

La disfunción temporomandibular y su relación con algunos factores de riesgo en niños de 7 a 11 años. Los Arabos, Matanzas

Temporomandibular dysfunction and its relationship with several risk factors in children aged 7 to 11 years. Los Arabos, Matanzas

Dra. Ana María Prendes Rodríguez,^I Dra. Isabel Martínez Brito,^{II} Dra. Mercedes Faget Mora^{III}

^I Clínica Estomatológica Juan Gualberto Gómez. Los Arabos. Matanzas, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

^{III} Policlínico Comunitario Docente 7 de Diciembre. Jagüey Grande. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La articulación temporomandibular constituye una de las estructuras faciales más complejas y ha sido reconocida como una causa de dolor y disfunción desde principios del siglo pasado. Su complicado funcionamiento determina que las mínimas alteraciones produzcan en ellas una gran diversidad de problemas funcionales, a los que se les conoce como trastornos temporomandibulares, que pueden originarse muy temprano con relación a las etapas de crecimiento y desarrollo craneofacial. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de disfunción de la articulación temporomandibular e identificar los factores de riesgo asociados a estos trastornos en el grupo estudiado. Esta investigación fue de tipo descriptiva y transversal, cuyo universo de trabajo estuvo conformado por 320 niños, con edades comprendidas entre 7 y 11 años, pertenecientes a la Escuela primaria urbana Sofiel Riverón. El diagnóstico de disfunción fue realizado mediante la aplicación del Test de Krogh Paulsen. Los resultados mostraron que 6 de cada 100 niños encuestados presentaba disfunción temporomandibular y los factores de riesgo identificados con mayor frecuencia fueron: interferencias oclusales (45 %), hábitos parafuncionales (35 %), bruxismo (15 %), estrés (5 %). Fue apreciado un incremento de estos factores conjuntamente con las edades, aunque no de manera uniforme. Se hace necesario enfatizar en el examen funcional de la articulación temporomandibular en niños, ante la manifestación precoz de desórdenes temporomandibulares y mediante actividades de promoción, prevención e intervención clínicas oportunas, actuar sobre estos factores de riesgo y contribuir a disminuir las cifras de afectados.

Palabras clave: articulación temporomandibular, niños, factores de riesgo.

ABSTRACT

The temporomandibular joint is one of the most complex facial structures and has been recognized as a pain and dysfunction source since the beginning of the last century. Its complicated functioning determines that the minimal alterations produce a great diversity of functional problems, known as temporomandibular disorders that may be originated very early with relation to the cranio-facial growing and development stages. The aim of this work was determining the prevalence of the temporomandibular joint dysfunction and identifying the risk factors associated to these disorders in the studied group. This was a cross-sectional descriptive research; the working universe was formed by 320 children aged 7-11 years, assisting the urban primary school "Sofiel Riverón". The dysfunction diagnosis was made applying the Krogh Paulsen test. The results showed that 6 of every 100 inquired children had temporomandibular dysfunctions and the risk factors more frequently identified were: occlusal interferences (45 %), parafunctional habits (35 %), bruxism (15 %), and stress (5 %). It was appreciated these factors increment with the age, although not in an even way. It is necessary to emphasize in the functional examination of the children temporomandibular joint in the presence of precocious temporomandibular disorders and, through opportune activities of promotion, prevention and clinical intervention, influence on these risk factors and contribute to diminishing the number of affected children.

Key words: temporomandibular joint, children, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La articulación temporomandibular (ATM), los maxilares y los dientes, constituyen una unidad funcional y armónica en equilibrio, cualquier alteración en estos componentes puede traer como consecuencia una ruptura del mismo.⁽¹⁾ El término síndrome dolor-disfunción del aparato temporomandibular es uno de los más usados en la actualidad, considerándose en esta denominación a todo un conjunto de signos y síntomas surgidos como resultado de alteraciones cualitativas y cuantitativas en la función de los componentes del aparato masticatorio asociado a la psiquis del paciente.⁽²⁾ Este se caracteriza por dolor y disfunción del sistema masticatorio, que tiende a causar alteraciones en la oclusión dentaria.⁽³⁾

