

F3014



BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE CORDOBA  
CORTES BIANCO

No. A caso 348

Sig. top. M/348/1994

Compra  Cargo  Donación

Editorial \_\_\_\_\_

Solicitado por And

Fecha 03-30-95

Precio \_\_\_\_\_

00413

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO**  
COLOMBIA, SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C.

MONOGRAFIA  
TRAUMATOLOGIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR  
(Diagnósticos)

21-6-01-11

INTEGRANTES

- 881239 Madeleine Cifuentes
- 881256 John Erazo Meza
- 881278 Raúl F. Bohórquez
- 881300 Maribel Sprockel
- 891002 Claudia Ligia Bermúdez
- 891060 Diana Gloria Reyes
- 891062 Katherine González
- 892003 Ninfa Liliana de la Hoz
- 892012 Mary Luz Roncancio
- 892032 Patricia Casallas

Santafé de Bogotá D.C., Noviembre 24 de 1994

## AGRADECIMIENTOS

A Dios y a nuestros padres quienes han sido el apoyo en los momentos más difíciles y quienes gozan con los triunfos obtenidos; para ellos es meritorio hoy día el habernos formado y educado.

Sin embargo nuestra formación no hubiera sido completa sin la inigualable colaboración de las Directivas, Docentes, compañeros y amigos.

También expresamos nuestra gratitud al Doctor Miguel José Gallo por su valiosa colaboración y sus útiles sugerencias en la realización de este trabajo.

Los Autores

## JUSTIFICACION

En la consulta particular - luego de un corto pero excelente exámen craneomandibular - es notoria y constante la presencia de pacientes con "traumatismos a nivel de la ATM". Por ello, es importante dar a conocer los diagnósticos concernientes siendo la ATM el punto más receptivo de los traumas a nivel craneofacial; es nuestro interés mostrar la importancia que tiene el mantener un perfecto equilibrio del Sistema Estomatognático como factor preventivo ante la disfunción articular.

Durante el desempeño de nuestra profesión, observaremos a mayor escala, las diversas implicaciones de la ATM ante desarmonías oclusales agudas y crónicas. Debido a esta gran intimidad entre restauración y rehabilitación de un paciente y su consecuente impacto articular, es necesario preveer cualquier iatrogenia siendo muy conscientes de la labor que realizamos como entes encargados de la preservación estomatognática del paciente.

## OBJETIVOS

- Nuestro gran propósito al elaborar esta monografía, consiste en la presentación clara y dinámica de las alteraciones sucedidas a nivel de la ATM. Para ello pretendemos mostrar en primer lugar, un detallado estudio de la articulación mandibular, así como los posibles factores desencadenantes de dichas disfunciones y sus consecuencias; además profundizar conocimientos sobre los diferentes traumas ocurridos en la ATM.
- Realizar una minuciosa historia clínica de la ATM, para poder dar diagnósticos más acertados y por consiguiente elaborar planes de tratamiento más efectivos; adquirir experiencia en el manejo de traumas en situaciones de urgencia.
- Colaborar con las demás áreas de la odontología para crear un equipo multidisciplinario, encargado del manejo de dichos traumas articulares.

## INTRODUCCION

Hoy por hoy son importantes los avances a nivel odontológico - como en muchos otros campos - esto nos ha permitido profundizar aún más respecto a la forma y funcionamiento del Sistema Estomatognático. Basados en este conocimiento previo, tenemos la capacidad de emitir un excelente diagnóstico y pronóstico y por ende un plan de tratamiento a partir de las anteriores premisas.

Por ello, el propósito primordial en la elaboración de esta monografía es el de conformar un punto de partida claro y conciso en la diagnosis de los traumatismos que involucran las articulaciones temporomandibulares. Bien se sabe acerca de la importancia de un plan de tratamiento y terapéuticas integrales en el mejoramiento de dichos traumas; pero también es cierto que de la excelente valoración de cada sujeto - a partir del manejo eficaz de la anamnesis y examinación clínica - y el perfecto conocimiento diagnóstico, depende el éxito de dicho tratamiento.

Es nuestro anhelo el poder brindar ampliamente esta información, para que se constituya en una referencia útil no sólo a nivel personal sino también dentro de la comunidad odontológica.

## CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

INTRODUCCION

I. PRINCIPIOS FISIOLÓGICOS DE LA ATM

II. ANATOMIA DE LA ATM

Componentes Principales

Componentes Accesorios

III. HISTORIA

Palpación de los músculos

Palpación de la ATM

Exploración radiográfica

Exámen Intraoral

Quinesiología aplicada

IV. REVISION DE LA LITERATURA

Consideraciones clínicas para el diagnóstico

V. INVESTIGACION DE CRITERIOS DIAGNOSTICOS

A. I Parámetro: Consideraciones clínicas de los DTM

Apéndice para el I Parámetro

B. II Parámetro: Incapacidad asociada a dolor y nivel psicológico

VI. CRITERIOS CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR

Criterios para la decisión

Métodos

VII. DECISION CLINICA E INCLUSION DE CRITERIOS PARA CATEGORIZACION DE DIAGNOSTICOS DE DTM

1. Mialgia Tipo I
2. Mialgia Tipo II
3. Disfunción con dolor miofacial
4. Disfunción interna Tipo I
5. Disfunción interna Tipo II
6. Disfunción interna Tipo III
7. Capsulitis y Sinovitis
8. Relato de trauma fuerte o severo
9. Perforación del ligamento posterior del disco
10. Enfermedad articular degenerativa
11. Enfermedad articular degenerativa traumática o idiopática
12. Enfermedad vascular del colágeno

ANEXO I. Cuestionario e historia clínica

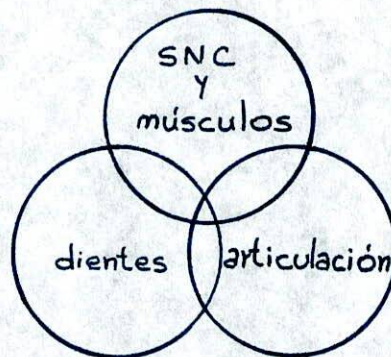
CONCLUSIONES

INDICE

BIBLIOGRAFIA

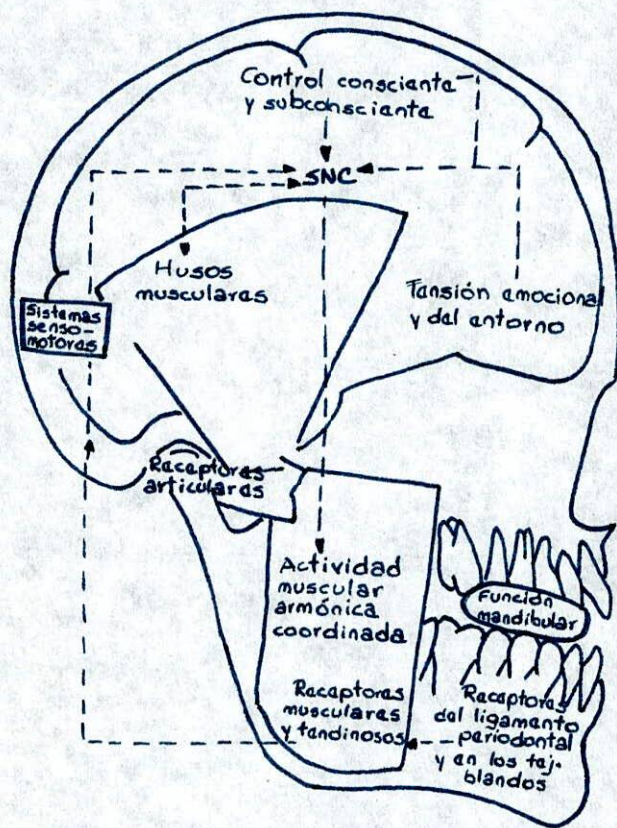
## I. PRINCIPIOS FISIOLÓGICOS DE LA ATM

Los movimientos mandibulares tienen lugar como resultado de una compleja interacción de músculos masticatorios, articulaciones temporomandibulares y dientes, coordinados por el sistema nervioso central.



