UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGÍA

OCLUSION TRAUMATICA. SU IMPORTANCIA Y SU RELACION CON EL PARODONTO

T E S I S

que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

JOSE LUIS SANCHEZ PEREZ

MEXICO, D. F. 1969

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

OCLUSION TRAUMATICA. SU IMPORTANCIA Y SU RELACION CON EL PARODONTO

JOSE LUIS SANCHEZ PEREZ

Mexico, 1969

SANCHEZ PEREZ 1969

A MIS PADRES:

No podría expresar el cariño que siento hacia ellos, por la comprensión que siempre me dieron, y por el respeto, admiración y amor que les tengo.

A MI MADRE, *Refugio Pérez de Sánchez:*

Me faltan palabras con que agradecerte tu cariño, tu ternura y tu amor, por los cuales siempre seguí el camino debido.

A MI PADRE, *José Sánchez López:*

Por tu inapreciable ayuda que siempre recibí, por tus consejos y tu experiencia para la realización de todo lo que anhelé.

A MIS HERMANOS
Constantino y Fernando

A MIS CUÑADAS
María Luisa y Celia

Al Sr. Dr. Rafael Lozano Orozco:

Con respeto y admiración para el maestro y amigo que siempre me guió y también por la ayuda en la dirección de este trabajo, recordándolo por siempre.

A mi escuela, a mis maestros y a mis amigos:

Con el recuerdo de muchos días maravillosos en su compañía.

Al Sr. Ing. Miguel Larios Sialla:

Mi amigo, con estimación, agradeciendo su ayuda y sus atenciones.

AL H. JURADO

A MIS FAMILIARES

A TODOS MIS AMIGOS

SUMARIO

OCLUSION TRAUMATICA. SU IMPORTANCIA Y SU RELACION CON EL PARODONTO

I. Prólogo 11

II. Oclusión céntrica y oclusión funcional 13

III. Tejidos de sostén de los dientes. *El parodonto* ... 19

IV. Trauma de la oclusión 25

V. Conclusiones 29

VI. Bibliografía 31

TEMA NÚM. 1:

PROLOGO

Es de gran importancia tanto para el Cirujano Dentista como para el paciente, el conocer lo que puede causar una oclusión traumática, ya que ésta inicia un síndrome de la articulación temporomandibular; también produce destrucción de los tejidos de sostén del diente o dientes.

La conservación de la salud del ligamento parodontal y del hueso alveolar se puede obtener, logrando que las fuerzas de la oclusión estén dentro de los límites fisiológicos de estos tejidos. Por lo tanto, para obtenerlo es importante eliminar los puntos prematuros de contacto y el bruxismo; o bien, establecer la anatomía funcional por medio de caras masticatorias de metal, elaboradas para el diente o dientes en particular.

En este trabajo trataré de explicar lo más claro posible, todo lo concerniente al problema, después de hacer la revisión de la literatura al respecto.

Siento una satisfacción en cada momento de mi profesión que es tan noble y la disfruto en la práctica diaria con el gusto particular que me da el dejar satisfechos plenamente a mis pacientes y a mí, ya que la Odontología que se practica, si no es la perfecta, es la que deberíamos hacer en todo el mundo para el servicio y salud de la humanidad en general.

JOSÉ LUIS SÁNCHEZ PÉREZ

TEMA NÚM. 2:

OCLUSION CENTRICA Y OCLUSION FUNCIONAL

Considero que una oclusión es normal para un determinado individuo si capacita al aparato masticatorio para efectuar sus funciones en tanto que todas las estructuras asociadas conserven su salud e integridad.

Las relaciones oclusales en la fase adulta del desarrollo pueden clasificarse de la siguiente manera:

1. Posición fisiológica de descanso.
2. Oclusión céntrica.
3. Oclusión funcional.

Es imprescindible que antes de explicar estas relaciones oclusales, veamos algo sobre la ubicación de los dientes, su estudio y oclusión.

El estudio de la ubicación de los dientes y de su oclusión se ocupa de la fase del desarrollo en que se alcanza el plano oclusal adulto, o sea, que los procesos generales de crecimiento y desarrollo están terminados, y los huesos faciales se encuentran en su grado máximo de desarrollo y crecimiento. Antes de los 20 ó 25 años de su vida, la colocación de los dientes, sus relaciones oclusales y la forma del plano oclusal en relación con la altura intermaxilar, están variados constantemente. Estas relaciones variables están condicionadas por el crecimiento y desarrollo de los huesos del cráneo, cara y de los maxilares y por los músculos de la masticación y de la cara.

