



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



PREVALENCIA DE TRASTORNO TEMPOROMANDIBULAR EN
HOMBRES Y MUJERES DE 18 A 30 AÑOS EN LAS DISTINTAS
MALOCLUSIONES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UDLA EN EL
PERIODO MARZO ABRIL DEL 2017.



AUTOR

Valeria Carolina Mendoza Suárez

AÑO

2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE TRASTORNO TEMPOROMANDIBULAR EN HOMBRES Y MUJERES DE 18 A 30 AÑOS EN LAS DISTINTAS MALOCLUSIONES DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UDLA EN EL PERIODO MARZO ABRIL DEL 2017.

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Odontólogo.

Profesor guía

Dr. Christiam Barzallo

Autor:

Valeria Carolina Mendoza Suárez

Año

2018

DECLARACIÓN DE PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo, Prevalencia de trastorno temporomandibular en hombres y mujeres de 18 a 30 años en las distintas maloclusiones de la clínica odontológica de la udla en el periodo marzo abril del 2017, a través de reuniones y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Dr. Christiam Barzallo

Especialista en Ortodoncia

C.I:171005255-4

DECLARACIÓN DE PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Prevalencia de trastorno temporomandibular en hombres y mujeres de 18 a 30 años en las distintas maloclusiones de la clínica odontológica de la ucla en el periodo marzo abril del 2017, del Valeria Carolina Mendoza Suárez en el semestre 2017-2, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".

Dr. Veronica Caisa

Especialista en Ortodoncia

C.I: 171704972 - 8

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Valeria Carolina Mendoza Suárez

C.I: 104049879

RESUMEN

La presente investigación es tipo observacional, descriptivo y trasversal. Tiene como objetivo establecer la prevalencia de trastornos temporomandibulares en hombres y mujeres de 18 a 30 años de edad en las distintas maloclusiones en la Clínica Odontológica UDLA de la Ciudad de Quito.

El estudio constató de 100 muestras, del género femenino 61 y masculino 39. Se le informó a cada paciente acerca del procedimiento a seguir. Una vez aceptada la participación voluntaria, se efectuó una serie de preguntas, junto con ello se utilizó un estetoscopio para identificar factores de riesgo de los TTM como: ruidos articulares, dolor y hábitos parafunciones, además mediante la exploración clínica, fotografías intra, extraorales para evaluar las Clases de Angle, guía canina y anterior. Las respuestas por parte el paciente fueron registradas en el formulario de recolección de muestras.

En los resultados obtenidos pudimos observar que el 51 pacientes del total de la muestra mostraron trastornos temporomandibulares con mayor prevalencia, ya que presentaron los signos y síntomas relacionados a estos. Se pudo concluir que la oclusión y factores predisponentes afectan el ATM.

Palabras clave: trastornos temporomandibulares, maloclusión, hábitos, ruidos articulares, guía canina, dolor.

ABSTRACT

This research is observational, descriptive and cross - sectional. It aims to establish the prevalence of temporomandibular disorders in men and women 18 to 30 years of age in the different malocclusions at the UDLA Dental Clinic in the City of Quito.

The study found 100 samples, of the female gender 61 and the male 39. Each patient was informed about the procedure to follow. Once the voluntary participation was accepted, a series of questions was asked. A stethoscope was used to identify TMD risk factors such as: articular noises, pain and habits, besides clinical examination, intra- and extraoral photographs for Evaluate the Angle Classes, canine guide and previous. Responses by the patient were recorded on the sample collection form.

In the obtained results we could observe that the 51 patients of the total of the sample showed temporomandibular disorders with greater prevalence, since they presented the signs and symptoms related to these. It was concluded that occlusion and predisposing factors affect the TMJ.

Keywords: temporomandibular disorders, malocclusion, habits, joint noises, canine guide, pain.

ÍNDICE

CAPITULO I.....	1
1. ASPECTOS INTRODUCTORIOS.....	1
1.1 Introducción	1
1.2 Justificación	2
CAPITULO II	4
2. MARCO TEORICO	4
2.1 Articulacion temporomandibular.....	4
2.2 Ligamentos de la articulación temporomandibular	4
2.3 Músculos masticatorios.....	5
2.4 Trastornos temporomandibulares	5
2.5 Etiología de los trastornos temporomandibulares	6
2.6 Signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares.....	7
2.7 Maloclusiones	10
2.8 Clasificación de maloclusión según Angle:	10
2.8.1. Clase I: Normoclusión.....	11
2.8.2. Clase II: Distoclusión.	12
2.8.2.1 Clase II subdivisión 1.....	12
2.8.2.2. Clase II subdivisión 2.....	12
2.8.3. Clase III: Mesioclusión.....	12
2.9 Relación entre la oclusión y los trastornos temporomandibulares.	13
2.10 Guia cania y anterior.....	14
2.11 Tratamiento de los trastornos temporomandibulares.....	15
CAPÍTULO III.....	17
3. OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo general.....	17

3.1.1 objetivo específico	17
3.2 Hipótesis	17
CAPÍTULO IV	18
4. METODOLOGÍA	18
4.1.Tipo de estudio.....	18
4.2 Universo	18
4.3 Muestra	18
4.4 Criterios de inclusión.....	19
4.5 Criterios de exclusión.....	19
4.6 Materiales	19
4.7 Aspectos éticos para la recolección de datos	20
4.8 Descripción del método.....	20
CAPÍTULO V	22
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
5.1 Análisis estadístico.....	22
CAPÍTULO VI	32
6. DISCUSIÓN	32
6.1 Conclusiones.....	34
6.2 Recomendaciones	35
REFERENCIAS	36
ANEXOS	41

CAPITULO I

1. ASPECTOS INTRODUCTORIOS

1.1 Introducción

Actualmente se muestran con mayor frecuencia los molestias de la articulación temporomandibular, causadas en su totalidad por diversos factores. Estudios realizados recientemente manifiestan que 8 de cada 10 pacientes presentan dificultades en el ATM, pero el 10% muestran sintomatología y por lo general las mujeres son las más predisponetes a presentar este tipo de trastornos por las situaciones psicológicas, hormonas y el ámbito social. (Corsini, G., 2005, pp. 345-352)

El ATM son un grupo heterogéneo de patologías osteomusculares y afecciones neuromusculares que afectan hasta el 15% de los adultos, con una incidencia máxima entre 20 y 40 años de edad. (Gauer, R., 2015, pp. 378-386).

Como menciona Kataoka en el año 2015 (pp. 423–430) nos señala que existe más prevalencia de la maloclusión en las mujeres que en los hombres.

Fernández, F. (2015, pp.320–327) indica que La Asociación Americana de Investigación Dental (AADR) reconoce que los trastornos temporomandibular abarcan un grupo de músculo-esqueléticos y neuromusculares condiciones que involucran a las articulaciones, músculos y demás tejidos asociados. También están frecuentemente asociados con dolor agudo o persistente, y los pacientes a menudo sufren algunos otros trastornos dolorosos.

Fernández, F. en el año 2015 (pp. 320–327) señaló que el papel de la oclusión morfológica y funcional en su desarrollo ha sido objeto de debate desde hace mucho tiempo. Interferencias oclusales, clase II o III, maloclusiones, mordida abierta anterior, overjet excesivo o mordida cruzada posterior se han relacionado con ATM.

La maloclusión juega un papel importante en la salud oral en general de un individuo, ya que está asociada con la enfermedad periodontal, trastornos temporomandibulares y puede mostrarse diferente en cada individuo. (Muppa, R., 2013, pp. 87-90).

1.2 Justificación

Por medio de este estudio se pretende conocer la prevalencia de trastornos temporomandibulares en hombres y mujeres de 18 a 30 años en las distintas maloclusiones de la clínica odontológica de la UDLA en el periodo Marzo-Abril del 2017.

Frecuentemente a la clínica odontológica de la UDLA acuden gran cantidad de pacientes para realizarse cualquier tipo de tratamiento odontológico. El estudiante previo a la realización de algún tratamiento, se concentra generalmente en el estado de las piezas dentales o alguna patología oral, dejando a un lado el examen clínico de la articulación temporomandibular que puede o no causar dolor y disfunción del sistema masticatorio. (Pérez, Y., Carmona, E. 2010)El propósito de este estudio es llenar la historia clínica del paciente en el que debe constar sus datos personales, historia del dolor, que tipo de maloclusión presenta y finalmente realizar un examen clínico del ATM en el que debe incluir: palpación de músculos masticatorios, auscultación con la ayuda de un estetoscopio para determinar la presencia de chasquidos

articulares, fotos intraorales y extraorales para verificar la asimetría facial del paciente. (Rusanen J., 2012, pp. 512-7)

En Ecuador, aún es necesario reforzar los estudios de prevalencia de trastornos temporomandibulares en adultos en las distintas maloclusiones, por lo que se considera importante realizar una investigación de este tipo para conocer su prevalencia, dependiendo de su maloclusión en hombres y mujeres. También el propósito de esta investigación es despertar el interés en los odontólogos, para que profundicen sus conocimientos y que puedan establecer diagnósticos y tratamientos acertados.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Articulacion temporomandibular

En el cuerpo existen tres tipos de articulaciones: inmóviles (sinartrosis), semimóviles (anfiartrosis) y móviles (diartrosis) donde la última mencionada se encuentra la articulación temporomandibular (Okeson, J., 2013, pp. 258).

