

DR. FERNANDO R. JAEN, Odontólogo



EXPERIENCIA:

- 1.) Instructor Clínico. Clínicas de Graduandos, Facultad de Odontología, Louisiana State University (LSU), EE.UU. Junio 1982 a Junio 1983.
- 2.) Profesor Titular, (tiempo parcial) Facultad de Odontología, Universidad de Panamá, en las Cátedras de Odontología Hospitalaria, Oclusión y Prótesis Fija de Agosto 1980 a 1997. Profesor Titular de Clínica Integral hasta su retiro en 2021.
- 3.) Profesor de Oclusión y Desordenes Temporomandibulares. Escuela de Post Grado de la ULACIT. 2002-2006
- 4.) Profesor Invitado en especialidad de Desordenes Temporomandibulares, Universidad Católica de Salta, Argentina y en materia de Oclusión, Fac. de Odontología, U. de Panamá.
- 5.) Profesor de Oclusión y Desórdenes Temporomandibulares; Maestría de Ortodoncia. Fac. de Odontología, U. de Panamá. Hasta 2012 y luego el 2018 y 2019.
- 6.) Practica Privada de la Odontología, en la ciudad de Panamá, desde 1983 hasta el presente.

MEMBRESIAS: Es miembro activo de: Asociación Odontológica Panameña (Presidente en 1993 y muchas otras designaciones), The American Academy of Craniofacial Pain y de The Academy of General Dentistry. Miembro corresponsal en Panamá de la Asociación Argentina de Diagnostico y Tratamiento de las Patologías Cráneo Mandibulares (AACM). Es mayor honorario del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Panama.

EDUCACION CONTINUADA: Posee mas de 1000 horas crédito certificados por el Academy of General Dentistry de los EE.UU. desde 1982, mas de 200 horas crédito certificados por Asociación Odontológica Panameña desde 1992, ha escrito mas de 26 artículos en Revistas científicas, ha escrito en 7 Programas de Docencia o Guías de Procedimientos Clínicos para la Universidad de Panamá y ULACIT, ha dictado mas de 60 conferencias magistrales y practicas a nivel nacional e internacional y coordino un Diplomado para Profesores de Clinica Integral, todo esto, en su mayoría y hasta la fecha sobre el tema de **Desordenes Temporomandibulares, Dolor Buco facial, Bruxismo, Desordenes del Sueño y Oclusión.**

Dedica primordialmente su practica profesional, (Condominio Royal Center, Torre A piso 12 suite D, teléfono 263-7313) y su docencia institucional a estas áreas de la profesión desde 1983 y hasta la fecha.

EDUCACION FORMAL:

- 1.) Residencia en Odontología General, Facultad de Odontología, Louisiana State University, New Orleans, Louisiana, EE.UU. De julio 1981 a julio 1983.
- 2.) Cursos del L.D Pankey Institute en 1984.
- 3.) Curso en Normadie Studie Group del Dr. William Farrar en 1985.
- 4.) Cursos en Parker Mahan Facial Pain Center de la Universidad de Florida desde 1988.
- 5.) Cursos (4) de Perfeccionamiento del Docente en Didáctica del Nivel Superior en la Universidad de Panamá 2001.
- 6.) Cirujano Dental, Facultad de Odontología Universidad de Panamá. Febrero 1973 a Febrero 1978.
- 7.) Colegio San Vicente de Paúl, Panamá, 1972.

Esta casado con la Dra. María B. de Jaén y tiene 2 hijos, Lic. Fernando R. Jaén II, MBA, casado con la Lic. Patricia Méndez y la Lic. María Fernanda Jaén.

PERLAS DEL CONOCIMIENTO o
COMO EVITAR LA CONFUSION CON LA OCLUSION.

Dr. Fernando R. Jaen, Odontologo

OBJETIVOS

- I. Brindarle al *personal auxiliar de salud*, informacion basica y de utilidad.

 - II. Mostrale, en resumen, a los *colegas novatos*, el conocimiento actualizado y que puedan utilizar en sus prácticas.

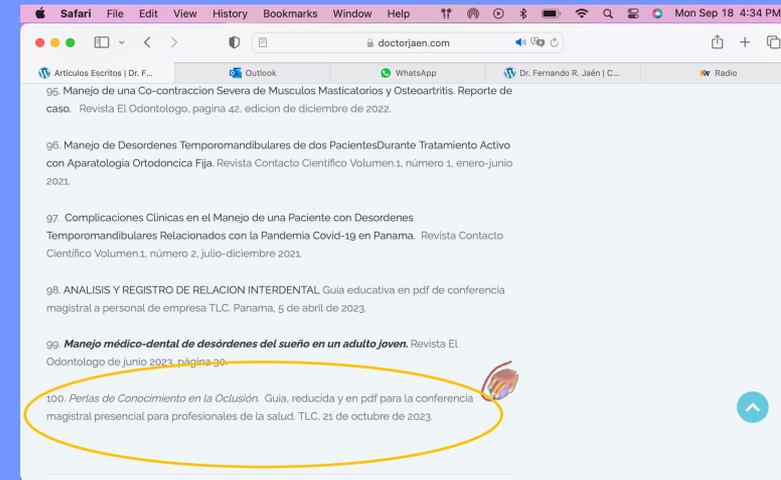
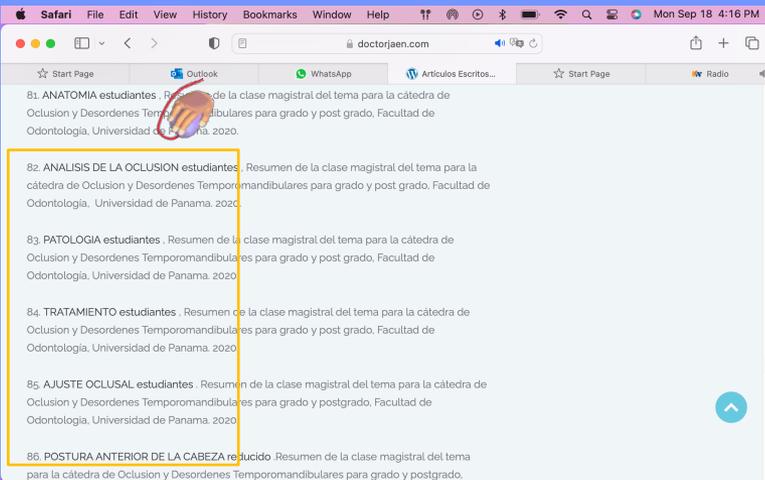
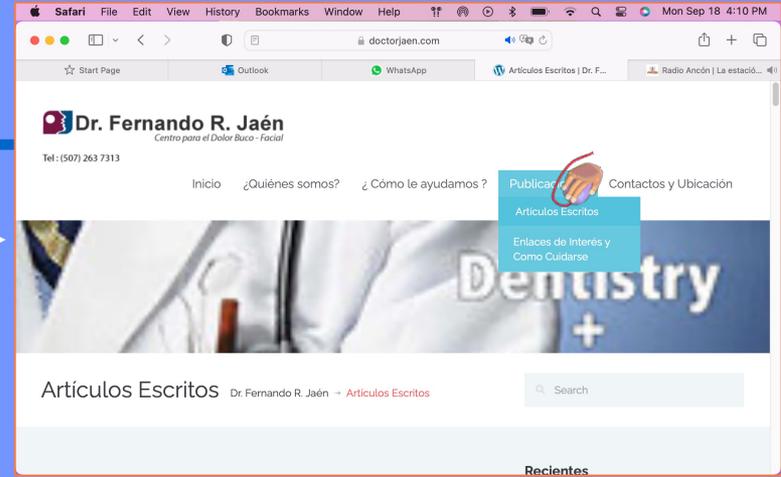
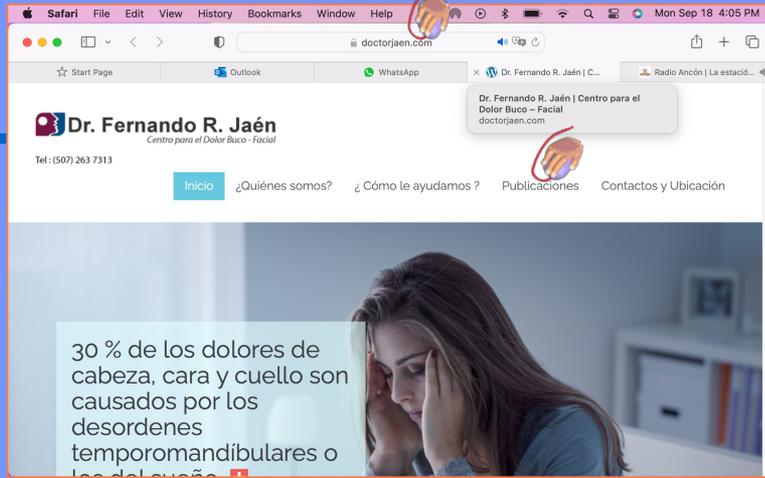
 - III. Compartir con los *colegas veteranos*, mis experiencias con 2 casos complejos.
- No tengo ningún conflicto de intereses.

CONTENIDO

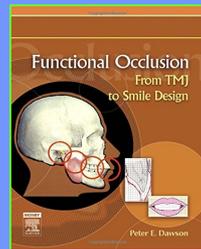
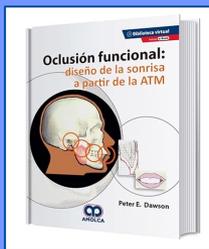
- I. Bibliografía. 2 minutos
- II. 3 Perlas. 30 minutos
- III. Presentacion de 2 Casos. 10 minutos
- IV. Conclusiones. 3 minutos

Virtual

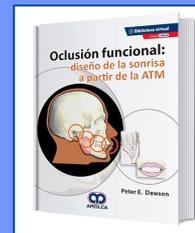
I. BIBLIOGRAFIA



Impresa



Amazon



Bibliotecas de Odontología de UP y UL

II. Perlas

Perla #1

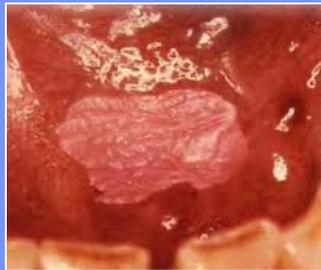
Es rama y origen de una enfermedad más en la Odontología



Enfermedad Bacteriana



Enfermedad Viral



Enfermedad Tumoral



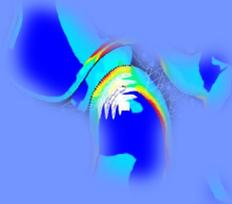
Enfermedad Congénita



Enfermedad Oclusal ^{1,2 y 3.}

1. The Clinician's Index of Occlusal Disease: Definition, Recognition, and Management. Lytle, James D. International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry. 1990, Vol. 10 Issue 2, p102-123. 22p
2. Occlusal disease management system: the diagnosis process. Ruiz JL, Coleman TA. Compend Contin Educ Dent. 2008 Apr;29(3):148-52, 154-6; 157-8.
3. Ey-Chmielewska H, Teul I, Lorkowski J. Functional Disorders Of The Temporomandibular Joints As A Factor Responsible For Sleep Apnoea. Ann Acad Med Stetin. 2014;60(2):65-8.

Origen de los términos



Oclusión ¹

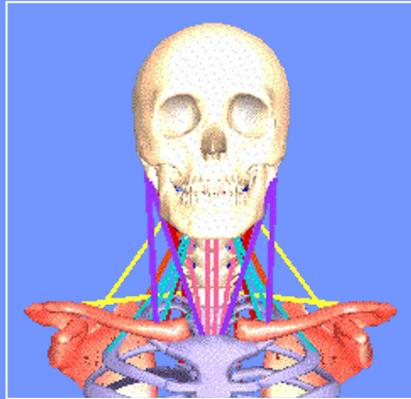
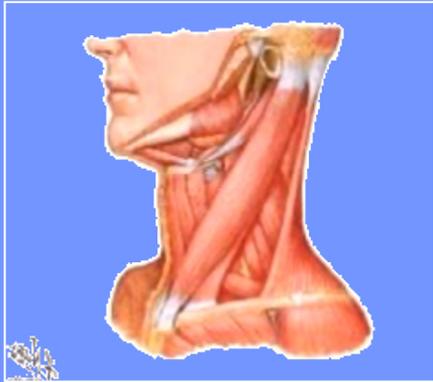
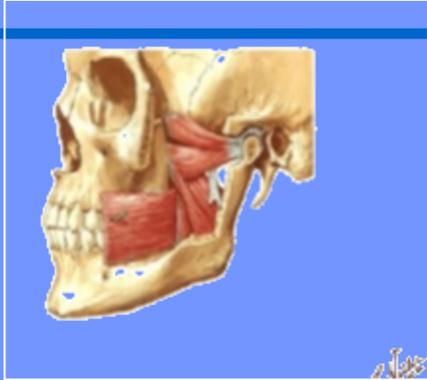
Enfermedad ²

◆ Ha sido utilizado en medicina desde el siglo 16 del latín; **occludere** y en la Odontología desde 1880, significa **el acto o proceso de cierre** o de ser cerrado o la relación estática entre las superficies masticatorias de los **dientes maxilares y mandibulares**.

◆ Del latín; **In (sin) firmitas** (fortaleza), significa un **proceso patológico definido** con un grupo característico de **signos y síntomas** y que puede afectar al cuerpo entero o a cualquiera de sus partes y cuyas patologías, etiologías y pronóstico pueden ser conocidos o desconocidos.

1. The Glossary of Prosthodontic Terms, The Journal of Prosthetic Dentistry, Elsevier, July 2005
2. Dorland's Medical Dictionary. An Elsevier publication, 2007.

Exigiendo que su evaluación se haga de todos sus componentes anatómicos y en función.



A. Historia médica, dental y de la oclusión

B. Examen muscular

C. Examen articular

D. Examen de los tejidos de soporte, el dental y de las vías aéreas superiores.

E. Examen de la relación interdental en cierre y en movimientos

F. Examen de la simetría facial y corporal

G. Rango de movimientos

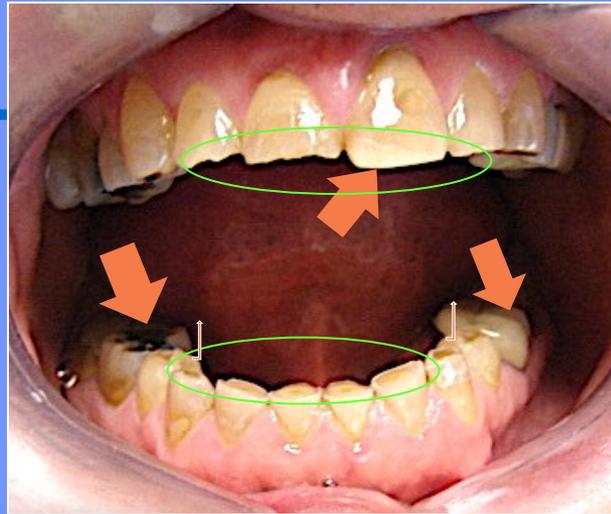
H. Examen de imágenes

I. Examen de modelos articulados

J. Otros exámenes e interconsultas

K. Diagnostico diferencial y plan de tratamiento.

Posición de la enfermedad oclusal en la Odontología y su academia actual ^{1,2,3,4}



A. “La **mala Oclusión** es la **enfermedad dental menos tratada**, probablemente tratamos demasiado a las caries, tratamos solo un poco a la enfermedad periodontal y ni siquiera hablamos de la oclusión.”

1. Christensen GJ. Abnormal Occlusal Conditions- A Forgotten Part of Dentistry. J Amer DA 1995; 126(12): 1661-8.



Se enseña la teoría, pero



hay poca practica

B. “La mayoría de los Odontólogos **han recibido poca educación formal o continuada** en la materia.”

3. Christensen GJ. The major part of dentistry you may be neglecting. J Am Dent Assoc, 2005.Vol 136, No 4, 497-499.

4.”Educacion sin implementacion es solo entretenimiento”. timsanders.com

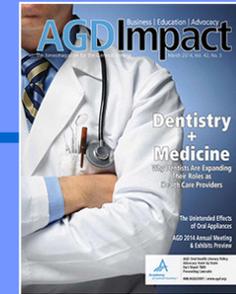


C. “La enfermedad oclusal quizás **afecte a 1/3 de la población** y ya es hora que nuestra profesión se involucre mas en esta área de la Odontología.”

2. Christensen GJ. **Now is the time to observe and treat dental occlusion** , J Am Dent Assoc, 2001. Vol 132, No 1, 100-102

Tiene impacto documentado en la salud y en el bienestar general.

Dr. Pierre Fauchard,
Medico naval,
1678-1761,
padre de la
Odontología
moderna.



Siglos 20 y 21; Se conoce bien el efecto la enfermedad bacteriana y su efecto en la DM, ECV, abortos, cáncer, etc.

Siglos 18 y 19: Conocía que la enfermedad bacteriana y la ausencia dental afectaban la salud del resto del cuerpo.



2005: *Bruxismo = ES*

ADA American Dental Association®
America's leading advocate for oral health

News Releases

ADA Adopts Policy on Dentistry's Role in Treating Obstructive Sleep Apnea, Similar Disorders

House of Delegates adopts official policy statement at ADA 2017 – America's Dental Meeting

October 23, 2017

Hoy: El efecto de la enfermedad oclusal en los Desordenes Temporomandibulares y en los Desordenes del Sueño.

Nos obliga a evaluar al sueño y a las vías aéreas superiores.

D. EXPLORACION POR APNEA DEL SUEÑO

La **Apnea Obstruktiva del Sueño** es un común y peligroso **Desorden del Sueño**, que se caracteriza por el **colapso repetitivo de la vía aérea durante el sueño**, causando una **suspensión dañina de la respiración**. Este y otros **Desórdenes del Sueño** están muy relacionados con los **Desórdenes de la Masticación**. **Sus consecuencias incluyen las siguientes condiciones: mal sueño, baja en la productividad laboral, somnolencia, accidentes automovilísticos, hipertensión arterial, arritmias cardíacas, diabetes, infartos y derrames cerebrales.**

Su respuesta veraz y minuciosa a las siguientes preguntas, nos dará una idea si Usted padece de este problema y **PODRIAMOS AYUDARLE**. Por favor **circule** o **escriba lo solicitado en donde aplique** y al final del documento, la fecha de hoy y su firma.

- RONQUIDO. **Le han dicho que:**
 - Ronca muchas noches (Más de 3 veces a la semana). SI NO
 - Es su ronquido alto (Se puede oír entre paredes o puertas). SI NO
- SUSPENDE LA RESPIRACION O SE AHOGA AL DORMIR: SI NO
- LA MEDIDA DE SU CUELLO:
 - Menos de 16 pulgadas (Si Usted usa Small o Medium en camisa) SI NO
 - Más de 16 pulgadas (Si Usted usa Large o mas en camisa) SI NO
- ESTA USTED EN TRATAMIENTO POR PRESION ARTERIAL ALTA O DIABETES:
 - SI NO
 - SI
- EN OCASIONES SE DUERME O ESTA ADORMECIDO DURANTE EL DIA:
 - Inactivo o desocupado: SI NO
 - Manejando, en transporte o en un semáforo o tranque SI NO

E. ESCALA EPWORTH DEL SUEÑO

- SE SIENTE CON SUEÑO O SE DUERME DURANTE:
 - Sentado o leyendo b.) Viendo la TV c.) Sentado en eventos d.) Como pasajero por una hora e.) Descansando una tarde cuando puede f.) Sentado o conversando g.) Sentado luego del almuerzo sin licores h.) Durante un tranque o semáforo.
- DESDE CUANDO RONCA O LE HAN DICHO QUE LO HACE: _____
- CUANTAS VECES SE DESPIERTA DURANTE LA NOCHE: _____
- LE HAN DICHO QUE LE DEJA DE RESPIRAR: SI NO
- TIENE DIFICULTAD PARA DORMIRSE: SI NO
- SE DESPIERTA CANSADO: SI NO
- SE DESPIERTA CON DOLOR DE CABEZA: SI NO
- LE DA DOLOR DE CABEZA TOMAR UN POCO DE LICOR: SI NO
- HA SIDO ATENDIDO O DIAGNOSTICADO POR APNEA DEL SUEÑO: SI NO
- LE HAN HECHO UN ESTUDIO DEL SUEÑO: SI NO
- LE DIFICULTA RESPIRAR POR LA NARIZ: SI NO
- TIENE ALGUN PROBLEMA DEL CORAZON: SI NO
- TIENE PRESION ALTA O DIABETES: SI NO COMO LE TRATAN _____
- TIENE PERDIDA DE LA MEMORIA: SI NO
- SUFRE O ES TRATADO POR DEPRESION: SI NO COMO LE TRATAN _____
- TIENE TURNOS DE TRABAJO Y SUEÑO: SI NO
- A QUE HORA SE ACUESTA: _____
- A QUE HORA SE LEVANTA: _____

- DURANTE SU SUEÑO, LE HAN DICHO QUE:

a.) Ronca fuertemente:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
b.) Se ahoga, le dificulta respirar o deja de respirar:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
c.) Se despierta por problemas respiratorios:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
d.) Se voltea frecuentemente:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
e.) Patea o mueve las piernas con frecuencia:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
- CUANDO SE DESPIERTA DE SU SUEÑO REGULAR, CON QUE FRECUENCIA TIENE:

a.) Dificultad para abrir la boca:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
b.) Boca seca:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
- DESPIERTO Y EN LO SIGUIENTE, SE SIENTE CON SUEÑO O SE DUERME:

a.) Después de comer:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
b.) Leyendo o viendo la TV:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
c.) En la escuela o su lugar de oración:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
d.) En su trabajo:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
e.) Manejando o como pasajero:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
- SE LE DIFICULTA RESPIRAR POR LA NARIZ:

a.) Durante el día:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
b.) Durante el sueño:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
- TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS O SEDANTES:

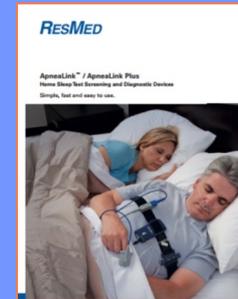
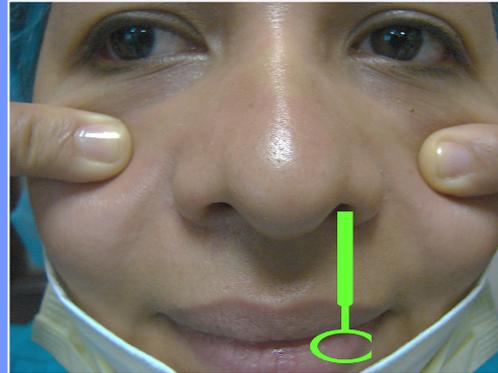
a.) Durante el día:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
b.) Para poder dormir:	Siempre	Mucho	Poco	Nunca	
- LE HAN EFECTUADO, HA HECHO O HA TENIDO LO SIGUIENTE:

Fractura nasal	Alergias o fiebre de heno	Fumar	Cirugía Nasal	Sinusitis	Esprays nasales	Cirugías de adenoides o amígdalas
Antihistamínicos	Cirugías u otros tratamientos por:	Apnea del Sueño u otros desórdenes del sueño.				



