

273

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELECTIVO EN DIENTES NATURALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

ALEJANDRO MARTINEZ GARDUÑO

ASESOR: C. D. ELOISA SOTO GARCIA
SAN JUAN IZTACALA, MEX. 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

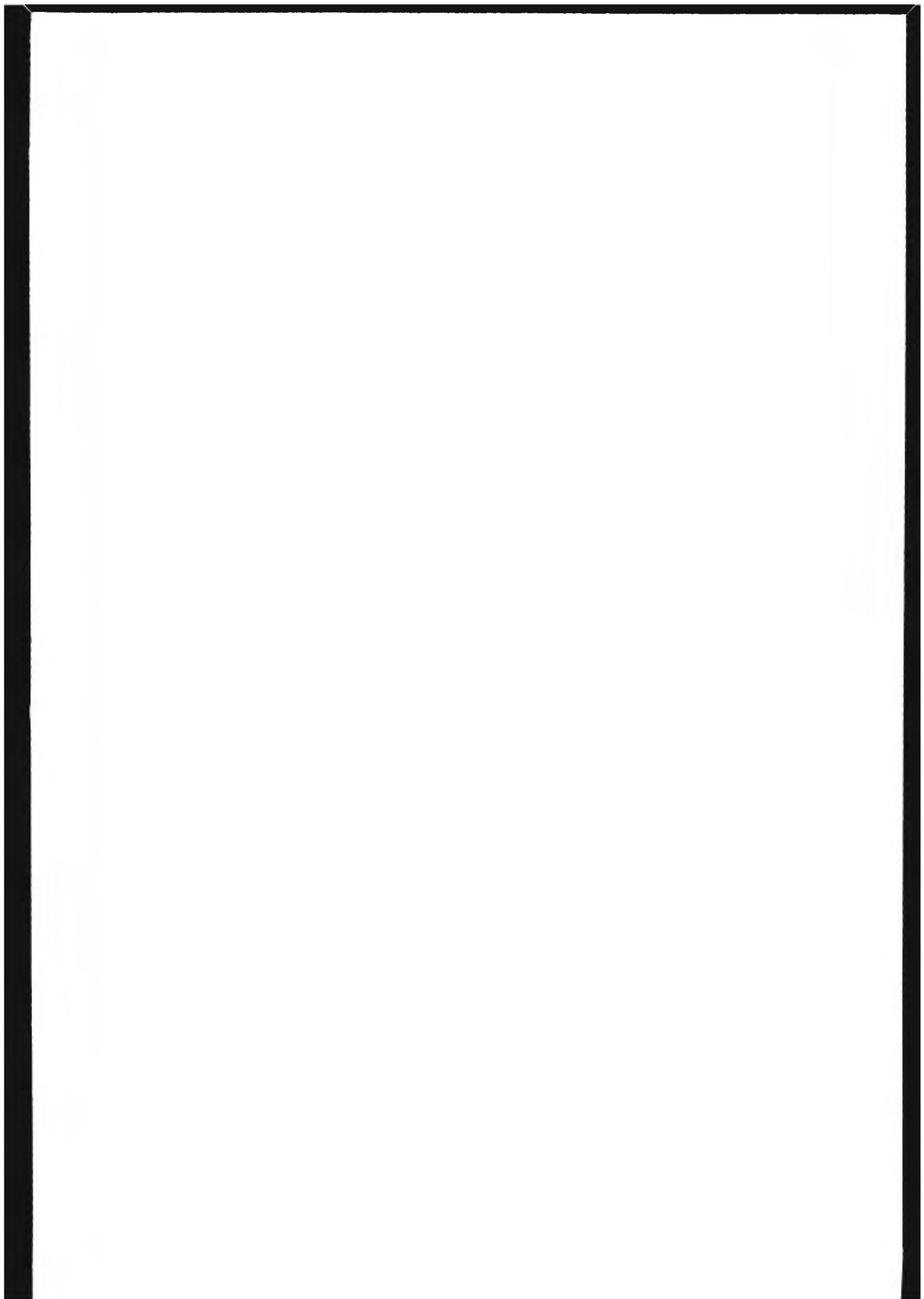
INTRODUCCION

I	ETIOLOGIA DE DISEQUILIBRIO OCLUSAL	1
	A) Causas Directas	3
	B) Causas Indirectas	4
II	DIAGNOSTICO DE LA OCLUSION DEL PACIENTE	7
	A) Exámen de la articulación temporoman- dibular.	8
	B) Manifestaciones patológicas de los - dientes	9
	C) Manifestaciones patológicas de la - oclusión en el parodonto.	10
	D) Exámen de los músculos de cabeza, cue- llo y manifestaciones patológicas de la oclusión.	11
III	GUARDA OCLUSAL	15
IV	PROCEDIMIENTO PARA EL MONTAJE DE MODELOS	19
	A) Impresiones	19
	B) Modelos	19

C)	Establecimiento del eje de la bisagra.	19
D)	Empleo de la horquilla de mordida.	19
E)	Empleo del arco facial.	21
F)	Montaje de modelos del maxilar superior.	22
G)	Mordida en cera en relación a céntrica.	22
H)	Montaje del molde del maxilar inferior.	23
I)	Mordida protrusiva en cera.	24
J)	Determinación de la guía condilar.	24
V	AJUSTE OCLUSAL.	26
A)	Indicaciones.	27
B)	Contraindicaciones.	28
C)	Propósitos de ajuste oclusal.	29
D)	Técnica del ajuste oclusal del Dr. Charles E. Stuart.	32
	1.- Probar las relaciones incisales.	32
	2.- Estimar las relaciones de los caminos- en la excursión lateral en el costado- punta con punta.	33
	3.- Ajustar la relación céntrica.	34
E)	Técnica del ajuste oclusal para la clase - III.	37

F) Respuesta de los dientes ante el ajuste oclusal.49
G) Respuesta de la A.T.M. en el - ajuste oclusal.50
H) Respuesta neuromuscular ante el- ajuste oclusal.	51
I) Respuesta paradontal ante el ajuste oclusal. . . .	51
CONCLUSIONES54

BIBLIOGRAFIA



I N T R O D U C C I O N

" El tallado de los puntos " ha sido practicado desde que se dispuso de instrumentos para realizarlo, sin embargo se ha efectuado generalmente sin conocer ni poner atención a la función total del sistema gnático, y el alivio transitorio que creó ha terminado con mucha frecuencia en problemas oclusales más complejos debido al desplazamiento de los dientes. (9: 255)

Dentro de los tratamientos existentes para las afecciones del sistema estomatognático, se ha comprobado que el ajuste oclusal por desgaste mecánico aun siendo un procedimiento limitado, puede restablecer la armonía perdida por diferentes causas, al crear vías funcionales y eliminar los puntos prematuros, (7: 528)

La técnica de ajuste oclusal por desgaste mecánico a que hacemos mención, está basada en los principios de la oclusión orgánica, siendo la única que inicia el desgaste en posición excéntrica para que al final se llegue a la céntrica lo que conserva la estructura dentaria durante la corrección del lado de balance, ya que solo se labran surcos para que las cúspides antagonistas logren viajar sin interferencias. (7: 527)

Al realizarse el ajuste oclusal de esta forma, está siendo conservada la estructura dentaria de las cúspides estampadoras que son las que establecen la oclusión céntrica y mantienen la dimensión vertical.

Los contactos prematuros son los primeros contactos que hacen las superficies antagonistas antes que las demás y se producen durante los movimientos funcionales y para funcionales. Si el contacto prematura es en céntrica, la mandíbula es desviada hacia alguna otra posición oclusal, si el contacto prematura durante algún movimiento de deslizamiento, los dientes adyacentes pueden no hacer contacto durante el deslizamiento. En consecuencia se impide la armonía del sistema gnático, ya que las interferencias pasan a dirigir los movimientos de la mandíbula en vez de que hagan las articulaciones.

Las contracciones musculares armónicas y sincronizadas, es una característica de un sistema masticatorio funcional, que evita la hipertonicidad o la debilidad muscular, hiperfunción y dolor de dientes, músculos de la masticación y articulación temporomandibular. Generalmente las alteraciones funcionales son ocasionadas por factores de dolor, tensión

psíquica o por oclusión patológica.

El tipo y la gravedad de las alteraciones que sufra el sistema estomatognático, dependerá el grado de adaptación al tipo de oclusión que tenga cada individuo, si los estímulos rebasan el límite de la reacción fisiopatológica, la adaptación fisiológica no es posible, dando como resultado una lesión. Los signos y síntomas disfuncionales del sistema estomatognático van a ser diferentes en cada paciente, a causa de la disparidad individual en lo estructural, funcional y emocional.

En una boca con todos los dientes en correcto alineamiento los bordes incisales y las superficies masticatorias de todos los dientes, así como los contactos interproximales, están sometidos durante toda la vida a una continua fricción, siendo éste un proceso fisiológico, sería progresivo durante toda la vida sin haberse exagerado. Por lo tanto se debe hacer, una distinción entre proceso normal de atrición y estado patológico.

Las interferencias oclusales, agravan la contracción muscular; el acortamiento involuntario de uno o más músculos -

masticadores causa la posición excéntrica del cóndilo, la -
desorientación de los movimientos mandibulares y limita la -
apertura de la boca y como consecuencia comienzan a funcio--
nar otras interferencias cuspídeas, que agravan más el esta-
do y establecimiento hacia el círculo vicioso.

