



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

Reg. No. M.084 1987 II

Compra ☐ Canje ☐ Donación ☐

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

M
084
1987
T.I

EQUILIBRIO OCLUSAL POR TALLADO SELECTIVO

FAIZULY HERLINDA CUERVO GOMEZ

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTA, 1987

EQUILIBRIO OCLUSAL POR TALLADO SELECTIVO

FAIZULY H. CUERVO GOMEZ
Código 821062

Trabajo de Grado presentado co
mo requisito parcial para op-
tar el título de Odontóloga.

Departamento de Coordinación -
de Clínicas.

Dr. Jairo Forero Morales
Docente Coordinador.

Dr. Guillermo Arenas
Docente.

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
BOGOTÁ, 1987

EQUILIBRIO OCLUSAL POR TALLADO SELECTIVO

DIRECTIVAS

Dr. Jorge Arango Tamayo
Rector.

Dra. Marisol Arango Mejia
Decana.

Dr. Jairo Forero Morales
Vicedecano.

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOGOTÁ, 1987

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer de una manera muy especial a todos los docentes, que de una manera u otra me enseñaron con dedicación sus servicios durante mi carrera, tanto en la preclínica como en la clínica, para poder prestar un servicio a la comunidad.

Sé que en el futuro mi carrera como profesional dentro del campo de la salud, será un aporte más en esta sociedad que carece de una asistencia social, necesaria, en las capas - que no poseen los recursos económicos y necesarios para satisfacer sus problemas básicos en la salud oral.

De Ustedes,

Cordialmente,

Faizuly Cuervo Gómez
FAIZULY H. CUERVO G.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

	Pag.
1. EXAMEN DE LA POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION ..	8
1.2 OCLUSION TERMINAL	8
1.2.1 Posición Postural	8
1.2.2 Trayectoria de Cierre	9
1.2.3 Posicion de Máxima Intercuspidación	10
1.3 RELACIONES ENTRE LAS CARAS OCLUSALES EN POSICION - DE MAXIMA INTERCUSPIDACION	10
1.3.1 Superficie Oclusal	10
1.3.2 Rebordes Marginales	11
1.3.3 Fosas Centrales	11
1.3.4 Cúspides de Soporte	12
1.3.5 Puntos de Soporte de la Oclusión	12
1.3.6 Localización de las Cúspides de Soporte	13
1.3.6.1 Primer Grupo Inferior	13
1.3.6.2 Segundo Grupo Inferior	14
1.3.6.3 Tercer Grupo Superior	14
1.3.7 Curvas de Compensación	16
1.3.7.1 Curva de Spee	17

1.3.7.2	Curva de Wilson	17
1.4	OBJETIVO DEL EXAMEN EN POSICION DE MAXIMA INTERCUS- PIDACION	17
1.5	TECNICA DEL EXAMEN EN POSICION DE MAXIMA INTERCUS- PIDACION	18
1.5.1	Observación del Cierre	18
1.5.2	Audición del Ruido Oclusal	18
1.5.3	Búsqueda de la Movilidad	19
1.5.4	Examen de las Curvas de Compensación	19
1.5.5	Marcación de los Puntos de Soporte	19
1.5.6	Observación de los Puntos de Soporte de la Oclu- ción	20
2.	EXAMEN DE LOS CONTACTOS OCLUSALES EN RETRUSION	21
2.1	RELACION CENTRICA	21
2.2	DESLIZAMIENTO EN POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDA- CION	22
2.3	TECNICA DEL EXAMEN DE LOS CONTACTOS DE RETRUSION .	23
2.3.1	Búsqueda de la Decontracción Muscular	23
2.3.2	Búsqueda de la Relación Céntrica	23
3.	EXAMEN DE LOS CONTACTOS OCLUSALES EN PROTRUSION ...	25
3.1	MOVIMIENTO DE PROTRUSION	25
3.2	GUIA INCISIVA	25
3.2.1	Entrecruzamineto	26
3.2.2	Resalto	26

3.2.3	Características de la Guía Incisiva	26
3.3	TECNICA DEL EXAMEN EN PROTRUSION	27
3.3.1	Observación de la Protrusión	27
3.3.2	Búsqueda de una Interferencia Protrusiva en el - Area de Trabajo	28
3.3.3	Búsqueda de la Interferencia Protrusiva Fuera - del Area de Trabajo	28
4.	EXAMEN DE LOS CONTACTOS OCLUSALES EN LATERALIDAD ..	29
4.1	MOVIMIENTO DE LATERALIDAD	29
4.1.1	En el Plano Horizontal	30
4.1.2	En el Plano Frontal	30
4.2	FUNCION CANINA	31
4.2.2	Función de Grupo	32
4.2.3	Oclusión Balanceada	32
4.2.4	Interferencias Laterales en el Area de Trabajo .	32
4.3	EXAMEN DEL LADO QUE NO TRABAJA	33
4.3.1	Interferencias Laterales Fuera del Area de Traba <u>j</u> <u>o</u> ,.....	33
4.4	EXAMEN DE LA RELACION ENTRE LOS CANINOS	34
4.4.1	Sentido Anteroposterior	34
4.4.2	Sentido Trasversal	34
4.5	OBSERVACION DEL MOVIMIENTO DE LATERALIDAD	35
5.	EQUILIBRIO OCLUSAL	35
5.1	INDICACIONES DEL EQUILIBRIO OCLUSAL	37

5.2	OBJETIVOS DEL EQUILIBRIO OCLUSAL	37
6.	TALLADO SELECTIVO	39
6.1	INDICACIONES	39
6.2	PRINCIPIOS Y NORMAS	40
6.3	MATERIALES E INSTRUMENTAL	41
6.4	TALLADO SELECTIVO EN RELACION CENTRICA	42
6.4.1	Objetivos del Tallado Selectico en Céntrica	43
6.4.2	Principios del Tallado Selectivo en Céntrica ...	43
6.4.3	Eliminación del Contacto Prematuro	47
6.4.3.1	El Deslizamiento en Posición de Máxima Inter- cuspidación es Paralelo al Plano Medio	48
6.4.3.2	El Deslizamiento en Posición de Máxima Inter- cuspidación se Dirige en Sentido Anterolateral Hacia el Plano Sagital Medio	49
6.4.3.3	El Deslizamiento en Posición de Máxima Inter- cuspidación se dirige en Sentido Anterolateral Alejándose del Plano Sagital Medio	50
6.5	TALLADO SELECTIVO EN POSICION DE MAXIMA INTERCUSPI- DACION	51
6.5.1	Contactos Exagerados y Curvas Oclusales	51
6.5.2	Contactos Exagerados y Función Lateral	52
6.5.3	Remodelado de las Facetas de Desgaste	52
6.6	TALLADO SELECTIVO EN PROTRUSION	53
6.6.1	Principios del Tallado Selectivo en Protrusión .	53
6.6.2	Objetivos del Tallado Selectivo en Protrusión ..	53

6.6.3	Eliminación de las Interferencias Protrusivas - en el Area de Trabajo	54
6.6.4	Eliminación de las Interferencias Protrusivas - Fuera del Area de Trabajo	55
6.7	TALLADO SELECTIVO EN LATERALIDAD	55
6.7.1	Principios del Tallado Selectivo en el Lado de - Trabajo	56
6.7.2	Objetivos del Tallado Selectivo en el Lado de Ba lanza	57
6.7.3	Principios del Tallado Selectivo en el Lado de - Balanza	58
6.7.4	Eliminación de las Interferencias en Lateralidad en el Area de Trabajo	58
6.7.5	Eliminación de las Interferencias en Lateralidad Fuera del Area de Trabajo	59
6.7.6	Reconstrucción de la Función Lateral	60
6.8	TERMINACION DEL TALLADO SELECTIVO	60
6.9	CONTROL DEL EQUILIBRIO OCLUSAL OBTENIDO	61
7.	BRUXISMO	62
7.1	BRUXISMO EN CENTRICA	63
7.2	BRUXISMO EXCENTRICO	63
7.3	UBICACION Y DIRECCION DE LAS FACETAS DE DESGASTE .	64
8.	CONCLUSIONES	66
	BIBLIOGRAFIA	68

INTRODUCCIÓN

La evolución del tallado selectivo tiene sus orígenes en la lejana época en que el hombre dispuso de algún elemento abrasivo para limar objetos duros. La idea de reducir o desgastar un diente alargado que provocaba dolor al contacto, era de simple sentido común, aunque el alivio transitorio del dolor, no impida y por lo contrario provoque otros problemas oclusales debido al cambio de posición subsiguiente al desgaste individual de un solo diente.

