

COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

c. Acceso

Reg. Top. M. 003. 1986

Compra Canje Donación

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

Ficha: 2457

N
003
1986

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

"EXAMEN Y TRATAMIENTO EN RELACION CENTRICA Y FASES
EXCURSIVAS "

Por:

CLAUDIA I. CARVAJAL ALVAREZ
Código 812129
Semestre X.

Presentado al Dr:

JAIRO FORERO y Dr. JAIRO GALINDO

Bogotá, D.E. Mayo de 1986

TABLA DE CONTENIDO

OBJETIVOS

I.	INTRODUCCION	2
II.	GENERALIDADES	3
1.	PLANOS O EJES DE ROTACION	3
2.	RELACION CENTRICA	5
3.	OCLUSION CENTRICA U OCLUSION EN RELACION CENTRICA	6
4.	RELACION DENTARIA O POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION	6
5.	DESLIZAMIENTO EN CENTRICA	6
6.	POSICION FISIOLOGICA POSTURAL MANDIBULAR	7
7.	ESPACIO LIBRE DE INOCLUSION O ESPACIO INTERO-CLUSAL	7
8.	MOVIMIENTO DE LATERALIDAD	8
9.	MOVIMIENTO DE PROTRUSION	10
10.	CURVAS DE COMPENSACION	12
III.	EXAMEN	
1.	EXAMEN DE LA POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION	15
1.1	OBJETIVO	15
1.2	TECNICA DEL EXAMEN EN POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION	15

2.	EXAMEN DE LOS CONTACTOS OCLUSALES EN RELACION CENTRICA	21
2.1	DEFINICION DE CONTACTO PREMATURO	21
2.2	TECNICA DEL EXAMEN DE LOS CONTACTOS	22
3.	ADAPTACION EN LA BOCA	25
4.	MODO DE EMPLEO	26
3.3	TECNICA DEL EXAMEN EN PROTRUSION	33
4.	EXAMEN EN LATERALIDAD	34
4.1	INTERFERENCIAS LATERALES EN EL AREA DE TRABAJO	34
4.2	INTERFERENCIAS LATERALES FUERA DEL AREA DE TRABAJO	34
4.3	TECNICA DEL EXAMEN DE LOS CONTACTOS EN LATERALIDAD	35
IV.	TRATAMIENTO EN RELACION CENTRICA Y FASES EXCURSIVAS	39
1.	AJUSTE OCLUSAL	39
1.1	DEFINICION	39
1.2	OBJETIVOS	39
1.3	METODOS	40
1.4	INDICACIONES	41
2.	TALLADO SELECTIVO	41
2.1	DEFINICION	41
2.2	INDICACIONES	42
2.3	CONTRAINDICACIONES	42

2.4	CUIDADOS	42
2.5	CASOS A SEGUIR EN EL TALLADO SELECTIVO	44
2.6	PULIDO	52
2.7	REMODELADO DE LAS FACETAS DE DESGASTE	52
2.8	CORRECCION OCLUSAL DE LAS PROMANDIBULAS	53
2.9	RECONSTRUCCION DE LA OCLUSION	55

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

OBJETIVOS

Dar a conocer en una forma didáctica los pasos para un buen examen de la oclusión en relación céntrica y las posiciones mandibulares de protrusión y lateralidad (derecha e izquierda); para que con base en este, pueda ser realizado un ajuste oclusal el cual tiene como fin restablecer una función oclusal armoniosa.

INTRODUCCION

Se ha visto que las oclusiones anatómicamente clasificadas como normales pueden presentar problemas de disfunción en un paciente determinado, mientras que ciertos problemas, clasificados como maloclusiones pueden funcionar sin afectar el sistema estomatognático.

Por esto es importante un estudio clínico minucioso. El examen oclusal debe permitir la localización de los defectos oclusales que perturban la función, sirviendo como dato diagnóstico esencial en el tratamiento.

II. GENERALIDADES

1. PLANOS O EJES DE ROTACION

Los movimientos mandibulares se efectúan a expensas de tres dimensiones o planos que corresponden a longitud, anchura, altura; por lo que se han denominado "Movimientos tridimensionales".

Actualmente se habla de una cuarta dimensión que corresponde al tiempo empleado en el movimiento.

Estos planos son: plano horizontal o coronal, plano sagital y plano frontal; cada uno de estos planos representa un eje a expensas del cual se puede efectuar un movimiento determinado; estos ejes son: transversal u horizontal, sagital y vertical; el movimiento de apertura y cierre moderados se efectúan solo sobre un eje, el horizontal o transverso, los demás se presentan sobre dos ejes o más.

Estos tres ejes de rotación tienen un punto de unión sobre cada cóndilo llamado CENTRO COMUN DE ROTACIÓN; al unir imagina-

riamente. El centro común de rotación del lado derecho con el del lado izquierdo se determinará el EJE DE ROTACION HORIZONTAL O TRANSVERSO, dependiendo del sitio donde esté situado el cóndilo en un momento determinado, pueden existir muchos ejes de rotación horizontal (Fig. 1).

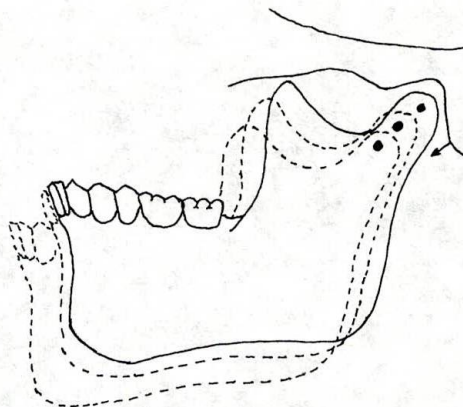


fig. 1.

Los dos movimientos condilares son: rotación y translación, este último siempre debe estar acompañado por una rotación simultánea, a diferencia de la rotación la cual se puede efectuar sola.

EL EJE DE ROTACION CONDILAR POSTERIOR O TERMINAL. Es una línea imaginaria que los centros rotacionales de los cóndilos cuando ellos se encuentran en su posición más posterior, superior y mediana en relación con la cavidad glenoidea, este eje de rotación es el único reproducible en un articulador, siempre será constante en el paciente, consideraándose como punto de partida definitivo para cualquier tratamiento oclusal (Fig. 2).

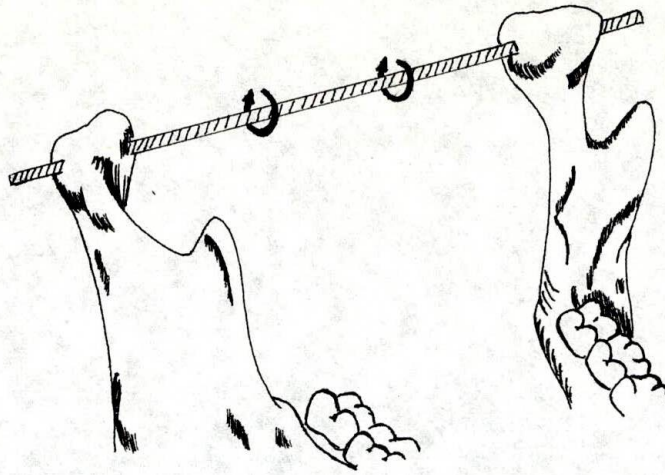


fig. 2.

2. RELACION CENTRICA

Es una posición mandibular, fisiologica, tridimensional, en la cual los cóndilos se encuentran en su posición más posterior, superior y mediana en su cavidad articular, estando el eje intercondilar horizontal en su posición terminal posterior, y a partir de la cual se pueden iniciar todos los movimientos excéntricos. Esta posición está dada básicamente por los ligamentos, músculos y demás estructuras de la A.T.M, por lo que también se le ha denominado POSICION LIGAMENTOSA O POSICION MANDIBULAR.

La relación céntrica es usada como la posición inicial de todos los movimientos excéntricos por que es la más estable y la única reproducible en forma efectiva; es una posición funcional no forzada que se presenta en actos de deglución y masticación (Fig. 3).

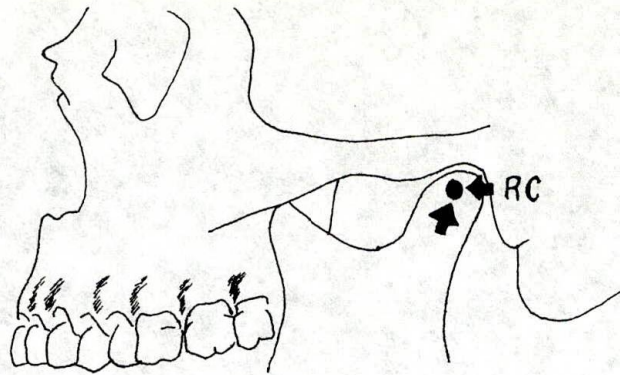


Fig. 3.

