

ODONTOLOGIA INTEGRADA  
CASO CLINICO

PRESENTADO POR:

ZULMA ACOSTA 971095  
SANDRA LILIANA ROJAS ROZOS 972071  
DAISY MILENA MENDIVELSO SUA 982012  
SANDRA LILIANA GONZALEZ NUVAN 982003  
MONICA VIVIANA RODRIGUEZ REMARCHUCK 982061

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
BOGOTA D.C. ABRIL 23 DE 2003

## **CASO CLINICO**

### **DATOS PERSONALES:**

NOMBRE : Pascual Rodríguez Estévez

EDAD : 52 años

SEXO : Masculino

RAZA : Blanca

OCUPACIÓN : Independiente

H.C. : 450060

MOTIVO DE CONSULTA: " Revisar la fija "

### **EXAMEN FISICO GENERAL**

PESO : 74 kg

RH : O+

ESTATURA : 171 cms

PRESION ARTERIAL: 125/70 mm/Hg

PULSO : 70 ppm

TEMPERATURA : Afebril

## **ANAMNESIS**

ANTECEDENTES FAMILIARES: (+) Madre y hermano con Hipertensión arterial controlada.

ANTECEDENTES PERSONALES: ( + )

ANTECEDENTES HOSPITALARIOS: (+) Intervención quirúrgica de rodilla derecha.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (+) Intervención Quirúrgica de rodilla derecha, ligamentos y meniscos.

TRAUMÁTICOS : (-)

TOXICOALÉRGICOS : (+)

## **REVISIÓN POR SISTEMAS**

NERVIOSO : (-)

CARDIOVASCULAR : (-)

RESPIRATORIO : (-)

GASTROINTESTINAL : (-)

ENDOCRINO : (-)

## **HABITOS DE HIGIENE ORAL**

TIPO DE CEPILLO . Blando

TÉCNICA : Barrido

FRECUENCIA : 2 veces al día

OTRAS AYUDAS: Enjuague y seda dental

HIGIENE ORAL: Regular

### **EXAMEN CRANEOMANDIBULAR**

DOLOR MUSCULAR: ( +)

DESARMONIA OCLUSAL: (+)

DOLOR ARTICULAR: (-)

RUIDO ARTICULAR: (-)

LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO: (-)

### **EVALUACIÓN DINAMICA**

APERTURA : 45 mm

PROTRUSION : 5mm

LATERALIDAD IZQUIERDA: 5mm

LATERALIDAD DERECHA: 5mm

### **EXAMEN INTRAORAL**

LINEA MEDIA DENTARIA: Desviada hacia la derecha 4 mm

OVERJET : 4 mm

OVERBITE : 3 mm

CLASIFICACION MOLAR: Derecha : clase III de angle

Izquierda : clase II de angle

CLASIFICACION CANINA: Derecha : Clase II

Izquierda : Clase I

## **DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS**

### **GENERALES :**

- Paciente sistemicamente sano

### **CRANEOMANDIBULARES :**

- Desorden neuromuscular básico tipo hiperactividad.
- Desorden de crecimiento y desarrollo de tipo adquirido.

### **TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS:**

- Fibroma traumático.
- Colapso de reborde alveolar tipo II

### **PERIODONTALES**

- Gingivitis asociada a placa con factores locales contribuyentes

### **DENTALES**

- Caries recurrente en 17,15,14,13,23,24,25 y 27
- Dientes ausentes: 16,12,11,21,22,26 y 46
- Facetas de desgaste en maxilar inferior
- Migración mesial de 47- Versión lingual de 35

## **PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR**

### PERIODONCIA :

Enseñanza de cepillado, motivación del paciente, control de placa bacteriana, profilaxis, raspaje y alisado radicular y eliminación de factores retentivos de placa bacteriana.

### PROSTODONCIA :

PPF de 17-15, 14-24 y 25-27

### OCLUSION Y ATM:

Placa estabilizadora de la función.

### PERIODONCIA :

Terapia de soporte periodontal.

## **PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL**

### PERIODONCIA :

Enseñanza de cepillado, motivación del paciente, control de placa bacteriana, profilaxis, raspaje y alisado radicular y eliminación de factores retentivos de placa bacteriana.

### PROSTODONCIA

PPF : 17-15,14-24 Y 25-27

### OCLUSION Y ATM

Placa estabilizadora de la función.

### ORTODONCIA

Correctiva en el maxilar Inferior con exodoncia método cerrado de 18,28 y 38.

