



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

Sig. Top. N 280 1988

Compra ☐

Canje ☐

Donación ☒

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

T.O.
280
1988

00310

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICOS PARA LA ELABORACION DE
FLACAS PARA AJUSTE DE OCLUSION

ADRIANA OTERO CASTELLANOS

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA 1988

14-6-01-200

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CLINICOS PARA LA ELABORACION DE
PLACAS PARA AJUSTE DE OCLUSION

ADRIANA OTERO CASTELLANOS

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

Director:
Dr. Victor Orlando López Forero

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
BOGOTA 1988

Bogotá, Mayo 17 de 1988

Doctora
Marisol Arango
Decana Facultad de Odontología
Colegio Odontológico Colombiano
Ciudad.

Apreciada doctora:

Me dirijo a usted respetuosamente, para presentarle mi monografía titulada "Manual de Procedimientos Clínicos para la Elaboración de Placas para Ajuste de Oclusión".

Espero sea, este trabajo, de su completo agrado y sirva como ayuda para aquellas personas que inician sus estudios.

Quiero expresarle mi gratitud y felicitarla por la labor que desempeña.

Cordialmente,



Adriana Otero Castellanos

cod/60: 831201

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

RECTOR	Dr. Jorge Arango Tamayo
DECANO	Dra. Marisol Arango de León
VICEDECANO	Dr. Jairo Forero Morales
SECRETARIO ACADEMICO	Dr. Luis Felipe Falla
DIRECTOR MONOGRAFIA	Dr. Victor Orlando López
COORDINADOR DE CURSO	Dr. Roberto Arciniegas

DIRECTOR DE LA MONOGRAFIA

El Doctor Victor Orlando López Forero es odontólogo egresado del Colegio Odontológico Colombiano en el año 1981.

Odontólogo Interino sección ATM del Instituto de Seguro Social 1988.

Vicepresidente de la Fundación Odontológica Popular FUN-DOP.

Presidente del Comité de Educación Cooperativa Nacional de Odontólogos Ltda. 1987-1988.

Instructor del Curso de Actualización de Auxiliares de Odontología. 1987-1988.

Docente de Clínica Integrada 8o. semestre del Colegio Odontológico Colombiano 1987.

Docente en el área de Oclusión del Colegio Odontológico Colombiano. 1983-1986.



Nota de Aceptación

Presidente del Jurado



Jurado

Jurado

BOGOTA 1988

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Victor Orlando López Forero quien me prestó su colaboración como director de monografía y quien con sus conocimientos y experiencia me orientó en todo momento para la elaboración de la misma.

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que participaron de una u otra forma para la finalización de mi carrera.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	15
1. DIAGNOSTICO DE DISFUNCION ORAL	16
1.1 HISTORIA CLINICA	16
1.1.1 Examen Físico General	16
1.1.2 Examen Clínico Bucal	17
1.1.2.1 Estudio Clínico	18
1.1.2.1.1 Grado de Apertura Bucal	18
1.1.2.1.2 Trayectorias de Apertura y Cierre Mandi- bular	18
1.1.2.1.3 Ruidos Articulares	19
1.1.2.1.4 Palpación Muscular y Articular	19
1.1.2.1.5 Posición Postural y Espacio Libre	22
1.1.2.1.6 Relación Céntrica y Oclusión Máxima	22
1.1.2.1.7 Interferencias en Fases Laterales	23
1.1.2.1.8 Interferencias en Fase Protrusiva	23
1.1.2.1.9 Facetes de Desgaste	24
1.1.2.1.10 Examen Periodontal	24

1.1.2.2	Estudio Radiográfico	25
1.1.2.3	Estudio de Modelos Articulados	25
2.	ELABORACION DE PLACAS PARA AJUSTE DE OCLUSION ...	27
2.1	REQUISITOS	29
2.2	OBJETIVOS	30
2.3	FUNCIONES	31
2.4	INDICACIONES	32
2.5	CONTRAINDICACIONES	35
2.6	ELABORACION	36
2.6.1	Placa Miorelajante	36
2.6.2	Placa Estabilizante	39
	CONCLUSIONES	42
	BIBLIOGRAFIA	44

PLAN DE TEMAS

OBJETIVOS

1. Tener claro que la restauración debe hacerse en forma integral.
2. Pensar en la importancia de la restauración funcional para evitar fracasos en los tratamientos.
3. En la elaboración de Placas para Ajuste de Oclusión se deben tener en cuenta todos los pasos anotados en este trabajo, y así evitar crear más problemas en el paciente.