El ATM es en donde se produce la relación cráneo mandibular, además nos permite realizar movimientos de desplazamiento y de bisagra en un plano, por lo que se debe tomar en cuenta que es una articulación gínglimoartrodial (List, T., Jensen R, 2017).

La presencia del disco en el ATM va a permitir que se realice movimientos complejos. Este se encuentra constituido por un disco articular, un cóndilo mandibular y también la fosa articular del temporal (Okeson, J., 2013, pp. 102-129).

2.2 Ligamentos de la articulación temporomandibular

Se encuentran constituidos por tejido conectivo y colágeno. Al momento que el ligamento se relaja varían su capacidad funcional, además no interceden en el trabajo de articulación, sino que limitan y restringen el movimiento articular (Manfredini, et al., 2017).

La articulación presenta tres ligamentos funcionales que son: ligamentos colaterales, capsular y temporomandibular (Meghan, et al., 2013 pp. 393–414).

2.3 Músculos masticatorios

Varias funciones como por ejemplo: bostezo, la deglución suponen la contracción y relajación de los músculos de la masticación y los que intervienen en los movimientos mandibulares son: el pterigoideo lateral, medial, masetero y temporal (Meghan, et al., 2013 pp. 393–414).

Los trastornos de la articulación temporomandibulares se caracterizan por presentar y ser responsables del dolor craneofacial, que afecta a la articulación y es causante del dolor orofacial provocado por lesiones en la cara y boca (Gauer, et al., 2015, pp. 378-386).

2.4 Trastornos temporomandibulares

Son aquellos que afecta ya sea por enfermedad, deformidad, disfunción o desalineamiento de la articulación. Lo cual va a comprender la desviación oclusal y daño en la musculatura (Gauer, et al., 2015, pp. 378-386).

Existen diferentes tipos de trastornos temporomandibulares tales como: la apertura limitada de la boca, desgaste oclusal, chasquidos, desplazamiento, desalineamiento del disco entre otras patologías (Meghan, et al., 2013 pp. 393–414).

La historia de los TTM se basó a partir de un artículo publicado por el otorrinolaringólogo Dr. Costen en 1934, al estudiar 11 artículos sugirió que las alteraciones dentales eran por diferentes síntomas del oído, pero años

posteriores fue cuestionado por sus conclusiones en cuanto a la etiología y al tratamiento. Después de estos estudios algunos odontólogos comenzaron a interesarse en investigar aún más, dando como resultado que las interferencias oclusales sería el principal motivo etiológico (Riga, et al., 2010 pp. 1359-1364).

Las investigaciones científicas que fueron realizadas en 1950 donde algunos artículos se referían al estado en que se encuentra la oclusión podría afectar a los músculos masticatorios, para esto se utilizaron pruebas electromiográficas para comparar la relación entre estas dos. A finales de la década de 1970 existió un afán de buscar su origen con el fin de encontrar el tratamiento para el dolor muscular. En el año 2010 se implementaron agencias encargadas de acreditar y estandarizar programas a los odontólogos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes que sostenían estos trastornos temporomandibulares (Pullinger, et al., 2010 pp. 228-235).

En el presente estudio se enfocará principalmente en los sonidos de chasquido, desplazamiento discal y su relación en las distintas maloclusiones.

2.5 Etiología de los trastornos temporomandibulares

Dentro de los factores etiológicos encontrados se incluyen: biológicos, ambientales, sociales, emocionales y cognitivos. Así como también, factores asociados con restauraciones bien o mal adaptadas que altera la oclusión, traumas en la apertura excesiva de la boca, los cuales pueden contener otras condiciones como por ejemplo: dolores de cabeza crónicos, fibromialgia, trastornos autoinmunes y apnea del sueño (Gauer, et al., 2015, pp. 378-386).

Los trastornos temporomandibulares se caracterizan por dolor en los músculos de la masticación y la presencia de sonidos articulares durante los movimientos de apertura, cierre o lateralidad (Méndez et al., 2012pp. 1-8).

Estudios odontológicos muestran que la oclusión dentaria es la principal etiología frecuente en los síntomas de estos trastornos (Marklund, et al., 2010 pp. 289-299).

Las investigaciones poblacionales muestran que los adultos están afectados en un 10% a 15%, pero sólo 5% buscan tratamiento. La incidencia de trastornos temporomandibulares sigue siendo más común en mujeres que en hombres (Gauer, et al., 2015, pp. 378-386).

A pesar de que los signos y síntomas son frecuentes es difícil comprender su etiología, ya que no existe ninguna etiología capaz de explicar el por qué se presentan los trastornos (Bergstrom, et al., 2008 pp. 84-92).

La etiología es confusa pero existen factores que incrementan el peligro, como lo son: los predisponentes, e iniciadores y por último se encuentran los perpetuantes que interfieren en los tratamientos que se llevarán a cabo (Marklund, et al., 2010 pp. 289-299).

2.6 Signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares

Son quizás los que tienen más prevalencia a la hora de examinar a un paciente. En este caso los signos son aquellos que tienen mayor predominancia. Los más frecuentes son: ruido articular, inflamación localizada y la disfunción (Reneker, et al., 2011 pp. 408-416).

El dolor se puede manifestar como: agudo, súbito e intenso la cual se asocia al movimiento articular. Cuando el ATM está en reposo el dolor cesa con rapidez (Reneker, et al., 2011 pp. 408-416).

El dolor es un síntoma que se presenta en su mayoría en los pacientes con TTM, para evaluar el dolor básicamente es indicado por el paciente, por ello es fundamental diagnosticar de manera correcta el dolor agudo del crónico. El tratamiento del dolor agudo se puede manejar fácilmente, en cambio el dolor crónico es difícil de controlar porque se suman factores psíquicos. (Okeson, J., 2013, pp. 55-58).

El dolor más común que padecen las personas que presentan algún trastorno en el ATM es el vascular que provoca migrañas conocidas también como neuralgias, se presentan de manera unilateral y periódica. El diagnóstico del dolor se debe tomar en cuenta en las características que presente el paciente, la intensidad del dolor, su evolución y si existe algún otro factor que lo produzca (Okeson, J., 2013, pp. 55-58).

Existen otros signos y síntomas como la cefalea tensional que se presentan, por ejemplo como: un dolor sordo, constante y mantenido, también está la cefalea neurovascular como: un dolor intenso, pulsátil acompañado por náuseas, fonofobia y fotofobia (Fernandes, et al., 2008 pp. 165-171).

Se identificó que el músculo más doloroso fue el pterigoideo externo, interno y el masetero. En un 78.5% de los pacientes con trastornos temporomandibulares tuvieron la presencia de chasquido y crepitación (Henrikson, 2010).

Algunos autores nos indican que se debe identificar de manera correcta los signos y síntomas para poder efectuar un diagnóstico así como también un tratamiento con éxito (Fernandes, et al., 2008 pp. 165-171).

La disfunción se manifiesta por el movimiento alterado del cóndilo-disco por lo que va a producir lo que son los ruidos articulares (Reneker, et al., 2011 pp. 408-416).

En muchos estudios han investigado la disfunción del TTM a través del diagnóstico clínico; Sin embargo, pocos estudios han identificado pruebas clínicas individuales o signos que pueden ayudar en la disfunción y diferenciar entre las subclasificaciones de las mismas (Fernandes, et al., 2008 pp. 165-171).

Pullinger, A. (2010, pp. 228-235) indicó en su estudio que el 68% de los sujetos eran clase I; 15% clase II, división 1; 4% clase II, división 2; Y 13% clase III. Se evaluó la existencia de dolor y disfunción masticatoria mediante la realización de un cuestionario, examen clínico, evaluación de yesos dentales de acuerdo a estrictos criterios, de 120 hombres y 102 mujeres la edad promedio fue de 23 años. Al concluir, el nivel de signos y síntomas en una población no hospitalaria para describir la variación oclusal. Obtuvieron una prevalencia significativa, aunque dos tercios sólo informaron de síntomas leves o tempranos, sólo el 3% reportó síntomas severos (Fernández, et al., 2010 pp. 1295-1304).

2.7 Maloclusiones

Para conocer las distintas maloclusiones se debe conocer primero la oclusión, donde corresponde a un conjunto de relaciones funcionales y dinámicas oclusales de los dientes y el sistema estomatognático. Es por ello que se considera no solo máxima intercuspidad de los dientes sino también una estrecha relación funcional, armónica entre dientes y el ATM. (Millett, et al., 2012 pp. 159-169).

