

PREVALENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR SEGÚN LAS DISTINTAS MALOCLUSIONES

Investigación realizada en la Unidad de Investigación en Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM)

* Evelyn Diaz Ochoa, ** Coronel Migdelise

*Odontólogo General. Universidad de Carabobo. Miembro de la Unidad de Investigación en Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM)

** Odontólogo General. Universidad de Carabobo.
Correo electrónico: evelyndiaz@hotmail.com

RESUMEN

El Propósito de la presente investigación fue determinar la Prevalencia de signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular en pacientes con diagnóstico de Maloclusión Clase I, II y III, que acudieron a la Unidad de Investigación en Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, en el período 2005 - 2006. Se desarrolló una Metodología de Investigación de tipo Descriptiva, de diseño no experimental transeccional, a través de una muestra de 57 pacientes con diagnóstico de Maloclusión dentaria Clase I, II y III se pudo obtener como resultado la presencia de Signos y Síntomas de Disfunción Temporomandibular en un 87,7% de la muestra, la cual fue Intrameniscal Tipo II la que con mayor porcentaje se manifestó y con respecto a su mayor prevalencia se observó en los pacientes con Maloclusión Clase II en un 90,9%. El Signo clínico más común fue el ruido articular que se encontró en un 87,71% con mayor prevalencia en los pacientes con Maloclusiones Clase II con un 90,9%. Siendo el Síntoma más usual el dolor muscular, el cual se evidenció en un 80,70% de los pacientes, obteniendo mayor prevalencia del mismo en Maloclusiones Clase III con un 84,21%. En Conclusión, los pacientes con Maloclusiones Clase I, II y III presentaron signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular, pero éstos se presentaron en mayor proporción en los pacientes con Maloclusiones Clase II y Clase III.

Palabras Clave: Maloclusión, disfunción temporomandibular, ruido articular, dolor muscular

ABSTRACT

The Purpose of the present investigation was to determine the prevalence of signs and symptoms of Temporomandibular Dysfunction in patient with diagnostic of Malocclusion Class I, II and III, who went to the Unit of Investigation in Craneomandibular Disorders (UNICRAM) of the Dentistry Faculty of the University of Carabobo, in the period 2005 - 2006. Develops a Methodology of Descriptive type Investigation, of non experimental transeccional design, through a sample of 57 patients with diagnose of Malocclusion it would Class I, II and III could obtain as result the presence of Signs and Symptoms of Dysfunction Temporomandibular in 87,7% of the sample, which was Intrameniscal Type II the one that showed with more percentage and with regard to their biggest prevalencia it was observed in the patients with Maloclusión Class II in 90,9%. The most common clinical Sign was the noise to articulate that it was in 87, 71% with more prevalencia in the patients with Maloclusiones Class II with 90, 9%. Being the most usual Symptom the muscular pain, which was evidenced in 80, 70% of the patients, obtaining bigger prevalencia of the same in Malocclusions Class III with 84, 21%. In Conclusion, the patients with Maloclusiones Class I, II and III display signs and symptoms of Temporomandibular Dysfunction, but these appeared in greater proportion in the patients with Maloclusiones Class II and Class III.

Key words: Malocclusion, temporomandibular dysfunction, articular noise, muscular pain

INTRODUCCIÓN

La oclusión normal se refiere a la situación óptima de contacto de los dientes superiores e inferiores durante el cierre de las arcadas y durante los movimientos funcionales, es decir, la alineación anatómica de los dientes en la arcada y su relación armónica con el resto del sistema masticatorio.¹

Según Okeson⁹, la ubicación de los dientes determina la posición del cóndilo en la fosa articular (cavidad glenoidea), por lo cual si existe normoclusión el cóndilo estará en relación céntrica, que viene a ser una posición músculo-esquelética donde existe descanso neuro-muscular.