TEMAS

1. DIAGNOSTICO DE DISFUNCION ORAL

1.1 HISTORIA CLINICA

1.1.1 Examen Físico General

1.1.2 Examen Clínico Bucal

1.1.2.1 Estudio Clínico

1.1.2.1.1 Grado de Apertura Bucal

1.1.2.1.2 Trayectorias de Apertura y Cierre Mandibular

1.1.2.1.3 Ruidos Articulares

1.1.2.1.4 Palpación Muscular y Articular

1.1.2.1.5 Posición Postural y Espacio Libre

1.1.2.1.6 Relación Céntrica y Oclusión Máxima

1.1.2.1.7 Interferencias en Fases Laterales

1.1.2.1.8 Interferencias en Fase Protrusiva

1.1.2.1.9 Facetes de Desgaste

1.1.2.1.10 Examen Periodontal

1.1.2.2 Estudio Radiográfico

1.1.2.3 Estudio de Modelos Articulados

2. ELABORACION DE PLACAS PARA AJUSTE DE OCLUSION

2.1 REQUISITOS

2.2 OBJETIVOS

2.3 FUNCIONES

2.4 INDICACIONES

2.5 CONTRAINDICACIONES

2.6 ELABORACION

2.6.1 Placa Miorelajante

2.6.2 Placa Estabilizante



INTRODUCCION

La elaboración de este trabajo hace pensar que el odontólogo tiene el deber de restaurar, a los pacientes, de una manera integral, haciendo énfasis en cada uno de los componentes del sistema estomatognático.

Mas importante que hacer una restauración es hacer una buena restauración. La elaboración de las placas para ajuste de clusión nos permiten tratar al paciente funcionalmente para evitar posteriores fracasos en los tratamientos restauradores.

1. DIAGNOSTICO DE DISFUNCION ORAL

1.1 HISTORIA CLINICA

Para hacer un buen diagnóstico acerca de las posibles patologías del paciente es necesario contar con una buena historia clínica.

Inicialmente, se hace un interrogatorio o anamnesis, para saber el motivo de consulta, indagando sobre la historia médica, psíquica y odontológica.

1.1.1 Examen Físico General

Se observa el aspecto general del paciente, sus movimientos, posturas, reacciones y asimetrías.

Durante la elaboración de este examen, se pregunta, al paciente, si está tomando algún tipo de droga o si padece enfermedades graves como diabetes, cardiopatías, artritis, enfermedades respiratorias, alergias, posibilidad de embarazo y evolución del mismo.

1.1.2 Examen Clínico Bucal

El examen intrabucal debe incluir la inspección y la palpación de todas las estructuras intrabucales.

Se observa el estado general de salud oral del paciente, teniendo en cuenta el estado de las encías, hábitos de salud oral, presencia de cálculos y placa bacteriana, caries, restauraciones, zonas desdentadas y presencia de prótesis.

En la inspección y palpación de tejidos blandos, se miran labios, mucosas, frenillos, paladar, orofaringe, lengua y piso de la boca.

Al hacer el examen periodontal, se tiene en cuenta color, forma y textura de las encías; sangrado, presencia de bolsas periodontales, movilidad dentaria y, con ayuda de radiografías, se observa si hay reabsorción ósea y de que tipo.

Posteriormente, se hace un análisis detallado de los dientes: color, tamaño, forma, caries, estado pulpar, hipersensibilidades, fracturas, malposiciones, abrasiones y erosiones.