En el año 1901 Karolyi de Viena, comienza a observar y estudiar que no había transtornos periodontales en las denticiones muy abrasionadas, introdujo desgastar las cúspides dentarias hasta obtener total libertad de movimientos friccionales para curar ciertas alteraciones periodontales; este concepto se eliminó de la práctica odontológica al demostrarse que el factor más importante de la función oclusal son las cúspides. Después de Karolyi, muchos investigadores presentaron nuevos y variados métodos para el equilibrio de la oclusión por tallado selectivo. Recien en 1935 uno de los hombres que más han contribuido al estudio

de la oclusión, Cly de Schuyler, establecio por primera vez, bases científicas para el tallado selectivo.

El equilibrio oclusal está destinado a restablecer una función oclusal armoniosa, por lo tanto, no debe omitirse el hecho de que el tallado selectivo no resuelve todos los problemas, quizá sea necesario desplazar algunos dientes, proceder a ciertas extracciones o reconstruir las curvas oclusales.

Se hace necesario tener claros estos conceptos y conocer técnicas simples comprensibles, ya que el tallado selectivo ha dejado de ser un procedimiento terapéutico empleado sólo por el especialista en periodoncia, sino que debe ser aplicado con gran frecuencia por el odontólogo general.

El objetivo principal al realizar este trabajo, es brindar una información clara y esencialmente práctica, y así poder ofrecer un mejor servicio en salud a todo paciente que lo necesite.



EQUILIBRIO OCLUSAL POR TALLADO SELECTIVO

1. EXAMEN DE LA POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION

Esta primera parte del análisis de la función oclusal estudia la posición de la intercuspidadación máxima. Como se desprende de las relaciones funcionales entre los dientes mandibulares y los del maxilar superior, es necesario observar en primer lugar la oclusión terminal, que es la última parte del cierre de la mandíbula, antes de la posición de intercuspidadación. A continuación, verificamos las relaciones que se establecen entre las caras oclusales.

1.2 OCLUSION TERMINAL

Para describir la última fase de cierre, partimos de la posición postural.

1.2.1 Posición Postural

Se define como la posición de reposo de la mandíbula. Se considera como una posición de referencia particular para

cada individuo . Es en esta posición que se comienzan y terminan los movimientos mandibulares.

Durante el examen clínico, el paciente permanece sentado en posición erecta, esta relajado. Se puede recurrir a la pronunciación de algunos fónemas ("eme", por ejemplo) para lograr un contacto de los labios desprovistos de contracción muscular. Los dientes no están en contacto. La distancia que separa las caras oclusales se denomina "espacio libre de inoclusión".

A nivel de los dientes anteriores, ese espacio está definido por la posición del punto intercisivo.

1.2.2 Trayectoria de Cierre

Pedimos al paciente que cierre los dientes. El deja la posición postural (R) para encontrar la posición de cierre (P.M.I) (Fig.1.1). Esta posición está definida por la relación intermaxilar por la que los dientes de ambas arcadas establecen entre sí el máximo de contacto; es la posición de máxima intercuspidadación ó P.M.I.

En el plano sagital medio, el punto intercisivo describe una ligera curva dirigida de abajo arriba y de atrás adelante. En el plano frontal, el punto intercisivo describe una

recta, dirigida verticalmente hasta el primer contacto oclusal (Fig. 1.2 A.y B). A veces el contacto oclusal causa una desviación mandibular hacia la intercuspidación máxima, (fig. 1.3).

1.2.3 Posición de Máxima Intercuspidación

Se denomina a la posición mandibular de cierre donde las arcadas dentarias presentan el máximo de puntos o de superficies de contacto.

1.3 RELACIONES ENTRE LAS CARAS OCLUSALES EN POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION

Se ha considerado como referencia de una normaoclusión, la posición del primer molar superior con relación a la posición del primer molar inferior. La cúspide mesiovestibular del molar superior corresponde al surco vestibular intercúspídeo del primer molar inferior. En estas condiciones , los dientes de una arcada entran en contacto oclusal con las superficies de dos dientes de la arcada antagonista, excepción hecha de los incisivos centrales inferiores y de los terceros molares superiores. Esto constituye un factor de estabilización de los dientes en su arcada. (Fig. 1.4)

1.3.1 Superficie Oclusal

Se denomina superficie oclusal a la posición oclusal de los dientes pluricuspidados formados por las vertientes internas de las cúspides vestibulares y de las cúspides linguales (fig. 1.5). En el interior de éstas superficies las cúspides antagonistas se articulan con los rebordes marginales o con las fosas.

1.3.2 Rebordes Marginales.

Representan los límites mesiales y distales de las superficies oclusales. Forman el reborde de una fosa triangular que constituye con la fosa correspondiente del diente adyacente, el 'área de apoyo' de la cúspide antagonista. (fig. 1.6).

Los rebordes marginales están separados por una depresión denominada 'Tronera Oclusal'. Este surco de deflexión, para los alimentos asegura, junto con el punto de contacto, la protección del septum gingival situado en la tronera gingival (fig. 1.7).

1.3.3 Fosas Centrales

La fosa central, situada en el centro de la superficie oclusal de los molares, recibe la cúspide antagonista que se apoya en la parte inferior de su vertiente. El fondo de la

fosa central no tiene contacto oclusal, es la encrucijada de los surcos profundos cuya función es asegurar la evacuación lateral de los alimentos. (Fig. 1.8).

1.3.4 Cúspides de Soporte

Las cúspides que se articulan en posición de máxima intercuspidación con los rebordes marginales y las fosas centrales de las superficies oclusales se denominan "Cúspides de Soporte " o " Cúspides de apoyo ".

Su contacto con las superficies oclusales debe ser estable son verdaderos contra fuertes destinados a mantener la dimensión vertical de la oclusión. (Fig.1.9).

1.3.5 Puntos de Soporte de la Oclusión

En posición de máxima intercuspidación, 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 , en puntos o en zonas muy circunscritas: son los puntos de soporte de la oclusión (Fig. 1.10).

Durante la masticación estas superficies curvas se comportan como hojas cortantes y los alimentos son evacuados por los surcos principales y accesorios. Cuando las superficies

curvas oclusales están embotadas, la eficacia de la masticación se reduce proporcionalmente con la importancia de este desgaste. La aparición de superficies de desgaste, llamadas " facetas de desgaste" aisladas en algunos dientes, indica una hiperfunción a nivel de esas piezas .

1.3.6. Localización de las Cúspides de Soporte

Reconocemos tres grupos de Cúspides de Soporte:

- Dos en la mandíbula.
- Una en el maxilar inferior

1.3.6.1 Primer grupo Inferior

Cúspides vestibulares de los premolares y molares. La conformación de las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores les permite cumplir su función de soporte de la oclusión. (Fig. 1.10).

Su vértice es más alto que el de las cúspides linguales ; es más redondeado y se encuentra en un eje vertical que pasa por el ápice, es por esto que se consideran importantes en la estabilidad de la oclusión en posición de máxima intercuspidación.

Si la arcada es regular, la línea de las crestas de las cúspides vestibulares inferiores, viene a ubicarse, en intercuspi

dación máxima, en el centro de las superficies oclusales de los dientes superiores. (Fig. 1.11).

Los puntos de soporte del primer grupo se articulan principalmente con los rebordes marginales superiores. Sólo las segundas cúspides vestibulares de los molares inferiores lo hacen con las fosas centrales superiores. (Fig.1.12).

1.3.6.2 Segundo Grupo Inferior

Borde oclusal de incisivos, caninos.

La línea de rebordes cuspídeos vestibulares inferiores puede prolongarse hasta la línea media. Comprende la punta de la cúspide del canino y el borde libre de los incisivos lateral y central. Esta línea de rebordes anterior va apoyarse sobre las caras palatinas del grupo incisivo-canino superior. (Fig. 1.13).

La existencia de estos puntos de apoyo de la oclusión, a nivel de los incisivos y de los caninos inferiores, es fundamental para la estabilidad de la oclusión en posición de máxima intercuspidad y para su papel funcional durante los movimientos de protrusión y de lateralidad. (Fig. 1.14)

1.3.6.3 Tercer Grupo Superior

Cúspides palatinas de premolares y molares.

Las Cúspides palatinas de premolares y molares superiores son cúspides de soporte. Si la arcada es regular, la línea de las crestas de las cúspides palatinas superiores viene a ubicarse, en intercuspidadación máxima, en el centro de las superficies oclusales de los dientes inferiores antagonistas. (Fig. 1.16)

Las cúspides palatinas de los premolares superiores tienen relaciones variables con las superficies oclusales de los premolares inferiores.

En la clase I de Angle podemos encontrar tres eventualidades (Fig. 1.17).

- Las cúspides palatinas de los premolares superiores no entran en contacto con las superficies oclusales inferiores.
- Las cúspides palatinas de los premolares superiores se ubican casi siempre en las fosas distales de los premolares inferiores.
- Las cúspides palatinas de los premolares superiores se encuentran con los rebordes marginales de los premolares y del primer molar inferior.