Ahora bien, si la Maloclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, la cual no tiene una causa única, debido a que involucra muchos factores diferentes, incluyendo los genéticos y los ambientales, ésta lógicamente, genera patrones de mordida anormales donde la función se ve interrumpida, determina que no se cumple la posición intercuspídea adecuada y se modifica la posición de la mandíbula, trayendo como consecuencia que los cóndilos no ocupen la posición estable en el disco articular y en las fosas, generándose así una inestabilidad ortopédica acompañada de desplazamientos discales que generan efectos negativos sobre las estructuras articulares, además de movimientos inusuales al intentar conseguir una nueva estabilidad, que al ser tolerada por el sistema no producirá consecuencias y no aparecerá ningún efecto clínico. Sin embargo cuando la Maloclusión es importante, se genera una tensión sobre los dientes, la mandíbula y los músculos, creando una respuesta en el Sistema Articular en forma de signos y síntomas asociados con la Disfunción Temporomandibular.⁹

Estos signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular, van desde cefaleas, sensibilidad de los músculos masticadores al

palparlos, desviación de la trayectoria mandibular, limitación de los movimientos mandibulares con dificultad durante la masticación, ruidos articulares tipo click o crepitación con o sin sensibilidad, acompañados en algunos casos, de otalgia, tinnitus y vértigo³.

Al existir una inestabilidad ortopédica por una Maloclusión, además de los signos y síntomas en la articulación temporomandibular y estructuras relacionadas con la función articular, se puede producir el remodelado articular, el cual puede ser compensado o bien terminar en una enfermedad artrítica aguda o crónica con reabsorción de las corticales articulares, afectando no sólo las estructuras óseas, sino también, destruyendo el disco, así como espasmos musculares. Si se acompaña de lesiones o enfermedades sistémicas pueden resultar en degeneraciones osteocartilaginosas con desplazamiento persistente del disco articular².

La Maloclusión es un problema de salud pública muy frecuente en la población en general que trae consigo la Disfunción Temporomandibular, la cual por sus características puede ocasionar incapacidad y ausentismo laboral, disminuyendo la calidad de vida del paciente al no funcionar correctamente el sistema masticatorio, tanto desde el punto de vista funcional como psicológico, ya que además de involucrar la estética general de los dientes, maxilares y la cara, afecta la salud y el bienestar del individuo⁷.

Existen tres tipos de Maloclusiones: Clase I (Normoclusión), caracterizada por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes, donde la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar permanente inferior, pero con mal posiciones individuales de los dientes, anomalías en las relaciones verticales, transversales o desviación sagital de los incisivos.⁴

Las Maloclusiones Clase II (Distoclusión) se identifican por la relación distal de los primeros molares inferiores, donde el surco vestibular del primer molar permanente inferior esta por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. Por lo cual el arco dentario superior se encuentra protuído y el inferior se encuentra retraído⁴.

Las Maloclusiones Clase III (Mesioclusión), se caracterizan por una posición mesial de la arcada dentaria inferior con respecto a la arcada superior, donde el surco vestibular del primer molar permanente inferior esta por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, existiendo una relación de los incisivos con mordida cruzada anterior o contacto borde a borde⁴.

Como antecedentes de esta investigación se revisaron entre otras, un estudio realizado en la Universidad Central de Venezuela por Di Santi y Vázquez⁶ titulado "Maloclusión Clase I: Definición, Clasificación, Características Clínicas y Tratamiento" y otro en la Universidad de Carabobo llevado a cabo por Achan y Álvarez¹ cuyo titulo era "Incidencia de Signos y Síntomas de Trastornos Temporomandibulares en estudiantes del primer año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo que presentan apiñamiento dentario"; en ambos se observó que la presencia de signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular estaba asociada a las Maloclusiones; por lo cual en la presente investigación se buscó determinar la Prevalencia de los Signos y Síntomas de Disfunción Temporomandibular en las Maloclusiones Clase I, II y III; para así poder conocer en cual de las maloclusiones se observan más estos signos y síntomas de disfunciones, y cual de ellos es el que con mayor frecuencia se presenta.

