

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

BRADY ALEXANDRA BENAVIDES CEDIEL

CODIGO 972096

ROSA HELENA CHAMORRO

CODIGO 991354

CLAUDIA PATRICIA PORTELA

CODIGO 962530

LUZ ANGELA SCARPETTA SANCHEZ

CODIGO 972034

**ODONTOLOGIA INTEGRADA
X SEMESTRE**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA OCTUBRE DEL 2002**

INTRODUCCIÓN

Para realizar una rehabilitación adecuada de los pacientes es necesario realizar un diagnóstico integral que incluya todas las áreas de la odontología.

El propósito de este trabajo es presentar un caso clínico de un paciente de la clínica de adultos del Colegio Odontológico Colombiano en donde se recopilan datos de la historia clínica, se destacan todos los hallazgos encontrados en el examen clínico, examen radiográfico, estudio de modelos para establecer los diferentes diagnósticos en todas las áreas de la odontología y de esta manera proporcionarle al paciente varias alternativas de tratamiento.

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE : Fermín Ernesto Romero Mora
HISTORIA CLINICA : 378205
EDAD : 44 años
SEXO : Masculino
FECHA DE INGRESO: 27 de Julio de 2002
OCUPACIÓN : Agente comercial

MOTIVO DE CONSULTA

“Revisión general por que se me caen las calzas”

ANAMNESIS

ANTECEDENTES FAMILIARES : (+) Madre Hipertensa
ANTECEDENTES PERSONALES:
HOSPITALARIOS : (-)
TRAUMÁTICOS : (-)
QUIRÚRGICO : (-)
TÓXICO – ALÉRGICO : (-)

EXAMEN FISICO GENERAL

PESO : 98 kg
ESTATURA : 1.78 cm
PRESIÓN ARTERIAL : 120 / 80 mm Hg
PULSO: 76 puls/min
TEMPERATURA: 37 °C

REVISIÓN POR SISTEMAS

NERVIOSO : (-)
CARDIOVASCULAR : (-)
RESPIRATORIO : (+) Asma
GASTROINTESTINAL (-)
ENDOCRINO : (-)

HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA

ANESTESIA LOCAL: (+)
ANESTESIA GENERAL : (-)
HEMORRAGIA POST – EXODONCIA: (-)

HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

TIPO DE CEPILLO : Duro

TÉCNICA : Barrido

FRECUENCIA : Dos veces al día

OTRAS AYUDAS : Enjuague

HISTORIA ESTOMATOLÓGICA

DOLOR MUSCULAR : (-)

DOLOR ARTICULAR : (-)

RUIDO ARTICULAR : (+) Chasquido

DESARMONIAS OCLUSALES : (+) Pérdida de los dientes

HABITOS: (+)

SENSIBILIDAD DENTARIA: (+)

SANGRADO GINGIVAL: (+) Al cepillado

EXAMEN FISICO ORAL

LABIOS: Normal

CARRILLOS: Normal

ENCIA: Normal

LENGUA: Normal

PISO DE BOCA: Normal

FRENILLOS: Normal

PALADAR DURO Y BLANDO: Normal

AMIGDALAS/OROFARINGE: Normal

EVALUACIÓN DINÁMICA

Apertura : 55 mm
Primer contacto dentario

13,12	23
43,42	34

Lateralidad derecha: 6mm

Lateralidad izquierda : 6mm

14,13	22,23
44,43	33,34

EXAMEN DENTARIO

- ❖ Clase de angle : No aplicable por ausencia de 16,26,36,46
- ❖ Over bite : 0 mm
- ❖ Over jet : 0 mm
- ❖ Línea media dentaria : desviada
- ❖ Diastemas : Entre 11 ,12; 13,14; 34,35; 44,45
- ❖ Clase I canina derecha, III izquierda de 2mm
- ❖ Facetas de desgaste : 14, 13,12,11,21,22,23,34,33,32,31,41,42,43,44
- ❖ Ausencias dentarias : 17,16,15,24,25,26,28,38,37,36,46,47,48
- ❖ Dimensión vertical postural : 70mm
- ❖ Dimensión vertical oclusal : 67 mm
- ❖ Espacio libre : 3mm