Se puede concluir que a nivel de los premolares la estabilidad oclusal está fundamentalmente asegurada por las cúspides de soporte inferiores. Podemos tomar como principio

respetar las cúspides de soporte inferiores en el tratamiento oclusal.

En resumen, los contactos oclusales a nivel de los premolares y de los molares se establecen a menudo de la siguiente manera. (Fig. 1.18):

- Los bordes cuspídeos vestibulares inferiores entran en contacto con los rebordes marginales superiores, salvo la segunda cúspide vestibular de los molares que ocluye con la fosa central de los molares superiores.
- Los bordes cuspídeos palatinos 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.

1.3.7 Curvas de Compensación

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 oclusales de los incisivos , conforman la curva oclusal.

1.3.7.1 Curva de Spee

La curva de Spee se relaciona con la curva anteroposterior de las caras oclusales; comienza en el vértice del canino inferior y sigue los vértices de las cúspides vestibulares de los premolares y molares.

La curva de Spee y las inclinaciones mesiodistales de los caninos y de los dientes posteriores, son factores fundamentales para la estabilidad de las arcadas. (Fig. 1.19 A). Una curva de Spee demasiado marcada, cuya armonía está destruida por migraciones dentarias, origina obstáculos oclusales que perturban los movimientos funcionales.

1.3.7.2 Curva de Wilson

Una línea imaginaria trazada en el plano frontal, que pase por el vértice de las cúspides de los molares, de cada lado de la arcada, describe la curva de Wilson, de concavidad superior. (Fig. 1.19 B). Permite un deslizamiento oclusal armonioso de las cúspides vestibulares inferiores sobre las vertientes internas de las cúspides vestibulares superiores durante el movimiento de lateralidad.

1.4 OBJETIVO DEL EXAMEN EN POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION

Consiste en determinar si existen contactos exagerados o mal repartidos entre las caras oclusales y notar los puntos de apoyo de la oclusión que deben respetarse durante el ajuste oclusal. La busqueda de los contactos está guiada por:

- El examen de la trayectoria de cierre
- El ruido oclusal
- Las curvas oclusales

1.5 TECNICA DEL EXAMEN EN POSICION MAXIMA INTERCUSPIDACION

La técnica del examen en posición de máxima intercuspidad debe realizarse teniendo en cuenta algunos criterios:

1.5.1 Observación del Cierre

Observar el cierre desde la posición postural hasta la posición de máxima intercuspidad. Se solicita al paciente que apriete los dientes con suavidad. Se repite el movimiento varias veces para ver si existe una desviación de la línea intercusiva, hacia fuera del plano sagital medio como el trayecto es corto, esta desviación es difícil de detectar. (fig. 1.20).

1.5.2 Audición del Ruido Oclusal

El paciente mantiene los labios cerrados. Se le pide que choque los dientes y se observa:

- Si escuchamos un sonido claro, no hay deslizamiento
- Si escuchamos un sonido mate, hay mala intercuspidadación masiva.

1.5.3 Búsqueda de la movilidad

Con dos instrumentos golpeamos suavemente los dientes si hay desplazamiento, puede advertir la presencia de un contacto exagerado.

1.5.4 Examen de las Curvas de Compensación

Los efectos de estas curvas se observan mejor en los modelos de estudio. Son más notables las extrusiones y las versiones que pueden constituirse en origen de contactos exagerados .

1.5.5 Marcación de los puntos de Soporte

Se emplean hojas de papel marcador. Las caras oclusales se secan . Para evitar que la saliva moje estas hojas se usa un aspirador . Es importante operar simultáneamente del lado derecho y del lado izquierdo, para evitar una desviación de la mandíbula durante el cierre. Pedimos al paciente

golpear los dientes con fuerza.

1.5.6 Observación de los puntos de Soporte de la Oclusión.

Debe producirse contactos puntiformes y no entra grandes superficies.

Una marca pronunciada revela la existencia de un contacto exagerado no hay que eliminarlo inmediatamente, empero, porque puede ser provocado por un obstáculo durante el movimiento de cierre en relación céntrico.



2. EXAMEN DE LOS CONTACTOS OCLUSALES EN RETRUSION

A partir de la posición intercuspídea, la mandíbula puede efectuar un movimiento hacia atrás, manteniendo los dientes en contacto: esto se denomina Retrusión.

2.1 RELACION CENTRICA

Es la posición más posterior, no forzada, de la mandíbula; los condilos ocupan una posición alta y simétrica en las cavidades glenoideas.

Al final del movimiento de cierre en relación céntrica, los dientes entran en contacto: se trata de la posición de contacto en relación céntrica. (P.C.R?).

Lo más frecuente es que la posición de contacto en relación céntrica se sitúe por detrás de la posición intercuspídea. El movimiento de cierre en relación céntrica es, por tanto, interrumpida por un contacto de uno o varios dientes. A partir de este primer contacto, la mandíbula puede deslizarse hacia arriba y adelante para alcanzar la posición de máxima intercuspidad.

2.2 DESLIZAMIENTO EN POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION

Es el pasaje de la posición en contacto en relación céntrica a la posición de intercuspidadación máxima. Este deslizamiento debe hacerse sin tropiezos, de modo continuo. La mandíbula efectúa un desplazamiento rectilíneo hasta la posición intercuspídea . En el esquema de Posselt, en el plano sagital medio, el punto intercisivo inferior recorre el trayecto P.C.R- P.M.I (Fig. 2.3)

Si el primer contacto en relación céntrica se localiza en un solo diente, se transforma en un obstáculo : representa un contacto prematuro. Se opone al deslizamiento armonioso de P.C.R a P.M.I y genera una desviación de la mandíbula que puede ser:

- Anterior en el plano sagital medio.
- Antero lateral hacia afuera del plano sagital medio. En este caso , el punto intercisivo se desplaza lateralmente. Es la más nociva.

La desviación es traumatizante, no sólo para el diente involucrado y su antagonista, para los músculos masticadores y la articulación temporo mandibular, sino además para los dientes y los tejidos de sostén, que soportan el impacto terminal de la desviación.

La Retrusión es un movimiento fisiológico , se efectúa durante el curso de la masticación y de la deglución.

2.3 TECNICA DEL EXAMEN DE LOS CONTACTOS EN RETRUSION.

La técnica del examen de los contactos en retrusión debe realizarse teniendo en cuenta algunos criterios.

2.3.1 Búsqueda de la decontracción muscular.

El paciente debe poder efectuar el movimiento de retrusión en total descontracción o sea que los músculos y los ligamentos funcionen con normalidad. Una hipertonia de los músculos o un dolor articular puede oponerse al movimiento de retrusión e imposibilitar la búsqueda de la relación céntrica.

Para tratar estos casos difíciles y establecer el diagnóstico , se recurre a la confección de una placa relajante , que tiene por objeto provocar un desangranamiento de las caras oclusales que elimine la memoria muscular y conduzca al paciente hacia una descontracción completa.

2.3.2 Búsqueda de la Relación Céntrica.

Cuando los espasmos musculares se han eliminado buscamos

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.

Los métodos de búsqueda de la relación céntrica son variados. Aplicaremos la técnica siguiente:

- Pedimos al paciente que abra grande la boca, lo más grande que sea posible y que la mantenga abierta. Colocamos entonces el pulgar en la cara vestibular de los incisivos inferiores, sin ejercer presión
- Después de 30 segundos aproximadamente solicitamos que la cierre poco a poco, con mucha suavidad. Sentimos el desplazamiento hacia atrás en el momento en que los cóndilos se ubican en relación céntrica guiamos el movimiento de cierre en relación céntrica hasta el primer contacto P.C.R.
- Es preciso que el paciente aprenda a reconocer la existencia del primer contacto.

Se le pide que nos indique la ubicación de este primer contacto y que repita varias veces esta maniobra.

3. EXAMEN DE LOS CONTACTOS OCLUSALES EN PROTUSION

El movimiento protusivo de la mandíbula se obtiene principalmente por la contracción de los músculos pterigoideos externos , que llevan cóndilo y disco hacia adelante. Para evitar que la mandíbula descienda, también los músculos elevadores dan un ligero grado de contracción.

3.1 MOVIMIENTO DE PROTRUSION

El movimiento funcional de protrusión representa el trayecto efectuado por la mandíbula mientras los incisivos inferiores se deslizan sobre las caras palatinas de los incisivos superiores desde la posición de intercuspidación máxima hasta el " borde a borde" que es la posición de protrusión en toda su extensión representa la línea quebrada contenida en el esquema de Posselt: PMI - P.P.M (Fig.3.1)

3.2 GUIA INCISIVA

Se denomina a la superficie que se extiende desde los puntos de soporte de la oclusión en P.M.I. hasta el borde li-

bre. Su longitud y pendiente dependen de: El entrecruzamiento y el resalto.

