

DR. FERNANDO R. JAEN, Odontólogo



ESPERIENZA:

- 1.) Istruttore Clinico. Cliniche per Dottorati, Scuola di Odontoiatria, Louisiana State University (LSU), USA da giugno 1982 a giugno 1983.
- 2.) Professore a tempo indeterminato, Facoltà di Odontoiatria (part-time), Università di Panama, nelle cattedre di Odontoiatria Ospedaliera, Occlusione e Protesi Fisse da agosto 1980 al 1997. Professore della Integral Clinic fino al suo pensionamento nel 2021.
- 3.) Professore di Occlusione e Disturbi Temporomandibolari. Scuola di Specializzazione dell'ULACIT. 2002-2006
- 4.) Professore ospite nella specialità di Disturbi Temporomandibolari, Università Cattolica di Salta, Argentina e nel campo dell'Occlusione, Fac. di Odontoiatria, U. of Panama.
- 5.) Professore di Occlusione e Disturbi Temporomandibolari; Master in Ortodonzia. Fac. di Odontoiatria, U. of Panama. Fino al 2012, poi al 2018 e al 2019.
- 6.) Pratica privata di odontoiatria, a Panama City, dal 1983 ad oggi.

APPARTENENZE: È membro attivo di: Panamanian Dental Association (Presidente nel 1993 e in molti altri incarichi), The American Academy of Craniofacial Pain e The Academy of General Dentistry. Membro corrispondente a Panama dell'Associazione Argentina per la Diagnosi e il Trattamento delle Patologie Craniomandibolari (AACM). È il più alto onorario del Dipartimento dei Vigili del Fuoco Meritorio di Panama.

FORMAZIONE CONTINUA: Ha più di 1000 crediti certificati dall'Academy of General Dentistry degli USA dal 1982, più di 200 crediti certificati dall'Associazione Odontoiatrica Panamense dal 1992, ha scritto più di 26 articoli su riviste scientifiche, ha scritto in 7 Programmi di Insegnamento o Guide alle Procedure Cliniche per l'Università di Panama e ULACIT, ha tenuto più di 60 master lecture e ha esercitato a livello nazionale e internazionale e ha coordinato un Diploma per Insegnanti di Clinica Integrale, tutto questo, principalmente e finora, sui temi dei Disturbi Temporomandibolari, Dolori Orali e Facciali, Bruxismo, Disturbi del Sonno e Occlusione.

Ha dedicato la sua attività professionale (Royal Center Condominium, Tower A 12° piano, suite D, telefono 263-7313) e l'insegnamento istituzionale a queste aree della professione dal 1983 e ad oggi.

ISTRUZIONE FORMALE:1.) Residenza in Odontoiatria Generale, School of Dentistry, Louisiana State University, New Orleans, Louisiana, USA Da luglio 1981 a luglio 1983.

- 2.) Corsi del L.D. Pankey Institute nel 1984.
- 3.) Corso presso il Normadie Studie Group del Dr. William Farrar nel 1985.
- 4.) Corsi presso il Parker Mahan Facial Pain Center dell'Università della Florida dal 1988.
- 5.) Corsi (4) per il miglioramento degli insegnanti in didattica di livello superiore presso l'Università di Panama 2001.
- 6.) Dentista, Scuola di Odontoiatria dell'Università di Panama. Da febbraio 1973 a febbraio 1978.
- 7.) Colegio San Vicente de Paúl, Panama, 1972.

È sposato con la dottoressa María B. de Jaén e ha due figli, Fernando R. Jaén II, MBA, sposato con Patricia Méndez, BA con una nipote, Victoria Isabel Jaén e María Fernanda Jaén, BA.

RUOLO DELL'OCCLUSIONE NELLA SALUTE
CRANIOMANDIBOLARE.

PAPEL DE LA OCLUSIÓN EN LA SALUD
CRANEOMANDIBULAR.

Dr. Fernando R. Jaen, Odontologo

OBJETIVOS

I. Fornire al *personale sanitario alleato* informazioni di base e utili.

I. Proporcionar al *personal de salud aliado*, la información básica y útil.

II. Mostrare, in breve, ai *giovani colleghi* le conoscenze aggiornate che possono utilizzare nelle loro pratiche.

II. Mostrarle, en resumen, a los *colegas jovenes*, el conocimiento actualizado y que puedan utilizar en sus prácticas.

III. Per condividere con *collegli veterani* le mie esperienze con un caso complesso.

III. Compartir con los *colegas veteranos*, nuestras experiencias con casos.

Non ho conflitti di interessi.

No tengo conflictos de interés.

INDICE

I. Bibliografia.

1 minuto

II. Considerazioni Generali.

10 minuti

III. Presentazione di casos.

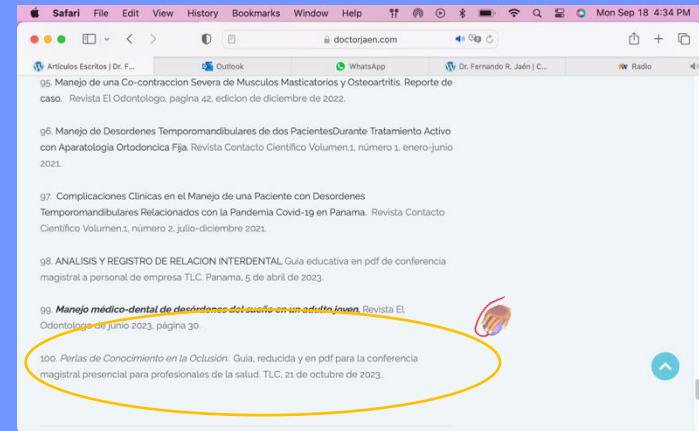
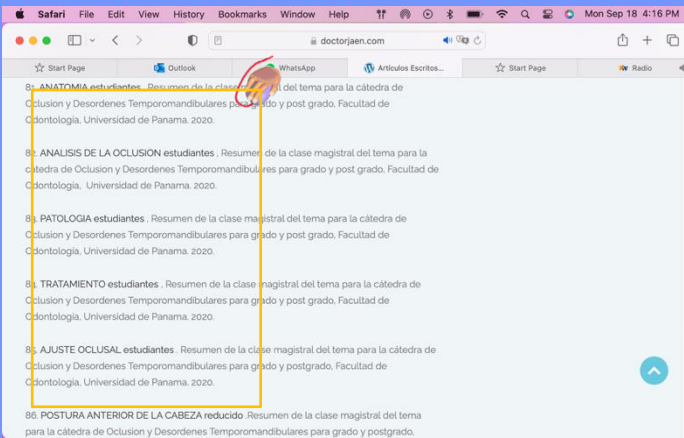
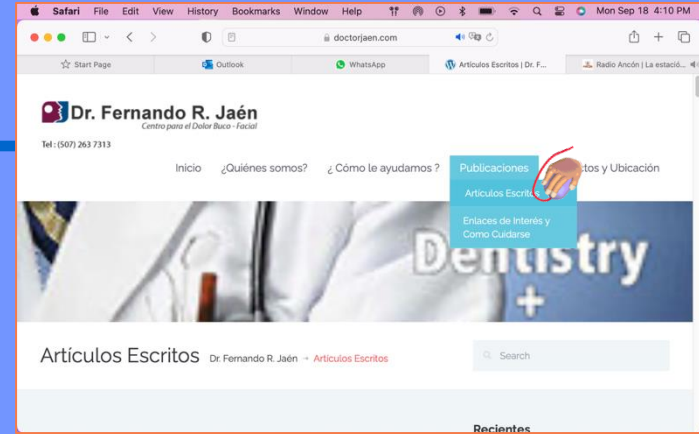
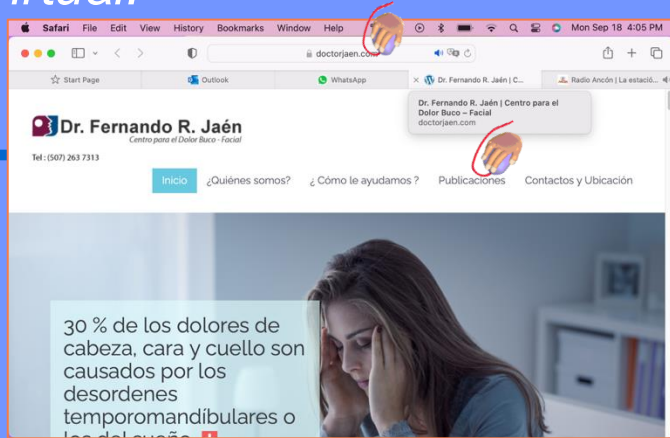
3 minuti

