

879522

8,
2ej



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACTORES QUE DESENCADENAN EL BRUXISMO Y SU TRATAMIENTO

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

ROSALBA SOCORRO GARCIA SERRANO



CHIHUAHUA, CHIH.

**TESIS CON
FALJA DE ORIGEN**

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Í N D I C E

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

1. ESTRUCTURAS ÓSEAS
 - a) MAXILAR SUPERIOR..... 11
 - b) MAXILAR INFERIOR..... 12
 - c) TEMPORAL..... 14
2. MÚSCULOS MASTICADORES
 - a) TEMPORAL..... 16
 - b) MASETERO..... 16
 - c) PTERIGOIDEO INTERNO..... 17
 - d) PTERIGOIDEO EXTERNO..... 17
3. MÚSCULOS CUTÁNEOS
 - a) OCCIPITOFRONTAL..... 18
 - b) CUTÁNEO DEL CUELLO..... 18
 - c) ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO..... 19
 - d) ESCALENO..... 21
 - e) RECTO LATERAL DE LA CABEZA..... 22
4. MÚSCULOS SUPRAHIOIDEOS
 - a) DIGÁSTRICOS..... 22
 - b) ESTILOHIOIDEO..... 23
 - c) MILOHIOIDEO..... 24
 - d) GENIHIOIDEO..... 24

5. MÚSCULOS INFRAHIOIDEOS	
a) ESTERNOCLEIDOHIOIDEO.....	25
b) OMOHIOIDRO.....	25
c) ESTERNOHIOIDEO.....	28
d) TIROIDEO.....	26
6. BUCCINADOR.....	27
7. MÚSCULOS DE LA LENGUA.....	28
8. MÚSCULOS DE LA REGIÓN POSTERIOR DEL CUELLO.....	28
9. MÚSCULOS FACIALES.....	28
10. ANATOMÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	
a) SUPERFICIES ARTICULARES.....	29
b) MEDIOS DE UNIÓN.....	30
c) CÁPSULA ARTICULAR.....	30
d) LIGAMENTOS.....	31
e) SINOVIAL.....	32
11. RELACIONES DE ARTICULACIÓN.....	32
12. CORRELACIÓN ENTRE ESTRUCTURAS Y FUNCIÓN.....	33
13. RECEPTORES NERVIOSOS.....	34
14. REFLEJOS.....	40
15. MOVIMIENTOS MANDIBULARES.....	43
a) TRANSTRUSIÓN.....	45
16. FUNCIÓN DEL SISTEMA GNÁTICO	
a) MASTICACIÓN.....	48
b) CORTE Y TRITURACIÓN.....	49
c) DEGLUCIÓN.....	49
d) FONACIÓN.....	50
e) RESPIRACIÓN.....	51

17. RELACIÓN Y OCLUSIÓN CENTRICA.....	51
18. DIMENSIÓN VERTICAL.....	55

CAPÍTULO II

BRUXISMO

1. DEFINICIÓN.....	59
2. NEUROFISIOLOGÍA DEL BRUXISMO.....	60
3. SIGNOS Y SÍNTOMAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS....	61
4. EFECTOS QUE PRODUCE.....	62
5. CLASIFICACIÓN DE LAS DIFUNCIONES TEMPOROMANDI- BULARES.....	64
6. DIAGNÓSTICO.....	67

CAPÍTULO III

FACTORES QUE DESENCADENAN EL BRUXISMO

1. INTERFERENCIAS OCLUSALES.....	84
2. PSICOLÓGICAS.....	84
3. PARODONTAL.....	84
4. IATROGÉNICOS.....	85
5. ENFERMEDADES GENERALES.....	85
6. INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.....	85
7. HÁBITOS.....	85
8. OCLUSIÓN PATOLÓGICA.....	86

CAPÍTULO IV

TRATAMIENTO DEL BRUXISMO

a) TERAPÉUTICA ASOCIADA

1. PSICOTERAPIA.....	94
2. HIPNÓSIS.....	94
3. FISIOTERAPIA.....	94

4. FÁRMACOS.....	96
5. DIETA Y ABANDONO DE HÁBITOS.....	97
6. ELIMINAR EL DOLOR.....	97
b) TERAPÉUTICA OCLUSAL	
1. GUARDA OCLUSAL.....	98
I INDICACIONES	
II CARACTERÍSTICAS	
III REQUISITOS	
2. AJUSTE OCLUSAL.....	102
I DEFINICIÓN	
II OBJETIVOS	
III MÉTODOS	
IV TALLADO SELECTIVO	
1 INDICACIONES	
2 CONTRAINDICACIONES	
3 CUIDADOS	
4 TÉCNICAS	
5 PASOS	
CONCLUSIONES.....	112
BIBLIOGRAFÍA.....	113

I N T R O D U C C I Ó N

CON EL PASO DE LOS AÑOS Y EL AVANCE DIARIO DE LA ODONTOLOGÍA. HEMOS LLEGADO A COMPRENDER QUE LOS DESGASTES QUE PRESENTABAN NUESTROS ABUELOS EN SUS ÓRGANOS DENTARIOS NO ERAN OBRA DE LA "CASUALIDAD Y DEL USO" EN SU TOTALIDAD, SINO QUE SON EL EFECTO DE UNA CAUSA.

LA DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR TIENE MUCHAS ETIOLOGÍAS PERO UNA DE LAS MAS FRECUENTES ES EL BRUXISMO.

SE HA COMPROBADO QUE EL BRUXISMO TANTO EN CÉNTRICA COMO EN EXCÉNTRICA ES UNA PARAFUNCIÓN, QUE DEFINE EL DOCTOR CARLOS RIPOL GUTIÉRREZ COMO EL "DESGASTE DE DIENTES BLANDOS, CUANDO ENCONTRAMOS SIGNOS DE DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR, SIN LLEGAR A AFECTAR EN SÍ A LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR".

EL PROPÓSITO DE MI TÉSIS ES BRINDAR UNA AYUDA, Y EXTENDER EL HORIZONTE A LOS CIRUJANOS DENTISTAS DE PRÁCTICA GENERAL AL ENUMERAR Y DESCRIBIR LAS CAUSAS MÁS COMUNES Y GENERALES QUE PUEDEN DESENCADENAR ESTA PARAFUNCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE PRIMERA INSTANCIA Y DE URGENCIA CUANDO EL BRUXISMO ESTÁ PRESENTE PARA ALIVIAR LA SINTOMATOLOGÍA.

C A P Í T U L O I
ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA

1. ESTRUCTURAS ÓSEAS

a) MAXILAR SUPERIOR :

ES UN HUESO PAR DE FORMA CUADRANGULAR, APLANADO:

CARA INTERNA: EN EL LÍMITE DE SU CUARTA PARTE INFERIOR DESTACA UNA SALIENTE HORIZONTAL, DE FORMA CUADRANGULAR DENOMINADO APÓFISIS PALATINA QUE FORMA PARTE DEL PISO DE LAS FOSAS NAALES. EL BORDE EXTERNO DE LA APÓFISIS FORMA LA ESPINA NASAL ANTERIOR. POR DETRÁS DE LA ESPINA NASAL ANTERIOR AL UNIRSE UN MAXILAR CON EL OTRO FORMA EL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR. SE ENCUENTRA MAS ADELANTE UN GRAN ORIFICIO DEL SENO MAXILIAR, QUE QUEDA MUY DISMINUIDO EN VIRTUD DE LA INTERPOSICIÓN DE LAS MASAS LATERALES DEL ETMOIDES POR ARRIBA, DEL CORNETE INTERIOR POR ABAJO, DEL UNGUIS POR DELANTE Y DE LA RAMA VERTICAL DEL PALATINO POR DETRÁS.

CARA EXTERNA: EN SU PARTE ANTERIOR SE OBSERVA POR ENCIMA DEL LUGAR DE IMPLANTACIÓN DE LOS INCISIVOS LA POSETA MIRTIFORME PARA EL MÚSCULO DEL MISMO NOMBRE, ARRIBA DE ESTA EMINENCIA DESTACA UNA SALIENTE, APÓFISIS PIRAMIDAL QUE FORMA PARTE DEL PISO DE LA ÓRBITA Y PRESENTA UN CANAL ANTERIOPOSTERIOR DE NOMBRE CONDUCTO SUBORDITARIO. LA POSTERIOR DE LA APOFISIS PIRAMIDAL EXHIBE LOS AGUJEROS DENTARIOS POSTERIORES.

DE SUS BORDES:

BORDE ANTERIOR: PRESENTA LA PARTE ANTERIOR DE LA APÓFISIS PALATINA CON LA ESPINA NASAL ANTERIOR.

BORDE POSTERIOR: CONSTITUYE LA TUBEROSIDAD DFC MAXILIAR.

BORDE SUPERIOR: FORMA EL LÍMITE INTERNO DE LA PARED INTERIOR DE LA ÓRBITA Y SE ARTICULA CON UNGUIS, ETMOIDES Y APÓFISIS ORBITARIA DEL PALATINO.

BORDE INFERIOR: LLAMADO BORDE ALVEOLAR PRESENTA CAVIDADES DÓNDE SE ALOJAN LAS RAÍCES DE LOS DIENTES.

ÁNGULOS: EL MAXILAR SUPERIOR PRESENTA CUATRO ÁNGULOS, DOS SUPERIORES Y DOS INFERIORES.

DEL ÁNGULO ANTERO-SUPERIOR DESTACA LA APÓFISIS ASCENDENTE DEL MAXILIAR SUPERIOR; SU EXTREMIDAD SUPERIOR PRESENTA RUGOSIDADES PARA ARTICULARSE CON LA APÓFISIS DESCENDENTE, FORMA PARTE DE LA PARED EXTERNA DE LAS FOSAS NASALES. SUS BORDES QUE SON EN NÚMERO DE DOS, SE ARTICULAN, EL ANTERIOR, CON LOS HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ, EN TANTO QUE EL POSTERIOR LO HACE CON EL UNGUIS.

b) MAXILAR INFERIOR:

FORMA ÉL SOLO LA MANDÍBULA INFERIOR Y SE PUEDE CONSIDERAR DIVIDIDO EN UN CUERPO Y DOS RAMAS.

CUERPO: TIENE FORMA DE HERRADURA, SE DISTINGUEN EN ÉL DOS CARAS Y DOS BORDES.

CARA ANTERIOR: LLEVA EN LA LÍNEA MEDIA UNA CRESTA VERTICAL. CONOCIDA CON EL NOMBRE DE SÍNFISIS MENTONIANA. HACIA AFUERA Y ATRÁS DE LA CRESTA SE ENCUENTRA UN ORIFICIO. EL AGUJERO MENTONIANO POR DONDE SALEN VASOS Y NERVIOS. MAS ATRÁS AÚN SE OBSERVA UNA LÍNEA

SALIENTE QUE VA A TERMINAR ABAJO Y HACIA ADELANTE EN EL BORDE INFERIOR Y SE INSERTAN SOBRE ELLA LOS MÚSCULOS TRIANGULAR DE LOS LABIOS, CUTÁNICO DEL CUELLO, Y CUADRADO DE LA BARBA.

CARA POSTERIOR: PRESENTA CERCA DE LA LÍNEA MEDIA, CUATRO TUBÉRCULOS LLAMADOS APÓFISIS GENI QUE SIRVEN DE INSECCIÓN A LOS MÚSCULOS GENIOGLOSOS Y GENIOHIOIDEOS.

PARTIENDO DEL BORDE ANTERIOR DE LA RAMA VERTICAL SE ENCUENTRA LA LÍNEA OBLÍCUA INTERNA QUE SIRVE DE INSECCIÓN AL MÚSCULO MILOHIOIDEO. POR FUERA DE LAS APÓFISIS GENI Y POR ENCIMA DE LA LÍNEA OBLICUA SE ENCUENTRA LA FOSETA SUBLINGUAL Y POR ABAJO DE DICHA LINEA ESTA LA FOSETA SUBMAXILIAR.

BORDE: TIENE DOS.

INFERIOR: REDONDEADO LLEVA DOS FOSETAS DIGÁSTRICAS A LOS LADOS DE LA LÍNEA MEDIA EN ELLA SE INSERTA EL MÚSCULO DIGÁSTRICO. EL BORDE SUPERIOR PRESENTA CAVIDADES O ALVÉOLOS DENTARIOS.

RAMAS: SON DOS APLANADAS TRANSVERSALMENTE DE FORMA CUADRANGULAR TIENE DOS CARAS Y CUATRO BORDES.

CARA INTERNA: EN LA PARTE MEDIA PRESENTA UN AGUJERO AMPLIO DENOMINADO ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO. UNA SALIENTE TRIANGULAR O ESPINA DE SPIX SOBRE EL CUAL SE INSERTA EL LIGAMENTO ESPENOMAXILIAR. EN LA PARTE INFERIOR Y POSTERIOR, SE INSERTA EL MÚSCULO PTERIOIDEO INTERNO.

BORDE INTERNO: ESTÁ DIRIGIDO OBLICUAMENTE HACIA ABAJO SE HALLA EXCAVADO CUYOS BORDES DIVERGENTES SE SEPARAN AL NIVEL DEL BORDE

ALVEOLAR.

BORDE SUPERIOR: POSEE UNA ANCHA ESCOTADURA LLAMADA ESCOTADURA SIGMOIDEA, SITUADA ENTRE DOS GRUESOS SALIENTES. LA APÓFISIS CORONOIDES DE FORMA TRIANGULAR Y SOBRE LA CUAL SE INSERTA EL MÚSCULO TEMPORAL Y EL CÓNDILO DEL MAXILAR INFERIOR DE FORMA ELIPSOIDAL, APLANADO DE ADELANTE ATRAS, SE ARTICULA EN LA CAVIDAD GLENOIDEA DEL TEMPORAL Y TIENE UN ESTRECHAMIENTO LLAMADO CUELLO DEL CÓNDILO DONDE SE INSERTA EL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.

ESCOTADURA SIGMOIDEA: ESTA VUELTA HACIA ARRIBA Y COMUNICA LA REGIÓN MASETÉRICA CON LA FOSA CIGOMÁTICA.

o) HUESO TEMPORAL:

LOS HUESOS TEMPORALES ESTÁN SITUADOS A LOS LADOS DE LA PARTE MEDIA DE LA BASE DEL CRÁNEO, EXTENDIÉNDOSE POR LAS CARAS LATERALES DE ÉSTE. CADA UNO DE ELLOS SE ARTICULA POR DELANTE CON EL ESFENOIDES, POR DETRÁS CON EL OCCIDITAL Y POR ARRIBA CON EL PARIENTAL.

EL TEMPORAL ADULTO RESULTA DE LA SOLDADURA DE TRES PIEZAS, INDEPENDIENTES EN EL EMBRIÓN; LA ESCAMA, DEL HUESO TIMPÁNICO Y LA ROCA. COMO CONSECUENCIA DE SU DESARROLLO, PUEDEN DISTINGUIRSE EN EL TEMPORAL TRES PORCIONES. LA PARTE ANTEROSUPERIOR ES APLANADA TRANSVERSALMENTE Y RECIBE EL NOMBRE DE REGIÓN ESCAMOSA. POR DETRÁS DE ÉSTA, DESTACA UNA MASA VOLUMINOSA O REGIÓN MASTOIDEA. ENTRE AMBAS Y POR DEBAJO DE ELLAS EXISTE UNA PROLONGACION PIRAMIDAL, DE DIRECCION HORIZONTAL, LLAMADA REGIÓN PETROSA O ROCA DEL TEMPORAL.

ESCAMA DEL TEMPORAL: ES MÁS O MENOS SEMICIRCULAR DE FORMA, Y MUESTRA UNA CARA INTERNA Y OTRA EXTERNA. LA PARTE SUPERIOR DE LA EXTERNA VA CUBIERTA POR EL MÚSCULO TEMPORAL. LA PARTE INFERIOR QUEDA SEPARADA DE LA SUPERIOR DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA. SE DISTINGUEN EN ÉSTA DOS PORCIONES, UNA APICAL Y OTRA BASAL. LA PORCIÓN BASAL APLANADA DE ARRIBA A BAJO, TIENE SU CARA SUPERIOR ACANALADA Y EN ELLA SE DESLIZAN LOS HACES POSTERIORES DEL MÚSCULO TEMPORAL.

DE LA PARTE ANTERIOR DE LA PORCIÓN BASAL Y POR SU CARA INFERIOR, SALE UNA PROLONGACIÓN ALARGADA TRANSVERSALMENTE, LISA Y CONVEXA DE ADELANTE HACIA ATRÁS, QUE FORMA EL BORDE ANTERIOR DE LA CAVIDAD GLENOIDEA, ES EL CÓNDILO DEL TEMPORAL O RAÍZ TRANSVERSA DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA Y CONSTITUYE PARTE DE LA ARTICULACIÓN CON EL MAXILAR INFERIOR.

EN LA PARTE INFERIOR DE LA PORCIÓN BASAL DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA SE ENCUENTRA UNA CONCAVIDAD ELÍPTICA DE EJE MAYOR TRANSVERSAL, DENOMINADO CAVIDAD GLENOIDEA, POR SU FONDO ATRAVIESA A LA CISURA DE GLASER QUE LA DIVIDE EN UNA PORCIÓN ARTICULAR PERTENECIENTE A LA ESCAMA Y UNA PORCIÓN NO ARTICULAR PERTENECIENTE AL HUESO TIMPÁNICO.

PORCIÓN MASTOIDEA: ESTÁ COLOCADA EN LA PARTE POSTERIOR DEL TEMPORAL, POR DETRÁS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO. SE DISTINGUEN EN ELLA UNA CARA EXTERNA, OTRA INTERNA Y UN BORDE CIRCUNFERENCIAL.

PORCIÓN PETROSA: TIENE FORMA DE PIRÁMIDE CUADRANGULAR, CON BASE VUELTA PARA AFUERA Y ATRÁS, EN TANTO QUE EL VÉRTICE, POSEE CUATRO CARAS CUATRO BORDES, UNA BASE Y UN VÉRTICE.

2. MÚSCULOS MASTICADORES

a) TEMPORAL:

Ocupa la fosa temporal, se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior.

INSERCIÓNES: Línea curva temporal inferior, fosa temporal, aponeurosis temporal, arco cigomático, apófisis coronoides.

RELACIONES: aponeurosis temporal, vasos, nervios temporales, arco cigomático, masetero, pterigoideos, buccinador, bolsa grasosa de Richat.

INERVACIÓN: nervio maxilar inferior.

ACCIÓN: eleva y dirige hacia atrás el maxilar inferior.

b) MASETERO:

Se extiende de la apófisis cigomática hasta la cara externa del ángulo del maxilar inferior.

INSERCIÓNES: aponeurosis maseterina, arteria transversa de la cara, prolongación maseterina de la parótida, canal de Stenson, músculos cigomático mayor y menor, risorio, cutáneo del cuello, arteria y venas faciales.

INERVACIÓN: nervio maxilar inferior.

ACCIÓN: elevar maxilar inferior.

c) PTERIGOIDEO INTERNO:

ESTE MÚSCULO COMIENZA EN LA APÓFISIS PTERIGOIDES Y TERMINA EN LA PORCIÓN INTERNA DEL ÁNGULO DEL MAXILAR INFERIOR.

INSERCIÓNES: CARA INTERNA DE LA ALA EXTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES, EN LA CARA EXTERNA DEL ALA EXTERNA, APÓFISIS PIRAMIDAL DEL PALATINO, ÁNGULO DEL MAXILAR INFERIOR.

RELACIONES: CON EL PTERIGOIDEO EXTERNO, CARA INTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR, NERVIOS LINGUAL Y DENTARIO INFERIOR, NEUMOGÁSTRICO, GLOBOFARÍNGEO, ESPINAL, HIPOGLOSO, YUGULAR INTERNA, CARÓTIDA INTERNA.

ACCIÓN: ELEVADOR DEL MAXILAR INFERIOR, MOVIMIENTOS LATERALES.

INERVAIÓN: NERVIIO MAXILAR INFERIOR.

d) PTERIGOIDEO EXTERNO:

SE EXTIENDE DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES AL CUELLO DEL CÓNDILO DEL MAXILAR INFERIOR.

INSERCIÓNES: ALA MAYOR DEL ESFENOIDES, CRESTA ESFENOTEMPORAL, MASETERINO BUCAL, ESCOTADURA SIGMOIDEA, PTERIGOIDEO INTERNO, NERVIOS Y VASOS LINGUALES.

INERVAIÓN: NERVIIO BUCAL.

ACCIÓN: PROYECCIÓN HACIA ADELANTE DEL MAXILAR INFERIOR Y MOVIMIENTO HACIA UNO Y OTRO LADO.

3. MÚSCULOS CUTÁNEOS.

a) OCCIPITOPONTAL:

MÚSCULO DESPROVISTO DE APONEUROSIS, SE HALLA FORMADO POR DOS VIENTRES MUSCULARES, EL OCCIPITAL Y EL FRONTAL, UNIDOS POR UNA APONEUROSIS INTERMEDIA, LA APONEUROSIS EPICRANEAL.

INSERCIÓNES: LINEA CURVA OCCIPITAL, APÓPISIS MASTOIDES, APONEUROSIS EPICRANEAL, PORCIÓN INTERCILIAR DEL FRONTAL.

RELACIONES: CON LA PIEL DEL CRÁNEO.

INERVACIÓN: TEMPOROFACIAL.

ACCIÓN: TENSOR DE LA APONEUROSIS EPICRANEAL, FORMA ARRUGAS TRANSVERSALES DE LA FRENTE.

REGIÓN LATERAL DEL CUELLO:

ENCONTRAMOS LOS SIGUIENTES MÚSCULOS: EL CUTÁNEO DEL CUELLO, EL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, LOS ESCALENOS Y EL RECTO LATERAL DE LA CABEZA.

b) CUTÁNEO DEL CUELLO:

COLOCADO SOBRE LA APONEUROSIS SUPERFACIAL Y POR DEBAJO DE LA PIEL SE EXTIENDE DESDE LA REGIÓN INFRACLAVICULAR HASTA LA COMISURA DE LOS LABIOS.

INSERCIÓNES: SU INSERCIÓN INFERIOR ES EN EL TEJIDO CONJUNTIVO SUBCUTÁNEO EN LA REGIÓN INFRACLAVICULAR Y DE LA ACROMIAL: DESPUÉS SE DIRIGE HACIA ARRIBA HASTA ALCANZAR EL BORDE INFERIOR DEL MAXILAR INFERIOR, LOS HACES INTERNOS SE FIJAN DEBAJO DE LA PIEL DEL MENTÓN;

LOS HACES MEDIOS SE INSERTAN EN EL TERCIO INTERNO DE LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA DEL MAXILAR Y LOS EXTREMOS TERMINAN POR FIJARSE EN LA COMISURA LABIAL.

RELACIONES: POR SU CARA SUPERFICIAL, CUBIERTA POR LA PIEL Y TEJIDO CELULAR. SU CARA PROFUNDA CUBRE EL PECTORAL MAYOR, AL DELTOIDES Y LA PARTE INFERIOR DE LA CLAVÍCULA. SU PARTE MEDIA CUBRE LOS MÚSCULOS OMOHIOIDEO Y ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, LA VENA YUGULAR EXTERNA Y LOS RAMOS DEL PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL. SU PARTE SUPERIOR CUBRE EL BORDE DEL MAXILAR INFERIOR Y LOS MÚSCULOS TRIANGULAR DE LOS LABIOS Y CUADRADO DE LA BARBA.

INERVACIÓN: POR FILETES NERVIOSOS DEL CERVICOFACIAL.

ACCIÓN: DESPLAZA HACIA ABAJO LA PIEL DE LA BARBA Y DEL LABIO INFERIOR.

c) ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO:

MÚSCULO VIGOROSO, COLOCADO POR DEBAJO DEL CUTÁNEO, VA DE LA ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR A LA APÓFISIS MASTOIDES.

INSERCIONES: SU INSERCIÓN INFERIOR ES POR MEDIO DE LOS HACES UNO INTERNO Y OTRO EXTERNO O POSTERIOR.

EL HAZ INTERNO SE INSERTA POR MEDIO DE UN TENDÓN EN EL MANUBRIO DEL ESTERNÓN EN SU CARA ANTERIOR Y TERMINA POR FIJARSE EN LA PARTE EXTERNA DE LA LÍNEA CURVA SUPERIOR DEL OCCIPITAL, ASÍ COMO EL BORDE POSTERIOR Y EN EL VÉRTICE DE LA APÓFISIS MASTOIDES. EL HAZ EXTERNO O CLAVICULAR: SE INSERTA EN EL BORDE ANTERIOR Y PARTE

DE LA CARA SUPERIOR DEL CUARTO INTERNO DE LA CLAVÍCULA, DE AQUÍ SE DIRIGE HACIA ARRIBA Y SUS FIBRAS SE DIVIDEN EN DOS FASCÍCULOS UNO DE LOS CUALES SE FIJA EN EL BORDE POSTERIOR Y VÉRTICE DE LA APOFISIS MASTOIDES Y EL OTRO LO HACE EN LA PARTE EXTERNA DE LA LÍNEA OCCIPITAL.

RELACIONES: SU CARA SUPERFICIAL ESTÁ EN RELACIÓN CON LA APONEUROSIS Y CON LA PIEL EN SUS DOS TERCIOS EXTERNOS, CON EL CUTÁNEO DEL CUELLO, YUGULAR EXTERNA Y RAMAS DEL PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL EN SU TERCIO MEDIO. SU CARA PROFUNDA CUBRE LA ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR, LA PARTE INFERIOR DEL ESTERNOTIROIDEO, LOS ESCALENOS, EL ESPLenio, EL ANGULAR DEL OMÓPLATO Y DEL DIGÁSTRICO.

ESTÁ EN RELACIÓN EL MÚSCULO CON EL PAQUETE NEUROVASCULAR DEL CUELLO Y CON EL SIMPÁTICO CERVICAL, CON LA CADENA GANGLIONAR CAROTÍDEA. EL BORDE ANTERIOR SE RELACIONA EN SU PARTE SUPERIOR CON LA PARÓTIDA Y ABAJO CON EL ÁNGULO DEL MAXILAR, EL BORDE POSTERIOR ESTÁ EN RELACIÓN CON LAS CINCO RAMAS DEL PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL.