La maloclusión se define como los dientes que se encuentra en posición anormal. Son alteraciones de carácter funcional, genético, traumático que afectan a los tejidos duros y blandos de la boca (Millett, et al., 2012 pp. 159-169).

Una maloclusión pueden afectar o no las proporciones de la cara y de los maxilares (Millett, et al., 2012 pp. 159-169).

2.8 Clasificación de maloclusión según Angle:

Es un método que se utiliza en la ortodoncia para clasificar los tipos de maloclusiones. Angle unificó la relación de las cúspides de los molares permanentes y las calificó como la relación molar de Angle (Janson, et al., 2013 pp. 383-392).

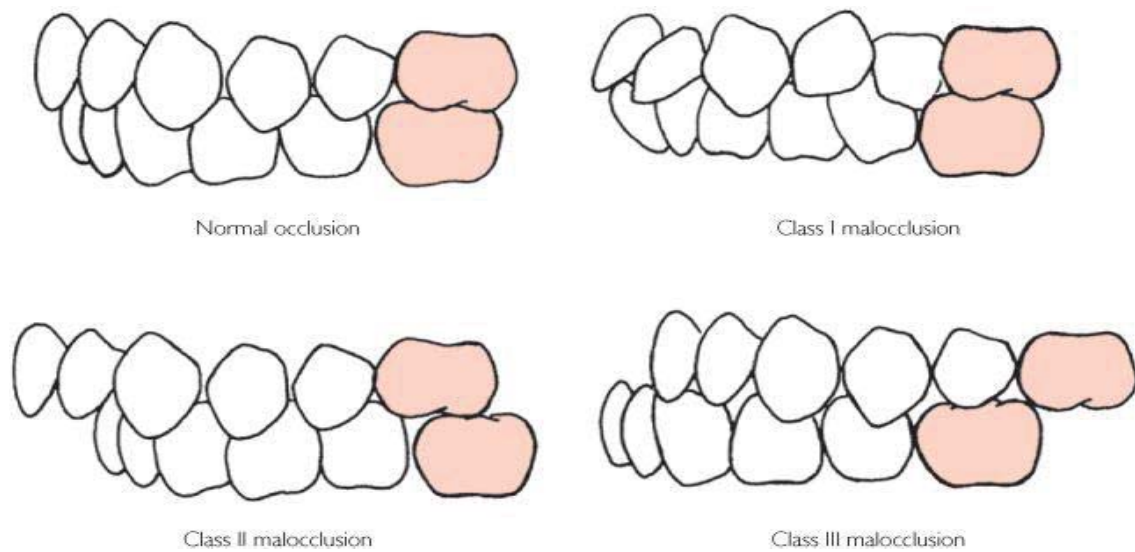


Figura1. Clasificación clase de Angle – Relación molar.

Tomado de: Solano et al. Pág.40

Angle clasificó la maloclusión en lo siguiente:

- Clase I
- Clase II
- Clase III (Janson, et al., 2013 pp. 383-392)

2.8.1. Clase I: Normoclusión.

Se describe como la correlación cuspida mesiobucal de primer molar superior permanente se acentúa en el surco mesiobucal del primer molar inferior (Janson, et al., 2013 pp. 383-392).

2.8.2. Clase II: Distoclusión.

Se representa como relación de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente que se acentúa por delante del surco mesiobucal del primer molar inferior (Janson, et al., 2013 pp. 383-392).

Las maloclusiones de clase 2 se subdividen de la siguiente manera en dos:

2.8.2.1 Clase II subdivisión 1.

La maloclusión de clase 2 subdivisión 1 se demuestra como una distoclusión y se presenta además como un resalte de los incisivos superiores. La mandíbula habitualmente se encuentra retraída y el maxilar adelantado (Janson, et al., 2013 pp. 383-392).

2.8.2.2. Clase II subdivisión 2.

Sobremordida vertical Vestíbulo-giroversión de los incisivos laterales superiores
Linguo-giroversión de los incisivos centrales superiores (Janson, et al., 2013 pp. 383-392).

2.8.3. Clase III: Mesioclusión.

Se trata de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente que se acentúa hacia dista en el surco mesiobucal del primer molar inferior (Toffol, et al., 2008 pp. 561-573).

2.9 Relación entre la oclusión y los trastornos temporomandibulares.

Se pueden presentar debido a la maloclusión o si existe alguna inestabilidad maxilomandibular que puede provocar una sobrecarga articular, bruxismo y haga que la articulación trabaje con una carga desfavorable, pero también en algunos casos se puede presentar cambios en la oclusión (Soto, et al., 2013, pp.772-783).

En un estudio realizado en el hospital universitario clínico-quirúrgico en Mantaza por Valdez y Acosta (2010). Se estudiaron 119 pacientes que asistieron y participaron quejándose por molestia en la articulación. Se realizó un examen clínico bucal, manejando el Test de Krogh Paulsen, se evaluó la oclusión dentaria. En los resultados, 111 pacientes manifestaron molestias y disfunción en un (93,3 %), las causas de riesgo más sobresaliente fueron las interferencias oclusales, pérdida de dientes y masticación unilateral. Luego de analizar el estudio se llegó a la conclusión y se determinó que la oclusión es la causa más frecuente que inciden en la presencia de trastornos temporomandibulares

En un estudio comparativo realizado por Quintero, Juárez, Espinosa, Martínez y Vargas (2009) evaluaron a 130 pacientes, se usó los criterios de investigación diagnóstica para TTM propuestos por Dworkin, seguido de un test con antecedentes para descubrir los factores de riesgo y requisitos relacionados con trastornos, y así continuar con la exploración clínica. Como resultado el 35 % de los pacientes que presentaban esta patología mostraron dolor a la mordida. En total estos pacientes presentaron ruidos articulares, además la apertura bucal entre pacientes con y sin trastornos no se notó una diferencia significativa. Por otro lado las clases molares más frecuente en estos pacientes fueron la clase I y clase III. Concluyeron que los trastornos temporomandibulares son aún más frecuentes en este tipo de población, su relevancia principal fue el dolor, tanto en la articulación como en los músculos masticatorios. Se halló ruidos articulares en

los tipos de pacientes con y sin trastornos témporomandibulares con significativa al comparar la crepitación simultánea y los chasquidos.

En un estudio de prevaecía realizado por Murrieta (2011) encuestaron a 246 alumnos de la carrera de cirujano dentista en Zaragoza. Para diagnosticar la prevalencia de chasquidos en el ATM y la relación que tenía con los tipos de clase de Angle, llegaron a la conclusión de que no hubo diferencias en las edades en los tres grupos estudiados, así como tampoco relación con el tipo de género, pero si hubo prevalencia de chasquidos en la clases II y III de Angle. Por lo que se llegó a la conclusión de que la presencia de chasquidos en el ATM si se encuentran asociados a los tipos de maloclusiones (Murrieta, et al., 2011, pp.237-243).

Se realizó un estudio en 88 pacientes con maloclusión Clase III sometidos a un tratamiento ortodóntico y ortognático combinado, al pasar un año se realizó un índice de Helkimo para evaluar el desgaste de la articulación temporomandibular y así llegar a la conclusión de que estaban expuesto al riesgo de desarrollar trastornos en la articulación (Antonarakis, et al., 2017).

2.10 Guia cania y anterior.

Cuando hablamos de guía canina y función en grupo, los caninos se contactar cuando se dan los movimientos de laterotrusión y desocluye los dientes posteriores, este objetivo se logra cuando los caninos están alineados, pero cuando no se encuentran correctamente alineados no proporcionan la guía de laterotrusión, se manifiesta una guía de función de grupo, donde los molares son los que contactaran suavemente, pero si los premolares son los que llegan a contactar es seguro que se puede manifestar fuerzas traumáticas que podrían afectar al ATM (Okeson, J., 2013, pp 566-571).

La guía anterior desempeña un papel importante, es habitual que hagan contacto los dientes anteriores formando una posición de intercuspidad, por lo que los dientes anteriores van a tener como finalidad no sólo el mantenimiento de la dimensión vertical, sino también dirigir a la mandíbula en diferentes movimientos de lateralidad. (Okeson, J., 2013, pp. 84-87).

La guía anterior como lo menciona Okeson, J., (2013, pp. 84-87).) en varias personas no existe una posición o relación normal de los dientes anteriores. Existen algunas relaciones que se han denotado con otros términos más específicos, como por ejemplo: una mandíbula infradesarrollada que sería una relación molar clase I, mordida profunda e inclinación normal, se le denomina división 1, pero si los incisivos centrales y laterales superior presentan una inclinación lingual, sería una división.

