

**I. NOMBRE DEL TRATAMIENTO Y CODIGO – CIE 10: ELABORACIÓN DE PLACAS OCLUSALES NEUROMIORALAJANTES**

**II. DEFINICION**

Aparato de protección de cubrimiento del arco superior o inferior completo provee protección, estabilidad, función y soporte, para el manejo de problemas musculares, de ATM y oclusales

**III. OBJETIVO**

Construir una guía que suministre al profesional una orientación que le brinde la posibilidad de dar una atención segura a sus pacientes en lo relacionado con la elaboración de placas neuromiorelajantes

**IV. JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad, una de las causas frecuentes de consulta es sintomatología a nivel muscular o articular o desgaste dental. A partir de esta situación, se han propuesto diversos métodos de manejo, pero es importante que el tratamiento tenga una base diagnóstica sólida y aplicándola con un fundamento académico basado en la evidencia. Por lo que se considera necesario, organizar y socializar una guía de manejo para la elaboración de placas neuromiorelajantes

**V. POBLACION OBJETO**

Pacientes con dentición permanente mayores de 16 años a quienes por diferentes razones deba realizárseles placas neuromiorelajantes

## **VI. ALCANCE**

Alcance diagnóstico de patologías articulares no congénitas, sino derivadas de problemas oclusales o problemas musculares derivados de hipertonicidad que afecte la función oclusal y alcance terapéutico sólo interceptivo, no invasivo o preventivo y remisión a especialistas de cada área ya sea de odontología, medicina o psicología

Para pacientes adultos mayores de 16 años que consulten para valoración y tratamiento no invasivo, que presenten alguna de estas condiciones y entre las opciones de tratamiento sea éste el más indicado o sirva como una etapa de tratamiento de patologías en fase aguda, o como herramienta diagnóstica o como protección oclusal posterior a la culminación de un tratamiento:

1. Dolor y/o cansancio referido a los músculos masticadores. Al hombro, el cuello, a la nuca, o cráneo.
2. Dolor a nivel de la A.T.M. unilateral o bilateral, que puede ser espontáneo, al comer al abrir y cerrar la boca, o al efectuar cualquier movimiento mandibular.
3. Ruidos articulares al abrir y cerrar la boca o al efectuar cualquier movimiento mandibular
4. Dificultad para la apertura normal
5. Dificultad para ejercer el movimiento de cierre después de aperturas amplias y prolongadas de la boca (bostezo, carcajada y atención odontológica prolongada).
6. Cambios volumétricos a nivel de maseteros uni o bilateralmente.
7. Cefalea, Otagia, Hipoacusia, Tinnitus o Vertigos y/o mareos
8. Pulpitis asociada a trauma oclusal
9. Facetas de desgaste asociadas a parafunción
10. Atrición, o abfracciones de los dientes (asociados a trauma oclusal)
11. Movilidad dentaria (asociada a trauma oclusal)

Estas condiciones pueden ser diagnosticadas y tratadas en la clínica de pregrado y de post-grado de la facultad y el manejo de patología de mayor

complejidad en el post-grado de cirugía oral y maxilofacial, hasta cumplir con los criterios de alta expuestos en esta guía.

## **VII. NIVEL DE ATENCIÓN:**

- Primer Nivel de Atención I 1, I 2, I 3, I 4 – Ambulatoria

### **Recurso Humano**

Personal Responsable: Docente Odontólogo

Estudiante Odontología Pre-grado

Estudiante Odontología Post-grado

## **VIII. CONSIDERACIONES GENERALES**

### **HALLAZGOS AL EXAMEN CLINICO**

1. Hipersensibilidad o dolor muscular a la palpación. Pálpense en reposo y en actividad los músculos masticadores, cuello, nuca y cráneo.
2. Hipersensibilidad o dolor a la palpación a nivel de la **A.T.M.** Pálpese cada articulación en reposo y durante los diferentes movimientos mandibulares, en su parte lateral (delante del tragus) y posterior (por el conducto auditivo externo)
3. Ruidos articulares. Ausculte cada articulación durante el movimiento de apertura y cierre por delante del tragus, determine si existe chasquido único o múltiple, brinco o crepitación.
4. Anormalidad en el rango y calidad de los movimientos mandibulares
5. Instruya al paciente sobre los diferentes movimientos, antes de registrar los siguientes movimientos
6. Mida la apertura interincisal, promedio normal 45-55 mm. Mida movimientos de lateralidad derecha e izquierda, promedio mas o menos 7mm. Si está el valor aumentado, registre hipermovilidad indicando en qué movimiento.

