

*FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“Dr. JOSÉ ASSEF YARA”
CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
“Dr. Antonio Luaces Iraola”*

*Título: Síndrome Dolor- disfunción de la Articulación
Temporomandibular. Su comportamiento en la
población de la zona oeste de la ciudad de Ciego de
Ávila.*

*Autor: Dr. Rolando Herrera Paradelo
Especialista de primer grado en Cirugía Maxilo Facial*

*Tutor: Dr. MSc. Raúl Cubero González
Especialista de primer grado en EGI*

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO

ACADÉMICO DE MASTER EN

URGENCIAS ESTOMATOLÓGICAS

Año 2009

“Año del 50 Aniversario del Triunfo de la Revolución”

“Todo lo que se haga por los demás, todo lo que se haga por la humanidad, es lo único que nos permite poder sentirnos miembros de la familia humana”

Fidel Castro

Ruz

A toda mi familia, que con su amor, ejemplo y dedicación han sido fuente de estímulo para mi superación profesional.

*A los que de una forma u otra han contribuido a la
realización y terminación de este trabajo, nuestra
sincera y eterna gratitud.*

Resumen

El Síndrome Dolor – disfunción de la Articular Temporomandibular ha sido objeto de estudio por parte de investigadores de múltiples disciplinas, entre ellos: Médicos Generales, Neurólogos, Psicólogos, Otorrinolaringólogos y Psiquiatras. Por la estrecha relación de su sintomatología con patologías propias de esas especialidades, ha sido relacionado con trastornos de índole médico, además del estomatológico. Por tales motivos se realizó un estudio observacional descriptivo con el interés de acercarlo un poco más a nuestra especialidad e identificar su comportamiento en la población de la zona oeste de la ciudad de Ciego de Ávila en el período comprendido de enero a diciembre de 2007. La muestra de estudio quedó constituida por 68 pacientes remitidos de las unidades asistenciales que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Nuestros principales resultados fueron: El 69.1% de los pacientes fueron del sexo femenino. El 35,2 % del total en el grupo de 15 a 29 años. El 41.1 % presentaron alteraciones de la dimensión vertical y en el 88,2 % de los casos estaban asociados factores psicológicos, emocionales o generales. Casi la totalidad presentaron dolor por delante del oído y chasquidos, saltos, crujidos, crepitaciones o sensación de frotamiento en la articulación. El tratamiento empleado con mayor frecuencia de forma individual fue el fisioterapéutico.

Palabras claves: síndrome de disfunción dolorosa, articulación temporomandibular, dolor preauditivo, tratamiento fisioterapéutico.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Objetivos.....	6
Material y método.....	7
Resultados.....	12
Discusión.....	18
Conclusiones.....	20
Recomendaciones.....	21
Referencias bibliográficas.....	22
Anexos	

Introducción:

El sistema estomatognático es una unidad funcional constituida por los dientes y sus estructuras de sostén, los músculos de la cabeza y el cuello, las articulaciones temporomandibulares y los sistemas vascular, nervioso y linfático correspondiente a todos estos tejidos (1)

Es necesaria una armoniosa correlación y sinergismo morfofuncional entre todos estos elementos para que se mantenga la salud y la capacidad de este sistema. Cualquier alteración o desarmonía puede provocar trastornos en sus integralidad con la consecuente alteración funcional o patológica del sistema en general (2-3)

La Articulación Temporomandibular comprende un conjunto de estructuras anatómicas que establecen una relación entre el hueso temporal, en la base del cráneo, y la mandíbula. Está dispuesta entre el cóndilo de la mandíbula y la eminencia y fosa articular del temporal. Cuando los dientes están en contacto, en oclusión dentaria céntrica, las 2 articulaciones temporomandibulares forman la articulación de la mandíbula con el cráneo y con el esqueleto facial superior.