La oclusión debe ser tal, que haya correcta relación en--
tre dentadura y el resto del organismo, la calidad de la -
oclusión depende de la cantidad de contactos que se tengan -
lo que controla el grado de función y puede por tanto trans-
mitir fuerzas favorables o desfavorables a la dentición.

Al confeccionar prótesis parciales, puentes fijos y res--
tauraciones con incrustaciones, habrá de eliminarse todos -
los puntos de contacto prematuros para no perpetuar la desar-
monía.

La deglución defectuosa es otro resultado de la malposi--
ción mandibular causada por interferencias cuspídeas en rela-
ción céntrica, que provoca una desincronización muscular, al
efectuarse el mecanismo de la deglución.

La corrección de las interferencias oclusales tanto en la
dentición natural como en las restauraciones se facilita si

se conoce bien tanto la fisiología del movimiento mandibular como la topografía de las caras masticatorias de los dientes.

El cierre armónico de los dientes es importante para el periodonto, las articulaciones temporomandibulares, los músculos, el cuello, los carrillos, los labios, la lengua y los nervios que ayudan a los músculos a realizar automáticamente las distintas funciones gnáticas.

El ajuste oclusal tiene como finalidad el restablecer una compatibilidad con el parodonto, el sistema neuromuscular y las articulares temporomandibulares. (9: 256)

En ocasiones la hipertonicidad y la falta de coordinación muscular, impide que se realice el ajuste oclusal durante la primera cita y se hace necesario el uso de guardas oclusales durante la primera etapa del tratamiento para lograr un mejor equilibrio de los músculos. (4) (9: 234-236)

Los estudios realizados demuestran que después del ajuste oclusal, se nota una tensión bilateral igual en las fibras posteriores de los músculos a relación céntrica. En estudios más recientes se demostró, que al existir una tensión bilateral igual, no sólo en las fibras antes mencionadas, si

no de los músculos de la masticación en general (obviamente - el ajuste oclusal) la función masticatoria obtiene una mejora, ya que la cantidad de golpes masticatorios se reduce así como el tiempo requerido para poder deglutir los bocados, favorecido ésto por la masticación bilateral, la apertura máxima alcanzará con anterioridad también se ve aumentada en general, los signos y síntomas de la disfunción así como los desgastes atípicos y demás patológicos existentes, desaparecen.

Sin embargo no todos los casos pueden ser tratados por ajuste oclusal por desgaste mecánico.

El ajuste oclusal por desgaste mecánico, aun con todos los beneficios que presenta es un proceso limitado, ya que ciertos tipos de discrepancias no pueden corregirse por medio de él. En vez de ello por medio ortodóntico, o en algunos casos la extracción de uno o varios dientes que interfieran fuertemente puede ser mejor que el desgaste mecánico. (2: 343-344)

En odontología, uno de los procedimientos más difíciles de realizar es un buen ajuste oclusal; cualquier persona disponiendo de pieza de mano, piedra verde, fresas y papel carbón puede tallar dientes, pero solo la técnica gnatólógica puede-

llevar a cabo los objetivos del ajuste oclusal. (7: 344)

El ajuste oclusal debe reunir los requisitos básicos, que son: el no dejar la dentición en oclusión balanceada y conservar o restituir la céntrica. (10:300) (7: 528)

El articulador ajustable, es la única forma de reproducir los movimientos mandibulares que nos interesan para estudiar el caso, el planteamiento del ajuste oclusal sobre modelos de estudios montados en el articulador, hace del desgaste un procedimiento más seguro y lógico, aumentando las posibilidades de éxito en el tratamiento. (7: 349)

ETIOLOGIA DEL DESEQUILIBRIO OCLUSAL

El sistema gnático está constituido por cuatro elementos interdependientes que son:

- 1.- Los dientes.
- 2.- El periodonto.
- 3.- Sistema neuromuscular
- 4.- Las articulaciones temporomandibulares.

Podemos deducir que si el sistema está formado por elementos interdependientes, es fácil concluir que cuando uno de los elementos presenta condiciones patológicas, los otros elementos serán afectados en cierto grado. Cuando la alteración se presenta en la oclusión, ésta repercute en todos los elementos, pero principalmente en la articulación temporomandibular. A un cambio dado en la posición de los dientes le sigue un cambio en la posición de la mandíbula y ambos cóndilos.

Si el cóndilo de un lado se mueve en una sola dirección, el opuesto se moverá en forma correspondiente y compensaría a ese movimiento, por ser la mandíbulo un hueso único. Si estos movimientos son obligados por una oclusión patológica

o anormal, los resultados patológicos ya sea mínimos u
obvios afectarán a las estructuras de la articulación tempo
romandibular acompañados de varios síntomas.

La falta de armonía entre oclusión céntrica y la rela---
ción céntrica lleva casi siempre al individuo hacia una oclu
sión filiológica. Es factible, que en algunos individuos -
con un grado de adaptabilidad mayor, no presenten sintomato
logía alguna, aun cuando no exista una buena interacción en
tre oclusión y relación céntrica. Estos sujetos deben ser
examinados periódicamente pues aun cuando no presenten sig--
nos o síntomas evidentes, puede existir la alteración en al
gunos o alguno de los elementos del sistema gnático en for
ma incipiente y en un tiempo determinado. Al bajar las re
sistencias del individuo, puede iniciarse o acelerarse el -
proceso degenerativo.

Por otra parte, aun habiendo buena concordancia entre la
la oclusión céntrica y las relaciones céntricas, pueden ha
ber factores que predispongan a que la oclusión se torne pa
tológica, cúspides que ocluyen favoreciendo el empaqueta---
miento de alimentos fibrosos y ocasionando trastornos en el
segundo elemento gnático del periodonto. Un ejemplo sería
la coincidencia de la oclusión céntrica pero no coinciden--

cia en oclusiones laterales o protrusivas, estos casos son -
los menos, pero se debe tener el espíritu abierto para toda-
información y no excluir una oclusión patológica, por el he-
cho de encontrarse en relaciones que concuerdan con el proto-
tipo de oclusión.

La causa primordial que origina la desarmonía entre las -
relaciones céntricas y oclusal, es la causa primera de la -
oclusión patológica y de las alteraciones de las articulacio-
nes temporomaxilares. Debe analizarse su etiología antes de
pasar a ver su clasificación.

La etiología de las interferencias pueden catalogarse en-
dos divisiones.

1.- Causa Directa, que consiste en anomalías -
lidades de los dientes y de las arcadas
dentarias.

2.- Causa Indirecta que consiste en las -
anormalidades de otros tejidos que a su
vez afecta a los dientes y arcadas.

1.- Causa Directa.

a) Podemos encontrar en el crecimiento genético de cada in-
dividuo una desarmonía de la mandíbula y maxilar supe-
rior, pudiendo no coincidir y teniendo un desequilibrio

en relación a tamaño de arco, no podemos tener una oclusión en relaciones normales.

- b) Mordida cerrada ocasionada por erosión de las caras oclusales de toda o casi toda la dentición.
- c) Las extracciones dentarias sin su remplazamiento adecuado.
- d) Restauraciones oclusales colocadas en supraclusión, o con anatomía en infraclusión.
- e) La rehabilitación oclusal sin la instrumentación adecuada.
- f) Caries, por la pérdida excesiva de la estructura dentaria.
- g) Desgaste ó erosión oclusal excesiva.
- h) Procedimientos ortodónticos que sólo consideran a los dientes como meta del tratamiento, resulta muy a menudo con condiciones patológicas en la oclusión y presentan síntomas en las articulaciones.
- i) Dientes supernumerarios.
- j) Retención de los dientes después del tiempo de erupción.
- k) Erupción tardía de los permanentes.
- l) La erupción de los terceros molares.

2.4.5. Causas Indirectas

Las causas indirectas de interferencias oclusales son ca

si todas de categoría periodóntica y periapical, y estas - causas pueden iniciar movimientos de los dientes con la consecuencia de una relación adversa en la oclusión. Entre estas se encuentran:

- a) Hábitos de morder la pipa.
- b) Apretar los dientes.
- c) Morderse los labios.
- d) Tumores y quistes, por la presión interior ejercida sobre las raíces de los dientes causando maloclusión.
- e) Malformaciones congénitas.
- f) Fracturas reducidas y no reducidas.
- g) Enfermedades propias de la articulación temporomandibular.
- h) Traumatismos.
- i) Las condilectomías.
- j) Resecciones mandibulares que resultaran con cambios oclusales.
- k) La parálisis de los nervios motores del sistema gnático, causan la falta de coordinación muscular durante la función masticatoria.

En los casos mencionados en las causas indirectas el tratamiento debe ir enfocado, primero hacia la causa indirecta

y después debe hacerse un ajuste oclusal completo, por desgaste mecánico como tratamiento paliativo.

Podemos determinar que las interferencias oclusales se presenta al cerrar la mandíbula por ejemplo: una superficie de un diente choca con otra de un diente antagonista impidiendo el cierre de la relación céntrica. Al ocurrir el choque con la interferencia, las posiciones condilares cambian y el sistema neuromuscular es irregular. Este choque desvía a la mandíbula hacia una posición anormal, originando disturbios secundarios en las articulaciones, ligamentos de ella y el sistema neuromuscular del sistema gnático.

(7: 429-434)

DIAGNOSTICO DE LA OCLUSION DEL PACIENTE

Al estudiar las manifestaciones patológicas de las relaciones oclusales, no solamente se realiza el exámen en cuanto a oclusión y relación céntrica, sino también a los movimientos mandibulares y a las relaciones que guardan los dientes entre sí en dicho momento (relaciones excéntricas).