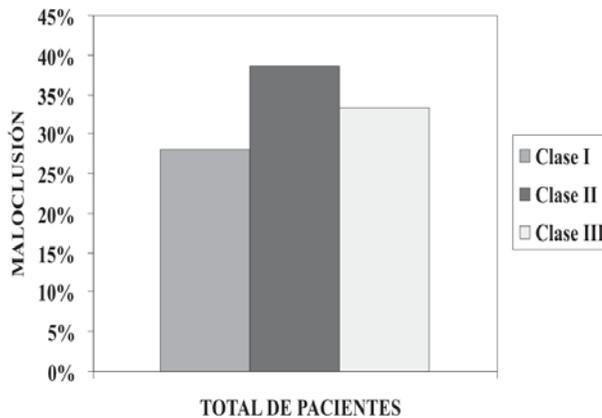
MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se desarrolló a través de una investigación Descriptiva de tipo transeccional ya que los datos se tomaron al momento de la elaboración de la Historia Clínica de los pacientes que acudieron a la Unidad de Investigación en Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM) Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el período 2005 - 2006. Dichos datos fueron recolectados en un solo momento, sin llevar a cabo un seguimiento y de esta forma se obtuvieron los datos pertinentes a la investigación, como lo son el tipo de Maloclusión que presentó el paciente y los signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular. De la población que asiste a la UNICRAM se tomó una Muestra no Probabilística Intencional, constituida por 57 pacientes, cuya selección se hizo obedeciendo el criterio de inclusión establecido por los investigadores que fue la presencia de maloclusiones dentarias definidas por su relación molar (llave de angle); por lo tanto quedaron excluidos aquellos pacientes que no presentaron maloclusión y a quienes el registro de la relación molar no fue posible tomarse por la ausencia de primeros molares permanentes. En los pacientes de la muestra se determinó la frecuencia con la que se presentaron los signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular en cada una de las Maloclusiones. Para la recolección de datos se empleó como instrumento, la Historia Clínica de UNICRAM. El procesamiento y análisis de los datos se realizó para ser presentados en cuadros estadísticos y gráficos de barras, lo que permite observar la manifestación de las variables y su significación estadística.

RESULTADOS

GRÁFICO 1.

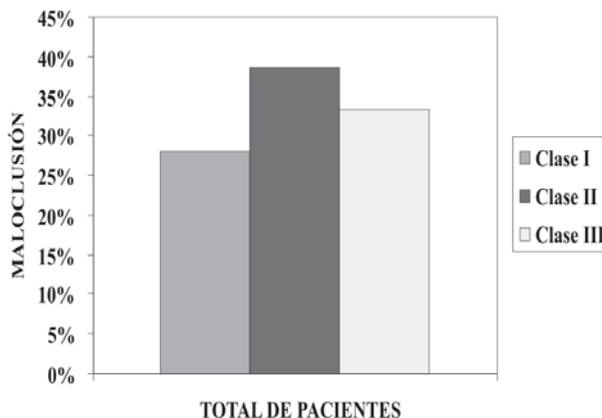
Distribución de los pacientes con diagnóstico de Maloclusión Clase I, II y III.



La muestra conformada por 57 pacientes con diagnóstico de maloclusión quedó distribuida de la siguiente manera; los pacientes con diagnóstico de Maloclusión Clase I corresponden a un 28,07%, con Clase II en un 38,59% y con Clase III en un 33,33%.

GRAFICO 2.

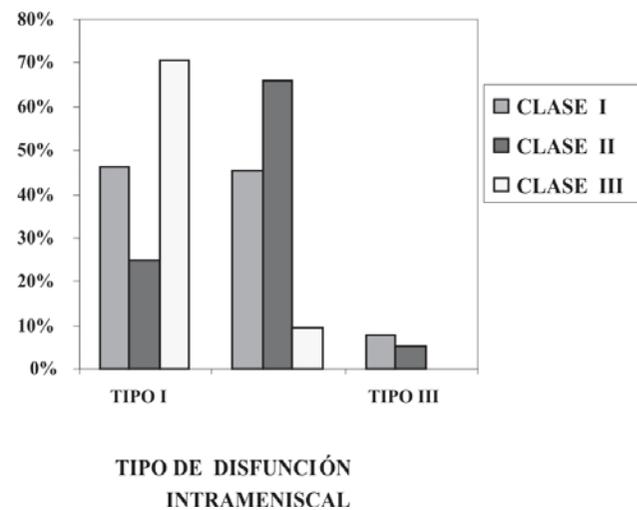
Distribución de los pacientes con presencia de Disfunción Temporomandibular Intrameniscal según las Clases de Maloclusión.