3.2.1 Entrecruzamiento

Cuando las arcadas están P.M.I se traza una línea con lápiz sobre los incisivos inferiores , siguiendo el borde libre de los centrales superiores (Fig. 3.2 A)

La distancia entre esta línea y el borde libre de los incisivos inferiores representa el entrecruzamiento.(Fig.3.2B)

3.2.2 Resalto

La inclinación de los incisivos superiores se traduce en el plano horizontal, por un espacio entre el borde libre de incisivos superiores a la cara vestibular de los incisivos inferiores. Este espacio, en P.M.I se denomina "Resalto Incisivo". (Fig. 3.3 B).

3.2.3 Características de la Guía Incisiva

Las características de la guía incisiva son las siguientes:

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

- Debe permitir esa desoclusión inmediata y total de todos los dientes posteriores. (Fig. 3.4 y 3.5)
- La desoclusión se halla íntimamente ligada al entrecruzamiento y el resalto:
Un gran entrecruzamiento, con un pequeño resalto, ocasiona desoclusión inmediata de los dientes posteriores dada su importancia. (Fig.3.6 A).
Un gran entrecruzamiento con un gran resalto, causa desoclusión importante, pero más lenta. (Fig. 3.6 B).
- La guía incisiva debe poder conducir la protrusión en un trayecto rectilíneo, en el plano sagital medio.

3.3 TECNICA DEL EXAMEN EN PROTRUSION

La técnica del examen en protrusión debe realizarse teniendo en cuenta algunos criterios:

3.3.1 Observación de la Protrusión

Se pide al paciente que adelante los incisivos inferiores, conservando el contacto con los dientes superiores y que se detenga en el borde a borde.

Cuando se observa una desviación, debe buscarse un movimiento rectilíneo para poder advertir la interferencia. Es necesario que el paciente repita este movimiento.

3.3.2 Búsqueda de una Interferencia Protrusiva en el Area de Trabajo.

Primero se busca la ubicación de los puntos de soporte de la oclusión en P.M.I., a nivel del grado incisivo-canino, con papel de articular.

Se dice al paciente que efectúe un movimiento hacia adelante manteniéndose en el plano sagital medio. Se registra el trayecto incisivo y se pone de relieve la interferencia protrusiva.

La localización y dirección de esta interferencia se anotan en el esquema oclusal (fig. 3.14).

3.3.3 Búsqueda de Interferencia Protrusiva fuera del Area de Trabajo.

Los puntos de soporte se marcan en toda la arcada, y los marcadores se introducen por la cara interna de los carrillos derecho e izquierdo. Se indica al paciente que realice protrusión,

El emplazamiento y la dirección de la interferencia se marca en el esquema oclusal (fig. 3.15).

4. EXAMEN DE LOS CONTACTOS OCLUSALES EN LATERALIDAD

Los movimientos laterales básicos de la mandíbula, se inician en la posición de relación céntrica y constituyen en esencia un giro hacia un lado, es un movimiento asimétrico de rotación combinado con una ligera translación de la mandíbula.

4.1 Movimiento de Lateralidad

El movimiento de lateralidad representa el trayecto efectivo 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.

Las zonas sobre las que se deslizan las cúspides de soporte inferiores, se denominan superficie de guía (fig. 4.1).

Comprenden:

La cara palatina del canino, desde el punto de soporte hasta su vértice (fig. 4.2A)

- Las vertientes internas de las cúspides vestibulares superiores desde el punto de soporte hasta el vértice de la cúspide (fig. 4.2B).

En tanto la mandíbula se desplaza en sentido lateral, hay un lado que trabaja y un lado que no trabaja. Mientras la mandíbula se desplaza hacia la derecha, el lado derecho se transforma en el lado de trabajo; las cúspides vestibulares de los dientes inferiores se oponen a las cúspides vestibulares de los dientes superiores (fig. 4.3); es el lado funcional del lado izquierdo, las cúspides no deben, en principio, ponerse en contacto. Este es el lado no funcional, al que se llama lado que no trabaja.

En el tiempo en que la mandíbula se desplaza a la izquierda, el lado izquierdo se vuelve al área de trabajo y el derecho al que no trabaja.

4.1.1 En el Plano Horizontal

El registro del desplazamiento del punto interincisivo en el plano horizontal fue descrito por Gysi: es el arco gónico (figs. 4.4 y 4.5), se trata de movimientos límites. La trayectoria 1. 2. representa el camino recorrido por el punto interincisivo desde su posición en relación céntrica hasta su posición extrema en lateralidad derecha.

4.1.2 En el Plano Frontal

Si los dientes inferiores mantienen contacto con los dien-

tes superiores, durante el movimiento de lateralidad, la trayectoria de la mandíbula corresponde normalmente a la que sigue la cúspide del canino inferior, guiado por la cara palatina del canino superior, desde la P.M.I. hasta el borde a borde (fig. 4.6)

4.2 Examen del lado de Trabajo

Se hace para identificar las superficies de guía, que conducen la función lateral.

4.2.1 Función Canina

Las arcadas están en P.M.I., el paciente desliza lateralmente los dientes inferiores sobre los superiores, manteniendo el contacto hasta el borde a borde. Si el canino superior conduce él solo el movimiento en todo el trabajo, tenemos una función canina. (fig. 4.8 y 4.9).

El canino superior posee el periodoncio más resistente y mejor adaptado para guiar la función lateral. Implica:

- Una posición distal de medio diente del canino superior con relación canino inferior (clase I de Angle).
- Un contacto en P.M.I. perfectamente marcado por que el canino participa en el movimiento desde la partida.

- Un entrecruzamiento canino más importante que el entrecruzamiento premolar, molar e incisivo (lateral).
- Un resalto canino inferior al resalto incisivo, para asegurar una desoclusión de los incisivos.

4.2.2 Función de Grupo

Si del lado de trabajo, varios dientes con inclusión de los caninos, guían la función lateral, desde la P.M.I. hasta el borde a borde, tenemos una función de grupo. Esta asegura buena protección periodontal. Las fuerzas oclusales se encuentran distribuidas armoniosamente en todos los dientes, aseguran una desoclusión inmediata y total del lado que no trabaja (fig. 4.10).

4.2.3 Oclusión Balanceada

Si los molares, del lado que no trabaja, participan en la función lateral, con la misma intensidad de los dientes del área de trabajo, tenemos una oclusión balanceada.

4.2.4 Interferencias Laterales en el Area de Trabajo

Son obstáculos al deslizamiento durante la excursión lateral.

4.3 EXAMEN DEL LADO QUE NO TRABAJA

Durante las excursiones laterales, no debe existir contacto con el lado que no trabaja. En prótesis total se buscan estos contactos para equilibrar la prótesis, pero en la dentadura natural se transforman en obstáculos.

4.3.1 Interferencias Laterales Fuera del Area de Trabajo

Se hayan situadas por lo común en los dientes posteriores (sobre todo en el tercer molar inferior).

La vertiente interna de la cúspide de soporte inferior se encuentra con la vertiente interna de la cúspide de soporte superior (fig. 4.13-4.19D), el trayecto de la interferencia fuera del área de trabajo, se encuentra casi siempre situada en la vertiente distal interna y el vértice de las cúspides palatinas superiores (fig. 4.14).

Una interferencia lateral fuera del área de trabajo destruye la armonía del movimiento de lateralidad y consecuencias para el aparato masticatorio. Interferencias en balanza, aplica fuerzas laterales causantes de trauma a nivel de los dientes y tejidos de soporte. Este tipo de interferencia oclusal, junto con tensión psíquica, representará el punto de partida de un bruxismo excéntrico.

4.4 EXAMEN DE LA RELACION ENTRE LOS CANINOS

Es importante antes de examinar los movimientos de lateralidad, verificar la relación entre los caninos en posición intercuspídea.

4.4.1 Sentido Anteroposterior

Clase I: El canino superior tiene una posición distal de un semidiente con relación al canino inferior. Permite un deslizamiento armonioso del canino inferior sobre el canino superior durante el movimiento de lateralidad. (fig. 4-8).

Clase II: La mesio-oclusión del canino superior, al suprimir la función canina, perturba con frecuencia la función lateral (fig. 4.17).

Clase III: se caracteriza por la disto-oclusión del canino superior; la función lateral se asegura por contactos situados del lado opuesto al movimiento (fig. 4.18).

4.4.2 Sentido Trasversal

Para que el deslizamiento lateral sea perfecto, es necesario que el contacto entre ambos caninos se establezca en

Posición de Máxima Intercuspidación. Una ausencia de contacto impide la desoclusión inmediata y permitirá la aparición desde el comienzo de interferencias laterales en el área de trabajo afuera de ella (fig. 4.19).

