

119
2 ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

AJUSTE OCLUSAL

T E S I S A

QUE PARA OBTENER

EL TITULO

DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

PRIMO HERNANDEZ ESCUDERO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

1991.



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

AJUSTE OCLUSAL (PROTOCOLO)

INTRODUCCION

OCCLUSION

Concepto general de la oclusión.

Oclusión funcional.

POSICION Y MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Movimientos limite y posiciones del maxilar inferior
con relación al plano sagital.

Movimientos limite y posiciones del maxilar registrados
en un plano horizontal.

Trayectos del movimiento.

Interferencias.

Movimiento condilar.

Oclusión céntrica.

Topes en céntrica.

Relación céntrica mandibular.

Dimensión vertical

Guía.

ORIENTACION

Curva de Spee.

Curva de Wilson.

Plano de Frankfort.

IMPRESIONES Y MODELOS

Procedimiento de montaje.

AJUSTE OCLUSAL

Ajuste sobre los modelos.

Valor del ajuste de los modelos de estudio.

Decisiones durante el procedimiento.

Contactos en relación céntrica.

TERMINACION DEL AJUSTE

En relación céntrica.

En lado de trabajo.

En lado de balance.

En protrusivo.

Principios del ajuste.

Bordes marginales.

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

AJUSTE OCLUSAL

Un paciente que requiere una prótesis es casi seguro que tendrá una oclusión desequilibrada a causa de la pérdida de la continuidad en una o las dos arcadas.

Esto se deberá sobre todo, a los dientes adyacentes al espacio que al modificar su posición producen interferencias.

Por eso antes del tallado de los dientes pilares debe examinarse toda la oclusión y de ser necesario corregirla para evitar cualquier problema con la fisiología del aparato masticatorio.

El Dr. S. D. Tylman menciona que cuando no está indicada la ortodoncia oclusal, el ajuste oclusal por desgaste selectivo suele ser la fase terapéutica oclusal. El procedimiento puede limitarse solo a la eliminación del contacto causante del síntoma o la creación de un esquema oclusal óptimo y una relación maxilomandibular diferente.

Teoría y práctica de la prostodoncia fija. TYLMAN Editorial Intermedica. Edición 1981

El Dr. Brian J. Parkins opina que una vez obtenida una impresión precisa de los pilares del puente, la zona del pónico, es necesario registrar la oclusión no solo en relación céntrica sino también en otras posiciones maxilomandibulares.

Protesis fija D. H. ROBERTS.

Editorial Médica Panamericana. Edición 1979

HERNANDEZ ESCUDERO PRIMO

TEL. 6 72 07 06

INTRODUCCION

El objetivo de la odontología moderna es mantener la anatomía y la fisiología de la totalidad del aparato masticatorio y no tratar a los dientes como si fueran entidades individuales e independientes.

La finalidad que se fija el odontólogo tiene mucho más alcance que el mero cuidado de los dientes y de sus estructuras de soporte.

El estudio de la oclusión abarca más que el simple examen de las relaciones entre diente y diente y entre cúspide y fosa, basado sobre este concepto de la relación estrecha que hay entre la forma del diente y la función del sistema estomatognático, el método de equilibración oclusal permite al odontólogo distribuir las fuerzas ejercidas sobre los dientes en un número máximo de ellas y a los componentes de las estructuras del diente a sus límites fisiológicos.

Cuando existen interferencias oclusales durante posiciones estáticas o movimientos dinámicos de la oclusión los dientes que reciben el contacto inicial soportan el embate más fuerte de esta carga.

Un paciente no tiene que tener necesariamente enfermedad periodontal, dientes flojos, chasquido o dolor de la articulación temporomandibular para que se le haga un ajuste oclusal.

La relación armoniosa entre los dientes, la articulación temporomandibular y los músculos de la masticación es el objetivo básico de un enfoque biológico y funcional de la odontología.

