

M
086
1987

T.O.
357

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
MONOGRAFÍA

EQUILIBRIO OCLUSAL POR TALLADO SELECTIVO

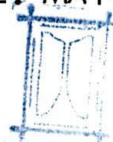
DIRECTOR :

Dr. Ariel Virviescas Toledo

PRESENTADO POR :

Rodrigo R. Salgado B.
Código : 812075

BOGOTÁ, D.E., MAYO DE 1987



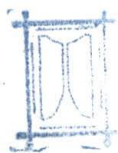
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NORTE

16-2-01-1987

13/5

DEDICATORIA

Dedicada a mis Padres; por
todo el estímulo que me die_
ron.



COLEGIO GERONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NORTE

AGRADECIMIENTOS

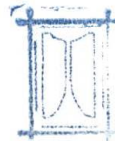
Agradezco ante todo al doctor
Ariel Virviescas Toledo por -
guiarme este trabajo.



COLEGIO GEOMORFOLOGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NORTE

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	1
OCLUSION	3
A. OCLUSION IDEAL	3
B. OCLUSION OPTIMA	4
C. OCLUSION NORMAL	5
I. DEFINICION DE EQUILIBRIO OCLUSAL	9
II. INDICACIONES DEL AJUSTE OCLUSAL	9
2.1. TRAUMA PRIMARIO POR OCLUSION	9
2.2. TRAUMA SECUNDARIO POR OCLUSION	9
2.3. ANTES DE UN TRATAMIENTO RESTAURADOR EXTEN_	
SO	10
2.4. MOVIMIENTOS FUNCIONALES RESTRINGIDOS	10
2.5. INESTABILIDAD DE LA OCLUSION DESPUES DE TRATA_	
MIENTOS Y OTROS TRATAMIENTOS DENTALES	10
III. PROCEDIMIENTOS DEL AJUSTE OCLUSAL	10
3.1. REGISTROS CON EL ARCO FACIAL	10
a. LOCALIZACION DEL EJE DE BISAGRA	11
b. AJUSTE DEL ARCO FACIAL	16
3.2. REGISTROS DE LA RELACION CENTRICA	19
3.3. REGISTRO DEL PRIMER CONTACTO OCLUSAL INTERFE_	
RENTE	



3,4.	REGISTRO EN PROTUSION	23
3.5.	REGISTRO EN LATERALIDAD	24
A.	MODELOS MONTADOS	25
1.	LOCALIZACION DEL CONTACTO OCLUSAL INTERFI_	
	RENTE	25
2.	MARCADO	25
3.	DECISION DEL CUAL DIENTE DESGASTAR	25
4.	TALLADO Y REGISTROS EN LA LISTA GUIA	26
5.	REPETIR EL PROCESO HASTA MAXIMO DE CONTACT_	
	TOS	26
6.	EQUILIBRIO EN LA POSICION MUSCULAR	27
7.	EQUILIBRIO EN EL AREA CENTRICA	27
B.	PROCEDIMIENTO DEL AJUSTE OCLUSAL : EN PA_	
	CIENTES	28
A.	INTERFERENCIAS DEL LADO DE BALANCEO	32
B.	INTERFERENCIA DE LADO ACTIVO	33
	INTERFERENCIAS EN EXCUSIONES PROTRUSIVAS	34
	AJUSTE DE DIENTES HIPERMOVILES	35
	AJUSTE OCLUSAL DEL PACIENTE CON TRISMUS	36
	AJUSTE OCLUSAL CON TRASTORNOS EMOCIONALES	37
	AJUSTE OCLUSAL PROFILACTICO	38
	AJUSTE OCLUSAL DEL PACIENTE ORTODONTICO	39

AJUSTE OCLUSAL DURANTE EL TRATAMIENTO	40
AJUSTE OCLUSAL DURANTE LA RETENCION	40

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Como obtenemos una armonía oclusal; mediante ajustes oclusales que realizamos en nuestro consultorio; para que haya un equilibrio en todo el sistema estomatognático.

Vemos los procedimientos que se realizan para encontrar el equilibrio mediante ; y diferentes sistemas de ajustes oclusales.

- I. Desgaste selectivo.
- II. Ortodoncia y Ortopedia.
- III. Reconstrucción Oclusal.

Nuestro tema va encaminado hacia el ajuste oclusal por tallado selectivo para encontrar una armonía oclusal.

Los objetivos están orientados precisamente , a la obtención de los cuatro primeros requisitos de la oclusión ideal.

Las indicaciones del desgaste selectivo son múltiples y variados pudiéndose agrupar en las siguientes categorías :

1. En la disfunción oclusal pura para la obtención de un patrón funcional multidireccional de eficacia óptima.

2. En las disfunciones patógenicas, para eliminar uno de los factores etiológicos desencadenantes del bruxismo como lo es la desarmonía oclusal para eliminar el trauma periodontal, mejorar las alteraciones de las estructuras del soporte, reducir o eliminar los espasmos musculares y miositis asociadas; para reubicar la mandíbula y eliminar las desarmonías oclusales causantes de los graves desórdenes en la ATM y músculos relacionados.

3. Para prevenir posibles disfunciones de futuro cuando las condiciones presentes así lo hacen presumir, y la funcionalidad de la oclusión se puede conseguir con poco y ligeros desgastes.

Cuando se puede hacer ajuste oclusal por tallado selectivo; cuando no está comprometido el sistema estomatognático; cuando no hay bruxismo; cuando hay trauma periodontal; y para prevenir posibles patologías. En la reconstrucción oclusal, lo hacemos mediante la operativa dental; prótesis fija; prótesis removible; ferulizaciones.

Todo el tema fue encaminado hacia el logro de la armonía oclusal por tallado selectivo.

OCLUSION

Significa relaciones estáticas y dinámicas entre las superficies oclusales, y más aún entre todas las partes del sistema masticatorio. Así cuando se dice "oclusión armónica", se quiere significar que las relaciones entre las superficies oclusales de ambas arcadas dentaria son armónicas entre sí, y con todas las partes del sistema.

A. OCLUSION IDEAL :

Establece el criterio de una situación funcional completamente armónica del sistema, estomatognático entero donde el Periodonto, músculos, ATM y todas las estructuras están con su biología totalmente saludable lograda y perpetuada precisamente a través de una perfecta función oclusal, sin ninguna clase de alteraciones y sin ninguna evidencia de adaptaciones o compensaciones.

Exige el cumplimiento estricto de cinco requisitos :

1. Contactos bilaterales simultáneos y estables entre todos los dientes en la posición intercuspal (coincidente con la posición muscular), y entre todos los dientes posteriores en el area retrusiva.
2. Los movimientos mandibulares friccionales son libres, sin interferencias cús pideas,

3. Las fuerzas oclusales están distribuidas en las zonas de trabajo en el máximo número de dientes (función de grupo).

4. Las resultantes de las fuerzas oclusales siguen una dirección axial, biológicamente óptima para las estructuras de soporte.