La oclusión debe ser examinada guiando los movimientos del paciente, hasta las posiciones escogidas, donde nos detendremos para discriminar los contactos oclusales, y poderlos repetir cuantas veces sea necesario, para un correcto diagnóstico.

Se observarán las arcadas dentarias para describir las irregularidades existentes en ellas, como lo son: Ausencia de dientes, mordida cruzada, giroversiones y falta de contactos interdentarios.

En primer término, deben buscarse los signos y síntomas de la oclusión patológica, mismas que nos determinarán la necesidad de efectuar o no, el ajuste oclusal u otra terapéutica. Estos signos y síntomas los podremos encontrar en cualquiera de los elementos constitutivos del sistema estomatognático. Estos elementos son:

- 1.- Articulaciones temporomandibulares.
- 2.- Dientes.
- 3.- Parodonto.
- 4.- Sistema Neuromuscular.

1.- EXAMEN DE LAS ARTICULACIONES TEMPORMANDIBULAR Y SUS MANIFESTACIONES DE TIPO PATOLOGICO.

El exámen de las articulaciones se hace en la palpación, siendo auxiliado por la auscultación, y sólo en pacientes delgados, se podrá visualizar clínicamente cualquier tipo de patología que sea realizado en el cóndilo.

La articulación es palpable justo antes del tragus de la oreja. En su aspecto posterior a través del meato auditivo externo.

Para efectuar el exámen, se indicará al paciente que abra y cierre la mandíbula, esto nos indicará, la presencia o ausencia de movimiento condileo y si el movimiento es o no simétrico entre uno u otro cóndilo, así como la presencia de cualquier tipo de dolor. Cualquier fenómeno causante de sonido debe ser registrado.

MANIFESTACIONES PATOLOGICAS DE LA A.T.M.

- A.- Chasquido y crepitación ocasional.
- B.- Sensibilidad.

- C.- Dolor en la articulación y en la periferia de la -
A.T.M.
- D.- Dolor agudo al movimiento de la mandíbula con res--
tricción de ésta.
- E.- Anquilosis.
- F.- Calcificación.
- G.- Compactación de hueso.
- H.- Formación de espolones en el cóndilo.
- I.- Fragmentación del menisco articular.
- J.- Exostosis y rugosidades en la eminencia articular.
- K.- Cambio en la inclinación de la pared posterior de -
la eminencia articular.
- L.- Aplastamiento y ensanchamiento de la cavidad gleno*u*
dea.
- M.- Aumento del espacio articular, por desplazamiento -
del cóndilo.
- N.- Tinnitus, vértigos e inflamación aguda de la articu-
lación.
- O.- Trismus y traba mandibular.
- P.- Desviación al lado afectado, con luxación o subluxa-
ción condílea.
- 2.- MANIFESTACIONES PATOLOGICAS EN LOS DILENTES

- A. - Impactación de alimentos.
- B. - Rechinariento de dientes.
- C. - Formación de cálculos pulvares.
- D. - Resorción radicular.
- E. - Abscesos periapicales.
- F. - Hiperemia, dolor y néurosis pulpar.
- G. - Hipermovilidad dentaria.
- H. - Desplazamiento y giroversión dentaria.
- I. - Fracturas en coronas y restauraciones.
- J. - Facetas brillantes en obturaciones.
- K. - Erosión cervical.
- L. - Contactos interproximales afectados.
- M. - Exposición pulpar por desgaste de la superficie de los dientes.
- N. - Facetas de desgaste, con bordes de esmalte afilados e irritantes.

3. - MANIFESTACIONES PATOLÓGICAS DE LA OCLUSIÓN EN EL PARODONTO

- A. - Papila interproximal inflamada.
- B. - Impactación de Alimentos.
- C. - Pérdida de control gingival.
- D. - Pérdida del color, textura y consistencia gingival.

- M.- Pérdida de puntilleo característico de la encía incertada.
- N.- Ensanchamiento parodontal por trombosis de los vasos.
- O.- Formación de bolsas parodontales.
- P.- Movilidad dentaria.
- Q.- Sensibilidad a la presión.
- R.- Pérdida del septum osoo.
- S.- Pérdida de hueso alveolar.
- T.- Engrosamiento de la lámina dura.
- U.- Formación de abscesos periapicales.
- V.- Formación de abscesos parodontales.
- W.- Hipercementosis.
- X.- Osteosclerosis.

4.- EXAMEN DE LOS HUECULOS DE CABEZA Y CUELLO Y
MANIFESTACIONES PATIOLÓGICAS DE LA OCLUSIÓN

Los músculos hipertrofiados se ven como un agrandamiento, pero existirá mayor seguridad al palpar el cirujano dentista, puede utilizar la palpación bilateral simultánea, para examinar a sus pacientes siendo los pterigoideos externos los únicos que se estudiarán unilateralmente.

El profesionista experimentado, podrá obtener por medio de la palpación, información sobre la textura, consistencia,

volumen y la presencia o ausencia de zonas sensibles o dolorosas.

Para que el paciente pueda ser estudiado, se le debe indicar que apriete y relaje su mandíbula simultáneamente y se le interrogará sobre la exploración de los músculos. En una forma práctica debemos comenzar por las regiones extraorales y finalizar con las intraorales.

A) La primera zona por examinar será la del masetero, en sus partes posteriores, anterior y ángulo mandibular, notando la secuencia bilateral de las contracciones y la fuerza ejercida. Estas regiones pueden ser dolorosas si el paciente presenta bricomanía, asociada con contactos inadecuados en relación céntrica o disfunción articular.

B) La región temporal será la segunda zona por examinar; debiendo observarse la fuerza, secuencia de las contracciones y la presencia de zonas dolorosas; las fibras anteriores son muy sensibles a las interferencias oclusales.

C) El pterigoideo por su dirección se estudiará extraoralmente en su unión con la mandíbula.

D) El vientre posterior del digástrico, se une a la apófisis mastoidea dirigiéndose adelante para unirse al hueso hioides, puede ser palpado directamente, colocando los de-

dos entre el ángulo mandibular y la apófisis mastoidea.

E) La inserción del músculo temporal, se estudiaba introralmente, colocando el dedo índice en el espacio retromolar, estudiando sus bordes y su centro, dado que la unión - tendinosa del temporal es profunda. Las molestias que se - presentan en este músculo, tienden a estar relacionadas con grandes discrepancias existentes en la oclusión y la relación céntrica, ya que este músculo es el que principalmente mantiene la mandíbula en su lugar.

F) El borde inferior del pterigoideo externo, puede ser palpado, si colocamos el índice en la parte posterior lateral interna de los molares, moviendo el dedo distalmente en la región de la tuberosidad del maxilar y volviendo la yema del dedo ligeramente hacia arriba. El pterigoideo externo puede estar dolorido si el paciente tiene una desviación lateral desde el primer contacto en relación céntrica a la - máxima intercuspidadación, si tiene una interferencia oclusal del lado del balance, o si tiene apertura restringida.

MANIFESTACIONES PATOLOGICAS DE LA OCLUSION DEL PACIENTE EN EL SISTEMA NEUROMUSCULAR

A) Aumento de la actividad neuromuscular, causada por -

los reflejos propioceptores, ocasionando la fatiga muscular.

- E) Tono muscular aumentado.
- C) Convulsión tónica muscular (Trismus).
- D) Contracción asincrónica.
- E) Dolor localizado (mialgias), con dificultad a la -
apertura.
- F) Espasmo muscular (traba mandibular a ciertas posiciones).
- G) Tensión emocional o nerviosismo.
- H) Stress general.
- I) Parestesia.
- J) Dolor en la palpación.
- K) Inflamación ocasional.
- L) Atrofia muscular.

La posición que guardan los cóndilos con respecto a su cavidad glenoidea, puede estar alterada y de hecho así lo está en la mayoría de las personas por el tipo de contactos oclusales que presenta cada individuo.

GUARDA OCLUSAL

La guarda oclusal es de gran valor como auxiliar del ajuste oclusal y de la reconstrucción bucal, dado que proporciona relajamiento muscular y comodidad a los pacientes, permitiendo con ello al Cirujano Dentista registrar la verdadera relación céntrica.

La guarda oclusal es un aparato generalmente confeccionado en acrílico, la cual es empleado en los dientes superiores.

El objetivo de la guarda oclusal es eliminar la intercuspidación, es decir, quitar los contactos oclusales y con ello devolver al paciente a su relación céntrica y proporcionar un alivio temporal de los sistemas, para posteriormente realizar el tratamiento oclusal conveniente (en este caso el ajuste oclusal).

Una vez elaborada la guarda oclusal, se cita al paciente periódicamente para examinar su mejoría; primero dos veces por semana, y más adelante con menos frecuencia hasta que desaparezcan los síntomas.