OCLUSION

Se puede definir como el contacto oclusal de todas las superficies de los dientes; Aunque realmente es la relación funcional entre un sistema integrado por dientes, estructuras de soporte, articulación y componentes neuromusculares.

CONCEPTO GENERAL DE LA OCLUSION

Para lograr un tratamiento eficaz es preciso disponer de un sistema que pueda ponerse en práctica para establecer una oclusión funcional o prevenir una disfunción.

El concepto debe ser lo bastante flexible para poder aplicarlo a los diversos problemas oclusales que surgen en odontología clínica ya sea por ortodoncia, trastornos funcionales, reconstrucción total o parcial para cualquier tipo de práctica dental.

Además debe de incluir ideas prácticas razonables y aceptables desde el punto de vista fisiológico sobre oclusión céntrica, dimensión vertical, posición de descanso guía mandibular y estabilidad oclusal.

OCLUSION FUNCIONAL

Se refiere a un estado de la oclusión en que las superficies oclusales no presentan obstáculos o interferencias para los movimientos suaves de deslizamiento de la mandíbula. Debe existir libertad para el cierre y ser guiada a oclusión céntrica y relación céntrica, en la cual dichas relaciones de contacto oclusal contribuyen a su estabilidad.

Cuando las superficies de contacto de los dientes en oclusión (interface oclusal) presentan relaciones mas funcionales se le considera como norma oclusión. Por lo que será necesario un dispositivo mecánico que simule los maxilares y movimientos mandibulares del paciente. Esta simulación se lleva a cabo en un articulador en el que se transfieren al articulador los modelos de las arcadas dentarias del paciente con sus respectivas posiciones funcionales.

Para poder igualar la posición de la boca del paciente que se transportará a este instrumento, debe poseer elementos que imiten la articulación temporomandibular, así mismo tener un mecanismo para ajustar el contacto de los dientes de los modelos.

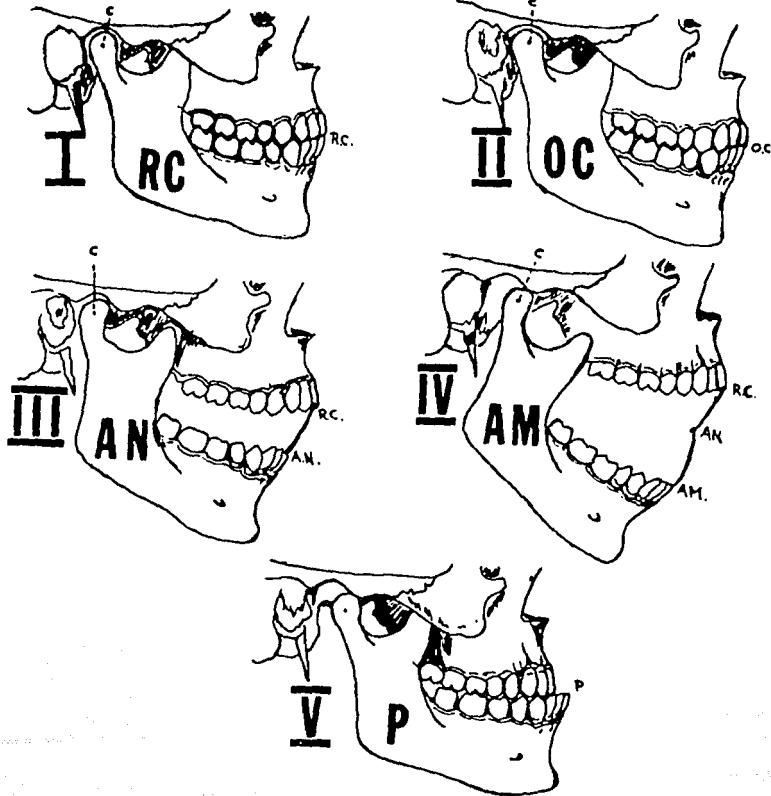
Para colocar los modelos en el articulador de modo que los arcos de cierre sean los mismos que en la boca, el modelo superior será la relativa a los cóndilos y el inferior será el de la mandíbula con sus respectivos movimientos en relación céntrica, oclusión céntrica, así como en la posiciones lateral y protrusiva.