El plano oclusal adulto no es una relación estática o fija. Siempre habrá cambios que aunque no son cambios de crecimiento, dichos cambios en condiciones normales si dependen de las funciones.

Los dientes de cada arcada están colocados en forma de arco; las coronas de los dientes anteriores superiores se inclinan hacia fuera, hacia los labios y algunas veces estos dientes están colocados en línea recta, pero eso depende de la forma del arco y del crecimiento en general del individuo.

Sabemos que el diente anterior más prominente es el canino superior. Este tiene marcada convexidad mediodistal; su borde incisal es más grande también, ya que hay veces que llega más allá de los bordes incisales de los incisivos.

Los caninos superiores están más labializados que los incisivos centrales y laterales superiores y sus raíces son más grandes que cualquier incisivo y su línea gingival está más alta.

Los incisivos laterales superiores son un poco más cortos en su relación con el plano oclusal que los centrales.

Todos los dientes anteriores se inclinan unos 5 grados aproximadamente hacia la línea media desde el eje central.

Los posteriores son más o menos paralelos a este eje.

Los primeros premolares superiores están en posición de rotación intensa en la arcada y, por lo tanto, su ángulo mésiobucooclusal se toca con el ángulo distoincisal del canino superior.

La corona anatómica del primer premolar es más larga que la del segundo, pero las caras oclusales de ambos quedan aproximadamente en el mismo plano; esto se debe a su implantación, pero la línea gingival del segundo premolar está más cerca del plano oclusal que la del primer premolar.

Los molares están en posición y ocupan su lugar después de los premolares, sujetándose a que según la forma de la arcada, es la colocación y posición que éstos tienen.

Las caras masticatorias de todos los dientes, consideradas juntas, se denominan plano oclusal.

Existe una curva que forma parte del plano oclusal: el punto inferior de esta curva es la cima de la cúspide mesiobucal del primer molar superior; esta curva se llama *Curva de Spee*.

La arcada inferior es ligeramente menor en su contorno periférico, por lo tanto las coronas de los dientes anteriores superiores quedan superpuestas a las coronas inferiores anteriores; con esto quiero decir que el borde incisal de los anteriores inferiores toca la cara lingual de los anteriores superiores (oclusión céntrica).

Las coronas de los anteriores inferiores están inclinadas labialmente y los ápices de las raíces están implantados más profundamente que los superiores, hacia el aspecto lingual.

Los caninos inferiores son los dientes más prominentes de toda la arcada inferior. Al igual que los caninos superiores, su cara incisal se extiende oclusalmente más allá de las caras incisales de los incisivos inferiores. Aunque los centrales inferiores son un poco más grandes en su corona que los laterales, aquéllos se desgastan en su borde incisal por la masticación y por lo tanto los cuatro dientes forman un margen recto y afilado que forma un plano continuo y uniforme.

Los dientes posteriores de la arcada inferior están colocados en forma similar a los posteriores superiores, el plano de sus caras de oclusión forma una curva complementaria al de los posteriores superiores.

Como resumen de lo anteriormente dicho aquí doy una guía de las denticiones, que aunque en la práctica muchas veces no es igual, esta guía se apega a lo normal:

DIENTES TEMPORALES (20 dientes):

Orden	*Nombre*	*Edad*
1	Incisivos centrales inferiores	De los 6 a los 8 meses.
2	" superiores	De los 7 a los 9 meses.
3	" laterales superiores	De los 8 a los 10 meses.
4	" " inferiores	De los 10 meses hasta el año.
5	Primeros molares superiores e inferiores	De 1 año hasta año y medio.
6	Caninos superiores e inferiores	De 1 año a 2 años.
7	Segundos molares	De 2 años a 2 años y medio.

DIENTES PERMANENTES (consta de 32 dientes):

Orden	*Nombre*	*Edad*
1	Primeros molares superiores o inferiores	6 años.
2	Incisivos centrales inferiores	7 años.
3	" " superiores	8 años.
4	" laterales superiores o inferiores	9 años.
5	Primeros premolares superiores o inferiores	10 años.
6	Segundos premolares superiores o inferiores	11 años.
7	Caninos superiores o inferiores	12 años.
8	Terceros molares superiores o inferiores	17 a 25 años o más.