TECNICA PARA LA CONSTRUCCION DE LA

GUARDA OCLUSAL

- 1.- Poner cera alrededor de los dientes dejando descubierta la cara vestibular de todos los dientes tan sólo una porción de tres milímetros aproximadamente, en la parte palatina dejar descubiertos los dientes de 1.5 cm. de paladar.
- 2.- Mojar los modelos durante 10 minutos.
- 3.- Poner separador de acrílico en los dientes y en la cera.
- 4.- Volver a montar los modelos y ajustar la guía incisal a la altura conveniente.
- 5.- Poner acrílico transparente para ortodoncia, primero el líquido y después el polvo. Dejar la guarda de un milímetro de grueso.
- 6.- Se mezcla más acrílico hasta que esté pegajoso y se ponen rodillos en la cara oclusal de los dientes posteriores y se cierra el articulador hasta que toque la guía incisal.
- 7.- Esperamos a que polimerice y recortar el exceso de acrílico.
- 8.- Con el papel de articular notar que las cúspides vestibulares inferiores sean las únicas que toquen y se rebaja el acrílico alrededor de esa marca, qui-

tando las marcas que se hagan, se checa primero con el papel de celofán de .001 tanto en las cúspides - como en la guía incisal y se va rebajando hasta que todas las cúspides y la guía detengan el papel celo fán parejo. Se rebasará alrededor de las marcas de las puntas de las cúspides.

- 9.- Hacer lo mismo con el shim stock de .005 hasta que todas las cúspides vestibulares inferiores y la - guía incisal toque al parejo y se checa con papel - de articular otra vez.
- 10.- Poner el papel de articular en un lado y mover el - articulador hacia el lado de trabajo y balance y - protrusiva quitando todas las interferencias. (has - ta este momento no hemos agregado acrílico a los - dientes anteriores de canino a canino).
- 11.- Se mezcla acrílico y se moja la parte anterior, se pone un rodillo de acrílico cuando esté moldeable - sin llegar a estar pegajoso, haciendo llegar el - acrílico hasta pasar el borde incisal de los ante - riores.
- 12.- Se cierra el articulador varias veces para que que - den bien marcados los bordes incisales.

- 13.- Se quita el exceso hasta dejar una línea de marca de papel articular de los incisivos y se checa la sobre mordida, tanto en incisivos como caninos.
- 14.- El papel celofán debe detenerse en los caninos y en la guía incisal. En los incisivos debe pasar sin detenerse.
- 15.- Con la espátula de cera se quita la cera y se recorta el exceso de acrílico.
- 16.- Con fresón en la pieza de mano se recorta hasta dejar 2 milímetros de espesor tanto en bucal como en lingual.
- 17.- Se quita la placa con cuidado palanquéandola poco a poco.
- 18.- Se redondea la placa con una piedra verde en forma de barril.
- 19.- Con el motor pasar la manta de trapo con tierra pomex y agua. (4) (9: 234-236)

PROCEDIMIENTO PARA EL MONTAJE DE MODELOS

IMPRESIONES. Hay que tomar impresiones de la mandíbula y el maxilar, teniendo en cuenta que las superficies oclusales de los dientes estén bien impresionados y que no queden burbujas en el material empleado.

MODELOS. Las cucharillas de las impresiones se corren inmediatamente con yeso piedra y debe ser un modelo que no retenga burbujas y sea duro.

ESTABLECIMIENTO DEL EJE DE BISAGRA

El eje de bisagra convencional, se localiza midiendo con la regla flexible desde la parte media del tragus de la oreja, hasta el canto externo del ojo y colocando una señal con el lápiz a 13 milímetros por delante del borde del tragus de la oreja.

Se debe también palpar y hacer una marca en la piel sobre la escotadura infraorbitaria. Si el articulador tiene dispositivo para registrar el plano axilar infraorbitario (articulador Hanau, Dentatus).

EMPLEO DE LA HORQUILLA DE MORDIDA

Se ponen dos o tres capas de cera para placa base unifor

mamente, se calienta sobre la horquilla de mordida y se coloca entre los dientes del paciente. El mango de la horquilla debe estar orientado 10 o 15 grados hacia un lado a fin de evitar interferencias posteriores (al montar el molde) con el clavo incisivo y la mesa del articulador. Hacer que el paciente muerda lentamente la cera hasta que las superficies oclusales de los dientes superiores e inferiores proporcionen firme apoyo en la horquilla. Se debe advertir al paciente que evite morder a través de la cera hasta llegar al metal, puesto que los brazos de la horquilla pueden doblarse y dado que son elásticos volverán a enderezarse al sacarla de la boca.

No es importante la posición del maxilar inferior durante este procedimiento, puesto que el registro de la horquilla se efectúa únicamente para la orientación de los modelos del maxilar superior respecto al eje de bisagra al plano infraorbitario.

Manteniendo la horquilla dentro de la boca, se enfría la cera con aire. Después de sacar la horquilla se coloca el molde del maxilar superior sobre la cera y se buscan los posibles contactos con tejidos blandos y se eliminan. Ya que los modelos no asentarían adecuadamente en la mordida en ce

ra.

Se recorta también algo de cera de las superficies vestibulares de los dientes, de manera que las puntas de las cúspides y los bordes incisivos de los dientes del molde, se asienten adecuadamente en la mordida de cera. Hay que asegurarse que el molde ajuste perfectamente en la mordida de cera y descartar ésta si existe cualquier balanceo del molde, cuando se coloca ligeramente sobre ella, una vez que se ha efectuado el ajuste descrito.

EMPLEO DEL ARCO FACIAL

Se debe colocar nuevamente la horquilla en la boca del paciente y que la muerda firmemente mientras se coloca y se centra de manera adecuada el arco facial. Los tubos condilares del arco facial deben casi tocar la piel sobre el centro de las marcas colocadas para designar el eje de bisagra convencional. El arco facial debe quedar también centrado que los ajustes milimétricos a ambos lados del mismo sean iguales. Apriétese el tornillo delantero del arco facial, asegurándose que no se han movido de los tubos condilares durante el procedimiento. Colóquese el clavo infraorbitario en posición.

MONTAJE DEL MODELO DEL MAXILAR SUPERIOR

Colóquese la guía condilar del articular a 30 grados y la guía lateral a 15 grados. Sitúese el clavo incisivo en cero, fijándose los cóndilos y se asegura que no haya "juego" en el cierre condilar, antes de centrar el arco facial en el articulador, si se dispone de medios para registrar el plano infraorbitario, este determinará la posición de la horquilla de mordida. El molde superior se coloca sobre la mordida de cera en la horquilla y se monta una mezcla aguda de yeso para impresión de fraguado, o piedra dental de fraguado rápido.

MORDIDA DE CERA EN RELACION CENTRICA

El siguiente es el paso más importante en el montaje de modelos y consiste en obtener una impresión de la mordida de cera en el maxilar inferior en relación céntrica. Se calienta uniformemente una tira de cera para placa base 10 centímetros de longitud y 2.5 centímetros de ancho, y se reblandece en agua caliente, póblese la tira de cera a lo largo y se coloca rápidamente sobre los dientes inferiores del paciente, se mantiene la mano derecha sobre la barbilla del paciente con el pulgar sobre los incisivos inferiores, ejerciendo ligera presión, se eleva el maxilar a través de la cera reblan

decida casi hasta que los dientes se pongan en contacto.

El operador debe mantener la presión moderada y firme sobre los incisivos del paciente mientras corta el exceso de cera para dejar al descubierto las puntas de las cúspides vestibulares. Se enfría después con aire. Resulta importante mantener cierta presión hacia atrás sobre el maxilar inferior del paciente mientras que se está enfriando la mordida en la cera, especialmente si el paciente tiene dientes sensibles al frío. En caso de que la cera entre en contacto con cualquier tejido blando se recortará este tramo.

Si en cualquier punto de los dientes superiores e inferiores han hecho contacto a través de la cera se deberá tomar otra mordida.

MONTAJE DEL MOLDE MAXILAR INFERIOR

La mordida de relación céntrica en cera se emplea para la colocación del molde inferior en el articulador. Se hace descender el clavo incisivo 2 milímetros para compensar los 0.5 milímetros del espesor de la cera en la región molar. Se coloca la mordida sobre el molde inferior cuidadosamente, pero con firmeza asegurándose que ambos moldes ajusten perfectamente dentro de las impresiones de las puntas a las cúspides y de los bordes incisivos, efectuándose algunas muescas-

sobre los lados de base del molde inferior y amarresele al molde superior y al articulador tan firmemente como sea posible utilizando un cordón fuerte de algodón. Es muy importante que los moldes y la mordida en cera se mantenga firmemente unidos durante el resto del montaje. Se monta el molde inferior al articulador con yeso para impresión o piedra dental de fraguado rápido, los cambios de volumen durante el fraguado del yeso resultan sumamente importantes para esta parte del montaje.

MORDIDA PROTRUSIVA EN CERA

Para la colocación de la guía condilar es necesario una mordida protrusiva en cera, ordenándole al paciente que desplace hacia adelante la mandíbula 3 o 4 milímetros, dependiendo del grado de sobre mordida. Se emplean de dos a cuatro capas de cera para placa base, calentada para tomar la mordida protrusiva, es necesario que el paciente muerda en la posición adecuada sin que los dientes llegen a entrar en contacto, y se enfríe la cera.

DETERMINACION DE LA GUIA CONDILAR

Se aflojan los tornillos condilares del articulador, se abren los cierres céntricos y se quita el clavo incisivo,-

se coloca la mordida protrusiva en cera sobre el molde inferior y se mueve hacia atrás la parte superior del articulador hasta que el molde superior se ajuste dentro de la mordida.