POSICION Y MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Para estudiar la oclusión funcional se describen las siguientes posiciones mandibulares:

Oclusión céntrica, relación céntrica y posición de descanso en el plano sagital, así como lado de trabajo y balance en los planos horizontal o frontal.

Las posiciones condilares se definen en lados de trabajo (son movimientos de rotación), y de balance (describiendo una orbita).

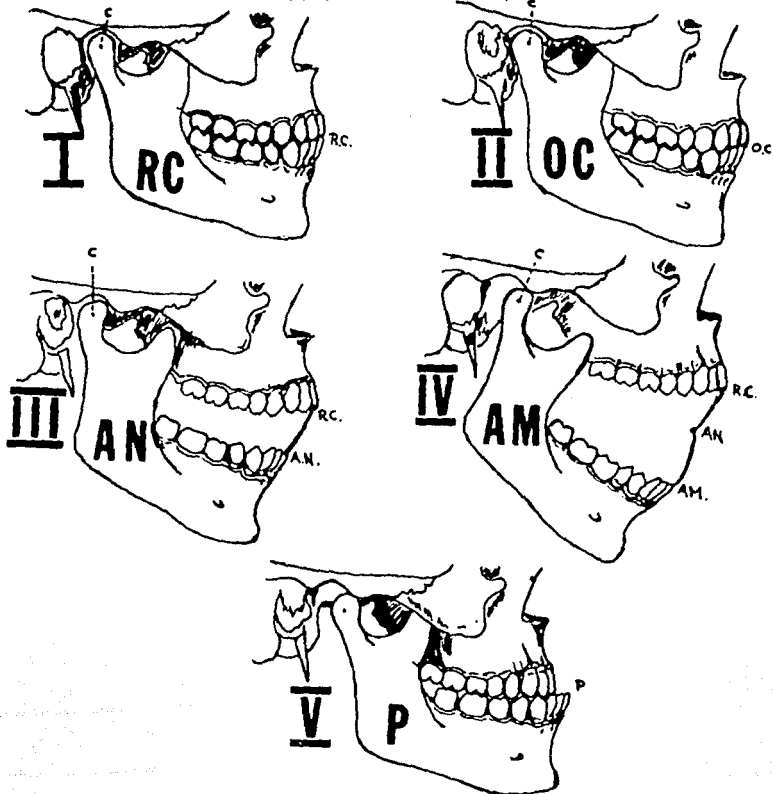


POSICION Y MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Para estudiar la oclusión funcional se describen las siguientes posiciones mandibulares:

Oclusión céntrica, relación céntrica y posición de descanso en el plano sagital, así como lado de trabajo y balance en los planos horizontal o frontal.

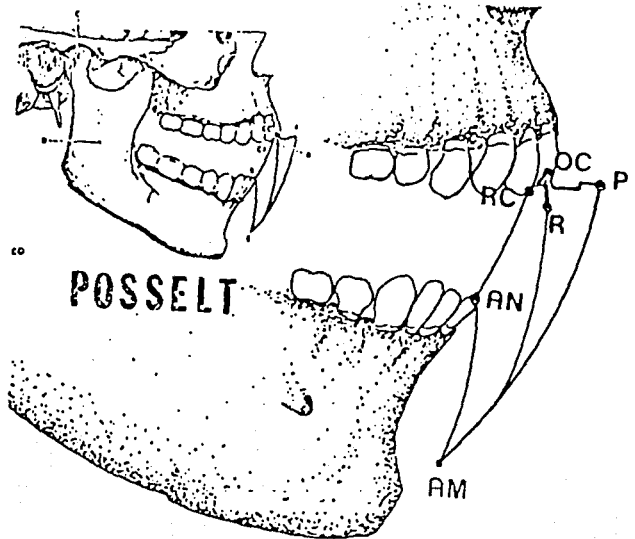
Las posiciones condilares se definen en lados de trabajo (son movimientos de rotación), y de balance (describiendo una órbita).