La función de la neuromusculatura es óptima cuando existe armonía en estas dos funciones de las articulaciones y los dientes. Si el sistema masticatorio funciona correctamente, los músculos de la masticación actúan en forma armónica y coordinada. Esto permite obtener el máximo recorrido y rendimiento en los movimientos mandibulares voluntarios y reflejos. En este recorrido se dan los movimientos funcionales naturales de la masticación, deglución, habla y bostezo.

Las dos variables que más frecuentemente alteran la armonía funcional son los dientes y la neuromusculatura. Los dientes pueden contactar de manera que limiten o impidan el cierre de la mandíbula con el maxilar, en una relación distal estable; también pueden impedir los movimientos anterior y lateral de la mandíbula.



La neuromusculatura puede verse afectada como resultado de la reacción psicológica ante el stress; la mayoría de los sistemas masticatorios actúan armoniosamente en presencia de cierto grado de stress, pero cuando esta capacidad de adaptación se ve superada puede surgir un trastorno funcional neuromuscular.



## II. ANATOMIA DE LA ATM

La ATM es una articulación diartrosis, bicondílea, doblemente condílea, compuesta, sinovial y gingivoartrodial.

COMPUESTA porque participan tres componentes: hueso temporal, mandíbula y disco articular.

SINOVIAL porque histológicamente presenta membrana sinovial.

GINGIVOARTRODIAL porque nos permite dos movimientos, uno de traslación (movimientos de todas sus partes a la misma dirección) y uno de rotación (movimiento sobre su eje).

### COMPONENTES PRINCIPALES

1. Hueso temporal, que se divide en tres porciones:
  - Peñasco.
  - Escamosa: ahí están las dos porciones articulares del temporal (cavidad glenoidea y cóndilo del temporal).
  - Mastoidea.
2. Maxilar inferior: corresponde al cóndilo mandibular que se encuentra en la parte más superior de la rama ascendente de la mandíbula.

3. Disco articular: es una capa de tejido conectivo fibroso que carece de irrigación e inervación solamente a nivel anterior y posterior. Este disco se divide en tres porciones: una anterior con 2 mm de grosor, una media con 1 mm de grosor y una posterior con 3 mm de grosor.
4. Estilomandibular: va de la apófisis estiloides al borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula.

#### **COMPONENTES ACCESORIOS**

1. Inervación: nervio aurículo-temporal y temporomasete-rino, ramas del nervio Maxilar Inferior.
2. Irrigación: arteria temporal superficial, timpánica, meníngea media, auricular posterior, palatina ascen-dente, faríngea superior.
3. Membrana sinovial: se adosa a la cápsula articular en su pared interna y recubre toda la parte interna de la ATM. Es lisa, brillante, húmeda, rosada y con vellosi-dades que secretan el líquido sinovial y forma la barrera sinovio-sanguínea que es el mecanismo de defensa de la ATM y de metabolismo a nivel articular.
4. Líquido sinovial: está localizado en todo el interior de la ATM. Su contenido es de 1 a 4 ml por cada arti-culación, color claro ambarino de consistencia visco-sa, no debe coagular espontáneamente en el medio ambiente, PH de 7.8 (alcalino).

### III. HISTORIA

La historia o anamnesis constituye una parte importante del diagnóstico. En ella se deberá incluir lo siguiente:

*Sintomatología actual:* dolor, rigidez, tensión muscular y articular; problemas articulares, sensibilidad o dolor dentarios; intensidad del dolor y de los síntomas; inicio y duración de los síntomas; ¿cuándo tienen lugar? (por ejm, por la mañana, de día o de noche); ¿qué produce el disparo de los síntomas, si es que hay algo que lo provoca?; ¿el paciente es consciente o no de que realiza rechinamiento o apretamiento?; ¿los relaciona de alguna forma con la sintomatología actual?; ¿está sometido o no a una tensión inusual?; ¿puede relacionar o no este stress con el inicio de su sintomatología?.

*Sintomatología previa:* ¿El paciente ha sufrido sintomatología similar anteriormente?; ¿esta sintomatología fue del mismo tipo?; ¿de la misma intensidad?; ¿relacionado con periodos inusuales de stress?; ¿también existía en esa ocasión rechinamiento?; ¿qué provocó su aparición, cuándo desaparecieron, tuvo alguna relación la desaparición de la sintomatología anterior con cambios en su

entorno, tenían algún tipo de relación con las consecuencias de algún tratamiento dental?.

*Historia dental previa:* historia de los tratamientos dentales que han producido cambios en la oclusión; ¿tuvieron estos cambios algún tipo de relación con períodos de síntomas de disfunción?; historia de algún ajuste oclusal o de algún otro tratamiento oclusal como terapia oclusal mediante ferulización o restauraciones; resultados de tales tratamientos.

*Historia de rechinar y apretamiento:* ¿tiene lugar de día o de noche, puede el rechinar ser oído por el cónyuge, cuánto tiempo ha pasado el paciente sin darse cuenta de su rechinar, qué cree el paciente que será la causa de tal rechinar, el paciente puede relacionarlo con períodos de mayor stress o con acontecimientos determinados, es consciente de que el desgaste de sus dientes viene producido por el rechinar?

#### *Evaluación del estado emocional del paciente*

Aunque el odontólogo no debe verse tentado a desempeñar el papel del psiquiatra o del psicólogo, para lo cual no está preparado, debe poder realizar una aproximación al estado emocional del paciente. El miedo, el nerviosismo, la ansiedad, y el comportamiento neurótico pueden ser evidentes. Podemos pedir al paciente información sobre los siguientes puntos: situación familiar, trabajo, estudios, amistades, crisis emocionales recientes debidas

a cambios u otros acontecimientos, etc.. Esta información siempre está sujeta a lo que el paciente esté dispuesto a revelar y si él cree que esta información es importante para el odontólogo. Si éste consigue hacer entender al paciente, de forma más o menos sutil, que algunos de los síntomas son característicos del stress emocional, que no son infrecuentes y que suelen ser transitorios, podemos disminuir algo la ansiedad del paciente, lo suficiente como para que nos dé la información que necesitamos.

#### **Palpación de los músculos**

La palpación digital bilateral y unilateral de los músculos de la masticación y del cuello pueden producir contracción y dolor muscular en los músculos hipertónicos y contracturados. El dolor localizado en un músculo puede revelarnos la existencia de un punto gatillo. Deberemos palpar los siguientes músculos: masetero, temporal, pterigoideo interno y externo, esternocleidomastoideo, cervicales posteriores y suprahioides.

#### **Palpación de la ATM**

La palpación digital bilateral de las ATM durante la apertura, el cierre y los movimientos mandibulares excéntricos puede revelarnos contractura, dolor, chasquidos y crujidos de las articulaciones. El chasquido de las articulaciones puede oírse fácilmente en los movimientos de apertura y cierre. Estos signos y síntomas pueden ser

uni o bilaterales. La cara distal de la cabeza condílea y los tejidos retrocondíleos se palparán introduciendo el dedo índice en el interior del meato del conducto auditivo externo con la uña dirigida hacia atrás. Los polos laterales de los cóndilos se palparán por debajo de la piel que los recubre.

*Observación de los movimientos mandibulares extremos de apertura, cierre y laterales*

Observaremos la mandíbula en movimientos máximos de apertura y cierre, desde delante del paciente y por encima. La desviación respecto a la línea media durante estos movimientos indicará la probabilidad de músculos contracturados o de patología articular. También pediremos al paciente que realice deslizamientos mandibulares desde la oclusión céntrica hacia las posiciones extremas derecha e izquierda manteniendo contacto dentario deslizante. La imposibilidad de realizar estos movimientos hacia un lado determinado indicará contractura en ese lado.

Mediremos la separación interincisal en apertura mandibular máxima. Si está es inferior a 35 o 40 mm podemos afirmar que existe una limitación, lo cual nos indicará que hay hipertonia muscular y contractura.

## **Exploración radiográfica**

Las radiografías de las articulaciones y las de los dientes y sus estructuras de soporte supondrán una importante fuente de información para el diagnóstico.