También se describe como una entidad patológica relacionada con problemas funcionales de la articulación temporomandibular y/o de los músculos que mueven la mandíbula.⁽⁴⁾ Es necesario tener en cuenta ciertos elementos neuronales, periféricos y centrales que están presentes en los cuadros de dolor crónico, además, considerar aspectos psicosociales, que muchas veces son agravantes en la génesis y el desarrollo de estas patologías.⁽⁵⁾ El alto predominio de síntomas de dolor en las zonas preauricular con la presencia de ruidos al abrir o cerrar la boca, disminución de la apertura bucal del promedio que se considera normal y

laterodesviación de la mandíbula en dirección al lado más afectado, son signos de disfunción temporomandibular.⁽²⁾

Estos trastornos se pueden originar muy temprano con relación a las etapas de crecimiento y desarrollo craneofacial, y que un alto porcentaje de niños presentan muchos de los signos y síntomas encontrados en adultos, que generalmente se asocian con determinadas maloclusiones morfológicas y funcionales.⁽⁶⁾

Al realizar el diagnóstico de las anomalías de la articulación temporomandibular se debe tener en cuenta la presencia o no de algunos factores de riesgo. Estos se definen como entidades que facilitan la posibilidad de contraer una enfermedad, que deben ser identificadas tempranamente para prevenirlas en el momento adecuado.⁽¹⁾ Algunos factores como las interferencias oclusales pueden producir sobrecarga muscular repetitiva, los estados psíquicos como la frustración, la ansiedad y los hábitos parafuncionales ocasionan con frecuencia desórdenes funcionales del sistema. Las condiciones oclusales pueden influir en los trastornos temporomandibulares, a través de un cambio brusco de los patrones de contacto oclusales, donde los dientes influyen considerablemente sobre la actividad de los músculos masticatorios, aumentando el tono muscular y aparición del dolor, seguido de la incapacidad para abrir la boca.⁽⁷⁾

Se considera que las parafunciones en muchos casos son indicativas de alguna situación de estrés o trastornos emocionales de un sujeto.⁽¹⁾ El estrés emocional produce un aumento en la tonicidad muscular e incrementa la actividad muscular parafuncional principalmente el bruxismo, que constituye otro mecanismo de descarga interna del estrés.^(8,9) No obstante, las manifestaciones clínicas de este fenómeno de la vida moderna, no solo causan dolor, desgaste y disconfort a nivel dentoperiodontal o neuromuscular, sino también en regiones distantes como puedan ser la cabeza, el cuello y la espalda,⁽¹⁰⁾ por lo que los trastornos temporomandibulares ocasionados por hábitos pueden llegar a tener diferentes manifestaciones en los componentes del sistema estomatognático y pueden afectar tanto a una como a varias estructuras.

Se plantea la necesidad de enfatizar en el examen funcional de la ATM en niños, dadas las manifestaciones precoces de desórdenes temporomandibulares que se observa en esta población y de esta forma prevenir y tratar alteraciones del aparato masticatorio. Es propósito de este trabajo determinar la prevalencia de la disfunción de la ATM según características demográficas e identificar los factores de riesgo presentes en el universo estudiado.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptivo y transversal en la Escuela Primaria Urbana Sofiel Riverón y la Clínica Estomatológica Juan Gualberto Gómez, ambas instituciones del municipio Los Arabos, en el período comprendido entre septiembre de 2010 a julio de 2011. El universo estuvo constituido por 320 niños de 7 a 11 años.

Se concertó una reunión con los padres de todos los alumnos y la dirección de la escuela, donde se ofreció una información sobre el procedimiento para detectar alteraciones disfuncionales de la ATM, el cual no implicaba agresión alguna a los mismos, para lo cual fue solicitado el consentimiento informado. Los pacientes se citaron a la consulta estomatológica con la finalidad de contar con mejores condiciones para el interrogatorio y el examen clínico (físico y bucal), utilizando

para ello un set de clasificación, regla milimetrada y sillón estomatológico con luz polarizada. Para el examen físico fue aplicado el Test de Krogh Paulsen, mediante el cual se determinó si estaban afectados o no de disfunción temporomandibular y se relacionaron con la presencia de factores de riesgo.

Las variables tenidas en cuenta fueron: edad (7 a 11 años), sexo y los factores de riesgo identificados: bruxismo (acción de rechinar o apretar los dientes durante movimientos no funcionales), estrés (estado de tensión excesiva y mantenida, interrogado a niños y padres para identificar la presencia de este factor), hábitos parafuncionales (presencia de hábitos que provocan contactos diferentes a los de la masticación y deglución normal), y las interferencias oclusales (contactos en la oclusión que impiden los movimientos normales de la mandíbula).

