

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES



Facultad Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**REPORTE DE UN CASO CLÍNICO DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO DESORDEN TEMPOROMANDIBULAR
INTRACAPSULAR**

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR: CALDERÓN ROCA, Cristhian Jesús

ASESOR: Mg. EDGAR OMAR ALIAGA OCHOA

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

HUANCAYO – PERÚ - 2021

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación de pregrado, está dedicada a Dios, mi familia y amigos de la universidad que me están ayudándome y motivándome continuamente a ser mejor profesional.

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas que han contribuido al proceso y culminación de este reporte de caso clínico.

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, mis familiares a mis maestros de pregrado que me motivo a evidenciar científicamente este trabajo de investigación

Gracias a mi alma mater y mis docentes por su enseñanza y dedicación en este nivel de pregrado.

CONTENIDO

**CAPÍTULO I
PRESENTACIÓN**

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
CONTENIDO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi

CAPÍTULO II

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2.2 MARCO TEÓRICO.....	2
2.2.1 BÁSES TEORICAS Y CIENTIFICAS	14
2.3 OBJETIVOS	

CAPÍTULO III

3.1. DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO.....	28
HISTORIA CLÍNICA.....	28
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	29
3.3 DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.....	30

CAPÍTULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	31
---------------------------------------	----

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES.....	40
-------------------	----

CAPÍTULO VI

APORTES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS.....	45

RESUMEN

Hoy en día, los desórdenes temporomandibulares son atendidos por el estomatólogo en cuanto al diagnóstico y su tratamiento. Esta alteración comprende diversas áreas como: la biológica, sociológica, social, y puede abarcar hasta la fe espiritual.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente femenina de 56 años de edad que acude a la consulta de la clínica docente asistencial de la Universidad Peruana Los Andes, preocupado porque no pueden juntar los dientes. En la enfermedad actual la paciente refiere sufrir artrosis hace 10 años y depresión crónica hace 8 años, también consume el Losartan para la hipertensión arterial y ansiolítico. Refiere que fuma 10 cigarrillos al día desde hace 8 años. La queja principal presenta un dolor agudo y ruido en zona cercana al oído izquierdo, así como dificultad para masticar y no puede juntar los dientes. En los antecedentes estomatológicos presento un tratamiento dental prolongado hace 15 días y se quedó con la boca abierta durante hora a hora y media, desde niña se quedaba con la boca abierta al bostezar. Se efectuó la examinación de la línea media dental, evaluación de la dinámica mandibular, mapa de Rocabado y evaluación de los músculos masticatorios. Impresión diagnóstica Trastorno inflamatorio de la articulación derecho e izquierdo, luxación discal con reducción en la ATM derecha y desplazamiento discal en Atm izquierda, dolor miofascial de los músculos masticatorios y el cuello y dolor muscular local. Luego de realizar el diagnóstico se procedió a confeccionar una férula oclusal para cada problema muscular y el otro para problema articular, posteriormente se realizó la rehabilitación del sistema estomatognático.

Conclusiones: Es indispensable conocer la etiología ya que en este caso el tratamiento es multifactorial, un diagnóstico correcto nos permitirá utilizar una férula correcta y corroborar con un examen auxiliar en este caso la resonancia magnética que nos indica un plan de tratamiento certero.

Palabras Claves: Diagnóstico certero, Férula oclusal, desorden temporomandibular intracapsular.

ABSTRACT

Introduction: In the etiology, diagnosis and treatment of temporomandibular disorders are assumed by the dentist. This type of pathology involves different areas: biological, sociological, social, and can encompass even spiritual faith.

Case presentation: The case of a 56-year-old female patient who comes to the clinic of the teaching assistance clinic of the Universidad Peruana Los Andes is presented, worried that she could not put her teeth together and cannot crush food 15 days ago and the problem is increasing. In the current disease, the patient reports suffering from osteoarthritis 10 years ago and chronic depression 8 years ago, Losartan also consumes for arterial and anxiolytic hypertension. He says he smokes 10 cigarettes a day for 8 years, Losartan also consumes for arterial and anxiolytic hypertension. He says he smokes 10 cigarettes a day for 8 years. The main complaint presents acute pain and noise in the area near the left ear, as well as difficulty in chewing and cannot join the teeth. In the stomatological history I had a prolonged dental treatment 15 days ago and stayed with my mouth open for an hour and a half, since I was a child I stayed with my mouth open when yawning. In the presumptive diagnosis, the evaluation of the dental midline, evaluation of the mandibular dynamics, Rocabado map and evaluation of the masticatory muscles were performed. Diagnostic impression Inflammatory disorder of the right and left joint, disc dislocation with reduction in the right TMJ and disc displacement in the left Atm, myofascial pain of the masticatory and neck muscles and local muscle pain. After making the diagnosis, the occlusal splints were made one for each muscle problem and the other for joint problem, then the stomatognathic system was rehabilitated.