En este gráfico se evidencia que de los pacientes con Maloclusión el 87,7% presentó signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular (DTM), mientras que el 12,28% no y en cuanto a la prevalencia se pudo observar que los pacientes con Maloclusión Clase I presentaron signos y síntomas de DTM en un 81,25%, los pacientes con Maloclusión Clase II en un 90,90% y los pacientes con Maloclusión Clase III en un 33,33% de la muestra.

GRÁFICO 3.

Distribución de los pacientes con presencia de Disfunción Temporomandibular Intrameniscal y sus tipos según las Clases de Maloclusión.

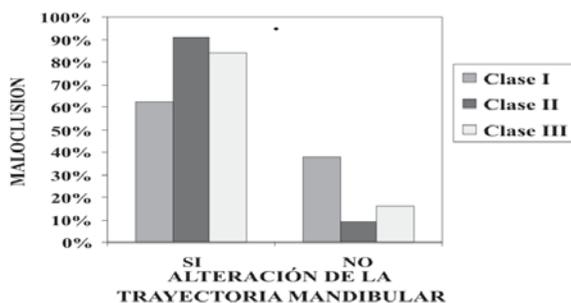


De acuerdo a tipo de Disfunción Temporomandibular Intrameniscal (DTI), el 46% fue diagnosticado con tipo I, el 50% tipo II y el 4% tipo III. Al observar la prevalencia de los pacientes con Maloclusión Clase I, se pudo contemplar que el 81,25% presentó DTI, de los cuales el 46,15% fue tipo I, el 46,15% tipo II y, el 7,69% tipo III. Así mismo de los pacientes con Maloclusión Clase II el 90,90% presentó DTI y de esos pacientes el 25% fue tipo I, el 65,70% II y, el 5% tipo III. Concomitantemente se observó que de los pacientes con Maloclusión Clase III el 89,47% presentó DTI, y de esos pacientes el

70,58% fue tipo I, el 29,41% tipo II, no encontrándose dicha alteración el tipo III.

GRÁFICO 4.

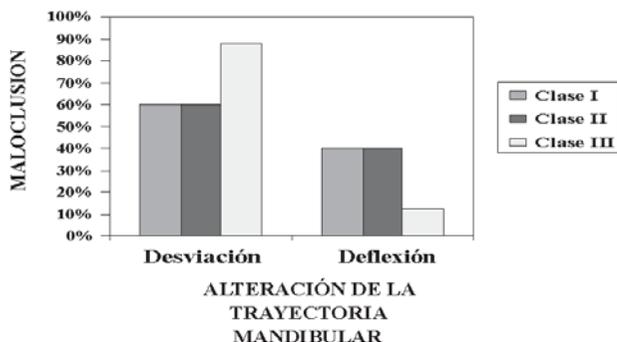
Distribución de los pacientes con presencia de Alteración de la Trayectoria Mandibular según las Clases de Maloclusión.



La Alteración de la Trayectoria Mandibular se manifestó en el 80,70% de los pacientes, con una mayor prevalencia en pacientes con Maloclusión Clase II en un 90,9%, seguido por los pacientes con Maloclusión Clase III en un 84,21% y por último pacientes con Maloclusión Clase I que lo presentaron en menor porcentaje de 62,5%.

GRÁFICO 5.

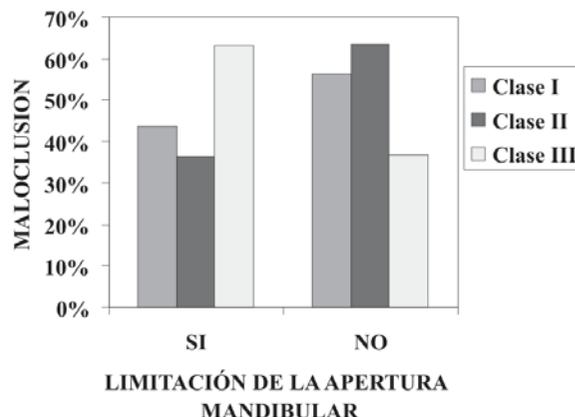
Representación Gráfica de la Distribución de los pacientes con presencia de Alteración de la Trayectoria Mandibular y sus tipos según las Clases de Maloclusión.



