

Criterios Diagnósticos para la Investigación
de los Trastornos Temporomandibulares
CDI/TTM

Editado por
Dra. Yoly M. González
University at Buffalo

Colaboradores
Dr. Walter Díaz
Dr. Gerardo Maupome
Dra. Ruth S. Monserrate
Dra. Elizabeth Rendón
Dra. Alejandra Zazueta

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders
Edited by: Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD
Journal of Craniomandibular Disorders 1992.

Back-translation Team
Dr. Sturat Fischman
Dr. Richard Ohrbach
Ms. Carla Beneduce
University at Buffalo

Aceptado en Octubre, 2002.

Contents of this document:

1. Patient History Questionnaire	✓
2. RDC-TMD Clinical Examination Form	✓
3. Clinical Examination Specifications	✓
4. Verbal Instructions for Examiner	
5. Axis I Diagnostic Criteria	✓
6. Axis II: Disability & Psychological Status	
-Scoring Graded Chronic Pain	✓
-Scoring the Distress Scale Items	✓
-Addendum: Age-Sex Adjusted Norms for Distress Scale Items	
7. Summary of Patient Results	

Criterios Diagnósticos para la Investigación de los Trastornos Temporomandibulares

Cuestionario y Examen Clínico

Para el uso de los Criterios Diagnósticos en la Investigación de los Trastornos Temporomandibulares (CDI/TTM) se deben recopilar los datos de la historia y el examen clínico, utilizando cuestionarios, formularios o planillas e indicaciones (especificaciones) provistos en esta sección. Además, es de suma importancia que los criterios utilizados por los examinadores sean calibrados (consistentes, homogéneos) a niveles aceptables de confiabilidad inter-examinador. Dworkin y colaboradores (ver sección IB para referencias específicas ^{10,15}) han desarrollado guías y procedimientos para permitir que los examinadores logren niveles aceptables de confiabilidad inter-examinador en el uso de las indicaciones o especificaciones del examen, cuestionario y formularios que se presentarán a continuación. De igual modo, han provisto una planilla para resumir los datos demográficos de los pacientes, su grupo diagnóstico del eje I y II. Para mayor facilidad, todos los formularios e indicaciones han sido reproducidas en páginas separadas.

Indicaciones para el Examen de los Trastornos Temporomandibulares

A. Instrucciones Generales para el Examen

1. Todos los aspectos del cuestionario y el examen deben ser completados, a menos que el individuo se niegue o sea incapaz de cooperar. En este caso escriba "SR" (sujeto rechaza) en letras mayúsculas junto a la pregunta, y anote por qué el individuo se negó o no puede contestar la pregunta.
2. Todas las mediciones serán realizadas con los músculos masticatorios en posición de reposo a menos que el examinador de otra indicación. Las articulaciones y músculos no deben recibir carga ó presión adicional en ningún momento.

3. Todos los registros en milímetros se anotarán como de dígito único o doble. Si un registro es de doble dígito y tiene una cifra menor que 10, entonces precédala con un cero. Si una medida está entre 2 números contiguos, consigne (anote) la cifra entera de menor valor.
4. Los sujetos se sentarán en una silla (sillón dental) en un ángulo de aproximadamente 90 grados.
5. Los examinadores usarán guantes en todo momento.
6. Los sujetos con prótesis serán examinados con las prótesis en boca, a menos que sea necesario examinar las encías o mucosas, o realizar palpación intraoral. Las férulas y otros aparatos que no reemplacen dientes deben ser removidos para efectuar el exámen.
7. Mencione si el sujeto tiene barba, collarín o cualquier otra barrera física que potencialmente pueda interferir con la palpación muscular o articular.
8. Realice los procedimientos de examen en el orden que se presentan en el planilla y anote las medidas en los lugares apropiados.
9. Las preguntas 4.d (sobremordida vertical) y 6.d (desviación de la línea media) serán utilizadas para calcular los valores reales de las preguntas 4 y 6, en la determinación de apertura y movimientos de lateralidad. Para las preguntas 4.a., 4.b y 4.c, el valor de sobremordida vertical (4.d.) debe ser sumado a cada una de estas mediciones para determinar la magnitud de la apertura. Para las preguntas 6.a y 6.b, si la desviación de la línea media (6.d) es mayor que 0, este valor debe ser sumado del lado contrario a la desviación y restado del otro. Por ejemplo: si un sujeto tiene una desviación de 2mm hacia la derecha, entonces reste 2mm del valor de la excursión lateral derecha y sume 2mm al valor de la excursión lateral izquierda.

Nota: Debido a que estos criterios diagnósticos para la investigación requieren que el examinador verifique la localización del dolor reportado por el paciente (preguntas 1 y 2) estas preguntas han sido trasladadas del cuestionario al examen. Esto le permitirá al examinador confirmar tipo y localización del dolor.

B. Examen

1. Encierre en un círculo la respuesta correcta. Si el sujeto indica dolor en la línea media regístrelo como "ambos".

2. Encierre en un círculo la respuesta correcta. Si no está claro lo que el sujeto está indicando con respecto al área muscular o de la articulación, entonces presione en el área previamente indicada por el sujeto lo más suavemente posible para identificar correctamente el sitio anatómico. Por ejemplo, el sujeto indica dolor en la articulación, pero el examinador identifica el sitio como muscular, se registra el hallazgo del examinador.