La ATM es una de las más complejas del organismo, clasificada como ginglimoartroidal o diartrosis bicondílea, que a pesar de estar formada por 2 huesos, es considerada como compuesta, y funcionalmente es la única articulación bilateral. (4) Es la única articulación del cuerpo humano que se caracteriza por trabajar conjuntamente con el lado opuesto de forma sincrónica, y a la vez puede hacerlo de forma independiente. La ATM está íntimamente relacionada con la oclusión dentaria y con el sistema neuromuscular. (5) Esta articulación es una articulación sinovial con características especiales que le permiten realizar los complejos movimientos asociados con la masticación. Su especialización está reflejada en sus características anatómicas e histológicas. (4)

La ATM está constituida por los siguientes elementos anatómicos: (4-5)

- Cóndilo mandibular, articula bilateralmente con la base del cráneo. Tiene forma convexa y posee la superficie articular de la mandíbula.
- Eminencia articular y fosa articular (cavidad glenoidea) del temporal, forman la parte craneana de la articulación temporomandibular. Constituyen las superficies articulares del hueso temporal.
- Disco articular, es un disco movable especializado que se relaciona y amortigua el trabajo de las piezas articulares. Separa la cavidad articular en 2 compartimientos: supradiscal e infradiscal.
- Membrana sinovial, cubierta interna articular que regula la producción y composición del líquido sinovial. Mediante este mecanismo mantiene la vitalidad de los tejidos articulares. El líquido sinovial es un fluido de matriz extracelular amorfa que participa en la nutrición y defensa de los tejidos articulares.
- Cápsula articular que envuelve y protege a la articulación.

Su interacción con la oclusión dentaria hace posible las funciones de masticación, deglución y fonación. Las superficies óseas articulares están recubiertas por un fibrocartílago con un menisco articular interpuesto que las hace compatibles, lo cual facilita los movimientos básicos de la mandíbula (apertura y cierre, lateralidades derecha e izquierda, protusión y retrusión). (3)

La ATM es propia de los mamíferos, ya que en vertebrados inferiores, la mandíbula está formada por varios huesos que incluyen al hueso dental que lleva los dientes y al hueso articular derivado del cartílago de Meckel. En estos animales, la articulación se establece con el hueso cuadrado del cráneo. A medida que los mamíferos evolucionaron, la mandíbula se redujo a un solo hueso que porta las piezas dentarias y articula con la nueva superficie articular desarrollada en el hueso temporal. Por lo tanto, filogenéticamente, la ATM es una articulación secundaria y la primitiva articulación está aún presente en la anatomía humana como la articulación incudo-maleolar, constituida por el martillo y el yunque, ubicados ahora en el oído medio. (4-5)

La estrecha relación que tiene en su evolución filogenético el oído con las piezas óseas de la ATM, ayudan a entender la relación que existe entre la disfunción articular y la patología del oído.

En los mamíferos, la ATM adquiere distintas características anatómicas según el tipo de alimentación y en dependencia de sus requerimientos masticatorios.

Esto ayuda a comprender la importancia que tienen para los tejidos articulares, los cambios funcionales a que está sometida la ATM.

La articulación temporomandibular es una de las más importantes y aun menos conocidas de las muchas articulaciones del organismo. A causa de su posición anatómica y de su asociación con otras estructuras, el odontólogo la considero en épocas pasadas como ajena al ámbito de su responsabilidad (5).

La misma ha sido tema de investigación científica durante muchos años. Es sin dudas, una de las estructuras faciales mas complejas, que produce en sus varios estados patológicos muchos problemas cuyo correcto Diagnóstico y tratamiento frecuentemente no son evidentes ni fácilmente ejecutados. Sin embargo se reconocen ahora que varias formas de terapia propuestas en el pasado eran básicamente incorrectas y esto es evidencia de lo mucho que se ha aprendido de la articulación en los últimos años (4).

Según estudios epidemiológicos donde se valoro la prevalencia de la disfunción dolorosa de la Articulación temporomandibular en diversas poblaciones, se dio a conocer que el 50 % de la población adulta tenía al menos un signo de disfunción temporomandibular. De acuerdo a estos datos y otros se estima que entre el 5% y el 12% de la población mundial padece de disfunción temporomandibular grave en algún momento de la vida (6).