RESULTADOS

La distribución de los afectados o no por disfunción de la ATM de acuerdo a las edades y al Test de Krogh Paulsen se explicó en la tabla 1. Los resultados mostraron que 6 de cada 100 niños estudiados presentaron disfunción temporomandibular. A medida que el grupo avanzaba de dentición mixta a permanente (7 a 11 años) se incrementó la tasa de afectación.

Tabla 1. Distribución de afectados o no por disfunción temporomandibular según edades y el Test de Krogh Paulsen. Los Arabos, 2012

Edad	Afectados		No afectados		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
7	2	3,3	58	96,6	60	18,7
8	4	6,1	61	93,8	65	20,3
9	3	4,6	62	95,3	65	20,3
10	5	7,8	59	92,1	64	20
11	6	9	60	90,9	66	20,6
Total	20	6,3	300	93,7	320	100

En la tabla 2, se realizó la distribución de los afectados o no por disfunción, según sexo, correspondiendo al sexo femenino el 50,9 % y al masculino el 49 %. Existió ligero predominio de afectados en el sexo femenino (6,7 %) por sobre el masculino (5,7 %).

Tabla 2. Distribución de afectados o no por disfunción temporomandibular según sexo. Los Arabos, 2012

Sexo	Afectados		No afectados		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	11	6,7	152	93,2	163	50,9
Masculino	9	5,7	148	94,3	157	49
Total	20	6,3	300	93,7	320	100

En la tabla 3, se registró la relación existente entre niños afectados o no por disfunción temporomandibular y los factores de riesgo. Los afectados por disfunción que presentaron el factor de riesgo bruxismo representaron el 12,5 %, las interferencias oclusales en 12,3 %. Con disfunción y hábitos parafuncionales se detectaron 6,8 % y el estrés 2,1 %. En general, predominó el factor de riesgo hábitos parafuncionales (31,9 %), le siguen en orden decreciente: las interferencias oclusales (22,8 %), el estrés (12,8 %), y el bruxismo (7,5 %). Dentro de los no afectados por disfunción que presentaron factores de riesgo y los que no tenían factores de riesgo se encontraron 300 niños.

Tabla 3. Relación entre afectados o no por disfunción temporomandibular y factores de riesgo. Los Arabos, 2012

Factores de riesgo	Afectados por disfunción		No afectados por disfunción		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bruxismo	3	12,5	21	87,5	24	7,5
Interferencias oclusales	9	12,3	64	87,6	73	22,8
Hábitos para funcionales	7	6,8	95	93,1	102	31,9
Estrés	1	2,1	40	13,3	41	12,8
No presencia de factores de riesgo			80	100	80	25
Total	20	6,3	300	93,7	320	100

En la tabla 4 se relacionaron los pacientes con alteraciones temporomandibulares y los factores de riesgo según sexo. En general, las interferencias oclusales alcanzaron el mayor valor encontrado (45 %), seguidos de los hábitos parafuncionales (35 %), el bruxismo (15 %) y el estrés (5 %). Todos los factores de riesgo se presentaron con mayores valores porcentuales en el sexo femenino.

Tabla 4. Relación de pacientes con alteraciones temporomandibulares y factores de riesgo según sexo. Los Arabos, 2012

Factores de riesgo	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hábitos parafuncionales	4	57,1	3	42,8	7	35
Interferencias oclusales	6	66,6	3	33,3	9	45
Bruxismo	2	66,6	1	33,3	3	15
Estrés	1	100			1	5
Total	13	65	7	35	20	100

DISCUSIÓN

Los trastornos temporomandibulares son comúnmente estudiados en adultos, pero los estudios reflejan la presencia de signos y síntomas en niños. Según Pererira LJ, et al,⁽¹⁰⁾ se confirma entre 2 a 7 % de signos y síntomas en este grupo poblacional, comportamiento cercano al hallado en este estudio. Algunos autores coinciden al citar la baja frecuencia de las afectaciones en niños entre 6 a 12 años, y afirman

que su severidad se incrementa conjuntamente con las edades,^(11,12) siendo reportado el sexo femenino como más afectado.^(12,13) La presencia de signos de disfunción en pacientes en dentición mixta es informada por Moyaho Bernal A et al,⁽¹¹⁾ en niños entre 8 y 12 años, un 33,2 % de afectados con signos y síntomas, con cifras mayores en el grupo con dentición mixta. Estas tendencias al incremento de afectados con las edades fueron también observadas en este trabajo.