INERVACIÓN: DOS RAMAS PROCEDENTES DEL NERVI0 ESPINAL Y RAMAS DERIVADAS DEL TERCER PAR CERVICAL.

ACCIÓN: CUANDO SE CONTRAEN SIMULTANEAMENTE AMBOS MÚSCULOS PRODUCEN LA EXTENCIÓN DE LA CABEZA SOBRE EL CUELLO. CUANDO SE CONTRAEN AISLADAMENTE, INCLINAN LA CABEZA HACIA EL LADO DEL MÚSCULO QUE SE CONTRAE.

d) ESCALENOS:

LOS MÚSCULOS ESCALENOS SON TRES: ESCALENO ANTERIOR, MEDIO Y POSTERIOR Y FORMAN EN CONJUNTO UNA MASA MUSCULAR SITUADA EN LA PARTE LATERAL Y MEDIA DEL CUELLO, POR DENTRO DEL CUTÁNEO Y DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO. DICHA MASA VA DE LAS APÓFISIS TRANSVERSAS DE LAS VÉRTEBRAS CERVICALES (SALVO LA DEL ATLAS, POR LO COMÚN) A LAS DOS PRIMERAS COSTILLAS.

INSERCIONES: ESCALENO ANTERIOR SE INSERTA EN LOS TUBÉRCULOS ANTERIORES DE LAS APÓFISIS TRANSVERSAS DE LAS VÉRTEBRAS CERVICALES TERCERA, CUARTA, QUINTA Y SEXTA Y SUS FIBRAS CONVERGEN Y SE FIJAN EN EL TUBÉRCULO DE LISFRANC DE LA PRIMERA COSTILLA.

ESCALENO MEDIO: SUPERIORMENTE SE INSERTA EN LOS TUBÉRCULOS ANTERIORES DE LAS APÓFISIS TRANSVERSAS DE LAS SEIS ÚLTIMAS VÉRTEBRAS CERVICALES E INFERIORMENTE EN LA CARA SUPERIOR DE LA PRIMERA COSTILLA POR MEDIO DE UN TENDÓN.

ESCALENO POSTERIOR: POR ARRIBA SE FIJA EN EL TUBÉRCULO POSTERIOR DE LAS APÓFISIS TRANSVERSAS DE LA CUARTA, QUINTA Y SEXTA VÉRTEBRAS CERVICALES Y POR ABAJO POR MEDIO DE UN TENDÓN FIJAS EN EL BORDE SUPERIOR DE LA CARA EXTERNA DE LA SEGUNDA COSTILLA.

RELACIONES: ESCALENO ANTERIOR: POR DELANTE CON LA VENA SUBCLAVIA, MÚSCULO SUBCLAVIO, MÚSCULO OMOHIOIDEO, CON EL NERVIO FRÉNIC, POR DENTRO CON LOS MÚSCULOS LARGO DEL CUELLO Y EL RECTO ANTERIOR MAYOR DE LA CABEZA. ENTRE LAS INSERCIONES INFERIORES DEL ESCALENO ANTERIOR Y DEL MEDIO PASA LA ARTERIA SUBCLAVIA.

INERVAÇÃO: POR FILETES NERVIOSOS DE LAS RAMAS ANTERIORES DE LOS NERVIOS CERVICALES, TERCERO, CUARTO, QUINTO Y SEXTO.

ACCIÓN: LA CONTRACCIÓN DE LOS ESCALENOS DE UN LADO PRODUCEN INCLINACIÓN DE LA PARTE CERVICAL DE LA COLUMNA HACIA DICHO LADO, ELEVA LAS COSTILLAS CONTRIBUYENDO A LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS DE INSPIRACIÓN.

e) RECTO LATERAL DE LA CABEZA:

SE HALLA SITUADO EN LA REGIÓN SUPERIOR DEL CUELLO CUBIERTO POR LOS MÚSCULOS DE LA NUCA QUE LO OCULTAN COMPLETAMENTE.

INSERCIÓNES: TOMA INSERCIÓN POR ARRIBA DE LA APÓFISIS YUGULAR DEL OCCIPITAL Y POR DEBAJO EN LA APÓFISIS TRANSVERSA DEL ATLAS.

INERVAÇÃO : POR UN FILETE DEL PRIMER NERVI0 CERVICAL.

ACCIÓN: LA CONTRACCIÓN DE UNO DE LOS RECTOS LATERALES INCLINA LA CABEZA HACIA EL LADO CORRESPONDIENTE.

4. MÚSCULOS SUPRAHIOIDEOS.

RECIBEN ÉSTE NOMBRE POR HALLARSE SITUADOS ENCIMA DEL HUESO HIOIDES Y SON: ESTILOHIOIDEO, DIGÁSTRICO, MILOHIOIDEO Y GENIOHIOIDEO.

a) DIGÁSTRICO:

MÚSCULO COMPUESTO DE DOS VIENTRES MUSCULARES Y UN TENDÓN INTERMEDIO SE EXTIENDE DEL TEMPORAL AL MAXILAR INFERIOR.

INSERCIÓNES: EL VIENTRE POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO SE INSERTA EN LA MANUBRA DIGÁSTRICA DE LA APÓFISIS MASTOIDEA DEL TEMPORAL, SUS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ABAJO Y ADELANTE PARA TERMINAR EN EL TENDÓN INTERMEDIO LA CUAL SE VUELVE ADELANTE Y ADENTRO Y VA A INSERTARSE FINALMENTE EN LA FOSA DIGÁSTRICA DEL MAXILAR INFERIOR.

RELACIONES: CON LA CARA EXTERNA DE LA APÓFISIS MASTOIDES, EL ESPLenio, EL ESTERNOCLIDOMASTOIDEO, CON EL ESTILOHIOIDEO, ESTILO MAXILAR, GRAN HIPOGLOSO, CARÓTIDA INTERNA Y EXTERNA, ARTERIAS LINGUAL Y FACIAL.

INERVACIÓN: NERVIIO FACIAL, GLOSO FARÍNGEO, Y UN RAMO DEL NERVIIO HILOHIOIDEO PROCEDENTE DEL MAXILAR INFERIOR.

ACCIÓN: CUANDO EL HUESO HIOIDES PERMANECE FIJO DESCIEDE EL MAXILAR INFERIOR. CUANDO EL MAXILAR INFERIOR PERMANECE FIJO ELEVA EL HUESO HIOIDES.

b) ESTILOHIOIDEO:

MÚSCULO DE FORMA DE HUESO, SITUADO POR DENTRO Y POR DELANTE DEL VIENTRE POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO. SE EXTIENDE DE LA APÓFISIS ESTILOIDES AL HUESO HIOIDES.

INSERCIÓNES: EN LA PORCIÓN EXTERNA DE LA BASE DE LA APÓFISIS ESTILOIDES Y SE VA A FIJAR EN LA CARA ANTERIOR DEL HIOIDES.

INERVACIONES: RAMO NERVIOSO DEL FACIAL.

ACCIÓN: ELEVADOR DEL HUESO HIOIDES.

c) MILOHIOIDEO:

ENTRE LOS DOS MILOHIOIDEOS FORMAN EL SUELO DE LA BOCA, DE FORMA APLANADA CUADRANGULAR SE EXTIENDE DEL MAXILAR INFERIOR AL HUESO HIOIDES.

INSERCIONES: EN LA LINEA MILOHIOIDEA DEL MAXILAR INFERIOR, EN LA CARA INFERIOR DEL HUESO HIOIDES Y EN EL RAFÉ APONEUROTICO QUE SE EXTIENDE A LA SÍNFISIS MENTONIANA.

RELACIONES: CON LA GLÁNDULA SUBMAXILAR, CUTÁNEO DEL CUELLO, GENIOHIOIDEO, HIOGLOSO, NERVIO LINGUAL; CON EL GRAN HIPOGLOSO, CANAL DE WHARTON.

INERVACIÓN: DEL NERVIO MILOHIOIDEO.

ACCIÓN: ELEVA EL HUESO HIOIDES, ELEVA LA LENGUA..

d) GENIOHIOIDEO:

MÚSCULO CORTO VA DEL MAXILAR INFERIOR AL HUESO HIOIDES.

INSERCIONES: SUPERIORMENTE SE INSERTA, ESTE MÚSCULO EN LA APÓFISIS GENI INFERIOR DEL MAXILAR POR MEDIO DE LÁMINAS TENDINOSAS SIGUE HACIA ABAJO PARA INSERTARSE EN EL HUESO HIOIDES, CARA ANTERIOR.

INERVACIÓN: DEL NERVIO HIPOGLOSO

ACCIÓN: ELEVADOR DEL HIOIDES O ABATIDOR DEL MAXILAR INFERIOR.

5. MÚSCULOS INPRAHIOIDEOS.

SITUADOS EN POSICIÓN INFERIOR DEL HUESO HIOIDES DE AHI SU

NOMBRE; SON CUATRO: ESTERNOCLEIDOHIOIDEO, OMOHIOIDEO, ESTERNOTIHOIDEO, TIHOIOIDEO.

a) ESTERNOCLEIDOHIOIDEO:

MÚSCULO QUE SE EXTIENDE DEL ESTERNÓN Y LA CLAVÍCULA AL HUESO HIOIDES.

INSERCIÓNES: TOMA INSERCIÓN POR ABAJO EN LA CARA POSTERIOR MAS INTERNA DE LA CLAVÍCULA, EN EL LIGAMENTO ESTERNOCLAVICULAR POSTERIOR, EN LA CARA POSTERIOR DEL MANGO DEL ESTERNÓN Y EN EL HUESO HIOIDES EN SU BORDE INFERIOR Y SE RELACIONA CON LA PIEL Y APONEUROSIS.

INERVIACIÓN: RECIBE RAMOS DE LOS TRES PRIMEROS NERVIOS CERVICALES Y DEL ASA DEL HIPOGLOSO.

FUNCIÓN: ABATIDOR DEL HUESO HIOIDES.

b) OMOHIOIDEO:

MÚSCULO DIGÁSTRICO SITUADO A LOS LADOS DEL CUELLO, SE EXTIENDE DEL OMÓPLATO AL HUESO HIOIDES.

INSERCIÓNES: EL VIENTRE POSTERIOR SE INSERTA EN EL BORDE DEL OMÓPLATO, POR DENTRO DE LA ESCOTADURA CORACOIDEA. VUELVE HACIA ARRIBA Y VA A FIJARSE EN LA PORCIÓN EXTERNA DEL HUESO HIOIDES Y EN EL ARTA MAYOR.

RELACIONES: CON LA CLAVÍCULA, MÚSCULO SUBCLAVIO, APONEUROSIS, PIEL, MÚSCULO CUTÁNEO, MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO,

PAQUETE NEUROVASCULAR DEL CUELLO, ESCALENOS.

INERVACIÓN: RAMOS NERVIOSOS DEL HIPOGLOSO, PROCEDENTES DE LOS TRES PRIMEROS NERVIOS CERVICALES.

ACCIÓN: FUNCIONA COMO DEPRESOR DEL HUESO HIOIDES.

c) ESTERNOTIROIDEO:

SITUADO EN LA PARTE ANTERIOR DEL CUELLO, POR DETRÁS DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO Y SE EXTIENDE DEL EXTERNÓN AL CARTÍLAGO TIROIDES.

INSERCIÓNES: INFERIORMENTE SE INSERTA EN LA CARA POSTERIOR DEL MANUBRIO DEL EXTERNÓN, SE DIRIGE VERTICALMENTE PARA IR A FIJARSE EN DOS TUBÉRCULOS QUE PRESENTA LA CARA EXTERNA DEL CARTÍLAGO TIROIDES Y EL CORDÓN FIBROSO QUE LOS UNE.

RELACIONES: ESTERNOCLEIDOHIOIDEO, CUBRE EL ESTERNOTIROIDEO AL CUERPO TIROIDES, A LA TRAQUEA.

INERVACIÓN: NERVIOS PROCEDENTES DEL ASA DEL HIPOGLOSO.

ACCIÓN: HACER DESCENDER AL CARTÍLAGO TIROIDES POR TANTO A LA LARINGE TAMBIEN.

d) TIROHIOIDEO:

PUEDA CONSIDERARSE COMO CONTINUACIÓN DEL ANTERIOR Y SE EXTIENDE DE EL CARTÍLAGO TIROIDES AL HUESO HIOIDES.

INSERCIÓNES: SU INSERCIÓN INFERIOR SE HACE EN LOS TUBÉRCULOS TIROIDES Y EN EL LIGAMENTO QUE LOS UNE Y LA SUPERIOR EN EL BORDE INFERIOR DE ASTA MAYOR Y DEL CUERPO DEL HUESO HIOIDES.

RELACIONES: CON LOS MÚSCULOS ESTERNOCLEIDOHIOIDEO, OMOHIOIDEO Y SU CARA POSTERIOR CUBRE PARCIALMENTE AL CARTÍLAGO TIROIDES Y NERVIOS LARINGEOS SUPERIORES.

INERVACIÓN: NERVIOS TIROHIOIDEO, PROCEDENTE DEL HIPOGLOSO MAYOR.

FUNCIÓN: ELEVADOR DE LA LARINGE O COMO DEPRESOR DEL HIOIDES SEGÚN DONDE TOMA SU PUNTO FIJO.

6. BUCCINADOR.

ES DE FORMA RECTANGULAR, CONSTITUYE LA PARED EXTERNA DEL VESTÍBULO BUCAL, ES EL MÚSCULO DE LA MEJILLA. SE ORIGINA EN EL PROCESO ALVEOLAR DEL MAXILAR, A LA ALTURA DE LOS TRES ÚLTIMOS MOLARES; EN LA MANDÍBULA, EN LA FOSA RETROMOLAR Y CRESTA ALVEOLAR DE LOS TRES ÚLTIMOS MOLARES EN LA PARTE MAS POSTERIOR DE LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA; POR DETRÁS, EN EL BORDE ANTERIOR DEL RAPE PTERIGOMANDIBULAR. SU INSERCIÓN ESTÁ EN EL ORBICULAR DE LOS LABIOS, A NIVEL DE LA COMISURA DE LA BOCA.

INERVADO: POR RAMAS DE LOS NERVIOS CERVICO-FACIAL Y TEMPORO-FACIAL RAMAS TERMINALES DEL NERVIOS FACIAL.

IRRIGACIÓN: PROVIENE DE LA ARTERIA BUCAL, RAMA DESCENDENTE DE LA ARTERIA MAXILAR INTERNA.

ACCIÓN: ES COMPRIMIR LA MEJILLA Y AYUDAR EN LA MASTICACIÓN EMPUJANDO HACIA LOS ARCOS DENTARIOS LOS ALIMENTOS DEL VESTÍBULO. JALA HACIA AFUERA LAS COMISURAS, AGRANDANDO EL ORIFICIO BUCAL. CONTRIBUYE A SOPLAR Y SILBAR.

7. MÚSCULOS DE LA LENGUA.

SON DIECISIETE. UNO IMPAR, EL LINGUAL SUPERIOR, Y OCHO PARES QUE SON: EL GENIOGLOSO, LINGUAL INFERIOR, HILOGLOSO, ESTILOGLOSO PALATOGLOSO, AMIGDALOGLOSO, FARINGOGLOSO Y EL TRANSVERSO.

INERVACIÓN: ES MOTORA Y SENSITIVA. LA MOTORA VIENE DE LOS NERVIOS HIPOGLOSO MAYOR Y GLOSOFARINGEO, Y LA SENSITIVA ESTA DADA POR LOS NERVIOS LINGUAL, GLOSOFARÍNGEO Y NEUMOGÁSTRICO.

IRRIGACIÓN: PROVIENE DE LA ARTERIA LINGUAL PRINCIPALMENTE.

ACCIÓN: CONSISTE EN EFECTUAR LOS DIFERENTES MOVIMIENTOS DE LA LENGUA.

8. MUSCULATURA POSTERIOR DEL CUELLO.

ESTAN RELACIONADOS AL ESTUDIO DE LA OCLUSION POR TENER SU ORIGEN EN LA BASE DEL CRÁNEO, EL CUAL SOSTIENE LOS DIENTES SUPERIORES, SON: EL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, TRAPECIO Y MUSCULATURA INSTRINSECA DEL CUELLO.

ESTOS MÚSCULOS LLEVAN LIGERAMENTE LA CABEZA HACIA ATRAS CUANDO LA PERSONA ABRE LA BOCA, SE CONSIDERAN LOS MÚSCULOS MAS IMPORTANTES EN LA SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD OCLUSAL.

9. MÚSCULOS FACIALES.

SON LLAMADOS MÚSCULOS DE LA EXPRESIÓN FACIAL. ALGUNOS SE INSERTAN ÚNICAMENTE EN LA PIEL Y FASCIA SUBCUTÁNEA, Y OTROS TIENEN UNA INSERCIÓN OSTEOMUSCULAR. INTERESAN ESPECIALMENTE EL ORBICULAR DE LOS LABIOS, COMPUESTO POR CAPAS DE FIBRAS QUE FORMAN UNA ESPECIE

DE CINTA ALREDEDOR DE LA PERTURA BUCAL.

ESTE MÚSCULO JUEGA UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN EL ACTO DE DEGLUCIÓN, EL FRONTAL Y EL OCCIPITAL, QUE MUCHAS VECES SE ENCUENTRAN INVOLUCRADOS EN LA SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA. EL MÚSCULO CUADRADO DEL LABIO SUPERIOR, CIGOMÁTICO Y DEL CANINO SE INSERTAN PROFUNDAMENTE. EL ORBICULAR Y ELEVAN EL LABIO SUPERIOR. EL INFERIOR SE ENCUENTRA EL CUADRADO DEL LABIO INFERIOR DEL TRINGULAR Y BORLA DEL MENTÓN. ESTE PRESENTA CON FRECUENCIA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA EN PACIENTES CON PROBLEMAS OCLUSALES.

INERVACIÓN: POR EL FACIAL.

10. ANATOMÍA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

PERTENECE AL GNERO DE LAS BICONDÍLEAS.

a) SUPERFICIES ARTICULARES:

POR UN LADO LOS CÓNDILOS DEL MAXILAR INFERIOR, QUE SON DOS EMINENCIAS OVOIDEAS DE EJE MAYOR DIRIGIDO HACIA ATRÁS Y ADENTRO Y UNIDOS AL RESTO DEL HUESO, POR UNA PORCIÓN LLAMADA CUELLO Y CON ALGUNAS RUGOSIDADES EN SU PARTE ANTERIOR DONDE SE INSERTA EL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.

POR OTRO LADO, LAS SUPERFICIES ARTICULARES SON EL CÓNDILO DEL TEMPORAL Y LA CAVIDAD GLENOIDEA DEL MISMO. EL CÓNDILO SE HALLA CONSTITUIDO POR LA RAIZ TRANSVERSA DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA. LA CAVIDAD GLENOIDEA ESTÁ SITUADA DESPUÉS DEL CÓNDILO Y ES UNA DEPRESIÓN PROFUNDA DE FORMA ELIPSOIDAL, CUYO EJE MAYOR SE DIRIGE HACIA ATRAS. LA CAVIDAD GLENOIDEA ESTÁ DIVIDIDA EN DOS PARTES POR

LA CISURA DEL GLASER, DE LAS CUALES SÓLO LA ANTERIOR ES ARTICULAR, CONSTITUYENDO LA CAVIDAD GLENOIDEA PROPIAMENTE DICHA: LA POSTERIOR, EXTRARTICULAR FORMA LA PARED ANTERIOR DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

LA SUPERFICIE ARTICULAR DEL TEMPORAL, CONVEXA POR DELANTE Y CÓNCAVA POR DETRÁS, NO SE ADAPTA DIRECTAMENTE AL CÓNDILO DEL MAXILAR, SINO QUE LA ADAPTACIÓN SE REALIZA POR INTERMEDIO DE UN MENISCO INTERARTICULAR DE FORMA ELÍPTICA Y DE EJE MAYOR PARALELO AL DEL CÓNDILO.

b) MEDIOS DE UNIÓN:

COMPRENDE UNA CÁPSULA ARTICULAR Y DOS LIGAMENTOS LATERALES, CONSIDERADOS COMO LOS LIGAMENTOS INTRÍNSECOS DE LA ARTICULACIÓN; TAMBIÉN SE INCLUYEN TRES LIGAMENTOS AUXILIARES O EXTRINSECOS.

c) CÁPSULA ARTICULAR:

POSEE FORMA DE MANQUITO, CUYA EXTREMIDAD SUPERIOR SE INSERTA POR DELANTE, EN LA RAÍZ TRANSVERSA DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA, POR DETRÁS EN EL LABIO ANTERIOR DE LA CISURA DE GLASER POR FUERA EN EL TUBÉRCULO CIGOMÁTICO Y EN LA RAÍZ LONGITUDINAL DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA, Y POR DENTRO EN LA BASE DE LA ESPINA DEL ESFENOIDES. SU EXTREMIDAD INFERIOR SE INSERTA EN EL CUELLO DEL CÓNDILO, DESCENDIENDO MAS EN SU PARTE POSTERIOR QUE EN LA ANTERIOR. SU SUPERFICIE INTERNA, TAPIZADA POR LA SINOVIAL, SIRVE DE INSERCIÓN AL REBORDE DEL MENISCO, QUEDANDO ASÍ DIVIDIDA LA CAVIDAD ARTICULAR EN UNA PORCIÓN SUPRAMENISCAL Y OTRA INFRAMENISCAL.

d) LIGAMENTO :

LIGAMENTOS LATERAL EXTERNO: SE INSERTA POR ARRIBA EN EL TUBÉRCULO CIGOMÁTICO Y EN LA PORCIÓN CONTIGUA A LA RAÍZ LONGITUDINAL, DESDE DONDE DESCIEENDE PARA TERMINAR INSERTÁNDOSE EN LA PARTE POSTEROEXTERNA DEL CUELLO DEL CÓNDILO.

LIGAMENTO LATERAL INTERNO: ESTE LIGAMENTO TIENE SU PUNTO DE INSERCIÓN POR FUERA DE LA BASE DE LA ESPINA DEL ESFENOIDES; DESPUES DESCIEENDE PARA IR A INSERTARSE EN LA PORCIÓN POSTEROINTERNA DEL CUELLO DEL CÓNDILO.

LOS LIGAMENTOS AUXILIARES SON TRES: EL ESFENOMAXILAR, EL ESTILOMAXILAR Y EL PTERIGOMAXILAR.

EL ESFENOMAXILAR: TIENE SU INSERCIÓN SUPERIOR EN LA PORCIÓN EXTERNA DE LA ESPINA DEL ESFENOIDES Y EN LA PARTE MAS INTERNA DEL LABIO INTERIOR DE LA CISURA DE GLASER, DESDE DONDE DESCIEENDE, CUBRIENDO EL LIGAMENTO LATERAL INTERNO, PARA TERMINAR EL EN VERTICE Y EN EL BORDE POSTERIOR DE LA ESPINA DE SPIX.

EL LIGAMENTO ESTILOMAXILAR: SE INSERTA POR ARRIBA CERCA DEL VERTICE DE LA APÓFISIS ESTILOIDES, Y POR ABAJO EN EL TERCIO INFERIOR DEL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA.

EL LIGAMENTO PTERIGOMAXILAR: ES UN PUENTE APONEURÓTICO QUE SE EXTIENDE DESDE EL GANCHO DE LA ALA INTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES HASTA LA PARTE POSTERIOR DEL REBORDE ALVEOLAR DE LA MANDÍBULA. Y DA INSERCIÓN AL MÚSCULO BUCCINADOR POR DELANTE Y AL CONSTRICTOR DE LA FANRINGE POR DETRÁS.

e) SINOVIAL:

ES DOBLE LA MAYORÍA DE LOS CASOS, SIENDO UNA SUPRAMENISCAL Y OTRA INFRAMENISCAL. AMBAS TAPIZAN LA CÁPSULA CORRESPONDIENTE POR SU CARA INTERNA Y TERMINAN POR UN LADO EN EL LUGAR DE INSERCIÓN DEL MENISCO SOBRE LA CÁPSULA Y POR EL OTRO, EN EL BORDE DEL REVESTIMIENTO FIBROSO DE LA SUPERFICIE ARTICULAR CORRESPONDIENTE.

11. RELACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

RELACIÓN: POR SU CARA EXTERNA LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR SE HALLA RECUBIERTA POR UN TEJIDO CELULAR EL CUAL ESTA ATRAVEZANDO POR LA ARTERIA TRANSVERSAL DE LA CARA Y POR EL NERVIIO TEMPORAL. POR SU CARA INTERNA SE RELACIONA CON LOS NERVIOS DENTARIO INFERIOR, LINGUAL Y CUERDA DEL TÍMPANO Y CON LA INSERCIÓN DEL PTERIGOIDEO EXTERNO. POR DELANTE ESTÁ EN RELACIÓN CON HACES DEL MÚSCULO MASETERO Y CON LA ESCOTADURA SIGMOIDEA. POR ATRÁS SE RELACIONA CON EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.

COMPUESTA PROPIAMENTE POR DOS ARTICULACIONES, UNA MENISCOTEMPORAL Y OTRA MENISCOMAXILAR, VERIFICA SU MOVIMIENTO BILATERAL SIMULTÁNEO POR DESLIZAMIENTO QUE REALIZAN EL DESPLAZAMIENTO DE LOS CÓNDILOS, GRACIAS A LA INTERPOSICIÓN DEL MENISCO, A LA LAXITUD DE LA CÁPSULA Y A LA POCA RESISTENCIA QUE PRESENTAN LOS LIGAMENTOS, FACTORES QUE FAVORECEN LA LUXACIÓN DEL MAXILAR INFERIOR.

LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES FUNCIONAN SIMULTÁNEAMENTE Y REPRESENTAN MOVIMIENTO DE ABATIMIENTO Y ELEVACION. LOS MÚSCULOS ABATIDORES DE FUERZA MENOR, QUE LOS ELEVADORES, SON EL VIENTRE

ANTERIOR DEL DIGÁSTRICO, EL MILOHIOIDEO Y EL GENIOHIOIDEO.