Trabajos realizados en Cuba y en otros países confirman el predominio de los signos y síntomas de la articulación temporomandibular en el sexo femenino y que los síntomas que con mas frecuencia se observan son; el dolor, los ruidos articulares y la limitación de la apertura bucal (7-8)

Entre las disfunciones de la articulación temporomandibular esta el síndrome de disfunción dolorosa, el cual ha sido objeto de estudio por investigadores de

múltiples disciplinas como son: Médicos, Neurólogos, Psicólogos, Otorrinolaringólogos y Psiquiatras, que por la estrecha relación de la sintomatología con patologías propias de sus especialidades, la han asociado con trastornos de índole médico y no estomatológico. De esta forma distintos autores le han dado diferentes denominaciones tales como: Disfunción Miofacial Dolorosa, Dolor Facial Atípico, Síndrome Miofacial Doloroso, Síndrome de Costen, Síndrome de Dolor Miofacial de cabeza y cuello, Artralgia Mandibular y otros (9).

Las manifestaciones dolorosas en las Articulaciones Temporomandibulares son observadas con frecuencia en la práctica estomatológica constituyendo un problema multifactorial que exige un enfoque multidisciplinario, interviniendo en el desencadenamiento de la misma factores fisiológicos, locales o funcionales como: mal posiciones dentarias, extracciones o restauraciones defectuosas, contactos prematuros, desarmonías oclusales, traumatismos, alteraciones de la dimensión vertical, disfunciones musculares, etc., y factores psicológicos, emocionales o generales: el estrés como factor psicógeno que produce hábitos que conllevan al bruxismo y al espasmo muscular. Existe discrepancia acerca de cual es el primordial; todo parece indicar que ambos deben estar presentes para que se manifieste la enfermedad (4-5-10).

Los síntomas que surgen de la disfunción temporomandibular son variados. Todos pueden aparecer en un paciente, mientras que en otro solo puede existir uno de forma aislada. De manera general los síntomas clásicos en este síndrome por su orden de tasa de incidencia son los siguientes: dolor por delante del oído, generalmente unilateral y que se extiende hacia delante, a la cara, especialmente marcado durante el uso de la mandíbula. Chasquido, saltos, crujidos, crepitaciones, sensación de frotamiento en las zonas de la articulación durante la masticación e incapacidad para abrir la boca sin dolor. Cualquier otro síntoma que pudiera aparecer se observara generalmente asociado a estos (4-5-10-11)

El tratamiento de la artralgia temporomandibular ha variado mucho desde la antigüedad hasta nuestros días. Existen diversos tratamientos cuyos objetivos primordiales están dirigidos a reducir el dolor y los cambios inflamatorios

locales, mejorando así el estado de los músculos masticatorios y restableciendo de esta forma la apertura bucal adecuada. Estos tratamientos pueden ser medicamentosos (relajantes musculares, analgésicos, antiinflamatorios no esteroides, inyecciones a base de compuestos de hidrocortisona o soluciones esclerosantes), tratamientos correctivos (construcción de planos de mordidas o rehabilitación oclusal) y/o físicos (como ultrasonido, la diatermia, láser terapia), llegando a tratamientos más drásticos como la cirugía (10-12-13-14).

Otras categorías del método terapéutico son las artes alternativas de curación. Son eficaces tratamientos relacionados con acupuntura, acupresión y cinesiología, aunque los resultados obtenidos con estas modalidades aún son limitados (15-16-17)

La Articulación Temporomandibular (ATM), su funcionamiento y sus disfunciones ha sido un tema muy controvertido dentro del campo de la medicina. Su interés ha motivado innumerables estudios y así consta en la literatura internacional. Sin embargo, nacionalmente ha encontrado pocos adeptos debido a la escasa divulgación que ha existido sobre el tema, además de que el interés por esta línea de investigación no ha sido la deseada a pesar de la importancia de estas alteraciones y su repercusión en el funcionamiento del aparato estomatognático. Contribuir a que se preste una mayor atención a la disfunción de la ATM, así como profundizar en su conocimiento es nuestro principal anhelo.

Objetivos:

General:

Identificar el comportamiento del Síndrome Dolor-disfunción de la Articulación Temporomandibular en la población de la zona oeste de Ciego de Ávila (ciudad) en el período comprendido de enero a diciembre de 2007.

