

PROTOCOLO CLINICO INFORMATIZADO DE OCLUSION

Juan Salsench*
José Ferrer**
Joaquín Nogueras**

Aceptado para publicación octubre 1987.

PALABRAS CLAVE

Protocolo, oclusión, informatizado, ATM, exploración.

KEY WORDS

Protocol, occlusion, computerized, ATM, exploration.

MOTS CLEFS

Protocole, occlusion, informatisé, ATM, exploration.

PROTOCOLO DE OCLUSION Y ATM (I)

Quando el diseño de un protocolo responde a un interés de homogeneizar conceptos por parte del equipo que lo desarrolla, es imprescindible redactar un documento explicativo del mismo. Este documento

* Prof. Titular de Prot. Estomatológica.
** Profs. Colaboradores Honorarios.

aportará toda la información necesaria de cada una de las variables que se van a estudiar. Esta información se obtiene mediante la discusión de cada variable por parte del equipo investigador. Por ejemplo, de la variable dolor, deberá especificarse el tipo, localización, irradiaciones, etc, que presenta para que quede perfectamente definida. Esto permitirá unificar criterios y aportará rigor al trabajo de campo para una obtención de datos suficientemente homogéneos. Al hilo de esta introducción vamos a desarrollar el presente artículo. En él se definirán las variables que integran el PROTOCOLO DE OCLUSION y ATM el cual fue expuesto en un artículo anterior (1).

MOTIVO DE CONSULTA

Se trata de conocer en primer lugar, el problema que presente el paciente y por el cual nos consulta. Se sigue, pues, el modelo clásico de historia clínica. Se han seleccionado las siguientes variables:

DOLOR: en la zona temporo-auricular con o sin relación con los movimientos mandibulares.

LIMITACION FUNCIONAL: en cuanto a movimientos mandibulares, especialmente la apertura.

CUADRO INFLAMATORIO: en la zona temporo-auricular.

RUIDOS: a nivel de articulación o bien a nivel de oído.

LUXACION: al realizar aperturas forzadas.

HALLAZGOS POR «SCREENING»: en una exploración rutinaria estomatológica se descubre patología oclusal o de la ATAM.

TIEMPO DE APARICION

Se refiere a la sintomatología descrita en el motivo de consulta.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Patología en la ATM en padres o hermanos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Consideramos que presenta dichos antecedentes cuando su presencia sea lo suficientemente significativa como para considerar su existencia. Valoramos cefaleas y dolores musculares cervico-cráneo-faciales.

HABITOS

Se valoran: bruxismo céntrico: apretadores, bruximos excéntrico: facetas de desgaste en áreas de contacto en movimientos excursivos. Romper objetos con los dientes de manera habitual. Hablar por teléfono en relación a la profesión. Morderse las uñas de forma habitual. Lado sobre el que duerme.

ANTECEDENTES ESTOMATOLOGICOS

Estas variables se obtienen por inspección, exodoncias, obturaciones, prótesis, estado parodontal. En el aparato «otros antecedentes» interesa especialmente los tratamientos ortodóncicos.

EXPLORACION ATM

Distinguimos dos movimientos: de cierre a apertura y de apertura a cierre. De cada uno de ellos se estudian:

1. Palpación condilar: se valora la respuesta sensitiva dolorosa durante los movimientos antes mencionados.

2. Auscultación de ruidos: mediante fonendoscopio se auscultan ambas ATM durante los movimientos de apertura y cierre y clasificamos los «clic» se anotan los mm de apertura, cuyo valor pronostico nos interesa.
 3. Movimientos condilares: se observa la simetría de la movilidad condilar durante los movimientos de apertura y cierre y si éstos movimientos son suaves y armónicos.
 4. Línea media: se anotaran los desplazamientos de la línea media durante estos movimientos que en realidad van relacionados con la dinámica de la movilidad condilar.
 Por último valoramos la máxima apertura en mm, que nos informará sobre la limitación funcional.