Se mantiene firmemente unidas las dos partes del articulador y se leen las guías condilares en ambos lados del articulador, y se aprietan los tornillos condilares. En la mayoría de los casos con articulaciones temporomandibulares más o menos normales, no habrá más de dos a cinco grados de diferencia entre las guías condilares derecha e izquierda, aunque dicha diferencia pueda llegar a ser hasta 20 grados o más. (9: 203-212)

AJUSTE OCLUSAL

La técnica de ajuste oclusal de los arcos dentarios, fundada por el Dr. Charles E. Stuart con la finalidad de que al emplearla en la clínica se obtenga una protección mutua, es también definida como desoclusión en grupo, durante los movimientos mandibulares, y una relación céntrica con lo que se logran las características de oclusión cúspide fosa, las cuales son: Cuando el maxilar inferior está en relación céntrica y los planos oclusales están en máxima interdigitación o sea el equivalente a oclusión céntrica.

En una excursión lateral las piezas dentarias desocluirán de inmediato, cuando en el lado de trabajo toque punta con punta los caninos.

En posición protrusiva, cuando toque punta con punta los dientes anteriores desocluirán en el acto todos los dientes posteriores.

En oclusión céntrica solamente los dientes posteriores y los caninos deberán hacer contacto, y habrá un pequeño espacio entre los dientes anteriores, superiores e inferiores.

Las cúspides estampadoras se alojarán en sus respectivas fosas y será de manera óptima si estas poseen tripodismo de contacto en estas cavidades y al principio del desplazamieno

to mandibular hará desoclusión de inmediato.

Los caninos, al igual que la guía incisal (cara palatina de los dientes anteriores superiores), serán los encargados por su anatomía y colocación de realizar estas desoclusiones inmediatas.

Las cúspides, tanto las estampadoras como las de tijera pasarán por senderos sin tener el menor roce, lo cual evita que ocurran interferencias en las áreas a las que corresponde ejecutar la desoclusión. (10: 300)

INDICACIONES DEL AJUSTE OCLUSAL

- 1.- Existencia de oclusión traumática.
- 2.- Presencia de bruxismo.
- 3.- Alteraciones en la articulación temporomandibular.
- 4.- Hipertonicidad de los músculos masticadores de la cabeza o el cuello.
- 5.- Limitación de los movimientos del maxilar inferior.
- 6.- Colocación mesial del maxilar inferior.
- 7.- Cuando existe desarmonía de las relaciones funcionales y de reposo.
- 8.- Falta de oclusión que puede ser corregida mediante limado.

- 9.- Masticación unilateral.
- 10.- Para mejorar relaciones funcionales.
- 11.- Aumentar la eficacia masticadora y producir una distribución uniforme de esfuerzos oclusales.
- 12.- Existencia de impactación de alimentos.
- 13.- Cuando los dientes han emigrado.
- 14.- Para reducir la rotación de algún diente en especial.
- 15.- Existencia de dolor dental asociado a la oclusión.
- 16.- Antes de la reconstrucción oclusal.
- 17.- En caso de existencia de alguna forma de padecimiento periodontal.
- 18.- En trastornos de dicción. (4: 161-172) (9: 255-256)

Se propone en ocasiones que el ajuste oclusal debe efectuarse únicamente si existe una o más de las condiciones señaladas, pero algunas personas de reconocido prestigio recomiendan el ajuste profiláctico a fin de eliminar la posibilidad de futuras condiciones patológicas.

CONTRAINDICACIONES PARA AJUSTE OCLUSAL

- 1.- Cuando la relación céntrica no es reproducible (para lo cual se hace necesario el uso previo de otra terapéutica).

- 2.- Realizando sistemáticamente como tratamiento preventivo de trauma oclusal potencial, si no existe otra indicación para dicho tratamiento.
- 3.- En ausencia de signos y síntomas en los componentes del sistema gnático, como podría ser el desgaste por estética de los centrales superiores.
- 4.- Cuando no existe un número adecuado de dientes ocluyentes con buen soporte periodontal para estabilizar la oclusión.
- 5.- Efectuar el ajuste oclusal antes de eliminar las parodontopatias ya que daría como resultado un tratamiento inestable.
- 6.- Efectuar el tratamiento en boca, sin antes efectuar un estudio minucioso de la oclusión de dicho paciente, con los modelos de estudio montados en un articulador ajustable.
- 7.- Cuando el desgaste que se tenga que efectuar sea muy extenso, traerá consigo aumento de la sensibilidad al masticar y por tanto recidivas de interferencias.

PROPOSITOS DEL AJUSTE OCLUSAL

- 1.- Mejoramiento de relaciones funcionales y la inducción

de estímulos fisiológicos de todo el aparato masticador.

- 2.- Eliminación de trauma por oclusión.
- 3.- Eliminación de tensión muscular anormal, bruxismo y molestias o dolor asociado.
- 4.- Eliminación de molestias o dolor disfuncional de la articulación temporomandibular.
- 5.- Establecimiento de un patrón oclusal óptimo antes de procedimientos restauradores extensos.
- 6.- Reconstrucción de la forma y contorno dental para mejorar la eficacia masticatoria y proporcionar protección a la encía.
- 7.- Para ayudar en la estabilización de los resultados ortodónticos.
- 8.- Reacondicionamiento de algunos de los hábitos de glu si ón anormal. (9: 256)

Uno de los objetivos principales del ajuste es 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. El aparato masticador es una unidad funcional, y los estímulos funcio-

nales adecuados son de primordial importancia para el establecimiento y mantenimiento de un periodonto sano y fuerte con elevada calidad funcional y óptima resistencia a la lesión.

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

Otro de los objetivos del ajuste oclusal que no debe pasar desapercibido, en el remodelado dental para lograr la máxima eficacia masticatoria y protección gingival. Dicho objetivo no se dirige hacia el planeamiento de las cúspides o la simple reducción de las superficies oclusales, sino hacia la eficacia del corte y la eliminación de alimentos.

(9: 256)

TECNICA DE AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE

MECANICO

La técnica del ajuste oclusal a que hacemos mención fue dada por el Dr. Charles E. Stuart, con la finalidad de que al emplearla en la clínica se obtenga una protección mutua, durante los movimientos mandibulares, una relación céntrica con la que se logrará la característica de oclusión de cúspide a fosa. Los pasos de la técnica son: (10: 299-300)

1.- PROBAR LAS RELACIONES INCISALES.

Colocamos al paciente con la mandíbula en posición protrusiva (borde con borde), colocamos el papel de articular y abatimos la mandíbula, conservando siempre la relación de borde a borde. Si algún premolar o molar hace contacto se removerá las estructuras dentarias de las cúspides vestibulares, hasta que dejen de hacer contacto, excepto los dientes inferiores.

En caso de que exista algún molar inclinado hacia mesial, que interfiera, se hace un surco en la parte distal de ese molar inferior para que la cúspide superior pase a través del canal; esto ocurre cuando el molar inferior está inclinado hacia mesial de los molares superiores.

2.- ESTINAR LAS RELACIONES DE LOS CANINOS EN LA EXCURSION
LATERAL EN CONTACTO DE PUNTA CON PUNTA DE LOS CANINOS

Se lleva la mandíbula a excursión lateral hasta lograr el contacto de punta con punta en los caninos. Si hay cúspides posteriores que obstaculizan o hacen contacto simultáneamente en el lado de balance, se hace un surco en los dientes superiores que permita el paso de las cúspides inferiores y lábrese un surco semejante en las piezas dentarias inferiores para que se deslicen las cúspides superiores. La inclinación de estos canales es en sentido mesial desde las marcas de los dientes superiores, y distalmente a partir de las mismas en los inferiores.

Cuando la relación de punta con punta de los caninos haya obstáculos o contacto simultáneo entre premolares y molares en el lado de trabajo, deberán rebajarse las cúspides bucales en los dientes superiores y las linguales de los inferiores. Cuando se han eliminado los obstáculos en estos dientes en los lados de balance y trabajo, en la relación de contacto de los caninos de punta con punta, se analiza la oclusión en posición más céntrica; esto se prueba con la oclusión un poco adentro de la relación de contacto de la punta de los caninos. En esta colocación se eliminan los contac--

tos de las cúspides posteriores en los lados de balance y trabajo como se indicó en la relación de contacto de la punta de los caninos.

Se hacen colocaciones cada vez más cerca de la relación-céntrica, eliminando los obstáculos en cada prueba hasta alcanzar el cierre en relación céntrica.

3.- REPETIR EL PROCEDIMIENTO.

Se repite el procedimiento para el movimiento lateral opuesto, comenzando en la posición en que hay contacto de la punta de los caninos y se acerca gradualmente hacia la relación céntrica.

Al hacer la prueba en las excursiones laterales, es muy útil ejercer ligera presión con la mano hacia el lado de trabajo; en otras palabras, la presión se aplicaría en el de balance para ayudar a obtener el desplazamiento lateral-total o movimiento de Bennett.

Los espacios libres excéntricos de los dientes posteriores deberán ser suficientes para que no se produzcan marcas en el papel carbón, y el paciente no sienta que hay contacto.

AJUSTAR LA RELACION CENTRICA

Haciendo que el paciente incline la cabeza hacia atrás y cerrando el maxilar inferior suavemente en su posición más posterior. Se coloca papel carbón entre los dientes del paciente y se le indica que cierre desde el contacto inicial hasta la de engranaje completo de las cúspides. Se eliminan los obstáculos de las inclinaciones mesiales de los dientes superiores y distales de los inferiores. Una vez eliminados los contactos en las superficies inclinadas, se profundiza las fosas para que el engranaje de las cúspides en relación céntrica brinde un cierre largo mayor que el que tenía el paciente en la posición inicial anterior.