Específicos:

1. Determinar el sexo y el grupo de edades mas afectado por este síndrome
2. Identificar los factores etiológicos más frecuentes que ocasionan esta entidad.
3. Definir el comportamiento de los síntomas y signos mayormente encontrados en los pacientes afectados por el síndrome articular.
4. Precisar las variantes terapéuticas más utilizadas en el tratamiento de esta disfunción.

Material y métodos

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el interés de identificar el comportamiento del Síndrome Dolor-disfunción de la ATM en la zona oeste de la ciudad de Ciego de Ávila en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2007.

Universo de estudio:

El universo de estudio estuvo constituido por los 68 pacientes remitidos de las unidades asistenciales estomatológicas o médicas correspondientes a la zona oeste de la ciudad hacia la consulta de Cirugía Maxilo-facial del Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" con Diagnóstico del Síndrome de Dolor disfunción de la ATM. Teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios inclusión:

Para ser incluidos en el estudio los pacientes presentaron:

- Diagnóstico clínico de Síndrome de Dolor - disfunción de la Articulación Temporomandibular luego de un buen interrogatorio y de un minucioso examen clínico intra y extra bucal.
- Pacientes con suficiente capacidad mental que respondieron las preguntas de la investigación.
- Pacientes que firmaron el acta de consentimiento informado.

Fueron excluidos del estudio 12 pacientes que teniendo en cuenta los criterios diagnósticos presentaron uno solo de los síntomas o signos característicos o los trastornos articulares fueron provocados por otra causa conocida como: tercer molar superior retenido, traumatismos anteriores en la zona, parotiditis, otitis externa, sinusitis maxilar, odontalgias, dolor de tipo vascular o neurológico, etc. Además, algunos que no firmaron el acta de consentimiento informado.

La muestra quedo constituida por 68 pacientes

Técnica y procedimiento

A todos los pacientes recepcionados en la consulta de Cirugía Maxilo- facial se les realizó un adecuado interrogatorio y un examen clínico minucioso tanto intra como extra bucal.

Las variables objeto de estudio para dar salida al objetivo No.1 fueron:

Grupo de edades (clasificados en años):

- Menos de 15
- De 15 a 29
- De 30 a 44
- De 45 a 59
- 60 o más

Sexo:

- M-Masculino.
- F-Femenino.

Para dar salida al objetivo número 2 fueron analizados todos los factores etiológicos presentes en cada paciente y se determino cuales fueron los que con más frecuencia se presentaron:

➤ Factores fisiológicos, locales o funcionales

1. Restauraciones defectuosas
2. Contactos prematuros
3. Desarmonias oclusales
4. Mal posición dentaria
5. Alteración de la dimensión vertical
6. Traumatismos fisiológicos intra articulares

7. Bruxismo

- Factores psicológicos, emocionales o generales.

Para dar salida al objetivo número 3 se determinaron los síntomas y signos que presentaba cada paciente teniendo en cuenta los criterios diagnósticos. Cada uno de los pacientes debieron presentar como mínimo dos de ellos.

- Síntomas

Dolor preauricular referido extendido hacia la cara y especialmente marcado durante el uso de la mandíbula.

Ruidos articulares referidos durante los movimientos mandibulares-

Restricción de los movimientos mandibulares.

Dolor post – auricular

Dolor regiones temporal y cervical.

Sensación de cansancio muscular.

- Signos:

Dolor palpable en una o dos ATM.

Chasquidos, saltos, crujidos o crepitaciones en ATM durante movimientos de apertura o cierre.

Disminución evidente de movimientos de apertura, lateralidad y protrusión.

Sensibilidad dolorosa táctil en las regiones temporal, cervical y retroauricular.

Desviación línea media mandibular durante los movimientos de apertura y cierre.

Para dar salida, por último, al objetivo 4 se procesaron los datos recogidos y se determinaron los tratamientos más frecuentemente empleados en este síndrome:

- Tratamiento medicamentoso
- Protésico
- MNT
- Fisioterapia
- Multimodal
- Otros

Los datos fueron recolectados en el modelo confeccionado para este propósito (anexo No1), procesados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y resumidos en tablas para su mejor comprensión. Como medida de resumen se utilizó el porcentaje (%).

Control semántico

Traumatismos: Fracturas subcondileas antiguas, Fracturas mandibulares no tratadas o mal tratadas, traumatismos que provocaran cierto grado de anquilosis, etcétera.