3. OCLUSION CENTRICA U OCLUSION EN RELACION CENTRICA: Es una posición de intercuspidación de los dientes en la que existe, El mayor número de puntos de contacto entre ellas, siempre que la mandíbula esté en posición de relación céntrica.

4. RELACION DENTARIA O POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION

Es la posición mandibular de cierre donde las arcadas dentarias presentan el máximo de puntos o de superficies de contacto, pero independiente de la posición que estén ocupando los condilos en las cavidades glenoideas. La no coincidencia de esta posición con la relación céntrica es debida a una patosis (contacto prematuro) que produce deslizamiento mandibular, predisponiendo al paciente a la bruxomanía.

5. DESLIZAMIENTO EN CENTRICA

Es el deslizamiento de la mandíbula al pasar de la relación céntrica

a la oclusión dentaria cuando estas dos posiciones no coinciden en el paciente (patológico). Este deslizamiento en la gran mayoría de los casos asumirá una dirección latero-protrusiva, o lateral o protrusiva solamente lo cual es menos frecuente, este fenómeno también es conocido como DEFLEXION MANDIBULAR O DESLIZAMIENTO EXCENTRICO.

6. POSICION FISIOLÓGICA POSTURAL MANDIBULAR

Es la posición asumida por la mandíbula cuando todos los Músculos masticadores están en un tono normal o equilibrio tónico, y el individuo está en posición erecta.

7. ESPACIO LIBRE DE INOCCLUSION O ESPACIO INTEROCLUSAL

Es el espacio que se encuentra entre las superficies oclusales de los dientes superiores e inferiores cuando la mandíbula se encuentra en posición fisiológica postural. El valor del espacio libre interoclusal se obtiene por la diferencia entre los valores de dimensión vertical postural y dimensión vertical oclusal.

A nivel de los dientes anteriores, ese espacio está definido por la posición del punto interincisivo (Fig. 4).

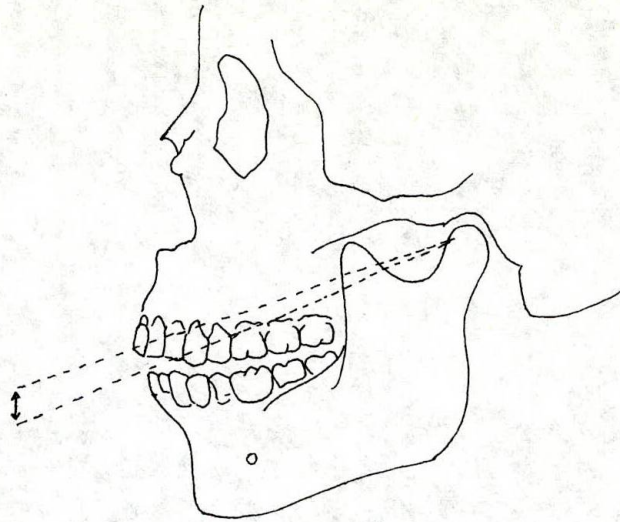


fig. 4.

8. MOVIMIENTO DE LATERALIDAD

8.a Definición

Es el trayecto efectuado por la mandíbula, mientras los dientes inferiores se deslizan lateralmente sobre las caras internas de las cúspides vestibulares de los dientes superiores, y de modo más particular sobre la cara palatina del canino superior; hasta que las cúspides vestibulares de los dientes inferiores se opongan a las cúspides vestibulares de los dientes superiores.

Las zonas sobre las que se deslizan las cúspides de soporte inferiores se denominan SUPERFICIES DE GUIA, y estas son:

1. Cara palatina del canino, desde el punto de soporte hasta su vértice.

2. Vertientes internas de las cúspides vestibulares superiores, desde el punto de soporte hasta el vértice de la cúspide.

Cuando partiendo de una posición céntrica la mandíbula se desliza hacia el lado derecho, se encuentra que el cóndilo del mismo lado, puede dar lugar a un movimiento rotacional puro o combinado con un ligero desplazamiento lateral. Este cóndilo se denomina CONDILO ROTACIONAL O CONDILO DE TRABAJO .

A su vez el cóndilo izquierdo se va a desplazar en una dirección hacia adelante, abajo, y adentro trazando un segmento de órbita por lo que se ha denominado CONDICO DE ORBITACION O CONDILO DE TRASLACION O DE NO TRABAJO .

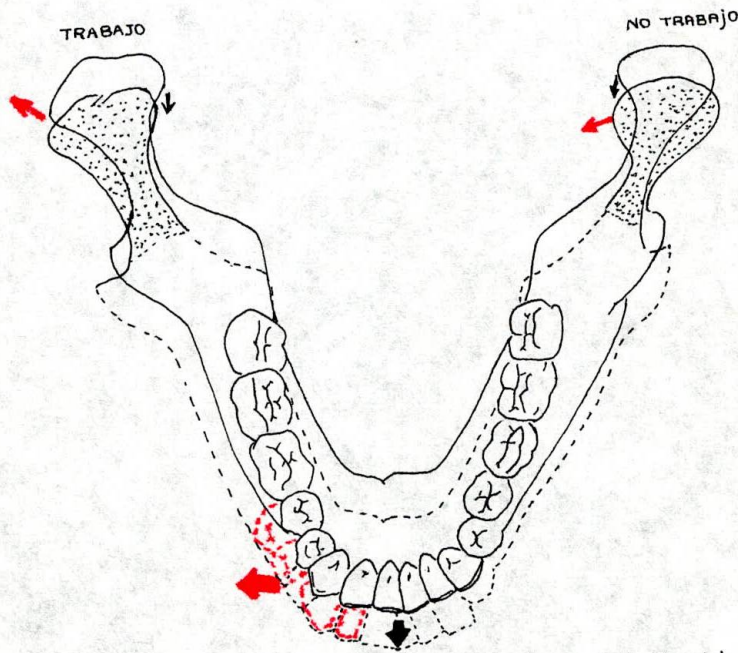


fig.5. ● Movimiento protrusivo → Dirección de los cóndilos (arriba) adelante y abajo
 ● Movimiento de lateralidad → cóndilo de trabajo y de no trabajo

8.b Función canina (mal llamada desolución canina).

Es el deslizamiento lateral de los dientes inferiores sobre los superiores manteniendo el contacto durante todo el movimiento del canino inferior sobre la concavidad relativa del canino superior hasta el borde a borde, para producir la desoclusión de los dientes posteriores.

8.c Función de grupo

Es aquella que se presenta en el lado de trabajo cuando varios dientes con inclusión de los caninos guían la función hasta el borde a borde; asegurando buena protección periodontal ya que las fuerzas oclusales se encuentran distribuidas armoniosamente en todos los dientes y aseguran, una desoclusión inmediata y total del lado que no trabaja.

Se ha llegado a establecer que una oclusión ideal debe tener una función en grupo de su lado de trabajo.

9. MOVIMIENTO DE PROTRUSION

9.a Definición

Es un trayecto efectuado por la mandíbula mientras los incisivos inferiores se deslizan sobre las caras palatinas de los incisivos superiores, desde la posición de máxima intercuspidad hasta el borde a borde que es la posición de protrusión (Fig. 6).

9.b. Guía Incisiva

Es la superficie que se extiende desde los puntos de soporte de la oclusión en P.M.I. hasta el borde libre. El trayecto funcional se dirige por la cara palatina de los incisivos superiores; su longitud y su pendiente dependen de dos parámetros: EL ENTRECruzamiento y EL RESALTO.

9.c Características de la guía incisiva

- Está formada por las caras palatinas de los dos centrales superiores, algunas veces se agregan los dos laterales, desde los puntos de soporte de la oclusión hasta el borde libre.

- Debe permitir una desclusión inmediata y total de todos los dientes posteriores.

- . Un gran entrecruzamiento, con un pequeño resalto ocasiona desclusión inmediata.

. Un gran entrecruzamiento, con un gran resalto cuasa desoclusión lenta.

- La guía incisiva debe poder conducir la protrusión en un trayecto rectilíneo, en el plano sagital medio.

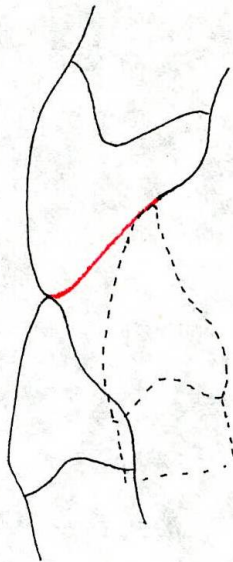


Fig.6. Guía incisiva.

10. CURVAS DE COMPENSACION

Las curvas de compensación posteriores se dividen en una curva anteroposterior llamada curva de Spee, y una curva frontal, la curva de Wilson.