Conclusions: It is essential to know the etiology since in this case the treatment is multifactorial, a correct diagnosis will allow us to use a correct splint and corroborate with an auxiliary examination in this case the magnetic resonance that indicates an accurate treatment plan.

Key Words: Accurate diagnosis, Occlusal splint, intracapsular temporomandibular disorder.

CAPÍTULO II

INTRODUCCION

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el National Institutes of Health, es una estimación aproximada a mediados de la década de los 90, había 10 millones de personas con desordenes temporomandibulares en los Estados Unidos de America^{1,2,3}.

Según la Academia Americana de Dolor Orofascial, la disfunción temporomandibular es un término colectivo que abarca una serie de problemas clínicos que afectan la musculatura de la masticación, la articulación temporomandibular y las estructuras asociadas a ambas^{1,2}.

La articulación temporomandibular es muy compleja y está compuesta por el hueso temporal, el maxilar inferior interpuesto entre ambas al disco articular. Está relacionada con la oclusión, dientes, articulación, oído, periodonto, musculo, sistema nervioso central. La disfunción temporomandibular comprende una serie de signos y síntomas, entre ellos el dolor bucofascial y las alteraciones funcionales como los ruidos articulares y las limitaciones a los movimientos mandibulares. La etiología es multifactorial, se puede producir por factores locales como traumatismos, hábitos parafuncionales, estrés, iatrogenias y otras de características idiopáticas que sobrepasan la tolerancia fisiológica de cada individuo y se manifiesta los síntomas de los trastornos temporomandibulares^{2,3}.

De acuerdo a la evidencia científica y reporte de casos clínicos uno de los tratamientos más eficaces para los desórdenes temporomandibulares es la férula oclusales, existen muchos tipos de férulas que se han estudiado para los signos y síntomas de los desórdenes temporomandibulares para pacientes adultos, la evidencia clínica nos muestra un diagnóstico certero y una adecuada placa para cada patología nos disminuye y elimina los signos y síntomas presentado en el paciente^{1,3}.

Una placa bien confeccionada siguiendo los objetivos terapéuticos nos permitirá conseguir resultados, de acuerdo a la escala visual analógica mitigando el dolor y eliminando los ruidos articulares en nuestro paciente.

El objetivo del estudio fue realizar el diagnóstico y tratamiento integral de un desorden temporomandibular extracapsular e intracapsular.

¿Los desórdenes temporomandibulares son más frecuentes los intracapsulares?

2.2. OBJETIVOS:

1.- Efectuar el análisis y procedimiento del tratamiento integral de un desorden temporomandibular intracapsular.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Castañeda M, y Ramón R (2016), Realizaron un estudio sobre el uso de férulas oclusales en pacientes con trastornos temporomandibulares mediante una revisión bibliográfica minuciosa que diagnostican la articulación temporomandibular en cuatro clases: alteraciones de la musculatura

masticatoria, alteraciones de la Articulación TemporoMandibular, disminución de la movilidad mandibular crónica y trastorno de crecimiento, de acuerdo a las características clínicas están relacionados con factores orgánicos, psicosociales y psicológicos que afecta preferentemente a las féminas en una proporción de (4:1) preferentemente desde los 20 a 40 años, se presume que entre el 40 y 75 % de la gente describe un signo y el 33% presenta un síntoma. El objetivo de estas férulas fueron disminuir el dolor y optimizar la función articular en pacientes con trastornos temporomandibulares y con bruxismos. Se clasifican diversas férulas rígidas como blandas para tratamientos musculares, articulares y mixtas, se concluye que las férulas reducen las manifestaciones clínicas en pacientes con trastornos temporomandibulares, aumenta la dimensión vertical y proporciona una estabilidad tanto oclusal como articular, protege las estructuras musculares como dentarias³.