F. LA FECHA DE HOY _____ SU FIRMA _____

Maniobras de Cottle y examen de la nariz.



31. EXAMEN ENTUBRILEGAL

22. Visual: _____ Esforzando: _____ Sin Corrimiento Abierto: _____ Sin Corrimiento Controlado: _____

23. R.O.T.O.:

24. Rotación Cabeza: _____ Tórax: _____ Jav: _____ Contorno Promontorio: _____

25. Gula: _____

26. Gula: _____

27. Farcas, Fricción o Adhesiones _____

28. Adhesiones de Tabla Oscura: _____

29. EXAMEN ANGIOLAR

ANGIO-CA	CAJ	OSER	REPLANVA
EXPL. ENTUBRILEGAL			

30. Dinámico del Theory Visual: _____

31. EXAMEN DE VIAS AEREAS

32. Laringe: _____

33. Deglución: _____

34. Nivel de Lengua: _____

35. Arcofreno y Angiología: _____

36. Fálange, Arco y Cúcula _____

37. Reflejo Faringeo: _____

38. Voz: _____

39. Cadenas: _____

40. Presión Arterial: a) Parado: _____ b) Inclinado: _____

41. Tronco: _____

42. Cuello: _____

43. Tórax por sentir: _____

44. Transmural: _____

45. Transmural: _____

46. PRONOSTICOS

47.	48.	49.	50.	51.	52.
SI	SI	SI	SI	SI	SI

53. PLAN DE TRATAMIENTO _____

55. METAS Y PROGRESO _____

REFERENCIA PROFESIONAL

Nombre: _____

La Referencia: _____

Fecha: _____

Resolución y a sus efectos para sus efectos.

El presente es un documento confidencial y no debe ser compartido con terceros.

El presente es un documento confidencial y no debe ser compartido con terceros.

Exploracion de AOS (STOP-BANG) y la Escala Epworth^{1,2,3,4,5,6} **artículo #89**

Examen de vías aéreas

- Baldwin C, Choi M, McClain D, Celaya A, Quan S. Spanish translation and cross-language validation of a sleep habits questionnaire for use in clinical and research settings. *Journal Of Clinical Sleep Medicine* . (2012, Apr 15), [cited April 7, 2014]; 8(2): 137.
- Chiner E, Arriero J, Signes-Costa J, Marco J, Fuentes I. [Validation of the Spanish version of the Epworth Sleepiness Scale in patients with a sleep apnea syndrome]. *Archivos De Bronconeumología*. October 1999;35(9):422-427
- Sandoval-Rincón M, Alcalá-Lozano R, Herrera-Jiménez I, Jiménez-Genchi A. [Validation of the Epworth sleepiness scale in Mexican population]. *Gaceta Médica De México* [serial online]. July 2013;149(4):409-416.
- Chica-Urzola H, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. [Validating the Epworth sleepiness scale]. *Revista De Salud Pública (Bogotá, Colombia)* [serial online]. October 2007;9(4):558-567.
- Bertolazi A, Fagondes S, Hoff L, Pedro V, Johns M. Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. *Jornal Brasileiro De Pneumologia*.. September 2009;35(9):877-883.
- Johns M. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. December 1991;14(6):540-545
- Rossi, C., Templier, L., Miguez, M., De La Cruz, J., Curto, A., Albaladejo, A., & Lagravère Vich, M. (2020, September 26). Comparison of screening methods for obstructive sleep apnea in the context of dental clinics: A systematic review. *CPAN@*.

Perla # 2

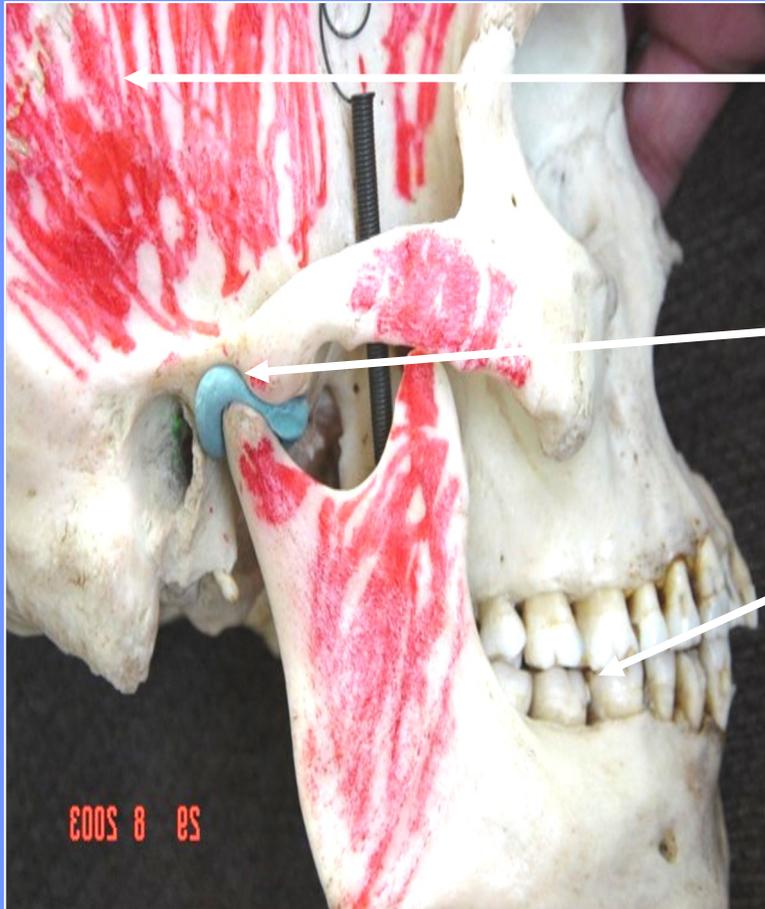
Es absolutamente medible.

1. Lo que no se define, no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre.¹
2. Lo no se mide no se puede controlar y lo que no se controla, no se puede gestionar.²
3. *En todas las profesiones de la salud, tambien!*

1. Lord William Thomson Kelvin, matematico, fisico e ingeniero ingles , 1824-1907.

2. Peter Ferdinand Drucker, abogado, consultor y profesor de negocios, 1909-2005.

Los componentes del Sistema Masticatorio (ortopédico) están sujetos a cambios dimensionales y envejecimiento.



- ◆ 1. Neuromusculatura (extra-capsulares, incluyendo los del cuello).
- ◆ 2. Articulaciones temporomandibulares (intracapsulares).
- ◆ 3. Inter digitación dental, *cambiante a .04 micras al año por movimiento o desgaste* y los tejidos de soporte.

Tiene funciones medibles de fuerza y primordiales

I. Habla

II. Deglución

III. Respiración (viruses respiratorio)

IV. Sueño (inmunidad y metabolismo)

V. Masticación

A. 3,500 veces al día a 17,000 lbs. x plg¹ por milésimas de segundos, en un total de 25 minutos y son más de 25 funciones².

Durante los movimientos parafuncionales, 57,000 lbs. X plg.

B. Sin labios juntos, lengua en el paladar y dientes separados, no hay respiración nasal y oxido nitrico³

A. Complejas,

B. Relacionadas con otros sistemas y órganos,

C. Vitales para la vida y salud humana y

D. Su disfunción puede alterar cualquiera de ellas.

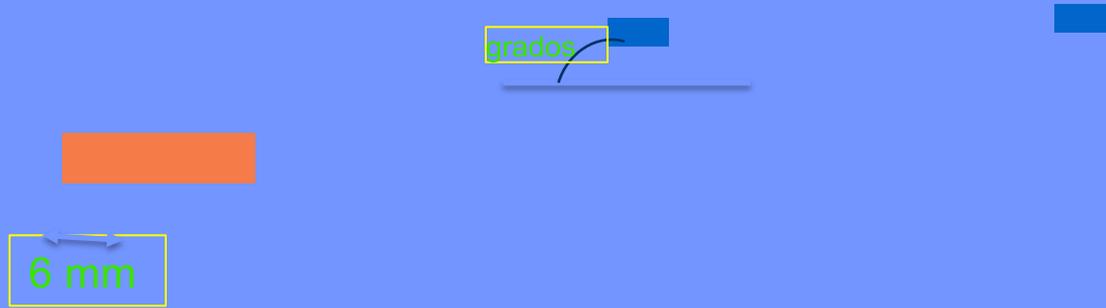
1. Lundeen, H.C., Gibbs, C.H. Advances in Occlusion, editor John Wrigth-PSG Inc. Boston, MA. 1982

2. Dr. George Paul Greenacre, General Dentist D.D.S.,Downtown Orthodontics, Ottawa ON Canada

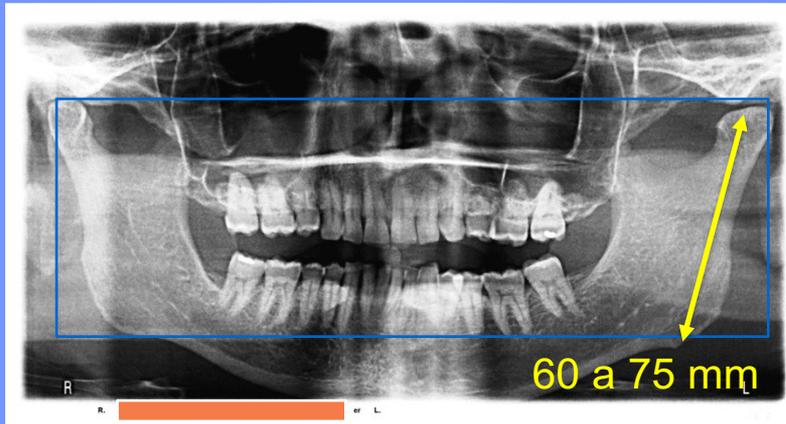
3. Niswonger, ME., The rest position of the mandible and the centric relation. JADA, September 1934.

Consecuencias de la Oclusion enferma*

Afecta, en forma progresiva a;

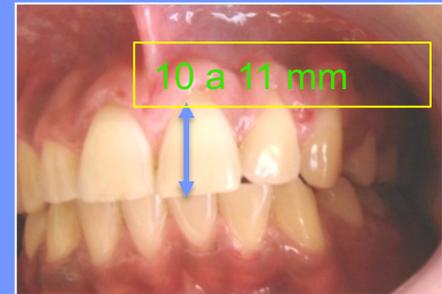


◆ NeuroMúsculatura



◆ ATM

◆ Sueño y bienestar general



◆ Tejidos y materiales bucales

*Farrar, WB, McCarthy, WL. A clinical outline of temporomandibular joint diagnosis and treatment. Normandie Study Group for TMJ Dysfunction, 1982.

Instrumental Básico y Sitio para su Documentación*



- ◆ Regla milimetrada.
- ◆ Cinta (20 micras) y pinza articular.
- ◆ Espejo.
- ◆ Lápiz doble color y resaltador.
- ◆ Doppler o estetoscopio
- ◆ Lupa
- ◆ Esfigmomanómetro
- ◆ Oximetría de pulso
- ◆ Medidor de Postura
- ◆ Cámara Fotográfica
- ◆ Otros

Dr. FERNANDO R. JIMÉN, ODONTÓLOGO
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Esta información surge es muy importante y necesaria para poder atenderlo correctamente todo lo solicitado.

A. INFORMACIÓN GENEAL

1. Apellido Paterno: _____ Apellido de Casado productivo/afiliado, conminencia, accidente anatómico/traumático o diermenes conductas.

2. Primer y Segundo Nombre: _____

3. Género: Femenino / Masculino _____

4. Número de cédula o pasaporte: _____

5. Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

6. Lugar de nacimiento: _____

7. Dirección residencial: _____

8. Número de apartado postal propio o donde le podamos enviar correo: _____

9. Ciudad: _____ País: _____

10. Teléfono en su residencia: _____

11. Teléfono celular: _____

12. E-mail y/o página web: _____

13. Lugar de trabajo o estudio: _____

14. Teléfono de trabajo: _____

15. Su actual o antigua ocupación o profesión: _____

16. Nombre del médico u Odontólogo, o persona a who que le refirió: _____

17. Estado civil: Soltero / Casado / _____

18. Nombre de sus Padres/Madres: _____

19. Nombre de sus hijos: _____

B. HISTORIA MÉDICA:

1. ¿Ha estado hospitalizado (a) por cualquier razón durante los últimos año? Mencione: _____

2. ¿Ha estado usted bajo el cuidado de un médico durante los últimos año? Mencione las razones: _____

3. Medicamentos o químicos que toma regularmente o por prescripción médica: _____

4. ¿Ha tenido dificultades o trastornos durante anestesia? _____

5. ¿Es usted alérgico a penicilina, aspirina, otro medicamento o elemento? Mencione: _____

6. ¿Ha tenido usted problema de hemorragia que necesité tratamiento espe? _____

7. Cirugía las enfermedades si las padice o ha padecido: _____

8. Enfermedades o lesiones del corazón: _____

9. Hipertensión arterial: _____

10. Anemia: _____

11. Fiebre reumática: _____

12. Asma: _____

13. ¿Ha sufrido o sufre de alguna otra enfermedad o condición médica? Mencionala: _____

14. ¿Su peso usual aproximado: _____

15. ¿Pasa mucho tiempo en cama o está embarazada en este momento? _____

C. RAZONES POR LAS CUALES FUE REFERIDO A NUESTRA:

D. EXPLORACION POR A:

1. **GENERAL**

1. Nombre: _____

2. Edad: _____

3. Sexo: _____

4. Estado General: _____

5. HISTORIA DE LA CINDA

6. Babel General: _____

7. Función del Pulso a Cabeza: _____

8. Cereb: _____

9. Cuello y Tórax: _____

10. Oído: a. Zumbido: _____ b. Dolor: _____ c. Tinnitus: _____ d. E: _____

11. Ocas y Puntos: _____

12. Signo a. B.M. b. Arteria c. Rimpido: _____

13. Caudal: _____

14. Evacuación a. Diarrea: _____ b. Hece: _____

15. Anuria, oliguria o era coestasis renal: _____

16. Ritmo de Frecuencia: _____

17. Soporte arterial: _____ a. Desde codo: _____

18. Tensiónes distales: _____

19. EXAMEN MLSC:

20. Abundancia y calidad: _____

21. EXAMEN DE VÍAS AERIAS

22. Inspección: _____

23. Palpación: _____

24. Auscultación: _____

25. Nivel de Lengua: _____

26. Abundancia y calidad: _____

27. Inspección: _____

28. Palpación: _____

29. Auscultación: _____

30. Tensión de Lengua: _____

31. Tensión de Lengua: _____

32. Tensión de Lengua: _____

33. Tensión de Lengua: _____

34. Tensión de Lengua: _____

35. Tensión de Lengua: _____

36. Tensión de Lengua: _____

37. Tensión de Lengua: _____

38. Tensión de Lengua: _____

39. Tensión de Lengua: _____

40. Tensión de Lengua: _____

41. Tensión de Lengua: _____

42. Tensión de Lengua: _____

43. Tensión de Lengua: _____

44. Tensión de Lengua: _____

45. Tensión de Lengua: _____

46. Tensión de Lengua: _____

47. Tensión de Lengua: _____

48. Tensión de Lengua: _____

49. Tensión de Lengua: _____

50. Tensión de Lengua: _____

51. Tensión de Lengua: _____

52. Tensión de Lengua: _____

53. Tensión de Lengua: _____

54. Tensión de Lengua: _____

55. Tensión de Lengua: _____

56. Tensión de Lengua: _____

57. Tensión de Lengua: _____

58. Tensión de Lengua: _____

59. Tensión de Lengua: _____

60. Tensión de Lengua: _____

61. Tensión de Lengua: _____

62. Tensión de Lengua: _____

63. Tensión de Lengua: _____

64. Tensión de Lengua: _____

65. Tensión de Lengua: _____

66. Tensión de Lengua: _____

67. Tensión de Lengua: _____

68. Tensión de Lengua: _____

69. Tensión de Lengua: _____

70. Tensión de Lengua: _____

71. Tensión de Lengua: _____

72. Tensión de Lengua: _____

73. Tensión de Lengua: _____

74. Tensión de Lengua: _____

75. Tensión de Lengua: _____

76. Tensión de Lengua: _____

77. Tensión de Lengua: _____

78. Tensión de Lengua: _____

79. Tensión de Lengua: _____

80. Tensión de Lengua: _____

81. Tensión de Lengua: _____

82. Tensión de Lengua: _____

83. Tensión de Lengua: _____

84. Tensión de Lengua: _____

85. Tensión de Lengua: _____

86. Tensión de Lengua: _____

87. Tensión de Lengua: _____

88. Tensión de Lengua: _____

89. Tensión de Lengua: _____

90. Tensión de Lengua: _____

91. Tensión de Lengua: _____

92. Tensión de Lengua: _____

93. Tensión de Lengua: _____

94. Tensión de Lengua: _____

95. Tensión de Lengua: _____

96. Tensión de Lengua: _____

97. Tensión de Lengua: _____

98. Tensión de Lengua: _____

99. Tensión de Lengua: _____

100. Tensión de Lengua: _____

CONTINER: ATRÁS POR FAVOR F. LA FECHA DE HOY SU FIRMA

* www.doctorjaen.com/Publicaciones/
Artículos Escritos #25 y #89.

A. Historia médica, dental y de la oclusión



- ◆ 1. Escuchar al paciente y analizar sus *síntomas*, da la ½ del diagnóstico.
- ◆ 2. Documentar la condición pre operatoria.

Queja Principal del Paciente o Signos Evidentes

Quejas principales usuales:

1. Dolores en diferentes partes de boca, cabeza y cuello.
2. Dificultad para masticar o con prótesis existentes.
3. Ninguna.
4. No lo relaciona con Odontología.

Signos evidentes:

Múltiples y relacionados con un sistema masticatorio no óptimo. Es muy común y pueden ser sutiles.