ODONTOGRAMA

- 18-Amalgama oclusal desadaptada
- 17-Ausente
- 16-Ausente
- 15-Ausente
- 14-Resina OMDP
- 13- Sano con faceta de desgaste
- 12- Resina MV desadaptada
- 11-Caries distal
- 21-Sano con faceta de desgaste
- 22-Resina MVPI desadaptada, caries palatina
- 23-Resina DV desadaptada, caries mesial
- 24- Ausente
- 25-Ausente
- 26-Ausente
- 27-Resina OMP desadaptada
- 28-Ausente
- 38-Ausente
- 37-Ausente
- 36-Ausente
- 35-Amalgama OM desadaptada
- 34-Amalgama ODL desadaptada
- 33- Sano con faceta de desgaste
- 32- Sano con faceta de desgaste
- 31- Sano con faceta de desgaste
- 41- Sano con faceta de desgaste
- 42- Sano con faceta de desgaste
- 43- Sano con faceta de desgaste
- 44-Amalgama ODL desadaptada
- 45-Resina OML desadaptada
- 46- Ausente
- 47- Ausente
- 48- Ausente

EXAMEN RADIOGRAFICO

ZONA MOLAR SUPERIOR DERECHA:

Ausencia del 18 y 16 área, RO a nivel coronal del 17 compatible clínicamente con un material de obturación .

ZONA PREMOLARES SUPERIOR DERECHA:

Ausencia del 15 , área RO a nivel coronal del 14 compatible clínicamente con un material de obturación.

ZONA DE ANTERIORES SUPERIORES

Área RL a nivel MI del 12, 22 y DI del 11, 21, 22; área RO a nivel coronal del 22 y distal del 23 compatible clínicamente con un material de obturación.

ZONA PREMOLAR SUPERIOR IZQUERDA:

Ausencia del 24,25.

ZONA MOLAR SUPERIOR IZQUIERDA

Ausencia de 27 y 28; Área RO a nivel coronal del 26 compatible clínicamente con un material de obturación.

ZONA MOLAR INFERIOR IZQUIERDA

Ausencia de 36, 37,38

ZONA PREMOLAR INFERIOR IZQUIERDA

Área RO a nivel del conducto radicular del 34 y 35 compatible clínicamente con un material de obturación. ; Área RL a nivel apical del 34. Área RO a nivel coronal del 34, 35 compatible clínicamente con un material de obturación.

ZONA ANTERIOR INFERIOR

Ningún hallazgo.

ZONA PREMOLAR INFERIOR DERECHA

Área RO a nivel del conducto radicular del 45 compatible clínicamente con un material de obturación. Área RO a nivel coronal del 44, 45 compatible clínicamente con un material de obturación.

ZONA MOLAR INFERIOR DERECHA

Ausencia del 46, 47, 48.

ANALISIS FACIAL

El paciente presenta:

- Asimetría frontal
- Rotación a la derecha de punta nasal y mentón
- Proyección nasal normal
- Laterognatismo a la derecha
- Perfil aparentemente convexo.

DIAGNOSTICOS

1. DIAGNOSTICO ORTODONTICO

- Asimetría facial
- Laterognatismo

2. DIAGNOSTICO PERIODONTAL

- Gingivitis inducida por placa bacteriana
(Academia Americana de Periodoncia. Journal of periodontology Mayo de 2000).

La encía del paciente presenta las siguientes características:

- Margen discontinua
- Papilas achatadas
- Encía enrojecida lisa y brillante
- Leve inflamación y discontinuidad del margen entre el 11,21.

