

**MANEJO EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMA Y EN LA PRACTICA PRIVADA DE UN ADULTO CON COMPLICACIONES MEDICAS Y DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES, I PARTE**

**Management in the School of Dentistry of the University of Panama and in a Private Practice of an Adult with Medical Complications and Temporomandibular Disorders, Part I**

Presentación de Caso



**Srta. Mikeilys Vega**, egresada de bachiller en ciencias del Colegio Pedro Pablo Sánchez y actual estudiante de octavo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá.  
Contactos: (507) 523-7035, [mikeilysv\\_1620@hotmail.com](mailto:mikeilysv_1620@hotmail.com)



**Dr. Fernando R. Jaén**, Odontólogo egresado de la Universidad de Panamá y de la Escuela de Odontología de Louisiana State University en New Orleans, Louisiana, EUA con una Residencia en Odontología General. Ejerce su práctica académica como profesor titular de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá y su privada con dedicación a los Desórdenes Temporomandibulares, del Sueño y Oclusión, ambas desde 1983.

Contactos: (507) 263-7313, [www.doctorjaen.com](http://www.doctorjaen.com), [consultas@doctorjaen.com](mailto:consultas@doctorjaen.com)

**RESUMEN**

El Sistema Masticatorio u Oclusal, es un sistema de naturaleza ortopédica; complejo, adaptable y eficiente, encargado de hablar, respirar, masticar, dormir y tragar durante toda nuestra vida. Es el único sistema ortopédico del cual la vida depende. El sistema tiene 3 componentes anatómicos complejos; 2 articulaciones temporomandibulares (ATM), el neuromuscular y la relación interdental con sus tejidos de soporte y que pueden dañarse en forma similar a las del resto del cuerpo humano. La intención de esta presentación de caso<sup>1</sup> es la de describir la primera parte del manejo de un caso de un adulto con Desórdenes Temporomandibulares y con complicaciones médicas en la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá, por la autora y en su práctica privada por el co-autor. El escrito será dividido en 2 debido a su extensión, complejidad y requerimientos clínico-académicos de nuestra Facultad.

*Palabra Clave*; artritis reumatoidea, enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, dolor miofacial, bruxismo, miositis.

## ABSTRACT

The Masticatory or occlusal system, is an orthopedic system in nature; complex, adaptable and efficient and in charge of speech, respiration, mastication, sleep and swallow throughout our lives. It is the only orthopedic system on which life depends. The system has 3 complex anatomical components; the 2 temporomandibular joints (TMJ), the neuromuscular and the interdental relationship and its supporting tissues that can be damaged in a similar way to those of the rest of the human body. The intention of this case presentation<sup>1</sup> is to describe the first part of the management a case of an adult with Temporomandibular Disorders and medical complications in the School of Dentistry of the University of Panama by the author and in his private practice, by the co-author. This presentation has been divided in 2 because of its extension, complexity and clinical-academic requirements of our School.

*Keyword*; rheumatoid arthritis, cardiac disease, arterial hypertension, myofacial pain, bruxism, dental myositis.

## INTRODUCCIÓN

Los desórdenes que causan dolor buco facial han sido divididos en<sup>2</sup>;

1. Desórdenes de dolor Intracraneal. (Neoplasias, aneurismas, abscesos, hemorragias hematomas, edema, etc.).
2. Desórdenes de dolor primario. (Migrañas, cefaleas en racimo, hemicránea paroxística, arteritis craneal, cefaleas tensionales).
3. Desórdenes de dolor neurogénico.
  - a. Neuralgias paroxísticas (trigémico, glossofaríngea, laríngeas superiores).
  - b. Desórdenes de dolor continuo. (neuritis periféricas, post herpéticas, post traumáticas y post quirúrgicas).
  - c. Dolor simpático.
4. Desórdenes de dolor intraoral. (pulpar, periodental, muco-gingival y lingual)
5. **Desórdenes Temporomandibulares (DTM). (Neuro-musculatura, las ATM y la relación interdental).**
6. Estructuras vecinas. (Ojos, oídos, senos para nasales, nariz, nódulos linfáticos, glándulas salivares y cuello).
7. Desórdenes mentales. (Desórdenes somato-formes, síndromes de dolor de origen sicogénico).