5. El espacio libre interoclusal permite una función armónica de la oclusión con el mecanismo neuromuscular y las ATM.

Lo cierto es que muy pocas personas 2 o 3 por mil y sólo por breves períodos de sus vidas, presentan esta oclusión ideal con cumplimiento perfecto de todos sus requisitos funcionales , sin necesidad de adaptaciones o compensaciones.

Pero ello significa que debemos a todos nuestros pacientes a estas situación porque la mayoría de las oclusiones están más o menos alejadas de este ideal, y sin embargo exhiben una función satisfactoria.

B. OCLUSION OPTIMA :

El concepto de oclusión ideal tiene una trascendental importancia clínica pues en los casos en que hay real anormalidad funcional y por lo tanto debemos hacer una rehabilitación, nos ofrece perfectamente clarificado, cual debe ser el objetivo final de nuestro trabajo restaurador.

El concepto de oclusión óptima se refiere pues, a las oclusiones restauradas;

y es aquella que de acuerdo a las condiciones existentes en cada caso individual, es la mayor obtenible, la más cercana posible a la oclusión ideal. Teniendo siempre presente los cinco requisitos de la oclusión ideal, ofreceremos rehabilitaciones orales óptimas, logrando con nuestro trabajo el máximo de beneficio funcional y al más largo plazo.

C. OCLUSION NORMAL :

Se ha producido últimamente un cambio de criterio radical respecto al concepto de " Oclusión normal ," debido al cambio de actitud mental del odontólogo frente a la dentición alterada, como consecuencia de nuevos conceptos funcionales.

Hasta hace unos años, el interés estaba centrado en la mutilación anatómica y en la consiguiente reparación morfológica. Hoy el centro de interés de la profesión se ha desplazado hacia la perturbación fisiológica y a la rehabilitación de la función.

Debemos comprender y diferenciar los dos conceptos de oclusión normal.

El primero, viejo conocido, de oclusión anatómica, morfológica se refiere a una disposición ideal de dientes, caracterizada por determinadas relaciones estáticas de forma y posición.

El segundo concepto de oclusión normal, el actual, fisiológico, dinámico, postula relaciones armónicas en el funcionamiento de todo el sistema estomatognático, sin preocuparse mucho de la perfección morfológica.

Lo importante es que la oclusión asegure eficiencia funcional, sin crear esfuerzos indebidos a ninguno de los integrantes del sistema. La oclusión puede alejarse considerablemente de la normalidad morfológica, y sin embargo, conformar los requisitos de una oclusión normal del punto de vista funcional. E inversamente, puede estar muy cerca del normal anatómico, y aún ser anatómicamente normal, y sin embargo no ofrecer una función correcta.

El concepto de oclusión funcional normal no responde a un patrón rígido y uniforme para todos los individuos, ni aún para el mismo individuo en diferentes épocas de su vida. La normalidad de la oclusión funcional surge de la interrelación armónica entre las diferentes formas y estructuras del sistema estomatognático, y las exigencias de su función.

En Biología, "normal" significa una situación comunmente encontrada en ausencia de enfermedad.

Cuando surgen alteraciones en la conformación, estructura y/o función de una de las partes del sistema estomatognático, la capacidad defensiva reaccional intenta producir, para la absorción o dispersión de las anormales fuerzas creadas, ligeras modificaciones en la conformación, estructura y/o función de otras partes interrelacionadas.

La capacidad reaccional defensiva del sistema estomatognático, que es amplia y variada, se puede manifestar de diversas maneras.

a) una primera posibilidad es que vaya produciendo el desgaste de la interfé-
rencia cuspídea, hasta su completa eliminación, si se observa con atención
las superficies oclusales, se podrán descubrir en muchos pacientes, este tipo
de compensación o defensa del sistema.

b) Cuando no se produce desgaste y el choque funcional persiste, el perio-
donto se defiende muchas veces produciendo ensanche del ligamento periodon-
tal, condensaciones de la lámina dura y hueso alveolar, hiper cementosis radi-
cular, capacitándose así para amortiguar, absorber y dispersar mejor las anor-
males fuerzas a que están expuestas esos dientes durante la función.

c) Otras veces, la compensación se produce en el mecanismo neuromuscular.
Las terminaciones propioceptivas de las membranas periodontales avisan al
sistema nervioso central que esos dientes están en trauma y sufren, y la reac-
ción defensiva de un mecanismo neuromuscular sano, es eludir por el " prin-
cipio de conveniencia ", ese impacto productor de injuria y dolor, creando
un nuevo patrón de movimientos mandibulares funcionales.

Es evidente que esta situación altera las relaciones funcionales en la intimi-
dad de las estructuras de la ATM (cóndilo-disco-fosa) , pero también allí -
puede manifestarse la capacidad compensadora del sistema, pues esas estruc-
turas articulares, están recubiertas por una capa condroidea, con capacidad
meoformativa y de remodelación, durante toda la vida.

Estos y otros mecanismos de compensación tendrán éxito siempre que la oclu-

sión trabaje solamente en los actos fisiológicos; es decir durante la masticación y la deglución . Las fuerzas oprimoras creadas por la desarmonía oclusal, no muy poderosas ni persistentes (actuando solo 1 o 2 horas por día) dan tiempo a las estructuras afectadas a adoptarse biológicamente, para absorber y dispersar esas fuerzas, sin sufrir daños.

I. DEFINICION DE EQUILIBRIO OCLUSAL

R/. Se considera que la oclusión dentaria es armónica, o hay equilibrio oclusal, con relación al resto del sistema estomatognático, cuando cumple sus funciones específicas en la masticación y deglución; sin producir disturbios patológicos en esas estructuras relacionadas.

La armonía morfo-funcional surge de una feliz combinación de las condiciones existentes en relaciones interocclusales, función neuromuscular, constitución biológica, factores psicomotores, salud periodontal, etc.

II. INDICACIONES DEL AJUSTE OCLUSAL

2.1. TRAUMA PRIMARIO POR OCLUSION

- A. Periodontal.
- B. Dental.
- C. Pulpar.
- D. Articulación temporomandibular.
- E. Neuromuscular.
- F. Tejidos bucales blandos.

2.2. TRAUMA SECUNDARIO POR OCLUSION

Movilidad de los dientes asociados con perdida de apoyo.

2.3. ANTES DE UN TRATAMIENTO RESTAURADOR EXTENSO.

2.4. MOVIMIENTOS FUNCIONALES RESTRINGIDOS.

2.5. INESTABILIDAD DE LA OCLUSION DESPUES DE TRATAMIENTOS Y OTROS TRATAMIENTOS DENTALES.

III. PROCEDIMIENTOS DEL AJUSTE OCLUSAL

A. Modelos

B. Paciente.

Registros

3.1. REGISTROS CON EL ARCO FACIAL

Frecuentemente , los modelos son montados en articuladores poco adaptables, siguiendo métodos arbitrarios en diversos procedimientos técnicos odontológicos, por considerar la localización del eje de bisagra individual para cada ATM de cada paciente, demasiado complicado, y hay quienes dicen innecesario.

Podría aceptarse que para cada protesis completa, se utiliza un eje de bisagra arbitrario- promedio; pero en procedimientos técnicos, de gran precisión como lo es el montaje en articulador para análisis funcional de la oclusión, para desgaste.