Al realizar la valoración con el periodoncista se determinó que los dientes 18,27 presentan buen soporte óseo y buena longitud radicular a pesar de la extrusión que presentan, lo que los convierte en buenos pilares para prostodoncia parcial fija.

OTROS HALLAZGOS

Colapso de reborde tipo III a nivel superior izquierdo y colapso de reborde leve a nivel superior derecho, recesión gingival a nivel de 18,27,35,44.

RECESIÓN

Desplazamiento del tejido gingival marginal hacia la zona apical del límite cementoadamantino con exposición de la superficie radicular.

SERINO Y COLS 1994

Existen 3 tipos de recesión

- ❖ Resecciones asociadas a factores mecánicos, predominantemente por trauma en el cepillado dental.

KHOCHT Y COLS 1993

(La encía marginal está clínicamente sana y donde la raíz esta expuesta tiene un defecto en forma de cuña, cuya superficie es limpia, lisa y pulida).

- ❖ Resecciones asociadas con lesiones inflamatorias localizadas inducidas por placas bacterianas.

BAKERY SEYMOUR 1976

Una lesión inflamatoria que se desarrolla en respuesta a la placa subgingival, ocupa un área del tejido conectivo adyacente al epitelio dentogingival.

WAERHAUG en 1952 sugiere que la distancia entre la periferia de la placa microbiana sobre la superficie dentaria y la extensión lateral y apical del infiltrado celular inflamatorio rara vez excede 1-2 mm.

La proliferación de las células epiteliales desde el epitelio bucal y el dentogingival hacia el tejido conectivo fino y degradado puede generar un hundimiento de la superficie epitelial.

- ❖ Recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva

LOE Y COLS 1992

La pérdida de sostén periodontal en los sitios proximales puede generar un remodelado compensatorio del sostén por la cara vestibular / lingual de los dientes que conducen a un desplazamiento apical del margen de tejido blando.

SERINO Y COLS 1994

3. DIAGNOSTICO ENDODONTICO

-Periodontitis apical crónica no supurativa del diente 34

4. DIAGNOSTICO CRANEOMANDIBULAR

-Trastorno de los músculos masticadores

Hiperactividad muscular >Bruxismo

-Trastorno funcional de la ATM

Alteración del complejo condilo-disco > Desplazamiento discal

OCKESSON, 1994

BRUXISMO

Es un hábito oral caracterizado por una actividad rítmica de los músculos masticadores que ocasiona un contacto forzado entre las superficies dentales durante el día o la noche.

OHAYON, M 2001

Acto compulsivo de apretar y/o rechinar los dientes ya sea en forma conciente o inconsciente, cuya etiología se considera debida a una combinación de problemas relacionados con la presencia de algún tipo de desarmonía oclusal y factores psíquicos o de origen psicósomáticos que llegan a desencadenar toda la gama de patología observada en las bocas de los pacientes.

SIGNOS Y SINTOMAS

- ❖ Desgaste anormal de los dientes
- ❖ Daño en la estructuras que rodean los dientes
- ❖ Hipertrofia de los músculos masticadores
- ❖ Dolor facial
- ❖ Fractura dental y restauraciones
- ❖ Cefalea
- ❖ Disfunción ATM

MAGNUSSON, CARLSSON, 19792

CLASIFICACIÓN

Ramfjord y Ash en 1971, clasificaron el bruxismo en dos tipos.

1-Céntrico

2-Excéntrico

-El bruxismo céntrico se caracteriza por áreas de desgaste limitadas a la superficie oclusal, puede producir hipersensibilidad dentaria, fracturas dentarias, afectación muscular, cúspides invertidas y desgaste del cuello dentario.