MOVIMIENTOS LIMITE Y POSICIONES DEL MAXILAR INFERIOR CON RELACION AL PLANO SAGITAL

"POSSELT demostro que los movimientos limite del maxilar inferior son reproducibles en un plano sagital.

Si el maxilar inferior es llevado hacia abajo ya sea por el paciente o el operador, se puede trazar un movimiento de bisagra para los incisivos inferiores desde relación céntrica hasta apertura normal (una distancia aproximadamente de 18 a 25 mm.) el eje de bisagra en este movimiento que es estacionario y por lo general se localiza dentro de los cóndilos "



MOVIMIENTOS LIMITE Y POSICIONES DEL MAXILAR REGISTRADOS EN UN PLANO HORIZONTAL

Al igual que los registros en un plano sagital, los movimientos del maxilar inferior se hacen perpendiculares al plano horizontal marcando el trazo Gysi también conocido como arco gótico.

Estos movimientos se pueden registrar en varios grados de apertura.

Partiendo desde relación céntrica (llamada punto de flecha en el trazo de Gysi).

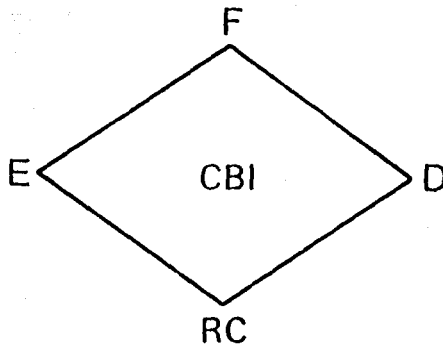


Fig. 1-2. Envolvente de los movimientos límite (plano horizontal). RC, relación céntrica; E, lateral izquierdo; F, protrusivo; D, lateral derecho; CBI, contacto de borde incisal.

TRAYECTOS DEL MOVIMIENTO

Los trayectos que recorren las cúspides de soporte durante los movimientos mandibulares pueden superponerse sobre el dibujo de los dientes. Los trayectos del movimiento así como su relación con las restauraciones y la terapéutica oclusal deben ser examinados para cada cúspide de soporte.

INTERFERENCIAS

La interferencia en oclusión céntrica se le llama contacto prematuro en céntrica. Un contacto sobre el lado de balance que provoca la desoclusión de los dientes sobre el lado de trabajo o el desplazamiento de un diente del lado de balance se le designa como "interferencia de balance".

Un contacto oclusal sobre el lado de trabajo que estorba los movimientos de deslizamiento suave se le conoce como "interferencia de trabajo".

Es un contacto oclusal que provoca cambios de los dientes anteriores o un movimiento exagerado de estos durante protrusiva así como cualquier contacto posterior durante dichos movimientos a excepción de mordida anterior abierta.

En los modelos montados, las interferencias únicamente se aprecian en base a los efectos de desoclusión e interferencia con los movimientos de deslizamiento suave.

MOVIMIENTO CONDILAR

Además de la rotación y traslación de los cóndilos durante los movimientos mandibulares, se ha sugerido la existencia de un desplazamiento lateral inmediato y progresivo del cóndilo. Sin embargo el movimiento lateral sobre el lado de trabajo puede ser menor con los dientes en contacto que cuando no hay guía. Aunque es difícil estimar la exactitud del desplazamiento lateral no es difícil incorporarlo al articulador

OCLUSION CENTRICA

Oclusión céntrica o posición intercuspídea. Se denomina como la máxima intercuspidad de las superficies oclusales mandibulares con sus antagonistas superiores.

En los modelos de yeso piedra que están montados en el articulador, los dientes no son sometidos a las fuerzas oclusales que ocurren cuando el paciente es quien produce la oclusión céntrica, por lo tanto no es la intercuspidad completa que se produce en la boca del paciente.