3. *Patrón de Apertura*. Instrucciones Generales: Indique al sujeto que coloque la mandíbula en una posición cómoda. (Ponga su mandíbula en una posición cómoda con los dientes tocando ligeramente) Coloque su pulgar en el labio inferior del individuo y bájelo de manera que pueda ver los dientes inferiores, esto facilitará la observación de la desviación de la línea media. Pida al sujeto que abra la boca lo más que le sea posible, aunque sienta dolor (Quiero que abra la boca lo más que pueda, aunque le duela un poco) Si el grado de desviación no es claro, use una regla milimetrada mantenida verticalmente entre las líneas interincisivas superior e inferior (o marque la línea media en los incisivos centrales inferiores si estas no coinciden) como una guía. Pídale al sujeto que abra la boca tres veces. Si el sujeto muestra más de un patrón de apertura, entonces dígame que repita las tres aperturas bucales y marque de acuerdo a los siguientes criterios (nota: solo se esta evaluando el patrón de apertura):
 - a. *Recto*: Si no hay ninguna desviación perceptible durante la apertura.

 - b. *Desviación lateral a la izquierda o derecha*: Para desviaciones unilaterales en apertura máxima, determine hacia cual lado se desvía la mandíbula y regístrelo.

 - c. *Desviación corregida* (desviación en "S"): El sujeto presenta una desviación unilateral perceptible hacia un lado pero la misma se corrige hacia la línea media antes o llegando a la apertura máxima no asistida.

 - d. *Otros*: El sujeto presenta un movimiento irregular (no uniforme, no continuo) o tiene un patrón de apertura diferente a los anteriores, indíquelo junto con el tipo de desviación. Si tiene más de un patrón de apertura, use esta categoría y escriba "*más de uno*".

4. *Rango del Movimiento Vertical Mandibular*: Si el sujeto es portador de prótesis total o parcial y la misma está desajustada, presionela contra el reborde para todas las mediciones de apertura.

a.- *Apertura (Mandibular) no Asistida sin Dolor*

i. *Obtención de la medida*. Indique al sujeto que coloque la mandíbula en una posición cómoda. (Ponga su mandíbula en una posición cómoda). Dígale que abra la boca lo más pueda (no asistido) sin que sienta ningún dolor. (Me gustaría que abriera la boca lo mas que pueda sin sentir ningún dolor) Ubique el borde de la regla milimetrada en el borde incisal del incisivo central superior que esté mas vertical, y mida la distancia entre este y el borde incisal del incisivo inferior, (distancia interincisal) registre esta medida. Anote en el formulario cuál incisivo superior fue tomado como referencia. Si la apertura es menor de 30 mm., para asegurarse que el sujeto entendió las instrucciones, repita la apertura. Si la segunda vez la medida es menor de 30 mm. Entonces regístrela.

b.- *Apertura (Mandibular) Máxima no Asistida*

i. *Obtención de la medida*. Indique al sujeto que coloque la mandíbula en una posición cómoda (Coloque su boca en una posición cómoda) Luego pídale al sujeto abrir la boca lo más que pueda, aunque sienta dolor (Abra la boca lo más que pueda, aunque esto le cause una pequeña molestia) Ubique el borde de la regla milimetrada en el borde incisal del incisivo central superior que esté mas vertical, y mida la distancia entre este y el borde incisal del incisivo inferior (distancia interincisal) y registre esta medida.

ii. *Dolor*. Pregunte al sujeto si sintió dolor durante la apertura máxima no asistida. (¿Sintió Ud., algún dolor cuando abrió su boca en esta oportunidad?) Anote si ha tenido o no dolor y su localización. La localización es registrada en dos formas: en el lado izquierdo y/o derecho y se anota si es o no en la(s) articulación(es). Dos anotaciones se requieren para las preguntas 4.b y 4.c para evaluar dolor: anote el lado del dolor como "Ninguno" (0). "Derecho" (1). "Izquierdo" (2) o "Ambos"(3). También registre si el dolor en la articulación está "Presente" (1) o "Ausente" (0). Si el sujeto no ha tenido dolor, marque "NA" (9) para su localización. Si el sujeto indica presión o tensión regístrelo como "Ninguno".

c.- *Apertura (Mandibular) Máxima Asistida*

i. *Obtención de la medida*: Indique al sujeto que coloque la mandíbula en una posición cómoda (Coloque su boca en una posición cómoda) Luego, pídale que abra la boca lo más que pueda, aunque sienta dolor (Abra la boca lo más que pueda, aunque esto le provoque alguna pequeña molestia) Una vez que el sujeto tenga la boca abierta lo más que pueda, coloque su pulgar en el

borde de los incisivos superiores, y en forma cruzada coloque su índice sobre los incisivos centrales mandibulares. En esta posición obtendrá la palanca necesaria para forzar una apertura mandibular mayor. Use presión moderada, pero sin forzar la apertura. (Yo estoy verificando si puedo abrir su boca un poco más y me detendré tan pronto como Ud. levante su mano) Con una regla milimetrada mida verticalmente desde el borde incisal del incisivo central superior de referencia al borde incisal del incisivo inferior y anote la medida.

ii. *Dolor*. Anote si el sujeto siente o no dolor y su localización. (¿Sintió Ud., algún dolor cuando yo le trate de abrir más su boca, con mis dedos?) Anote la localización del dolor de la misma forma como en la apertura máxima no asistida. Si el sujeto indica sensación de presión o tensión, anótelos como "ninguno".

d.- *Sobremordida Vertical*. Pida al sujeto que cierre la boca manteniendo los dientes completamente juntos. Con un lápiz marque una línea donde llega el borde del incisivo central superior de referencia, al incisivo inferior. Mida la distancia desde el borde incisal del incisivo inferior marcado a la línea realizada y anote esta medida.