El siguiente paso, dentro del examen clínico bucal, es el análisis de la oclusión, el cual consta de tres partes:

- Estudio clínico
- Estudio radiográfico
- Estudio de modelos articulados

1.1.2.1 Estudio Clínico

1.1.2.1.1 Grado de Apertura Bucal

La apertura bucal máxima es de 45 a 55 mm., esta medida se toma del borde incisal superior e inferior. Cuando el paciente presenta disminución en el grado de apertura bucal, se sabe si el problema es de origen muscular o articular, traccionando la mandíbula; si no se consigue abrir más, el problema es articular y si se consigue, es un problema de origen muscular.

1.1.2.1.2 Trayectorias de Apertura y Cierre Mandibular

Se pide, al paciente, que abra lentamente la mandíbula. Si el punto interincisivo se desvía lateralmente, hay alteración muscular o articular. Si se dibuja un punto sobre el mentón del paciente y se coloca una regla en sentido vertical sobre el punto, al hacer movimientos de apertura

y cierre, se observa si el punto se aparta de la regla o si se esconde detrás de ella.

1.1.2.1.3 Ruidos Articulares

La presencia de ruidos articulares indica alteración funcional, en el caso del chasquido o clicking, y alteración estructural, en el caso de crepitación. Estos son los dos tipos de ruidos que se encuentran a nivel de la ATM y que son audibles sin ayuda instrumental pero que, para mayor prevención de anomalías articulares incipientes, se recomienda el uso de estetoscopio.

1.1.2.1.4 Palpación Muscular y Articular

La palpación debe ser bimanual, firme y sin brusquedad, a nivel de los músculos masticadores y áreas relacionadas, para permitir la localización de zonas dolorosas. Primero, se descubre el umbral de dolor del paciente, presionando, con firmeza, la parte superior y posterior de la apófisis mastoides; si el paciente cierra los ojos instintivamente o parpadea, es signo de dolor; se hace una nueva palpación con menor presión, para que el reflejo palpebral no se produzca; en este momento se está por debajo del umbral del dolor. Se toma esta presión, para el procedimiento de palpación.

Para realizar la palpación a nivel de la ATM, se colocan los dedos meñiques dentro del oído y se hace presión por detrás del meato auditivo externo; al abrir y cerrar la boca, se nota el movimiento condilar y el grado de sensibilidad.

Con los dedos índices, se hace palpación en la ATM; si hay dolor lateral y posterior, el problema es articular; pero, si es solo lateral, el problema es muscular.

Al hacer la palpación muscular, se empieza por los músculos externos y después los internos. A nivel de los maseteros, se palpa debajo del arco cigomático, en la inserción superior de los maseteros; si hay dolor, puede ser producido por una oclusión máxima, fuera de relación céntrica, deslizamiento lateral de la mandíbula y bruxismo céntrico; después, se palpa la inserción inferior hacia el borde anterior y ángulo de la mandíbula; cuando hay dolor en esta zona, la desarmonía oclusal está lejos de la posición intercuspídea.

Al hacer palpación en el músculo temporal, el dolor, en la fibras anteriores, indica desarmonía oclusal en la fase retrusiva. La palpación del tendón del músculo temporal, se hace intraoral: con los dedos índices, se busca el nacimiento del borde anterior de la rama ascendente de la

mandíbula hasta llegar al arco cigomático.

La palpación de los músculos occipitales, debe hacerse mientras el paciente mueve la cabeza.

Los músculos de la nuca, se palpan haciendo que el paciente gire la cabeza de derecha a izquierda, de izquierda a derecha y hacia atrás.

La palpación del músculo trapecio se hace inclinando la cabeza del paciente hacia uno y otro lado y haciendo que eleve el hombro de ambos lados alternativamente.

El músculo esternocleidomastoideo se examina haciendo que el paciente gire lo mas que pueda la cabeza hacia su izquierda y su derecha.

