

# HISTORIA CLINICA, EXAMEN FISICO Y ESTRATEGIAS ADICIONALES PARA DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL I

Rodolfo Acosta Ortiz. OD, MS.<sup>1</sup>

**PALABRAS CLAVES:** Desórdenes temporomandibulares, dolor orofacial, evaluación clínica, historia clínica, examen clínico.

## RESUMEN

El establecimiento de un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento en pacientes con desórdenes temporomandibulares (DTM) y dolor orofacial (DOF) está estrictamente relacionado con la correcta recolección de la información asociada con los diferentes signos y síntomas del paciente. Una de las principales causas por las cuales los tratamientos en DTM/DOF fallan se debe a un diagnóstico incorrecto, lo cual lleva al establecimiento de malos manejos y de hecho a consecuencias que podrían ser devastadoras para los pacientes.

Por estas razones y con el propósito de afrontar la complejidad inherente del DOF en la práctica clínica, el proceso diagnóstico debe ser sistemático y soportado por niveles adecuados de confiabilidad y validez, que permitan al clínico tener una mayor certeza en el establecimiento del diagnóstico diferencial. El propósito de este artículo es presentar un protocolo de evaluación, que muestre de manera lógica y la incertidumbre al momento de establecer el diagnóstico diferencial y a su vez incrementar las posibilidades de éxito en el manejo de DTM/DOF.

## INTRODUCCIÓN

El establecimiento de un estructurada los diferentes pasos a seguir en el proceso de evaluación. Esto permitirá al clínico reducir diagnóstico y plan de tratamiento adecuados en pacientes con desórdenes temporomandibulares (DTM) y dolor orofacial (DOF), está estrictamente relacionado con la correcta recolección de la información asociada con los diferentes signos y síntomas del paciente. Una incompleta evaluación y un diagnóstico incorrecto son las principales causas de tratamientos fallidos en DTM/DOF<sup>1,2</sup>. Esto se debe generalmente a las difíciles interrelaciones de los componentes somáticos y sicosociales que están involucrados en pacientes que experimentan dolor, especialmente crónico<sup>3,5</sup>. Estas dificultades convierten la evaluación clínica en una complicada tarea. El no considerar todos los aspectos relevantes durante el proceso de evaluación, podría guiar al clínico al establecimiento de un incorrecto diagnóstico y/o tratamientos inadecuados e innecesarios, que tendrían consecuencias que podrían ser devastadoras en cualquier paciente<sup>6-9</sup>. Por estas razones la evaluación clínica y el diagnóstico diferencial deben ser un proceso sistemático, con criterios soportados por unos niveles adecuados de confiabilidad y validez<sup>10</sup>. El clínico requiere tiempo, paciencia, debe saber escuchar hábil y

<sup>1</sup> Odontólogo, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Entrenamiento avanzado en desórdenes temporomandibulares y dolor orofacial, magíster en ciencias orales con énfasis en epidemiología, Universidad de Minnesota, EEUU. Profesor Asistente, Departamento de Restauración, Colegio de Medicina Dental, NOVA Southeastern University, Florida, EEUU.



cuidadosamente desarrollando la “astucia” de hacer preguntas relevantes y consecuentes. De esta manera puede evaluar minuciosamente los síntomas y signos presentes, manteniéndose alejado de ideas preconcebidas para no juzgar erróneamente la manera como el paciente describe el problema que lo aqueja. Así se evitan suposiciones o conclusiones antes de terminar completamente la evaluación clínica, el proceso diagnóstico o antes de focalizarse en un tratamiento específico. Esto es especialmente crítico en pacientes con dolor crónico, ya que múltiples quejas con diferentes descripciones son frecuentes, lo que pudiera sugerir múltiples condiciones o diagnósticos, que finalmente pueden generar claves importantes para establecer la etiología. Debe siempre recordarse que la precisión en el reporte del paciente puede afectar fácilmente la decisión diagnóstica, la cual también puede afectarse cuando el clínico no solicita la información adecuada para ser usada en el diagnóstico diferencial<sup>11,12</sup>. De la misma manera el clínico debe ser consciente que el paciente puede presentar múltiples condiciones que son cíclicas o que no han pasado el umbral doloroso y pueden no estar presentes en el momento de la evaluación, lo cual hace aún más complicado llegar a un diagnóstico específico. A esto se le suma la identificación de todos los factores contribuyentes que pueden estar interfiriendo en la complejidad del desorden, para luego ser monitoreados y reducidos dentro del manejo integral del paciente<sup>13-15</sup>. Por esta razón el clínico debe tener sagacidad, experiencia, conocimiento y juicio clínico, utilizando un modelo de razonamiento inferencial y deductivo durante todo el proceso diagnóstico, el cual se caracteriza por descartar las opciones diagnósticas que no son aplicables al paciente individual y no en descartar las opciones diagnósticas del clínico<sup>10</sup>. Es apropiado mencionar que los clínicos especializados en las diferentes áreas que están involucrados en el manejo de DOF, deben idealmente estar familiarizados con la mayor cantidad de desórdenes posibles relacionados a dolores que afectan las estructuras de la cara, cabeza y cuello (independien-

temente de estar familiarizados con el manejo). Esto ayudará notablemente al clínico durante el proceso diagnóstico, dándole seguridad y conocimiento del momento preciso en el cual debe remitir al paciente cuando así lo amerite. El clínico debe estar consciente que conocer una patología con los signos y síntomas que la caracterizan, es el primer paso para llegar a un diagnóstico acertado, puesto que se torna bastante difícil diagnosticar algo que no se conoce, esto sin mencionar la poca probabilidad de acertar en el tratamiento correcto.

El proceso de recolección de la información pertinente y relevante, previa al establecimiento del diagnóstico debe incluir una completa historia clínica, exámen físico y cuando es indicado el uso de estrategias adicionales. Estas incluyen los test de provocación, imágenes u otras ayudas diagnósticas (bloqueos nerviosos, exámenes de sangre, pruebas pulpares, pruebas psicológicas y electrónicas como la electromiografía, sonografía, articuladores oclusales etc.).

El proceso de evaluación del DTM/DOF se divide en tres partes:

1. Historia clínica (HC)
2. Exámen físico
3. Estrategias adicionales: pruebas de provocación, ayudas diagnósticas e Interconsultas.

El propósito de este artículo es presentar un protocolo de HC, mostrando de una manera lógica y estructurada los diferentes pasos del proceso de evaluación. Esto ayudará al clínico a reducir la incertidumbre en el diagnóstico diferencial y a su vez a incrementar las posibilidades de éxito en el manejo de DTM/DOF.