La combinación de la curva de Spee, de la curva de Wilson y de la curva trazada por los bordes incisales conforma la curva oclusal.

Es importante hacer un examen de las curvas de compensación en relación céntrica y movimientos excursivos de la mandíbula ya que cualquier desarmonía de ellas provocaría interferencias o contactos prematuros.

10.a Curva se Spee

Es aquella que comienza en el vértice del canino inferior y sigue los vértices de las cúspides vestibulares de los premolares y molares.

Esta curva es de concavidad superior; una curva de Spee demasiado marcada, cuya armonía está destruida por migraciones dentarias, origina obstáculos oclusales que perturban los movimientos funcionales.

(Fig. 7).

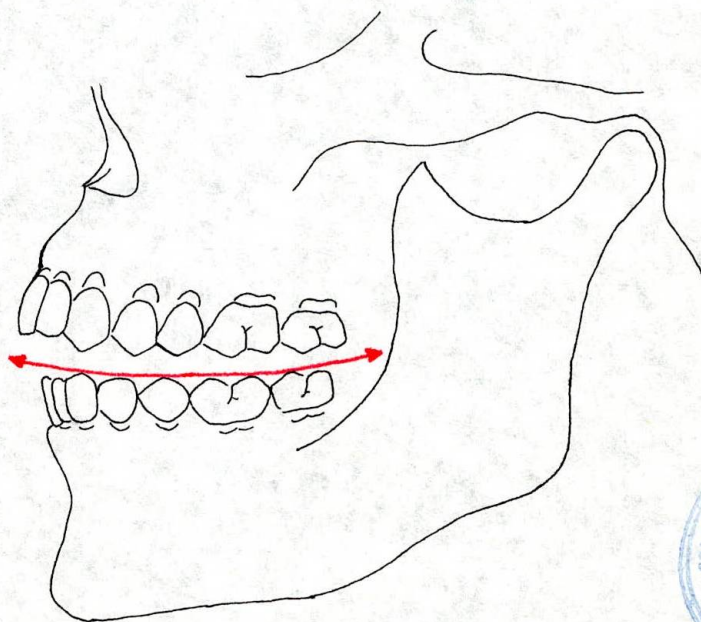


fig. 7. Curva de Spee.



10.b Curva de Wilson

Es una línea imaginaria trazada en el plano frontal, que pasa por el vértice de las cúspides de los molares, de cada lado de la arcada, esta curva es de concavidad superior, asociada con el entrecruzamiento vestibular de los dientes posteriores, permitiendo un deslizamiento oclusal armonioso durante el movimiento de lateralidad. (Fig. 8).

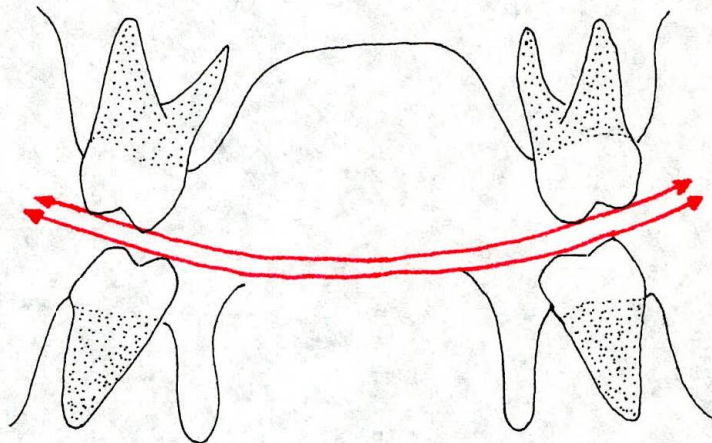


fig. 8. Curva de wilson.

III. EXAMEN

1. EXAMEN DE LA POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION

1.1 Objetivo

Determinar si existen contactos exagerados o mal repartidos entre las caras oclusales de ambas arcadas y notar los puntos de apoyo de la oclusión que deben respetarse durante el ajuste oclusal.

1.2 TECNICA DEL EXAMEN EN POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION

1.2.a Observación del cierre

Observar el cierre desde la posición postural hasta la posición de máxima intercuspidadación. Se solicita al paciente que apriete los dientes con suavidad; el movimiento se repite varias veces para ver si existe una desviación de la línea interincisiva, hacia afuera del plano sagital medio (Fig. 9).

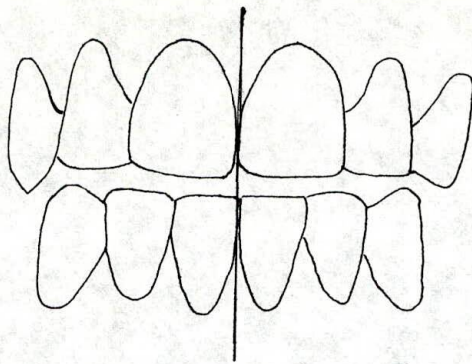
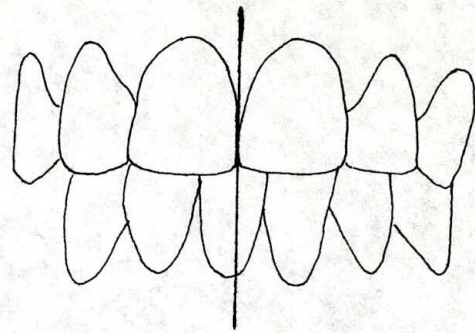


Fig. 9.

En posición postural la línea interincisiva coincide con el plano sagital medio.



Desviación mandibular izquierda.

1.2.b Audición del ruido oclusal

El paciente mantiene los labios cerrados, le pedimos que choque sus dientes :

- Si escuchamos un sonido claro, no hay deslizamiento; la posición de máxima intercuspidadación se alcanza directamente y esta en armonía con la posición neuromuscular.

1.2.c Búsqueda de la movilidad

Después de separar los labios, pedimos al paciente que golpee los dientes. Se apoya suavemente la extremidad del índice en la cara vestibular de uno o dos dientes superiores; si existe un leve desplazamiento, éste es transmitido al dedo. La observación de esta movilidad, durante el cierre en posición de máxima intercuspidadación per-

mite la presencia de un contacto exagerado.

1.2.d Examen de las curvas de compensación

Se observan preferentemente sobre los modelos de estudio. Son más notables las extrusiones y versiones que pueden constiuirse en origen de contactos exagerados.

1.2.e Marcación de los puntos de soporte

En posición de máxima datercuspidación el vértice esférico de las cúspides de soporte se halla en contacto con líneas curvas convexas. El contacto de estas superficies se hace por lo tanto con puntos o zonas hoy circunscritas llamadas puntos de soporte de la oclusión.

Para marcar los puntos de soporte se secan las caras oclusales de ambas arcadas; se introducen los marcadores de modo que cada papel recubra todos los dientes de una hemiarcada. Es importante operar simultáneamente del lado derecho e izquierdo, para evitar una desviación de la mandíbula durante el cierre, luego solicitamos al paciente golpear los dientes con fuerza.

1.2.f Observación de los puntos de soporte de la oclusión

Consiste en observar la situación y la intensidad de los contactos oclusales.

Las relaciones entre las cúspides y las fosas o los rebordes marginales, representan una perfecta estabilidad oclusal; es importante obtener un máximo de contactos para que todos los dientes participen de la intercuspidadación, estos contactos deben ser puntiformes y no entre grandes superficies.

- CUSPIDES DE SOPORTE O CUSPIDES DE APOYO

Son aquellas que en posición de máxima intercuspidadación se articulan con los rebordes marginales y las fosas centrales de la superficies oclusales. Su contacto debe ser estable, son verdaderos contra fuertes destinados a mantener la dimensión vertical.

- LOCALIZACION DE LAS CUSPIDES DE SOPORTE

Para localizar las cúspides de soporte se hace un examen en dos tiempos.



1. En el maxilar inferior
2. En el maxilar superior

Existen tres grupos de cúspides de soporte: dos en la mandíbula y uno en el maxilar.

PRIMER GRUPO MANDIBULAR. CUSPIDES VESTIBULARES DE LOS PREMOLARES Y MOLARES. Son las más importantes para asegurar la estabilidad de la oclusión en posición de máxima intercuspidación; en el tratamiento oclusal es necesario respetar. Estas cúspides de soporte inferior.

Las puntas cuspidas vestibulares inferiores entran en contacto con los rebordes marginales superiores; sólo las segundas cúspides vestibulares de los molares inferiores lo hacen con las fosas centrales superiores Fig. 10.

SEGUNDO GRUPO INFERIOR. BORDE OCLUSAL DE INCISIVOS Y CANINOS. Los incisivos laterales y los caninos inferiores se articulan con dos dientes superiores; los centrales inferiores solo se apoyan en un central antagonista.

