

000005

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
CATEDRA DE PERIODONCIA

EXAMEN INTEGRAL DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

ASIGNACION \_\_\_\_\_  
Nombre de Profesor                      Firma                      Fecha

PACIENTE \_\_\_\_\_ H.C. Nº \_\_\_\_\_

ALUMNO \_\_\_\_\_ CURSO \_\_\_\_\_

Nº de RECIBO \_\_\_\_\_ VALOR (Bs) \_\_\_\_\_ SALA CLÍNICA \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DOLOR: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
(En caso positivo responda el siguiente cuestionario)

¿Dónde siente dolor?

\_\_\_\_\_

¿Desde cuándo siente dolor?

\_\_\_\_\_

¿Necesita tomar algún medicamento para el dolor?. Especifique.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cede el dolor con ese medicamento? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Usted calificaría su dolor como:

- ( ) Leve                      ( ) Agudo  
( ) Moderado              ( ) Sordo  
( ) Severo                    ( ) Con latidos ó pulsátil

Usted diría que su dolor es:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Localizado             | <input type="checkbox"/> Unilateral            |
| <input type="checkbox"/> Difuso                 | <input type="checkbox"/> Bilateral             |
| <input type="checkbox"/> De ubicación constante | <input type="checkbox"/> De ubicación variable |

Usted diría que su dolor tiene una frecuencia:

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ocasional | <input type="checkbox"/> Diaria  |
| <input type="checkbox"/> Semanal   | <input type="checkbox"/> Mensual |

La duración de su dolor es:

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Minutos | <input type="checkbox"/> Horas   |
| <input type="checkbox"/> Días    | <input type="checkbox"/> Siempre |

Usted diría que su dolor: Se inicia \_\_\_\_\_ Aumenta \_\_\_\_\_ Disminuye \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Al levantarse                                  | <input type="checkbox"/> Después de comer |
| <input type="checkbox"/> Cuando come                                    | <input type="checkbox"/> Cuando duerme    |
| <input type="checkbox"/> Antes de dormir                                | <input type="checkbox"/> Cuando bosteza   |
| <input type="checkbox"/> No tiene relación con una actividad específica |   |

Su dolor le perturba el sueño, el trabajo u otras actividades: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Comentarios:

---

---

---

TRATAMIENTOS PREVIOS

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico _____       | <input type="checkbox"/> Periodontal _____ |
| <input type="checkbox"/> Psiquiátrico _____ | <input type="checkbox"/> Protésico _____   |
| <input type="checkbox"/> Ortodóntico _____  | <input type="checkbox"/> Oclusal _____     |

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### HÁBITOS PARAFUNCIONALES Y OCUPACIONALES

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bruxismo                 | <input type="checkbox"/> Mordedura de labios           |
| <input type="checkbox"/> Deglución atípica        | <input type="checkbox"/> Mordedura de carrillo         |
| <input type="checkbox"/> Onicofagia               | <input type="checkbox"/> Mordedura de objetos duros    |
| <input type="checkbox"/> Succión del pulgar       | <input type="checkbox"/> Masticar chiclet              |
| <input type="checkbox"/> Trabajo con computadoras | <input type="checkbox"/> Hablar frecuente por teléfono |

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### EXAMEN CLÍNICO

Clasificación de Angle: I \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_ III \_\_\_\_\_ Modificación \_\_\_\_\_

Ausencias Dentarias \_\_\_\_\_

Fremitus \_\_\_\_\_

Movilidad Dentaria \_\_\_\_\_

Facetas de Desgaste \_\_\_\_\_

Discrepancia entre RC-OC SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Deslizamiento horizontal-vertical entre RC y OC \_\_\_\_\_ mm

Primer contacto en RC \_\_\_\_\_

Guía Anterior \_\_\_\_\_

Relación de la Línea Media \_\_\_\_\_

Movimientos de Lateralidad

Gula Canina Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

Función de Grupo

Parcial Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

Total Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

Interferencias en el lado de Trabajo \_\_\_\_\_

Interferencias en el lado de Balance \_\_\_\_\_

Interferencias en Protusiva \_\_\_\_\_

Caninos no funcionales Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

Mordida Abierta \_\_\_\_\_

Mordida Cruzada \_\_\_\_\_

Fracturas Dentarias \_\_\_\_\_

Sensibilidad Dentaria \_\_\_\_\_

Componente Lateral Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

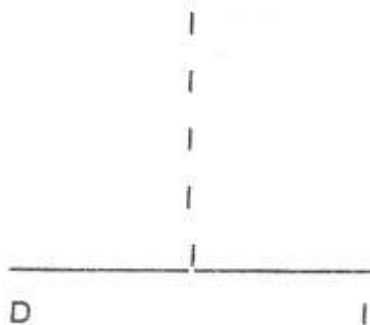
Espacio Libre \_\_\_\_\_ mm.