Por último, es necesario comprobar que el anclaje recíproco de las cúspides se efectúa con presión uniforme en ambos lados, y que los premolares cierran simultáneamente con los molares. El propósito es lograr un cierre igual en sentido mesiodistal y bilateral.

Después de que los contactos han sido eliminados de las superficies inclinadas, las fosas son profundizadas para dar una relación céntrica intercuspídea más estable y mejor que las que tenía el paciente, en su anterior intercuspídea.

Finalmente será necesario comprobar que el anclaje recíproco se efectúa con presión uniforme en ambos lados, o sea que los premolares choquen uniformemente en el mismo instante. (7: 351-357) (16: 299-300)

TECNICA DEL AJUSTE OCLUSAL PARA LA CLASE III

1.- Mesializar las interferencias que se marquen en los premolares y molares superiores y distalizar las marcas de los mismos en los inferiores, de esta manera debemos verificar la posición mandibular del paciente y nos determina si sólo se trata de un pseudoprogнатismo o es prógnata positivo.

En caso de prógnatismo, se empieza con el primer paso de la técnica gnatólógica usual.

2.- Solo se desgastará haciendo surcos en las marcas que se obtengan en los premolares y molares superiores e inferiores del lado de balance cuando la mandíbula haga un movimiento de lateralidad derecha.

3.- Se repite la operación anterior en el lado de balance en un movimiento lateral izquierdo.

Desde el punto de vista clínico-práctico, esta técnica nos lleva a reducir por debajo del nivel al cual sea capaz de producir lesión reconocible en cualquiera de los cuatro elementos del sistema gnático, evitando las manifestaciones de una oclusión patológica o disminuyéndola.

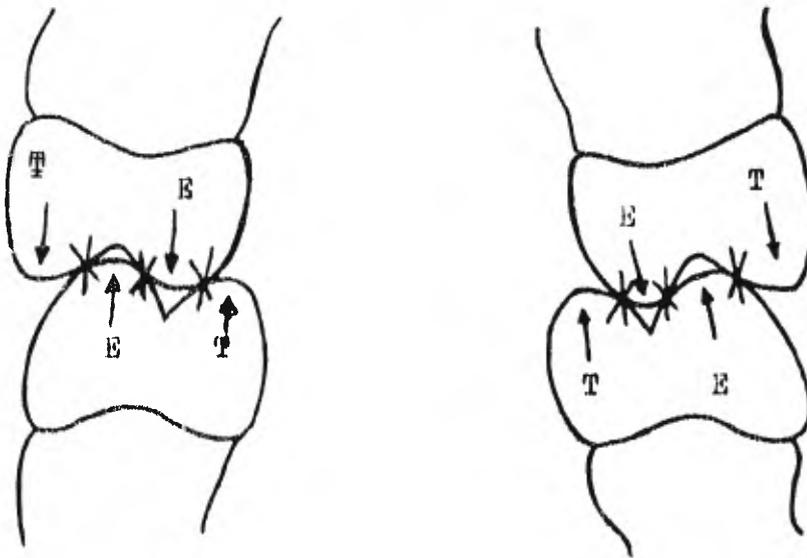
En caso de desviación lateral se seguirá los mismos pasos que usamos en la técnica usual para eliminar estas interfe--

rencias. (7: 359-360)

DESARROLLO DEL AJUSTE OCLUSAL

El criterio por adoptar es lograr armonía en los planos oclusales. Las cúspides bucales superiores y las linguales inferiores que se encuentren más afuera del arco dentario podrán desgastarse con mayor amplitud para que al final estas piezas dentarias se incorporen armoniosamente en la arcada.

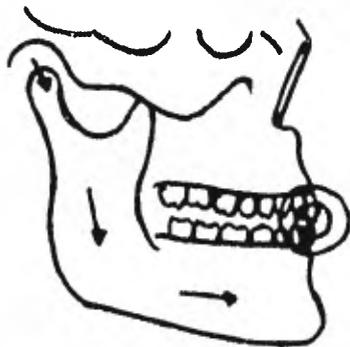
Es necesario explicar el porque de estos desgastes y las áreas en que se realizan. La oclusión dentaria tiene un tope proporcionado por las cúspides triturantes o estampadoras al llegar a sus correspondientes fosas..



Debe conservarse siempre esta relación ya que sería el -

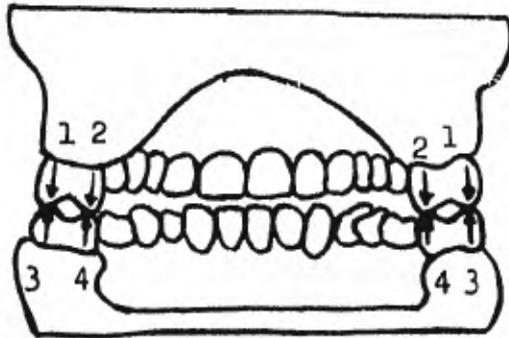
equivalente a la dimensión vertical. El desgaste de las cúspides bucales de los dientes superiores, o de los linguales inferiores, no modifica este punto de cierre máximo de los arcos y en consecuencia, se conserva la dimensión vertical.

En posición protrusiva, al existir contacto de los dientes anteriores (borde a borde) desocluirán en el acto todos los dientes posteriores.

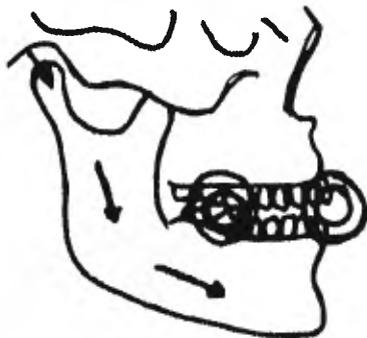


Un obstáculo que puede impedir el contacto de borde a borde de los incisivos es que en condiciones normales a la arcada inferior esté por dentro de la superior en céntrica; esta es la angosta en su porción anterior y más ancha en la posterior, y al llevarse a la mandíbula a su posición protrusiva, puede advertirse la relación que esta guarda con respecto al maxilar superior. Así pues, al desplazarse en protrusiva, las arcadas se igualan en el arco, haciendo contacto las cúspides

pides estampadoras 2 y 3 con las cortantes o tijera 1 y 4.

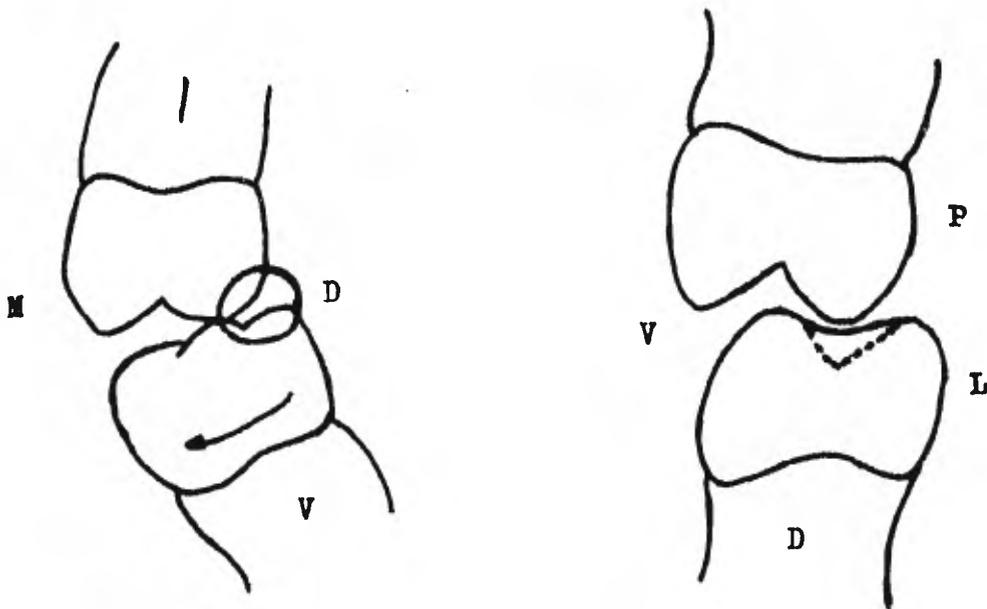


Otro posible obstáculo se ve a menudo, en molares inclinados, sobre todo en inferiores, por falta de premolares o molares del mismo lado, en este caso se aprecia que al desplazarse la mandíbula en protrusiva el molar inferior hace contacto en su desplazamiento al encontrarse distal en cuanto al molar superior.



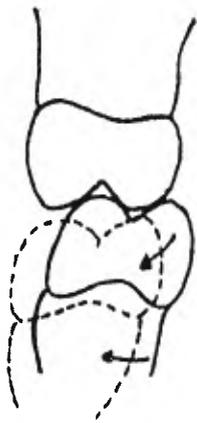
Para estos casos, se labra un surco desde la porción ves-

tibular hasta la lingual de la cresta marginal distal del molar inferior, para permitir el paso de las cúspides estampadoras del molar superior.



Estimulación de las relaciones de caninos a áreas caninas en la excursión lateral pura en el contacto realizado punta a punta. En este caso cuando la mandíbula hace un movimiento de lateralidad y los caninos del lado de trabajo toca punta con punta, en este momento ningún otro diente debe de tener contacto.