La existencia de estos puntos de apoyo de la oclusión es fundamen-

tal para la estabilidad de la oclusión en posición de máxima intercuspidación y para su papel funcional durante los movimientos de protrusión y lateralidad (Fig. 11).

TERCER GRUPO SUPERIOR, CUSPIDES PALATINAS DE PREMOLARES Y MOLARES.

Las puntas cúspides palatinas superiores entran en contacto con las fosas distales de los premolares y las fosas centrales de los molares inferiores, con excepción de la segunda cúspide palatina de los molares que ocluye con los rebordes marginales de los molares inferiores (Fig. 12).

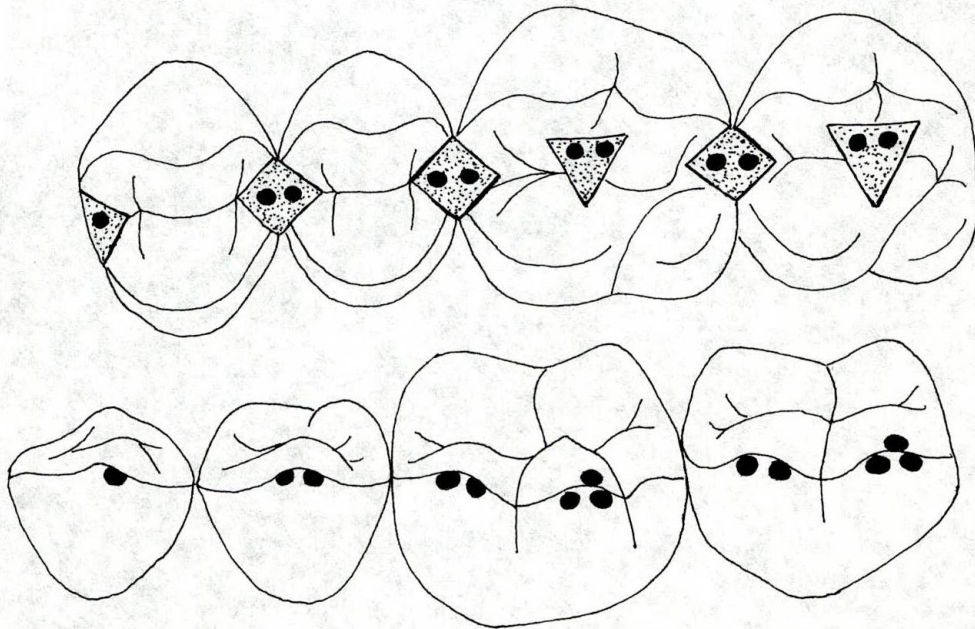


FIG.10. Puntos de soporte de la oclusión de las cúspides vestibulares inferiores y áreas de apoyo superiores, puntos de soporte del primer grupo.

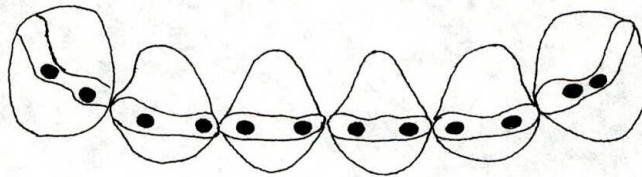
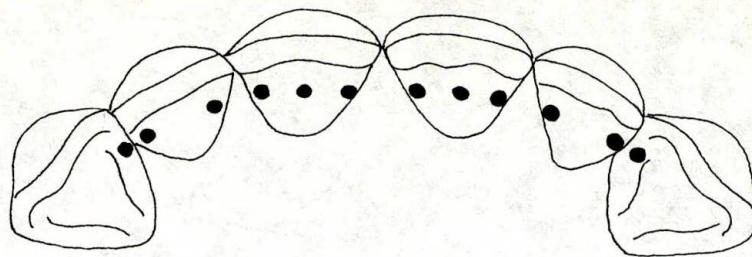


FIG.11 Puntos de soporte del segundo grupo: puntos de apoyo de la oclusión a nivel del grupo incisivo-canino.

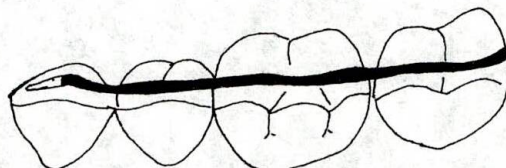
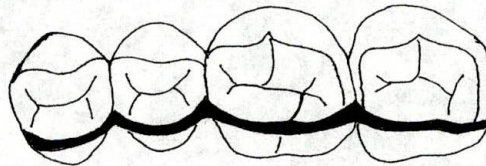


Fig. 12 Tercer grupo superior: Línea de crestas de las cúspides palatinas de los premolares y molares superiores y la relación con las superficies oclusales inferiores.

2. EXAMEN DE LOS CONTACTOS OCLUSALES EN RELACION CENTRICA

2.1 DEFINICION DE CONTACTO PREMATURO

Es el primer obstáculo oclusal, durante el cierre en relación céntrica,

localizado en un solo diente, generando una desviación de la mandíbula que puede ser:

- Anterior, en el plano sagital medio
- Antero lateral, hacia afuera del plano sagital medio: el punto interincisivo se desplaza lateralmente durante el deslizamiento; esta desviación es la más nociva, ya que no solo es traumatizante para el diente involucrado y su antagonista, músculos masticadores y A.T.M. sino además para los dientes y los tejidos de sostén que soportan el impacto terminal de la desviación. Este traumatismo se ubica generalmente a nivel de incisivos y caninos y puede producir movilidades y migraciones.

2.2 TECNICA DEL EXAMEN DE LOS CONTACTOS EN RELACION CENTRICA:

2.2.a Búsqueda de la contracción Muscular

El paciente debe poder efectuar el movimiento de retrusión en total decontracción, esto quiere decir que los músculos y ligamentos funcionen con normalidad, ya que una hipertonía de los músculos masticadores o un dolor articular puede oponerse al movimiento de retrusión e imposibilitar la búsqueda de la relación céntrica.

En estos casos se recurre a la confección de una gotera oclusal la cual tiene por objeto provocar un desengranamiento de las caras oclusales, eliminando la memoria muscular conduciendo al paciente a una decontracción completa.

- GOTERA OCLUSAL

1. Modo de acción: La gotera oclusal se confecciona en acrílico duro sobre el modelo superior, montado en un articulador semiadaptable; recubre todas las superficies oclusales y engloba los bordes incisivos y caninos superiores.

Reparte las fuerzas oclusales sobre el conjunto de la dentadura y neutraliza los efectos de los obstáculos oclusales, permitiendo un relajamiento total de los músculos masticadores asegurando una función protrusiva y lateral armoniosa, lo cual contribuye a mantener la estabilidad de los dientes.

2. Confección

. La cara oclusal debe envolver los dientes del maxilar superior y presentar un mínimo de relieve, manteniendo contactos puntiformes con todas las puntas cúspideas vestibulares inferiores; el aumento de la dimensión vertical debe ser mínimo (Fig. 13).

. A nivel de los incisivos una pendiente de la gotera asegura la función protrusiva. El contacto con los incisivos inferiores guiará el movimiento desde la posición de máxima intercuspidad al borde a borde (Fig. 14). La pendiente retrincisiva suprime las interferencias protrusivas.

. A nivel de los caninos, una pendiente lingual asegura la función lateral, el contacto con el canino inferior debe guiar el movimiento desde la posición de máxima intercuspidad al borde a borde (Fig. 15). La pendiente canina suprime toda interferencia en lateralidad.

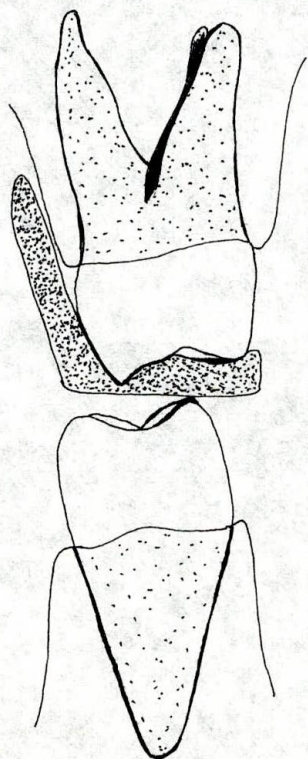


fig.13. gotera a nivel de premolares y molares.

