

**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:.....

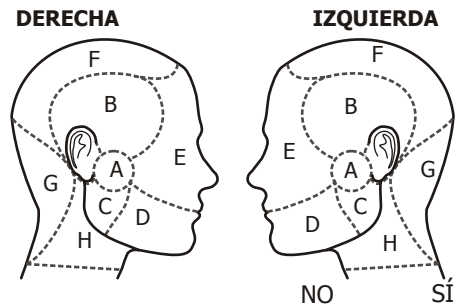
Motivo de consulta:

Antecedentes:

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

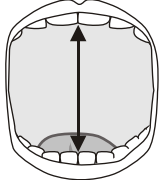
Anamnesis:

	NO	SÍ
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.) A. ATM. B. Temporal. C. Masetero. D. Maxilar inferior, anterior del masetero. E. Maxilar superior, ocular y periocular. F. Calota craneal. G. Occipital. H. Esternocleidomastoideo y anterior del cuello.		
	NO	SÍ
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)

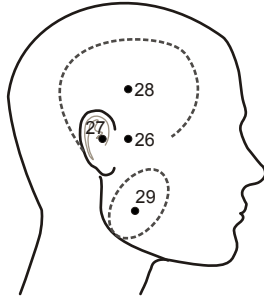
5 25 - Ruidos mientras abre y cierra la boca. NO SÍ

Dolor a la palpación

6

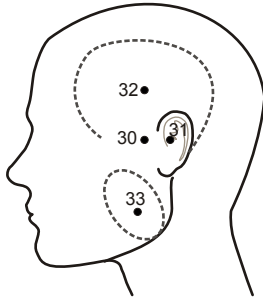
DERECHA:

- 26- ATM lateral
- 27- ATM posterior
- 28- Temporal
- 29- Masetero



IZQUIERDA:


- 30- ATM lateral
- 31- ATM posterior
- 32- Temporal
- 33- Masetero



Exploración intrabucal

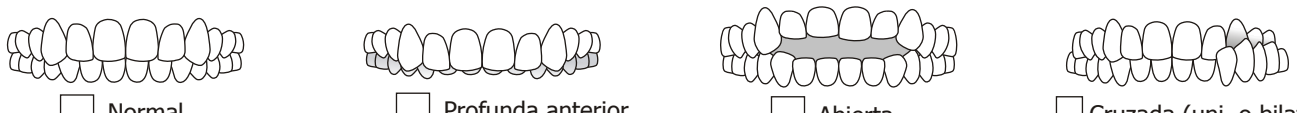
7 34- Desgaste dentario debido a bruxismo: NO SÍ

35- Maloclusión (Angle)



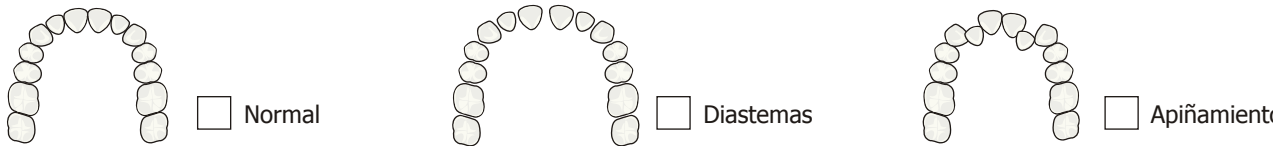
Clase I (Normal) Clase II/1 Clase II/2 Clase III

36- Mordida. Oclusión



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

37- Alineación



Normal Diastemas Apañamientos

8 38- Se recomienda valoración por:

Maxilofacial Fisioterapeuta Ortodoncista Logopeda Otorrinolaringólogo

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