EXPLORACION OCLUSAL

En primer lugar se valora el tipo de oclusión:
 Protección canina: contacto único de ambos caninos en el desplazamiento mandibular hacia el lado de trabajo.
 Función de grupo: contactos de varias piezas dentarias, ya sean del grupo anterior o grupos posteriores.
 Funcional: contactos dentales tanto en trabajo como en el lado de balanceo incluyendo en este apartado el hiperbalanceamiento que se da sobre todo en clases III sin sobremordida.
 A continuación exploraremos las interferencias.

En el trabajo: valoramos como interferencia a aquel contacto, en movimiento excursivo hacia el lado de trabajo, de una pieza dentaria siempre que no sea el canino.

En balanceo: consideramos interferencia a aquel contacto en el lado de balanceo que impide los contactos en el lado contrario.

De R.C. a PIM: a aquel o aquellos contactos que producen laterodesviaciones al pasar de RC a PIM, (LIOP). Se anotaran los mm de desviación y el sentido de la misma. Valoramos también como interferencia a aquel cambio brusco en la dirección del movimiento que se produce de RC a PIM aunque sea en movimiento mesial (MIOP).

Distoclusión en lateralidad. Se trata de observar la relación que presenta los caninos homolaterales de arcaadas opuestas durante los movimientos de lateralidad. Lo anotaremos cuando el inferior esta en distoclusión respecto al superior en el movimiento excursivo de trabajo. Nos interesa también si ésta distoclusión en lateralidad se produce sólo en un lado o en ambos.

Mordida cruzada y mordida abierta: por inspección en PIM

Plano oclusal y curva de Spee: Valoramos la posición del mismo y la simetría comparativa entre hemiarcaadas.
Sobremordida: Anotaremos en mm por medición directa con instrumento reglado.

Línea media estática: Interesa saber si ambas líneas medias coinciden o si presenta desviación hacia un lado o el otro.

EXPLORACION MUSCULAR

Por palpación intraoral valoramos la sensibilidad dolorosa del Temporal (insercción en rama ascendente), Pterigoideo externo e interno. Por palpación extraoral valoraremos el E.C.M., Trapecio y Temporal. Por palpación intra y extraoral simultáneamente valoraremos el Masetero, el Digástrico y el Milohiideo. La valoración se realiza desde 1 a 4, correspondiendo el 1 a la no existencia de sensibilidad dolorosa. Del 2 al 4 corresponde a distintos grados de sensibilidad dolorosa que el propio paciente va delimitando a medida que se ve van realizando las sucesivas exploraciones y nosotros daremos una valoración teniendo presente lo manifestado por el paciente y la experiencia de las distintas exploraciones previamente realizadas.

Figs. 1 a 10.—Orden correlativo del protocolo de Oclusión.

<u>DATOS PERSONALES</u>		
Nombre	_____	//// /
Edad	_____	///
Sexo	1. Varon 2. Hembra	/
<u>MOTIVO CONSULTA</u>		
1. Si 2. No		
Dolor		/
Limitación funcional		/
Cuadro inflamatorio		/
Ruidos		/
Luxación		/
Hallazgo por Screening		/
<u>TIEMPO DE APARICION</u>MESES	////
<u>ANTECEDENTES FAMILIARES</u>		
Disfunción ATM.	1. SI 2. NO	/

Fig. 1

<u>ANTECEDENTES PERSONALES</u>		1. SI	2. NO
Cefalásas			
Occipital			/
Parietotemporal D.			/
Parietotemporal I.			/
Dolores musculares cervico-cranco-facial			
			/
<u>HABITOS</u>		1. SI	2. NO
Céntrico			
Bruxismo			/
Excéntrico			/
Romper objetos con los dientes			/
Hablar por teléfono			/
Morderse las uñas			/
Otros			/
Lado sobre el que duerme	1. D		
	2. I		
	3. Indistinto		/