Para desgaste selectivo en articulador, o para técnicas de rehabilitación oclusal, la localización del eje de bisagra individual (que sean Lauritzen y otras está alejado de 5 a 13 mm. del arbitrario en un 70% de los individuos), se transforma en un requisito indispensable (siempre refiriéndonos a técnicas ideales).

Si bien existen diversas técnicas y elementos , nosotros utilizamos el equipo Almore, ideado por Lauritzen , que junto con el arco facial y la técnica de montaje split Cast (modelo seccionado), y el articulador dentatus, ofrecen exactitud, facilidad y rapidez, en todos los procedimientos de rehabilitación oclusal.

Describiremos la técnica con estos instrumentos , sabiendo que no todos los profesionales pueden disponer de ellos. Pero conocida esta técnica , podrá ser adoptada fácilmente a instrumentos más simples y también útiles; lo mínimo exigible en un arco facial y un articulador, que permitan registrar y transferir tres datos fundamentales: el eje de bisagra mandibular, la relación céntrica y la inclinación de la trayectoria condilar.

Los registros con el arco facial cinemático, se hacen en dos etapas : localización del eje de bisagra individual y ajuste del arco facial.

a. LOCALIZACION DEL EJE DE BISAGRA :

Consta de los siguientes diez pasos :

1. Entrenamiento del paciente : Es frecuente que las cosas que requieren es

te tratamiento, tengan su mecanismo neuromuscular alterado, con trayectorias de cierres mandibulares anormales y dificultad para realizar el cierre terminal de bisagra, necesario para localizar su eje estacionario. Antes de iniciar el procedimiento, debemos estar seguros de poder manipular con exactitud la mandíbula del paciente, en su arco de relación céntrica o cierre terminal de bisagra.

Se le indica que abra al máximo la boca, y la mantenga así, forzada un minuto, colocamos nuestro pulgar derecho sobre los incisivos centrales inferiores, y el índice debajo del mentón, le decimos al paciente que nosotros nos encargaremos de guiar y mover su mandíbula, la que debemos sentir totalmente floja. De esta posición de máxima apertura, empujamos firmemente el mentón arriba y atrás, notando en un momento que la mandíbula parece que encajara en una posición predeterminada, estamos seguramente en la posición más abierta del arco de relación céntrica.

Tomando esta posición como punto de partida, hacemos movimientos de cierre y apertura lentamente y rítmicamente, cerrando hasta que la uña del operador toque ligeramente con el borde incisal superior. Con la mandíbula baja y dominada, vamos retirando el pulgar lentamente, deslizándolo sobre los incisivos inferiores, al mismo tiempo que seguimos realizando un rítmico movimiento de abre y cierre en ese movimiento bordeante posterior de relación céntrica, hasta que los dientes llegan " casi al contacto, pero sin tocarse ; insistimos en ese movimiento rítmico, uno o dos minutos. El paciente está entrenado.

2. Se prepara el localizador. Su brazo lateral, que tiene una unión telescópica, se ajusta de modo que muestre apenas su primer raya; ofrece a sí las máximas posibilidades para acortar o alargar el brazo en la búsqueda del eje de bisagra (pues si en el procedimiento llegara a ser visible una segunda raya, no se podría alargar más el brazo).

Este brazo lateral debe estar paralelo a la base de su soporte, así permite el máximo de ajuste vertical.

Colocar en su vaina la aguja, de modo que ambos extremos sobresalgan equidistantes; y fijarla en esta posición.

Fijar el brazo lateral así preparado, en el extremo de la barra horizontal frontal del equipo localizador.

3. La cubeta especial Rim-Lock con perno anterior : Se fija a la arcada inferior del paciente por medio de una impresión de alginato duro, secando previamente la zona dentaria. Insertada la cubeta en la posición más baja posible, llevar la mandíbula del paciente a su posición de relación céntrica; hacer morder la cubeta y mantenerla así hasta el endurecimiento del alginato. Con una espátula filosa se eliminan los excesos de alginato que sobresalen de los límites de la cubeta. El perno anterior debe coincidir con la línea media.

4. Colocar 1cc de papel milimetrado : sobre la piel del paciente en el área del condilo; se tienen preparados y conservados en listerine o formalina

al 1% , con carga para su fácil adhesión.

5'. La barra horizontal frontal : del localizador , con su brazo lateral adoptado, se fija al perno sagital de la cubeta, cuidando que la barra quede perfectamente centrada y horizontal, y lo suficientemente cerca de la cara del paciente, para que la aguja esté unos 2 mm. del papel cuadrulado y en su centro.

6. Tomando el borde inferior del mentón entre pulgar e índice, se guía la mandíbula del paciente en movimientos rítmicos de abre y cierre en su arco de relación céntrica. Aperturas de 1 cm. y 1/2 son suficientes.

Se observa el movimiento de la punta de la aguja; ésta debe estar cerca del papel milimetrado , pero no tocarlo.

7. Al iniciar este procedimiento, la aguja describe normalmente, un arco; se manejan los tornillos de ajuste del brazo lateral, girando la aguja hacia el centro del arco . El tornillo anterior se debe mover la aguja condilar hacia adelante; y en sentido contrario al reloj; para mover la aguja condilar hacia atrás. El tornillo inferior movido en sentido de las agujas del reloj, permite bajar la aguja condilar; y en sentido contrario, la sube.

Los ajustes continúan hasta que la aguja permanece estacionaria mientras el paciente realiza su movimiento terminal de relación céntrica; tenemos localizado el eje de bisagra de esa ATM.

Es aconsejable observar la aguja con lupas'.

8. Retirar la aguja condilar dentro de su vaina : pero sin que su punta se oculte. Retirar el papel milimetrado, y desinfectar la piel con espadol quirúrgico. Preparar la tintura para tatuaje, mezclando en un ^{Vaso} vaso Dappen polvo rojo tatoo con listerine puro (una o dos gotas) hasta consistencia cremosas. Llevar con un instrumento la tintura a la punta de la aguja condilar.

9. Poner al paciente en posición erguida, con la cabeza fuera de cabezal : el plano aurículo -arbitrario de Frankford, debe estar horizontal. La razón de esto, es que los tejidos de recubrimiento en el area condilar son bastantes móviles e influenciados por los cambios de posición de la cabeza.

El punto que nosotros vamos a marcar en esa piel móvil (como eje de bisagra) no nos ofrecerá ninguna garantía, si no tomáramos alguna precaución. En cambio al hacer el tatuaje con la cabeza en una posición determinada (plano de Franskfor horizontal), podemos tener la certeza que siempre que el paciente adopte esa posición, el punto tatuado en la piel será verdadero eje de bisagra de esa articulación.

El operador mueve otra vez la mandibula en su arco de relación céntrica, y presiona la aguja con el elemento colorante hacia la piel, tratando que penetre aproximadamente $1\frac{1}{2}$ a 2mm. Se toma el extremo posterior de la

aguja, y se hacen movimientos rotatorios para asegurar el depósito del colorante. Se retira la aguja, se agrega más colorante, y se repite el procedimiento, para obtener una marca que dure algunas semanas (esto no es un verdadero tatuaje).

