

95



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

REHABILITACION OCLUSAL

TESIS PROFESIONAL

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

JUANA CHAVEZ MARTINEZ
JAVIER VILLASANA CAMPOS



MEXICO, D. F.,

1988



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 está 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.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
SISTEMA ESTOMATOGNATICO.....	2
OCCLUSION.....	6
RELACION CENTRICA.....	10
DIMENSION VERTICAL.....	13
CENTRICA LARGA.....	14
GUIA ANTERIOR.....	16
HISTORIA CLINICA.....	21
EXPLORACION FISICA.....	26
SIGNOS Y SINTOMAS DE DISFUNCION MANDIBULAR.....	29
AJUSTE OCLUSAL.....	31
FILOSOFIA PANKEY-MANN-SCHUYLER.....	51
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.....	54
DIAGNOSTICO.....	56
TRATAMIENTO.....	64
TECNICA DEL AJUSTE OCLUSAL.....	69
AJUSTE OCLUSAL EN PACIENTES CON MORDIDA CRUZADA.....	100
CONCLUSIONES.....	105
BIBLIOGRAFIA.....	107

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

Indudablemente que la investigación científica a traído consigo, - gran avance a la Odontología en todo su ámbito y principalmente para la rehabilitación oclusal. Pues, ha permitido con la aplicación de ajustes oclusales, desplazar tratamientos medicamentosos y paliativos, que por - tiempos amplios han mantenido a pacientes viviendo con trastornos temporo-mandibulares por largos periodos.

Incluso los tratamientos quirúrgicos en algunos casos han sido - - innecesarios en los trastornos temporo-mandibulares, originados por una mala relación intercuspídea en la oclusión de los maxilares superior e inferior.

La realización de la historia clínica y la exploración han jugado importante papel en la rehabilitación oclusal. Pues, han permitido aplicar técnicas adecuadas de tallado y encerado dentario.

Los pacientes con oclusiones traumatizadas o cruzadas, en la actualidad gozan de buen estado funcional y estético gracias a los avances y perfeccionamiento de técnicas, tanto el registro de modelos como en el transporte a los articuladores ajustables o semiajustables que han tenido gran proyección en la Prótesis Parcial y Total como base de la ciencia odontológica.

SISTEMA ESTOMATOGNATICO

El sistema estomatognático, está compuesto por una serie de partes que en mayor o menor grado son funcionales de la cavidad oral: Las encías, carrillos, lengua, paladar blando y duro, parodonto, maxilares, articulación tèmpero-mandibular, músculos y aparato masticador.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

Esta compuesta por tres elementos importantes para su desarrollo funcional:

Superficies Articulantes.
Ligamentos.
Músculos.

Las Superficies Articulantes.- Se refieren al cóndilo mandibular y al tubérculo del temporal con la cavidad glenoidea. (Son superficies óseas que permiten el movimiento).

Los Ligamentos.- Son bandas de fibras colágenas que refuerzan los lados interno y externo de las cápsulas articulares, para impedir que los cóndilos hagan movimientos laterales excesivos.

Las fibras se extienden en forma de abanico desde el arco cigomático hacia abajo y atrás del lado externo del cuello de la apófisis condilar. Permitiendo así limitar los movimientos mandibulares.

El ligamento esfenomandibular baja de la espina del esfenoides y se inserta en la espina de Spix.

El ligamento Estilomandibular se extiende de la apofisis estiloides hasta el borde posterior de la rama ascendente, cerca del ángulo del maxilar inferior.

Los Músculos.- Son importante para la articulación temporomandibu--

lar y se clasifican en:

MASTICADORES	SUPRAHIOIDEOS	INFRAHIOIDEOS
Masetero.	Digástrico.	Esternocleidomastoideo.
Pterigoideo interno.	Geniohioideo.	Esternotirohioideo.
Pterigoideo externo.	Milohioideo.	Esternoihioideo.
Temporal.		

Masetero. Se extiende del arco cigomático hasta la superficie externa de la rama ascendente, dirigiendo sus fibras hacia abajo y atrás, estas fibras están colocadas en un ángulo con el eje longitudinal del músculo, entre capas tendinosas, permitiendo así un gran poder de contracción al músculo. Su función es la elevación del maxilar inferior durante la masticación.

Pterigoideo Interno. Se localiza su origen en la fosa pterigoidea y cara interna de la lámina pterigoidea externa del esfenoides. Se extiende hacia abajo, atrás y afuera para insertarse en la porción interna del ángulo de la mandíbula, y parte profunda de la rama ascendente, funcionando como contraparte del masetero. Estos dos músculos actúan sinérgicamente en el movimiento del cierre y por lo consiguiente logran una estabilización lateral de la mandíbula.

Temporal. Su origen en la fosa del Temporal. Sus fibras anteriores se deslizan en dirección vertical por la parte interna del arco cigomático para insertarse en el borde anterior y parte profunda de la apófisis coronoides y borde anterior de la rama ascendente mandibular. Sirviendo estas fibras como elevadoras de la mandíbula.

Las fibras medias y posteriores se desplazan oblicuamente de tal manera que las fibras posteriores se deslizan en forma horizontal hacia

adelante y bajan frente al tubérculo del temporal, se insertan en la apófisis coronoides y escotadura sigmoidea. Estas fibras están divididas por láminas tendinosas y su función principal es la retrusión mandibular.

Es así como el temporal es bipenniforme por la disposición de sus fibras y por su doble función.

Pterigoideo externo. Este músculo se divide en dos partes: la primera sus fibras se originan en la cara externa de la apófisis pterigoideas y termina por delante de la A. T. M. en la superficie anterior. De tal manera que el cóndilo puede realizar movimientos hacia abajo, adelante y adentro. La segunda parte superior sus fibras se originan en la porción horizontal del ala mayor del esfenoides por dentro de la cresta infratemporal y se deslizan horizontalmente hacia atrás y afuera para insertarse en el ángulo anteroexterno del menisco articular y de la fosa pterigoidea. Cuando existe una acción simultánea de los dos músculos elevadores y del pterigoideo externo da como resultado la protrusión de la mandíbula, y si los elevadores están relajados y los digástricos contraídos con el hueso hioides fijo, la mandíbula baja, y si se contrae un pterigoideo externo se mueve la mandíbula hacia el lado opuesto.

Los Suprahioides. Se extienden del cráneo y mandíbula hasta el hueso hioides y sirven para elevar el hioides o bajar el maxilar inferior, son músculos depresores.

Los Infrahioides. Estabilizan el hueso hioides cuando los suprahioides producen movimientos de apertura en retrusión.

APARATO MASTICADOR.

Comprende los dientes superiores e inferiores, el tejido parodontal, el hueso que sostiene éstas estructuras, el sistema neuromuscular, el sistema labio-lengua-mejilla, el sistema salival y vascular. La función del aparato masticador, es realizar el acto de masticación, deglución y producción de sonidos. La masticación se clasifica en tres eta-

pas:

Incisión.

Trituración.

Deglución.

Incisión. En ésta etapa los dientes anteriores superiores e inferiores, inciden al ser introducido el alimento en la boca, realizando movimientos protusivos y de la lateralidad. Al ser cortado el alimento, éste es recibido por la lengua y transportado a zonas oclusales de premolares y molares.

Trituración. En la zona de premolares el alimento es demolido parcialmente por medio de golpes masticatorios iniciales para reducir el bolo alimenticio, el cual es transportado a la zona oclusal de los molares para terminar el ciclo masticatorio. Por medio de movimientos multidireccionales y cíclicos.

Al ser reducido e insalivado el bolo alimenticio a tal grado de consistencia, éste es deglutido.

Deglución. Es el acto neuromuscular voluntario y se completa involuntariamente. Cuando se produce la deglución, la mandíbula se trava en posición intercuspídea.

O C L U S I O N

La oclusión es una rama de la ciencia odontológica, que tiene como función al estudio del aparato masticador en condiciones normales, tanto fisiológica, como patológicamente. Por lo tanto el objetivo primordial es realizar un tratamiento adecuado. La oclusión esta supeditada a determinantes que permiten que exista una relación adecuada para los dientes superiores e inferiores. Estas determinantes también conocidas como guías de la oclusión son:

- Cúspides de Apoyo
- Contenciones Céntricas
- Declives Gufa
- Gufa Incisiva
- Angulo de la Cúspide
- Curva de Spee
- Plano Oclusal
- Gufa Condilar
- Quinta de Hanau o Principio de Tilman
- Curva de Wilson.

Cúspides de Apoyo. Son las cúspides linguales de los molares y - premolares superiores y las cúspides vestibulares de los molares y premolares inferiores.

Contenciones Céntricas. Es el área de contacto de las cúspides de trabajo, tanto de dientes superiores como inferiores.

Declives Gufa. Son los planos y bordes de las zonas oclusales que determinan el trayecto de las cúspides de trabajo, durante las excursiones funcionales normal lateral y protrusiva.

Gufa Incisiva. Es la influencia que ejercen las superficies palatinas de los dientes superiores sobre los movimientos del maxilar inferior, (y puede expresarse en grados).

Angulo de la Cúspide. Es el ángulo que se forma por las vertientes de una cúspide, al ser atravesada por una línea sobre el vertice de la cúspide perpendicular al plano horizontal.

Curva de Spee. Es una línea imaginaria que se inicia en el vértice de la cúspide del canino inferior siguiendo las cúspides vestibulares de las piezas posteriores. (también se llama curva de compensación en -prostodancia).

Plano Oclusal. Es un plano imaginario que toca los bordes incisivos de los centrales inferiores, a los vértices de las cúspides distovestibulares de los segundos molares inferiores.

Gufa Condilar. Se refiere al recorrido postero anterior que efectúa cada cóndilo sobre su eje de rotación horizontal durante la apertura normal, máxima y de reposo.

Quinta de Hanau o Principio de Tilman. Dice que la oclusión balanceada es igual al producto de la gufa condilar y la gufa incisiva dividido por el producto del ángulo de la cúspide, la curva de Spee y el plano de oclusión.

Curva de Wilson. En condiciones normales esta curva complementándose con el entrecruzamiento vestibular de los dientes posteriores, permite un deslizamiento oclusal armonioso de las cúspides vestibulares inferiores sobre las vertientes internas de las cúspides vestibulares superiores durante el movimiento de lateralidad. Es decir, pasa por la cúspide vestibulo-distal del primer molar inferior derecho al primer molar izquierdo.

Curva de Monzon. Es la misma que la de Wilson, solo que ésta se da en superiores.

CLASIFICACION DE LA OCLUSION FUNCIONAL

Oclusión Protejida por caninos. Este tipo de oclusión se observa

en pacientes con clase II de Angle. Las mandíbulas micrognáticas y las variaciones en la sobresalencia vertical y horizontal de los dientes anteriores superiores.

Este tipo de protección canina bilateral es asociada a pacientes - jóvenes de 17 a 26 años con dentición natural.

Además este tipo de oclusión su relación esquelética en algunos - casos esta complicada con la relación de mordida cruzada.

Durante los movimientos excursivos del maxilar inferior desde la posición de cierre en céntrica con los dientes en contacto, los caninos superiores como los inferiores destravan inmediatamente la dentición posterior del paciente.

Los caninos e incisivos permiten solamente que los molares superiores e inferiores tomen contacto en centrada.

Oclusión Con Función de Grupo. Esta se refiere a la posición e intercuspidación de las cúspides vestibulares de la arcada inferior al encontrarse con las cúspides vestibulares de la arcada superior durante - las excursiones laterales de la mandíbula. Y comprenden las cúspides en contacto del lado de trabajo, el canino, los premolares, y en ocasiones, la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior.

Esta oclusión con función de grupo es concomitante a pacientes de - más de 30 años.

Oclusión Balanceada Bilateral.

La oclusión balanceada en pacientes con dentición natural se asocia a pacientes con más de 50 años con musculatura mandibular completamente desarrollada. Y éste tipo de oclusión se debe principalmente a - una abrasión selectiva de los planos inclinados de los dientes. Los pacientes que presentan este tipo de oclusión, cuando mueven la mandíbula a la derecha para exhibir una interdigitación cuspídea vestibular superior e inferior plena, el lado izquierdo mostrara a las cúspides vestibulares

lares inferiores tocando los planos inclinados linguales de los dientes superiores. Es de observación más común en los molares. Si estos pacientes no presentan ningún síntoma y presentan un soporte óseo favorable, cualquier tipo de restauración debe de copiar su oclusión preexistente.

RELACION CENTRICA

La relación céntrica es cuando los cóndilos son localizados en la parte más superior, posterior y media de la cavidad glenoidea del temporal, en el cual el complejo cóndilo y disco articular es fijado contra el hueso y el ligamento. La relación céntrica es una relación intermaxilar y como punto preciso de rotación condilar, además es cuando los dos cóndilos se encuentran en posición terminal de bisagra. (Posición fisiológica de los cóndilos cuando la mandíbula es elevada con firmeza por la función muscular normal). La relación céntrica es el punto de partida de la oclusión, además de ser una posición funcional límite, que se localiza durante la deglución y a veces en la masticación. Esta relación es estable y reproducible con presencia dental o bien sin piezas dentarias.

La función principal de la relación céntrica es mantener una oclusión adecuada; sin engramas musculares que en un momento dado provoquen mialgias, trismus, chasquidos o crepitaciones de las articulaciones temporomandibulares y tics dolorosos. Y nos sirve como medio de registro clínico para la solución de problemas oclusales. La relación céntrica por medio de un deslizamiento que se da el nombre de "Centrica Prolongada" y es determinada por (0.3 a 0.8 mm). El deslizamiento debe ser realizado armoniosamente y hacia adelante porque cuando es realizado lateralmente puede originar disarmonía neuromuscular. Es decir provoca tensión y se manifiesta en la articulación temporomandibular, en el tejido paradontal o desgaste excesivo de las superficies dentarias.

TECNICA PARA OBTENER LA RELACION CENTRICA

Es importante para todo Cirujano Dentista saber aplicar y dominar alguna técnica adecuada y positiva, para obtener la relación céntrica. Puesto que nos servirá para tratar pacientes con trauma oclusal primario, que se manifiesta con hipermovilidad dental y pacientes con síndrome temporomandibular. La siguiente técnica es objeto de perfeccionamiento en la práctica para su manipulación.

1.- El paciente debe ser colocado en posición supino completamente derecho y con el mentón hacia arriba y el cuello estirado, posteriormente se le pide al paciente su colaboración para un relajamiento muscular adecuado.

2.- El operador debe estar sentado por detrás del paciente para poder estabilizar firmemente la cabeza del paciente entre su antebrazo y el tórax.

3.- Se colocan cuatro dedos de cada mano sobre el borde inferior - mandibular y así poder ejercer presión hacia arriba sobre los cóndilos, - la presión debe ser ejercida sobre el hueso, sin lastimar los tejidos - blandos del cuello, ni ejercer presión sobre el tejido muscular cervical para así evitar tensar al paciente.

4.- Se colocan los pulgares sobre la sínfisis mentoniana al ejercer presión se hará hacia abajo y hacia atrás, tratando de que las puntas de los pulgares se toque entre sí. Al evitar la separación de los - pulgares se evita presión excesiva sobre el tejido blando.

5.- Con movimientos ligeros y suaves se lleva la mandíbula hacia - la posición terminal de bisagra. Esto claro, se llevará a cabo moviendo la mandíbula en arco, hasta sentir que rota libremente alrededor del eje condilar, cuando esto sea así, en éste punto se ejercerá presión firme - para sostener el eje condilar firmemente contra los ligamentos y la eminencia articular.

En determinados pacientes los movimientos mandibulares en arco deben ser de 2 a 3 mm. y en pacientes con trismus un arco de 1 mm para no - crear resistencia muscular.

La presión retrusiva debe aplicarse con los costados de los pulgares pero dirigiendo la fuerza principal sobre la sínfisis mentoniana ligeramente hacia abajo.

La presión ascendente debe ser ejercida firmemente con tres dedos - a cada lado, los índices deben quedar pasivos, aplicando la presión so-

bre el hueso, sin molestar tejidos blandos.

El efecto de este tipo de rotación de la mandíbula es el desplazamiento de los cóndilos hacia su posición más superior. La presión siempre debe ser firme en este preciso momento y preguntando al paciente. - ¿Siente dolor en la zona articular, o alrededor de ella cuando presiona la mandíbula hacia atrás? o si el paciente presenta sensibilidad de alguna otra clase.

El complejo cóndilo-disco, no está fijado contra el hueso y los ligamentos (relación centrada). Si esto sucede es necesario aliviar la presión y volver a efectuar el movimiento en arco. Tomando en cuenta que los movimientos mandibulares en arco no sean con desplazamientos largos en cuanto a la apertura y cierre. Tratar de evitar contactos dentarios durante los movimientos mandibulares en arco, puesto que obligaría a los músculos a tomar una contracción desviante.

Como punto de referencia durante el proceso de fijación ligamentosa, se verá que la línea media de los dientes anteriores superiores e inferiores descienda hacia el lado sensible. En algunos casos, cuando es imposible lograr que la mandíbula alcance su eje terminal de bisagra sin dolor.

Es recomendable colocar un rollo de algodón entre los dientes anteriores y así no exista contacto dentareo posterior durante 5 a 20 minutos. Esto ayudara a disminuir el espasmo muscular y por lo tanto, conseguir la manipulación indolora de la mandíbula a relación céntrica.

