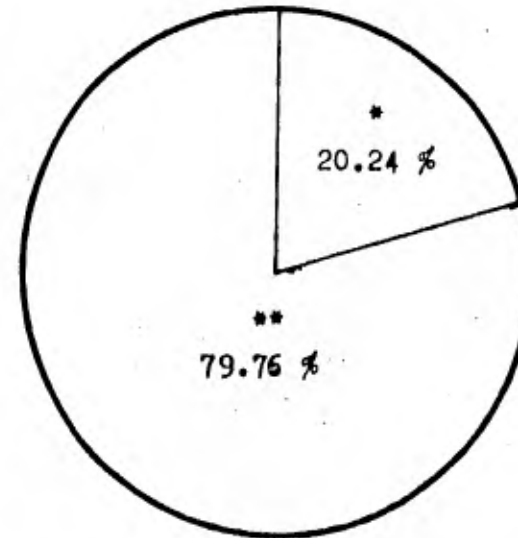
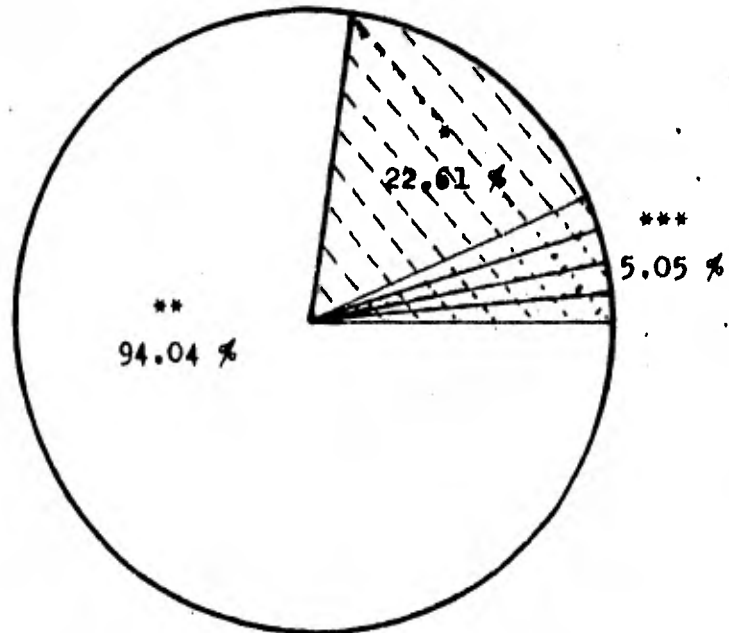
- 11 pacientes presentan prótesis fija.
- 9 pacientes presentan prótesis removible.
- 36 pacientes no portan prótesis parcial fija o removible, aunque tienen ausencia de dientes. (Ver gráfica No.4).

GRAFICA No 1 - Estado Odontológico de los pacientes

por estudiar. \* Bajo tratamiento actualmente.

\*\* Ya habían sido tratados antes del estudio.

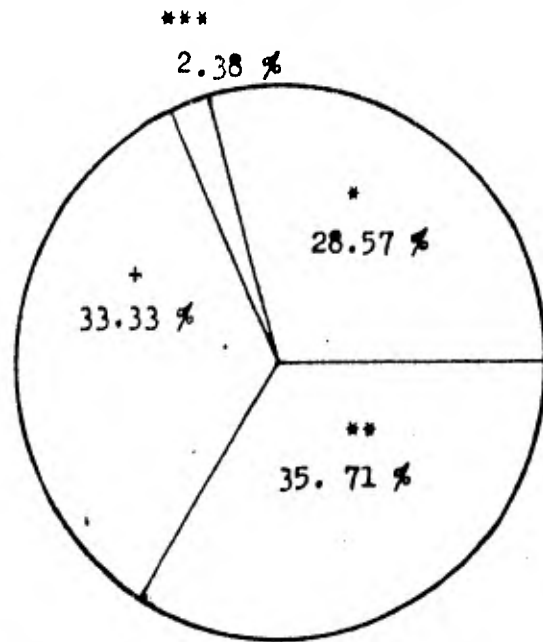
\*\*\* Nunca han sido tratados.



GRAFICA No 2 - Presencia y ausencia de - restauraciones dentales y porcentajes.

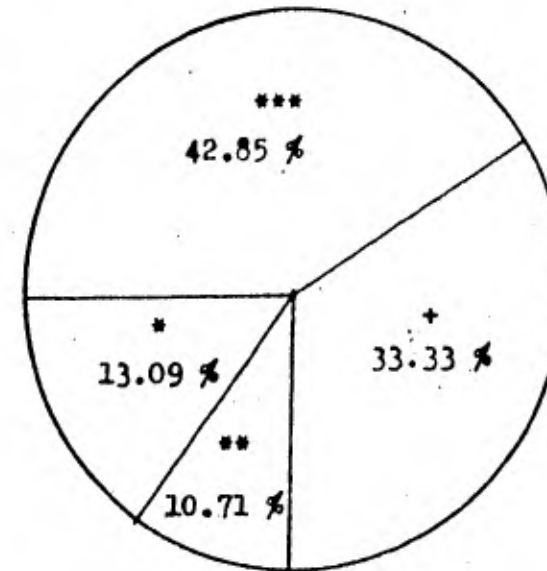
\* Sin restauraciones dentales ( AM. RES. INCR. )

\*\* Presentan restauraciones dentales.



GRAFICA No 3 - Ausencia de dientes.

- \* De 1 a 2 dientes faltantes.
- \*\* De 3 a 5 dientes faltantes.
- \*\*\* Ausencia de 6 dientes.
- + Pacientes con número completo de dientes.



GRAFICA No 4 - Prostodoncia parcial fija y/o removible y porcentajes.

- \* Pacientes con prótesis fija.
- \*\* Pacientes con prótesis removible.
- \*\*\* Pacientes que no portan prótesis aunque tienen ausencia de dientes.
- + Pacientes sin dientes faltantes.

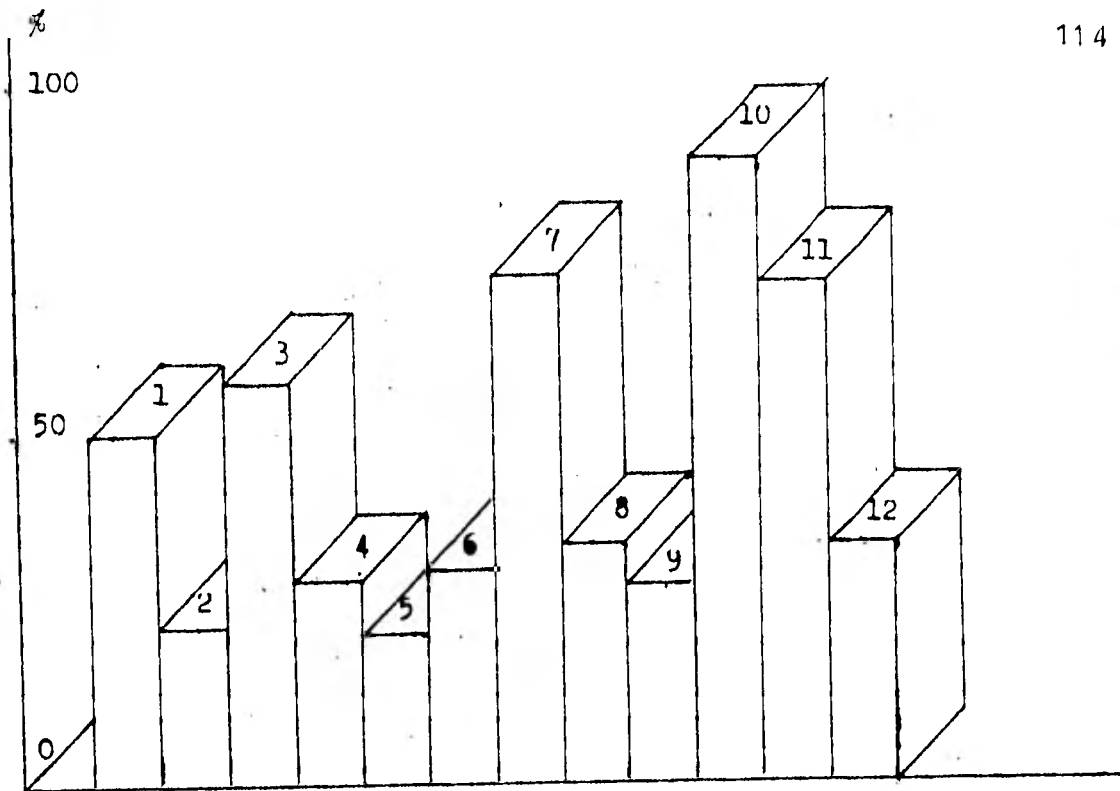
## SIGNOS Y SINTOMAS DE DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR

- 1-Dolor región articular-42 pacientes que constituye el 50%.
  - 2-Dolor región facial-17 personas que constituye el 20.23%.
  - 3-Cansancio muscular-51 personas que constituye el 60.71%.
  - 4-Dolor de cabeza frecuente-24 pacientes que constituye el 28.57%.
  - 5-Vértigos-18 pacientes, con 21.42%.
  - 6-Zumbidos-26 pacientes que constituye el 30.95%.
  - 7-Ruidos articulares-59 pacientes que se traduce en un 70.23%.
  - 8-Dificultad para abrir la boca-29 pacientes con un 34.52%.
  - 9-Dislocación condilar-24 pacientes que constituye el 28.57%.
  - 10-Desviación de la línea media al cierre mandibular-74 - pacientes, igual a 88.09%.
  - 11-Muerden disparejo-60 pacientes que constituye el 71.42%.
  - 12-Cansancio muscular peribucal-29 pacientes constituyendo el 34.52%.
- (Ver gráfica No. 5).

