



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

Folio N.º 0000

Fig. No. N. 224 1988

Compra ☐ Empréstito ☐ Donación ☐

.....

Libro N.º

Solicitado por

Fecha

Precio

~~M~~ T.O.
244 244
~~1988~~

00224

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

EQUILIBRIO OCLUSAL POR TALLADO SELECTIVO

PATRICIA DEL C. MOORE P.

Código 832024

Bogotá, Mayo 21 de 1988

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

EQUILIBRIO OCLUSAL POR TALLADO SELECTIVO

PATRICIA DEL C. MOORE P.

Monografía presentada en cumplimiento
parcial de los requisitos exigidos
para optar por el título de Odontóloga.

Bogotá, Mayo 21 de 1988

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

EQUILIBRIO OCLUSAL POR TALLADO SELECTIVO

Director de Tesis

Dr. Miguel J. Gallo A.

Patricia del C. Moore P.

Cod: 832024

Bogotá D.E. Mayo de 1988

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Rector: Jorge Arango Tamayo

Decano: Marisol Arango Mejia

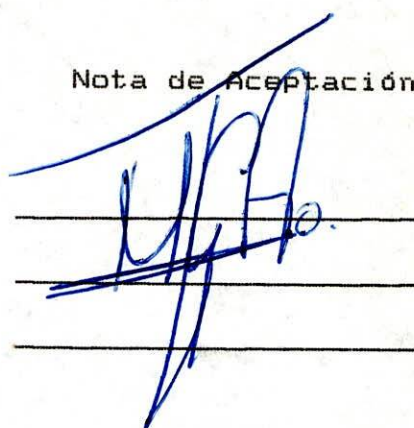
Vicedecano: Jairo Forero Morales

Secretario Académico: Luis Felipe Falla

Coordinador por Semestre: Roberto Arciniegas

Director de Tesis: Miguel J. Gallo A.

Nota de Aceptación



Presidente del Jurado



Jurado

Jurado

Bogotá, Mayo 21 de 1988

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos:

A mis padres, quienes con su apoyo y estímulo me acompañaron siempre.

A mi asesor Doctor Miguel J. Gallo A., quien por sus conocimientos, ayuda desinteresada y por su dedicación, me fue posible la realización de esta monografía.

A mis profesores por su loable labor en mi formación a nivel profesional y humano.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCION	
1. DEFINICION	1
1.1 FRACASOS DEL TALLADO SELECTIVO	2
1.2 PREDICCION DEL TALLADO SELECTIVO	2
1.2.1 DETERMINAR EL GRADO DE ALTERACION DEL DIENTE	2
1.2.2 LEY DE LOS TERCIOS DE PETER NEFF	2
1.2.3 POSICION DE LOS DIENTES ATERIORES	3
1.2.4 HABILIDAD DEL OPERADOR	3
1.3 FINES DEL TRATAMIENTO PARA UN TALLADO SELECTIVO	3
1.3.1 METODOS PARA LOGRAR EL AJUSTE OCLUSAL	4
1.3.1.1 PARA LOS DIENTES ANTERIORES	4
1.3.1.2 PARA LOS DIENTES POSTERIORES	4
2. OBJETIVOS	4
2.1 OBJETIVO GENERAL	4
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
3. INDICACIONES	6
4. CONTRAINDICACIONES	7
5. TECNICA DE AJUSTE OCLUSAL	7
5.1 TECNICA DE SCHUYLER	7
6. MODELOS Y ANALISIS OCLUSAL	8
7. INSTRUMENTAL	8
7.1 PIEZA DE ALTA VELOCIDAD - PIEZA DE BAJA VELOCIDAD	8

7.2 PORTA-PAPEL DE ARTICULAR	8
7.3 CERAS	8
7.4 LA LACA	9
7.5 PAPEL MARCADOR	9
7.6 LAPIZ DE COLORES	9
7.7 SELECCIONAR LAS FRESAS PARA EL TALLADO	9
7.8 DISCOS DE PAPEL	9
8. TECNICA	10
8.1 AJUSTE EN CENTRICA	10
8.1.1 TECNICA	10
8.1.2 PRINCIPIOS	11
8.2 AJUSTE EXCENTRICO	12
8.2.1 EN EL LADO DE TRABAJO	12
8.2.1.1 PRINCIPIOS	12
8.2.2 LADO DE BALANZA	12
8.2.2.1 PRINCIPIOS	13
8.2.3 DESGASTE EN PROTRUSION	13
8.2.3.1 PRINCIPIOS	14
9. PULIDO	14
COCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	
FILMINAS	



INTRODUCCION

Esta monografía tiene por objeto, brindar una guía práctica para el odontólogo general y una base conceptual firme sobre Equilibrio Oclusal por Tallado Selectivo, partiendo de lo que es normal, lo que es patológico, lo que es un adecuado diagnóstico y un correcto plan de tratamiento, referidos a la dentición y al sistema estomatognóstico para lograr la conservación y rehabilitación de la salud funcional y estética del paciente.