4.5 OBSERVACIÓN DEL MOVIMIENTO DE LATERALIDAD

A menudo el paciente experimenta dificultad para realizar los movimientos, por que puede existir bloqueo dentario ó un espasmo muscular.

Se le solicita que deslice los dientes inferiores contra los superiores manteniendo el contacto. Puede colocarse un dedo sobre el canino superior para indicar el sentido de desplazamiento.

Cuando el movimiento se realiza, fácilmente se buscan las interferencias, antes se han marcado los puntos de soporte de la oclusión en posición de máxima intercuspidación.

5. EQUILIBRIO OCLUSAL

El aparato masticador es una unidad funcional, y los estímulos funcionales adecuados son de primordial importancia para el establecimiento y mantenimiento de un periodonto sano y fuerte con elevada capacidad funcional y óptima a -

la lesión. La función oclusal multidireccional normal favorece también la autolimpieza funcional de las superficies de los dientes, evitándose la gingivitis por retención de placas bacterianas. Dicha función se produce como un requisito para la supervivencia bajo condiciones primitivas de vida; pero con los alimentos blandos de la civilización moderna pueden persistir e incluso exagerarse patrones que restrinjan el recorrido oclusal a partir de ligera desarmonía cuspídea, como resultado del desgaste oclusal - disparejo.

El equilibrio oclusal es el establecimiento de relaciones funcionales favorables para el sistema estomatognático mediante uno de los siguientes procedimientos: remodelado de los dientes por desgaste, restauraciones dentales o extracciones dentales, tratamientos ortodóncicos.

Muy pocas personas 2 o 3 por mil y solo por breves períodos de sus vidas, presentan una oclusión ideal.

La oclusión fisiológica ideal es aquella que cumple con + los cinco requisitos siguientes:

- Hay contactos bilaterales simultáneos y estables entre todos los dientes en la posición intercupal (coincidente con la posición muscular), y entre todos los dientes pos-

teriores en el área retrusiva.

- Los movimientos mandibulares friccionales son libres, - sin interferencias cuspídeas.
- Las fuerzas oclusales están distribuidas en las zonas - de trabajo, en el máximo número de dientes (función de grupo).
- Las resultantes de las fuerzas oclusales siguen una di-
rección axial, biológicamente óptima para las estructuras
de soporte.
- El espacio libre interoclusal permite una función armó-
nica de la oclusión con el mecanismo neuromuscular y la ar-
ticulación temporo-mandibular.

El concepto de oclusión óptima se refiere a las oclusiones restauradas; es aquella que de acuerdo a las condiciones - existentes en cada caso individual, es la mejor obtenible, la más cercana posible a la oclusión ideal.

5.1 INDICACIONES DEL EQUILIBRIO OCLUSAL

Los tratamientos oclusales deben encararse cuando se com-
prueban signos patológicos a nivel de un componente del a-
parato masticatorio: dientes, periodoncio, músculos y arti-
culación temporo-mandibular.

Los obstáculos oclusales (contactos exagerados, contactos

prematuras e interferencias) son eliminados por el equilibrio oclusal.

El equilibrio oclusal se realiza por igual antes y después de una reconstrucción protésica, y durante y después de un tratamiento ortodóncico. El equilibrio oclusal no se hace más que después de haber puesto en reposo a la musculatura.

Durante el tratamiento de la enfermedad periodontal, es importante emprender el equilibrio oclusal después de suprimir los factores inflamatorios locales que modifican la posición de los dientes.

5.2 OBJETIVOS DEL EQUILIBRIO OCLUSAL

Los objetivos del equilibrio oclusal son:

- Permitir a la mandíbula a partir de la relación céntrica llegar a una posición de intercuspidación máxima sin encontrar obstáculos.
- Asegurar una posición de intercuspidación máxima estable con un máximo de contactos puntiformes.
- Permitir todo movimiento a partir de esta posición intercuspidal, sin haber obstáculos en protrusión y en lateralidad.
- Mejorar las relaciones funcionales de la dentición, de

manera que los dientes y el periodonto reciban estimulación funcional uniforme y las superficies oclusales de los dientes queden expuestas a un desgaste fisiológico uniforme.

- Mejoramiento de relaciones funcionales y la inducción de estimulación fisiológica de todo el aparato masticador.
- Eliminación de trauma por oclusión
- Eliminación de tensión muscular anormal, bruxismo y molestias o dolor asociados.
- Eliminación de molestias o dolor disfuncionales de la articulación temporomaxilar.
- Establecimiento de patrón oclusal óptimo antes de procedimientos restauradores extensos.
- Reconstrucción de la forma y contorno dental para mejorar la eficacia masticatoria y proporcionar protección a la encía.
- Para ayudar a la estabilización de los resultados ortodónticos.
- Reacondicionamiento de algunos hábitos de deglución anormal.
- El objetivo final es la obtención de una oclusión óptima y los procedimientos utilizados, individual o conjuntamente son tres:
 - Tallado Selectivo
 - Ortodoncia - Ortopedia
 - Reconstrucción Oclusal.

6. TALLADO SELECTIVO

El tallado selectivo es un procedimiento terapéutico relativamente sencillo y muy efectivo, de enorme valor en el tratamiento tanto de la disfunción oclusal pura como de sus severas secuelas patológicas en el sistema estomatognático. Actúa como un mecanismo de compensación artificial del sistema, en sustitución del mecanismo natural fracasado en su misión de conservar la armonía morfo-funcional.

Los objetivos se orientan a obtener los cuatro primeros principios de la oclusión ideal.

6.1 INDICACIONES

Se agrupan de la siguiente manera:

6.1.1 En la Disfunción Oclusal Pura

- Para la obtención de un patrón funcional multidireccional de eficacia óptima.
- Antes de realizar procedimientos restauradores extensos
- Para remodelar forma y contorno dentarios en protección de los tejidos gingivales.
- Para ayudar a la estabilización de los resultados obtenidos por tratamientos ortodóncicos.

- Para corregir hábitos de deglución anormal
- Para inducir la estimulación fisiológico equilibrada de todo el sistema estomatognático, a través de un mecanismo neuromuscular perfecto en estímulos y respuestas.

6.1.2 En las Disfunciones Patogénicas

- Para eliminar uno de los factores etiológicos desencadenantes del bruxismo como lo es la desarmonía oclusal.
- Para eliminar el trauma periodontal
- Mejorar las alteraciones de las estructuras de soporte.
- Para reducir o eliminar los espasmos musculares y miositis asociados.
- Para reubicar la mandíbula y eliminar las desarmonías oclusadas causantes de los graves desórdenes en la articulación temporomandibular y músculos relacionados.

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

6.2 PRINCIPIOS Y NORMAS

No existen reglas rígidas para el tallado selectivo, podrían determinarse reglas para el desgaste en denticiones

anat6micamente normales o casi normales, pero como precisamente el tallado selectivo debe realizarse en denticiones alejadas de ese patr6n anat6mico normal o ideal, de poco - valdrían esas reglas. Pero es importante dominar los principios o normas generales del procedimiento.

El desgaste selectivo debe ser realizado siempre en dos etapas bien definidas y separadas por un per6odo de tiempo m6nimo de una semana:

- Tallado selectivo en relaci6n c6ntrica mandibular y 6rea c6ntrica.
- Tallado selectivo en las fases articulares y poseciones exc6ntricas fundamentales.

6.3 MATERIALES E INSTRUMENTAL

Para la realizaci6n del tallado selectivo necesitamos:

Instrumental b6sico que consta de: Espejo, aplanador, pinza algod6nara.

Pieza de mano de baja y alta velocidad.

Papel de articular cera verde n6mero 28 6 32, cera indicadora oclusal y un l6piz de punta blanda para la localizaci6n de interferencias.

Rollos de algodón, papel secante y eyector para reducir el flujo salival.

Para la remoción de tejido dental se puede emplear varios tipos de piedra apropiados. Para el ajuste en céntrica - las piedras serán pequeñas para permitir el acceso a los rasgos anatómicos más diminutos de las superficies oclusales, para desgastar las facetas que intervienen en el deslizamiento en céntrica es útil una pequeña piedra afilada, para la céntrica larga usamos piedras pequeñas de diamante de cono invertido para pieza de mano de contra ángulo, para las excursiones lateral y protrusiva, piedras en forma de disco pequeñas y medianas.

La piedra debe girar en dirección del diente adyacente a fin de disminuir al mínimo la vibración y las molestias al paciente.

Se debe usar un disco de caucho ligeramente abrasivo, sumergido en una solución de fluoruro de sodio al 2 por 100 para el pulido final.

Para redondear los ángulos se usan discos de lija de diferentes calibres.