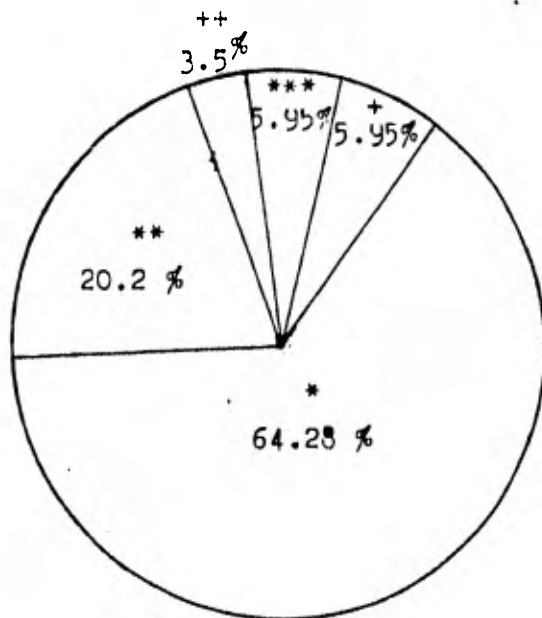
## OTROS HALLAZGOS CLINICOS Y REFERENCIAS IMPORTANTES

SIGNO, SINTOMA O REFERENCIA	No. PACIENTES
Mastican preferentemente del lado IZQ.-----	12
Mastican preferentemente del lado DER.-----	37
Mastican por ambos lados.-----	35
Hábitos bucales.-----	17
Sangrado gingival.-----	34
Mal aliento al despertar.-----	50
Dolor gingival.-----	7
Movilidad dentaria.-----	10



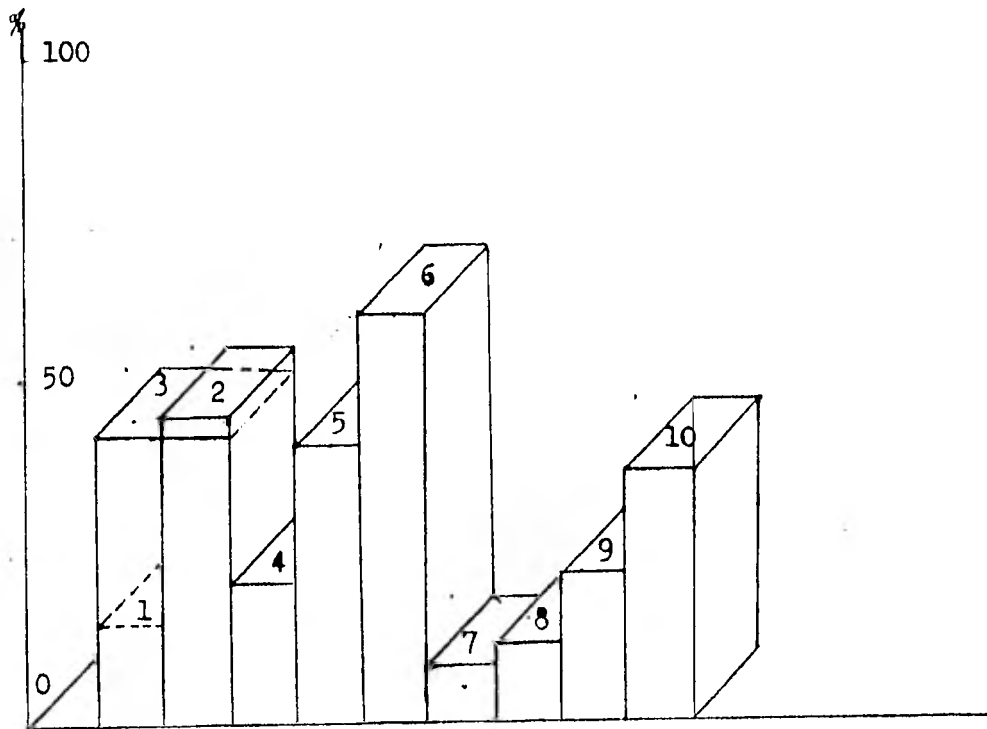


GRAFICA No 5 - Signos y síntomas de disfunción temporomandibular. (vease páginas adyacentes).



INDICE DE ALTERACIONES FUNCIONALES EN LA POBLACION -- ESTUDIADA.

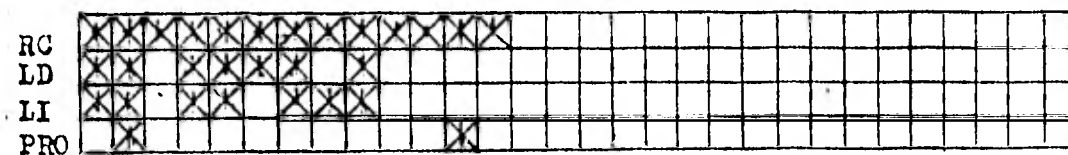
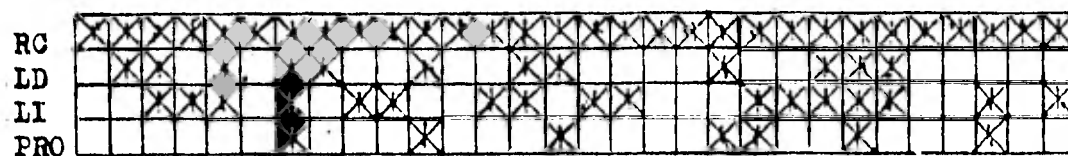
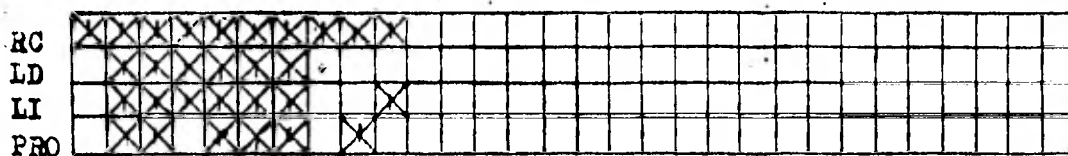
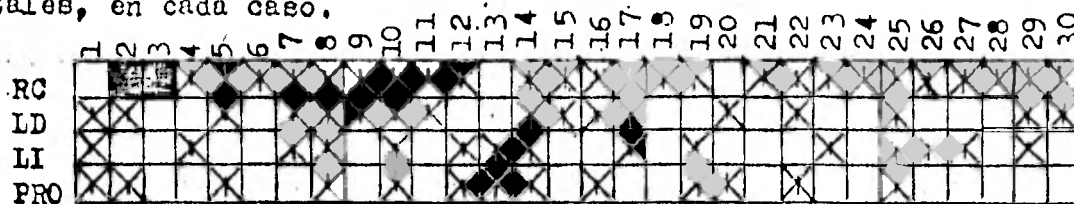
- \* Artritis traumática.
- \*\* Bruxismo.
- \*\*\* Alteración neuromuscular simple.
- + Trauma parodontal.
- ++ Asintomáticos.



GRAFICA No 6 - Otros hallazgos clínicos y referencias de importancia.

	No. PACIENTES Y %	
1 - Mastican preferentemente lado izq. -----	12	14.28
2 - Mastican preferentemente lado Der. -----	37	44.04
3 - Mastican ambos lados. -----	35	41.66
4 - Hábitos bucales. -----	17	20.23
5 - Sangrado gingival. -----	34	40.47
6 - Mal aliento al despertar. -----	50	59.52
7 - Dolor gingival. -----	7	8.33
8 - Movilidad dentaria. -----	10	11.90
9 - Sensación de movilidad al despertar. -----	18	21.42
10 - Sometidos a tensión excesiva. -----	31	36.90

Las tablas siguientes, muestran la presencia de contactos prematuros en las cuatro posiciones intermaxilares fundamentales, en cada caso.



RC - Relación céntrica.    LI - Lateralidad izquierda.  
 LD - Lateralidad derecha.    PRO - Protrusión.

SIGNO, SINTOMA O REFERENCIA	No. PACIENTES
Sensación de movilidad dentaria al despertar -----	18
Sometidos a tensión excesiva -----	31
(Ver gráfica).	

## UTILIZACION DE LA GUARDA

USO/SEMANAS	No. DE SUJETOS	PORCENTAJE
DIAS A 1 SEM.	9	10.71
HASTA 2 "	28	33.33
" 3 "	26	30.95
" 4 "	14	16.66
" 6 "	1	1.19
" 8 "	4	4.76
" 9 "	1	1.19
" 12 "	1	1.19

TABLA No. 1- Arriba, muestra el uso de la guarda oclusal por semanas.

USO/HORAS	No. DE SUJETOS	PORCENTAJE
HASTA 5 HRS.	19	22.61
6 A 10 "	28	33.33
11 A 15 "	22	26.19
16 A 20 "	10	11.90
20 O MAS "	5	5.95

TABLA No. 2- Muestra el uso de la guarda por horas.

C A P I T U L O V

CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con el uso de la guarda oclusal, versión de Shore modificada, hablan por sí mismos. La utilización de este dispositivo en los casos de disfunción temporomandibular como auxiliar en el diagnóstico (objeto de la investigación), además de constituir un excelente medio de tratamiento temporal y paliativo, denotan el valor que puede significar, siguiendo adecuadamente los indicativos en su construcción, ajuste y mantenimiento del mismo en la boca, en los pacientes antes citados.

La hipótesis planteada en páginas pasadas, de acuerdo a los logros satisfactorios tenidos, se corroboró en este estudio. Por lo demás, toca a los profesionistas Odontólogos el tenerla como alternativa y obtener los beneficios que puede proporcionar, al ayudar a eliminar los problemas funcionales del complejo estomatognático.

## OBSERVACIONES

La comisión dictaminadora de tesis juzgó conveniente el - realizar algunas modificaciones en algunos aspectos de la teoría y práctica sobre la guarda oclusal y que a continuación ci tamos.

1.- Pág. 20. - Se recomienda la construcción de guardas oclusales solo en la maxila, puesto que si son construidas sobre la mandíbula, pueden producir algún movimiento ortodóntico de los dientes.

-Deben llevar a una oclusión orgánica (oclusión por grupos). La guía anterior, debe permitir las desoclusiones posteriores en movimientos protrusivos y el contacto único del canino del lado de trabajo, en movimientos de lateralidad.

-La guarda oclusal no está contraindicada en pacientes con - sobremordida profunda o curva de spee exagerada.

2.- Pág. 42. - En pacientes relajados se detectan las interferencias oclusales incluso, en los primeros movimientos de cierre.

3.- Pág. 43. - Primeramente se lleva a cabo el análisis funcional partiendo de la posición protrusiva; enseguida, las posiciones laterales, observando en primer lugar el lado de balance. Por último se lleva a R.C..

4.- Pág. 56. - La superficie oclusal de la gurda debe permitir el contacto de las cúspides vestibulares inferiores.

5.- Pag. 60. - Debe existir un espacio virtual entre los bordes incisales de los dientes inferiores con la placa.

6.- Pág. 61. - La técnica más recomendable ( según la comi-

sión dictaminadora ) para la construcción de la guarda oclusal es con el empleo del articulador semiajustable en posición de R.C., porque si no es así, no se logra la oclusión orgánica.

El este trabajo se realizó la construcción de la guarda sobre modelos superiores tomados a los pacientes sin la utilización del articulador, haciendo los rebases directamente en la boca, para la obtención de la zona funcional o plano oclusal de la placa y los resultados obtenidos fueron evidentes. (ver capítulo IV).

7.- Pág. 63. - Para la construcción en el articulador semiajustable se colocan y relacionan los modelos en R.C.