Estos errores no son grandes pero deben tenerse en cuenta para el análisis de los contactos oclusales en los modelos del articulador.

La oclusión céntrica es quizás la más importante de los dientes, además es la posición terminal de las últimas etapas de masticación y deglución.

Se debe tener en cuenta que al hacer una restauración debe haber cierto grado de ajuste o adaptación natural de la función o de la estructura. Si no se hace el ajuste a un punto de contacto prematuro pueden surgir trastornos de la articulación temporomandibular y los músculos.

Al no adaptarse el diente que lleva la restauración alta puede observarse un traumatismo de origen oclusal de las estructuras periodontales. Estos cambios pueden acabar en desplazamiento o desviación de los dientes y de la oclusión céntrica, además influyen en ésta factores como presión de los dientes, bruxismo, desgaste desestabilidad oclusal, perdida de dientes y restauraciones inadecuadas.

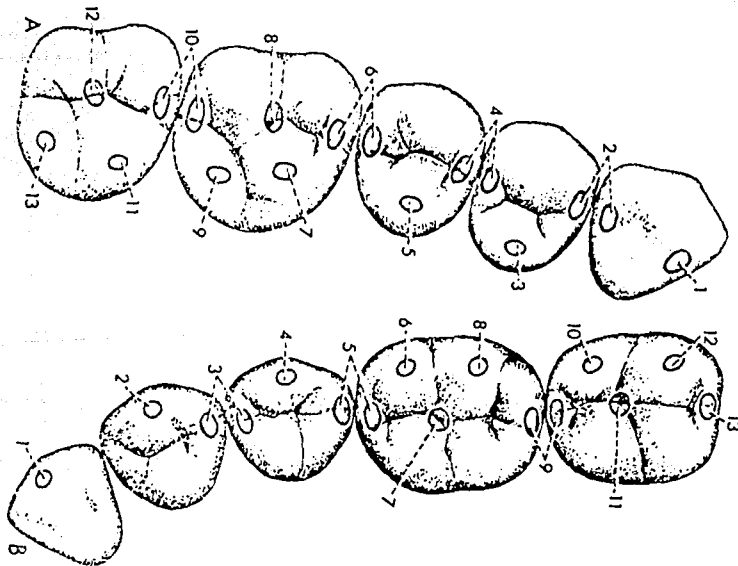
Cuando hay cambio o destrucción en este tipo de oclusión, al reconstruir la boca completa es necesario ajustarse lo mas posible a la dimensión vertical, así como a los componentes horizontales (lateral y anteroposterior) ya que no existe un método científico para determinarla.

TOPES EN CENTRICA

Se refiere a los contactos oclusales entre las cúspides de soporte y las fosas o crestas marginales cuando los dientes están en oclusión céntrica y en terminos odontológicos la oclusión puede definirse como clase I normal (clasificación de Angle).

La presencia, posición y características morfológicas de las cúspides, fosas y crestas marginales que son topes céntricos influyen en la dimensión vertical y en su estabilidad.

Es preciso observar las relaciones de contacto para cada cúspide de soporte. Así , por ejemplo la cúspide vestibulo distal del primer molar inferior ocluye en la fosa central de primer molar superior etc.



RELACION CENTRICA MANDIBULAR

Es la relación que existe entre los maxilares cuando los músculos de la masticación están relajados y los cóndilos se hallan en la parte más superior, posterior y media de la cavidad glenoidea.

La rotación de la mandíbula alrededor de un eje transversal cruzando los cóndilos recibe el nombre de eje de bisagra terminal.