El ajuste oclusal, es un método que ha sido utilizado por la profesión desde hace mucho tiempo. Sin embargo la falta de claridad en cuanto a conceptos impedían que se realizaran en forma satisfactoria.

Hoy en día se usa en forma más cautelosa tomando en consideración elementos necesarios para evitar pérdida de dimensión vertical, problemas de sensibilidad, y todas las secuelas que estaban produciendo el uso indiscriminado de dicha técnica.

Clyde Schuyler es uno de los hombres que más han contribuido al estudio de la oclusión y estableció por primera vez bases científicas para el tallado selectivo. De ahí que lo importante es dominar los principios o normas del procedimiento en céntrica y en las fases excursivas.

Con el progreso de los estudios periodontales, el concepto funcional del sistema estomatognóstico, la comprensión de la disfunción oclusal patogénica y del mecanismo neuromuscular afectado, el equilibrio oclusal por tallado selectivo ocupó el centro de atención de todas las disciplinas odontológicas que tratan a la oclusión.

El tallado selectivo actúa como un mecanismo de compensación artificial del sistema en sustitución del mecanismo natural fracasado en su misión de conservar la armonía oclusal para obtener un patrón funcional óptimo.

1. DEFINICION

El tallado selectivo es un procedimiento por el cual se busca eliminar contactos prematuros, mediante la sustracción de tejido dentario o material de restauración, para mejorar el patrón de contacto, teniendo en cuenta que es un método irreversible.

El tallado selectivo a nivel periodontal permite que:

- Se afirmen los dientes móviles.
- Desaparezca el empaquetamiento de comida.
- Se restituya el patrón óseo.

Las interferencias oclusales al ser eliminadas permiten:

- Rescatar la armonía neuromuscular.
- Los movimientos musculares multidireccionales se realicen en forma coordinada y armónica y que la articulación tempotomandibular funcione bien.
- Se establece una actividad masticatoria óptima.
- Establecer la dirección de las fuerzas oclusales, en donde las fuerzas axiales son mejor toleradas que las fuerzas laterales.

El tallado selectivo permite obtener relaciones oclusales estables, y los factores que determinan la estabilidad de la oclusión son:

- Estabilidad posicional y funcional de los dientes.
- Mantenimiento de un patrón armonioso sin disturbios neuromusculares.

1.1 FRACASOS DEL TALLADO SELECTIVO

Muchos pacientes presentan problemas oclusales creados por el tallado selectivo y las varias razones son:

- a) Diagnóstico incorrecto.
- b. Tratar de realizar el tallado selectivo, sin haber tratado al paciente con desprogramador y placas oclusales.
- c) Falta de indicaciones o premisas para el ajuste oclusal.
- d) Defectos técnicos del operador, al realizar el ajuste.
- e) Principios técnicos inadecuados.

1.2 PREDICCIÓN DEL TALLADO SELECTIVO

1.2.1 Determinar el grado de alteración del diente:

El tallado selectivo es apropiado, cuando la alteración de la superficie dentaria es mínima, ya que las correcciones son hechas sobre el esmalte; si por el contrario la alteración es mayor, el tallado selectivo se acompaña por procedimientos restaurativos, ya que puede afectar la dentina.

1.2.2 Ley de los Tercios de Peter Neff:

Distribución que se realiza en los dientes posteriores, al examinar la discrepancia bucolingual de los dientes posteriores, cuando los cóndilos están en relación céntrica. La discrepancia anteroposterior y bucolingual, sirven para observar la dirección del deslizamiento. Se divide la vertiente interna de la cúspide en tres tercios: Empezando en el fondo de la fosa hacia el vértice

cuspidéo, cuando la cúspide antagonista toca en el tercio más interno o cercano a la fosa se piensa en Tallado Selectivo, pero cuando el contacto de la cúspide es en el tercio medio o tercio más externo no se puede realizar el tallado selectivo.