La incidencia de hábitos parafuncionales es referida por Pizolato RA⁽¹⁴⁾ y Cortese SG, et al,⁽¹⁵⁾ quienes coinciden en que los pacientes con estos hábitos pueden incrementar los signos y síntomas de disfunción de la ATM, lo que corrobora los resultados expuestos en este trabajo. Martínez Brito I, et al,⁽¹⁶⁾ informan cifras superiores (50,8 %) a las obtenidas en este estudio en población de 7 a 11 años.

La bibliografía revisada^(7,17) confirma que las interferencias oclusales constituyen el principal factor de riesgo de la disfunción. Entre sus principales causas se informan: las restauraciones deficientes o excesivas, algunas maloclusiones que impiden el desplazamiento armónico de la mandíbula en los movimientos de apertura y cierre y en los movimientos excursivos de protrusión y lateralidad. En niños que se encuentran en período de dentición mixta la aparición parcial de dientes puede provocar interferencias oclusales.⁽¹⁸⁾ En el estudio en curso la presencia de interferencias oclusales en niños con dentición mixta y trastornos temporomandibulares fue mayor que la reflejada en estudio⁽¹⁶⁾ de la provincia de Matanzas.

Carra MC et al.,⁽¹⁹⁾ en población canadiense de 7 a 17 años reporta un 15 % de bruxismo, cifra similar a la hallada en esta investigación, pero superior a la mostrada por otros investigadores.⁽¹⁶⁾ La etiología del bruxismo se atribuye a desórdenes psicológicos y ocupacionales. Otros autores^(20,21) plantean diversos mecanismos que interactúan como la tensión emocional y alteraciones en la oclusión. Los resultados obtenidos en los factores de riesgo estrés y bruxismo en esta investigación arrojan cifras inferiores a las obtenidas en la bibliografía consultada,^(6,8) lo que puede obedecer a las edades comprendidas en este estudio. El estrés emocional interno se presenta en la literatura,⁽⁵⁾ como fenómeno que puede alterar la función masticatoria, específicamente a los músculos que la componen, en la mayoría de los casos es asociado el estrés, al bruxismo,^(21,22) y se considera una variable, que tiende a aumentarse en la adolescencia.⁽²³⁾ Estos aspectos deben ser considerados antes y durante el tratamiento de estos pacientes.

El bruxismo y el dolor miofacial también se entrelazan en el trabajo de Pereira et al,⁽¹⁰⁾ Toscano P,⁽²⁴⁾ en pacientes del sexo femenino con dolor miofacial y estrés, que reportan un 10 % de la muestra con signos de disfunción temporomandibular. Estudios consultados^(25,26) coinciden en citar una alta frecuencia de disfunción temporomandibular asociados a factores de riesgo como bruxismo y estrés.