Del tipo de Alteración de la Trayectoria Mandibular el 69,56% presentó desviación y el 30,43% deflexión. En cuanto a la prevalencia según las clases de Maloclusiones, de los pacientes con Maloclusión Clase I que presentaron Alteración de la Trayectoria Mandibular, el 60% presentó desviación, mientras que un 40% deflexión, manteniéndose estos mismos valores en el caso de las Maloclusiones Clase II, a diferencia de los pacientes con Maloclusión Clase III donde la desviación de la trayectoria mandibular corresponde al 87,5% mientras que la deflexión se evidenció en un 12,5% de los pacientes.

GRÁFICO 6.

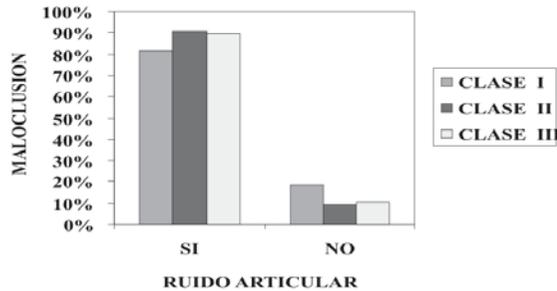
Representación Gráfica de la Distribución de los pacientes con presencia de Limitación de la Apertura Mandibular según las Clases de Maloclusión.



Del total de pacientes con Maloclusión el 47,36% presentó Limitación de la Apertura Mandibular y el 52,63% no la presentaron; en cuanto a la prevalencia, los pacientes con diagnóstico de Maloclusión Clase I lo presentaron en un 43,75%, los pacientes con Maloclusión Clase II en un 36,3% y los pacientes con Maloclusión Clase III en un 63,15%.

GRÁFICO 7.

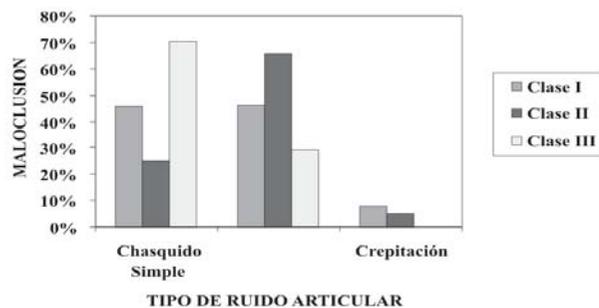
Representación Gráfica de la Distribución de los pacientes con presencia de Ruido Articular según las Clases de Maloclusión.



De los pacientes con Maloclusión el 87,71% presentó como signo de Disfunción Temporomandibular el Ruido Articular, en relación a la prevalencia se encontró que de los pacientes con Maloclusión Clase I, el 81,25% presentó Ruido Articular, el cual se ve aumentado a un 90,90% en los pacientes con Maloclusión Clase II, manteniéndose en valores aproximados en los pacientes con Maloclusión Clase III con un 89,47%.

GRÁFICO 8.

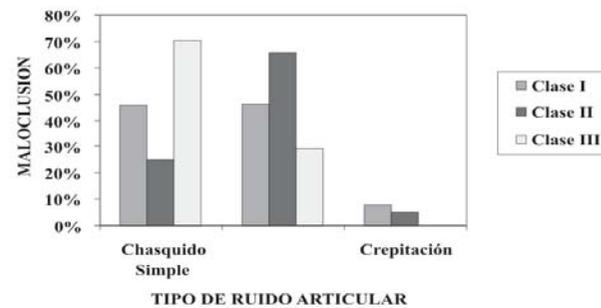
Representación Gráfica de la Distribución de los pacientes con presencia de Ruido Articular y sus tipos según las Clases de Maloclusión.



En este gráfico se observa que los pacientes con Maloclusiones Clase I, II y III, presentaron en un 46% Ruido Articular tipo click o chasquido simple, en un 50% chasquido o click reciproco y un 4% de la muestra presentó crepitación. En cuanto a la prevalencia los pacientes con Maloclusión Clase I presentaron Ruido Articular tipo click o chasquido simple en un 46,15%, seguido de un Ruido Articular tipo click o chasquido reciproco con un 46,15% y con crepitación en un 7,69%; lo cual varía en los pacientes con Maloclusión Clase II donde el Ruido Articular que se presenta con mayor proporción es el chasquido reciproco en un 65,70%, ubicándose solo un 25% articular ruido tipo click o chasquido simple y la mínima proporción con 5% para la crepitación. Así mismo se observa una variación en los pacientes con Maloclusiones Clase III donde el mayor porcentaje se observa con respecto al Ruido Articular tipo click o chasquido simple en un 70,58% y el click o chasquido reciproco en 24,41%, no evidenciándose crepitación en este grupo de pacientes.