-El bruxismo excéntrica presenta áreas de desgaste que sobrepasan la cara oclusal, gran desgaste dentario y menor afectación muscular ,puede ocasionar pérdida de la dimensión vertical y el trauma oclusal puede generar periodontitis y movilidad

TRATAMIENTO

Entre las técnicas utilizadas figura

- ❖ Ajuste oclusal
- ❖ Uso de placas oclusales
- ❖ Terapia con las drogas (tranquilizantes y relajantes musculares)
- ❖ Terapia psicoanalítica
- ❖ auto hipnosis

5. DIAGNOSTICO DENTAL

- Protrusion dentó alveolar superior e inferior
- Anodoncias del 17,16,15,24,25,26,28,38,37,36,46,47,47,48
- Caries activa 11, 22,23
- Caries recurrente : 17,14,12,22,23,27,44,45,34,35
- Diastemas entre: 11,12; 13,14; 34,35;44,45
- Facetas de desgaste: 13,12,11,21,22,23,34,33,32,31,41,42,43,44
- Oclusión borde a borde
- Abrasión del 44.
- Abfracción del 21

ABRASIÓN

Es la pérdida del esmalte generada por un desgaste mecánico no masticatorio caracterizada por una superficie lisa y brillante en forma de platillo o cuña.

La causa mas común de abrasión es una mala técnica de cepillado combinada con un dentífrico abrasivo.

LICKMAN, I 1957

ABFRACCIÓN

Es el desgaste cervical producido por el bruxismo, estos desgastes generalmente dejan la dentina expuesta, esta se desgasta más rápidamente y además es la causa de inicio de una hipersensibilidad dentinaria.

GARCIA J

FACETAS DE DESGASTE

El término facetas de desgaste se refiere al desgaste mecánico que sufren las superficies oclusales e incisales de los dientes como resultado de fuerzas de rozamiento que transforman las superficies curvas en planas.

CLASIFICACIÓN DE LA FACETAS

1. Funciones:
 - Adaptativas: (Son el resultado del patrón oclusal).
 - Madurativas: (Son funcionales y actúan como mecanismo de ajuste de las discrepancias armónicas de las áreas oclusales con el resto del sistema).
2. Parafuncionales:
 - Tipo I (Esmalte)
 - Tipo II (Dentina sin alterar pulpa)
 - Tipo III (Dentina con compromiso pulpar)

ALONSO, A 1999

TRATAMIENTO IDEAL

ORTODONCIA

1. Montaje de brackets
2. Alineación y nivelación del plano oclusal e incisal
3. Cierre de los diastemas de dientes posteriores e inferiores
4. Desgaste ínter proximal de incisivos inferiores y retracción del segmento anterior posterior mediante movimientos de torque para mejorar la inclinación de los dientes y así ganar un poco de sobre mordida horizontal.
5. Desrotación y paralelización de morales superiores. Este procedimiento se puede realizar mediante una esteotomía segmentaria o con la misma alineación y nivelación del plano oclusal incisal.

PERIODONCIA

1. TERAPIA BASICA

- Control de placa bacteriana
- Motivación del paciente
- Instrucción de higiene oral
- Raspaje y alizado radicular por presencia de recesiones
- Pulido coronal
- Control de caries y restauraciones desadaptadas
- Endodoncias indicadas

2. GINGIVECTOMIA SEXTANTE II PARA MEJORAR CONTORNOS, MARGENES Y ESTÉTICA

-La gingivectomia es un procedimiento quirúrgico que consiste en un corte de la encía con el fin de eliminar bolsas supraoseas profundas, agrandamientos gingivales y para corregir una desarmonía entre el margen gingival de varios dientes vecinos.

GLICKMAN, I 1957

3. REEVALUACIÓN PERIODONTAL

- 4 Semanas después

4. MANTENIMIENTO PERIODONTAL

- Cada 3 meses después de determinado tratamiento

TRATAMIENTO IDEAL

- **CIRUGÍA**

ELEVACIÓN DEL PISO DEL SENO MAXILAR

Algunas veces no se encuentra hueso suficiente en altura o ancho debajo del seno maxilar para la colocación de implantes de longitud adecuada. Esto sucede principalmente en pacientes mayores, edéntulos o parcialmente edéntulos, ya que el seno se extiende con la edad, y la reabsorción de los alvéolos como consecuencia de la pérdida dentaria. En estos casos es necesario realizar la elevación del piso del seno maxilar y colocar un injerto para permitir la colocación de los implantes.