IV. Conclusioni.

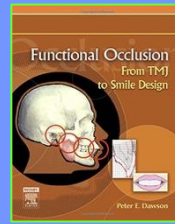
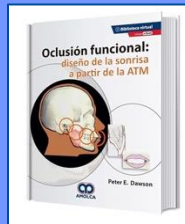
1 minuto

I. BIBLIOGRAFIA

Virtual:



Impresa:



Amazon

Cursos:

Dawson, Pankey, Spears, Kois, Universidad de Tufts

La Oclusión es rama, especialidad¹ y origen de otra enfermedad de la Odontología

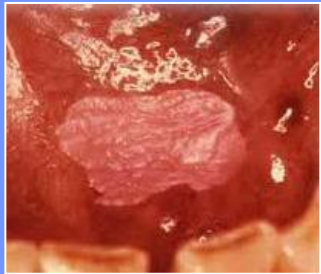


Enfermedad Bacteriana



Enfermedad Viral

+



Enfermedad Tumoral

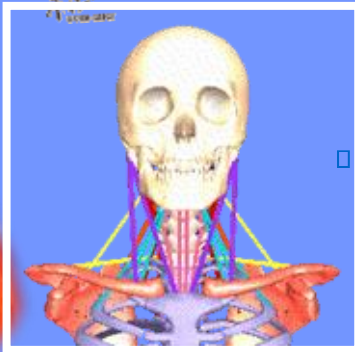
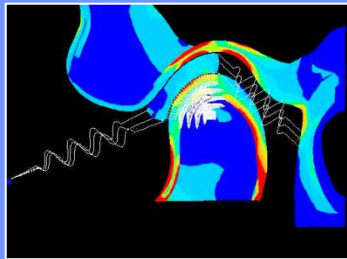


Enfermedad Congénita

Enfermedad Oclusal^{2 y 3.}

1. Mehta, N. (2020). This year, the orofacial pain specialty of the ADA is born. *CRANIO®*, 38(4), 212. <https://doi.org/10.1080/08869634.2020.1769439>
2. 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
3. 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.

Origen de los términos



Oclusión ¹

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**.

Enfermedad ²

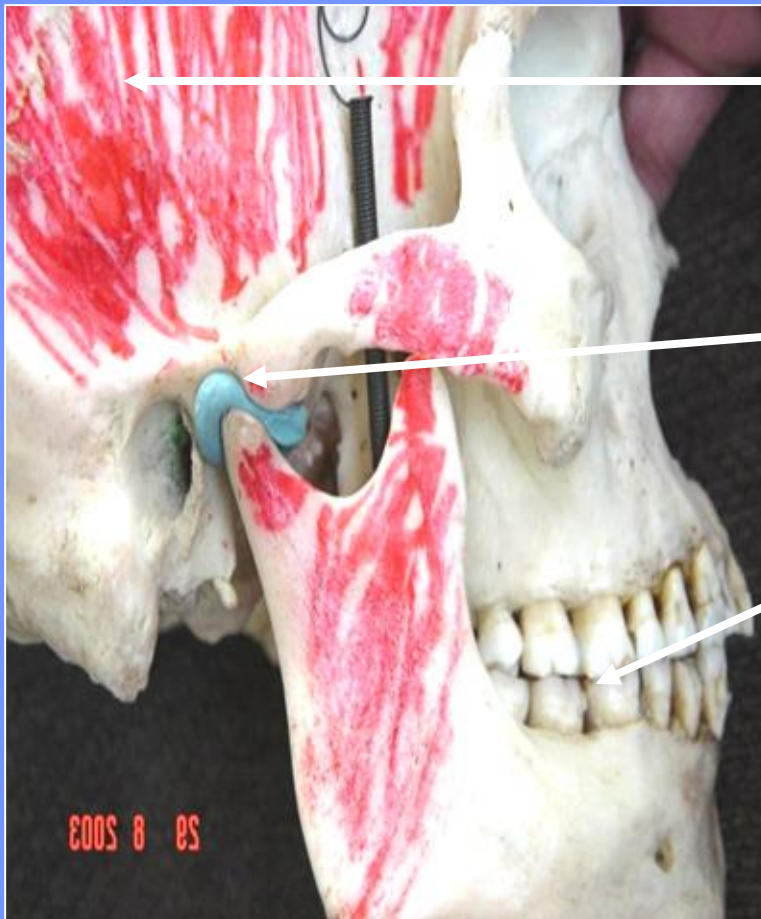
Del latín; **In (sin) firmitas** (**fortaleza**), significa un **proceso patológico definido** con un grupo característico de **signos y síntomas** y que puede afectar al cuerpo entero o a cualquiera de sus partes y cuyas patologías, etiologías y pronóstico pueden ser conocidos o desconocidos.

1. Dorland's Medical Dictionary. An Elsevier publication, 2007.

2. The Glossary of Prosthodontic Terms 2023: Tenth Edition. J Prosthet Dent. 2023 Oct;130 (4 Suppl 1):e1-e3. doi:10.1016/j.prosdent.2023.03.003. PMID: 37914441

I componenti del sistema masticatorio (ortopedico) sono soggetti a cambiamenti dimensionali e invecchiamento.

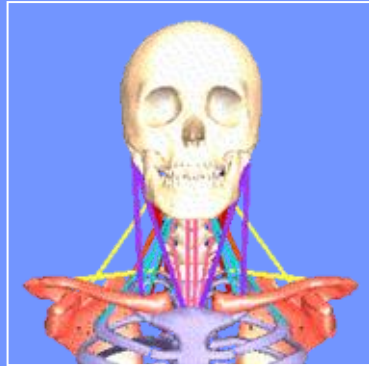
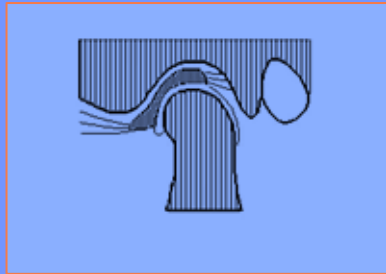
Le patologie (DTM) sono classificate in base alla loro origine.



- I. Neuromuscolatura, extra-capsulare
- II. Articolazioni temporomandibolar, intracapsulari.
- III. *Interdigitazione dentale*, che cambia a 0,04 micron all'anno a causa del movimento o dell'usura* e dei tessuti di supporto.