Alteraciones de la dimensión vertical: Todas las posibles causas que provoquen alteraciones de esta ya sean pérdida de molares posteriores, pacientes edentes totales no restituidos protésicamente, prótesis desgastadas, reabsorción exagerada de los rebordes alveolares, etcétera.

Factores psicológicos, emocionales o generales: factores capaces de producir estrés, ansiedad, depresión o factor psicógeno que produce hábitos que conllevan al bruxismo y al espasmo muscular.

Resultados

Tabla No. 1

Distribución de los pacientes afectados por el SDD- ATM según grupos de edades y sexo.

Hospital Provincial “Antonio Luaces Iraola”

Servicio Cirugía Maxilo – facial

Enero a diciembre 2007

Fuente: Formulario

N = 68

Grupos de Edades (Años)	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Menos de 15	1	25	3	75	4	5.8
15 a 29	7	29.1	17	70.8	24	35.2
30 a 44	6	35.2	11	64.7	17	25
45 a 59	4	28.5	10	71.4	14	20.5
60 o más	3	33.3	6	66.6	9	13.2
TOTAL	21	30.8	47	69.1	68	100

Tabla No. 2

Factores etiológicos más frecuentes encontrados en pacientes con SDD – ATM

Factor	No. De Pacientes	%
Alteraciones de la dimensión vertical	28	41.1
Desarmonias oclusales	19	27.9
Mal posición dentarias	12	17.6
Traumatismo articular funcional	11	16.1
Restauraciones defectuosas	10	14.7
Bruxismo	8	11.7
Contactos prematuros	6	8.8
Factores psicológicos, emocionales o generales	60	88.2
Otros	3	4.4

N=68

Tabla No. 3

Síntomas más frecuentemente encontrados en pacientes SDD – ATM

Síntomas	No. De Pacientes	%
Dolor preauricular irradiado y durante la función mandibular	64	94.1
Ruidos articulares durante los movimientos	60	88.2
Restricción de los movimientos mandibulares	50	73.5
Dolor regiones temporal y cervical	34	50
Dolor retro auricular	21	30.8
Sensación de cansancio muscular	18	26.4
Otros	13	19.1

Tabla No. 4

Signos más frecuentemente reconocidos en pacientes con SDD – ATM

Signos	No. Pacientes	%
Dolor en ATM uni o bilateral	68	100
Chasquidos, saltos, crujidos o crepitaciones en ATM durante apertura y cierre	64	94.1
Disminución evidente de los movimientos mandibulares	46	67.6
Aumento de la sensibilidad dolorosa en las regiones temporal y cervical	38	55.8
Desviación línea media mandibular en movimientos de apertura y cierre	32	47
Otros	8	11.7

Tabla No. 5

Modalidades de tratamiento más utilizadas en los pacientes con SDD – ATM

Modalidad de Tratamiento	No. De Pacientes	%
Fisioterapéutico	48	70.5
Medicamentoso	40	58.8
Protésico	16	23.5
MNT	10	14.7
Otros	2	2.9

Tabla No. 6

Criterio evolutivo del paciente con SDD – ATM después del tratamiento empleado.

Criterio	No. De Pacientes	%
Favorable	68	91.2
No Favorable	6	8.8

Discusión

En la Tabla No. 1 se hace una distribución de los pacientes por grupos de edades y sexo. Más de la mitad de ellos corresponden al sexo femenino (69.1) de forma general, comportamiento que se mantiene de la misma manera para todos los grupos de edades en cuanto a la prevalencia del SDD – ATM por grupos de edades, el más afectado fue el de 15 a 29 años con un 35, 2% seguido por el 25 % que tuvo el grupo de 30 a 44 años.

Estos resultados están acorde con los encontrados en la bibliografía revisada, las mujeres, por factores sociales y/o psicológicos buscan consejos para sus síntomas y signos en mayor número que los hombres, además que algunos estados orgánicos o funcionales justifican esta actitud, esto lo confirman Álvarez (17) y Cabrera (21). De igual forma la mayor asistencia a consulta de portadores de esta disfunción correspondió al grupo de pacientes jóvenes señalado en la mayoría de los estudios consultados, igual que resultados alcanzados por Pérez (13) y Grado (23).