5. *Palpación de Sonidos Articulares durante el Movimiento Vertical*

Instrucciones Generales: El sujeto indicará la presencia o ausencia de sonidos, de estar presentes el examinador anotará el tipo de sonido apreciado. Coloque el dedo índice izquierdo sobre la articulación derecha y el derecho sobre la izquierda (área pre-auricular). La yema del dedo derecho es colocada anterior al tragus de la oreja. Pida al sujeto que abra lentamente lo mas que le sea posible, aun si ello le causa dolor. Al final de cada cierre, el sujeto debe colocar los dientes en contacto en una posición de máxima intercuspidadación. Dígale al sujeto: "Mientras yo tenga mis dedos sobre su articulación, le pediré que abra su boca lentamente lo mas que pueda y después, que cierre su boca lentamente hasta que sus dientes estén completamente juntos". Pídale que abra y cierre la boca tres veces. Anote el sonido que la articulación produce en apertura o cierre tal como es detectado durante la palpación, de acuerdo con los siguientes parámetros:

a. *Definición de Sonidos*.

0 = Ninguno

1 = Click. Un sonido preciso, de corta y limitada duración con un claro comienzo y final, el cual generalmente suena como "click". Encierre en un círculo la pregunta, sólo si el click ocurre en dos de tres movimientos de apertura y cierre.

2 = Crepitación gruesa. Es un sonido continuo, en un periodo largo de tiempo el cual ocurre durante el movimiento mandibular, no es breve como el click o el pop: el sonido puede

apreciarse como un ruido sobrepuesto continuo. Este no es un sonido tenue, es el ruido de hueso sobre hueso, o como moliendo una piedra contra otra piedra.

3 = Crepitación fina. Un sonido rechinante fino que es continuo en un periodo más largo durante el movimiento mandibular de apertura o cierre. No es breve como el click: el sonido puede apreciarse como un ruido sobrepuesto continuo. Puede ser descrito como un sonido de frontamiento o crujido sobre una superficie áspera.

b. *Evaluación de Clicking.* Aun cuando muchos de los siguientes tipos de sonidos no se relacionan específicamente con los grupos diagnósticos del CDI, esta lista de definiciones es útil para delinear y describir los mismos.

i. *Click* reproducible en movimiento de apertura. Si durante los movimientos de apertura o cierre desde la posición de máxima intercuspidadación, un click es notado en dos o tres movimientos de apertura anótelo como un click positivo de apertura.

ii. *Click* reproducible en movimiento de cierre. Un click presente en dos o tres movimientos mandibulares de cierre.

iii. *Click Recíproco Reproducible.* La presencia de este sonido se mide con una regla milimetrada durante los movimientos de apertura y cierre. Igualmente, la eliminación de ambos clicks, apertura y cierre, se determina cuando el sujeto abre y cierra la boca en protrusión. Con la regla milimetrada mida la distancia interincisal en la cual se escucha el clic en el movimiento de apertura y cierre. La medición se realiza tal como se presenta en el punto 4. Si el click cesa y no hay medida deje vacío el espacio correspondiente. (El análisis computarizado entonces indicará que no es un click recíproco: aunque un click ha estado presente su presentación no fue constante). Evaluar la eliminación del click en apertura protrusiva máxima. A continuación pídale al sujeto que abra y cierre la boca desde una posición mandibular protrusiva. El click de apertura y cierre se eliminará normalmente. Marque "Si" (1) si el click puede ser eliminado durante apertura y cierre en una posición más protruida. Si el click no es eliminado, marque "No" (0). Si no se escucha el click, marque "NA" (9).

iv. *Click no Reproducible* (no lo anote). Un clic no reproducible está presente, si el sonido sólo aparece periódicamente durante la apertura o cierre y no puede ser reproducido en o al menos dos de tres movimientos mandibulares completos. Más de un sonido puede ser anotado sobretodo para Apertura (a) y Cierre (b). Si es anotado Ninguno (0), no puede marcarse otra respuesta.

6. *Movimientos Excursivos Mandibulares.*

a.- *Movimiento de Lateralidad Derecha.*

i. *Obtención de la medida.* Pídale al sujeto que abra un poco su boca y mueva su mandíbula lo más que pueda hacia la derecha. Si es necesario repita el movimiento. (Ejemplo: "Mueva su

mandíbula tan lejos como sea posible hacia la derecha, aun si ello es desagradable, regrésela hacia su posición normal y finalmente llévela nuevamente hacia el lado derecho”.) Con los dientes levemente separados use una regla milimétrica para medir desde el espacio interdental (trонера labioincisal) de los incisivos centrales superiores hasta el espacio interdental de los incisivos mandibulares, anote esta medida.