### *Radiografía de las articulaciones*

Las radiografías de las articulaciones nos pueden indicar desplazamiento condíleo, limitación del movimiento, remodelación, artrosis y otras patologías articulares. La relación del cóndilo con la fosa y la eminencia articular en oclusión céntrica puede verse mediante proyecciones transcraneales adecuadas y mediante tomografías.

La posición condílea se calcula en relación a la posición de relación céntrica óptima.

El desplazamiento de los cóndilos en oclusión céntrica puede ser anterior, posterior, superior y medial. Debemos ser muy cuidadosos al interpretar las radiografías transcraneales, ya que pequeñas desviaciones de la proyección nos mostrarán distintas relaciones condíleas. Las tomografías pueden ser más fiables.

Las radiografías de las articulaciones con la mandíbula en posición de máxima apertura y en protrusión nos revelarán limitaciones o asimetrías en los movimientos condíleos. Mediante las radiografías transcraneales oblicuas laterales y las tomografías podremos ver aplastamientos, erosiones, rebordes, osteofitos y otros cambios artrósicos.

## **Exámen intraoral**

### *Exploración dental de rutina*

Examinaremos con detalle la dentición igual que lo haríamos en una exploración de rutina. Se identificarán y tratarán las fuentes de dolor dental, agudo o crónico, de origen endodóntico o periodontal. El dolor crónico de origen dental o la irritación crónica producida por prótesis defectuosas es suficiente para provocar patrones de evitación o contractura.

En los dientes buscaremos signos de desgaste. Las facetas de desgaste suelen relacionarse con movimientos mandibulares concretos. En las mejillas buscaremos tejido cicatricial o indentaciones y signos de apretamiento o rechimamiento crónicos. También buscaremos signos de movilidad dentaria y llevaremos a cabo un exámen periodontal.

### **Quinesiología aplicada (pruebas musculares)**

La quinesiología aplicada es un campo recientemente introducido en odontología. Se ocupa de la aplicación de los principios que se derivan de una rama de la medicina física. Se basa en el principio de que cualquier grupo muscular fuerte, en funcionamiento normal, se debilitará por el efecto de la disfunción muscular o articular en cualquier otra parte del cuerpo.

Con la boca abierta el paciente es capaz de soportar una presión hacia abajo sobre su brazo en extensión por la contracción del músculo deltoides. Con la boca firmemente cerrada en oclusión céntrica el deltoides se debilita y no puede resistir la misma presión hacia abajo producida por el operador. Esto indica aparentemente una disfunción en los músculos de cierre mandibular o en la ATM. No se ha encontrado ninguna explicación fisiológica a este fenómeno y sería prematuro utilizarlo como base del diagnóstico o de la terapéutica. Ver anexo Nº 1.



#### IV. REVISION DE LA LITERATURA

##### *CONSIDERACIONES CLINICAS PARA HACER UN DIAGNOSTICO*

El primer criterio es la probabilidad biológica cuando el sistema taxonómico tiene rango ya sea este compatible con la anatomía común y psicológica. Los rangos incluyen: fuerte, moderado, mínimo.

El segundo criterio describe la clasificación de la presentación clínica conocida. Los rangos son: todo, mayor, menor.

El tercer criterio es un diagnóstico múltiple por su importancia en un paciente individual. Los rangos son: si, no, no conocido.

*Farrar* (1972) Síndrome de disfunción de ATM. Es el diagnóstico más prevalente; la parte de disfunción del síndrome implica una disfunción grande en el deterioro funcional del aparato masticatorio. En esta investigación *Farrar* reorienta el campo hacia la ATM haciendo énfasis en el degeneramiento interno de la articulación como causa de la disfunción.

La disfunción incluye términos de:

- Hiperactividad del músculo masticatorio.
- Capsulitis y sinovitis.
- Estiramiento o relajamiento de ligamentos capsulares.
- Dislocación anterior del disco.
- Incoordinación muscular.
- Disminución del rango del movimiento mandibular, secundario a la degeneración de la articulación.

*Bloque* (1980) es basado en modelos neurológicos y ortopédicos de dolor y disfunción, así incluye un amplio espectro de desórdenes que afectan el sistema masticatorio. Según este modelo médico los desórdenes son clasificados en una vía similar de métodos usados en textos comunes de neurología y reumatología. El síndrome de disfunción se determina según su consideración etiológica. El dolor como desorden es agrupado bajo la referencia de "dolor cráneo cervico facial"; ellos abarcan un estado de dolor relatado cráneo facial, orofaríngeo, cervical, psicológico y enfermedades sistémicas.

Los desórdenes de dolor cráneo facial son adicionalmente divididos dentro de subcategorías de dolor superficial y profundo; y el dolor profundo subdividido dentro de esquelético, vascular, neurológico y asociado a tejidos.

La disfunción es dividida en: desórdenes musculares congénitos y de desarrollo, trauma, enfermedades

neuromusculares, inflamatorias y enfermedades infecciosas.

*Bell* (1986) usa cuatro criterios: dolor masticatorio, movimiento de restricción mandibular, interferencia articular durante el movimiento y mal oclusión aguda.

*Fricton* y colaboradores (1988) incluye fibromialgia como diagnóstico diferencial. El término "*dolor miofacial*" sustituye al de "*síndrome de dolor miofacial*".

El Colegio Internacional de Ortopedia cráneo mandibular (1990) introduce la idea de Banderas Oclusales las cuales se consideran como tempranos indicadores del disturbio neuromuscular. Es notable el hecho de que estas Banderas Oclusales no estén asociadas con síntomas y o signos visibles.

De acuerdo con este sistema taxonómico existen tres encabezamientos diagnósticos:

Grupo I: Presencia de Banderas Oclusales.

Grupo II: Desórdenes músculo-esqueléticos asociados con claros puntos de alteración miofacial de cabeza y cuello.

Grupo III: Daño osteoarticular del sistema músculo-esquelético de cabeza y cuello.

Otro problema de los desórdenes musculares básicos es cómo clasificar al individuo que presenta los criterios esenciales, excepto que sólo involucra un músculo. Bajo

el presente sistema no se considera al individuo dentro de los desórdenes temporomandibulares (DTM), sin embargo podemos considerar la afección de un sólo músculo como una posibilidad diferente. Ciertamente, surge y se mantiene el dilema de que utilizando más de un músculo como criterio se reduce la posibilidad de un falso positivo en el diagnóstico, consideración importante en estudios epidemiológicos. Debido a que este es un sistema orientado hacia aplicaciones epidemiológicas, los criterios se establecieron para no recurrir a imagen, proceso difícil de realizar durante exámenes de campo. Los verdaderos diagnósticos radiográficos son: "fractura de ATM" y "defectos del desarrollo", pero no se ha establecido requerimiento imagenológico.

La subentidad de "perforación del disco" se considera problemática debido a que el diagnóstico sólo puede establecerse por especímenes tisulares o por evidencia artrográfica o artroscópica.

Otro aspecto a tratar es la clasificación del fenómeno conocido como "parafunción". Claramente las parafunciones pueden ser problemáticas y requerir tratamiento, ¿dónde deberán ser clasificadas, sino en los DTM?.

Existe un número de entidades como "contractura" y "mioespasmo" que presentan alta posibilidad de validez en el campo clínico.

Finalmente, algunos sistemas han utilizado términos no descriptivos para sus desórdenes (ejm: artritis A,B y C) o para un desorden singular. Los progresos en este campo necesitan ser incorporados dentro de la clasificación internacional de enfermedades.



## V. INVESTIGACION DE CRITERIOS DIAGNOSTICOS

### A. I PARAMETRO: CONDICIONES CLINICAS DE LOS DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES (DTM).

El fin de la clasificación propuesta en esta sección es brindar criterios estandarizados para los propósitos investigativos, basados en los actuales estados de conocimiento concernientes a los DTM. Esto es importante debido a que los criterios de clasificación y la valoración de los métodos han sido diseñados para aumentar al máximo la confiabilidad en el plan de investigación y para minimizar la variabilidad en los métodos de examinación y el juicio clínico que podrían influenciar los procesos de clasificación. Las fuerzas y limitaciones de estos criterios para las prácticas clínicas no fueron consideradas; por tanto su validez continúa en valoración a través de su aplicación en la investigación.