Murillo F y Chan J (2015) "Férulas oclusales: Conocimiento y solución parcial" en su estudio de revisión bibliográfica, se tocó el tema de férulas oclusales y el bruxismo desde el criterio del paciente bruxista, indicaciones y usos, criterio de manejo médico, tecnologías usadas para comprobar el estado de actividad muscular, mecanismos de acción, materiales dentales, criterios de objeción y revisión de casos clínicos. El bruxismo es un problema personal para el paciente, que involucra diferentes áreas: la biología, psicológica, social y puede abarcar hasta la fe espiritual del paciente. Se concluye que el bruxismo es un área clínica muy compleja que la férula oclusal es un medio para evitar la parafunción que el objetivo final fue evitar de manera progresiva el desgaste dental⁴.

García I, Jiménez Z, Santos L, Saéz R. Actualización terapéutica de los trastornos temporomandibulares. Se detalló una revisión bibliográfica, con el propósito de actualizar las diferentes alternativas terapéuticas que se disponen para el tratamiento de los desórdenes temporomandibulares, para lo cual primero se realiza el alivio del dolor y restablecimiento de la función, aunque primero se deba realizar un diagnóstico minucioso de esta alteración, enfatizando que el estrés es un elemento fundamental que se debe considerar. La existencia de diferentes tratamientos terapéuticos para los desórdenes temporomandibulares, queda justificada por la multifactorialidad de la etiología; las alternativas más comunes usadas en el tratamiento de apoyo son las férulas oclusales y el tallado selectivo. Se prefiere la fisioterapia como medios educacionales, físicos y el uso de férulas como coadyuvante terapéutico de los trastornos temporomandibulares, ya que disminuye el peligro de producir reacciones adversas. Solo se indicará el tratamiento quirúrgico si el tratamiento reversible fue un fracaso⁵.

2.3.2. Bases teóricas o científicas

DESARROLLO DE LOS DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES

La causa de los DTM no es unitaria a pesar de que los signos y síntomas son considerablemente habituales. Conocemos que varias anomalías provocan trastornos en el complejo articular y estas se verifican en una variedad de desórdenes según las estructuras dañadas. Okeson manifiesta la forma en que se inician los síntomas en una oclusión anómala, para lo cual propone la fórmula que sigue:

$$\begin{array}{ccccccc} \text{Función} & & & & & & \\ \text{Normal} & + & \text{Alteración} & > & \text{Tolerancia} & \longrightarrow & \text{Síntomas} \\ & & & & \text{Fisiológica} & & \text{del TTM} \end{array}$$

FUNCIÓN NORMAL

Las funciones del sistema masticatorio en una oclusión fisiológica son básicamente la masticación, deglución y fonación y las efectúa el sistema de control neuromuscular⁶.

LA ALTERACIÓN

Al momento mismo del movimiento correcto del complejo articular, se consigue originar anomalías que consiguen variar su desempeño. Las anomalías pueden ser de causas locales y sistémicas.

➤ ANOMALIAS LOCALES

- 1.- Cambio en el estímulo sensitivo o propioceptivo, como, por ejemplo, la colocación de una corona con una oclusión inadecuada.
- 2.- Un traumatismo que afecte a los tejidos locales (apertura excesiva de la boca).
- 3.- Episodios periódicos de bruxismo. Esta se manifiesta durante el sueño del paciente, así mismo puede manifestarse en el día. Esta anomalía consigue ejercer un rol significativo en las disfunciones del sistema masticatorio.
- 4.- El estímulo doloroso profundo y constante. El dolor que se percibe en las estructuras masticatorias a menudo afectan la función muscular normal por los efectos de excitación central. También es preciso apreciar que cualquier dolor, aunque sea de etiología desconocida (dolor idiopático), puede causar este efecto⁷.

➤ ANOMALIAS SISTÉMICAS

Una alteración sistémica frecuente que puede influir en la función masticatoria es el aumento de estrés emocional que experimenta el paciente. Los centros emocionales del cerebro pueden tener una influencia en la función muscular. El efecto global es el aumento de la tonicidad del músculo. El estrés psicológico que forma parte integral de nuestras vidas desempeña un papel importante en las disfunciones temporomandibulares. No es un trastorno emocional inusual que tan solo se da en determinados pacientes. Contrariamente a lo que pudiera pensarse no siempre es negativo. A menudo es una fuerza motivadora que nos estimula a llevar a cabo una tarea y a alcanzar el éxito. El organismo reacciona ante el factor estresante creando algunas demandas

de reajuste o adaptación. El aumento del nivel de estrés emocional que experimenta el paciente no solo puede aumentar la tonicidad del músculo de la cabeza y del cuello, sino que también puede incrementar la actividad no funcional, como el bruxismo⁸.