### PERIODONCIA :

Terapia de soporte periodontal.

La corona completa es una restauración que cubre todas las caras coronarias del diente (mesial, distal, vestibular, lingual, oclusal o palatina). Se usa como una restauración individual o como prótesis parcial fija. Puede ser toda metálica, de porcelana o una combinación metal porcelana. La corona de recubrimiento completo solo debe utilizarse cuando se han considerado diseños menos extensos y menos destructivos que presentan una falta de retención, de resistencia, de recubrimiento o de estética para poder restaurar el diente de manera adecuada.

La prótesis parcial fija esta indicada toda vez que haya dientes adecuadamente distribuidos y sanos que sirvan como pilares, siempre que esos dientes tengan una relación adecuada entre corona y raíz, sobre la base de las radiografías, modelos de diagnósticos y exámenes bucales capaces de soportar una carga agregada. Muchos son los factores vinculados con los dientes y las estructuras bucales inmediatamente adyacentes que tienen influencia directa sobre el resultado favorable o adverso.

### ***CORONA DE RECUBRIMIENTO PARCIAL***

Es una restauración colada extracoronaria que cubre la superficie oclusal todas las caras axiales menos una. Las caras vestibulares no se tallan excepto a lo largo del margen oclusovestibular. Esta específicamente indicada como anclaje de puente, pero puede ser utilizada también como restauración individual. Por lo general, en razón de su diseño mas conservador la corona parcial será hecha en lugar de la corona completa toda vez que sea posible.

### ***CORONA TOTALMENTE CERAMICA***

Esta corona es la más adecuada cuando se trata de combinar un recubrimiento completo t una estética máxima. Las coronas totalmente cerámicas no son tan resistentes a la fractura como las de metal cerámica, por lo que su uso debe limitarse a aquellas situaciones en las que las fuerzas que se produzcan sean bajas o moderadas.

### ***CORONA DE METAL CERAMICA***

Esta corona también puede emplearse para restaurar dientes con múltiples superficies axiales defectuosas igualmente es capaz de proporcionar una retención máxima y al mismo tiempo cumplir una exigencia estética elevada. Puede utilizarse como retenedor de una prótesis parcial fija en la cual sea preciso combinar el recubrimiento completo con un buen resultado estético. Es necesario una reducción uniforme de aproximadamente 1.2 mm sobre toda la superficie vestibular. Para conseguirla adecuadamente sin invadir la pulpa, es conveniente tallar la superficie vestibular en dos planos que corresponden a una extensión del plano gingival y el reborde incisal.

### ***Ventajas***

Al rodear por entero la porción coronaria del diente, de todas las restauraciones extracoronarias, es la que posee la forma de la retención y resistencia más efectiva. Esta indicada cuando es necesario remodelar la anatomía y el patrón oclusal del diente y cuando otro tipo de restauración dará resultados menos favorables. Así mismo, al recubrir la mayor parte de la corona clínica, ofrece la

oportunidad de realizar alteraciones relativamente extensas en cuanto a forma y oclusión.

### **Desventajas**

La más notoria es la falta de estética al ser la restauración que mas metal muestra. Otra desventaja consiste en que el tallado dentario, de por sí extenso, suele exigir una mayor pérdida de tejidos duros que cualquier otro tipo de preparación. Además, la longitud de la línea de terminación, cercana a la cresta gingival, o extendida por debajo de ella, tiene por consecuencia una reacción gingival menos favorable que algunos tallados más conservadores.

### **Indicaciones**

La corona completa colada esta indicada:

1. Presencia de caries extensa
2. Grandes restauraciones defectuosas
3. Dientes fracturados
4. Cuando se requiere cambiar anatomía, como cuando recibirán anclajes para prótesis removible.
5. Tramo desdentado extenso en paciente adulto con buen soporte y periodontalmente sano.
6. Índice de caries bajo.