6.- Una vez lograda la localización en relación céntrica se procede a localizar y marcar con cinta las interferencias oclusales, efectuando movimientos en arco con la mandíbula mantenida en el eje terminal. - El objetivo principal del ajuste oclusal es eliminar la tensión muscular mediante la eliminación de interferencias oclusales, que en un momento dado desvían la mandíbula de su arco de cierre terminal.

D I M E N S I O N V E R T I C A L

Es la medida de la cara tomada entre dos puntos elegidos arbitrariamente, que son el mentón y la base de la nariz. Cefalométricamente se toma la relación del punto Nasio y el punto Gnación, sobre la línea media.

La dimensión vertical de la oclusión es una posición mandibular que depende de la longitud óptima de contracción del tejido muscular elevador, después de haber efectuado su ciclo de potencia máxima, durante los movimientos de masticación, articulares y de deglución. (Los dientes erupcionan hasta que se encuentran con sus antagonistas en el punto de óptima contracción muscular).

La dimensión vertical oclusal es una relación que nos sirve para determinar la altura del maxilar inferior y del maxilar superior en tratamientos de prótesis totales en desdentados y en rehabilitación oclusal. Y esta relacionada con la posición de reposo, que es una posición en la cual los cóndilos se encuentran en relación neutra, (no forzada). Y el espacio libre interoclusal que es la diferencia entre la dimensión vertical de la oclusión y la posición de reposo de la mandíbula. Estas determinantes de la dimensión vertical en los casos de rehabilitación oclusal en pacientes que la han perdido son corregidas automáticamente, después de corregir la dimensión vertical de la oclusión.

C E N T R I C A L A R G A

Es la libertad de cerrar al maxilar inferior en relación céntrica o ligeramente por delante, sin variar la dimensión vertical.

Desde el punto de vista anatómico y fisiológico son razones propias para aceptar el concepto de céntrica larga. Por lo que es conveniente conocer que en céntrica larga, el cóndilo no encaja en su disco. Y en cambio sí existe un juego anteroposterior del disco que permite al cóndilo girar libremente dentro de los límites impuestos por el reborde anterior y posterior del disco. Cuando el maxilar inferior cierra, se produce una contracción poderosa de los músculos masticadores y esto hace que el cóndilo sea llevado hacia la parte posterior del disco contra su reborde posterior, sin embargo, el cierre suave desde la posición de reposo puede ser de intensidad insuficiente, para llevar el cóndilo a su posición terminal de bisagra de relación céntrica.

La diferencia que existe entre el cierre en relación céntrica y el cierre suave desde la posición de reposo, es que el maxilar inferior recibe la influencia de un cierre menos intenso por músculos destinados a la postura y a la expresión facial. La posición postural del maxilar inferior durante el cierre leve puede afectar la posición del complejo cóndilo-disco, así como la posición del cóndilo en el disco. Independientemente de la causa, estudios clínicos explican que muchos pacientes presentan una diferencia entre el cierre en relación céntrica y el cierre leve desde reposo cuando están en posición postural. Y es ésta la diferencia entre las dos posiciones la que dicta la magnitud de la céntrica larga que puede tener un paciente.

Para establecer la céntrica larga adecuada para determinado paciente es de importancia eliminar interferencias en el cierre terminal de bisagra. Si existe interferencia en relación céntrica, la trayectoria de cierre será dictada por propioceptores de los dientes y no por la función fisiológica de los músculos.

Cuando no existen interferencias en relación céntrica se dice que la diferencia entre el cierre en céntrica y el cierre leve desde reposo raramente excede 0.5 mm. La céntrica larga habitual estaría cerca de 0.2 mm., y muchos pacientes carecen de céntrica larga, porque su cierre leve desde reposo es idéntico al cierre firme en relación céntrica.

GUIA ANTERIOR

Es la influencia que ejercen las superficies linguales de los dientes anteriores del maxilar superior sobre los movimientos del maxilar inferior. Además la gufa anterior puede expresarse en grados en relación con el plano oclusal.

La función principal de la gufa anterior es proteger los dientes posteriores, de las fuerzas laterales o protrusivas, y esto dependerá de sus contornos linguales, específicamente de el contacto de los anteriores inferiores con los anteriores superiores. En céntrica, "Céntrica - Larga" y excursiones protrusivas rectilíneas y laterales.

Cuando las vertientes de la gufa anterior no protegen a los posteriores de las fuerzas laterales o protrusivas, serán sobrecargadas, con el tiempo más allá de la resistencia de sus estructuras de soporte.

Si todos los dientes anteriores inferiores hacen contacto simultáneo contra topes en céntrica estables en la dimensión vertical correcta, al primer requisito de la buena relación anterior ha sido cumplido.

Los cóndilos, fijados firmemente contra el hueso y los ligamentos, forman una bisagra muy resistente, capaz de resistir la fuerza de los músculos elevadores.

Cuando la posición de los dientes anteriores lo permiten, deben ser hechos de modo que formen un tope muy estable para el frente de la mandíbula y limiten así su movimiento de cierre.

Si el movimiento de cierre lo detienen los bordes incisales inferiores contra contactos de sosten estables de los 6 superiores, no solo se aprovecha la posición de los dientes anteriores, sino que también es fortalecida la distribución de las fuerzas; y en su defecto disminuye al grado máximo posible el desgaste.

Esto es el análisis de una sola posición mandibular, es decir, los

cóndilos fijos en la posición terminal en la parte posterior y los correspondientes contactos en céntrica anterior.

GUIA ANTERIOR LATERAL

La trayectoria de la gufa anterior lateral, tiene mayor influencia sobre la forma oclusal posterior, y los caninos desempeñan un papel importante en la determinación, de la capacidad de soportar fuerzas laterales de todos los dientes anteriores. Los contornos, de la totalidad de los dientes posteriores son dictados por la gufa anterior y la gufa condilia. Los dientes posteriores pueden ser desocluídos de todo contacto lateral, por los dientes anteriores o pueden estar en función de grupo perfecta y armoniosa con ellos y los cóndilos.

El objetivo principal de la gufa anterior, es que debe tener la capacidad de mantenerse por sí misma sin ayuda de los dientes posteriores.

En el caso de dientes posteriores que han sido puestos en armonía con una gufa anterior perfeccionada, confieren mayor resistencia a los dientes anteriores. Después de que ha sido ajustada la gufa anterior puede determinarse el tipo de ayuda que necesitan los dientes posteriores. Si los dientes anteriores son lo suficientemente fuertes para soportar solos su función, el contacto posterior en relación céntrica puede ser suficiente y si son débiles se pueden colocar los dientes posteriores con función de grupo para ayudar a compartir la carga de las fuerzas laterales. Y en caso de que después de haber ajustado la gufa anterior sigue completamente débil, es necesario ferulizar para conferir, la resistencia necesaria a los dientes anteriores. Para determinar los movimientos laterales, es necesario aplicar un examen visual y digital para detectar si los dientes presentan movilidad durante las excursiones laterales. Como punto de observación e indicador de fuerzas excesivas, es importante tomar en cuenta el canino y el incisivo lateral durante las excursiones laterales.

El movimiento del canino abrirá con frecuencia el contacto cuando el maxilar inferior se desplace lateralmente.

Los dientes superiores cuando presentan excesiva movilidad deben -

ser corregidos. La corrección consiste en el remodelado de los contornos linguales superiores.

Los topes en céntrica serán establecidos siempre antes del ajuste de vertientes excursivas, así que los bordes incisales inferiores raramente interfieren en la corrección de interferencias en excursiones laterales. Las modificaciones en los dientes anteriores inferiores deben limitarse a ajustes mínimos que no abarquen los topes en céntrica en los bordes incisales.

En el caso de la corrección de los contornos linguales superiores deben realizarse con dos efectos: reorientación de las fuerzas y mejor distribución de las mismas.

Las fuerzas son reorientadas cambiando la forma de las superficies contactantes. El vector principal de las fuerzas es perpendicular a la superficie contactada. La modificación de la superficie modifica el vector.

El vector principal contra una vertiente empinada es orientada casi horizontalmente. La transformación de vertientes tanto empinadas o inclinada en plana reorientará las fuerzas acercandolas más el eje mayor.

La distribución de las fuerzas mejora, si se ponen más dientes en contacto simultáneo durante las excursiones. Y esto se obtiene por un efecto colateral. Cuando se mejora la dirección de las fuerzas, porque a medida que las vertientes convexas oblicuas son transformadas en cóncavas se ponen en función lateral mayor cantidad de dientes anteriores.

En el caso de algunos pacientes que presenten una cavidad oral con un buen tejido parodontal, se corrige levemente la dirección de las fuerzas para estabilizar los dientes.

La hipermovilidad puede ser eliminada por la reducción de fuerzas, y no utilizar remodelados drásticos. Todo esto, en síntesis se reduce -

a: la corrección de los contornos linguales superiores, se realiza mediante la reducción de la inclinación de toda vertiente que al ser contactada, hace que el diente se mueva.

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es un elemento importante para el Cirujano Dentista, puesto que en ella se asienta toda la información y datos de identificación personal, familiar y semiológicos, anteriores y actuales del paciente. Y de ésta depende fundamentar un buen diagnóstico sobre el caso y posteriormente realizar un adecuado tratamiento. Al iniciar la elaboración de la historia clínica preguntamos al paciente su FICHA DE IDENTIDAD.

Nombre:	Edad:	Sexo:	Fecha:
Estado civil:	Nacionalidad:	Ocupación:	
Dirección:	Teléfono:		

DATOS GENERALES DE SALUD DEL PACIENTE.

Si el paciente está bajo tratamiento médico.

Si padece o no de artritis o reumatismo, mialgias profesionales o posturales. Tensión psíquica o emocional, esfuerzo físico y fatiga. Padecimientos o trastornos generales.

Si el paciente presenta alguna enfermedad aguda o crónica.

Si es alérgico a algún medicamento, que en un momento dado pudiese causar complicaciones para su tratamiento odontológico.

DATOS SOBRE EL PADECIMIENTO ACTUAL.

Si el paciente presenta dolor de cabeza o de las articulaciones temporomandibulares, sensación de tintineo, ruidos por detrás o por delante del oído.

Preguntar al paciente si tiene malestar o dolor durante la masticación.

ción o apertura de la boca, y observar si presenta bruxismo.

Si presenta restricción o traba durante el cierre de los maxilares. Si hay ruido de choque o chasquido en la A.T.M., cansancio, tironeamiento, debilidad, ardor en cara, ojos, cuello, garganta u hombros.

DATOS SOBRE LA OCLUSION.

Para obtener estos datos es importante realizar un examen clínico oclusal:

Posición Intercuspídea y Posición de Contacto Muscular.

Se checará la máxima intercuspídad (O.C.) si es buena o mala. Esta posición debe ser bien definida y precisa en cuanto a la localización de contactos que deben ser múltiples y simultáneos, distribuidos por toda la zona oclusal y para ello es necesario examinar la posición intercuspídea, por medio de una tira milar de 1 mm. para registro o bien utilizar papel celofán. Para esto se le pide al paciente que cierre la boca sobre el papel celofán de manera que los dientes queden en contacto. Los dientes se checarán por pares, y una vez hecho esto se tira del papel celofán y si este queda retenido hay contacto. Inmediatamente después de haber verificado la posición intercuspídea, siendo aceptable. Es importante verificar la posición de contacto muscular (pcm), para esto se le pide al paciente que "Golpetee con los molares fuerte y despacio". Para realizar esta exploración es necesario utilizar un estetoscopio el cual se colocará por debajo del pómulo de ambos lados de la cara y se deberá comparar, la posición de contacto muscular y la posición intercuspídea. Debiéndose escuchar un solo sonido de impacto nítido.

Relación de la Gufa Anterior En Oclusión Céntrica.

Se checará si el paciente tiene mordida abierta o mordida cruzada. También se checará el contacto normal de los dientes anteriores con relación a los dientes posteriores en oclusión céntrica y la superposición vertical y horizontal de los dientes anteriores. Primeramente examinan-

mos los contactos en posición intercuspídea de los dientes en el segmento anterior.

Le pedimos al paciente que muerda con los molares con fuerza, y se verificarán los dientes por pares con una cinta mylar, y por lo menos un par de dientes deben tener contacto entre sí en cada segmento canino y uno a cada lado de la línea media en el segmento incisivo. El contacto anterior siempre debe ser menor que en los dientes posteriores, y por lo menos de una milésima de pulgada, pues esto permitirá los movimientos verticales de los dientes posteriores, como la desoclusión que debe producirse dentro del primer 1/2 mm. de movimiento a un grado de rotación. Y la superposición horizontal de los dientes anteriores superiores e inferiores debe tener por lo menos 1/3 o la mitad de la superposición vertical.

Posición De Contacto Retruído.

Es importante examinar la posición de contacto retruido con relación a oclusión céntrica, pues nos permitirá observar la naturaleza de los desplazamientos que se llevan a cabo entre estas dos posiciones. Los deslizamientos pueden ser a la derecha o bien a la izquierda y desde el contacto inicial pueden ser unilaterales o bilaterales y si se presenta en la zona de los molares o de los premolares.

Los movimientos deslizantes se valoran con 1 mm. considerado como deslizamiento largo y puede ser horizontal o vertical.

La diferencia de estos dos deslizamientos se comparan de la siguiente manera: El horizontal es considerado como deslizamiento empinado. Los deslizamientos largos, empinados o laterales pueden causar más disfunción, que los cortos, llanos o rectos.

Un contacto unilateral en posición retruida parece ser más pernicioso que el bilateral y es peor cuanto más atrás estén los dientes incluidos en el segmento posterior.

Movimiento De Apertura Y Cierre.

Para el exámen explorativo que deberá realizarse durante la apertura y cierre del maxilar inferior. Conoceremos la máxima distancia interincisal y su trayectoria. También conoceremos si existe ruido en la A.T.M.

La distancia interincisal la tomaremos con una regla milimétrica o milimetrada, colocando uno de sus extremos en el borde incisal de un central inferior sobre la línea media; le pediremos al paciente que abra lo más amplio que pueda, y observaremos qué distancia presenta. Si la distancia es menor de 40 mm. pensaremos en una apertura restringida, si es mayor de 40 mm. pensaremos en un mioespasmo.

La trayectoria mandibular se observará colocando una regla en la parte intermedia de los centrales inferiores, sobre la línea media, y al realizar la apertura de la mandíbula observaremos al otro extremo de la regla si presenta desviación o no.

Los sonidos de la A.T.M. los detectaremos por medio de un estetoscopio. Si es que los presenta, durante los movimientos de apertura y cierre mandibular. Durante la fase inicial, corresponderá a un sonido de clic (pop), o en la fase intermedia de la apertura. Un clic tardío indicará un desarreglo interarticular, y con ruidos continuos, degeneración de la articulación. El ruido articular es considerado como primer signo de disfunción.

Movimientos Excursivos.

Es importante observar, durante los movimientos excursivos. Las interferencias que pudiera presentar un paciente, al realizar sus movimientos de lateralidad y protusivos. Sobre todo en el segmento canino y segmento posterior.

Primeramente, para checar las interferencias tanto en protusión, como de lateralidad, debemos realizarlo desde oclusión céntrica. Un pa-

ciente debe realizar sus movimientos de lateralidad y protusivos desde - oclusión céntrica, por lo menos 8 mm.. Cuando existen interferencias - mediotrusivas, pueden provocar disfunción muscular o bloqueo mecánico.

Bruxofacetas.

Para localizar las bruxofacetas en las superficies oclusales, las áreas sospechosas deberán ponerse en contacto. Se le pide al paciente - que muerda fuertemente sobre estos dientes, sin dejar que la mandíbula - se mueva durante un minuto por lo menos.

Al recibir una respuesta positiva de que existe dolor o malestar, - indicará una conexión directa entre la faceta y el síntoma, a esto se le dará el nombre de contacto provocador de síntomas.

Hábitos Bucales.

Causas oclusales de disfunción mandibular.

1. Mal posición interdientaria.
2. Estabilización dentomuscular de la mandíbula en posición intercuspidéa.
3. Falta de gufa anterior.
4. Contacto unilateral en posición retrufda.
5. Deslizamiento de la posición de contacto retrufda a la posición intercuspidéa que sea asimétrico, largo o empujado.
6. Cualquier contacto mediotrusivo.
7. Gufa laterotrusiva en los molares.
8. Movimientos de contacto desviantes.

EXPLORACION FISICA

Exploración de todo el Cuerpo.

Se realiza con la finalidad de conocer; la marcha y postura del paciente, así como conocer enfermedades óseas o articulares, trastornos musculares y padecimientos del sistema nervioso.

Que en un momento dado tengan relación con lo que a nosotros interesa.

Cabeza, Cuello y Músculos.

Su exploración se hace con el objeto de observar si existe asimetría facial, fractura, atrofas e hipertrofas musculares, que pueden ser importantes para nuestro diagnóstico.

La palpación muscular y de los tendones se debe realizar en una forma sistemática, pues constituye una mejor manera de diagnosticar los niveles subclínicos y clínicos de disfunción. Su palpación debe realizarse en dirección bilateral. La presión se ejercerá sobre la zona muscular con el dedo medio de cada mano. Los dedos adyacentes pueden utilizarse para el área adyacente, para obtener una respuesta positiva o negativa.

Articulación Temporo Mandibular.