7. Historia de luxación. Haberse quedado con la boca abierta sin poderla cerrar voluntariamente.
8. Historia de subluxación, esporádicamente se ha quedado con la boca abierta, pero manipulándola por sí mismo la ha podido cerrar.
9. Cambios volumétricos de músculo masetero o temporal uni bilaterales
10. Si existe aumento en volumen, registre hipertrofia. Si existe disminución atrofia
11. Desequilibrio muscular oro-facial. El tono de los músculos orofaciales puede estar normal y encontrarse en hipertonicidad o hipotonicidad.
12. Asimetría Facial
13. Contactos prematuros que ocasionan discrepancia entre relación céntrica y oclusión habitual. Manipule el maxilar inferior suavemente hacia atrás y observe el movimiento de cierre, registre y ubique, si existe un contacto prematuro que produzca un deslizamiento del maxilar inferior en sentido posteroanterior, anterolateral o combinado.
14. Interferencias oclusales en los movimientos de lateralidad y protrusiva
15. Desviación mandibular a la apertura. Pida al paciente que efectúe el movimiento de apertura y observe si existe alguna desviación mandibular, pero que en máxima apertura las líneas medias se alineen. Si esto ocurre, regístrelo como desviación a la apertura.
16. Deflexión mandibular. Solicite al paciente que efectúe el movimiento de apertura. Si desvía totalmente hacia un lado en máxima apertura sin centrar las líneas medias facial-mandibular, regístrelo como deflexión mandibular derecha e izquierda.
17. Hábito de respiración bucal o interposición de objetos en la boca o de rechinar o apretar los dientes, de deglución atípica y/o hábitos nocivos linguales
18. Maloclusión y/o malposición dentaria
19. Facetas de desgaste en anteriores y/o posteriores asociados a parafunción
20. Iatrogenia. Obturaciones altas, aparatos protésicos interfiriendo en la oclusión etc.

21. Dolor a la percusión y/o dolor a cambios térmicos asociados con trauma oclusal (pruebas de vitalidad)
22. Exposición a necrosis pulpar, asociados con trauma oclusal
23. Fisura o erosiones a nivel cervical, asociado con trauma oclusal (atrición)
24. Movilidad dental asociada a trauma oclusal
25. Retracciones o recesiones gingivales asociados a trauma oclusal
26. Estado emocional que puede estar asociado a parafunción

## **ORDENES DE SERVICIO**

RX. Juego periapical completo, Radiografía panorámica, o si es necesario tomografía lineal

## **INTERCONSULTA CON OTORRINOLARINGOLOGÍA**

- Fisioterapia
- Evaluación músculo esquelética de A.T.M.
- Evaluación a nivel de dolor
- Terapia del lenguaje
- Evaluación de deglución  
Examen de respiración funcional (Identificar posibles causas de respiración bucal)
- Evaluación de la dinámica funcional de los músculos orofaciales
- Audiometría

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

- Rayos X periapical. Valorar los efectos del trauma oclusal tales como:
- Espacio de ligamento periodontal ensanchado
- Zonas radiolúcidas a nivel del hueso de soporte (perdida a nivel de la cresta ósea)

- Necrosis pulpar
- Hipertrofia cementaria
- Retracción pulpar
- Obliteración de la cámara pulpar
- Malformaciones radicales de raíces en crecimiento
- Analizar resultados de Otorrinolaringología
- Terapia del lenguaje
- Desequilibrio muscular orofacial endo y exobucal
- Deglución atípica
- Identificación de alteraciones en el oído medio