1.2.3 Posición de los dientes anteriores:

La relación de los dientes anteriores maxilares y mandibulares se observan para predecir el tipo o guía anterior adecuada.

Al eliminar los contactos prematuros en relación céntrica, por medio del tallado, permite que no se pierda la dimensión vertical.

1.2.4 Habilidad del operador:

Este procedimiento demanda precisión, control de los contactos dentarios, posición de la mandíbula, control de la actividad Al estar muscular.

Al estar bien realizado el tallado selectivo, cumple una buena función masticatoria pero al realizarlo pobremente, puede crear problemas en función masticatoria y afectar el sistema neuromuscular.

1.3 FINES DEL TRATAMIENTO PARA UN TALLADO SELECTIVO:

El tallado selectivo involucra:

- Reformación de la posición mandibular.

- Reформación de los dientes.

1.3.1 Métodos para lograr el ajuste oclusal:

1.3.1.1 Para los dientes anteriores.

- Ortodoncia
- Placas neuro-mio-relajantes
- Restauraciones
- Mio-terapia funcional

1.3.1.2 Para los dientes posteriores:

- Ortodoncia
- Restauración
- Tallado selectivo



2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Detectar los problemas de oclusión del paciente entre rangos de anormalidad y normalidad para realizar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado y llegar a lograr el funcionamiento normal del sistema estomatognático.

2.2 OBJETIVOS eSPECIFICOS:

2.2.1 Mejorar las relaciones oclusales de la dentición, en tal forma que el periodonto y los dientes reciban estimulación funcional uniforme.

2.2.2 Establecer un patrón óptimo oclusal por procedimientos restaurativos y tallado selectivo.

2.2.3 Mejorar las relaciones funcionales por medio de la eliminación del trauma de oclusión, tensión muscular anormal, bruxismo, disfunción de la articulación temporo-mandibular (ATM)

2.2.4 Ayuda en la estabilización de resultados ortodónticos y en el acondicionamiento de algunos hábitos anormales de deglución.

2.2.5 Eliminación de interferencias en excursiones laterales.

2.2.6 Distribuir las fuerzas a lo largo del eje mayor del diente y en el mayor número de dientes posibles.

2.2.7 Armonización de la guía anterior.

2.2.8 Eliminación de interferencias posteriores en excursiones protrusivas.

2.2.9 Posición de intercuspidación máxima estable, con un máximo de contactos puntiformes.

2.2.10 La reformatión y contornación de los dientes para una eficiente masticación y protección gingival.

2.2.11 La mandíbula a partir de relación céntrica llegue a una posición de intercuspidación sin encontrar obstáculos (céntrica

larga)

3. INDICACIONES

Cuando se comprueba desórdenes en la articulación temporomandibular con signos patológicos a nivel de un componente del aparato masticatorio.

Antes de procedimientos restaurados

Después de tratamientos de ortodoncia.

Reconstrucción oclusal

Cuando hay trauma de oclusión primario a nivel periodontal, dental, pulpar, A.T.M. neuromuscular, tejidos blandos orales.

Cuando hay trauma de oclusión secundaria

Como parte de una terapia oclusal

Existencia de bruxismo

Existencia de impactación de alimentos

Con rebordes marginales desiguales

Reubicación de la mandíbula

Control de hábitos parafuncionales

Hipertonicidad de músculos de la cabeza y cuello, el ajuste se hace después de haber puesto en reposo a la musculatura y haber suprimido factores locales inflamatorios.

Durante la prueba final de restauraciones coladas.

Cuando los movimientos mandibulares son limitados y hay una masticación unilateral.

4. CONTRAINDICACIONES

Mordida abierta anterior porque no hay acople de dientes anteriores (+ de 3 mm.)

Mordida cruzada

Relación borde a borde

Tallar un solo diente

Sin previo ajuste en los modelos, montados en el articulador

Antes de procedimientos odontológicos o quirúrgicos

Pacientes con limitación intelectual y neuróticos

En sobremordida horizontal grande.

5. TECNICA DE AJUSTE OCLUSAL

5.1 TECNICA DE SCHUYLER

La característica principal es su dependencia de la estabilidad y alineación de las articulaciones temporomandibulares para alcanzar la posición oclusal óptima.

Schuyler se basó en reglas lógicas para el ajuste oclusal, por medio de la remoción de contactos prematuros o interferencias oclusales en ambos maxilares y crear un número óptimo de contactos oclusales funcionales.