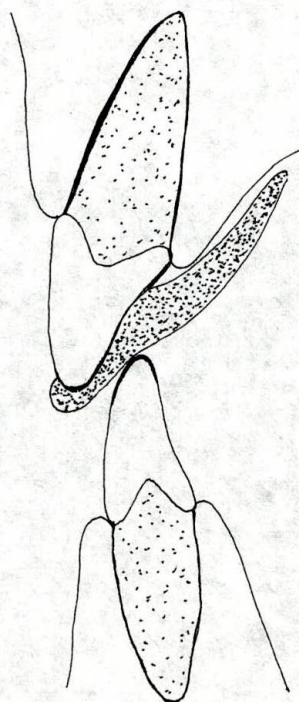


fig.14. gotera a nivel de incisivos

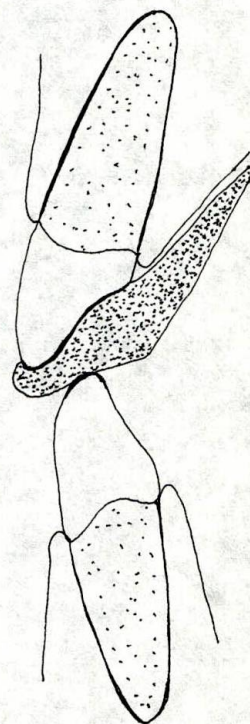


fig.15. gotera a nivel de caninos.

3. ADAPTACION EN LA BOCA

a. Verificación de la estabilidad

La gotera oclusal debe estar perfectamente adaptada a los dientes superiores; si no lo está es necesario agregar resina autopolimerizante en el interior de la gotera, se coloca sobre la arcada superior bajo presión masticatoria previa aislamiento con vaselina y eliminación de zonas retentivas.

b. Verificación de la máxima intercuspidad

Verificar si todos los puntos cúspides vertibulares inferiores (grupos I y II) entran en contacto con la gotera. Por medio de marcadores. Los contactos deben ser puntiformes y establecerse con la mismaintensidad.

La gotera debe presentar el mínimo de relieve, el espesor de la gotera el mínimo posible, está dado por la región molar que no debe ser perforada.

c. Verificación de los Movimientos

A partir de la posición de máxima intercuspidad, la trayectoria

canina y la incisiva deben permitir una desoclusión inmediata y total. A veces se requiere utilizar resina auto polimerizante para modificar la pendiente.

4. Modo de empleo

En pacientes que presentan hipertonia leve o moderada se les recomienda. El uso nocturno de la gotera durante dos meses. La equilibración de la gotera se verifica y corrige semanalmente.

Cuando los movimientos mandibulares son agitados y doloros el paciente debe llevar la gotera las 24 horas del día, se debe recomendar al paciente que evite todo contacto oclusal en el cepillado de dientes y limpieza del aparato. En algunos casos graves es necesario complementar el uso de la gotera con el empleo de miorelajante o psicoterapia.

El uso de la gotera da óptimos resultados en pacientes que padecen de bruxismo.

2.2.b Búsqueda la relación céntrica

Cuando los espasmos musculares se han eliminado podemos buscar la

relación céntrica para reubicar los cóndilos en la posición más posterior y de manera simétrica es necesario lograr que el paciente tenga:

- Tranquilidad psíquica y emocional
- Relajamiento muscular.

- TECNICAS

1. Técnica de manipulación de la mandíbula:

a. Técnica a una mano

Pasos:

- . El paciente debe estar sentado
- . Se explica al paciente el procedimiento que se va a seguir para lograr su colaboración
- . El operador debe estar colocado de pie frente al paciente
- . Se procede a lograr la céntrica.

Acción Clínica

Se toma la mandíbula con una mano colocando el pulgar sobre el mentón y el dedo índice en el borde inferior; se empieza a inducir al paciente efectuando pequeños movimientos de apertura y cierre sin que

existan contactos oclusales, haciendo ligera presión hacia atrás, cuando el operador considere que la mandíbula ha llegado a la posición más posterior se procede a la toma de registros.

b. Técnica a dos manos

Pasos:

- . La manipulación de la mandíbula debe efectuarse a dos manos
- . El paciente debe estar acostado con el mentón hacia atrás y el cuello estirado
- . Se explica al paciente el procedimiento a seguir
- . El operador se sienta detrás del paciente
- . Se procede a lograr la céntrica.

Acción Clínica: El operador sentado detrás del paciente toma la cabeza de este entre sus antebrazos y caja torácica, se colocan los pulgares por encima de la sínfisis mentoniana y cuatro de dos sobre el borde inferior de la mandíbula, se empiezan a efectuar ligeros movimientos de apertura y cierre evitando todo contacto dentario, hasta sentir que la mandíbula está libre, se le pregunta al paciente si hay dolor, si existe se seguirá con el procedimiento hasta que no presente sintomatología, en este momento se ejerce una ligera presión retrusiva con los pulgares y los demás dedos, se va

abriendo y cerrando la mandíbula poco a poco hasta que se produzca el primer contacto, se procede a tomar el registro ya sin contacto.

2. Técnica con rollos de algodón

Pasos:

- . El paciente debe estar acostado o sentado

Acción clínica: se colocan rollos de algodón entre las arcadas del paciente a nivel premolar y molar, el paciente debe ejercer presión durante 30 minutos, después de este tiempo se procede a llevar la mandíbula ya sea con una mano o a dos manos.

3. Técnica con calibradores o espaciadores

Pasos:

- . El paciente debe estar sentado.

Acción clínica: Después de enseñar las láminas al paciente se le hace sentir la diferencia entre contacto dentario y contacto con la lámina, se coloca un espaciador entre los incisivos superiores e inferiores, se le pide al paciente que cierre y desplace la mandíbula hacia adelante y atrás, se le interroga si existen contactos posteriores, si

existen contactos se repetirá el procedimiento aumentando láminas de una en una hasta que no existan contactos posteriores; si el paciente no está seguro de la existencia de contactos posteriores se controlarán estos con papel de articular, cuando ya se está seguro que no hay contactos posteriores se procede a la toma del registro de céntrica.

4. Técnica con desprogramador de dientes anteriores

Es un dispositivo que se confecciona directamente en boca, tiene la forma similar a un plano inclinado.

Este aparato se elabora para llevar al paciente a céntrica en cualquier momento; hay que utilizar alguna de las técnicas descritas anteriormente.

Es preciso que el paciente aprenda a reconocer la existencia del primer contacto, repetimos varias veces el movimiento diciendo al paciente, Abra grande y cierre hasta que sienta el primer contacto y deténgase; se le pide que nos indique la ubicación de este primer contacto, El profesional detecta el contacto prematuro por medio de apoyo digital directo a nivel del diente considerado. El paciente debe confirmar la noción de contacto a nivel del mismo diente.

2.2.6 Marcación del contacto prematuro

- . Primer tiempo: Marcar los puntos de soporte de la oclusión en posición de máxima intercuspidadación.

- . Segundo tiempo: Colocar cera en la región molar y premolar del maxilar superior.

- . Tercer tiempo: En posición de relación céntrica, el primer contacto perfora la cera.

- . Cuarto tiempo: Pedimos al paciente que apriete los dientes a partir del contacto prematuro para observar el desplazamiento de la mandíbula. Hasta la posición de máxima intercuspidadación. Este deslizamiento puede ser anterior o antero lateral.

3. EXAMEN EN PROTRUSION

3.4 DEFINICION DE INTERFERENCIA PROTRUSIVA

Es todo obstáculo que impide el trayecto armonioso de la posición intercuspidea a la posición de protrusión y puede ubicarse tanto en el área de trabajo o fuera de ella.

. Interferencia protrusiva en el área de trabajo: Se ubica a nivel de los incisivos encargados de guiar la protrusión, si un solo diente entra en contacto durante la protrusión este es el obstáculo que puede causar la desviación fuera del plano sagital .

El diente que soporta la totalidad del movimiento de protrusión experimenta trauma oclusal; el incisivo superior puede migrar hacia vestibular y el inferior hacia lingual; los puntos de soporte de la oclusión de los dientes , desplazados pueden desaparecer agravando así la migración .

. Interferencia protrusiva fuera del área de trabajo: Durante la protrusión la desolcusión de los dientes posteriores debe ser inmediata y total; el obstáculo posterior representa una interferencia protrusiva fuera del área de trabajo que debe corregirse; esta interferencia puede producir espasmos musculares y alteraciones de la A.T.M .

3.2 EXAMEN DE ENTRECruzAMIENTO

Durante este examen debe verificarse si los incisivos superiores e inferiores están en contacto en posición de máxima intercuspidadación, si no lo están se producen interferencias protrusivas fuera del área de trabajo al comienzo del movimiento .

3.3. TECNICA DEL EXAMEN EN PROTRUSION

3.3.a Observación del movimiento de protrusión:

Se pide al paciente que adelante los incisivos inferiores, conservando el contacto con los dientes superiores; y que se detenga borde a borde, cuando se observa una desviación estamos frente a una interferencia; ya que el movimiento debe ser rectilínea.