Las *patologías* de los DTM<sup>3</sup> se clasifican según su origen anatómico en; *Intracapsulares* (ligamentos, discos, etc.), *Extracapsulares* (neuromusculatura, ligamentos, etc.) e *Interdentales* (dientes y sus tejidos de soporte y vías aéreas o desórdenes del sueño).

Son análogos a los otros sistemas ortopédicos del cuerpo humano y la queja principal es de dolor u otras molestias o la disfunción en aéreas cefálicas, faciales o cervicales<sup>4</sup>. Este caso es un ejemplo donde las 3 áreas anatómicas estaban afectadas y las describiré resumidamente resaltando en negrita y describiendo un poco más, las específicas presentes en este paciente.

Las *etiologías de los DTM* son: Congénitas o Hereditarias, **Enfermedades sistémicas**, autoinmunes o infecciosas, Tumorales, **Disfuncionales** o ser **Comorbidos**.

Las etiologías más comunes de los DTM y las del paciente en este caso, son las *Disfuncionales*, que son el resultado de sobrecargas súbitas o macro traumas (25%) o por sobrecargas repetitivas o micro traumas (75%), pudiendo ser comorbidos. Las causas de los micro traumas pueden ser las relaciones interdentes mal adaptadas (mala mordida o contactos prematuros)<sup>5</sup>, los factores psicosociales y las para funciones como el **bruxismo**<sup>6</sup>.

Los *Desórdenes Intracapsulares* se refieren a las patologías de los tejidos dentro de las capsulas articulares y se clasifican en *Desórdenes Internos* y en *Desarreglos Intracapsulares*.

Los *Desarreglos Internos* son aquellos que causan mala acomodación de los componentes no disciales de la capsula, causando una interferencia en el movimiento suave de la articulación;

1. Sinovitis, capsulitis o retrodisquitis
2. Desviación en forma o disclusión.
3. Dislocación del cóndilo o hiper movilidad (crónica o aguda).
4. Anquilosis.

## 5. Fracturas.

Los Desarreglos Discales son los más comunes y se caracterizan por una relación anterior del disco con relación al cóndilo;

1. Dislocación del disco con reducción.
2. Dislocación del disco sin reducción (crónica o aguda).
3. **Enfermedades degenerativas u osteoartritis<sup>7</sup> (OA) primaria y secundaria.** Es considerada como una enfermedad crónica de aparente origen inflamatorio que resulta de la deformación de las ATM causada por cambios degenerativos del disco y otros tejidos conectivos y afecta a cualquier edad o género. La *OA primaria* es una condición degenerativa de las ATM caracterizada por el deterioro y abrasión de los tejidos articulares, acompañado de remodelación del hueso sub-condral debido a una recarga de los mecanismos de remodelación y puede ser juvenil o adulta. La *OA secundaria* es la misma de degeneración articular con remodelamiento óseo como en la primaria, pero con un factor etiológico identificado.
4. Poliartritis o poliartrides.

Los *Desórdenes Extra capsulares* son los más frecuentes y pueden ser *Agudos o Crónicos*.

Los *Agudos* se refieren a patologías con dolor o inflamación donde el origen y el sitio afectado coinciden. Su duración usual de menos de 6 meses y no hay alteración de la percepción cerebral del área afectada. Se clasifican en:

1. Mioespasmo tónico o trismus.
2. Ferulización muscular.
3. **Miositis.**

Los *Crónicos* son las patologías donde el origen y sitio de la inflamación o del dolor no coinciden, usualmente de más de 6 meses de duración, el cerebro confunde el área afectada, están relacionadas con los despertares aumentados y hay alteración del ánimo. Se clasifican en;

1. Contractura (fibrosis o trismus crónico).
2. **Dolor miofacial**, está caracterizado por ser un dolor regional, sordo y pausado con puntos de gatillo en músculos, tendones o fascia, que reproducen el dolor al ser palpado. Se manifiesta con dolor regional, usualmente pausado, suavidad localizada en bandas firmes de la fascia o el musculo y reducción del dolor con inyección de anestésico local, TENS, aparatología o spray refrigerantes en los puntos gatillos.
3. Fibromialgia.