10. Retirar el brazo lateral del localizador y colocar la aguja condilar en su vaina en sentido contrario al que estaba previamente.

Preparar el brazo lateral para iniciar el trabajo (como en el paso 2) y fijarlo a la barra horizontal en su otro extremo. Repetir el procedimiento desde el paso 4 al 9 ubicados naturalmente en el otro lado del paciente. Una vez logradas las marcas de los ejes de bisagra en ambas ATM, se retira todo el equipo localizador.

b. AJUSTE DEL ARCO FACIAL :

Consta de los siguientes seis puntos :

1. Preparación del arco facial de transferencia previa a su uso. Los brazos laterales deben prepararse de modo que la primera raya sea apenas visible, y el brazo sea paralelo a su soporte. Ambos brazos laterales se fijan a la barrera horizontal anterior, de manera que sean paralelos entre sí, colocar el pin orbital en el tornillo de fijación (de los extremos existentes en la barra frontal en el que ésta mas a la izquierda del paciente) y fijarlo en forma que contacte con el brazo lateral. Colocar las agujas condilares en los extremos de los brazos laterales; probar el arco así armado, cuidadosamente sobre la cara del paciente, tratando que haya una separación de apro_

ximadamente 5 mm. de ambos lados, entre la punta de las agujas condilares y las marcas en la piel del eje de bisagra.

2. Se prepara la horguilla con cera dura rosada (por ej: Beaty Pink de Mayo), doble lámina a cada lado. Se reblandece por calor, preferiblemente con agua regulada a 55 °C, se lleva a la boca y se hace morder al paciente suavemente, evitando que los dientes contacten con el metal.

El perno anterior (en bayoneta) debe estar del lado derecho del paciente. Se enfría, se retira la horguilla y se controla el ajuste del modelo superior en la impresión correspondiente de cera; el ajuste debe ser perfecto.

3. Reinsertar la horguilla con la mordida de cera, en la boca del paciente, haciendo que éste la sostenga con la presión oclusal. Llevar el arco de transferencia previamente armado, introduciendo el tornillo de fijación (el que esta más a la derecha del paciente) de la barra frontal, en el perno de la horguilla; en este momento , los brazos laterales deben apuntar hacia abajo. Se va levantando cuidadosamente el arco de transferencia desde esta posición inicial, hasta alinear aproximadamente las agujas condilares con los puntos marcados en la piel, y se fija fuertemente el arco a la horguilla.

4. Fijar el pin orbital en el punto infraarbitrario, izquierdo del paciente.

5. Poner al paciente en posición erguida, con la cabeza fuera del cabezal, y

el plano de Franfort horizontal. Hacer coincidir las puntas de las agujas condilares con las marcas del eje de bisagra en ambos lados, empleando los tornillos de ajuste correspondiente de los brazos laterales, cuidando que la aguja no presione a la piel, las agujas se fijan con los pequeños tornillos existentes en los extremos de los brazos laterales.

Se fijan los tornillos de ajuste de los brazos laterales; primero, mientras se sostiene el tornillo de ajuste anterior (horizontal), se apreta en la dirección de las agujas del reloj; su tornillo grande de fijación; luego , mientras se sostiene el tornillo de ajuste inferior (vertical). Se apreta también en la dirección de agujas del reloj, su tornillo de fijación.

6. Para conservar la medida del ancho facial (o distancia intercondilar) , el equipo están inicialmente libres ; una vez que las puntas de las agujas están frente a las marcas de eje de bisagra en la piel y prácticamente en contacto, se corre el tope hasta contactar con la vaina de la aguja existente en el brazo lateral, y se fija en esta posición por medio de un tornillo vecino. Si se desea, las agujas pueden ser ahora removidas, y luego vueltas a colocar en la misma exacta posición en los brazos laterales del arco. Los topes están marcados (R) (Right) para la derecha y L (left) para la izquierda.

Retirar, pues parcial o totalmente las agujas condilares. se retira el arco de transferencia completo. Se fija verticalmente en la mesa de montaje. Se reinstalan y fijan en posición las agujas condilares.

2. REGISTROS DE LA RELACION CENTRICA :

El registro exacto de la relación céntrica por medio de una mordida de cera, en un paso de máxima importancia en la preparación del caso para el montaje, estudio y trabajo en el articulador. El registro de la relación céntrica nos indicará dos cosas fundamentales :

1. La posición de la mandíbula con respecto al cráneo, para lograr un perfecto equilibrio neuromuscular de todo el sistema estomagnático.
2. La relación existente entre las superficies oclusales de los dientes oponentes , justo antes de que hagan contacto en los movimientos fisiológicos básicos de masticación y deglución.

El registro por medio de una mordida de cera, se obtiene en un procedimiento de tres etapas :

1. Obtención de una guía de mordida : se emplea una placa de aluwax, alminax , coprwax, o placa metálica rodeada de cera (posselt) , o simplemente una placa doble de cera rosada dura (Beauty Pink de Mayco).

Técnica con placa : la forma y tamaño de la placa es obtenida sobre el modelo superior, marcando una línea tangente de 2 mm. de vestibular de la arcada y a distal de los últimos molares.

Se reblandece un 1 cm. marginal de la placa, preferiblemente en agua a 55° C, de modo que los dientes puedan penetrar sin esfuerzo; conservando

la posición central dura para que la placa mantenga su forma general en el momento de la mordida.

Llevamos la placa a la boca y con las superficies palmares de los dedos índice y medio de ambas manos, las presionamos contra la superficie oclusal de la arcada superior; y con un bisturí, marcamos la línea interincisiva como punto de rápida referencia, enfriamos y retiramos.

2. Entrenamiento del Pacientes : Esta es una etapa fundamental en la técnica. El paciente debe ser instruido y entrenado para registrar una mordida en la relación céntrica exacta, y no en su mordida habitual o en otra falsa o tensionada. El procedimiento es similar al utilizado en el momento que localizamos el eje de bisagra o arco de relación céntrico. Para los registros y transferencias con el arco facial cinemático.

Sentado el paciente en una posición ligeramente inclinada, se le indica que abra al máximo la boca, y la mantenga así, forzada, un minuto. Colocamos nuestros pulgar derecho sobre los incisivos centrales inferiores, y el índice debajo del mentón. Le decimos al paciente que nosotros nos encargaremos de guiar y mover su mandíbula, la que debemos sentir totalmente floja. Desde esta posición de máxima apertura, empujamos firmemente el mentón arriba y atrás, notando en un momento que la mandíbula parece que encajara en una posición predeterminada; estamos seguramente en la posición más abierta del arco de relación céntrica.

Tomando esta posición como punto de partida, hacemos movimientos de cierre y apertura y rítmicamente, cerrando hasta que la uña del operador toque ligeramente con el borde superior incisal. Con la mandíbula fija y dominada, vamos retirando el pulgar lentamente, deslizándolo sobre los incisivos inferiores, al mismo tiempo que seguimos realizando un rítmico movimiento de abre y cierre en ese movimiento bordeante posterior de relación, hasta que los dientes llegan " casi al contacto ", pero sin tocarse insistimos en este movimiento rítmico , uno o dos minutos, evitando siempre el contacto dentario. El paciente esta entrenado.