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

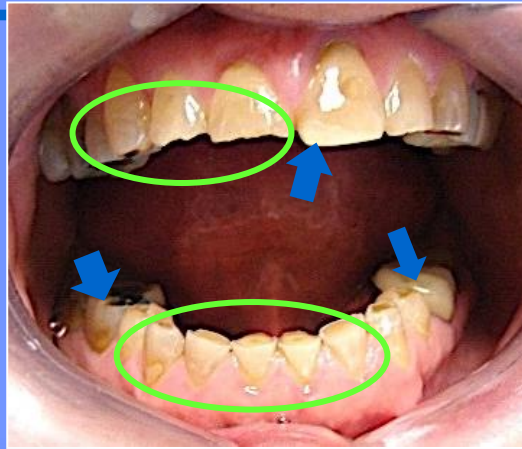
Exigiendo que su evaluación (Análisis de la Oclusión) se haga de todos sus componentes anatómicos y en función.



- 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.

Perla; es parte de la anamnesis del cuerpo.

Posición de la enfermedad oclusal en la Odontología y su academia actual ^{1,2,3,4,5}



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.



En las universidades se enseña, la teoría, pero no la práctica.



Poco en los gremios.

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

2. Christensen GJ. The major part of dentistry you may be neglecting. J Am Dent Assoc, 2005. Vol 136, No 4, 497-499.
3. Educación sin implementación es solo entretenimiento”. timsanders.com

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

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



5. Una propuesta para incluir aspectos de la oclusión. Desórdenes Temporomandibulares y Dolor Orofacial en los Procedimientos de Clínica Integrada de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá , Revista El Odontólogo, Julio 1995. **Artículo #12**



Ha una forza misurabile e funzioni primordiali

I. Discorso

II. Deglutire

III. Respirazione

IV. Sonno

V. Masticazione

A. 3.500 volte al giorno a 17.000 libbre x in 1 per millisecondo, in un totale di 25 minuti, e questo fa più di 25 funzioni². Durante i movimenti parafunzionali, 57.000 libbre X in.

B. Niente labbra insieme, lingua sul tetto del tetto e denti separati, niente respirazione nasale e ossido nitrico³

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.

A. Complesso,

B. Legato ad altri sistemi e organi,

C. Vitale per la vita e la salute umana, e

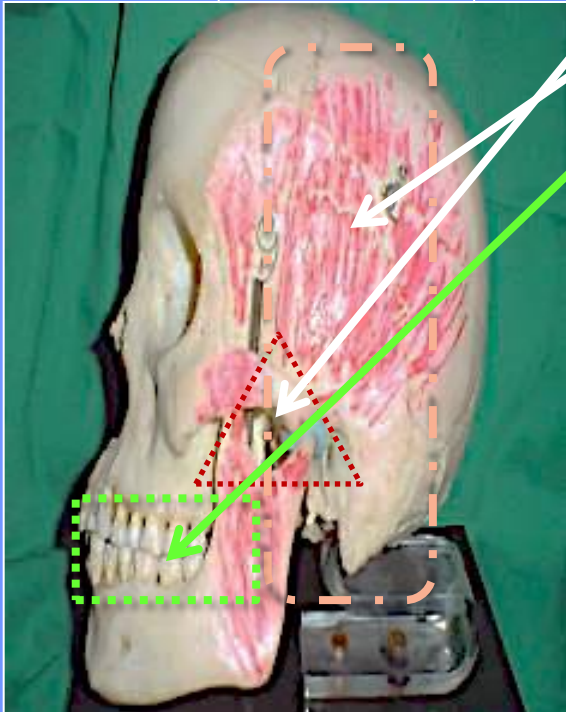
D. La sua disfunzione può alterare qualsiasi di esse.

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}

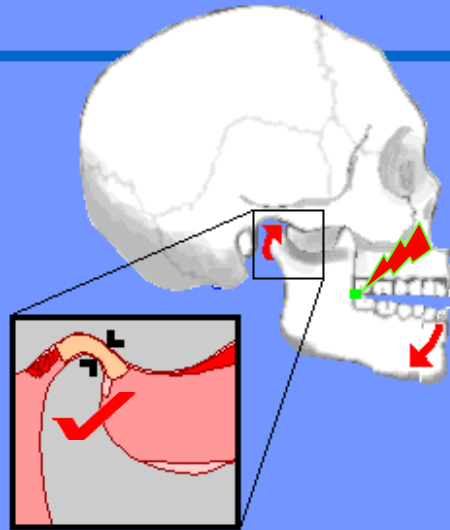
1. Dawson, P.E. Optimum TMJ Condyle Position in Clinical Practice, Int. J. Periodontics Restorative Dent. 5(3);10, 1985.
2. Dawson, P. E. New definition for relating occlusion to varying conditions of the temporomandibular joint. J Prosthet Dent, 1995;74:619-27.

II. 3 criterios para una relación interdental optima. ^{1,2}

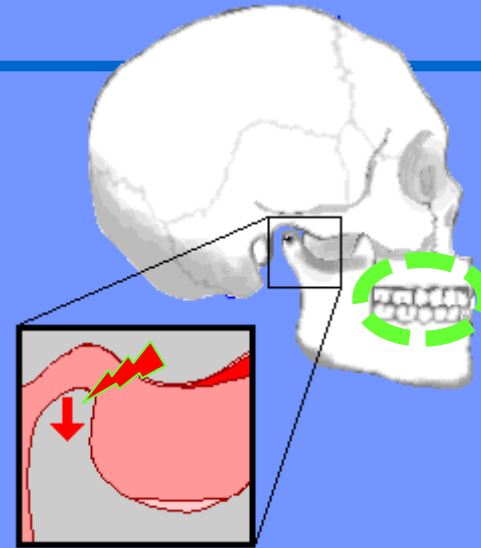
1. Lee, R.L. ; Anterior Guidance, Chapter 3 ; Advances in Occlusion, editor John Wrigth-PSG Inc. Boston, MA. 1982
2. Lundeen, HC y Gibbs, CH., Advances In Occlusion. Editor; John Wrigth. PSG Inc. Boston, MA. 1982.

I. 4 Posiciones Mandibulares de Referencia

Relación Céntrica^{1,2}

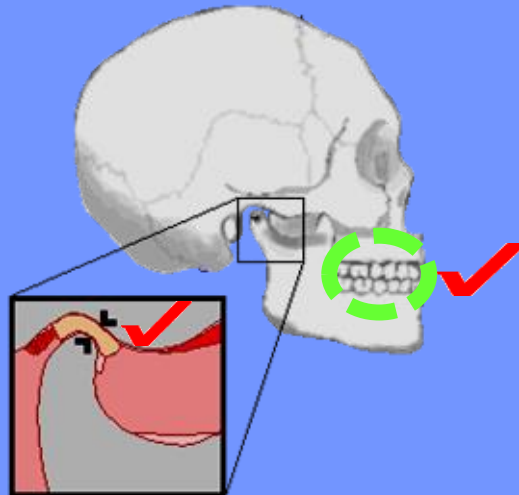


Máxima Intercuspidacion

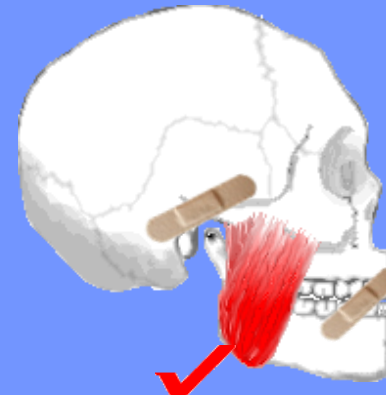


1. Murphy AC, Muldoon SF, Baker D, et al. Structure, function, and control of the human musculoskeletal network. *PLoS Biol.* 2018;16(1):e2002811. Published 2018 Jan 18. doi:10.1371/journal.pbio.200281.