Los *Desórdenes Interdentales* pueden ser de los *Tejidos de Soporte*, de los *Dientes* o de las *Vías Aéreas o del Sueño*.

1. Tejidos de Soporte; festones de Mac Call, grietas de Stilmman, ensanchamiento del ligamento, hipercementosis, exostosis, recesión, lengua festoneada o líneas alba<sup>8</sup>.
2. Dientes; **facetas de desgaste**, abfracciones, fracturas dentales o en materiales, dolor o movilidad dental, fremitus, daños pulpares, **relación interdental mal adaptada** (o mala oclusión) donde si bien el acomodo interdental es importante, lo más importante es lo que el paciente haga con esos dientes<sup>9,10</sup>.
3. Vías Aéreas o Desórdenes del Sueño<sup>11</sup>;
  - A. *Desórdenes Respiratorios Relacionados con el Sueño como:* la Apnea Obstructiva, la Hipo Apnea, el Ronquido.
  - B. *Desórdenes de Movimiento Relacionados al Sueño:* Movimiento periódico de extremidad, el **bruxismo**, las cefaleas, la *catatrenia* y la *fibromialgia*.

Los principios generales y las 2 fases para su manejo<sup>12</sup> son;

*Principios generales:*

1. La base del tratamiento es el diagnóstico.
2. Si es posible; se cura.
3. Si no, entonces; se maneja, limitando la incapacidad.
4. Si ninguna de las anteriores es posible; se refiere.
5. El mejor tratamiento es la prevención o el tratamiento temprano.

*Fases:*

A. *Fase I o las "Reversibles"* con el alivio, corrección o mejoramiento de las alteraciones de los componentes; Neuromusculares, ATM, de los hábitos para funcionales, de la salud general, de la calidad de vida y del sueño. Las alternativas son;

1. Instrucciones y auto ayuda en casa y trabajo.
2. Farmacoterapia.
3. Fisioterapia.
4. Psicoterapia.
5. Aparatos oclusales
6. Combinaciones

B. *Fase II o las "Irreversibles"* con la rehabilitación del componente interdental, optimizando la tabla oclusal alterada. Las alternativas son;

1. Ajustes oclusales
2. Ortodoncia.
3. Operatoria
4. Prótesis.
5. Cirugía maxilofacial u ortognatica
6. Combinaciones

### **Reporte del Caso**

Se trata de un paciente de 57 años de edad, referido al Dr. Jaén por un médico amigo suyo, que fue nuestro paciente por problemas similares.

El *Análisis de la Oclusión efectuado el 7 de junio de 2017*<sup>13</sup> incluyo;

*Queja principal*<sup>14</sup> era "dolor severo cara derecha desde septiembre de 2016 y que iniciaba en un diente que ya fue extraído".

La *historia médica* era compleja y fue debidamente anotada y será descrita más adelante. Su presión arterial era de 139/91 y su peso 160 lbs. Había sido atendido en varias instituciones de salud del estado por el dolor con un diagnóstico por médicos en el interior del país, de neuralgia del trigémino y medicado con carbamazepina, que no le servía. Los odontólogos institucionales que lo evaluaron, descartaron origen dental del dolor.

El *cuestionario de apnea del sueño y la escala Epworth del sueño* indicaba sueño fragmentado y no reparador y tenía ojeras, cara de dolor y disminución de dimensión vertical de oclusión (fig. 1).