3. Obtención de la mordida de cera en relación céntrica : Se ablanda un centímetro marginal de la " pura de mordida " previamente obtenida y se inserta en posición en la boca, cuidando de que los dientes superiores ajusten perfectamente en sus respectivas impresiones. Se repiten los pasos ensayados durante el entrenamiento, con movimientos guiados rítmicos de abre y cierre. En uno de los movimientos de cierre, se le dice al paciente que " aprete con los molares " ligeramente, no mucho; es suficiente que queden marcados en la cera las huellas de los cúspides. El mentón del paciente está aún sostenido pero no forzado por la mano izquierda sostiene la placa; así cualquier posible desviación lateral de la mandíbula, es fácilmente detectada por la sensibilidad táctil del operador, enfriamos y retiramos.

La mordida de cera no debe presentar perforaciones, pues ello indicaría que los que los planos cúspides han llegado al contacto, y no sabemos si ese

contacto inicial no ha desviado ligeramente la mandíbula. Tampoco debe presentar fallas de nitidez o apariencia borroso en ninguna parte. Cuando la técnica es realizada correctamente, el operador notará la minuciosidad y claridad de las marcas de los dientes en la cera no perforada. Como comprobación de la técnica, se repite el procedimiento con la misma mordida de cera, varias veces; y siempre quedará con la nitidez inicial.

La técnica descrita es para registro de relación céntrica fisiológica, no tensio-
nada , no forzada; indicada en aquellos casos en que no existen en los mús-
los o en las ATM, trastornos funcionales severos.

Cuando estos trastornos existen y es necesario hacer estos registros, la técnica es, la misma, variando solamente en que en vez de decir al paciente "apre-
te con los molares ", el operador debe guiar firmemente la mandíbula para que esta continúe en el cierre terminal de relación céntrica y pueda marcar la cera, mientras la musculatura esté totalmente relajada.

3. REGISTRO DEL PRIMER CONTACTO OCLUSAL INTERFERENTE :

Las primeras etapas de la técnica son idénticas a las del registro de las relaciones céntrica obtenida la guía de mordida, y entrenando el paciente, se ablando el centímetro marginal y se inserta en posición contra la arcada superior. Se hace abrir y cerrar rítmicamente la boca del paciente varias veces, hasta que aparece el primer signo de contacto oclusal en forma de un agujero en la cera. Si el operadod tiene cualquier duda sobre la exactitud del contacto interferente registrado, se llena el agujero desde la parte infe-

rior de la placa con la misma cera en barrita, se reinserta en la boca y se repite el procedimiento. Si la mordida era correcta, el agujero aparecerá en la misma posición.

La exactitud de este procedimiento, que es total cuando se ejecuta sin fallas, se comprueba haciendo que varios operadores registren el primer contacto oclusal en el mismo paciente; el agujero en la cera siempre aparece en el mismo punto.

Este registro es de mucha importancia en el equilibrio oclusal por desgaste selectivo en el análisis funcional de la oclusión, y para comprobar la exactitud del montaje de modelos en el articulador adaptable.

4. REGISTRO EN PROTUSION :

Con los dientes del paciente " casi en contacto pero sin tocarse " en relación céntrica, se marcan dos líneas verticales sobre los centrales superiores e inferiores con lápiz dermatográfico, a lo largo del eje longitudinal de los centrales superiores. Haciendo abrir un poco más la boca del paciente, las líneas sobre los dientes inferiores se terminan de marcar hasta sus bordes incisales.

El paciente es instruido, entonces con la ayuda de un espejo, a protruir su mandíbula aproximadamente 5 mm. hacia adelante, manteniendo la continuidad vertical de las líneas trazadas en los incisivos, y se le enseña a cerrar en esa posición protruida, pero " sin llegar a tocar los dientes ". El ob-

jetivo es asegurar una posición protuida en la que ambos cóndilos vengán hacia adelante igualmente, y en la que no intervenga para nada la guía dentaria incisal. Se le explica al paciente que esa posición final es la que debe tomar al cerrar su boca, cuando la cera de registro, sea colocada sobre los dientes inferiores.

Guiado por las líneas dibujadas, lo mismo que por una ligera ayuda lateral de la mano del operador, el paciente asumirá la posición protusiva correcta.

5. REGISTROS EN LATERALIDAD :

Cuando se dispone de un articulador que permite perfeccionar la guía condilar por medio del registro y transferencia del ángulo de Bennett, se toman mordidas de cerca en lateralidad derecha e izquierda. La técnica, es simple, siendo necesario en la mayoría de los casos entrenar al paciente para que no ofrezca resistencia al operador cuando éste guíe su mandíbula a la posición indicada.

Las zonas posteriores de los rodetes o placas de cera deben prepararse no idénticas, sino más gruesa la que registrará el lado de balance.

A. MODELOS MONTADOS

El procedimiento para la formulación del plan guía trabajando en el articulador es el siguiente :

1. LOCALIZACION DEL CONTACTO OCLUSAL INTERFIRENTE :

Se conforman sobre las superficies oclusales de la arcada superior, dos tiras a- blandadas de cera de colados grosor 30; cerrando el articulador suavemente; aparecerá un agujero en la cera. En muchos casos, la interferencia es notable a simple vista.

2. MARCADO :

Una vez localizado el contacto oclusal interfiriente , se hace su marcado con el uso de cinta roja de máquina de escribir (mejor de computadores), o me- jor aún con la seda roja especial denominada " Madame Butterflay ". El pa- pel, azul de articular no es muy aconsejable, porque borrona mucho otros dientes además de la interferencia; sólo podría aceptarse el tipo más fino y menos cargado de tinta.

3. DECISION DE CUAL DIENTE DESGASTAR :

La decisión de cual de las dos superficies de contacto interfiriente en rela- ción céntrica debe ser tallado, se hará de acuerdo a los principios o normas ya enunciadas, el principio básico rector es el siguiente : la superficie del contacto interfiriente en relación céntrica que debe ser tallado es aquella me- nos útil en las fases funcionales excéntricas de lateralidad y protusión. Que

son en términos generales las vertientes de las fosas, y no las cúspides; y en los dientes anteriores, los bordes incisales inferiores y no las caras palatinas superiores.

4. TALLADO Y REGISTROS EN LA LISTA GUIA :

Tomando la decisión de cual superficie debe ser tallada se la recorta con cuidado con un bisturí. Se prefiere este procedimiento y no el tallado con una piedra en el torno, porque produciría mucho polvo de yeso, bastante molesto y sucio. Se rellena con cera de colado (en barra) el agujero en la mordida que sirvió para localizar el primer contacto interfiriente (en su cara opuesta a la que se va a apoyar en la arcada); y debidamente insertada, se sierra suavemente el articulador . Si aparece en la cera un agujero en otro lugar, tenemos la evidencia que el primer contacto interfiriente fue eliminado por el recorte. Dejamos entonces marcada ya la zona recién recortada, con un lápiz azul.