ii. *Dolor*. Pregunte al sujeto si tiene dolor. Anote si el sujeto siente o no dolor y su ubicación. La ubicación se anota en dos formas: Si se trata del lado izquierdo y/o derecho y específicamente si tiene o no dolor en la articulación. Se harán dos anotaciones desde la pregunta 6.a a la 6.c para valorar dolor: Anote lado del dolor como "Ninguno" (0), "Derecho" (1), "Izquierdo" (2), o "Ambos" (3). También anote si el dolor en la articulación está "Presente" (1) o "Ausente" (0). Si el sujeto no tiene dolor anote "NA" (9). (¿Sintió Ud., algún dolor cuando movió su mandíbula de lado?) Si dice sentir presión o tensión, anótelos como "Ninguno".

b. *Movimiento de Lateralidad Izquierda.*

i. *Obtención de la medida*. Pida al sujeto mover la mandíbula tan lejos como sea posible hacia el otro lado (izquierdo). (Quiero que ahora usted mueva su mandíbula tan lejos como le sea posible hacia el otro lado y luego regrese a su posición normal). Anote esta medida de la misma manera que la lateralidad derecha.

ii. *Dolor*. Pregunte al sujeto si tiene dolor. Anote si el sujeto siente o no dolor y su ubicación. (¿Sintió Ud., algún dolor cuando movió su mandíbula de lado?) Anote la ubicación del dolor tal como en la lateralidad derecha. Si el sujeto indica sentir tensión o presión, anótelos como "Ninguno".

c. *Protrusión.*

i. *Obtención de la medida*. Pida al sujeto abrir levemente y que protruya la mandíbula. (Deslice su mandíbula hacia afuera y adelante tan lejos como le sea posible, aun si ello es incómodo) Si el sujeto tiene un overbite o mordida profunda pídale abrir de modo que pueda protruir sin tener interferencia de los incisivos.

ii. *Dolor*. Pregunte al sujeto si tiene dolor. Anote si siente o no dolor y su ubicación. (¿Siente algún dolor cuando mueve su mandíbula hacia adelante?) Anote la ubicación del dolor tal como en el movimiento de lateralidad derecha. Si el sujeto indica sentir tensión o presión, anótelos como "Ninguno".

d. *Desviación de la Línea Media.* Si los espacios interdentes (troneras) de los incisivos mandibulares y maxilares no coinciden verticalmente, determine la diferencia horizontal entre las dos mientras el sujeto está ocluyendo. Anote en milímetros la distancia entre las dos líneas. Si la línea está desviada menos de un milímetro, o no está desviada anote "00".

7.Sonidos Articulares durante los Movimientos de Lateralidad y Protrusión.

Pídale al sujeto mover la mandíbula a la derecha, a la izquierda y hacia adelante (ver punto 6).

a. *Definición de Sonidos.* Véase la pregunta 5.

b. *Evaluación de Clicking.*

i. Click Reproducible durante movimientos de Lateralidad y Protrusión. Ocurre cuando la ATM muestra un click en dos o tres movimientos laterales o protrusivos de la mandíbula respectivamente.

ii. Click no Reproducible durante movimientos de Lateralidad y Protrusión. Un click es no reproducible si está presente sólo periódicamente durante los movimientos laterales o protrusivos pero no puede ser reproducido en o al menos dos de tres movimientos. No lo anote.

C. Instrucciones Generales para la Palpación de los Músculos y la Articulación.

1. Para determinar la presencia de dolor durante el Examen de los músculos y cápsulas articulares se requiere presionar en un sitio específico usando la punta de los dedos del índice y medio o sólo la yema del dedo índice con presión estandarizada tal como sigue: La palpación debe ser realizada aplicando 2 libras de presión para los músculos extraorales y 1 libra de presión en la ATM y músculos intraorales. Palpar los músculos de un lado mientras se usa la mano opuesta para apoyar la cabeza logrando estabilidad de la misma. La mandíbula del sujeto deberá estar en una posición de reposo sin contactar los dientes. Palpar los músculos mientras estén pasivos o en reposo. Cuando se necesite, haga que el sujeto apriete ligeramente los dientes y se relaje, para identificar la localización del músculo y asegurar la palpación en el sitio correcto, (Voy a presionarle sobre algunos músculos, me gustaría que apriete suavemente

los dientes y luego se relaje dejando los dientes ligeramente separados. Primero localice el sitio de palpación y posteriormente presione. Debido a que la localización y sensación de dolor puede variar de un individuo a otro, es importante presionar en múltiples áreas del músculo para determinar la presencia de dolor. Antes de empezar a palpar dígame al sujeto: "En la siguiente parte del Examenme gustaría que usted recordara si siente dolor o presión cuando palpo o presiono en ciertas partes de su cara o cabeza". Pida al sujeto que determine si la palpación le duele o si sólo siente presión. Si el sujeto siente dolor, pídale que determine si el dolor es ligero, moderado o severo. Si el sujeto no esta claro si siente o no dolor o tan solo siente presión anotelo como "sin dolor".