La *historia dental* incluía extracciones y desgastes y fracturas dentales (fig.2).

La *historia articulo/muscular* inicio con dolor desde septiembre de 2016 en el área anterior de la cara y relacionada a un diente. Dolor punzante, severo y todos los días en el ojo, la nariz con dolor al tocársela y constante en el diente superior derecho, pero no al tocárselo. Era consiente que se apretaba los dientes constantemente durante el día. Como síntomas auditivos tenia los oídos tapados y mareos frecuentes.

El *examen muscular* mostro leve aumento de volumen de la cara derecha (fig.1). A la palpación se sentía aumento de volumen y con dolor en; maseteros, temporales, inserción inferior de los pterigoideos internos, esternocleidomastoideos y trapecios derechos.

El *examen articular* indicó dolor a la presión bilateral y en el examen de ultrasonido con Doppler™ se escuchó crepitación bilateral lateralidad.

El *examen de RDM* mostro una abertura lateral hacia la derecha de 40 mm (fig.3).

El *examen de postura* reveló línea omicron (entre hombros) desigual y postura anterior de la cabeza. (fig. 4 y 5)

En el *examen interdental* en máxima intercuspidad, se observó ausencias, desgastes y ausencia de las sobremordidas. (fig. 2). Para el paciente, el contacto interdental constante, era la posición habitual y nunca estaba en reposo.

En el *examen intrabucal* se encontraron ausencias dentales, restos radiculares, caries extensas, gingivitis, dentinas expuestas en muchos dientes y lengua retruida. (fig.3)

El *examen (articular) de la panorámica* mostraba cambios artríticos leves bilaterales y discrepancia en forma condilar. (Fig. 6).



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.

Los diagnósticos fueron;

1. OA primaria de ambas ATM.
2. Dolor Miofacial y miositis
3. Bruxismo despierto

#### 4. Relación interdental mal adaptada

*El plan de tratamiento de Fase I* inicio el 20 de junio del 2017 con;

1. una sesión con unidad de TENS de Bioresearch™ para obtener un porcentaje de relajación muscular inicial,

2. confeccionar un aparato neuromuscular de estabilización oclusal<sup>15</sup> mandibular de cobertura completa con guías anteriores y contactos oclusales precisos a 20 micras Parkell II™. Como se le receto en el interior, le pedimos al paciente que le solicitara a su amigo médico y referidor que iniciara la disminución gradual de la carbamazepina hasta eliminarla y así lo hizo. Se le recetó paracetamol, 500mg cada 6 horas por si regresaba el dolor luego de la reducción y mientras funcionaba el aparato.

3. mantener los contactos y las guías por 2 meses y de uso 24 horas al día con citas de control cada 2 semanas.

El paciente asistió a todas sus citas de control y en cada una de ellas refería disminución progresiva y luego completa de los síntomas, de la frecuencia del bruxismo y mejoramiento del sueño, postura y bienestar general<sup>17</sup>. Nunca necesito el paracetamol y ya le habían suspendido la carbamazepina.

El 14 de agosto de 2017 fue a la cita para toma de registros post operatorios de la relación céntrica postural adaptada<sup>16</sup> (RCPA) establecida por el aparato oclusal, ya que se había mantenido asintomático, resolviendo así los objetivos de la *Fase I de tratamiento de los DTM*<sup>18</sup> (fig. 7, 8, 9, 10, 11 y 12). La presión arterial post tratamiento era de 140/90.



Figura 7.



Figura 8 (RCPA cierre en el aparato).





Figura 9 (RCPA en abertura con el aparato).



Figura 10 (RCPA cierre sin el aparato con memoria muscular).



Figura 11.



Figura 12.