Fig. 2

<u>ANTECEDENTES ESTOMATOLÓGICOS</u>			
Nº Incisivos exodonciados			/
Nº Caninos			/
Nº Premolares			/
Nº Molares			/
Nº OBT. desde distal de canino			
Prótesis completa SUP	1. SI	2. NO	/
" " INF	1. SI	2. NO	/
" " removable SUP	1. SI	2. NO	/
" " INF	1. SI	2. NO	/
" " fija SUP DER.	1. SI	2. NO	/
" " SUP IZQ.	1. SI	2. NO	/
" " INF DER.	1. SI	2. NO	/
" " INF IZQ.	1. SI	2. NO	/
- Parodontopatías			
1. No afectación			
2. Gingivitis			
3. Periodontitis inicial			
4. Periodontitis avanzada			/
- Otros			
1. SI			
2. NO			/

Fig. 3

<u>EXPLORACION ATM</u>	
A) DE CIERRE	A) APERTURA
- Palpación condilar de cierre de apertura	
. DOLOR	1. Indolora
	2. ATM Derecha
	3. ATM Izquierda
	4. Ambas
	/
- Auscultación Ruidos de cierre a apertura	
. LOCALIZACION	1. No ruidos
	2. ATM Derecha
	3. ATM Izquierda
	4. Ambas
	/
. TIPO	1. No ruidos
	2. Clics iniciales
	3. Clics medios
	4. Clics finales
	5. Protes
	/
- MM de apertura en el momento del clic.	
	/

Fig. 4

- Movimientos condilares de cierre a apertura
 1. Salen simétricos
 2. Sale 1ºel derecho
 3. Sale 1ºel izquierdo

- 1. Suave
- 2. Con salto derecho
- 3. Con salto izquierdo
- 4. Salto en ambas

- Línea media de cierre a apertura
 1. No desviación
 2. Desviación derecha
 3. Desviación izquierda

- 5) DE APERTURA A CIERRE
- Palpación condilar de apertura a cierre

Dolor	1. Indolora	
	2. ATM derecha	
	3. ATM izqda.	
	4. AMBAS	

Fig. 5

- Distociusión en lateralidad (caninos)

1. SI	2. NO	
1. Dcha.	2. Izqda.	3. AMBAS

- Funcionalismo

1. Derecho	2. Izquierdo	
------------	--------------	--

- Relación céntrica /PIM

mm _____

1. Sagital	2. Sagitolateral Dcha.	
3. Laterosagital Izdo.	4. Retrusivo	

- Mordida cruzada

1. Derecho	4. Completa	
2. Izquierdo	5. No presenta	
3. Anterior		

- Mordida abierta

1. Anterior		
2. Lateral Dcho.		
3. Lateral Izquierdo		
4. No presenta		

Fig. 8

- Auscultación condilar de apertura a cierre

LOCALIZACION DE RUIDOS	1. No ruidos	
	2. ATM Dcha.	
	3. ATM Izqda.	
	4. Ambas	

- TIPO RUIDO

1. No ruidos	
2. Clics iniciales	
3. Clics medios	
4. Clics finales	
5. Rotes	

- MM de apertura en el momento del clic

- Movimientos condilares de apertura a cierre
 1. entran simétricos
 2. entra 1ºdcho.
 3. entra 2ºizdo.

- 1. Suave
- 2. Con salto dcho.
- 3. Con salto izqdo.
- 4. Salto en ambos

- Línea media de apertura y cierre
 1. No desviación
 2. Desviación derecha
 3. Desviación izqda

- mm de máxima apertura

Fig. 6

- Plano oclusal
 1. Dcho. Izqdo.
 2. Dcho. Izqdo.
 3. Dcho. Izqdo.

- Curva Spec
 1. Dcha = Izqda
 2. Dcha. más marcada
 3. Izqda. más marcada

- Sobremordida _____

- Línea media estática (en PIM)
 1. Contrada
 2. Desviada Dcha.
 3. Desviada Izqda.