Este procedimiento quirúrgico se conoce como elevación del piso del seno maxilar y se realiza en aquellos casos donde la altura, ósea la del reborde disponible es de 8 a 10 mm. En estos casos el piso del seno es elevado de 1 a 3 mm.

Esta técnica consiste en elevar la membrana sinusal para realizar un injerto óseo; y una vez ganada la altura necesaria se procede a la colocación de los implantes.

Este procedimiento se debe tener en cuenta si se desea colocar implantes debido a que el paciente presenta neumatosis del seno maxilar.

ECHEVERRY, M 1989

TRANSPOSICIÓN DEL NERVIO DENTARIO INFERIOR

En el maxilar inferior de nuestro paciente se observa una escasa cantidad ósea en altura y espesor, así que se desean colocar implantes, se deberá realizar una transposición del nervio dentario inferior ya que éste va a interferir en la colocación de los implantes.

Esta técnica quirúrgica consiste en realizar una incisión crestal para una mejor visualización de la pared lateral de la mandíbula, se eleva un colgajo de espesor total para separar la rama neurovascular del canal se remueve el hueso cortical con una fresa redonda o de fisura, una vez visualizado el canal se remueve el nervio con una cureta y se procede a la colocación de los implantes. Después de esto la rama neurovascular se procede a su posición original.

Hasta el momento se ha discutido si la rama debe quedar en contacto con las roscas del implante o se debe colocar un material en el medio.

La perturbación en la función del nervio debe considerarse durante la planeación del tratamiento y puede ir desde algún cambio subjetivo como sensación de comezón, anestesia son generalmente bien toleradas, sin embargo ni la sensación de quemadura ni el dolor son bien tolerados por los pacientes.

ECHEVERRY, M 1989

- **ENDODONCIA**

Tratamiento convencional de conductos confines protésicos del 14,22

PROSTODONCIA FIJA

- Núcleo colado 14,22,34,35,45
- Coronas metal- cerámicas 16,15,14,22,24,25,34,35,36,37,45,46,47

TRATAMIENTO OCLUSAL

-Placa neuromiorelajante

TRATAMIENTO ALTERNATIVO PARA MAXILAR INFERIOR

La prótesis combinada es una prótesis dentomucosoportada en la que se combinan elementos fijos en forma de restauraciones de recubrimiento total, parcial o intrarradicular con aparatos removibles conectados a ellos por distintos métodos, como retenedores o ganchos, ataches de precisión, anclajes, elementos a presión, imanes y sistemas telescópicos.

La clase I de Kennedy o extremos libre bilaterales se trata tallando los pilares distales y utilizando ataches extracoronarios o intracoronarios, dependiendo de la forma y tamaño de los dientes pilares y también en gran manera del estado periodontal de los mismos. Como norma general se emplean ataches tipo rígido en la arca superior y tipo resiliente en la inferior. El número de pilares distales utilizados suelen ser dos como mínimo, porque el eje de giro de dos premolares se traslada hacia delante y actúan como si fueran un molar.

Los ataches o ajustes constituyen una alternativa de conexión en una prótesis removible que favorecen el soporte y protección de las unidades dentarias.

-Se clasifican en:

1. Intracoronarios
2. extracoronarios

Los extracoronarios constan de una parte hembra y una parte macho. En los intracoronarios la hembra se coloca dentro de la cara oclusal de la corona en la zona distal fundamentalmente y cuando actúa el macho tiene una acción paraaxial o vertical sobre el diente pilar, pero también tiene un componente rotacional, precisamente por no estar centrado exactamente en el eje axial del mismo.