La RCPA observable en las fotos post operatorias, no tenía guías anteriores, ni soporte posterior, disminución de la dimensión vertical anterior y existían contactos prematuros en cierre. Para rehabilitar esta condición interdental (u oclusal) disfuncional o *tratamiento de Fase II*, se necesitaba lo antes posible, tratamiento multidisciplinario protésico, restaurador, quirúrgico y periodontal, considerando su condición médica y el paciente solo podía asistir a clínicas institucionales. Por esta razón el paciente fue referido a la estudiante Mikeilys Vega de la Facultad de Odontología, indicándole su urgencia, ya que los aparatos oclusales tienen una vida estable limitada, en especial si se tiene que usar constantemente para mantener la oclusión.

El paciente asistió a la Facultad de Odontología el 4 de agosto del 2017 para su evaluación inicial o de filtro. Utilizando el formato médico del s.o.a.p., se mostrará a continuación, la información diagnóstica requerida a los estudiantes antes de tratar a sus pacientes en nuestras Clínicas Integrales:

1. *Motivo Principal de la Visita y Actitud del Paciente*

Motivo de la consulta: “ponerme los dientes después de tratamiento músculo articular por y referido por el Dr. Fernando Jaén”

Historia de la enfermedad dental actual: Las piezas perdidas fue por caries dental.

El paciente anteriormente padecía de dolores de cabeza y cuello, acudió al médico y le diagnosticó neuralgia del trigémino, para esto el médico le recetó gabapentina, el dolor continuaba. Posteriormente se refirió al paciente con el Dr. Jaén y le diagnosticó: miositis de los músculos masticatorios, osteoartritis y bruxismo. El tratamiento consistió en el aparato oclusal que utiliza constantemente hasta rehabilitar su mordida.

2. *Historia Médica y Evaluación de Síntomas*

Médico del paciente en la C.S.S.: Dr. José Luis Donato, cardiólogo.

Condiciones médicas conocidas: hipertensión arterial, gota, artritis reumatoidea<sup>19</sup>, enfermedad cardiovascular

Hospitalizaciones: en el 2009 en el Complejo Hospitalario de la C.S.S. para la colocación de Bypass en el corazón

3. *Medicamentos prescritos que toma el paciente:*

Dinitrato de Isosorbide 10 mg, 2 tabs cada 12 horas  
Rosuvastatina 5 mg, 2 tabs cada noche  
Espironolactona 25 mg 1 tab por día  
Furosemida 40 mg, 2 tabs: una en el desayuno y otra en el almuerzo  
Clopidrogel 75 mg 1 tab cada día  
Ácido acetil salicílico de 75-100 mg, 1 tab cada día  
Alopurinol 300 mg, 1 tab cada día  
Atenolol 100 mg, 1 tab por día  
Perindopril 5 mg, 1 por día  
Carvedilol  
Furosemida

*Interconsultas: Se le solicita por escrito, a través del paciente, al médico tratante, un resumen de su estado salud actual y medicamentos, como condición, antes de iniciar cualquier tratamiento. Este informe lo recibimos el 8 de noviembre del 2017 (fig. 27). La información que se recibió del cardiólogo tratante tiene que ser evaluada por los profesores de Periodoncia y Cirugía Oral para seguir los protocolos establecidos para el manejo de pacientes con estas enfermedades y tomando esos medicamentos. Este manejo se detallará en la parte II de esta presentación de caso.*

Riesgo sistémico: ASA III

4. *Historia Médica y Evaluación de Síntomas*

No padece de alergias  
Signos vitales actuales:  
Presión arterial: 125 / 80 mmHg  
Frecuencia cardiaca: 56 p.p.m

5. *Historia Social*

No consume drogas, ni alcohol  
Comportamiento del paciente: Cooperador  
Vive solo

6. *Examen Clínico Extra-Bucal (Figs. 13, 14,15 y 16)*

Ganglios linfáticos: no palpables al examen  
Músculos masticatorios: sin puntos gatillos  
ATMs: sonido en el lado derecho  
Glándulas salivales mayores: dentro de los límites fisiológico  
Análisis facial  
Forma de la cara: dolicocefálico  
Perfil: cóncavo  
Asimetría de la sonrisa  
Asimetría del contorno del labio superior con el borde incisal de incisivo superior  
Ausencia de línea media dental superior.  
Corredores bucales



Figura 13



Figura 14.