2.11 Tratamiento de los trastornos temporomandibulares.

Para el tratamiento de los TTM pueden variar de acuerdo a su amplio espectro de posibilidades. Existen diversos métodos que ayudan a reducir el daño y dolor, se encuentran los tratamientos farmacológicos, odontológicos, terapia física, acupuntura, acondicionamiento muscular de manera manual, relajación muscular con placas mio-relajantes para así evitar bruxismo nocturno que suele ser el más común en estos pacientes, entre otros que pueden ser beneficiosos para el paciente (Okeson, J., 2013, pp. 360-380).

Para que el tratamiento sea eficaz se debe disponer de evidencias científicas. Hay que tomar en cuenta que no es fácil eliminar o controlar los factores etiológicos que contribuyen a los trastornos temporomandibulares, cuando estos factores aparecen los tratamientos odontológicos no son eficaces por lo tanto se

debe aplicar otros métodos que ayuden al paciente. (Okeson, J., 2013, pp.356-351).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Establecer la prevalencia de trastornos temporomandibulares en hombres y mujeres de 18 a 30 años de edad en las distintas maloclusiones en la Clínica Odontológica UDLA de la Ciudad de Quito.

3.1.1 objetivo específico

1. Determinar la existencia de ruidos articulares y dolor con movimientos de apertura, cierre y lateralidad de la mandíbula con la utilización de un estetoscopio en la población evaluada.
2. Identificar la clase de maloclusión que se presenta con mayor prevalencia de trastorno temporomandibulares.
3. Reconocer la presencia de guía canina, anterior, desviación de la línea media y hábitos presente el paciente.

3.2 Hipótesis

Existe una relación significativa entre los trastornos temporomandibulares con los tipos de clases de Angle y otros factores como los signos y síntomas.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

La investigación presente es de tipo observacional, descriptivo y trasversal mediante al método de observación clínica en adultos de ambos géneros entre edades de 18 a 30 años en el Centro de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas, a fin de conocer la prevalencia de trastornos temporomandibulares con relación con las distintas clases de Angle.

4.2 Universo

La población objeto de estudio está conformada por pacientes adultos hombres y mujeres que se hallan en el rango de edades de 18 a 30 años que asistieron al Centro de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas para recibir tratamiento oral.

4.3 Muestra

Se seleccionará, mediante el muestreo a criterio, a 100 adultos que asistan al Centro de Atención Odontológica de la Universidad de las Américas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión detallados a continuación.

4.4 Criterios de inclusión

1. Pacientes que asisten a la Centro de Atención Odontológica de la UDLA para algún procedimiento dental.
2. Pacientes adultos de ambos géneros dentro de las edades de 18 a 30 años.
3. Pacientes que acepten voluntariamente formar parte del estudio.

4.5 Criterios de exclusión

1. Pacientes con enfermedad psiquiátrica compleja: esquizofrenia, paranoia, bipolar, etc.
2. pacientes que estén recibiendo tratamiento para trastornos temporomandibulares.
3. Pacientes con ausencia de primer molar.
4. Pacientes con ortodoncia o con antecedentes de ortodoncia.

4.6 Materiales

Para el examen clínico a los pacientes adultos se utilizaron los siguientes materiales:

- Estetoscopio
- Abre bocas
- Cámara fotográfica
- Uniforme
- Gorro
- Guantes
- Mascarilla
- Alcohol

- Gasas
- Formulario de recolección de la muestra
- Consentimiento informado
- Lápiz
- Borrador

4.7 Aspectos éticos para la recolección de datos

Para el evaluación en primer lugar, se solicito la autorización y así obtener acceso al Centro de Atención Odontológico de la Universidad de Las Américas, luego de su consentimiento; A cada paciente se le informo acerca de la descripción y el fin de éste estudio para que procedieran a firmar el consentimiento informado de su colaboración en la investigación.

4.8 Descripción del método

Está investigación se llevó a cabo en el Centro de Atención Odontológica de la UDLA, como primer punto se le pidió al paciente firmar el consentimiento informado para comprobar que accede a participar en este estudio, comunicando previamente sobre el proceso y descripción del tema.

En segundo punto se realizó preguntas al paciente referentes a sí presentaba dolor a la apertura y cierre bucal, además se le pregunto si tenían algún habito, por ejemplo: Comerse las uñas, morder esferos, entre otros. Las respuestas fueron registradas en el formulario de recolección de datos.

Con el uso del estetoscopio se pudo escuchar tanto del lado izquierdo como del derecho en la apertura y cierre bucal de cada paciente, para así saber en cual lado se presentaba el ruido articular, además con el uso de abre bocas se

procedió a tomar fotos intraorales, extraorales para así conocer la línea media, guía canina y línea media de cada paciente.

CAPÍTULO V

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1 Análisis estadístico

Una vez recopilados los datos de cada paciente para saber qué tipo de clase de Angle presentaba o si tenían dolor, chasquidos, la ubicación del mismo, guía canina, guía anterior, línea media y hábitos, se procedió a realizar el análisis estadístico utilizando el programa Microsoft Excel 2013 para realizar gráficos y de esta manera identificar la prevalencia de trastornos temporomandibulares en relación a los tipos de maloclusiones.

5.2. Gráfico comparativo de la cantidad de hombres y mujeres recopilados en la muestra.

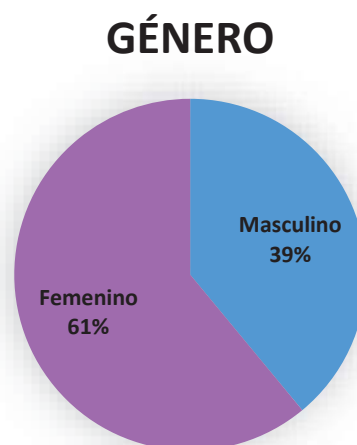


Figura 2. Género.

Se estudiaron un total de 100 pacientes de 18 a 35 años de edad; 61 del género femenino y 39 del género masculino.

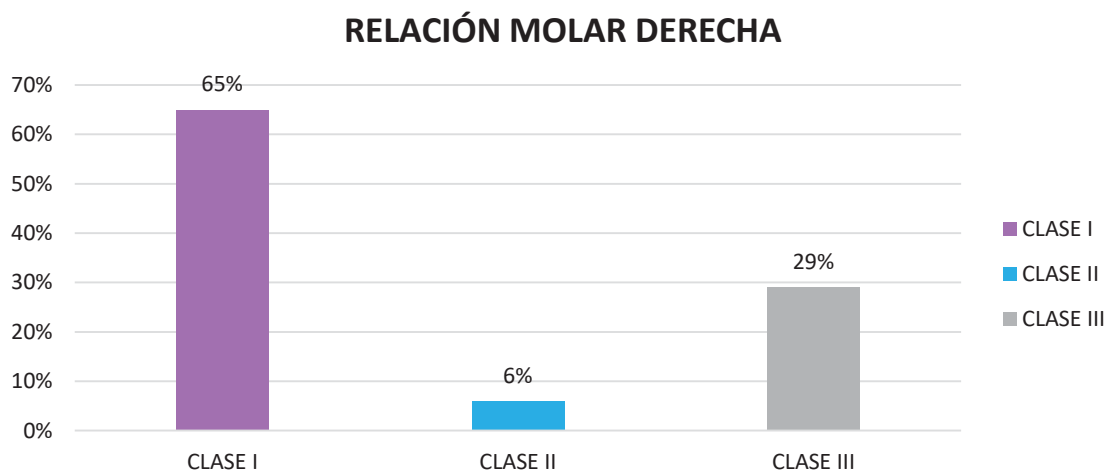


Figura 3. Relación molar derecha.

Tanto en el género femenino como masculino se valoró con exploración física y fotos intraorales obteniendo como resultado en la clase I con el porcentaje más alto de un 65%. En la clase II con un 6%. En la clase III con un 29% del 100% de la muestra recopilada.

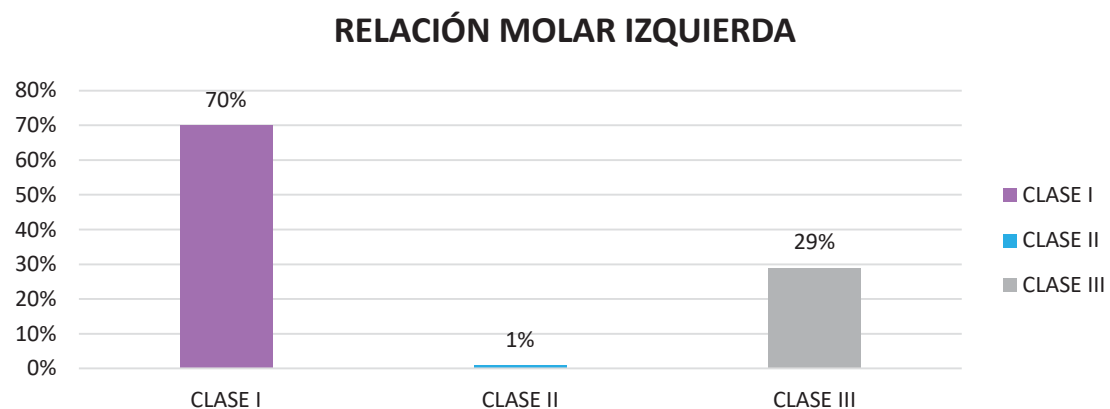


Figura 4. Relación molar izquierda.