EN EL MOVIMIENTO DE ELEVACIÓN SE REALIZA EN SENTIDO CONTRARIO AL MECANISMO DEL ABATIMIENTO Y ALCANZA SU MÁXIMO CUANDO SE ENCUENTRAN LOS ARCOS DENTARIOS. INTERVIENEN EN ÉSTE LOS POTENTES MUSCULOS TEMPORALES, MASETERO Y PTERIGOIDEO INTERNO QUE DESARROLLAN FUERZA MEDIA DE 300 LIBRAS POR PULGADA CUADRADA.

LOS MOVIMIENTOS DE PROPULSIÓN Y REPULSIÓN, SE REALIZAN EN LA ARTICULACIÓN MENISCOTEMPORAL, PUES TANTO EL CÓNDILO COMO EL MENISCO SUPREN DESPLAZAMIENTO DE ATRÁS A ADELANTE COLOCANDO EL CÓNDILO MAXILAR POR DEBAJO DEL CÓNDILO TEMPORAL, E INTERVIENEN EN ÉSTE MOVIMIENTO LA CONTRACCIÓN SIMULTÁNEA DE LOS PTERIGOIDEOS EXTERNOS Y SECUNDARIAMENTE EL PTERIGOIDEO INTERNO Y MASETERO.

EL MOVIMIENTO DE REPULSIÓN SE REALIZA EN SENTIDO INVERSO A LA PROPULSIÓN Y SE LIMITA POR EL CHOQUE DEL CÓNDILO SOBRE LA PARED ANTERIOR DEL CONDUCTO AUDITIVO.

EN LOS MOVIMIENTOS DE DIDUCCIÓN O DE LATERALIDAD SE MUEVEN LAS DOS ARTICULACIONES ALTERNATIVAMENTE: MIENTRAS UNO DE LOS CÓNDILOS SUFRE CON SU MENISCO UN MOVIMIENTO DE TRASLACIÓN Y EL OTRO PIVOTEA ALREDEDOR DE UN EJE VERTICAL QUE PASA POR SU CUELLO, RESULTANDO EN CADA MOVIMIENTO QUE UN CÓNDILO SE DESALOJA Y EL OTRO SIRVE DE PUNTO DE APOYO O DE PIVOTE. INTERVIENEN EN ÉSTE LOS PTERIGOIDEOS EXTERNOS CONTRAYENDOSE ALTERNADAMENTE.

12. CORRELACIÓN ENTRE ESTRUCTURAS Y FUNCIÓN

EL MOVIMIENTO HACIA ADELANTE DEL MENISCO CUANDO SE

BOCA, ES POR LA CONTRACCIÓN DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO Y LA INSERCIÓN DEL MENISCO A AMBOS LADOS DEL CÓNDILO. ÉSTAS INSERCIÓNES, ESTAN CERCA DEL EJE CONDILAR PARA QUE GIRE EN RELACIÓN AL MENISCO Y ESTÉ EN CONTACTO CON UNA REGIÓN DEL CÓNDILO PARA CADA POSICIÓN MANDIBULAR. PRIMERO, LA BANDA POSTERIOR, LA ZONA INTERMEDIA DELGADA Y LA BANDA ANTERIOR QUE ENTRAN EN CONTACTO CON LA CRESTA DEL CÓNDILO, AL MOVERSE HACIA ADELANTE (LA EXCURSIÓN DEL CÓNDILO ES MAYOR QUE LA EXCURSIÓN DEL MENISCO CUANDO SE DESPLAZAN HACIA ADELANTE).

EL GROSOR DEL MENISCO AYUDA A:

- 1) LA INTERPOSICIÓN DE UNA ZONA DELGADA ENTRE DOS GRUESAS, HARÁ QUE SEA MAS FLEXIBLE, CÓNCAVO ABAJO CUANDO SE DESLIZA HACIA ADELANTE DESDE LA CAVIDAD GLENOIDEA HASTA LA EMINENCIA ARTICULAR.
- 2) EL CÓNDILO, ES SEPARADO EN SU POSICIÓN MAS RETRUSIVA (RELACION CÉNTRICA), DEL HUESO TEMPORAL, POR LA PARTE MAS GRUESA DEL MENISCO.

13. RECEPTORES NERVIOSOS

LA UNIDAD FUNCIONAL DEL SISTEMA NERVIOSO ES LA NEURONA. LA CUAL ESTÁ CONSTITUIDA POR UN CUERPO LLAMADO SOMA O PERICÁRION, Y POR UNAS PROLONGACIONES LLAMADAS FIBRAS NERVIOSAS QUE EMERGEN DEL CUERPO CELULAR QUE SON:

- a) DENTRITAS: SON RECEPTORES Y TRANSMISORES DEL IMPULSO HACIA EL CUERPO CELULAR.
- b) CILINDRO EJE O AXÓN: TRANSMITE EL IMPULSO DESDE EL SOMA A OTRAS CELULAS NERVIOSAS U ÓRGANOS EFECTORES.

LAS NEURONAS, DE ACUERDO A SU FUNCIÓN SE CLASIFICAN EN:

1. SENSITIVAS O AFERENTES: TRANSMITEN LOS IMPULSOS HACIA LA MÉDULA ESPINAL Y AL CEREBRO.

2. MOTORAS O EFERENTES: TRANSMITEN LOS IMPULSOS QUE SE ORIGINAN EN LA MÉDULA ESPINAL Y EL CEREBRO.

LA NEURONA MOTORA CON LAS FIBRAS MUSCULARES QUE INERVA FORMA LA UNIDAD MOTORA, QUE ES LA UNIDAD BÁSICA DEL MECANISMO NEUROMUSCULAR.

3. ASOCIACIÓN O INTERNEURONAS: PROPORCIONAN CONECCIONES CON CÉLULAS DEL SISTEMA NERVIOSO.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: COMPRENDE LA MÉDULA ESPINAL Y EL ENCÉFALO.

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO: COMPRENDE LOS NERVIOS CRANEALES Y RAQUÍDEOS O ESPINALES.

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: LLAMADO TAMBIÉN INVOLUNTARIO O VEGETATIVO.

RECEPTORES

TERMINACIONES NERVIOSAS SENSITIVAS ESPECIALIZADAS Y SENSIBLES, QUE TRANSFORMAN LOS ESTÍMULOS EXTERNOS EN IMPULSOS NERVIOSOS QUE PARA TRANSMITIRLOS AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CADA TIPO DE RECEPTOR SÓLO RESPONDE A DETERMINADO ESTÍMULO Y POCO O NADA A OTROS. SE CLASIFICAN EN:

a) EXTERNOCEPTORES O EXTERNO-RECEPTORES: SON AQUELLOS QUE

PUEDEN SER ESTIMULADOS POR CAMBIOS EXTERNOS, INCLUYEN LOS RECEPTORES AL DOLOR (TERMINACIONES NERVIOSAS LIBRES), TEMPERATURA (CORPÚSCULO DE MEISSNER), PRESIÓN (CORPÚSCULO DE PACCINI), AUDICIÓN, VISIÓN. ESTAN SITUADOS EN LAS MUCOSAS, PIEL Y ANEXOS.

b) INTEROCEPTORES O INTRA-RECEPTORES: PUEDEN SER EXCITADOS POR LOS CAMBIOS EN LAS CONDICIONES INTERNAS DEL INDIVIDUO COMO PRESIÓN, CAMBIOS QUÍMICOS, POSICIÓN RELATIVA.

1) VICEROCEPTORES: LOCALIZADOS EN VICERAS, VASOS SANGUINEOS, PERCIBEN EL HAMBRE, LA SED, DOLOR VICERAL.

2) PROPIOCEPTORES: LOCALIZADOS EN ARTICULACIONES, MÚSCULOS, LIGAMENTOS Y MEMBRANA PERIODONTAL. PRODUCE SENSACIONES DE POSICIÓN Y PRESIÓN, SENTIDO DEL MOVIMIENTO.

LA MEMBRANA PERIODONTAL TIENE PROPIOCEPTORES QUE CAPTAN LA PRESENCIA DE HOJAS DE PAPEL HASTA UN CENTESIMA DE MILIMETRO ENTRE LOS DIENTES. ASI SUCEDE CON OBTURACIONES ALTAS.

HUSO MUSCULAR: ES UN RECEPTOR LOCALIZADO EN LOS MÚSCULOS Y EN LA REGIÓN DE TRANSICIÓN ENTRE FIBRA MUSCULAR Y FIBRA TENDINOSA. TIENE INERVACIÓN SENSORIAL Y MOTORA PROPIA, ASI LOS ESTÍMULOS PUEDEN PRODUCIRSE EN EL MÚSCULO MISMO O PROVENIR DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

UMBRAL DE EXCITACIÓN: "LEY DEL TODO O NADA", SI LA INTENSIDAD DEL ESTÍMULO NO ALCANZA EL UMBRAL DE EXCITACIÓN LA RECEPCIÓN LA INTEGRACIÓN Y LA REACCIÓN NO SE PRODUCEN. ÉSTE VARIA DE UN INDIVIDUO A OTRO, A AUN EN EL MISMO. EXISTE ELEVACIÓN GRADUAL, COMO PRINCIPIO DE ADAPTABILIDAD. CUANDO EL ESTÍMULO LO SOBREPASA,

SE PRODUCE AFECCIÓN A NIVEL CELULAR. EL DOLOR SE ADAPTA MUY POCO POR ESO ACTÚA COMO ALARMA EN CONDICIONES PATOLÓGICAS.

FISIOLOGÍA NERVIOSA

1.- PERCEPCIÓN DEL ESTÍMULO SENSORIAL: MECANISMO POR EL CUAL EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL SE ENCUENTRA INFORMADA DE LAS CONDICIONES EXISTENTES, DEL EXTERIOR E INTERIOR. ESTA CONSTITUÍDA POR DOS FASES:

- a) LA RECEPCIÓN DEL ESTÍMULO POR MEDIO DEDRITAS.
- b) LA CONDUCCIÓN DE ÉSTE HACIA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR MEDIO DE LOS NERVIOS AFERENTES (SENSITIVOS) Y ATRAVÉS DEL AXÓN O CILINDROJE.

2.- INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: CUANDO UN RECEPTOR ES EXCITADO POR UN ESTÍMULO, ES CONDUCIDO POR LOS NERVIOS SENSORIALES EFERENTES HASTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, (EN LA CORTEZA CEREBRAL SENSORIAL) DONDE SE ANALIZA Y SE HACE CONCIENTE. CADA ESTÍMULO INDIVIDUALIZADO PARA DETERMINAR, UNA RESPUESTA ESPECÍFICA.

3.- REACCIÓN MOTORA: PRODUCIDA LA REACCIÓN DEL ESTÍMULO EN LA CORTEZA SENSORIAL DEL CEREBRO, SE INICIA LA REACCIÓN EN LA CORTEZA MOTORA. EL IMPULSO DESCIENDE POR EL SISTEMA NERVIOSO HASTA LOS EFECTOS CORRESPONDIENTES. EN ESTE TRAYECTO EXISTEN CONTROLES DE REGISTRO, REGULACIÓN, MODIFICACIÓN Y COORDINACIÓN A NIVEL DEL TÁLAMO, FORMACIONES RETICULARES PARA DAR LA RESPUESTA. LA FUNCIÓN REGULADORA DE LOS IMPULSOS SENSORIALES Y MOTORES ESTARÁ EN EL CEREBELO, QUE COORDINA Y AFINA A LA REACCIÓN MOTORA.

FISIOLOGÍA MUSCULAR

ES LA UNIDAD BASICA DEL MÚSCULO. ESTÁ RODRADA DE UNA MEMBRANA LLAMADA SARCOLEMA, QUE ES DE TRES TIPOS: FIBRA ESPECÍFICA O INTRAFUSAL, FIBRA ROJA, FIBRA PÁLIDA. LA FIBRA ESPECÍFICA JUNTO CON LAS TERMINACIONES NERVIOSAS FORMA EL HUSO NEUROMUSCULAR, QUE

CONTROLA INCONCIENTEMENTE EL TONO Y LA CONTRACCIÓN MUSCULAR DURANTE EL MOVIMIENTO; LAS OTRAS FIBRAS SON LA PARTE ACTIVA DEL MÚSCULO.

ESTAS FIBRAS POSEEN INERVACIÓN MOTORA Y SENSITIVA.

LAS FIBRAS EXTRAFUSALES ESTAN INERVADAS POR MOTONEURONAS ALFA. LA CUAL INERVA A FIBRAS PÁLIDAS Y ES RESPONSABLE DE LA CONTRACCIÓN ISOMETRICA O RÁPIDA DEL MÚSCULO.

LA FIBRAS INTRAFUSALES SON INERVADAS POR LA MOTONEURONA GAMMA. INICIA UN CIRCUITO NERVIOSO ESTIMULANDO AL RECEPTOR O NULO-ESPIRAL Y EL IMPULSO RECAE SOBRE LA MOTONEURONA ALFA, CONTRAYENDO EL MÚSCULO. LA CONEXIÓN DE ESTAS SE EFECTUA POR UNA "PLACA MOTORA" DONDE SE TRANSMITEN LOS IMPULSOS MOTORES.

ESTE MECANISMO SE VE ALTERADO EN PRESENCIA DE TENSIÓN EMOCIONAL, PROVOCANDO CONTRACCIONES PATOLÓGICAS DEL MÚSCULO.

UNIDAD MOTORA: ES LA UNIDAD BASICA DEL MECANISMO NEUROMUSCULAR. CONSTITUIDA POR FIBRAS MUSCULARES Y UNA NEURONA MOTORA. PUEDE SUPLIR FIBRAS MUSCULO-ESQUELETICAS, SEGUN LA FUNCIÓN DEL MÚSCULO. LAS UNIDADES MOTORAS POSEEN UN UMBRAL DE EXCITACIÓN, OBEDECIENDO LA LEY DEL "TODO O NADA". SI EL ESTÍMULO LO ALCANZA, SE PRODUCE LA CONTRACCIÓN DEL MÚSCULO. CUANDO UN MÚSCULO SE

CONTRAER BRUSCAMENTE, ES PORQUE UN GRAN NÚMERO DE FIBRAS SE CONTRAEN SIMULTANEAMENTE.

TIPOS DE CONTRACCIÓN: EL PROPÓSITO DE TODO MÚSCULO ES EL DE CONTRAERSE. ES DE DOS TIPOS:

a) CONTRACCIÓN ISOTÓNICA: AL CONTRAERSE, EL MÚSCULO SE ACORTA SIN AUMENTAR LA TENSIÓN DE SUS FIBRAS. CON UNA TENSIÓN IGUAL. UNO DE LOS EXTREMOS DE INSERCIÓN DEL MÚSCULO ESTA FIJO, Y EL OTRO EFECTÚA LA CONTRACCIÓN, PRODUCIENDO UN MOVIMIENTO MANDIBULAR.

b) CONTRACCIÓN ISOMETRICA: SI EN EL MOMENTO DE LA CONTRACCIÓN AMBOS EXTREMOS DEL MÚSCULO ESTAN FIJOS, NO SE ACORTA LA FIBRA MUSCULAR, SINO SE PRODUCE UNA GRAN TENSIÓN, A UNA LONGITUD IGUAL. ESTO PUEDE PRODUCIR DISMINUCIÓN DE OXÍGENO Y GLICÓGENO, ALTERANDO EL MECANISMO DE REMOCIÓN DE DESECHOS MATABÓLICOS. EL MÚSCULO SE AGOTA RÁPIDAMENTE MAS QUE CUANDO EFECTÚA UNA ACTIVIDAD, DONDE LOS CAMBIOS CONSTANTES FACILITAN LA CIRCULACIÓN SANGUINEA.

TONO MUSCULAR: LA LONGITUD DE LOS MÚSCULOS PERMANECE LIGERAMENTE MAS CORTA. EXISTE UNA FUERZA CONTRA LA CUAL ELLOS DEBEN ACTUAR. ES UNA RESISTENCIA PASIVA CONTRA EL ESTIRAMIENTO IMPIDIENDO QUE LA MANDÍBULA CUELQUE. POR ESO SE CONSIDERA QUE LA POSICIÓN FISIOLÓGICA POSTURAL DE LA MANDÍBULA NO ES UNA POSICIÓN DE REPOSO LOS MÚSCULOS SE ENCUENTRAN EN UNA LIGERA CONTRACCIÓN DE TONO.

LONGITUD MUSCULAR: TODOS LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS TIENEN UNA LONGITUD FISIOLÓGICA A LA CUAL DEBEN VOLVER DESPUÉS DEL ACORTAMIENTO PRODUCIDO POR LA FUNCIÓN. SI NO REGRESA, ENTRARA EN

ESTADO DE HIPERTONICIDAD LESIVA PARA EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.

ALTERACIONES MUSCULARES: LA TONICIDAD MUSCULAR SE PUEDE ALTERAR POR IMPULSOS DE ORIGEN CEREBRAL O REFLEJOS.

a) ESPASMO MUSCULAR: ES UN INCREMENTO EXAGERADO EN LA PRODUCCIÓN DE IMPULSOS MOTORES QUE MANTIENEN LAS FIBRAS MUSCULARES EN CONTRACCIÓN CONSTANTE PROVOCANDO HIPERTONICIDAD DEL MÚSCULO.

b) FLACIDEZ: ES LA DISMINUCIÓN DE IMPULSOS MOTORES, SE PRODUCE HIPOTONICIDAD DE LAS FIBRAS MUSCULARES.

c) CONTRACTURA: CUANDO POR EFECTO DE UNA ESTIMULACIÓN PROLONGADA UN MÚSCULO SE FATIGA, PERMANECE EN ESTADO DE CONTRACCIÓN PARCIAL. ES PRODUCIDA POR ACUMULACIÓN PARCIAL DE PRODUCTOS DE DESECHO DEL MÚSCULO QUE NO SE ELIMINÓ.

d) ATROFIA MUSCULAR: SE PRODUCE CUANDO UN MÚSCULO NO ES UTILIZADO POR UN PERÍODO PROLONGADO. ES LA DISMINUCIÓN EN TAMAÑO DEL MÚSCULO.

e) HIPERTROFIA MUSCULAR: CUANDO HAY UN EXCESO DE ESTIMULACIÓN, EL MÚSCULO AUMENTA DE TAMAÑO.

14. REFLEJOS

ES UNA RESPUESTA MOTORA QUE SE PRODUCE DESPUÉS DE UN ESTÍMULO SENSITIVO.

ARCOS REFLEJOS O PATRONES REFLEJOS: ES UN MECANISMO NEUROMUSCULAR INCONSCIENTE EN QUE LA REACCIÓN MOTORA SE PRODUCE SIN INTERVENCIÓN DE LA CORTEZA CEREBRAL AUTOMÁTICAMENTE.

LOS COMPONENTES DE UN ARCO REFLEJO:

- 1.- UN RECEPTOR PERIFÉRICO, SENSIBLE A UN DETERMINADO ESTÍMULO AMBIENTAL.
- 2.- INTERNEURONAS QUE PRODUCEN INFORMACIONES TRANSMITIDAS POR EL RECEPTOR Y SU ULTERIOR TRANSMISIÓN.
- 3.- UNA NEURONA MOTORA O EFERENTE TRANSMITE LA INFORMACIÓN AL ÓRGANO EFECTOR.

LOS ARCOS REFLEJOS PUEDEN SER:

a) CONDICIONADOS, ADQUIRIDOS O APRENDIDOS. DONDE EL CEREBRO ACTÚA INTEGRANDO Y DANDO RESPUESTA MOTORA. AL REPETIRSE SE ESTABLECE EN LA MÉDULA ESPINAL UNA SINÁPSIS ENTRE LAS NEURONAS SENSORIALES CON LAS EFERENTES, RESULTADO QUE REALIZA SIN LA INTERVENCIÓN DE LA CORTEZA CEREBRAL, HACIENDOSE AUTOMÁTICA E INCONSCIENTE, EJEMPLO CAMINAR Y MASTICAR.

b) INCONDICIONADOS, INNATOS O CONGÉNITOS: NO HA EXISTIDO UNA INTERVENCIÓN PREVIA DEL CEREBRO, NI ENTRENAMIENTO, POR EJEMPLO EN LA RESPIRACIÓN, DEGLUCIÓN, MOVIMIENTOS MANDIBULARES, AMAMANTAMIENTO. EN LOS MAXILARES, EN LOS NIÑOS ANTES DE LA ERUPCIÓN, EL CONTACTO INTEROCCLUSAL EXCITA LOS PROPIOCEPTORES, CUYOS ESTÍMULOS SENSORIALES LLEGAN AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL PRODUCIENDO RESPUESTA MOTORA.

REFLEJOS QUE SE PRESENTAN EN EL SISTEMA MASTICATORIO:

1. PROPIOCEPTIVO O POSTURAL: EVITA EL ESTIRAMIENTO DE UN MÚSCULO, QUE SE PRESENTA EN EL MASETERO, PTERIGOIDEO INTERNO EVITANDO QUE LA MANDÍBULA CUELQUE.

2. TANGOCEPTIVO O TACTOCEPTIVO: EN LA MEMBRANA PERIODONTAL Y EN LOS MÚSCULOS ENCONTRAMOS RECEPTORES NERVIOSOS QUE PERMITE RECONOCER AL SNC AL ACTO QUE REALIZARÁ LA MANDÍBULA Y LA FUERZA NECESARIA.

3. NOCIOCEPTIVO, PROTECTOR O FLEXOR: PROTEGE LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA MASTICATORIO. ANTE UN ESTÍMULO NOCIVO, HAY UNA APERTURA REFLEJA MANDIBULAR, ALEJANDO LA PARTE ESTIMULADA DEL AGRESOR. SI SE REPITE EN FORMA DE UN REFLEJO APRENDIDO COMPENSADOR.

4. APRENDIDO COMPENSADOR: ES UNA RESPUESTA MOTORA QUE MODIFICA EL PATRÓN NEUROMUSCULAR, CAMBIANDO POSICIONES MANDIBULARES, ESQUIVANDO CONTACTOS PREMATUROS.

LA INCOORDINACIÓN NEUROMUSCULAR POR LA RELACION NO ARMONIOSA DE DIENTES IMPIDE LLEVAR LA MANDÍBULA HACIA RELACIÓN CÉNTRICA. EL REFLEJO PROPIOCEPTIVO INFORMA AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL DE LA POSICIÓN MANDIBULAR TRATANDO DE COLOCAR LA MANDÍBULA A RELACIÓN CÉNTRICA. LA CONTINUA ESTIMULACIÓN DE LOS MÚSCULOS CAUSA UNA CONTRACCIÓN SOSTENIDA (HIPERTONICIDAD) QUE PROVOCA UN MOVIMIENTO DE CONTRACCIÓN ASIMÉTRICA.

EL EFECTO DE ESTA INCOORDINACIÓN ES DOLOR-ESPASMO MUSCULAR.

EL ESPASMO ES POR FALTA DE REPOSO POR LO CUAL NO SE ELIMINAN LOS DESECHOS METABÓLICOS (ÁCIDO LÁCTICO) ACUMULADOS EN MÚSCULOS HIPERTÓNICOS.

AL OCURRIR LA INTERFERENCIA, EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ES INFORMADO, SE INICIA UN MOVIMIENTO MANDIBULAR DE ACOMODO PARA EVITAR LA INTERFERENCIA, SE ESTIMULA EL PTERIGOIDEO EXTERNO FUERA DE RELACIÓN CÉNTRICA SE CONTRAE MANDANDO IMPULSOS AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL PRODUCIENDO DOLOR Y ESPASMO MUSCULAR.

DENTRO DE LAS FIBRAS CON ESPASMO EXISTEN ÁREAS LLAMADAS ZONAS DE GATILLO (TRIGGER AREAS). SON PUNTOS DE EXQUISITA SENSIBILIDAD (DOLOROSA) DONDE SALEN IMPULSOS QUE BOMBARDEAN AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ORIGINAN ÁREAS DE DOLOR REFERIDOS EN MÚSCULOS CON ÁREAS DE DOLOR EMITEN IMPULSOS AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ESTE MANDA IMPULSOS A LOS MÚSCULOS ALEJADOS QUE PRODUCEN CONTRACCIÓN SOSTENIDA SOBREVINIENDO EL ESPASMO MUSCULAR.

15. MOVIMIENTOS MANDIBULARES

AL EFECTUARSE UN UN MOVIMIENTO MANDIBULAR, PUEDE SER OBSERVADO EN TRES PLANOS:

1) SAGITAL: SE VE LATERALMENTE Y SE OBSERVA LA CAVIDAD GLENOIDEA, EMINENCIA ARTICULAR, CÓNDILO, MOVIMIENTO DE APERTURA Y CIERRE Y PROTRUCIÓN.

2) HORIZONTAL, INTERCONDILAR O DE BISAGRA: SE VE DE ARRIBA HACIA ABAJO O DE ABAJO HACIA ARRIBA. LA PARED POSTERIOR DE LA CAVIDAD GLENOIDEA, MOVIMIENTO DE TRANSTRUSIÓN Y MOVIMIENTO DE PROTRUSIÓN.

3) FRONTAL O CORONAL: SE VE DE ADELANTE HACIA ATRÁS O DE ATRÁS HACIA ADELANTE. LA CONCAVIDAD DE LA CAVIDAD GLONOIDEA, INCLINACIÓN Y CURVATURA DEL LABIO EXTERNO DE LA CAVIDAD GLENOIDEA, CONVEXIDAD DEL CÓNDILO, RELACIÓN CÚSPIDE DE LA FOSA.

EL PUNTO DE INTERSECCIÓN DE ESTOS TRES EJES ES EL CENTRO DE ROTACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES DURANTE SU FUNCIÓN.

CUANDO EL EJE HORIZONTAL SE ENCUENTRA EN RELACIÓN CÉNTRICA LA MANDÍBULA ROTA, EFECTUANDO UN MOVIMIENTO DE APERTURA Y CIERRE DE LA BISAGRA PURA.

LOS MOVIMIENTOS DE LOS CÓNDILOS SON:

1. ROTACIONES O MOVIMIENTOS DE BISAGRA: SON PEQUEROS PERO IMPORTANTES SE LLEVAN AL CABO ALREDEDOR DE LÍNEAS IMAGINARIAS O EJES.

ES EL MOVIMIENTO DE LOS CÓNDILOS ALREDEDOR DE UN EJE. LA ROTACIÓN DE LOS CÓNDILOS SE LLEVA AL CABO EN EL COMPARTIMIENTO INFERIOR O INFRAMENISCAL.