## HISTORIA CLINICA

La HC de pacientes con DTM/DOF es considerada la parte más importante durante el proceso de evaluación, debido a que el dolor es una expe-



riencia muy personal, que solo puede ser sentida y descrita por el paciente, razón por lo cual frecuentemente la historia del problema revela información que guía al clínico directamente a una clasificación diagnóstica general, y aún más, a un diagnóstico específico. El clínico debe estar familiarizado con el vocabulario que usan los pacientes para describir el dolor y tener la facilidad de organizar separada y cronológicamente la aparición de los diferentes síntomas, la cual luego le permitirán poder encontrar las relaciones "escondidas," no obvias, que pudiesen existir entre éstos.

La HC debe incluir los datos personales del paciente, motivo de consulta, historia médica y revisión de sistemas, historia de tratamientos previos y actuales (médicos y dentales), historia de hábitos generales, aspectos personales y sicosociales, historia de la enfermedad actual y del dolor; como también los factores modificantes, síntomas en sistemas asociados, disfunción mandibular y articular (ATM/Cervical), hábitos y actividades parafuncionales y el orden cronológico de los síntomas (cuadro 1). El orden en que la HC es realizada no es estricto, siempre que todas las secciones mencionadas anteriormente estén incluidas.

### **Datos personales**

Incluye nombre, indentificación, edad, género, estado marital, profesión, ocupación actual y los aspectos culturales (religión) entre otros. Esta información es importante porque ofrece una visión general del paciente que se está evaluando y ayuda a establecer el vocabulario y el tipo de preguntas a realizar de acuerdo al nivel educativo. De igual manera también ayuda a establecer el orden del diagnóstico diferencial debido a que ciertas patologías son más frecuentes en grupos específicos de edad y/o sexo. Por ejemplo un dolor que involucra la zona temporal y ocular de tipo pulsátil unilateral en una mujer de 65 años, puede guiar al clínico a considerar primeramente una arteritis temporal debido a que esta patología se presenta generalmente en mujeres mayores de 50 años<sup>16</sup>.

### **Motivo de consulta**

El motivo de consulta incluye los diferentes síntomas o quejas del paciente con las características que describen el dolor cuantitativa y/o cualitativamente; esto puede aclarar ciertos componentes afectivos y/o sensoriales del dolor, que finalmente ayudan al establecimiento del diagnóstico diferencial. El motivo de consulta puede variar desde un simple ruido articular (RA) en la articulación temporomandibular (ATM) hasta dolores fuertemente debilitantes como una cefalea migrañosa (CM) o una neuralgia trigeminal (NT).

Todas las sensaciones que el paciente reporta no necesariamente son importantes desde el punto de vista diagnóstico, sin embargo deben ser reconocidas, separadas y organizadas en orden de importancia para el paciente. Esto es una tarea que requiere un claro entendimiento de la estructura de la HC. El no estar suficientemente preparado, lleva a confusión del clínico y a una aparente inconsistencia en la información que el paciente está reportando.

### **Historia Médica y Revisión de Sistemas**

Esta sección tiene como propósito principal determinar si el dolor o la disfunción es un fenómeno aislado o si está relacionado con otro tipo de desórdenes; además pretende reconocer ciertos factores que pueden influir en el establecimiento de un tratamiento futuro (alergias a drogas). Esta sección debe incluir información acerca de la historia familiar, última visita médica, estado de salud general, enfermedades pasadas y actuales (tuberculosis, sida, cáncer, artritis), hospitalizaciones, cirugías y medicamentos pasados y actuales, entre otros.

La revisión de sistemas tiene como propósito establecer el pasado y actual estado de salud general del paciente para cada sistema corporal. Esta parte debè incluir todos los sistemas con sus síntomas más comunes y se deben evaluar con pregun-



tas generales y un vocabulario sencillo acerca de cambios en la fisiología regular de paciente en los diferentes órganos o sistemas (cuadro 2 y 3).<sup>17-18</sup>

El clínico debe conocer que algunos signos o síntomas de DOF/DTM pueden estar asociados a ciertos desórdenes en cualquiera de estas estructuras<sup>19</sup>. Por ejemplo, las cefaleas que son causadas por enfermedad coronaria frecuentemente refiere dolor al lado izquierdo de la cara<sup>19-20</sup>. Otras enfermedades para tener en cuenta con repercusión a nivel orofacial son las del tejido conectivo como la artritis, escleroderma, lupus (dolor y cambios degenerativos en la ATM); enfermedades autoinmunes como síndrome de Sjogren (resequedad bucal debido a xerostomía o poliartritis que pudiese involucrar la ATM); musculoesqueléticas como fibromialgia (dolor miofascial en cara y cuello), la distrofia miotónica (disminución de la fuerza de mordida), laxitud articular generalizada; infecciones (herpes zoster asociado con neuralgias) y/o problemas medioambientales (ruido, compuestos químicos como metales pesados) entre otros.<sup>21-30</sup>

### **Evaluación de tratamientos pasados y actuales**

En esta sección se debe interrogar acerca de todos los profesionales consultados, el diagnóstico o ayudas diagnósticas que fueron utilizados, tratamientos previos y actuales que se han recibido y el efecto que estos tuvieron sobre el paciente (mejoría o incremento del dolor). Esto debe hacerse preferiblemente en el orden cronológico en el que los síntomas aparecieron. La evaluación de tratamientos dentales previos y actuales debe incluir enfermedades o desórdenes actuales o pre-existentes; incluyendo actitud del paciente hacia los tratamientos, historia de trauma en la mandíbula, dientes u otros tejidos asociados (incluyendo trauma iatrogénico), rehabilitaciones orales extensas, ortodoncia, endodoncia o radiografías previas que pudieran ser comparadas con las nuevas que se vayan a ordenar. Es recomendable que una vez el

clínico haya escuchado toda la información pertinente, repita con sus palabras la misma información al paciente para que este la corrobore o la corrija, debido a que en muchos casos el paciente reporta demasiados datos que fácilmente puede confundir al clínico. La importancia de esto radica en que la información obtenida puede dar claves valiosas acerca de los tratamientos a evitar o a realizar. Algunos tratamientos previos con sus efectos y variaciones pueden servir en el diagnóstico diferencial y en la instauración de nuevas y diferentes terapias (cambiar la dosis o tipo de droga, disminuir en la cantidad de ejercicios en terapia física, etc). Por ejemplo un paciente que ha usado imitrex (sumatriptan) para una CM sin mayores resultados, sugeriría ensayar otro tipo de tratamiento o pensar en otra condición, debido a que normalmente este medicamento reduce o aborta esta cefalea en particular<sup>31</sup>. Recuérdese que generalmente el fracaso de un tratamiento es debido a un mal diagnóstico, una condición adicional no diagnosticada, un equivoco tratamiento, o una patología desconocida; este último caso no es el más común.