En cambio arrojo un 70% en la clase I siendo también el valor más alto. La clase II con 1% y clase III con un 29%.

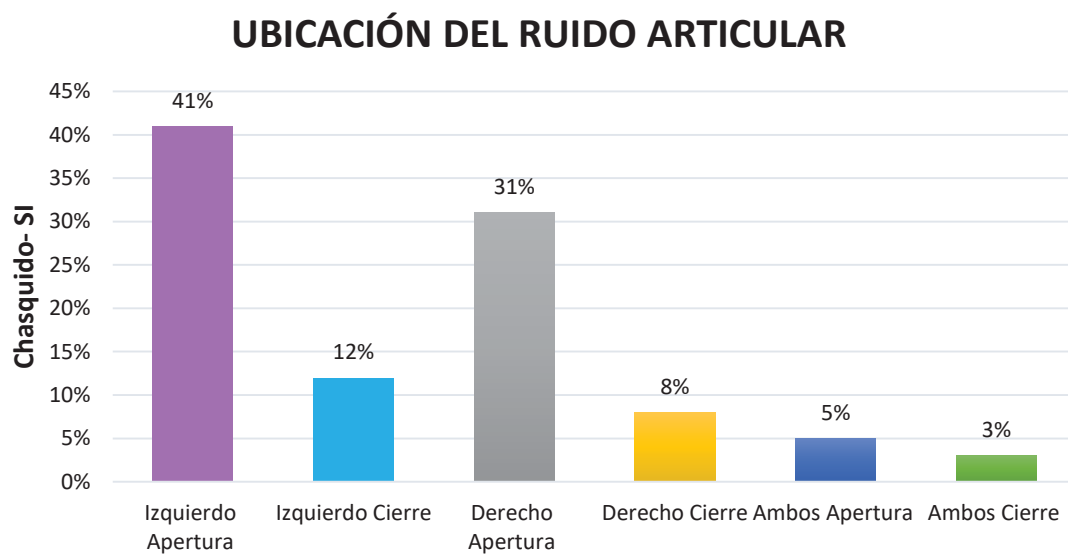


Figura 5. Ubicación del ruido articular.

Se evaluó en ambos géneros, masculino y femenino la ubicación del chasquido o ruido articular presente costando en que el 100% de los pacientes evaluados presentaron chasquidos. El lado izquierdo a la apertura se obtuvo con mayor porcentaje arrojando un 41%, el lado derecho a la apertura también se obtuvo un porcentaje alto con un 31%, estos dos valores son los más relevantes ya que se pudo observar y definir cuál lado es de mayor frecuencia.

RELACIÓN CANINA DERECHA



Figura 6. Relación canina derecha.

En este gráfico se obtuvo como resultado un 67% en la clase I, un 27% en la clase III y con un 6% en la clase II.

RELACIÓN CANINA IZQUIERDA

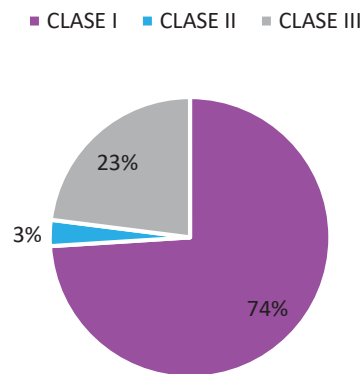


Figura 7. Relación canina izquierda.

Se manifestó el siguiente resultado, donde la clase I canina obtuvo un porcentaje del 74%, la clase II un 3% y con un 23% la clase III canina.

LÍNEA MEDIA DENTAL

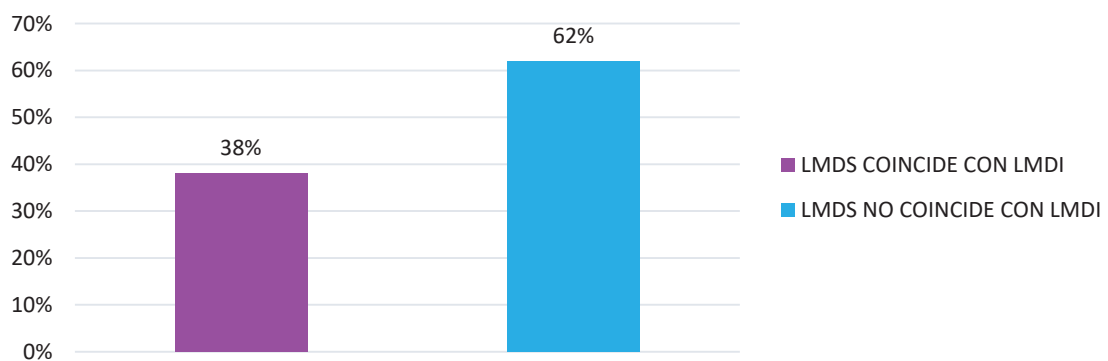


Figura 8. Línea media dental.

En este grafico observamos de acuerdo a la muestra total un porcentaje de línea media dental superior que coincidieron o no con la línea media dental inferior, donde LMDS coincide con LMDI con un 38% y LMDS no coincide con LMDI con un 62%.

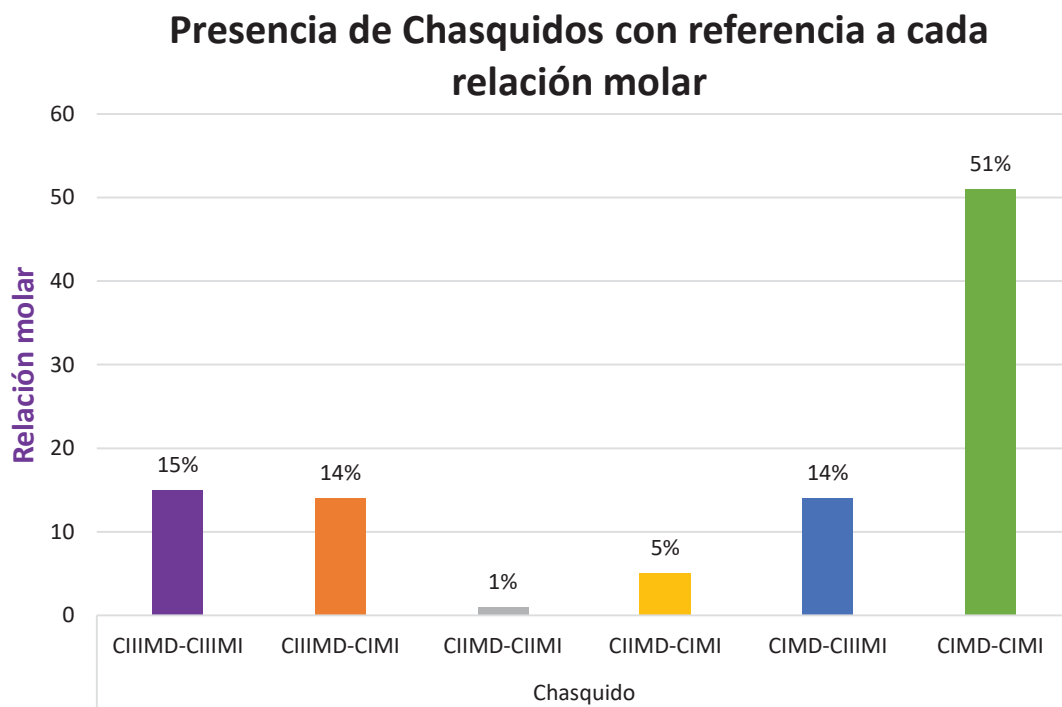


Figura 9. Presencia de chasquidos con referencia a cada relación molar.

En comparación con la figura anterior podemos observar que todos los pacientes con relación molar Clase I derecha e izquierda presentaron con mayor valor de un 51% chasquido, Dándonos cuenta que el tipo de relación molar si influye en los trastornos del ATM.