## **INTERCONSULTA O REMISION**

Remitir al servicio de maxilofacial, en aquellos casos en que se requiera alguna de las siguientes intervenciones:

- Intervención quirúrgica maxilofacial
- Cirugía ortognática
- Manipulación y Movilización de luxación mandibular, bajo anestesia
- Si el paciente lo amerita, se realizará remisión a Psicología.
- Remitir a especialista en rehabilitación oral, periodoncia, ortodoncia y A.T.M, según el caso para control de factores oclusales

## **IX. INSTRUMENTAL REQUERIDO**

Micromotor

Contrángulo

Espejo de Boca plano No 5

Explorador de doble extremo No 5 y 23

Cucharilla de Black de doble extremo

Pinzas Algodoneras

Espátula de Ward

3 Vasos Dappen plásticos

Pinceles de pelo de Martha N<sup>o</sup> 0 y 1

Pimpollos de baja velocidad cilíndricos o troncocónicos de extremo redondeado

Puntas de caucho de baja velocidad para acrílicos, de tres tipo de abrasión alta, media y baja, y felpa con tiza francesa

Lija de agua de grano 400 y 600

## **X. PROCEDIMIENTO CLÍNICO**

1. La placa previamente conformada sobre el modelo del paciente en una placa de 0.6 o 0.8 pulgadas y cortada por debajo de la altura del ecuador de los dientes, deberá ser programada en el sector anterior para separar los dientes en el sector posterior y de esta manera producir el relajamiento muscular llevando al paciente fácilmente a la posición de relación céntrica, además, de manejar guía anterior y función canina óptimas.
2. La cantidad de acrílico colocada debe ser tal, que logre la desoclusión posterior, los contactos adecuados anteriores y recupere la dimensión vertical, sin invadir el espacio libre interoclusal. Esta programación anterior va a permitir la relajación muscular, la manipulación libre mandibular y la ubicación repetida del primer y segundo contacto prematuro en céntrica. No debe mantenerse por tiempo prolongado sin soporte posterior, porque se podría producir una extrusión de este segmento.
3. La estabilización completa de la placa se hace logrando un contacto por cúspide vestibular en el sector posterior y vigilando que no haya interferencias en ninguno de los movimientos excursivos.
4. En cada cita es necesario valorar la comodidad del paciente en la nueva dimensión vertical y seguramente, es necesario realizar ajustes en la programación oclusal, ya que el paciente tenderá a llevar su mandíbula a una posición más retrusiva, por lo que se aconseja dejar una meseta posterior al plano inclinado de la guía anterior para permitir este desplazamiento y acomodamiento posterior.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **Conducta a seguir y manejo del paciente en fase aguda**

- Manejo odontológico inicial de síntomas agudos
- Identificar factores que compliquen el cuadro agudo tales como:  
Estrés, hábitos orales y posturales
- Instruir al paciente para que evite hábitos orales y posturales al problema tales como apretamiento y rechinar dental
- Hábitos alimentarios, blandos, pequeños bocados e ingerir despacio.
- Instruir al paciente que limite sus movimientos mandibulares las primeras cuarenta y ocho (48) horas.
- Recomendar posición de sueño cubito-supino, colocando almohadilla en rollo a nivel de la nuca y debajo de la rodilla.
- Recomendar la eliminación de sustancias que contengan cafeína, tales como : café, tinto, azúcar té y cigarrillo
- Ayudas iniciales para la reducción de la sintomatología aguda de la **A.T.M.**
- Reposo
- En las primeras veinticuatro (24) horas aplicar hielo local externo e internamente sobre la **A.T.M.** afectada y continuar con aplicaciones con calor húmedo según evolución.
- Formular analgésicos no esteroides
- Reducción del espasmo muscular agudo vecino a la inflamación
- Aplicación de calor más ejercicios de estiramiento pasivo (no en caso de bloqueos discales).
- Expedir incapacidad laboral a criterio del profesional
- Complementación terapéutica médica
- De acuerdo por la evolución presentada por la fisioterapeuta, el Odontólogo generará la orden de remisión para el tratamiento correspondiente