**C A P I T U L O      V I**

**A N E X O S.**

**HISTORIAS CLINICAS - CASOS RELEVANTES**

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: P. C. CONSUELO EDAD: 35 SEXO: F  
 EDO. CIVIL: CASADA OCUPACION: HOJAR

## PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

Dolor a la masticación en la articulación temporomandibular izq.  
y en movimientos extremos. Ruidos articulares en la izq.

## HA SIDO TRATADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI <del>NO</del>	4.- ENDODONCIA	SI <del>NO</del>
2.- CIRUGIA	SI <del>NO</del>	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	SI <del>NO</del>	SUS DIENTES	SI <del>NO</del>
	6.- OPERATORIA	SI <del>NO</del>	TIPO DE RESTAURACIONES
	7.- EXTRACCIONES	<del>SI</del> NO	QUE DIENTES
		<u>14, 15, 36, 37 y 42</u>	
	8.- PROTESIS	SI <del>NO</del>	TIPO DE PROTESIS

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: ARTRITIS TRAUMÁTICA

LOS SINTOMAS AFECTAN UN ~~SOLO LADO~~ O AMBOS. SI ES ASI INDIQUE CUAL ES EL MAS AFECTADO. DER. ~~IZQ.~~

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

## a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	D <del>I</del>
2.- OIDO	D I
3.- MUSCULATURA FACIAL	D I
4.- PRENTE	D I
5.- NUCA	D I
6.- CUELLO	D I
7.- HOMBRO	D I

Marque con una X el tipo de dolor.

~~AGUDO~~, SORDO, CONSTANTE, PROFUNDO, ~~SUPERFICIAL~~, ~~PULSANTE~~, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE ~~SI~~ NO

DOLOR AL MASTICAR	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
DOLOR AL BOSTEZAR	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
b) CANSANCIO MUSCULAR	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
c) VERTIGOS	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
d) CEFALEAS	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	QUE ZONAS AFECTA _____
	toda la cabeza		
e) ZUMBIDOS	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DER. IZQ.

## ARTRITIS.-

1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	CHASQ.	CREP.
			<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> I
2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
4.- SIENTE QUE MUERDE PAREJO?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE?	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> I		

## BRUXISMO.-

1.- SE SIENTE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
----- CUANDO ESTA DESPIERTO?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3.- SIENTE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES AL DESPERTAR?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4.- SIENTE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

## TRAUMA PARODONTAL.-

1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2.- SIENTE DOLOR EN LAS ENCIAS?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

EN QUE DIENTES \_\_\_\_\_

## ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA.  SI  NO  I

2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.

	DER.	IZQ.	CONTACTOS PREMATUREOS	
PARED LAT.	12°	8°	LD. <input checked="" type="checkbox"/>	LI _____
TECHO	38°	41°	Pro. _____	Rc <input checked="" type="checkbox"/>

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: ARTITIS TRAUMATICA

## USO DE LA GUARDA OCLUSAL. EVOLUCION Y RESULTADOS

- 1.- Cuanto tiempo usó la guarda?      3 semanas
- 2.- Cuantas horas al día?      Entre 15 y 20 hrs. al día.
- 3.- Experimentó alguna modificación en su boca?      Sensación de masticar diferente después de usar el dispositivo. Fue apreciable a las pocas horas de uso.  
El aparato aprieta los dientes anteriores superiores en los primeros días.
- 4.- Sintió alivio alguno a su problema después de haber usado el aparato?      SI      NO
- podría explicarlo?      El dolor a la masticación y apertura amplia ha desaparecido por completo. Los primeros días disminuyó considerablemente hasta verse eliminado después de el 5o día, en el que ya no se apreció. Lo mismo sucedió con los vértigos, que durante el tiempo de usar el aparato no han vuelto a presentarse. El dolor de cabeza sigue aún presentándose.  
Los ruidos articulares han disminuido.
- 5.- Como considera el aparato?      Todo lo que alivia el dolor debe considerarse como algo muy bueno, de gran valor.
- 6.- Observaciones y comentarios      El dolor de cabeza en este paciente como no se abatió con el uso de la guarda debemos considerarlo de origen sistémico y no originado por perturbaciones oclusales.  
El aparato se desgastó un poco en la zona retentiva correspondiente a la cara labial de los dientes anteriores por la excesiva presión que ocasionaba, que incluso llegó a provocar cierto dolor en la zona.

## H I S T O R I A      C L I N I C A

NOMBRE: C. M. GRACIELA      EDAD: 19      SEXO: F  
 EDO. CIVIL: SOLTERA      OCUPACION: ESTUDIANTE

## PROBLEMA REPERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

Dolor y ruidos en la articulación derecha en los movimientos de la mandíbula. Zumbido del oído derecho con frecuencia. Dificultad para abrir la boca.

HA SIDO TRATADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	4.- ENDODONCIA	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/>
2.- CIRUGIA	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/>	5.- AJUSTES DE	SUS DIENTES SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.- PARODONCIA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6.- OPERATORIA	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> TIPO DE RESTAURACIONES
			<u>Amalgamas</u>
7.- EXTRACCIONES	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/>		QUE DIENTES <u>37, 48</u>
8.- PROTESIS	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TIPO DE PROTESIS <u></u>

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: ARTRITIS TRAUMATICA

LOS SINTOMAS AFECTAN UN ~~SOLO LADO~~ O AMBOS. SI ES ASI INDIQUE CUAL ES EL MAS AFECTADO. DER.      IZQ.

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	<input checked="" type="checkbox"/> I
2.- OIDO	D I
3.- MUSCULATURA FACIAL	D I
4.- PRENTE	D I
5.- NUCA	D I
6.- CUELLO	D I
7.- HOMBRO	D I

Marque con una X el tipo de dolor.

~~AGUDO~~, SORDO, CONSTANTE, PROFUNDO, ~~SUBJETIVO~~, PULSANTE, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE SI

DOLOR AL MASTICAR  SI  NO  
 DOLOR AL BOSTEZAR  SI  NO  
 b) CANSANCIO MUSCULAR  SI  NO  
 c) VERTIGOS  SI  NO  
 d) CEFALIAS  SI  NO QUE ZONAS AFECTA \_\_\_\_\_  
 e) ZUMBIDOS  SI  NO ~~DER.~~ IZQ.

## ARTRITIS.-

1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION  SI  NO CHASQ. CREP.  D  I  
 2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA?  SI  NO  
 3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA?  SI  NO  
 4.- SIENDE QUE MUERDE PAREJO?  SI  NO  
 5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE?  SI  NO

## BRUXISMO.-

1.- SE SIENDE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS?  SI  NO  
 2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME?  SI  NO  
 ----- CUANDO ESTA DESPIERTO?  SI  NO  
 3.- SIENDE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES AL DESPERTAR?  SI  NO  
 4.- SIENDE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MANANA?  SI  NO  
 5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA?  SI  NO  
 ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

## TRAUMA PARODONTAL.-

1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS?  SI  NO  
 2.- SIENDE DOLOR EN LAS ENCIAS?  SI  NO  
 3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR?  SI  NO  
 4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA?  SI  NO  
 EN QUE DIENTES \_\_\_\_\_

## ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA.  SI  NO  I  
 2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.  
 CONTACTOS PREMATUROS  
 PARED LAT. DER. 13° IZQ. 11° LD.  LI   
 TECHO 38° 35° Pro. \_\_\_\_\_ Rc

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: ARTRITIS TRAUMATICA

USO DE LA GUARDA OCLUSAL. EVOLUCIÓN Y RESULTADOS

- 1.- Cuanto tiempo usó la guarda? 1 día y medio, inicialmente y posteriormente 2 semanas.
  - 2.- Cuantas horas al día? La usé todo el tiempo, retirándola solo para comer y asearla.
  - 3.- Experimentó alguna modificación en su boca? Tuve una sensación de presión muy molesta en los dientes anteriores superiores.
  - 4.- Sintió alivio alguno a su problema después de haber usado el aparato?  NO en un principio y SI posteriormente.
- Podría explicarlo? No se si se relacione esa sensación de presión con la posterior aparición de cefalea en ambas sienes y aumento en la intensidad y frecuencia del zumbido del oído. En un principio no fue tan acentuado pero después de 1 día los síntomas se exacerbaron, lo que obligó al retiro de la placa.
- Posteriormente a la corrección de la guarda se usó durante 2 semanas; en los primeros días el dolor desapareció por completo, lo mismo que el zumbido del oído derecho y disminuyó el chasquido.
- 5.- Como considera al aparato? En un principio se dudó de su eficacia, pero después de cierto tiempo se ha confirmado que en realidad puede eliminar ese tipo de problemas.
  - 6.- Observaciones y comentarios Este caso fue uno de los que el aparato no convenció en un principio, pero que afortunadamente se resolvió satisfactoriamente. El error debido a su inadecuada construcción se corrigió, gracias a la confianza de éste paciente, que en ningún momento dejó de cooperar.

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: L.T. ARMANDO EDAD: 44 SEXO: M  
 EDO. CIVIL: CASADO OCUPACION: OBRERA

## PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

Dolor en la A.T.M. derecha. Ruidos articulares en ambas en los movimientos amplios de la mandíbula. Refiere cefaleas frecuentes.

## HA SIDO TRATADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI <del>NO</del>	4.- ENDODONCIA	SI <del>NO</del>
2.- CIRUGIA	SI <del>NO</del>	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	SI <del>NO</del>	SUS DIENTES	SI <del>NO</del>
	6.- OPERATORIA	SI NO TIPO DE RESTAURACIONES	
	<u>Amalgamas, incrustaciones</u>		
	7.- EXTRACCIONES	SI NO QUE DIENTES	
	<u>36, 46 y 45</u>		
	8.- PROTESIS	SI NO TIPO DE PROTESIS	

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: ARTRITIS TRAUMÁTICA

LOS SINTOMAS AFECTAN UN SOLO LADO O ~~AMBOS~~. SI ES ASI INDIQUE CUAL ES EL MAS AFECTADO. ~~DQR.~~ IZQ.

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

## a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	<del>X</del> I
2.- OIDO	D I
3.- MUSCULATURA FACIAL	D I
4.- FRENTE	D I
5.- NUCA	<del>X</del> <del>X</del>
6.- CUELLO	D I
7.- HOMBRO	D I

Marque con una X el tipo de dolor.

~~AGUDO, SORDO, CONSTANTE, PROFUNDO, SUPERFICIAL, PULSANTE, DIFUSO~~  
 SE PRESENTA DE REPENTE ~~SI~~ NO



DOLOR AL MASTICAR ~~SI~~ NO  
 DOLOR AL BOSTEZAR SI ~~NO~~  
 b) CANSANCIO MUSCULAR ~~SI~~ NO  
 c) VERTIGOS SI ~~NO~~  
 d) CEPALEAS ~~SI~~ NO QUE ZONAS AFECTA \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 e) ZUMBIDOS SI ~~NO~~ DER. IZQ.