El sistema diagnóstico propuesto, no es jerárquico y permite la posibilidad de múltiples diagnósticos para un sujeto dado.

Los diagnósticos han sido divididos en tres grupos:

- I. Diagnósticos musculares
  - a. Dolor miofacial
  - b. Dolor miofacial con apertura limitada
- II. Desplazamientos del disco (D.D)
  - a. D.D con reducción
  - b. D.D sin reducción, con limitación de la apertura
- III. Artralgia, artritis, artrosis
  - a. Artralgia
  - b. Osteoartritis de la ATM
  - c. Osteoartrosis de la ATM

La siguiente es una lista de criterios para cada desorden:

#### **Grupo I: Desórdenes Musculares**

Los desórdenes musculares incluyen ambos: dolorosos y no dolorosos. Las siguientes son condiciones no comunes que deben ser reglamentadas por aparte: espasmo muscular, miositis y contractura.

**a. Dolor miofacial:** Dolor de origen muscular que incluye una queja de dolor además de dolor asociado con áreas de más sensibilidad a la palpación muscular.

1. Reporte de dolor en la mandíbula, sienes, rostro, área preauricular o dentro del oído; en reposo o durante la función; más
2. Dolor reportado por el sujeto, en respuesta a la

palpación de tres o más de los siguientes 20 sitios musculares: (El lado derecho e izquierdo se estiman como lados separados, para cada músculo) temporal posterior, temporal medio, temporal anterior; origen del masetero, cuerpo del masetero, inserción del masetero; región mandibular posterior, región submandibular, área lateral del pterigoideo y tendón del temporal. Por lo menos uno de los sitios debe estar en el mismo lado de la queja de dolor.

**b. Dolor miofacial con limitación de la apertura:** Limitación del movimiento y mayor tensión de los músculos durante el estiramiento, en presencia de dolor miofacial.

1. Dolor miofacial tal como fue definido en a; más
2. Apertura mandibular inasistida, menor de 40 mm y libre de dolor; más
3. Apertura máxima asistida (estiramiento pasivo) de 5 o más mm mayor que la apertura inasistida libre de dolor.

## **Grupo II: Desplazamientos del disco (D.D)**

**a. D.D con reducción:** El disco es desplazado desde su posición entre el cóndilo y la eminencia hasta una posición anterior y medial o lateral, pero se reduce en la apertura máxima, resultando usualmente en un ruido.

Notese que cuando la diagnosis es acompañada por dolor en la articulación, un diagnóstico de artralgia o de osteoartritis debe también ser asignado.

1. Ya sea:

1.1 Clicking recíproco en la ATM. (Ruido en las dos formas: en apertura y cierres verticales que ocurren en un punto por lo menos 5 mm mayor, que la distancia interincisal ya sea en apertura y en cierre y que es eliminado en apertura protrusiva) reproducible en dos de tres esfuerzos consecutivos; ó

1.2 Clicking de ATM en ambos grados de movimiento vertical (ya sea apertura o cierre) reproducible en dos de tres consecutivos esfuerzos, y clicking durante protrusión o excursión lateral, reproducible en dos de tres consecutivos esfuerzos.

**b. D.D sin reducción, con apertura limitada:** Una condición en la cual el disco es desplazado desde una posición normal entre el cóndilo y la fosa, a una posición anterior y medial o lateral, asociada con apertura mandibular limitada.

1. Historia de limitación significativa en apertura; más
2. Apertura máxima inasistida menor o igual a 35 mm; más
3. Apertura aumentada en estiramiento pasivo de 4mm o menos, sobre la apertura máxima inasistida; más
4. Excursión contralateral menor a 7 mm y/o desviación incorrecta ipsilateral en apertura; más

5. Ya sea:

5.1 Ausencia de sonidos articulares ó

5.2 Presencia de sonidos articulares no encontrados en

los criterios para desplazamiento del disco con reducción (Ver a).w

**c. D.D sin reducción y sin limitación de la apertura:** Una condición en la cual el disco es desplazado desde su posición entre el cóndilo y la eminencia hasta una posición anterior y medial o lateral, no asociada a limitación de la apertura.

1. Historia de limitación significativa de la apertura mandibular; más
2. Máxima apertura inasistida, mayor de 35 mm; más
3. Apertura aumentada en estiramiento pasivo de 5 mm o más, sobre la apertura máxima inasistida; más
4. Excursión contralateral mayor o igual a 7 mm; más
5. Presencia de sonidos articulares no encontrados en los criterios para desplazamiento del disco sin reducción.

### **Grupo III: Artralgia, Artritis, Artrosis**

En los diagnósticos realizados para desordenes de este grupo, la poliarteritis, las lesiones agudas traumáticas y las infecciones de la articulación, deben ser reglamentadas por aparte.

**a. Artralgia:** Dolor y sensibilidad en la cápsula articular y/o en la membrana sinovial de la ATM.

1. Dolor en una o ambas articulaciones (polo lateral y/o fijación posterior) durante la palpación; más
2. Uno o más de los siguientes autoreportes de dolor:

dolor en la región articular, dolor en la articulación durante máxima apertura no asistida, dolor en la articulación durante apertura asistida, dolor en la articulación durante excursiones laterales.

3. Para un diagnóstico de artralgia simple debe estar ausente una crepitación tosca.

**b. Osteoartritis de la ATM:** Condición inflamatoria dentro de la articulación la cual resulta de condiciones degenerativas en las estructuras articulares.

1. Artralgia (Ver a); más
2. Ya sea: 2.1 o 2.2 (o ambos):

2.1 Crepitación notoria en la ATM.

2.2 Imágen: el tomograma muestra uno o más de los siguientes aspectos: erosión de la delineación cortical normal, esclerosis de parte o todo el cóndilo y la eminencia articular, aplanamiento de las superficies articulares, formación de osteofitos.

**c. Osteoartrosis de la ATM:** Desorden degenerativo de la articulación en la cual, forma y estructuras son anormales.

1. Ausencia de todos los signos de artralgia, ausencia de dolor articular a la palpación durante apertura máxima no asistida, asistida y en excursiones laterales; más
2. Como en b 2.2.

## APENDICE PARA EL I PARAMETRO

Reglamentación de condiciones musculares y articulares, para el uso de los criterios.

### ***Espasmo muscular, miositis y contractura***

El espasmo muscular es caracterizado por contracción muscular continua; la miositis es caracterizada por sensibilidad generalizada en un músculo específico, asociado a conocimiento de trauma o infección; la contractura está caracterizada por grado de movilidad limitado con inflexibilidad más firme en estiramiento pasivo.

### ***Poliarteritis, lesiones agudas traumáticas***

Casos con artralgia de la ATM y comprometimiento sintomático de otras articulaciones en el cuerpo, sin evidencia de causas traumáticas deben ser clasificados por un reumatólogo con respecto a la presencia o ausencia de una condición específica poliartrítica, tal como artritis reumatoidea, artritis reumatoidea juvenil, enfermedades articulares inducidas, enfermedad de Lyme u otras condiciones sistémicas relativamente raras que afectan las articulaciones. Los diagnósticos de los reumatólogos deben ser considerados como la "regla de oro".

Casos agudos de exposición traumática en la cara o en la mandíbula, deben ser examinados por posible artropatía traumática aguda de la ATM. El cuadro clínico es caracterizado por dolor y sensibilidad de la ATM afectado, grado

limitado de movilidad debido al dolor y carencia o reducción de contactos dentales en el lado afectado, debido al incremento de la presión intraarticular.

## **B. II PARAMETRO: INCAPACIDAD ASOCIADA A DOLOR Y NIVEL PSICOLOGICO**

La experiencia clínica y la investigación para una variedad de condiciones dolorosas crónicas, que incluyen desórdenes temporomandibulares (DTM), sugieren que no hay una relación uno a uno entre la severidad general de una condición dolorosa crónica y la naturaleza o extensión del cambio fisiopatológico descrito a través de un diagnóstico clínico.