El grupo suprahioides se palpa al tiempo que el paciente deglute.

El pterigoideo externo es el músculo más involucrado en la disfunción temporomandibular. Con la boca del paciente ligeramente abierta, se colocan los dedos índices sobre la parte vestibular de los molares superiores, hasta llegar a la tuberosidad; desde este punto, se empuja hacia arriba y

hacia atrás.

Para el músculo pterigoideo interno, palpamos la superficie interna del ángulo de la mandíbula.

La información que da, la palpación sobre músculos afectados es muy importante para el diagnóstico de desarmonías oclusales.

1.1.2.1.5 Posición Postural y Espacio Libre

Para lograr la posición postural, el paciente debe estar sentado, en posición erguida y con los músculos relajados. Se marca un punto en la nariz y otro en el mentón del paciente; se hace abrir, al máximo, la boca, manteniéndola así hasta lograr cansancio muscular; se hace deglución y descanso. Se toma la medida de la distancia entre los dos puntos y obtenemos la dimensión vertical postural; después, se hace cerrar la boca en oclusión máxima y se mide nuevamente, para obtener la dimensión vertical oclusal. La diferencia entre estos dos valores es el espacio libre.

1.1.2.1.6 Relación Céntrica y Oclusión Máxima

Para poder llevar, al paciente, a relación céntrica, es necesario que la musculatura mandibular esté completamente

relajada; se normaliza la función muscular por medio de varios procedimientos como calor, anestesia, tranquilizantes, ejercicios, férulas y placas de mordida.

Se indica, al paciente, que abra, al máximo, la boca y se mantenga en esa posición durante un minuto; se coloca el pulgar derecho sobre los incisivos inferiores y el índice debajo del mentón y se guía la mandíbula, que debe estar completamente floja; se empuja el mentón hacia arriba y atrás; se hacen movimientos de apertura y cierre y se permite el contacto dentario para observar interferencias.

1.1.2.1.7 Interferencias en Fases Laterales

Se lleva la mandíbula desde la posición de relación céntrica a un lado, rozando suavemente los dientes en contacto; se observan las zonas de trabajo y balanza y se hace el mismo procedimiento con el lado opuesto.

1.1.2.1.8 Interferencias en Fase Protrusiva

Estando, el paciente, en relación céntrica, se hace que deslice la mandíbula hacia adelante, hasta contactar borde a borde, los incisivos superiores con los inferiores y notamos las interferencias tanto anteriores como posteriores. El papel de articular, es de gran ayuda para la

localización de las interferencias tanto en las fases laterales como en la fase protrusiva.

1.1.2.1.9 Facetas de Desgaste

Son pequeñas áreas brillantes, lisas y bien definidas, en las superficies incisales y oclusales, en dientes superiores e inferiores, producidas por el bruxismo.

Se hace un test, al paciente, llamado test de provocación, que consiste en hacer contactar las facetas de desgaste y se pide, al paciente, que apriete lo mas fuerte posible. Si al cabo de un minuto, el paciente acusa dolor, se busca la relación existente entre las facetas de desgaste y las alteraciones musculares, haciendo previamente el examen de palpación muscular.

1.1.2.1.10 Examen Periodontal

El examen periodontal es muy importante en casos de trauma periodontal o bruxismo incipiente. Se analizan las condiciones funcionales a las cuales están sometidas las estructuras dentarias.

1.1.2.2 Estudio Radiográfico

Se toman radiografías intraorales para evaluar tejidos dentarios, estructuras de soporte, reabsorciones, condensaciones, hipercementosis y estado de la lámina dura y ligamento periodontal.

También son útiles para un buen diagnóstico las radiografías de la ATM que sirven para complementar el estudio clínico y para hacer visibles otro tipo de discrepancias.

La electromiografía sirve para evaluar la función muscular. Con ella, se observan y registran en forma documental los trastornos funcionales dentro del aparato masticador. Esta técnica está todavía en estudio y, debido a las fuentes potenciales de variaciones, no se usa, como método de diagnóstico.