GRÁFICO 9.

Distribución de los pacientes con presencia de Síntomas de Disfunción Temporomandibular según las Clases de Maloclusión.



La lectura de este grafico evidencia que de los Síntomas de Disfunción Temporomandibular el Dolor Muscular se presentó en un 80,70%, seguido de Dolor en la Articulación Temporomandibular en un 71,92%, quedando de

último posición las Cefaleas en un el 45,60%. En relación a la prevalencia los pacientes con Maloclusión Clase I, se mantuvo la ubicación de los síntomas de mayor a menor, donde el 81,25% de los pacientes presentó Dolor Muscular, el 68,75% Dolor Articular y por último el 50% presentó Cefaleas; lo mismo se evidenció en los pacientes con Maloclusión Clase II donde el mayor porcentaje lo representa el Dolor Muscular y el Dolor Articular con un 77,27%, respectivamente, y por último el síntoma de Cefaleas con un 63,63%. En los pacientes con Maloclusión Clase III es el Dolor Muscular el síntoma de mayor prevalencia en los pacientes con un 84,21%, seguido por Dolor Articular en un 68,42% y de último la Cefalea con un 47,36%.

DISCUSION

De los 57 pacientes pertenecientes a la muestra, el 87,7% presentó signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular, lo cual refleja el alto porcentaje de pacientes con Maloclusiones que padecen de dicha Disfunción. Ahora bien, en cuanto a la prevalencia, los pacientes con diagnóstico de Maloclusión Clase I presentaron Disfunción Temporomandibular en un 81,25%, lo que concuerda con los resultados obtenidos por Achan y Álvarez¹ donde todos los pacientes con Maloclusión Clase I presentaron dichos signos y síntomas.

Así mismo, los pacientes con Maloclusión Clase II presentaron Disfunción Temporomandibular en un 90,9%, siendo este grupo de pacientes los que presentaron mayor prevalencia de dichos signos y síntomas Y los pacientes con Maloclusión Clase III presentaron diagnóstico de Disfunción Temporomandibular en un 89,9%. Estos resultados reflejan la influencia negativa que tiene la maloclusión sobre la armonía del Sistema Articular, donde la relación sagital anómala de la arcada mandibular ocasiona inestabilidad ortopédica de los cóndilos en la fosa de la Articulación Temporomandibular⁹. En cuanto a la mayor prevalencia en las Maloclusiones Clase II

se puede decir, que es debido a que relación molar incorrecta de la arcada inferior con la arcada superior lo que ocasiona patrones de mordida inadecuados y una posición retraída de la mandíbula y de los condilos en la fosa mandibular y esto exacerba la presencia de los signos y síntomas.

Al estudiar la prevalencia de los tipos de Disfunción Temporomandibular Intrameniscal (DTI) el que con mayor porcentaje se presentó fue la tipo II en un 50%, lo que concuerda con la investigación realizada por Fasanella y Carvallo⁸ de la Universidad de Carabobo donde el mismo fue predominante con un 49,02%.

Con respecto a la prevalencia de estos tipos de disfunción en relación a las Maloclusiones, en la Clase I se presentó en mayor porcentaje la DTI tipo I y tipo II; en las Maloclusión Clase II con mayor porcentaje la DTI tipo II y en los pacientes con Maloclusión III el mayor porcentaje se observó en los DTI tipo I; no se encontraron investigaciones que relacionen los tipos de Disfunciones Intrameniscales con las Maloclusiones I, II y III, para poder asociarlas con esta investigación.

