

**PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN INICIAL INTERDISCIPLINAR PARA PACIENTES  
CON SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN CRÁNEO-MANDIBULAR**

(Dirigido a logopedas, odontólogos, otorrinolaringólogos y fisioterapeutas)

**Realizado por:**.....**Especialidad:**.....

**Datos del paciente:**

Nombre del paciente:.....Edad:.....Fecha:.....  
Sexo:.....Peso:.....Estatura:.....

**Antecedentes:**

.....

**Motivo de consulta:**

.....

**Anamnesis:**

Si No No sabe

1

	Si	No	No sabe
1- ¿Presenta molestia/dolor en zona de ATM, que irradia al oído, cabeza?			
2- ¿Dolor al cortar el alimento? (Marque la zona que presenta dolor).	DERECHA	IQZQUIERDA	
1. ATM. 2. Temporal. 3. Auricular y periauricular. 4. Masetero. 5. Maxilar inferior, anterior del masetero. 6. Maxilar superior, ocular y periocular. 7. Calota craneal. 8. Occipital. 9. Esternocleidomastoideo y anterior del cuello.			
3- ¿Dolor al masticar?			
4- ¿Dolor al hablar?			
5- ¿Dolor al bostezar?			
6- ¿Presenta limitaciones para abrir la boca?			
7- ¿Presenta limitaciones para cerrar la boca?			
8- ¿Tiene dificultad para comer una manzana, un bocadillo, etc. Que requieren mayor apertura de la boca ?			
9- ¿Presenta dificultad para masticar algún tipo de alimento?			
10- ¿Prefiere alimentos blandos?			
11- ¿Aprieta o rechina los dientes por la noche?			
12- ¿Tiene apretamiento dentario diurno?			
13- ¿Desgaste dentario? ¿Pérdida de muelas?			
14- ¿Tiene hábito de morder (uñas, bolis, chicle, etc.)			
15- ¿Tiene hábito de succión?			
16- ¿Crepitación, ruido?			
17- ¿Acúfenos, vértigos?			
18- ¿Tiene sensación de pesadez al mover el cuello o la cabeza?			
19- ¿Toma medicación mio relajante?			
20- ¿Toma antiinflamatorios?			
21- ¿Toma analgésicos?			
22-¿Toma otros medicamentos?			
23- ¿Accidentes o traumatismos en la zona cráneo-cervico-facial?			
24- ¿Antecedentes de bloqueos articulares al abrir la boca (por ejemplo, al bostezar?)			
25- ¿Usó anteriormente o usa actualmente férula de descarga?			
26- ¿Realizó o realiza tratamiento de ortodoncia?			

**Medición de movimiento mandibular:**

2 27- Apertura máxima: \_\_\_\_\_ mm

MIN: 40 mm  
MAX: 55 mm

**Palpación**

3

DERECHA: 28- ATM lateral 29- ATM posterior 30- Temporal 31- Mesetero	<b>REPOSO CONTRACCIÓN</b>	IZQUIERDA: 32- ATM lateral 33- ATM posterior 34- Temporal 35- Mesetero
----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

**Desviaciones mandibulares**

4

36- Apertura D ↓ I	37- Cierre D ↑ I
-----------------------	---------------------

**Ruidos**

5

CHASQUIDO		CREPITACIÓN	
DERECHA	IZQUIERDA	DERECHA	IZQUIERDA
0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
↓ ↑ 38-Apertura 39-Cierre	↓ ↑ 40-Apertura 41-Cierre	↓ ↑ 42-Apertura 43-Cierre	↓ ↑ 44-Apertura 45-Cierre

**46- Maloclusión (Angle)**

6

<input type="checkbox"/> Clase I (Normal)	<input type="checkbox"/> Clase II/1	<input type="checkbox"/> Clase II/2	<input type="checkbox"/> Clase III

**47- Mordida. Oclusión**

7

<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Profunda anterior	<input type="checkbox"/> Abierta	<input type="checkbox"/> Cruzada (uni. o bilat.)

**48- Alineación**

8

<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diastemas	<input type="checkbox"/> Apiñamientos

**49- Se recomienda valoración por:**

9

<input type="checkbox"/> Otorrinolaringólogo	<input type="checkbox"/> Ortodoncista/Odontólogo	<input type="checkbox"/> Logopeda	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
----------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------