**ARTRITIS.-**

1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION ~~SI~~ NO CHASQ. CREP.  
~~X~~ ~~X~~ ~~X~~ I  
 2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA? SI ~~NO~~  
 3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA? ~~SI~~ NO  
 4.- SIENTE QUE MUERDE PAREJO? SI ~~NO~~  
 5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE? D ~~X~~

**BRUXISMO.-**

1.- SE SIENTE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS? SI ~~NO~~  
 2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME? SI ~~NO~~  
 ----- CUANDO ESTA DESPIERTO? SI ~~NO~~  
 3.- SIENTE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES  
 AL DESPERTAR? SI ~~NO~~  
 4.- SIENTE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA? SI ~~NO~~  
 5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA? SI ~~NO~~  
 ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

**TRAUMA PARODONTAL.-**

1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS? SI ~~NO~~  
 2.- SIENTE DOLOR EN LAS ENCIAS? SI ~~NO~~  
 3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR? SI ~~NO~~  
 4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA? SI ~~NO~~  
 EN QUE DIENTES \_\_\_\_\_

**ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL**

1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA. SI ~~NO~~ D I  
 2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.  
 CONTACTOS PREMATUROS  
 DER. IZQ. LD. LI X  
 PARED LAT. 15° 7° Pro. Rc X  
 TECHO 34° 34°

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: ARTRITIS TRAUMATICA

## USO DE LA GUARDA OCLUSAL. EVOLUCION Y RESULTADOS

- 1.- Cuanto tiempo usó la guarda? 4 semanas
- 2.- Cuantas horas al día? 15 hrs. diarias aprox.
- 3.- Experimentó alguna modificación en su boca? Una sensación de presión en los dientes anteriores superiores en -- los primeros días de uso.  
Después de retirar el aparato la mordida era diferente a la que tenía antes de usarlo.
- 4.- Sintió alivio alguno a su problema después de haber usado el aparato? SI NO
- podría explicarlo? Fue un alivio completo al padecimiento. Al masticar ya no hay dolor en la articulación, ni cansancio muscular. El dolor de cabeza, aunque no ha desaparecido por completo, ha disminuido en frecuencia.  
El dolor en la nuca no se ha presentado desde que se empezó a usar el dispositivo.  
El alivio se ha palpado de inmediato, lo que emocionalmente hace sentir mejor.
- 5.- Como considera el aparato? Es un tratamiento adecuado para este tipo de problemas.
- 6.- Observaciones y comentarios

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: T. J. LUCIO EDAD: 21 SEXO: M  
 EDO. CIVIL: SOLTERO OCUPACION: OBRAERO

## PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

Ruidos articulares acompañados de dolor. Este se acentúa durante la masticación. Dificultad para abrir la boca. Cefaléas y vértigos

frecuentes. Marcado desgaste anterior.  
 HA SIDO TRATADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI <del>NO</del>	4.- ENDODONCIA	SI <del>NO</del>
2.- CIRUGIA	SI <del>NO</del>	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	SI <del>NO</del>	SUS DIENTES	SI <del>NO</del>
6.- OPERATORIA	SI <del>NO</del>	TIPO DE RESTAURACIONES	
7.- EXTRACCIONES	<del>SI</del> NO	QUE DIENTES	
	46 y 36		
8.- PROTESIS	SI <del>NO</del>	TIPO DE PROTESIS	

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: ARTRITIS TRAUMATICA

LOS SINTOMAS AFECTAN UN SOLO LADO O AMBOS. SI ES ASI INDIQUE CUAL ES EL MAS AFECTADO. ~~DER.~~ ~~IZQ.~~

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

## a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	<del>D</del> <del>I</del>
2.- OIDO	<del>D</del> <del>I</del>
3.- MUSCULATURA FACIAL	D I
4.- FRENTE	D I
5.- NUCA	D I
6.- CUELLO	D I
7.- HOMBRO	D I

Marque con una X el tipo de dolor.

~~AGUDO~~, ~~SORDO~~, ~~CONSTANTE~~, ~~PROFUNDO~~, ~~SUPERFICIAL~~, ~~PULSANTE~~, ~~DIFFUSO~~  
 SE PRESENTA DE REPENTE ~~SI~~ NO

DOLOR AL MASTICAR ~~SI~~ NO  
 DOLOR AL BOSTEZAR ~~SI~~ NO  
 b) CANSANCIO MUSCULAR ~~SI~~ NO  
 c) VERTIGOS ~~SI~~ NO  
 d) CEFALEAS ~~SI~~ NO QUE ZONAS AFECTA \_\_\_\_\_  
 LA ZONA TEMPORAL DE AMBOS LADOS.  
 e) ZUMBIDOS ~~SI~~ NO ~~DER.~~ ~~IZQ.~~

## ARTRITIS.-

1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION ~~SI~~ NO CHASQ. ~~D~~ ~~X~~ CREP. ~~D~~ ~~X~~ I  
 2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA? SI ~~NO~~  
 3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA? ~~SI~~ NO  
 4.- SIENTE QUE MUERDE PAREJO? SI ~~NO~~  
 5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE? ~~D~~ I

## BRUXISMO.-

1.- SE SIENTE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS? SI ~~NO~~  
 2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME? SI ~~NO~~  
 ----- CUANDO ESTA DESPIERTO? SI ~~NO~~  
 3.- SIENTE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES  
 AL DESPERTAR? SI ~~NO~~  
 4.- SIENTE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA? SI ~~NO~~  
 5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA? SI ~~NO~~  
 ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

## TRAUMA PARODONTAL.-

1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS? ~~SI~~ NO  
 2.- SIENTE DOLOR EN LAS ENCIAS? SI ~~NO~~  
 3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR? ~~SI~~ NO  
 4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA? SI ~~NO~~  
 EN QUE DIENTES \_\_\_\_\_

## ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA. SI ~~NO~~ D I  
 2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.  
 CONTACTOS PREMATUREOS  
 PARED LAT. DER. 13° IZQ. 12° LD. ~~X~~ LI ~~X~~  
 TECHO 72° 39° Pro. ~~X~~ Rc ~~X~~

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: ARTRITIS TRAUMATICA

## USO DE LA GUARDA OCLUSAL. EVOLUCION Y RESULTADOS

- 1.- Cuanto tiempo usó la guarda?      1 semana
- 2.- Cuantas horas al día?              10 hrs. aprox.
- 3.- Experimentó alguna modificación en su boca?      ---
- 4.- Sintió alivio alguno a su problema después de haber usado el aparato?      SI      NO
- podría explicarlo?      El dolor en ambas articulaciones desapareció al usar el aparato. Los dolores de cabeza han disminuido en frecuencia. La masticación se puede realizar sin molestia alguna. Los vértigos al igual que el dolor se eliminaron. El alivio después del uso de la guarda fue bien evidente.
- 5.- Como considera el aparato?      Muy positivo en este problema.
- 6.- Observaciones y comentarios

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: J.F. MARIA EDAD: 43 SEXO: F  
 EDO. CIVIL: CASADA OCUPACION: HOGAR

## PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

Ruidos articulares en la articulación derecha acompañados de dolor,  
se acentúan principalmente en la masticación o al abrir mucho la -

boca. Refiere cefaléas frecuentes, además de vértigos.  
 HA SIDO TRATADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI <del>NO</del>	4.- ENDODONCIA	SI <del>NO</del>
2.- CIRUGIA	SI <del>NO</del>	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	<del>SI</del> NO	SUS DIENTES	<del>SI</del> NO
	6.- OPERATORIA	<del>SI</del> NO	TIPO DE RESTAURACIONES
	7.- EXTRACCIONES	<del>SI</del> NO	QUE DIENTES
		<u>analgesias</u>	<u>36,37,46,15.</u>
	8.- PROTESIS	<del>SI</del> NO	TIPO DE PROTESIS
		<u>Fija anterior.</u>	

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: ARTRITIS TRAUMATICA

LOS SINTOMAS AFECTAN UN SOLO LADO O ~~AMBOS~~. SI ES ASI INDIQUE  
 CUAL ES EL MAS AFECTADO. ~~DER.~~ IZQ.

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

## a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	<del>X</del> I
2.- OIDO	D I
3.- MUSCULATURA FACIAL	D I
4.- PRENTE	D I
5.- NUCA	D I
6.- CUELLO	D I
7.- HOMBRO	D I

Marque con una X el tipo de dolor.

AGUDO, ~~SORBO~~, CONSTANTE, ~~PROFUNDO~~, SUPERFICIAL, PULSANTE, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE SI ~~NO~~



## USO DE LA GUARDA OCLUSAL. EVOLUCIÓN Y RESULTADOS

- 1.- Cuanto tiempo usó la guarda?      2 semanas.
- 2.- Cuantas horas al día?              Entre 10 y 15 hrs.
- 3.- Experimentó alguna modificación en su boca?      Una presión muy molesta al colocar el aparato en la boca; de la misma manera, el aparato ocasionaba nauseas, que se aliviaron tiempo después.  
Una especie de retracción de la mandíbula y mordida diferente después de usarla por varias horas.
- 4.- Sintió alivio alguno a su problema después de haber usado el aparato?      SI      NO
- podría explicarlo?      El dolor articular y cefaleas se abatieron con el uso de la placa; sin apreciarlos una semana más tarde. La masticación se realiza normalmente.  
Los vértigos es el único síntoma que se sigue presentando.
- 5.- Como considera el aparato?      Es muy buen tratamiento.
- 6.- Observaciones y comentarios      ---



## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: C.V. RAMIRO EDAD: 42 SEXO: M  
 EDO. CIVIL: CASADO OCUPACION: EMPLEADO

## PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

Dolor intenso en la articulación der, ruidos articulares en ambas  
al masticar y de manera espontánea. Se presentan zumbidos y cefa-  
leas frecuentes.

## HA SIDO TRATADO ODONTOLOGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI <del>NO</del>	4.- ENDODONCIA	SI <del>NO</del>
2.- CIRUGIA	SI <del>NO</del>	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	SI <del>NO</del>	SUS DIENTES	SI <del>NO</del>
	6.- OPERATORIA	<del>SI</del> NO	TIPO DE RESTAURACIONES
	<u>AMALGAMAS</u>		
	7.- EXTRACCIONES	<del>SI</del> NO	QUE DIENTES
		14.	
	8.- PROTESIS	SI <del>NO</del>	TIPO DE PROTESIS

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: ARTRITIS TRAUMATICA

LOS SINTOMAS AFECTAN UN SOLO LADO O ~~AMBOS~~. SI ES ASI INDIQUE  
 CUAL ES EL MAS AFECTADO. ~~DER.~~ IZQ.