Es de suma importancia establecer si algún tratamiento estuvo asociado a la aparición o cambio en alguno de los síntomas. Por ejemplo no es infrecuente que pacientes con extensas rehabilitaciones orales generen síntomas de DTM, esto se debe generalmente a lo traumático que resulta para el sistema masticatorio las largas sesiones que son requeridas en este tipo de procedimientos (paciente dura mucho tiempo con la boca abierta). Sin embargo el clínico podría pensar que la causa es la modificada oclusión dental, sin tener en cuenta los factores de riesgo que el paciente pudiera tener previamente (un desplazamiento del disco en la ATM)<sup>29,30,32</sup>. Otro caso muy común, son los dolores dentales no resueltos con tratamientos endodónticos radiográficamente adecuados, los cuales pueden sugerir la presencia de alguna otra condición como neuralgias, dolor dental atípico o dolores referidos de algún otro tejido<sup>19,33</sup>.



## Aspectos personales, sicosociales e historia de hábitos generales

En esta sección se evalúan aspectos personales, familiares, hábitos generales y sicosociales que pueden afectar al individuo. El propósito principal es relacionar y entender los factores que significan un cambio en el paciente y la manera como pueden interferir con el proceso curativo<sup>34-36</sup>. La importancia de esta parte de HC radica en que va a permitir entender y establecer el nivel de aflicción del individuo, la incapacidad que el dolor y el problema somático le producen, así como también evaluar el sistema cognitivo del paciente (creencias o explicaciones acerca del dolor). Además establece el riesgo que el problema representa para el paciente y el pronóstico de la condición. Es muy importante tener claridad que los hallazgos en esta parte de la HC no son "problemas" en sí, solo porque existen o están asociados al paciente en el momento de la evaluación clínica, sino porque significan un cambio que la persona no puede explicar o solucionar sin ayuda profesional. Por ejemplo, si un paciente que reporta haber tenido un promedio de cinco horas de sueño por noche durante su vida; porqué debe verse esto como un problema ahora? Probablemente éste es un hábito normal para el paciente individual aunque generalmente se estime que le promedio de horas de sueño son de 7 a 9 horas.<sup>34</sup>

En los aspectos personales y familiares se indaga acerca de la situación marital (maltrato o stress asociado), número de hijos, relaciones interpersonales y familiares; situación económica/laboral y estrés que produce el trabajo (si está contento o aburrido) y debe intentarse establecer, que efecto han tenido éstos sobre el paciente cuando es reportado algún factor de importancia. Los hábitos generales como alimentación (cafeína, incrementa la contracción muscular), sueño/descanso, actividades deportivas, cambios en estilo de vida (especialmente sin son debidos al dolor), stress general y abuso en el consumo de alcohol o de algún tipo de droga o medicamento (droga con propósi-

tos recreacionales) deben ser tenidas en consideración. No existe un perfil psicológico para los pacientes con DTM<sup>37</sup> y aunque muchos pacientes pueden resultar negativos en una valoración psicológica adicional, el clínico debe descartar la presencia de cualquier psicopatología que pueda interferir en la instauración del manejo y disminuir la probabilidad de éxito<sup>38-40</sup>. Los síntomas específicos asociados a condiciones como ansiedad y depresión, frecuentes en síndromes crónicos de dolor, deben ser descartados (Cuadro 4).<sup>11,41</sup>

El establecer una comunicación abierta y cómoda es importante para que el paciente comparta información previa o actual relacionada con consultas psicológicas de depresión y ansiedad, problemas familiares y/o sociales u otros aspectos personales que pueden ser importantes para el diagnóstico y/o tratamiento. El clínico debe ser consciente que los pacientes con síndromes de dolor crónico, normalmente no son del todo entendidos dentro del manejo biomédico tradicional, el cual busca una patología observable, lo cual es poco frecuente en estos pacientes. Esto hace que la incapacidad o falta de entrenamiento del profesional se esconda bajo una mala interpretación del paciente, quien es frecuentemente tildado de "loco". El hecho de percibir en los pacientes diferentes niveles de ansiedad, mal genio, frustración, estrés y depresión, en muchos casos es debido al poco entendimiento por parte del clínico, amigos y/o familiares ante su queja real del dolor<sup>42-44</sup>. Sin embargo el clínico debe estar alerta para percibir en ciertos pacientes el deseo de obtener una "ganancia secundaria" (perder días de trabajo, ganar atención y/o mejor trato por gente que lo rodea) con el reporte del dolor. Es de suma importancia recordar y entender que la consulta psicológica no es un método utilizado solamente para ayudar a pacientes que presentan factores psicopatológicos asociados (los cuales son manejados adecuadamente por psiquiatras) sino que también va encaminados a facilitar cambios de hábitos (eliminar apretamiento dental diurno, tensión, dejar de fumar) en pacientes que así lo re-



quieran y por lo tanto debe quedar claro que la remisión al psicólogo no es para gente "mentalmente enferma", sino una terapia de ayuda como cualquier otra. Para finalizar, es importante tener claro que cualquier sospecha o duda ante la presencia de problemas que estén afectando al individuo, debe motivar al clínico a buscar ayuda especializada y referir al paciente. Siempre es mejor una buena remisión, que el establecimiento de un mal diagnóstico y tratamiento.

## Historia de la enfermedad actual y del dolor

Una vez identificados los diferentes motivos de consulta y evaluados los aspectos de salud general del paciente, se debe continuar la evaluación de manera ordenada indagando sobre las características generales de cada uno de los síntomas. Se debe analizar el tipo, localización, intensidad, frecuencia, duración, iniciación, curso diario y variación del dolor y otros síntomas presentes. Finalmente los síntomas en sistemas asociados, disfunción mandibular y articular (cervical y ATM), factores modificantes, hábitos y actividades parafuncionales, y el orden cronológico de los síntomas también deben ser valorados.

El **tipo de dolor** representa la descripción verbal de la experiencia sensorial del individuo. El clínico debe estar familiarizado con el vocabulario que es utilizado para describir las sensaciones dolorosas. Los términos frecuentemente usados son: pulsátil, ardiente, quemante, punzante, sordo, apuñalante, latente, palpitante, eléctrico, entre otros<sup>45-48</sup>. El tipo de dolor es tradicionalmente considerado un factor importante desde el punto de vista diagnóstico, debido a que normalmente guía al clínico a sospechar en el tejido involucrado. Por ejemplo, un dolor pulsátil sugiere un problema vascular (CM), mientras un dolor eléctrico, punzante es generalmente asociado a un dolor proveniente del tejido nervioso (NT)<sup>24,49</sup>. Para evaluar el tipo de dolor es recomendable en algunos casos ofrecerle al paciente diferentes adjetivos para ayudarlo en la caracterización del dolor, pero sin caer en el

error de inducir al paciente a decir lo que quiere ser escuchado por el clínico.