Dimensión Vertical Normal \_\_\_\_\_ Aumentada \_\_\_\_\_ Disminuida \_\_\_\_\_

Migración Apical de la Cresta Gingival \_\_\_\_\_

MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Trayectoria de apertura y cierre



Imagenología de la ATM

- Panorámica \_\_\_\_\_
- Transcraneana \_\_\_\_\_
- Tomografía Lineal \_\_\_\_\_
- Tomografía Computarizada \_\_\_\_\_
- Resonancia Magnética Nuclear \_\_\_\_\_
- Otras \_\_\_\_\_

Interpretación

---

---

---

B.- Exámenes Serológicos \_\_\_\_\_

C.- Bloqueo Anestésico \_\_\_\_\_

Comentarios

---

---

---

---

ANÁLISIS DE LOS MODELOS MONTADOS EN EL ARTICULADOR

(El alumno debe hacer el montaje de los modelos correspondientes, en articulador semiajustable)

ESTÁTICO

Arcada Superior	Simétrica _____	Asimétrica _____
	Completa _____	Incompleta _____
Arcada Inferior	Simétrica _____	Asimétrica _____
	Completa _____	Incompleta _____
Dientes	Ausentes _____	
	Migrados _____	
	Inclinados _____	
	Rotados _____	
	Extruidos _____	
	Rebordes Marginales Desiguales _____	

FUNCIONAL

Inclinación Condilea Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

Gua Lateral Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

Posición de Relación Céntrica (RC)

Primer Contacto Dentario en RC \_\_\_\_\_

Deslizamiento Horizontal de RC-OC \_\_\_\_\_ mm.

Sobremordida Lateral (overbite) \_\_\_\_\_ mm.

Sobremordida Horizontal (overjet) \_\_\_\_\_ mm.

Posición de Oclusión Céntrica (OC)

Sobremordida vertical \_\_\_\_\_ mm.

Sobremordida horizontal \_\_\_\_\_ mm.

Dientes sin Contacto Oclusal \_\_\_\_\_

Movimientos de Lateralidad

Interferencia en el lado de Trabajo

Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

Interferencia en el lado de Balance

Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

Interferencia en Protusiva \_\_\_\_\_

MONTAJE Correcto \_\_\_\_\_ Incorrecto \_\_\_\_\_

---

FECHA PROFESOR FIRMA NOTA

DIAGNÓSTICO

Oclusión Fisiológica \_\_\_\_\_

Hábito Parafuncional \_\_\_\_\_

Patología del Sistema Estomatognático: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Comentarios

---

---

---

PLAN DE TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

INMEDIATO

- Observación
- Calor Húmedo
- Limitación de Movimientos
- Entrenamiento Autógeno
- Ejercicios-Fisioterapia
- Dieta Blanda
- Desprogramador
- Medicación
- Spray (Enfriamiento)

Comentarios \_\_\_\_\_

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOTA

MEDIATO

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Biofeedback   | <input type="checkbox"/> Férula Oclusal     |
| <input type="checkbox"/> Tens          | <input type="checkbox"/> Ultrasonido        |
| <input type="checkbox"/> Psicoterapia  | <input type="checkbox"/> Farmacoterapia     |
| <input type="checkbox"/> Fisiátrico    | <input type="checkbox"/> Tratamiento Dental |
| <input type="checkbox"/> Interconsulta | <input type="checkbox"/> Otros              |

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA FINALIZACIÓN DEL CASO

- Ortodoncia
- Exodoncia Selectiva
- Cirugía Ortognática
- Desgaste Selectivo
- Tratamiento Periodontal
- Tratamiento Restaurador
- Tratamiento con Férulas Oclusales

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ NOTA \_\_\_\_\_

NOTA FINAL \_\_\_\_\_