2. TRASLACIONES: ES EL MOVIMIENTO DE LA MANDÍBULA EN EL CUAL TODAS SUS PARTES SE MUEVEN EN LA MISMA DIRECCIÓN Y A LA MISMA VELOCIDAD. SE LLEVA AL CABO EN EL COMPARTIMIENTO SUPERIOR O SUPRAMENISCAL.

LA MANDÍBULA TIENE LIBERTAD DE MOVIMIENTO PERO EL CÓNDILO SOLO DE ROTACIÓN Y TRASLACIÓN.

DURANTE LOS MOVIMIENTOS CÍCLICOS DE LA MASTICACIÓN, LAS ROTACIONES Y TRASLACIONES DE LOS CÓNDILOS, SE LLEVARAN AL CABO SIMULTANEAMENTE.

PROTRUSION:

CUANDO LOS CÓNDILOS SE VAN HACIA ABAJO Y ADELANTE, DE MODO QUE LOS INCISIVOS INFERIORES CONTACTEN BORDE A BORDE CON LOS INCISIVOS SUPERIORES.

ESTE MOVIMIENTO ES POSIBLE POR LA TRAYECTORIA BILATERAL CONDÍLEA QUE ES HACIA ABAJO Y ADELANTE, POR LA CONTRACCIÓN SIMULTÁNEA DE AMBOS PTERIGOIDEOS EXTERNOS Y POR EL DESLIZAMIENTO DE LOS BORDES INCISALES INFERIORES A LO LARGO DE LAS SUPERFICIES PALATINAS SUPERIORES, SE OBSERVA:

EN EL PLANO FRONTAL: EL EJE INTERCONDILAR SE MUEVE BILATERALMENTE HACIA ABAJO Y ADELANTE.

EN EL PLANO HORIZONTAL, CONTRACCIÓN DE MÚSCULO PTERIGOIDEOS INTERNOS QUE PROVOCA LA TRAYECTORIA BILATERAL CONDÍLEA HACIA ABAJO Y ADELANTE.

EL EJE INTERCONDILAR, SE MUEVE BILATERALMENTE HACIA ADELANTE. EL TRAYECTO DE INSICIVOS INFERIORES EN LA CONCAVIDAD PALATINA DE LOS SUPERIORES HASTA LLEGAR AL CONTACTO BORDE A BORDE. LOS CÓNDILOS NO ESTAN TAN AVANZADOS COMO LO ESTARIAN EN LA POSICIÓN DE APERTURA MÁXIMA.

EN EL PLANO SAGITAL:

EL CÓNDILO SOBRE LA EMINENCIA ARTICULAR ROTANDO Y TRASLADÁNDOSE CON EL EJE INTERCONDILAR Y LOS EJES VERTICALES LIGERAMENTE INCLINADOS. EN EL TRAYECTO DEL CANINO INFERIOR, SU PUNTA SE DESLIZA HACIA ABAJO Y ADELANTE EN LA CONCAVIDAD PALATINA SOBRE EL SURCO DE DESARROLLO MESIAL.

a) TRANSTRUSIÓN: TIENE DOS FASES.

1. LATEROTRUSIÓN: MOVIMIENTO QUE EFECTÚA EL CÓNDILO DE TRABAJO HACIA ARRIBA.
2. MEDIOTRUSIÓN: MOVIMIENTO QUE EFECTÚA EL CÓNDILO DE BALANCE HACIA ABAJO, ADELANTE Y ADENTRO.

EN CADA CÓNDILO HAY UN EJE ALREDEDOR DEL CUAL SE EFECTÚA EL MOVIMIENTO DE LATERALIDAD DE LA MANDÍBULA. TIENE CARACTERÍSTICAS MUY INDIVIDUALES EN CADA INDIVIDUO.

SE LLAMA LADO DE TRABAJO O LATEROTRUSIÓN: AL LADO HACIA EL CUAL SE DESPLAZA EL CUERPO Y LAS RAMAS MANDIBULARES.

LADO DE BALANCE O MEDIOTRUSIÓN: ES EL LADO OPUESTO AL DE TRABAJO, ES NO FUNCIONAL. EL CÓNDILO AVANZA HACIA ABAJO, ADELANTE Y ADENTRO PROVOCANDO EL MOVIMIENTO HACIA AFUERA DEL CÓNDILO OPUESTO O DE TRABAJO. LLAMADO TAMBIÉN MOVIMIENTO O TRAYECTORIA DE BENNETT, TRASLACION LATERAL, MOVIMIENTO DE DIDUCCIÓN O LATEROTRUSIÓN.

CUANDO SE EFECTÚA EL MOVIMIENTO DE BENNETT, EL EJE INTERCONDILAR SE MUEVE UNILATERALMENTE Y LOS EJES VERTICALES SE INCLINAN LATERALMENTE, PARALELOS ENTRE SI EN IGUAL NUMERO DE GRADOS QUE LA INCLINACIÓN LATERAL DE LA MANDÍBULA, SE OBSERVA:

EN EL PLANO FRONTAL: EL EJE INTERCONDILAR SE MUEVE UNILATERALMENTE, EL CÓNDILO DE BALANCE AVANZA HACIA ABAJO, ADELANTE Y ADENTRO DESLIZÁNDOSE CONTRA LA PARED INTERNA DE LA CAVIDAD GLENOIDEA, EL CÓNDILO DE TRABAJO ROTA Y SE TRASLADA HACIA AFUERA DE LA CAVIDA GLENOIDEA. SE OBSERVA TAMBIÉN LA RELACIÓN DE LOS MOLARES Y AUSENCIA DE CONTACTOS DURANTE EL MOVIMIENTO LATERAL. LOS CANINOS SON LOS ÚNICOS DIENTES EN CONTACTO PORQUE DESOCLUYEN A MOLARES, PREMOLARES E INCISIVOS.

EN EL PLANO HORIZONTAL: SE OBSERVA LA CONTRACCIÓN UNILATERAL DE LA MANDÍBULA HACIA EL LADO OPUESTO. EL AVANCE DEL CÓNDILO DE BALANCE HACIA ADELANTE Y DENTRO O HACIA LA LINEA MEDIA.

MEDIOTRUSIÓN: LOS DIENTES DE BALANCE EN DIENTES INFERIORES SON HACIA BUCAL Y OBLICUOS, EN DIENTES SUPERIORES SON PALATINO Y OBLICUO.

LATEROTRUSIÓN: EL CÓNDILO DE TRABAJO ROTA Y SE TRASLADA HACIA AFUERA O LATERALMENTE. LOS SURCOS DE TRABAJO EN DIENTES INFERIORES SON HACIA LINGUAL Y TRANSVERSOS (RECTOS), EN DIENTES SUPERIORES SON HACIA VESTIBULAR Y TRANSVERSOS (RECTOS), DURANTE EL MOVIMIENTO MANDIBULAR LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE EL MOLAR Y PREMOLAR DEBEN DE TENER VIAS PARA NO INTERFERIR EL MOVIMIENTO MANDIBULAR, CADA CÚSPIDE BUCAL INFERIOR Y PALATINA SUPERIOR REQUIERE TRES SURCOS PARA EVITAR EL CONTACTO O FRICCIÓN DURANTE LOS MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN Y TRANSTRUSIÓN.

EN EL PLANO SAGITAL: EL TRAYECTO DE LA PUNTA DEL CANINO INFERIOR EN LA CONCAVIDAD PALATINA SUPERIOR HACIA ABAJO Y AFUERA. EL CÓNDILO DE BALANCE AVANZA HACIA ABAJO, ADELANTE Y ADENTRO DEBLIZÁNDOSE EN LA EMINENCIA ARTIRULAR.

LA LATEROTRUSIÓN TIENE NUEVE DIRECCIONES:

LATERO-TRUSIÓN - HACIA AFUERA SIMPLE

LATEROTRUSIONES DOBLES

LATERO-SURTRUSIÓN - HACIA AFUERA Y ARRIBA

LATERO-DETRUSIÓN - HACIA AFUERA Y ABAJO

LATERO-PROTRUSIÓN - HACIA AFUERA Y ADELANTE

LATERO-RETRUSIÓN - HACIA AFUERA Y ATRÁS

LATEROTRUSIONES MIXTAS
O COMPLEJAS

LATERO-SUR PROTRUBIÓN - HACIA AFUERA, ARRIBA Y ADELANTE

LATERO-PRO DETRUSIÓN - HACIA AFUERA, ADELANTE Y ABAJO

LATERO-DE RETRUSIÓN - HACIA AFUERA, ABAJO Y ATRÁS

LATERO-RE SURTRUSIÓN - HACIA AFUERA, ATRÁS Y ARRIBA

EN EL PLANO VERTICAL: LA MEDIOTRUSIÓN SE EFECTÚA HACIA ABAJO, ADELANTE Y ADENTRO, PERO CADA CÓNDILO TIENE SU MOVIMIENTO PROPIO GUIADO POR LA CAVIDAD GLENOIDEA.

16. FUNCIÓN DEL SISTEMA GNÁTICO

LOS MÚSCULOS MANDIBULARES TIENEN COMO PROPÓSITO CONTRIBUIR A LAS FUNCIONES ORGÁNICAS DEL SER HUMANO.

LA RESPIRACIÓN, LA SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN SON INNATOS; LA MASTICACIÓN Y EL LENGUAJE SON APRENDIDOS.

a) MASTICACIÓN: ES UNA FUNCIÓN CONDICIONADA, APRENDIDA Y AUTOMÁTICA DE LA MANDÍBULA. LOS PATRONES PARA LOS MOVIMIENTOS MASTICATORIOS SE DESARROLLAN EN LA ÉPOCA DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS. AL ERUPCIONAR LOS INCISIVOS, SE ADQUIERE EL SENTIDO DE LA POSICIÓN QUE REQUERIRA LA MANDÍBULA PARA CONSEGUIR EL CONTACTO DE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES. POSTERIORMENTE SE ESTABLECEN PATRONES REFLEJOS CONDICIONADOS, GUIADOS POR LOS PROPIOCEPTORES DE LA MEMBRANA PERIODONTAL Y DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR, LENGUA, Y MUCOSAS, LAS CUALES SE MODIFICAN SEGUN VAN ERUPCIONANDO. LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES Y DE LA LENGUA ESTAN EN

RELACIÓN CON LA OCLUSIÓN DENTARIA.

LA MASTICACIÓN ES UNA ACTIVIDAD NEUROMUSCULAR, COMPLEJA DE REFLEJOS CONDICIONADOS.

CON LOS ALIMENTOS BLANDOS - FALTA EL DESPLAZAMIENTO LATERAL DE LA MANDÍBULA (TRANSTRUCCIÓN).

CON LOS ALIMENTOS DURES - DA LUGAR A TRANSTRUCCIÓN.

LA MASTICACIÓN BILATERAL ALTERNADA O MOVIMIENTO DE LATERALIDAD DERECHA E IZQUIERDA ES NECESARIA PARA LA ESTIMULACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE, ESTABILIDAD OCLUSAL Y AUTOCLISIS.

LA MASTICACIÓN SE EMPLEA MAS O MENOS UNA HORA DIARIA.

LA INCISIÓN SE PRODUCE POR CONTRACCIÓN DE LOS PTERIGOIDEOS EXTERNOS, INFRANIOIDEOS Y DIGÁSTRICOS.

b) CORTE Y TRITURACIÓN: DESPUÉS DE INCIDIR EL BOLO SE LLEVA A LA BOCA POR LA ACCIÓN DE LABIOS, CARRILLOS Y LENGUA HACIA LOS PREMOLARES PARA CORTARLO EN PARTÍCULAS PEQUEÑAS (MOVIMIENTO DE APERTURA Y ROTACIÓN LATERAL), LAS CRESTAS MARGINALES LO CORTAN EVITANDO EL EMPAQUETAMIENTO EN ESPACIOS INTERPROXIMALES.

c) MOVIMIENTO FINAL: LLEGA A LA REGIÓN DE MOLARES CON MOVIMIENTOS SIMILARES AL ANTERIOR Y SE PRODUCE LA DEGLUCIÓN.

DEGLUCIÓN: POR REFLEJOS PRIMARIOS O INCONDICIONADOS.

LA DEGLUCIÓN Y LA RESPIRACIÓN ESTAN COORDINADOS. PARA LA DEGLUCIÓN ES NECESARIO QUE LA VIA AEREA DE LA BOCA SE CIERRE POR LABIOS, BORDES Y PUNTA DE LA LENGUA.

LA POSICIÓN MANDIBULAR EN LA DEGLUCIÓN COINCIDE CON LA RELACIÓN CÉNTRICA QUE SE REALIZA EN:

LA ETAPA BUCAL QUE ES VOLUNTARIA Y LA ETAPA FARÍNGEA Y ESOFÁGICA SON INVOLUNTARIAS.

SE COLOCA EL ALIMENTO ENTRE LENGUA, DIENTES ANTERIORES Y PALADAR, LA LENGUA EMPUJA AL BOLO HACIA EL PALADAR E INTERIOR DE LA FARINGE LA CUAL SE ABRE. EL PALADAR BLANDO SE ELEVA CERRANDO LA CAVIDAD NASAL. LA MANDÍBULA SE COLOCA EN POSICIÓN POSTERIOR, LOS DIENTES EN OCLUSIÓN Y LA RESPIRACIÓN SE DETIENE MIENTRAS PASA EL BOLO: LUEGO SE RELAJA EL PALADAR, DESCIENDE LA FARINGE, SE ABRE LA GLÓTIS, LA LENGUA SE DIRIGE HACIA ADELANTE Y LA MANDÍBULA A POSICIÓN DE REPOSO, REANUDÁNDOSE LA RESPIRACIÓN. CADA PERSONA EJECUTA EL ACTO DE DEGLUCIÓN DOS VECES POR MINUTO CONCIENTE Y UNA VEZ INCONCIENTE.

LA PUNTA DE LA LENGUA PRESIONA CONTRA LAS ARRUGAS PALATINAS LA PARTE MEDIA ESTA LEVANTADA EN CONTACTO CON EL PALADAR DURO Y LA PARTE POSTERIOR A 45° RESPECTO A LA PARED FARÍNGEA. SIMULTÁNEAMENTE CON LA ACCIÓN DE LA LENGUA LOS MÚSCULOS BUCCINADORES Y MASETEROS EJERCEN UNA FUERZA LATERAL CONTRA LA DENTICIÓN. LOS MAXILARES ESTAN EN POSICIÓN DE RELACIÓN CÉNTRICA Y LOS LABIOS UNIDOS, LOS MÚSCULOS ORBICULARES EJERCEN FUERZA ANTERO-POSTERIOR CONTRA INCISIVOS SUPERIORES.

d) FONACIÓN:

FUNCIÓN ORGÁNICA DONDE PARTICIPAN LOS PULMONES, LABIRINTE, FARINGE, BOCA, VESTÍBULO Y CAVIDAD NASAL. EL AIRE ES PRESIONADO

DESDE LOS PULMONES, LLEGA A CUERDAS VOCALES, PASA A LOS LABIOS TRANSFORMANDOSE EN ONDAS O PALABRAS. LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA DURANTE LA FONACIÓN NO HAY CONTACTO ENTRE LOS DIENTES.

LA FONACIÓN Y LA RESPIRACIÓN SON IMPORTANTES EN OCLUSIÓN DEBIDO A LA RELACIÓN DIRECTA QUE PRESENTAN PROBLEMAS RESPIRATORIOS EN LAS MALOCLUSIONES. EN FONIATRIA SON IMPORTANTES LOS SONIDOS QUE REQUIEREN MOVIMIENTOS DE LA LENGUA CON "S", "T", "D", "N". LA LENGUA DEBERÁ ESTAR ATRÁS DE LOS INCISIVOS SUPERIORES NO DEBERÁ INTERPONERSE ENTRE ELLOS.

•) RESPIRACIÓN:

INTERESA EL HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL POR INTERPOSICIÓN LINGUAL, PRESENCIA DE ADENOIDES.

LOS PROBLEMAS OCLUSALES SON: INCOMPETENCIA DE MUSCULATURA BUCAL ANTERIOR, FALTA DE CONTACTO DE LABIOS, FALTA DE CONTACTO ENTRE VELO Y LA PORCIÓN ANTERIOR DE LA LENGUA.

17. RELACIÓN CÉNTRICA

POSICIÓN MAS SUPERIOR POSTERIOR Y MEDIA QUE GUARDAN LOS CÓNDILOS CON RESPECTO A LAS CAVIDADES GLENOIDEAS DE APERTURA Y CIERRE. ES UNA POSICIÓN TENSA DEBIDO A LA CONTRACCIÓN FUERTE DE LOS MÚSCULOS ELEVADORES POR LO TANTO LAS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES DEBEN RESISTIR ESTA POSICIÓN COMODAMENTE.

ESTUDIOS GNATOLÓGICOS, RADIOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DEMOSTRARON QUE BOCAS CON FUNCIONAMIENTO NORMAL, LA MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN ES

DIRIGIDA POR LOS CÓNDILOS AL CERRAR EN SU POSICIÓN MÁS SUPERIOR,
POSTERIOR Y MEDIA.

LA RELACIÓN CÉNTRICA ES LA ÚNICA RELACIÓN CRÁNEO-MANDIBULAR
QUE PUEDE REPETIRSE ESTÁTICAMENTE DEBIDO A LA CONTRACCIÓN DE LAS
DIFERENTES FIBRAS DE LOS MÚSCULOS ELEVADORES.

EL TEMPORAL:

LA CONTRACCIÓN DE LAS FIBRAS GENERA UN VECTOR HACIA ARRIBA.

LA CONTRACCIÓN DE LAS FIBRAS OBLICUAS GENERA UN VECTOR HACIA ARRIBA
Y ATRÁS.

LA CONTRACCIÓN DE LAS FIBRAS HORIZONTALES GENERA UN VECTOR HACIA
ATRÁS.

MASETERO: LA CONTRACCIÓN DE SUS FIBRAS GENERA UN VECTOR HACIA
ARRIBA.

PTERIGOIDEO EXTERNO: IGUAL QUE EL MASETERO.

SI AGREGAMOS QUE LA EMINENCIA ARTICULAR ES UN PLANO
INCLINADO, ENTONCES AL CONTRAERSE LOS MÚSCULOS ELEVADORES VAN A
LLEVAR AL CÓNDILO A UNA POSICIÓN CÉNTRICA DENTRO DE ELLOS.

LA RELACIÓN CÉNTRICA COINCIDE CON LA MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN
ESTABLECIENDO UN FUNCIONAMIENTO NORMAL.

POSICIÓN MANDIBULAR - RELACIÓN CÉNTRICA

POSICIÓN DENTARIA - MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN

LA META DE UNA OCLUSIÓN OROÁNICA ES LOGRAR QUE LA

INTERCUSDIPADACIÓN TOTAL DE LOS DIENTES OCURRA CUANDO LA MANDÍBULA ESTÉ EN SU POSICIÓN MAS SUPERIOR, POSTERIOR Y MEDIA. ES POSIBLE LOCALIZAR EL EJE INTERCONDILAR YA QUE ES EL PASO DE LA RELACIÓN CÉNTRICA. AL LOCALIZAR Y TRANSFERIR ESTO A UN ARTICULADOR, HACE POSIBLE TENER LA POSICIÓN DE LAS ARCADAS Y LA RELACIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS CON SUS Oponentes, COMO SE ENCUENTRA EN LA BOCA DEL PACIENTE. EL EJE INTERCONDILAR PERMITE EL CONTROL DE LA DIMENSIÓN VERTICAL SOBRE EL ATICULADOR. DUPLICA LAS RELACIONES EXCÉNTRICAS Y POSIBLES CONTACTOS DE LOS DIENTES EN ESTA RELACIONES. LA BASE DE TODO TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO ES LA LOCALIZACIÓN Y TRANSFERENCIA A UN ARTICULADOR DEL EJE DE APERTURA Y CIERRE.

REQUISITOS PARA QUE LOS CÓNDILOS LLEGUEN A RELACIÓN CÉNTRICA

1. ÓSEO.-- INTEGRIDAD ANATÓMICA
2. MENISCAL.--SITUADO EN LA PARTE MÁS MEDIA Y ANTERIOR DEL CÓNDILO Y ENTRE ESTE Y LA EMINENCIA DEL TEMPORAL.
3. MUSCULAR.-- CONTRACCIÓN DE LOS MÚSCULOS TEMPORAL, MASETERO, PTERIGOIDEO INTERNO, Y REGULARIZACIÓN DEL PTERIGOIDEO EXTERNO.
4. LIGAMENTOS.-- MÁXIMO ESTIRAMIENTO DEL LIGAMENTO LATERAL EXTERNO O TEMPOROMANDIBULAR.
5. OCCLUSAL.-- DIENTES ANTERIORES CON SOBREMORDIDA VERTICAL Y HORIZONTAL, DIENTES POSTERIORES CON RELACIÓN CÚSPIDE FOSA E INTEGRIDAD DENTAL.
6. MECÁNICO.-- PLANOS INCLINADOS, RELACIÓN ENTRE LA EMINENCIA TEMPORAL Y LA SOBREMORDIDA VERTICAL DE DIENTES ANTERIORES.

7. AL EFECTUARSE LA HISTORIA CLÍNICA, LA PALPACIÓN MUSCULAR Y ARTICULAR DEBE ESTAR ASINTOMÁTICA.

NO EXISTE RELACIÓN CÉNTRICA CORRECTA CUANDO HAY ESPASTICIDAD O HIPERTENSIÓN DE MÚSCULOS MASETERO, TEMPORAL, PTERIGOIDEO INTERNO Y EXTERNO. INFLAMACIÓN O EDEMA DE ZONA BILAMINAR DEL MENISCO ARTICULAR.

EL DR. WILLIAM MC HARRIS MENCIONA:
PARA OBTENER LA RELACIÓN CÉNTRICA ES BÁSICO RELAJAR EL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO, ESTO SE LOGRA EN 7 DIAS.

OCCLUSIÓN CÉNTRICA:

ES EL CONTACTO DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES MANDIBULARES CON SUS ANTAGONISTAS SUPERIORES, CUANDO LOS CÓNDILO ESTÁN EN RELACIÓN CÉNTRICA. ESTO ES IMPORTANTE PARA LA SALUD Y EQUILIBRIO ENTRE SISTEMA NEUROMUSCULAR, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y PERIODONTO.

REQUISITOS: TODOS LOS DIENTES CIERRAN AL MISMO TIEMPO CON EJE INTERCONDILAR EN SU POSICIÓN MAS SUPERIOR, POSTERIOR Y MEDIA.

EN LA EXCURSIÓN HACIA OCLUSIÓN CÉNTRICA LOS DIENTES NO DEBEN TOCARSE EN NINGUNA PARTE Y A NINGUN TIEMPO (LAS CUSPIDES NO DEBEN DESVIAR A LA MANDÍBULA, NI GUIAR SU CIERRE).

EN CUALQUIER MOVIMIENTO SE REQUIERE DESOCCLUSIÓN. LAS CONCAVIDADES SUPERIORES PALATINAS Y LOS BORDES INCISALES INFERIORES DE INCISIVO LATERAL A INCISIVO LATERAL NO HACEN CONTACTO DEBE EXISTIR UN ESPACIO VIRTUAL.

OCCLUSIÓN CÚSPIDE-FOSA: LA CÚSPIDE DE CANINOS INFERIORES DESCANSARA EN LA FOSA MESIAL DE LA CONCAVIDAD PALATINA DE CANINOS

SUPERIORES CADA CÚSPIDE PALATINA SUPERIOR DEBE OCLUIR EN UNA FOSA DE LA PIEZA DENTARIA INFERIOR CORRESPONDIENTE.

CADA CÚSPIDE BUCAL INFERIOR DEBE OCLUIR EN UNA FOSA DE LA PIEZA DENTARIA SUPERIOR.

FRIEL OBSERVÓ CONTACTOS EN UNA OCLUSIÓN CÉNTRICA.

- | | |
|-------------------|---------------------|
| a) SUPERFICIES | c) CRESTA O TRONERA |
| b) CÚSPIDE - FOSA | d) CRESTA A SURCOS |

LAS CÚSPIDES ESTAMPADORAS SE ALOJARAN EN FOSAS ANTAGONISTAS CUANDO LOS ARCOS DENTARIOS SE ENCUENTREN EN OCLUSIÓN.

LA ACCIÓN DE CONVEJIDAD A CONCAVIDAD QUE EXISTE DURANTE EL CERRADO CÉNTRICO DE DIENTES A DIENTES (CÚSPIDE A FOSA) DANDO ESTABILIDAD Y DIRIGIENDO LAS FUERZAS DE LA OCLUSIÓN A LO LARGO DEL EJE LONGITUDINAL DE LOS DIENTES SE DEBE AL TRIPODISMO DE LOS ELEMENTOS CÚSPIDES.

LAS CÚSPIDES CORTADORAS O DE TIJERA NO CAEN EN FOSAS, LAS CUSPIDES BUCALES, SUPERIORES Y LINGUALES INFERIORES SON LLAMADAS ASI PORQUE SE BUSCA UN CORTE MÁXIMO O NULO CONTACTO DE LOS BORDES. LAS CÚSPIDES DE MOLARES TIENEN CRESTAS QUE POSEEN PEQUEROS BORDES CORTANTES, QUE AL PASAR MUY JUNTAS PERO SIN CONTACTO REDUCEN AL ALIMENTO COMO SI FUERAN PEQUEROS INCISIVOS.

18. DIMENSIÓN VERTICAL

LLAMADA "DISTANCIA INTERMAXILAR" CUANDO SE CONSIDERA DENTRO DE LA BOCA Y "ALTURA FACIAL" CUANDO SE REFIERE A LA SUPERFICIE

EXTERNA DE LA CARA. LA "DIMENSION VERTICAL" ES LA DISTANCIA ENTRE DOS PUNTOS FIJOS, UNO EN EL MAXILAR SUPERIOR Y OTRO EN LA MANDÍBULA. EXISTEN OTRAS RELACIONES COMO:

DIMENSIÓN VERTICAL EN REPOSO, POSICIÓN DE DESCANSO: ES LA MEDICIÓN VERTICAL QUE EXISTE CUANDO LA MANDÍBULA ESTÁ EN POSICIÓN DE REPOSO.