1.1.2.3 Estudio de Modelos Articulados

El estudio de modelos articulados es un elemento muy importante en el diagnóstico de disfunciones del sistema estomatognático. Para hacer un buen estudio de modelos en articulador, es necesario que las etapas de registros y transferencias de las posiciones y movimientos mandibulares del paciente, hayan sido hechas con precisión.

Después de haber elaborado una buena historia clínica, se puede llegar, fácilmente, a las causas y evolución de las patologías existentes. Para llegar a un buen diagnóstico, se estudian los datos de signos y síntomas, se analizan las lesiones tisulares, se establecen las interconexiones entre desarmonía oclusal y disfunción muscular y se determina la influencia de factores generales, como por ejemplo, tensión psíquica.



2. ELABORACION DE PLACAS PARA AJUSTE DE OCLUSION

Las placas para ajuste de oclusión son láminas de acrílico o acetato transparente que se adosan por medio de vacío a un modelo de yeso.

El objetivo de estas placas es interceptar interferencias oclusales que provocan el desencadenamiento de la disfunción temporomandibular, en sus diversas manifestaciones clínicas.

Psicológicamente, la placa ayuda para que el paciente no aproxime sus piezas dentarias; hace que esté alerta de su boca y de las tensiones musculares y parafunciones que son la etiología de su disfunción.

Estas placas ayudan para hacer un diagnóstico diferencial entre dolencia disfuncional temporomandibular y una enfermedad propia de la articulación o mimética. Controlan el mioespasmo disfuncional e interceptan las parafunciones en el caso de apretamiento o bruxismo. Se usan sobre dientes naturales o sobre prótesis. Producen un incremento en la

dimensión vertical que no debe sobrepasar el espacio de inoclusión fisiológica del paciente. El espesor de la placa debe ser mínimo para que el paciente se pueda acostumar en poco tiempo al leve aumento de la dimensión vertical.

Se puede utilizar para el maxilar superior, como para el inferior; pero, sin embargo se prefiere y es mas aceptada en el maxilar superior.

Las placas para ajuste de oclusión han recibido diferentes nombres: placas de mordida, férulas oclusales, placas neuromiorelajantes, placas miorelajantes, protectores oclusales, placas de bruxismo y guardas oclusales.

En los últimos tiempos, ha tenido gran aceptación la utilización de este tipo de aparatología. Las investigaciones se remontan a 1771, época en la cual John Hunter propuso la utilización de un plano inclinado de plata utilizado en los incisivos inferiores para corregir la mordida anterior.

Joseph Fox habló, en 1803, de un bloque de mordida sobre los dientes posteriores para disminuir las fuerzas oclusales, así a través del tiempo se han venido utilizando diferentes técnicas y materiales para la elaboración de

las placas de ajuste de oclusión, hasta llegar a la lámina de acetato y su procedimiento al vacío.

2.1 REQUISITOS

Las placas para ajuste de oclusión deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Incluir todos los dientes superiores naturales o no.
- No debe intervenir en el espacio de la lengua.
- Debe estar bien pulida para evitar lesiones en tejidos blandos.
- La extensión palatina está condicionada a la forma y tamaño del paladar y a las posibilidades de retención.
- El ajuste oclusal se hace siguiendo la secuencia en movimientos de las posiciones diagnósticas mandibulares como protrusión, lateralidad derecha e izquierda y relación céntrica.
- La extensión vestibular debe cubrir un tercio de las coronas anatómicas de los dientes superiores.

- Eliminar las interferencias oclusales con un aumento mínimo de la dimensión vertical.
- Mantener estable la posición de los dientes mientras se está implantando.

2.2 OBJETIVOS

Los objetivos para las placas de ajuste de oclusión son los siguientes:

- Lograr un registro exacto de relación céntrica.
- Solucionar problemas de disfunción temporomandibular, evitando las interferencias.
- Mantener la relación céntrica del paciente.
- Tratamiento de bruxismo.
- Eliminar el fluido inflamatorio.
- Programar una protección anterior para desoclusión posterior.
- Relajar la mandíbula para lograr éxito en los procedi-

mientos restauradores.