### **Contraindicaciones**

1. Niños o adolescentes

2. Enfermedad periodontal avanzada
3. Dientes con enanismo radicular
4. Dientes sin terminar la erupción
5. Diente con formación radicular incompleta.
6. Área desdentada de gran magnitud
7. Problemas de diseño por diámetro Cervico-oclusal (corto)

### **COMPONENTES DE LA PROTESIS PARCIAL FIJA**

- Diente pilar o soporte: Diente sobre el cual se va a apoyar la restauración
- Retenedor : Componente de la estructura protésica cuya función es retenerla
- Conector: Parte de la estructura protésica cuya función es conectar los otros elementos de la prótesis entre sí.
- Póntico : Es el diente ausente que vamos a remplazar

### **EVALUACION DE LOS PILARES**

Son de vital importancia a la hora de diseñar y fabricar una prótesis parcial fija, ya que las fuerzas que absorbe el diente ausente se transmite a los dientes pilares a través del póntico, conectores y retenedores. Estos por lo tanto, además de soportar las fuerzas que se aplicaban a los dientes pilares, han de soportar las que normalmente se aplican a los dientes ausentes. El pilar lo debe constituir en lo posible un diente vital. Por otra parte, un diente endodonciado y asintomático, con evidencia radiográfica de buen sellado apical, también puede emplearse como pilar. No deben usarse como pilares de

prótesis parcial fija aquellos dientes que han sufrido exposición pulpar durante el proceso de preparación del diente a menos que se realice el correspondiente tratamiento de conductos; antes de realizar cualquier prótesis, los tejidos de soporte alrededor del diente deben estar sanos y libres de inflamación o movilidad. Es preciso evaluar tres factores de las raíces y sus tejidos de soporte:

1. Proporción corona-raíz: La proporción es una medida, desde oclusal hasta la cresta ósea alveolar, en contra posición a la longitud de la raíz dentro del hueso. La proporción última corona-raíz para un diente que ha de actuar como pilar de prótesis parcial fija es de 2:3. Una proporción de 1:1 es la mínima aceptable en circunstancias normales. No obstante, existen situaciones en las cuales una proporción corona-raíz mayor de 1:1 puede considerarse adecuada. Si los dientes antagonistas a una prótesis fija son artificiales la fuerza oclusal será menor, produciéndose menos tensión sobre los dientes pilares. La proporción corona-raíz por sí sola no constituye un criterio adecuado para evaluar un futuro diente pilar.
2. Configuración de la raíz: Importante desde un punto de vista periodontal, las raíces más anchas vestibulolingualmente que mesiodistalmente son preferibles a las raíces que tienen una sección redonda, los dientes posteriores con raíces muy separadas ofrecerán mejor soporte que las raíces convergentes fusionadas o cónicas.
3. Zona del ligamento periodontal: Otra consideración en la evaluación de los futuros dientes pilares es la superficie radicular o la zona dentaria de

inserción del ligamento periodontal al hueso. Los dientes más grandes disponen de una mayor superficie y son más capaces de soportar tensiones adicionales; cuando se ha perdido hueso de soporte debido a enfermedad periodontal los dientes afectados tienen menos capacidad para servir de pilares. Thilman afirmó que dos dientes pilares son capaces de soportar dos puentes. Según una afirmación denominada la (Ley de Ante) de Johnston y Col donde el área del ligamento periodontal total de los dientes pilares debe ser igual o exceder la del diente a ser reemplazado.

## **PRINCIPIOS DE TALLADO**

Depende de cinco principios:

1. **Preservación de la estructura dentaria:** Siempre que haya una retención fuerte y retentiva no debe sacrificarse innecesariamente superficies completas.
2. **Retención y resistencia:** para que una restauración cumpla su objetivo, debe conservar su posición sobre el diente. Ningún cemento posee las propiedades adecuadas de adhesión para que la restauración permanezca en su sitio únicamente gracias a ello. La retención evita la salida a lo largo de la vía de inserción o del eje longitudinal de la preparación dentaria. La resistencia impide el desalojo de la restauración por medio de fuerzas en dirección apical u oblicua y evita movimientos ante fuerzas oclusales (los dan las paredes de la preparación).

3. Durabilidad Estructural - Bisel de la cúspide funcional: a) Al no biselar puede crear una restauración muy delgada. b) sobrecontorneado c) contacto oclusal interferente, d) destrucción innecesaria de estructura dentaria e) retención disminuida.

Reducción Axial: Asegura espacio para obtener un grosor adecuado del material restaurador y no habrá sobrecontorneado o poca retención.

La prótesis parcial fija esta indicada toda vez que haya dientes adecuadamente distribuidos y sanos que sirvan como pilares, siempre que esos dientes tengan una relación adecuada entre corona y raíz, sobre la base de las radiografías, modelos de diagnósticos y exámenes bucales capaces de soportar una carga agregada. Muchos son los factores vinculados con los dientes y las estructuras bucales inmediatamente adyacentes que tienen influencia directa sobre el resultado favorable o adverso.