En la lista guía anotamos en la primera línea (No. 1) de la columna titulada " Localización ", las superficies contactantes; y en la columna titulada " Desgaste ", datos referentes al lugar y detalles del tallado realizado.

5. REPETIR EL PROCESO HASTA MAXIMO DE CONTACTOS :

Este proceso de cuatro pasos es repetido para los siguientes contactos interfirientes que van apareciendo, hasta obtener el máximo de contactos en re-

lación céntrica.

6. EQUILIBRIO EN LA POSICION MUSCULAR :

Una vez eliminado el deslizamiento en céntrica, se llevan las cabezas condilares del articulador 1 mm. hacia atrás (por medio del tornillo micrométrico interno anterior), lo cual significa llevar la mandibula del paciente 1 mm. hacia adelante; es decir, lograr la posición más anterior de la céntrica larga o libre que representa la posición muscular.

Se localizan las interferencias, se marcan y se desgastan de acuerdo a los principios ya conocidos.

7. EQUILIBRIO EN EL AREA CENTRICA :

Ahora se vuelven adelante los tornillos micrométricos, permitiendo así al articulador moverse libremente en el plano sagital desde relación céntrica a posición muscular , en toda la céntrica larga. Se localizan y marcan las interferencias posibles en ese pequeño trayecto sagital, desgastando siempre las fosas y no los cúspides.

La lista guía de remodelado en céntricos, registrando la localización de todos los tallados hechos sobre los modelos articulados, lo mismo que otros datos de interés, ofrece el operador un esquema muy aproximado, paso por paso, de lo que se debe hacer para equilibrar la oclusión en la boca del paciente, muchos de los pasos llevados a cabo en los modelos quizás deban ser modifi-

cados en la boca, alterándose la secuencia de los tallados. Pero la guía, la práctica, y sobre todo la seguridad que ofrece, justifican plenamente la adopción del procedimiento detallado, principalmente por aquellos que se inician en esta técnica.

B. PROCEDIMIENTO DEL AJUSTE OCLUSAL : EN PACIENTES

Los procedimientos de ajuste oclusal pueden ser divididos en cuatro partes :

1. Eliminación del ajuste oclusal de todas las superficies dentarias contactantes, que interfieren en el cierre terminal de bisagra (relación céntrica).

2. Desgaste selectivo de la estructura dentaria que interfiere en excursiones laterales. Esto variaría a medida que varía la guía anterior, para acomodarse a los ciclos masticatorios individuales. También variaría según lo necesario, para reducir fuerzas laterales excesivas sobre dientes débiles.

3. Eliminación de toda estructura dentaria posterior que interfiera en excursiones protusivas. Esto puede ser variado en relaciones intermaxilares en las cuales los dientes anteriores no están en una posición que desocluya los dientes posteriores en protusión.

4. Armonización de la guía anterior, con frecuencia es preciso hacer esto junto con la corrección de interferencias tratadas laterales o protusivas, .

Eliminación de Interferencias en relación Céntrica :Para simplificar , las in-

terferencias en céntricas se dividen en dos tipos :

Interferencias en el arco de cierre e interferencias en la línea de cierre.

A. Interferencia en el arco de Cierre : Cuando los cóndilos rotan sobre su eje terminal de bisagra, cada diente inferior sigue un arco de cierre, debe ser posible que cada punta cúspidea y cada borde incisal inferior siga un arco de cierre en toda la distancia hasta la posición oclusal más cerrada sin desviación alguna de ese Arco (Fig.). Toda estructura dentaria que interfiera en este arco de cierre tiene el efecto de forzar los dientes inferiores hacia adelante de la interferencia para alcanzar la posición oclusal más cerrada. Estas desviaciones del arco de cierre siempre requieren que el cóndilo se mueva hacia adelante. Las interferencias primarias que desvían el cóndilo hacia adelante producen lo que comúnmente se denomina un deslizamiento anterior.

La regla básica de desgaste para corregir un deslizamiento anterior es siempre MSDI desgastar las vertientes mesiales de los dientes superiores o las vertientes distales de los dientes inferiores.

B. Interferencia en la Línea de Cierre : Se refiere a las interferencias primarias que hacen desviar la mandíbula hacia la derecha o la izquierda desde el primer punto de contacto hasta la posición más cerradas.

Las reglas básicas del desgaste son las siguientes :

1. Si la vertiente interferente hace desviar la mandíbula desde la línea de

cierre hacia los carrillos, se desgasta la vertiente vestibular del diente superior o la vertiente lingual del diente inferior o ambos. La selección de la vertiente que se desgastará depende de cuál desgaste alinee más la punta cuspeada con el centro de su contacto con la fosa o que oriente la fuerza más favorablemente hacia el eje mayor de los dientes superiores como inferiores.

2. Si la vertiente en interferencia hace desviar la mandíbula de la línea de cierre hacia la lengua, la regla de desgaste es : desgastar la vertiente lingual del diente superior o la vertiente vestibular del diente inferior o ambas.

Ambas reglas para las desviaciones de la línea de cierre son aplicables a cualquier cúspide y son válidos, hasta si los dientes se hallan en relación invertida. Hay que recordar que las reglas de desgaste se refieren a vertientes, no a cúspides.

Los dientes se desgastan siempre en las vertientes que están frente a la misma dirección que el deslizamiento. Los dientes inferiores se ajustan mediante el desgaste de las vertientes que enfrenten la dirección opuesta a la trayectoria del deslizamiento.

La dimensión vertical de la oclusión que queda después del ajuste en relación centrada debe seguir siendo la misma que en oclusión céntrica. Si se eliminan interferencias que desvian la mandíbula hacia adelante automáticamente se crea una " centrada larga " salvo que disminuya la dimensión vertical. La zona plana de " centrada larga " será por lo común, más larga de lo necesario.

Influencia de los contornos faciales : varían la forma de la mandíbula tienen profunda influencia sobre la dirección del arco de cierre. Debido a las variaciones de la forma, ciertos deslizamientos en céntrica que parecen muy largos y desviados pueden ser equilibrados con un mínimo de desgaste dentario. Otras interferencias son frecuentemente pasadas por alto del todo porque no es posible notar la desviación desde el cierre casi vertical a lo largo de vertientes empinadas en la manipulación excepcionalmente cuidadosa de la mandíbula para mantenerlo con fuerza en el eje terminal mientras se marcan las vertientes.

;

Hemos curado exitosamente muchos síndromes de dolor y disfunción temporomandibular de larga data mediante la eliminación de este tipo de minúsculas desviaciones. Muchos de estos pacientes estaban desesperados debido al continuo dolor de larga duración. Muchos estaban tomando medicamentos por años y fueron tratados por siquiátras para aprender a vivir con sus dolencias. Sin embargo, las interferencias que deesencadenaban el síndrome fueron localizadas únicamente mediante la manipulación hacia la bisagra terminal, el desplazamiento de la mandíbula en arco bajo presión para detectar la desviación y la marcación de las vertientes empinadas en interferencia.