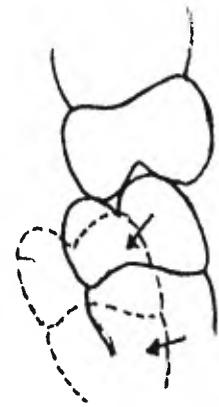
TRABAJO



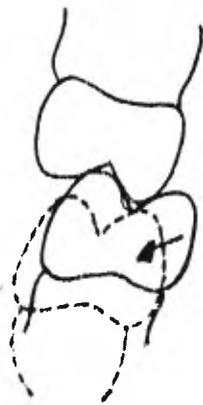
VISTA POR MESIAL



BALANCE



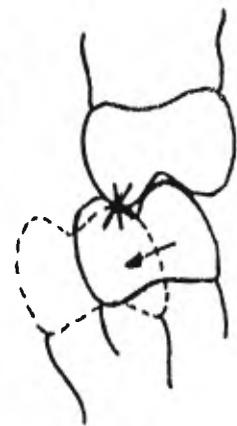
TRABAJO



VISTA POR MESIAL



BALANCE



LADO DE BALANCE

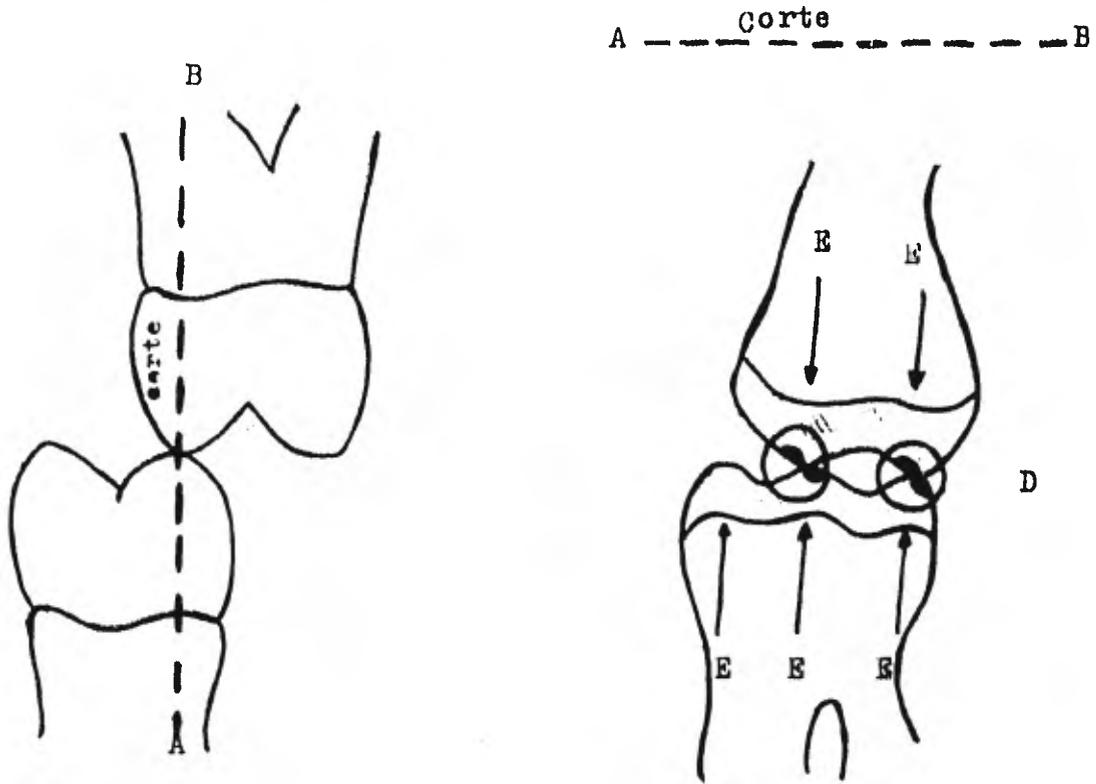
Si existe obstáculos, lábrese un surco en los dientes superiores para que permita el paso de las cúspides inferiores y no de los inferiores para que permita el paso de las superiores.

La inclinación de estos canales es en sentido mesial, desde la marca de los obstáculos en los dientes superiores y distal en los inferiores.

Es necesario formarse una imagen mental de esta situación para comprender la causa por la cual se hacen los desgastes e inclinaciones. Realizando un esquema de estas relaciones de mesial a distal, se advertirá la siguiente coincidencia de los obstáculos:

Si se aprecia que dos cúspides estampadoras hacen contacto, recordando la dimensión vertical, no debe disminuirse su longitud, lo correcto es modificar la posición cuspidal.

El fin que persigue con el desgaste orientado de esta manera es permitir que la mandíbula pueda acoplarse a céntrica para llegar a la oclusión céntrica, desde donde puede hacerse excursiones laterales puras sin obstáculos.



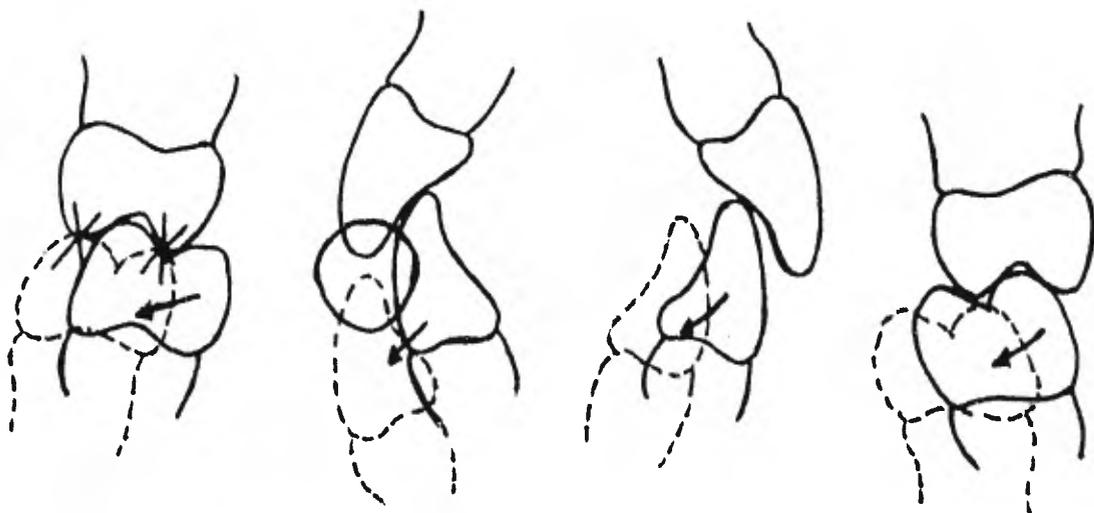
LADO DE TRABAJO

Puede ocurrir que en el lado de trabajo, al igual que el lado de balance, existan obstáculos que impidan las relaciones de borde a borde en el área de los caninos.

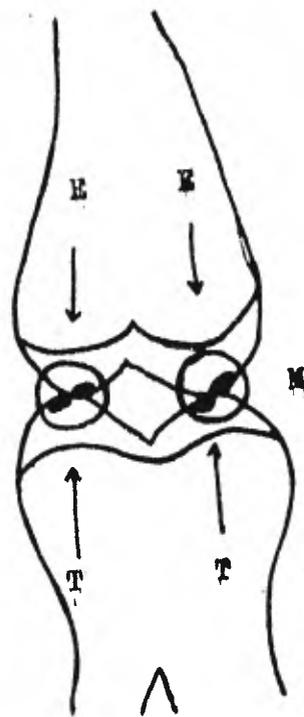
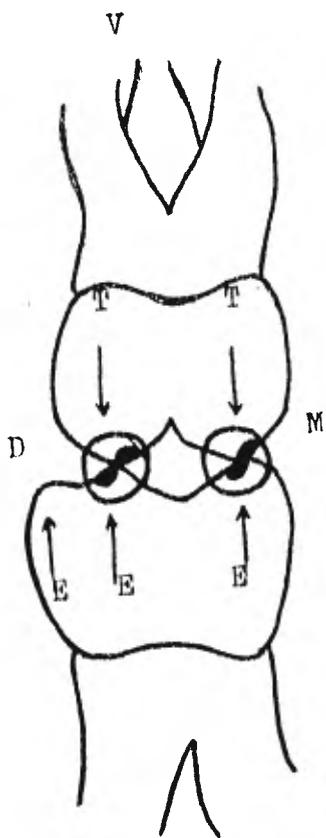
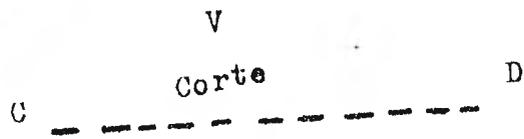
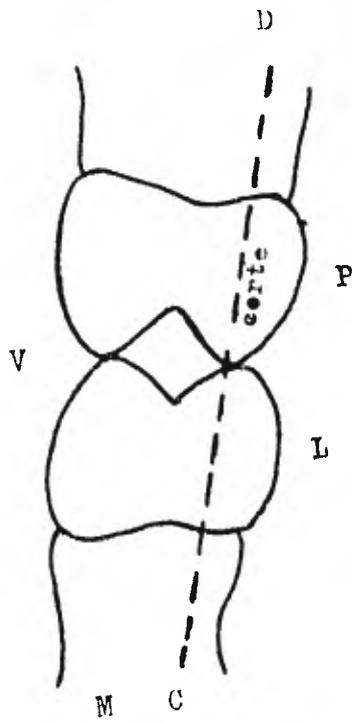
TRABAJO

VISTA POR MESIAL

BALANCE



En el lado de trabajo, advertimos que podrá haber obstáculos entre las cúspides cortantes vestibulares de la arca superior con las cúspides estampadoras vestibulares de las inferiores, o entre las cúspides estampadoras palatinas, -- del arco superior y de las linguales cortantes inferiores. Al existir estas relaciones entre una cúspide estampadora -- que tropieza con una cúspide cortante, debemos recordar que no habrá necesidad de modificar la dimensión vertical y que podrá darse forma armoniosa a estos obstáculos haciendo los desgastes de las cúspides cortantes o de tijeras como ya antes se mencionó. Se sigue en los desgastes la inclinación -- a mesial en los superiores y hacia distal en los inferiores.