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

## a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	<del>D</del> <del>I</del>
2.- OIDO	D I
3.- MUSCULATURA FACIAL	D I
4.- PRENTE	D I
5.- NUCA	D NI
6.- CUELLO	D I
7.- HOMBRO	D I

Marque con una X el tipo de dolor.

~~AGUDO~~, SORDO, CONSTANTE, PROFUNDO, ~~SUPERFICIAL~~, PULSANTE, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE ~~SI~~ NO

- DOLOR AL MASTICAR  SI  NO  
 DOLOR AL BOSTEZAR  SI  NO  
 b) CANSANCIO MUSCULAR  SI  NO  
 c) VERTIGOS  SI  NO  
 d) CEFALEAS  SI  NO QUE ZONAS APECTA \_\_\_\_\_  
 Ambas regiones temporales  
 e) ZUMBIDOS  SI  DER.  IZQ.

ARTRITIS.-

- 1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION  SI  NO CHASQ.  CREP.  I  
 2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA?  SI  NO  
 3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA?  SI  NO  
 4.- SIENTE QUE MUERDE PAREJO?  SI  NO  
 5.- DE QUE LADO MASTICA, PREFERENTEMENTE?  SI  NO

BRUXISMO.-

- 1.- SE SIENTE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS?  SI  NO  
 2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME?  SI  NO  
 ----- CUANDO ESTA DESPIERTO?  SI  NO  
 3.- SIENTE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES AL DESPERTAR?  SI  NO  
 4.- SIENTE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA?  SI  NO  
 5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA?  SI  NO  
 ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

TRAUMA PARODONTAL.-

- 1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS?  SI  NO  
 2.- SIENTE DOLOR EN LAS ENCIAS?  SI  NO  
 3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR?  SI  NO  
 4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA?  SI  NO  
 EN QUE DIENTES \_\_\_\_\_

ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

- 1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA.  SI  NO  I  
 2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.  
 CONTACTOS PREMATUROS  
 PARED LAT. DER. 13° IZQ. 7° LD. LI X  
 TECHO 33° 40° Pro. X Rc X

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: ARTRITIS TRAUMATICA

## USO DE LA GUARDA OCLUSAL. EVOLUCION Y RESULTADOS

- 1.- Cuanto tiempo usó la guarda? 3 semanas
- 2.- Cuantas horas al día? Entre 10 y 15 hrs.
- 3.- Experimentó alguna modificación en su boca? Mordía -  
diferente en comparación , anterior al uso de la guarda.
- 4.- Sintió alivio alguno a su problema después de haber usado el  
aparato? SI NO  
-----
- Podría explicarlo? Fundamentalmente, el dolor y los -  
dolores de cabeza desaparecieron. Los vértigos no por --  
completo, aunque han disminuido.  
La masticación se realiza sin molestia alguna y  
cualquier movimiento amplio no involucra algún malestar.
- 5.- Como considera el aparato? Resultó un gran remedio  
a este padecimiento.
- 6.- Observaciones y comentarios Posiblemente los vérti-  
gos tengan su origen en algún otro padecimiento de ti-  
po sistémico, porque el uso de la guarda por el tiempo  
anteriormente citado no lo eliminó.

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: H.E. RENE EDAD: 46 SEXO: M  
 EDO. CIVIL: CASADO OCUPACION: OBRAERO

## PROBLEMA REPERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

Rechina los dientes por la noche. Amanece con los músculos masticadores cansados. Refiere dolor en la articulación der. al masticar y bostezar.

## HA SIDO TRÁTADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI <del>NO</del>	4.- ENDODONCIA	SI <del>NO</del>
2.- CIRUGIA	SI <del>NO</del>	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	SI <del>NO</del>	SUS DIENTES	SI <del>NO</del>
	6.- OPERATORIA	<del>SI</del> NO TIPO DE RESTAURACIONES	
		<u>Amalgamas e incrustaciones</u>	
	7.- EXTRACCIONES	<del>SI</del> NO QUE DIENTES	
		<u>36 y 46</u>	
	8.- PROTESIS	SI <del>NO</del> TIPO DE PROTESIS	

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: BRUXISMO

LOS SINTOMAS AFECTAN UN SOLO LADO O AMBOS. SI ES ASI INDIQUE CUAL ES EL MAS AFECTADO. ~~DER.~~ ~~IZQ.~~

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

## a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	D	I
2.- OIDO	D	I
3.- MUSCULATURA FACIAL	<del>D</del>	<del>I</del>
4.- PRENTE	D	I
5.- NUCA	D	I
6.- CUELLO	D	I
7.- HOMBRO	D	I

Marque con una X el tipo de dolor.

AGUDO, ~~SORDO~~, CONSTANTE, ~~PROFUNDO~~, SUPERFICIAL, PULSANTE, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE SI ~~NO~~

- DOLOR AL MASTICAR ~~SI~~ NO  
 DOLOR AL BOSTEZAR SI ~~NO~~
- b) CANSANCIO MUSCULAR ~~SI~~ NO  
 c) VERTIGOS SI ~~NO~~  
 d) CEFALEAS ~~SI~~ ~~NO~~ QUE ZONAS AFECTA \_\_\_\_\_
- 
- e) ZUMBIDOS SI ~~NO~~ DER. IZQ.

ARTRITIS.-

- 1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION ~~SI~~ NO CHASQ. CREP.  
~~X~~ ~~X~~ D ~~X~~
- 2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA? ~~SI~~ NO  
~~X~~ ~~X~~
- 3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA? ~~SI~~ NO  
~~X~~ ~~X~~
- 4.- SIENDE QUE MUERDE PAREJO? SI ~~NO~~  
~~X~~ ~~X~~
- 5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE? ~~X~~ I

BRUXISMO.-

- 1.- SE SIENDE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS? ~~SI~~ NO  
~~X~~ ~~X~~
- 2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME?  
 ----- CUANDO ESTA DESPIERTO? SI ~~NO~~  
~~X~~ ~~X~~
- 3.- SIENDE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES  
 AL DESPERTAR? ~~SI~~ NO  
~~X~~ ~~X~~
- 4.- SIENDE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA? SI ~~NO~~  
~~X~~ ~~X~~
- 5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA?  
 ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_ SI ~~NO~~  
~~X~~ ~~X~~

TRAUMA PARODONTAL.-

- 1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS? ~~SI~~ NO  
~~X~~ ~~X~~
- 2.- SIENDE DOLOR EN LAS ENCIAS? SI ~~NO~~  
~~X~~ ~~X~~
- 3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR? ~~SI~~ NO  
~~X~~ ~~X~~
- 4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA?  
 EN QUE DIENTES \_\_\_\_\_ SI ~~NO~~  
~~X~~ ~~X~~

ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

- 1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA. ~~X~~ NO D ~~X~~  
 2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.
- |            |      |      |      |                              |
|------------|------|------|------|------------------------------|
|            | DER. | IZQ. |      | CONTACTOS PREMATUROS         |
| PARED LAT. | 13°  | 7°   | LD.  | <del>X</del> LI <del>X</del> |
| TECHO      | 39°  | 57°  | Pro. | PC <del>X</del>              |

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: BRUXISMO

## USO DE LA GUARDA OCLUSAL. EVOLUCION Y RESULTADOS

- 1.- Cuanto tiempo usó la guarda?      2 semanas
- 2.- Cuantas horas al día?              15 hrs.
- 3.- Experimentó alguna modificación en su boca?      Solo la  
sensación de presión en los primeros días de uso. Pos-  
teriormente desapareció.
- 4.- Sintió alivio alguno a su problema después de haber usado el  
aparato?              SI      NO
- podría explicarlo?      Ya no rechina los dientes cuando  
duerme; tampoco amanece con la musculatura cansada.  
El dolor a la masticación ha disminuido después  
de haber usado el aparato por unos días.
- 5.- Como considera el aparato?      Ha modificado positivamente  
la situación anterior a su uso.
- 6.- Observaciones y comentarios

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: G. G. EDUARDO EDAD: 32 SEXO: M  
 EDO. CIVIL: CASADO OCUPACION: OBRAERO

## PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

Rechina sus dientes dormido. Refiere dolor en ambas articulaciones  
siendo más severo en la izq., lo mismo que los ruidos articula-  
res y cansancio muscular a la masticación. Marcado desgaste dental.  
 HA SIDO TRATADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI <del>NO</del>	4.- ENDODONCIA	SI <del>NO</del>
2.- CIRUGIA	SI <del>NO</del>	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	SI <del>NO</del>	SUS DIENTES	SI <del>NO</del>
	6.- OPERATORIA	SI <del>NO</del>	TIPO DE RESTAURACIONES
	7.- EXTRACCIONES	<del>SI</del> NO	QUE DIENTES
		<u>35, 46 y 47</u>	
	8.- PROTESIS	SI <del>NO</del>	TIPO DE PROTESIS

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: BRUXISMO

LOS SINTOMAS AFECTAN UN SOLO LADO O ~~AMBOS~~. SI ES ASI INDIQUE  
 CUAL ES EL MAS AFECTADO. DER. ~~DER.~~ IZQ.

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

## a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	D <del>I</del>
2.- OIDO	D I
3.- MUSCULATURA FACIAL	D I
4.- PRENTE	D I
5.- NUCA	D I
6.- CUELLO	D I
7.- HOMBRO	D I

Marque con una X el tipo de dolor.

~~AGUDO~~, SORDO, CONSTANTE, PROFUNDO, ~~SUPERFICIAL~~, PULSANTE, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE ~~SI~~ NO

- DOLOR AL MASTICAR  SI NO
- DOLOR AL BOSTEZAR  SI NO
- b) CANSANCIO MUSCULAR  SI NO
- c) VERTIGOS  SI NO
- d) CEPHALEAS  SI  NO QUE ZONAS AFECTA \_\_\_\_\_
- 
- e) ZUMBIDOS  SI NO  DER.  IZQ.

**ARTRITIS.-**

- 1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION  SI NO CHASQ.  SI  NO CREP.  SI  NO
- 2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA?  SI  NO
- 3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA?  SI  NO
- 4.- SIENTE QUE MUERDE PAREJO?  SI  NO
- 5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE?  DER.  IZQ.