4. Integridad marginal: Esta sobrevive bien en cavidad oral si los márgenes están muy bien adaptados a la línea de terminación; es el límite del diente preparado y el diente sin preparar esté debe ser liso, continuo amplio, regular y visible.
5. Preservación del periodonto: la realización tiene un efecto directo sobre la facilidad para fabricar una restauración su éxito final. Los mejores resultados pueden esperarse en aquellos márgenes que son más suaves y están completamente expuestos a la acción de limpieza. Siempre que sea posible, la línea de acabado debe situarse en una

zona la cual el dentista puede acabar los márgenes de la restauración y al mismo tiempo, el paciente pueda mantenerlos limpios.

Así mismo, las líneas de acabado deben situarse de tal forma que se puedan duplicar mediante una impresión sin desgarrar o deformar la impresión cuando está se retire.

Tradicionalmente se ha tendido a situar los márgenes lo más subgingivalmente posible, en base un concepto erróneo que establecía que el surco estaba libre de caries; describiéndose posteriormente como factor etiológico importante en la periodontitis.

#### **LINEAS DE TERMINACION**

- **Chamfer profundo:** Para proporcionar un ángulo cabo superficial de 90 grados. Se crea con una fresa cónica de punta redondeada. La cantidad de fuerzas puede fracturar la corona.
- **Chamfer:** Utilizado para restauraciones de metal, se realiza con troncocónica punta redondeada de diámetro de 0.5 a 0.7, conservadora, fácil de hacer ideal para un material.
- **Hombro:** ha constituido la línea de acabado elegida para las coronas metal porcelana su borde amplio proporciona resistencia a las fuerzas oclusales minimizando las fuerzas oclusales que podrían dar lugar a la fractura de la porcelana. No obstante requiere mas destrucción de línea dentaria que cualquier otra línea de acabado.

- **Hombro con ángulo interno redondeado:** constituye una forma modificada del hombro se realiza con la misma fresa, reducción de estructura dentaria es ligeramente menor que en el hombro clásico.
- **Hombro biselado:** se usa para líneas de acabado gingival en la caja proximales onleys y inleys , en situaciones donde la estética no es crítica.

## **RETENEDORES INTRACORONALES**

**Onleys:** Es una incrustación modificada de modo que toda la superficie oclusal que quede protegida con oro. Con el uso del onley es posible evitar accidentes imprevistos que den lugar a fracturas con pérdida de importante fragmento de tejido remanente sano, además un onley necesita mucha menos eliminación de estructuras dentarias que una corona completa.

Cuando las cúspides vestibulares han quedado separadas de las palatinas por caries, obturaciones, integridad de la corona está amenazada. Si bien una incrustación reemplaza la estructura dentaria perdida, no protege al resto del diente y es muy posible, que las cúspides pasen a tener una altura excesiva y la incrustación actúe de cuña facilitando la fractura.

Esta indicada en dientes fracturados que todavía tengan parte de las paredes vestibular y palatino con esmalte soportado con dentina.

Evidentemente, el onley esta contraindicado cuando la caras vestibular y palatina están afectadas por caries o por descalcificaciones. Si el esmalte de esas caras no está soportados por dentina, las onleys no deben utilizarse como

pilares de prótesis fija; Por que no son capaces de resistir adecuadamente los esfuerzos que les transmiten los ponticos. Tampoco se puede utilizarse para modificar el contorno axial.

**Inleys:** pueden reconstruirse con este tipo de restauración las lesiones pequeñas o medianas en dientes con pocos requerimientos estéticos. El istmo de la preparación debe ser estrecho para minimizar la tensión la estructura dentaria adyacente. Los premolares deben tener un reborde marginal intacto para preservar la integridad estructural y reducir la posibilidad de fractura coronaria. El volumen adicional de estructura dentaria de un molar permite el uso de este tipo de restauración con una configuración MOD. Sus indicaciones son muy similares a las de amalgama, ya que esta restauración solo reemplaza la estructura dentaria perdida sin proteger la estructura dentaria remanente. Debido a la gran cantidad de destrucción de estructura dentaria necesaria para poder llevar a cabo esta restauración no esta recomendada para lesiones incipientes.