Mediciones del dolor:

1. *Historia*
2. *Localización*
3. *Frecuencia*
4. *Intensidad*
5. *Duración*
6. *Percepción*

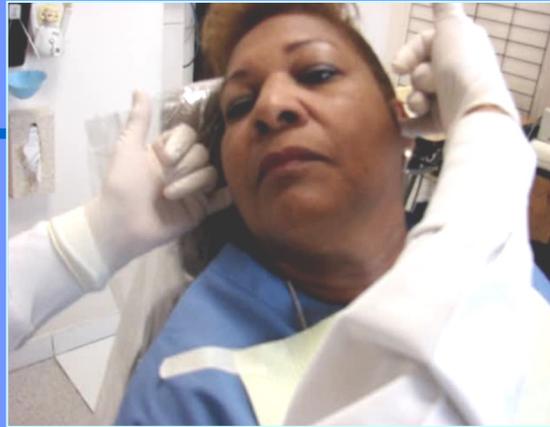
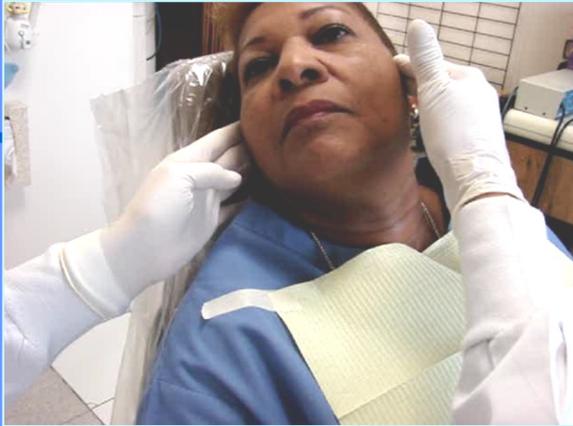
B. Examen Muscular



- ◆ **Palpación suave y con calibración previa, de la musculatura de la masticación y la accesoria del cuello en busca de ;**
- ◆ 1. Fascículos o áreas de inflamación muscular.
- ◆ 2. Puntos gatillo y áreas de dolor referido, (de Travell y Simons).



C. Examen **Articular**



1. Palpación y presión suave

y

2. Auscultación de la capsula con un *Doppler* o un *estetoscopio de calidad* durante todos los movimientos mandibulares en busca de;

- a. Puntos de dolor.
- b. Áreas inflamadas.
- c. Sonidos articulares.



Ubicación y Tipo del Sonido

	ABERTURA			LAT.	CIERRE	
	INICIO	MEDIO	CERRANDO	GRANDE	MEDIO	CERRANDO
DER.	crepitus					
IZQ.			traqueo		pop	

Antero posterior a las 11 am y de 2 a 4 mm

Normal



Reducing Disc Displacement



Non-Reducing Disc Displacement



Internal Derangements



Degenerative Joint Disease

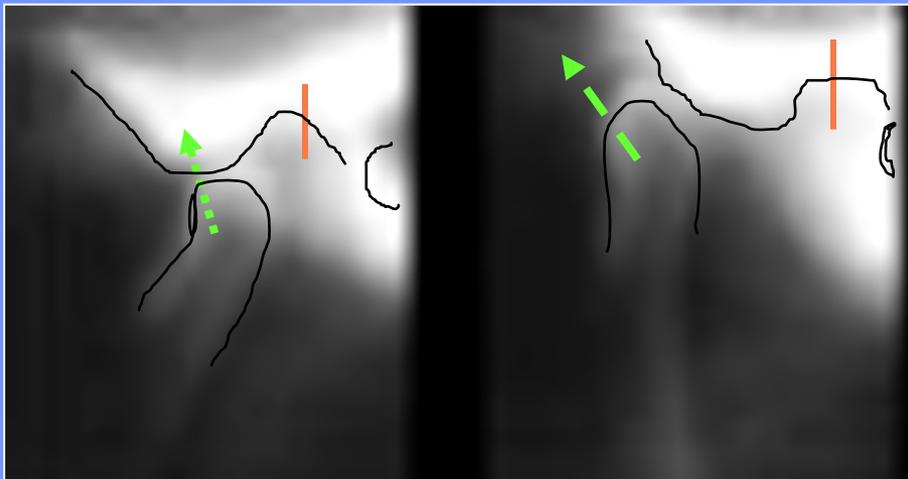
Dr. Per-Lennart Westesson and Dr. Lars Eriksson
University of Lund, Sweden.



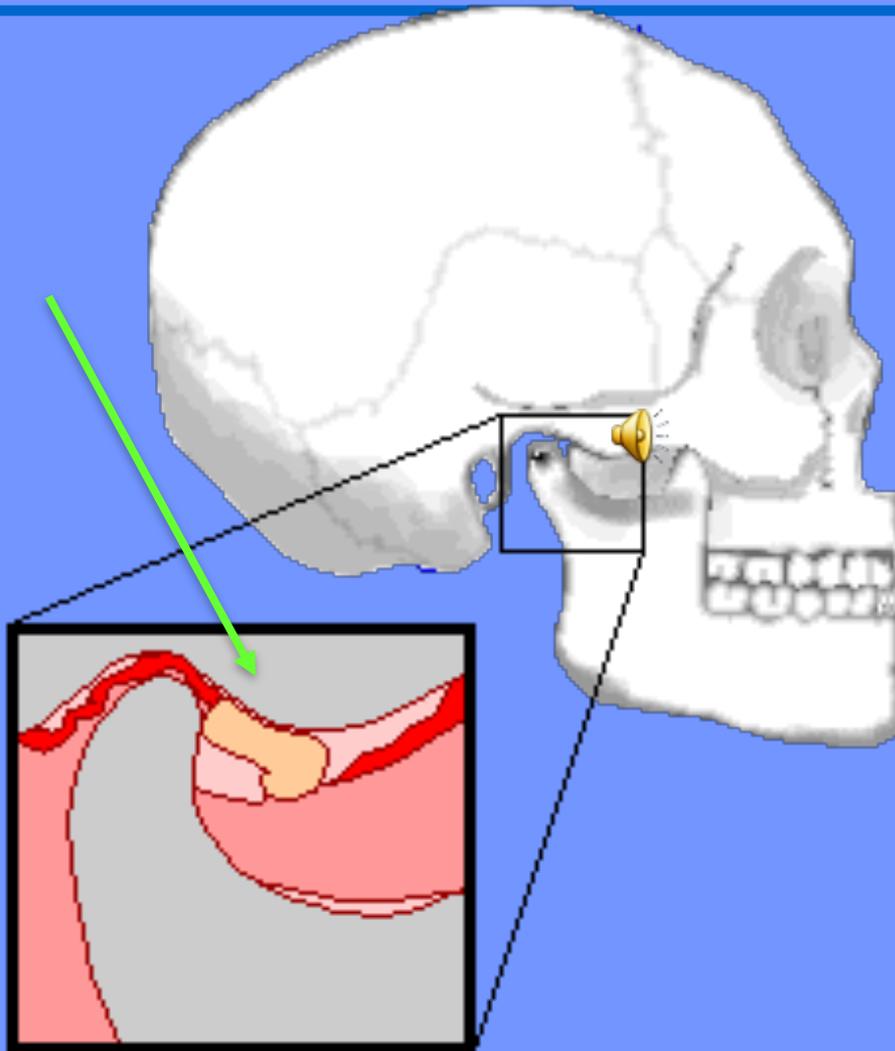
pop



- ◆ *Causado por la dislocación del cóndilo fuera de la cavidad glenoidea durante la abertura mandibular.*
- ◆ *En intensidad puede ser; leve, moderado o severo.*

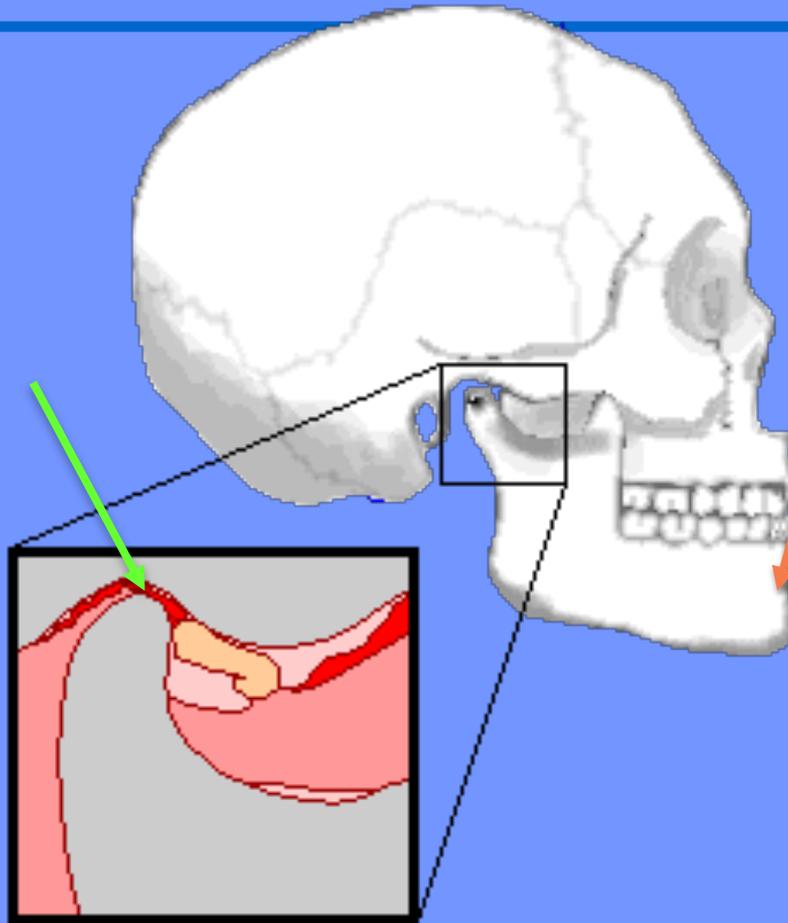


traqueo



- ◆ *Causado por la traslación del cóndilo sobre el disco articular herniado.*
- ◆ En **frecuencia** puede ser durante cualquier movimiento mandibular.
- ◆ En **intensidad** puede ser; leve, moderado o severo,
- ◆ En **forma**, un sonido en *staccato* o de *deslizamiento*.

crepitación

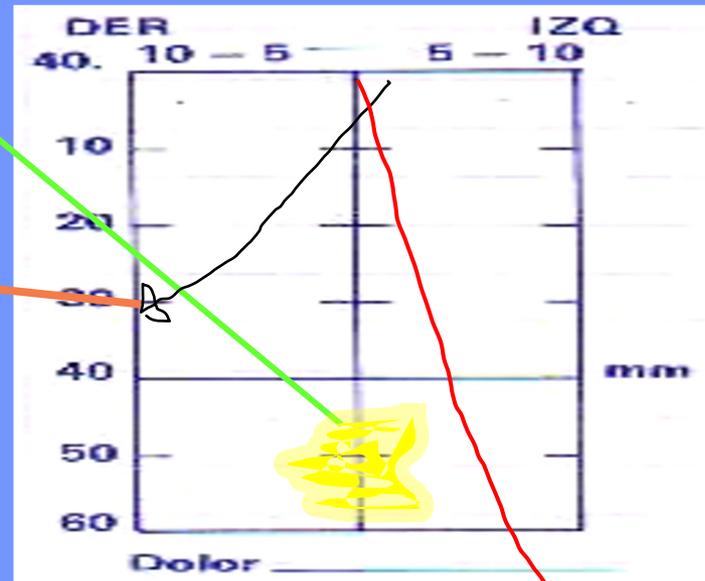


- ◆ *Causado por movimientos condilares en ausencia o perforación del disco articular o del ligamento retrodiscal remanente.*
- ◆ *Es el resultado de rugosidad o desgarre en el cartílago de revestimiento óseo o irregularidad ósea.*
- ◆ *Indica osteoartritis.*
- ◆ *En frecuencia puede ser en abertura, cierre o en ambos.*
- ◆ *En intensidad puede ser; leve, moderado o severo.*

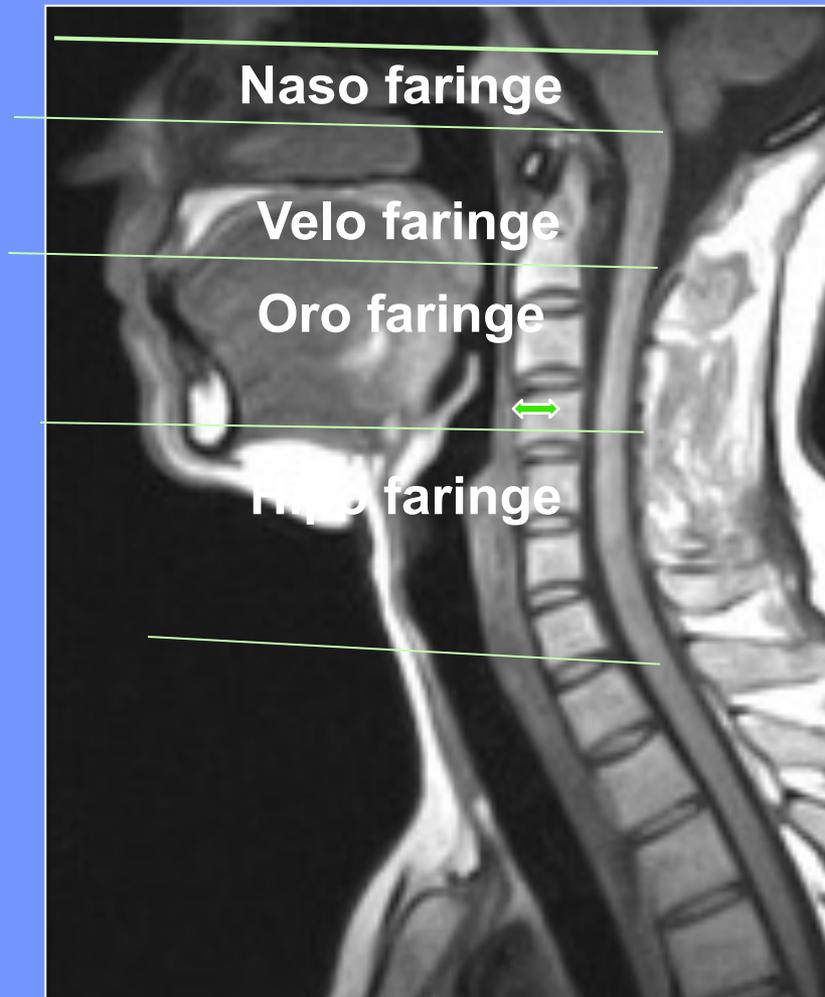
G. Examen del rango de movimiento mandibular



- ◆ Se determina midiendo y documentando la **distancia** y **dirección** inter incisal en **abertura** súbita y forzada.



*D. Examen de los tejidos de soporte,
el de las vías aéreas superiores y el dental.*

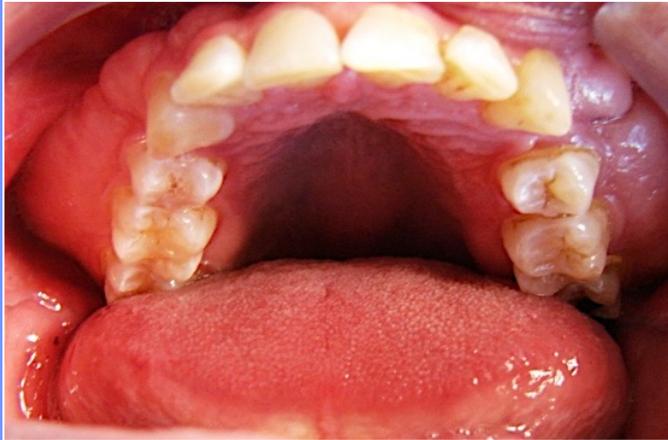


Componentes duros y blandos:

1. Lengua, labios y cara.
2. Deglución
3. Nivel de la lengua
4. Adenoides y amígdalas
5. Paladares, arcos y úvula
6. Reflejo de nausea
7. Vía nasal
8. Cornetes
9. Maxilares
10. Dientes

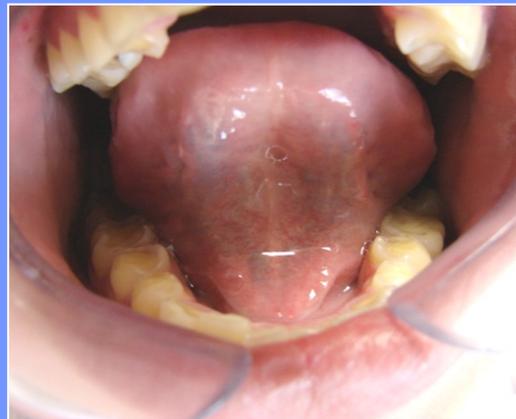
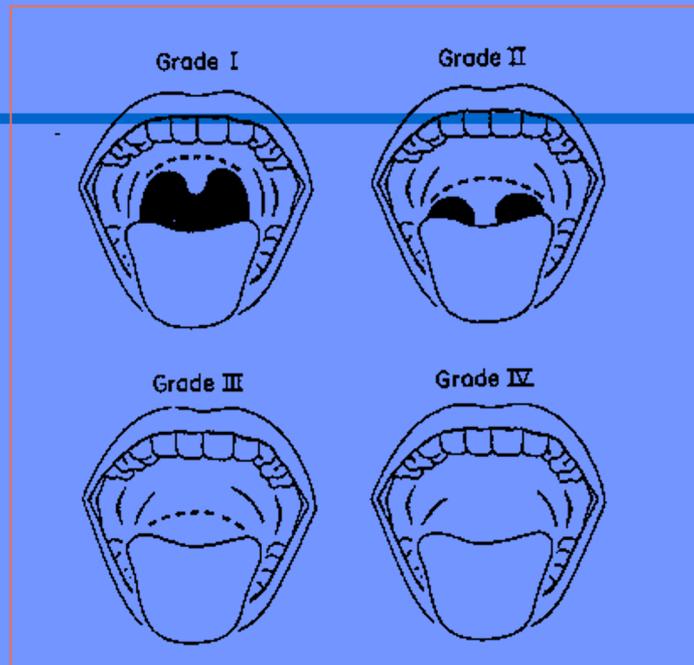
Tejidos de Soporte y vías aéreas superiores

Lengua grande o festoneada

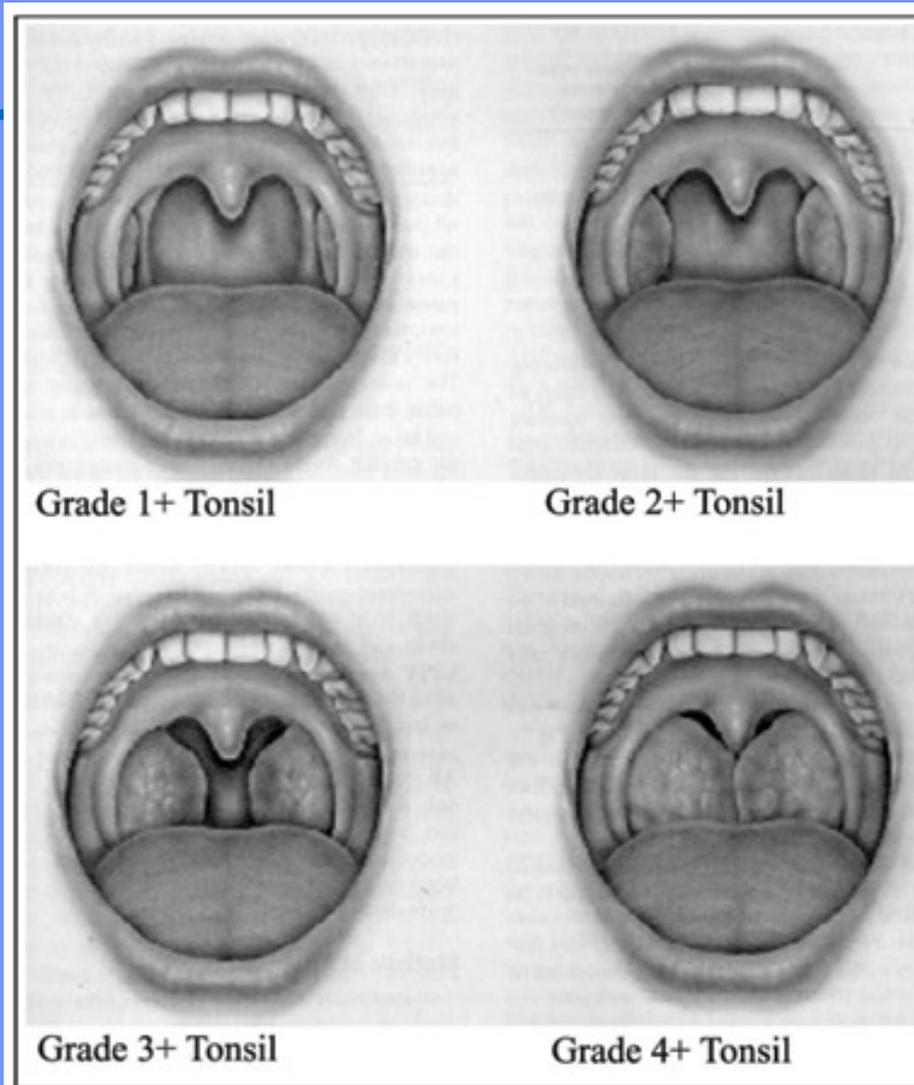


Tamaño promedio: 65 mm³, 24% grasa
En obesos: 95 mm³, 42% grasa

Protruida-retruida, escala Mallampati



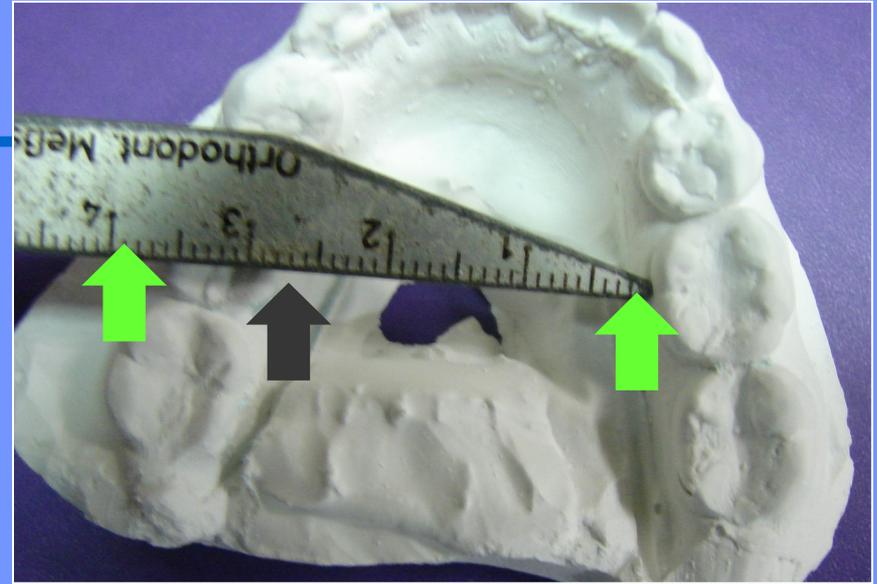
Tamaño de las adenoides y amígdalas, escala Bodsky



- ◆ 1. Presentes
- ◆ 2. Obstructivas
- ◆ 3. Purulentas
- ◆ 4. Ausentes
- ◆ 5. Sumergidas

Figure 1 – Grading of palatine tonsils hypertrophy proposed by L. Brodsky.