Máxima intercuspidacion 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 Óptima^{1,2,3,4}

A. Intercuspidación balanceada:

1. Contactos balanceados; totales, únicos, eficientes y armónicos.

2. Alineamiento

3. Curvas

4. Dimensión Vertical de Oclusión

B. Guías caninas o función de grupo.

C. Guía incisiva.



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



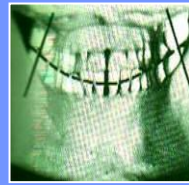
Angle, 1890



Wilson 1917



Spee 1922



Monson 1938



Goldstein 1988



Da Vinci y Pacioli, c.1497



Vetruvius, c. 16 a.C

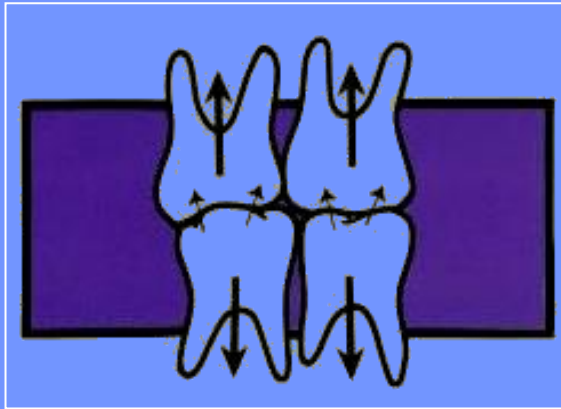


2. D'Amico Angelo "Functional Occlusion of the Natural Teeth of Man (Concluded) Summary and Personal Notes" S. Ca. State Dent. Assoc. J. July. 1958 Vol 26 N°7.

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

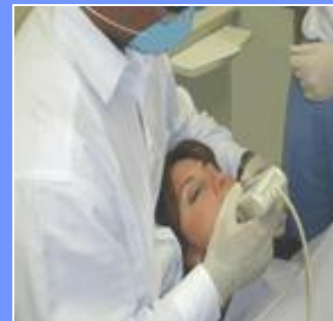


1. Contactos Balanceados y son medibles.



Contactos:

- únicos, verticales y



- sin deslizamientos de M.I. a R.C.

Propiocepción



Tolerancias medibles



I. Cinta articular de menos de 20 micras :

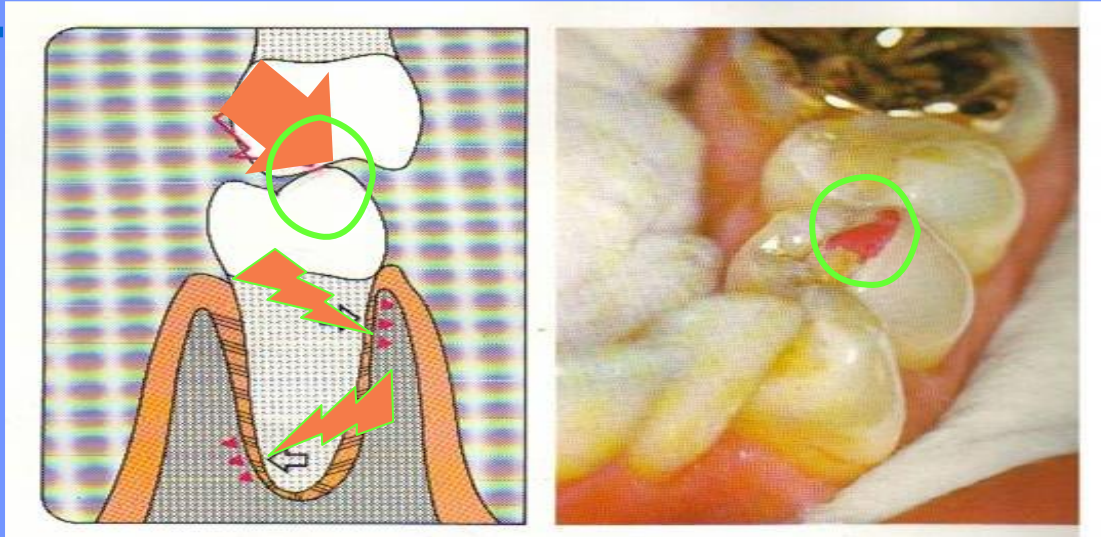
A. En dientes anteriores;
1.) 0.5 mm de diámetro.
2.) De 1 a 2 contactos por diente.

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

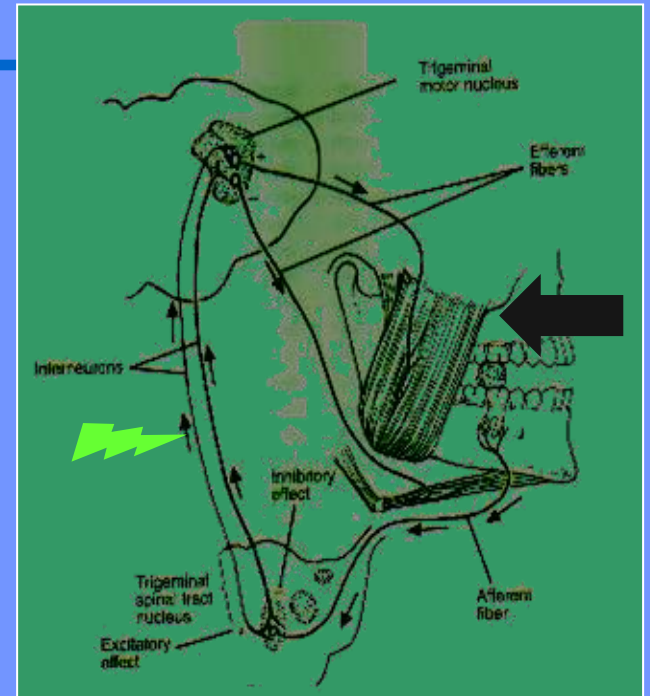
II. Calibradores electrónicos^{1,2,3,4.}

1. Kerstein, R. B., & Radke, J. (2014). Clinician accuracy when subjectively interpreting articulating paper markings. *CRANIO®*, 32(1), 13–23. <https://doi.org/10.1179/0886963413Z.0000000001>
2. Kerstein, R. B., & Radke, J. (2017). Average chewing pattern improvements following Disclusion Time reduction. *CRANIO®*, 35(3), 135–151. <https://doi.org/10.1080/08869634.2016.1190526>
3. Kerstein, R. B. (2004). Combining Technologies: A Computerized Occlusal Analysis System Synchronized with a Computerized Electromyography System. *CRANIO®*, 22(2), 96–109. <https://doi.org/10.1179/crn.2004.013>
4. Qadeer, S., Yang, L., Sarinnaphakorn, L., & Kerstein, R. B. (2016). Comparison of closure occlusal force parameters in post-orthodontic and non-orthodontic subjects using T-Scan® III DMD occlusal analysis. *CRANIO®*, 34(6), 395–401. <https://doi.org/10.1080/08869634.2015.1122277>

Nocicepción



Grosor del LPD; 15 a 19 micras



Velocidad de la Conduccion;
155 mts. por seg.