3.3.b Búsqueda de una interferencia protrusiva en el área de trabajo

Primero se busca la ubicación de los puntos de soporte de la oclusión en posición de máxima intercuspidad a nivel del grupo incisivo-canino por medio de papel de articular

Se pide al paciente que efectúe el movimiento hacia adelante, manteniéndose en el plano sagital medio. Se registra el trayecto incisivo y se observa la interferencia protrusiva en el diente que soporta solo el movimiento.

3.3.c Búsqueda de una interferencia protrusiva fuera del área de trabajo.

Durante la primera fase del desplazamiento debe haber un deslizamien-

to combinado de los dientes anteriores y posteriores si el contacto de los dientes anteriores se interrumpe durante el deslizamiento, el obstáculo posterior representa una interferencia.

4. EXAMEN EN LATERALIDAD

4.1 Interferencias laterales en el área de trabajo

La interferencia en el lado de trabajo es un obstáculo al deslizamiento durante la excursión lateral. El movimiento será soportado por un diente diferente al canino durante una parte del trayecto o durante todo el movimiento.

. Consecuencias: Si la interferencia se halla en un diente con soporte periodontal débil las fuerzas laterales producen un trauma periodontal. Los premolares superiores y el incisivo lateral soportan mal las interferencias del lado de trabajo.

4.2 Interferencias laterales fuera del área de trabajo

Durante las excursiones laterales, no debe existir contacto del lado que no trabaja. En prótesis total y removible se buscan estos contactos para equilibrar la prótesis (oclusión balanceada); pero en

la dentadura natural se transforman en obstáculos.

. Consecuencias: Destrucción de la armonía del movimiento lateral, causando trauma a nivel de los dientes que producen la interferencia y de sus tejidos de soporte.

Este tipo de interferencia junto con tensión psíquica representará el punto de partida de un bróximo excéntrico.

Algunas veces el paciente busca evitar este obstáculo entonces la hiperactividad muscular originará una disfunción muscular y articular.

4.3 TECNICA DEL EXAMEN DE LOS CONTACTOS EN LATERALIDAD

4.3.a Exámen de la relación entre los caninos en posición intercuspídia:

. Sentido antero posterior:

Clase I: El canino superior tiene una posición distal de un semi-diente con relación al canino inferior. Esta posición permite un deslizamiento armónioso del canino inferior sobre el canino superior durante el movimiento de lateralidad.

Clase II: Mesio-oclusión del canino superior, al suprimir la función canina, perturba la función lateral frecuentemente.

Clase III: Distococlusión del canino superior, la función lateral se asegura por contactos situados del lado opuesto del movimiento.

. Sentido transversal: Para que exista un deslizamiento armonioso del canino inferior sobre el superior desde la posición de máxima intercuspidad hasta el vértice del diente debe haber un entrecruzamiento del canino superior sobre el inferior, una ausencia de contacto impide la desoclusión inmediata.

La laterognacia y sobre todo la latermandibula, las oclusiones cruzadas y borde a borde, casi siempre perturban la función oclusal en lateralidad.

4.3.b Observación del movimiento de lateralidad

Se le solicita al paciente que deslice los dientes inferiores contra los superiores, manteniendo el contacto, para indicar a sentido del desplazamiento, el movimiento debe ser guiado por la mano del

operador, porque el paciente dejado libremente podría seguir trayectorias anormales, consecuencia de su adaptación a evitar las interferencias.

Cuando el movimiento se realiza fácilmente pueden buscarse las interferencias previa marcación de los puntos de soporte de la oclusión en posición de máxima intercuspidadación.

4.3.c Búsqueda de una interferencia lateral en el área de trabajo.

Primero buscamos la interferencia lateral partiendo de la posición de máxima intercuspidadación, la cual se reconocerá si el registro es más acentuado en una superficie diferente al canino.

Luego se reproduce el movimiento a partir de relación céntrica, el desplazamiento debe ser guiado por el operador. Si existen obstáculos estos pueden situarse por detrás del campo de la función lateral.

La última etapa consiste en buscar las interferencias anteriores a la trayectoria lateral, examinando la repartición y la fuerza de los contactos entre los dientes.

4.3.d Búsqueda de una interferencia lateral fuera del área de trabajo.

- Se examinan las superficies de desgaste fuera del área de trabajo.
- Se detecta la existencia de movilidad durante la excursión lateral opuesta, colocando el índice sobre la cara vestibular de cada molar y premolar superior del lado que no trabaja.
- Luego se buscan las interferencias previa marcación de los puntos de soporte de la oclusión.

NOTA:

Las interferencias se pueden localizar por observación visual, papel de articular ceras y en caso de trauma periodontal por palpación.

Es necesario completar el exámen con un estudio de modelos en el articulador.

El exámen anatómico y funcional de la oclusión comprende también el estudio de las facetas de desgaste ya que son signos de bruxismo ya sea céntrico o excéntrico.

IV. TRATAMIENTO EN RELACION CENTRICA Y FASES

EXCURSIVAS

1. AJUSTE OCLUSAL

1.1 DEFINICION

Es un procedimiento correctivo de los contactos interoclusales; tendiente a conseguir y mantener la centricidad mandibular. Comprende:

- a. Acoplamiento de los dientes anteriores
- b. Tallado selectivo en los dientes posteriores

1.2 OBJETIVOS

- a. Hacer coincidir oclusión dentaria y relación céntrica, eliminando el deslizamiento en céntrica.
- b. Reorientación de fuerzas: al eliminar las interferencias, las fuerzas dirigidas sobre el diente se convetirán en fuerzas funcionales dirigidas hacia su eje mayor.
- c. Redistribución de fuerzas; repartición homogénea en todos los dientes

- d. Asegurar una posición de intercuspidación máxima estable con un máximo de contactos puntiformes.
- e. Restablecer la dimensión vertical; siempre que hay presencia de contactos prematuros la dimensión vertical en relación céntrica aumenta.
- f. Eliminar la oclusión traumática y los signos y síntomas asociados
- g. Permitir todo movimiento a partir de la posición intercuspidea, sin hallar obstáculos en protrusión y en lateralidad.

1.3 METODOS

Los métodos para lograr un ajuste oclusal pueden ser muy variados dependiendo del caso.

- Para lograr el acople de los dientes anteriores, se puede recurrir a:

- a. Ortodoncia
- b. Cirugía ortognática
- c. Adición de resinas
- d. Mioterapia funcional
- e. Restauración
- f. Placas neuro-miorelajantes seccionadas

- Para lograr ajuste oclusal en la parte posterior

- a. Ortodoncia
- b. Cirugía ortognática
- c. Restauración
- d. Tallado selectivo



1.4 INDICACIONES

Los tratamientos oclusales deben efectuarse cuando se comprueban signos patológicos a nivel de un componente del aparato masticatorio: dientes, periodoncio, músculos, A.T.M; y deben ser realizados cuando la musculatura. Este en reposo; si existe enfermedad periodontal se efectúa el tratamiento después de suprimir los factores inflamatorios locales que modifican la posición de los dientes.

- Los obstáculos oclusales (contactos exagerados en posición de máxima intercuspidad; contactos prematuros en relación céntrica, e interferencias) son eliminados por tallado selectivo.
- Las malposiciones y maloclusiones son corregidas por ortodoncia, prótesis y a veces operatoria.

2. TALLADO SELECTIVO

2.1 DEFINICION

Es un procedimiento basado en la sustracción de tejido dentario o

material de restauración causante de interferencias oclusales.

2.2 INDICACIONES

- a. Oclusión clase I que presenta desarmonía entre oclusión dentaria y relación céntrica.
- b. Antes de procedimientos restauradores
- c. Durante la prueba de restauraciones coladas
- d. Después de tratamientos de ortodoncia o cirugía ortognática
- e. Durante el tratamiento de operatoria.

2.3 CONTRAINDICACIONES

- a. Cuando no se pueda lograr acople de dientes anteriores
 - mordida abierta anterior
 - relación borde a borde de incisivos
 - mordida cruzada.
- b. Antes de procedimientos quirúrgicos u ortodóncicos.

2.4 CUIDADOS

- a. Diagnostico correcto

- b. Tratar previamente lo relacionado a exodoncias, tratamiento de endodoncia o periodoncia y operatoria.
- c. Neuro-miorelajación para que el paciente pueda ser llevado a relación céntrica con facilidad.
- d. Pretallado el cual debe ser realizado antes en modelos de estudio montados en un articulados, para estar completamente seguros de que es posible conseguir los objetivos planteados.
- e. Crear surcos, imitando la anatomía normal, nunca crear superficies planas.
- f. Tallar sobre esmalte, nunca tallar sobre dentina, pues se producirían problemas de sensibilidad. Es preferible si se puede tallar sobre materiales de obturación.
- g. Tallar depresiones, siempre que sea posible es preferible profundizar la fosa en vez de tallar el vértice de la cúspide.
- h. Inducir los movimientos de trabajo para obtener un movimiento de lateralidad real del paciente.
- i. Los contactos deben ser de la misma intensidad para obtener una repartición pareja de las fuerzas.
- j. Repartir los desgastes, siempre que se van a desgastar las

cúspides estampadores especialmente, se deben repartir las tallas entre los dientes superiores e inferiores.