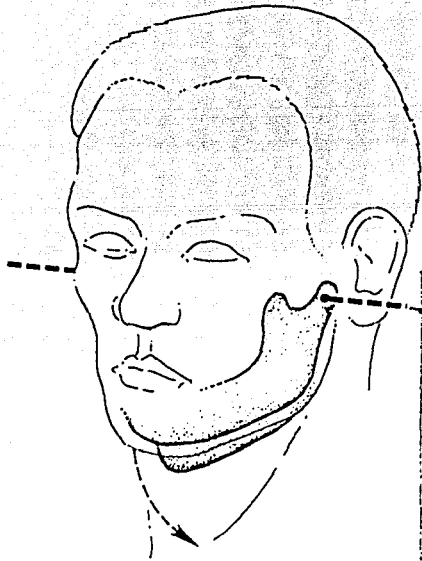
Su ubicación puede determinarse con gran precisión mediante aparatos, o estimarse con resultados aceptables y recibe el nombre de eje arbitrario de bisagra.

Al establecer la relación entre la mandíbula y los dientes con el eje de bisagra del paciente, la relación del modelo puede relacionarse con el eje de bisagra del articulador.

Para transferir esta información al articulador se coloca en relación céntrica la mandíbula y captando la relación entre las arcadas dentales en cera reblandecida por calor y colocada entre las superficies oclusales.

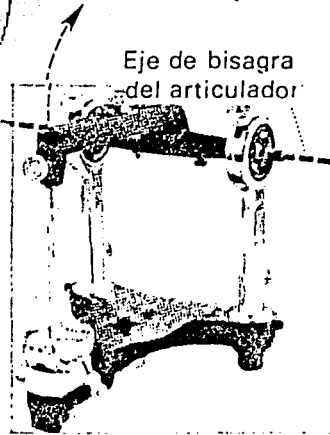
Al enfriar este registro de mordida se utilizará para relacionar el modelo inferior con el superior en el articulador.

Con esto se montará el modelo mandibular en el articulador en relación con el movimiento del eje de bisagra del paciente, por lo que el articulador y paciente tendrán un eje de bisagra común.



Abertura de eje de bisagra

Abertura sobre eje de bisagra



Eje de bisagra del articulador

Eje de bisagra. Tanto el eje de bisagra terminal del paciente como el del articulador son un marco de referencia común en ambos.

Si el montaje al articulador es correcto, todos los contactos durante los movimientos laterales y protrusivos deben reproducirse en el articulador.

Pero si los modelos son montados en oclusión céntrica y no en relación céntrica no podrán realizarse los contactos retrusivos distales a la oclusión centrica.

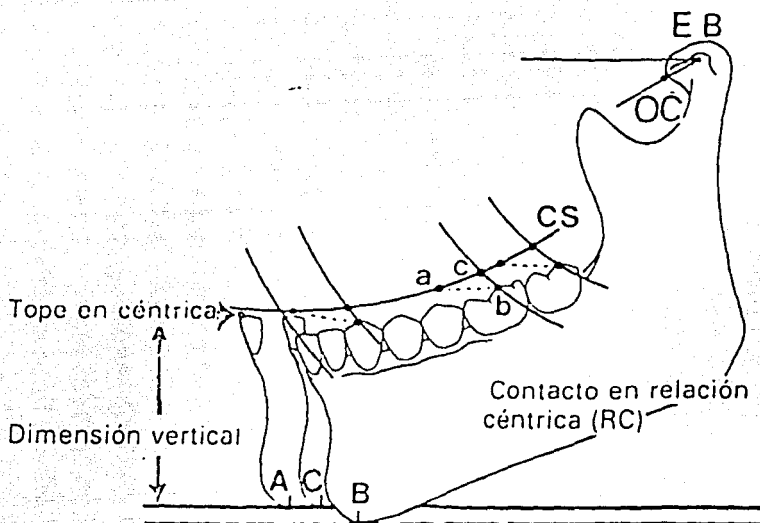
DIMENSION VERTICAL

En oclusión la dimensión vertical como medida de altura del tercio inferior de la cara es de poca utilidad práctica en las restauraciones multiples o parciales.

Sin embargo como componente de la oclusión centrica tiene importancia biológica para el mantenimiento de los topes en centrica y la estabilidad de la oclusión.