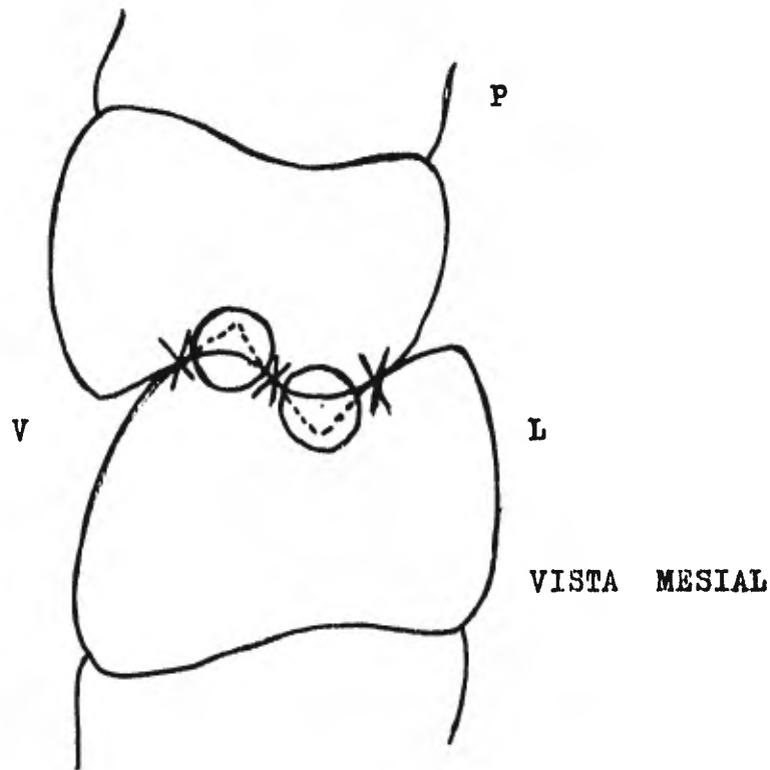
CONSIDENCIA DE OCLUSION CENTRICA CON RELACION CENTRICA

Terminando los desgastes de excursiones laterales y de protrucción, el paciente podrá hacer movimientos libremente en protección mutua. Sólo falta hacer que coincidan la relación céntrica con oclusión céntrica. Se coloca papel de articular en las superficies oclusales, se hace que el paciente llegue a la relación céntrica, se acercan las arcadas dentarias, y desde el lugar donde existe el primer contacto, el paciente deslizará la mandíbula hasta tener la oclusión dentaria máxima. Si no hay coincidencia, debe efectuarse desgaste de las áreas al igual que se hizo con céntrica en los movimientos laterales, se eliminan los obstáculos de las inclinaciones en los dientes superiores y distal en los inferiores.

Una vez eliminados estos obstáculos y cuando en los arcos coincidan relación céntrica y oclusión céntrica será necesario engranar en forma más estable estas relaciones, como el de profundizar las fosas logrando que las cúspides es tampadoras tengan un asierto más estable.

Debe comprobarse que exista uniformidad en todo el plano oclusal. Por último, pueden regularizarse bordes excedentes puntas agudas.

Será menester pulir y aplicar flúor a las áreas desgastadas de los dientes naturales para protegerlos y evitar sensibilidad a los cambios térmicos. (10: 301-309)



RESPUESTA DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA
ESTOMATOGNATICO DESPUES DEL AJUSTE OCLUSAL.

El diente que está fisiológicamente ajustado, permite a los elementos óseos, a los ligamentos y a los tejidos del sistema gnático, obtener su desarrollo y crecimiento óptimo.

Las estructuras asociadas pueden ser afectadas benéficamente, en similitud con las estructuras antes mencionadas por el funcionamiento normal del órgano masticatorio. Algunos cambios fisiológicos tisulares son inducidos únicamente por un estímulo funcional. El ajuste oclusal produce cambios fisiológicos en los tejidos y estructuras conexas, por el aumento de nuevas fuerzas fisiológicas funcionales y por la reducción de los efectos de las fuerzas patológicas anteriores.

Las respuestas de los dientes son:

- 1.- Los dientes trabajan más eficientemente, tanto individualmente como en conjunto, porque recobran la forma y función más conveniente.
- 2.- La movilidad dentaria disminuye.
- 3.- Desaparece la impactación alimentaria.
- 4.- Las posibles fracturas de los dientes y restauracio

nes se reduce.

- 5.- El bruxismo es eliminado, y sus efectos recurrentes son prevenidos.
- 6.- La placa y el tártaro dentario, tienden a desaparecer por que existe una conveniente función fisiológica de los tejidos.
- 7.- Los dientes se vuelven menos sensibles a los cambios térmicos.
- 8.- Se elimina o retarda una posible atrición de los dientes.
- 9.- La fuerza que ocasiona el stress es distribuída a todos los dientes por igual.
- 10.- Es retrasada la posible aparición de caries cervical.
- 11.- La fuerza de la masticación es dirigida al eje mayor de los dientes y distribuída a todos los dientes. (7: 358-559)

RESPUESTAS DE LA A.T.M. ANTE EL AJUSTE OCLUSAL

- 1.- El cóndilo regresa a su posición más posterior, superior y media dentro de la cavidad glenoidea.
- 2.- La sintomatología patológica en general desaparece.

3.- La acción degenerativa de las articulaciones desaparecen, o al menos se evita que continúen.

RESPUESTAS NEUROMUSCULAR AL AJUSTE OCLUSAL

- 1.- Se recobra la tensión muscular.
- 2.- La sincronización neuromuscular es devuelta.
- 3.- Desaparece el dolor.
- 4.- Toda la sintomatología patológica.

RESPUESTAS PARADONTALES AL AJUSTE OCLUSAL

- 1.- La papila interproximal se torna normal.
- 2.- Desaparecen las grietas parodontales.
- 3.- Se reduce el sangrado de la encía.
- 4.- Se reduce la fatiga tisular, causada por una función anormal.
- 5.- El ligamento parodontal es estimulado fisiológicamente.
- 6.- La pérdida de hueso alveolar es restaurada.
- 7.- Una delgada capa de lámina dura alrededor de los $\bar{0}$ - dientes previamente en hipofusión, es ahora vista radiográficamente como una gruesa lámina dura, debido a una función normal.

3.- Reversión de la encía marginal, edematosa e hipertrófica a su color, tono y contorno normales.

C O N C L U S I O N E S

Al hacer un ajuste oclusal en pacientes con manifestaciones clínicas agudas, la mejoría es casi inmediata en tanto que en los casos crónicos, son un poco más tardados.

Es importante hacer mención de que cualquier persona puede " tallar dientes ", pero un buen ajuste oclusal, debe seguir una técnica adecuada y tener conocimientos gnatológicos amplios para llevar a cabo los objetivos del ajuste oclusal.

El ajuste oclusal debe reunir los requisitos básicos los cuales son: el no dejar la dentición en oclusión balanceada y el de conservar o restituir la céntrica.

Aun con todos los beneficios que nos aporta un ajuste oclusal es de mencionar que no es un tratamiento definitivo, sino temporal.

Todo estudio de la articulación del paciente deberá hacerse en un articulador ajustable y sobre de él practicar los desgastes que se tengan que hacer en el paciente, para tener un mayor éxito en nuestro tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Barnett, Eduard. M.
 Terapia Oclusal en Odontología.
 Buenos Aires.
 Editorial Panamericana.

- 2 Brecker, S. Charles
 Procedimientos Clínicos en -
 Rehabilitación Oclusal.
 Buenos Aires, Argentina 1961.
 Editorial Mundi.

- 3 Dauson, E. Peter
 Problemas Oclusales
 Buenos Aires.
 Editorial Mundi.

- 4 Espinoza, de la Sierra Raúl.
 Oclusión Apuntes.

- 5 Giordano, James.
 Oclusión.
 Editorial Mundi
 Argentina 1964.

- 6 Kraus, Jordan Abrams
 Anatomía Dental y Oclusión
 Editorial Interamericana S.A.
 México, D.F. 1972

- 7 Martínez, Ross Erick.
 Oclusión.
 México 1978
 Editorial Vicova.

- 8 Odontología Clínica de Norteamérica
 Oclusión.
 Argentina 1964
 Editorial Mundi.

- 9 Ramfjord, P. Sigord
 Oclusión
 Editorial Interamericana.
 Méx. Argentina 1972.

10 Ripol, Carlos G.

Prostodoncia Conceptos Generales
Propiedad de promoción y mercado,
técnica odontológica, S.A., de -
C.V., 1976
Primera Edición.

11 Ross, Ira Franklin.

Oclusión
Buenos Aires, Argentina 1970
Editorial Mundi.