En la **localización** se debe establecer la zona(s) en que el dolor es percibido. Con el propósito de hacerlo claro se le puede mostrar al paciente las diferentes zonas como cabeza, mandíbula, ATM y cuello en una forma directa utilizando las estructuras del paciente mismo, para que él haga el reporte verbal de la zona. Posteriormente se le pide al paciente que con un solo dedo (dedo índice) muestre las estructuras o áreas en su cuerpo en las que el dolor está normalmente presente. Otra manera comúnmente utilizada es a través de dibujos/esquemas de la región craneocervical para que el paciente marque con una "X" o sombree las zonas dolorosas. Esta última podría ser muy útil debido a que los pacientes tienden a no reportar verbalmente otras zonas dolorosas diferentes al motivo de consulta<sup>50</sup>. Aunque la localización del dolor es muy importante, se debe tener cuidado en la interpretación de esta información, debido a la frecuencia de dolores referidos. La localización del dolor puede presentarse de diferentes maneras como difusa (una descripción vaga, variable, no anatómica), localizada (precisamente descrita); unilateral o bilateral; migratoria (la localización del dolor se mueve); dispersa o abarcante (el área dolorosa se aumenta gradualmente); irradiada (el área dolorosa se incrementa muy rápidamente); superficial o profunda. Esta última es poco confiable, especialmente por la dificultad que se presenta al localizar un dolor profundo. La localización del dolor puede facilitar el establecimiento del diagnóstico debido a que ciertas condiciones presentan patrones determinados. Por ejemplo, las cefaleas tensionales (CT) son generalmente bilaterales y pueden asociarse con síntomas en la región mandibular, mientras que las CM son generalmente unilaterales y muy raramente sobrepasan la línea bipupilar<sup>51</sup>.

La **intensidad** del dolor puede ser evaluada preguntando directamente al paciente en una escala de 0 a 10 (donde 0 es no dolor y 10 es máximo dolor imaginable) que cuantifique el nivel de do-



lor. Otra forma de cuantificar el dolor que ha mostrado buena confiabilidad es la escala visual análoga. Esta consiste en una línea de 10-cm.-de largo sin numeración y en cuyas esquinas lleva la escala de dolor (no dolor y máximo dolor imaginable). Este método se utiliza comunmente en investigación principalmente porque elimina el sesgo o tendencia normal de la población a ubicarse en posiciones intermedias<sup>51,52</sup> (esquema 1).

El establecimiento de los niveles de intensidad de dolor es importante para monitorear cambios en el tratamiento durante la etapa de manejo, así como en el diagnóstico. De igual manera puede orientar el proceso diagnóstico. Por ejemplo, las neuralgias generalmente se asocian con dolores muy fuertes y debilitantes, mientras que las mialgias generalmente se asocian con dolores moderados<sup>53</sup>. Sin embargo el reporte de intensidad del dolor no es del todo confiable desde el punto de vista diagnóstico, debido a que cualquier tejido tiene la potencialidad de generar dolores que pueden ser percibidos y reportados por pacientes como de alta intensidad.

La **frecuencia** debe establecer el número de episodios dolorosos por día, semana, mes o año. Esta generalmente se establece preguntando de manera directa y relacionando el número de episodios y la constante de tiempo que más se le facilite al paciente (generalmente el número de episodios por semana). En casos de dolor constante o casi constante, se debe preguntar por los momentos de no dolor o por aquellos en los que hay aumento o exacerbación. Por ejemplo, condiciones como el dolor en la CC y el paroxismo hemicraneano (PH) tienen síntomas similares. Sin embargo éstos pueden ser diferenciados debido a que los episodios dolorosos en el PH son más frecuentes durante el día<sup>54</sup>.

La **duración** de los episodios de dolor pueden ser descritos como continuos, de minutos a días o momentáneos (generalmente segundos). Por ejemplo el dolor dental puede ser fácilmente confundi-

do con una neuralgia trigeminal, teniendo en cuenta que los episodios de dolor intenso de las neuralgias generalmente no duran más de un minuto<sup>54</sup>. En la **iniciación** debe establecerse si la aparición de los síntomas es espontánea (el dolor ocurre sin provocación), provocada o inducida (el dolor es provocado por masticación o apertura bucal) o incrementada (“disparada”) (cuando ocurre un dolor desproporcionado comparado con la intensidad de la provocación) por algún evento en particular. Si el inicio del episodio doloroso se da luego de la ingesta de ciertos alimentos (vinos, quesos, caféina), o un simple roce de la piel o situaciones de tensión, éstas pueden sugerir respectivamente una CM, una NT o una mialgia (DMF)<sup>54</sup>.

El **curso diario** hace referencia al patrón del dolor durante el día, en el cual es más intenso, frecuente o tiene mayor duración. Por ejemplo, un dolor que aparece principalmente en las mañanas después de levantarse (al despertar) en la zona de maseteros o en la zona temporal puede indicar bruxismo nocturno. Si el mismo dolor se presenta en la tarde pudiera sugerir la misma actividad parafuncional (bruxismo) realizada durante el correr del día, lo cual cambiaría completamente el manejo del paciente. Por otra parte algunas actividades requieren ciertas posturas (escribir en el computador) que pueden ser asociadas con patrones diarios del dolor; de igual manera otras comparaciones deben ser hechas, como fines de semana vs días de la semana, días de trabajo vs. días libres o situaciones cotidianas vs situaciones de mayor actividad, leer en la casa vs actividades de mayor esfuerzo como lavar el carro (en las CT el ejercicio físico es muy frecuentemente asociado)<sup>11</sup>.

En la **variación** del dolor se evalúa todo cambio ocurrido o que este ocurriendo en cualquiera de los factores evaluados anteriormente. Es importante destacar que la duración y la intensidad del dolor pueden variar a través del tiempo, pudiendo indicar la fluctación normal o la presencia de varios desórdenes. La clave diagnóstica está en establecer los factores asociados a éstas varia-



ciones. Por ejemplo, en casos donde una cefalea cambia súbitamente en duración e intensidad puede hacer sospechar de una tumoración cerebral y ser una indicación para ordenar una tomografía computarizada.<sup>55</sup> El caso de una larga historia de RA que súbitamente deja de suceder asociado a limitación de apertura, sugiere un DD sin reducción en la ATM.<sup>56</sup>