*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.

The Primitive Night Guard

GPS THE TAO METHOD

Dr. Abu Graham

Diapositiva del Dr. Michael Gelb

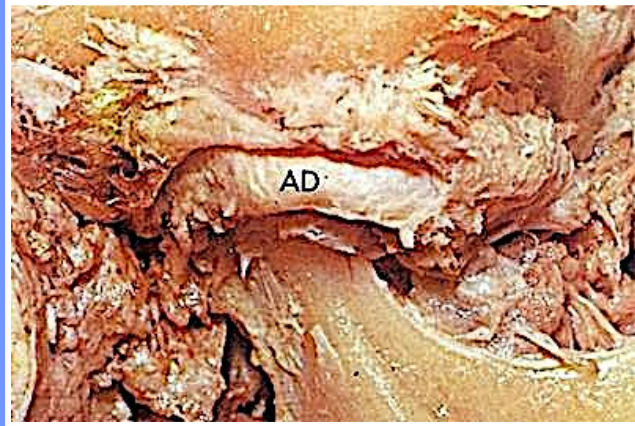
1. Yves Gagnon, DMD, MSc/Pierre Mayer, MD/Florence Morisson, DMD, PhD/Pierre H. Rompré, MSc/Gilles J. Lavigne, DMD, MSc, PhD; *Aggravation of Respiratory Disturbances by the Use of an Occlusal Splint in Apneic Patients: A Pilot Study*; Int J Prosthodont 2004;17:447-453.
2. Nikolopoulou, Ahlberg, Visscher, Hamburger, Naeije, Lobbezoo; *Effects of Occlusal Stabilization Splints on Obstructive Sleep Apnea: A Randomized Controlled Trial*; J OROFAC PAIN 2013; 24.
3. Malmacher, 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.

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.

I. Intracapsulares



A. *Desarreglos Internos*

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

B. *Desarreglos Discales*

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

1. Las neuro musculares y son las *más comunes*.

2. Similares a los otros sistemas ortopédicos y son descritas como desordenes¹:

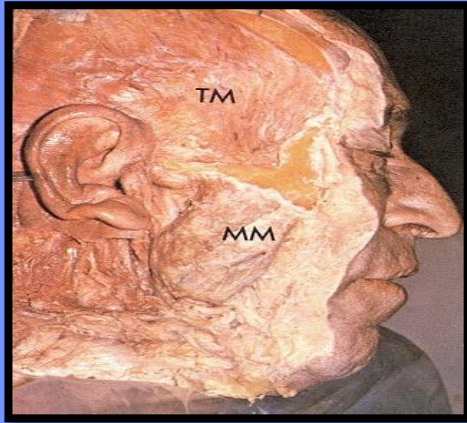
A. de dolor agudo;

trismus,
co-contraccion y
miositis.

B. de dolor crónico;

fibrosis,
dolor miofascial y
fibromialgia.

3. *La queja principal es de cefaleas, dolores faciales o cervicalgias²*



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

2. Fernandes G. et al. Temporomandibular disorders, sleep bruxism, and primary headaches are mutually associated. J Orofac Pain 2013 Winter; Vol. 27 (1), pp. 14-20.

3. Interdentales Dentales, Tejidos de Soporte y de las Vias Aereas y Sueño

A. Dentales

1. Facetas de desgaste
2. Abfracciones, fracturas dentales o en materiales
3. Dolor o movilidad dental
4. Fremitus
5. Daños pulpares
6. Desgarres del cemento
7. *Contactos prematuros*
8. *Alteracion de curvas, guías y otros requerimientos.*

B. Tejidos de Soporte

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

traumaticas

C. Vias Aereas o Desordenes del Sueño¹

1. Desordenes Respiratorios relacionados con el Sueño como: la Apnea Obstructiva, la Hipo Apnea, el Ronquido.
2. Desordenes de Movimiento Relacionados al Sueño: Movimiento periódico de extremidad, el bruxismo del sueño?², las cefaleas, la catatrenia y la fibromialgia.
3. ~~Parasomnias~~: como somnilocua, sonambulismo, enuresis, terror, jactatio capitis, el bruxismo del sueño?³etc.

¹ American Academy of Sleep Medicine, International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3), 3rd Ed. Darien, IL: 2014. (en web).

² Chang MB. Sleep-related movement disorders---a review. Practical Neurology (US). 2025;24(8):e1-4.

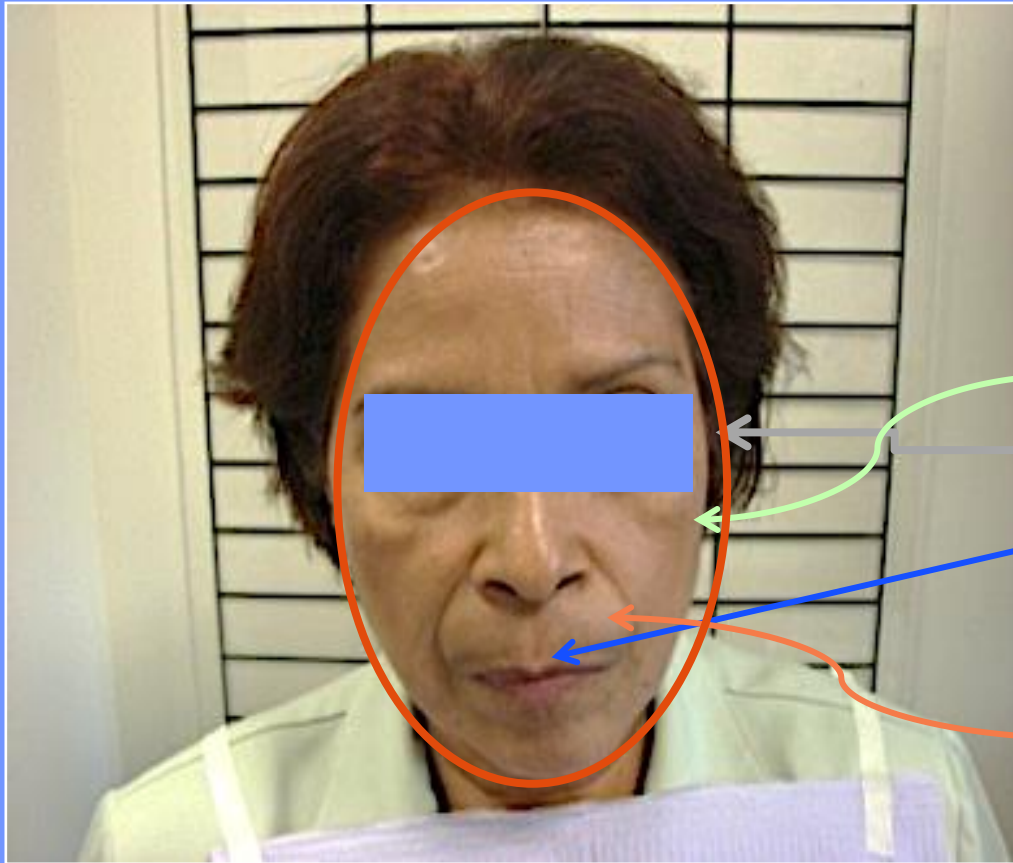
³ Klasser GD, Rei N, Lavigne GJ. Sleep bruxism etiology: the evolution of a changing paradigm. J Can Dent Assoc. 2015;81:f2. PMID: 25633110.