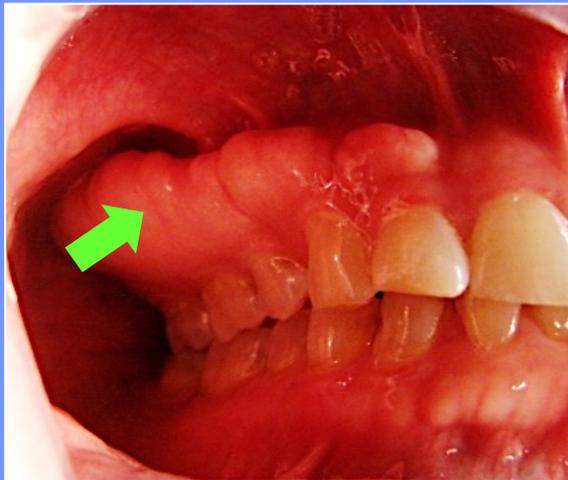
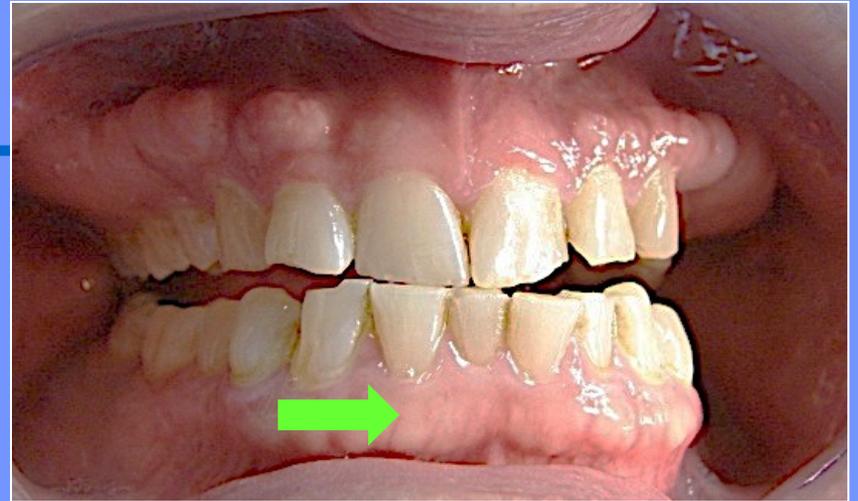
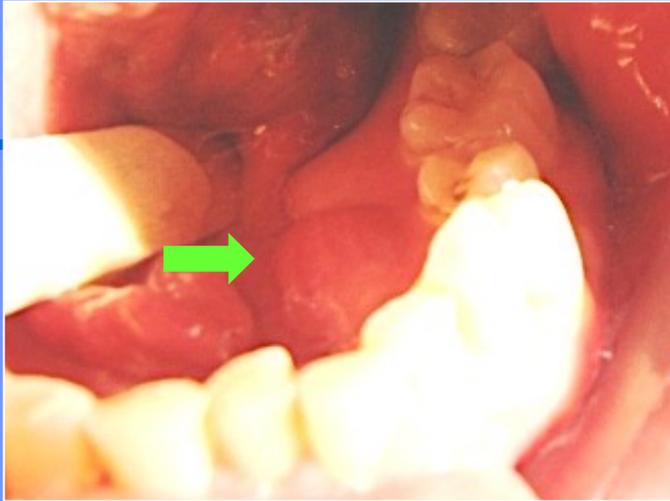
Paladar alto y arcos contraídos



1. Hang WM & Gelb, M. Airway Centric® TMJ philosophy/Airway Centric® orthodontics ushers in the post-retraction world of orthodontics, CRANIO®, 35:2, 68-78, 2017.

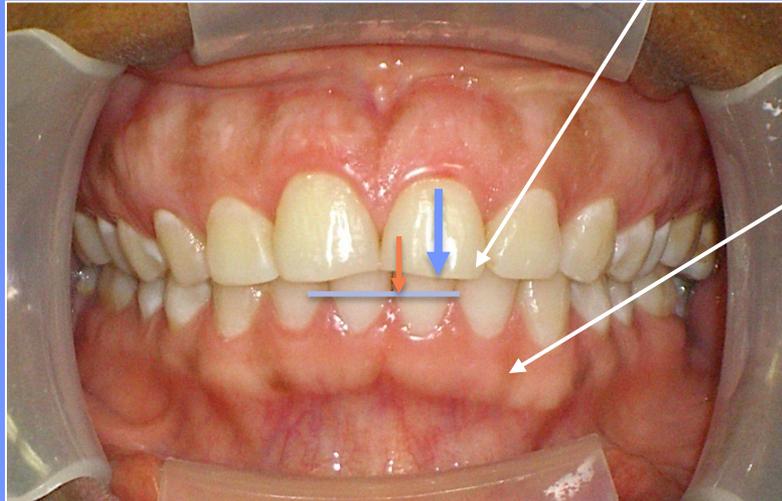
2. Giuliano Irlandese, Alberto De Stefani, Luca Mezzofranco, Francesca Milano, Massimiliano Di Giosia, Giovanni Bruno & Antonio Gracco (2020) Dental arch form and interdental widths evaluation in adult Caucasian patients with obstructive sleep apnea syndrome, CRANIO®

Obstruidos^{1,2}



1. Chan-Woo Jeong, Kyung-Ho Kim, Hyo-Won Jang, Hye-Sun Kim & Jong-Ki Huh (2019) The relationship between oral tori and bite force, *CRANIO®*, 37:4, 246-253,
2. G. Dave Singh (2010) On the Etiology and Significance of Palatal and Mandibular Tori, *CRANIO®*, 28:4, 213-215, DOI: [10.1179/crn.2010.030](https://doi.org/10.1179/crn.2010.030)

Dental*



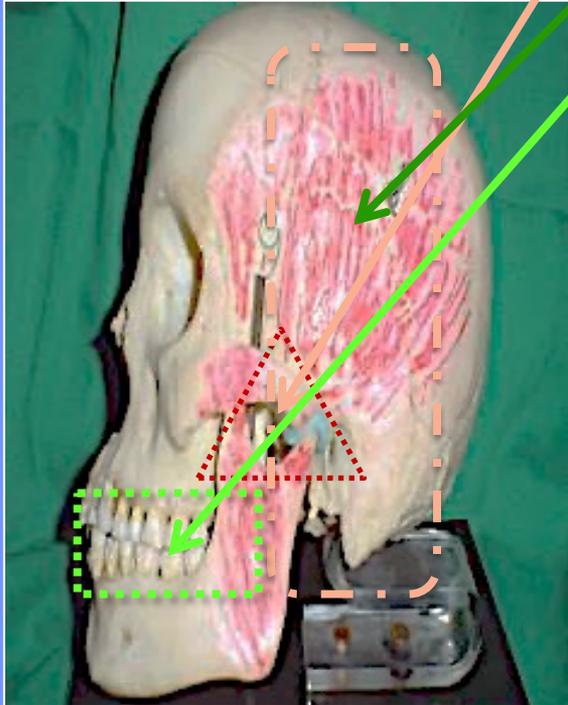
- ◆ Desgastes y fracturas dentales y de restauraciones, *medibles y documentables*.
- ◆ Movilidad dentaria y bolsas sin etiología bacteriana aparente.
- ◆ Cambios en la morfología gingival.
- ◆ Exostosis y cambios radiográficos.

E. Examen de la Relación Interdental



Debido a que es dependiente de;

- 1). **2 sistemas articulares,**
- 2). **57** pares de músculos, ligamentos, etc. y
- 3). **32** dientes que interdigitan en forma compleja y en constante cambio.



Se hace determinando;

I. 4 posiciones mandibulares de referencia.^{1,2}

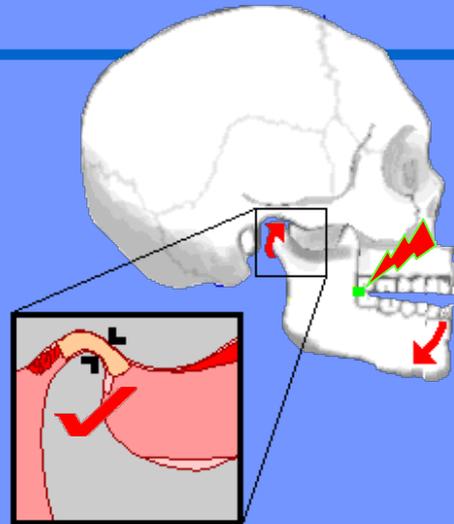
1. Dawson, P.E. Optimum TMJ Condyle Position in Clinical Practice, Int. J. Periodontics Restorative Dent. 5(3);10, 1985.
2. Dawson, P. E. New definition for relating occlusion to varying conditions of the temporomandibular joint. J Prosthet Dent, 1995;74:619-27.

II. 3 Criterios para una relación interdental óptima.^{1,2}

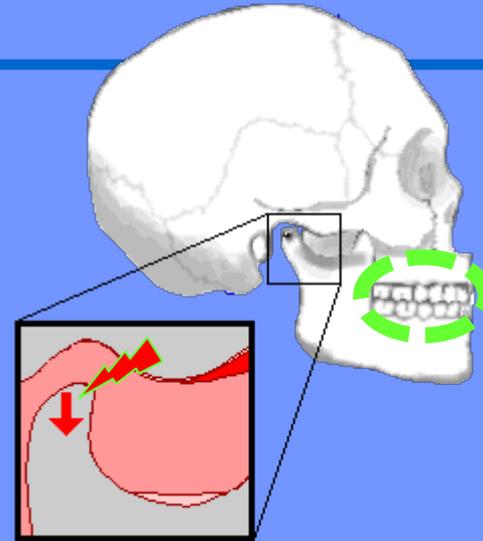
1. Lee, R.L. ; Anterior Guidance, Chapter 3 ; Advances in Occlusion, editor John Wrigth-PSG Inc. Boston, MA. 1982
2. Lundeen, HC y Gibbs, CH., Advances In Occlusion. Editor; John Wrigth. PSG Inc. Boston, MA. 1982.

I. 4 Posiciones Mandibulares de Referencia

Relación Céntrica^{1,2}

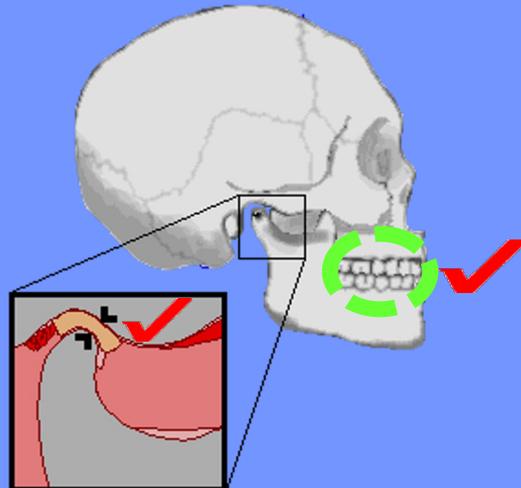


Máxima Intercuspidación

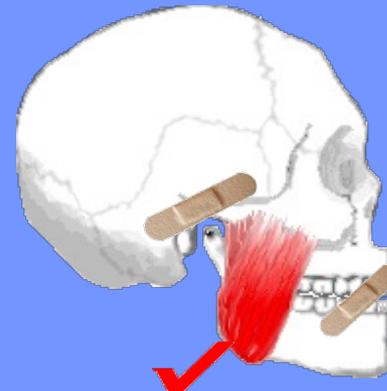


1. Murphy AC, Muldoon SF, Baker D, et al. Structure, function, and control of the human musculoskeletal network. *PLoS Biol.* 2018;16(1):e2002811. Published 2018 Jan 18. doi:10.1371/journal.pbio.200281.

Máxima intercuspidación en Relación Céntrica



Relación Céntrica Postural Adaptada^{1,2,3}



1. Dawson, P. E. New definition for relating occlusion to varying conditions of the temporomandibular joint. *J Prosthet Dent*, 1995;74:619-27.

2. Robert E. Bates Jr., Henry A. Gremillion & Carol M. Stewart (1993) Degenerative Joint Disease. Part I: Diagnosis and Management Considerations, *CRANIO*®, 11:4, 284-290, DOI: 10.1080/08869634.1993.11677980.

3. Jorge A. Learreta, Jorge Beas, Andrea E. Bono & Andreas Durst (2007) Muscular Activity Disorders in Relation to Intentional Occlusal Interferences, *CRANIO*®, 25:3, 193-199, DOI: 10.1179/crn.2007.030

Utilidad clínica de esta información

La cantidad de jóvenes de 10 a 17 años^{1,2} con discos alterados; mujeres 70%, hombres 50%.

Category of Disc Position	Boys		Girls	
	Left, %	Right, %	Left, %	Right, %
Normal disc position	51.7	59.7	25.4	29.4
Slight disc displacement	15.0	8.8	19.4	5.9
Moderate disc displacement	5.0	5.3	3.0	2.98
Full displacement	3.3	7.0	10.5	23.5
Full disc displacement with loss of morphology	0.0	1.8	7.5	10.3
Other	25.0	17.5	34.3	27.9

* Disc position per joint was determined by making use of all sagittal magnetic resonance imaging slices per joint. All slices per joint had to be similarly scores to be placed into one of the 6 categories. Joints with slices having different scores assigned to the slices were placed in the "Other" category, which was further analyzed for direction of disc displacement.

1. Nebbe, B., Major, P.W. Prevalence of TMJ Disc Displacement in a Pre-Orthodontic Adolescent Sample. *Angle Orthod* (2000) 70 (6): 454–463.
2. Ikeda K, Kawamura A, Ikeda R. Prevalence of disc displacement of various severities among young preorthodontic population: a magnetic resonance imaging study. *J Prosthodont*. 2014 Jul;23(5):397-401. doi: 10.1111/jopr.12126. Epub 2014 Jan 16. PMID: 24433345

II. 3 Criterios para una Relación Interdental Optima^{1,2,3,4}



1. Schuyler CH. Factors of occlusion applicable to restorative dentistry. *J Prosthet Dent* 1953;2013:781.



Angle, 1890



Wilson 1917



Spee 1922



Monson 1938



Goldstein 1988



Da Vinci y Pacioli, c.1497



Vetruvius, c. 16 a.C.●



4. DVO



B. Guías caninas o función de grupo.

2. D'Amico Angelo "Functional Occlusion of the Natural Teeth of Man (Concluded) Summary and Personal Notes" S. Ca. State Dent. Assoc. J. July, 1958 Vol 26 N°7 .

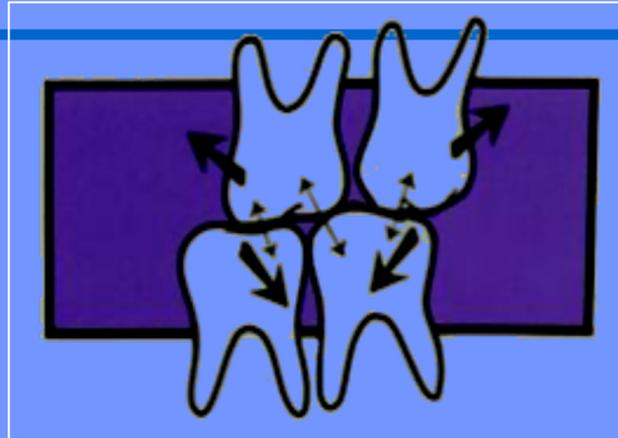
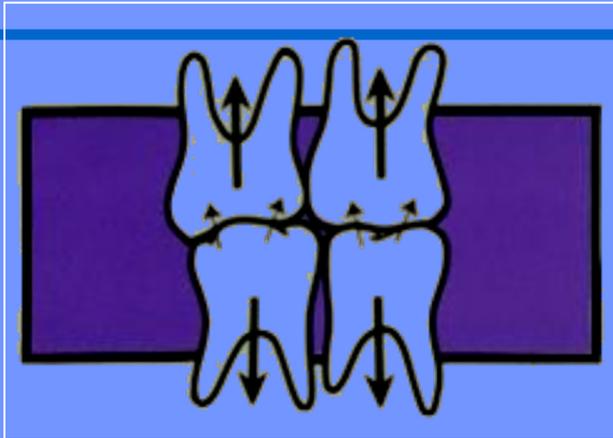
3. Mann AW, Pankey LD. Concepts of occlusion; the P.M. philosophy of occlusal rehabilitation. *Dent Clin North Am.* 1963;9:621-636.



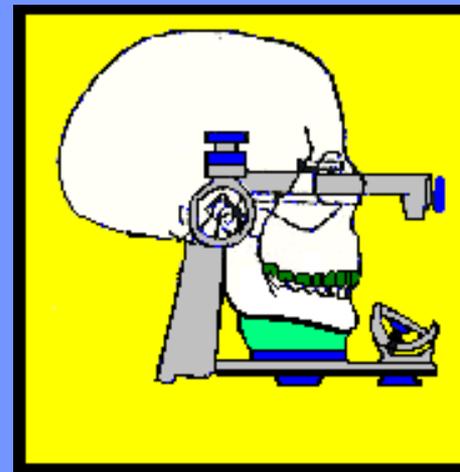
C. Guía incisiva.

4. Lee, R.L. ; Anterior Guidance, Chapter 3 ; Lundeen, HC y Gibbs, CH., Advances In Occlusion. Editor; John Wright. PSG Inc. Boston, MA. 1982.