6.4 TALLADO SELECTIVO EN RELACION CENTRICA.

El tratamiento oclusal comienza con un ajuste en relación céntrica, por que un contacto prematuro en relación céntrica puede interferir en la trayectoria del movimiento de cierre y modificar ligeramente la posición de máxima intercuspidación, y por que la posición de relación centríca puede encontrarse clínicamente, después de haber puesto en reposo a la musculatura. Es la única posición reproducible en el articulador.

6.4.1 Objetivos del Tallado Selectivo en Céntrica

Los objetivos del tallado en céntrica comprenden:

- Eliminación de contactos prematuros en relación céntrica y de oclusión céntrica.
- Creación de libertad en céntrica en el plano horizontal con oclusión céntrica ligeramente anterior a la relación céntrica y con precisión uniforme sobre todos los dientes posteriores.
- Eliminación de todo el impacto horizontal lateral en el cierre en céntrica.
- Lograr contactos bilaterales simultáneos y estables entre todos los dientes en la posición inter-cuspal y entre todos los dientes posteriores en el área retrusiva.

6.4.2 Principios del Tallado Selectivo en Céntrica

Debido a que se ha encontrado que la relajación óptima de los músculos del máxilar y la actividad muscular armoniosa en la deglución se logran mejor mediante la eliminación del deslizamiento, desde relación céntrica hasta oclusión céntrica; el primer paso hacia el ajuste oclusal completo es:

6.4.2.1 Eliminación del Deslizamiento Lateral

Esto hará necesario rebajar algunas cúspides o declives que intervienen en las relaciones de contacto durante el deslizamiento.

La estabilidad o función oclusal se basa en gran parte en las cúspides vestibulares de los dientes inferiores que se adaptan a las fosas centrales de los dientes superiores, y en las cúspides linguales de los dientes superiores que se adaptan a la fosa central de los dientes inferiores. Esto se logra tallando los declives afectados hacia las fosas, proporcionando un área horizontal plana, permitiendo la céntrica prolongada o libertad en céntrica. El tallado debe efectuarse sobre las cúspides mesial y vestibular de las cúspides linguales superiores y sobre la cara distal de las crestas marginales y arrugas transversales de los dientes inferiores y en ocasiones sobre las superficies disto-linguales de las cúspides vestibulares inferio -

res.

El deslizamiento lateral del maxilar desde relación céntrica a oclusión céntrica, se corrige proporcionando asientos oclusales para las cúspides vestibulares inferiores en las fosas del maxilar superior, y para las cúspides linguales superiores en las fosas centrales del maxilar inferior.

Las fosas deben ampliarse hasta el nivel más profundo de la contención céntrica en oclusión céntrica (fig. 13.3).

Si la contención céntrica en oclusión céntrica se efectúa sobre los declives vestibular y lingual en vez de sobre el fondo de la fosa, se debe también ensanchar la fosa a partir del nivel más profundo de la contención céntrica y reducir ligeramente la punta de la cúspide antagonista si sobresale en la fosa central más que el nivel de las contenciones céntricas en oclusión céntrica (fig. 13.4).

Si un deslizamiento lateral extenso es el resultado de contactos entre las cúspides vestibulares de los dientes inferiores por medio de sus declives linguales de los dientes superiores por medio de sus declives vestibulares, y es suficientemente grave para que no pueda ser eliminado a menos que se sacrifique una cúspide superior en vez de la inferior (fig. 13.5). En algunos casos se puede tallar de -

ambas cúspides, si la cúspide vestibular inferior hace con tacto en céntrica y no se ha perdido la función.

Si el deslizamiento lateral es ocasionado por con tactos entre declives vestibulares de una cúspide lingual inferior contra una cúspide lingual superior, la corrección se efec túa sobre el declive vestibular de la cúspide lingual infe rior con ensanchamiento de la fosa central a nivel más - profundo de las contenciones de oclusión céntrica (fig. 13 6).

El principio fundamental de Schuyler para el ajuste de los contactos prematuros en céntrica es: si una cúspide hace - contacto en céntrica, pero no hace contacto en las excur siones laterales, el tallado para el ajuste debe hacerse - en la fosa antagonista de la cúspide elevada (fig. 13.7). Unicamente se rebajará la cúspide cuando hace contacto pre maturo en las excursiones céntricas y laterales (fig. 13.8)

- La segunda etapa del tallado selectivo en céntrica, con siste en la determinación del ciclo céntrico desde la posi ción fisiológica de reposo mandibular al contacto oclusal, con el mínimo esfuerzo muscular; osea determinar la posi ción muscular.

- La tercera etapa en céntrica es lograr con tactos oclusa les simultáneos y equilibrados en toda el área céntrica, - desde la posición muscular a la relación céntrica.

6.4.3 Eliminación del Contacto Prematuro

La ubicación de un contacto prematuro y la dirección del deslizamiento en posición de máxima intercuspidadación, se marca en el esquema oclusal de la ficha dental corriente (fig. 2.18), Surge una pregunta: ¿Cómo eliminar este contacto prematuro?.

Es suficiente con regularizar la pendiente de deslizamiento modificando el relieve de la cúspide que guía el movimiento (fig. 7.3).

La corrección de los contactos prematuros consiste en disminuir progresivamente las vertientes oclusales cuasantes de la desviación.

El deslizamiento en posición de máxima intercuspidadación, se realiza armoniosamente, inscribiéndose en el plano sagital medio y estableciéndose en un máximo de dientes, a ambos lados de la arcada. (fig, 7.4).

Como se desea obtener un deslizamiento armonioso, que se inscriba en el plano sagital medio, y casi paralelo al plano oclusal, debe reducirse la pendiente de este trayecto sin borrar los puntos de soporte que mantienen la estabilidad oclusal.

Se marcan primero los puntos de soporte de la oclusión, y a continuación se advierte la ubicación del contacto prematuro; por último se observa la dirección del deslizamiento (fig. 7.5).

Pueden presentarse tres casos:

6.4.3.1 El Deslizamiento en Posición de Máxima Intercuspidad al Plano Sagital Medio.

El contacto prematuro está situado, con frecuencia, en la pendiente mesial de la vertiente interna de la cúspide palatina de los primeros premolares superiores. (fig. 7.6).

Con la ayuda de una piedra de diamante, se suprime el contacto prematuro reduciendo la pendiente mesial de esta cúspide, respetando siempre los puntos de soporte (fig. 7.7). Si la pendiente de deslizamiento es muy marcada, hay oportunidades en que es preciso suprimir un punto de soporte; entonces es preferible eliminar el punto de soporte palatino superior en lugar de retocar la cúspide vestibular, que asegura una mejor estabilidad oclusal. Por otra parte, esta cúspide puede participar en una función de grupo en la lateralidad que es preferible conservar. De todos modos, si debe retocarse el diente inferior, se reduce su pendiente distal (fig. 7.8).

Se busca un segundo contacto prematuro que vuelve a eliminarse, luego un tercero y un cuarto, si es necesario: La disminución progresiva de la pendiente permite lograr un deslizamiento armonioso que se establese por lo menos en dos dientes de cada lado de la arcada (fig. 7.9).

En ocasiones se aconseja reducir totalmente la pendiente para obtener un deslizamiento que se inscriba en plano horizontal 'long-centric' (fig. 7.10)

6.4.3.2 El Deslizamiento en Posición de Máxima Intercuspí-dación se Dirige en Sentido hacia el Plano Sagital Medio. 'Sentido Anterolateral'

Puden presentarse dos posibilidades:

- La cúspide vestibular inferior entra en contacto prematuro con la vertiente interna de la cúspide vestibular superior. Para suprimir el contacto prematuro, se reduce esta vertiente interna, que es una superficie de guía (fig. 7.11).
- La cúspide palatina superior está en con contacto prematuro con la vertiente interna de la cúspide lingual inferior. En este caso, se reduce esta vertiente interna que no es funcional (fig. 7.12)

6.4.3.3 El Deslizamiento en Posición de Máxima Intercuspi
dación se Dirige en Sentido Anterolateral Aleján-
dose del Plano Sagital Medio.

La vertiente interna de la cúspide inferior entra en con-
tacto temprano con la vertiente interna de la cúspide palaa
tina supe-rior.

Si se encuentran dos cúspides de soporte: La eliminación
del contacto prematuro es delicada. Podemos aplicar la re
gla B.U.L.L. (Bucal Upper Lingual Lower), respetando los -
puntos de soporte de la oclusión; siempre es necesario co-
menzar por el retoque superior, la cúspide de soporte ves-
tibular inferior (grupo 1) es imprescindible para la esta-
bilidad oclusal en posición de máxima intercuspidadación. -
(fig. 7.13).