Presencia de dolor con referencia a cada relación molar

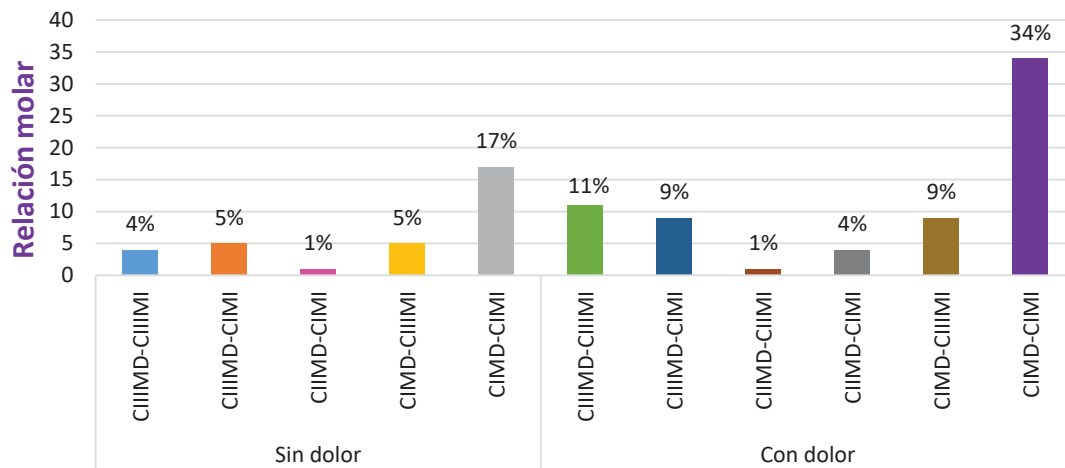


Figura 10. Presencia de dolor con referencia a cada relación molar.

Podemos apreciar un porcentaje significativo en los pacientes sin dolor y con relación molar derecha e izquierda Clase I, un 17%. En cambio los pacientes con dolor y relación molar Clase I derecha e izquierda obtuvieron un 34%, es decir, que la presencia de dolor en estos pacientes es una señal presencia de trastornos temporomandibulares.

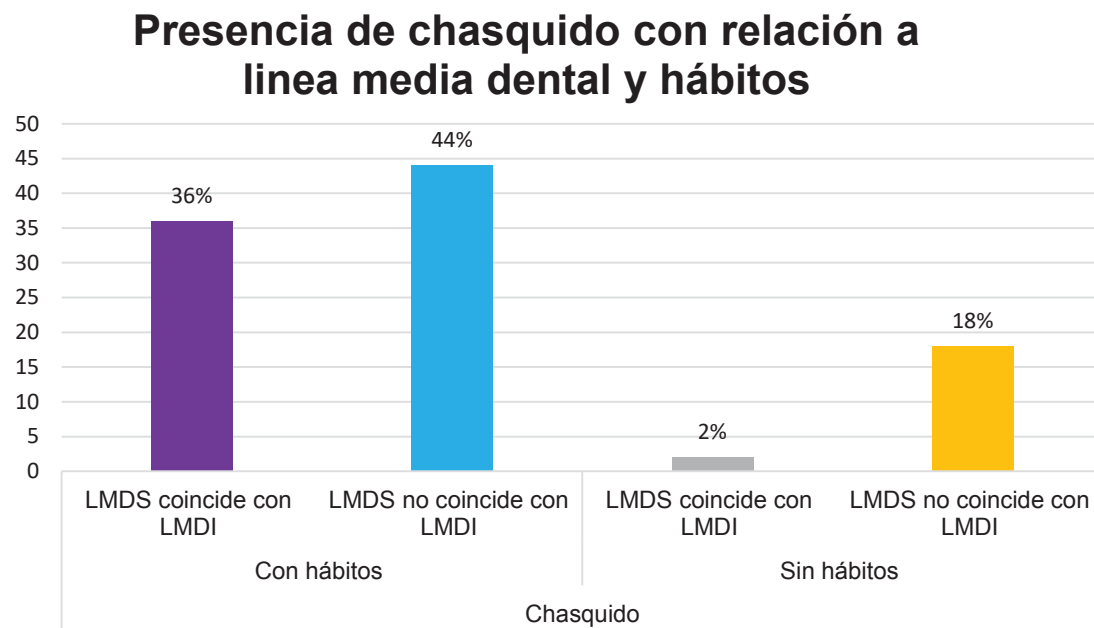


Figura 11. Presencia de chasquidos con relación a línea media dental y hábitos.

Por otro lado, comparando la presencia de chasquidos y los pacientes que si presentaron hábitos y no, con los pacientes que coincidieron o no con la línea media dental, podemos apreciar un 44% que no coincidieron con la línea media dental superior con la inferior, tomando en cuenta que estos pacientes si presentaron chasquidos y hábitos. Y los pacientes que no tuvieron hábitos de igual manera no coincidieron la línea media dental superior con la inferior, pero estos con un menor porcentaje de 18%.

Presencia de dolor con relación a la línea media dental y hábitos

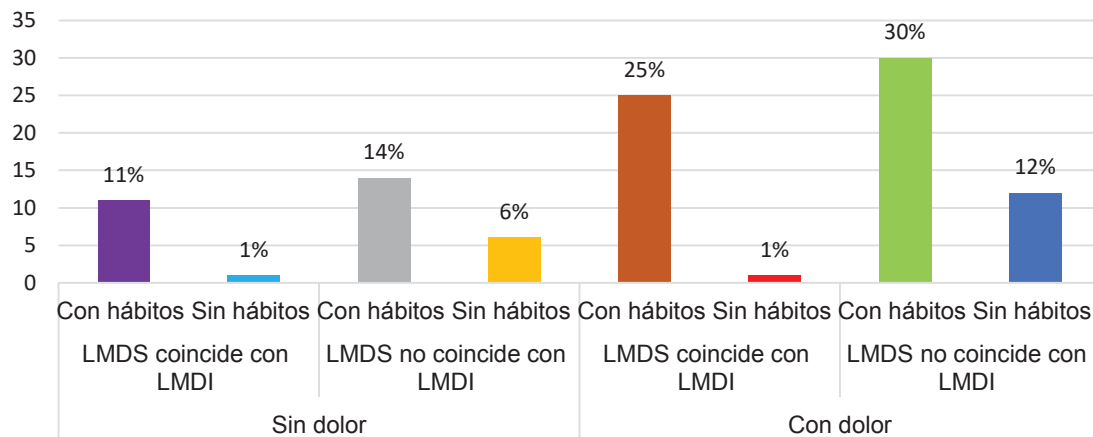


Figura 12. Presencia de dolor con relación a la línea media dental y hábitos.

En cambio con la presencia de dolor en relación a la línea media dental y hábitos, los pacientes con mayor porcentaje fueron los que si obtuvieron hábitos, dolor y línea media dental superior que no coincidía con la inferior con 30%, el segundo valor más alto fue de un 25% en los pacientes que, en cambio sí coincidía la línea media dental superior con la inferior.

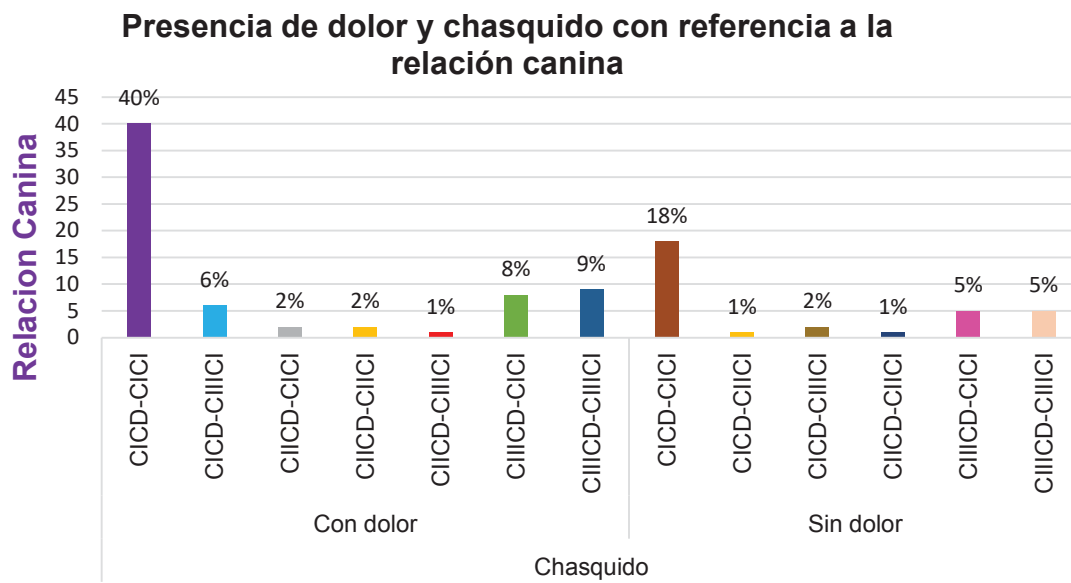


Figura 13. Presencia de dolor y chasquidos con referencia a la relación canina.

El primer valor más alto fue de 40% en los pacientes con presencia de dolor y relación canina derecha e izquierda clase I, en cambio el segundo valor alto fue el de los pacientes sin dolor, pero con la misma relación canina del anterior con un 18%.