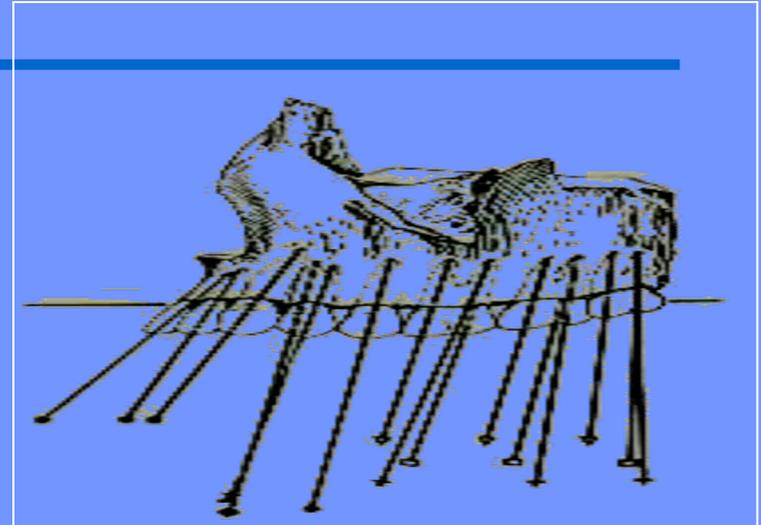
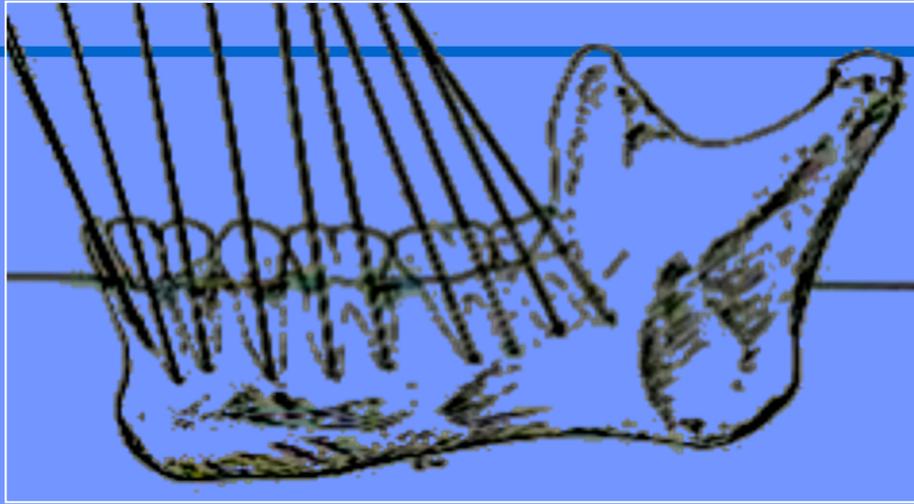
1. Contactos Balanceados y son medibles.



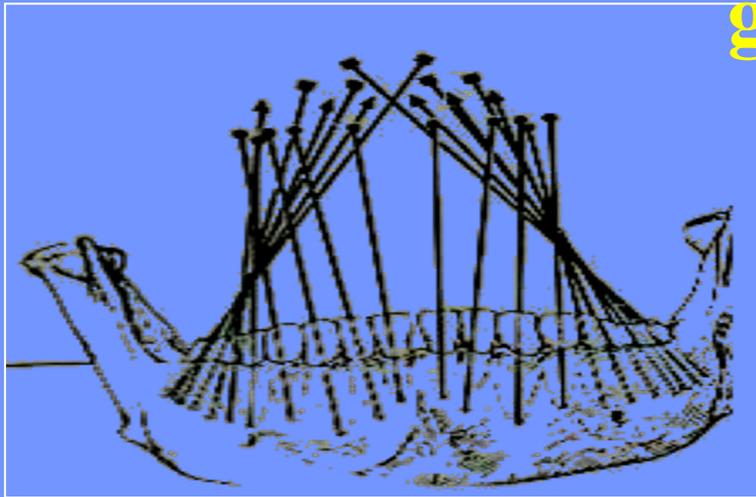
- ◆ Contactos únicos, verticales y sin deslizamientos de M.I. a R.C.



Angulación posterior-anterior de raíces y dientes, por la tangente anterior de las fuerzas masticatoria.

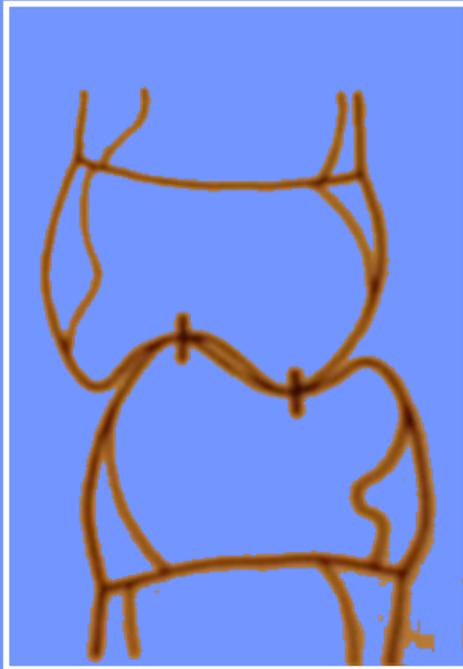


grados

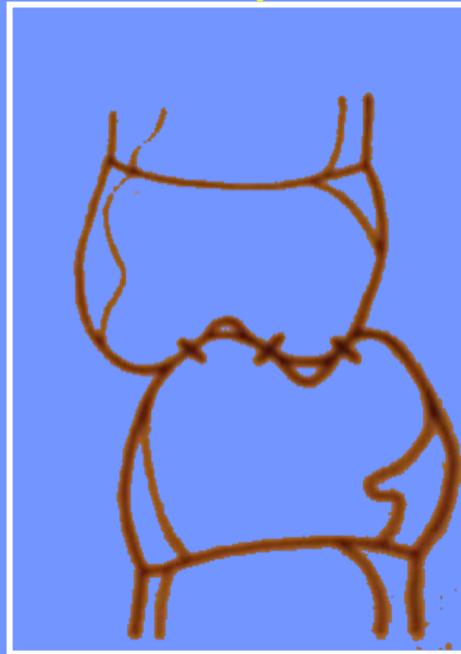


Tipos usuales de contactos

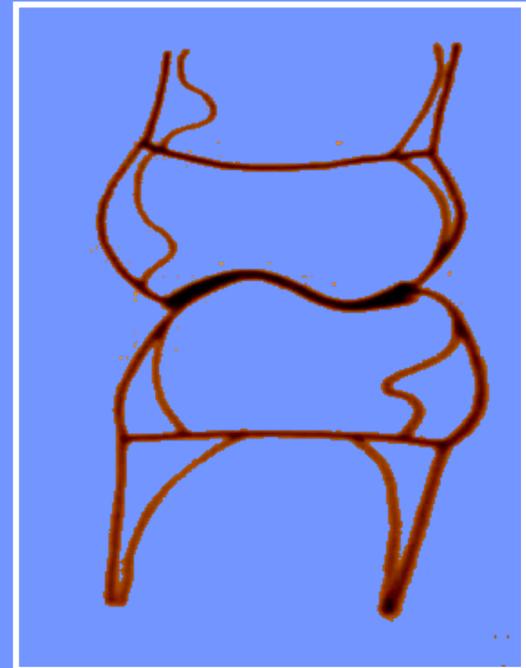
diametros y ubicacion



Fosa-cúspide, en
dientes juvenes

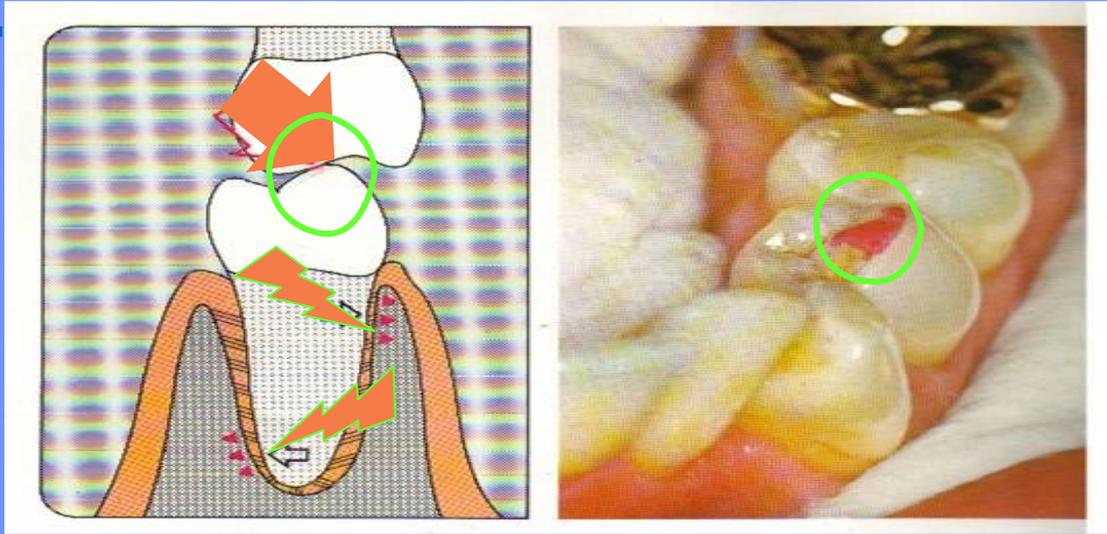


Trípode, en
prótesis fija

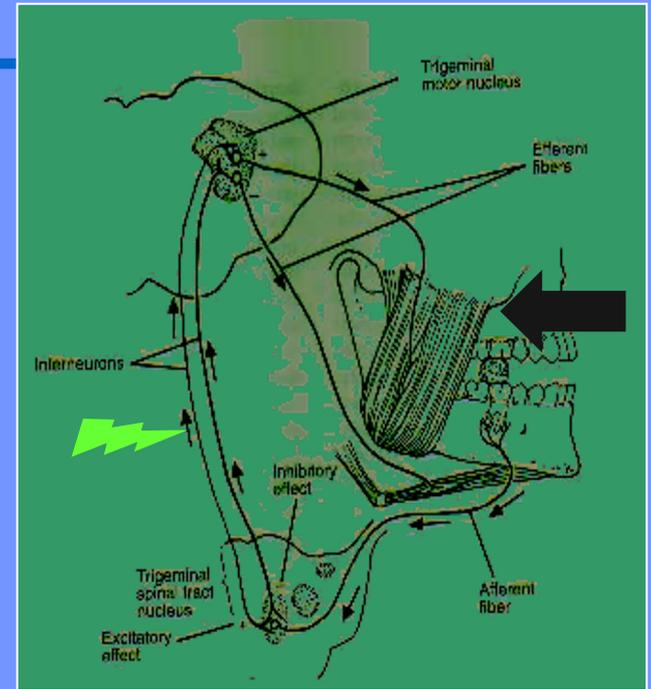


Superficie, en
dientes deciduos,
de acrílico, viejos o
desgastados

Propiocepción vs Nocicepción

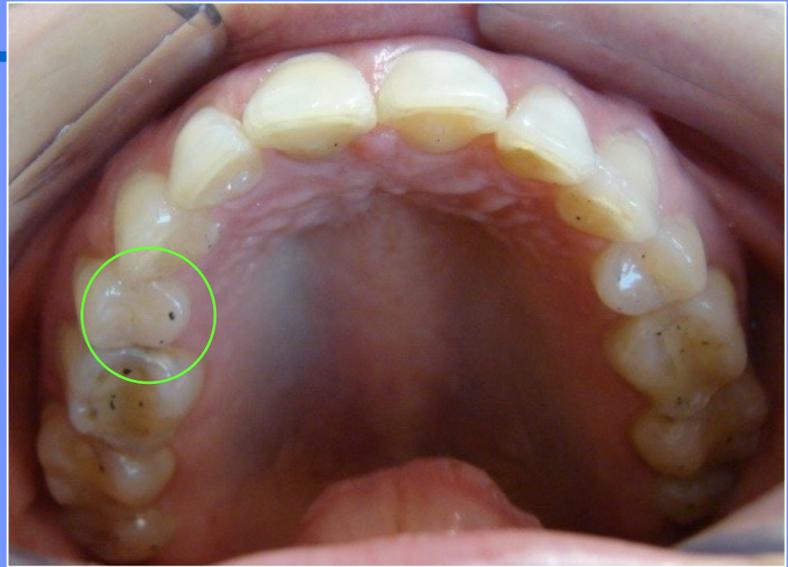
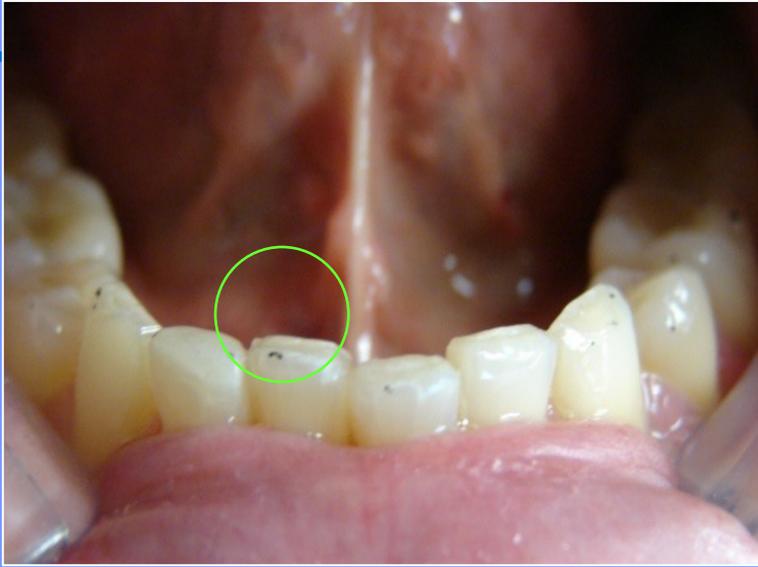


Grosor del LPD; 15 a 19 micras



Velocidad de la Conduccion;
155 mts. por seg.

Propiocepción



The Primitive Night Guard

GPS THE TAO METHOD

Dr. John Graham

The collage features several dental-related images: a close-up of teeth with blue occlusal splint markings; a patient wearing a clear night guard; a panoramic X-ray of a jaw; a patient with orthodontic braces; and a small inset photo of a dental consultation. The background is a blue gradient with a faint anatomical skull model.

Diapositiva del Dr. Michael Gelb

1. Yves Gagnon, DMD, MSc/Pierre Mayer, MD/Florence Morisson, DMD, PhD/Pierre H. Rompré, MSc/Gilles J. Lavigne, DMD, MSc, PhD; *Aggravation of Respiratory Disturbances by the Use of an Occlusal Splint in Apneic Patients: A Pilot Study*; Int J Prosthodont 2004;17:447-453.
2. Nikolopoulou, Ahlberg, Visscher, Hamburger, Naeije, Lobbezoo; *Effects of Occlusal Stabilization Splints on Obstructive Sleep Apnea: A Randomized Controlled Trial*; J OROFAC PAIN 2013; 24.
3. Malcmacher, L. *The Unintended Effects of Oral Appliances*. AGD Impact, March 2014 7;199-205.
4. Fattah, RA. *Intraoral Appliances in Management of Temporomandibular Disorders*, Revised J. Cranio, Oct 1996 Vol 14 Number 4 344-346.

Tolerancias



Cinta articular de menos de 20 micras :

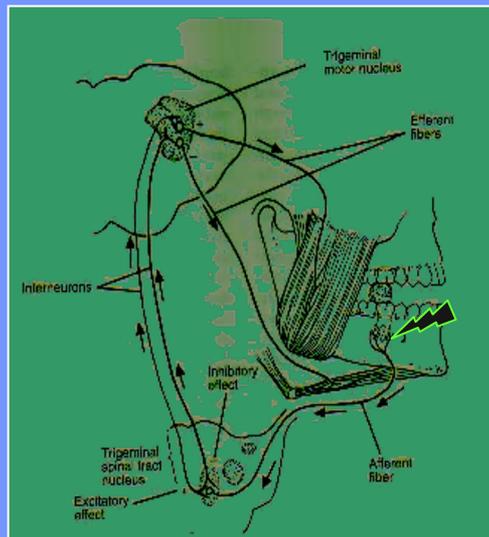
- A. En dientes anteriores;
 - 1.) 0.5 mm de diámetro.
 - 2.) De 1 a 2 contactos por diente.

- B. En dientes posteriores;
 - 1.) 1.0 mm de diámetro.
 - 2.) De 2 a 4 contactos por diente.



El uso de cualquier otro medio de *impresión en cierre*, de más del grosor del LPD* iniciara un estímulo nociceptivo.

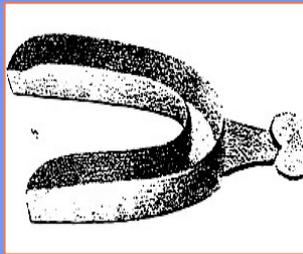
- ◆ Los grosores mayores de 20 micras estan indicados en protesis totales o parciales de acrilico o en el laboratorio.



*Forrester SE, Presswood RG, Toy AC, Pain MT. Occlusal measurement method can affect SEMG activity during occlusion. *J Oral Rehabil.* 2011 Sep;38(9):655-60.

Los registros interdentales con materiales y los modelos articulados, es del siglo pasado.

1930

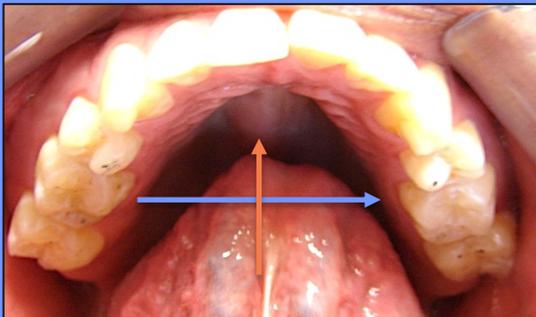
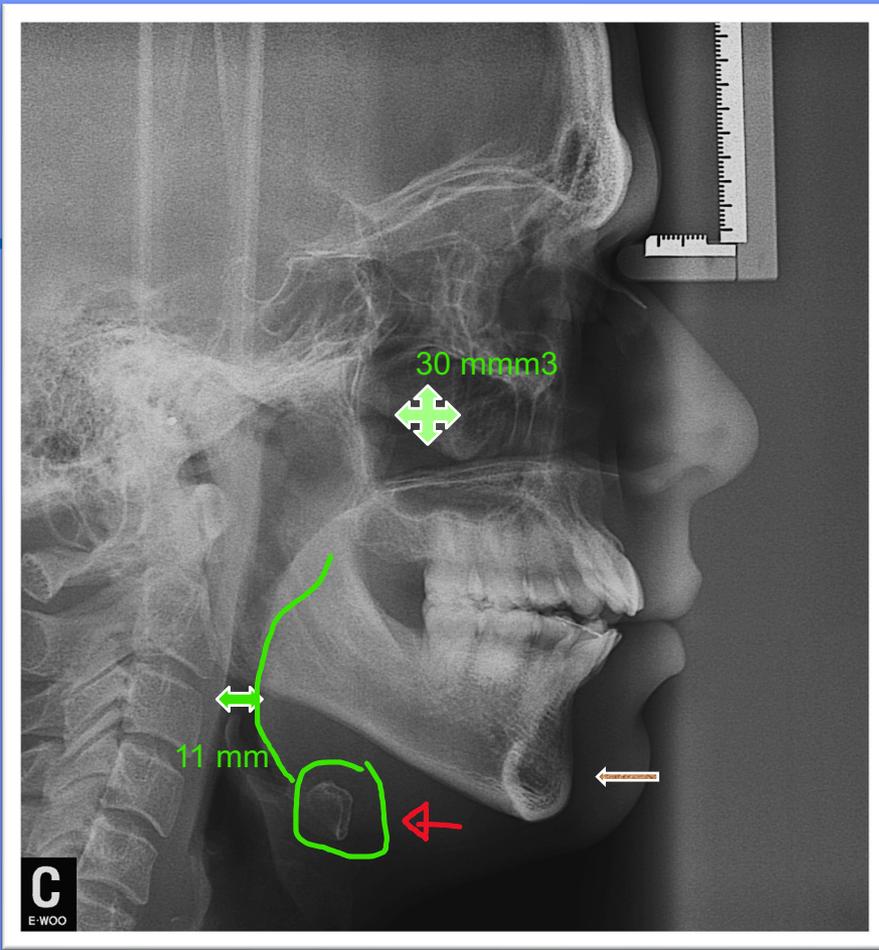


2023



Con los escaneadores, tekscan e impresión digital, todo es mas higiénico, preciso, rápido y fácil.