2. Descripción de Sitios Específicos de Músculos Extraorales (2 libras de presión digital).

a. *Fibras Posteriores del Músculo Temporal*: Palpe estas fibras detrás y directamente arriba de las orejas. Pida al sujeto que apriete los dientes y que posteriormente adopte una posición de reposo, esto le ayudara a identificar las fibras musculares. Recorra con los dedos (medialmente) hacia la cara del paciente hasta el borde de la oreja.

b. *Fibras Medias del Músculo Temporal*: Palpe las fibras en la depresión ósea aproximadamente 2 cm. lateral al borde externo de la ceja.

c. *Fibras Anteriores del Músculo Temporal*: Palpe las fibras sobre la fosa infratemporal inmediatamente sobre la apófisis cigomática. Pida al sujeto apretar los dientes para ayudar a identificar el músculo.

d. *Origen del Músculo Masetero*: Pida al sujeto que primero apriete los dientes y luego se relaje (posición postural) para observar la localización del músculo. Palpe el origen del músculo empezando en el área localizada 1 cm. inmediatamente frente a la ATM e inmediatamente bajo el área cigomática. Palpe en dirección anterior hasta llegar al borde del músculo.

e. *Cuerpo del Masetero*: Empiece justo abajo(inferior) del proceso cigomático, en el borde anterior del músculo. Palpe desde aquí hacia abajo y atrás, dirigiéndose al ángulo de la mandíbula cubriendo toda la superficie del músculo la cual tiene un ancho de aproximadamente 2 dedos.

f. *Inserción del Músculo Masetero*: Palpar el área 1 cm. superior y anterior al ángulo de la mandíbula.

g. *Región Mandibular Posterior (Estilohiodea/Digástrico Posterior)*: Pida al sujeto que incline un poco la cabeza hacia atrás, localice el área entre la inserción del músculo esternocleidomastoideo y el borde posterior de la mandíbula. Coloque el dedo de modo

que vaya medialmente y hacia arriba y no sobre la mandíbula. Palpar el área que se encuentra inmediatamente medial y posterior al ángulo de la mandíbula.

h. *Región Submandibular (Pterigoideo Medial, Suprahioideo, Digástrico Anterior)*: Localice el sitio bajo la mandíbula, 2 cm. anterior al ángulo de la mandíbula. Palpe superiormente empezando hacia la mandíbula. Si el sujeto tiene un dolor muy grande en esta área, hay que evaluar si es dolor muscular o nodular. Si es dolor nodular, indicarlo en el formulario de examen.

3. *Descripción de Sitios Específicos de Palpación Articular.* (Una libra de presión digital).

a. *Polo Lateral*: Coloque su dedo índice justo antes del tragus de la oreja y sobre la ATM del sujeto. Pida al sujeto que abra ligeramente hasta sentir la translación del polo del cóndilo hacia adelante. Use una libra de presión en el lado que se está palpando y sostenga la cabeza con la mano opuesta.

b. *Inserción Posterior*: Este sitio se puede palpar intrameatalmente. Coloque el dedo meñique derecho del meato izquierdo del sujeto y el dedo meñique izquierdo en el meato derecho. Apunte la yema de los dedos hacia el examinador y pida al sujeto que abra ligeramente la boca (o ampliamente si es necesario) para asegurarse de que pueda sentir el movimiento de la articulación con la punta de los dedos. Presione firmemente primero un lado y luego el otro, mientras los dientes del sujeto están completamente juntos. (Cambio de guantes)

4. *Descripción de Sitios Específicos de Palpación Intraoral* (1 libra de presión digital). Explique al paciente que ahora palpará en el interior de la boca. (Ahora voy a palparle dentro de su boca, mientras lo hago me gustaría que mantuviera la mandíbula en una posición de reposo).

a. *Pterigoidea Lateral*: Antes de palpar asegúrese de que la uña del dedo índice esté corta para evitar falsos positivos (debido a maltrato físico). Pida al sujeto abrir la boca y mover la mandíbula hacia el lado que está siendo examinado. (Mueva su mandíbula hacia mi mano). Coloque el dedo índice en el lado lateral del reborde alveolar sobre los molares maxilares, mueva el dedo distal, medial y hacia arriba para realizar la palpación. Si el dedo índice es muy grande use el dedo meñique.

b. El Tendón del Temporal: Después de completar el pterigoideo lateral rote su dedo índice lentamente cerca de la apófisis coronoidea. Pida al sujeto abrir ligeramente y mueva su dedo índice hacia arriba por el borde anterior de la apófisis coronoidea. Palpe en el aspecto más superior de la apófisis.

Nota: Si es difícil diferenciar si el dolor viene del pterigoideo lateral o el tendón del temporal, rote y palpe con el dedo índice medialmente y luego lateralmente. Si aún existen dificultades para su diferenciación, generalmente el pterigoideo lateral es el más sensible de los dos.

CUESTIONARIO

Ficha Número: _____

Fecha: _____

Por favor lea y responda cada una de las siguientes preguntas. Encierre con un círculo solo una respuesta para cada pregunta.

1. ¿Diría Ud. que en general su salud es: excelente, muy buena, buena, regular o deficiente?

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Deficiente	5

2. ¿Diría Ud que en general su salud oral es: excelente, muy buena, buena ,regular o deficiente?

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Deficiente	5

3. ¿Ha tenido Ud. dolor de: cara, mandíbula, sienes, frente a los oídos,o en los oídos durante el último mes?

No	0
Si	1

(Sí **no** ha tenido dolor en el último mes ir a la pregunta 14)

4a. ¿Hace cuántos años comenzó su dolor facial, por primera vez?
_____ años. (Si es menos de un año colocar 00)

(Si es uno o más años ir a la pregunta 5)

4b. ¿Hace cuántos meses comenzó su dolor facial, por primera vez?
_____ meses

5. ¿Es su dolor facial persistente, recurrente o fue un problema de solo una vez?

Persistente	1
Recurrente	2
Una vez	3

6. ¿ Ha visitado Ud., alguna vez al médico, dentista, quiropráctico u otro profesional de la salud debido a su dolor facial ?