**BRUXISMO.-**

- 1.- SE SIENTE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS?  SI  NO
- 2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME?  SI  NO
- CUANDO ESTA DESPIERTO?  SI  NO
- 3.- SIENTE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES AL DESPERTAR?  SI  NO
- 4.- SIENTE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA?  SI  NO
- 5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA?  SI  NO
- ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

**TRAUMA PARODONTAL.-**

- 1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS?  SI  NO
- 2.- SIENTE DOLOR EN LAS ENCIAS?  SI  NO
- 3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR?  SI  NO
- 4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA?  SI  NO
- EN QUE DIENTES \_\_\_\_\_

**ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL**

- 1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA.  SI NO  D  NO
- 2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.
- |            |      |      |      |                                          |
|------------|------|------|------|------------------------------------------|
|            | DER. | IZQ. |      | CONTACTOS PREMATUROS                     |
| PARED LAT. | 8°   | 12°  | LD.  | LI <input checked="" type="checkbox"/> * |
| TECHO      | 37°  | 35°  | Pro. | Pc <input checked="" type="checkbox"/> * |

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Bruxismo



## USO DE LA GUARDA OCLUSAL. EVOLUCION Y RESULTADOS

- 1.- cuanto tiempo usó la guarda? 3 semanas
- 2.- cuantas horas al día? 15 hrs diarias, Durante toda la noche.
- 3.- Experimentó alguna modificación en su boca? Un cambio de mordida, diferente al que tenía antes de usar el aparato. Cierta presión, nada significativo en los dientes anteriores superiores que desapareció posteriormente.
- 4.- sintió alivio alguno a su problema después de haber usado el aparato? SI NO
- podría explicarlo? El cansancio muscular por la mañana ha desaparecido; ya no hay rechinado de dientes por la noche y el dolor en la articulación temporomandibular igualmente, no ha aparecido.  
Al masticar no ha habido molestia; los vértigos se han eliminado, aunque no por completo.
- 5.- Como considera al aparato? Es muy buen aparato en lo que a mí respecta.
- 6.- Observaciones y comentarios La sintomatología presente en el paciente nos hizo pensar tanto en un paciente bruxista y con problemas de artritis.

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: R. J. ALEJANDRO EDAD: 12 SEXO: M  
 EDO. CIVIL: SOLTERO OCUPACION: ESTUDIANTE

## PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

Rechina los dientes por la noche; refiere cansancio muscular al despertar, en la periferia mandibular

## HA SIDO TRATADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI <del>NO</del>	4.- ENDODONCIA	SI <del>NO</del>
2.- CIRUGIA	SI <del>NO</del>	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	SI <del>NO</del>	SUS DIENTES	SI <del>NO</del>
	6.- OPERATORIA	SI <del>NO</del>	TIPO DE RESTAURACIONES
	7.- EXTRACCIONES	SI <del>NO</del>	QUE DIENTES
	8.- PROTESIS	SI <del>NO</del>	TIPO DE PROTESIS

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: BRUXISMO

LOS SINTOMAS AFECTAN UN SOLO LADO O AMBOS. SI ES ASI INDIQUE CUAL ES EL MAS AFECTADO. ~~DNR.~~ ~~DR.~~

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

## a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	D I
2.- OIDO	D I
3.- MUSCULATURA FACIAL	D I
4.- FRENTE	D I
5.- NUCA	D I
6.- CUELLO	D I
7.- HOMBRO	D I

Marque con una X el tipo de dolor.

AGUDO, SORDO, CONSTANTE, PROFUNDO, SUPERFICIAL, PULSANTE, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE SI NO

DOLOR AL MASTICAR SI ~~NO~~  
 DOLOR AL BOSTEZAR SI ~~NO~~  
 b) CANSANCIO MUSCULAR ~~SI~~ NO  
 c) VERTIGOS SI ~~NO~~  
 d) CEFALEAS SI ~~NO~~ QUE ZONAS AFECTA \_\_\_\_\_  
 e) ZUMBIDOS SI ~~NO~~ DER. IZQ.

## ARTRITIS.-

1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION SI ~~NO~~ CHASQ. CREP.  
 D I D I  
 2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA? ~~SI~~ NO  
 3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA? SI ~~NO~~  
 4.- SIENTE QUE MUERDE PAREJO? ~~SI~~ NO  
 5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE? ~~SI~~ ~~NO~~

## BRUXISMO.-

1.- SE SIENTE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS? SI ~~NO~~  
 2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME? ~~SI~~ NO  
 ----- CUANDO ESTA DESPIERTO? SI ~~NO~~  
 3.- SIENTE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES  
 AL DESPERTAR? ~~SI~~ NO  
 4.- SIENTE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA? SI ~~NO~~  
 5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA? SI ~~NO~~  
 ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

## TRAUMA PARODONTAL.-

1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS? SI ~~NO~~  
 2.- SIENTE DOLOR EN LAS ENCIAS? SI ~~NO~~  
 3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR? SI ~~NO~~  
 4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA? SI ~~NO~~  
 EN QUE DIENTES \_\_\_\_\_

## ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA. SI NO D I  
 2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.  
 CONTACTOS PREMATUREOS  
 PARED LAT. DER. IZQ. LD. LI  
 TECHO 8° 5° Pro. LI  
31° 38° PC X

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: BRUXISMO

## USO DE LA GUARDA OCLUSAL. EVOLUCION Y RESULTADOS

- 1.- Cuanto tiempo usó la guarda?      1 semanas
- 2.- Cuantas horas al día?      Solo la retiraba para tomar alimentos y lavarla. 22 hrs. aprox.
- 3.- Experimentó alguna modificación en su boca?      Hubo un cambio en la mordida; es diferente con la que tenía antes de usar la guarda. Provocó presión en los dientes ant. sup. que posteriormente desapareció.
- 4.- sintió alivio alguno a su problema después de haber usado el aparato?      SI      NO
- podría explicarlo?      Ya no se presentó el cansancio muscular por las mañanas ni ese apretamiento de la mandíbula al despertar. El rechinado de dientes también se eliminó y en general, mejoró el estado local.
- 5.- Como considera el aparato?
- 6.- Observaciones y comentarios      A pesar de la corta edad del paciente, los síntomas y signos que presentó nos hicieron pensar en la utilización de la guarda oclusal para aliviarlos.
- Este caso fue interesante puesto que hasta la fecha no habíamos construido una guarda oclusal para un paciente de esa edad.
- Estuvo bajo cuidadosa observación el tiempo que usó el aparato y su evolución se consideró normal.

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: N.C. LOURDES EDAD: 42 SEXO: F  
 EDO. CIVIL: CASADA OCUPACION: HOGAR

## PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

Dolor intenso en la zona del vestíbulo correspondiente a la raíz de  
el 43 a la masticación. Cefaléas frecuentes, asociadas al periodo-  
menstrual.

## HA SIDO TRATADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

- |                |                            |                  |                        |
|----------------|----------------------------|------------------|------------------------|
| 1.- ORTODONCIA | SI <del>NO</del>           | 4.- ENDODONCIA   | <del>SI</del> NO       |
| 2.- CIRUGIA    | SI <del>NO</del>           | 5.- AJUSTES DE   |                        |
| 3.- PARODONCIA | <del>SI</del> NO           | SUS DIENTES      | <del>SI</del> NO       |
|                | 6.- OPERATORIA             | <del>SI</del> NO | TIPO DE RESTAURACIONES |
|                | <u>Resinas</u>             |                  |                        |
|                | 7.- EXTRACCIONES           | <del>SI</del> NO | QUE DIENTES _____      |
|                | 8.- PROTESIS               | <del>SI</del> NO | TIPO DE PROTESIS _____ |
|                | <u>Fija ant. inf. 6 U.</u> |                  |                        |

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: TRAUMA PARODONTAL

LOS SINTOMAS AFECTAN UN ~~SOLO LADO~~ O AMBOS. SI ES ASI INDIQUE  
 CUAL ES EL MAS AFECTADO. ~~DER.~~ IZQ.

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

## a) DOLOR.

- |                        |     |
|------------------------|-----|
| 1.- ARTICULACION       | D I |
| 2.- OIDO               | D I |
| 3.- MUSCULATURA FACIAL | D I |
| 4.- FRENTE             | D I |
| 5.- NUCA               | D I |
| 6.- CUELLO             | D I |
| 7.- HOMBRO             | D I |

Marque con una X el tipo de dolor.

~~AGUDO~~, ~~SORDO~~, ~~CONSTANTE~~, ~~PROFUNDO~~, ~~SUPERFICIAL~~, ~~PULSANTE~~, ~~DIFUSO~~  
 SE PRESENTA DE REPENTE ~~SI~~ NO

- DOLOR AL MASTICAR SI ~~NO~~  
 DOLOR AL BOSTEZAR SI ~~NO~~  
 b) CANSANCIO MUSCULAR SI ~~NO~~  
 c) VERTIGOS SI ~~NO~~  
 d) CEFALIAS ~~SI~~ NO QUE ZONAS AFECTA \_\_\_\_\_  
 Ambas zonas temporales  
 e) ZUMBIDOS SI ~~NO~~ DER. IZQ.

ARTRITIS.-

- 1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION SI ~~NO~~ CHASQ. CREP.  
 D I D I  
 2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA? ~~SI~~ NO  
 3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA? SI ~~NO~~  
 4.- SIENTE QUE MUERDE PAREJO? SI ~~NO~~  
 5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE? ~~D~~ ~~I~~

BRUXISMO.-

- 1.- SE SIENTE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS? SI ~~NO~~  
 2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME? SI ~~NO~~  
 ----- CUANDO ESTA DESPIERTO? SI ~~NO~~  
 3.- SIENTE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES  
 AL DESPERTAR? SI ~~NO~~  
 4.- SIENTE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA? SI ~~NO~~  
 5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA? SI ~~NO~~  
 ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

TRAUMA PARODONTAL.-

- 1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS? SI ~~NO~~  
 2.- SIENTE DOLOR EN LAS ENCIAS? ~~SI~~ NO  
 3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR? SI ~~NO~~  
 4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA? ~~SI~~ NO  
 EN QUE DIENTES 43

ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

- 1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA. SI ~~NO~~ D I  
 2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.  
 CONTACTOS PREMATUROS  
 PARED LAT. DER. IZQ. LD. LI  
 TECHO 13° 6° Pro. Rc

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: TRAUMA PARODONTAL

## USO DE LA GUARDA OCLUSAL. EVOLUCIÓN Y RESULTADOS

- 1.- Cuanto tiempo usó la guarda?      8 semanas
- 2.- Cuantas horas al día?      Entre 10 y 15 hrs,
- 3.- Experimentó alguna modificación en su boca?      Hubo conciencia de las discrepancias oclusales después de haber usado el aparato por cierto tiempo.
- 4.- Sintió alivio alguno a su problema después de haber usado el aparato?      SI      NO
- Podría explicarlo?      Las cefaleas frecuentes desaparecieron con el uso de la guarda. El dolor parodontal en el canino inf. der. también se atenuó.
- 5.- Como considere el aparato?      Nunca hubiera pensado en una relación entre la sintomatología antes mencionada y los problemas oclusales. Simplemente, el aparato es maravilloso.
- 6.- Observaciones y comentarios      El dolor de cabeza coincidente con el periodo menstrual, aunque aparentemente sin relación con problemas oclusales, se vio aliviado una vez usado el aparato.  
     La paciente quedó maravillada con el aparato, lo que propició su cooperación.  
     La paciente se sometió a rehabilitación, lo que indicó el uso de la placa.