- Incrementar la dimensión vertical.

2.3 FUNCIONES

- Aliviar los síntomas del síndrome disfuncional de la articulación.
- Eliminar espasmos musculares que hacen mas difícil la obtención del registro de relación céntrica, registro necesario para ajustes oclusales, restauraciones y montaje de modelos de estudio.
- Proteger los dientes de los desgastes excesivos producidos por el bruxismo que se incrementa en épocas de tensión emocional.
- Colaborar para un mejor éxito en tratamientos de ortodoncia, cirugía ortognática y periodoncia.
- Ayudar en el diagnóstico diferencial con otras alteraciones que se asemejan al síndrome disfuncional de la articulación temporomandibular.
- Proporcionar una mayor exactitud en la toma de registros

pantográficos y estereográficos.

2.4 INDICACIONES

- En pacientes con sintomatología muscular. Esta puede ser aguda por miositis, que se presenta porque el músculo se inflama al estar en espasmo muscular.
- En pacientes con sintomatología articular.
- En pacientes bruxómanos.
- Para dominar fuerzas oclusales excesivas que frecuentemente están asociadas al bruxismo. Al estar cubiertas las caras oclusales con una férula de resina acrílica plana, se evita el engranaje de las cúspides y los movimientos laterales de los dientes. La acción de la férula proporciona estabilidad a los dientes que presentan movilidad como consecuencia de hábitos orales o pérdida de elementos de fijación. Esta férula es temporal.
- En algunos pacientes con discrepancias oclusales, cuando tienen dificultades para registrar una relación céntrica positiva, la férula simula la acción de un plano de mordida en que tiende a destruir la vías neuromusculares

aprendidas por el paciente para evitar que se forme, prematuramente, la vía de cierre céntrica y, así, ayuda a identificar y localizar interferencias oclusales que posteriormente se puedan eliminar con tallado selectivo.

- También, está indicada en pacientes que necesitan restauraciones extensas cuando, por alguna razón, no puede completarse o hay algún retraso. Aquí, la férula sirve de estabilizador, evitando que se produzcan cambios en las relaciones entre los dientes con sus secuelas indeseables. Esta férula puede ser eficaz durante largo tiempo, sin considerarse como sustituto de la restauración.
- Puede ser utilizada para devolver, a un diente no funcional (uno que carezca de antagonista), una función parcial, antes de incluirlo en una restauración fija. Cuando un diente no funciona, su aparato de fijación empieza a deteriorarse; hay desorientación de las fibras del ligamento, se estrecha el espacio de la membrana periodontal y se agrandan los espacios medulares del hueso de soporte. La recuperación súbita de la función en un diente. Así, cuando se inserta una prótesis fija, puede producir un aumento de la sensibilidad o dolor durante largo tiempo. En tales casos, si se usa una

férula de acrílico a intervalos antes de construir la restauración, el aparato de fijación empieza a curar y el diente mejora sus condiciones para aceptar la sobrecarga.

- La placa nocturna es usada para dominar los hábitos de apretamiento y rechinar de dientes, que si no son dominados y eliminados, construyen una fuente constante de irritación, causando alteración de los tejidos periodontales. Generalmente el paciente no se da cuenta de estos hábitos hasta que el odontólogo hace caer en cuenta de su existencia.

- Para eliminación de ruidos articulares.

Las placas para ajuste de oclusión se elaboran cuando el paciente ha pasado el estado inflamatorio agudo. También, antes se debe tratar las causas que alteran las superficies oclusales de los dientes o las relaciones entre ellos, como es el caso de ajustes oclusales importantes; en casos en que los contactos prematuros son muy exagerados, se hace el tallado selectivo preliminar y después si, se coloca la placa.