H. Examen de Imagenes

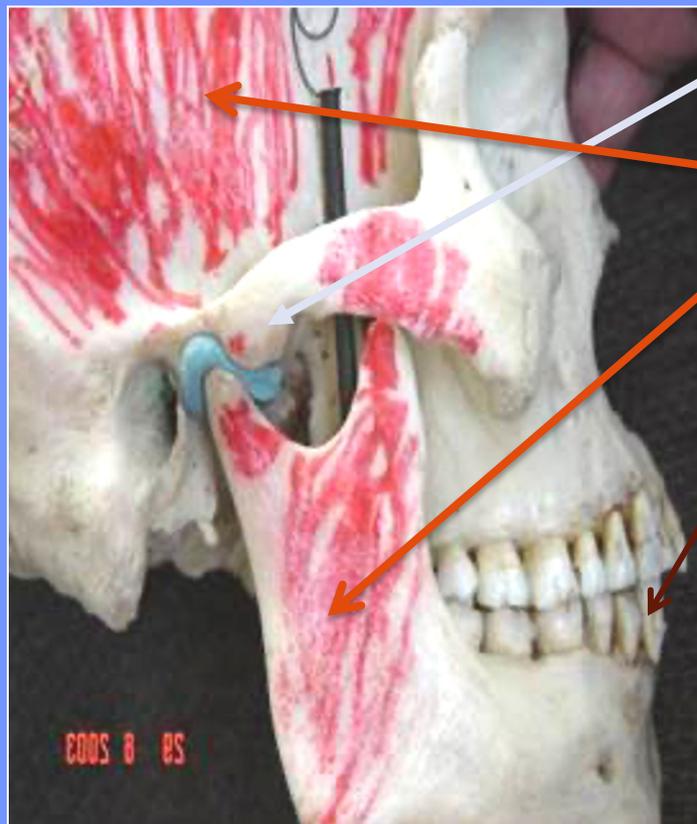


K. *Diagnostico Diferencial de los Desordenes de Dolor Bucofacial**

1. *Desordenes de dolor Intracraneal.* (neoplasias, aneurismas, abscesos, hemorragias hematomas, edema).
2. *Desordenes de dolor primario.* (migrañas, cefaleas en racimo, hemicránea paroxística, arteritis craneal, cefaleas tensionales).
3. *Desordenes de dolor neurogenico.*
 - a. Neuralgias paroxísticas (trigémino, glossofaríngea, laríngeas superiores).
 - b. Desordenes de dolor continuo. (neuritis periféricas, post herpéticas, post traumáticas y post quirúrgicas).
 - c. Dolor simpatético.
4. *Desordenes de dolor intraoral.* (pulpar, periodental, muco-gingival y lingual)
5. ***Desordenes temporomandibulares, (DTM) (neuro-musculatura, ATM y relación interdental).***
6. *Estructuras vecinas.* (ojos, oídos, senos para nasales, nariz, nódulos linfáticos, glándulas salivares y cuello).
7. *Desordenes mentales.* (desordenes somato- formes, síndromes de dolor de origen sicogénico).

*American Academy of Orofacial Pain. Okeson JP (ed). Orofacial Pain. Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. Chicago. Quintessence Publishing Co. 1996.

Las patologías de los DTM se clasifican



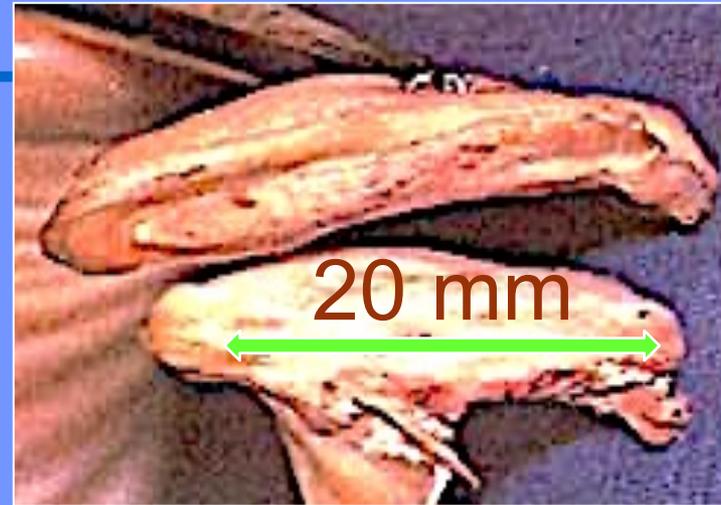
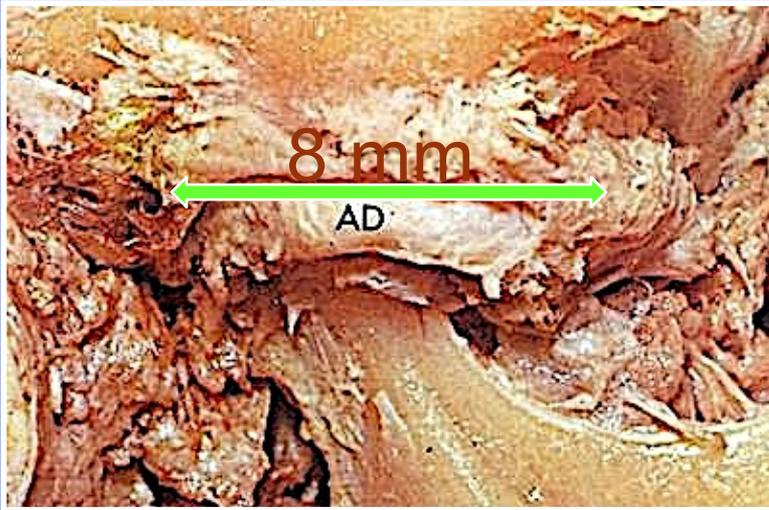
I. Intra capsulares

II. Extra capsulares

III. Dentales, tejidos de soporte y vías aéreas o desordenes del sueño.

Pueden ser comorbides.

I. Intracapsulares



1. Sinovitis, capsulitis o retrodisquitis.
2. Desviación en forma o discusión.
3. Dislocación del cóndilo o hipermovilidad (crónica o aguda).
4. Anquilosis.
5. Fracturas.

1. Dislocación del disco con reducción.
2. Dislocación del disco sin reducción (crónica o aguda).
3. Enfermedades degenerativas u osteoartritis primaria y secundaria.
4. Poli artritis o poliartrydes.

II. Extracapsulares

A. Agudos:

1. Miospasma tónico o trismus
2. Ferulizacion o co-contraccion¹
3. Miosotis

B. Crónicos:

1. Contractura (fibrosis, trismus crónico)
2. Dolor miofascial
3. Fibromialgia²

1. ICD-10 Contracture, muscle M62.40

2. ICD-10 Fibromyalgia M79.7

III. Tejidos de Soporte, Dentales, Vías Aéreas y Sueño.

A. Tejidos de Soporte *

1. Festones de Mccall
2. Grietas de Stilmman
3. Ensanchamiento del ligamento
4. Hipercementosis
5. Exostosis
6. Recesión

*Glickman I., Periodontología Clínica 1ra Ed.
Nueva Editorial Interamericana, **1974**; 320-333.

B. Dentales*

1. *Abfracciones*, fracturas dentales o en materiales
2. *Facetas de desgaste*
3. *Inestabilidad o movimientos dentales*
4. Fremitus, dolor o movilidad dental
5. Daños pulpares.

*Roger Alan Solow (DDS) (**2016**) The dental literature on occlusion and myogenous orofacial pain: application of critical thinking, *CRANIO*®, 34:5, 323-331, DOI: [10.1179/2151090315Y.0000000026](https://doi.org/10.1179/2151090315Y.0000000026)

C. *Vías Aéreas o Desordenes del Sueño*^{1,2,3}

1. *Ronquido,*
2. *Síndrome de la resistencia de las Vías aéreas (SRVA) y*
3. *Apnea del sueño (AOS).*
4. *Bruxismo del Sueño*

1. White DP. Pathogenesis of obstructive and central sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 172:1363-1370.

2. Kushida CA, et al. American Academy of Sleep. (Jan.1, 2006) Practice Parameters for the Treatment of Snoring and Obstructive Sleep Apnea With Oral Appliances: An Update for 2005. *Sleep*, 29, 2, 240-3,

3. International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3), 3rd Ed. Darien, IL: *American Academy of Sleep Medicine*, 2014

Perla #3.

Tienen su estándar de manejo^{1,2,3,4,5,6}

1. Farrar, WB. Differentiation of temporomandibular joint dysfunction to simplify treatment, JPD. Volume_28, Issue 6 , Pages 629-636, December 1972.
2. Kent JA. Conservative and Surgical Management of TMJ Disorders. Louisiana State University, School of Dentistry 1982.
3. TMD). A Position Paper. The J of Craniomand. Practice January 1990, Volumen 8 Number 1. The American Academy of Craniofacial Pain. Standards for History, Examination, Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders
4. Mohamed SE, Mizrahi B, Finger, IM. Management of temporomandibular disorders in a restorative practice. Practical Periodontics And Aesthetic Dentistry: PPAD [Pract Periodontics Aesthet Dent] 1997 Apr; Vol. 9 (3), pp. 297-306;
5. Allen J. Moses, Marcus Lieberman, Irving Kittay & Jorge A. Learreta (2006) Computer-Aided Diagnoses of Chronic Head Pain: Explanation, Study Data, Implications, and Challenges, CRANIO®, 24:1, 60-66, DOI: [10.1179/crn.2006.010](https://doi.org/10.1179/crn.2006.010).
6. Jamison Spencer, Mayoor Patel, Noshir Mehta, H. Clifton Simmons III, Terry Bennett, Jeanne Kaye Bailey & Allen Moses (2013) Special Consideration Regarding the Assessment and Management of Patients Being Treated with Mandibular Advancement Oral Appliance Therapy or Snoring and Obstructive Sleep Apnea, CRANIO®, 31:1, 10-13, DOI: [10.1179/crn.2013.002](https://doi.org/10.1179/crn.2013.002)

Filosofía del Tratamiento ^{1,2,3}

- ◆ La base del tratamiento es el diagnóstico,
- ◆ Si es posible; se cura,
- ◆ Si no, entonces; se maneja y limita la incapacidad.
- ◆ Si ninguna de las anteriores es posible; se refiere,
- ◆ *El mejor tratamiento es la prevención o el temprano.*

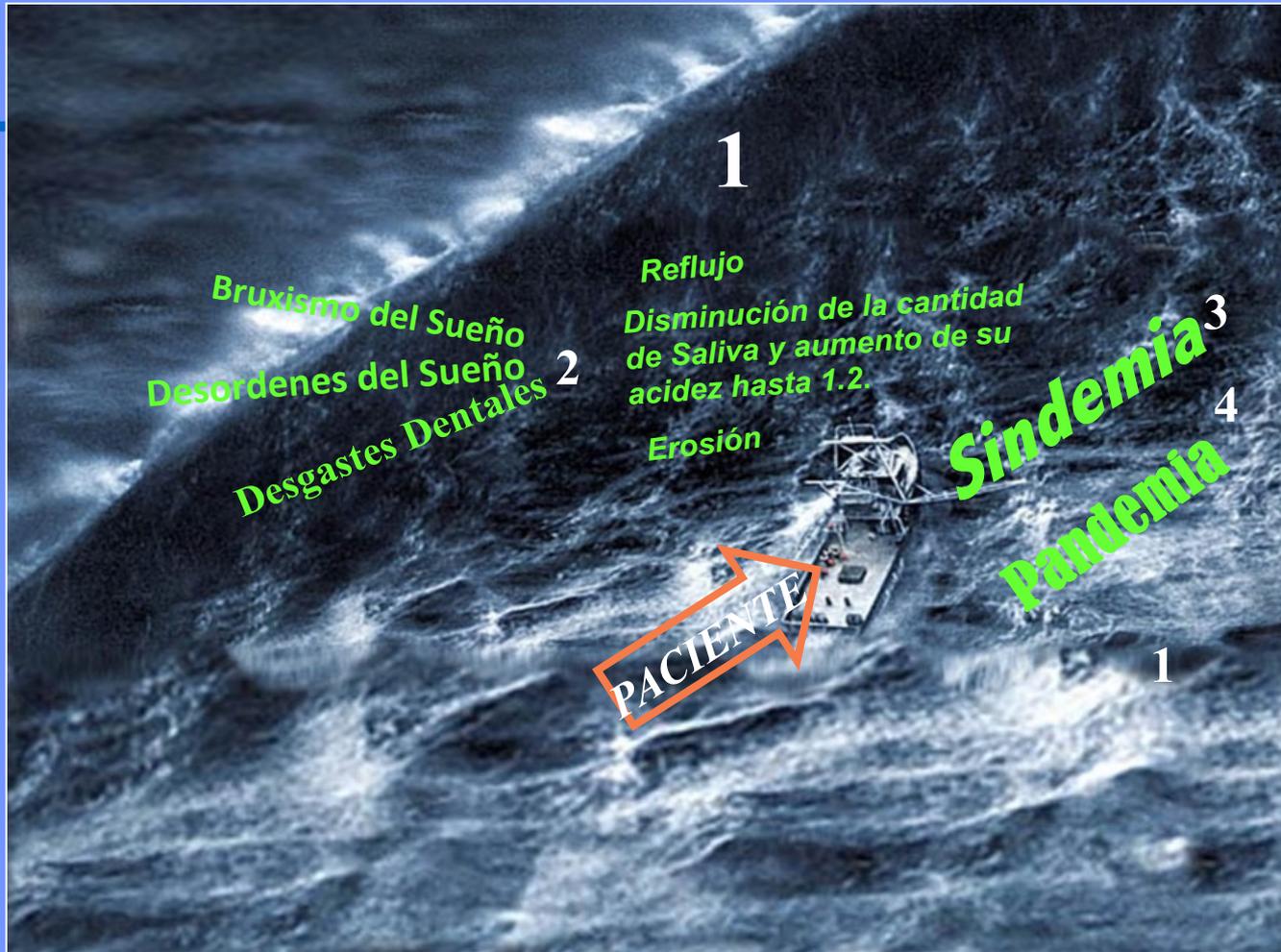
1. Conservative and Surgical Management of TMJ Disorders. Louisiana State University, School of Dentistry 1982.
2. Farrar, WB. Differentiation of temporomandibular joint dysfunction to simplify treatment, JPD. Volume_28, Issue 6 , Pages 629-636, December 1972.
3. The American Academy of Craniofacial Pain. Standards for History, Examination, Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders (TMD). A Position Paper. The J of Craniomand.Practice January 1990, Volume 8 Number 1.

B. Indicaciones



- ◆ Dolor.
- ◆ Inflamación.
- ◆ Mala función.
- ◆ Desordenes del sueño.
- ◆ Hábitos parafuncionales
- ◆ Daños dentales o periodontales.
- ◆ Signos y signos auditivos.
- ◆ Otros síntomas o signos.

La Tormenta Perfecta^{1,2,3,4}



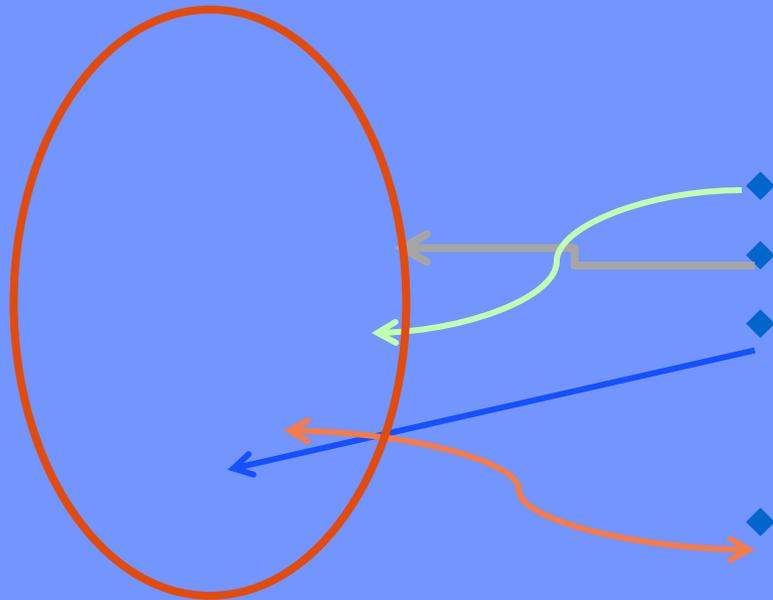
1. Warner Bos. 2000.
2. Rouse, J. The Bruxism Triad, Inside Dentistry. May, 2010; 6(5) + Dr. Gene Santucci, 2019 +
3. Covid-19,2020 +
4. Merril Singer. Introduction to Syndemics: A critical system aproach to public and community health, Jossey-Bass, 2009.

C. Secuencia en el Tratamiento

- ◆ Fase I o “Reversibles”
- ◆ Fase II o “Irreversibles”

Fase I (Reversibles):

Alivio, corrección o mejoramiento de las alteraciones de los componentes;



- ◆ Neuromusculares,
- ◆ Articulares,
- ◆ De los hábitos para funcionales

y

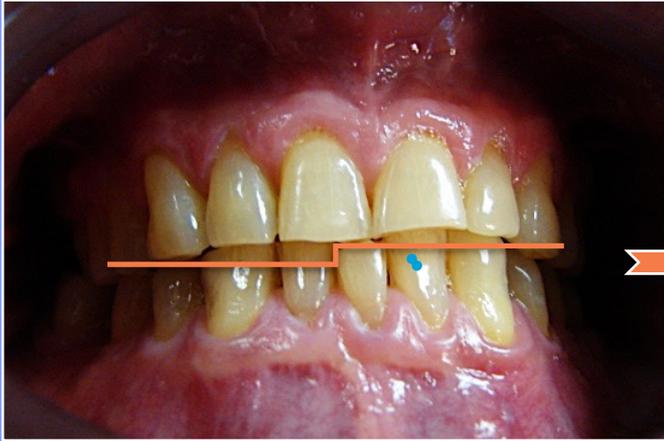
- ◆ De la salud general, de la calidad de vida, de la respiración nasal y del sueño.

Alternativas de Fase I



- ◆ Instrucciones y auto ayuda en casa y trabajo.
- ◆ Farmacoterapia.
- ◆ Referencia a Fisioterapia.
- ◆ Referencia a Psicoterapia.
- ◆ Referencia a Médicos u otros profesionales de la salud para el manejo médico o quirúrgico de la respiración bucal y del sueño.
- ◆ **Aparatos oclusales.**
- ◆ Combinaciones

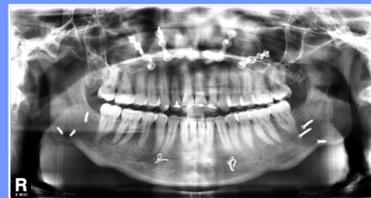
Fase II (Irreversibles):



Rehabilitación;

*del componente
intraoral e interdental,
optimizando la tabla
oclusal alterada.*

Alternativas de Fase II



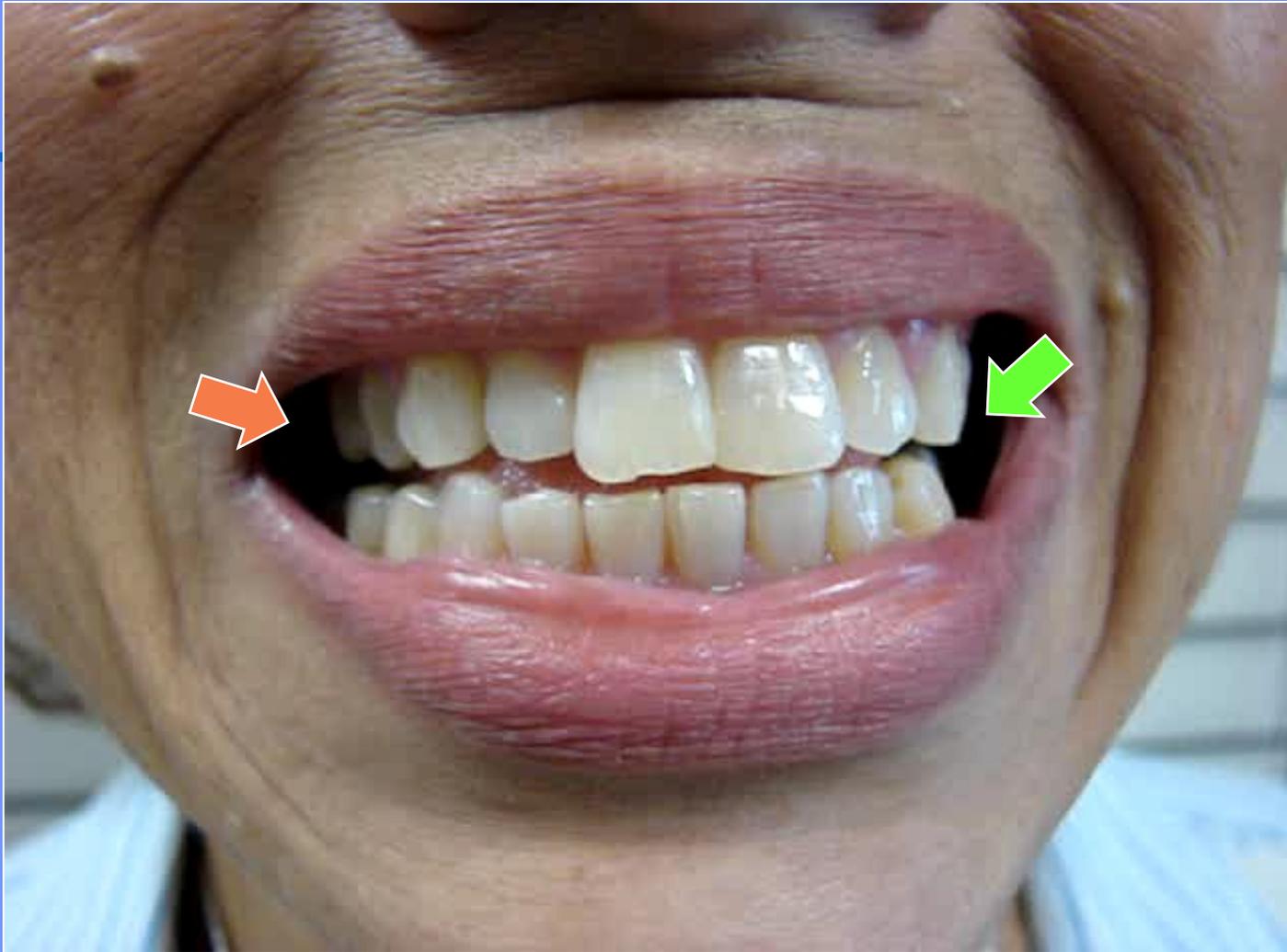
- ◆ Ajuste Oclusal.
- ◆ Ortodoncia.
- ◆ Operatoria.
- ◆ Prótesis.
- ◆ Cirugía maxilofacial u ortognática o telegnatica
- ◆ Otras
- ◆ Combinaciones.