AGUANTE FISIOLÓGICO

Es muy bien conocido que no todas las personas se expresan de igual manera frente a un hecho similar. Esta diferenciación individual manifiesta lo que algunos clínicos consideran como aguante fisiológico de la persona. Cada sujeto es capacitado para aguantar algunas anomalías sin que esto produzca algún daño en el complejo articular. Es probable que el aguante fisiológico influya en factores locales y sistémicos⁸.

- **Factores Locales**

Están determinados por la oclusión. El cumplimiento de los principios fisiológicos de una oclusión orgánica, de una oclusión estable mutuamente compartida y mutuamente protegida, permite al sistema proporcionar la mayor facultad de tolerar el dolor frente a situaciones de causa local y sistémica mencionadas anteriormente. Esto no sucede cuando es mala la estabilización ortopédica (ocluso – articular), en este caso es muy frecuente que una anomalía muy pequeña, consiga alterar la función del complejo articular. Es así que una manera de influir en los síntomas relacionados con los desórdenes temporomandibulares, es el estado oclusal en que se encuentran las piezas dentarias⁸.

- **Factores Sistémicos**

Existen varias causas de origen sistémico que influyen en el aguante fisiológico de un sujeto:

- 1) Factores constitucionales (genéticos, sexo, dieta).
- 2) Enfermedades agudas o crónicas.
- 3) Aspecto físico completo del sujeto.
- 4) Eficiencia de los procedimientos de variación del dolor.
- 5) Estrés emocional.
- 6) Este factor interviene en dos apartados de la fórmula: como alteración sistémica y como factor sistémico que influyen en la tolerancia

fisiológica. Como alteración se asocia con una circunstancia concreta mediante la cual aumenta el nivel de estrés emocional. Como factor sistémico reduce la tolerancia fisiológica del individuo⁸.

SÍNTOMAS DEL TRASTORNO TEMPOROMANDIBULAR

Cada componente del sistema masticatorio tiene su propia tolerancia estructural individual. Siempre que una anomalía exceda el límite de aguante fisiológico de la persona, el complejo articular comienza a padecer ciertas alteraciones. Todo elemento del sistema estomatológico presenta su propio aguante distributivo individual. Si consideramos las estructuras del SE como eslabones de una cadena, cuando se tensa, la unión más débil es la que primero se rompe y causa una separación del resto de la cadena. Las posibles localizaciones son los Músculos, las ATM, las estructuras de soporte de los dientes y los mismos dientes. Si las estructuras más débiles del sistema son los músculos, el individuo experimenta un dolor con la palpación muscular y durante los movimientos mandibulares. Si las ATM son el eslabón más débil, el paciente referirá sensibilidad y dolor articulares. La articulación también puede ocasionar ruidos (clic). En ocasiones, la musculatura y el complejo articular soportan la alteración, sin embargo, ya que los músculos presentan mayor actividad (bruxismo), el elemento más frágil es el periodonto o los mismos dientes. En estos casos, produce movilidad o desgaste.

Por lo tanto, podríamos afirmar que el factor desencadenante más importante de la patología del SE es el estrés, que a su vez ocasiona el bruxismo. El origen del bruxismo básicamente está relacionado a la tensión psíquica, que produce una mayor actividad del SNC. Por esa razón ningún clínico puede tratar al bruxismo. El tratamiento odontológico consiste en disminuir las sobre cargas al SE en donde las placas neuromiorelajantes juegan un rol muy importante⁹.

ESTRÉS

El estrés causa alteraciones sistémicas influenciadas por el sistema nervioso autónomo. Estas investigaciones están relacionadas con alteraciones: trastornos gástricos, acidez, gastritis, úlcera, constipación, mareos, sudor excesivo, taquicardia, hipertensión, dificultad para respirar, sueño perturbado, irritabilidad, etc. ¿El paciente se considera tenso? ¿Su actividad profesional es estresante y

desgastante? ¿Se produjeron modificaciones importantes en su vida en los últimos meses?⁸.

PARAFUNCIÓN

Las principales parafunciones están relacionadas con los desórdenes temporomandibulares como son: apretar o crujir los dientes, morder objetos, comerse las uñas, apoyar la mano en la mandíbula, masticar chicles y los hábitos parafuncionales profesionales⁸.

POSTURA

La interconexión del sistema estomatognático con los músculos cervicales y lumbares hace que una postura incorrecta pueda generar síntomas en los músculos masticatorios. Hay que observar la postura de la cabeza. El adelantamiento puede perjudicar los músculos: trapecio, esternocleidomastoideo, escaleno y otros músculos cervicales. En razón al trabajo sinérgico de los músculos masticatorios, con estos músculos y a pesar que son afectado secundariamente, pueden ser los únicos que presentan síntomas⁸.