El macho se va en la prótesis removible. Al utilizar un atache intracoronario es muy importante considerar la edad del paciente por que si es joven y el diente tiene una cámara pulgar grande, puede ocasionar daño pulpar al tener que ser colocado dentro del contorno del diente. Esta necesidad de un buen espacio interoclusal constituye una de las grandes ventajas de los ajustes intracoronarios, para realizar estos ajustes se requiere un espacio mínimo interoclusal de 4 mm.

Los ajustes extracoronarios llevan el macho en la corona del diente y la hembra en la prótesis removible. El macho se presenta en forma de bola con una plaqueta o con un vástago que se suelda a la corona y se utiliza uno u otro según la altura de contorno de la misma. Si la altura de contorno es muy pronunciada entonces se pone el vástago y viceversa. Las hembras que son un cilindro abierto alargado se colocarán con una inclinación de 3 ° hacia lingual y así mismo su parte oclusal debe estar en contacto con la corona para impedir el levantamiento de la prótesis durante el contacto masticatorio.

Un tipo de estos ajustes extracoronarios es el ERA (anclaje prefabricado extracoronal) el cual tiene como principal ventaja la estética, además al ser resistente no transmite toda la fuerza al pilar.

En el paciente se pueden realizar coronas ferulizadas del 34,35,44,45, utilizar ajustes extracoronarios tipo ERA en la fabricación de prótesis combinada.

TRATAMIENTO A REALIZAR

1. PERIODONCIA

- Terapia básica periodontal
- Control de placa bacteriana
- Motivación del paciente
- Instrucción de higiene oral
- Raspaje y alizado radicular
- Pulido coronal
- Terapia de mantenimiento periodontal

2. ENDODONCIA

Tratamiento convencional de conductos confines protésicos del 14, 18, 22,27

3. PROSTODONCIA FIJA

- Retenedor intraradicular del 18 y 27 con el fin de mejorar el plan oclusal
- Retenedor intraradicular del 14, 22,34, 35,45
- Corona metal-cerámica del 22,34
- Corona metal-cerámica con preparación para prostodoncia removible del 35,45
- Prostodoncia parcial fija del 14,18, en donde los pilares serán los dientes 14,18 y los pontico serán el 15,16
- Prostodoncia parcial fija del 23,27, en donde los pilares serán los dientes 23,27 y los ponticos serán el 24,25.

4. PROSTODONCIA PARCIAL REMOVIBLE

- Prostodoncia parcial removible inferior
- Esquematización del caso
- Conector mayor : Barra lingual
- Apoyos : OM del 35, OD del 34, OD del 44 y OM del 45
- Retenedores : semicircunferencial en los dientes 35,45

5. OPERATORIA

- Resina incisal del 13, MV e incisal del 12, O e incisal del 11, incisal del 21

6. TRATAMIENTO OCLUSAL

- Placa oclusal

PLACA OCLUSAL

Son aparatos removibles, confeccionados en acrílico duro sobre las superficies oclusales y bordes incisales de los dientes de un arco dentario, creando contactos uniformes y precisos con los dientes del maxilar opuesto.

-Weinberger (1926) menciona que en 1771 un dentista llamado John Hunter había propuesto la utilización de un plano inclinado de plata, colocado en los incisivos inferiores, para corregir una mordida cruzada anterior.

-En 1803 Joseph Fox hablaba de un bloque de mordida colocada sobre los dientes posteriores para disminuir las fuerzas oclusales antes de mover los dientes.