III. PRESENTACIÓN DE ALGUNOS CASOS

1.

- ◆ 65 años
- ◆ Dra. Amelia Orsini
- ◆ *Solo dolor y aumento de volumen*
- ◆ 2009

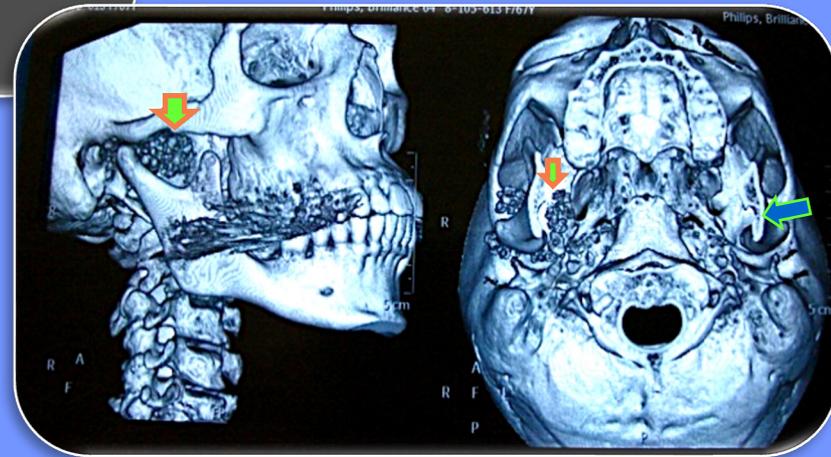
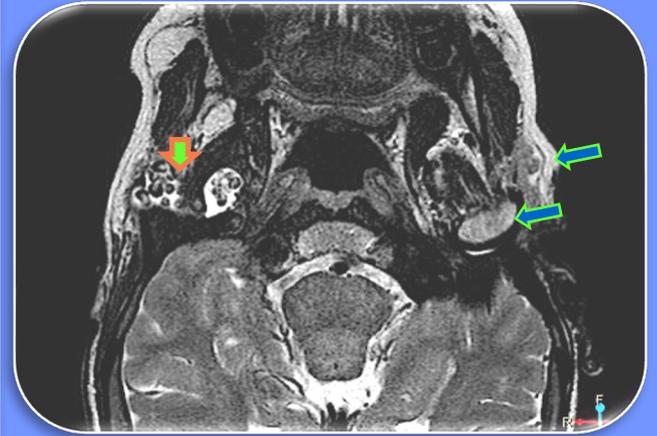
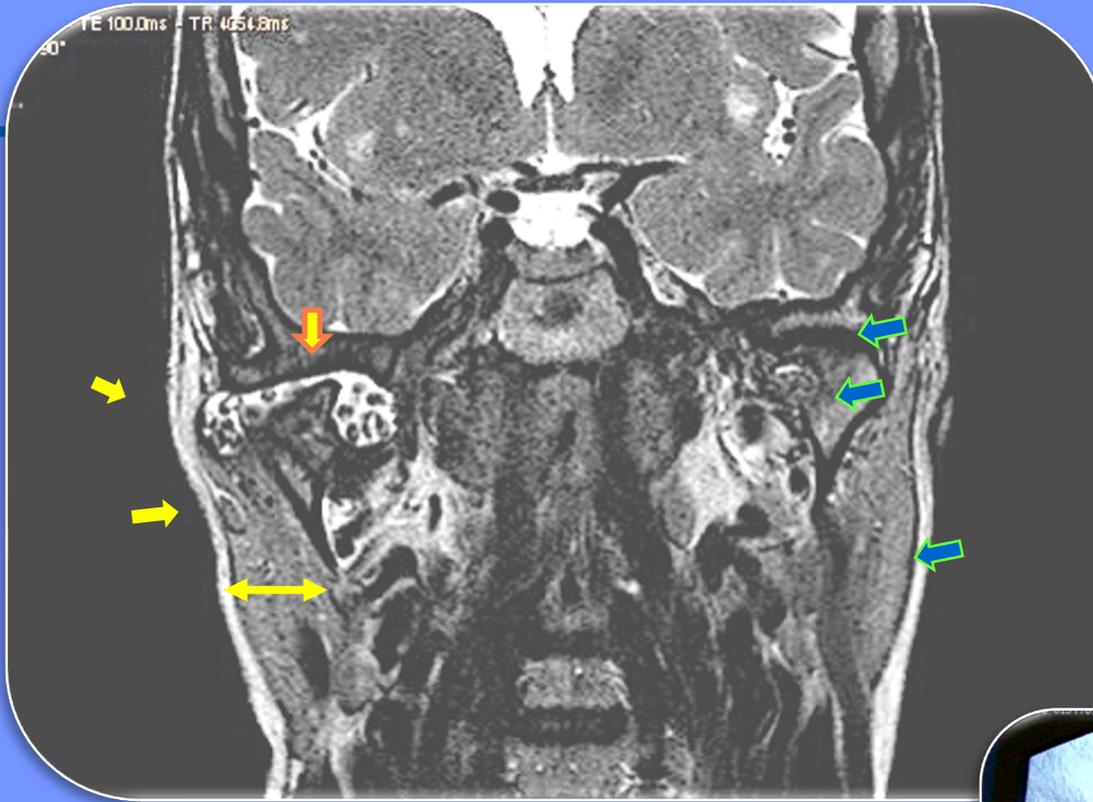
Maxima intercuspidadacion





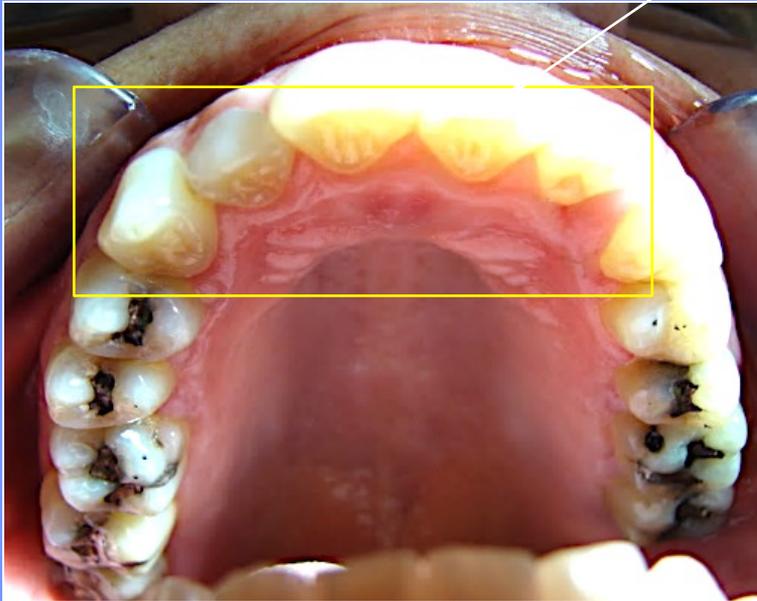
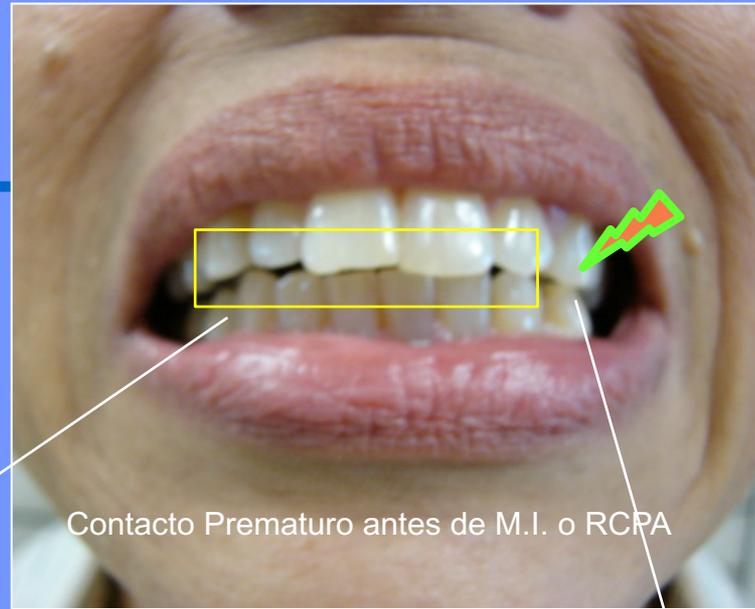
Capsulitis y Co-contracción.

Osteocondromatosis*

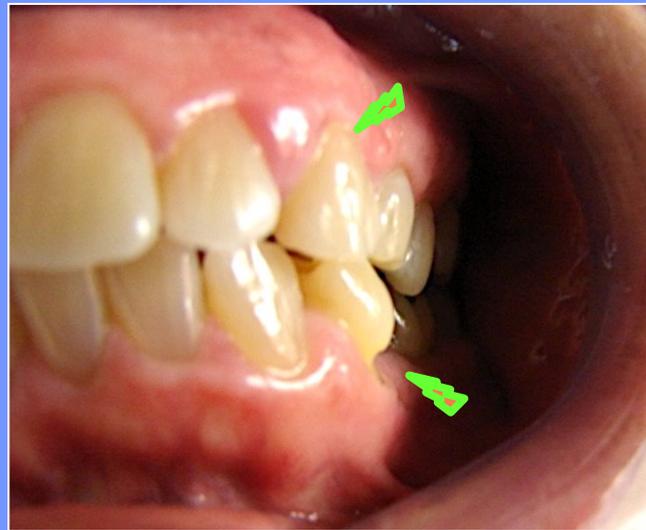


*Altan Varol, Metin Sencimen, Aydin Gulses, Hasan Ayberk Altug, Asim Dumlu & Bulent Kurt (2011) Diagnostic Importance of MRI and CT Scans for Synovial Osteochondromatosis of the Temporomandibular Joint, CRANIO®, 29:4, 313-317, DOI: [10.1179/crn.2011.046](https://doi.org/10.1179/crn.2011.046)

Post op Fase I, interdentaldental



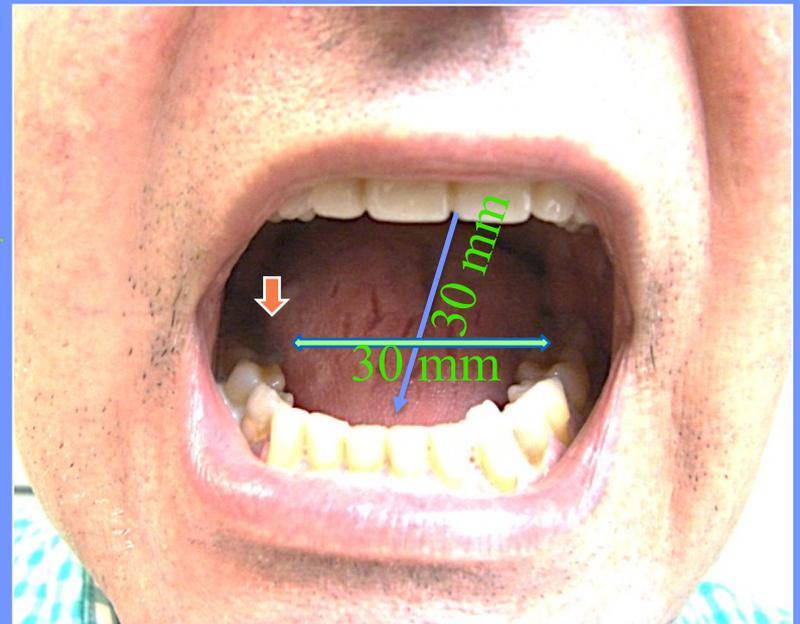
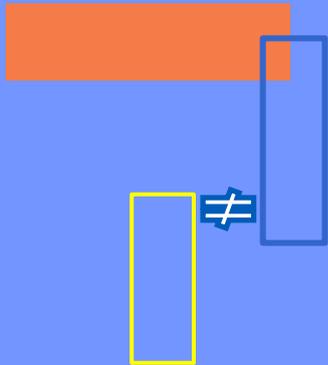
Post op Fase II, interdental con Ajuste oclusal^{1,2,3,4} en RCPA y buena MI.



1. Tarantola, G J.; Becker, IM.; Gremillion, H, Pink, F. The Effectiveness of Equilibration in the Improvement of Signs and Symptoms in the Stomatognathic System. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. Dec1998, Vol. 18 Issue 6, p594-603. 10p.
2. Solow, RA. Equilibration of a progressive anterior open occlusal relationship: a clinical report. *Cranio: The Journal Of Craniomandibular Practice [Cranio]* 2005 Jul; Vol. 23 (3), pp. 229-38.
3. Roger A. Solow (DDS) (2018) Clinical protocol for occlusal adjustment: Rationale and application, *CRANIO*®, 36:3, 195-206, DOI: [10.1080/08869634.2017.1312199](https://doi.org/10.1080/08869634.2017.1312199)
4. Lee WC, Eakle WS: Stress-induced cervical lesions: review of advances in the past 10 years. *J Prosthet Dent* 1996; 75(5):487-494.

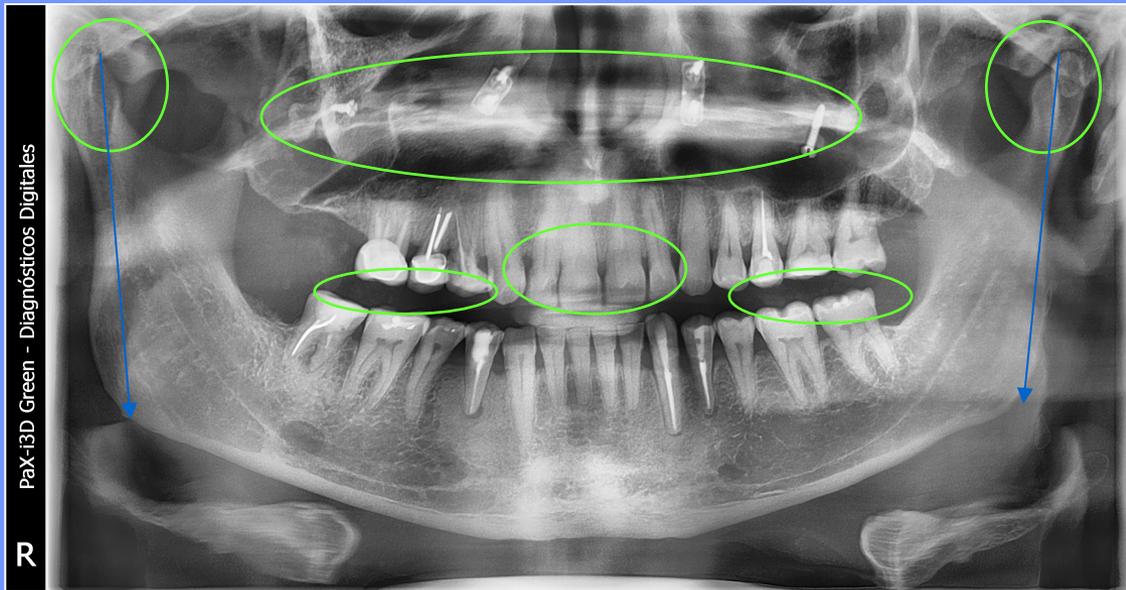
1.

- ◆ 58 años
- ◆ Dr. Richard Ford.
- ◆ *Dolor severo y aumento de volumen maxilar superior derecho.*
- ◆ 2021





10 lbs mas de peso al cuello,
por plg de avance





Dr. FERNANDO R. JAÉN, Odontólogo
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 09/09/2021

Esta información suya es muy importante y necesaria para poder atenderle adecuadamente. Por favor nos contesta todo lo solicitado.

INFORMACION GENERAL

- Apellido Paterno: [Redacted] Apellido de Casada [Redacted]
- Primer y Segundo Nombre: JORGE
- Género: Femenino Masculino
- Número de cédula o pasaporte: [Redacted]
- Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 07 Año 1961
- Lugar de nacimiento: [Redacted]
- Dirección residencial: [Redacted]
- Ciudad: DOMINICA
- Teléfono en su residencia: [Redacted]
- Teléfono celular: 67536055
- E-mail y/o pagina web: [Redacted]-mail.com
- Lugar de trabajo o estudio: [Redacted]
- Teléfono [Redacted]
- Su actu [Redacted]
- Nombre DR. FORD
- Estado civil: Soltero Casado
- Nombre de sus Odontólogos: DR FORD
- Nombre de sus médicos: [Redacted] - Instituto Europeo del Sueño
- ¿Ha estado hospitalizado (a) por cualquier razón durante los últimos años? NO
- Menciónelo: COVID 19 (NEUMONIA Bilateral) UCI 13 días - Ingreso 24/07/21 Egreso 16/08/21
- ¿Ha estado usted bajo el cuidado de un médico durante los últimos años? SI
- Mencione las razones: APNEA del Sueño - HTA leve

3. Medicamentos o químicos que toma regularmente o por prescripción médica y la razón:

LOSARTAN 100mg - VITORIN 10-20mg

- 4. ¿Ha tenido dificultades o trastornos durante anestesia? NO SI
- ¿Es usted alérgico a penicilina, aspirina, otro medicamento o elemento? NO SI Mencione:
- 6. ¿Ha tenido usted problema de hemorragia que necesitó tratamiento especial? NO SI
- Circule las enfermedades si las padece o ha padecido:

Enfermedades o lesiones del corazón	Enfermedades de transmisión sexual	Hepatitis
Soplo cardíaco	Enfermedades Autoinmunes	Derrame cerebral
Epilepsia	<u>Hipertensión arterial leve</u>	Diabetes
	Anemia o Reflujo	Tuberculosis
Tratamiento Psiquiátrico		
	Aritmia	Algún fármacos
Cáncer	Enfermedades respiratorias	Dependencia a
	Sida o HTLV III positivo	<u>Covid 19</u>
- 8. ¿Ha sufrido o sufre de alguna otra enfermedad o condición médica? SI NO Mencione: APNEA del Sueño - HTA leve
- 9. Su peso usual aproximado 97 kg Su presión arterial 140/80 mm Hg usual
- 10. Para mujeres ¿Está usted embarazada en este momento? SI NO

• RAZONES POR LAS CUALES FUE REFERIDO A NUESTRA CLÍNICA:
Inflamación y dolor de fuerte intensidad en Maxilar superior Derecho.
CONTINUE ATRÁS POR FAVOR →

Dr. Fernando R. Jaen

D. EXPLORACION POR APNEA DEL SUEÑO

La **Apnea Obstruktiva del Sueño** es un común y peligroso Desorden del Sueño, que se caracteriza por el colapso repetitivo de la vía aérea durante el sueño, causando una suspensión dañina de la respiración. Este y otros Desordenes del Sueño están muy relacionados con los Desordenes de la Masticación. Sus consecuencias incluyen las siguientes condiciones: mal sueño, baja en la productividad laboral, somnolencia, accidentes automovilísticos, hipertensión arterial, arritmias cardíacas, diabetes, infartos y derrames cerebrales.

Su respuesta veraz y minuciosa a las siguientes preguntas, nos dará una idea si Usted padece de este problema y PODRIAMOS AYUDARLE. Por favor circule o escriba lo solicitado en donde aplique y al final del documento, la fecha de hoy y su firma.