## **XII. CRITERIOS DE ALTA**

Se considerara de alta cuando el paciente se encuentre en capacidad de realizar la función oclusal adecuadamente, el paciente no refiera sintomatología dolorosa, luego de haber solucionado la fase aguda y haberse remitido al paciente al tratamiento que soluciones los problemas oclusales que se identifiquen como causas aparentes de la disfunción articular. Se debe aclarar al paciente que la placa es un paso o ayuda para alcanzar el objetivo final que es la armonización oclusal y muscular, pero no garantiza la resolución de la patología por ella misma.

## **XIII. INDICADORES**

Indicador de éxito: # pacientes sin sintomatología de alteración / # placas programadas e insertadas

## **XIV. BIBLIOGRAFÍA**

1. Stavros K. Vertical position, rotation, and tipping of molars without antagonists. *Int J of Prosthodon.* 2000; 13(6):480-486.
2. Mack R. Vertical dimension: A dynamic concept based on facial form and oropharyngeal function. *J Prosthet Dent.* 1991; 66 (4): 478 – 485
3. Yap A. Effects of stabilization appliances on nocturnal parafunctional activities in patients with and without signs of TM disorders. *J Oral Rehab.* 1998; 24:64-68
4. Ámsterdam M. La Prótesis Periodontal: Un Retrospecto de 25 años, Parte II. Oclusión. *Educación Continua.* 1985 Abr Art. N°5 (4):47-57.
5. Schuyler C. Fundamental principles in the correction of oclusal disharmony, natural and artificial. *J Am Dent Assoc* 1992; 22: 1193, 1985

6. Alonso A, Albertini J, Bechelli A. Guía anterior y alineación tridimensional como factores de desoclusión. En: Oclusión y diagnóstico en Rehabilitación Oral. Buenos Aires, Argentina: Ed. Panamericana; 1999. p. 172-219.
7. Dawson P. A classification system for occlusions that relates maximal intercuspation to the position and condition of temporomandibular joints. J of Prosthet Dent. 1995; 75(1): 60-66.
8. Nyman S, Lindhe J, Lundgren D: the role of occlusion for the stability of fixed bridges in patients with reduced periodontal tissue support. J Clin Periodontol. 1975; 2: 53-55.
9. Keshvad.A, Winstanley B. Review an appraisal of the literature on centric relation. Part I. J Oral Rehab. 2000; 27: 823-833.
10. Gross M. La oclusión en odontología restauradora. España. Editorial Labor. 1987. p. 147-159.
11. Salama H, Salama M. Fifty years of interdisciplinary site development: Lessons and guidelines from periodontal prosthesis. J Esthet Dent. 1998; 10 (3):149-155.
12. Gher M. The effects of occlusion on periodontitis. Dent Clin of North Am. 1998 Abr; 42(2):285-299.
13. Glickman L, Smulow H. Occlusal Forces: Gingival Inflammation. En: Clinical Periodontology. 4th Edition. Philadelphia Saunder. 1972. p. 53-143.
14. Guilbert P, Razones S, Teguciano J. Periodontal and prosthetic treatment for patients with advanced periodontal disease. Dent Clin North Am. 1988; 32:331-354.
15. Ámsterdam M. La Prótesis Periodontal: Un Retrospecto de 25 años, Parte V. Oclusión. Educación Continua. 1985 Jul-Ago Art. N°6 1(7):51-66.
16. Hernández M. Rehabilitación Oral para el paciente geriátrico. Bogotá, Colombia: Ed.Unilibros. 2001.p.48-51.
17. Marks M, Corn H. Atlas de Ortodoncia del Adulto. Tratamiento funcional y estético. 2da edición. Barcelona: Masson, Salvat Odontología. 1992. p. 470-474.