PLACA OCLUSAL

Es un aparato removible que se ajusta a las superficies oclusales e incisivos de los dientes de una de las arcadas y crea un contacto oclusal preciso con la arcada opuesta.

- **Placa Rígidas**

Se mantienen estables a través del tiempo.

- **Placa Blanda**

A medida que lo usan se van separando de las estructuras⁸.

TIPOS DE PLACAS

PLACA DIRECTRICES

Dejan huellas a nivel superior e inferior y permiten la mandíbula, llevar a una determinada posición.

PLACA PERMISIVA

Placa superior, parte que va a la cara opuesta es lo más plana posible, cúspides inferiores sea como una patinadora de hielo⁸.

REQUISITOS DE LAS PLACAS OCLUSALES

1.-Debe ajustarse exactamente a los dientes maxilares, ser estables y retenerse adecuadamente.

2.- En RC todas las cúspides vestibulares y/o linguales posteroinferiores deben contactar en superficies planas con la misma intensidad⁹.

OBJETIVOS DE LAS PLACAS TERAPÉUTICAS

- 1.- Deprogramar la musculatura masticatoria.
- 2.- Llevar a relación céntrica
- 3.- Realizar un diagnóstico diferencial⁹.

PLACA MIORELAJANTE

Las placas miorelajantes o de estabilización es un aparato que permite que los cóndilos se desplacen sin limitación de movimientos. Pueden elaborarse en el maxilar superior o en la mandíbula. Una vez instalado permite proporcionar una relación maxilomandibular excelente para el paciente. Su superficie oclusal es lisa sin las impresiones cuspidicas de los dientes antagonistas, promueve la estabilización mandibular con contactos diente/placa, esto provoca la pérdida de reflejo neuromuscular condicionado por la máxima intercuspidadación, por lo tanto, actúa como un desprogramador muscular.

Cuando está posicionado en boca, los cóndilos se sitúan en una posición musculo- esquelética estable en relación céntrica, al mismo tiempo que se produce el contacto dental de forma bilateral, simultánea y uniforme. Durante los movimientos excursivos de protusión y lateralidad, hay desoclusión de los dientes posteriores con guía en el canino¹⁰.

PLACA DE REPOSICIONAMIENTO ANTERIOR

Placa interoclusal que propicia que la mandíbula adopte una posición más anterior que la posición de intercuspidadación. Tiene por finalidad promover una mejor relación cóndilo-disco en la fosa mandibular de tal forma que los tejidos adyacentes tengan mejor oportunidad de reparación y adaptación.

Principios de acción

- 1.- Teoría del desengranaje oclusal que, por medio de la placa, proporciona la oclusión ideal para el paciente.
- 2.- Teoría de la restauración de la dimensión vertical oclusal perdida, reduciendo y eliminando todas las actividades musculares anormales.
- 3.- Teoría del realineamiento maxilomandibular que preconiza el alineamiento de la posición mandibular con relación al maxilar por medio de placas interocclusales, con base en los detalles anatómicos que permiten orientar el montaje de los modelos en el articulador.

4.- Teoría del reposicionamiento de la articulación temporomandibular, hacia una posición determinada por medio de exámenes radiográficos.

5.- Teoría de la consciencia cognitiva que se basa en el concepto que la presencia de cualquier aparato interoclusal en la boca, alerta constantemente al paciente para que altere los comportamientos anormales y perjudiciales para el sistema estomatognatico¹⁰.

PLACA DE MICHIGAN

Actualmente la placa permisiva (miorelajante) con uso más difundido es la placa tipo Michigan.

Según Ramford & Ash, las placas miorelajantes son mucho más eficaces sin la guía incisal porque:

- Proporcionan mayor facilidad de ajuste después del cambio de posición mandibular.
- Evitan una respuesta muscular debido al contacto de los incisivos sobre la placa.
- Eliminan la tendencia que los pacientes bruxomanos tienen, de rechinar los dientes sobre esta región visto que era este el comportamiento antes de la instalación de la placa¹⁰.

2.3 OBJETIVOS:

Realizar el diagnóstico y tratamiento integral de un desorden temporomandibular intracapsular.

CAPÍTULO III

3.1 DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1.1 HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

NOMBRE Y APELLIDO: EDH.