La exploración de la A. T. M. debe realizarse con el auxilio de un estetoscopio; para poder detectar chasquidos e interferencias en oclusión céntrica, así como durante la apertura y cierre mandibular. Se deberá realizar sobre la zona articular y muscular si hay presencia de dolor, o si existe parálisis, también se observará la región articular de los dedos; si hay signos de artritis o reumatismo que pueda afectar la A. T. M.

Estudio de Laboratorio.

Se tomarán en cuenta dependiendo de la exploración física que pudiera estar relacionada con alguna enfermedad general, además los estudios de laboratorio en algunas veces resulta útiles para el diagnóstico diferencial.

Exploración Radiográfica.

Como auxiliar para formar nuestro diagnóstico es importantes en los casos de disfunción mandibular, tener presente dos radiografías panorámicas; lateral en apertura oral y en cierre con relación a oclusión céntrica.

Y en los casos de rehabilitación oclusal, 14 películas intrabucales y 4 de aleta mordible. Esto es con la finalidad de observar el contorno y diseño de la superficie articular del cóndilo, fosa glenoidea y tubérculo articular, posición del cóndilo durante el cierre y apertura mandibular. Así como localizar alteraciones patológicas, fracturas mandibulares, dientes retenidos, hipercementosis, fracturas radiculares, padecimientos periodontales, padecimientos nasales, neoplásicos, e hiperplasia del cóndilo.

Clasificación Funcional de la Oclusión.

Los pacientes atendidos en Odontología son clasificados en cuatro categorías generales, que son basadas en las respuestas funcionales de la oclusión dentaria, de las cuales 2 grupos son Ortofuncionales y dos Disfuncionales.

ORTOFUNCIONALES.

Clase I. Pacientes con oclusión ideal u óptima.

Clase II. Pacientes con disarmonías oclusales sin síntomas o con síntomas insignificantes.

DISFUNCIONALES.

Clase III. Pacientes con disarmonía oclusal y síntomas leves o transitorios o sub-clínicos, pero en un nivel de cierta significación.

Clase IV. Pacientes con síntomas definidos de disfunción, de los que tienen conciencia.

SIGNOS Y SINTOMAS
OBJETIVOS Y SUBJETIVOS
QUE INDICAN DISFUNCION
MANDIBULAR

SUBJETIVOS.

Dolor de cabeza.

Dolor de oídos.

Dolor dentario.

Dolor o malestar en cualquier punto de cabeza o el cuello.

Cansancio o debilidad muscular.

Movimiento mandibular restringido o inhibido.

Ruidos articulares.

Bruxismo.

Sensación de oídos tapados o llenos.

Sensación de la presión alrededor o detrás de los ojos.

Sensaciones de tracción o tironamiento en el cuello o los hombros.

Boca seca.

Sensación de plenitud en la garganta.

Ciertos tipos de vértigo.

OBJETIVOS.

Mala oclusión céntrica.

Falta de gufa anterior.

Deslizamiento de la posición de contacto retruido a la máxima intercuspidación donde predomine el componente vertical u horizontal.

Deslizamiento asimétrico de la posición de contacto retruida a la posi--

ción intercuspídea.

Contacto unilateral en la posición de contacto retruído.

Contacto mediotrusivo de los dientes.

Contacto laterotrusivo de los molares.

Contacto protrusivo en los molares.

Las siguientes Observaciones Físicas Indican Algún Grado de Disfunción En Ausencia De Trastornos Orgánicos.

Posición de contacto muscular, que no es igual a la posición intercuspídea, cuando existe una posición precisa.

Una apertura interincisal máxima que sea inferior a 40 mm.

Una desviación significativa de la mandíbula durante la apertura y cierre.

Movimientos de contacto, excursivo restringido o reprimido (menos de 8 mm).

Dolor durante el movimiento mandibular.

Sensibilidad a la palpación en una o ambas articulaciones temporomandibulares.

Pauta de movimientos menisco-cóndilo incoordinada.

Bruxofacetas.

Facetas aceleradas de desgaste.

Sensibilidad a la palpación en los músculos que mueven y estabilizan la mandíbula, la cabeza y el cuello.

Una lengua con el borde festoneado.

Una arruga en la mucosa del carrillo.

AJUSTE OCLUSAL

El ajuste oclusal es la corrección de contactos oclusales excesivos, mediante el desgaste selectivo. Y comprende el remodelado selectivo de las superficies dentarias que interfieren en la función mandibular.

El ajuste oclusal cuando empezó a practicarse en épocas pasadas - por algunos odontólogos, fue criticada ampliamente por odontólogos adversos a este concepto. Como objeción pusieron en tela de juicio el desgaste selectivo de la estructura dentaria, así como impropio trabajar con exactitud directamente en la cavidad oral. Este trajo como consecuencia el esclarecimiento de tales declaraciones por algunos odontólogos que defendieron éste concepto. Manifestando el conocimiento de los principios y la exposición razonable del ajuste oclusal.

Las opiniones de algunos odontólogos, explican que el saber manipular adecuadamente la mandíbula hacia la posición terminal de bisagra sin resistencia del paciente, es un avance para poder atender a un paciente correctamente. Para poder realizar un ajuste oclusal adecuadamente debemos solicitar de la ayuda de un asistente dental y una buena iluminación que facilite nuestro trabajo.

El ajuste oclusal realizado directamente en la cavidad oral, nos va a permitir observar perfectamente los movimientos dentarios en contacto excesivo. Permitiendo así, una gama de ajuste que incluye todas las trayectorias oclusales. Para esto es necesario aprender a evaluar y -- ajustar las variaciones de las posiciones mandibulares en las diferentes posiciones posturales.

Los procedimientos de ajustes adecuados nunca dañan al paciente. Pero sí en los casos de un tratamientos de ajuste oclusal inadecuado, se puede crear una conciencia oclusal o bien si se fuerza al paciente a una función con la cual no se siente cómodo, el equilibrio oclusal queda incompleto, y puede desencadenar extremo malestar en los dientes y la zona

temporomandibular.

El ajuste oclusal se realiza con la finalidad de establecer que - los movimientos mandibulares sean libres para su desplazamiento conscientemente o inconscientemente, permitiendo que los músculos lleven al maxilar inferior a cualquier posición bordeante funcional sin desviación.

Pués bien, al realizar el ajuste oclusal deben eliminarse todas - las interferencias. Logrando siempre una orientación y distribución correcta de las fuerzas oclusales para un mantenimiento estable.

OBJETIVOS DEL AJUSTE OCLUSAL.

- 1.- Mejoramiento de las relaciones funcionales y la inducción de estimulación fisiológica de todo el aparato masticatorio.
- 2.- Eliminación del trauma por oclusión.
- 3.- Eliminación de tensión muscular anormal; bruxismo, molestias o dolor asociados.
- 4.- Eliminación de molestias o dolor disfuncionales de la A. T. M.
- 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.- Recondicionamiento de algunos hábitos de deglución anormal.

FUNCIONES PRINCIPALES DEL ASISTENTE DENTAL

- 1.- Mantener la boca seca para que el papel de articular marque bien.

- 2.- Sostener el papel en su lugar, mientras el Cirujano Dentista manipula la mandíbula.
- 3.- Mantener los dientes refrigerados mientras se realiza el desgaste selectivo.

El asistente dental debe estar completamente entrenado para ayudar al C. D. Uno de los factores importantes es aprender el manejo alterado de tres implementos, en coordinación con los procedimientos del Cirujano Dentista, y son: Cinta marcadora, extractor de saliva y jeringa de aire.

Otro de los factores es aprender a interpretar las diferentes señas tanto de la mano como los movimientos de cabeza, que el Cirujano Dentista trate de transmitir al asistente. Esto es básico, puesto que permite una comunicación rápida y una forma mas tranquila de trabajar. Por ejemplo: El movimiento afirmativo de la cabeza del C. D. significa que se coloque la cinta. Se pueden utilizar posiciones de la mano para señalar donde colocar la cinta. Elevar el pulgar significa retirar todos los instrumentos para observar la oclusión.

PASOS PARA EL AJUSTE OCLUSAL.

- 1.- El C. D. lleva el maxilar inferior a la posición terminal de bisagra y se hace golpetear los dientes. Se pregunta al paciente ¿que lado toca primero, y se marca el lado que indica el paciente y si el paciente no decide se marcan los dos lados.
- 2.- Antes de colocar la cinta, el asistente deberá extraer los líquidos bucales, y secar los dientes con el chorro de aire, mientras el C. D. reasume la posición de manipulación con ambas manos.

Cuando el C. D. está listo para marcar, indica al asistente la colocación de la cinta marcadora con la inclinación de la cabeza. El C. D. hace golpear los dientes, el asistente retira la cinta y la seca completamente e inmediatamente seca la cavidad oral. La cánula de aspiración debe dejarse con dos finalidades: A) Permite la aspiración de los líqui-

dos orales é impide el cierre conservando las marcas.

3.- Durante el desgaste que realiza el C. D. sobre las vertientes marcadas, el ayudante deberá ir secando con la jeringa de aire las piezas dentarias que van siendo desgastadas y con otra mano, mantener seca la boca con la cánula de aspiración.

4.- Cuando el C. D. está por concluir el desgaste selectivo de las vertientes marcadas, con un movimiento de asentamiento con la cabeza indica a la asistente que deje la cánula de succión y tome la cinta. Y con la jeringa de aire en la otra mano seguirá el secado de las piezas dentarias sobre la superficie triturante. Inmediatamente introduce la cinta mientras el C. D. retira la pza. de mano, y nuevamente se hace golpear los dientes para hacer nuevas marcas y reiniciar el desgaste sin interrupción.

INSTRUMENTAL Y MATERIAL PARA EL AJUSTE OCLUSAL

CINTAS

Una de las cintas más eficaces para marcar interferencias son las cintas marcadoras de seda fina y las hay de dos colores verde y roja, pudiéndose cortar a la longitud necesaria. El cuidado que se le debe tener a la cinta marcadora es no dejarla resecar, pues debe mantenerse en lugar hermético y en refrigeración.

MARCAS DE CINTAS DE ARTICULAR

TRU-MARK -- ENTINTADO MEDIANO -- COLORES: ROJO, VERDE, VIOLETA. En el uso de esta cinta es necesario un portacinta de S. D. MILLER.

PAPEL MARCADOR.

El papel marcador para el uso de interferencias no es muy recomendable por su fragilidad, pues se desgarrá fácilmente y la tinta se barre,

dando o marcando datos falsos. Sin embargo, es útil en los casos de de-oclusión posterior después de haber corregido las interferencias en céntrica y se llama PAPEL DE ARTICULAR FINO AZUL MYNOL.

MARCADOR DE JOFFE

Es un instrumento que utiliza, una goma-dique cubierta de tinta - estirada en un soporte especial. La delgadez de la goma dique y el - hecho de que se da elimina muchas manchas, y las marcas son nitidas, - claro si las superficies dentarias están secas y la tinta es fresca. Se utiliza este instrumento en las etapas finales, como retocador.

C E R A S.

El utilizar cera para localizar interferencias es más exacto sólo_ que requiere mucho mas tiempo que con marcadores entintados. El método_ consiste en colocar cera en la superficie triturante de los dientes de - un solo arco, por lo general se realiza en el superior, y se hacen - - ocluir los dientes antagonistas varias veces con suavidad, hasta que - perforen la cera. (Las perforaciones representan interferencias). Pos- teriormente se les marca con lápiz y luego se les desgasta, repitiendo - el procedimiento hasta lograr la oclusión adecuada. La cera nos es útil principalmente en aristas agudas.

CERA DE SCHUYLER

INSTRUMENTAL

Piedras para desgaste selectivo:

PIEDRAS GREEN BAND.

CONO INVERTIDO 1, 3.

PIEDRA REDONDA W6.

PROCEDIMIENTO DEL AJUSTE OCLUSAL

- 1.- Eliminación de superficies que interfieran en el cierre terminal de bisagra. (r. c.).
- 2.- Eliminación de superficies dentarias que interfieran en excursiones laterales. Esto varía dependiendo de la gufa anterior, durante su - comodo de los ciclos masticatorios individuales. Tomando siempre en cuenta la movilidad de algunos dientes si es que existen.
- 3.- Eliminación de la estructura dentaria posterior que interfiera en - excursiones protusivas. Esto puede variar por relaciones intermaxilares, en la cual los dientes anteriores no esten en una posición - que desocluya los dientes posteriores en protrusión.
- 4.- Armonizar la gufa anterior, siempre debe realizarse con la corrección de interferencias laterales o protusivas".

ELIMINACION DE INTERFERENCIAS EN RELACION CENTRICA

Al rotar los cóndilos sobre su eje terminal de bisagra, los dientes individualmente siguen un arco de cierre, hasta lograr una posición oclusal más cerrado, sin desviación alguna del arco de cierre, tiene el efecto de forzar los dientes inferiores hacia adelante de la interferencia. Para alcanzar la posición oclusal más cerrada. Este tipo de desviaciones siempre requiere que el cóndilo se mueva hacia adelante, y a éste tipo de interferencias primarias que desvían el cóndilo hacia adelante producen un deslizamiento anterior comunmente conocido. Fig. 1.

Las reglas básicas de desgaste para corregir un deslizamiento anterior, debe desgastarse las vertientes mesiales de los dientes superiores o las vertientes distales de los dientes inferiores.

Interferencias en la línea de cierre.

Se refiere a las interferencias primarias que hace desviar la man-

dfbula, hacia la derecha o la izquierda desde el primer punto de contacto hasta la posición más cerrada. Fig. 1.2.

Las Reglas Basicas Del Desgaste Son las Siguietes:

1. En el caso de vertientes interferentes, que logran desviar la mandíbula desde la línea de cierre hacia los carrillos. Es necesario desgastar la vertiente vestibular del diente superior o la vertiente lingual del diente inferior.

Esto selectivamente dependerá de la que alinie mejor la punta cuspeada con el centro de su contacto con la fosa, o que oriente la fuerza más favorablemente hacia el eje mayor de los dientes tanto superiores como inferiores.

2. En el caso contrario la vertiente interferente, que desvía la mandíbula de la línea de cierre hacia la lengua, la regla de desgaste es; - desgastar la vertiente lingual del diente superior o la vertiente vestibular del diente inferior o ambas.

Las dos reglas son válidas para las desviaciones de la línea de cierre, incluso se pueden aplicar en el caso de los dientes que se encuentren en relación invertida. Es importante que se tenga conocimiento de que el desgaste se realiza en vertientes y no en cúspides. Existen interferencias que producen desviación tanto en el arco de cierre como en la línea de cierre al mismo tiempo.

En éstos casos se deben desgastar las vertientes que están frente a la misma dirección que el deslizamiento. En cambio los dientes inferiores se ajustan, desgastando las vertientes que enfrentan la dirección opuesta a la trayectoria del deslizamiento.

La dimensión vertical de la oclusión después del ajuste (r.c.) debe ser la misma que el ajuste que se tenfa en oclusión céntrica.

Si se eliminan interferencias que desvían la mandíbula hacia ade--

lante automáticamente se crea una céntrica larga, excepto de que se disminuya la dimensión vertical. Claro que la creación de una céntrica larga comunmente será más larga de lo necesario pero aún así su longitud excedente no trae consecuencias de trastorno ni a nivel temporomandibular, ni dentario.

Se pueden ajustar dientes inclinados o puntas cuspídeas anchas al_ eliminar interferencias, para mejorar la estabilidad.

Cuando la marca del diente vestibular se localiza por vestibular a la fosa central, se desgasta el diente inferior para correr la cima cuspídea hacia lingual, si es posible realizar el remodelado sin acortarla_ y sacarla del contacto en céntrica. El desgaste de los dientes superiores sólo mutila cúspides superiores innecesariamente. Si la marca en el diente superior esta por lingual a su fosa central y se puede mejorar la estabilidad corriendo la cima cuspídea inferior hacia vestibular, se remodela la cúspide inferior mediante el desgaste de sus vertientes lingua_ les para llevar el contacto hacia vestibular. Esto no se hará si para _ ello es preciso sacar del contacto en céntrica a la cúspide.

INFLUENCIA DE LOS CONTORNOS LINGUALES.

En el caso de contornos linguales que varían la forma mandibular - tienen una profunda influencia sobre la dirección del arco de cierre. - Por ejemplo: Los pacientes que presentan caras angulosas y mandíbulas - cuadradas, tienen un arco de cierre que lleva los dientes inferiores en_ una trayectoria orientada más anteriormente. Las interferencias en ésta trayectoria de cierre pueden parecer extremas y hacer que el deslizamien_ to sea largo y desviado.

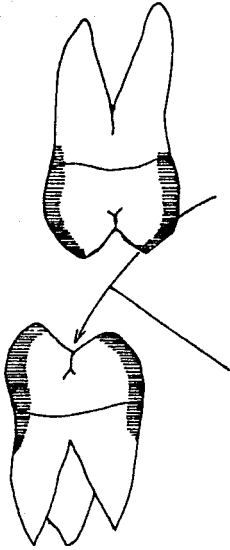


FIG. 1.1

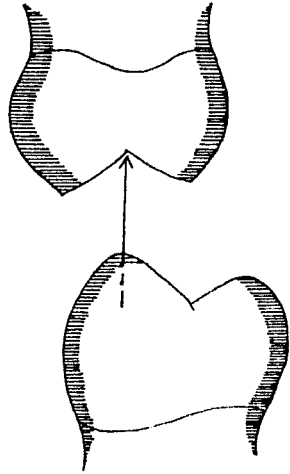
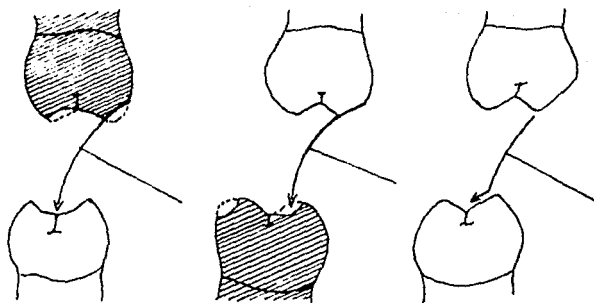


FIG. 1.2



Desgastar las vertientes
mesiales de las cúspides
superiores.