A. Filosofía del Tratamiento ^{1,2,3,4,5}

- 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 multidisciplinario.*

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.
4. Spencer J, Patel M, Mehta N, Simmons HC 3rd, Bennett T, Bailey JK, Moses A; American Academy of Craniofacial Pain Task Force on Mandibular Advancement Oral Appliance Therapy for Snoring and Obstructive Sleep Apnea. Special consideration regarding the assessment and management of patients being treated with mandibular advancement oral appliance therapy for snoring and obstructive sleep apnea. Cranio. 2013 Jan;31(1):10-3. doi: 10.1179/crn.2013.002. PMID: 23461257.
5. Learreta, J. A., Beas, J., Bono, A. E., & Durst, A. (2007). Muscular Activity Disorders in Relation to Intentional Occlusal Interferences. CRANIO®, 25(3), 193–199. <https://doi.org/10.1179/crn.2007.030>
6. Bono, A. E., & Learreta, J. (2025). Effects of an intraoral device (IOD) on electromyographic activity on the masseter and temporal muscles in Class III patients. CRANIO®, 43(2), 175–184. <https://doi.org/10.1080/08869634.2022.2106709>

Fase I (Reversibles):



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

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

y

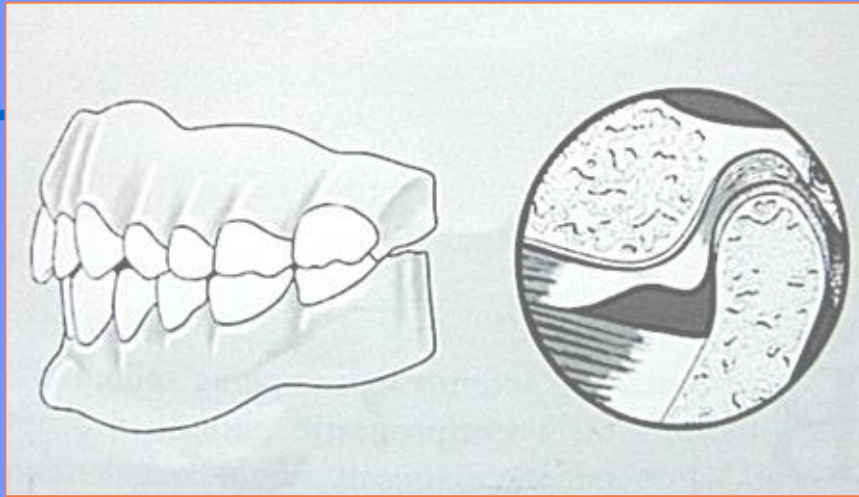
- De la salud general, de la calidad de vida, de la respiración nasal y del sueño.

Alternativas



- Instrucciones y auto ayuda en casa y trabajo.
- Farmacoterapia.
- *Referencia Osteopatía o 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

Principios Generales para el uso de aparatos oclusales^{1,2,3} (1)



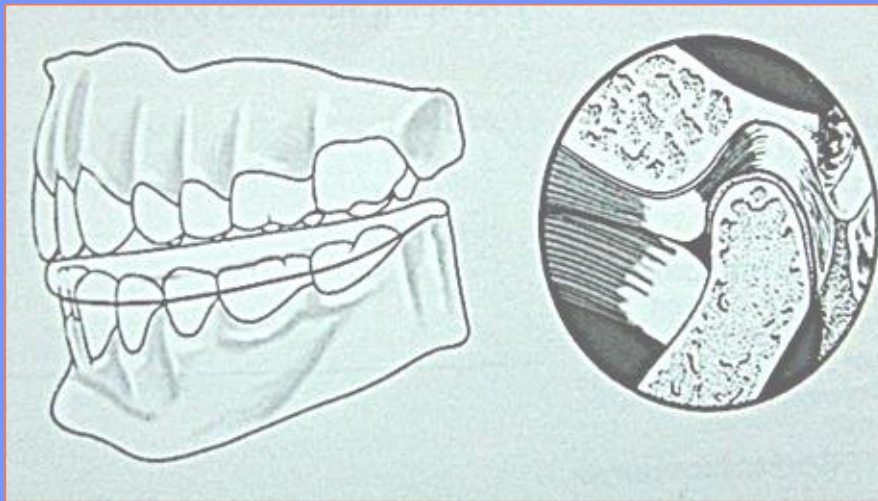
1. Existen muchas formas de aparatos oclusales y *son estructuras intra orales que reemplazan temporalmente la relación interdental existente.*

2. Disminuir la actividad muscular al limitar el cierre mínimo un mm.

3. Funcionar como un de programador.

4. Reproducir en una superficie artificial, las condiciones de una relación interdental optima.

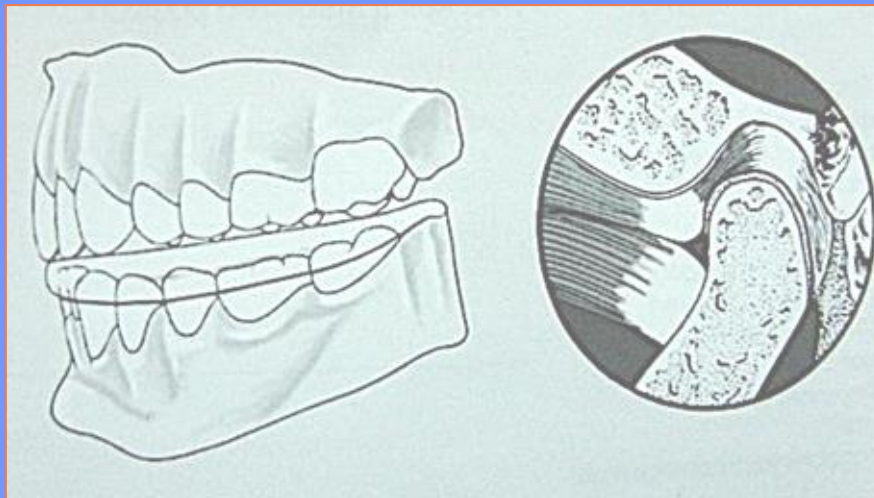
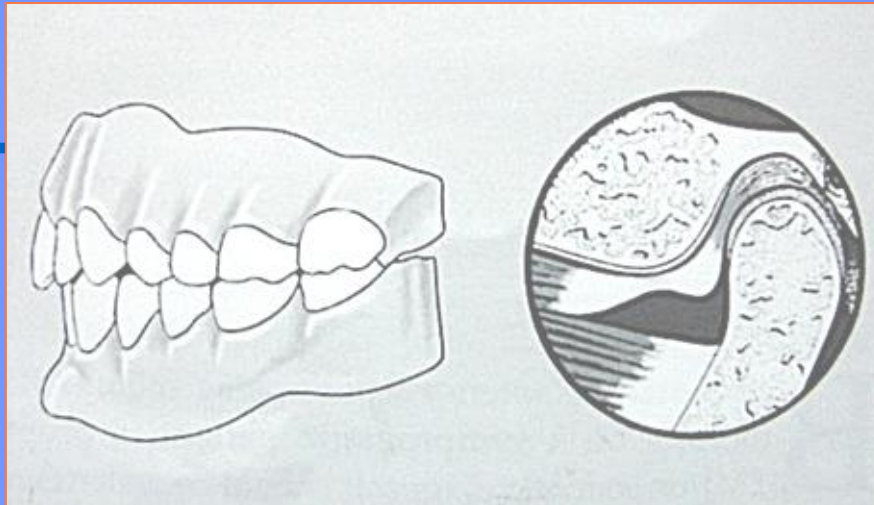
5. Disminuir la presión intra-capsular y si es posible, reubicar sus componentes desplazados.