NO	1
SI en los últimos 6 meses	2
SI hace más de 6 meses	3

7. En este momento, ¿Qué valor le daría a su dolor facial ?
Use una escala del 0 al 10 donde 0 es "sin dolor" y 10 es el "dolor máximo"

Sin dolor											Dolor máximo
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

- 8.** En los últimos seis meses, ¿Cuán intenso fue su peor dolor?
Use una escala del 0 al 10 donde 0 es "sin dolor" y 10 es el "dolor máximo"

Sin dolor Dolor máximo
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 9.** En los últimos seis meses, ¿Cuán intenso fue su dolor promedio, este es el dolor que Ud. siente generalmente? Use una escala del 0 al 10 donde 0 es "sin dolor" y 10 es el "dolor máximo"

Sin dolor Dolor máximo
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 10.** Aproximadamente, en los ultimos seis meses ¿Cuántos días ha interferido su dolor facial en sus actividades diarias? (Trabajo, estudios, quehaceres domésticos)
_____ días

- 11.** ¿En los últimos 6 meses ¿Cuánto ha interferido su dolor facial con sus actividades diarias? Use una escala del 0 al 10, donde 0 es “sin interferencia y 10 es “incapacidad total”

Sin interferencia Incapacidad total
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 12.** En los últimos 6 meses, ¿Cuánto han cambiado sus actividades recreativas, familiares y sociales debido a su dolor facial? Use una escala del 0 al 10, donde 0 es "sin cambio"y 10 es "cambio extremo"

Sin cambio Cambio extremo
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. ¿En los últimos 6 meses, ¿Cuánto ha interferido su dolor facial en sus actividades laborales, incluyendo quehaceres domésticos? Use una escala del 0 al 10, donde 0 es "sin cambio" y 10 es "cambio extremo"

Sin cambio											Cambio extremo
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14a. ¿Ha tenido usted alguna vez la mandíbula bloqueada o con dificultad para abrir su boca completamente?

No	0
Si	1

(Si no tiene problemas de apertura ir a la pregunta 15)

14b. ¿ Fue su limitación de apertura bucal tan severa tal que interfirió con su habilidad para comer?

No	0
Si	1

15a. ¿Siente Ud. un Click o Pop en su articulación cuando abre o cierra su boca, o al masticar?

No	0
Si	1

b. ¿Siente usted un ruido arenoso o de roce en su articulación cuando abre o cierra la boca , o al masticar?

No	0
Si	1

c. ¿Le han dicho o se ha dado cuenta por sí mismo de que aprieta o rechina sus dientes mientras duerme?

No 0
Si 1

d. Sabe Ud. si aprieta o rechina los dientes durante el día.?

No 0
Si 1

e. ¿Tiene dolor o rigidez mandibular cuando despierta en las mañanas?

No 0
Si 1

f. ¿Ha sentido ruidos o zumbido en sus oídos?

No 0
Si 1

g. ¿Ha sentido su mordida incómoda o diferente ?

No 0
Si 1

16a. ¿Ha tenido artritis reumatoidea, lupus o cualquier otra enfermedad artrítica sistémica?

No 0
Si 1

16b. ¿Sabe Ud., si algún miembro de su familia ha tenido o tiene alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente?

No 0
Si 1

16c. ¿Ha tenido o tiene Ud.,algún tipo de hinchazón o dolor en otras articulaciones además de la ATM (frente de sus oídos) ?

(Sí **no** ha tenido inflamación o dolor articular ir a la pregunta 17a)

16d. Si este es un dolor persistente, ¿Ha tenido el dolor por lo menos durante un año?

No 0
Si 1

17a. ¿Ha tenido algún traumatismo en su cara o mandíbula recientemente?

No 0
Si 1

(Si su respuesta es SI continúe, si es negativa ir a la pregunta 18)

17b. ¿Tenía Ud., dolor mandibular antes del traumatismo?

No 0
Si 1

18. ¿En los últimos 6 meses ha sufrido Ud., de dolores de cabeza o migrañas?

No 0
Si 1

19. ¿Cual(es) de la(s) siguiente(s) actividad(es) han sido limitada(s) debido a su problema mandibular?

a. Masticar No 0
Si 1

b. Beber No 0
Si 1

c. Ejercitar No 0
Si 1

d. Comer alimentos duros No 0
Si 1

e. Comer alimentos blandos No 0
Si 1

f. Sonreír/ reírse	No	0
	Si	1
g. Actividad sexual	No	0
	Si	1
h. Lavarse los dientes o la cara	No	0
	Si	1
i. Bostezar	No	0
	Si	1
j. Tragar	No	0
	Si	1
k. Conversar	No	0
	Si	1
l. Apariencia facial habitual	No	0
	Si	1