Desde una perspectiva clínica las intervenciones específicas que no persiguen la fisiopatología, pueden ser usadas para el manejo del dolor, la incapacidad y la depresión. A partir de una perspectiva investigativa, cada uno de esos fenómenos tiene causas y consecuencias únicas que en resultado afectan las bases fisiopatológicas de la condición del dolor.

Por estas razones los DTM propuestos, se emplean en el parámetro II para estimar y clasificar la severidad global de la condición dolorosa en términos de:

1. Intensidad del dolor
2. Incapacidad asociada al dolor
3. Depresión y

#### 4. Síntomas físicos no específicos.

Las medidas incluidas dentro del parámetro II fueron específicamente diseñadas para el fácil entendimiento. Mientras el desarrollo de alguna de estas medidas dependen de un más complejo análisis estadístico, así mismo son concisas y breves.

Por ejm, esto es posible para desarrollar la graduación de la disfunción crónica dolorosa la cual sólo requiere pocos datos y que puede ser respondida por pacientes usando escalas muy similares a la escala visual análoga para la graduación del dolor, las cuales son de común uso en las investigaciones y asignaciones clínicas.

#### **Dolor disfuncional crónico como un sumario elaborado para la intensidad del dolor y la incapacidad asociada**

El reporte subjetivo de la intensidad del dolor es ampliamente aceptado como una faceta importante en la severidad de una condición dolorosa. Sin embargo, la intensidad del dolor pueden no discriminar los niveles más altos de la severidad del dolor.

Las observaciones clínicas y la teoría del comportamiento sugieren que la limitación de la actividad es por lo menos importante en la discriminación de los niveles más altos de severidad de una condición dolorosa tal como la intensidad del dolor.

Turk y Rudy han defendido la clasificación multiaxial del dolor crónico. Ellos desarrollaron una taxonomía del dolor crónico basados en un dato de: Inventario Multidimensional del Dolor (MPI). Ellos identificaron tres perfiles de dolor interpersonal y dolor disfuncional crónico de un perfil de dolor severo, incapacidad funcional, empeoramiento psicológico y baja percepción del control de vida.

Ellos y otros, tienen muestras de que los datos del MPI son confiables y tienen validez concurrente en la clasificación de pacientes con dolor ya sea disfuncional o no.

La valoración del método ha mostrado que tiene validez concurrentes para diferentes dolores severos anatómicos incluyendo dolor de espalda, cabeza y dolor en los desórdenes temporomandibulares (DTM).

El dolor disfuncional crónico fue asociado con empeoramiento psicológico, desfavorable autoevaluación del estado general de salud, frecuentes visitas al centro de salud y medicación para el dolor, frecuentes visitas al centro de salud y medicación para el dolor, limitaciones emocionales, perturbación del sueño, funcionamiento cognoscitivo, aflicción psicológica y resistencia a la enfermedad.

## VI. CRITERIOS CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DISFUN- CION TEMPORO MANDIBULAR

### **Nueva clasificación permite múltiples diagnósticos**

Varios investigadores tienen propuestos esquemas clasificatorios para desórdenes temporomandibulares, clasifican estos desórdenes, dentro de condiciones de los componentes intra y extra capsulares. Estas clasificaciones, desafortunadamente, no permiten diagnósticos múltiples fácilmente. Ellos frecuentemente forzan la clasificación de pacientes dentro de uno u otro grupo, dependiendo sobre criterios estrictos al parecer que favorecen el diagnóstico de desórdenes internos de la articulación sobre desórdenes musculares.

El criterio usado para el diagnóstico a veces de métodos diagnósticos específicos, tales como artrografía, la cual es invasiva y rara vez apropiada durante el tratamiento inicial. Estos han tenido variaciones significativas entre los clínicos en el diagnóstico de desordenes temporomandibulares en las poblaciones similares.

Reportes similares también sugieren que usualmente la clasificación de los diagnósticos clínicos puede ser acompañada con rehabilitación satisfactoria y validez sin radiografías u otros métodos (por ejemplo: imágenes de resonancia magnética) para visualizar la articulación temporomandibular y las estructuras asociadas. La clasificación correcta puede ser alcanzada en un 80% de los casos con examen clínico combinado, encontrando reportes de síntomas en pacientes subjetivos o autoreportes de desórdenes temporomandibulares que relatan síntomas subjetivos.

Este estudio evalúa una clasificación diagnóstica para desórdenes de la clasificación temporomandibular, actualmente, usada para dolor orofacial y desórdenes temporomandibulares clínicos de la Universidad de Washington. El sistema clasificatorio designado incluye ambos desórdenes muscular y articular y permite múltiples clasificaciones de pacientes con más de un desorden.

De interés especial, el estudio se murmura la aplicación del sistema clasificatorio y los criterios operacionales datan de un gran estudio epidemiológico basado en la comunidad de desórdenes temporomandibulares en un gran número de inscritos sanos (350.000 inscritos) manteniendo una organización. El estudio popular incluye personas asintomáticas y personas con dolor de la disfunción

temporomandibular identificados en la comunidad, así como casos clínicos referidos para tratamientos de desórdenes temporo mandibulares.

### **Criterios que se desarrollan para la decisión**

Una revisión para la literatura revela muchos intentos para clasificar los desórdenes temporomandibulares más descripciones de clínicos basados en la población sobre sistemas diversos de clasificación. La mayoría que citaron esquemas clasificatorios para desórdenes temporomandibulares fueron propuestos por *Eversule Machado y Bell*. Ambos son similares al sistema *Farrar's*.

Otros proveen sistemas clasificatorios similares, pero pocos sobre degeneramientos internos de la articulación con solamente una categoría para disfunción muscular. Pocos suministran criterios clínicos discretos para la clasificación requerida, para la formulación de diagnósticos clínicos trabajados reproducibles para otros. Una reciente adición promete a la lista de clasificaciones, es esto ideado por la Academia Americana de Desórdenes Craneomandibulares, comúnmente usado por las universidades de Washington ha evolucionado de una revisión progresiva de la literatura científica y la experiencia del equipo investigador presente en pacientes evaluados y tratados con dolor orofacial crónico y desórdenes temporomandibulares. Esto manejado por una serie de criterios

decisivos con respecto a hallazgos o síntomas que pueden estar presentes para un diagnóstico específico.

El sistema de clasificación permite diagnósticos múltiples una necesidad clínica cuando los criterios operacionales identifican más de un diagnóstico, los suficientes diagnósticos múltiples son asignados a la cantidad de síntomas iniciales del paciente. Usar comúnmente diagnósticos en desórdenes musculoesqueléticos es sensato y común en muchas áreas de la práctica medica y dental. Hallados esencialmente para un diagnóstico específico se distinguen de otros signos y síntomas no específicos para un desorden en particular.

Usando el sistema de clasificación nosotros hacemos muchos intentos para identificación de criterios específicos decisivos para cada uno de los diagnósticos. Entre varios diagnósticos, sin embargo, presentaciones clínicas son suficientemente similares para hacer imposible un desarrollo crítico exhaustivo. Por lo tanto, solamente estos criterios son requeridos para cada uno de los diagnósticos, pero estos no se incluyen en el análisis del sistema de decisión de criterios clínicos como se presenta acá.

Estudios futuros, pueden permitir transparencia en algunos de esos criterios opcionales comunes dentro de los criterios de decisión "requeridos" así como cambios en

alguno de los criterios de la decisión "requerida". La lista de diagnósticos es exhaustiva para permitir aplicaciones generales y pruebas para validaciones y modificaciones.

### **Métodos**

Continuación daremos la cantidad de población y resultados del estudio.

Población de estudio: Un rango de edad simple y estratificado de 1265 inscritos fueron cubiertos para dolor DTM ocurrido sin que pasara seis meses, usando un cuestionario por correo con seguimiento telefónico. Dos grupos de sujetos fueron identificados del 1016 (80.3% del valor de respuesta) respondieron: comunidad control (coco), definida como las que no respondieron al dolor de los DTM y los casos en la comunidad (coca), definida esta como los que reportaban dolor de los DTM en los seis meses previos pero no comúnmente buscaron tratamiento a la ATM.