EDAD: 56 años **SEXO:** Femenino

ESTADO CIVIL: Divorciada

DOMICILIO: Paseo la Breña 125 – Departamento 801

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior

OCUPACIÓN: Administradora

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Huancayo 12/01/1978

LUGAR DE PROCEDENCIA: Huancayo

- **MOTIVO DE CONSULTA:**

“Siento que no cierran bien mis dientes y no puedo triturar los alimentos. Hace 15 días que mi problema va en aumento”

- **ENFERMEDAD ACTUAL**
- **ANTECEDENTES PERSONALES:** Paciente refiere sufrir de artrosis hace 10 años, no toma medicación para ello. Refiere dolor de rodillas frecuentes, sobre todo cuando hace frío. Dice que fue diagnosticado de depresión crónica hace 8 años aproximadamente.

Toma Losartam (HTA). Bromazepan (ansiolítico), Clonazepan (1 a 2 veces al mes)

Fuma 10 cigarrillos al día desde hace 8 años aproximadamente.

- **HABITOS DE HIGIENE:** Cepillado 3 veces al día
- **QUEJA PRINCIPAL:** Dolor agudo y ruido en zona cercana al oído izquierda, así como dificultad para masticar y no puede juntar los dientes.
- **ANTECEDENTES ESTOMATOLÓGICOS**
- Hace 15 días recibió tratamiento dental prolongado (aproximadamente 1 hora y media con la boca abierta); desde ese momento se manifiestan sus molestias.
- Desde niña tenía problemas porque se quedaba con la boca abierta cuando hacía esfuerzo al bostezar.

ANAMNESIS

ECTOSCOPIA

APRECIACIÓN GENERAL: Aparente buen estado natural, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado general, lucido orientado tiempo estado presente.

Grado de colaboración: Receptiva, colaboradora

Edad aparente: La misma.

Peso: 68 Kg.

Talla: 1.68mts.

B. PLAN DE TRABAJO INMEDIATO PARA EL DIAGNÓSTICO

PRESUNTIVO:

- Evaluación de línea media cráneomandibular.
- Evaluación de dinámica mandibular.
- Mapa del dolor ATM
- Evaluación de los músculos masticatorios.

C. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Trastornos inflamatorios de la articulación del lado derecho e izquierdo
- Luxación discal con reducción de la articulación temporomandibular derecha.
- Luxación discal con reducción de la articulación temporomandibular izquierda.
- Dolor miofascial de músculos masticatorios y del cuello.
- Dolor muscular local.

DISCUSIÓN

- Los factores desencadenantes están relacionados con traumas y microtraumas como extracciones dentarias y tratamientos odontológicos que fuerzan la apertura mandibular, caídas y golpes a nivel de la mandíbula.