Ajustar primero las interferencias en Céntrica : casi siempre lo prudente es eliminar todas las interferencias en relación céntrica antes de ajustar las interferencias en excursión. Si éstas son ajustadas primero con frecuencia perdemos la oportunidad de mejorar la localización de las cimas cuspídea. El ajuste las excursiones laterales primero puede ser una manera rápida de equilibrar la oclusión. Es una manera eficaz de eliminar interferencias pero es cierto que -

muchas interferencias en excursiones laterales también lo son en relación céntrica. La única desventaja de seguir tal secuencia es que no siempre produce estabilidad. Si los dientes se han de restaurar después del ajuste, la secuencia no es tan importante, porque la localización de las cimas cúspideas pueden ser mejoradas en las restauraciones.

- INTERFERENCIA EN EXCURSIONES LATERALES :

Las interferencias laterales pueden ser divididas en interferencias del lado activo y de lado de balanceo. Ambas se ajustan juntas, pero para simplificar, las explicaremos por separado. Como las interferencias del lado de balanceo suelen ser ajustadas primero y son las menos complicadas, comenzaremos por ellas.

A. INTERFERENCIAS DEL LADO DE BALANCEO : Estas interferencias se ajustan rápidamente y con facilidad porque la finalidad es eliminar todo contacto en las vertientes, siempre que los dientes inferiores salgan de relación céntrica y vayan hacia la lengua.

La regla de desgaste para las interferencias en vertientes de balanceo es VSLI: desgastar las viertes vestibulares de los superiores o las vertientes linguales de los inferiores. La regla no especifica cúspide. De otra parte, se refiere a vertientes y es aplicable a todas las situaciones incluida la oclusión invertida.

Cuando se desgastan las vertientes, del lado del balanceo pueden comenzar a interferir las del lado activo, cuando se corrigen las vertientes del lado ac_

tivo. Las vertientes del lado del balanceo desgastadas previamente pueden volver a estar en interferencia y requerir un mayor desgaste. Al ajustar excursiones laterales, será necesario trabajar con las vertientes de ambos lados al mismo tiempo.

B. INTERFERENCIA EN LADO ACTIVO : Antes de ajustes las excursiones en el lado activo es necesario determinar qué tipo de oclusión cuadrará mejor a ese paciente en particular. Las partículas son analizadas detalladamente.

- Función de Grupo : las vertientes del lado activo, se ajustan de modo que armonicen con precisión con los movimientos cóndilos y la guía anterior. En función del grupo , las puntas cuspideas posteriores inferiores del lado activo mantienen contacto continuo desde relación céntrica hacia el carillo. A medida que la mandíbula se desplaza lateralmente, la longitud del contacto dinámico es progresivo desde el molar hacia adelante. Esto significa que el segundo molar es el primero en separarse y el canino , el último.

La regla para eliminar interferencias en protusiones es DSMI : desgastar las vertientes distales de los dientes superiores o en algunos casos, la vertiente mesial de los dientes inferiores.

Al desgastar interferencias en protusión los topes en céntrica se marcarán con una cinta de diferente color para no desgastarlo inadvertidamente. Se posicionará la mandíbula en relación céntrica y se pedirá al paciente que " deslice hacia adelante y hacia atrás, adelante y atrás". El paciente debe hacer el desliza-

miento , pero el operador sostendrá con firmeza la mandíbula para asegurarse de que los cóndilos permanezcan contra la eminencia durante el movimiento.

Las interferencias en excursiones protrusivas quedan, por lo general, corregidas mediante cierto grado de " desgaste hueco " de las vertientes lesivas.

- DESOCLUSION POSTERIOR : El odontólogo puede elegir si desocluir todos o parte de los dientes en excursiones activas. Los ciclos masticatorios verticales raramente requieren función de grupo, pero la decisión de dejar algún diente en contacto funcional lateral ha de ser tomado diente por diente.

En boca, con dientes anteriores firmes, pero dientes posteriores con periodoncia debilitada, suele ser conveniente desocluir los dientes posteriores en todas las excursiones excepto en céntrica. Esto se considera fácilmente porque todas las vertientes son puestas fuera de contacto. Siempre habrá que marcar los topes en céntricas con una cinta de color diferente para no desgastarlos equivocadamente al ajustar vertientes en excursiones laterales.

La regla para desgastar contactos en el lado activo es LUBL : comenzar con el tope en céntrica, desgastar la vertiente interferente lingual de los dientes superiores o la vertiente vestibular de los dientes inferiores o ambas.

INTERFERENCIAS EN EXCUSIONES PROTRUSIVAS :

En las excusiones protrusivas sólo deben tocar los dientes anteriores, se eliminará todo contacto posterior en protrusión en cuanto los dientes posteriores

se desplazan hacia adelante de sus contactos de sostén en céntrica.

Un error frecuente cometido al ajustar oclusiones es suponer que las pautas cuspidas vestibulares inferiores siguen a los surcos centrales superiores en protrusión. Esto ocurriría únicamente si ambos lados del arco fueran paralelos entre sí (produciendo un individuo mandíbulas perfectamente cuadradas). La mayoría de los arcos se angostan desde atrás hacia adelante, de manera que cuando la mandíbula se protruya, los dientes inferiores siguen una trayectoria recta hacia adelante, que resulta en el movimiento de los dientes posteriores en diagonal a través de los superiores. Las Interferencias en esta trayectoria se pasan fácilmente. por alto al interpretar mal las marcas como si fueran excusiones activas. Estas interferencias se eliminarán por desgaste cóncavos de las vertientes distales superiores o las vertientes mesiales inferiores , tales vertientes suelen ser muy pulidas por la atrición y no se marcan con facilidad salvo que los dientes estén secos y la cinta marcadora sea nueva.

AJUSTE DE DIENTES HIPERMOVILES :

Cuando se realice el ajuste oclusal todos los dientes serán examinados digitalmente para detectar hipermovilidad. Los dientes flojos que interfieren se mueven con facilidad y no permiten ser marcados parejamente con los dientes estables. La marca en un diente flojo puede ser aun menos nítida que la marca en dientes estables. Si se desgastan los dientes firmes ; el diente flojo se sobrecarga más. Cada diente debe ser examinado con la punta de la uña sobre la superficie vestibular mientras el paciente abre y realiza las excusiones. Si hay algún movimiento perceptible en cualquiera de las posiciones de contacto

dentario, el diente será mantenido en su lugar mientras se lo marca.

Las oclusiones se examinarán tanto en contacto firme como en contacto leve, el uso de cinta roja para el cierre firme y de cinta verde para el cierre leve mostrará si los dientes se mueven para permitir el contacto igual en el cierre enérgico. Las marcas rojas y verdes deben estar en los mismos lugares. Si quedan más marcas con el cierre firme que con el leve se sigue ajustando la oclusión mediante el desgaste de las marcas obtenidas al contacto leve hasta que sean los mismos que las del contacto firme.

AJUSTE OCLUSAL DEL PACIENTE CON TRISMUS :

En pacientes con trismus es factible efectuar el ajuste oclusal con igual facilidad que en otros pacientes si la mandíbula puede ser llevada sin dolor a la posición terminal de bisagra. No hay razón para esperar hasta que el trismo desaparezca porque remitirá en cuanto se concluya el ajuste.