Desgastar las vertientes
distales de las cúspides
inferiores.

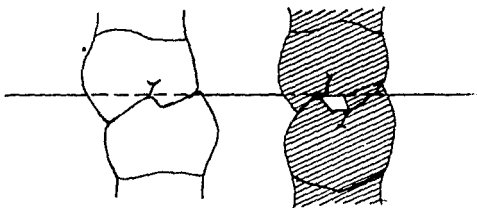


FIG. 1.3

La regla para la corrección
del deslizamiento anteriores
MS.

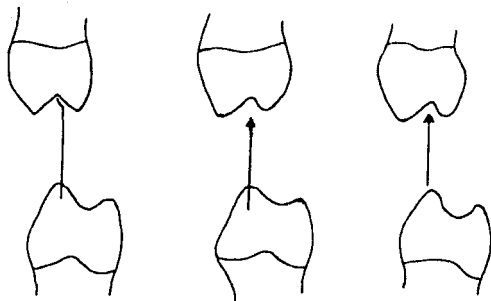


FIG. 1.4

Desgastar la ver-
tiente lingual de
las cúspides in-
feriores en inter-
ferencia.

Desgastar la ver-
tiente vestibular
de las cúspides -
superiores en in-
terferencia.

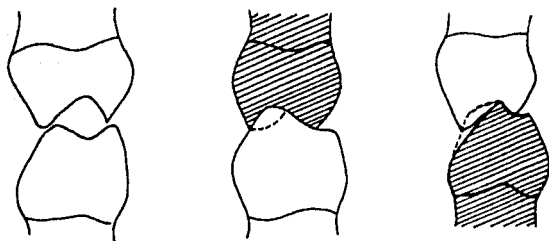


FIG. 1.5

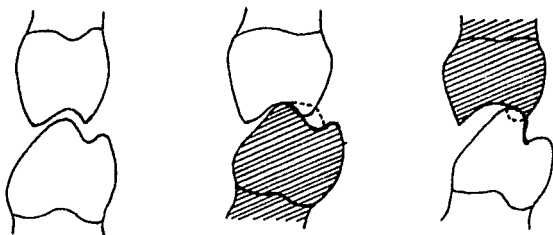


FIG. 1-5 A

Aunque parezca que el ajuste requiere en un momento dado de la mutilación de los dientes, las correcciones pueden realizarse con un mínimo desgaste dentario.

En el caso de los pacientes que presentan una mandíbula con un ángulo abierto, siempre van a presentar un arco de cierre mucho más vertical. Cuando una trayectoria de cierre vertical dirige los dientes inferiores contra vertientes bastante empinadas, resulta difícil localizar las interferencias. La manipulación firme es esencial. Las pequeñas desviaciones que generan este tipo de interferencias, son capaces de desencadenar síndrome temporomandibulares severos. Es importante tener presente el inicio de nuestro ajuste oclusal. Siempre es importante empezar con excursiones laterales. Esto se hace con la finalidad de lograr una estabilidad oclusal, porque si se hace primeramente con las excursiones laterales es mucho más rápido equilibrar la oclusión, pero con pocos resultados de estabilización. A excepción de que posteriormente se realicen las restauraciones dentarias, no importa la secuencia. Puesto que la localización de las cimas cuspídeas puede ser mejorada con las restauraciones.

INTERFERENCIAS EN EXCURSIONES LATERALES

Cuando la trayectoria dentaria posterior, deja la relación céntrica para desplazarse lateralmente sus determinantes van a ser:

- 1.- Los movimientos bordeantes de los cóndilos, que actúan como determinante posterior.
- 2.- La guía anterior, que actúa como determinante anterior.

Durante los movimientos laterales, el desplazamiento lateral del cóndilo es un factor importante para determinar las superficies triturantes de los dientes. Al ajustar excursiones laterales la mandíbula debe ser guiada mediante una maniobra definida, para registrar interferencias en las verdaderas trayectorias bordeantes.

Si al paciente se le permite que marque interferencias laterales, con un deslizamiento sobre la cinta marcadora, tenderá a deslizarse en - dirección anterolateral y hasta puede no manifestar un deslizamiento lateral inmediato.

Las interferencias laterales halladas mediante el manipuleo energético de la mandíbula, después de la ubicación suave del cóndilo en el eje terminal suelen ser las interferencias que desencadenan patrones de bruxismo.

TECNICA PARA MANIPULACION EN EXCURSIONES LATERALES.

- 1.- Al eliminar las interferencias en el cierre de eje terminal, se lleva la mandíbula a relación céntrica.
- 2.- Los dientes deben ocluir en el arco de cierre terminal hasta entrar en contacto, pidiendo al paciente se mantenga en esa posición por un momento.
- 3.- En el lado activo, se deja libre el pulgar y los otros cuatro dedos se usan para ejercer presión hacia arriba sobre el cóndilo de este lado. Los dedos serán colocados sobre el hueso, no en el tejido del cuello.
- 4.- En el lado de balanceo, se mantiene la misma relación del pulgar y los otros dedos, que fué utilizada para la manipulación hacia relación céntrica, excepto que la presión será ejercida hacia el cóndilo del lado activo.
- 5.- Mientras mantiene la presión con ambas manos, el odontólogo pedirá al paciente que deslice la mandíbula.
- 6.- El ayudante insertará la cinta marcadora en la boca seca para registrar toda interferencia.

7.- La manipulación es la misma, si se marcan interferencias en lado activo o en lado de balanceo. Fig. 1.6

ELIMINACION DE INTERFERENCIAS LATERALES.

Para su estudio se dividen en dos tipos:

- Lado Activo
- Lado de Balanceo

Interferencias en el Lado de Balanceo.

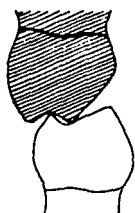
Este tipo de interferencias se presentan en vertientes de los dientes inferiores, cuando se desplazan de relación céntrica y van hacia lingual Fig. 1-7.

Las reglas del desgaste selectivo se realiza (Vs-Li): es decir, se desgastan las vertientes vestibulares en dientes superiores o las vertientes linguales de los inferiores. Estas mismas reglas son aplicables en oclusión invertida.

Cabe aclarar, que la combinación de desgaste selectiva se debe realizar, tanto de lado balanceo como del lado activo, para evitar desigualdad de ajuste y así evitar mayor desgaste dentario. Es decir, se debe trabajar en ambos lados durante las excursiones laterales.

Interferencias en el lado activo o función de grupo.

Las vertientes del lado activo se deberán ajustar de tal manera que, armonicen con precisión con los movimientos condileos y la guía anterior. En función de grupo, las puntas cuspídeas posteriores inferiores y los bordes incisales inferiores del lado activo mantienen contacto continuo desde relación céntrica hacia el carrillo. Es decir, al desplazarse la mandíbula lateralmente, la longitud del contacto dinámico es progresiva desde el molar hacia adelante. Esto significa que el segundo molar es el primero en separarse, y el canino al último.



Trayectoria desde
céntrica hacia la
lengua.



Desgastar la ver-
tiente vestibular
del superior.



La vertiente
lingual del
inferior.

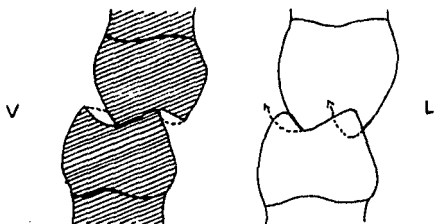
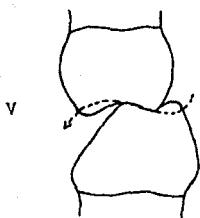
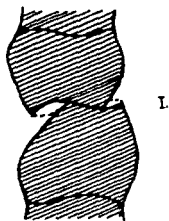


FIG. 1-6

Para eliminar las interferencias
de balanceo en la oclusión inver-
tida, desgastar el plano inclina-
do vestibular del superior y el
plano inclinado lingual del infe-
rior.



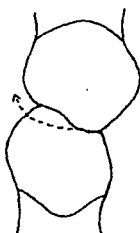
Trayectoria del lado activo.



Desgastar la vertiente lingual del superior y la vertiente vestibular del inferior.



Trayectoria protusiva



Desgastar, con mayor frecuencia, distal del superior.

FIG. 1-7

Las reglas para realizar el ajuste oclusal en protrusión son (Ds-- Mi): Desgastar las vertientes distales de los dientes superiores o, en algunos casos, la vertiente mesial de los dientes inferiores.

Al llevar a cabo, el desgaste de interferencias en protrusión los topes en céntrica se marcarán con una cinta del color diferente para no desgastarlos inadvertidamente. Se lleva la mandíbula del paciente a relación céntrica y se le pide al paciente que deslice hacia adelante y atrás. Durante este procedimiento el Cirujano Dentista deberá mantener la mandíbula firmemente para asegurar que los cóndilos permanezcan contra la eminencia durante el movimiento.

Es de mucha importancia que el Cirujano Dentista durante el ajuste selectivo de acuerdo con éste procedimiento, vigile la arista linguo-oclusal por distal a cada diente superior y también observar las paredes de las fosas en la trayectoria protrusiva. Hay que aliviar todo contacto posterior en interferencias protusivas.

La desoclusión posterior se efectúa gracias a la gufa anterior y al movimiento descendente de los cóndilos en protrusión. En el caso de las gufas anteriores empujadas, el desgaste es mínimo y con las gufas anteriores planas, la desoclusión se debe a los cóndilos y al desgaste de las interferencias es mayor.

En la desoclusión posterior el Cirujano Dentista, dependiendo del punto de vista y criterio propio, decidirá si desocluye la totalidad de los dientes posteriores o parte de ellos en excursiones activas.

Los ciclos masticatorios verticales raramente necesitan función de grupo, pero en el caso de dejar un diente en contacto funcional lateral, debe ser tomada de diente por diente.

En cavidades orales, con dientes anteriores firmes pero con dientes posteriores con parodonto débil, es importante desocluirlos en todas las excursiones, menos en relación céntrica, para esto es importante marcar con cinta los topes en céntrica y así evitar desgastar equivocadamen

te las vertientes en excursiones laterales.

Las reglas que utilizan para desgastar contactos en el lado activo es (Li-Vs): comenzar en el tope en céntrica, desgastar la vertiente interferente lingual de los dientes superiores o la vertiente vestibular de los dientes inferiores o en último caso las dos se pueden combinar.

AJUSTE DE DIENTES HIPERMOVILES.

El caso de hipermovilidad dentaria, será detectado digitalmente. Puesto, que los dientes con movilidad no permiten la marcación pareja en relación con los dientes estables. La marcación que se realiza es menos nítida en dientes móviles que en los dientes firmes. Si se desgastan los dientes firmes, se sobrecargan más los dientes hipermoviles. Al examinar las oclusiones debe llevarse a cabo tanto en contacto firme como en contacto leve. Y debe usarse cinta roja para el cierre firme y cinta verde para el cierre leve; mostrará si los dientes se mueven para permitir el contacto igual en el cierre enérgico. Las marcas rojas y verdes deben estar en los mismos lugares.

Si existen marcas en cierre leve más que con el firme, se sigue ajustando la oclusión mediante el desgaste de las marcas obtenidas al contacto leve hasta que sean las mismas que las del contacto firme.

AJUSTE OCLUSAL DEL PACIENTE CON TRISMO.

El paciente con trismo, no presenta gran problema para poder tratarlo con ajuste oclusal, siempre y cuando pueda desplazarse la mandíbula hacia la posición terminal de bisagra.

En el caso de la manipulación indolora cuando resulta difícil, se introduce una cinta marcadora entre los dientes y se los hace contactar varias veces cuando los cóndilos se hallan cerca del eje terminal. En este punto deberá rechinar los dientes el paciente, y se aliviarán las vertientes no funcionales que se marque. A medida que se desgasten las

vertientes en interferencia, se tornará progresivamente fácil manipular la mandíbula, y será posible concluir el ajuste poco a poco a medida que los músculos se relajan.

También suele aplicarse el siguiente método, para disminuir la tensión muscular: Se colocan dos rollos de algodón entre los dientes anteriores y el reposo de la mandíbula contra el sin contacto posterior. La marcación de las interferencias al cabo de 10 a 20 minutos de separación de los dientes, suele detectarse el principal contacto desencadenante del espasmo.

AJUSTE OCLUSAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES.

El tratamiento de ajuste oclusal en pacientes con trastornos emocionales, puede ocasionar conciencia oclusal por lo que es de mucha importancia, revisar cuidadosamente algunas consideraciones al respecto. Para poder realizar éste tratamiento.

Existen, dos requisitos previos muy importantes para la iniciación de cualquier corrección oclusal en pacientes emocionales:

- 1.- El paciente, debe estar consciente del desgaste que sufrirán sus dientes hasta completar el tratamiento.
- 2.- El C. D. juzgará cuando quede concluido el tratamiento, además el paciente deberá saber que se considerará corregida la oclusión, cuando todas las fuerzas queden distribuidas uniformemente y los músculos pterigoideos queden espásticos. Y si queda algún otro síntoma extraño deberá ser tratado con otro enfoque medico.

FILOSOFIA DE PANKEY - MANN
SCHUYLER DE LA REHABILITACION
OCLUSAL

La Filosofía de Pankey-Mann-Schuyler, es la integración de diversos aspectos terapéuticos que tienen como objetivo destinar un plan ordenado y así conseguir óptimo resultado en la rehabilitación oclusal completa con un mínimo de esfuerzo, tanto del paciente como del C.D.

El DR. L. D. Pankey fue quien originalmente organizó esta filosofía valiéndose de los principios de la oclusión propuestos por el DR. Schuyler. También participó el DR. Arvin Mann con el DR. Pankey en la creación del primer instrumento especializado para establecer el plano oclusal, el cual posteriormente fue reemplazado por un sistema más simple, pero el concepto general del tratamiento sigue denominándose Filosofía de Pankey-Mann-Schuyler (abreviatura P. M. S.).

PRINCIPIOS DE LA F. P. M. S.

- 1.- Contacto oclusal coordinado de la máxima cantidad de dientes cuando la mandíbula está en relación céntrica.
- 2.- Gufa anterior en armonía con la función es posiciones excéntricas laterales en el lado activo.
- 3.- Desoclusión de todos los dientes posteriores, en protrusión mediante la gufa anterior.
- 4.- Desoclusión de todas las vertientes del lado de balanceo en excursiones laterales.
- 5.- Función de grupo de las vertientes del lado activo en las excursiones laterales.

SECUENCIA DE LA FILOSOFIA P.M.S.

Parte I. Examen, Diagnostico, Plan de tratamiento, Pronóstico.

Parte II. Armonización de la gufa anterior para conseguir la mejor estética, función, y comodidad posible.

Parte III. Selección de un plano oclusal aceptable, y restauración de la oclusión posterior inferior en armonía con la gufa anterior de manera de no interferir con la gufa condilar.

Parte IV. Restauración de la oclusión posterior superior en armonía con la gufa anterior y la gufa condilar.

VENTAJAS DE LA FILOSOFIA P.M.S.

1. Se puede realizar el diagnóstico y el plan de tratamiento, de toda rehabilitación, antes de tallar un diente aislado.
2. Los procedimientos aplicados son bien organizados y requieren el mínimo esfuerzo tanto del paciente como del C.D.
3. Nunca hay necesidad de tallar o remodelar más de ocho dientes por vez.
4. Se divide la rehabilitación en series separadas de sesiones. No es necesario ni conveniente hacer todo el caso al mismo tiempo.
5. Siempre se conserva la dimensión vertical.
6. La trayectoria funcionalmente generada y la relación céntrica, son tomadas en la superficie oclusal de los dientes por reconstruir en la dimensión vertical exacta en la cual se restaurará el caso.
7. Todos los contornos oclusales posteriores están programados por los movimientos bordeantes condileos y una gufa anterior perfeccionada, y están en armonía con ellos.

8. No hay necesidad de técnicas que lleven tiempo ni un equipo complicado.
9. Los procedimientos de laboratorio son simples y controlados hasta un grado sumamente sutil por el C.D.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES - DE AJUSTE OCLUSAL

Es importante para el C.D. tener presente tanto las indicaciones - como las contraindicaciones, antes de realizar un tratamiento de ajuste oclusal, tanto parcial como total.

INDICACIONES.

- 1.- Existencia de oclusión traumática.
2. Presencia de bruxismo.
3. Alteración de la articulación temporo-mandibular.
4. Hipertonicidad de los músculos masticadores.
5. Colocación mesial del maxilar inferior.
6. Cuando existe disarmonía de las relaciones funcionales y de reposo.
7. Masticación unilateral.
8. Falta de oclusión que puede ser corregida mediante limado.
9. Aumentar la eficacia masticatoria y producir una distribución uniforme (de esfuerzos oclusales).
10. Dientes que traumatizan los tejidos blandos.
11. Cuando los dientes han emigrado.
12. Existencia de impactación de alimentos.
13. Presencia de movilidad dental.
14. Para reducir la rotación de un diente en particular.