En la Tabla # 2 se precisaron los factores etiológicos más frecuentes encontrados en los portadores de SDD- ATM. Las alteraciones de la dimensión vertical (41.1%), las desarmonías oclusales (27.9%) y las mal posiciones dentarias (17.6%) fueron los factores locales predominantes. Significativo en esta tabla el 88,2 % de prevalencia de causas psicógenas o mentales que acompañaron a los pacientes tratados. Estos resultados coinciden con la mayoría de los reportes revisados entre ellos Cabrera (21) y Barnett (22) con la excepción de Salas (6) que encontró como factor etiológico más frecuente las restauraciones defectuosas y los puntos prematuros de contacto.

La frecuencia de presentación de síntomas y signos en el SDD-ATM, recogidos en el interrogatorio y examen clínico, aparece reflejada en las Tablas No.3 y 4 entre los síntomas el dolor prearticular (94,1%), los ruidos articulares (88,2%) y la restricción de los movimientos mandibulares (73.5%) prevalecen en las quejas de los pacientes. Los signos reconocidos son el dolor en la articulación (100%), los chasquidos o crujidos articulares durante los movimientos de

apertura y cierre (94.1%) y la disminución de todos los movimientos de la mandíbula (67.6%).

Estos resultados son similares a los obtenidos en los estudios realizados en cuanto al padecimiento de la entidad variando ligeramente sus frecuencias, investigadores como Gecb (24) y Maglione (26) llegaron a conclusiones semejantes.

En la Tabla No. 5 se determinan las modalidades de tratamiento más utilizadas en los pacientes con SDD-ATM. Predomina la variante relacionada con la fisioterapia (70,5%), con sus múltiples opciones: laser, ultrasonido, ultra alta frecuencia, etc. En orden le sigue el tratamiento medicamentoso (58,8%) y el restaurador protésico (23,5%).

Ya dijimos que la fisioterapia ofrece variadas oportunidades de tratamiento, todos con excelentes cualidades analgésicas, antiinflamatorias, antiedematosas y relajantes por lo que son ampliamente utilizadas en nuestro medio, como coinciden Valiente (10) y Zauner (31).

En contraste la utilización de la MNT, principalmente la acupuntura y la acupresión son eficaces, aunque sus resultados son limitados debido a su poca utilización (32-33).

Por último la Tabla No. 6 representa el criterio del paciente según la evolución y el resultado final después de concluido la modalidad de tratamiento empleada. El 91.2 % (62 pacientes) consideraron favorable el resultado de la conducta terapéutica empleada.

Conclusiones

- La mayoría de los pacientes en la muestra estudiada correspondieron al sexo femenino en todos los grupos de edades.
- Entre los grupos de edades predominó el de 15 a 29 años con algo más de la tercera parte.
- Un poco menos de la mitad de los pacientes tenían alteraciones de la dimensión vertical.
- Prevalcieron los pacientes con trastornos de tipo psicológicos, emocionales o generales.
- Casi todos presentaban dolor por delante del oído y chasquidos, saltos, crujidos o crepitaciones en la articulación.
- El tratamiento empleado con más frecuencia correspondió a la fisioterapia en cualquiera de sus modalidades.
- La evolución de los pacientes, según sus propios criterios, fue favorable.

Recomendaciones

- Capacitar grupos multidisciplinarios encargados del diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Dolor – disfunción de la ATM y promover la actividad investigativa en nuestro medio.
- Profundizar en los planes de estudio pregrado y enfatizar la importancia de la prevención y detección temprana de los principales factores etiológicos así como de los síntomas y signos característicos de la entidad.
- Ampliar y evaluar todos los procedimientos de tratamiento en muestras de pacientes de mayor número.