2.5 PASOS A SEGUIR EN EL TALLADO SELECTIVO

- a. Llevar al paciente a relación céntrica
- b. Eliminar el deslizamiento en céntrica
- c. Acople de dientes anteriores
- d. Eliminación de las interferencias en lateralidad en el área de trabajo
- e. Eliminación de las interferencia protrusivas. En el área de trabajo, en el área de no trabajo.
- f. Eliminación de interferencias en balanza durante el movimiento de lateralidad
- g. Rectificar que los contactos en posición de máxima intercuspidación sean puntos y no superficies.

La técnica puede modificarse de acuerdo al criterio del operador. Lo importante es que los principios relacionados a centricidad mandibular y acoplamiento de dientes anteriores se cumplan.

- a. Llevar al paciente a relación céntrica: esto se puede llevar a cabo por cualquiera de los métodos descritos anteriormente.

- b. Eliminar el deslizamiento en céntrica: pueden presentarse tres casos en la dirección del deslizamiento.
1. El deslizamiento en posición de máxima intercuspidadación es paralelo al plano sagital medio.
 2. El deslizamiento en posición de máxima intercuspidadación se dirige en sentido anterolateral hacia el plano sagital medio.
 3. El deslizamiento en posición de máxima intercuspidadación se dirige en sentido anterolateral alejándose del plano sagital medio.

1. El deslizamiento en posición de máxima intercuspidadación es paralelo al plano sagital medio: se debe tallar en forma de surco, imitando el surco de balanza por donde escapará la cúspide estampadora antagonista. En el movimiento de balanza, este surco toma una dirección mesopalatina en el maxilar superior.

El contacto se suprime reduciendo de la marca hacia mesial en el maxilar superior respetando los puntos de soporte, en algunos casos es necesario eliminar el punto de soporte. Esto es cuando la pendiente de deslizamiento es muy marcada entonces es preferible eliminar el punto de soporte palantino superior a tocar la cúspide vestibular inferior, que asegura una función de grupo en lateralidad.

Si es necesario tocar el inferior entonces se talla de la marca hacia distal, Haciendo un surco que llevará una dirección disto-vestibular (surco de balanza).

Se aplica la regla M.U.D.L. (mesial superior, distal inferior).

2. El deslizamiento en posición de máxima intercuspidadación se dirige en sentido anterolateral hacia el plano sagital: pueden presentarse dos posibilidades:

- Si la cúspide vestibular inferior entre en contacto prematuro con la vertiente interna de la cúspide vestibular superior, se reduce esta vertiente interna, que es una superficie guía.
- Si la cúspide palatina superior está en contacto prematuro con la vertiente interna de la cúspide lingual inferior se reduce esta vertiente que no es funcional.

En ambos casos se han respetado los puntos de soporte de la oclusión la eliminación de estos contactos mejora la curva de Wilson; por esto es necesario respetar esta curva durante la restauración protésica.

3. El deslizamiento en posición de máxima intercuspidadación se dirige

en sentido anterolateral alejándose del plano sagital medio: La vertiente interna de la cúspide palatina superior, entra en contacto prematuro con la vertiente interna de la cúspide vestibular inferior.

Se puede aplicar la regla B.U.L.L. bucal superior, lingual inferior respetando los puntos de soporte de la oclusión, en particular si pertenece al Grupo I de lo contrario se podrían originar desplazamientos dentarios.

Es necesario comenzar primero por el desgaste superior ya que la cúspide de soporte vestibular inferior (Grupo I) es imprescindible para la estabilidad oclusal en posición de máxima intercuspidad.

c. Acople de los dientes anteriores: debe realizarse en la misma sesión que se lleva el paciente a céntrica. Esto puede realizarse con la adición de resinas en las caras palatinas de los anteriores superiores y en los bordes incisales de los anteriores inferiores. La cantidad de resina que se va a adicionar se ha determinado previamente en el articulador mediante la adición de cera.

d. Eliminación de las interferencias en lateralidad en el área de trabajo: Las interferencias en el área de trabajo se presentan entre las cúspides de soporte con las cúspides de corte, de manera que

se debe tallar siempre en las cúspides de corte (vestibulares superiores y linguales inferiores)

En el maxilar superior, este obstáculo se elimina modificando la pendiente cúspida desde la fosa hasta el vértice de la cúspide vestibular respetando los puntos de soporte; es necesario controlar el desgaste de esta superficie de guía que debe integrarse a la función de grupo en que debe participar el canino.

A nivel de la mandíbula puede reducirse con menos precauciones, conservando los puntos de soporte ubicados cerca de la fosa central. La cúspide lingual no debe participar en la función lateral.

d. Eliminación de las interferencias protrusivas: para reconstruir la función incisiva hay distintos métodos:

1. El tallado selectivo elimina interferencias
2. La ortodoncia, prótesis y operatoria dental recrean la función incisiva, reemplazando dientes o modificando la forma de los incisivos.

Es indispensable un buen análisis oclusal para estimar si debe restablecerse la guía incisiva o si se deben eliminar las interferencias

protrusivas que se encuentren situadas en dientes posteriores, fuera del área de trabajo.

. En el área de trabajo: La corrección de la interferencia se hace sobre las caras palatinas y el borde libre de los incisivos superiores, nunca de los inferiores a menos que sea estrictamente necesario el cual se rectifica considerando la estética. Es suficiente borrar el trayecto marcado respetando el punto de soporte, pueden requerirse varios retoques sucesivos.

Durante la marcación de las interferencias, el paciente debe efectuar el movimiento de protrusión en el plano sagital medio. Es preciso borrar prudentemente las interferencias protrusivas en el área de trabajo a nivel de los incisivos de lo contrario daría lugar a interferencia protrusivas fuera del área de trabajo.

. Fuera del área de trabajo: Se realiza desgastando el trayecto marcado registrado sobre los planos inclinados distales superiores o sobre los mesiales inferiores. La finalidad de este desgaste es recrear la función incisal.

Los caninos pueden participar en la protrusión igual que los incisivos pero no es conveniente que conduzcan por sí solos el movimien-

to ya que pueden inducir una desviación creando una interferencia.

La extrusión del tercer molar inferior causa a menudo interferencias protrusivas fuera del área de trabajo lo cual constituye una señal para la exodoncia.

A menudo las relaciones incisivas están demasiado perturbadas para permitir un ajuste por desgaste; por lo que deben realizarse tratamientos constructivos para establecer una función incisiva que asegure la desoclusión posterior.

La ortodoncia reubica los dientes siguiendo las pautas de un esquema ideal.

La prótesis permite crear una función normal, cambiando el volumen del diente, durante una reconstrucción protésica de una curva oclusal, no debe olvidarse la guía incisiva; si el entrecruzamiento incisivo es pequeño, la curva de spee debe ser poco marcada y las cúspides apenas pronunciadas.

En algunos casos, es posible asegurar una función incisiva mediante el agregado de resinas.

f. Eliminación de interferencias en balanza durante el movimiento de lateralidad: Se elimina la interferencia desgastando la vertiente interna de la cúspide palatina superior y, si es necesario, el vértice de la cúspide conservando los puntos de soporte de la oclusión.

g. Rectificar que los contactos en posición de máxima intercuspidad sean puntos y no superficies:

- Eliminación del contacto exagerado en posición de máxima intercuspidad: El examen de las curvas y de las trayectorias oclusales orienta la elección terapéutica.

1. Contacto exagerado y curvas oclusales

- Cuando el contacto exagerado se encuentra en la cúspide de un diente extruído, se corrige esta cúspide más; que la del diente antagonista.

- Si el contacto aparece en la cúspide de un diente ligeramente intruído se remodela el diente antagonista.

- Si el contacto se halla en la vertiente interna de una cúspide lingual inferior muy pronunciada, se reduce esta cúspide.

2. Contacto exagerado y función lateral:

Cuando las curvas de compensación son regulares, la corrección

de un contacto exagerado no puede hacerse antes de examinar la función lateral.

En presencia de un contacto exagerado es preferible profundizar la fosa superior; sólo si existe interferencia lateral en el lado de balanza, se disminuye la cúspide inferior para eliminar el contacto exagerado y la interferencia.

2.6 PULIDO

En cada etapa del tallado selectivo, las superficies dentarias retocadas son púlicas por medio de gomas montadas, de grano fino, bajo pulverización de agua, las rugosidades pueden constituir el factor desencadenante de un bruxismo.

Si se manifiesta sensibilidad, se trata con aplicaciones de flúor.

Cuando el desgaste es demasiado, por ejemplo un diente extruido, quizá se requiera protegerlo por medio de una reconstrucción protésica.