Los estomatólogos deben ser más cuidadosos y detallados en el examen de la ATM, su relación con las estructuras musculares y la oclusión dentaria en este período de la vida del niño y el adolescente, cuando se producen cambios en el crecimiento craneofacial que pueden interferir su correcto desarrollo. Se concluye que el mayor número de afectados por disfunción de la ATM se encontró en el grupo de niños de 11 años de edad, con mayor frecuencia en el sexo femenino. En los pacientes afectados con disfunción temporomandibular los factores de riesgo asociados por orden de aparición fueron: bruxismo, interferencias oclusales, hábitos parafuncionales y estrés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monteagudo Santiago J, López de Castro Alonso A. Necesidad de erradicar los hábitos parafuncionales por su relación con los trastornos temporomandibulares. *Medicentro* [Internet]. 2009[citado 15 May 2013];13(4). Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/265/356>
2. Velázquez-Luna J, Verdugo-Barraza ML, Castro-Lara AL, Ramírez-Álvarez M, López-Zamora JH. Disfunción temporomandibular y ansiedad en jóvenes. *Rev Odontol Latinoam* [Internet]. 2013[citado 15 May 2013];5(1):13-7. Disponible en: <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V05N1p13.pdf>
3. Synodinos PN, Polyzois I. Oral health and orthodontic considerations in children with juvenile idiopathic arthritis: review of the literature and report of a case. *J Ir Dent Assoc*. 2012;54(1):29-36. Citado en PubMed; PMID: 18405212.
4. Bakke M. Temporomandibular dysfunction causes orofacial pain. *Ugeskr Laeger*. 2010;172(44):3037-9. Citado en PubMed; PMID: 21044561.
5. Meeder Bella W, Weiss Vega F, Maulén Yañez M, Lira Alegría D, Padilla Ladrón de Guevara R, Hormazábal Navarrete F, Guerrero Marholz L. Trastornos temporomandibulares: Perfil clínico, comorbilidad, asociaciones etiológicas y orientaciones terapéuticas. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2010[citado 15 May 2013];26(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852010000400006&script=sci_arttext
6. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. *Acta Odontol Scand*. 2005; 63(2):99-109. Citado en PubMed; PMID: 16134549.
7. Schmitter M, Balke Z, Hazle A, Ohlmann B, Rammelsberg P. The prevalence of myofascial pain and its association with occlusal factors in a threshold country non-patient population. *Clin Oral Investing*. 2007 Sep;11(3):277-81. Citado en PubMed; PMID: 17410385.
8. Rossetti LM, Pereira de Araujo R, Rossetti PH, Conti PC. Association between rhythmic masticatory muscle activity during sleep and masticatory myofascial pain: a polysomnographic study. *J Orafac Pain*. 2012;22(3):190-200. Citado en PubMed; PMID:18780532.
9. Ciavarella D, Mastrovincenzo M, Sabatucci A, Campisi G, Di Cosola M, Suriano M, et al. Primary and secondary prevention procedures of temporo-mandibular joint disease in the evolutive age. *Minerva Pediatr*. 2009;61(1):93-7. Citado en Pubmed; PMID: 19180004.
10. Pereira LJ, Costa RC, França JP, Pereira SM, Castelo PM. Risk indicators for signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in children. *J Clin Pediatr Dent*. 2009;34(1):81-6. Citado en PubMed; PMID:19953816.
11. Moyaho Bernal A, Lara Muñoz MC, Espinosa De Santillana I, Etchegoyen G. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in children in the State of Puebla, Mexico, evaluated with the research diagnostic criteria for

- temporomandibular disorders (RDC/TMD). *Acta Odontol Latinoam*. 2010;23(3):228-33. Citado en PubMed; PMID: 21638964.
12. Ebrahimi M, Dashti H, Mehrabkhani M, Arghavani M, Daneshvar-Mozafari A. Temporomandibular disorders and related factors in a group of Iranian adolescents: A cross-sectional survey. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*. 2011;5(4):123-7. Citado en PubMed; PMID: 22991620.
13. Tecco S, Festa F. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in children and adolescents with and without crossbites. *World J Orthod*. 2010;11(1):37-42. Citado en PubMed; PMID: 20209175.
14. Pizolato RA, De Freitas Fernández S, Duarte Gavião B. Deglutition and temporomandibular disorders in children. *Minerva Stomatol*. 2009;58(11-12):567-76. Citado en PubMed; PMID: 20027127.
15. Cortese SG, Biondi AM. Relationship between dysfunctions and parafunctional oral habits, and temporomandibular disorders in children and teenagers. *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(2):134-8. Citado en PubMed; PMID:19452085.
16. Martínez Brito I, Toledo Martínez TE, Prendes Rodríguez AM, Carvajal Saborit T, Delgado Ramos A, Morales Rigau JM. Factores de riesgo en pacientes con disfunción temporomandibular. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2009 [citado 22 Nov 2012];31(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol4%202009/tema04.htm>
17. McGuinness NJ. 49 Orthodontic evolution: an update for the general dental practitioner. Part 2: psychosocial aspects of orthodontic treatment, stability of treatment, and the TMJ-orthodontic relationship. *J Ir Dent Assoc*. 2012;54(3):128-31. Citado en PubMed; PMID:18649729.
18. Paredes Farrera GF, Espinosa Fernández J. Síndrome miosfacial, un enfoque clínico. *Rev Mex Odontología Clínica [Internet]*. 2006 [citado 23 Nov 2012];1(1):30-3. Disponible en: <http://ratbert.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=54132>
19. Carra MC, Huynh N, Morton P, Rompré PH, Papadakis A, Remise C, et al. Prevalence and risk factors of sleep bruxism and wake-time tooth clenching in a 7- to 17-year-old population. *Eur J Oral Sci*. 2011;119(5):386-94. Citado en PubMed; PMID: 21896056.
20. Restrepo CC, Vasquez LM, Alvarez M, Valencia I. Personality traits and temporomandibular disorders in a group of children with bruxing behaviour. *J Oral Rehabil*. 2008;35(8):585-93. Citado en PubMed; PMID: 18422509.
21. Restrepo CC, Sforza C, Colombo A, Peláez-Vargas A, Ferrario VF. Palate morphology of bruxist children with mixed dentition. A pilot study *J Oral Rehabil*. 2008;35(5):353-60. Citado en; PMID:18405271.
22. Barbosa T de S, Miyakoda LS, Pocztaruk R de L, Rocha CP, Gavião MB. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: review of the literatura. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2008;72(3):299-314. Citado en PubMed; PMID: 18180045.