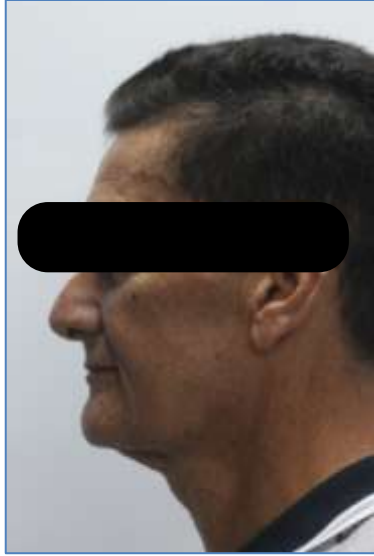


Figura 15.



Figura 16.

7. *Examen Clínico Intra Bucal en máxima intercuspidación (MI).* (Figs. 17,18,19, 20 y 21)

Encías edematosas, recesiones gingivales, presencia de placa y cálculo, desgastes incisales, ausencia de piezas, restos radiculares.

Maxilar superior: en forma de U, paladar profundo de color rosa, fístula a nivel del resto radicular de #13.

Recesiones marginales de: #12, #43, #44, #13, #33, #34 y #35. Extrusión de #16 y #46 mesio angulada.

Maxilar inferior: en forma de U, desgastes incisales, restauración en mal estado #36.



Figura 17.



Figura 18.



Figura 19.



Figura 20.



Figura 21.

8. *Examen radiográfico* (Figs. 6 y 22).

Radiografía panorámica: cóndilos asimétricos, pérdida ósea horizontal en ambos maxilares, imágenes radiopacas compatibles con restos radiculares.

Radiografías periapicales: imagen radiopaca a nivel apical, imágenes radio lúcidas compatibles con caries dental en las piezas: mesial de #26, mesio-distal de #27.



Figura 22.

9. *Examen periodontal*

Maxilar superior: Profundidad sondeable aumentada de 4-5 mm en: #12, #16. Bolsas periodontales de 5-7mm en: #25, #26, #27. Movilidad tipo I en la pieza #12

Maxilar inferior: profundidad sondeable aumentada de 4mm en: #46, #32, #33, #35.



10. *Odontograma*

Maxilar superior: extracción indicada de: #15, #14, #23, #24, #27; caries dental en: #22, #25, #26  
Maxilar inferior: ausencia y caries dental: 34, 35, 31; desgastes incisales, extracción indicada #45.

11. *Pruebas de vitalidad pulpar*

Se relizaron pruebas de vitalidad pulpar en: #12, #22, #26, #25, #31, #33, #35, #43, #46. Se obtuvo como resultado dientes vitales sin patología pulpar clínica.

12. *Examen Oclusal*

Sonido: traqueo en el lado derecho

Apertura máxima 39.5 mm

Guía canina izquierda

RCPA en el aparato con aumento de dimension vertical de oclusion (fig. 23)



Figura 23.

13. *Examen de modelos articulados en RCPA.* (figs. 24, 25 y 26)



Figura 24.





Figura 25.



Figura 26.




MINISTERIO DE SALUD  
 REGIÓN DE SALUD DE LOS SANTOS  
 HOSPITAL REGIONAL DE AZUERO ANITA MORENO  
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**CERTIFICADO DE DIAGNÓSTICO**  
 N. 0104

Por este medio y [redacted] institución  
 certifica que el Sr. [redacted]  
 con cédula de identidad personal [redacted] su paciente su diagnóstico es  
*Cardiopatía Coronaria, Insuficiencia Renal crónica, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2.*  
 Dado en la Provincia de Los Santos el 03 OCT 2011

[Signature]  
 Médico

*Indicaciones: Dieta Intermedia, para mejorar la digestión por 5-7 días y al Hospital por 2-3 días.*



Figura 27.