2.7 REMODELADO DE LAS FACETAS DE DESGASTE

Se debe reducir la superficie de las facetas para desorientar el bruxis-

mo y disminuir la intensidad de las fuerzas nocivas que se transmiten al periodoncio también restablece la convexidad del diente.

La superficie de desgaste, situada en una cúspide de soporte, o en una fosa se transforma en contacto puntiforme, siempre conservando los puntos de soporte.

2.8 CORRECCION OCLUSAL DE LAS PROMANDIBULIAS

La promandibulia se caracteriza, durante el cierre en relación céntrica, por una fase terminal de deslizamiento anterior sobre las caras vestibulares de los incisivos superiores para alcanzar la posición de máxima intercuspidación.

Si uno de los componentes del aparato masticatorio padece un estado patológico, requiere un tratamiento, el cual se dirige a suprimir o atenuar la pendiente del deslizamiento anterior.

Es posible realizar un tratamiento ortodoncico, protésico o un tallado de las caras vestibulares y linguales de los incisivos; se da preferencia al tratamiento ortodoncico, que se termina a veces con un protésico.

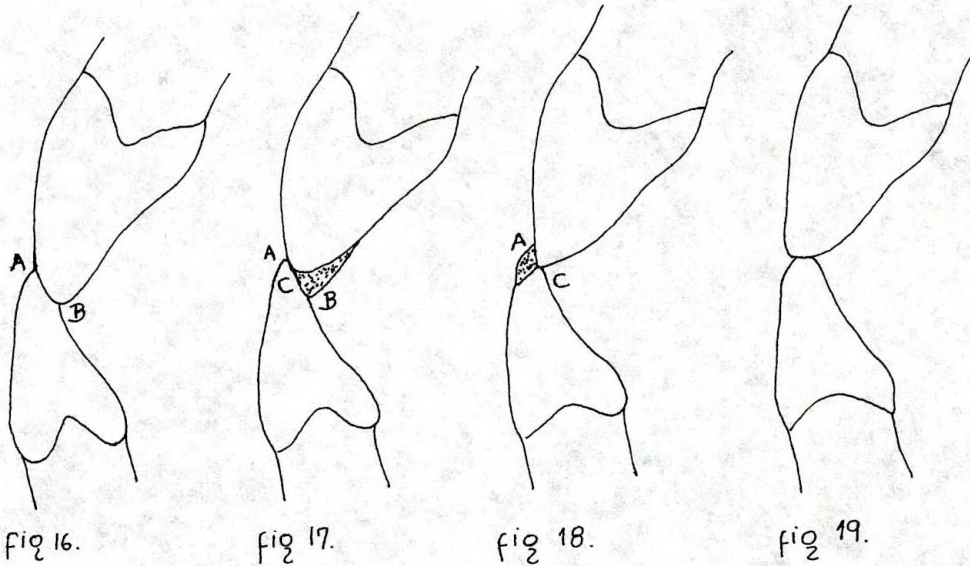
La prótesis permite reducir el deslizamiento anterior, aumentando la dimensión vertical, lo cual debe realizarse con prudencia utilizando coronas temporales que puedan modificarse progresivamente.

Cuando los síntomas de la disfunción hayan desaparecido totalmente, se estabiliza la dimensión vertical por medio de una prótesis fija.

. TECNICA DEL TALLADO

1. Se registra el deslizamiento anterior (A-B) con los marcadores (Fig.16). para suprimir este deslizamiento la superficie A.B, debe reducirse a un punto de contacto.
2. El desgaste comienza por la regularización del borde superior (reducción BC), en función de la estética y de la dimensión de la corona clínica. El borde libre se orienta en dirección palatina.(Fig. 17).
3. La disminución AC del incisivo inferior responde a los mismos criterios. Debe ser controlada por los marcadores, para conservar un punto de contacto en posición de máxima intercuspidación. El borde libre se orienta en dirección vestibular (Fig.18).
4. En las semanas siguientes, los incisivos pueden ubicarse borde

a borde (Fig. 19.



2.9 RECONSTRUCCION DE LA OCLUSION

1. Oclusión balanceada: Se acepta generalmente que la oclusión balanceada no se encuentra comúnmente en la dentición natural, cuando la hay los esfuerzos son generalmente para eliminar los contactos en el lado de balanceo.

- Por qué entonces nos empeñamos en establecer este tipo de oclusión con dientes artificiales?, si una dentadura no tiene contacto en el lado de balanceo, las presiones que se aplican al lado opuesto causarán desplazamiento de la base.

No podemos olvidar que una dentadura completa es un gran diente.

Cuando una fuerza unilateral se elimina y los contactos bilaterales se establecen en posición oclusal céntrica la dentadura se mantendrá. Se ha sugerido que presiones intermitentes aplicadas a los tejidos blandos por largo tiempo (como en las dentaduras no balanceadas) pueden aumentar rápidamente la reabsorción del hueso; la oclusión balanceada facilita la estabilidad de la prótesis y la retención de esta.

Los contactos bilaterales en movimientos excursivos previenen el balanceo de la dentadura lejos de la línea mucosoportada.

Es conveniente tener en cuenta los siguientes conceptos:

- a. La oclusión balanceada se logra mediante la curva de compensación; los segundos molares determinan una curva tal que establece la posición protrusiva y los movimientos de balance correctos.
- b. Todas las interferencias deberán eliminarse en la oclusión céntrica.
- c. No deberá efectuarse ningún desgaste sobre la porción distoves-

tibular del segundo molar inferior en ninguno de los movimientos excéntricos.

Estos conceptos se deben seguir en los casos en que se ha indicado la colocación de piezas dentarias no anatómicas (cero grados).

2. Desgaste oclusal selectivo hecho en el Laboratorio sobre prótesis totales montadas en el articulador: Se deberán establecer las inclinaciones condíleas (protrusiva) y la incisal en forma correcta

- . Principios del desgaste oclusal selectivo:

- . En relación céntrica:

- a. Localizar los contactos en relación céntrica mediante papel de articular.

- b. En cúspides que presenten interferencias en céntrica, pero no en las demás excursiones laterales está indicado efectuar el desgaste de la fosa antagonista correspondiente.

- c. Deberá procurarse que se establezcan por lo menos un punto de contacto en cada uno de los dientes posteriores.

En posición de trabajo: (B.U.L.L.)

- a. Desgastar las vertientes internas de las cúspides vestibulares superiores.
- b. Desgastar las vertientes internas de las cúspides linguales inferiores.

En el lado de balance

- a. Rebajar las vertientes internas de las cúspides vestibulares inferiores a las vertientes internas de las cúspides palatinas superiores.
- b. No desgastar ambas facetas en la misma posición.

En protrusión:

- a. Desgastar las vertientes distales de las cúspides vestibulares superiores.
- b. Desgastar las vertientes mesiales de las cúspides linguales inferiores.

Hechos los pasos anteriores se regresa a la relación céntrica, para revisar por segunda vez la oclusión, eliminando cualquier posible interferencia.

Para terminar el procedimiento es conveniente utilizar, una pasta abrasiva en prótesis con dientes de porcelana o piedra pómez en dientes de acrílico, pero antes deberá enfatizarse la anatomía oclusal, eliminando cualquier irregularidad que exista.

3. Reconstrucciones parciales: La restauración protésica debe respetar la función oclusal existente, si ésta está equilibrada. Se conserva entonces la misma pendiente incisiva y se reconstruye una función lateral parecida a la precedente, o si no, parecida a la del lado opuesto.

De este modo, un canino reconstruido reproduce la misma función que el precedente, o su homólogo. Por ello es importante, antes de efectuar la preparación periférica para una corona, calcular el; entrecruzamiento, resalto, tipo de función del diente; para que la reproducción protésica posea los mismos criterios anatómicos y funcionales.

CONCLUSION

Es importante que las relaciones interoclusales sean armoniosas, es decir que no existan contactos o interferencias, para evitar alteraciones en cualquiera de los componentes del sistema estomatognático.

BIBLIOGRAFIA

- Quinta esencia en prótesis dental - Número 2, Artículo 009, Marzo 1981, Chicago.
- Quinta esencia en español. Número 6, Artículo 219, Julio 1982.
- Oclusión - Aspectos clínicos e indicaciones terapéuticas. José Abjean/Jean Marie Lor bendau. Editorial Médica Panamericana, S.A. Buenos Aires, Enero de 1980.
- Neurofisiología de la oclusión. Doctor Enrique Echeverri Guzman Doctora Gisela Sencherman Kovalski, Ediciones Monserrate Ltda, Bogotá, Colombia Junio de 1984.
- The Dental Clinics of North América, April 1984, Removable Prosthodontics.
- Doctor Eduardo Rodríguez, Comunicación personal 1986