20. En el último mes, indique cuanto se ha sentido molesto por:

	nada	muy poco	mediana	bastante	extremada
a. Dolores de cabeza 4	0	1	2	3	
b. Perdida de interés o placer sexual	0	1	2	3	4
c. Sensación de desmayos o mareos	0	1	2	3	4
d. Dolores en el corazón o pecho	0	1	2	3	4

	nada	muy poco	mediana	bastante	extremada
e. Sentirse con poca energía o lento	0	1	2	3	4
f. Pensar en la muerte o en morir	0	1	2	3	4
g. Falta de apetito	0	1	2	3	4
h. Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
i. Sentirse culpable	0	1	2	3	4
j. Dolores en la espalda baja	0	1	2	3	4
k. Sentirse solo	0	1	2	3	4
l. Sentimiento de tristeza	0	1	2	3	4
m. Preocuparse mucho por las cosas	0	1	2	3	4
n. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
o. Náuseas o molestia en el estómago	0	1	2	3	4
p. Dolores musculares	0	1	2	3	4
q. Dificultad para dormirse	0	1	2	3	4
r. Falta de aire	0	1	2	3	4
s. Cambios repentinos de temperatura en el cuerpo	0	1	2	3	4
t. Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo	0	1	2	3	4

	nada	muy poco	mediana	bastante	extremada
u. Sentir como si tuviera un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
v. Sentimiento sin esperanza en el futuro	0	1	2	3	4
w. Sentirse débil en partes del cuerpo	0	1	2	3	4
x. Sensaciones de pesadez en sus brazos y piernas	0	1	2	3	4
y. Pensamientos de poner fin a su vida	0	1	2	3	4
z. Comer demasiado	0	1	2	3	4
aa. Despertarse muy temprano por la mañana	0	1	2	3	4
bb. Dormir inquieto o trastornado	0	1	2	3	4
cc. Sentir que todo lo que hace es un esfuerzo	0	1	2	3	4
dd. Sentir que Ud. no vale nada	0	1	2	3	4
ee. Sentirse atrapado	0	1	2	3	4
ff. Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4

21. ¿Que tan buen trabajo realiza Ud. para mantener su salud en general?

Excelente	1
Muy bueno	2
Bueno	3
Regular	4

Deficiente 5

22. ¿Que tan buen trabajo realiza Ud. para cuidar su salud oral?

Excelente 1
Muy bueno 2
Bueno 3
Regular 4
Deficiente 5

23. Fecha de nacimiento: D__ M__ A ____

24. Sexo: Masculino 1
Femenino 2

25. ¿Cuál de los siguientes grupos representa su raza?

Aleut, Esquimal o Indígena Americano 1
Asiático o de las Islas del Pacifico 2
Negro 3
Blanco 4
Otro 5
Especifique _____

26. ¿Cuál es su nacionalidad u origen ancestral?

Puerto Riqueno 1
Cubano 2
Mexicano 3
Mexicano-Americano 4
Chicano 5
Latinoamericano 6
Hispano 7
Otro 8

27. ¿Cuál es su más alto grado de instrucción?

Ninguno o Jardín de Infancia	00							
Enseñanza Básica o Primaria	1	2	3	4	5	6	7	8
Enseñanza Media o Bachillerato	9	10	11	12				
Universitaria	13	14	15	16	17	18		+

28a. En las últimas 2 semanas, ¿Realizo Ud., algún tipo de trabajo o negocios a excepción de quehaceres domésticos? Incluya trabajos y negocios familiares no remunerados.

Si	1
No	2

[Si la respuesta es afirmativa ir a la pregunta 29]
Si su respuesta es NO continúe

28b. Aún sí no trabajó en las últimas dos semanas, ¿Tuvo Ud. algún negocio o trabajo?

Si	1
No	2

[Si la respuesta es afirmativa ir a la pregunta 29]
Si su respuesta es NO continúe

28c. En las últimas dos semanas, estuvo buscando trabajo o fue despedido?

Si. Buscando trabajo	1
Si, despedido	2
Si, tanto despedido como buscando trabajo	3
No	4

29. Estado civil :

Casado (conviviendo con su pareja)	1
Casado (sin convivir con su pareja)	2
Viudo	3
Divorciado	4
Separado	5
Soltero	6

30. ¿Cuál fue su ingreso familiar en los últimos 12 meses?

- \$0- \$14.999
- \$15.000-24.999
- \$25.000-\$34.999
- \$35.000 - \$49.999
- \$50.000 o mas

31. ¿Cuál es su número de código postal? _____

Examen Clínico

1. ¿Tiene Ud. . dolor en el lado izquierdo de su cara , en el lado izquierdo o ambos lados?

Ninguno	0
Deracho	1
Izquierdo	2
Ambos	3

2. ¿Podría Ud. señalar el área donde siente dolor?

	Deracha		Izquierda
Ningun	0	Ningun	0
Articular	1	Articular	1
Muscular	2	Muscular	2
Ambos	3	Ambos	3

(El examinador debe palpar el area señalada por el sujeto si existe algún tipo de confusión en cuanto a la localización del dolor)

3. Patrón de Apertura

Recto	0
Desviación Lateral Derecha (no corregida)	1
Desviación Corregida a la Deracha (“S”)	2
Desviación Lateral Izquierda (no corregida)	3
Desviación Corregida a la Izquierda (“S”)	4
Otros	5
Especifique el tipo: _____	

4. Rango de Moviento Vertical

- a. Apertura mandibular no asistida sin dolor _____ mm.
 b. Apertura mandibular máxima no asistida _____ mm.
 c. Apertura mandibular máxima asistida _____ mm.
 d. Sobremordida Vertical _____ mm.

	Dolor			Articulación			
	Ninguno	Derecha	Izquierda	Ambos	Si	No	NA
0	1	2	3	3	1	0	9
0	1	2	3	3	1	0	9

5. Sonidos Articulares (Palpación)

a. Apertura.