Los casos en la comunidad a los controles fueron comparados con una serie consecutiva de casos clínicos (CLCA), definido con inscritos buscando tratamiento al HMO para DTM cada sujeto llenó el cuestionario completamente con síntomas de la DTM, estado de salva general, otros relatos de dolor, estado psicológico, conducta y resultado social.

Todos los CLCA y COCA y un rango simple de cerca de la tercera parte de los COCO, fueron seleccionados para el campo personal entrevistado y examinados clínicos. Estos campos examinados fueron conducidos por un equipo altamente calibrado y entrenado de examinadores higienistas dentales quienes seriamente han sido evaluados y hallados de aceptables a excelentes antes del inicio del campo de los examinados y entrevistados. Los porcentajes de las respuestas para los promedios de entrevistados, examinados fue de un 86% para los tres grupos; los datos del examen necesarios para aplicar criterios diagnósticos siendo disponibles para 209 COCO, 120 COCA y 247 CLCA.

Criterios aplicados a la población: El sistema de decisión es suministrado para tres niveles severos de desórdenes musculares básicos y varios tipos de desórdenes intracapsulares que incluían estos al disco (por ejemplo, desorden interno) y superficies articuladas de la articulación y de la fosa (por ejemplo, enfermedad articular degenerativa).

Las pruebas usadas clínicamente y validadas para los criterios clínicos, para cada uno de los comunes DTM, fueron operacionalmente definidos en términos de medidas clínicas incluidos en los datos del examen básico. Incluyendo diagnósticos comunes: desórdenes musculares, daños internos, enfermedad articular degenerativa sintomática y torcedura).

Casi todos los criterios clínicos para estos desórdenes pueden ser colocados dentro de mediadas clínicas usando variables de su propio estudio epidemiológico.

Los datos para casos clínicos en los casos de la comunidad y casos control fueron analizados su propio operacionalmente definido sistema diagnóstico. A cada uno de los sujetos se le aplicaron todos los diagnósticos. (Nosotros no ofrecimos datos sobre desórdenes raros o poco frecuentes de la población de estudio).

Solamente los criterios de decisión clínico basados sobre exámenes y entrevistas fueron aplicados desde radiografías y otras modalidades de imágenes no fueron disponibles para los casos de la comunidad y control.

Un criterio esencial calificado para DTM fue dolor facial o mandibular; por definición, todos los CLCA y los COCA encontraron este criterio para DTM y para los controles no.

Resultados:Aplicando su propio criterio de decisión sugiere un fuerte componente muscular en la mayoría de pacientes con demanda de DTM.

Usando un criterio de decisión al 40.5% de los casos clínicos y al 49.2% de los casos de la comunidad fueron

diagnosticados con *MIALGIA I*. *Mialgia II* fue diagnosticado en 48.2% de los CLCA y un 28.3% de los COCA; globalmente, la cantidad de sujetos con dolor y dolor a la palpación muscular, cerca de la mitad (N=159) recibió un diagnóstico de *Milagia I* y cerca de la mitad (N=153) *Milagia II*. El número de CLCA con *Milagia I* ó *Milagia II* totalizaron 88.7% comparados con el 77.5% de los COCA.

Los criterios de decisión para asignar los diagnósticos MPD fueron más restrictivos que ese de estudios previos desata disfunción mandibular está no definido como un componente de *Milagia*. En todos 46.6% de los CLCA y 29.2% de los COCA tuvo MPD., algo por debajo que está reportado por otro lado, usando una versión anterior de este esquema clasificatorio.

La cantidad de todos los casos dieron un diagnóstico de *Milagia*. De los músculos masticatorios, la mitad (48,1%) recibió un diagnóstico de MPD. La comunidad no control fueron diagnosticadas con *Milagia I*, *Milagia II* o MPD, a causa de un dolor reciente fueron requeridos para estos diagnósticos.

Analizando los datos del estudio para determinar el porcentaje de casos hallados los criterios para disfunción interna I (desplazamiento del disco con reducción) mostró que el 29,1% de los CLCA 24.2% de los COCA y 13.9% de los controles recibieron este diagnóstico.

Este hallazgo requirió de disfunción interna III (desplaza tres sujetos del disco sin reducción aguda) incluyendo solamente tres sujetos (2 CLCA y un COCA), un número también pequeño permitió un análisis útil. Solamente dos sujetos, ambos en el grupo CLCA fueron diagnosticados como que tenían esguince de DTM.

La prevalencia del DJD sintomática fue 20.6% para CLCA y 5% para COCA; ninguno de los controles recibió este diagnóstico. Tanto un diagnóstico del DJD sintomático, el criterio incluyó autoreporte de dolor sin palpación y función a causa de este estudio fue hecho un campo basado en un estudio epidemiológico, nosotros no usamos pruebas diagnósticas invasivas. Nosotros solamente usamos los criterios de examen clínico para establecer diagnósticos. Los datos también fueron analizados para determinar la frecuencia de diagnósticos múltiples desde el sistema clasificatorio fueron propuestos para permitir tales circunstancias. Un total de 95 de los CLCA (38.5%) y de los COCA (24.2%) recibieron diagnósticos múltiples. La mayor frecuencia de combinaciones de diagnósticos fueron ID-I acompañado por mialgia (Nº 37) ID-I acompañado por MPD (Nº28) y MPd combinado con DJD (Nº 21), representando respectivamente cerca del 30%, 23% y 17% de estos que recibirán diagnósticos múltiples.

La cantidad de gente con diagnósticos múltiples, 23 CLCA tuvo tres diagnósticos comunes mientras sólo uno de los COCA tuvo tres diagnósticos.

Discusión: Esta tuvo tres objetivos específicos:

1. Comunicar un amplio juego de criterios de decisión medibles para la clasificación de DTM basados sobre experiencias clínicas extensas.
2. Aplicar estos criterios de decisión a una serie de datos clínicos que emerjan de un estudio basado en una población con signos y síntomas de DTM originados del uso del sistema.

El estudio tuvo algunas limitaciones a causa de que no fueron tomadas las radiografías. Pero en un estudio epidemiológico no exclusivamente limitado al estudio de casos clínicos, nosotros no podemos justificar la exposición de pacientes a la radiación ionizante solo para propósitos de este estudio. Similarmente otros procedimientos diagnósticos invasivos o costosos, tales como artrogramas, artroscopias y MRI fueron excluidos.

Determinando la extensión a tales criterios clínicos sólo pueden ser usados para establecer diagnósticos clínicos relacionados siendo un objetivo principal. Otros quieren también intentar determinar el valor de los criterios de diagnóstico clínico versus herramientas diagnósticas más

sofisticadas y costosas que en el mismo caso requieren técnicas invasivas. Estos estudios indicaron que la mayoría de diagnósticos comunes pueden ser hechos realmente sin usar técnicas de imagen.

Sus propios resultados sugieren una consistencia clínica con patrones escalón por escalón en prevalencia la mayoría específica para DTM de los casos clínicos para los casos de la comunidad y la comunidad control. Estos patrones revelaron estos subtipos diagnosticados de DTM requerían tratamiento es más común entre casos clínicos y personas sintomáticas que no buscaron tratamiento y menor prevalencia entre controles solamente 7.7% de los casos clínicos no recibieron un diagnóstico usando estos criterios comparando con 18.3% de COCA y 85.6% de COCO. Los porcentajes específicos para los diagnósticos no difieren sustancialmente entre el CLCA y COCA.

El MPD puede ser diagnosticado en cerca de tres no referidos a tratamiento. Diagnósticos simples y dobles ocurren igualmente en los casos clínicos referidos para tratamientos y casos de la comunidad no referidos para tratamiento. Esto sugiere que los hallazgos clínicos puedan ser producto de un diagnóstico de DTM no necesariamente lleven a los sujetos a buscar tratamiento.