DIMENSIÓN VERTICAL EN LA OCLUSIÓN CÉNTRICA: ES LA MEDICIÓN VERTICAL QUE EXISTE CUANDO LAS SUPERFICIES OCLUSALES ESTAN EN CONTACTO, YA SEAN NATURALES O ARTIFICIALES COMO RODILLOS DE CERA EN PROSTODONCIA TOTAL. ES TAMBIÉN LA MEDIDA QUE EXISTE ENTRE UN PUNTO FIJO MANDIBULAR A UN PUNTO FIJO EN EL MAXILAR SUPERIOR.

ES ESENCIAL LA POSICIÓN QUE GUARDAN LOS DIENTES INFERIORES AL LLEGAR AL CIERRE CON SUS ANTAGONISTAS, PUEDE SER EXCÉNTRICO, SI CIERRA EN PROTRUSIVA LA DIMENSION VERTICAL SERA DIFERENTE A QUE SI CIERRA EN OCLUSION CÉNTRICA.

PROCEDIMIENTOS PARA DETERMINAR LA DIMENSIÓN VERTICAL:

ESTÁTICOS (MECÁNICOS, MÉTRICOS), FUNCIONALES (DEGLUCIÓN), ESTRÉTICOS, FONÉTICOS, MUSCULARES (GNATODINAMOMÉTRICOS), FISIOLÓGICOS O DE REPOSO, SON MÉTODOS ARBITRARIOS. NO SE PUEDE DETERMINAR CON EXACTITUD LA DIMENSIÓN VERTICAL.

NORMALMENTE EL CIERRE TERMINAL DE BISAGRA SE DETIENE CUANDO LOS DIENTES INFERIORES O RODILLOS PARA OCLUSION HACEN CONTACTO CON LOS SUPERIORES. ESTO ES DIMENSIÓN VERTICAL EN OCLUSIÓN CÉNTRICA.

CUANDO COLOCAMOS EN RELACIÓN CÉNTRICA ES NECESARIO REDUCIR LA DIMENSIÓN VERTICAL CORONA - RAÍZ Y LA FUNCIÓN DE LOS DIENTES

ANTERIORES.

UNA BUENA REGLA EE: AUMENTAR O DISMINUIR LA DIMENSIÓN VERTICAL (CONSIDERANDO RELACIÓN CÉNTRICA Y EL EJE INTERCONDILAR) HASTA QUE LOS DIENTES ANTERIORES PUEDAN REALIZAR LA PROTECCIÓN MÚTUA Y LA PROTRUSIÓN SIN COLISIONES POSTERIORES Y CON UNA SEPARACION MÍNIMA: ESTE CAMBIO SE RREALIZA EN EL ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE.

EL ALIVIO DE LOS ESPASMOS SE OBTIENE ABRIENDO LA DIMENSIÓN VERTICAL CON FÉBULAS. APARENTEMENTE ES POR LA ELIMINACIÓN DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES MAS QUE POR LA ALTERACIÓN DE LA DISTANCIA INTEROCCLUSAL.

LA ALTERACION DE ESTA, SE DEBE HACER CONSIDERANDO LA DISTANCIA INTEROCCLUSAL, LLAMADA TAMBIEN LIBRE. ES LA DISTANCIA ENTRE LA DIMENSIÓN VERTICAL EN POSICIÓN DE DESCANSO DE OCLUSIÓN CÉNTRICA LA CUAL ES DE 2-3mm. APROXIMADAMENTE, ENTRE LOS BORDES INCISALES DE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES, EN POSICIÓN DE DESCANSO.

GENERALIDADES:

LA DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIRÁ CON EL DESGASTE OCLUSAL SI NO SE COMPENSA CON LA ERUPCIÓN DE LOS DIENTES, DISMINUIRÁ CUANDO FALTEN LOS DIENTES, AFECTANDO LA DISTANCIA INTEROCCLUSAL ENTRE LOS MAXILARES.

EN UNA MALOCCLUSIÓN HAY MENOR DISTANCIA INTEROCCLUSAL QUE CUANDO HA SIDO LA BOCA RESTAURADA ADECUADAMENTE.

REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR UNA DIMENSIÓN VERTICAL:

PERMITIR LA DISTANCIA INTEROCCLUSAL ENTRE LA POSICIÓN DE DESCANSO Y LA OCLUSIÓN CÉNTRICA.

UNA ALTURA FACIAL, CON LOS DIENTES EN OCLUSIÓN CÉNTRICA Y RELACIÓN ESTÉTICA.

UNA LONGITUD DE DIENTES Y UNA ALTURA DE CÚSPIDES SANA, ESTÉTICA Y FONÉTICAMENTE CORRECTO.

UN MÉTODO EXACTO PARA DETERMINARLA ES EL FONÉTICO, CONSIDERANDO LA RELACIÓN CÉNTRICA.

SE CLASIFICAN LOS SONIDOS POR LA APERTURA:

"S", REQUIERE APERTURA Y DISTANCIA INTEROCCLUSAL MÍNIMA. SI HAY CHOQUE EN LAS SUPERFICIES OCLUSALES ESTAREMOS VIOLANDO LA DISTANCIA INTEROCCLUSAL.

LA LETRA "A" REQUIERE UN ORIFICIO MAS GRANDE. LAS DIMENSIONES VERTICALES AUMENTADAS SON MAS TOLERADAS POR PACIENTES CON PRÓTESIS TOTALES Y PARCIALES, LA NATURALEZA NO TOLERA ESA VIOLENCIA Y REDUCE LOS PROCESOS ALVEOLARES HASTA QUEDAR REESTABLECIDA LA POSICION DE DESCANSO.

LAS DISMINUIDAS, SON LAS MEJOR TOLERADAS EN PRÓTESIS, LA MANDÍBULA SE PROYECTA HACIA ADELANTE HACIENDO MAYOR PRESIÓN EN LA PARTE ANTERIOR, PRODUCIENDO ABSORCIÓN, ÓSEA, DESALOJAMIENTO DE LA RELACIÓN CÉNTRICA Y DE DESOCCLUSIÓN ANTERIOR.

C A P I T U L O I I

BRUXISMO

LLAMADO TAMBIÉN NEUROBIS OCLUSAL, EFECTO DE KAROLY, STRIDOR DENTIIUM BRICODONCIA, BRICOMANÍA.

1. DEFINICIÓN

LA PRIMERA REFERENCIA DEL BRUXISMO SE ENCUENTRA EN EL ANTIGUO TESTAMENTO CUANDO SE HABLA DEL "CRUIR Y RECHINAR DE DIENTES" CON RELACIÓN A LOS CASTIGOS ETERNOS.

LOS DIFERENTES AUTORES LE HAN DADO DEFINICIÓN.

- ES EL RESULTADO DE LA BÚSQUEDA INCONCIENTE DE LA RELACIÓN CÉNTRICA DEL PACIENTE Y LA ELIMINACIÓN DE INTERFERENCIAS PARA LOGRARLA. LAS INTERFERENCIAS EN CÉNTRICA Y LADO DE BALANCE, SON LAS MAS PROVOCADORAS.

- ACTO IMPULSIVO DE APRETAR Y/O RECHINAR LOS DIENTES YA SEA EN FORMA CONCIENTE O INCONCIENTE. ASOCIADO A DIFERENTES TIPOS DE ETIOLOGÍAS.

- ES CONSIDERADA COMO UN TRANSTORNO FUNCIONAL DEL APARATO MASTICATORIO.

EL BRUXISMO ES UNA PARA-FUNCIÓN, O SEA, NO TIENE PROPÓSITOS FUNCIONALES. SE DIVIDE EN DOS CLASES:

a) EXCÉNTRICA: ES EL RECHINAMIENTO DENTAL EN EXCURSIONES EXCÉNTRICAS.

b) CÉNTRICA: ES EL APRETAMIENTO DENTAL EN CÉNTRICA.
ESTO DEPENDE DE LA HUBICACIÓN DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES.

2. NEUROFISIOLOGÍA DEL BRUXISMO

CON BASE EN LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN LOS ESTADOS UNIDOS POR KAWAMURA (1967), RECONOCE QUE DURANTE LA FUNCIÓN NORMAL LOS MECANISMOS PROPIOCEPTIVOS PROTEGEN LAS ESTRUCTURAS DEL SISTEMA GNÁTICO DE FUERZAS EXCESIVAS QUE SE EJERCEN EN LOS ELEMENTOS QUE FORMAN ÉSTE SISTEMA.

DURANTE LA MASTICACIÓN SHARER (1965) DESCUBRIÓ QUE EN EL CONTACTO DE LOS DIENTES SE INHIBE LA ACTIVIDAD MUSCULAR, ESTO ES MAS MARCADA EN EL LADO DE TRABAJO DONDE SE DESARROLLA LA MAYOR FUERZA MUSCULAR. LOS MECANISMOS DE REFLEJOS ORALES PREVIENEN DAÑOS EN EL SISTEMA, INHIBIENDO LA ACTIVIDAD MUSCULAR. EN CIERTOS PACIENTES CON DISTURBIOS Y DESORDENES SE PUEDE ENCONTRAR AUSENCIA DE CAMBIOS EN LA CAVIDAD MUSCULAR, TANTO QUE EN OTROS PACIENTES CON PEQUEÑOS DISTURBIOS. EXISTEN GRANDES CAMBIOS MUSCULARES.

SCHARER DEMOSTRÓ QUE EXISTEN ESTRUCTURAS EN LA PARTE SUPERIOR DEL CEREBRO COMO NÚCLEO AMIGDALOIDE Y SISTEMA LÍMBICO QUE AL SER ESTIMULADOS ELECTRICAMENTE PRODUCEN MOVIMIENTOS RÍTMICOS PARECIDOS A LOS PRODUCIDOS DURANTE EL BRUXISMO. EL SISTEMA LÍMBICO ES UNA ESTRUCTURA CEREBRAL DE CONECCIÓN ENTRE LA CORTEZA CONCIENTE Y VOLUNTARIA Y LOS CENTROS VEGETATIVOS DEL HIPOTÁLAMO. SCHARER TAMBIÉN PROPUSO QUE LAS TENSIONES NERVIOSAS QUE EN EL HOMBRE SE MANIFIESTAN EN EL BRUXISMO, SE ORIGINAN EN EL SISTEMA LÍMBICO.

EL BRUXISMO QUE SE EFECTÚA DURANTE EL DÍA SE HA RELACIONADO

NEUROFISIOLÓGICAMENTE CON LOS ESTÍMULOS PERIFÉRICOS ANORMALES PROVENIENTES DE ESTRUCTURAS ORALES QUE ALTERAN LA SUSTANCIA RETICULAR Y DA LUGAR A UNA ACTIVIDAD REFLEJA AUMENTADA EN LOS MÚSCULOS DE CIERRE.

LA ESTIMULACIÓN DE LA CORTEZA SENSORIAL MOTORA TIENE UNA ACCIÓN EXCITANTE CLAVE EN LAS NEURONAS MOTORAS FLEXORAS E INHIBIDORA EN LAS EXTENSORAS. EL BRUXISMO ES DEPENDIENTE DEL SNC CUYA ETIOLOGÍA PRINCIPAL, ES LA PRESENCIA DE TENSIÓN NERVIOSA COMBINADA CON DISTURBIOS FUNCIONALES EN LA OCLUSIÓN. GENERALMENTE SE INICIA DURANTE EL SUEÑO LIGERO O EN PERIODOS DE ABSTRACCIÓN.

3. SIGNOS, SÍNTOMAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- a) FACETAS SOBRE LOS DIENTES, QUE INDICAN UN DESGASTE OCLUSAL.
- b) DESGASTE OCLUSAL EXCESIVO Y DESIGUAL.
- c) TONO MUSCULAR AUMENTADO Y RESISTENCIA NO CONTROLADA A LA MANIPULACIÓN DE LA MANDÍBULA.
- d) HIPERTROFIA COMPENSADORA DE LOS MÚSCULOS DE LA OCLUSIÓN ESPECIALMENTE EL MASETERO.
- e) MOVILIDAD AUMENTADA DE LOS DIENTES.
- f) SONIDO APAGADO A LA PERCUSIÓN DE LOS DIENTES.
- g) SENSACION DE CANSANCIO EN LOS MÚSCULOS DE LA OCLUSIÓN, AL DESPERTAR EN LAS MAÑANAS.
- h) "TRABAR" DE LA MANDÍBULA Y UNA TENDENCIA A MORDERSE LOS LABIOS,

CARRILLO Y LENGUA.

- 1) MÚSCULOS DE LA OCLUSIÓN ADOLORIDOS A LA PALPACIÓN.
- j) DOLOR O MOLESTIAS EN LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES.
- k) SENSIBILIDAD DE LOS DIENTES AL STRESS MASTICATORIO.
- l) SENSIBILIDAD PULPAR AL FRÍO.
- m) SONIDOS PERCEPTIBLES DE LA BRUXOMANÍA.
- n) CHASQUIDOS U OTROS RUIDOS ARTICULARES.
- o) SONIDOS APAGADOS Y DESIGUALES AL OCLUIR REPETIDAMENTE.

4. EFECTOS QUE PRODUCE

LAS ALTERACIONES QUE PRODUCE LA BRUCOMANIA SON:

- a) CAMBIOS EN LOS TEJIDOS PARODONTALES. LA RELACIÓN ENTRE BRUCOMANÍA Y OCLUSIÓN TRAUMÁTICA ASOCIADA A PROCEDIMIENTOS PARODONTALES NO HA SIDO COMPLETAMENTE ACLARADA. PARECE SER QUE ESTO DEPENDE DEL ESTADO DE SALUD O ENFERMEDAD PARODONTAL O BIEN, INFLUYE NEGATIVAMENTE EN CASO DE DEFICIENCIA PROTEÍNIC A O ENFERMEDAD PARODONTAL PREEXISTENTE.
- b) PERJUICIOS A LA CORONA: ESTOS SON MAYORES EN COMPARACIÓN A LOS OCASIONADOS EN PARODONTO:
 - a) REDUCEN LA ESTÉTICA
 - b) TRANSFORMAN LAS RELACIONES INTERPROXIMALES.
 - c) PUEDEN PROVOCAR PATOLOGÍA PULPAR DIVERSA.

- d) PRODUCEN BORDES AFILIADOS AL ESMALTE.
- e) RESTAURACIONES O DIENTES FRACTURADOS.

ENTRE LOS TIPOS DE DESGASTE DENTARIO TENEMOS:

- a) FASSETAS.
- b) ESCALONES Y SURCOS.
- c) DESGASTE CORTANTE.
- d) DESGASTE EN MEDIA LUNA.
- e) SUPERFICIES PLANAS.

c) DOLOR DISFUNCIONAL, HIPERTROFIA Y ESPASMO DE LOS MÚSCULOS AFECTADOS.

d) DOLOR DISFUNCIONAL DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y EN CASOS MUY AVANZADOS, PROBLEMAS MORFOLÓGICOS EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

e) CEFALEA.

f) TRASTORNOS A LA SALUD SISTEMICA. EL AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ES DE SUMA IMPORTANCIA PORQUE A SU VEZ HAY UN AUMENTO EN EL STRESS MIOCARDIO Y VASCULAR, LO CUAL RESULTA MUY PELIGROSO EN PACIENTES CON ALGÚN TIPO DE CADIOPATÍA. LO ANTERIOR SE DEBERÁ TOMAR EN CUENTA DURANTE LOS TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS DENTALES, PARA EVITAR DAROS Y DISARMONÍAS OCLUSALES IATROGENICAS, TANTO EN PACIENTES NORMOTENSOS COMO HIPERTENSOS.

EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO DE LA BRICOMANÍA, PODEMOS DECIR QUE NO HAY SIGNOS NI SÍNTOMAS PATOGNOMÓNICOS, SÓLO INDICATIVOS TALES COMO:

1. PATRONES NO FUNCIONALES DE DESGASTE OCLUSAL.

2. FRACTURAS IMPREVISTAS DE DIENTES O RESTAURACIONES.
3. MOVILIDAD DENTAL.
4. TRASTORNOS PULPARES.
5. DOLOR, AUMENTO DEL TONO E HIPERTROFIA DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES.
6. CEFALEA, DOLORES DE NUCA.
7. MORDEDURA DE LABIOS, CARRILLOS Y LENGUA.
8. PRESENCIA DE OTROS HÁBITOS OCLUSALES.
9. INCOMODIDAD Y DOLOR DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.
10. SONIDOS OCLUSALES AUDIBLES DE TRITURACIÓN NO FUNCIONAL.
11. POSIBLES EXOSTÓSIS DE LOS MAXILARES.
12. REUMATISMO MUSCULAR EN CASOS AVANZADOS.
13. DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

LA MUSCULATURA MASTICATORIA PROPIA, SUPRA E INFRAHIOIDEOS, DE LA NUCA Y POSTERIORES DEL TRONCO, ES LA MAS AFECTADA, SEGUIDA DE LAS ARTICULACIONES.

5. CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES TEMPOROMANDIBULARES

EL ESPASMO MUSCULAR CON LA SECUELA DE LIMITACIÓN Y DESVIACIÓN MANDIBULAR, POR UN LADO Y EL CHASQUIDO ARTICULAR CON O SIN DOLOR, POR EL OTRO, ES EL INICIO DE UNA DISFUNCIÓN TEMPORO-MANDIBULAR; ÉSTAS SON CLASIFICADAS EN CLASES.

CLASE I: REUMATISMO MUSCULAR: SÍNDROME DOLOROSO FUNCIONAL MIO-FÁCIL (DOLOR, ESPASMO, RIGIDEZ).

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

DOLOR EN Y/O ALREDEDOR DE LAS ARTICULACIONES

(PERIARTICULARES).

DOLOR MUSCULAR A LA PALPACIÓN.

OCLUSIÓN NO ORGÁNICA (SIN DISOCCLUSIONES ADECUADAS), (NATURAL O IATROGÉNICA FUERA DE RELACIÓN CÉNTRICA).

CHASQUIDOS ARTICULARES.

PARAFUCIONES (APRETAMIENTO Y/O BRUXISMO).

STRESS EMOCIONAL Y/O FÍSICO.

SUBLUXACIÓN.

CEFALEAS PERSISTENTES.

CLÍNICAMENTE SE OBSERVA:

APERTURA MANDIBULAR LIMITADA.

DESVIACIÓN MANDIBULAR.

HÁBITOS.

DOLOR AL COMER, HABLAR, BOSTEZAR, DESPERTAR, ESTORNUDAR.

CLASE II: ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA: (OSTROARTROSIS)
ES UNA ENFERMEDAD NO INFLAMATORIA DE LAS ARTICULACIONES, SE CARACTERIZA POR DETERIORO Y EROSIÓN DEL CARTÍLAGO ARTICULAR, AUMENTO DE LA DENSIDAD ÓSEA EN SITIOS DE PRESIÓN.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

DOLOR DEL MOVIMIENTO.

RUIDO ARTICULAR (CREPITACIÓN).

LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO.

SENSIBILIDAD PERIARTICULAR.

DOLOR EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

CLASE III: ARTRITIS REUMATOIDE: ES UNA ENFERMEDAD GENERALIZADA CRÓNICA, PRESENTA SIGNOS INFLAMATORIOS ARTICULARES Y PERIARTICULARES, AFECTA ARTICULACIONES PEQUEÑAS Y GRANDES SIMÉTRICAMENTE.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

DOLOR AL MOVIMIENTO.

RUIDO ARTICULAR (CREPITACIÓN)

SENSIBILIDAD PERIARTICULAR.

DOLOR DE ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES.

CAMBIOS RADIOGRÁFICOS.

LOS SÍNTOMAS DISMINUYEN CON LA FUNCIÓN.

CLASE IV: ENFERMEDADES MIMÉTICAS DE LA DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR: ES UN GRUPO DE DOLENCIAS QUE ENMASCARAN O MIMETIZAN LA DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR, LLEVANDONOS EN OCASIONES A DIAGNÓSTICOS EQUIVOCADOS: ESTOS PROBLEMAS SIMULAN SÍNDROMES CONOCIDOS COMO:

PULPALGIA

PERICORONITIS

OTITIS

SINUSITIS (NASAL)

NEURALGIA TRIGEMINAL

CEFALALGIA HISTAMÍNICA

CEFALALGIA TENSIONAL

ARTRITIS TEMPORAL

TRAUMAS

NEURALGIA ATÍPICA
PAROTIDITIS
MIGRANA
FRACTURAS
ANQUILOSIS (ÓSEA Y FIBROSA)
NEOPLASIA CEREBRAL
NEOPLASIAS CONDÍLEAS
ARTRITIS INFECCIOSA

LAS GUARDAS OCLUSALES SON ÚTILES PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LOS PADECIMIENTOS MIMÉTRICOS Y LOS TEMPORO-MANDIBULARES.

6. DIAGNÓSTICO.

LOS METODOS DE DIAGNÓSTICO DE MALOCCLUSION SON:

a) HISTORIA CLÍNICA SU OBJETIVO ES COLECCIONAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y TRADUCIRLO POR DATOS SIGNIFICANTES PARA OBTENER UN DIAGNÓSTICO, CONSTA DE:

1. FECHA DE IDENTIFICACIÓN.
2. ANTECEDENTES MÉDICOS
3. HISTORIA DENTAL

b) EVALUACIÓN CLÍNICA FUNCIONAL

INTERROGATORIO. SI PRESENTA DOLORES DE CABEZA O CUELLO, SE LE PREGUNTARA QUE ZONAS INVOLUCRA, CUANDO TIEMPO HACE PRESENTA EL PROBLEMA, CUAL FUE LA CAUSA, QUE VIAS DE TRATAMIENTO HAN SIDO INTENTADAS, QUE FUE LO

QUE LO AYUDÓ Y QUE LO EMPERÓ. SI EL PACIENTE
ESTA ENTERADO O SI SE LE HA INFRMADO QUE LOS
DIENTES Y SU OCLUSIÓN PUEDEN SER LA CAUSA.

EXAMEN CLÍNICO CONSTA DE:

INSPECCIÓN.

EL OPERADOR DEBERÁ OBSERVAR SU EXISTE O NO
ASIMETRÍA FACIAL, MAXILAR O MANDIBULAR.
HACIA DÓNDE SE DESVIA LA MANDÍBULA AL ABRIR O
CERRAR LA BOCA.
PRESENCIA DE FACETAS DE DESGASTE.
DIENTES MOVILES O AUSENTES.
DESVIACIÓN MANDIBULAR HASTA OCLUSIÓN HABITUAL.
ACOPLAMIENTO DE DIENTES ANTERIORES EN LA MÁXIMA
INTERCUSPIDACIÓN.
EN LOS MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD, VER SI EXISTE O
NO DESOCLUSIÓN DE CANINOS.

AUSCULTACIÓN

PRESENCIA DE CHASQUIDOS ARTICULARES, LOS CUALES
PUEDEN SER AUDIBLES CON O SIN ESTETOSCOPIO.
CREPITACIÓN. SOLO SE ESCUCHA POR MEDIO DEL
ESTETOSCOPIO
PALPACIÓN. SE DEBE HACER LA PALPACIÓN A NIVEL DE
LAS ARTICULACIONES COMO A NIVEL DE LOS MÚSCULOS DE
LA MASTICACIÓN.
EXPLORACIÓN ARMADA. EVALUAR LA MOVILIDAD DENTARIA.
PRESENCIA DE BOLSAS PARODONTALES. PERCUSIÓN VERTI-
CAL DE LOS DIENTES.

MEDIR LA DISTANCIA CON LA BOCA ABIERTA AL MÁXIMO, LA
DISTANCIA ENTRE LOS BORDES INCISALES DE LOS DIENTES

SUPERIORES A LOS INFERIORES.

VALORAR LA SOBREMORDIDA VERTICAL Y HORIZONTAL.

o) ANÁLISIS OCLUSAL FUNCIONAL

MODELOS DE ESTUDIO DEBEN SER PRECISOS.

MOSTRAR DETALLADAMENTE LAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DE LOS DIENTES ERUPCIONADOS, INCLUYENDO LAS FACETAS DE DESGASTE, ÁREAS DE ABRASIÓN Y EROSIÓN. RECORTADOS CON SIMETRÍA ADECUADA. CONFORMADOS CON NÓDULOS RETENTIVOS.

GUARDA OCLUSAL. ANTES DE PROCEDER A CUALQUIER INSTRUMENTACION DE PRECISION ES PRIMORDIAL ELIMINAR LA SINTOMATOLOGÍA TANTO EN EL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN ESTADO SUBCLÍNICO COMO EL QUE PRESENTA DOLOR SEVERO.

INSTRUMENTACIÓN SEMIAJUSTABLE. LOS MODELOS DEBEN SER MONTADOS AL ARTICULADOR ATRAVÉZ DE UN ARCO FACIAL TIPO WHIP MIX O DEXTER YA QUE ES LA ÚNICA MANERA DE UBICAR EL MODELO SUPERIOR EN SU MISMA POSICIÓN CON RESPECTO AL CRÁNEO Y POSTERIORMENTE RELACIONAR EL MODELO INFERIOR POR MEDIO DE UN REGISTRO EN RELACIÓN CÉNTRICA.

ARCO FACIAL. NO CORRESPONDE A ESTE TRABAJO DE ESCRIBIR LA TÉCNICA PARA LA TOMA DEL ARCO FACIAL EN EL PACIENTE Y SU TRANSPORTACIÓN AL ARTICULADOR.

REGISTROS INTEROCUSALES EN CÉNTRICA. SON UTILIZADOS PARA LOCALIZAR LA RELACIÓN QUE GUARDA EL ARCO MANDIBULAR

DEL PACIENTE CON RESPECTO AL MAXILAR, SE USA PARA MONTAR EL MODELO INFERIOR EN EL ARTICULADOR EN RELACIÓN CENTRICA. PUEDE LLEVARSE AL CABO CON DIFERENTES MATERIALES ESTABLES Y PRODUCIR FIELMENTE LA POSICIÓN DE LA MANDÍBULA CUANDO LOS CÓNDILOS SE ENCUENTRAN EN CENTRICA.