- RONQUIDO. Le han dicho que:
 - a.) Ronca muchas noches (Más de 3 veces a la semana). SI NO
 - b.) Es su ronquido alto (Se puede oír entre paredes o puertas). SI NO
- SUSPENDE LA RESPIRACION O SE AHOGA AL DORMIR: SI NO
- LA MEDIDA DE SU CUELLO:
 - Menos de 16 pulgadas (Si Usted usa Small o Medium en camisa) SI NO
 - Más de 16 pulgadas (Si Usted usa Large o mas en camisa) SI NO
- ESTA USTED EN TRATAMIENTO POR PRESION ARTERIAL ALTA O DIABETES:
 - SI NO
- EN OCASIONES SE DUERME O ESTA ADORMECIDO DURANTE EL DIA:
 - Inactivo o desocupado: SI NO
 - Manejando, en transporte o en un semáforo o tranque SI NO

E. ESCALA EPWORTH DEL SUEÑO

- SE SIENTE CON SUEÑO O SE DUERME DURANTE:
 - a.) Sentado o leyendo b.) Viendo la TV c.) Sentado en eventos d.) Como pasajero por una hora e.) Descansando una tarde cuando puede f.) Sentado o conversando g.) Sentado luego del almuerzo sin licores h.) Durante un tranque o semáforo.
- DESDE CUANDO RONCA O LE HAN DICHO QUE LO HACE: 10 años
- CUANTAS VECES SE DESPIERTA DURANTE LA NOCHE: 3
- LE HAN DICHO QUE DEJA DE RESPIRAR: SI NO
- TIENE DIFICULTAD PARA DORMIRSE: SI NO
- SE DESPIERTA CANSADO: SI NO
- SE DESPIERTA CON DOLOR DE CABEZA: SI NO
- LE DA DOLOR DE CABEZA TOMAR UN POCO DE LICOR: SI NO
- HA SIDO ATENDIDO O DIAGNOSTICADO POR APNEA DEL SUEÑO: SI NO
- LE HAN HECHO UN ESTUDIO DEL SUEÑO: SI NO
- LE DIFICULTA RESPIRAR POR LA NARIZ: SI NO
- TIENE ALGUN PROBLEMA DEL CORAZON: SI NO
- TIENE PRESION ALTA o DIABETES: SI NO COMO LE TRATAN Lasartan 100 mg
- TIENE PERDIDA DE LA MEMORIA: SI NO
- SUFRE O ES TRATADO POR DEPRESION: SI NO COMO LE TRATAN Anti depresivos con un año
- TIENE TURNOS DE TRABAJO Y SUEÑO: SI NO
- A QUE HORA SE ACUESTA: 12 medianoche
- A QUE HORA SE LEVANTA: 4 o 5 am
- DURANTE SU SUEÑO, LE HAN DICHO QUE:
 - Ronca fuertemente: Siempre Mucho Poco Nunca
 - Se ahoga, le dificulta respirar o deja de respirar: Siempre Mucho Poco Nunca

EN Decubito supino.

REPRESENTACION PICTORICA

- Se despierta por problemas respiratorios: Siempre Mucho Poco Nunca DE
- LOS MALESTARES: Siempre Mucho Poco Nunca Marque con
- Se voltea frecuentemente: una X que tan cerca están Siempre Mucho Poco Nunca sus males
- Patea o mueve las piernas con frecuencia: de Usted o cuanto lo afectan. Siempre Mucho Poco Nunca
- CUANDO SE DESPIERTA DE SU SUEÑO REGULAR, CON QUE FRECUENCIA TIENE:
 - Dificultad para abrir la boca: Siempre Mucho Poco Nunca
 - Boca seca: Siempre Mucho Poco Nunca
- DESPIERTO Y EN LO SIGUIENTE, SE SIENTE CON SUEÑO O SE DUERME:
 - Después de comer: Siempre Mucho Poco Nunca
 - Leyendo o viendo la TV: Siempre Mucho Poco Nunca
 - En la escuela o su lugar de oración: Siempre Mucho Poco Nunca
 - En su trabajo: Siempre Mucho Poco Nunca
 - Manejando o como pasajero: Siempre Mucho Poco Nunca
- SE LE DIFICULTA RESPIRAR POR LA NARIZ:
 - Durante el día: Siempre Mucho Poco Nunca
 - Durante el sueño: Siempre Mucho Poco Nunca
- TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS O SEDANTES: Usted!
 - Durante el día: Siempre Mucho Poco Nunca
 - Para poder dormir: Siempre Mucho Poco Nunca
- LE HAN EFECTUADO, HA HECHO O HA VENIDO A EFECTUAR LO SIGUIENTE:
 - Fractura nasal Alergias o fiebre de heno Fumar Cirugía Nasal Sinusitis Esprays nasales
 - Cirugías de adenoides o amígdalas Antihistamínicos Cirugías u otros tratamientos por: Apnea del Sueño u otros desordenes del sueño. CPAP

F. LA FECHA DE HOY 09/09/2021 SU



21. EXAMEN INTERDENTAL

22. Vertical 2 Horizontal 2 Sin Contacto Anterior _____ Sin Contacto Generalizado _____
 23. D.V.O. disminuida
 24. Relación Céntrica Sin tober Der. _____ Izq. _____ Contactos Prematuros _____
 25. Guía Canina o Grupo degradada Contactos Prematuros _____
 26. Guía Incisiva degradada
 27. Facetas, Fracturas o Abfracciones en todos los dientes
 28. Alteraciones de Tabla Oclusal: _____

29. EXAMEN ARTICULAR

	ABERTURA			LAT	CIERRE			INFLAMADO
	INICIO	MEDIO	GRANDE		INICIO	MEDIO	CERRADO	
DER.								
IZQ.			<u>cep</u>				<u>cep</u>	

30. Distancia del Disco y Posible Recaptura: _____
 31. EXAMEN DE VIAS AEREAS
 32. Lengua: línea alba, festoneada
 Malampatti: _____



33. Deglución: _____
 34. Nivel de Lengua: _____



35. Adenoides y Amígdalas: _____



36. Paladares, Arcos y Úvula: alto
 37. Reflejo Nauseoso: _____
 38. Vía Nasal: _____
 39. Cometes: _____
 40. Presión Arterial: a. Derecho _____ b. Izquierdo _____
 41. Pulso: _____
 42. Cuello: _____

43. EXAMEN DE IMÁGENES Y FOTOS

44. Traídos por paciente _____
 45. Transcranial y Postura: _____

46. DIAGNOSTICOS

47. Discrepancia 48. O.A. 49. M+U 50. Distorsión 51. _____ 52. _____
 53. _____ 54. _____ 55. _____ 56. _____ 57. _____ 58. _____

59. PLAN DE TRATAMIENTO _____
 60. METAS Y PRONOSTICO _____

ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN Y VÍAS AEREAS
 Dr. Fernando R. Jaen

1. Nombre: _____
 2. Fecha: 10 SEP 2021
 3. Referido por: Dr. Ford
 4. Queja Principal: Dolor

5. HISTORIA DE LA CONDICIÓN

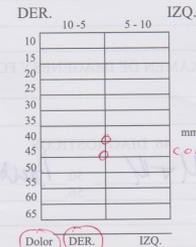
6. Relato General 1) Anorexia (20) e hiperactividad en la boca, cefálica
2) Tx's resultaron 3) Sentesis alveolar
 7. Descripción del Dolor: a. Cabeza opresivos y albor b. BOCA 2-3 días e hiperactividad, apertura 1ms
 c. Cara 20 cm, opresivo, náuseas, insalivación + sonoro, pulsátil, un poco d. ATM alvo mordido
 e. Cuello y Espalda alvor no albor pericardio f. Hombros y muñecas alvor no albor pericardio
 8. Oídos: a. Zumbidos _____ b. Dolor _____ c. Tapados _____ d. Hipoacusia _____ e. Mareos _____ f. Otros _____
 9. Tx anteriores: a. Rx: Tx dental b. Aparatos y otros: _____
 10. Cara y Postura: _____
 11. Alteración en la función: alvor no y solo sipe
 12. Sueño: a. SNR _____ b. Apnea _____ c. Ronquido _____ d. Incompleto _____ e. Otros catatexa
 13. Condición anímica: a. Ansiedad _____ b. Depresión _____ c. Ira _____ d. Otros _____
 14. Bruxismo: a. despierto come uña, labios b. sueño _____
 15. Artritis, alergias u otra condición médica: _____
 16. Historia de Trauma: CX MF para lafor TV x prognatismo con par hinc
 17. Sonidos articulares: a. Desde cuando _____ b. Cambios en los sonidos _____
 18. Tratamientos dentales: CMF + albor autor después.

19. EXAMEN MUSCULAR



Espalda lumb sacro

20. RANGO DE MOVIMIENTO



Morbilidad en pacientes con AOS

1. El 24% de hombres y el 9% en mujeres de 30 a 60 años tienen un Índice Apnea Hipo Apnea (AHI) mayor de 5 por hora¹.
2. El 4% de los hombres y el 2% en mujeres son severos ¹ (AHI 30 por hora o más).
3. En obesos aumenta al 17%¹.
4. En niños: 4 al 11%². ¡En niño un AHÍ mayor de 1 es AOS!
5. Un billón de pacientes en el mundo y el 85% de los pacientes no son diagnosticados y es 10 veces peor de lo pensado³.

1. Young T. et al. The occurrence of sleep disordered breathing among middle aged adults. Wisconsin Sleep Cohort N Engl J Med 1993; 328, 1230-1235.

2. Lumeng JC, Chervin RD. Epidemiology of pediatric obstructive sleep apnea. Proc Am Thorac Soc. 2008;5(2):242–52.

3. Benjafield et al. Estimation of the global prevalence and burden of OSA, a literature-based analysis. Lancet Respiratory Medicine 2019.

Alteraciones en pacientes con AOS



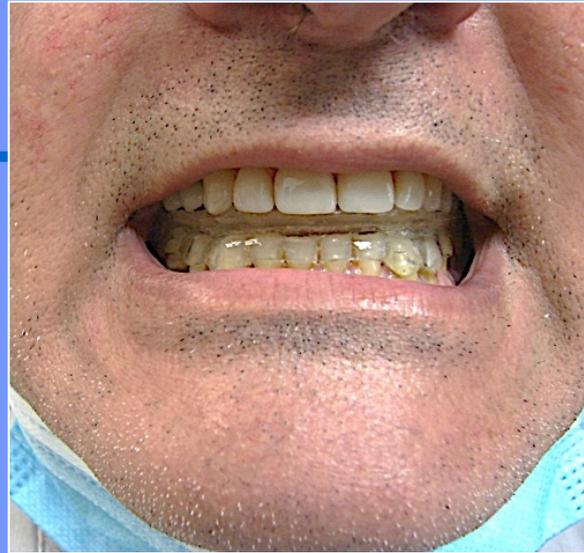
Tx Fase I de urgencia:



1. Referencia a la *Dra. Carmen Madrid*, especialista en *ORL y Medicina del Sueño* para manejo inmediato de OSA.

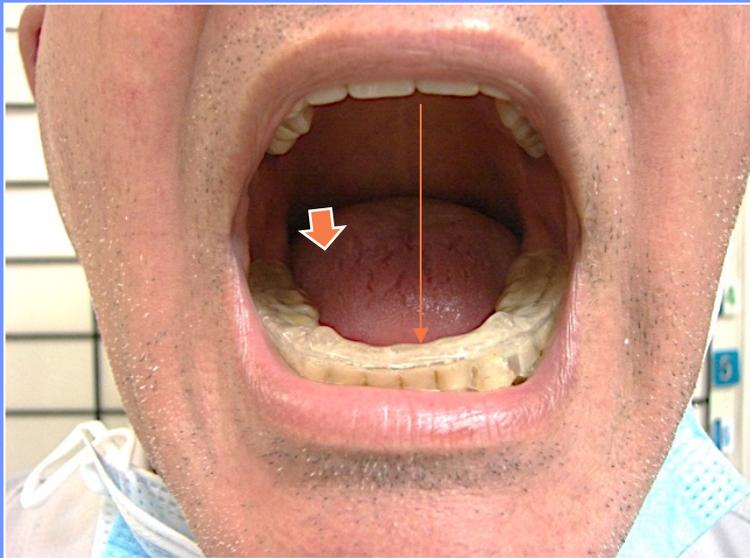


2. Colocacion de un Aqualizer™ 1,2,



Tx Fase I:

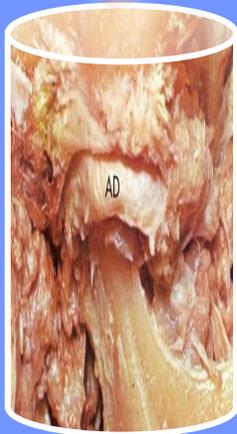
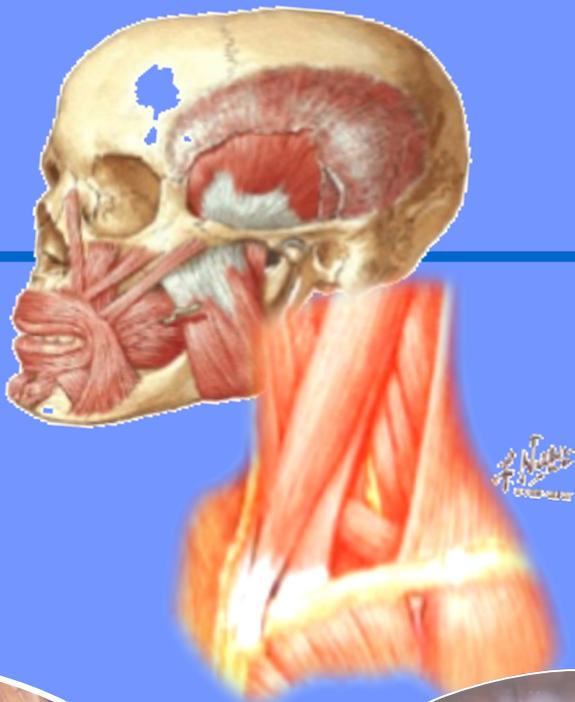
1. CPAP Resmed reparado, hs qd con seguimiento annual y
2. AOM 24 hrs x 2 meses y ajustes cada 2 semanas.



Tx Fase II:

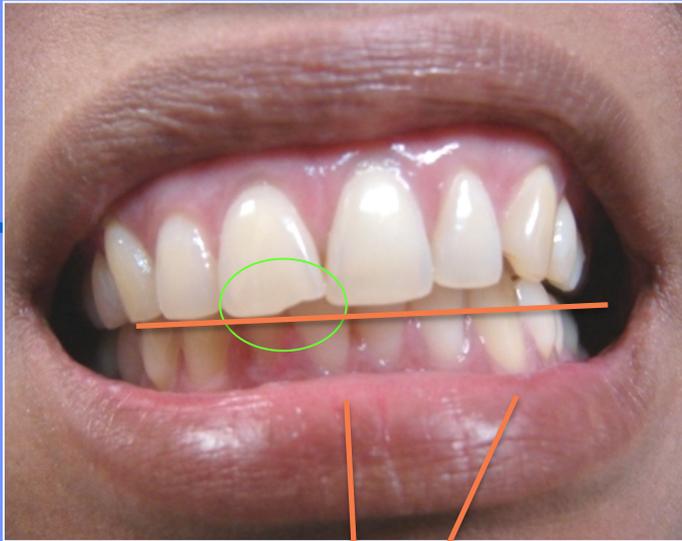
1. Ajuste oclusal limitado a eliminar contactos prematuros.
2. Conservar el AOM y llamarnos por reaparicion de sintomas o signos.

IV. CONCLUSIONES

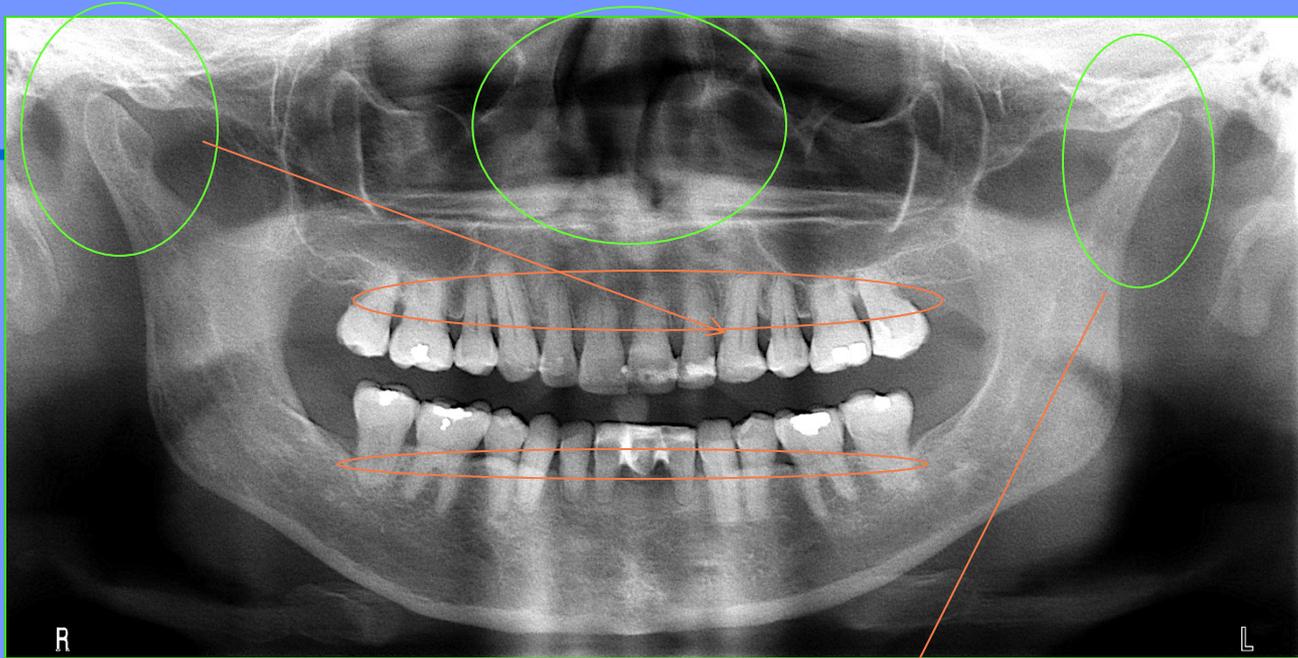


1. Son 4 los pilares de un Sistema Masticatorio estable:

- ◆ ATM,
- ◆ los músculos
- ◆ una relación interdental óptima y
- ◆ *la respiración nasal.*

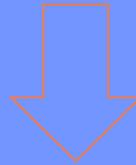


2. Una relación interdental natural o artificial patológica puede ser perjudicial para el resto de los componentes del sistema masticatorio o *respiratorio*.

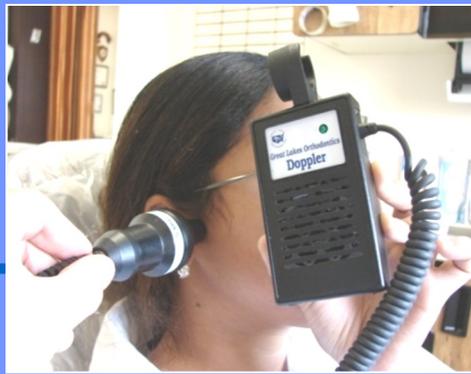


3. La musculatura, ATM o respiracion patológica, pueden alterar a la *relación interdental natural* o protésica y a los tejidos de soporte.

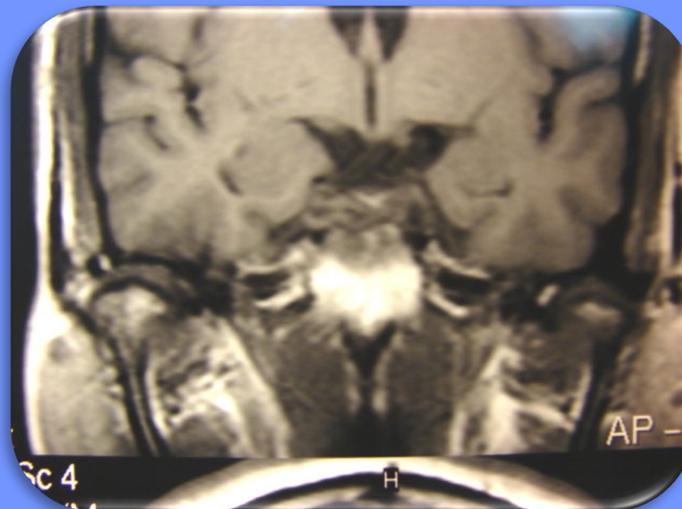




- ◆ 4. La rehabilitación de la relación interdental, exige un diagnóstico, prevención o tratamiento de la salud de los componentes musculares y articulares del sistema masticatorio y de la salud general.



- ◆ 5. El Análisis de la Oclusión debe incluir a todos sus componentes.





6. El *Análisis de la Oclusión* es la base fundamental para determinar los *diagnósticos* y *tratamientos* dentales y/o médicos.

-
- ◆ 7. Lamentablemente son muy comunes los tratamientos;



*sin diagnóstico,
sin tratamientos,
sin protocolos estudiados,
sin seguimiento o
sin cumplimiento.*



Como contactarme y estoy a la orden para sus aportes o preguntas.



(507) 263-7313
(507) 6615-5587



consultas@doctorjaen.com
www.doctorjaen.com



Calle 54 Marbella, condominio
Royal Center, Torre A piso 12,
Suite D, Panama, Panama