Estos terceros molares pueden o no hacer erupción o quizás ni formarse; también pueden existir dientes supernumerarios.

Todos los dientes, por la masticación, sufren desgaste incisal, por eso observamos que al hacer erupción, sobre todo los anteriores, no tienen su borde incisal recto; esto lo logra la masticación.

Después de este estudio de la ubicación de los dientes, hablaré sobre las relaciones oclusales:

1. *Posición fisiológica de descanso.* Es la relación que se obtiene entre la arcada superior y la arcada inferior cuando la mandíbula está en posición de descanso y sin funcionar. En esta posición existe un relajamiento de todos los músculos de la masticación, de los de la deglución y los que controlan la lengua. Los dientes, tanto superiores como inferiores, no están en contacto, por lo que existe un espacio entre esos dientes llamado espacio libre. Este espacio no es más que una de las tres entidades clínicas de la posición fisiológica de descanso. Las otras dos corresponden a la relación de los labios y la posición de la lengua: cuando existe una posición fisiológica de descanso normal, los labios están en contacto y la punta de la lengua toca las caras linguales de los incisivos centrales superiores; esta posición de la lengua puede variar.

2. *Oclusión céntrica.* Es la relación de contacto que hay entre los dientes, los labios se aprietan, la lengua se aplana, los músculos de la masticación se contraen.

Si hay un contacto incisal de los dientes anteriores superiores con los anteriores inferiores, esta relación de contacto se llamará mordida de borde a borde. Existe también una relación anterior que se presenta en la superoclusión; ésta se llama "sobremordida".

Fisiológicamente, la mordida de borde a borde está considerada como la más conveniente, en la relación de contacto

entre los dientes anteriores, sólo sus caras incisales constituyen las áreas masticatorias.

La relación anterior que se presenta con mayor frecuencia es la superoclusión (sobremordida); en ella, los dientes anteriores superiores se sobreponen a los anteriores inferiores. El grado de la superoclusión varía desde una relación de contacto entre los dientes anteriores opuestos cerca de sus caras incisales, hasta una relación de superoclusión extrema.

En casos muy raros, las caras incisales de los dientes anteriores inferiores están en contacto con la encía palatina.

Oclusión Funcional.

La posición de descanso y la oclusión céntrica no tienen relación con la función activa de la masticación; durante ésta, las relaciones de posición de los dientes opuestos son teóricamente infinitas. El movimiento libre de la mandíbula que se describe como de rotación o deslizamiento, es posible gracias a la naturaleza de la articulación temporomandibular, los músculos de la masticación y la colocación y relaciones oclusales de los dientes.

Las relaciones de posición de los dientes se clasifican en las que se realizan durante los movimientos laterales de la mandíbula y las que se realizan durante los movimientos anteroposteriores de la misma.

La región o lado que funciona activamente en la masticación recibe el nombre de lado o región que trabaja; el lado opuesto se denomina lado de soporte o de equilibrio.

Existe un contacto oclusal en el lado que trabaja muy marcado y un contacto oclusal menos marcado en el lado de equilibrio.

Existe una masticación unilateral, esto es, cuando algunas personas se han habituado a masticar con un sólo lado; esto se puede deber a muchos factores: alguna alteración, dolor, molestia al apretar, contacto prematuro en ese lado de fosa cúspide o alguna base emocional.

TEMA NÚM. 3:

TEJIDOS DE SOSTEN DE LOS DIENTES

EL PARODONTO

El periodoncio es el conjunto de tejidos de revestimiento y de soporte del diente o dientes.

Entre estos tejidos tenemos: el ligamento parodontal, la encía, el cemento y el hueso alveolar. Consideramos al cemento como parte del parodonto porque el cemento y el hueso sirven para la inserción de las fibras del ligamento parodontal.

En estado de salud la encía tiene color rojo coral muy variable; según el cutis de la persona, presenta punteado y está adherida a la porción cervical de los dientes, los márgenes delgados y papilas bien formadas.

La encía normal se divide en encía marginal, insertada e interdental. A la encía marginal algunos autores le llaman encía no insertada y rodea a los dientes a modo de collar y está separada de la encía insertada adyacente, por una suave depresión lineal que es el surco marginal y forma la pared blanda del surco gingival.

SURCO GINGIVAL: Está alrededor del diente o dientes y limitados a un lado por éste o éstos y por el otro, por el epitelio que forma el margen libre de la encía; es una depresión en forma de V. Gottlieb dice que la profundidad ideal del surco es 0, aunque otros autores dan de 1.8 a 2 mm.