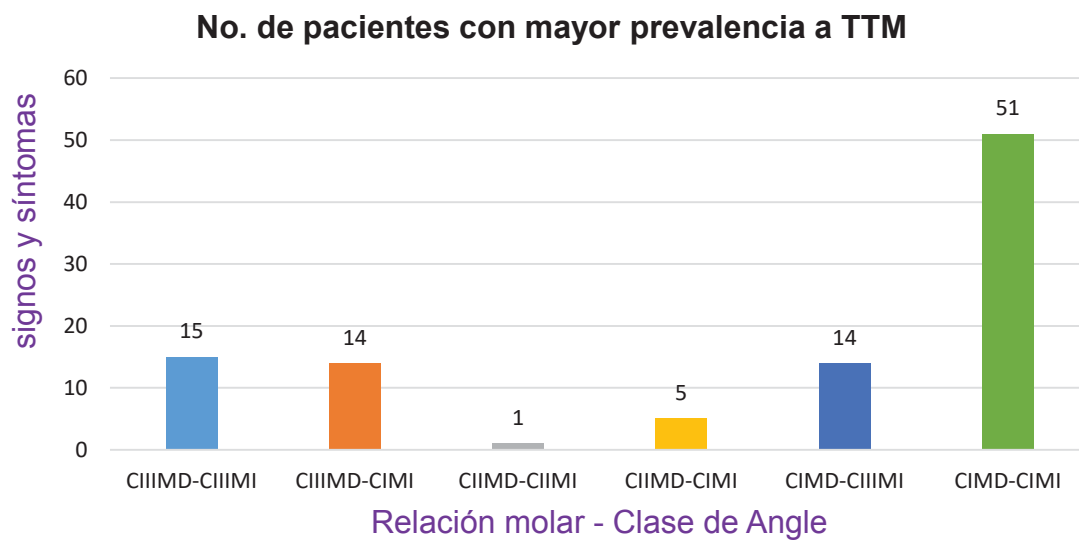


Figura 14. No. De pacientes con mayor prevalencia de TTM.

Podemos observar en esta figura el número de pacientes que presentaron signos y síntomas, tales como: hábitos bucales, línea media dental, relación canina, chasquidos y dolor que son un factor importante para la presencia de TTM, de los 100 pacientes de la muestra estudiada, 51 pacientes con relación molar clase I de Angle obtuvieron estos signos y síntomas.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Esta investigación se realizó con el motivo de conocer la prevalencia de los trastornos temporomandibulares en relación con las distintas maloclusiones relacionando, además con dolor, relación canina, chasquidos, guía anterior y hábitos bucales.

Según nuestros resultados obtenidos en la muestra, observamos que la relación molar clase I con un 51% del total de la muestra en conjunto con los pacientes que presentaron dolor, hábitos bucales, chasquidos a la apertura y cierre, y la línea media dental desviada.

Según Jiménez (2007, p.14-23) y Coresini (2005, p.345-352) los ruidos articulares se mostraron de modo dominante en sus pacientes lo cual concuerda con los resultados de lo obtenido en este estudio.

En correspondencia con los tipos de maloclusiones Rakosi y Graber (2008, p.144-148) Encontraron con mayor frecuencia dístomas e TTM en maloclusiones clase I y III. En nuestra investigación obtuvimos los mismos resultados.

En su estudio Sardiña M y col (2010, p. 38) Manifiestan que los principales factores de riesgo más notables en pacientes con trastornos temporomandibular fueron la las interferencias oclusales y los hábitos para funciones. Se concluyó que la oclusión dentaria incide en la aparición de trastornos temporomandibulares como factor de riesgo más común. Tomando cuenta este estudio realizado por estos dos autores, coincidimos que la oclusión dentaria y

los hábitos para funciones son unos de los factores que si tiene correlación con los trastornos temporomandibulares.

6.1 Conclusiones

- Se determinó que en la relación molar clase I de Angle existe mayor prevalencia los trastornos temporomandibulares.

- Al escuchar con el estetoscopio los ruidos articulares en la apertura y cierre, todo la muestra presento chasquidos y la mayoría de los pacientes manifestó con dolor.

- En basa a la relación molar clase I que fue la más prevalente, se observó la presencia significativa de hábitos bucales, tales como; onicofagia, empuje lingual y queilofagia, una guía canina clase I, la línea media dental sin coincidir y la guía anterior con una mordida cruzada posterior.

6.2 Recomendaciones

- En base a los resultados conseguidos de la presente investigación se recomienda lo siguiente:

- Debería dar mayor importancia al diagnóstico a los pacientes que presenten trastornos temporomandibulares que asiste a la clínica odontológica de la UDLA y ayudarlos con alternativas de tratamiento tales como, relajación muscular con masajes superficiales, tratamientos farmacológicos como analgésicos o antiinflamatorio.

- Así como también, una capacitación a los pacientes para que el mismo pueda realizar una rehabilitación física en casa.

- En un futuro se debería tomar en cuenta este estudio como base para seguir profundizando sobre los trastornos temporomandibulares y sus causas, para así obtener diversas alternativas de tratamiento a los pacientes que acuden al centro de atención odontológica UDLA

REFERENCIAS

- Antonarakis, G., Kalberer, N., Courvoisier, D., Scolozzi, P. (2017). Clinical predictive factors for temporomandibular disorders following combined orthodontic and orthognathic surgical treatment in patients with Class III malocclusion. *Cranio*. 27(1) doi: 10.1080/08869634.2017.1283764.
- Bergstrom, I., List, T., Magnusson, T.(2008). A follow-up study of subjective symptoms of temporomandibular disorders in patients who received acupuncture and interocclusal appliance therapy 18-20 years earlier. *Acta odontol scand* 66(2): 84-92 doi: 10.4103/0975-5950.79210
- Corsini, G., Fuentes, R. (2005). Determinación de los Signos y Síntomas de los Trastornos Témporomandibulares, en Estudiantes de 13 a 18 Años de un Colegio de la Comuna de Temuco, Chile. *Rev Morphol*. 23(4), 345-352
Recuperado de:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:d2eLQLSmqoJ:www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v23n4/art10.pdf+&cd=6&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec>
- Fernandes, P., Vasconcellos, H., Okeson, J. (2008). The anatomical relationship between the position of the auriculotemporal nerve and mandibular condyle. *Cranio* 21(3): 165-171 doi: 10.1371/journal.pone.0123120
- Fernández, C., Galan, F., Alonso, B. (2010). Referred pain from muscle trigger points in the masticatory and neck-shoulder musculature in woman with témporomandibular disorders. *J Pain* 11(12): 1295-1304 doi: 10.1016/j.jpain.2010.03.005
- Fernández, F., Cañigral, A., López, J., Brizuela, A., Moreno, I., Rio, j., and Vega, J.(2015). Influence of orthodontic treatment on temporomandibular disorders. A systematic review. *Rev J Clin Exp Dent*. 7(2), 320–327 doi: 10.4317/jced.52037
- Gauer, R., Michael, J., Womack Army Medical Center, Bragg, F., North, C. (2015). Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders. *Rev*

Am Fam Physician. 91 (6), 378-386 Recuperado de:
<http://www.aafp.org/afp/2015/0315/p378.html>

Gauer, R., Semidey, M. (2015). Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders. *Rev Am Fam Physician.* 91(6):378-386 Recuperado de:
<http://www.aafp.org/afp/2015/0315/p378.pdf>

Henrikson, T. (2010). Temporomandibular disorders and mandibular function in relation to Class II malocclusion and orthodontic treatment. A controlled, prospective and longitudinal study. *Swed Dent J Suppl* 134 (1) Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10380281>

Janson, G., Sathler, R., Freire, F., Castello, N., De Freitas, M (2013). Correction of class II malocclusion with class II elastics. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 143(3): 383-392 Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0056140/>

Jiménez, Z., De los Santos, L., Sáez, R., García, I. (2007). Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en la población de 15 años y más de La Habana. *Rev. Cubana Estomatológica.* 44(3) 14-23.

Kataoka, K., Ekuni, D., Mizutani, S., Tomofuji T., Azuma, T., Yamane, M., Kawabata, J., Iwasaki, Y., and Morita, M. (2015). Association Between Self-Reported Bruxism and Malocclusion in University Students: A Cross-Sectional Stud. *J Epidemiol.* 25(6) 423–430 doi: 10.2188/jea.JE20140180

List, T., Jensen, R. (2017). Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia.* 1 (3) doi: 10.1177/0333102416686302.

Manfredini, D., Lombardo, L., Siciliani, G. (2017). Dental Angle class asymmetry and temporomandibular disorders. *J Orofac Orthop.* doi: 10.1007/s00056-016-0079-4.

Marklund, S. Wanman, A. (2010). Risk factors associated with incidence and persistence of signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Acta odontol scand* 68(5):289-299 doi: 10.3109/00016357.2010.494621.