Al estudiar por separado cada uno de los signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular, la Alteración de la Trayectoria Mandibular se observó en un alto porcentaje (80,70%) de los pacientes estudiados, el alto porcentaje con el que se presenta este signo, se corrobora con la investigación realizada por Fasanella y Carvallo⁸ de la Universidad de Carabobo donde se presentó en un 97,01% de la muestra estudiada. Con respecto a la prevalencia, los pacientes con diagnóstico de Maloclusión Clase II presentaron en mayor porcentaje la Alteración de la Trayectoria Mandibular (90,9%), lo cual se explica según Okeson⁹ por la inestabilidad ortopédica que ocasiona alteración muscular o ligamentosa que se manifiesta como una hipomovilidad unilateral y a la epasticidad de los músculos de la cara y cuello que se encuentran en un estado de

acortamiento reversible que altera la trayectoria mandibular durante los movimientos funcionales.

La alteración de la trayectoria mandibular se clasifica en dos tipos: Desviación y Deflexión, al evaluarse la presencia de cada una, se evidenció que la desviación se presentó en mayor número de pacientes con respecto a la deflexión; en los pacientes con Maloclusión clase I el 60% mostró desviación, mientras que un 40% deflexión, manteniéndose estos mismos valores en el caso de las Maloclusiones Clase II, a diferencia de los pacientes con Maloclusión Clase III donde la desviación de la trayectoria mandibular corresponde al 87,5% mientras que la deflexión se evidenció en un 12,5% de los pacientes. Se puede observar que la desviación fue el tipo de Alteración de la Trayectoria Mandibular que se presentó en los pacientes con una mayor frecuencia, siendo mayor el porcentaje en los pacientes con Maloclusión Clase III, que según Okeson⁹ se debe a la elasticidad de los músculos que se encuentran afectados por la inestabilidad ortopédica que ocasiona la posición protuída de la mandíbula.

El signo de Limitación de la Apertura Mandibular a pesar de no presentarse en un gran porcentaje de la población, los resultados (47,36%) son similares al encontrado en la investigación de Fasanella y Carvallo⁸ de la Universidad de Carabobo donde se encontró en un 46,03%. En cuanto a la prevalencia los pacientes que presentaron mayor porcentaje de Limitación de la Apertura Mandibular fueron los que tienen diagnóstico con Maloclusión Clase III. La Limitación de la Apertura Mandibular en estos pacientes se explica por lo dicho por Echeverri⁷ cuando afirma que la inestabilidad ortopédica afecta la actividad muscular lo que produce un aumento de la actividad gamma en varias fibras musculares y los husos musculares se hallan acortados y los propioceptores descargan de manera permanente, incrementando el tono de las fibras musculares por lo cual corre la restricción de la movilidad (hipomovilidad) y por

ende existe una disminución en la amplitud y velocidad de los movimientos.

Otro de los signos estudiados es el Ruido Articular, siendo este signo el más importante porque el determina el tipo de Disfunción que presentaron los pacientes, con un alto porcentaje (87,71%) levemente superior al encontrado en la investigación de Fasanella y Carballo⁸ de la Universidad de Carabobo donde se presentó en un 79,7%. Su mayor prevalencia se observó en los pacientes con Maloclusión Clase II; sin embargo este signo es común en todas las Maloclusiones, por lo tanto se puede decir que estas son capaces de ocasionar pérdida de la relación armónica en el movimiento mandibular, por lo cual no hay un correcto acoplamiento entre el cóndilo mandibular y el disco articular por anteriorización del menisco con respecto al cóndilo y ocurre una recapturación del disco por parte del cóndilo al momento de la apertura y cierre mandibular que se percibe en forma de Ruido Articular.⁸

El Ruido Articular se clasifica en click o chasquido y crepitación, donde el primero, se clasifica a su vez, en chasquido o click simple y chasquido o click recíproco. Entre el click y la crepitación el que se presentó en mayor porcentaje, fue el primero, mientras que el porcentaje de la crepitación resultó muy bajo; resultados similares a los obtenidos por Fasanella y Carvallo⁸ de la Universidad de Carabobo, donde predominaron los ruidos tipo click o chasquido bien sea en apertura o cierre en la muestra estudiada, este tipo de Ruido se produce en la Disfunción Intrameniscal con reducción donde el proceso patológico ocasiona la anteriorización del disco con respecto al cóndilo, el cual busca recapturarlo cuando se realiza un movimiento mandibular en apertura y cierre ocurriendo un salto que se percibe como un Ruido tipo click o chasquido.