1. 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, Volumen 8 Number 1.
2. Fattah, RA. Intraoral Appliances in Management of Temporomandibular Disorders, Revised J. Cranio, Oct 1996 Vol 14 Number 4 344-346.
3. Clase de Tratamiento, [artículo # 84](#)



Principios Generales para el uso de aparatos oclusales^{1,2,3}, (2)



6. Ubicar la dimensión vertical perdida.

7. Ayudar a ubicar y mantener R.C. o RCPA.

8. El diseño debe permitir las funciones masticatorias.

9. Uso controlado y de tiempo indicado para luego, si es posible, restaurar esas condiciones en la relación interdental.

10. Su abuso o mal diseño puede convertirlos en irreversibles o patológicos^{4,5,6,7}.

11. Son parte de un programa de tratamiento integral.

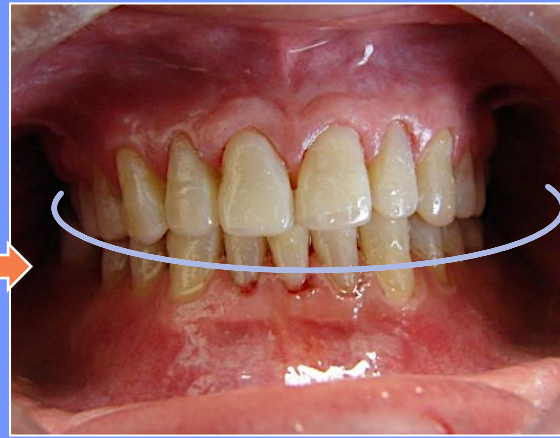
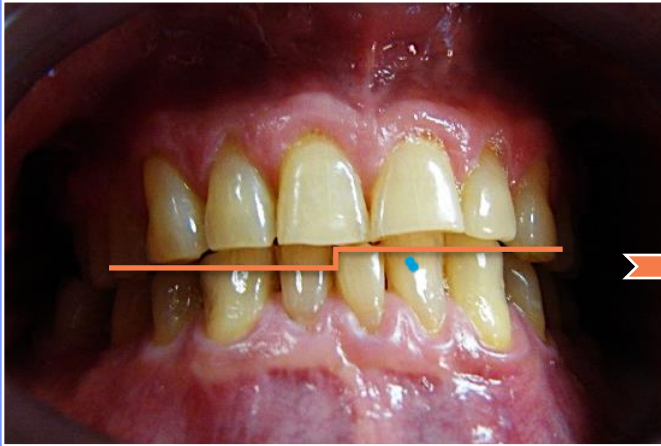
4. Yves Gagnon, DMD, MSc/Pierre Mayer, MD/Florence Morisson, DMD, PhD/Pierre H. Rompré, MSc/Gilles J. Lavigne, DMD, MSc, PhD; *Aggravation of Respiratory Disturbances by the Use of an Occlusal Splint in Apneic Patients: A Pilot Study*, Int J Prosthodont 2004;17:447–453.

5. Nikolopoulou, Ahlberg, Visscher, Hamburger, Naeije, Lobbezoo; *Effects of Occlusal Stabilization Splints on Obstructive Sleep Apnea: A Randomized Controlled Trial*; J OROFAC PAIN 2013; 27;199-205.

6. Simmons, J. Prehn, R.S., *Nocturnal Bruxism as a Protective Mechanism Against Obstructive Breathing During Sleep*. Sleep 2008 (suppl 1): p A199

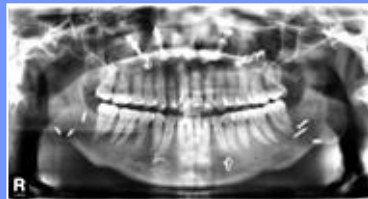
7. Malcmacher, L. *The Unintended Effects of Oral Appliances*. AGD Impact, March 2014

Fase II (Irreversibles):



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

Alternativas

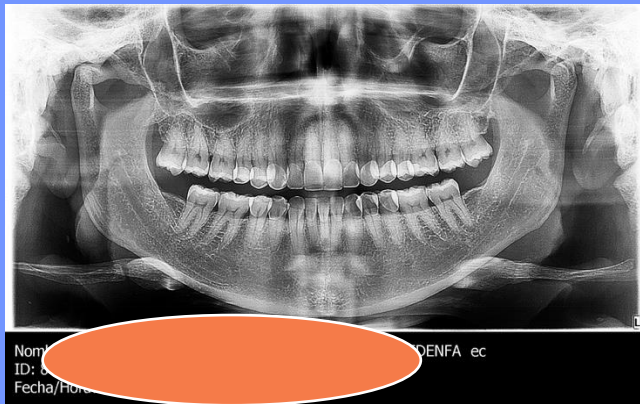
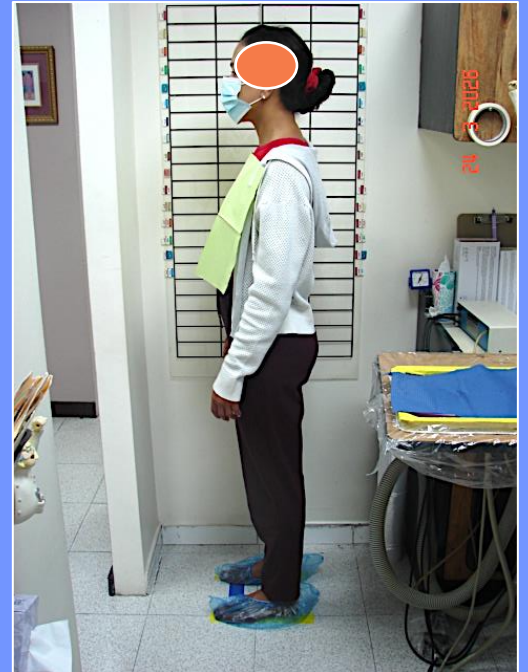


- Ajuste Oclusal.
- Ortodoncia.
- Operatoria.
- Prótesis.
- Cirugía maxilofacial ortognática o telegnática u
- Otras
- Combinaciones.

III. PRESENTAZIONE DI 3 CASO COMUNE

1.





2.