15. La existencia de dolor dental asociado a oclusión.
16. Cuando los rebordes marginales no están a nivel.
17. Antes de la reconstrucción dental.
18. Para restauraciones o colocación de dispositivos dentales.
19. Existencia de deficiencia parodontal.
20. Presencia de excesiva cantidad de cálculos.
21. Después del tratamiento ortodóntico.
22. En trastornos de dicción.

CONTRAINDICACIONES.

El ajuste oclusal, constituye la primera condición para el tratamiento del trauma por oclusión. Pero, no todos los traumas por oclusión son tratados con éste tipo de tratamiento. Y está contraindicado cuando se puede aplicar algún otro tratamiento de tipo:

- Ortodóntico.
- Odontología Restauradora.
- Colocación de Férulas.
- Prótesis.
- Aditamentos Oclusales.
- Aditamentos Intermaxilares.
- Guardas Oclusales.
- Relajantes Musculares.

D I A G N O S T I C O

Es una evaluación científica que tiene por objeto interpretar datos y síntomas recogidos en el exámen, distinguiendo en el paciente el estado de salud o enfermedad que presente.

Uno de los desafíos para el C.D. es darle la importancia al diagnóstico, por lo que presenta para aplicar cualquier tratamiento. Principalmente en los casos de disfunción mandibular o trauma de la oclusión.

Esto permitirá conocer adecuadamente cualquier lesión a causa del padecimiento que sufre el paciente, y no caer en el error realizando un tratamiento empírico que suele ser más dañino que los síntomas.

Dentro de los errores más comunes, es cuando se realizan procedimientos quirúrgicos inadecuados en los casos de disfunción de la A.T.M. como son: Menisectomías, Condilectomías, Resección de nervios, Cirugía cerebral, Atención psíquica para aprender a vivir con el dolor. Siendo que los tipos de padecimiento de la disfunción de la A.T.M. pueden solucionarse en cuestión de minutos por un Cirujano Dentista capacitado.

El diagnóstico de los trastornos temporomandibulares se debe caracterizar, con la exploración de la desviación del conjunto cóndilo-disco desde su punto de partida, que es la posición de bisagra terminal. En el cual intervienen los músculos pterigoideo medio lateral que en condiciones anormales, presentarán dolor durante las contracciones prolongadas. Cuando la mandíbula es colocada por delante de su eje terminal de bisagra fijado por los ligamentos y mantenerla allí.

Si existen interferencias para que el cóndilo sea fijado por sus ligamentos, el músculo pterigoideo lateral es forzado asumir el papel de los ligamentos. Entonces habrá, de fijar el cóndilo en un eje protruido para cada cierre con contacto dentario. Este permite al ser palpado el músculo pterigoideo genere dolor. Independientemente si el paciente presenta molestias temporomandibulares apreciable o no.

No solo los músculos pterigoideos presentan sensibilidad, también el músculo temporomandibular es causante de cefaleas, y puede irradiarse hasta el cuello y los hombros en caso de disfunción T.M.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Este diagnóstico, es aplicado para diferenciar los signos y síntomas similares o asociados, que puedan presentar los trastornos funcionales de las articulaciones o músculos temporomaxilares. Para esto, se debe tener conocimiento de los siguientes padecimientos:

- Artritis reumatoide.
- Artritis infecciosa.
- Arteritis temporal.
- Angina de pecho.
- Crepitación.
- Choque galvánico.
- Dolor urente irradiado.
- Enfermedad de Meniere.
- Jaquecas.
- Reumatismo.
- Neuralgias.
- Neoplásias.
- Otitis.
- Síndrome de parótida.
- Tic doloroso.

ARTRITIS REUMATOIDE.

Es una enfermedad general, su etiología es desconocida. Del 8 a 112% de los pacientes que sufren artritis reumatoide se afectarán las articulaciones temporomandibulares.

La artritis reumatoide queda fuera de la atención odontológica. Pero puede existir superpuesta artritis traumática o en su defecto puede

ser desencadenada, por la misma artritis reumatoide.

Y en éstos casos es funcional aplicar el tratamiento local que - - tiende a disminuir la tensión muscular y el esfuerzo de las articulaciones. Las deformaciones que pueden presentarse son mordida abierta, muy amplia o una desviación mandibular considerable.

ARTRITIS INFECCIOSA.

Es producida por cocos piógenos (gonococos, meningococos, neumococos, estafilococos, estreptococos). Este tipo de infecciones pueden presentarse directamente o por vía hematógena.

Signos y Síntomas Patológicos. Da una inflamación aguda y supurativa. El tejido sinovial se presenta hiperémico, edematoso, engrosado e infiltrado con leucocitos polimorfonucleares.

El cartilago puede ser destruido y presentarse anquilosis. Se pueden formar abscesos en la médula del hueso subcondrial, y las estructuras periarticulares blandas suelen presentar inflamación aguda, por lo consiguiente elevación de la temperatura.

Este tipo de afecciones de la articulación temporomandibular son desencadenadas por la extensión de una otitis media, osteomielitis del maxilar inferior. También se ha observado artritis tuberculosa en niños menores de 14 años, presentándose como espondilitis tuberculosa en pacientes con tuberculosis pulmonar. Se puede presentar artritis cifilítica - en cualquier edad como una complicación del padecimiento congénito o adquirido.

ARTRITIS TEMPORAL.

Es un padecimiento originado por la arteria temporal dura y distendida que afecta las articulaciones temporomandibulares y estructuras adyacentes, es necesario para la identificación de la arteritis temporal,-

efectuar biopsia y exámen microscópico, y método de palpación.

ANGINA DE PECHO.

El dolor asociado con oclusión coronaria y angina de pecho se irradia hacia la oreja y cara lateral del cuello. Y puede localizarse en la posición izquierda del maxilar inferior o en la articulación temporomaxilar del mismo lado. Esto puede confundirse con la artritis traumática - temporomaxilar. Y de los espasmos musculares asociados puesto que ofrecen los mismos síntomas. La administración de oxígeno y nitroglicerina proporcionará alivio en el caso de angina de pecho, pero no en el de artritis traumática.

CREPITACION.

Ruido o chasquido seco de las articulaciones temporomandibulares, se hacen presentes en las disarmonías oclusales y puede existir dolor o no, y varía de un chirrido casi inaudible a un chasquido fuerte. Esto se debe principalmente a una disarmonía entre los movimientos del cóndilo y su disco. En lugar de que su funcionamiento sea en el centro del disco, el cóndilo se desliza fuera de la cavidad y hacia el reborde del disco. Se oye el chasquido o golpe seco cuando vuelve hacia el centro.

Etiología. Investigaciones recientes dicen que la crepitación se desarrolla cuando hay una gafa canina lateral muy empinada.

Tratamiento. Es el desgaste oclusal.

CHOQUE GALVANICO.

Es originado por el contacto del arco antagonista con metales disímiles, es capaz de complicar un problema oclusal menor. La combinación del dolor del espasmo muscular y el choque galvánico súbito producen dolor facial intenso y con frecuencia caprichoso. Su tratamiento

es el cambio de las restauraciones.

Su diagnóstico se aplica en tres pasos para determinar, si hay una lesión ocluso-muscular, y luego se controla nuevamente la oclusión céntrica con un dique de goma entre los dientes, para ver si elimina el cho que al contacto.

DOLOR URENTE, IRRADIADO.

El dolor urente aparece ocasionalmente en el músculo masetero o el buccinador. Si no guarda relación con el dolor pterigoideo, el tratamiento oclusal no es de utilidad. La regla, debe ser tratar el dolor facial relacionado mediante la resolución de la sensibilidad pterigoidea, primero porque ello resolverá parte de los problemas, lo demás disminuirá paulatinamente, cuando se restaura la armonía muscular.

El dolor irradiado dependerá siempre de los espasmos musculares. - Es decir, los músculos tienen un patrón específico para irradiar dolor, y que los patrones del dolor irradiado son constantes y abarcan vías anatómicas que unen zonas de irradiación.

ENFERMEDAD DE MENIERE.

Es un padecimiento de los canales semicirculares del oído interno, que provoca vértigo, náuseas, palidez, zumbidos, sordera y en ocasiones nistogmo. Y en algunas veces es atribuible a trastornos de las articulaciones temporomandibulares.

JAQUECAS.

Existen algunos pacientes que presentan jaquecas asociadas con tensión muscular del aparato masticador, es decir, una asociación o combinación del sistema nervioso central y la influencia de interferencias oclusales. El paciente, puede presentar también jaquecas por tensión nerviosa, jaquecas vasculares, incluyendo migraña, jaquecas por hipertensión.

sión, jaquecas postraumáticas, jaquecas por padecimiento sinusal, nasal, paranasal, de los oídos y de los ojos, por fiebre, tumor cerebral.

SINDROME DE COSTEN.

Este síndrome es causado por un sobre cierre del maxilar inferior, después de la pérdida de piezas dentarias.

Los síntomas asociados con el síndrome, son trastornos auditivos - continuos e intermitentes, sensación de obstrucción o de taponamiento en los oídos, más marcada a la hora de comer, subidos, vértigo, dolor sordo dentro y alrededor de las orejas. Acompañando a la obstrucción de la trompa de Eustaquio, cefalea localizada en el occipucio. También se considera que el pellizcamiento del nervio auriculotemporal y cuerda del tímpano son la causa de sensaciones de dolor y quemaduras de la faringe, lengua, lados de la nariz y senos.

Aunque todo ésto ha sido proceso de discusión, a algunos especialistas del problema, el síndrome lo considera como síntomas de dolor miofacial.

REUMATISMO.

El reumatismo no auricular comprende generalmente dos tipos:

1. Fibositis y Miositis
2. Bursitis, Tendonitis y tenosinovitis.

Se desconoce la causa del primer grupo, sólo se conoce que son lesiones localizadas o en algunos casos se localizan ampliamente diseminadas, algunos piensan que son alteraciones metabólicas físico-químicas - que provocan inflamación.

Se observa que en adultos jóvenes o de mediana edad, y su comienzo puede ser súbito o insidioso. La gota, es otro trastorno metabólico que puede afectar a la A.T.M.. El segundo grupo puede afectar cualquier -

área en la que existen bolsas sinoviales y tendones, debido a ello pueden asociarse a artritis traumática.

REUMATISMO PSICOLÓGICO.

Es un trastorno propio de personas psiconeuróticas, con conflictos emocionales y puede manifestarse como un obstáculo a los movimientos articulares.

NEURALGIAS.

La neuralgia del trigémino o tic douloureux. Cuando afecta una o más ramas de este nervio también puede plantear problemas diagnósticos.- Es un dolor intenso y de dolor sordo en algunas ocasiones punsante, su duración es corta y rara vez mayor de 5 minutos.

NEOPLASIAS.

Este tipo de padecimientos neoplásicos, por su tamaño y extensión afectan la articulación temporomaxilar y las estructuras adyacentes, y producen síntomas similares a los descritos en la artritis traumática.

OTITIS.

Las infecciones del oído, pueden afectar a la articulación temporomandibular originando artritis infecciosa. Los pacientes con este problema es necesario canalizarlo a un otorinolaringólogo, para su reconocimiento.

SINDROME DE PAROTIDA.

Se caracteriza por la tumefacción de la glándula parótida, musculatura maseterina agrandada y disarmonía oclusal. En el cual el dolor facial, se hace presente en la zona maseterino-parotídea, y puede irradiarse a la zona que circunda el conducto auditivo externo y la zona temporo

mandibular. Debido a la contracción maseterina extrínseca comprime el conducto de Stenon, hasta el punto de reducir el flujo salival en un 70%. El tratamiento es tanto odontológico como médico.

TIC DOLOROSO.

Es una entidad nasológica verdadera, que incluye alteraciones microscópicas del nervio o del ganglio. Se halla que una gran cantidad de pacientes con tic doloroso, tenían pulpas en estado de descomposición o dientes fracturados que podrían justificar la aparición súbita y periódica del dolor. También se piensa que el tic doloroso aparece de una hipertonicidad de cadenas de músculos que fueron desequilibrados por la contracción prolongada de los músculos pterigoideos laterales. En este estado, basta con una estimulación mínima para llevar el músculo hipertónico al espasmo doloroso. Incluso el viento en la cara sirve como desencadenante. El tratamiento es opcional dependiendo del punto de vista odontológico, ya sea terapia oclusal o extirpación pulpar, extracciones en los casos de dientes fracturados.

BRUXISMO.

Se caracteriza, por el desgaste no funcional de las superficies dentarias y también se le conoce como; rechinamiento, parafunción, efecto karolyi. Este padecimiento es originado por cierta forma de interferencias oclusales. Su tratamiento es colocar férulas oclusales para la reposición de la mandíbula y la relajación muscular antes de realizar el ajuste oclusal.

T R A T A M I E N T O

Definición: Es un conjunto de Procedimientos que son aplicados para la curación o alivio del trastorno temporomandibular, que paulatinamente hace desaparecer sus efectos.

Para el Tratamiento del Síndrome Temporomandibular existen dos series de métodos Terapéuticos que son utilizables en mayor o menor grado, dependiendo de la magnitud del Trastorno Temporomandibular.

METODOS TERAPEUTICOS.

1. Psicoterapia.
2. Intervención Quirúrgica (Meniscectomía, Condilectomía).
3. Utilización de Soluciones Esclerosantes.
4. Inmovilización.
5. Drogas Reductoras del Edema.
6. Uso de Inyecciones de Cortisona.
7. Tranquilizantes y Relajantes Musculares.
8. Tratamiento Periodontal.
9. Levantamiento de mordida.
10. Ajuste Oclusal.
11. Férulas y Plano de Mordida, para la Oclusión.
12. Tratamiento Ortodóntico.

PSICOTERAPIA.

Es considerado como un tratamiento racional, pues disminuye el tono muscular y aumenta la capacidad de adaptación del paciente a las interferencias oclusales. Desafortunadamente para el Cirujano Dentista resulta difícil precisar el estado psíquico o psiconeurótico de un paciente que presenta molestias en la región de la cabeza y el cuello. Por lo que el C. D. debe ser cauto en cuanto a la primera entrevista que se le realiza al paciente. Si éste presenta un estado de psiconeurosis poten-

cialmente peligrosa, el paciente debe ser canalizado con un psiquiatra o bien un neurólogo antes de realizar cualquier tratamiento local.

INTERVENCION QUIRURGICA.

El tratamiento quirúrgico no es recomendable, pues las condilectomías y meniscectomías no han sido de mucha ayuda para normalizar el Síndrome Temporomandibular. El procedimiento quirúrgico se utiliza únicamente, con extrema deformación y limitación grave de los movimientos funcionales, o con luxación habitual permanente.

UTILIZACION DE SOLUCIONES ESCLEROSANTES.

No hay justificación para el empleo de estos agentes, con excepción quizá de los casos más persistentes de luxación habitual, después que todas las demás formas de tratamiento han fracasado. El tratamiento con soluciones esclerosantes hace muy difícil la futura terapéutica funcional, y el resultado final es comunmente una articulación deformada con limitación de los movimientos del maxilar.

INMOVILIZACION.

La inmovilización, como tratamiento del Síndrome temporomandibular no está indicado y mucho menos en trastornos funcionales crónicos. La inmovilización se utiliza en los casos de luxación de la articulación temporomandibular. Pues esto proporciona alivio temporal de los síntomas, ya que al retirar las ligaduras vuelve a presentarse el dolor.

DROGAS REDUCTORAS DEL EDEMA.

Existe un concepto en torno al síndrome temporomandibular. Que puede formarse edema alrededor del disco articular, y el tratamiento utilizable es el uso de inyecciones de drogas reductoras. Este concepto no es aceptable como tratamiento y se hace mención que el mejor tratamiento

en estos casos, es el uso de un plano de mordida que aliviará de inmediato el dolor.

USO DE INYECCIONES DE CORTISONA.

Es un tratamiento de síntomas y no de la causa. Sus efectos son de tipo antiinflamatorio y actúan a nivel muscular.

TRANQUILIZANTES Y RELAJANTES MUSCULARES.

Los barbitúricos tranquilizantes y relajantes musculares, sólo se utilizan como medidas de apoyo a la terapéutica oclusal funcional. Puesto que estos medicamentos solo proporcionarán mejoría transitoria de los síntomas, como resultado de la disminución del tono muscular, ya sea por influencia sobre el sistema fusomotor o por acción sobre el mecanismo neuromuscular periférico.

TRATAMIENTO PERIODONTAL.

Este tratamiento actúa como auxiliar en el ajuste oclusal para eliminar el dolor y las molestias en cavidad oral, así como en la articulación temporomandibular. Ayuda a disminuir el tono muscular y permite un mejor tratamiento oclusal funcional.

LEVANTAMIENTO DE MORDIDA.

Es un tratamiento que modifica la dimensión vertical. Que en cierta forma ayuda a disminuir el tono muscular, siempre y cuando el levantamiento de mordida sea en todas las piezas dentarias. Este tratamiento carece de razón científica, pero es considerado.

AJUSTE OCLUSAL.

Este tratamiento, se caracteriza por eliminación de contactos oclu

sales prematuros con el maxilar inferior; en relación céntrica y la su-
presión de las interferencias del lado de balanceo.