ANAMNESIS



Fig. 1 Evaluación del paciente



Fig. 2 Línea media Craneomandibular



Fig. 3 Mapa del dolor ATM

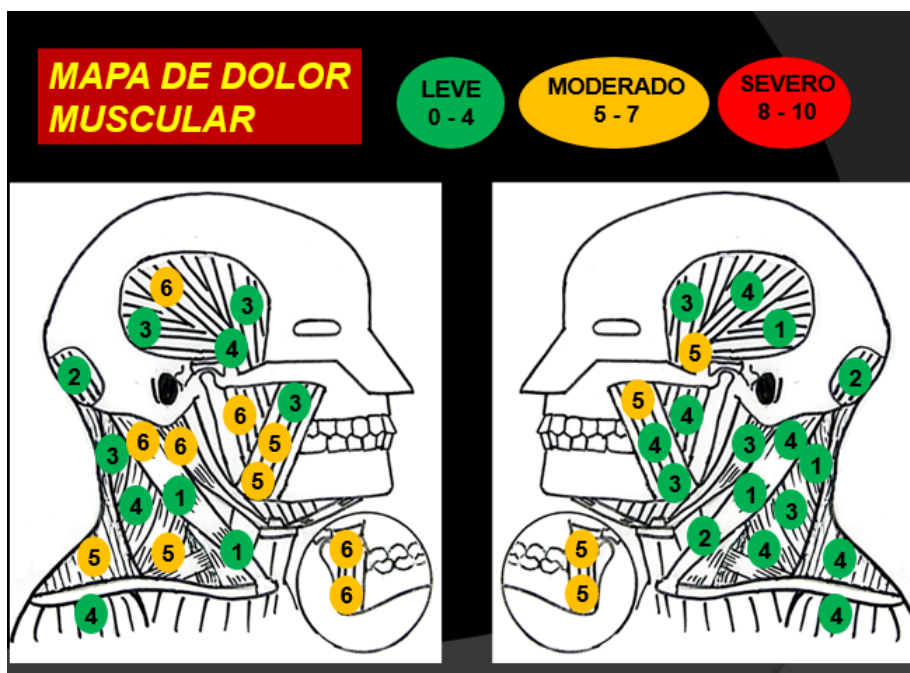


Fig. 4 Mapa del dolor Muscular masticatorio



Fig. 5 Reposición de la línea media Craneomandibular

REGISTRO BIS A BIS



Fig. 6 montaje de modelos al articulador

USO DE NIVELADORES PARA PARALELIZADO



Fig. 7 Paralelizado de modelos

**PARALELIZADO DE LAS PIEZAS DENTARIAS
PARA VER ZONA RETENTIVA Y EXPULSIVA**



Fig. 8 uso del paraliligrafo

**PARALELIZADO DE LAS PIEZAS DENTARIAS
PARA VER ZONA RETENTIVA Y EXPULSIVA DEL
MODELO INFERIOR**



Fig. 9 Paralelizado de piezas anteriore

**DISEÑO DEL MODELO INFERIOR PARA
ENCERADO 10-12 mm**



Fig. 10 Diseño de la férula

**DISEÑO DEL MODELO INFERIOR PARA
ENCERADO, LIGERAMENTE POR ENCIMA DEL
EQUADOR DENTARIO**



Fig. 11 diseño de la placa inferior

ENCERADO DEL MODELO SUPERIOR DODAM



Fig. 14 Encerado de placas superior e inferior

ENCERADO DE LOS MODELOS EN EL ARTICULADOR



Fig. 15 Encerado montados en el articulador



Fig. 16 nivelación de las placas de relajación



Fig. 17 Acrilizado y pulido de placas de relajación



Fig. 18 Instalación de la placa de relajación



Fig. 19 Ajuste de la placa de relajación



Fig. 20 Rebasado con silicona



Fig. 21 desgaste y ajuste de placa relajante



Fig. 22 uso de dispositivo

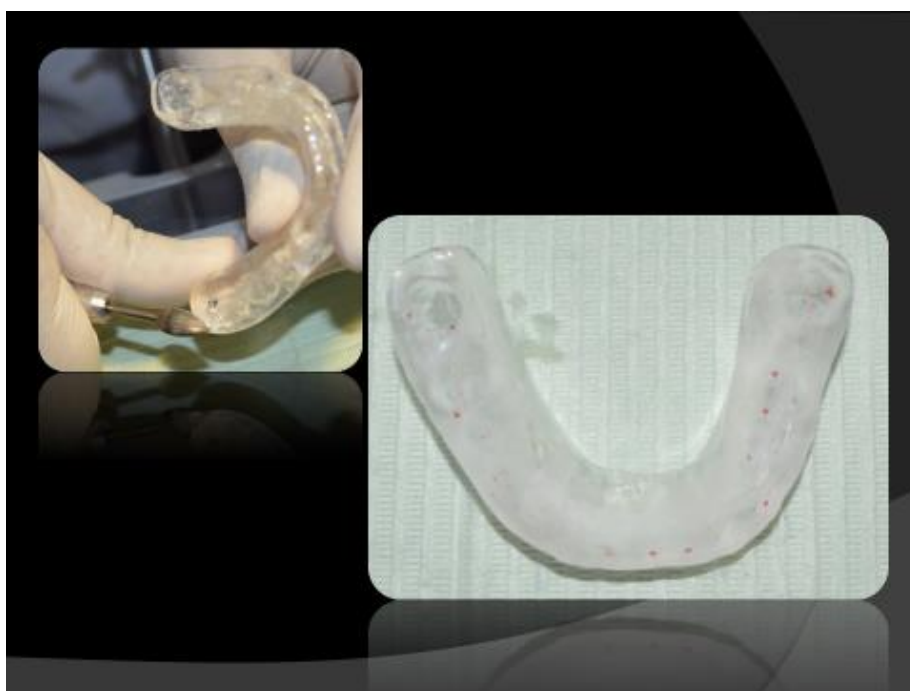


Fig. 23 Acabado y pulido



Fig. 24 Instalación de placa relajante



Fig. 25 placa relajante terminada



Fig. 26 caso terminado

CAPÍTULO IV

4.1 PLAN DE TRATAMIENTO

CONSIENTIZACIÓN DEL PACIENTE

Lograr que nuestro paciente este consiente del tipo de tratamiento que va recibir al acudir a nuestro consultorio, en el cual se le explica el plan de tratamiento elegido, así como su plan de mantenimiento establecido.