Durante la eliminación del contacto prematuro, no debe per-
derse de vista la estabilidad oclusal en posición de máxi-
ma intercuspidadación, que se mantiene respetando los puntos
de soporte de la oclusión.

La supresión de un punto de soporte (en particular si per-
tenece al grupo 1) es posible que origine ligeros desplaa
mientos dentarios y que determine la operación de nuevos -
obstáculos oclusales (fig. 7.14).

6.5 TALLADO SELECTIVO EN POSICION DE MAXIMA INTERCUSPIDACION.

La intercuspidadación máxima se caracteriza por la simultaneidad de los contactos oclusales, que aseguran la repartición de las fuerzas sobre el conjunto del aparato masticatorio. Si un diente, en el momento de la intercuspidadación máxima, encuentra a su antagonista con demasiada intensidad, se requiere de un ajuste oclusal; la finalidad es obtener un máximo de contactos puntiformes, con igual intensidad y repartidos en forma de acercarse a la relación oclusal ideal.

6.5.1 Contactos Exagerados y Curvas Oclusales

Cuando el contacto exagerado se encuentra en la cúspide de un diente extruido, se corrige esta cúspide más que la del diente antagonista (fig. 3.2).

Cuando el contacto exagerado aparece en la cúspide de un diente ligeramente intruido, se remodela el diente antagonista.

Si el contacto exagerado se localiza en la vertiente interna de una cúspide lingual inferior muy pronunciada, se disminuye esta cúspide para regularizar la curva de Wilson.

(fig. 8.3).

6.5.2 Contacto Exagerado y Función Lateral

Cuando las curvas de compensación son regulares, la corrección de un contacto exagerado en posición de máxima intercuspidación, no puede hacerse antes de examinar la función lateral. Este examen permite decidir si es necesario corregir el diente superior o inferior.

En presencia de un contacto exagerado, es preferible profundizar la fosa superior. Sólo la presencia de una interferencia fuera del área de trabajo, justifica retocar la cúspide inferior.

6.5.3 Remodelado de las Facetas de Desgaste.

Facetas de desgaste importantes, indica la presencia de bruxismo, al reducir las superficies de las facetas se desorienta el bruxismo y se disminuye la intensidad de las fuerzas nocivas que se transmiten al periodoncio. La superficie de desgaste, situada en una cúspide de soporte. - (fig. 8.6), o en una fosa (fig. 8.7), se transforma en contacto puntiforme refiriéndose a la localización ideal de los puntos de soporte.

6.6 TALLADO SELECTIVO EN PROTRUSION.

La ubicación de las interferencias protrusivas, resultan - más fáciles de determinar que las inteferencias en céntri- ca, puesto que el papel carbón proporciona marcas relativa mente buenas al frotar los contactos oclusales con ligera presión.

6.6.1 Objetivos del Tallado Selectivo en Protrusión.

Los objetivos en el tallado selectivo en la fase protrusi- va, son los siguientes:

- Distribuir las fuerzas aclusales al máximo posible de di entes en el lugar de trabajo efectivo (función de grupo).
- Obtener trayectorias friccionales sin interferencias.
- Hacer compatibles los objetivos anteriores con la esté tica.

6.6.2 Principios del Tallado Selectivo en Protrusión.

Los principios o normas del tallado en protrusión son:

- Si la interferencia surge en los dientes posteriores, - se debe tallar los planos distales de las cúspides superio res y-o los planos mesiales inferiores.

- Si la interferencia surge en los dientes anteriores, se debe tallar las superficies palatinas superiores desde el punto de contacto en céntrica, hacia incisal; no se debe tocar la contención céntrica superior ni los bordes incisales inferiores.

6.6.3 Eliminación de las Interferencias Protrusivas en el Area de Trabajo.

La conección de la interferencia en el área de trabajo, se realiza sobre las caras palatinas y el borde libre de los incisivos superiores. Los puntos de soporte deben conservarse y el borde libre se rectifica considerando la estética (fig. 9.1 y 9.2).

La interferencia en el área de trabajo, marcada con el papel de articular, se elimina gastando la cara palatina con una pequeña piedra de diamante. (fig. 9.3C). Es suficiente borrar el trayecto marcado respetando el punto de soporte, de nuevo se registra la trayectoria y se hace un nuevo retoque, puede requerirse de varios retoques sucesivos; es necesario que ambos centrales superiores, guíen la protrusión que debe inscribirse en el plano sagital medio, hasta el borde de los incisivos. El tallado debe hacerse limitado ya que un desgaste superabundante da lugar a la aparición de interferencias protrusivas fuera del área de trabajo.

jo (fig. 9.4).

6.6.4 Eliminación de las Interferencias Protrusivas Fuera del Area de Trabajo.

Las intereferencias protrusivas fuera del área de trabajo, impiden los contactos entre los incisivos durante la protrusión, generalmente se sitúan en el vertiente distal interno de las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores, sobre las que se deslizan las cúspides de soporte inferior, también es posible localizarlas sobre la vertiente mesial interna de las cúspides linguales de los molares inferiores (fig. 9.5). Los caninos pueden participar en la protrusión igual que los incisivos, pero no es conveniente que conduzcan por sí solos el movimiento, si los caninos inducen una desviación, crean una interferencia que debe ser eliminada. La eliminación de interferencias se realiza desgastando el trayecto marcado con la ayuda de una piedra de diamante; la finalidad de este desgaste, es recrear la función incisal.

6.7 TALLADO SELECTIVO EN LATERALIDAD.

En presencia de una función canina, es raro encontrar una interferencia en lateralidad: una desoclusión inmediata originada por el canino, constituye la mejor defensa para

la oclusión, pero frente a una función de grupo y, con más razón, de una función balanceada, la menor perturbación de las curvas de compensación, ocasiona una interferencia en el área de trabajo ó fuera de ella. Si se realiza un tratamiento de ortodoncia ó protésico, se debe pensar en crear una función canina , y si la función de grupo existe y está bien tolerada, no se debe modificar (fig. 10.1).

Los objetivos fundamentales del tallado selectivo en las fases excursivas se refieren a:

- Los movimientos mandibulares friccionales serán libres, sin interferencias cuspídeas.
- Las fuerzas oclusales deben distribuirse en las zonas de trabajo en el máximo número de dientes.
- Las resultantes de las fuerzas oclusales, deben seguir seguir una dirección axial biológicamente óptima para las estructuras de soporte.

6.7.1 Principios del Tallado Selectivo en el Lado de Trabajo.

Los principios del tallado selectivo en el lado de trabajo son:

- Debe eliminar todas las interferencias en los movimien-

tos laterales desde cualquier punto del área retrusiva.

- La eliminación de las interferencias oclusales en lado de trabajo, debe hacerse de acuerdo a la norma clásica de Schuyder.
- Cuando en la fase lateral de trabajo, las interferencias surgen en la zona anterior, deberán desgastarse las superficies palatinas de los incisivos y caninos superiores, y no los bordes incisales inferiores, por que éstos mantienen los contactos en céntrica.

6.7.2 Objetivos del Tallado Selectivo en el Lado de Balanza.

Los objetivos del tallado selectivo en el lado de balanza son los siguientes:

- Eliminar todas las interferencias cuspídeas que impiden los contactos oclusales correctos en el lado funcional o - de trabajo, es decir que no haya ningún contacto en el lado de balance, mientras el otro lado trabaja.
- En algunos pocos casos, puede aceptarse como correcto - un desgaste en el lado de balance, ofreciendo contactos - cuspídeos simultáneos armónicos con los del lado de trabajo o funcional; pero siempre que sean tan o más suaves que éstos.

6.7.3 Principios del Tallado Selectivo en el Lado de Balanza.

Los principios o normas para el equilibrio oclusal en el lado de balanza son:

- Desgastar la superficie menos útil en la estabilidad céntrica.
- Cuando ambas cúspides interfirientes son fundamentales o de apoyo en la estabilidad céntrica, se deberá desgastar sólo una de ellas; la menos favorable para la obtención de resultantes axiales (generalmente la superior). Respetar la cúspide que proporcione la carga oclusal más favorable para las estructuras de soporte (axial) en la posición intercuspal.

6.7.4 Eliminación de las Interferencias en Lateralidad en el área de Trabajo.

La interferencia lateral en el área de trabajo, representa un obstáculo ubicado generalmente en la vertiente mesial de una cúspide vestibular superior ó en la vertiente distal interna de una cúspide lingual inferior (fig. 10.2).

En el maxilar superior, este obstáculo se elimina modificando la pendiente cuspídea desde la fosa hasta el vértice

de la cúspide, respetando los puntos de soporte, se debe controlar el tallado de esta superficie de guía, que debe integrarse a la función de grupo en que debe participar el canino (fig. 10.3).