El ajuste oclusal se efectúa en varias etapas cortas, con dos o tres días entre las dos o tres primeras sesiones y un par de semanas entre las siguientes. La relación céntrica, como el trayecto de los movimientos maxilares cambian a medida que desaparecen el dolor y la tensión muscular, no se pueden establecer o registrar la r. c. normal del paciente hasta haber eliminado todos los síntomas molestos y actividades musculares anormales. Solo entonces los cóndilos, asumen su posición ideal - contra el menisco en la cavidad glenoidea.

FERULAS Y PLANO DE MORDIDA.

Este tratamiento, es de gran utilidad en los trastornos musculares así como en la articulación temporomandibular.

Es el caso de un plano de mordida de "SVED", que proporciona mejoría de los síntomas después de unos cuantos días y noches de uso constante. Estos dispositivos no lesionan, pero la necesidad de usarlos prolongadamente debe ser eliminada mediante buena terapéutica oclusal.

Cuando el paciente no siente mejoría con el aparato de "SVED", y además de esto el paciente cuenta con pocos dientes es necesario construirle una férula oclusal plana. Este dispositivo elimina todas las interferencias oclusales, incluyendo las de las excursiones de trabajo y protusivas no incluidas en el aparato de "SVED". Este dispositivo se usa en pacientes con dentaduras artificiales completas y trastornos funcionales del aparato masticador.

TRATAMIENTO ORTODONTICO.

La ortodoncia, tiene importancia en aquellos pacientes jóvenes que presentan giroversión dental y por este motivo, presenten una alteración disfuncional de la A. T. M. en estos casos el C. D. debe canalizarlo con

el ortodoncista, si es que no esta preparado para realizar el tratamiento ortod6ntico.

TECNICA DEL AJUSTE OCLUSAL

ARMONIZACION DE LA GUIA ANTERIOR.

Para realizar el ajuste y la restauración de la gufa anterior, es necesario tener presente desde el punto de vista odontológico, cada uno de los factores estéticos, fonéticos, además tomar en cuenta las variaciones del tejido parodontal, la mecánica de las fuerzas y el papel de los dientes anteriores como protectores de los dientes posteriores.

PASOS PRELIMINARES.

1. Se remodelarán y restaurarán primeramente los dientes anteriores inferiores.
2. Todos los contactos oclusales posteriores, deben ser eliminados con el fin de eliminar su influencia propioceptiva. Y posteriormente aplicar los procedimientos de armonización de la gufa anterior realizando un ajuste total dentario.

PASOS DE ARMONIZACION.

1. Establecer topes en relación céntrica coordinada en todos los dientes anteriores. Es necesario que el odontólogo lleve la mandíbula al cierre terminal de bisagra, y marcar con cinta de seda fina y ajustado hasta que cada incisivo inferior deje una marca definida. El ajuste es variable de paciente a paciente, puede ser mínimo o bien puede ser mayor.

PROBLEMAS MAS COMUNES.

A) Desviación del primer contacto en céntrica hacia una posición más cerrada. En este caso, se deberán eliminar todas las interferencias de tal manera que la mandíbula pueda cerrar hasta el cierre máximo sin -

desviación alguna.

B) Falta de contactos de algunos dientes. Este es el paciente que tiene topes firmes en céntrica, pero no es en todos los dientes. Y la -
Pregunta es; ¿Qué hacer con los dientes que no entran en contacto? Se -
tienen tres posibilidades:

1. Podemos disminuir la dimensión vertical. Desgastando los topes en céntrica hasta que todos los dientes hagan contacto.

Esto debe ser leve para no provocar otro trastorno.

En dientes con pérdida ósea intensa, ello puede ser ventajoso, al -
mejorar la relación entre corona y raíz. Incluso en dientes firmes, un -
cierre leve que permita el contacto es mucho mejor que restaurar los -
dientes para que contacten.

2. Podemos reconstruir los dientes para que contacten. En estos -
casos se pueden realizar restauraciones temporales o definitivas para re -
construir los contornos linguales para que contacten.

3. Algunas veces es necesario dejar los dientes anteriores como -
estén, sin contacto, siempre y cuando tengan estabilidad. Ya que gra -
cias al contacto sustituto, como la posición del labio o la lengua es me -
jor. Sólo se debe estar seguro de que sean estables sin contacto denta -
rio antes de dejarlos así.

DIENTES ANTERIORES AUSENTES.

Este problema se resuelve haciendo un puente anterior temporal, pa -
ra establecer una estética adecuada junto con los contornos linguales.

ANOMALIAS DE RELACION DENTARIA QUE NO PERMITEN EL CONTACTO EN CENTRICA - DE TODOS LOS DIENTES.

En estos casos, sí es necesario utilizar el tratamiento ortodóntico o un desgaste excesivo de los dientes superiores o inferiores, de tal manera que mejoren los resultados determinado en el ajuste oclusal.

HÁBITOS QUE IMPIDEN EL CONTACTO DE LOS DIENTES ANTERIORES.

Es necesario asegurarse, antes de poner en un contacto un diente - que no contacta o que no exista, un solo hábito que altere el contacto - correcto de las piezas dentarias. Por ejemplo, el mordizqueo del labio, que viene a ser producto de un esfuerzo inconsciente por proteger los - dientes de contactos interferentes. Otro hábito, sería el mordizqueo de la boquilla de la pipa que puede ser interrumpido si el paciente lo desea. Es necesario que este tipo de hábitos sean desplazados determinan- temente, ya sea por cooperación del paciente, o bien desaparecerán paula- tivamente con el tallado de las piezas dentarias.

CONTORNEADO DE TOPES EN CENTRICA.

No es necesario, que el borde incisal de los incisivos inferiores, contacten en relación céntrica. Si los contornos superiores son redon- deados, es suficiente con que haya contacto sólo con la porción vestibular del borde incisal. La forma de los contactos superiores debe diri- gir la fuerza lo más cerca del eje mayor, pero los contactos en vertien- tes suaves no son tan intensos como podría parecer porque el vector ves- tibular de la fuerza es neutralizado por la presión que hacen los labios hacia adentro.

El soporte posterior armonizado con los topes anteriores, también, reducirá las fuerzas potenciales. Después de haberse retocado todos los topes en céntrica, se controlará cada diente digitalmente para asegurar, que no sean desplazados por el cierre en céntrica. En el caso de presen

tar movilidad, es necesario volver a marcar mientras se ejerce presión leve para que el diente no se mueva.

EXTENDER LOS TOPES EN CÉNTRICA HACIA ADELANTE EN LA MISMA DIMENSION VERTICAL PARA INCLUIR EL CIERRE LEVE DESDE LA POSICIÓN POSTURAL DE REPOSO.

Una vez establecidos los topes en céntrica, mediante la manipulación del maxilar inferior hacia el eje terminal de bisagra el paciente debe sentarse en posición postural.

Se retira el cabezal y se indica al paciente, que golpetee suavemente con los labios relajados. Se coloca cinta de seda roja entre los dientes y se repite el procedimiento anterior.

La boca deberá permanecer abierta, hasta que el paciente retome la posición supina y se hace un cierre en céntrica manipulado en una cinta marcadora más oscura (verde o azul). Si las marcas rojas, se extienden hacia las vertientes por delante de las marcas en céntrica. Los topes en céntrica, serán extendidos en la misma vertical de modo que los dientes puedan cerrar en R. C. o algo por delante de ella sin chocar con las vertientes.

La libertad del desplazamiento desde R. C. rara vez excede los - - 0.5 mm., independientemente de la distancia requerida, puede ser determinada con bastante precisión si se sigue este procedimiento. La extensión de los topes en céntrica se debe realizar con una piedra de carbundum de cono invertido, aguda. Se debe tener cuidado de no tocar los topes en céntrica.

ESTABLECER FUNCION DE GRUPO EN PROTRUSION RECTILINEA

Antes de llevar a cabo, este procedimiento se determinará la localización de cada borde incisal. Supongamos que todos los aspectos del soporte labial la fonética y la estética que dictan la posición del borde incisal son correctos positivamente solo procederemos a desgastar se-

lectivamente desde los topes en céntrica y céntrica larga hacia adelante, hasta los bordes incisales.

Todos los desgastes se hacen en los dientes superiores. Las inter-ferencias se marcan haciendo deslizar hacia adelante sobre la cinta desde céntrica hasta la posición de borde a borde. Si un solo diente marca, la zona se desgasta ahuecándola hasta que el segundo diente comparta la carga y hasta que los cuatro incisivos tengan contacto continuo hacia adelante.

ESTABLECER LA DISTRIBUCION DE FUERZAS ANTERIORES IDEAL EN EXCURSIONES - LATERALES.

Todo Cirujano Dentista, debe tener presente que no todos los pa- cientes deben tener función anterior de grupo. Existen algunas dentadu- ras que funcionan bien y mantienen excelente estabilidad, con sólo que - los caninos soporten todas las excursiones laterales, y no hay razón pa- ra cambiar tal oclusión. Excepto en los casos de que el canino presente movilidad, desgaste acelerado o pérdida de soporte periodontal, en es- tos casos hay que disminuir la carga y el desgaste poniéndolo en función de grupo con otros dientes anteriores.

El procedimiento para individualizar la gufa anterior lateral co- mienza con el cierre de la mandíbula en contacto en céntrica. Se le in- dica al paciente que desplace la mandíbula lateralmente y se observa - cualquier movimiento de los dientes. Se repite la excursión con cinta - marcadora interpuesta entre los dientes y los contactos laterales marca- dos se desgastan selectivamente hasta que haya contacto continuo de cén- trica al borde incisal del canino superior, en algunas bocas, esto pon- drá los centrales y laterales en contacto, esto pondrá los centrales y - laterales en contacto, pero no puede ser suficiente para evitar que los - diente individuales sean movidos por las fuerzas.

Para reducir las fuerzas laterales en uno o varios dientes. Las - superficies contactantes deben ser aplanadas desde el contacto en céntri

ca lateralmente. El canino es el diente principal durante las excursiones laterales y a medida que el maxilar inferior se desplaza lateralmente los dientes que están frente al canino comienzan a compartir la carga. Esto permite que las vertientes linguales laterales sean empujadas gradualmente, formando una trayectoria cóncava hacia arriba y abajo de los dientes anteriores.

PLATAFORMA DE GUIA ANTERIOR INDIVIDUALIZADA.

La plataforma de la guía anterior solo es utilizada cuando, después de haber armonizado la guía anterior se van a realizar restauraciones en los dientes anteriores. Y consiste en transferir las trayectorias de guías a un instrumento que tenga una plataforma de guía anterior.

PASOS DE LA TECNICA DE FABRICACION.

1. Después de haber terminado la guía anterior se toman impresiones superior e inferior.

2. Se deberá utilizar únicamente las indicaciones del registro de mordida de dientes posteriores, se toma un registro en céntrica. En el caso de que los dientes posteriores fuesen tallados, el registro en céntrica se toma en la dimensión vertical correcta con los dientes anteriores en contacto.

3. Una vez completado el registro en céntrica y la impresión de los dientes anteriores armonizados, se comienza a preparar los dientes anteriores. El modelado de los dientes anteriores tallados debe calzar en el mismo registro de mordida hecho antes de los tallados. Esto hará que el modelo de los dientes armonizados y el modelo de los dientes anteriores tallados, sean intercambiables en el articulador.

4. Con el modelo de los dientes anteriores armonizados colocados, se lleva la plataforma de la guía anterior a 0 grados y se eleva el vés-

tago especial alrededor de 1mm.

5. Se mezcla acrílico especial con tierra de diatomeas y se coloca en la plataforma de la gufa anterior, y se cierra el articulador. Cuando los dientes anteriores se hallan en contacto en céntrica, se hace penetrar el vástago 3 mm. en el acrílico blanco. Entonces se hace deslizarse los dientes del modelo superior sobre los anteriores inferiores. Desde R.C. por las excursiones protusiva y laterales, mientras se guía el frente del modelo anterior en todas las excursiones laterales rectilínea a la protusiva rectilínea. El vástago de la gufa traza sus propias trayectorias en el acrílico de la plataforma. A continuación se deja endurecer el acrílico.

De tal manera que la plataforma de la guía anterior individualizada estará en armonía exacta con las vertientes linguales de la gufa de los dientes anteriores superiores.

Si el modelo de los dientes tallados anteriores se monta exactamente en la misma posición que el modelo de los dientes armonizados, las trayectorias serán idénticas, obviamente los métodos de registro serán los mismos para ambos modelos.

RESTAURACION DE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES.

La restauración de los dientes anteriores superiores tienen gran responsabilidad, puesto que debe cubrir la estética perdida, así como la función que les confiere y la relación que tienen con los dientes inferiores anteriores (gufa anterior).

Para poder realizar la restauración con éxito de los dientes anteriores superiores es necesario que el C.D. esté documentado para poder realizar el tallado adecuado de las piezas dentarias y transferir las indicaciones adecuadas al laboratorio.

SOPORTE CORRECTO DEL LABIO.

Los dientes no se hallan en armonía con el labio, no sólo son inestables sino que por lo general son incómodos y antiestéticos.

POSICION EXACTA DEL BORDE INCISAL.

La localización de los bordes incisales establece la longitud correcta de cada diente. En combinación con el soporte adecuado del labio, la posición vestibulo-lingual de los bordes incisales determina la inclinación de cada diente anterior superior.

CONTORNOS VESTIBULARES.

Existen algunos pacientes con dientes anteriores planos, algunos otros convexos, o de forma de abanico que permite dar la característica muy particular a cada paciente en relación a su sonrisa. Cuando el paciente presenta los dientes con buenas formas se deben conservar fielmente y las antiestéticas deben corregirse.

CONTORNOS LINGUALES.

Son determinadas desde relación céntrica hasta las posiciones del último borde incisal. Y la evaluación de los contornos linguales es el último paso previo al tallado.

CONSIDERACIONES ESTETICAS.

Cuanto sea mejor la estética tanto mejor la función. Los dientes deben hallarse en armonía con el soporte del labio, deben tener la longitud adecuada y la forma apropiada. La misma armonía que confiere naturalidad al aspecto está en consonancia con la función natural y normal. Inversamente, la gran atención puesta en conseguir la función óptima casi automáticamente ubica y modela los dientes en la mejor relación y los

músculos de la expresión facial.

CONSIDERACIONES FONÉTICAS.

Deben tomarse en cuenta la relación dientes anteriores superiores, con los anteriores inferiores. Los labios y la lengua, tienen un efecto considerable sobre la fonética.

La modificación de la posición del reborde incisal a lo siguiente: Los bordes incisales de los dientes anteriores superiores deben tocar - levemente el borde bermellón del labio inferior al emitir los sonidos - "F y V". Toda modificación de la posición del borde incisal, cambia la relación espacial de los dientes con el labio. Esas relaciones especiales son tan regulares que pueden ser utilizadas como auxiliares para determinar la posición del borde incisal cuando ésta se ha perdido o destruido.

SOPORTE DEL LABIO.

Cuando la posición del reborde incisal es llevado hacia vestibular o lingual, el soporte del labio se modifica. Muchas veces tales modificaciones son un mejoramiento, pero cuando se cambia el soporte del labio, ha de ser en concordancia con el labio propiamente dicho. Por ejemplo: Si a un paciente sus dientes son movidos hacia vestibular excesivamente, la presión del labio tratará de volverlos nuevamente hacia atrás. El labio inferior colgará bajo los bordes incisales y magnificará el cambio. Hasta algunas modificaciones minúsculas hacia vestibular, suelen ser grotescas para el paciente. Para que haya comodidad fonética y estabilidad, toda modificación del borde incisal hacia vestibular ha de ser hecha únicamente cuando se determine.

LINEA DE LA SONRISA.

Para realizar modificaciones del borde incisal se debe tomar en cuenta su posición; pues dependiendo de esto, el aspecto del paciente po

drá ser aceptado o no. La alteración de la línea de la sonrisa puede parecer triste a una persona feliz o viceversa.

Puede transformar la sonrisa en más durá, más femenina o más masculina, es capaz de hacer parecer mayores a pacientes jóvenes y más jóvenes a pacientes de edad. Para el éxito de cada caso de restauración anterior es esencial que la posición del borde incisal sea determinada - exactamente y reproducida con precisión.

ANGULOS DE LA GUIA ANTERIOR.

Los ángulos de la guía anterior se han de realizar durante los movimientos funcionales del frente de la boca que se producen entre el contacto en céntrica y la posición del borde incisal de los dientes anteriores superiores, el acortamiento de éstos mismos o el desplazamiento de sus bordes incisales hacia vestibular tendrá el efecto de reducir el ángulo de la guía anterior.

El alargamiento de los dientes o el desplazamiento de los bordes incisales hacia lingual, tienen el efecto de aumentar el ángulo.

RESTAURACION DE DIENTES ANTERIORES INFERIORES.

La restauración de los dientes anteriores inferiores, requieren un especial cuidado para realizar su reconstrucción. Pues se debe analizar y localizar los bordes incisales, aunque desde el punto de vista teórico, esto se decidiera sobre la base del establecimiento del contacto en céntrica más estable con los dientes anteriores superiores. Las relaciones intermaxilares no siempre permiten hacer lo ideal.

Lo más correcto sería que el contacto del borde incisal de los - - dientes inferiores, fuese en el ángulo de los dientes superiores. Pero por lo general, es posible adaptar el contacto en cualquier parte de la superficie lingual superior a los requisitos de la buena función.