- Otros

1. SI	2 NO	
-------	------	--

Fig. 9

EXPLORACION OCLUSAL

- Tipo de oclusión
 1. Protección canina
 2. Función de grupo
 3. Funcional

- DERECHA
- IZQUIERDA

- Interferencias lado derecho

1. Si		
2. No		
	En trabajo	
	En balanceo	

- Interferencias lado izquierda

1. Si		
2. No		
	En trabajo	
	En balanceo	

- Interferencias de Rc a PIM

Fig. 7

- EXPLORACION MUSCULAR

1. - 2. 3. 4.

DERECHO

IZQUIERDO

- | | | |
|------------------|--|--|
| Temporal | | |
| Pterigoideo Ext. | | |
| Pterigoideo Int. | | |
| Masetero | | |
| Digástrico | | |
| ECM | | |
| Trapezio | | |

Fig. 10

RESUMEN

Al realizar un protocolo es necesario que todos los miembros del equipo que vayan a participar en el trabajo de recogida de datos tengan la misma unidad de criterios respecto a las distintas variables que lo forman. La redacción de este documento es tanto o más necesario que el propio protocolo. En este trabajo se relacionan todos los datos recogidos en el protocolo y damos las explicaciones de cada uno de los conceptos.

RESUME

Pour réaliser un protocole il est nécessaire que tous les membres de l'équipe qui doivent faire le travail de prélèvement des données aient la même unité de critère par rapport aux différentes variables qui l'intègrent. La rédaction de ce document est d'autant plus nécessaire que le protocole lui-même. Dans ce travail nous rattachons toutes les données prélevées dans le protocole et nous donnons explications de chacun des concepts

SUMMARY

In making a protocol it is necessary that all members of the team who are going to collect information have the same unity of criterion about the different variables that compose it. The drawing up of this document is as much or more necessary than the protocol itself. In this work we all data collected in the protocol and we give the explanations of each concept.

BIBLIOGRAFIA

1. KAVAMURA, Y.: «Frontiers of Oral Physiologi. Physiologi of Mastication». Karger. Basel 1975.
2. ANDERSON, D. J.; MATTEWS, B.: «Mastication. Wright and Sons». B Bristol 1975.
3. RAMFJORD, S.; ASH, M.: Oclusión; Interamericana». Mexico 1972.
4. POSSELT, U.: «Fisiología de la Oclusión y rehabilitación». Jims. Barcelona 1973.
5. CELENZA, F.; NASEDKIN, J.: «Oclusión. the State of the Art. Quintessence». Chicago, 1981.
6. LAURITZEN, A. G.: «Atlas de Analisis Oclusal». Martínez de Murguia. Madrid, 1977.
7. SHORE, N. A.: «Difucion Temporomandibular y Equilibracion Oclusal, Mundi». Buenos Aires, 1973.
8. GELB, H.: «Clinical Management of Head, Nech and TMJ pain and Dysfunction, Saunders». Philadelphia, 1977.
9. KORNFELD, M.: «Rehabilitacion Bucal, Mundi». Buenos Aires, 1972.
10. BEHSNILIAN, V.: «Oclusion y Rehabilitacion». Montevideo, 1971.
11. MONGINI, F.: «L' aparato Stomatognatico. Scienza e Tecnica Dentista». Edizione Internazionale. Milano 1984.
12. MONGINI, F.; TEMPIA-VALENTA, G.: «A Graphic and Statistical Analysis of the Chewing Movements in Function and Dysfunction». The J. of Craniomandibular Practice 2. 126-133, 1984.
13. SALSENCH, J.; FERRE, J.: «Aplicaciones de kla informática medica a la exploración de la Oclusión y de la ATM. Avances en Odontoestomatología, 4, 207-211, 1985.
14. BASCONES MARTINEZ, A.; RODRIGUEZ, E. F.: «Historia Clínica Mecanizada mecanizada». Rev. Esp. Est. 26, 157, 1978.