## **ALARGAMIENTO CORONA CLINICA**

Las técnicas usadas para lograr el alargamiento coronario son:

1. Colgajo de reubicación apical, con remodelado óseo: para exponer el tejido dentario sano se usa con frecuencia esta técnica se deben exponer por lo menos 4mm de tejido dentario sano entre la extensión más apical de una línea de fractura o una lesión cariosa y la cresta ósea alveolar. Durante la cicatrización, los tejidos blandos supracrestales proliferan para cubrir de 2 a 3mm de raíz, con lo cual dejaran de 1 a 2mm de tejido dentario sano ubicado supragingivalmente. Cuando se usa esta técnica para el alargamiento coronario es preciso comprender que los tejidos gingivales tienen una tendencia intrínseca a puntear cambios en el contorno de la cresta alveolar. Así, para conservar el margen gingival en su nueva posición más apical, el remodelado óseo debe ser no solo realizado en el diente problema sino también en los dientes adyacentes para reducir gradualmente el perfil óseo, también hay que sacrificar cantidades sustanciales de inserción y es importante recordar que por razones estéticas, la simetría de la longitud dentaria debe ser conservada entre el lado derecho y el izquierdo del lado dentario.

INDICACION. Alargamiento coronario de varios dientes de un cuadrante o de un sextante de la dentición.

CONTRAINDICACION. El alargamiento coronario quirúrgico de dientes aislados, en especial en regiones anteriores.

2. Colgajo de reubicación apical con remodelado óseo. Para exponer tejido dentario sano se usa con frecuencia esta técnica. Como regla general, se deben exponer por lo menos 4mm de tejido dentario sano entre la extensión más apical de una línea de fractura o una lesión cariosa y la cresta ósea alveolar, durante la cicatrización.

INDICACION. Alargamiento coronario de varios dientes de un cuadrante o sextante de la dentición.

CONTRAINDICACION. Alargamiento coronario quirúrgico de dientes aislados, en especial en las regiones anteriores.

3. Erupción dentaria lenta. Para lograr la erupción de dientes en adultos, se puede usar el movimiento ortodóntico, esta técnica se utiliza para nivelar y alinear los márgenes gingivales y las coronas dentarias para obtener una armonía estética.

INDICACION. Alargamiento de la corona dentaria en los sitios en que la eliminación de la inserción y de hueso de los dientes adyacentes debe ser evitada. La técnica de erupción lenta puede ser usada a sí mismo como medio de reducción de las profundidades de las bolsas en los sitios con defectos óseos angulares.

CONTRAINDICACION. La técnica de erupción lenta exige el uso de aparatos ortodónticos fijos. De modo que en paciente con pocos dientes, hay que elegir un procedimiento de alargamiento coronario alternativo.

TECNICA. Se adhieren brackets ortodónticos al diente problema y a los adyacentes y se combina con un arco de alambre.

## **FIBROMA TRAUMATICO**

### **Etiología**

Conocido como fibroma por irritación, hiperplasia fibrosa local y cicatriz hiperplásica, es una lesión reactiva causada habitualmente por traumatismo crónico a las membranas de la mucosa bucal.

### **Características clínicas**

No hay predilección de sexo o raza. Es una hiperplasia reactiva muy común en áreas traumatizadas, por ejemplo la mucosa bucal, bordes laterales de la lengua y labio inferior, Es una tumefacción indolora de base ancha que puede ulcerarse o no.

### **Tratamiento**

La excisión quirúrgica simple es eficaz. Estas anomalías carecen de potencial maligno.

## **DESORDENES NEUROMUSCULARES BASICOS**

### **Hiperactividad muscular:**

Esta se produce como una respuesta inicial de un músculo en el cual su información sensorial o propioceptiva se encuentra alterada debido a una injuria.

La hiperactividad es un fenómeno el cual puede ser observado durante muchas de las actividades normales, pero cuando genera cansancio muscular frecuente puede ocasionar un daño del tejido involucrado. Mas que considerarse una condición patológica se considera una respuesta fisiológica que debe ser evaluada.

### **Etiología.**

1. Información sensorial afectada.
2. Información de dolor profundo constante.
3. Incremento del estrés emocional.

### **Historia.**

Es muy importante identificar el evento que la ocasiona. La hiperactividad permanece pocos días.

### **Características clínicas.**

- El paciente conserva el rango normal del movimiento, pero su habilidad para realizarlo se ve afectada por el cansancio.
- No hay dolor en posición de descanso.

- Incrementa la sensación de descanso.
- Incrementa la sensación de cansancio durante la función.