El primer principio establece: que el tallado selectivo debe ser realizado en dos etapas bien definidas y separadas por un periodo de tiempo mínimo de una semana:

1o. En relación céntrica mandibular

2o. En posiciones excéntricas fundamentales (lateral de trabajo,

lateral de balance y protrusión).

6. MODELOS Y ANALISIS OCLUSAL

6.1 Modelos montados en relación céntrica adecuada para realizar el tallado selectivo en el articulador y analizar al paciente.

- . Diagnóstico y planteamiento del ajuste oclusal según las recomendaciones en el articulador.
- . Obtención de impresiones y modelos
- . Montaje en el articulador
- . Localizar perfectamente el contacto oclusal interfiriente.
- . Marcar donde está el contacto prematuro
- . Elección del diente a tallar.
- . Tallado de todos los dientes en todos los movimientos en los modelos para anticipar los resultados del ajuste oclusal.
- . Ver cuales topes céntricos son esenciales para la estabilidad oclusal.

7. INSTRUMENTAL

7.1 Pieza de alta velocidad - Pieza de baja velocidad

El operador debe presionar el dedo en contra de la superficie dental bucal cuando está tallando y usar un buen chorro de agua.

7.2 Porta-papel de articular

7.3 Ceras

Método exacto. Cera verde Inlay, se coloca sobre la superficie triturante de los dientes de un arco y se ocluyen los antagonistas hasta que perforen la cera y así se determinan cuales dientes hacen

contacto oclusal.

7.4 La Laca

Es el medio más exacto pero es dificultoso para el uso clínico y no es muy práctico.

7.5 Papel marcador

Es el papel carbón. primero hay que secar los dientes con aire ya que al mojarse no marca bien.

Este papel carbón es de 28 a 32 calibre y se usa para saber donde está el contacto prematuro.

7.6 Lápiz de colores

7.7 Seleccionar las fresas para el tallado

- Fresas de diamante punteagudas cuando hay deslizamiento en céntrica.
- Fresas tronco cónica gruesa con punta romo para desajustar vértices cúspides y céntrica larga.
- Fresas de rueda o disco para tallar en excursiones laterales y protrusivas.

7.8 Discos de papel

Para redondear las esquinas de los dientes anteriores, estos vienen en varios calibres 1/2 a 3/4 pulg.

8. TECNICA

8.1 AJUSTE EN CENTRICA

Se obtiene la eliminación de contactos prematuros en relación céntrica y en oclusión céntrica.

Se ubica el contacto prematuro y observar en que dirección estos contactos guían a la mandíbula.

Se busca un segundo contacto prematuro y se elimina, luego un tercero y un cuarto esto permite un deslizamiento armonioso en ambos lados de las arcadas dentales.

Al completar el ajuste en céntrica y el paciente muerde duro la mandíbula no debe deslizarse y los contactos en oclusión céntrica deben ser simultaneos y equilibrados en toda el área.

Los contactos prematuros están en las vertientes mesiales de los cúspides linguales y los rebordes marginales de molares y bicúspides maxilares, en contra de las vertientes distales de los cúspides bucales de molares y bicúspides mandibulares.

8.1.1 Técnica

Tallar vertientes mesiales superiores y distales inferiores y ensanchar la fosa. Esto se hace para que los cúspides linguales maxilares vayan a la fosa central de dientes y mandibulares y así obtenemos una oclusión estable en céntrica y que el impacto del

contacto tenga una dirección axial.

8.1.2 Principios

Schuyler estableció principios para la corrección de contactos prematuros en céntrica:

- Si la cúspide interfiere en céntrica y en fases laterales, se desgastará la cúspide y no la fosa.
- Si la cúspide interfiere en céntrica y no en excursiones laterales se talla la fosa oponente y no la cúspide.

En las fases aticulares tallar la superficie menos útil:

En dientes posteriores

- Interfiere cúspide a plano
tallar el plano
- Interfiere cúspide a cúspide.
tallar la menos útil o ambas
- Interfiere plano a plano
tallar el menos útil o ambos.

En dientes anteriores:

- Borde incisal inferior interfiere con la superficie palatina superior:
tallar borde incisal inferior
- Intefiere borde a borde
tallar de acuerdo con la estética
- Lograr contactos o topes de punto
- No eliminar el tope vertical o la punta cuspídea

8.2 AJUSTE EXCENTRICO

8.2.1 En el lado de trabajo; la interfeerencia se presenta en la vertiente mesial interna y de la cúspide bucal o vestibular superior y en vertiente distal interna de la cúspide lingual inferior o mandibular.