Si la manipulación indolora resulta difícil, se introduce una cinta marcadora entre los dientes y se las hace contactar varias cuando los cóndilos se hallan lo más cerca posible del eje terminal. En este punto, el paciente " hará rechinar los dientes ". Hay que aliviar toda las vertientes no funcionales que se marquen . A medida que se desgasten las vertientes en interferencia, se tornará progresivamente fácil mandibular, la mandíbula y será posible concluir el ajuste poco a poco a medida que los músculos se relajen .

La colocación de un rollo de algodón o dos, entre los dientes, y el reposo de la mandíbula contra él sin contacto posterior también reduce la tensión muscular a un grado maniobrable en pocos minutos. La marcación de las interferencias al cabo de 10 ó 20 minutos de separación de los dientes suele detectar el principal contacto desencadenante del espasmo. El desgaste de esa vertiente permitira con frecuencia seguir progresivamente el desgaste de esa y otras vertientes en interferencia, en la misma sesión.

AJUSTE OCLUSAL CON TRASTORNOS EMOCIONALES :

Hay dos requisitos previos muy importantes para la iniciación de cualquier corrección oclusal en pacientes emocionales :

1. El paciente debe estar de acuerdo en que se le efectúe hasta conducirlo. Ha de saber que los dientes serán desgastados, y no debe poner límites a lo que el odontólogo pueda hacer para completar la corrección.
2. El odontólogo juzgará cuándo queda concluido el ajuste. El paciente debe saber de antemano que se considerará corregida la oclusión cuando todas las fuerzas quedan distribuidas uniformemente y los músculos perigoideos dejen de estar espásticos. Si queda algún otro síntoma extraño, deberá ser tratado mediante otros enfoques médicos.

Los problemas sobrevienen cuando los pacientes emocionales relacionan todos sus síntomas que se éste efectuanda al tratamiento en ese momento. Si comprenden los límites de la terapia oclusal de antemano, estos problemas se pre-

vienen. En presencia del cónyuge o un amigo se dirá al paciente : " Usted tiene algunos problemas que pueden o no ser corregidos mediante el ajuste de su oclusión. Yo sabré cuándo llegue lo más lejos posible con este tratamiento. Cuando alcance ese punto, se lo diré. Si la corrección oclusal ha ayudado a solucionar algunos de sus otros problemas, eso será bueno. Nos consideramos afortunados. Si no ha ayudado a ciertas trastornos sugerimos que busque atención médica.

AJUSTE OCLUSAL PROFILACTICO :

No hay necesidad de hacer ajuste oclusal en pacientes con sensación de total comodidad y en quienes no se prevé acelerado desgaste o destrucción periodontal , dientes hipermóviles ni recesión excesiva, sensibilidad pulpar o hábitos de bruxismo, ni tampoco síntomas relacionados con la articulación temporomandibular como ruidos o chasquidos entre zona articular, sensibilidad o dolor o cefaleas. En los pacientes que no hay que efectuar tratamiento restaurador, no está indicado la corrección oclusal. Si hacer ajuste oclusal en pacientes que no tienen ninguna de estas lesiones, es lo que se entiende por ajuste profiláctico, no hay razón para apoyar este concepto.

Los pacientes con desarmonía oclusal que " no tienen problemas " por lo general no fueron examinados con cuidado. No hay razón para posponer el tratamiento hasta que las lesiones hayan avanzado lo suficiente como para que el paciente las perciba. La odontología es capaz de interceptar y corregir los factores causales antes de que se necesite un tratamiento extenso.

Las fuerzas excesivas son un factor causal de que aclara el deterioro de la salud bucal. La corrección hace que el paciente esté más cómodo y que el mantenimiento de los dientes y los tejidos de soporte sea más fácil.

Puesto que el ajuste adecuado no daña al paciente y tiene el potencial de ser beneficioso. La corrección del trauma oclusal es una de las medidas preventivas que mejorará notablemente el bienestar y mantenimiento de los dientes y los tejidos circundantes. Si el " ajuste profiláctico " se refiere a la corrección de lesiones ocasionales por las fuerzas antes de que el daño sea serio lo apoyamos.

Un cuidado : nunca tratamos de ajustar la oclusión del paciente salvo que las lesiones deben estar de acuerdo en que hay una lesión y comprenderá el tratamiento. El ajuste inadecuado o incompleto causará conciencia oclusal y a veces hasta un síndrome temporomandibular agudo. Esto se magnifica cuando los pacientes se sentían razonablemente cómodos antes de intentar el " equilibrio ".

AJUSTE OCLUSAL DEL PACIENTE ORTODONTICO :

Todo ortodoncista debe aprender los principios y las técnicas del ajuste oclusal. Su conocimiento de los factores de crecimiento direccionales eliminan la necesidad de desgastar las vertientes que tendrán a desplazarse con el crecimiento, hacia posiciones más favorables

La apreciación que tiene el ortodoncista del movimiento " de rebote " de los

dientes

Luego del retiro de las bandas les da un mejor sentido de la oportunidad de cuándo hacer el ajuste y en qué magnitud desgastar determinadas vertientes. El ortodoncista es capaz de hacer correcciones leves en la posición dentaria individual cuando la alternativa significa desgastar a través del esmalte. Los ortodoncistas que retocan los casos terminados con un ajuste nos dicen que ellos tienden constantemente a mejorar su técnica ortodóntica para reducir la necesidad del desgaste selectivo.

No hay que usar el ajuste para suplantar el movimiento dentario. Los ortodoncistas que opinan que es imposible ubicar los dientes con la efectividad suficiente como para evitar el desgaste extenso deben saber que otros colegas hallan posible y práctico relacionar los dientes de manera tal que todo lo que se requiere es un mínimo desgaste de puntos después del tratamiento.

AJUSTE OCLUSAL DURANTE EL TRATAMIENTO :

Es permisible cambiar la forma de las cúspides, fosas o vertientes durante el tratamiento si tales modificaciones beneficiarían la estabilidad una vez movido el diente. En particular pueden ser remodeladas las vertientes no funcionales en cualquier momento del tratamiento. La observación de la posición final del diente es cuestión ayuda a determinar qué cambio de forma sería el adecuado.

AJUSTE OCLUSAL DURANTE LA RETENCION :

Cuando se quitan las bandas y se coloca un retenedor removible, hay que

comenzar la corrección oclusal grosera. Si la oclusión puede ser corregida en la posición de retención la estabilización de los dientes en esa posición mejorará.

Si el movimiento leve de algún diente fuera conveniente para la relación oclusal, se agrega otro resorte lineal para mover el diente en vez de mutilarlo con un desgaste oclusal excesivo. Cuando la relación de diente a diente es todo lo adecuado que puede ser la oclusión se retoca. La combinación de la estabilidad oclusal y el efecto estabilizador del retenedor permite que toda la dentadura quede estabilizada en un lapso mucho más breve. La alternativa de utilizar un retenedor para mantener los dientes en maloclusión es una mala segunda posibilidad.

CASO CLINICO

Paciente 24 años.

- Presenta contacto prematuro en lateralidad derecha e izquierda.
- Se le hizo ajuste oclusal por llamado selectivo.
- Colocación de placa miorelajante.