### Factores Modificantes

Estos son aquellos que cambian el tipo, curso, intensidad, frecuencia y duración de los diferentes dolores o quejas que el paciente ha reportado (cuadro 5). Aunque éstos generalmente no están asociados de manera directa a la etiología de la condición, son de gran utilidad en el establecimiento del diagnóstico, en el reconocimiento de factores contribuyentes y en la instauración de las diferentes estrategias de manejo<sup>57</sup>. Estos factores pueden ser precipitantes, agravantes o aliviantes. Los factores precipitantes son aquellos que inician el dolor (vino rojo en las migrañas), los agravantes son aquellos que incrementan el dolor (DTM inducido por función mandibular), mientras los aliviantes reducen o eliminan cierta o ciertas características del dolor (descansar, masajes, relajación, aplicación de frío, calor cutáneo, ejercicios de estiramiento en dolor miofascial (DMF). Finalmente deben ser considerados ciertos factores modificantes que no tienen el efecto esperado a pesar que la primera impresión diagnóstica pudiera sugerirlo. Por ejemplo, se espera que una cefalea relacionada a un DTM sea agravada por la masticación, bostezo o apertura mandibular. En el caso contrario, donde estas actividades no tienen ningún efecto sobre la cefalea, esto pudiera sugerir un desorden no asociado al sistema masticatorio.<sup>58</sup>

### Síntomas en sistemas asociados

Los síntomas que están relacionados con los diferentes sistemas del complejo craneofacial son necesarios para establecer un diagnóstico adecua-

do y aunque algunos de éstos ya han sido evaluados en la revisión de órganos y sistemas, es un buen momento para ser más específico en cada uno de estos síntomas. Es preciso recordar que los pacientes no son conscientes de las interrelaciones que existen en el sistema craneofacial y por consiguiente es raro que ellos en forma espontánea o voluntaria reporten éstos síntomas asociados. La sintomatología adicional que está asociada a otros sistemas es definitiva en el momento del diagnóstico y para esto es recomendable preguntar primero acerca de la presencia o ausencia de estos síntomas y luego ubicarlos en el contexto de los diferentes motivos de consulta (Cuadro 6). El clínico debe entender y estar familiarizado con toda la terminología del tal manera que pueda hacer ciertas variaciones al momento de preguntar y pueda mencionarlos con un vocabulario entendible para cada paciente, evitando utilizar términos técnicos dentro del campo médico/odontológico, lo cual dificulta la comunicación con el paciente. Por ejemplo, es poco probable que un paciente responda confiablemente ante términos como tinitus o síncope, los cuales pueden ser mencionados respectivamente como ruido similar a un timbre dentro de los oídos y desmayo. Por ejemplo, si el paciente reporta un dolor pulsátil unilateral en la cabeza, es importante conocer si conjuntamente reporta fotofobia, fonofobia, náusea o vómito para sospechar o corroborar un CM. Sin embargo, si el mismo dolor se presenta con fiebre y endurecimiento en el cuello podría hacer sospechar de un problema infeccioso intracraneal, como una meningitis bacteriana<sup>54</sup>. Las otalgias con tinitus en ausencia de infección o cambios en la capacidad auditiva u otro signo que sugiera problemas en los oídos, sugiere considerar un DTM como causante del dolor<sup>59,60</sup>. La sola presencia de síntomas autonómicos, combinada con el tipo y la duración del dolor, puede guiar al clínico a cambiar su diagnóstico diferencial. Una CM es fácilmente confundida con una cefalea de tipo cluster (CC) sino se tienen en cuenta los síntomas autonómicos (lacrimación, enrojecimiento del ojo), debido a que ambas condiciones pueden tener dolor púl-



satil y ser recurrentes<sup>61</sup>. De igual manera, sin el reporte de síntomas autonómicos, una neuritis (NR) es difícilmente diferenciada de un dolor mantenido simpáticamente (DMS); ambas condiciones se presentan generalmente con dolor ardiente, quemante y de manera constante (cuadro 7).<sup>54</sup>

### **Disfunción Mandibular y Articular (ATM/Cervical)**

Los factores o síntomas que son evaluados, son el dolor en la ATM (pasado, presente y su comienzo/duración), historia de ruidos articulares (RA) (tipo/cambios), interferencia en función (bloqueo, atascamiento), limitación en apertura u otros movimientos mandibulares, dolor en función (masticación, hablar, deglución, fonación), temporalidad del dolor (en las mañanas o tardes), cambios en la oclusión y dolor o restricción en la movilidad cervical. Los ruidos se describen básicamente como chasquido o crepitación y deben ser evaluados, indagando la duración o historia del RA, variación en el tiempo (se ha vuelto mas audible y/o mas frecuente) o desaparición total. La variación, progresión o patrón diario del dolor y/o RAs combinado con reporte de restricción mandibular pueden llevar a establecer el estado del sistema muscular masticatorio o de la ATM. Es importante establecer los cambios en la oclusión asociados con la aparición de algún otro síntoma que el paciente pueda relacionar. El patrón de aparición de esos síntomas pueden guiar al diagnóstico. Por ejemplo una repentina limitación de la apertura bucal por un corto periodo de tiempo que se resuelve luego de tomar analgésicos o relajantes musculares, sugiere pensar primeramente en una condición miogénica.<sup>62</sup>

Debido a que las estructuras cervicales son una frecuente fuente de dolor referido para otras estructuras craneofaciales, es muy importante indagar sobre el estado general básico, como cambios en la movilidad del cuello y/o dolor. Cambios en tipo de dolor (por ejemplo de sordo a eléctrico o punzante) irradiado a otras áreas como brazos, hombros, o cabeza, especialmente si esta asocia-

do a debilitamiento en alguna de esas estructuras, es un motivo para remitir al paciente<sup>63-65</sup>.

### **Hábitos y Actividades Parafuncionales**

Se evalúan ciertos hábitos o actividades parafuncionales que puedan estar asociados directamente con la condición del paciente (cuadro 8)<sup>66</sup>. La evaluación de estos factores debe ser cuidadosa, estableciendo tanto la duración como la frecuencia con que el hábito se presenta. Además el clínico debe ser consciente que ideas preconcebidas o la memoria del paciente afecta notablemente el reporte de falsos negativos. Por ejemplo, pacientes que dicen bruxar lo hacen porque el odontólogo se los ha mencionado y no porque ellos lo hayan notado en algún momento determinado o porque existan hallazgos objetivos como desgaste dental<sup>67</sup>. Los hábitos y parafunciones se comportan diferente a los factores modificantes; generalmente éstos se comportan como factores contribuyentes y por lo tanto son directamente relacionados con los factores etiológicos, lo que convierte a ésta en una parte de suma importancia para el futuro establecimiento de una terapia<sup>2</sup>.