El aumento de esta dimensión puede provocar la intrusión o extrusión de los dientes anteriores y trastornos funciones del aparato masticatorio como el sindrome de disfunción temporomandibular o ambas.

Uno de los principios generales de la odontología restauradora es mantener la Dimensión vertical de oclusión en restauraciones totales parciales o multiples.



Deslizamiento en céntrica. Estando la mandíbula en relación céntrica (RC) el movimiento sobre el eje de bisagra (EB) da lugar a cierre sobre una interferencia oclusal en *b*. Estando la mandíbula en esta posición la dimensión vertical es B. Si el contacto prematuro (CP) en relación céntrica desaparece, el deslizamiento en céntrica se elimina y la dimensión vertical (C) es la misma que en A (oclusión céntrica) A a C y *a a c* representan libertad en céntrica o céntrica larga. La dimensión vertical en relación céntrica iguala a la dimensión vertical en oclusión céntrica.

En un juego de modelos montados en un articulador la dimensión vertical esta determinada por el contacto de los dientes en la posición de intercuspidadación y debe mantenerse independientemente de los cambios hechos en las superficies oclusales por el vástago incisal y los soportes del elemento condilar del articulador.

Es necesario que el articulador esté en cero ó programar la mesa de la guía incisal, para evitar el desgaste provocado por el frote de los modelos entre si y la consiguiente perdida de la dimensión vertical.

Para aumentar la dimensión vertical intencionalmente es preciso montar el modelo mandibular utilizando el registro de relación céntrica y es necesario ajustar el vástago incisal de modo que pueda tocar el centro de la mesa incisal a nivel de la dimensión vertical aumentada.

GUÍA

En la regulación de los movimientos mandibulares realizada por músculos de la masticación participan sistemas sensitivos como el periodonto, lengua, articulación temporomandibular, músculos, tendones y piel.

Además durante el contacto dental, las superficies oclusales limitan el cierre no solo físicamente, sino también guían a los dientes hacia la oclusión céntrica.

Al deslizarse las superficies oclusales una sobre otra, sus características morfológicas son las que guían el movimiento..

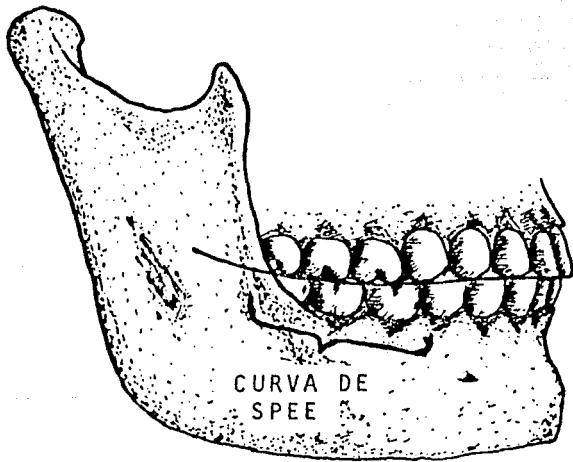
La guía proporcionada por el canino suele llamarse guía canina; por los incisivos guía incisiva; por los dientes anteriores guía anterior; por las articulaciones guía condilar.

Actualmente ningún articulador puede programarse para reproducir los estímulos de todos los componentes del sistema masticatorio.

ORIENTACION

CURVA DE SPEE .

Este termino se refiere a la curvatura de las superficies de oclusión de los dientes desde el vértice del canino inferior y siguiendo las cúspides vestibulares de las piezas dentales posteriores del maxilar inferior (denominada curva de compensación para las dentaduras