El tratamiento establecido es la rehabilitación mediante la confección de férulas oclusales, para disminuir la contractura que existe en los músculos masticatorios y así aliviar las molestias que presenta el paciente.

1 Evaluación del paciente

2 Toma de modelos de estudios

3 Montaje de modelos al articulador

4 Paralelizado de piezas dentarias

5 Diseño de la férula

6 Encerado de la Férula

7 Acrilizado y pulido de placas de relajación

8 Instalación de la placa de relajación

9 Ajuste final de la placa de relajación

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- 1ra. -El dolor de los desórdenes temporomandibulares fueron variables la articulación temporomandibular, seguida de ruidos articulares y se encuentran asociados al bruxismo o parafunción, seguido de pacientes edentulos. Entre los tratamientos para los desórdenes temporomandibulares está la placa neuromiorelajante en mayor porcentaje, seguido de la férula guía canina y la férula oclusal.
- 2da. – Las placas miorrelejantes son usadas para aliviar la sintomatología dolorosa del complejo articular, estas placas oclusales favorecen la rehabilitación del paciente.
- 3ra. - De acuerdo a la revisión de artículos científicos las placas miorrelejantes demuestran poseer efectividad para aliviar las alteraciones a nivel del complejo articular, tanto en la sintomatología y la presencia de signos.

4ta. – Hoy en día se demuestra que el manejo de neuromusculatura es básicamente de causa central, pero es necesario considerar el input periférico.

5ta. – La multifactorialidad de la etiología de los desórdenes temporomandibulares justifica varios enfoques incluyendo el uso correcto de las férulas para cada una de las patologías.

CAPÍTULO VI

APORTES

1er. – La praxis desarrollada en el caso clínico que informamos, nos permite considerar que es tarea básica, desarrollar una evaluación exhaustiva de la boca y prestar atención al sonido del click hasta un dolor muscular y articular que nos manifiestan las patologías de los desórdenes temporomandibulares.

2do. – La investigación científica odontológica es crucial para determinar los factores que hay mayor prevalencia de pacientes del sexo femenino con alteraciones de estos desordenes temporomandibulares.

3er. – Asimismo, estamos en condiciones de sostener que debe verificarse con una resonancia magnética posterior a la confección de la férula, ello nos indicará que realmente estamos realizando un correcto tratamiento.

4to. - Un buen tratamiento, requiere cuantificar el porcentaje de patologías musculares, articulares o mixtas y valorar los procedimientos terapéuticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Vásconez M, Bravo W, Villavicencio E. Factores asociados a los trastornos temporomandibulares en adultos de Cuenca, Ecuador. Revista Estomatológica Herediana.2017; 27(1):5-12.
- 2.- Guerrero L y colaboradores. Prevalencia de trastornos temporomandibulares en la población adulta beneficiaria de Atención Primaria en Salud del Servicio de Salud Valparaíso, San Antonio. Avances en Odontoestomatología.2017; volumen 33 (3):113-119. [Revista en internet]. [citado el 20 abril del 2018]. Disponible en. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852017000300003.
- 3.- Castañeda M, Ramón R. Uso de férulas oclusales en pacientes con trastornos temporomandibulares. MEDISAN.2016;20(4):1-11.
- 4.- Murillo F y Chan J. Férulas oclusales: Conocimiento y solución parcial. ODOVTOS-Int.J. Dental Sc. 2015: volumen 17 (1): 53-63.
- 5.- García I, Jiménez Z, Santos L, Saéz R. Actualización terapéutica de los trastornos temporomandibulares. Re. Cubana Estomatol. 2007;44(3): 1-9.
- 6.- Santander H. et al. Después de cien años de uso: ¿Las férulas oclusales tienen algún efecto terapéutico? Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. 2011;4(1):29-35.
- 7.- Torres P, Clavería F, Fuentes M, Torres L, Crespo M. Uso de férulas de descarga en una paciente con bruxismo. MEDISAN. 2009; 13(1): 1-4.

- 8.- Okenson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. (7ma). España: Elsevier; 2013.
- 9.- Maglione H, Laraudo Zavaleta Disfunción craneomandibular afecciones de los músculos masticadores y de la articulación temporomandibular, dolor orofacial. (1ra Edición). Colombia: Amolca; 2008.
- 10.- Rubiano M. Tratamiento con placas y corrección oclusal por tallado selectivo. Colombia: Amolca; 2005.