El criterio usado para establecer los resultados de los diagnósticos en solamente el 14.4% de los controles

recibieron un diagnóstico positivo, con todas más un diagnóstico siendo ID-I (clicking en la articulación). En CLCA, porcentaje de disfunción interna son generalmente comparables con encuentros de otros estudios, pero quizá el criterio requerido para reducción en rango de movimiento en ID III - agudo fueron también estrictos. Análisis actuales pueden determinar esta posibilidad. Además de interés es la consistencia de porcentajes grandes de la mayoría de diagnósticos significantes en el CLCA y un porcentaje alto de diagnósticos positivos en las categorías poco rigurosas de COCA. El bajo porcentaje de diagnósticos en el grupo control sugiere que los criterios de selección adecuadamente protegen contra el error común de sobre-diagnóstico de DTM. Los requerimientos para dolor como un síntoma de desórdenes musculares y para reporte de dolor sobre palpación y función con enfermedad articular degenerativa puede ser el más importante factor en proteger contra el sobre-diagnóstico, para estos criterios no detectar remodelado articular asintomático.

Esas radiografías no fueron disponibles, al número de diagnósticos positivos por DJD fueron probablemente bajos que si las técnicas de imagen de la articulación hallan sido usadas. Estableciendo un diagnóstico usando el criterio, como en ID-I para COCA pueden no ser tomadas como implicando una necesidad para tratamiento.

El número de casos diagnosticados como mialgia o MPD está de acuerdo con otros estudios y sugiere que el criterio es razonable y similar y no permita sobrediagnósticos para contrastar, otros esquemas diagnósticos atribuyen gran significancia a desordenes intracapsulares.

Con consideraciones para causar la medida de la apertura vertical de rango de movimiento, nosotros recomendamos en usar una medida de apertura absoluta cuando determinan clasificación de desordenes para hombres como mujeres, sin embargo el rango de apertura es significativamente menor en mujeres y pueden contar para variadas clasificaciones.

En conjunto, el uso de los sistemas de clasificación y los criterios asociados permitieron el asignamiento discreto de la mayoría de los casos, con solamente un número moderado recibiendo diagnósticos múltiples. Si al criterio fuera también general, el número de diagnósticos múltiples puede tener un indudable aumento.

Si los criterios fueran excesivamente estrictos, al número de diagnósticos pudiera ser también pequeño siendo útil, Nosotros necesitábamos un análisis para evaluar más plenamente la sensibilidad y especialidad de los propuestos criterios de clasificación.

Sumario: La presente clasificación puede servir como guía de trabajo para distinguir la categoría de diagnóstico de DTM, esta clasificación requiere otra validación contra hallazgos de estudios prospectivos. La continuación longitudinal está actualmente insuficiente en el camino.

Específicamente, estas guías pueden ser comparados con otros sistemas de clasificaciones disponibles y pruebas disponibles y pruebas clínicas para confirmar estos diagnósticos requerirán estudio de imágenes o de laboratorio.

Estas guías pueden indudablemente ser modificadas como criterios confirmados o rechazados. Frecuentemente, estos criterios de decisión clínica son basados para asignar diagnósticos específicos para pacientes con problemas variados y para clasificar las categorías diagnósticas en investigaciones clínicas

Resumen: Uno de los primeros en permitir diagnósticos múltiples. El nuevo esquema clasificatorio para DTM ofrecemos una guía para clínicos para conducir estos a estudios en el campo clínico. El esquema fue aplicado a una población con DTM, con sujetos control.

**DECISION CLINICA E INCLUSION DE CRITERIOS PARA  
CATEGORIZACION DE DIAGNOSTICOS DE DTM**

Debe tenerse en cuenta que para cada diagnóstico de DTM se verán los criterios operacionales o diagnósticos requeridos y la selección opcional para los criterios de decisión en los DTM.

**1. MIALGIA TIPO I. SINTOMAS PARA LOS MUSCULOS MASTICADORES  
LEVE**

Los diagnósticos requeridos son:

- a) Reporte de dolor orofacial
- b) Dolor a la palpación muscular en dos o más músculos (temporal, masetero, tendón del temporal, suprahioides, estilohioides, pterigoideo lateral) con dolor a la palpación muscular de dos o más, sobre una escala de severidad de cero a tres (0 a 3) y no más que en un sólo músculo.

Estos hallazgos pueden ser presentados con diagnósticos.

- a) Dolor en músculos de la cara.
- b) Sensación de tensión o estiramiento en músculos faciales

- c) Dolor o fatiga en músculos faciales durante la función.
- d) Síntomas en los oídos, tinnitus, vértigo, etc.

## **2. MIALGIA TIPO II. SINTOMAS EN LOS MUSCULOS MASTICADORES DE MODERADO A SEVERO**

Los diagnósticos requeridos son:

- a) Reporte de dolor orofacial.
- b) Dolor a la palpación muscular en dos o más lugares musculares, localizados cerca en un porcentaje de dos o más sobre una escala de 0 a 3.

La selección opcional de criterios muestra algunos cercanos.

## **3. DISFUNCION CON DOLOR MIOFACIAL. DOLOR MUSCULAR CON DISFUNCION MANDIBULAR**

Los criterios operacionales son:

- a) Mialgia I o II superior
- b) Apertura mandibular inasistida de menos de 40 mm. y apertura mandibular asistida, de 4 o más milímetros mayor a la apertura inasistida.

La selección de criterios para su diagnóstico se basa en:

- a) Los mismos hallazgos que en la mialgia
- b) Sensación de variabilidad en la mordida.
- c) Desviación del sitio afectado durante la apertura.
- d) Patrones de dolor variables (por la mañana/por la tarde)

#### 4. DISFUNCION INTERNA TIPO I. DESPLAZAMIENTO DEL DISCO CON REDUCCION

Los criterios operacionales son:

- a) Clicking en la ATM durante el rango de movimiento mandibular.
- b) Clicking en la ATM durante lateralidad o protrusión excursiva.
- c) Cierre normal con o sin clicking.

Los hallazgos se basan en:

- a) Desviación mandibular durante la apertura con corrección subsecuente después del ruido.
- b) Dolor leve ocasional en la articulación, durante movimientos mandibulares.
- c) Clicking recíproco durante movimientos mandibulares.

#### 5. DISFUNCION INTERNA TIPO II. DESPLAZAMIENTO DEL DISCO CON REDUCCION Y CAPTURA EPISODICA

Los criterios operacionales son los mismos que para la disfunción interna tipo I, con períodos de recaptura durante la apertura.

Los criterios de decisión se basan en lo mismo que para la disfunción interna tipo I, con desviación durante la apertura y limitación del grado de apertura mandibular a 35 mm. o menos durante la recaptura y antes del clicking.

## 6. DISFUNCION INTERNA TIPO III. DESPLAZAMIENTO DEL DISCO SIN REDUCCION

Los criterios operacionales son:

- a) Apertura mandibular inasistida menor a 35 mm.
- b) Apertura mandibular sin asistencia incrementada por 3 mm. o menor a la apertura inasistida.
- c) Historia de reducción anterior en apertura.
- d) Se clasifica como aguda si hubo historia anterior de clicking, desaparición de clicking y decrecimiento posterior que coincide con apertura.
- e) Se clasifica como crónica cuando no hay distinción de criterios pero requiere imagenología.

Estos hallazgos pueden ser presentados con diagnósticos:

- a) Desviación no corregida durante el rango de movimientos mandibulares.
- b) Dolor en la articulación con rango de movimientos mandibulares máximos o apertura asistida.
- c) Dolor a la palpación en la articulación.
- d) Crepitación suave en la articulación durante movimientos mandibulares.
- e) Contactos oclusales fuertes sobre el lado afectado.
- f) Para la disfunción crónica los mismos hallazgos que para la disfunción interna tipo III aguda.

## 7. CAPSULITIS Y SINOVITIS

Los criterios operacionales son:

- a) Dolor en la articulación durante la palpación.
- b) Dolor de la articulación durante la función.
- c) Dolor en la articulación durante apertura asistida.

Podemos encontrar estos hallazgos:

- a) Dolor en la articulación y dolor en el oído.