2.5 CONTRAINDICACIONES

- Mordidas abiertas.
- Prognatismos mandibulares.
- Mordidas borde a borde.

Cuando se trata de dominar el hábito de rechinar y apretamiento, se construye la férula para el arco superior. El hecho de estar adosada al paladar, le da estabilidad a la placa. Cuando se usa como férula, para estabilización de dientes con movilidad, se construye para el arco en el cual están localizados los dientes afectados. Cuando se trata del maxilar inferior, se construyen férulas para los dos arcos, superior e inferior.

Cuando el paciente adquiere conciencia de su hábito, puede dominarlo por medio de autodisciplina, pero cuando su hábito no se puede superar mediante el esfuerzo conciente en el caso de estar relacionado con el sueño, es necesario utilizar la placa nocturna.

Los signos clínicos que sirven para identificar la presencia de hábitos de rechinar y apretamiento son: desgaste anormal de los dientes, movilidad dentaria, bordes

incisales gastados y mellados, alteración en la forma del arco.

Los síntomas son: dolor o sensibilidad dentaria y sensación de cansancio y dolor mandibular.

2.6 ELABORACION

2.6.1 Placa Miorelajante

1. Tomar una impresión, en alginato, del maxilar superior del paciente y hacer el respectivo vaciado para obtener el modelo en yeso piedra.

2. Al obtener el modelo, dibujar con lápiz, la extensión de la placa, la cual recubre el paladar, superficies oclusales de premolares y molares, cara palatina de dientes anteriores, extendiéndose 1 o 2 milímetros hacia vestibular. En la porción anterior, se extiende 1 o 2 milímetros hacia vestibular o, para hacerla mas estética, podemos cortar la placa a nivel del borde incisal de dientes anteriores.

Esta placa es elaborada con una lámina de acetato de 0.6 a 0.8 milímetros.

3. Tomar la lámina de acetato y confeccionar la placa por medio de un aparato de succión al vacío. Prensar la lámina en el momento en que se torna brillante, de color oscuro y se produzca un embombamiento por la plasticidad que le produce el calor. Oprimir el botón de vacío de la máquina y dejar caer la lámina de acetato sobre el modelo de yeso. El tiempo de plastificación, de esta lámina, es de 1 a 3 segundos, tiempo durante el cual la lámina es adosada al modelo, tanto en el paladar como a nivel de los dientes.

4. Recortamos la placa, en el paciente y esta debe quedar adosada, en caso de desplazamientos, hacemos un rebase con acrílico de autopolimerización.

5. Colocar la placa en el paciente; ésta debe quedar adosada. En caso de desplazamientos, hacer un rebase con acrílico de autopolimerización.

6. Retirar la placa y hacer retenciones en la cara palatina y en las superficies oclusales, zona en la cual colocaremos posteriormente el acrílico.

7. Hacer la meseta incisal, con acrílico de autopolimerización, de canino a canino y llevar al paciente para que ocluya en relación céntrica; al ocluir, quedan en la meseta acrílica, las huellas de los 6 dientes anteriores

inferiores. A nivel de los dientes posteriores, no debe haber contactos, teniendo en cuenta que su desoclusión no debe ser mayor de 1 milímetro.

8. Al polimerizar, el acrílico, colocar papel de articular, para marcar los contactos que, al principio, son zonas; desgastarlas, poco a poco, a medida que se coloca el papel de articular, hasta que quede un punto (no una zona) de contacto. En la meseta acrílica, debe haber un punto de contacto por cada diente antagonista. Estarán marcados 6 puntos de contacto que deben ser iguales en tamaño y en intensidad de color.

9. Indicar al paciente que haga movimientos de lateralidad derecha e izquierda y de protrusión; con la continua ayuda del papel articular, marcamos las diferentes zonas de contacto y vamos desgastando, con la piedra montada, hasta que queden, no zonas, sino líneas de contacto. Sobre la meseta, además de los 6 puntos de contacto, deben quedar marcadas 4 líneas en total: 2 verticales a nivel de los incisivos centrales y 2 oblicuas, una a cada lado del canino.