REGISTRO DE RELACIÓN CENTRICA. DEBERÁ TOMARSE CON EL CALIBRADOR OCLUSAL, ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES. LA RELACIÓN CENTRICA SE LOGRA PREVIAMENTE CON LA GUARDA DE OCLUSIÓN Y ES NECESARIO QUE EN EL MOMENTO DE LA TOMA DEL REGISTRO EL OPERADOR MANIPULE O GUIE LA MANDÍBULA A DICHA RELACIÓN Y QUE EXISTAN 2 mm. ENTRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS DIENTES POSTERIORES, SUPERIORES E INFERIORES.

REGISTROS EXCÉNTRICOS. SE REGISTRAN INTRAORALMENTE POR MEDIO DE REGISTROS DE CERA INDICANDO AL PACIENTE QUE LLEVE SU MANDÍBULA A POSICIONES LATERALES EXTREMAS. LA GUÍA HACIA LA POSICIÓN PROTRUSIVA EN ESTE TIPO DE INSTRUMENTOS SENIAJUSTABLES ES RESULTADO DE LAS GUÍAS HACIA LAS POSICIONES LATERALES.

d) ESTUDIOS RADIOLÓGICOS.

RADIOGRAFÍAS INTRAORALES

RADIOGRAFÍAS EXTRAORALES

.PARA LA MAYOR COMPRESIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL BRUXISMO PRESENTO A CONTINUACIÓN UN EJEMPLAR DE LA HISTORIA CLÍNICA UTILIZADA POR EL GRUPO DE ESTUDIOS FACTA CON LA MODIFICACIÓN HECHA POR EL DR. RAUL ESPINOZA DE LA SIERRA.

HISTORIA CLINICA

Expediente No. _____

I FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE _____
Ap. Paterno _____ Ap. Materno _____ Nombre(s) _____

EDAD _____ **ESTADO CIVIL** _____
Años cumplidos _____

SEXO _____ **OCUPACION** _____

DOMICILIO _____
Calle _____ No. ext. _____ No. Int. _____ Colonia _____ C.P. _____ Edo. _____

TELEFONO _____
Casa _____ Empleo _____

En caso de que el paciente sea referido, anote:

NOMBRE DEL DENTISTA _____ **Teléfono** _____

NOMBRE DEL MEDICO _____ **Teléfono** _____

Especifique el tiempo de tratamiento (fecha de inicio).

DENTISTA _____ **MEDICO** _____

II ANTECEDENTES MEDICOS:

Si usted ha estado siendo tratado por algún médico, anote la fecha de la última cita _____
_____ y motivo _____

¿Está usted tomando ahora algún medicamento? _____
SI _____ NO _____

En caso de haber respondido afirmativamente, anote cuál (es):

1. Nombre del medicamento	Dosis	Desde cuándo
2. Nombre del medicamento	Dosis	Desde cuándo
3.		

Motivo (s) para el uso del (los) medicamento (s):

Si usted presenta o ha presentado alguno de los siguientes problemas, especifique cuál o cuáles: (anote sólo si fue diagnosticado por médico).

		Fecha del Diagnóstico.	Especifique
A) Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	_____	_____
B) Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>	_____	_____
C) Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____	_____
D) Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	_____	_____
E) Artritis	<input type="checkbox"/>	_____	_____
F) Cefalea Frecuente	<input type="checkbox"/>	_____	_____
G) Dolores de cuello	<input type="checkbox"/>	_____	_____
H) Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	_____	_____
I) Tumores	<input type="checkbox"/>	_____	_____
J) Desmayos <input type="checkbox"/>	Vértigos <input type="checkbox"/>	Marcos <input type="checkbox"/>	_____
K) Otros	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Anote si usted es alérgico a alguno (s) de los siguientes medicamentos:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. Novocafna <input type="checkbox"/> | 4. Codefna <input type="checkbox"/> |
| 2. Penicilina <input type="checkbox"/> | 5. Otros (especifique) _____ |
| 3. Acido acetil-salicílico <input type="checkbox"/> | |

En caso de embarazo, interrogar acerca de:

Tiempo de gestación _____ Fecha probable de parto _____
 Edad en meses _____

III ANTECEDENTES PSICOLOGICOS:

- | | si | no |
|--|-------|-------|
| 1. ¿Sufre usted de insomnio? | _____ | _____ |
| 2. ¿Se fatiga fácilmente? | _____ | _____ |
| 3. ¿Se enoja con facilidad? | _____ | _____ |
| 4. ¿Es usted ansioso? | _____ | _____ |
| 5. ¿Sufre de palpitaciones? | _____ | _____ |
| 6. ¿Tiene sensaciones de vértigo o náuseas con frecuencia? | _____ | _____ |

	si	no
7. ¿Se deprime frecuentemente?	_____	_____
8. ¿Siente miedo con frecuencia?	_____	_____
9. ¿En general, siente que la gente está en su contra?	_____	_____
10. ¿Siente que se le escapan las ideas?	_____	_____
11. ¿Tiene buena memoria?	_____	_____
12. ¿Con frecuencia siente ganas de pelearse con otras personas?	_____	_____
13. ¿Siente ganas de herirse a sí mismo?	_____	_____

IV HISTORIA DENTAL:

Motivo de la consulta: _____

¿Desde cuando? _____
Fecha

Fecha del último tratamiento dental: _____

Observaciones: _____

**PROBLEMAS NEURO-MUSCULARES Y TEMPORO-MANDIBULARES:
 USO DEL CALIBRADOR OCLUSAL:**

1. Con una tira entre los incisivos y no tiene contacto oclusal en posteriores	_____	_____
	si	no
2. Cuántas tiras necesitó para que tocaran los incisivos inferiores al calibrador en el momento de la máxima intercuspidación	_____	_____
3. Cuántas tiras necesitó para que dejaran de tocar las caras oclusales de los posteriores	_____	_____
4. Sintió dolor en alguno o algunos de los músculos de masticación	_____	_____
	si	no
Indicar cuál o cuáles:	der.	izq.
Masetero borde anterior:	_____	_____
borde posterior	_____	_____
inserción sup.	_____	_____

	der.	izq.
inscripción inf.	_____	_____
Temporal fibras anteriores	_____	_____
" medias	_____	_____
" posteriores	_____	_____
Pterigoideo externo	_____	_____
Pterigoideo interno	_____	_____
5. Sintió dolor en alguno o algunos de los músculos de perimasticación. Indicar cuál o cuáles:		
Occipitales	_____	_____
Músculos de la nuca	_____	_____
Trapecios	_____	_____
Externodeldomastoideos	_____	_____
Grupo suprahioides	_____	_____
Grupo infrahioides	_____	_____
6. Decir si el dolor o los dolores musculares desaparecieron antes de 5 minutos	_____	_____
	si	no
7. Decir si sintió dolor al nivel de la A. T. M.	_____	_____
	si	no
8. Decir si el dolor desapareció antes de 5 minutos	_____	_____
	si	no
9. Decir si el dolor en A. T. M. subió de intensidad paulatinamente y persistió después de 5 minutos	_____	_____
	si	no

DR. RAUL ESPINOSA DE LA SIERRA

Si usted ha sido tratado por algún dentista, especifique cuál fue su tipo de tratamiento:

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Ortodoncia | <input type="checkbox"/> | 4. Cirugía | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tratamiento de encías | <input type="checkbox"/> | 5. Ajuste de los dientes
o de su mordida | <input type="checkbox"/> |
| 3. Placas u otros aparatos
(guardas oclusales) | <input type="checkbox"/> | 6. Otros: _____ | |
| | | _____ | |
| | | especifique | |

A) PROBLEMAS MANDIBULARES:

En caso de responder afirmativamente especifique cuando sea necesario.

Ha experimentado:

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-------|
| 1. Chaaquido en sus articulaciones | <input type="checkbox"/> | a) al comer | <input type="checkbox"/> | | |
| | | b) al boztezar | <input type="checkbox"/> | | |
| | | c) Otra: _____ | | | |
| | | | | izq. | der. |
| 2. Dolor | <input type="checkbox"/> | a) articular | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | b) oído | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | c) de un lado de la cara | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

En las siguientes preguntas (3-5) anote sobre la línea de una a tres cruces (+, ++, +++) si existe dolor, según su intensidad.

- | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------|--------------------------|-------|-------|
| 3. Dificultad al abrir y/o cerrar la boca. | <input type="checkbox"/> | abrir | _____ | | |
| _____ | <input type="checkbox"/> | cerrar | _____ | dolor | |
| motivo (cuándo) | | | | dolor | |
| 4. Dificultad al masticar. | _____ | especifique | _____ | | |
| 5. Se desvía la mandíbula al abrir y/o cerrar su boca. | | | | izq. | der. |
| | <input type="checkbox"/> | Abrir | _____ | _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> | Cerrar | _____ | _____ | _____ |
| 6. Siente cansancio en los músculos | <input type="checkbox"/> | _____ | especifique | _____ | _____ |
| 7. Mastica | | lado derecho | <input type="checkbox"/> | | |
| | | lado izquierdo | <input type="checkbox"/> | | |
| | | ambos | <input type="checkbox"/> | | |

8. Observaciones del patrón masticatorio: _____

9. Traumatismos en la mandíbula o articulaciones

especifique _____

10. Señale si se traba la mandíbula y la tiene que acomodar con la mano?

al hacerlo, ¿siente dolor? _____
intensidad

11. Se le traba la mandíbula y necesita que le ayuden para acomodársela?

¿Se presenta con dolor? _____
intensidad

B) HABITOS:

1. ¿Aprieta y/o rechina los dientes?

de día

observaciones _____

durmiendo

ambos

2. ¿Se muerde los labios y/o carrillos regularmente?

de que lado (s) _____

3. ¿Sostiene objetos entre los dientes?
(lápices, pipa, alfileres, uñas, etc.)

especifique _____

4. Se muerde la lengua o la mete entre los dientes anteriores, al tragar?

especifique _____

5. Otros: _____

C) EXAMEN EXTRAORAL:

1. Asimetría facial _____
especifique

2. Posición labial _____

3. Hábitos musculares anormales _____

4. Lesiones (herpes, tumores, etc.) _____

5. Hipertrofia muscular _____

EVALUACION CLINICA

D) PALPACION DE MUSCULOS Y ARTICULACION:

La intensidad del dolor se marcará de una a tres cruces (+, ++, +++). Especifique sobre la línea que corresponde el movimiento elegido, la clase, de acuerdo a la siguiente clave: I = inicial, M = intermedia F = final.

		Dolor	Protrusiva	Lateralidad	Apertura	Cerrado
1. Crepitación.*	izq.	_____	_____	_____	_____	_____
	der.	_____	_____	_____	_____	_____
2. Chasquido.*	izq.	_____	_____	_____	_____	_____
	der.	_____	_____	_____	_____	_____
3. Articulación.	izq.	_____	_____	_____	_____	_____
	der.	_____	_____	_____	_____	_____
Dolor						
		izq.				der.
4. Masetero borde anterior	<input type="checkbox"/>	_____				_____
	borde posterior <input type="checkbox"/>	_____				_____
	inserción sup. <input type="checkbox"/>	_____				_____
	inserción inf. <input type="checkbox"/>	_____				_____
5. Temporal anterior	<input type="checkbox"/>	_____				_____
	medio <input type="checkbox"/>	_____				_____
	posterior <input type="checkbox"/>	_____				_____
6. Occipitales	<input type="checkbox"/>	_____				_____
7. Músculos de la nuca	<input type="checkbox"/>	_____				_____
8. Trapecios	<input type="checkbox"/>	_____				_____
9. Esternocleidomastoideos	<input type="checkbox"/>	_____				_____
10. Grupo suprahioides	<input type="checkbox"/>	_____				_____
11. Pterigoideo externo	<input type="checkbox"/>	_____				_____
12. Pterigoideo interno	<input type="checkbox"/>	_____				_____

*NOFA: Use estetoscopio + molestia ++ dolor +++ dolor agudo

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

E) EXAMEN PARODONTAL

1. Bolsas _____
2. Movilidad _____ especificar _____
3. Recesión gingival _____
4. Furcaciones _____
5. Inserciones de frenillo que afecten los márgenes gingivales
6. Falta de encía insertada
7. Forma, color, tono y textura de la encía es:
 - Fisiológica _____
 - Patológica _____
8. Cantidad de sarro:
 - excesiva
 - moderada
 - poca

F) EXAMEN DENTAL:

En el esquema siguiente, anote la clave del diagnóstico hecho, sobre la pieza afectada.

- | | |
|---|--------------|
| | Clave |
| 1. Dientes faltantes | A |
| 2. Caries | B |
| 3. Restauraciones defectuosas o fracturadas | C |
| 4. Diastemas, versiones, contactos, etc. | D |
| 5. Erosiones cervicales | E |
| 6. Facetas de desgaste | F |
| 7. Sensibilidad a la percusión | G |

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

G) EXAMEN E INTERPRÉTACION RADIOGRAFICA:

1. Patrón del Hueso
 - normal _____
 - patológico _____
- especifique

2. Lámina dura normal _____
 patológico _____
3. Radiolucencias _____
 especifique _____
4. Caries _____
5. Restauraciones defectuosas _____
6. Espacio de ligamento parodontal normal _____
 patológico _____
7. Septum interdental adecuado _____
8. Forma y longitud de la (s) raíz (ces) normal _____
 patológico _____
9. Proporción corona/raíz normal _____
 patológico _____
10. Cálculos pulpares _____

H) EXAMEN OCLUSAL:

1. Apertura máxima _____ mm.
2. Desviación y Dirección del cierre oclusal. a) Deslizamiento ant. der. _____ mm.
 izq. _____ mm.
 b) Deslizamiento lat. der. _____ mm.
 izq. _____ mm.

En el esquema que se presenta a continuación, anote la interferencia encontrada, de acuerdo a la clave siguiente (para cada una anote t = trabajo, b = balance):

Clave

3. Interferencias en protrusiva X
 4. Interferencias en lateralidad derecha Y
 5. Interferencias en lateralidad izquierda Z

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

K) ORTOPANTOGRAFIA Y Rx. ATM.

¿Obtuvo descubrimientos relevantes de la Rx. ATM? ()

¿Cuáles? _____

L) ESPASMO MUSCULAR:

_____ si _____ no

M) DISFUNCION DOLOROSA DE LA A.T.M.

_____ si _____ no

_____ izq. _____ der.

Especifique qué clase _____

N) OTROS DIAGNOSTICOS:

O) PRONOSTICO:

_____ FAVORABLE

_____ DUDOSO

_____ NEGATIVO

P) TRATAMIENTO:

Ajuste oclusal por medio de:

ORTODONCIA

_____ SI _____ NO

ORTOPEDIA

_____ SI _____ NO

CIRUGIA

_____ SI _____ NO

CIRUGIA ORTOGNATICA

_____ SI _____ NO

DESGASTE MECANICO

_____ SI _____ NO

ANALGESICOS, ANTIINFLAMATORIOS
MIORELAJANTES

_____ SI _____ NO

GUARDA OCLUSAL

_____ SI _____ NO

RECONSTRUCCION OCLUSAL 4 CUADRANTES

_____ SI _____ NO

RECONSTRUCCION OCLUSAL 4 CUADRANTES
Y 6 ANTERIORES SUPERIORES

_____ SI _____ NO

**RECONSTRUCCION OCLUSAL 4 CUADRANTES
Y 6 ANTERIORES SUPERIORES Y 6 ANTERIORES
INFERIORES**

SOBREDENTADURA

SI	NO
SI	NO

SUPERIOR
INFERIOR

FECHA _____ **ELABORO** _____
Nombre C. Dentista.

NOTA:

Esta biografía clínica fue elaborada por el Grupo de Estudios sobre Oclusión I ACTA, con agregados del Calibrador Oclusal desde la letra L, por el Dr. Raúl Espinosa de la Sierra. El Grupo autoriza la reproducción total o parcial, solicitando que la Institución o Profesionista que la use dé el crédito correspondiente.

C A P Í T U L O I I I

FACTORES QUE DESENCADENAN EL BRUXISMO

LA CAUSA PRINCIPAL PARA LA INICIACIÓN DEL BRUXISMO ES LA DISCREPANCIA ENTRE LA RELACIÓN CÉNTRICA Y LA OCLUSIÓN CÉNTRICA, ACOMPARADA DE CONTRACCIONES ASINCRÓNICAS Y SOSTENIDAS DE LOS MÚSCULOS TEMPORAL Y MASETERO DURANTE LA DEGLUCIÓN.

1. INTERFERENCIAS OCLUSALES

- a) PRODUCE DISCREPANCIA ENTRE RELACIÓN CÉNTRICA Y MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN.
- b) INTERFERENCIAS OCLUSALES EN EL LADO DE BALANCE.
- c) INTERFERENCIAS EN LAS EXCURSIONES PROTRUSIVAS.
- d) INTERFERENCIAS OCLUSALES EN EL LADO DE TRABAJO.

2. FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

TALES COMO IRA, CÓLERA, AGRESIVIDAD, REPRESIÓN, DEPRESIÓN, ANGUSTIA, PREOCUPACIONES DE TRABAJO, PRESIONES EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES, CONFLICTOS, FRACASOS, FRUSTRACIÓN, ANSIEDAD, ENFERMEDADES MENTALES.

ESTE FACTOR ES SUMAMENTE COMPLEJO Y SE LLEVA DE LA MANO DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES.

3. FACTOR PARODONTAL

SE HA DEMOSTRADO QUE EN GRAN PORCENTAJE DE PACIENTES CON PERIODONTITIS Y PERIODONTOSIS PADECEN BRUXOMANÍA.

4. FACTOR IATROGÉNICO

RESTAURACIONES O PRÓTESIS EN GENERAL MAL AJUSTADAS.

5. ENFERMEDADES GENERALES

ESPECIALMENTE UNA DISFUNCIÓN ENDOCRINA.

6. INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

COMO LO DEMUESTRA ERNEST HARTMAN.

7. HÁBITOS.

a) NEUROSIS: COMO MORDERSE EL LABIO O EL CARRILLO, LLEVAN A POSICIONES EXTRAFUNCIONALES DE LA MANDÍBULA: HÁBITO DE MORDER UN PALILLO DE DIENTES O DE ENCAJARLO ENTRE LOS DIENTES: EMPUJE LINGUAL, MORDERSE LAS UÑAS O UN LÁPIZ, Y NEUROSIS OCLUSALES.

b) HÁBITOS OCUPACIONALES: COMO LOS ZAPATEROS, TAPICEROS O CARPINTEROS QUE MANTIENEN CLAVOS EN LA BOCA, EL MORDER HILO O COMO LA PRESIÓN DE LA BOQUILLA DE ALGUNOS INSTRUMENTOS MUSICALES.

c) MICELANEOS: COMO FUMAR CIGARRILLO O PIPA, MASTICAR TABACO, MÉTODOS INCORRECTOS DE CEPILLADO, RESPIRACIÓN BUCAL O CHUPARSE EL DEDO.

d) EMPUJE LINGUAL: ES LA PRESIÓN DE LA LENGUA CONTRA LOS DIENTES, EN LA REGIÓN ANTERIOR. DURANTE LA DEGLUSIÓN, SE COLOCA EL DORSO DE LA LENGUA CONTRA EL PALADAR CON LA PUNTA DETRÁS DE LOS DIENTES SUPERIORES, LA LENGUA ES ELEVADA CONTRA LOS DIENTES ANTERIORES INFERIORES LOS QUE SE INCLINAN Y SEPARAN.

B. OCLUSIÓN PATOLÓGICA

EL SISTEMA GNÁTICO ESTÁ CONSTITUIDO POR ELEMENTOS INTERDEPENDIENTES QUE SON :

- 1) LOS DIENTES
- 2) PERIODONTO
- 3) ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
- 4) SISTEMA NEUROMUSCULAR

CUANDO UNO DE ELLOS PRESENTA PATOLOGÍA LOS OTROS SERÁN AFECTADOS EN CIERTO GRADO. LA FALTA DE ARMONÍA ENTRE LA OCLUSIÓN Y RELACIÓN CENTRICA LLEVA HACIA UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA O ANORMAL. LA CAUSA PRIMORDIAL DE ÉSTAS ES LA INTERFERENCIA OCLUSAL.

LA ETIOLOGÍA DE ESTAS INTERFERENCIAS OCLUSALES SE DIVIDE EN CAUSAS DIRECTAS QUE CONSISTEN EN ANORMALIDADES DE LOS DIENTES Y DE LAS ARCADAS DENTARIAS. LOS INDIVIDUOS TIENEN UN PATRON DE CRECIMIENTO PREDETERMINADO POR SU CONTRUCCIÓN GÉNETICA, LOS TAMAÑOS ENTRE LA MANDÍBULA Y EL MAXILAR SUPERIOR PURDEN NO COINCIDIR ENTRE SÍ AUN QUE LOS DIENTES SEAN NORMALES, NO PERMITIENDO UNA OCLUSIÓN, EN RELACIONES NORMALES.

EL DESGASTE O EROSIÓN OCLUSAL EXCESIVO DE TODA O CASI TODA LA DENTICIÓN, ASI COMO LA FALTA DE DIENTES POSTERIORES CAUSARÁN UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA DE "MORDIDA CERRADA"

DIENTES QUE NO SON REEMPLAZADOS PERMITEN EXTRUSIONES DE DIENTES ANTAGONISTAS ADEMÁS DE ROTACIONES E INCLINACIONES DE DIENTES VECINOS, LOS CUALES NO PERMITEN UNA OCLUSIÓN NORMAL.

LAS CARIES, POR SU PÉRDIDA DE ESTRUCTURA DENTARIA, PRODUCE LOS RESULTADOS SEMEJANTES A LOS DE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES.

LAS RESTAURACIONES INDIVIDUALES COLOCADAS EN SUPRAOCCLUSIÓN O CON ANATOMÍA DEFECTUOSA SE TRADUCE EN DETRIMIENTO DEL SISTEMA GNÁTICO POR SUS INTERFERENCIAS OCLUSALES.

LA REHABILITACION OCLUSAL, HECHA SIN INSTRUMENTACION ADECUADA PUEDE CAUSAR DESPLAZAMIENTOS CONDILARES Y OCLUSIÓN PATOLÓGICA.

LOS PROCEDIMIENTOS ORTODÓNTICOS, QUE CONSIDERAN A LOS DIENTES META DEL TRATAMIENTO, RESULTAN CON OCLUSIÓN PATOLÓGICA Y PRESENTAN SINTOMAS EN ARTICULACIONES.

ALGUNAS RESTAURACIONES INDIVIDUALES EN INFRAOCCLUSIÓN HACEN QUE EL DIENTE ANTAGONISTA BAJE O SUBA SEGÚN SEA EL CASO, OCACIONANDO INTERFERENCIA.

LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS, LOS CONGENITAMENTE AUSENTES, EXTRACCIONES PREMATURAS, LA RETENCIÓN DE LOS DIENTES DESPUÉS DEL TIEMPO DE SU CAÍDA, LA ERUPCIÓN TARDÍA DE LOS PERMANENTES Y LA ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES, SON CAUSA DE OCLUSIÓN PATOLÓGICA.

CAUSAS INDIRECTAS: CONSISTEN EN LAS ANORMALIDADES DE LOS TEJIDOS QUE A SU VEZ AFECTAN A LOS DIENTES Y ARCADAS. SON CASI TODAS DE CATEGORÍA PERIODÓNTICA Y PERIAPICAL. ESTAS PUEDEN INICIAR NAVILIDAD EN LOS DIENTES CON LA CONSECUENCIA DE UNA RELACIÓN ADVERSA EN LA OCLUSIÓN.

LOS DISTINTOS HÁBITOS, COMO SOSTENER PIPA EN LOS DIENTES, APRETAR LOS DIENTES Y MORDERSE LOS LABIOS PUEDEN RESULTAR EN UNA

MAL OCLUSIÓN.

EXISTEN TUMORACIONES Y QUISTES, BENIGNOS QUE CAUSAN MALA POSICIÓN DE LOS DIENTES POR LA PRESIÓN EJERCIDA SOBRE LAS RAÍCES. AVECES LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR ES TAN VOLUMINOSA, QUE OBLIGA AL PACIENTE QUE BUSQUE OCLUSIONES EXCÉNTRICAS PARA PODER OCLUIR.

LOS TRAUMATISMOS, LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS, ENFERMEDADES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y LAS FRACTURAS (REDUCIDAS Y NO REDUCIDAS) OCACIONAN OCLUSIONES PATOLÓGICAS.

LAS CONDILECTOMÍAS, RECCIONES MANDIBULARES RESULTAN EN CAMBIOS OCLUSALES.

LA PARÁLISIS DE LOS NERVIOS MOTORES DEL SISTEMA GNÁTICO CAUSAN FALTA DE COORDINACIÓN MUSCULAR DURANTE LA FUNCIÓN.

EN CASO DE ORTODONCIA QUE LOS DIENTES PRESENTARAN MOVILIDAD, DOLOR, ES PORQUE EXISTEN INTERFERENCIAS OCLUSALES.

EL TRATAMIENTO SERÁ PRIMERO A LA CAUSA INDIRECTA Y DESPUÉS SE HACE UN AJUSTE OCLUSAL COMPLETO POR DESGASTE MECÁNICO.

LA INTERFERENCIA OCLUSAL EXISTE CUANDO AL CERRAR LA MANDÍBULA UNA PARTE DE UN DIENTE CHOCA CON OTRA DE UN DIENTE ANTAGONISTA IMPIDIENDO EL CIERRE EN RELACIÓN CENTRICA. AL OCURRIR EL CHOQUE CON LA INTERFERENCIA, LAS POSICIONES CONDILARES CAMBIAN Y EL SISTEMA NEUROMUSCULAR SE IRREGULARIZAN. ESTE CHOQUE DESVIA A LA MANDÍBULA HACIA UNA POSICIÓN ANORMAL, ORIGINANDO DISTURBIOS SECUNDARIOS EN LAS ARTICULACIONES, LIGAMENTOS DE ELLA Y AL SISTEMA

NEUROMUSCULAR DEL SISTEMA GNÁTICO. AVECES, LOS SÍNTOMAS DE LOS DESARREGLOS SECUNDARIOS SE HACEN TAN SEVEROS QUE LA CAUSA PRIMARIA SE IGNORA Y SE TRATAN LOS SÍNTOMAS SECUNDARIOS.

CLASIFICACIÓN DE LAS RELACIONES PATOLÓGICAS.

SON CINCO CLASES DE POSICIONES MANDIBULARES PATOLÓGICAS O RELACIONES DE CONVIVENCIA HABITUAL.