## 8. RELATO DE TRAUMA FUERTE A SEVERO

Los criterios operacionales son:

- a) Los mismos que para la capsulitis.
- b) Historia de traumas recientes procedentes del dolor.
- c) Dolor en movimientos excursivos derechos o izquierdos, o dolor en movimientos de protrusión y retrusión.

Los hallazgos que observamos son iguales a los de la capsulitis además de:

- a) Inflamación articular,
- b) Desviación de la apertura mandibular.
- c) Decrecimiento del rango de movimientos mandibulares, secundario al dolor.

## 9. PERFORACION DEL LIGAMENTO POSTERIOR DEL DISCO

Los criterios operacionales clínicos no son distintos.

Los hallazgos que observamos son:

- a) Clicking en apertura.

- b) Dolor al tiempo del clicking.
- c) Crepitación suave.
- d) Dolor articular durante la función.
- e) La articulación recaptura el disco durante la apertura o el cierre.

#### **10. ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA, ARTRITIS, ARTROSIS CON ARTRALGIA**

Los diagnósticos requeridos o criterios operacionales son los mismos que para la capsulitis y hay ausencia de pruebas positivas de laboratorio, para enfermedad vascular del colágeno.

Los hallazgos que se pueden presentar con el diagnóstico son:

- a) Desviación durante el rango de movimientos mandibulares.
- b) Dolor de la articulación sin función.
- c) Mordida abierta anterior y/o en el lado no afectado.
- d) Reducción en los rangos de movimientos mandibulares.
- e) Evidencia radiográfica de cambios articulares.
- f) Crepitación suave.

#### **11. ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA, ARTRITIS, ARTROSIS SIN ARTRALGIA, DE ORIGEN TRAUMÁTICO O IDIOPÁTICO**

Los diagnósticos requeridos son iguales que los de la enfermedad articular degenerativa, artrosis con artralgia

excepto sin dolor en la articulación durante la palpación, función o excursión.

Los hallazgos son iguales que en la enfermedad articular degenerativa con artralgia, excepto que no hay dolor sin función.

## 12. ENFERMEDAD VASCULAR DEL COLÁGENO

Los criterios operacionales son iguales que para la capsulitis además de:

- a) Pruebas positivas de laboratorio para enfermedad del sistema inmune o presencia de criterios clínicos requeridos para hacer un diagnóstico de enfermedad del colágeno.

Los hallazgos son:

- a) Mordida abierta anterior
- b) Inflamación articular
- c) Cambios radiográficos
- d) Reducción en el rango de los movimientos mandibulares.
- e) Crepitación durante los movimientos mandibulares.
- f) Signos sistémicos y periféricos de la enfermedad vascular del colágeno.

## ANEXO

### CUESTIONARIO E HISTORIA CLINICA

Por favor lea cada pregunta y responda correctamente.

19 ¿Cómo considera su estado de salud en general?

Excelente, muy buena, buena, regular, mala.

29 ¿Cómo considera que es su salud oral?

Excelente, muy buena, buena, regular, mala.

39 ¿Ha tenido dolor en la cara, sien, alrededor del oído o dentro de él en el mes pasado?

Sí No

49 Si no tuvo dolor en el mes pasado pase a la pregunta 14.

Si tuvo dolor:

4A. ¿Hace cuántos años le comenzó el dolor facial por primera vez?

Si hace un año o más, pase a la pregunta 5.

Si hace menos de un año, codifíquelo como 00.

- 4B. ¿Cuántos meses hace que tuvo dolor facial por primera vez?
- 59 ¿Es su dolor facial: persistente, recurrente, o fue problema de una sola vez?
- 69 ¿Ha ido al médico, odontólogo quiropráctico u otro profesional de la salud, para su dolor facial?
- 79 ¿Tiene ruido articular cuando está en apertura bucal, cierre o masticando?
- 89 ¿Hace su mandíbula ruido de crujido o rechinar cuando la abre, cierra o cuando mastica?
- 8A. ¿Ha sabido o le han dicho que durante la noche rechina o aprieta los dientes (bruxa su mandíbula)?
- 8B. ¿Durante el día, rechina los dientes?
- 8C. ¿Siente dolor o sensibilidad en la mandíbula cuando se levanta por la mañana?
- 8D. ¿Ha tenido zumbido o ruido en los oídos?
- 8E. ¿Ha cambiado su mordida habitual?
- 99 ¿Tiene artritis reumatoidea, lupus o cualquier otra enfermedad sistémica?
- 109 ¿Ha tenido o tiene la articulación inflamada o dolorosa en apertura o en reposo?

119 ¿Ha tenido una lesión o herida reciente en la cara o articulación?

129 ¿Ha tenido dolor mandibular antes de la lesión o herida?

139 ¿Ha tenido durante los últimos 6 meses dolores de cabeza y migrañas?

149 ¿Presenta limitación para realizar movimientos mandibulares?

159 ¿En el último mes cuanto ha estado estresado y por qué?

## CONCLUSIONES

1. Durante el desempeño de nuestra profesión observamos en una mayor escala las múltiples implicaciones de la ATM ante desarmonías oclusales crónicas y agudas, debido a esta gran intimidad entre restauración y rehabilitación de un paciente y su consecuente impacto articular es necesario prever cualquier iatrogenia siendo muy conscientes de la labor que realizamos como entes encargados de la preservación estomatognática del paciente.

2. Siendo la ATM el punto más receptivo de los traumas a nivel oclusal, es importante conocer no solo los diagnósticos concernientes sino también la multiopcionalidad en cuanto a tratamientos viables a realizar.

3. Son importantes los datos de la anamnesis en el enfoque certero de los diagnósticos; pero estos siempre están sometidos a nuevas evaluaciones investigativas.

## I N D I C E

AGRADECIMIENTOS	
JUSTIFICACION	
OBJETIVOS	
INTRODUCCION	
PRINCIPIOS FISIOLÓGICOS DE LA ATM .....	1
ANATOMIA DE LA ATM .....	3
Componentes Principales .....	3
Componentes Accesorios .....	4
HISTORIA .....	5
Palpación de los músculos .....	7
Palpación de la ATM .....	7
Exploración radiográfica .....	9
Exámen Intraoral .....	10
Quinesiología aplicada .....	10
REVISION DE LA LITERATURA .....	12
Consideraciones clínicas para el diagnóstico .....	12
INVESTIGACION DE CRITERIOS DIAGNOSTICOS .....	17
I Parámetro: Consideraciones clínicas de los DTM .....	17
Apéndice para el I Parámetro .....	23

II Parámetro: Incapacidad asociada a dolor y nivel psicológico .....	24
CRITERIOS CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR .....	27
Criterios para la decisión .....	29
Métodos .....	31
DECISION CLINICA E INCLUSION DE CRITERIOS PARA CATEGORIZACION DE DIAGNOSTICOS DE DTM .....	41
Mialgia Tipo I .....	41
Mialgia Tipo II .....	42
Disfunción con dolor miofacial .....	42
Disfunción interna Tipo I .....	43
Disfunción interna Tipo II .....	43
Disfunción interna Tipo III .....	44
Capsulitis y Sinovitis .....	45
Relato de trauma fuerte o severo .....	45
Perforación del ligamento posterior del disco .....	45
Enfermedad articular degenerativa .....	46
Enfermedad articular degenerativa traumática o idiopática .....	46
Enfermedad vascular del colágeno .....	47
ANEXO I. Cuestionario e historia clínica .....	48
CONCLUSIONES .....	51
INDICE .....	52
BIBLIOGRAFIA .....	54

## BIBLIOGRAFIA

Journal of Craneomandibular Disorders: Facial & Oral Pain  
Vol 6 Number 4, 1992. Pags 301 - 305; 335 - 343

JADA. Vol 123 april 1992. Pags 47 - 54

La Oclusión en Odontología Restauradora. D. Gross Martin,  
Ed. Labor. Barcelona España, 1987. Pags 1 - 10; 173 - 186

Modern Practice in orthogna there and Reconstructive  
surgery, William H. Bell, Edit W.B. Saunders Company.  
Philadelphia, Pensilvania, U.S.A. 1992.