Referencias Bibliográficas

1. Posselt V, Hegg PM. Fisiología de la oclusión y la rehabilitación. Jims, Barcelona, 1973: 81-95.
2. Ramfjord SO, Ash M. Oclusión. Nueva Editorial Interamericana, México 1972: 3-19.
3. Echeverri E. Neurofisiología de la Oclusión. Monserrate, Colombia, 1984: 8-25
4. Henny F A. Articulación temporomandibular en: Kruger G O. Cirugía Bucomaxilo facial. La Habana. Editorial Científico Técnico. 1983: 385-99
5. Shafer W G, Hinz M K, Levy E M. Patología bucal. México: Nueva Editorial Interamericana, 4ta Edición, 1989: 743-4.
6. Salas Martínez I. Disfunción temporomandibular, prevalencia, etiología, Diagnóstico. (Trabajo para optar por el grado de Doctor en Prótesis Estomatológica) 1990. Facultad de Ciencias Médicas Santi Spiritus
7. Ley Sifontes L. Estudio de síndrome Dolor –Disfunción del aparato temporomandibular en 10 consultorios del policlínico Ignacio Agramontés (Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Prótesis Estomatológica 1993. ISCM-Camaguey.
8. Naranjo García T de J. Síndrome dolor disfunción de la articulación temporomandibular. (Trabajo de terminación de residencia para optar por el título de especialista de primer grado en la especialidad de Prótesis Estomatológica) 1993. Clínica Estomatológica Docente La Vigía-Camaguey.
9. Días Fernández J M, Gorguet pi I C, Velásquez Blez R, Alfonso Reyes I. Síndrome de Dolor Miofacial de Cabeza y Cuello. I parte: Caracterización Clínica. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente “Saturnino Lora” Santiago de Cuba. Rev Cub Estomatol. 2005: 33 (1): 21-5.

10. Valiente Zaldivar C J, Garrido Andreu M I. Láser terapia en el tratamiento de las afecciones odontoestomatológicas. C. Habana: Editorial Académica. 2002: 53-8
11. Dechanume M, Greller M, Laudenbach P, Payen J. Estomatología. C. Habana: Ed Científico Técnica, 1986: 272-85
12. Valiente Zaldivar M I. Láser Heliozon en el tratamiento del dolor articular temporomandibular. Rev Cub Estomatol. 1990: 27 (4): 423-9
13. Pérez Pérez I. Acupuntura. Ese síndrome llamado dolor. Revista Avances Médicos Cuba. 1996: 8:22-3.
14. Martín Reyes O. Terapia Acupuntural vs Alvogil en las alveolitis de la región mandibular. (Trabajo para optar por el título de Master en Medicina Natural y Tradicional). 1998. ISCM. Camaguey.
15. Wayne DM. Aspecto general del tratamiento multimodal de los trastornos articulares temporomandibulares. Clin Odon Nort Amer, 1987. 4: 853-9.
16. Álvarez Díaz T A. Dolor Temporomandibular. C. Habana: Ed Capitán San Luís. 1992: 1-8, 117.
17. Álvarez Díaz T A. Síndromes Dolorosos de cabeza y cuello. Rev Cub de Estomatol. C. Habana, 2004: 10-4.
18. Toller PA. Síndrome de Disfunción Mandibular Dolorosa. En: Cohen B, Kramer IRH. Fundamentos científicos de odontología. Ed Científico Técnica, C. Habana, 1984: 713-40.
19. Barrios G. Periodoncia: Su fundamento biológico. Colombia: Editolaser Sen. Bogotá, 1989: 1006-16.
20. Helkimo M. Studies of function and dysfunction of masticatory system. Swed Dent J. 1974. 67: 101-21.
21. Cabrera Y, Hidalgo S, Díaz M. Síndrome Dolor Disfunción del aparato Temporomandibular. Archivo médico, Camaguey, 2006.