8.2.1.1 Principios

- a) No tocar los contactos en relación céntrica.
- b) Tallar las superficies internas de las cúspides vestibulares superiores y las superficies internas de las cúspides linguales inferiores.

Es hecho de acuerdo a Schuyler, regla o principio de BULL (Bucal de superiores y lingual de inferiores.

- c) Los dientes con poco soporte periodontal se tallan en superficie vestibulares de los superiores y linguales inferiores.

Los caninos participan en el movimiento de lateralidad permitiendo un desplazamiento de los dientes inferiores sobre los superiores del lado de trabajo.

Hay que buscar una función canina buscando una función de grupo bien tolerada.

8.2.2 Lado de Balanza

Las interferencias ocurren ante las cúspides de soporte maxilares y mandibulares en las vertientes internas.

Eliminar las interferencias cúspideas que impiden la trayectoria en el lado funcional.

Algunos topes céntricos deben ser sacrificados para eliminar las interferencias, por lo tanto hay que tener cuidado porque pueden alterar el contacto en relación céntrica.

8.2.2.1 Principios

Cuando las cúspides interfirientes son fundamentales en la estabilidad céntrica, se talla solo una parte de ellas, la menos favorable para lograr axialidad de fuerzas.

- En relación céntrica y en las fases laterales funcionales tallar la superficie menos útil.

8.2.3 Desgaste en Protrusión:

Lograr contactos bilaterales bien distribuidos en los bordes incisales mandibulares y maxilares.

Cuando la mandíbula está protruida los contactos de los dientes anteriores descluyen a los posteriores.

Obtener movimientos friccionales sin interferencias u obstáculos y uniformes.

En los dientes anteriores distribuir las fuerzas.

No se deben establecer contactos fuertes en las regiones posteriores durante el movimiento protrusivo.

El resultado ideal de la posición protrusiva es la obtención de puntos de contactos igualmente distribuidos entre los dientes anteriores.

8.2.3.1 Principios

En los dientes anteriores se tallan las superficies palatinas superiores desde el punto de contacto en relación céntrica hacia incisal.

En los dientes anteriores inferiores se talla el borde incisal, se debe procurar que el tallado se limite al maxilar superior.

En los dientes posteriores se tallan los planos superiores distales y los mesiales inferiores.

9. PULIDO

- Las superficies dentarias talladas en cada etapa del ajuste oclusal son pulidas por medio de gomas montadas de grano fino.
- Si se manifiesta sensibilidad se usa una rueda de caucho abrasivo, sambullida en fluor de sodio al 2%.

CONCLUSIONES

Los modelos de estudio deben estar bien montados en el articulador, para que el odontólogo realice un buen análisis de la oclusión para luego llevar a cabo el tallado selectivo en donde el odontólogo y paciente podrán ver los resultados finales.

Explicarle al paciente en que consiste este tratamiento ya que en algunos casos el éxito o fracaso de este tratamiento depende de la aceptación y asistencia del paciente.

Las interferencias oclusales grandes limitan movimientos protusivos y laterales, se debe remover tejido dentario dentro de los límites posibles, hasta eliminar por completo la interferencia y conseguir una oclusión de relación céntrica satisfactoria.

El tallado óptimo se consigue, cuando el patrón de contacto es bilateral con contactos puntiformes.

El ajuste en céntrica se elimina el deslizamiento lateral.

La estabilidad oclusal se basa en gran parte en el tope o apoyo de las cúspides linguales maxilares en la fosa antagonista y la cúspides bucales mandibulares en las correspondientes fosas antagonistas.

El tallado selectivo, con resultados aceptables se presenta en pacientes con dientes bien alineados y con un corto deslizamiento en céntrica.

Antes de realizar el tallado selectivo, hay que hacer un buen examen oclusal, puesto que de él depende la búsqueda de una oclusión estable, estética y funcional. Este tratamiento se termina en boca, por lo tanto es necesario familiarizarse con el estudio de las arcadas del paciente, saber analizar los movimientos mandibulares y estar en condiciones de aportar las correcciones para ajustar la oclusión a la posición correcta y así lograr el objetivo con el tallado selectivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) RAMFJORD Sigurd P. y ASH Mayor M. Occlusión. Third Edition W.B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto, México, Rio de Janeiro, Sydney, Tokyo. 1983
- 2) JEFFREY P. Okeson, D.M.D. Fundamentals of Occlusion and Temporomandibular Disorders. The C.V. Mosby Company. St. Louis, Toronto, Princeton. 1985