CLASE I:

RELACIÓN PROTRUSIVA: ES COMÚN ENCONTRAR UNA INTERFERENCIA OCLUSAL UNILATERAL. SON RARAS LAS INTERFERENCIAS BILATERALES. CUANDO OCURRE EL DESPLAZAMIENTO PROTRUSIVO POR INTERFERENCIA OCLUSAL, LA MANDÍBULA ES DESVIADA HACIA UN LADO POR EL CONTACTO INDEBIDO DE CÚSPIDES, YA SEA DEL MISMO LADO DE LA INTERFERENCIA O HACIA AL LADO OPUESTO. SE TRAUMATIZAN LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES DEL LADO OPUESTO AL DE LA INTERFERENCIA. LLAMANDOSE "MANIFESTACIÓN DIAGONAL DE SÍNTOMAS". ESTA DESVIACIÓN PROTRUSIVA Y LATERAL PUEDEN SER DESDE 1 mm. HASTA 3 mm. ESTE MOVIMIENTO PATOLÓGICO REPERCUTE EN AMBOS CÓNDILOS DE LAS ARTICULACIONES, PUES SI NO SE LATERALIZA EL OTRO HARÁ EL MOVIMIENTO CORRESPONDIENTE.

GENERALMENTE, LA INTERFERENCIA SE PRESENTA ENTRE LOS DOS PREMOLARES, ESTE HECHO A QUE SON LOS PRIMEROS DIENTES POSTERIORES QUE DETIENEN EL CIERRE MANDIBULAR FUERA DE RELACIÓN CENTRICA. OTRA RAZÓN ES QUE EL PRIMER PREMOLAR SUPERIOR HACE ERUPCIÓN EN DIFERENTE TIEMPO QUE EL INFERIOR, SIENDO LA EXTRUSIÓN LO QUE OCACIONA LA INTERFERENCIA.

ESTA CLASE I SE PUEDE CONFUNDIR CON UNA CLASE III DE ANGLE,

SI NO SE HACE UN EXAMEN TENIENDO LA RELACIÓN CRÍTICA COMO PUNTO DE PARTIDA PARA EL. TAMBIÉN SE PUEDE CONFUNDIR CON UNA OCLUSIÓN CRUZADA.

CLASE II:

RELACIÓN RETRUSIVA: LO COMÚN ES ENCONTRAR UNA INTERFERENCIA OCLUSAL UNILATERAL.

EL CASO MAS REPETIDO ES CUANDO LAS CRESTAS MARGINALES MESIALES DE LAS CÚSPIDES DE UN TERCER MOLAR INFERIOR HACEN UNA INTERFERENCIA CON LA PARTE DISTAL DE LAS CRESTAS MARGINALES DE LAS CÚSPIDES DE LA SEGUNDA MOLAR SUPERIOR, LA MANDÍBULA ES GUIADA DISTANCIALMENTE Y LOS CÓNDILOS SON FORZADOS A OTRA POSICIÓN. AL INCICIARSE, EL PACIENTE TIENE SENSACIÓN PROPIOCEPTIVA DE INCOMODIDAD QUE NO PUEDE EXPLICAR. APARTE DE LA DISARMONÍA OCLUSAL CONCOMITANTE HAY TAMBIÉN CHASQUIDOS ARTICULARES.

CLASE III:

RELACIÓN VERTICAL AUMENTADA: OCASIONADA POR LA INSERCIÓN DE UNA RESTAURACIÓN EN SUPRAOCCLUSIÓN UNILATERAL, DENTICIONES CON CONTACTO OCLUSAL BILATERAL SÓLO EN LA SEGUNDA Y TERCERA MOLARES. ESTA ES UNA SITUACIÓN PERJUDICIAL PORQUE MENOS DIENTES FUNCIONAN EN LA MASIFICACIÓN Y POR LO TANTO ÉSTA SE EFECTUA INCORRECTAMENTE.

OTRA CAUSA DE OCLUSIÓN PATOLÓGICA DEBIDO AL AUMENTO DE LA DIMENSIÓN VERTICAL ES POR LA COLOCACIÓN DE PUENTES FIJOS, PLACAS O DENTADURAS TOTALES CON NIVEL OCLUSAL AL QUE OBLITERA LA DISTANCIA INTEROCLUSAL.

CLASE IV:

RELACIONES LATERO-PROTUSIVAS PAROCCLUSION CRUZADAS: EN ESTA LA MANDÍBULA ES DESVIADA HACIA LA DERECHA O HACIA LA IZQUIERDA CUANDO EL PACIENTE HACE EL CIERRE FINAL EN OCLUSIÓN CENTRICA. ÉSTAS SE PRESENTAN EN SUJETOS QUE TIENEN UNA OCLUSIÓN CRUZADA EN UNO O MAS PARES DE DIENTES YA SEA EN LA REGIÓN CANINA, PREMOLAR O MOLAR. AL IR A CERRAR, LAS CÚSPIDES VESTIBULARES ANTAGÓNICAS CHOCAN QUIANDO A LA MANDÍBULA HACIA UNA POSICIÓN LATERAL Y A VECES PROTUSIVA HASTA QUE SE LOGRA UNA OCLUSIÓN TOTAL. ÉSTO INPIERE UN ESFUERZO MUSCULAR CONTINUADO Y UN ESTADO DE ALERTA DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR, CON LAS CONSECUENCIAS PATOLÓGICAS CONDUCENTES EN LOS DIENTES Y ARTICULACIONES.

CLASE V:

RELACIÓN VERTICAL DISMINUIDA: PUEDE SER CAUSADA POR LA PÉRDIDA Y FALTA DE DIENTES POSTERIORES, POR DESGASTE OCLUSAL EXCESIVO EN TODA LA DENTICIÓN O POR ERUPCIÓN VERTICAL DE LA DENTICIÓN PERMANENTE.

ESTA RELACIÓN DE LA VERTICAL PUEDE SER UNILATERAL, EL RESULTADO SERÁ EL DE UNA FUNCIÓN TAMBIEN UNILATERAL. LA MASTICACIÓN UNILATERAL PUEDE CAUSAR UNA DESVIACIÓN DEL CÓNDILO HACIA ATRÁS Y HACIA A LA LÍNEA MEDIA DEL LADO DONDE NO EXISTEN DIENTES, DEBIDO A LA CONTRACCIÓN MUSCULAR SIN APOYO DENTARIO, ES POSIBLE, QUE EL CÓNDILO DEL LADO DONDE EXISTEN DIENTES PUEDE AFECTARSE SI HAY UNA INTERFERENCIA OCLUSAL LO SUFICIENTEMENTE GRANDE COMO PARA FORZAR EL CÓNDILO. LA MANDÍBULA ACTÚA COMO LA PALANCA (LOS DIENTES ACTÚAN COMO PUNTO DE APOYO) CUANDO LA FUNCIÓN ES UNILATERAL ESTO SE EXPLICA PORQUE ES EL CÓNDILO OPUESTO EL QUE

RECIBIR EL DADO.

CUANDO ESTAMOS EN UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA, LOS CÓNDILOS NO GUARDAN UNA POSICIÓN ADECUADA EN SUS CAVIDADES GLENOIDEAS. POR LO TANTO, LAS EXCURSIONES LATERALES, LATEROPROTUSIVAS Y PROTUSIVAS NO SEGUIRÁN UN TRAYECTO DEFINIDO Y SERÁN ANÁRQUICAS. LA RELACIÓN CENTRICA ES LA BASE DESDE LA CUAL DEBEN HACERSE TODOS LOS MOVIMIENTOS EXCÉNTRICOS INCORRECTOS: PATOLÓGICA O DE CONVENENCIA HABITUAL, ESTO CAUSARÁ MOVIMIENTOS EXCÉNTRICOS INCORRECTOS: ESTA DEORGANIZACIÓN IRA SEGUIDA DE INTERFERENCIAS OCLUSALES LATERALES Y PROTUSIVAS QUE DEPRESARIAN MAS AL SISTEMA GNÁTICO.

LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES MAS PERJUDICIALES PARA EL SISTEMA GNÁTICO SON LAS QUE SE PRESENTAN EN EL LADO DE BALANCE DURANTE LA FUNCIÓN. ESTAS EVITAN EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL LADO DE TRABAJO, AL NO PERMITIR EL CORTE Y LA TRITURACIÓN ADECUADOS. AL CHOCAR LAS CÚSPIDES DEL LADO DE BALANCE EVITAN EL CONTACTO DEL CANINO DEL LADO DE TRABAJO, EL PACIENTE FORZARÁ LA POSICIÓN PARA LOGRAR CONTACTO CON EL LADO DE TRABAJO Y LOGRAR ASI EL CORTE Y LA TRITURACIÓN TEMPOROMANDIBULAR DEL LADO DE BALANCE.

EN PROSTODONCIA TOTAL, LA RESORCIÓN DEL PROCESO ALVEOLAR HACEN QUE LAS DENTADURAS SE SALGAN DE SUS RELACIONES CORRECTAS OCASIONANDO UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA.

LA OCLUSIÓN PATOLÓGICA, CON EL DESPLAZAMIENTO CONDILAR ES EL FACTOR ETIOLÓGICO PRINCIPAL EN LAS ALTERACIONES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

HAY TRES FACTORES CUYA INTERACCIÓN NOS DAN LAS BASES

EXPLICATIVAS DEL MECANISMO NEUROMUSCULAR DE LA BRUXOMANÍA.

a) TENSIÓN NERVIOSA

b) DOLOR Y MOLESTIAS BUCALES E INTERFERENCIAS OCLUSALES

c) AUMENTO DE TONO DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES PROVOCADO A SU VEZ POR LOS FACTORES ANTERIORES.

LAS PARAFUNCIONES Y DISFUNCIONES DE LA ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR SON EL DISTURBIO FUNCIONAL DEL SISTEMA MASTICATORIO MAS FRECUENTE.

LA BRUXOMANÍA ES MAS FRECUENTE EN PRESENCIA DE INTERFERENCIAS OCLUSALES, PROBLEMAS PSICOEMOCIONALES, DE PROTÉSIS O RESTAURACIONES MAL AJUSTADAS, SI EXISTE DESPLAZAMIENTO MANDIBULAR AMPLIO Y EN EL SEXO FEMENINO.

LA BRUXOMANÍA CENTRICA ES MAS COMÚN QUE SE PRESENTE DURANTE LA VIGILANCIA Y LA EXCÉNTRICA DURANTE EL SUEÑO.

CAPÍTULO IV
TRATAMIENTO DEL BRUXISMO

DEPENDE ENTERAMENTE DE LA ETIOLOGÍA.

A. TERAPÉUTICA ASOCIADA:

1. PSICOTERAPIA: SOLAMENTE SE EMPLEARÁ EN PACIENTES QUE LO NECESITEN DESPUES DE EVALUAR SU CASO POR MEDIO DEL MEJOR DIAGNÓSTICO POSIBLE. SE REALIZARÁ EXCLUSIVAMENTE POR EL PSICOTERAPEUTA.

2. HIPNOSIS O AUTOHIPNOSIS: ÉSTA TERAPIA SE LLEVARÁ CONJUNTAMENTE CON OTRAS, PARA MAYOR EFECTIVIDAD Y REDUCIR EL RIESGO DE UNA REACCIÓN PSICONEURÓTICO GRAVE.

3. FISIOTERAPIA: SOLAMENTE ALIVIARÁ LOS SÍNTOMAS TEMPORALMENTE, NUNCA ELIMINARÁ LA CAUSA, RETORNANDO LA BRICOMANÍA.

a) EJERCICIOS MUSCULARES: EN AUSCENCIA DEL DOLOR UNICAMENTE CON EJERCICIOS MUSCULARES DE ESTIRAMIENTO ACTIVOS, SE PIDE AL PACIENTE QUE CIERRE Y ABRA SU MANDÍBULA UTILIZANDO MOVIMIENTOS DE VISAGRA RÍTMICAMENTE. SE REPITEN DIEZ VECES UNAS SEIS VECES AL DIA. LOS EJERCICIOS DE LINEA MEDIA RESTAURA LA FUNCIÓN Y AYUDA PARA LOS CHASQUIDOS INICIALES PARA ESTO SE COLOCAN DOS PALILLOS DE DIENTES, UNO ENTRE INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES Y OTRO EN INFERIORES, COMO MARCA DE RREFERENCIA PARA SABER COMO ABRE LA BOCA Y OBSERVAR LAS DESVIACIONES LATERALES. SE REPETIRÁ HASTA NO HABER DESVIACIONES LATERALES, PASARA AL EJERCICIO CENTRALES Y MAS CORTO EL INFERIOR. SE REALIZA MOVIMIENTO PROTRUSIVO, TRATANDO DE

EQUIDISTAR LAS PUNTAS HASTA LOGRARLO, SI NO LLEGA A APPROXIMARSE LAS PUNTAS SE EMPREZARA NUEVAMENTE.

EJERCICIO DE TRATAMIENTO CONTRA RESISTENCIA: AL ABRIR LA MANDÍBULA, LOS MÚSCULOS DEPRESORES SE CONTRAEN POR LA FALTA DE CONTRACCIÓN DE LOS ELEVADORES. OBTENEMOS RELAJACION, COLOCANDO LA PALMA DE LA MANO POR DEBAJO DEL MENTÓN Y EJERCITANDO CONTRA RESISTENCIA.

EJERCICIO RETRUSIVO: SE LLEVA LA PUNTA DE LA LENGUA, HACIA ARRIBA, AL PALADAR, LO MAS ATRÁS POSIBLE Y CIERRA SU MANDÍBULA PARA REACTIVAR LOS SUPRAHIOIDEOS, VIENTRE POSTERIOR DEL DIGÁSTRICO, FIBRA DEL TEMPORAL. NOS DISMINUYE EL CHASQUIDO INICIAL.

b) APLICACIÓN DE CALOR: APLICAR CALOR HÚMEDO DIRECTAMENTE EN LA REGIÓN ARTICULAR AUMENTA LA CIRCULACIÓN LOCAL, SEDANTE Y DISMINUYE LA TENSION MUSCULAR. AUMENTA LA PERMEABILIDAD DE LAS MEMBRANAS, LAS ACTIVIDADES METABÓLICAS Y TRANSUDACIÓN. PUEDE SER SUPERFICIAL O PROFUNDO. PUEDE APLICARSE CON LÁMPARAS DE CALOR, "BOLSAS DE AGUA CALIENTE", FOMENTOS CALIENTES HUMEDOS.

APLICARSE DE 15-20 MINUTOS, 4-5 VECES AL DIA.

c) ULTRASONIDO: AUMENTA LA PENETRACIÓN A ZONAS MAS PROFUNDAS, EN ARTRITIS, EN CONDICIONES PATOLÓGICAS DE ARTICULACIONES.

d) CORRIENTES TETANIZANTES Y SINUSOIDALES: EN CASO DE URGENCIA APLICAR CLORURO ETILO, NOVOCAÍNA PARA INFILTRAR LOS PUNTOS "GATILLO". EL ANESTÉSICO LOCAL COMO LA NOVOCAÍNA ALIVIA EL DOLOR,

Y LA LIMITACIÓN DE MOVIMIENTOS MANDIBULARES, LO CUAL PERMITE LA INSTAURACIÓN DE EJERCICIOS MUSCULARES. LA INYECCIÓN QUE SE UTILIZA TAMBIEN ES DE SOLUCIÓN SALINA.

EL CLORURO DE ETILO ES EL TRATAMIENTO DEL ESPASMO QUE ALIVIA EL DOLOR. SE APLICA CON EL PACIENTE SENTADO, ERECTO, SE COLOCA EL DEDO PULGAR EN EL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA Y LOS OTROS DEDOS UNIDOS PARA EVITAR EL ROCÍO. SE APLICA EN LA PIEL DEL MÚSCULO MASETERO Y ZONA ARTICULAR, DE 4-5 cm CUIDANDO NO CONGELAR LA PIEL, Y NO SOBREPASAR DE 5 MINUTOS. EL MOVIMIENTO DEL CHORRO ES OSCILATORIO.

EL PACIENTE HARA MOVIMIENTOS LENTOS DE APERTURA Y CIERRE. LOS ANESTÉSICOS SIRVEN PARA REDUCIR LUXACIONES TEMPORO-MANDIBULARES Y ALIVIAR TRISMOS POSTOPERATORIO. SE INYECTA EN LA ZONA GATILLO CON AGUA 25% EN JERINGA ASPIRADORA SIN EPINEFRINA (LIDOCAÍNA HCL 1% O PRILOCAÍNA 0.5%) GENERALMENTE EN PTERIGOIDEO EXTERNO E INTERNO.

e) MASAJE VIBRADOR: EN LOS MÚSCULOS AFECTADOS COMO EL CUELLO Y ESPALDA, SE ALIVIAN TEMPORALMENTE.

f) FRÍO: ES ÚTIL PARA CORTAR CEFALÉAS POR DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR INTERRUPIENDO LA DISFUNCIÓN.

g) PLACERES: SE OBSERVAN MEJORIA CON PACIENTES QUE TENGAN BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES CON EL DENTISTA Y CONVENCIDOS DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO.

4. TERAPIA FARMACOLÓGICA: PARA REDUCIR O ELIMINAR LOS ESPASMOS MUSCULARES DOLOROSOS Y FACILITAR EL DIAGNÓSTICO AVECES SE

PRESCRIBEN ANTIDEPRESIVOS (CONSULTAR CON EL MÉDICO DEL PACIENTE), ANALGÉSICOS, Y ANTIINFLAMATORIOS PARA ELIMINAR EL DOLOR Y EL ESPASMO MUSCULAR. LA ANALGESIA, A BASE DE ACETILSALICÍLICO, ANSIOLÍISIS Y RELAJACIÓN MUSCULAR MEDIANTE LA BENZODIAZEPINAS, DIAZEPAM, MEDAZEPAM, LORAZEPAM Y EL BROMOZEPAN.

5. DIETA Y ABANDONO TOTA DE LOS HÁBITOS: DIETA BLANDA, EVITAR ESFUERZOS MASTICATORIOS O APERTURAS MANDIBULARES GRANDES, RECETAR VITAMINAS Y MINERALES. SUPRIMIRSE CUALQUIER OTRO HÁBITO OCLUSAL COMO MASTICAR CHICLE, SOSTENER BOQUILLA ENTRE LOS DIENTES, MORDER UNAS Y/O LABIOS, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

6. ELIMINAR CUALQUIER DOLOR O INCOMODIDAD BUCAL: ALIVIAR ENFERMEDADES PARODONTALES.

B. TERAPIA OCLUSAL POR DESGASTE MECÁNICO

CUANDO SE HAYAN DISMINUIDO O NULIFICADO LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS SE PROCEDERA A TOMAR IMPRESIONES DE LAS ARCADAS, HACER A CONTINUACIÓN DEL ESTUDIO DE LA DISFUNCIÓN MANDIBULAR SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA. DESPUÉS SE ELABORAN LAS GUARDAS OCLUSALES SEGÚN LOS PASOS CLÍNICOS E INSTRUMENTALES QUE LOS REGLAMENTAN. POSTERIORMENTE CUANDO SE HAYA INTERCEPTADO TODO EL MAL FUNCIONAMIENTO SE HACE EL AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE MECÁNICO, SIGUIENDO LAS TÉCNICAS ADECUADAS. FINALMENTE, VENDRA LA ELECCIÓN SOBRE EL TIPO DE TRATAMIENTO DEFINITIVO, YA SEA DEL ORDEN PROSTODÓNTICO, ORTODÓNTICO Y/O QUIRÚRGICO.

1. GUARDAS OCLUSALES

GUARDAS OCLUSALES TAMBIEN LLAMADAS "PLACAS O PLATOS MIORRELAJANTES", "FÉRULAS OCLUSALES", "PLACAS DE MORDIDA", "GUARDAS NOCTURNAS" POR MENCIONAR LOS MAS CONOCIDOS. EL GUARDA OCLUSAL ES EL ÚNICO MÉTODO CONFIABLE, AL CUAL PODEMOS RECURRIR PARA LOGRAR LA TAN ANSIADA ESTABLE POSICIÓN DE RELACIÓN CENTRICA. SIN ESTA SERÍA IMPOSIBLE HACER OCLUSIÓN FISIOLÓGICA, PUES NUESTROS DIAGNÓSTICOS SE VERIAN INCOMPLETOS Y LA TOMA DE REGISTROS PANTOGRÁFICOS CONFIABLES SERIA IMPOSIBLE. POR OTRA PARTE, EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS DISFUNCIONALES TEMPOROMANDIBULARES SERÍA ATRAVÉS DE TERAPIAS MAS TARDADAS. COSTOSAS Y CON EXITO LIMITADO. POR CONSIGUIENTE, NUESTROS TRATAMIENTOS DENTALES NO ALIVIARAN NADA, SINO AL CONTRARIO, PERJUDICARIAN MAS LA ESTABILIDAD DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO, POR SER PURAMENTE MECÁNICOS Y NO ACORDES CON LA FISIOLÓGIA ORGÁNICA Y A LA LARGA, DESEQUILIBRARÍA MAS A NUESTROS PACIENTES CON EL RESULTADO QUE TODOS CONOCEMOS: LA SOMATIZACIÓN DE LAS TENSIONES EMOCIONALES A LA CAVIDAD ORAL, LO CUAL, POR SU PUESTO, NO TARDARIAN EN DESTRUIR TODO TIPO DE TRATAMIENTO REALIZADO Y MAS QUE NADA, LOS DIENTES.

ANTES DE PRESCRIBIR EL USO DE UN GUARDA OCLUSAL, ES NECESARIO REALIZAR UNA EXCELENTE HISTORIA CLÍNICA, MÉDICA Y ODONTOLÓGICA PARA TENER CERTEZA QUE ES CORRECTA SU INDICACIÓN.

1. INDICACIONES PARA EL USO DE LA GUARDA OCLUSAL

- PACIENTES CON PROBLEMAS DISFUNCIONALES TEMPOROMANDIBULARES.
- PACIENTES CON PARAFUNCIONES
- PACIENTES APREHENSIVOS EMOCIONALMENTE, AUN CON BUENAS RELACIONES

OCUSALES, PERO CON DISCREPANCIAS ENTRE OCLUSIÓN HABITUAL Y RELACIÓN CENTRICA, AUNQUE SÓLO USE GUARDA POR LAS NOCHES.

- TEMPORALMENTE EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO AJUSTE OCLUSAL.
- PACIENTES CON DISCREPANCIA ENTRE OCLUSIÓN HABITUAL Y RELACIÓN CENTRICA EN PRESENCIA DE SÍNTOMAS.
- PACIENTES QUE VAN A RECIBIR TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS ORTOGNÁTICOS PRE Y POS TRATAMIENTO.
- PACIENTES EN LOS QUE POR ALGÚN MOTIVO SE TENGA NECESIDAD DE CAMBIAR SUS RELACIONES OCLUSALES.
- PACIENTES CON GUÍA ANTERIOR DEFICIENTE, MIENTRAS SE DECIDE QUE TIPO DE TRATAMIENTO PERMANENTE SE REQUERIRA.
- PACIENTES EN REHABILITACION ORAL.
- COMO DIAGNÓSTICO, DIFERENCIAL, EN CASOS DONDE EXISTA DUDA DE SI LA PATOLOGÍA ES DE ORIGEN OCLUSAL O MIMÉTICO.
- PACIENTES EN TRATAMIENTO ORTODONTICO PRE Y POS TRATAMIENTO.
- PACIENTES CON ENSANCHAMIENTO DEL LIGAMENTO PARODONTAL, HIPERCEMENTOSIS, CÁLCULOS O NÓDULOS PULPARES, DE LOS CUALES SE SOSPECHE TRAUMA OCLUSAL.

EL TRATAMIENTO MEDIANTE GUARDA OCLUSAL, EN NINGUN CASO ES CORRECTIVO, POR SI MISMO, SINO PALIATIVO, Y SU ACCIÓN TERAPEUTICA SE HACE EFECTIVO SÓLO CON SU USO: Y CUANDO SE DEJA LOS PROBLEMAS SE INSTAURAN Y CONTINUAN. ESTO SE DEBE, QUE FISICAMENTE, LO QUE EL GUARDA OCLUSAL REALIZA DENTRO DE LA BOCA, ES INTERCEPTAR LA

INTERFERENCIA OCLUSAL, BLOQUEANDO EL ARCO REFLEJO PATOLÓGICO Y PERMITIENDO AL SISTEMA MUSCULAR REUBICAR A LA MANDÍBULA EN POSICIÓN CONVENIENTES.

OBJETIVOS PRINCIPALES

DETERMINAR UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE UNA DOLENCIA DISFUNCIONAL TEMPOROMANDIBULAR, Y UNA ENFERMEDAD PROPIA DE LA ARTICULACIÓN O UNA MEMÉTICA.

CONTROLAR EL MIO-ESPASMO DISFUNCIONAL.

INTERCEPTAR PARAFUNCIONES (APRETAMIENTO Y/O BRUXISMO).

ROMPER SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULARES,

II. CARACTERÍSTICAS

DEBE SER PLÁSTICO RÍGIDO, DE POCO GROSOR Y TRANSPARENTE.

LA SUPERFICIE OCLUSAL DEBE SER DELGADA (SIN QUE LO DEBILITE) Y PUEDE TENER PERFORACIONES PARA QUE SALGAN ALGUNAS CÚSPIDES QUE NO DEBERÁN ANTAGONIZAR Y QUE PUEDAN SERVIR COMO DE RETENCIÓN ADICIONAL.

LA OCLUSIÓN DEBE AJUSTARSE EN RELACIÓN CÉNTRICA MANDIBULAR PERMITIENDO EL APOYO OCLUSAL POSTERIOR DE LAS CÚSPIDES ESTAMPADORAS INFERIORES Y EL APOYO ANTERIOR DE LOS BORDES INCISALES INFERIORES SOBRE EL GUARDA.

LOS PRINCIPIOS DE LA OCLUSIÓN ORGÁNICA EN CUANTO A DISOCCLUSIONES ANTERIORES DEBEN PRODUCIRSE PARA EVITAR EL APRETAMIENTO Y/O REANUDAMIENTO Y PERMITIR RÁPIDAS DISOCCLUSIONES

POSTERIORES.