BIBLIOTECA CENTRAL
U. N. A. M.

ENCÍA INSERTADA: Es continuación de la encía marginal, se encuentra firme, resilente y fuertemente unida al cemento y hueso alveolar subyacentes.

Está separada de la mucosa alveolar por la línea mucogingival. En la encía insertada a veces encontramos los términos de encía cementaria y encía alveolar para designar las diferentes porciones de la encía insertada, de acuerdo con su zona de inserción.

ENCÍA INTERDENTAL: Ocupa el espacio interproximal por debajo de la zona de contacto de los dientes.

Consiste en dos papilas, una vestibular y otra lingual, en la arcada inferior y vestibular y palatina en la superior; cada papila interdental en forma piramidal. Su cara externa va disminuyendo hacia la zona de contacto interdental y las caras mesial y distal son ligeramente cóncavas.

Cuando falta el contacto con el diente vecino, la encía se une firmemente al hueso interdental y forma una superficie redondeada sin papila interdental ni col.

Se le denomina col a la depresión que existe en el cuello mesial o distal de los dientes y formado por las dos papilas intrdentales, la vestibular y la palatina.

MEMBRANA PARODONTAL: La membrana parodontal o ligamento parodontal inserta el diente al alvéolo y se consideran cuatro grupos:

1. Grupo de la cresta alveolar, que se extiende desde ésta a la región cervical del diente.

2. Grupo horizontal, que corre perpendicularmente desde el diente hasta el hueso alveolar.

3. Grupo oblicuo, cuyas fibras se insertan en el cemento y se dirigen oblicuamente en dirección coronal.

4. Grupo apical, que se extiende desde el hueso hasta el diente. Todos estos grupos sostienen al diente o dientes contra las fuerzas a que está expuesto. Sin embargo, la estructura de la membrana parodontal cambia con frecuencia para satisfacer las necesidades funcionales.

La porción principal de la membrana parodontal está compuesta de haces de fibras colágenas y se extienden desde el cemento hasta el hueso alveolar, ancladas en el tejido duro (fibras de Sharpey).

CEMENTO: Es un tejido duro cuya sustancia intercelular está calcificada. Se dispone en capas alrededor de la raíz dentaria; existen dos tipos de cemento: acelular y celular. El primero es claro y *no tiene estructura*, está formado por cementoblastos, que depositan la sustancia pero no quedan en ella, como ocurre en el tipo celular. El cemento acelular cubre la porción cervical del diente y muchas veces se extiende sobre casi toda la raíz, con excepción de la porción apical, donde hay cemento celular que es parecido al hueso.

El cemento crece por aposición de nuevas capas una sobre otra. Los cambios funcionales ejercen una influencia muy grande en el crecimiento del cemento.

El cemento suele ser más delgado en zonas lesionadas por fuerzas oclusales excesivas, pero también puede encontrarse en estas zonas engrosamiento del cemento.

Existe un aumento excesivo en el grosor del cemento: a esto se le llama hipercementosis (hiperplasia del cemento). Lo podemos localizar en un diente o en toda la dentadura.

HUESO ALVEOLAR:

Se llama proceso alveolar a la porción de hueso que forman los alvéolos de los dientes. Consiste en hueso esponjoso encerrado por densas láminas corticales. La pared del alvéolo

adyacente al ligamento peradontal es delgada y relativamente densa. El tabique interdental está formado por hueso esponjoso. El proceso alveolar funciona como una unidad; todas sus partes participan en el soporte de los dientes.

Irrigación. Existe una lámina dura en la pared interna del alvéolo y está perforada por numerosos canales por los que pasan vasos sanguíneos y linfáticos y nervios que unen al ligamento parodontal con el ligamento esponjoso del hueso alveolar; el aporte sanguíneo al hueso deriva de los vasos del ligamento parodontal, de los espacios medulares y de pequeñas ramas de vasos periféricos que atraviesan las láminas duras.

CONCLUSIONES DE ESTE CAPÍTULO (EFICIENCIA MASTICATORIA):

Se ha descrito como integrante del envejecimiento fisiológico a una ligera atrofia progresiva de la musculatura oral, pero es más probable que la reducción de la eficiencia masticatoria en individuos de edad sea debida a la falta de reemplazo de dientes ausentes, dientes móviles, dentaduras mal adaptadas o falta de las mismas. La reducción en la eficiencia masticatoria lleva a malos hábitos masticatorios y a la posibilidad de trastornos digestivos.