Por ejemplo: Es el caso de los dientes anteriores superiores e inferiores, que presentan una relación de borde a borde, que con el solo - - hecho de realizar un leve desgaste del borde incisal inferior hacia - - atrás, puede ser funcional y estable con pequeñas modificaciones para - - proporcionar una trayectoria protusiva.

En éstos casos dependiendo del análisis clínico y de los modelos - - de estudio, puede ser construida una trayectoria horizontal corta contra los bordes incisales superiores, para que puedan ser desocluidos los - - dientes posteriores en protusión, si el plano oclusal es correcto. También una gufa anterior lateral plana puede desocluir el lado de balance_ debido al movimiento descendente del cóndilo en traslación, si los ángulos de cúspides y fosas están coordinados.

Los contactos inestables en céntrica con vertientes superiores muy inclinadas se mejoran mediante la conversión de vertientes superiores - - convexas empujadas en contornos cóncavos estables. Estos cambios en los dientes anteriores superiores, suelen exigir cierta modificación de la - - posición del borde incisal inferior.

En estos casos se debe escoger; mover los bordes hacia adelante - - por medios ortodónticos o bien por medio restaurativos. A veces es posi

ble aplanar una gafa anterior demasiado inclinada mediante el acontecimiento de los dientes anteriores inferiores y la restauración de las superficies linguales de los superiores. El ángulo es llevado hacia abajo en contacto con los dientes anteriores inferiores acortados, haciendo menos pronunciado el ángulo entre el contacto en céntrica y el borde incisal superior.

RESTAURACION POSTERIOR INFERIOR.

Es importante que el Cirujano Dentista formule su plan de tratamiento antes de realizar cualquier tallado posterior. Y para esto deberá conocer los diferentes tipos de diseño de contornos oclusales. Tomando en cuenta la orientación de las fuerzas que permitan una buena función y estabilidad. Por lo cual solo se menciona cuatro tipos de forma oclusal básicos:

Tipo 1. Las cúspides vestibulares inferiores contactan con las fosas superiores. No hay otros contactos en céntrica. La función de deslizamiento del lado activo se limita a las vertientes linguales de las cúspides vestibulares superiores. Fig. 1-8

Aunque si se quiere mantener contacto durante los deslizamientos activos en la vertiente lingual de la cúspide vestibular superior, puede lograrse. O bien, mantener la desoclusión de las vertientes de balanceo, solo tiene que modificar la vertiente superior.

El realizar este tipo de oclusión tiene cierta comodidad, así como facilidad de establecer durante la restauración de los dientes posteriores porque los ángulos cúspide-fosa no son críticos en los inferiores.

La única desventaja que presenta cuando no se realiza adecuadamente. Es la inestabilidad vestibulo-lingual confiable. Pues la presión lingual es capaz de inclinar los dientes hacia vestibular con muy poca resistencia. Y suele requerir mayores ajustes periódicos.

Tipo 2. Contacto en céntrica de las puntas de las cúspides vestibulares inferiores y cúspides linguales superiores. Fig. 1-9.

La función excursiva del lado activo se limita a las vertientes linguales de las cúspides vestibulares superiores. No hay función excursiva en ninguna vertiente inferior.

Las cúspides linguales superiores como contactos de sostén en cén-

trica contribuye en mucho a la estabilidad de los dientes posteriores. - Las fuerzas laterales con dirección vestibular son soportadas por contacto de las cúspides linguales superiores con las fosas inferiores. Y las fuerzas con dirección lingual son resistidas por las cúspides vestibulares inferiores contra las fosas superiores. Y el vector de la fuerza - que actúa contra los contactos de cima de cúspide y fosa es orientado - hacia el eje mayor del diente cuando los dientes son sometidos a fuerzas laterales.

En el caso de que las cúspides linguales superiores sean utilizadas, como contacto de sostén en céntrica, las vertientes de las fosas - inferiores no deben ser más empujadas que la gufa anterior lateral. Si las cuspides linguales han de ser ocluidas en todos los movimientos laterales, las vertientes de las fosas inferiores deben ser menos inclinadas que la gufa anterior.

Ahora bien las vertientes inferiores no necesitan ser exactamente idénticas a las trayectorias bordeantes puesto que van a estar fuera de contacto durante los deslizamientos.

Desde el punto de vista clínico, este procedimiento reúne los requisitos adecuados de estabilidad practicidad al realizarlo, comodidad y es funcional.

Tipo 3. Contacto en céntrica en las cimas de las cuspides vestibulares inferiores y cúspides linguales superiores. El contacto en la excursión activa se limita a las vertientes vestibulares de las cúspides - linguales inferiores. Fig. 1-10.

Este procedimiento suele ser idéntico al tipo 2, excepto que la - vertiente vestibular de la cúspide lingual inferior se transforma en una vertiente funcionante. Otra diferencia entre el tipo 2 con relación al tipo 3, es la dificultad para poderlo realizar. Pues al colocar las cúspides linguales superiores en contacto durante los deslizamientos -- activos, hay que contornear con toda precisión las vertientes vestibulares de las cúspides linguales inferiores según el exacto movimiento bordeante lateral tanto del cóndilo como de la gufa anterior.

Tipo 4. Este procedimiento es conocido como contacto de trípode - y presenta dos clases: Contacto a los lados de las cúspides y las paredes de las fosas, y contactos en los bordes de las fosas y en la parte superior de las cimas de cúspides anchas.

Contactos en los lados de las cúspides y paredes de fosas. El realizar éste procedimiento se debe tomar en cuenta que no permita ningún movimiento lateral y protusivo en un plano horizontal, de modo que si la guía anterior es aplanada a una distancia corta desde los topes en céntrica para permitir un desplazamiento lateral de la mandíbula, este tipo de forma oclusal será contraindicado y en su defecto con pacientes que requieren una céntrica larga. Fig. 1-12.

Su indicación para utilizarla es en ciclos funcionales verticales, o casi verticales con oclusión protegida por el canino u oclusión protegida anterior.

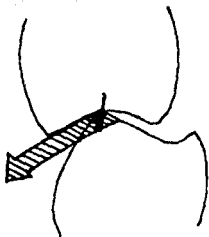


FIG. 1-8

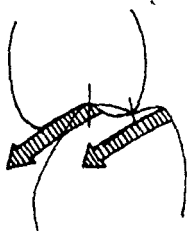


FIG. 1-9

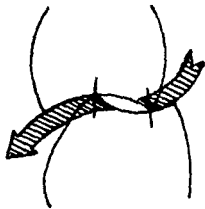


FIG. 1-10

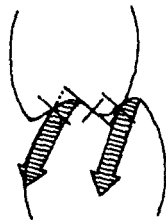


FIG. 1-11

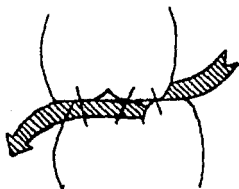


FIG. 1-12

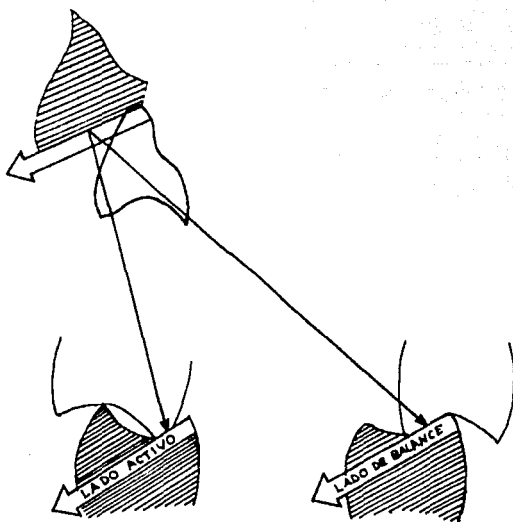
Contactos en céntrica en los bordes de las fosas y en la parte superior de las cimas de cúspides anchas sin contacto en excursiones excéntricas. Es un procedimiento que funciona con cualquier tipo de gufa anterior porque permite el movimiento horizontal lateral sin interferencias. Además desocluye automáticamente por cualquier efecto de la gufa anterior, salvo el plano, de tal manera que no debe utilizarse cuando está indicada la función de grupo posterior.

Este procedimiento es muy fácil de efectuar pues presenta sus contornos oclusales planos y las cimas cúspideas no calzan en las fosas, no es necesario que obligadamente el ancho de las fosas sea menor que el de la cima cúspidea.

Los cuatro tipos de procedimientos oclusales estarán siempre supeditados al punto de vista del C.D. pues la utilización de cualquier procedimiento debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Deberá orientar las fuerzas lo más paralelamente posible al eje mayor de cada diente.
2. Distribuirá las fuerzas laterales con el máximo de ventajas en diversas situaciones de soporte periodontal.
3. Proporcionará el máximo de estabilidad y rendimiento, además una buena función de aprehensión, trituración y molienda.

FIG. 1-13



La vertiente interna del canino superior dicta las limitaciones de las vertientes posteriores inferiores que la enfrentan. La vertiente - del lado activo inferior no puede ser mas empujada que la vertiente de - la gafa anterior lateral del canino. Desde un punto de vista práctico, - hay que hacerla menos inclinada puesto que no es necesario que la ver- - tiente inferior contacte en función. Nunca se dejará que la vertiente - del lado de balanceo haga, contacto, de manera que debe ser más plana - que la gafa lateral del canino.

ENCERADO DE LOS DIENTES POSTERIORES INFERIORES.

Procedimiento para localizar las cimas cuspídeas vestibulares y linguales.

1. Se traza una línea a lo largo de los surcos centrales de los dientes posteriores superiores. Se cierra el articulador para ver si la estabilidad Vestíbulo-Lingual de cada diente superior o inferior puede ser mejorada mediante el desplazamiento del contacto más hacia vestibular o más hacia lingual. Si algunos dientes superiores están muy destruidos o ausentes, suele ser útil remodelarlos mediante el tallado del modelo de yeso piedra o el modelado con cera antes de finalizar la mejor ubicación cuspídea.

2. Se deberá observar la relación mesial-distal de cada diente inferior con su antagonista, se seleccionará la ubicación más conveniente de cada cúspide vestibular inferior. Tratando de escoger fosas para ubicar en ellas las cimas cuspídeas. La ubicación de la cima cuspídea vestibular estará en la intersección de cada línea. La selección de la ubicación de la cima cuspídea se controlará observando la dirección de las excursiones desde cada punto. Figs. 1-13, 1-14.

3. Con una fresa redonda No. 6 se hace un orificio en el lugar correspondiente a la cima cuspídea, con la profundidad de la fresa con relación a su punta de trabajo. Fig. 1-15.

4. Se cortan pernos de cera de color oscuro, grosor 14, con una longitud de 3 mm. y se introduce en los orificios. Se cierra el articulador para asegurar que la cera no interfiera en los troqueles inferiores antagonistas. Puede ser necesario acortar o alargar los pernos de cera. Fig. 1-16.

5. Con el articulador cerrado, se coloca cera roja de incrustaciones sobre la parte oclusal del troquel para fijar el perno de cera oscura. Debe cuidarse que no se funda el perno de cera con la cera roja,

es mejor colocar cera roja únicamente en la parte oclusal del troquel - como llave porque, a veces el perno se adhiere al orificio superior cuando se abre el articulador. Fig. 1-17.

6. Se abre el articulador y se vierte más cera sobre los troqueles hasta que queden coronas de tamaño excesivo. Y los contactos proximales deben ser tan correctos como sea posible en esta etapa inicial del encerado.

7. Se usa el instrumento de bandera (analizador del plano oclusal de Broadrick). Para determinar la altura de las cúspides vestibulares y linguales mediante el establecimiento de la curva de Wilson y la curva de Spee. Pues el plano oclusal será determinado antes del tallado de los dientes y asegurar el suficiente espesor oclusal de todas las restauraciones posteriores inferiores. Fig. 1-18.

Una vez rebajados los patrones de cera a la línea y el plano de oclusión adecuado. La posición precisa de cada cima cuspídea vestibular inferior aparecerá en la cera oscura. Y la cúspide de la cera negra no se tocará, pues su altura y posición marcan la ubicación predeterminada ideal de la dirección de las fuerzas y la estabilidad tanto del diente superior como del inferior. Fig. 1-19.

8. Se desmonta el modelo del articulador una vez terminado los pasos anteriores para reducir el tiempo de encerado. Se procede al tallado anatómico vestibular. Utilizando la cima cuspídea como una referencia y el margen gingival. El ecuador se establecerá en la unión del tercio medio y el gingival. Fig. 1-20.

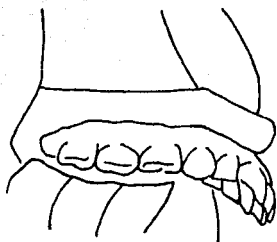


FIG. 1-14

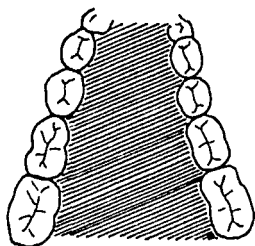


FIG. 1-15

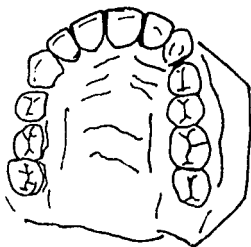


FIG. 1-16

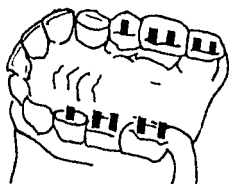


FIG. 1-17

9. Se localizan las cimas cuspídeas linguales. Por lo general, la distancia entre las cúspides vestibulares y linguales es la misma que en los dientes posteriores superiores. Por lo que es práctico medir los dientes superiores y transferir la distancia a los inferiores. Para esto se puede usar un compas de 2 puntas para medir la distancia de cima a cima cuspídea.

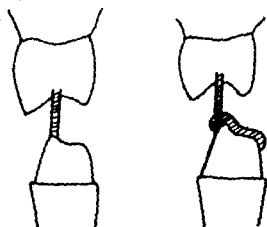


FIG. 1-18

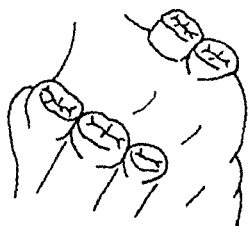


FIG. 1-19

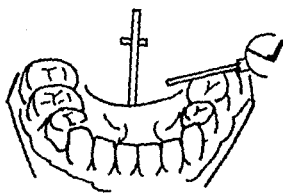


FIG. 1-20

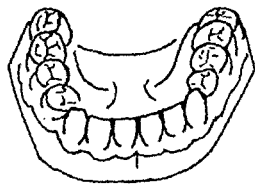


FIG. 1-21

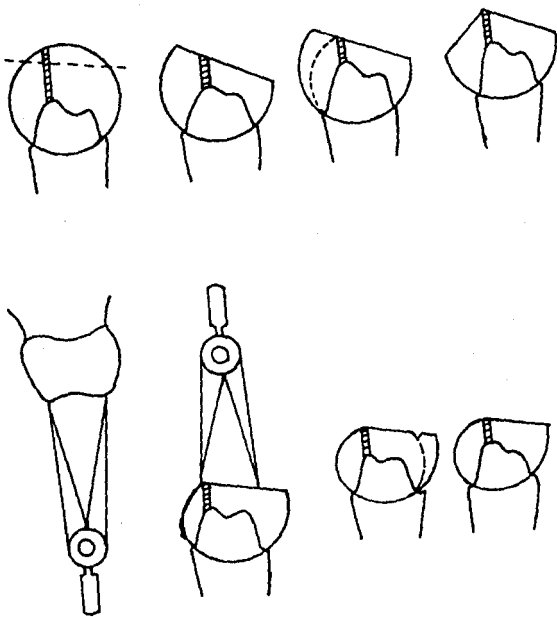


FIG. 1-22

DETERMINACION Y TALLADO DE CONTORNOS DE LAS FOSAS INFERIORES.

El siguiente procedimiento que utilizaremos en el tallado de las fosas oclusales, tiene como finalidad: Asegurar una acomodamiento sin interferencias de las cúspides linguales superiores. Además proporcionará un contorno de fosa compatible con la gufa anterior lateral independientemente del contorno de la gufa anterior.

El modelado utilizado en este tipo de oclusión posterior inferior ofrece el más mínimo desgaste de las cúspides linguales superiores en el caso de utilizar procedimientos funcionalmente generados para los dientes superiores.

PROCEDIMIENTOS PARA FORMAR LA GUIA DE CONTORNOS DE FOSA.

1. Se fija la plataforma de la gufa anterior en grados y se quita el vástago. En su lugar se coloca un vástago (special fossa contour pin). Para hacer la gufa de contorno de fosa, no debe tocar el metal.
2. Se coloca un montículo de cera ablandada en la plataforma de la gufa. La cera adhesiva de Bosworth se presta muy bien para ello.
3. Se introduce el vástago especial en la cera y se mueve el modelo superior hacia las excursiones izquierda y derecha. El articulador no debe hacer el movimiento de protusión. Cuando la rama superior del articulador va hacia la izquierda y la derecha, las superficies linguales de los caninos superiores guían el modelo superior sobre los bordes incisales de los caninos inferiores y lleva el vástago especial para cortar cera a través de ésta con la misma trayectoria que la gufa anterior lateral.

Las angulaciones o curvaturas resultantes en la cera estarán en relación directa con los contornos de fosa correctos.