EL AJUSTE OCLUSAL DEL GUARDA SE HACE SIGUIENDO LOS MOVIMIENTOS DE LAS POSICIONES DIAGNÓSTICAS MANDIBULARES: LA PROTRUSIVA, LATERALIDAD DERECHA E IZQUIERDA, RELACIÓN CÉNTRICA.

DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS DIENTES SUPERIORES PARA EVITAR POSIBLES EXTRUSIONES DE LOS NO INCLUIDOS EN #L.

NO DEBE INTERVENIR EN EL ESPACIO DE LA LENGUA, BIEN PULIDO. EL CONTORNO PALATINO SE CONTORNEA DE MANERA QUE LOS BORDES INCISALES DE LOS INFERIORES OCLUYAN A ÁNGULOS RECTOS DE SUS EJES MAYORES.

LA EXTENSIÓN PALATINA CONDICIONADA A LA FORMA Y TAMAÑO DEL PALADAR Y POSIBILIDADES DE RETENCIÓN.

LA EXTENSIÓN VESTIBULAR CUBRE UN TERCIO DE LAS CORONAS ONDULANDO LOS CONTORNOS LABIALES Y BISELARSE EL BORDE LIBRE.

TODA LA SUPERFICIE EXCEPTO LA OCLUSAL SE PULE.

III. REQUISITOS

CUBRIR TOTALMENTE LAS CARAS OCLUSALES Y LOS BORDES INCISALES.

ESTABLE, SE LOGRA REBASÁNDOLO INTERIORMENTE CON ACRÍLICO, PARA SU RETENCIÓN.

TIEMPO DE USO DEL GUARDA OCLUSAL.

EL PACIENTE DEBERA USAR SU APARATO 24 HORAS AL DÍA EXCEPTO EN

LAS COMIDAS Y HABRÁ DE LLEVAR UNA DIENTA BLANDA MIENTRAS SE SOLUCIONA SU PROBLEMA, ¿CUANTAS SEMANAS, MESES O AÑOS DEBERA USAR EL GUARDA? ¿COMO SABER HASTA CUANDO ES NECESARIO SU USO?

LAS UNICAS FORMAS QUE TENEMOS PARA SABER CUANDO RETIRAR EL GUARDA OCLUSAL Y COMENZAR EL TRATAMIENTO DEFINITIVO SON LAS SIGUIENTES:

SE EFECTÚAN DIFERENTES TIPOS DE MEDICIONES, PALPACIONES MUSCULARES, Y OTROS PROCEDIMIENTOS QUE NOS DEMUESTRAN LA PATOLOGÍA EXISTENTE EN DETERMINADO PACIENTE, Y ESTOS DATOS QUEDAN REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA. AQUI VIENE EL PRINCIPAL PUNTO EN EL CUAL NOS BASAMOS PARA SABER CUANDO RETIRAR EL APARATO, ESTO ES, HASTA QUE LA SINTOMATOLOGÍA REGISTRADA EN LA HISTORIA CLINICA HAYA DESAPARECIDO, Y EL PACIENTE NO CAMBIE ENTRE UNA Y OTRA CITA SU POSICIÓN MANDIBULAR.

2. AJUSTE OCLUSAL

I. DEFINICIÓN

EL AJUSTE OCLUSAL SE PUEDE DEFINIR COMO PROCEDIMIENTO CORRECTIVO DE LOS CONTACTOS INTEROCCLUSALES, TENDIENTE A CONSEGUIR Y MANTENER LA CENTRICIDAD MANDIBULAR. COMPRENDE BASICAMENTE:

- a) EL ACOPLAMIENTO DE LOS DIENTES ANTERIORES.
- b) EL TALLADO SELECTIVO EN LOS DIENTES POSTERIORES.

II. OBJETIVOS

1.- HACER COINCIDIR OCLUSIÓN CÉNTRICA, ES DECIR, ELIMINAR EL DESLIZAMIENTO EN CÉNTRICA Y OBTENER UNA OCLUSIÓN EN RELACIÓN CÉNTRICA.

2.- REORIENTACION DE FUERZAS. AL ELIMINAR LAS INTERFERENCIAS, LAS FUERZAS DIRIGIDAS SOBRE EL DIENTE SE CONVERTIRÁN EN FUERZAS FUNCIONALES DIRIGIDAS HACIA SU EJE MAYOR, EVITANDO LAS MIGRACIONES MESIALES, DISTALES, VESTIBULARES O LINGUALES, PRODUCIENDO ESTABILIDAD DENTARIA.

3.- REDISTRIBUCION DE FUERZAS. CONSISTE EN LA REPARTICIÓN DE FUERZAS DE MANERA HOMOGENEA EN TODOS LOS DIENTES.

4.- LOGRAR CONTACTOS EN FORMA DE PUNTO. SE DEBEN ELIMINAR LAS SUPERFICIES DE CONTACTO EN EL AREA OCLUSAL Y CONVERTIRLAS EN PUNTOS DE CONTACTO QUE SON MAS FUNCIONALES Y PROPORCIONAN MAYOR ESTABILIDAD.

5.- OBTENER EL TRIPODE MÍNIMO FUNCIONAL. CONSTA DE UN CONTACTO PARADOR DE CÉNTRICA, UN CONTACTO B Y OTRO CUALQUIERA.

6.- RESTABLECER LA DIMENSION VERTICAL. SIEMPRE QUE HAYA PRESENCIA DE CONTACTOS PREMATUROS, LA DIMENSION VERTICAL EN RELACIÓN CÉNTRICA SE ENCUENTRA AUMENTADA. LA ELIMINACIÓN DE DICHS CONTACTOS PERMITIRA RESTITUIR UNA DIMENSION VERTICAL CORRECTA EN LA POSICION DE LA RELACIÓN CÉNTRICA.

7.- ELIMINAR LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA Y LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS.

III. MÉTODOS

LOS MÉTODOS PARA LOGRAR UN AJUSTE OCLUSAL PUEDEN SER MUY VARIADOS DEPENDIENDO DE CADA CASO PARTICULAR.

PARA LOGRAR EL ACOPLE DE LOS DIENTES ANTERIORES, SE PUEDE RECURRIR A:

- 1.- ORTODONCIA
- 2.- CIRUGÍA ORTOGNÁTICA
- 3.- ADICIÓN DE RESINAS
- 4.- MIOTERAPIA FUNCIONAL
- 5.- RESTAURACIÓN
- 6.- PLACAS NEURO-MIO-RELAJANTES SECCIONADAS

PARA LOGRAR EL AJUSTE OCLUSAL EN LA PARTE POSTERIOR:

- 1.- ORTODONCIA
- 2.- CIRUGÍA ORTOGNÁTICA
- 3.- RESTAURACIÓN
- 4.- TALLADO SELECTIVO

IV. TALLADO SELECTIVO .- ES UN PROCEDIMIENTO BASADO EN LA SUSTRACCIÓN DE TEJIDO DENTARIO O MATERIAL DE RESTAURACIÓN CAUSANTE DE INTERFERENCIA OCLUSALES.

1. INDICACIONES.- RESULTA DIFÍCIL ENUMERAR LAS INDICACIONES PRECISAS DEL TALLADO SELECTIVO COMO PARTE DEL AJUSTE OCLUSAL POR QUE ES ALGO QUE HAY QUE TENER PRESENTE DURANTE LOS DIFERENTES PERÍODOS DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DE UN PACIENTE. SIN EMBARGO SE PUEDEN ENUMERAR ALGUNOS CASOS EN LOS CUALES SE HACE NECESARIO UN PROCEDIMIENTO COMPLETO DE TALLADO SELECTIVO:

a) OCLUSIÓN DE CLASE I QUE PRESENTA DISARMONÍA ENTRE OCLUSIÓN DENTARIA Y RELACIÓN CENTRICA.

b) ANTES DE PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES.

- c) DURANTE LA PRUEBA DE RESTAURACIONES COLADAS.
- d) DESPUÉS DE TRATAMIENTOS DE ORTODONCIA O CIRUJÍA ORTOONÁTICA.
- e) DURANTE TRATAMIENTOS DE OPERATORIA.

2. CONTRAINDICACIONES .- PUESTO QUE EL TALLADO SELECTIVO CONTITUYE UN PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO DEFINITIVO, EN EL CUAL SE VA A ELIMINAR TEJIDO DENTARIO QUE NO SE VOLVERA A RECUPERAR, ESTA CONTRAINDICADO EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1.- SIEMPRE QUE NO SE PURDA LOGRAR ACOPLE DE DIENTES ANTERIORES:

- a) MORDIDA ABIERTA ANTERIOR
- b) RELACION BORDE A BORDE DE INCISIVOS
- c) MORDIDA CRUZADA

2.- ANTES DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS U ORTODÓNCICOS.

3. CUIDADOS

a) DIAGNÓSTICO CORRECTO. EL CASO DEBE HABER PASADO POR UN ESTUDIO COMPLETO INCLUYENDO MONTAJE DE MODELOS DE ESTUDIO, JUEGO DE RADIOGRAFIAS, HISTORIA CLÍNICA, ETC.

b) EMERGENCIAS. TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA O DE PERIODONCIA Y OPERATORIA.

c) NEURO-MIO-RELAJACIÓN. ANTES DE REALIZAR UN PROCEDIMIENTO DE TALLADO SELECTIVO ES NECESARIO QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE RELAJADO PARA QUE PURDA SER LLEVADO A RELACIÓN CENTRICA CON

FACILIDAD. IDEALMENTE DEBE ESTAR USANDO UNA PLACA NEURO-MIO-RELAJANTE O UN DESPROGRAMADOR ANTERIOR, Y DEBE ESTAR LIBRE DE SINTOMATOLOGÍA A NIVEL ARTICULAR O MUSCULAR.

d) PRETALLADO. EL TALLADO SELECTIVO NUNCA DEBE REALIZARSE DIRECTAMENTE SOBRE EL PACIENTE. DEBE HACERSE ANTES UN MODELO DE ESTUDIO MONTADO EN UN ARTICULADOR Y ESTAR COMPLETAMENTE SEGURO DE QUE ES POSIBLE CONSEGUIR LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.

e) CREAR SURCOS. SIEMPRE SE DEBEN TALLAR FORMANDO SURCOS EN LOS DIENTES, IMITANDO LA ANATOMÍA NORMAL. NUNCA CREAR SUPERFICIES PLANAS.

f) TALLAR SOBRE ESMALTE. NUNCA SE DEBE TALLAR SOBRE DENTINA PORQUE SE PRODUCIRIAN PROBLEMAS DE SENSIBILIDAD. SIEMPRE QUE SE PUEDA TALLAR SOBRE MATERIALES DE OBTURACIÓN ES PREFERIBLE QUE TALLAR SOBRE DIENTE.

g) TALLAR DEPRESIONES. SIEMPRE QUE SEA POSIBLE SE DEBE TALLAR DEPRESIONES Y NO ELEVACIONES. SE PROFUNDIZA LA FOSA EN VEZ DE TALLAR EL VÉRTICE DE LA CÚSPIDE. SIN EMBARGO CUANDO LA INTERFERENCIA SEA PRODUCIDA POR LA EXTURSION DE UNA CUSPIDE HABRÁ QUE TALLARLA INDISCUTIBLEMENTE.

h) INDUCIR LOS MOVIMIENTOS DE TRABAJO. PARA OBTENER EL MOVIMIENTO DE LATERALIDAD REAL DEL PACIENTE, ES NECESARIO INDUCIRLO, PUES EL PACIENTE POR SI SOLO PRODUCE UN MOVIMIENTO LATERAL APRENDIDO QUE PARTE DE RELACIÓN CENTRICA Y QUE EVITA LAS INTERFERENCIAS EN LOS MOVIMIENTOS INDUCIDOS.

i) CONTACTOS PAREJOS. LAS MARCAS QUE SE OBTENGAN EN LOS

CONTACTOS CORRESPONDEN A PARADORES DE CIERRE Y EQUILIBRADORES DEBEN SER DE LA MISMA INTENCIDAD PARA OBTENER UNA REPARTICIÓN PAREJA EN LAS FUERZA.

J) REPARTIR LOS DESGASTES SIEMPRE QUE SE VA A DESGASTAR CUSPIDES ESTAMPADORES ESPECIALMENTE, DEBEN REPARTIR LAS TALLAS ENTRE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES.

4. TÉCNICAS.- EXISTEN INFINIDAD DE TÉCNICAS Y MÉTODOS PARA EJECUTAR UN TALLADO SELECTIVO, Y GRAN VARIEDAD DE MODIFICACIONES PERO SE ENUMERARAN ENTONCES LAS TÉCNICAS MAS IMPORTANTES QUE HAN SURGIDO.

a) TÉCNICA DE SKYLER. PARTE DE OCLUSIÓN DENTARIA HACIA EXCÉNTRICAS. SE TALLA ÚNICAMENTE EN LOS DIENTES SUPERIORES.

b) TÉCNICAS DE JAN KELSON. PARTE DE OCLUSIÓN DENTARIA HACIA EXCÉNTRICA. SE TALLA ÚNICAMENTE EN LOS DIENTES INFERIORES.

c) TÉCNICA DE STUART. PARTE DE EXCÉNTRICAS HACIA RELACIÓN CÉNTRICA. SE TALLA EN AMBOS MAXILARES. ES EL PRIMERO QUE PIENSA EN LA NECESIDAD DE LLEVAR AL PACIENTE A CÉNTRICA ATRAVÉZ DEL AJUSTE OCLUSAL, Y TODAS LAS TÉCNICAS QUE SE UTILIZAN ACTUALMENTE SON MODIFICACIONES A LA TÉCNICA DE STUART.

5. PASOS A SEGUIR EN EL TALLADO SELECTIVO.

- 1.- USO DE ESPACIADORES PARA LLEVAR AL PACIENTE A CÉNTRICA.
- 2.- ELIMINAR EL DESLIZAMIENTO EN CÉNTRICA.
- 3.- ACOPLA DE DIENTES ANTERIORES.

- 4.- ELIMINAR INTERFERENCIAS EN TRABAJO.
- 5.- ELIMINAR INTERFERENCIAS EN PROTRUSIÓN.
- 6.- ELIMINAR INTERFERENCIAS EN BALANCE.
- 7.- RECTIFICAR QUE LOS CONTACTOS SEAN PUNTOS Y NO SUPERFICIES.

1.- USO DE ESPACIADORES, PARA LLEVAR AL PACIENTE A CÉNTRICA. SE COLOCAN LOS ESPACIADORES DE MANERA QUE MANTENGAN LA CÉNTRICA Y SE VA RETIRANDO LÁMINA POR LÁMINA. CADA VEZ QUE SE RETIRA UNA LÁMINA, SE INTERROGA AL PACIENTE POR LA PRESENCIA DE CONTACTOS, SE MARCAN CON PAPEL DE ARTICULAR Y SE ELIMINAN UTILIZANDO FRESAS DE CARBURO DE CORTE LISO PREFERIBLEMENTE. SE DESCARTAN TODOS LOS CONTACTOS HASTA LLEGAR A UNA LÁMINA. GENERALMENTE LOS CONTACTOS QUE APARECEN EN ESTE MOMENTO SON ESTABILIZADORES, QUE SON LOS CAUSANTES DE LAS INTERFERENCIAS. CUANDO SE ESTA CERCA A LA POSICIÓN DE CÉNTRICA PUEDEN EMPEZAR A APARECER LOS PARADORES DE CIERRE. EN LO POSIBLE, SE DEBE EVITAR DICHOS CONTACTOS HASTA QUE NO SEA ESTRICTAMENTE NECESARIO. EL ARTICULADOR SE DEBE CERRAR TODO EL TIEMPO EN CÉNTRICA SIN LLEGAR A LA MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN PARA EVITAR CONFUSIONES CON LAS MARCAS.

2.- ELIMINAR EL DESLIZAMIENTO EN CÉNTRICAS: CUANDO SE LLEGA A UNA LÁMINA SE RECTIFICA SI HAY DESLIZAMIENTO EN CÉNTRICA. SI EXISTE ÉSTE, SE TALLA DE LA MARCA HACIA MESIAL EN EL MAXILAR SUPERIOR, RESPETANDO LA PORCIÓN MAS DISTAL QUE ES EL CONTACTO B. SE DEBE TALLAR EN FORMA DE SURCO, EMITANDO EL SURCO DE BALANZA POR DONDE ESCAPARA LA CÚSPIDE ESTAMPADORA ANTAGONISTA EN EL MOVIMIENTOS DE BALANZA. ESTE SURCO TOMA UNA DIRECCIÓN MESIOPALATINA EN EL MAXILAR SUPERIOR.

EN EL MAXILAR INFERIOR SE TALLA DE LA MARCA HACIA DISTAL RESPETANDO LA PORCIÓN MAS MESIAL HACIENDO SU SURCO QUE LLEVARA UNA DIRECCIÓN DISTOVESTIBULAR (SURCO DE BALANZA).

3.- ACOPLA DE DIENTES ANTERIORES: UNA VEZ ELIMINADO EL DESLIZAMIENTO EN CENTRICA SE DEBE PROCEDER A ACOPLAR LOS DIENTES ANTERIORES, SI ÉSTOS NO QUEDAN ACOPLADOS CON LA ELIMINACIÓN DE LAS INTERFERENCIAS POSTERIORES.

ÉSTO PUEDE REALIZARSE CON LA ADICIÓN DE RESINAS CON LAS CARAS PALATINAS DE LOS ANTERIORES SUPERIORES EN LOS BORDES INCISALES DE LOS ANTERIORES. LA CANTIDAD DE RESINA QUE SE VA A ADICIONAR SE HA DETERMINADO PREVIAMENTE EN EL ARTICULADOR MEDIANTE LA ADICIÓN DE CERA.

CUANDO SE HA DECIDIDO UTILIZAR LA PLACA SECCIONADA ANTERIOR, POR IMPOSIBILIDAD DE LOGRAR ACOPLA A TRAVES DE OTRO METODOS, ÉSTA DEBE CONFECCIONARSE EN LA MISMA CITA, PARA EVITAR QUE EL DESPLAZAMIENTO RECURRA. LO MISMO QUE SI SE TRATA DE LA ADICIÓN DE RESINAS. EL CORRECTO ACOPLA DE LOS DIENTES ANTERIORES CONSISTE EN LA DESOLUCIÓN POSTERIOR DURANTE LOS MOVIMIENTOS EXCÉNTRICOS. AL COLOCAR EL PAPEL DE ARTICULAR, DEBE MARCAR UNA TRAYECTORIA CONTÍNUA TANTO EN PROTRUSIVA COMO EN LATERALIDADES. SI NO LO MARCA, INDICA QUE HAY ALGUNA INTERFERENCIA POSTERIOR EN CENTRICAS; EN ESTE CASO SE ANADIRA MAS RESINA O SE DESGASTARÁ EL CONTACTO POSTERIOR SEGÚN EL CASO.

4.- ELIMINAR INTERFERENCIAS EN TRABAJO: PARA BUSCAR LAS INTERFERENCIAS EN LA POSICIÓN DE TRABAJO QUE SE DEBE INDUCIR EL MOVIMIENTO LATERAL. ALGUNOS AUTORES ACONSEJAN HACERLO DE

EXCÉNTRICA A POSICIÓN BORDE A BORDE DE CANINOS A CÉNTRICA, EJERCIENDO LA DE CÉNTRICA A EXCÉNTRICA. LO IMPORTANTE ES SABER INTERPRETAR EL TRAZO, Y SABER QUE SE PUEDE TALLAR.

LAS INTERFERENCIAS DE TRABAJO SE PRESENTAN ENTRE LAS CÚSPIDES DE SOPORTE CON LAS CÚSPIDES DE CORTE, DE MANERA QUE SE DEBE TALLAR SIEMPRE EN LAS CÚSPIDES DE CORTE: VESTIBULARES SUPERIORES Y LINGUALES INFERIORES. EN LOS SUPERIORES SE TALLA DE LA MARCA HACIA VESTIBULAR, RESPETANDO LA PORCIÓN MAS INTERNA QUE ES EL CONTACTO EN CÉNTRICA. EN EL INFERIOR SE TALLA HACIA LINGUAL, RESPETANDO EL CONTACTO EN CÉNTRICA QUE ES UN CONTACTO. ES ACONSEJABLE MARCAR EL CONTACTO EN CÉNTRICA CON UN COLOR Y LA TRAYECTORIA LATERAL EN OTRO PARA DIFERENCIAR MAS FACILMENTE.

5.- ELIMINAR INTERFERENCIAS EN PROTRUSIÓN: SE LLEVA AL PACIENTE DE POSICIÓN BORDE CÉNTRICA. SE ELIMINAN LAS INTERFERENCIAS EXACTAMENTE IGUAL QUE EN TRABAJO.

6.- ELIMINAR INTERFERENCIAS EN BALANCE: SE DEBE REDUCIR EL MOVIMIENTO LATERAL QUE SE INDICÓ EN TRABAJO. LAS INTERFERENCIAS SE PRODUCEN A EXPENSAS DE LAS CÚSPIDES DE SOPORTE, Y SE TALLA EXACTAMENTE IGUAL COMO SE INDICÓ PARA LAS INTERFERENCIAS EN CÉNTRICAS.

7.- RECTIFICAR QUE LOS CONTACTOS SEAN PUNTOS Y NO SUPERFICIES: EL NUMERO DE SESIONES QUE SE EMPLEEN PARA ESTE PROCEDIMIENTO PUEDE VARIAR DE ACUERDO A CADA CASO PARTICULAR. LO IMPORTANTE ES TENER EN CUENTA DE QUE EL ACOPLE DE LOS DIENTES ANTERIORES DEBE REALIZARSE EN LA MISMA SESIÓN EN QUE SE LLEVA AL PACIENTE A CÉNTRICA PARA EVITAR EL DESLIZAMIENTO. LA TÉCNICA PUEDE

MODIFICARSE DE ACUERDO AL CRITERIO DEL OPERADOR. LO IMPORTANTE ES QUE LOS PRINCIPIOS ENUNCIADOS EN RELACIÓN A CENTRICIDAD MANDIBULAR Y ACOPLAMIENTO DE DIENTES ANTERIORES SE CUMPLAN.

CONCLUSIONES

CONOCER LA ANATOMÍA DE LA REGIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y REGIONES DE SU ALDEREDOR ES BÁSICO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL BRUXISMO.

LA OCLUSIÓN, SUS FUNDAMENTOS Y LEYES PROPORCIONAN GRAN AYUDA PARA DIFERENCIAR UNA OCLUSIÓN ORGÁNICA DE UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA.

LA DINÁMICA MANDIBULAR ES IMPORTANTE CONOCERLA PARA TENER UNA MAYOR VISION DE LAS REGIONES DONDE SE PUEDA ENCONTRAR UNA INTERFERENCIA EN CUALQUIERA DE LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA.

EL HABLAR DE UN TRATAMIENTO PALIATIVO Y/O DEFINITIVO ES IMPORTANTE TENER CONOCIMIENTO SOBRE LA AMPLIA GAMA DE TRATAMIENTOS DESDE EL IDEAL HASTA EL MENOS IDEAL, ASI COMO EN CASOS EN LOS CUALES HAYA QUE COMBINAR UN PALIATIVO CON UN DEFINITIVO.

RECONOCER TODO LO RELACIONADO CON EL BRUXISMO NOS AYUDA A DIFERENCIARLO DE OTRAS MALOCLUSIONES SEMEJANTES Y PODER DAR UN TRATAMIENTO CON UN DEFINITIVO.

RECONOCER TODO LO RELACIONADO CON EL BRUXISMO NOS AYUDA A DIFERENCIARLO DE OTRAS MALOCLUSIONES SEMEJANTES Y PODER DAR UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO.

EL ELABORAR UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA Y REALIZAR UN EXAMEN ORAL COMPLETO NOS GUÍA A UN CAMINO MEJOR EN LO RELACIONADO AL DIAGNÓSTICO.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.-ECHEVERRI GUZMAN ENRIQUE
SENCHERMAN KOVALSKI GISELE
NEUROFISIOLOGÍA DE LA OCLUSIÓN
EDICIONES MONSERRATE LTDA. BOGOTÁ COLOMBIA 239 PÁGINAS.
- 2.-ESPINOZA DE LA SIERRA RAÚL
TRATADO DE GNATOLOGÍA
EDICIONES IPSO, AOC.
PRIMERA EDICIÓN, MÉXICO 1983.
- 3.-MARTÍNEZ ROSS ERIK
OCLUSIÓN
VICOVA EDITORES, S.A.
SEGUNDA EDICIÓN IMPRESO Y HECHO EN MÉXICO 252 PÁGINAS.
- 4.-MARTÍNEZ ROSS ERIK
PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE OCLUSIÓN
ORGÁNICA
EDICIONES MONSERRATE LTDA. BOGOTÁ COLOMBIA
PRIMERA EDICIÓN 1984, 403 PÁGINAS.
- 5.-MARTÍNEZ ROSS ERIK
DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR
GRUPO FACTA EDITORES (TALLER EDITORIAL, S.A.)
PRIMERA EDICIÓN IMPRESO Y HECHO EN MÉXICO, 109 PÁGINAS.
- 6.-NEFF. D.D.S. PETER A.
OCLUSION AND FUNCTION
GEORGETOWN UNIVERSITY SCHOOL OF DENTISTRY 1975, 59 PÁGINAS.

7.-QUIROZ GUTIERREZ FERNANDO

ANATOMÍA HUMANA

EDITORIAL PORRÚA, S.A. MÉXICO

TOMO I

DÉCIMA OCTAVA EDICIÓN CORRHOIDA Y AUMENTADA, 491 PÁGINAS.

8.-RAMSFORD ASH

OCLUSIÓN

NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V.

MÉXICO-ARGENTINA

TRADUCIDO AL ESPAÑOL POR IRINA COLL. PRIMERA EDICIÓN

EN ESPAÑOL 1968. SEGUNDA EDICIÓN EN ESPAÑOL 1972.

400 PÁGINAS.

9.-RIPOL GUTIERREZ CARLOS

PROSTODONCIA CONCEPTOS GENERALES

TOMO I PRIMERA EDICIÓN MÉXICO, D.F. 1983

PROPIEDAD DE PROMOCIÓN Y MERCADOTECNIA ODONTOLÓGICA,

S.A. DE C.V., 637 PÁGINAS.