Está comprobado que una dieta rica en proteínas y vitaminas y escasa en carbihidratos y grasas es beneficiosa en individuos de edad avanzada.

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PARODONTALES:

El diagnóstico constituye el reconocimiento de la naturaleza del proceso patológico. El estudio de las lesiones parodontales revela que estos procesos pueden ser clasificados en tres grandes grupos con subdivisiones:

I. INFLAMACIÓN:

a) Gingivitis.
b) Parodontitis.

II. DISTROFIA:

a) Atrofia por desuso.
b) Traumatismo oclusal (capítulo siguiente).
c) Parodontitis.

III. COMBINACIONES:

a) Gingivitis y traumatismo oclusal.

I (a) GINGIVITIS: Inflamación de la encía, con aumento de volumen, pérdida del punteado, enrojecimiento, cambio del contorno fisiológico y tendencia a sangrar fácilmente.

I (b) PARODONTITIS: Es una secuela de la gingivitis en la que el proceso inflamatorio ha avanzado apicalmente y afecta a la apófisis alveolar, existen bolsas parodontales supraóseas e infraóseas.

II (a) ATROFIA: No existe una inflamación sino una reducción en el tamaño del parodonto y puede ser el resultado de la pérdida de la función.

Tema Núm. 4:

TRAUMA DE LA OCLUSION

Stillman y Mc Call definen a la oclusión traumática como un esuerzo oclusal anormal, capaz de producir una lesión de los tejidos parodontales.

Según Box, existen tres tipos de oclusión traumática:

1° *Primaria:* En ésta existe un factor oclusal anormal con un factor parodontal normal. Ejemplos: hábitos perniciosos, contactos prematuros en céntrica y en los movimientos funcionales y una musculatura subdesarrollada.

2° *Secundaria:* El factor oclusal es normal, pero el parodontal es anormal. Ejemplos: éxiste pérdida de tejidos de sostén, existe una relación corona-raíz desfavorable por formación de grandes coronas acampanadas y raíces cortas cónicas o fusionadas.

3° *Combinada:* El factor oclusal y el parodontal son anormales.

Efecto del traumatismo oclusal sobre el parodonto:

Se había pensado que el traumatismo oclusal podía producir una bolsa parodontal y que era responsable de muchas de las alteraciones clínicas observadas en los tejidos gingivales, pero ahora estamos de acuerdo en que el traumatismo por sí no iniciará tales modificaciones; estas modificaciones se producen en el aparato de inserción.

Sabemos que las fuerzas que nos dañan en el traumatismo son las que actúan en dirección lateral, las transformaciones histológicas en la zona de presión.

Se manifiestan como hialinización de las fibras principales del parodonto, trombosis de los vasos y diferenciación de osteoclastos sobre la superficie ósea con reabsorción. Si la fuerza es intensa, la compresión del parodonto producirá una necrosis y los osteoclastos se diferencian si el diente se aleja del traumatismo; las transformaciones son reversibles. En el traumatismo oclusal las fuerzas suelen ser del tipo que somete al diente a movimientos laterales oscilantes: la resorción ósea se produce en todas las direcciones, el parodonto se ensancha y el diente se afloja.

RESUMEN DE LA RELACIÓN ENTRE EL TRAUMATISMO OCLUSAL Y EL PARODONTO:

1° El traumatismo oclusal, en ausencia de irritaciones locales de intensidad suficiente para afectar a la encía, alterará el aparato de inserción sin producir modificaciones gingivales significativas ni bolsas.

2° La presencia de irritaciones locales con una oclusión normal, causará una gingivitis o parodontitis de un grado dependiente de la intensidad de la irritación.

3° En la gingivitis y la parodontitis por irritaciones locales más un traumatismo oclusal, éste predispondrá para una extensión más rápida de la inflamación con formación de bolsa.

4° El factor general y la resistencia del huésped ejercerán una influencia importante sobre las situaciones precedentes.

DIAGNÓSTICO DEL TRAUMA DE LA OCLUSIÓN:

1° Movilidad dental (¿qué grado de movilidad?).

2° Facetas de desgaste y desgaste excesivo de los dientes (es un diagnóstico para los hábitos tensionales de apretamiento y rechinamiento).

3° Migraciones dentales (si existe o no pérdida de sostén parodontal).