### **Orden cronológico de aparición de los síntomas**

Toda la información obtenida respecto a los síntomas debe ser organizada en orden de aparición, con los cambios que éstos han sufridos a través del tiempo. No se debe pasar por alto la influencia que tiene en ésta sección la memoria de los pacientes<sup>68</sup>. El principal propósito es tratar de encontrar algún tipo de correlación entre ellos u otros factores que posiblemente ya fueron mencionados durante la entrevista. Se cuestiona al paciente acerca de cuando y como empezaron por primera vez los síntomas de dolor o disfunción, la manera como han progresado y los cambios ocurridos desde su iniciación (peor, mejor, o sin cambio) y si su aparición está relacionado con algún evento específico (accidente de tránsito, golpe, herpes, luego de una rehabilitación oral,



ortodoncia, divorcio, pérdida del empleo, etc). En el caso específico de un accidente de tránsito, el clínico debe establecer el uso del cinturón de seguridad, si hubo trauma directo o indirecto en la mandíbula y la existencia previa de síntomas de DTM o cefaleas. El orden cronológico de los síntomas, guía al diagnóstico primario o secundario. Por ejemplo, historia de dolor facial asociado a aparición progresiva de desórdenes del sueño, fatiga general o molestia en articulaciones y/o la musculatura en diferentes partes del cuerpo, es un potencial indicador para que el diagnóstico diferencial incluya enfermedades como artritis, fibromialgia entre otros<sup>69,70</sup>.

## CONCLUSIONES

La conducción adecuada de la HC en pacientes con DTM/DOF es una tarea frecuentemente difícil y dispendiosa. Sin embargo el clínico no debe olvidar que la realización de una completa y cuidadosa historia clínica, es el primer paso para asegurar un diagnóstico diferencial acertado. La HC genera las primeras hipótesis diagnósticas y por lo tanto influye directamente en la final implementación de las estrategias de manejo. Por lo tanto, el clínico debe matener esto en mente siempre que un paciente vaya a ser evaluado clínicamente.

## SUMMARY

The establishment of an adequate diagnosis and treatment plan in a patient with temporomandibular disorders (TMD) and orofacial pain (OFP) is strictly related to the correct recollection of the information associated with the different signs and symptoms of the patient. One of the principal reasons for failure of TMD and OFP treatment is incorrect diagnosis of the patient which lead to the establishment of bad management and consequences that could be truly devastating for the patients. For these reasons and to confront the inherent complexity of orofacial pain in clinical practice, the diagnostic process must be systematic

and supported with good levels of reliability and validity which will allow the clinician to have a greater certainty in the establishment of the differential diagnosis. The purpose of this article is to present a protocol for evaluation that illustrates in a logical and structured way the different steps in the evaluation process. This also allows the clinician to reduce the level of uncertainty in the differential diagnosis and in the same way, increase the level of success in the management of TMD/OFP.

## BIBLIOGRAFIA

1. Glaros AG, Glass EG, Hayden WJ. History of treatment received by patients with TMD: a preliminary investigation. *J Orofacial Pain* 1995; 9: 147-51.
2. Friction JR et al. Myofascial pain syndromes of the head and neck: a review of clinical characteristics of 164 patients. *Oral Surg Oral Pathol Oral Med* 1985; 60: 615-23.
3. Dworkin SF Personal and societal impact of orofacial pain. In Friction JR; Dubner R. *Advances in pain Research and Therapy orofacial pain and temporomandibular disorders*. Raven Press. New York, 1995.
4. Mongini F, Ciccone G, Ibertis F, Negro C. Personality characteristics and accompanying symptoms in temporomandibular joint dysfunction, headaches, and facial pain. *J Orofacial Pain* 2000; 14: 52-8.
5. Kight M, Gatchel RJ, Wesley L. Temporomandibular disorders: evidence for significant overlap with psychopathology. *Health Psychology*. 1999; 18:177-82.
6. Miyamoto H, Matsuura H, Wilson DF, Goss AN. Malignancy of the parotid gland with primary symptoms of a temporomandibular disorders. *J Orofacial Pain* 2000; 14: 140-6.
7. Moody DG, Clark GT. Temporomandibular joint derangement with multiple surgical interventions: a case report. *J Orofacial Pain* 1995 9: 285-92.



8. Gobetti JP, Turp JC. Fibrosarcoma misdiagnose as a temporomandibular disorder: a cautionary tail. *J Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998; 85: 404-9.
9. Huntley TA, Wiesenfeld D. Delayed diagnosis of the cause of facial pain with neoplastic disease: a report of eight cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1994; 52: 81-5.
10. Mohl ND; Dixon DC. Current status of diagnostic procedures for Temporomandibular Disorders. *JADA* 1994;125: 56-64.
11. Ohrbach R. History and clinical examination. In Zarb GA; Carlsson GE; Sessle BJ; Mohl ND. Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. St Louis, Mosby 1994.
12. Balciunas BA; Siegel MA; Grace EG. A clinical approach to the diagnosis of facial pain. *Dent Clin North Ame* 1992; 36: 987.
13. Drummond PD. Predisposing, precipitating and relieving factors in different categories of headache. *Headache* 1985; 25:16-22.
14. Friction SF. Establishing the problem list: An inclusive conceptual model for chronic illness. In Friction JR; Kroening RJ; Hathaway KM. TMJ and craniofacial pain. St. Louis Inhiyaku Euroamérica. 1988.
15. Friction JR; Chung SC; Contributing Factors: A Key to Chroninc pain in Friction JR; Kroening RJ; Hathaway KM. TMJ and craniofacial pain. St. Louis Inhiyaku Euroamerica 1988.
16. Hayreh SS; Podhajsky PA; Zimmerman B. Ocular manifestations of giant cell arteritis.. *Am J Ophtalmol* 1998;125: 509-20.
17. Bates B. A guide to Physical examination and history taking. 5th ed., JB Lippincott, Philadelphia, 1993.
18. Jarvis C. Physical examination and health assessment 2nd ed. WB saundres, philadelphia, 1996.
19. Okeson, JP; Falace, DA. Nonodontogenic Toothache. *Dent Clin North Am.* 1997;41: 367-83.
20. Kreiner M, Okeson JP. Toothache of cardiac origin. *J Orofacial pain* 1998; 13: 201-7.
21. Aaron LA. Burke MM. Buchwald D. Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Arch Intern Med* 2000; 160: 221-7.
22. Buchwald D, Deborah G. Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2049-2053.
23. Gruber AJ, Hudson JI, Pope Jr. The management of treatment-resistant depression in disorders on the interface of psychiatry and medicine. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, migraine, irritable bowel syndrome, atypical facial pain, and premenstrual dystrophic disorder. *Psychy Clin North Ame* 1996; 19: 351-69.
24. Friction JR; Kroening RJ; Hathaway KM. TMJ and craniofacial pain. St. Louis Inhiyaku Euroamerica 1988.
25. Raphael KG; Marbach JJ; Klausner J. Myofascial face pain. Clinical characteristics of those with regional vs widespread pain. *JADA* 2000;131: 161-71.
26. Wolfe E, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L: The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28.
27. McCain GA, Scudds RA: The concept of primary fibromyalgia (fibrositis). Clinical value, relation and significance to other chronic musculoskeletal pain syndromes. *Pain* 1988; 33:273-87.
28. Blasberg B, Chalmers A: Temporomandibular pain and dysfunction syndrome associated with generalized musculoskeletal pain: A retrospective study. *J Rheumatol* 1989; (suppl 19)16:87-90.
29. Perrini F, Tallents RH, Katzberg RW, Ribeiro RF, Kyrkanides S, Moss ME. Generalized joint laxity and temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 1997; 11:215-21.
30. Morrow D, Tallents RH, Katzberg WR, Murphy WC, Hart TC. The relationship of other joint problems and anterior disc posi-