En el maxilar inferior, la cúspide lingual puede reducirse con menos precauciones, y resulta suficiente conservar los puntos de soporte, ubicados cerca de la fosa central, ya que la cúspide lingual no debe participar en la función lateral (fig. 10.3C).

6.7.5 Eliminación de las Interferencias en Lateralidad - Fuera del Area de Trabajo.

Estas interferencias fuera del área de trabajo, que impiden toda función en lateralidad, perturban el equilibrio muscular y se encuentran generalmente en las vertientes internas de las cúspides de soportes inferiores y superiores, la eliminación de estos obstáculos debe ser delicada, ya que es preciso remodelar dos cúspides de soporte y se arriesga la pérdida de la estabilidad en la posición de máxima intercuspidación.

Cuando la interferencia ocupa en su totalidad la vertiente interna de la cúspide palatina superior, se requiere suprimir los puntos de soporte. (fig. 10.4); se debe conservar

las cúspides vestibulares inferiores (primer grupo), para la estabilidad oclusal (fig. 10.4B).

6.7.6 Reconstrucción de la Función Lateral.

El restablecimiento de la función lateral, no sólo comprende procedimientos de tallado selectivo, sino en casos en que la relación entre los caninos esta muy perturbada, se necesita reconstruir las superficies de guía.

6.8 TERMINACION DEL TALLADO SELECTIVO.

Una vez equilibrada la oclusión en relación céntrica, área céntrica y en fases excursivas, se debe examinar todo el campo de la función oclusal en varias direcciones; es importante pulir todas las superficies ásperas, ya que éstas pueden actuar como una zona desencadenante para el bruxismo e inducir con ello esfuerzos oclusales anormales. Si se ha efectuado un desgaste bastante extenso, o se encuentran superficies sensibles, se aconseja aplicar una solución desensibilizadora antes de dar de alta al paciente, se puede usar: fluoruro de sodio al 2 por 100 y fluoruro de estaño al 8 por 100, cloruro de zinc al 50%, cloruro de zinc al 40% primero, y luego ferrocianuro de potasio al 20%, se debe también indicar al paciente que la sensibilidad no indica ningún debilitamiento del diente, y que di-

cha sensibilidad desaparecerá posteriormente.

6.9 CONTROL DEL EQUILIBRIO OCLUSAL OBTENIDO.

El paciente debe ser controlado a las 4 ó 5 semanas de haber terminado el tallado selectivo, se deberá controlar - las condiciones oclusales ahora existentes, ya que muchos dientes que nunca habían soportado carga alguna, están - por primera vez recibiendo fuerzas fisiológicas, y por otro lado, dientes que estaban obligados a soportar cargas excesivas, están ahora recibiendo solamente una pequeña parte de esas fuerzas. En esos esfuerzos para adaptarse a las - nuevas tensiones y presiones, los dientes pueden moverse - en grados apreciable, y crear nuevas interferencias.

El control del tallado selectivo, se realiza de la siguiente manera:

- Control en Oclusión Céntrica: Se le indica al paciente que cierre en su relación céntrica actual, se moldea dos - tiras de cera de colados espesor 30 sobre las superficies oclusales de los dientes superiores, se hace golpear al paciente su mandíbula ligera y rítmicamente en la cera 5 ó 6 veces. No debe sorprender la aparición de este momento de una interferencia, se repiten tallados y controles hasta - que la cera muestre una perfecta impresión de las superfi-

cies oclusales, sin ninguna perforación. Satisfechos con la oclusión de céntrica, se pasa a:

- Control de las Fases Laterales: Se toma dos tiras de cera rosada de base, y se colocan sobre las superficies oclusales de los dientes inferiores cubriendo toda la arcada. Se le dice al paciente que cierre en céntrica y luego que realice movimiento de lateralidad hacia la derecha, retirar la cera, si se observa una interferencia en el lado no funcional o de balance debe ser eliminada. Si no existe interferencias, entonces se observa el lado funcional - si hay contacto simultáneo de todos los dientes existentes no habrá interferencias en la trayectoria funcional. El procedimiento es repetido en la fase funcional y de balance del lado izquierdo. Satisfechos con la oclusión en fases laterales, se pasa a:

- Control en la Fase Protrusiva: se realiza así: Con tiras de cera rosada colocadas en la arcada inferior, se hace ocluir en céntrica, y desde allí realizar la fase protrusiva; se intentará lograr que los seis (6) pares de dientes anteriores contacten armónicamente; si hay contactos funcionales posteriores se deben eliminar.

Finalmente el paciente será citada para controla los 6 meses después.

7. B R U X I S M O

El Bruxismo es el hábito lesivo de apretamiento o tratamiento de los dientes, durante el día o durante la noche con intensidad y persistencia, en forma inconsciente, fuera de los movimientos funcionales de masticación y deglución. - El factor desencadenante más común para el bruxismo es una discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica. El segundo factor desencadenante en orden de importancia, son las interferencias oclusales en el lado de equilibrio, y como tercer factor son las interferencias en las excursiones protrusivas o en lado de trabajo, además - pueden existir otros factores locales que precipitan el bruxismo.

7.1 BRUXISMO EN CENTRICA.

El bruxismo en céntrica es la acción parafuncional de apretar con fuerza en posición de intercuspidadación máxima.

7.2 BRUXISMO EXCENTRICO.

Representa la acción disfuncional de frotar o rechinar los dientes en sus excursiones retrusiva, protrusiva y lateral (fig. 4.23).

La etiología de estas dos formas de bruxismo es doble: La tensión psíquica y desarmonías oclusales (contactos exage-

radas en posición de máxima intercuspidadación, contacto prematuro en relación céntrica, interferencia en protrusión y en lateralidad).

7.3 UBICACION Y DIRECCION DE LAS FACETAS DE DESGASTE

En el bruxismo en céntrica las facetas de desgaste situadas sobre las cúspides de soporte, en las fosas o en las crestas marginales de los dientes superiores e inferiores, señalan bruxismo en céntrica (fig. 4.22A)

En el bruxismo excéntrico:

7.3.1 Las facetas de desgaste ocurren por el desplazamiento de las cúspides de soporte inferiores sobre las caras oclusales superiores.

7.3.2 Las facetas de desgaste en retrusión se encuentran generalmente, en la vertiente mesial interna de las cúspides palatinas. superiores (fig. 4.22A).

7.3.3 Las facetas protrusivas del área de trabajo, se localizan sobre la vertiente palatina y sobre el borde libre de los incisivos superiores. (fig. 4.22B).

7.3.4 Las facetas protrusivas fuera del área de trabajo -

se encuentran en la vertiente distal interna de las cúspides vestibulares superiores (fig. 4. 22A) (2).

7.3.5 Las facetas en lateralidad en el área de trabajo, - se sitúan en la vertiente mesial interna y el vértice de las cúspides vestibulares superiores (fig. 4. 22A) (3).

7.3.6 Las facetas en lateralidad fuera del área de trabajo, están en la vertiente distal y el vértice de las cúspides palatinas superiores (fig. 4. 22A) (4).

8. CONCLUSIONES

- Se debe realizar un buen examen oclusal, pues de él depende la búsqueda de una oclusión estable, estética y funcional. Para cada caso y más particularmente para aquellos complejos, se aconseja montar los modelos de estudio en un articulador semi-ajustable, ya que nos brinda ventajas como:

- Facilita el estudio de las relaciones oclusales
- Fija las características individuales de los movimientos mandibulares del paciente.

- En la práctica cotidiana, generalmente los pacientes no presentan problemas oclusales importantes, y cuando se encuentra un relieve oclusal alterado, éste no parece causar fenómenos patológicos a nivel de la articulación temporomandibular de los músculos, de los dientes o del periodonto; si requieren de una reconstrucción protésica, no debe realizarse de inmediato, ya que la adaptación de ella puede desencadenar un proceso patológico hasta ahora ignorado es necesario primero suprimir las interferencias oclusales antes de realizar la prótesis de una o varias unida-

des.

- Se ha visto que los obstáculos oclusales, pueden estar limitados por adición o sustracción de material dentario - por eso es necesario realizar un examen oclusal minucioso antes de emprender un ajuste oclusal, un tratamiento ortodoncio o una restauración protésica para casi lograr un - resultado exitoso.

- Mientras el tratamiento sea adecuado, el ajuste oclusal ocupa un lugar importante en la práctica odontológica, y - como complemento de los tratamientos ortodóncicos y protésicos. El procedimiento terapéutico es un acto irreversible, en consecuencia se debe hacer con prudencia y método.

- En la práctica, no siempre es posible crear puntos de - soporte que correspondan a cada reborde marginal y a cada vertiente de las fosas, se requiere sobre todo, que los - contactos sean puntiformes y se establezcan con igual intensidad en toda la arcada.

T0104
Trabajo de Grado
Ejemplar 1



T0104