23. Emodi-Perlman A, Eli I, Friedman Rubin P, Goldsmith C, Reiter S, Winocur E. Bruxism, oral parafunctions, anamnestic and clinical findings of temporomandibular disorders in children. J Oral Rehabil. 2012;39(2):126-35. Citado en PubMed; PMID: 21916926.

24. Toscano P, Defabianis P. Clinical evaluation of temporomandibular disorders in children and adolescents: a review of the literature. Eur J Pediatr Dent. 2009;10(4):188-92. Citado en PubMed; PMID: 20073545.

25. Selaimen CM, Jeronymo JC, Brilhante DP, Lima EM, Grossi PK, Grossi ML. Occlusal risk factors for temporomandibular disorders. Angle Orthodontic 2007;77(3):471-7. Citado en PubMed; PMID: 17465655.

26. Kremenak CR, Kinser DD, Melcher TJ, Wright GR, Harrison SD, Ziaja RR, et al. Orthodontic as a risk factor for temporomandibular disorders (TMD). II. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1992;101(1):21-7. Citado en PubMed; PMID: 1731482.

ANEXO

Formulario

Datos

Edad: _____

Sexo: _____

generales:

Análisis de la función (Test de Krough - Paulsen)

1. Apertura menor de 40 mm _____
2. Irregularidad en los movimientos de apertura y cierre _____
3. Dolor muscular _____
4. Dolor ATM _____
5. Chasquido - crujido _____
6. Traba _____
7. Posición de primer contacto distinta a la de máxima intercuspación

8. Posición máxima retrusiva mayor de 1 mm de la máxima intercuspación

9. Deslizamiento lateral entre máxima retrusiva y máxima intercuspación

Clasificación

Disfunción _____

Riesgo _____

Perturbación _____

Análisis de la función

-Se marcará con una X siempre y cuando exista apertura bucal menor de 40 mm en el análisis del punto No. 1 del Test.

-En el punto No. 2 marcaremos con una X siempre que exista irregularidad en los movimientos de apertura y cierre.

-Al realizar análisis de la musculatura si detectamos dolor durante la palpación de algunos músculos examinados, marcamos con una X en el espacio correspondiente al punto No. 3.

-Cuando hacemos la inspección de la ATM, marcamos con una X cuando detectamos dolor, chasquido, crujido o traba en los espacios correspondientes a los puntos 4, 5 y 6 respectivamente.

-Si en el punto No. 7 detectamos que existe diferencia entre la posición del primer contacto y la posición de máxima intercuspación procedemos a señalar con una X esta alteración; igual sucederá si encontramos una diferencia mayor de 1 mm entre la posición de máxima retrusiva y la posición de máxima intercuspación en el análisis del punto No. 8.

-En el punto No. 9 marcaremos con una X si notamos que existe deslizamiento lateral entre las posiciones de máxima retrusiva y máxima intercuspación.

Evaluación del Test de Krogh – Paulsen

1. La existencia de 3 o más puntos positivos indican la presencia de disfunción del sistema estomatognático.
2. Los puntos 6 y 9 de por sí ya son suficientemente serios para llegar a ese diagnóstico.
3. La existencia de dos puntos positivos que no sean estos, indican serios riesgos de disfunción.
4. Un solo punto indica perturbación para ser tenida en cuenta.

Recibido: 20 de octubre de 2013.

Aprobado: 13 de diciembre de 2013.

Ana María Prendes Rodríguez. Clínica Estomatológica Juan Gualberto Gómez. Calle Carlos Manuel de Céspedes No. 22. Los Arabos. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: anamariap.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Prendes Rodríguez AM, Martínez Brito I, Faget Mora M. La disfunción temporomandibular y su relación con algunos factores de riesgo en niños de 7 a 11 años. Los Arabos, Matanzas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 36(1). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol1%202014/tema03.htm>