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: Y.S.C. EDAD: 16 años SEXO: FEM.  
 EDO. CIVIL: Soltera OCUPACION: ESTUDIANTE.

PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)  
CHASQUIDO Y CREPITACION AMOS CONDILOS /

HA SIDO TRATADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI NO	4.- ENDODONCIA	SI NO
2.- CIRUGIA	SI NO	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	SI NO	SUS DIENTES	SI NO
		6.- OPERATORIA	SI NO TIPO DE RESTAURACIONES
		<u>AMALGAMAS</u>	
		7.- EXTRACCIONES	SI NO QUE DIENTES
		8.- PROTESIS	SI NO TIPO DE PROTESIS

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: ARTRITIS.

LOS SINTOMAS AFECTAR UN SOLO LADO O AMBOS. SI ES ASI INDIQUE CUAL ES EL MAS AFECTADO. DER. IZQ.

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	X	I
2.- OIDO	D	I
3.- MUSCULATURA FACIAL	D	I
4.- FRENTE	D	I
5.- NUCA	D	I
6.- CUELLO	D	I
7.- HOMBRO	D	I

Marque con una X el tipo de dolor.

~~AGUDO~~, SOEDO, CONSTANTE, PROFUNDO, SUPERFICIAL, PULSANTE, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE SI NO



DOLOR AL MASTICAR	SI	NO		
DOLOR AL BOSTEZAR	SI	NO		
b) CANSANCIO MUSCULAR	SI	NO		
c) VERTIGOS	SI	NO		
d) CEFALEAS	SI	NO	QUE ZONAS AFECTA	_____
<hr/>				
e) ZUMBIDOS	SI	NO	DER.	IZQ.

## ARTRITIS.-

1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION.	SI	NO	CHASQ.	CREP.
			D I	D I
2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA?	SI	NO		
3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA?	SI	NO		
4.- SIEMPRE QUE MUERDE PAREJO?	SI	NO		
5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE?			D	I

## BRUXISMO.-

1.- SE SIEMPRE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS?	SI	NO
2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME?	SI	NO
----- CUANDO ESTA DESPIERTO?	SI	NO
3.- SIEMPRE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES AL DESPERTAR?	SI	NO
4.- SIEMPRE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA?	SI	NO
5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA? ESPECIFIQUE	SI	NO

## TRAUMA PARODONTAL.-

1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS?	SI	NO
2.- SIEMPRE DOLOR EN LAS ENCIAS?	SI	NO
3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR?	SI	NO
4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA? EN QUE DIENTES	SI	NO

## ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA.	SI	NO	D	I
2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.				
	DER.	IZQ.	CONTACTOS PREMATUROS	
PARED LAT.	7°	9°	LD	LI
TECHO	42°	38°	PRO	RC

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: ARTRITIS TRAUMATICA.



HISTORIA CLINICA

NOMBRE: A.M.deO.Vda.deR. EDAD: 65 años SEXO: FEM.  
 EDO. CIVIL: Viuda OCUPACION: Hogar.

PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)  
FUERTE CHASQUIDO Y CREPITACION EN AMBOS CONDILOS Y DE DESPLAZA  
EL CONDILO DERECHO.

HA SIDO TRATADO ODONTOLOGICAMENTE ?

- |                  |       |                        |                       |
|------------------|-------|------------------------|-----------------------|
| 1.- ORTODONCIA   | SI NO | 4.- ENDODONCIA         | SI NO                 |
| 2.- CIRUGIA      | SI NO | 5.- AJUSTES DE         |                       |
| 3.- PARODONCIA   | SI NO | SUS DIENTES            | SI NO                 |
| 6.- OPERATORIA   | SI NO | TIPO DE RESTAURACIONES |                       |
|                  |       | AMALGAMAS.             |                       |
| 7.- EXTRACCIONES | SI NO | QUE DIENTES            | SEGUNDO PREM.         |
|                  |       | INF. DER. E IZQ.       | PRIMER MOL. SUP. DER. |
| 8.- PROTESIS     | SI NO | TIPO DE PROTESIS       |                       |

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: ARTRITIS

LOS SINTOMAS AFECTAN UN SOLO LADO O AMBOS. SI ES ASI INDIQUE CUAL ES EL MAS AFECTADO. DER. IZQ.

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

- a) DOLOR.
- |                        |     |
|------------------------|-----|
| 1.- ARTICULACION       | D I |
| 2.- OIDO               | D I |
| 3.- MUSCULATURA FACIAL | D I |
| 4.- FRENTE             | D I |
| 5.- NUCA               | D I |
| 6.- CUELLO             | D I |
| 7.- HOMBRO             | D I |

Marque con una X el tipo de dolor.

AGUDO, SORDO, CONSTANTE, PROFUNDO, SUPERFICIAL, PULSANTE, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE SI NO

DOLOR AL MASTICAR	SI	NO		
DOLOR AL BOSTEZAR	SI	NO		
b) CANSANCIO MUSCULAR	SI	NO		
c) VERTIGOS	SI	NO		
d) CEFALEAS	SI	NO	QUE ZONAS APECTA	
<hr/>				
e) ZUMBIDOS	SI	NO	DER.	IZQ.

## ARTRITIS.-

1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION	SI	NO	CHASQ.	CREP.
			<u>D</u>	<u>I</u>
2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA?	SI	NO		
3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA?	SI	NO		
4.- SIENDE QUE MUERDE PAREJO?	SI	NO		
5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE?			<u>D</u>	<u>I</u>

## BRUXISMO.-

1.- SE SIENDE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS?	SI	NO
2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME?	SI	NO
----- CUANDO ESTA DESPIERTO?	SI	NO
3.- SIENDE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES AL DESPERTAR?	SI	NO
4.- SIENDE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA?	SI	NO
5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA? ESPECIFIQUE	SI	NO

## TRAUMA PARODONTAL.-

1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS?	SI	NO
2.- SIENDE DOLOR EN LAS ENCIAS?	SI	NO
3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR?	SI	NO
4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA? EN QUE DIENTES	SI	NO

## ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA.	SI	NO	D	I
2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.				
	DER.	IZQ.	CONTACTOS PREMATUROS	
PARED LAT.	8°	10°	LD	LI
TECHO	40°	45°	PRO	DC

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: ARTRITIS TRAUMATICA.

## USO DE LA GUARDA Y EVOLUCION.

1.- Cuánto tiempo usó la guarda? APROXIMADAMENTE UN MES.

2.- Cuántas horas al día? DURANTE DOCE HORAS APROXIMADAMENTE.

3.- Experimentó alguna modificación en su boca? AL PRINCIPIO SENTIA COMO APRETADOS LOS DIENTES SUPERIORES. Y COMENZO A DEJAR DE SENTIR LAS MOLESTIAS EN SUS MUSCULOS FACIALES.

4.- Sintió alivio a su problema después de haber usado el aparato?  SI  NO

Podría explicarlo? COMO A LOS TRES DIAS DE USAR LA PLACA YA NO SENTIA LAS MOLESTIAS DE ANTES SE LA QUITO DURANTE DOS DIAS Y LAS VOLVIO A SENTIR. SE PUSO NUEVAMENTE LA PLACA Y DEJARON DE DOLER SUS MUSCULOS.

5.- Como considera el aparato? MUY BUENO YA QUE EN POCO TIEMPO SE COMENZARON A SENTIR LOS PROGRESOS CON LA PLACA.

6.- Observaciones y comentarios ( odontólogo ). PACIENTE MUY SATISFECHO CON EL TRABAJO REALIZADO, FUE DE LAS POCAS PLACAS A LAS QUE NO SE LES HIZO REBASAS DE MAS.

## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: J.P.F. EDAD: 25 años SEXO: FEM.  
 EDO. CIVIL: Soltera OCUPACION: TRABAJADORA SOCIAL.

PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)  
HUBO FRACTURA DE CONDILO IZQ. EN 1980. DOLORES DE OIDO Y NUCA.  
CHASQUIDO Y CREPITACIONES CONDILO IZQ.

HA SIDO TRATADO ODONTOLÓGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI NO	4.- ENDODONCIA	SI NO
2.- CIRUGIA	SI NO	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	SI NO	SUS DIENTES	SI NO
6.- OPERATORIA	SI NO	TIPO DE RESTAURACIONES	
	AMALGAMAS		
7.- EXTRACCIONES	SI NO	QUE DIENTES	
8.- PROTESIS	SI NO	TIPO DE PROTESIS	

DIAGNÓSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: DISFUNCION.

LOS SINTOMAS AFECTAN UN SOLO LADO O AMBOS. SI ES ASI INDIQUE CUAL ES EL MAS AFECTADO. DER. IZQ.

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	D	I
2.- OIDO	D	I
3.- MUSCULATURA FACIAL	D	I
4.- PRENTE	D	I
5.- NUCA	D	I
6.- CUELLO	D	I
7.- HOMBRO	D	I

Marque con una X el tipo de dolor.

AGUDO, SORDO, CONSTANTE, PROFUNDO, SUPERFICIAL, PULSANTE, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE SI NO

DOLOR AL MASTICAR	SI	NO		
DOLOR AL BOSTEZAR	SI	NO		
b) CANSANCIO MUSCULAR	SI	NO		
c) VERTIGOS	SI	NO		
d) CEFALEAS	SI	NO	QUE ZONAS AFECTA	
<hr/>				
e) ZUMBIDOS	SI	NO	DER.	IZQ.

## ARTRITIS.-

1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION	SI	NO	CHASQ.	CREP.
			D I	D I
2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA?	SI	NO		
3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA?	SI	NO		
4.- SIENDE QUE MUERDE PAREJO?	SI	NO		
5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE?			D	I

## BRUXISMO.-

1.- SE SIENDE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS?	SI	NO
2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME?	SI	NO
----- CUANDO ESTA DESPIERTO?	SI	NO
3.- SIENDE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES AL DESPERTAR?	SI	NO
4.- SIENDE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA?	SI	NO
5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA? ESPECIFIQUE	SI	NO

## TRAUMA PARODONTAL.-

1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS?	SI	NO
2.- SIENDE DOLOR EN LAS ENCIAS?	SI	NO
3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR?	SI	NO
4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA? EN QUE DIENTES	SI	NO

## ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA.	SI	NO	D	I
2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.				
	DER.	IZQ.	CONTACTOS PREMATUROS	
PARED LAT.	10°	8°	LD	LI
TECHO	47°	39°	RO	RC

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: DISFUNCION DE LA A.T.M.