**Tratamiento definitivo.** Considerando que la hiperactividad es una respuesta del sistema nervioso central, no está indicada tratar la condición muscular del evento que produjo la hiperactividad. Si esta es el resultado de un trauma no hay indicación de tratamiento pues el factor etiológico no está ya presente. Si el cambio o armonización de la restauración con la oclusión existente esto hará que el músculo recupere su estado fisiológico. Si la hiperactividad se produjo debido a una fuente de dolor profundo el tratamiento será encaminado a la adecuada resolución del dolor. Cuando el factor etiológico es el estrés emocional, está indicada una completa terapia para el estrés emocional.

**Tratamiento de soporte o apoyo.** Cuando la etiología de la hiperactividad muscular es un trauma intrínseco o extrínseco, la terapia de soporte es el tratamiento recomendado se inicia con la instrucción del paciente sobre la terapia de uso restringido, incluyendo movimientos dentro de un rango indoloro, dieta blanda y permanencia en posición de reposo, si se considera necesario se puede medicar al paciente pero a corto plazo. La hiperactividad generalmente tiene una duración corta y si los factores etiológicos son controlados los síntomas se resuelven en pocos días.

## **TRATAMIENTO CON FERULAS OCLUSALES**

Las placas oclusales 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 las placas se pueden confeccionar tanto en el maxilar superior como inferior; pero se prefiere en el maxilar superior ya que son más estables y cubren mas tejidos, con lo cual se retiene mejor y es menos probable que se rompa.

Las placas se han preescrito para el tratamiento del bruxismo y los desordenes craneomandibulares y se han reportado casos de mejoría en Tinitus sonido auditivo, otitis media, atrofia hemifacial.

### **Consideraciones**

- Protegen los dientes de la abrasión y las estructuras de soporte de fuerzas anormales nocivas.
- Se utiliza en el tratamiento de diferentes desordenes craneomandibulares.
- Elimina síntomas en un 70%.

- El tratamiento con placas es reversible, no invasivo. Reversible porque al retirar las placas el paciente puede volver a su estado inicial y no invasivo porque no estamos atentando contra la morfología oclusal del paciente.

## **TIPOS DE FERULARES**

Se han sugerido muchos tipos de férulas oclusales. Las dos más frecuentes son la férula de relajación muscular y la otra de reposicionamiento anterior. La férula de relajación muscular se denomina a veces de estabilización y se utiliza para reducir la actividad muscular. La de reposicionamiento anterior se denomina a veces de reposicionamiento ortopédico puesto que su objetivo es modificar la posición de la mandíbula respecto al cráneo. Otros tipos de férulas oclusales son el plano de mordida anterior, el de mordida posterior la férula de pivotación y la blanda o elástica.

## **FERULA DE ESTABILIZACION**

El objetivo terapéutico de la férula de relajación muscular es eliminar toda la inestabilidad ortopédica entre la posición oclusal y la articular para que esta inestabilidad deje de actuar como factor etiológico en el desorden craneomandibular.

## **Indicaciones**

La férula de relajación muscular se utiliza, por lo general, para tratar la hiperactividad muscular. Los estudios realizados han demostrado que al llevarla puede reducirse la actividad parafuncional que a menudo acompaña a

los periodos de estrés. Las férulas de relajación muscular son útiles en los pacientes que sufren una retrodisquitis secundaria o un traumatismo. Estos dispositivos pueden ayudar a reducir las fuerzas ejercidas sobre los tejidos dañados con lo que permite una cicatrización más eficiente.

### **FERULAS DE REPOSICIONAMIENTO ANTERIOR**

Es un aparato interoclusal que fomenta el que la mandíbula adopte una posición más anterior que la de intercuspidación, su objetivo es proporcionar una mejor relación condilo disco en las fosas con objeto de establecer una función normal, esto con el fin de modificar esta posición temporalmente.

### **Indicaciones**

Se utiliza fundamentalmente para tratar trastornos de alteración discal. A veces puede ser útil en pacientes con ruidos articulares

## **BIBLIOGRAFÍA**

SHILLINGBURG, Herbert. Fundamentos esenciales en prótesis fija tercera edición, 2000.

REGEZI, Sciubba, Patología bucal, segunda edición 1995.

LINDHE, Jan, Periodontología clínica, Argentina 2000.

CARRANZA, Newman, Periodontologia Clínica, Mc Graw Hill.

GALLO, Miguel, Manual teórico practico, 1998.