

**PROTOCOLO INTERDISCIPLINARIO DE EXPLORACIÓN INICIAL PARA PACIENTES
CON SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN CRÁNEO-MANDIBULAR**

(Dirigido a fisioterapeutas, cirujanos máxilofaciales, logopedas, odontólogos y otorrinolaringólogos y médicos de familia)

Realizado por:.....Especialidad:.....

Datos del paciente:

Nombre del paciente:.....
 Edad:.....Sexo:Masculino Femenino Fecha:.....

Motivo de consulta:

.....

Antecedentes:

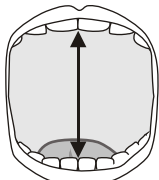
1. 1 - Síndrome ansioso-depresivo 1.2 - Fibromialgia 1.3 - Enfermedades reumáticas
 1.4 - Síndrome de hiperlaxitud ligamentosa 1.5 - Otros

Anamnesis:

		NO	SÍ
2	1- ¿Presenta molestia/dolor en zona de ATM, que irradia al oído o cabeza? (Si la respuesta es afirmativa, indique la zona donde el paciente manifiesta dolor.)		
	<p>A. ATM. B. Temporal. C. Masetero. D. Maxilar inferior, anterior del masetero. E. Maxilar superior, ocular y periorcular. F. Calota craneal. G. Occipital. H. Esternocleidomastoideo y anterior del cuello.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>DERECHA</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>IZQUIERDA</p> </div> </div>		
	2- ¿Tiene dolor en reposo?		
	3- ¿Tiene dolor al masticar?		
	4- ¿Tiene dolor al hablar?		
	5- ¿Tiene dolor al bostezar?		
	¿Presenta limitaciones:		
	6- al abrir la boca?		
	7- al cerrar la boca?		
	¿Aprieta o rechina los dientes:		
	8- de noche?		
	9- de día?		
	10- ¿Ha perdido alguna pieza dentaria sin reposición?		
	11- ¿Tiene hábito de morder uñas, chicles, objetos?		
	12- ¿Tiene hábito de succión?		
	13- ¿Siente crepitación, ruido al abrir, cerrar, masticar?		
	14- ¿Siente acúfenos y/o vértigos?		
	15- ¿Presenta fatiga vocal o disfonía?		
	16- ¿Tiene sensación de pesadez al mover el cuello o la cabeza?		
	17-¿Toma medicación?		
	17.1- Relajantes musculares?		
	17.2- antiinflamatorios/analgésicos?		
	17.3- medicación para dormir?		
	17.4- otros medicamentos?		
	18- ¿Ha padecido accidentes o traumatismos en la zona cráneo-cérvido-facial?		
	19- ¿Ha tenido bloqueos articulares al abrir la boca?		
	20- ¿Usó o usa férula de descarga?		
	21- ¿Ha realizado últimamente tratamiento odontológico?		
	22- ¿Ha presentado algún episodio de enrojecimiento, inflamación o tumoración en la región A-C?		

Medición de movimiento mandibular:

3 23- Apertura máxima: _____ mm



MIN: 40 mm
MAX: 55 mm

Desviaciones mandibulares

4 24- Apertura/Cierre NO SÍ

Ruidos (chasquido o crepitación al palpar la zona de ATM)

5 25 - Ruidos mientras abre y cierra la boca. NO SÍ

Dolor a la palpación

6

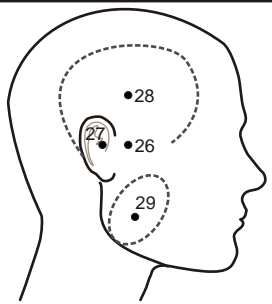
DERECHA:

26- ATM lateral

27- ATM posterior

28- Temporal

29- Masetero



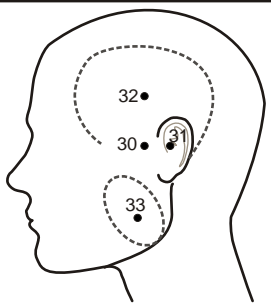
IZQUIERDA:

30- ATM lateral

31- ATM posterior

32- Temporal


33- Masetero



Exploración intrabucal


7 34- Desgaste dentario debido a bruxismo: NO SÍ

35- Maloclusión (Angle)



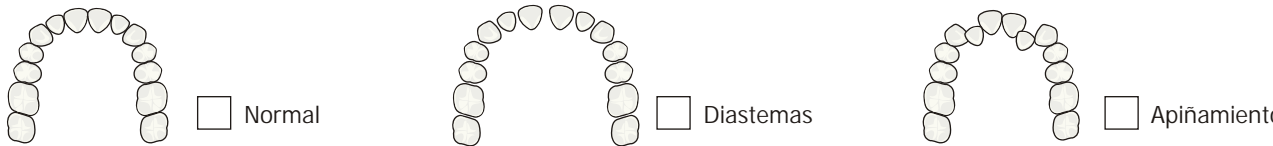
Clase I (Normal) Clase II/1 Clase II/2 Clase III

36- Mordida. Oclusión



Normal Profunda anterior Abierta Cruzada (uni. o bilat.)

37- Alineación



Normal Diastemas Apiñamientos

8 38- Se recomienda valoración por:

Maxilofacial Fisioterapeuta Ortodoncista Logopeda Otorrinolaringólogo

Autores:

Elsa Bottini, Jordi Coromina, Pablo Echarri, Andreu Esteve, Manel Gorina, Diana Grandí, Lyda Lapitz, Joan Pau Marcó, Javier Mareque, Francisco Fernández Martín, Yvette Ventosa y Emma Vila.