## USO DE LA GUARDA Y EVOLUCION.

1.- Cuánto tiempo usó la guarda? APROXIMADAMENTE 2.5 MESES.

2.- Cuántas horas al día? COMO DOCE HORAS.

3.- Experimentó alguna modificación en su boca? APRETADOS LOS  
DIENTES SUP. DISMINUCION DE DOLOR EN ARTICULACION, OIDO Y NUCA.

4.- Sintió alivio a su problema después de haber usado el aparato? SÍ NO.

Podría explicarlo? HAY LIGERA DISMINUCION DE DOLOR EN OIDO,  
ARTICULACION Y NUCA. LAS MOLESTIAS DE LOS MUSCULOS FACIALES NO  
HAN DESAPARECIDO.

5.- Como considera el aparato? MUY BUENO.

6.- Observaciones y comentarios ( odontólogo ). EL PACIENTE  
COOPERABA MUY BIEN EN LA ELABORACION DE LA PLACA. DENTRO DE SU  
REHABILITACION VA MUY AVANZADA.



## HISTORIA CLINICA

NOMBRE: O/M.M. EDAD: 45 años SEXO: Masc.  
 EDO. CIVIL: Casado OCUPACION: Empleado

## PROBLEMA REFERIDO POR EL PACIENTE (EVOLUCION Y CARACTERISTICAS)

TUVO UNA EXTRACCION DE TERCER MOLAR INF. DER. Y NOTO QUE HABIA  
CHASQUIDO EN COND. IZQ. Y CREP. COND. DER. CON DOLOR Y MIALGIAS.

## HA SIDO TRATADO ODONTOLOGICAMENTE ?

1.- ORTODONCIA	SI NO	4.- ENDODONCIA	SI NO
2.- CIRUGIA	SI NO	5.- AJUSTES DE	
3.- PARODONCIA	SI NO	SUS DIENTES	SI NO
6.- OPERATORIA	SI NO	TIPO DE RESTAURACIONES	
		AMALGAMAS	
7.- EXTRACCIONES	SI NO	QUE DIENTES	<u>TERCER MOL.</u>
		INF. DER. Y PREMOL. INF. IZQ.	
8.- PROTESIS	SI NO	TIPO DE PROTESIS	

DIAGNOSTICO DE PRIMERA INSTANCIA: ARTRITIS

LOS SINTOMAS AFECTAR UN SOLO LADO O AMBOS. SI ES ASI INDIQUE  
 CUAL ES EL MAS AFECTADO. DER. IZQ.

NEUROMUSCULAR.- Marcar con una X el lado afectado.

## a) DOLOR.

1.- ARTICULACION	D	<u>I</u>
2.- OIDO	D	<u>I</u>
3.- MUSCULATURA FACIAL	D	<u>I</u>
4.- PRENTE	D	<u>I</u>
5.- NUCA	D	<u>I</u>
6.- CUELLO	D	<u>I</u>
7.- HOMBRO	D	<u>I</u>

Marque con una X el tipo de dolor.

AGUDO, SORDO, CONSTANTE, PROFUUNDO, SUPERFICIAL, PULSANTE, DIFUSO  
 SE PRESENTA DE REPENTE SI NO

DOLOR AL MASTICAR	SI	NO		
DOLOR AL BOSTEZAR	SI	NO		
b) CANSANCIO MUSCULAR	SI	NO		
c) VERTIGOS	SI	NO		
d) CEFALEAS	SI	NO	QUE ZONAS AFECTA	_____
<hr/>				
e) ZUMBIDOS	SI	NO	<u>DER.</u>	IZQ.

## ARTRITIS.-

1.- RUIDOS EN LA ARTICULACION.	SI	NO	CHASQ.	CREP.
			D	I
2.- PUEDE ABRIR NORMALMENTE LA BOCA?	SI	NO		
3.- SE LE HA TRABADO LA MANDIBULA?	SI	NO		
4.- SIENTE QUE MUERDE PAREJO?	SI	NO		
5.- DE QUE LADO MASTICA PREFERENTEMENTE?			<u>D</u>	I

## BRUXISMO.-

1.- SE SIENTE SOMETIDO A TENSIONES EXCESIVAS?	SI	NO
2.- RECHINA LOS DIENTES CUANDO DUERME?	SI	NO
----- CUANDO ESTA DESPIERTO?	SI	NO
3.- SIENTE CANSADOS LOS MUSCULOS PERIBUCALES AL DESPERTAR?	SI	NO
4.- SIENTE SUS DIENTES FLOJOS POR LA MAÑANA?	SI	NO
5.- TIENE ALGUN HABITO EN LA BOCA?	SI	NO
ESPECIFIQUE		

## TRAUMA PARODONTAL.-

1.- LE SANGRAN LAS ENCIAS?	SI	NO
2.- SIENTE DOLOR EN LAS ENCIAS?	SI	NO
3.- TIENE MAL ALIENTO AL DESPERTAR?	SI	NO
4.- TIENE MOVILIDAD DENTARIA?	SI	NO
EN QUE DIENTES	EN LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	

## ANALISIS FUNCIONAL INSTRUMENTAL

1.- DESVIACION DE LA LINEA MEDIA.	SI	NO	D	I
2.- GRADUACION DE LAS CAJAS EN EL ARTICULADOR.			CONTACTOS PREMATUREOS	
	DER.	IZQ.		
PARED LAT.	6°	12°	LD	LI
TECHO	45°	48°	PRO.	RC

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: DISFUNCION DE LA A.T.M.

## USO DE LA GUARDA Y EVOLUCION.

1.- Cuánto tiempo usó la guarda? APROXIMADAMENTE CUARENTA DIAS.

2.- Cuántas horas al día? DE PREFERENCIA POR LAS TARDES.

3.- Experimentó alguna modificación en su boca? LLEGO A SENTIR ALGO DE ALIVIO CON RESPECTO AL DOLOR EN LA ARTICULACION.

4.- Sintió alivio a su problema después de haber usado el aparato? SI NO

Podría explicarlo? AL COMENZAR A USAR EL APARATO SENTIO UNA TRANSFORMACION EN SU ARTICULACION YA QUE NO TENIA LOS DOLOR-RES CON LA MISMA FRECUENCIA E INTENCIDAD.

5.- Como considera el aparato? ALGO ESTORBOSO PERO MUY UTIL PARA SU MALESTAR.

6.- Observaciones y comentarios ( odontólogo ). CREO QUE LO QUE LO PERJUDICO MAS FUE LA EXTRACCION DEL TERCER MOLAR YA QUE SEGUN COMENTO EL PACIENTE SU CIRUGIA FUE MUY TRAUMATICA POR LA NECESIDAD DE ABRIR DE MAS LA MANDIBULA.

PARA LA ELABORACION DE LA PLACA HUBO MUCHA COLABORACION.

C A P I T U L O VII

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- RAMFORD Ash, Oclusión, Segunda Edición, Edit. Interamericana, 1972, p.p. 107,108,109,110,111,112,113,114,174,182, 219,220, 222, 224, 227.
- 2.- ORBAN, Periodoncia, Cuarta Edición, Edit. Interamericana, 1975, p.p. 538,547,565,566.
- 3.- SCHWARTZ Laszlo, CHAYES Charles M., Disfunción de la A.T.M., Edit. Mundi, 1966, p.p. 109,110,112,113,114,121,122,124, 125.
- 4.- BARTHAM Vesmiliam, Oclusión y Rehabilitación, Segunda -- Edición, Edit. Montevideo, 1975, p.p. 98,99,100,101,102, 104,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,115.
- 5.- DAWSON Peter E., Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de Problemas Oclusales, Edit. Mundi, 1977, pp. 36,37,38,51,52, 129,130,131,132.
- 6.- BRECKER S. Charle D.D.S.F.A.C.D.F.I.C.D., Clinical Procedures in Oclusal Rehabilitation, Segunda Edición, W.B. - Saunders Company, Philadelphia and London, 1966, pp. 384, 385,386,387,390.
- 7.- MARTINEZ ROSS E., Oclusión, Primera Edición, Vicova Editores, 1978, p.p. 429,430,431,432,433,434,435,436,437,438,- 439,440,441,442,443,444,445,446,447,448,449,450,451,452, 453,454,455,456,457,458,459,460,461,462,463,464,465,467, 468,469,470,471,472,473,474,475,493,494.
- 8.- FRANKLIN ROSS I., Conceptos para el Clínico, Edit. Mundi, 1970, p.p. 64,65,66,67,83,91,93.
- 9.- ABJEAN J., Oclusión, Edit. Panamerican, 1980, p.p. 75,76, 77,78.
- 10.- MARTINEZ ROSS E., Disfunción Temporomandibular, Primera Edición, Taller Editorial S.A. p.p. 23,46,47,48,51,52,53, 54,55,57,58,59.

- 11.- POSSELT Ulf, **Fisiología de la Oclusión y Rehabilitación**, Segunda Edición, Edit. Jims, 1973, p.p. 105,106,107,108, 109,110,111,112,188,189,190,196,197,201,203,204,206,211, 218,219.
- 12.- MORGAN Douglas H. D.D.S., HALL P. William, MD, VANVAS S. James, **Enfermedad del Aparato Temporomandibular**, Primera Edición, Edit. Mundi, 1979, p.p. 46,47,48,49,50,51,52,53, 54,200,202,203,205.
- 13.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA, **Relación Céntrica Dinámica**, Vol. 19 No. 3. Nueva Edit. Interamericana, Julio 1975, p.p. 535,536.
- 14.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA, **Articulación Oclusal**, Vol. 2, Nueva Edit. Interamericana, 1979, p.p. 182,184,185,188.
- 15.- **Apuntes DR. ESPINOZA DE LA SIERRA Raúl.**
- 16.- **H.C. FACTA y DR. ESPINOZA DE LA SIERRA Raúl.**
- 17.- **Trastornos de la A.T.M. (Tesis).**
- 18.- THOMA Kurt H., **Patología Bucal**, Sexta Edición, Barcelona Salvat, 1973, p.p. 585.
- 19.- ZEGARELLI Edward V. **Patología Bucal**, Barcelona Salvat, 1972, p.p. 159,162,163.
- 20.- RIEDER Carl E. D.D.S., **Confirmación de un Diagnóstico - Oclusal Prefuncional**, Quintessence, N°. 6 Art. 45, Junio 1980, p.p. 31,32,33,35,37.