	Derecha	Izquierda
Ninguno	0	0
Click	1	1
Crepitación Gruesa	2	2
Crepitación Fina	3	3

Medicion del click en apertura _____ mm.

b. Cierre

	Derecha	Izquierda
Ninguno	0	0
Click	1	1
Crepitación Gruesa	2	2
Crepitación Fina	3	3

Medicion del click en cierre _____ mm.

c. Click reciproco eliminado en apertura protrusiva

	Derecho	Izquierdo
No	0	0
Si	1	1
NA	9	9

6. *Movimientos de Lateralidad y Protrusión*

a. Lateralidad derecha _____ mm.

b. Lateral izquierda _____ mm

Dolor					Articulación	
Ningun	Derecha	Izquierda	Ambos	Si	No	NA
0	1	2	3	1	0	9
0	1	2	3	1	0	9

c. Protrusión _____ mm.

d. Desviación de la línea media _____ mm.

Derecha 1

Izquierda 2

7. *Sonidos articulares durante los movientos de lateridad y protrusión.*

Derecha:

Sonidos en la ATM derecha	Ninguno	Click	Crepitación fina	Crepitación gruesa
Lateralidad derecha	0	1	2	3
Lateralidad izquierda	0	1	2	3
Protrusión	0	1	2	3

Izquierda

Sonidos en la ATM Izquierda	Ninguno	Click	Crepitación fina	Crepitación gruesa
Lateralidad derecha	0	1	2	3
Lateralidad izquierda	0	1	2	3
Protrusión	0	1	2	3

Instrucciones para las preguntas 8, 9 y 10:

El examinador palpará varias áreas de la cara, cabeza, y cuello y le preguntará al sujeto si siente presión (0) o dolor (1-3). Si el sujeto siente dolor se indicará cuán intenso es el mismo usando la escala que se dará a continuación. Encierre con un círculo el número que corresponde a la intensidad del dolor reportada por el sujeto. Las anotaciones se harán por separado tanto para el lado derecho como para el izquierdo.

8. Dolor a la Palpación de los Músculos Extraorales.

Músculos	Derechos				Izquierdos			
a. Temporal (posterior)	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Temporal (medio)	0	1	2	3	0	1	2	3
c. Temporal (anterior)	0	1	2	3	0	1	2	3
d. Masetero (origen)	0	1	2	3	0	1	2	3
e. Masetero (cuerpo)	0	1	2	3	0	1	2	3
f. Masetero (inserción)	0	1	2	3	0	1	2	3
g. Región Posterio de la Mandibula	0	1	2	3	0	1	2	3
h. Región Submandubular	0	1	2	3	0	1	2	3

9. Dolor Articular a la Palpación:

Area	Derecha				Izquierda			
a. Polo Lateral (externo)	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Insercion Posterior (Canal auditivo)	0	1	2	3	0	1	2	3

10. Dolor a la Palpación de los Músculos Intraorales:

Area	Derecha				Izquierda			
Pterigoideo Lateral (area retromolar superior)	0	1	2	3	0	1	2	3
b. Tendon del Temporal)	0	1	2	3	0	1	2	3

Resumen de Hallazgos Clínicos

Fecha : D ___ M ___ A _____

Ficha N° _____

Nombre: _____

Datos Demográficos:

Edad: _____

Sexo: _____

Etnicidad: _____

Raza: _____

Nivel Educativo: _____

Ingreso Familiar: _____

Características reportadas por el paciente:

Click SI NO

Rigidez Mandibular Matutina SI NO

Sonidos Asperos o arenoso SI NO

Ruidos o zumbido en los oidos SI NO

Rechinamiento o
Apretamiento nocturno SI NO

Rechinamiento o
apretamiento Diurno SI NO

Mordida incómoda o diferente SI NO

Grupo Diagnóstico del Eje I:

Grupo I Trastornos Musculares:
(Marque solo una respuesta para este grupo I)

A. Dolor Miofascial (I.a)

B. Dolor Miofascial con Limitación de Abertura Mandibular (I.b)

C. Sin Diagnóstico del grupo I

GRUPO II Desplazamientos del Disco:
(Marque solo una respuesta para cada articulación)

ATM derecha	ATM izquierda
A. Desplazamiento del disco con reducción (II.a)	A. Desplazamiento discal con reducción (II.a)
B. Desplazamiento del disco sin reducción con limitación de la apertura (II.b)	B. Desplazamiento del disco sin reducción con limitación de la apertura (II.b)
C. Desplazamiento del disco sin reducción sin limitación de la apertura (II.c)	C. Desplazamiento del disco sin reducción sin limitación de la apertura (II.c)
D. Sin diagnóstico en el grupo II	D. Sin diagnóstico en el grupo II

Grupo III Otras Condiciones Articulares
(Marque Solo una respuesta para cada articulación en el Grupo III.)

ATM derecha	ATM izquierda
A. Artralgia (III.a)	A. Artralgia (III.a)
B. Osteoartritis (III.b)	B. Osteoartritis (III.b)
C. Osteoartrosis (III.c)	C. Osteoartrosis (III.c)
D. Sin diagnóstico en el grupo III	D. Sin diagnóstico en el grupo III

Eje II: Perfil del Paciente:

1. Grado de Dolor Crónico (0 - 4) _____

2. Nivel de Depresión: Normal Moderado Severo

3. Escala de síntomas
físicos no específicos: Normal Moderado Severo

4. Limitación asociada al funcionamiento mandibular: _____

(Nº de respuestas positivas / Nº de preguntas contestadas)