- tion in symptomatic TMD subjects and asymptomatic volunteers. *J Orofacial Pain* 1996;10:15-20.
31. Pryse-Phillips WEM; Dodick, D; Edmeads JD; Gawel MJ; et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1997;156: 1273-83.
  32. Tallents RH, Katzberg RW, Murphy WC and Proskin H. Magnetic resonance imaging findings in asymptomatic volunteers and symptomatic TMD patients. *J Prosthet Dent* 1996;75:529-533.
  33. Graff-Radford SB. Headache problems that can present as toothache. *Dent Clin North Ame* 1991; 35: 155-170.
  34. Hathaway KM. Behavioral and psychosocial management. In Pertes RA; Gross SG. Clinical management of temporomandibular disorders and/orofacial pain. Quintessence Publishing Co, Inc. Chicago, 1995.
  35. Clavel A L, Jr.; Weisberg M B. Biopsychosocial perspectives on the management of Temporomandibular Disorders. In Hardin J F. Ed Clark's clinical dentistry. Vol 2, Mosby, ST Louis, 1997.
  36. Rugh JD; Dahlström L. Behavioral and psychological mechanism. in: Zarb GA Carlsson GE; Sessle BJ; Mohl ND. Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. Mosby St. Louis, 1994.
  37. Marbach JJ. "the temporomandibular pain dysfunction syndrome" personality: fact or fiction. *J Oral Rehabil* 1992; 19: 545-567.
  38. Turk DC. Psychosocial and behavioral assessment of patients with temporomandibular disorders: diagnostic and treatment implication. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997; 83: 65-71.
  39. Oakley ME; Mc Creary CP; Flack VF; Clark GT. Screening for psychological problems in temporomandibular disorders patients. *J Orofacial pain*. 1993; 7:143-9.
  40. Kinney RK; Gatchel RJ; Ellis E; Holt C. Major psychological disorders in chronic TMD patients: Implication for successful management. *JADA* 1992;123: 50-4.
  41. Korszun A, Ship JA: Diagnosing depression in patients with chronic facial Pain. *JADA* 1997; 128: 1680-6.
  42. Murray H, Locker D, Mock D, Tenenbaum HC. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. *J Orofacial Pain* 1996; 10: 316-23.
  43. Reisine ST, Weber J. The effects of the temporomandibular joint disorders on patient's quality of life. *Comm Dent Health* 1989; 6: 257-70.
  44. Holzberg, AD, Robinson ME., Geisser ME., Gremillion HA. The effects of depression and chronic pain on psychosocial and phsysical functioning. *Clin J Pain* 1996;12: 118-25.
  45. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975: 277-299.
  46. Kremer EF; Atkinson JH; Kremer AM. The language of pain: affective descriptors of pain are better predictors of psychological disturbance than pattern of sensory and affective descriptors. *Pain* 1983;16, 185.
  47. Turp JC, Kowalski CJ, Stohler CS. Pain descriptors characteristics of persistent facial pain. *J Orofacial Pain* 1997;11: 285-90.
  48. Vickers ER, Cousins MJ, Woodhouse A. Pain description and severity of chronic orofacial pain conditions. *Aust Dent J* 1998; 43: 403-9.
  49. Friction JR; Kroening RJ. Practical differential diagnosis of chronic craniofacial pain. *Oral Surg* 1982;54:628-36,
  50. Turp JC. Kowalski CJ. Stohler CS. Temporomandibular disorders—pain outside the head and face is rarely acknowledged in the chief complaint. *J Prosthet Dent* 1997; 78: 592-5.
  51. Olesen J; Tfelt-Hansen P; Welch K.M.A. Ed. The headaches. Lippincot Williams& Wilkins. Philadelphia, 2000.
  52. Duncan GH; Bushnell MC; Lavigne GJ. Comparison of verbal and visual analogue scales



- for measuring the intensity and unpleasantness of experimental pain. *Pain* 1989; 37: 295-303.
53. Merrill RL; Graff-Radford SB. Trigeminal Neuralgia: How to rule out the wrong treatment. *JADA* 1992; 123: 63-8.
  54. Silberstein SD; Lipton RB; Goadsby PJ. Headache in clinical practice. ISIS Medical Media, Oxford, 1998.
  55. American Academy of orofacial pain. Okeson JP Ed. Orofacial pain. Guidelines for classification, Assessment, and management. Quintessence publish Co. Chicago 1996.
  56. Ohrbach R. Overview of patient evaluation. In Zarb GA; Carlsson GE; Sessle BJ; Mohl ND. Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. St. Louis Mosby 1994.
  57. Drummond PD. Predisposing, precipitating and relieving factors in different categories of headache. *Headache* 1985; 25:16-22.
  58. Gerstner GE; Goulet P; Clark GT. Validity of a brief questionnaire in screening asymptomatic subjects from subjects with tension type headaches or temporomandibular disorders *Comm Dent Oral Epi* 1994; 22: 235-42.
  59. Kuttilla S; Kuttilla M; LeBell Y; Alaen P; Jouko S. Aural symptoms and signs of temporomandibular disorders in association with treatment need and visits to physician. *Laryngoscope* 109: 1669,1999.
  60. Wrigth EF, Bifano SL. Tinnitus improvement through TMD therapy. *JADA* 1997; 128: 1424-30.
  61. Kudrow L Clinical symptomatology and differential diagnosis of cluster headaches. In Tollison CD; Kunkel RS. Headache. Diagnosis and treatment. Williams & Wilkins Baltimore, 1993.
  62. De Laat A, Horvath M, Bossuyt M, Fossion E, Baert Al. Myogenous or arthrogenous limitation of mouth opening: Correlation between clinical, MRI, and clinical outcome. *J Orofacial Pain* 1993; 7: 156-62.
  63. Steenks MH; De Wijer A; Lobbezoo-Scholte AM and Bosman F. Orthopedic diagnostic test for temporomandibular and cervical spine disorders. In FrictonJR; Dubner R. Advances in pain Research and Therapy orofacial pain and temporomandibular disorders. Raven Press. New York 1995.
  64. Clark GT. Examining temporomandibular disorders patients for craniocervical dysfunction. *J Craniomand Pract* 1984; 2: 56.
  65. Kraus SL. Cervical spine influences on the management of TMD. In Kraus SL. Temporomandibular disorders, 2nd ed, new york, churchill livingstone 1997.
  66. LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorder: Implications for the investigation of etiologic factors. *Crit Rev Oral Biol Med* 1997; 8: 291-305.
  67. Marbach JJ, Raphael KG, Dohnrenwend BP, Lenon MC. The validity of tooth grinding measure: etiology of pain dysfunction syndrome revisited. *JADA* 1990;120: 327-33.
  68. Raphael KG, Marbach JJ. When did your pain start?: reliability of self-reported age of onset of facial pain. *Clin J Pain*. 1997;13:352-9.
  69. Dao TT, Reynolds WJ, Tenenbaum HC. Comorbidity between myofascial pain of the masticatory muscle and fibromyalgia. *J Orofacial pain* 1997;11: 232-41.
  70. Okeson JP. Bell's orofacial pain. ed Quintessence Publishing C.O. Chicago, 1995.