4° Historia de hábitos de apretamiento y rechinamiento de dientes. (Las desarmonías oclusales son con frecuencia la causa existente de los hábitos.)

5° Perturbaciones que afecten la articulación temporomandibular y la musculatura anexa.

Signos radiográficos:

a) Ensanchamiento del espacio del ligamento parodontal.

b) Resorción radicular.

c) Hipercementosis.

d) Cambios en la densidad de la lámina dura y el patrón trabecular de hueso alveolar del sostén.

Etiología del trauma oclusal:

Las maloclusiones, los dientes ausentes, restauraciones defectuosas, la formación de patrones de desgaste disparejos y de hábitos, se cuentan entre los factores primarios más comunes; pueden actuar aislados o en combinación. Los dientes que han perdido soporte parodontal por enfermedad o por presentar una relación corona-raíz desfavorable, son incapaces de adaptarse a las fuerzas normales de oclusión.

Equilibrio oclusal:

Sabemos que la corrección de las desarmonías oclusales por medio del desgaste selectivo, es una técnica útil pero tiene sus limitaciones, ya que para alcanzar los resultados desea-

dos a menudo se requiere el movimiento ortodóndico, la reconstrucción oclusal o una combinación de métodos.

Si se usa el movimiento ortodóncico, debe hacerse con conocimiento total de la ortodoncia, del curso que van a seguir los dientes, de su utilidad y del tiempo requerido que se van a dejar en posición los dientes, ya sea con un aparato ortodóncico (placa) o con bandas, ya que existen innumerables casos vistos en la práctica, que los dientes tienden a volver a su posición anterior y por lo tanto muchos casos ortodóncicos han fallado por movimientos posteriores al tratamiento ortodóncico. Además, si observamos una encía y un estado general satisfactorio del parodonto, no tenemos porque corregir un trauma de la oclusión con un tratamiento ortodóncico.

REHABILITACIÓN OCLUSAL:

Para este medio tenemos que existen varios pasos a seguir, según el plan de tratamiento.

El término de rehabilitación oclusal, según el Dr. Alexander Cohn, designa los procedimientos empleados para restaurar la dentadura con el propósito de establecer relaciones funcionales óptimas y se debe conseguir una fonética y estética aceptables. La rehabilitación oclusal comprende la aplicación de diversas fases de la odontología, como desgaste selectivo, movimiento ortodóncico (hablado anteriormente), de los dientes y restauración de dientes o de parte de los mismos.

Todos estos procedimientos deben estar coordinados de

b) Ferulización. Es muy limitada su ayuda en la rehabilitación oclusal. Existen diferentes tipos de férulas.

c) Reconstrucción protética también nos ayuda a la rehabilitación colusal, pero más bien ésta nos sirve para restaurar la función normal del aparato masticatorio por medio de aparatos fijos o removibles.

TEMA NÚM. 5:

CONCLUSIONES

1. Debemos considerar en primer lugar la posición de los dientes que tengan como base una oclusión céntrica y una oclusión funcional que esté considerada como normal, es decir, que nos dé los resultados requeridos.

2. Es imprescindible conocer el parodonto y llevar una estrecha relación con él, ya que es uno de los pilares fundamentales en el funcionamiento de los dientes y que sabemos que es ahí donde se inicia el trauma de la oclusión.

3. Teniendo todos estos conocimientos y tomando en cuenta lo que cada cirujano dentista en su práctica personal pueda ayudar, ya no nada más a determinado individuo, sino a su organismo, tendremos un diagnóstico, un plan a seguir, las conclusiones adecuadas y un tratamiento ciento por ciento curativo.

TEMA NÚM. 6:

BIBLIOGRAFIA

Anatomía Dental. M. Diamond. (Segunda Edición 1962).

Apuntes de la cátedra del Sr. Dr. Rafael Lozano Orozco. 1967.

Chasensi. Odontología Clínica de N. A. Serie VI. Vol. 16. pp. 83-89.

Jankelson B. Dental Oclusion and Articulation. Clínica Dental N. A. 1962. pp. 69-82.

Oclusión. Odontología clínica de N. A. Serie V. Vol. 16. pp. 34-88-90-191.

Periodoncia. Goldman. Schluger. Cohen. Chaikin. Fox. 1960. primera edición.

Periodontología Clínica. Glickman L. Tercera edición. 1964.

Stallar and Stuart. C. F. Concepts of Oclusion. Clínica N. A. 1963.