22. Barnet Izquierdo R. Frecuencia y sintomatología de las disfunciones temporomandibulares. Rev Cub Ortod, C Habana, 2006: 13 (1): 7-12.
23. Grau León I, Fernández Lima K. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. Rev Cub Estomatol, C. Habana, 2005: 4to trimestre.
24. Gelb H. Clinical Evaluation of 200 patients with temporomandibular síndrome. J Prosth Dent, 1983: 49 (2): 234-43.
25. Brooke RI. The diagnosis and conservative treatment of miofacial síndrome. J Oral Surg, 1997: 44 (6): 852-84.
26. Maglione A. Frecuencia y relación de los síntomas en los procesos de disfunción del sistema estomatognático. Rev Asoc Argent, 1992: 70 (6): 328-33.
27. Shore W A. Temporomandibular joint dysfunction-symptoms and management. J Prosth Dent, 1978: 18 (4): 365 -74.
28. Valiente CZ. Lasser en estomatología I. Rev Cub Estomatol, 1988: 25 (2): 27-32.
29. Herrera R. Tratamiento de síndrome de disfunción dolorosa de la ATM. (Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Cirugía Maxilofacial) 1993. ISCM – Villa Clara.
30. Colectivo de autores. El lasser en el tratamiento del dolor. Conferencia. Servicio de rehabilitación. Hospital Universitario, Sevilla, España, 1985: 1-8.
31. Zauner AG. Fisioterapia actual. Segunda Edición. Jims, Barcelona, 1990: 207-60.
32. Pérez Pérez I. Acupuntura. Ese síndrome llamado dolor. Rev Avances Médicos, Cuba, 1996.

33. Martín Reyes O. Terapia acupuntural. Archivos médicos, Camaguey 1998.
34. Aguilar M. Trastornos de la articulación temporomandibular. México, 2003. Disponible en: [http:// www.ciof.com.ar/articulo-central.htm](http://www.ciof.com.ar/articulo-central.htm).
35. Clark Glennt. Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones temporomandibulares dolorosas. Clin Odont Norteam, 1996: 31 (4): 801-29.

Anexo No. 1

ACTA DE CONSENTIMIENTO

Hospital: _____ Fecha: _____

Servicio: _____

Yo: _____

He recibido suficiente información sobre la investigación que se realiza en la ciudad de Ciego de Ávila para evaluar la frecuencia de una enfermedad llamada Síndrome de Dolor – Disfunción de la Articulación Temporomandibular. Estoy dispuesto a participar en este estudio, y responderé con honestidad todas las preguntas y así ayudaré a la investigación.

El Dr. _____

Me ha explicado que todos mis datos son confidenciales y que mi nombre no será revelado. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme por decisión propia cuando lo desee, sin necesidad de expresar los motivos y sin que estos repercuta en mi tratamiento.

Para cualquier información adicional acerca de la investigación y de mis derechos puedo dirigirme al cirujano maxilo-facial que me esta atendiendo.

Firma del Paciente

Firma del Investigador

Anexo No. 2

MODELO PARA LA RECOPIACIÓN DE LOS DATOS

Nombre y Apellidos: _____

Sexo: M _____ F _____

Edad : ___ Menos de 15

(años) ___ 15 a 29

 ___ 30 a 44

 ___ 45 a 59

 ___ 60 o más

Motivo de consulta: _____

Antecedentes Patológicos Personales : _____

Reacción a medicamentos: _____

Factores etiológicos respecto a la disfunción temporomandibular:

___ Restauraciones defectuosas

___ Contactos prematuros

___ Desarmonias oclusales

___ Mal posición dentaria

___ Alteraciones de la dimensión vertical

___ Traumatismo regionales

___ Bruxismo

___ Factores psicológicos, emocionales o generales

___ Otros

Examen Clínico:

a) Síntomas:

- Dolor preauricular referido extendido hacia la cara y especialmente marcado durante el uso de la mandíbula.
- Ruidos articulares referidos durante los movimientos mandibulares-
- Restricción de los movimientos mandibulares.
- Dolor post – auricular
- Dolor regiones temporal y cervical.
- Sensación de cansancio muscular.
- Otros

b) Signos:

- Dolor palpable en una o dos ATM.
- Chasquidos, saltos, crujidos o crepitaciones en ATM durante movimientos de apertura o cierre.
- Disminución evidente de movimientos de apertura, lateralidad y protrusión.
- Sensibilidad dolorosa táctil en las regiones temporal, cervical y retroauricular.
- Desviación línea media mandibular durante los movimientos de apertura y cierre.
- Otros

Conducta Terapéutica (variante de tratamiento utilizado)

- Medicamentoso

_____ Protésico

_____ MNT

_____ Fisioterapéutico

_____ Multimodal

_____ Otros

Criterio de pacientes según su evolución.

_____ Favorable

_____ Desfavorable