También es importante señalar que el bajo porcentaje con el que se presentó el Ruido tipo crepitación puede deberse a la edad de los

pacientes de la muestra (jóvenes) ya que este tipo de Ruido se puede presentar en los pacientes con edad avanzada o cuando se han producido micro traumas de muy larga data a nivel de la articulación.⁸

En cuanto a la prevalencia, los pacientes con Maloclusión Clase I presentaron con mayor porcentaje el Ruido Articular tipo click o chasquido simple y en los pacientes con Maloclusión Clase II fue el Ruido Articular tipo click o chasquido recíproco el que más se evidenció. Así mismo se observa una variación en los pacientes con Maloclusiones Clase III donde el mayor porcentaje se observa con respecto al Ruido Articular tipo click o chasquido simple, no evidenciándose crepitación en este grupo de pacientes.

Con respecto a los Síntomas de Disfunción Temporomandibular involucrados en este estudio como son: Dolor Muscular, Dolor en la Articulación Temporomandibular y Cefaleas, el Dolor Muscular se manifestó en mayor proporción, seguido del Dolor en la Articulación Temporomandibular, quedando de último posición las Cefaleas. Estos resultados fueron similares a los obtenidos en la investigación de Fasanella y Carvallo⁸ de la Universidad de Carabobo donde el Dolor Articular se presentó en un 80% de la muestra y las Cefaleas en un 56,5%. En cuanto a la prevalencia en el Dolor muscular se presentó con mayor porcentaje en los pacientes con Maloclusión Clase III.

Es decir, que para todas las Maloclusiones el síntoma de Disfunción Temporomandibular que con mayor frecuencia se presenta es el Dolor Muscular, lo cual coincide con la investigación realizada por Di Pillo y di Batista⁵ y lo expresado por Echeverri⁷ cuando dicen que el síntoma específico que se manifiesta en el Trastorno Temporomandibular es el Dolor Miofacial y que se debe principalmente a las interferencias oclusales que producen desarmonía y modificaciones agudas del estado oclusal que afecta la actividad muscular y se manifiesta con

la formación de nuevos engramas musculares que surgen para evitar los contactos nocivos, que si no se produce aparece el dolor muscular⁹.

CONCLUSIONES

- De los pacientes que acudieron a la Unidad de Investigación en Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, en el período 2005 - 2006, con características de Maloclusión Clase I, II y III la mayoría presentaron signos y síntomas de Disfunción Temporomandibular.
- La mayor prevalencia de dichos signos y síntomas se mostró en los pacientes con Maloclusión Clase II.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Achan A. V. y Álvarez F. A. Incidencia de signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en estudiantes del primer año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo que presentan apiñamiento dentario durante el período 2004 y 2005 [Tesis de Grado]: Universidad de Carabobo; 2005.
2. Albertini J. S., Alonso A. A, Bechelli A. H. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 1999.
3. Ash, M. M; y Ramfjord, S. Oclusión y articulación temporomandibular. 4th ed. México: McGrawHill; 1996.
4. Canut B., J. A. Ortodoncia clínica y terapéutica. Barcelona, España: Masson; 2000.
5. Di Batista A y Di Pillo M. (2001). Tratamientos Actualizados Empleados en los Trastornos Temporomandibulares: Universidad de Carabobo; 2001. (En Español: [Tesis de Grado])

6. Di Santi de MJ y Vázquez, V. Maloclusión Clase I: Definición, Clasificación, Características Clínicas y Tratamiento. [Trabajo de Grado en el Internet]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2003 [Citado el 22 de Marzo del 2005]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/maloclu-sión_clase_i_definición_clasificación_características.asp.
7. Echeverri, Sencherman. Neurofisiología de la oclusión. Colombia: 1993.
8. Fasanella M. R. y Carvallo G. Diseño de una Propuesta de tratamiento alternativas en las disfunciones temporomandibulares en pacientes que acuden a la Unidad de Trastornos Craneomandibulares (UNICRAM) [Trabajo de Ascenso]. Universidad de Carabobo; 2002.
9. Okeson, J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 4ta ed. Madrid España: Ediciones en Español; 1999.

* Evelyn Diaz Ochoa, ** Coronel Migdelise

Recibido: 1/11/06 • Aceptado: 16/01/07