14. *Diagnósticos Bucales*

- Edentulismo parcial
- Maloclusión con osteoartritis
- Resto radicular
- Periodontitis crónica moderada generalizada tipo III
- Caries dental

15. *Pronóstico:* Reservado. Es imprescindible:

- a. Aprendizaje y mantenimiento de la mejor higiene oral,

- b. Seguimiento de los protocolos de atención de pacientes con comprometimiento medico.
- c. Seguimiento de las indicaciones post quirurgicas.

16. *Plan de tratamiento.*

*Debido a las complicaciones médicas del paciente y de la complejidad del caso protésico, este caso fue aprobado para ser tratado en nuestra Facultad por la Junta de Diagnostico, con las siguientes estrictas condiciones:*

- a. Manejo de la parte Periodontal y de Cirugia Oral, en el quirófano y por los profesores especialistas.
- b. Evaluación pre quirúrgica de estos especialistas, de la condicion medica y de los medicamentos que toma del paciente<sup>21</sup> y la determinación de los protocolos de atención.
- c. Seguimiento del manejo Oclusal de la operatoria y protesis por parte del Dr. Jaen.

*Fase I (Siguiendo los protocolos)*

- 1. Tratamiento periodontal (Raspaje y Alizado Radicular en dientes indicados)
- 2. Operatoria:

Amalgama: Clase II MO # 26, Clase I OV #46.

Resinas compuestas para restaurar las guias anteriores y la dimensión vertical anterior<sup>22</sup>: clase IV y V #43, clase IV # 42, clase IV # 41, clase IV #31, clase IV #32, clase IV y V # 33, clase II MD y V #34, clase V y II MD #35, clase IV #13, clase IV # 22 y clase IV # 23.

- 3. Exodoncias: #15, # 14, # 23, #24, #27, #45

*Fase II*

- 1. Prótesis parcial removible en la RCPA obtenida con el aparato oclusal<sup>23 y 24</sup>.
  - a. Superior: Clase I Kennedy 1a 2ap
  - b. Inferior: Clase I Kennedy con cubiertas oclusales (overlays) sobre los pilares para aumentar la dimension vertical<sup>20</sup>.

**CONCLUSIÓN**

Los DTM pueden ser dolorosos, causar incapacidad, mover o desgastar los dientes, desordenar el sueño, alterar el ánimo o el bienestar general. Las alternativas de tratamiento conservador alivian los síntomas y signos o Fase I y además facilitan la determinación de una posición mandibular de trabajo para el manejo de la Fase II o restauración de la tabla oclusal. La estudiante Vega presentará la segunda parte de este caso, donde se haría la Odontología integrada, cuando lo termine el próximo año.

A la entrega de este escrito, solo se había iniciado con el entrenamiento al paciente para que mantuviera la mejor higiene oral. Dependiendo del calendario académico, se avanzará. Agradecimientos de la estudiante Vega: al Dr. Jaen por la referencia y guía en el plan de tratamiento, al paciente por permitir la toma de registros y hallazgos clínicos para este artículo y al Dr. Julio César Salazar por aceptar este caso complicado, pero de mucho aprovechamiento académico, en Junta de Diagnóstico.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Rios, Dagmar. Rehabilitación de la Relación Interdental en un Paciente Tratado por Osteoartritis de las ATM. Revista Contacto Científico, Vol. 6, 21-23, Dic. 2012.
- 2. American Academy of Orofacial Pain. Okeson JP (ed). Orofacial Pain. Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. Chicago. Quintessence Publishing Co. 1996.
- 3. The American Academy of Craniofacial Pain. Standards for History, Examination, Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders (TMD). A Position Paper. Cranio, Jan. 1990, Volume 8 Number 1.
- 4. Moses, AJ., Lieberman, M., Kittay, I., Learreta, JA. Computer-Aided Diagnoses of Chronic Head Pain: Explanation, Study Data, Implications, and Challenge . J of Craniomand. Practice, Volume 24 Issue 1 January 2006.