#### CORRESPONDENCIA

Rodolfo Acosta Ortiz. DDS, MS.  
 Assistant Professor,  
 Department of Restorative Dentistry,  
 College of Dental Medicine, NOVA  
 Southeastern University. 3200 South  
 University Drive. Fort Lauderdale,  
 FL 33328. Teléfono: (954) 2621908. - Fax: (954) 2621782.  
 Correo electrónico: acostao@nova.edu



## Cuadro 1 Historia clínica completa para pacientes con DTM

Datos personales
Motivo de consulta
Historia médica y revisión de sistemas
Evaluación de tratamientos previos y actuales (médicos y dentales)
Historia personal y sicosocial
Historia de la enfermedad y del dolor
Factores modificantes
Síntomas en sistemas asociados
Disfunción mandibular y articular (ATM/Cervical)
Hábitos y actividades parafuncionales
Orden cronológico de aparición los síntomas

## Cuadro 2. Revision de órganos

<b>Cabeza</b> Trauma, cefaleas.	<b>Nariz/senos paranasales</b> Obstrucción, alergias, sangrado, cambios en el olfato.
<b>Ojos</b> Dificultad en la visión, visión borrosa o doble, lacrimación excesiva, enrojecimiento.	<b>Cavidad oral/garganta</b> Dolor dental, disfagia, cambios en la voz, sangrado de encías, cambios en el gusto
<b>Oídos</b> Tinnitus, vértigo, supuración, cambios en la capacidad auditiva.	<b>Cuello</b> Dolor, trauma, movilidad, inflamación

## Cuadro 3. Revision de sistemas

<b>Sistema respiratorio</b> Tos, flema (color, cantidad).	<b>Endocrino</b> Excesiva sudoración, distribución anormal de pelo, nerviosismo, temperatura corporal.
<b>Cadiovascular</b> Hipertensión, dolor de pecho.	<b>Musculoesqueletal</b> Dolor, fatiga y/o incapacidad en otras áreas.
<b>Gastrointestinal</b> Diarreas, ardor estomacal, nausea, vómito.	<b>Nervioso</b> Parálisis, debilidad, hormigueo, adormecimiento, desmayos.
<b>Genitourinario</b> Cambios en la frecuencia y cantidad de orina, ardor.	<b>Psiquiátricos</b> Pérdida de memoria, irritabilidad, alucinaciones, historia de depresión, ansiedad.
<b>Gineco-Obstétrico</b> Cambios o irregularidades en el periodo menstrual.	



**Cuadro 4.** Síntomas comunes de la depresión y la ansiedad

Depresión	Ansiedad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueño</li> <li>• Cambios en el apetito</li> <li>• Fatiga</li> <li>• Cambios en la memoria y concentración</li> <li>• Agitación o retardación sicosomática</li> <li>• Pérdida de interés en actividades cotidianas o recreacionales</li> <li>• Desesperanza e Intentos de suicidio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudoración</li> <li>• Taquicardia</li> <li>• Respiración acelerada</li> <li>• Cefaleas</li> <li>• Intranquilidad</li> <li>• Debilidad</li> <li>• Cambios urinarios</li> <li>• Cambios gastrointestinales.</li> </ul>

**Cuadro 5.** Factores modificantes

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos</li> <li>• Dieta</li> <li>• Estrés</li> <li>• Función               <ul style="list-style-type: none"> <li>Hablar</li> <li>Comer</li> <li>Deglutir</li> <li>Bostezar</li> </ul> </li> <li>• Temperatura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clima</li> <li>• Tiempo durante el día</li> <li>• Actividades diarias</li> <li>• Ejercicio físico</li> <li>• Modalidades terapéuticas               <ul style="list-style-type: none"> <li>Ultrasonido</li> <li>Drogas</li> <li>Terapia de calor/frío</li> </ul> </li> </ul>
---	---

**Cuadro 6.** Síntomas en sistemas asociados

Dolor en <ul style="list-style-type: none"> <li>Cabeza</li> <li>Cuello/espalda</li> <li>Oídos</li> <li>Dientes</li> <li>Mejillas o cara</li> </ul> Hinchazón Contusiones/tirones Diplopía Visión borrosa Ilusiones visuales Lacrimación Fotofobia Fonofobia Náusea	Cambios en <ul style="list-style-type: none"> <li>La capacidad auditiva o visual</li> <li>Gusto</li> <li>Deglución</li> <li>Olfato</li> </ul> Congestión nasal Vómito Síncope Tinnitus Mareos Calambres Hormigeo o entumecimiento Ataques Vértigo
--	---



**Cuadro 7.** Condiciones comunes con síntomas autonómicos

Características del Dolor			Diagnóstico	
			Síntomas autonómicos	
Tipo	Duración	Intensidad	Presencia	Ausencia
Sordo	Prolongada	Moderada	DSM	DMF
Pulsátil	Recurrente	Muy severa	CC	CM
Eléctrico	Momentánea	Severa	SUNCT*	NT
Ardiente	Continua	Leve	DSM	NR

\*SUNCT<sup>51</sup> (Dolor neurálgico unilateral de corta duración con congestión en conjuntiva y lacrimación)

**Cuadro 8.** Hábitos y actividades parafuncionales

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Orales</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta</li> <li>Mascar chicle</li> <li>Morder objetos (lapiceros)</li> <li>Apretamiento</li> <li>Rechinamiento</li> <li>Posición de descanso (dientes juntos)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Extraorales</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumentos musicales</li> <li>Descansar la mandíbula apoyándose en las manos</li> </ul> </li> <li>• <b><u>Posturales</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Posición al dormir</li> <li>Posición al hablar por teléfono</li> <li>Llevar bolsos pesados en los hombros</li> <li>Trabajar en el computador</li> </ul> </li> </ul>
--	---

No dolor-----Máximo dolor imaginable

**Esquema 1.**