3



Edad del paciente: 18-19 años

Referido por: Jacqueline Giraldo M



LADO DERECHO



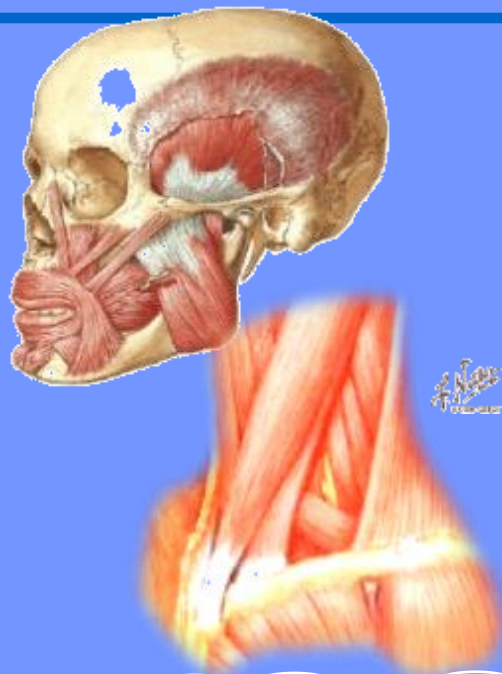
LADO IZQUIERDO



VISTA ANTERIOR



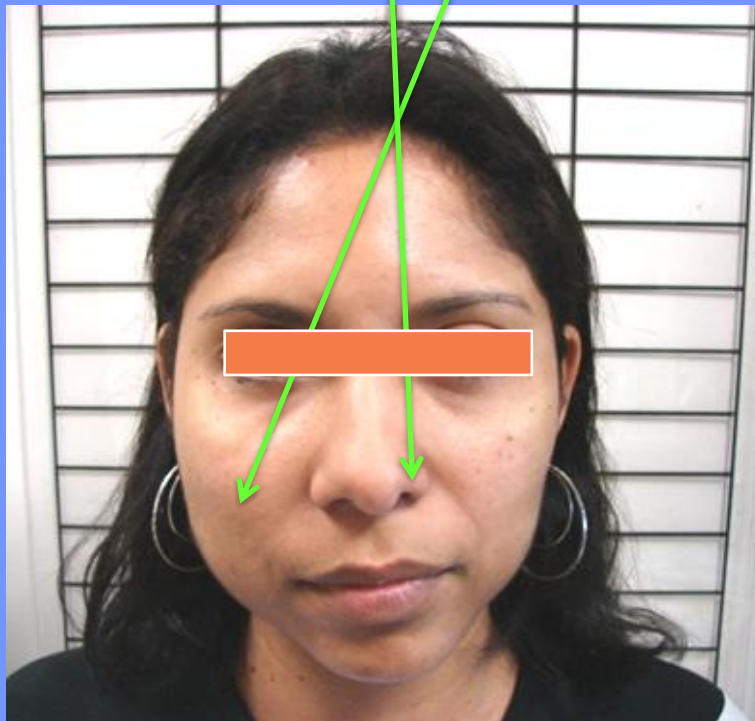
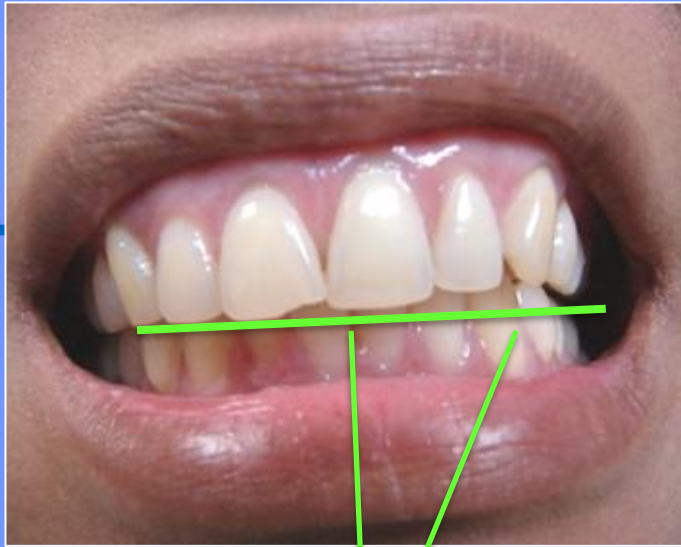
IV. CONCLUSIONI



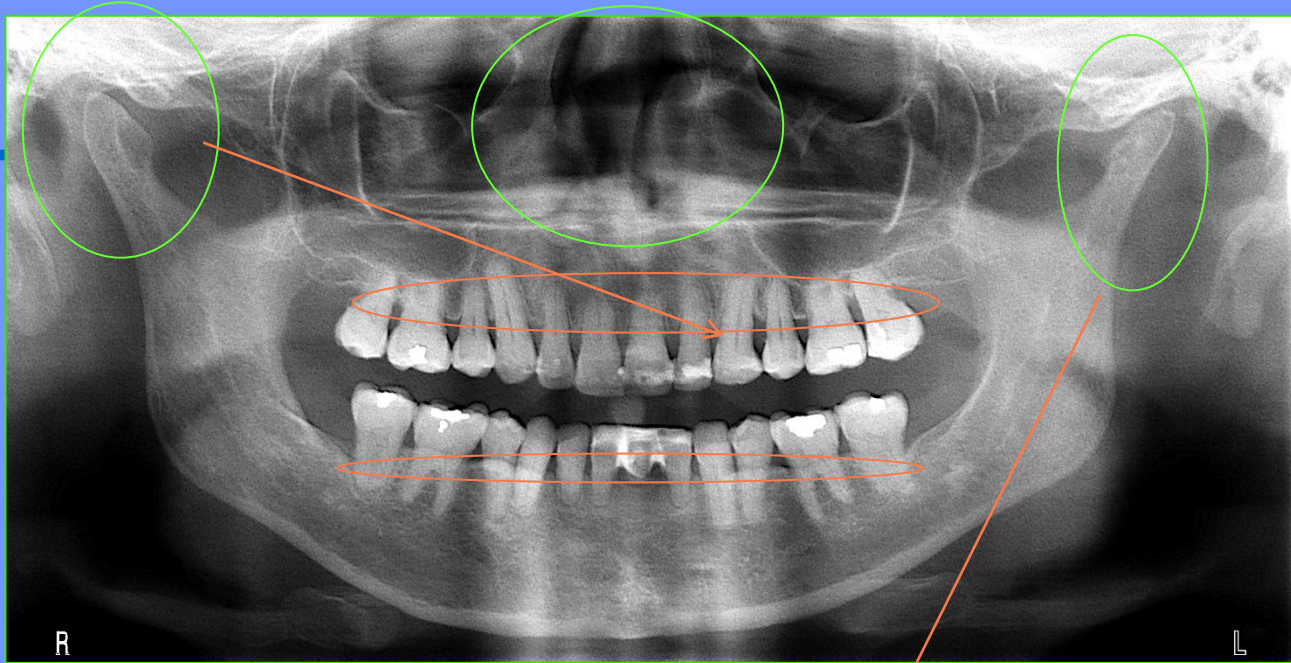
1. Son 5 los pilares de un Sistema Masticatorio estable:

- ❑ las ATM,
- ❑ los músculos,
- ❑ una relación interdental optima,
- ❑ *la respiracion nasal y*
- ❑ *el buen sueño.*





2. Una relazione interdentali patologica, naturale o artificiale, può essere dannosa per il resto dei componenti del sistema masticatorio o respiratorio.



3. La muscolatura, l'ATM o respirazione patologica possono alterare la relazione interdentali naturale o protesica e i tessuti di supporto.





- 4. La riabilitazione della relazione interdentale richiede una diagnosi, prevenzione o trattamento della salute delle componenti muscolari e articolari del sistema masticatorio e della salute generale.



Infancia



Niñez



Adolescencia y mas



Jovenes



Adultos

3. El mejor tratamiento se basa en el diagnóstico y los más eficaces y eficientes son los preventivos o especializados y multidisciplinarios tempranos.



4. Necesitamos más formación formal y continua en la odontología y la medicina mundial para atender al enorme número de pacientes. Pero la educación sin implementación es solo entretenimiento.

Grazie mille, sotto i miei contatti e al vostro servizio.

(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, Republica de Panama