5. Learreta J A, Beas J, Bono AE, Durst, A. Muscular Activity Disorders in Relation to Intentional Occlusal Interferences. *The Journal of Craniomandibular Practice*. Jul 2007, Vol. 25 Issue 3, 193-199.
6. Fernandes G. et al. Temporomandibular disorders, sleep bruxism, and primary headaches are mutually associated. *Orofac Pain* 2013 Winter; Vol. 27 (1),14-20.
7. Wang XD; Zhang JN; Gan YH; Zhou YH, Current Understanding of Pathogenesis and Treatment of TMJ Osteoarthritis, *J Dent Res*: 1544-0591, 2015 May; Vol. 94 (5), pp. 666-73;
8. Glickman I., *Periodontología Clínica* 1ra Ed. Nueva Editorial Interamericana, 1974; 320-333.
9. Gremillion H. The relationship between occlusion and TMD: an evidence based discussion. *J Evid Base Dent Pract*. 2006;6:43–7.
10. Brown, CE. Infante, L. Thinking of a maladaptive occlusion as an orthopedic cumulative trauma disorder. *Cranio*. Jan 2015, Vol. 33 Issue 1, p19-22.
11. Jaen FR. Los Desordenes del Sueño, Nueva Responsabilidad de la Odontología Moderna, *El Odontol*. Vol. 28 #1. 2015, p 10-20.
12. Kent, JN. *Conservative and Surgical Management of TMJ Disorders*. Louisiana State University, School of Dentistry 1982.
13. Jaén FR. Análisis Oclusal de Filtro en 10 Minutos. *El Odontol*. Agosto 1991.
14. Burnside, JW. *Physical Diagnosis*, 16th Edition, Baltimore, MD. The Williams and Wilkins Co, 1981.
15. Abdel Fattah, R.A. Intraoral Appliances in Management of Temporomandibular Disorders, Revised. *Cranio*, Oct. 1996, vol. 14 #4 344-346.
16. Dawson, PE., New definition for relating occlusion to varying conditions of the temporomandibular joint. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, December 1995. Vol. 74 No. 6 p. 619-627.
17. Bansil P; Kuklina EV; Merritt RK; Yoon PW. Associations between sleep disorders, sleep duration, quality of sleep, and hypertension: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005 to 2008. *J Clin Hypertens*, 2011 Oct; Vol. 13 (10), pp. 739-43
18. Yamashita, A, Yamashita, J., Kondo, Y. Thirty-year follow-up of a TMD case treated based on the neuromuscular concept. *CRANIO* Jul. 2014, Vol. 32 Issue 3, p224-234. 11p.
19. Bono A, Learreta J, Rodriguez G, Marcos J. Stomatognathic system involvement in rheumatoid arthritis patients. *CRANIO*. January 2014;32(1):31-37.
20. Finlayson, A, Jaen FR., El uso de cubiertas oclusales (overlays) en la restauración oclusal, luego de un tratamiento temporomandibular. *El Odontol*. Octubre 1993.
21. Zhong W<sup>1</sup>, Maradit-Kremers H, St Sauver JL, Yawn BP, Ebbert JO, Roger VL, Jacobson DJ, McGree ME, Brue SM, Rocca WA., Age and sex patterns of drug prescribing in a defined American population. *Mayo Clin Proc*. 2013 Jul;88(7):697-707. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.04.021. Epub 2013 Jun 19.
22. Clunie, Nicole. Manejo de guía anterior y soporte posterior de un paciente bruxista. *Revista Contacto Científico* 2011. 5:25-28.

23. Cano, E., Jaén FR. Manejo clínico de una rehabilitación de la oclusión en la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá. El Odontol. Julio 1997, p. 43 a 47.

24. Strong, SE. Removable prosthetics for the medically compromised patient. General Dentistry, January/February 2017, p. 25-27.