CLASIFICACIÓN

1. Dependiendo de la composición mandibular en :
 - Placas en céntrica
 - Placas excéntricas u ortopédicas
2. Dependiendo de su extensión
 - Totales que cubren todo el maxilar
 - Parciales
3. De acuerdo a la función que desempeñan
 - Reposicionadoras o mantenedoras: Relajación muscular y reporeposiciones maniobrables.
 - Protectoras: Para evitar desgastes y abrasiones
 - Neuro-relajantes o neuro-mio-relajantes

Las placas en céntrica según el criterio de los autores resaltan ser las más funcionales desde el punto de vista clínico. Estas de acuerdo con los contactos que se hagan sobre ellas y de acuerdo a su función se dividen en :

-Placas reposicionadoras : Se utilizan en la etapa de reposición ó con los problemas oclusales.

-Placas mantenedoras: Se utilizan en las fases finales cuando esta ya esta posicionada la mandíbula, puede confeccionarse en una sola cita.

Las placas se pueden confeccionar en acrílico o acetatos con acrílico. Recubre las superficies oclusales de premolares y molares superiores y las caras palatinas de los dientes anteriores, así interrumpe el propioceptismo producido por los contactos interoclusales habituales y actúa como plano inclinado permitiendo que la mandíbula se posicione en céntrica.

FUNCIONES

1. Elimina espasmos musculares
2. Alivia los síntomas del síndrome disfuncional de la ATM
3. Proteger los dientes de los desgastes excesivos
4. Colaborar con un mejor y exacto tratamiento de ortodoncia, periodoncia ó cirugía ortognatica.

CONFECCIÓN

1. Toma de impresión y vaciado
2. Se marca con lápiz la extensión de la placa
3. Con lámina de acetato se confecciona la placa mediante un aparato de succión al vacío, se recorta
4. Se prueba en boca

5. Se retira y se hacen retenciones con la fresa en la cara palatina y superficies oclusales donde ira el acrílico.
6. Se coloca un primer segmento acrílico en la parte anterior, se deja en boca durante un día completo o tambien durante unas 3 ó 4 noches.
7. Segunda cita debe proporcionar que va de canino a canino este debe proporcionar contactos en céntrica para los 6 dientes anteriores inferiores y debe proporcionar las superficies desoclusivas para movimientos de protrusión y lateralidad.
8. En la siguiente cita se procede a hacer el rebase posterior, se coloca acrílico y se le pide al paciente que cierre hasta que el acrílico polimerice.
9. Se retira la placa y se marcan los contactos de los vértices de las cúspides del soporte inferiores. Se desgastan los excesos de manera que quede una superficie plana.
10. Se coloca nuevamente y se certifica los contactos en céntrica (Cúspides de soporte inferior) y las y las desoclusiones excéntricas (Función de caninos en lateralidades e incisivos en protrusiva).
11. Pulimiento final

BIBLIOGRAFIA

- *Alonso, A ; Albertini, J ; Becnelli, A, Oclusión y diagnostico en rehabilitación oral. Editorial Medica Panamericana S.A Buenos Aires 1999 Pag. 411-417
- *Christensen, G. Treating bruxism and clenching. JADA febrero 2000. Vol 31 pág 233-235.
- *Echeverry,M, Gonzalez, J; Bernal, G, Oseointegración. ECOE Ediciones1989 Pag. 215-231
- *Glickman, I. Periodontologia clínica Interamericana; Ediciones Bostón. 1957.
- *Jankovie,J; Treating Severe bruxism with botulinium toxin JADA 2000. Vol 131 Pag. 211-216
- *Mehta, N; Forgione, A; Maloney, G; Greene, R, Different effects of nocturnal parafunction on the masticatory system: The weak link theory. Journal of craniomandibular practice. Octubre 2000. Vol 18 N° 4 Pag. 280-285
- *Ohayon, M; Li, K. Risk factors for sleep Bruxism in the general population, chest. Vol 119 N° 1. Enero de 2001. Pag. 53
- *Rosentiel, Sthepen y Cols. Contemporary Fixed Prosthodontics. Editorial Masloy pág.
- *Sencherman,G;Echeverry, E. Neurofisiología de la oclusión. Ediciones Monserrate LTDA. Bogotá 1995. Pag 133-141, 244-255