En este momento, se ha terminado la placa miorelajante. Se indica al paciente, sobre su uso:

- Los tres primeros días, debe utilizarse en la noche.
- Los cinco días siguientes, durante todo el día, quitándose, únicamente, en horas de comida y de higiene bucal.
- Pasados, estos ocho días, la placa miorelajante se convierte en placa estabilizante. Si no hay sintomatología, se hace, desde el principio, la placa estabilizante.

2.6.2 Placa Estabilizante

Para la elaboración de esta placa, se realizan los mismos pasos que para la placa miorelajante; la diferencia radica en que la placa estabilizante, lleva meseta acrílica a nivel de los dientes posteriores, que se construye así:

1. Después de tener la placa lista, con la meseta incisal, colocar acrílico de autopolimerización, a nivel de los dientes posteriores y pedir, al paciente, que cierre y que haga movimientos de céntrica, lateralidad derecha e izquierda y protrusión.

2. Al estar polimerizado, el acrílico, colocar papel de articular, desgastar las zonas de contacto y así sucesivamente, hasta que queden puntos de contacto. Por cada diente antagonista, debe haber un punto de contacto sobre

la meseta posterior. El número e intensidad de marcas debe ser igual, en ambos lados: derecho e izquierdo.

En movimientos de lateralidad, el contacto debe quedar en el lado de trabajo; en el lado de balanza (de no trabajo), **no** debe haber contacto. En movimientos de protrusión deben contactar, los dientes anteriores; en los dientes posteriores, no debe haber contacto.

La fecha de uso de esta placa es ilimitada, su uso depende del tiempo que dure la rehabilitación del paciente.

Se realizan controles, al paciente, cada ocho o quince días, para observar la evolución de su tratamiento.

Al elaborar las placas para ajuste de oclusión, deben evitarse errores como los siguientes:

- Invadir espacio de la lengua
- Obliterar la distancia interoclusal
- Dejar huellas oclusales muy marcadas que anclen la mandíbula
- Terminar fuera de la relación céntrica
- Elaborar una placa muy delgada
- No instruir al paciente sobre la higiene.

Si el paciente usa, con disciplina, el aparato ortopédico, observará que la sintomatología habrá desaparecido o disminuido. El problema se presenta cuando el paciente olvida usar la placa y no tiene disciplina.



CONCLUSIONES

1. Las placas para ajuste de oclusión producen relajamiento muscular, en aquellos pacientes que presentan hiperactividad muscular por hábitos como el bruxismo.
2. Evitan el desgaste dentario producido por el rechinar y apretamiento de los dientes.
3. Eliminan o disminuyen el dolor muscular y la sensibilidad dentaria producida por el bruxismo, que se acentúa en época de stress o preocupación.
4. Protege todos los componentes del sistema estomatognático.
5. Mantienen la estabilidad mandibular y son importantes en el tratamiento de la ATM.
6. Evitan las interferencias oclusales.
7. Se deben elaborar teniendo en cuenta, todos los deta-

lles para su confección y así, no correr el riesgo de producir mas disfunción.

8. En el tratamiento de placas para ajuste de oclusión, es importante la disciplina y colaboración del paciente, para obtener los resultados esperados.

BIBLIOGRAFIA

- BEHSNILIAN, Vartan. Oclusión y Rehabilitación. 2a Edición. Montevideo, 1974.
- ECHEVERRY Guzman, Enrique y Sencherman Kovalski, Gisela. Neurofisiología de la Oclusión. 1a Edición. Bogotá.
- GROSS, Martin D. La Oclusión en Odontología Restauradora. 1a. Edición. Ed. Labor S.A.
- MARTINEZ Ross, E. Disfunción Temporo Mandibular. 1a Edición. Ediciones Monserrate. Bogotá.
- RAMFJORD, Sigurd P y Mash, Major Jr. Oclusión. 2a Edición. Ed. Interamericana S.A.