4. Una vez trazadas netamente las trayectorias de la guía lateral en la cera de la plataforma, se levanta el vástago especial y se pinta la cera con separador.
5. Se corta la punta del extremo fino del protector de plástico que tienen la aguja de las geringas desechables. Su extremo ancho calzará firmemente el vástago especial levantado.
6. a). Se preparará acrílico autocurable y se vierte una parte en la indentación de la cera.
b). Otra parte del acrílico se aplica en el orificio del fondo del protector plástico de la aguja.
c). Se hace descender el vástago de manera que el acrílico se una. El protector de la aguja se convierte en el mango de la guía del contorno de fosa.
d). Una vez endurecido el acrílico, se levanta el vástago y se quita la guía.
7. Debido a la forma del vástago ayuda para cortar la cera, el ángulo de la guía anterior lateral se verá como una línea neta en el fondo del acrílico. Se marca el fondo de la guía con lápiz. Y se desgasta todo exceso de acrílico que haya en el frente de la línea. Se podría desgastar ahuecando la superficie frontal hacia la línea para hacer una guía con forma de cuchara. Lo cual es excelente para eliminar cera de las fosas.

REGLAS BASICAS EN EL USO DEL PROCEDIMIENTO DE GUIA DE CONTORNO DE FOSA.

1. Mantener el mango perpendicular, pues su inclinación produciría un error en los contornos de las fosas.
2. Nunca destruir una cima cuspídea predeterminada. La profundidad de la fosa quedará limitada automáticamente si se sigue la regla.

3. Localizar las fosas en relación con las cimas cuspídeas. Permitiendo un ahuecamiento de las fosas y permite una buena forma oclusal.

TALLADO DE REBORDES MARGINALES.

Al terminar de localizar las cimas cuspídeas y las fosas correctamente ubicadas. Se deberá modelar los rebordes marginales de tal manera que los alimentos sean desviados del contacto, lo que significa orientar los hacia las fosas. Las ranuras de escape proporcionara una vía de salida del bolo desde las fosas hacia lingual cuando las cúspides trituran los alimentos contra las paredes de las fosas.

RESTAURACION POSTERIOR SUPERIOR.

La restauración de los dientes posteriores superiores siempre se va a realizar al final de cualquier tratamiento inferior. Puesto que si las zonas oclusales y posición dentaria son determinadas por las trayectorias de los dientes inferiores necesariamente se tendrá que terminar primeramente los dientes inferiores. Claro que no debe olvidarse que la guía anterior es de suma importancia, pues es la que determina el trayecto que siguen los dientes inferiores, por lo que debe terminarse su restauración total antes de armonizar la oclusión posterior.

Antes de iniciar el tratamiento oclusal debe elegirse si las vertientes estarán en función de grupo, función de grupo parcial o desoclusión parcial en movimientos excursivos.

Cualquier desición que se obtenga, primeramente se establecerá, - las superficies de las vertientes y posteriormente se modelará en ellas la anatomía suplementaria. Los surcos serán menores que las cimas cuspidas y las cimas pasarán sobre los surcos sin efecto en el contacto real durante los deslizamientos.

Durante el tallado oclusal de los dientes superiores el C.D. debe observar todas las excursiones. Para asegurar suficiente espacio para el material de restauración. Pues, el error constante es observar el tallado dentario en relación céntrica, por lo que es imposible proporcionar el espacio adecuado para la restauración cuando los dientes salen de su posición céntrica. También es de mucha importancia, seguir una secuencia ordenada de restauración, asegurarse de que cada segmento está bien antes de pasar al siguiente, ésto implica que la restauración oclusal sea la adecuada.

En la función de grupo no todos los dientes permanecen en contacto excursivo en el lado activo, con igual longitud.

La mandíbula al iniciar su desplazamiento hacia el lado activo, todos los dientes contactan en armonía con la gufa anterior y con el cóndilo. Al proseguir el movimiento mandibular el molar más posterior abandona el contacto, siguiendo con los demás dientes hacia adelante y termina con la desoclusión en el canino, que tiene el contacto más largo.

Durante el contacto del molar se mantendrá por una fracción de la superficie de la vertiente, mientras que el contacto del canino se deberá mantener en toda la distancia hasta el borde incisal.

Los registros interoclusales hechos durante la reconstrucción oclusal debe realizarse en céntrica final en la dimensión vertical correcta. Es decir que los dientes anteriores entren en contacto sin forzarlos, - pues esto permitirá que los cóndilos asciendan hacia la posición terminal de bisagra al realizarse el registro.

La ventaja que obtendremos es el más mínimo desgaste de la anatomía que presentan las restauraciones terminadas. Dentro de las técnicas de registro interoclusal encontraremos: La mordida en cera y técnicas de tope anterior.

TECNICA DE MORDIDA EN CERA. Es una técnica comunmente usada por su simplicidad. Al iniciar el registro se deberá usar una hoja de cera de base extradura, se calienta sobre un mechero de Bunsen y se pliegan los tercios del extremo sobre el tercio medio. Mientras la cera está tibia, se presiona levemente contra el arco superior en la cavidad oral o en el modelo. Se observan las indentaciones y con un bisturí se recorta para que se adapte bien al arco.

En el caso de que halla suficientes dientes posteriores se procede a formar una llave firme, se recortara la cera sin incluir en la mordida a los dientes anteriores.

La ventaja de éste registro, permitirá el montaje y su control en modelos de yeso piedra. Es decir resultará fácil controlar la adaptación del modelo-cera-modelo del mismo modo que se realiza en la cavidad

oral. Claro que esta técnica depende de la manipulación adecuada del máxilar inferior y no se presta en pacientes con movilidad dental.

TECNICA DEL TOPE ANTERIOR. Es una técnica exacta y se presta para cualquier relación céntrica. Es decir es aplicada en pacientes con movilidad dental, redores desdentados posteriores y pacientes con trastornos temporomandibulares.

1. Se ablanda una pequeña esfera de modelar de color rojo y se adapta a los incisivos anteriores superiores de manera que las superficies linguales queden cubiertas, se debe extender a los bordes incisales para conferir estabilidad.
2. El paciente colocado en posición supina, se toma la mandíbula y se lleva a R. C. cerrando hasta que los incisivos inferiores impresionen el compuesto ablandado, el paciente debe cerrar hasta una separación pequeña de los dientes posteriores, posteriormente se lleva la mandíbula a su eje terminal mediante movimientos en arco, para ver si hay desviación del mismo a medida que los incisivos inferiores calzan en depresiones del compuesto. Si existe alguna desviación se vuelve a repetir el procedimiento.
3. Una vez verificada la exactitud del tope anterior se mezcla el material para el registro de mordida y se coloca un cilindro del mismo sobre los dientes inferiores. El paciente cierra en la posición de tope y mantiene los maxilares juntos con presión firme. Esta llevará los cóndilos hacia arriba. El tope anterior impedirá que el paciente desvíe la mandíbula de esa posición.
4. Cuando el material ha fraguado, se quita y se recorta hasta detrás de los puntos de las cúspides vestibulares inferiores y el surco central de los dientes superiores y se recorta el registro donde toque los tejidos blandos.
5. Se coloca el registro nuevamente en los dientes superiores, se manipula cuidadosamente la mandíbula hacia el cierre en eje terminal de -

bisagra y se observan todas las discrepancias entre los dientes y el material de mordida si esto resulta positivo se procede al montaje de modelos.

Los pacientes que presentan rebordes desdentados, es necesario utilizar silicón pesado para su registro de mordida preliminar en combinación con un tope anterior.

Se utilizan dos esferas de silicón suficiente para llenar el espacio desdentado y los dientes antagonistas. Se adaptan en las superficies oclusales y parte del material será doblado sobre los dientes e introducido en espacios retentivos. Se manipula la mandíbula hacia el tope anterior previo, asegurando que los rebordes estén en contacto con el silicón. Una vez fraguado el silicón, se retira y se procede a recortar lo levemente por el lado desdentado sin tocar el reborde, del lado dentario se recorta de tal manera que el silicón no toque el tejido blando.

Posteriormente se agrega una porción de material liviano al material de base sobre el lado desdentado únicamente se reinserta el registro calzándolo en los dientes y se hace cerrar la mandíbula en el tope anterior, sin causar desviación y la posición del paciente debe ser perfecta. Esto se hace con la finalidad de que haya un agarre ajustado en los dientes antagonistas para una mejor manipulación sin aflojar el material de registro una vez endurecido, y retirado, se recorta y se chequea y no debe observarse espacio entre los dientes posteriores y el registro de mordida.

AJUSTE OCLUSAL EN PACIENTES DE MORDIDA CRUZADA.

El Cirujano Dentista debe conocer las causas etiológicas de un paciente con oclusión cruzada. Pues dependerá del conocimiento, el enfoque hacia el diagnóstico y tratamiento adecuado.

La oclusión cruzada es dividida en dos categorías; la de los dientes anteriores y la de los dientes posteriores.

LA OCLUSION CRUZADA ANTERIOR.

Es originada por algunos factores de crecimiento óseo de tipo congénito. Entre ellos encontramos los siguientes: Crecimiento horizontal_ excesivo del maxilar inferior (Prognatismo), en el cual los dientes ante_ riores inferiores quedan por delante de los incisivos superiores. El se_ gundo caso en que el maxilar superior presenta un escaso crecimiento - - óseo (Retrognatismo). Fig. 1-23.

El tercer caso conocido como pseudopognatismo es originado por in_ terferencias dentarias que fuerzan la mandíbula hacia adelante o simple_ mente dan la apariencia de protusión debido a la relación anterior inver_ tida.

Los pacientes que buscan atenderse este trastorno con el C.D. lo _ hacen por; Estética para mejorar su aspecto, cuando los dientes carecen_ de contacto, falta de gafa anterior.

El tratamiento dependerá de una minuciosa evaluación, realizada - con modelos de estudio y transportados al articulador. Esto necesaria_ mente deberá ser con un registro de arco facial en relación céntrica y - realizar una correcta interpretación. Sin este análisis se cometen se_ rios errores en el plan de tratamiento.

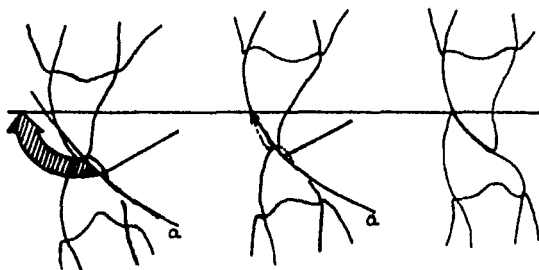


FIG. 1-23

PLAN DE TRATAMIENTO EN OCLUSIONES CRUZADAS.

1. Modelado selectivo y equilibrio oclusal.
2. Reubicación ortodóntica de los dientes dentro del marco óseo existente.
3. Remodelado restaurador.
4. Combinación de los procedimientos anteriores.
5. Vivir con el prognatismo con la seguridad de que por lo menos la boca será mantenida en estado de salud.
6. Someterse a la corrección quirúrgica para reducir el prognatismo.
7. En el caso del pseudoprognatismo, algunas veces es necesario con un plano inclinado.

OCLUSION CRUZADA POSTERIOR.

Las oclusiones cruzadas son producto de las relaciones del hueso basal. Puesto que generalmente, los dientes posteriores se hallan ubicados en el proceso alveolar correspondiente, pero el ancho del arco óseo mandibular es proporcionalmente más ancho que el arco óseo del maxilar superior. Fig. 1-24.

En la mordida cruzada las cúspides vestibulares superiores y las cúspides linguales inferiores actúan como cúspides de apoyo para la dimensión vertical oclusal. Un deslizamiento hacia adelante desde la relación céntrica hasta la oclusión céntrica a causa de contacto prematuros en las regiones de premolar y molar deberán ser ajustado mediante el tallado del declive distal o distolingual de las cúspides vestibulares inferiores. Este ajuste proporciona una contención en relación céntrica más mesial o vestibular en la fosa central inferior que el contacto ante

rior en oclusión céntrica.

El área de oclusión entre oclusión céntrica y relación céntrica debe estar en un nivel horizontal plano. Si la cúspide lingual inferior - efectúa contacto prematuro contra un declive dirigido mesialmente en la fosa central superior y hacia las cúspides linguales superiores, el tallado debe efectuarse sobre los dientes superiores para proporcionar un asiento estable a la cúspide lingual inferior de apoyo. Y los deslizamientos de lateralidad son corregidos en forma similar ampliando la fosa central inferior para proporcionar un asiento en relación céntrica a las cúspides vestibulares superiores y ampliando la fosa central superior - para proporcionar asiento las cúspides linguales inferiores. Las interferencias sobre el lado de balanceo debe ser eliminadas sobre los declives vestibulares de las cúspides linguales superiores y en el declive - lingual de las cúspides vestibulares inferiores incluyendo estas cúspides, cuando sea necesario, para una función suave y sin contratiempos.

Al terminar el ajuste de las excursiones céntrica, lateral y protusiva, se debe checar el campo de la oclusión funcional pidiendo al paciente que realice diferentes movimientos de contacto oclusal en varias direcciones. Durante los movimientos el C. D. colocará la mano en la barbilla del paciente para sentir todos los movimientos si son suaves e irrestrictos. En el caso de que se sintieran pequeñas interferencias se detectarán colocando cera verde para incrustaciones sobre las superficies oclusales y haciendo que el paciente muerda ligeramente, moviendo - después el maxilar con fuerza oclusal leve en la dirección de la interferencia. El punto alto transpasará la cera pudiendo ser localizado y marcado con un lápiz de punta blanda antes de quitar la cera. Posteriormente se eliminará el punto alto y para finalizar se remodelarán todos los dientes para ofrecer una buena estética, función de incisión masticatoria adecuada.

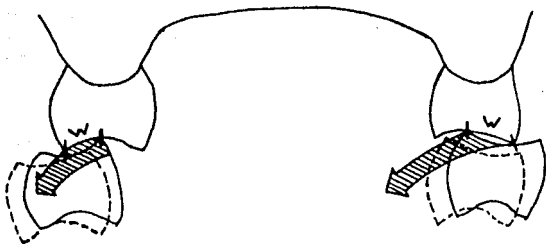


FIG. 1-24

CONCLUSIONES

Después de haber realizado ésta investigación, sobre la aplicación del ajuste oclusal como parte de la Rehabilitación Dentaria en el tratamiento de trastornos temporomandibulares, con el fin de conservar en buenas condiciones el estado de salud del paciente. Se observa que una oclusión traumatizava o deforme ocasionada congénitamente, por abrasión, bruxismo o malos hábitos, puede traer como consecuencia una armonía inadecuada de las piezas dentarias y como resultado, trastornos tanto de la articulación temporomandibular como la presentación de una mala función y estética.

Otra causa que tiene gran influencia en el tratamiento de los trastornos temporomandibulares, está basado en la elaboración de la historia clínica y diagnóstico y principalmente en la exploración física del individuo. Posteriormente, el análisis adecuado de técnicas especializadas tanto para el ajuste oclusal como el tallado de las piezas dentarias, en los dientes anteriores como de las zonas oclusales de los dientes posteriores que permitieron la pauta del encerado de los dientes, que es la base restaurativa de la oclusión como parte final del tratamiento.

Actualmente el C. D. a combinado satisfactoriamente de las ciencias biológicas, el diagnóstico oral, la prevención y tratamiento de lesiones de los tejidos blandos con la oclusión y sus procedimientos restauradores lo que a reflejado un gran avance en la Odontología.

El objetivo principal de éste trabajo se basa en conocer la técnica adecuada del ajuste oclusal, y saber detectar las causas del trastorno temporomandibular. Así como afinar las diferentes técnicas de exploración en el individuo, para detectar el dolor.

Una vez realizado el ajuste oclusal como tratamiento en el trastorno temporomandibular, observamos la evolución del tratamiento en ese preciso momento y posteriormente se rechechará a los tres meses para verificar si el paciente ha presentado algún tipo de dolor o no.

Este procedimiento no es utilizado individualmente, si no que es acompañado con restauraciones protésicas parciales y totales de las piezas dentarias.

El éxito dependerá en gran parte de un buen diagnóstico por el Cirujano Dentista, y en especial la cooperación del paciente.

Consideramos importante que el Cirujano Dentista tiene una gran responsabilidad en tratar pacientes con trastornos oclusales y subsecuente temporomandibulares, por lo que debe prepararse adecuadamente en el conocimiento de la prótesis y principalmente de la oclusión para ofrecer una buena rehabilitación oclusal al paciente.

B I B L I O G R A F I A

RAMJORD, P. SIGURD Y MAJORD M. ASH. OCLUSION 2a. Edición México: Edit. Interamericana, 1972, pp. 400.

TYLMAN, D. STANLEY - MALONE F. P. WILLIAM. Teoría y Práctica de la - -
Prustodoncia Fija. 7a. Edición Argentina: Edit. Interamericana 1981, pp.
790.

DAWSON, E. PETER D. D. S. Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de -
Problemas Oclusales. 1a. Edición Argentina: Edit. Mundi, 1977.

KRAUS - JORDAN - ABRAMS. Anatomía Dental Y Oclusión. 1a. Edición Méxi-
co: Edit. Interamericana. 1977. pp. 318.

BRAUM, LLOYD. Rehabilitación Bucal. 1a. Edición. México: Edit. Inte-
ramericana, 1977. pp. 308.

COURTADE, GERARD L. Rehabilitación Oclusal serie VII - Vol. 2. Argenti-
na: Edit. Mindí, 1966. pp. 363.