- Meghan, K., Murphy, B., Regina, F., MacBarb, B., Mark, E., Wong, D., and Kyriacos, A. (2013). Temporomandibular Joint Disorders. A Review of Etiology, Clinical Management, and Tissue Engineering Strategies. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 28(6): 393–414 Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4349514/>
- Méndeza, O., Hernández M., Sosab, A., Sánchez M, Iglesias, C., Ubaldo, L., Rojas, A y Ángeles, D. (2011). trastornos temporomandibulares. *Rev facultad de medicina UNAM*. 55(1):1-8 recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un121b.pdf>
- Millett, D., Cunningham, S., O'Brien, D., Benson, P., De Oliveira, C. (2012). Treatment and stability of class II division 2 malocclusion in children and adolescents. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 142(2): 159-169 Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0051069/>
- Muppa, R., Bhupathiraju, P., Duddu, M., Dandempally, M., and Karre, D.(2013). Prevalence and determinant factors of malocclusion in population with special needs in South India. *Department of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 31(2), 87-90 doi: 10.4103/0970-4388.115701
- Murrieta, J., Pérez, L., Allendelagua, R., Linares, C., Juárez, L. (2011). Prevalencia de chasquido en la ATM y su relación con el tipo de oclusión dental, en un grupo de jóvenes mexicanos. *Rev ADM*. LXVIII (5): pp. 237-243 Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od115f.pdf>
- Okeson, J. (2013). tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. (7.ª ed.). España: Elsevier Inc.
- Pérez, Y., Carmona, E. (2010). Maloclusiones y características clínicas de transtornos temporomandibulares en pacientes de la Clínica Manuel Ângulo. *Correo Científico Médico de Holguín*. 14(2). Recuperado de: <http://www.cocmed.sld.cu/no142/no142ori09.htm>

- Pullinger, A., Seligman, D., Solberg, D., (2010). Temporomandibular disorders. Part I: Functional status, dentomorphologic features, and sex differences in a nonpatient population. *The Journal of Prosthetic Dentistry* 59(2): 228-235 doi:10.1016/0022-3913(88)90019-4
- Quintero, M., Juárez, M., Espinosa, I., Martínez, J. y Vargas, H. (2009) Características bucodentales de pacientes con trastornos temporomandibulares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 47 (2): 189-192 Recuperado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im092n.pdf>
- Rakosi, T., Graber, T., Neuman, B. (2008). Aparatología Ortodoncia Removible. 2da ed. Buenos Aires: *Editorial Médica Panamericana*. p. 144-148.
- Reneker, J., Paz, J., Petrosino, C., Cook, C. (2011). Diagnostic accuracy of clinical tests and signs of temporomandibular joint disorders. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 41(6): 408-416 Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0035115/>
- Riga, M., Xenellis, J., Peraki, E. (2010). Aural symptoms in patients with temporomandibular joint disorders: multiple frequency tympanometry provides objective evidence of changes in middle ear impedance. *Otol neurotol* 31(9):1359-1364 doi: 10.1097/MAO.0b013e3181edb703.
- Rusanen J., Silvola A., Tolvanen M., Pirttiniemi P., Lahti S., and Sipilä, K. (2012). Pathways between temporomandibular disorders, occlusal characteristics, facial pain, and oral health-related quality of life among patients with severe malocclusion. *Eur J Orthod.* 34(4) 512-7 doi: 10.1093/ejo/cjr071
- Sardiña, M., Casas, J. (2010). Anomalías de la oclusión dentaria asociadas a la disfunción temporomandibular. *Rev Méd Electrón*;32(3). Recuperado de: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol3%202010/tema6.htm>
- Soto, L., De la torre, D., Aguirre, I., De la torre, E., (2013). Trastornos temporomandibulares en pacientes con maloclusiones. *Rev Cubana Estomatol* 50 (4): 772-783 Recuperado en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072013000400005&script=sci_arttext&lng=pt

Toffol, D., Pavoni, C., Baccetti, T., Franchi, L., Cozza, P. (2008). Orthopedic treatment outcomes in Class III malocclusion. *Angle Orthodontist* 78(3): 561-573 Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0026132/>

Valdés, M., Acosta, J. (2010). Anomalías de la oclusión dentaria asociadas a la disfunción temporomandibular. *Rev. Med. Electrón.* 32 (3) Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300006

ANEXOS

Anexo 1.

Cronograma

	SEMESTRE 2017-2			
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Inscripción del tema (inicio de TIT)	X			
Planificación (revisión de texto con tutor)	X			
Prueba Piloto		X		
Recolección definitiva de la muestra		X		
Análisis de resultados			X	
Redacción de la discusión			X	
Redacción del texto final				X

Anexo 2.

Presupuesto

RUBROS	VALOR
Estetoscopio	\$ 18
Materiales y Suministros	\$ 30
Viajes Técnicos	\$ 10
servicios (estadístico)	\$ 80
Entrega final de la tesis (borradores)	\$ 15
Total	\$ 153

Solicitud para el ingreso a clínica

Quito, 13 de Abril del 2017

Señor Doctor Eduardo Flores

Decano de la Facultad de Odontología Universidad de las Américas

Presente

De mi consideración:

Yo, Valeria Carolina Mendoza Suárez, con número de matrícula 602156, estudiante de la Facultad de Odontología, solicito a usted de la manera más respetuosa se me permita el ingreso a las instalaciones de la Clínica Odontológica de la Universidad de las Américas, para proceder con la recolección de las muestras e información que sea necesaria para el cabal cumplimiento de mi ensayo académico titulado "Prevalencia de trastorno temporomandibular en hombres y mujeres de 18 a 30 años en las distintas maloclusiones de la clínica odontológica de la udla en el periodo marzo abril del 2017".

Por su atención y su respuesta favorable a mi solicitud, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Valeria Carolina Mendoza Suárez

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Responsable: Dr. Christhiam Barzallo Estudiante Valeria Mendoza Suárez

Institución: Universidad de las Américas Facultad de Odontología

Teléfono: +593 (2) 3981000 ext. 7383 0983911961

Email: christiam.barzallo@udla.edu.ec vmendoza@udlanet.ec

Título del proyecto: Prevalencia de trastorno temporomandibular en hombres y mujeres de 18 a 30 años en las distintas maloclusiones de la clínica odontológica de la udla en el periodo marzo abril del 2017.

Invitación a participar:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en un ejercicio supervisado por un especialista y un estudiante, como parte de un curso en el que están inscritos.

PROPÓSITO

Establecer la prevalencia de trastornos temporomandibular en hombres y mujeres adultos de 18 a 30 años en las distintas maloclusiones de edad de la Clínica Odontológica UDLA de la Ciudad de Quito

PROCEDIMIENTOS

Para participar como paciente voluntario en el curso, usted debe tener de 18 años hasta 30 años, ser atendido en la Clínica de Especialidades Odontológicas-UDLA. Se realizarán tres tipos de procedimientos:

Test de conocimiento previo

- Se le preguntara al paciente si presenta dolor en la apertura y cierre bucal.

Además, si tiene algún hábito es particular. Por ejemplo, de comerse las uñas o mascar esferos.

.

Escuchar los ruidos articulares a la apertura y cierre

- Mediante un estetoscopio, se procederá a escuchar tanto del lado derecho como izquierdo la presencia de chasquidos.
- Se anotará en el formulario de recolección de datos si presenta o no ruidos articulares y en qué lado.

Fotos intraorales y extraorales

- Con la ayuda de abre bocas, se le tomara al paciente fotografías frontales y laterales.



Iniciales del nombre del

RIESGOS

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso, son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

BENEFICIOS Y COMPENSACIONES

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario del curso si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

ACUERDO:

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido

Nombre del Representante del
Paciente

Firma del Representante
del Paciente

Fecha

Nombre del Clínico Responsable

Firma del Clínico

Fecha

la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar voluntariamente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORIZACIÓN

Yo _____, quien suscribe este documento estoy de acuerdo en participar en el estudio "Prevalencia de trastorno temporomandibular en hombres y mujeres de 18 a 30 años en las distintas maloclusiones de la clínica odontología de la udla en el periodo marzo abril del 2017. "

Se me ha explicado que la participación es voluntaria y de no aceptar me retirare del estudio cuando yo considere, no afectara mis relaciones con el odontólogo, el que me seguirá atendiendo según las normas y leyes de la UDLA

Para que conste mi libre voluntad firmo este documento de autorización informado junto con el Odontólogo que me brindo las explicaciones.

FIRMA PACIENTE

FOTOGRAFIAS DE LA RECOLECCION DE LA MUESTRA

FOTOS INTRAORALES



Fotografia 1. Toma de perfil derecho



Fotografia 2. Toma de perfil izquierdo



Fotografia 3. Toma de perfil frontal



Fotografia 4. Toma de perfil derecho



Fotografia 5. Toma de Guia
Canina



Fotografia 6. Toma de Guia
Anterior

FOTOS EXTRAORALES



Fotografía 7. Toma de perfil derecho de perfil derecho



Fotografía 8. Toma de perfil anterior



Fotografía 9. Toma de línea media