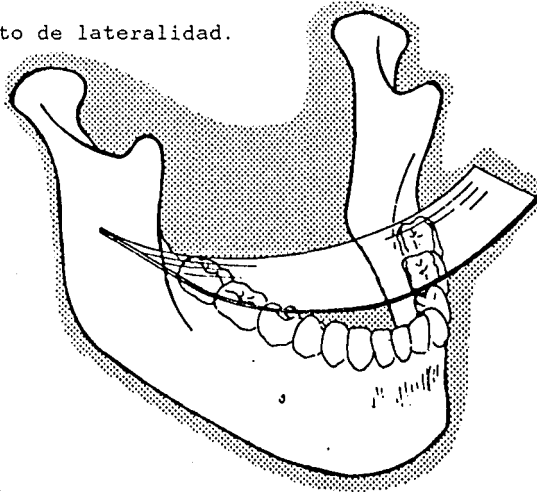


CURVA DE WILSON

En el plano frontal los dientes están dispuestos siguiendo una curva de concavidad superior. La inclinación lingual de los dientes posteriores de la mandíbula coloca a las cúspides vestibulares en un plano más elevado que el de las cúspides linguales .

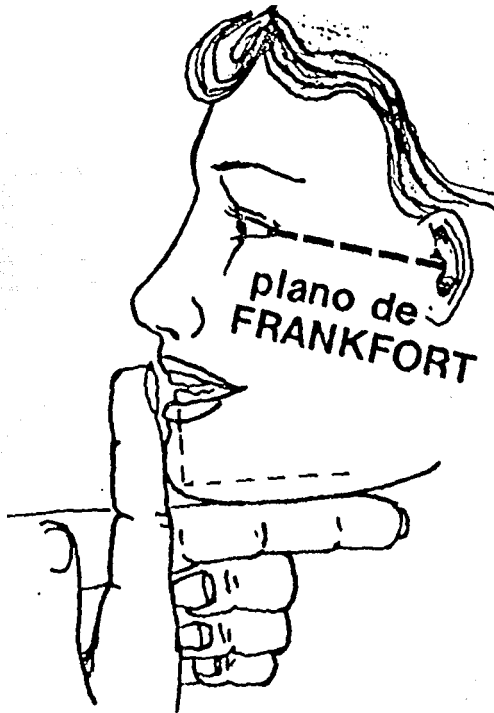
Asi mismo, la inclinación vestibular de los dientes posterosuperiores ubica a las cúspides vestibulares en un plano más elevado que el de las cúspides palatinas.

Esta curva de compensación, asociada con el entrecruzamiento vestibular de los dientes posteriores, permite un deslizamiento oclusal armonioso de las cúspides vestibulares inferiores sobre las vertientes internas de las cúspides vestibulares superiores, durante el movimiento de lateralidad.



PLANO DE FRANKFORT

Solo es un plano de orientación (de la orbita al tragus). sin embargo los modelos no estarán orientados en relación a éste si al articulador no fueran trasferidos los puntos oseos de referencia anterior (orbitario) y posterior (Porióñ)



IMPRESIONES Y MODELOS

Para lograr una buena impresión es necesario tener en cuenta la profilaxis de los dientes del paciente para evitar imperfecciones de la superficie relacionada con la presencia de placa bacteriana y burbujas adheridas o atrapadas sobre los dientes.

Hacer la selección del porta impresiones, su tamaño debe ser adecuado a las arcadas del paciente y debe examinarse en la boca del paciente.

Al tomar el negativo se coloca correctamente con el material de impresión sobre la arcada haciendo la presión necesaria para evitar que las cúspides hagan contactos con el portaimpresiones.

Para obtener los modelos hay que mezclar el yeso piedra siguiendo las instrucciones del fabricante, utilizar el vibrador para evitar el aprisionamiento de aire y la aparición de burbujas sobre la superficie de los modelos .

Al vaciar el yeso en la impresión la superficie de ésta debe estar humedecida ligeramente e ir colocando el yeso en pequeñas cantidades hasta llenar completamente la impresión.

Después que el yeso ha fraguado se retira del portaimpresión y se recorta. Debe existir contacto en todas las superficies oclusales, las regiones retromolares pueden ser una interferencia en el lado de balance y trabajo y es necesario recortar un poco más.

PROCEDIMIENTO DE MONTAJE

Etapas en el montaje de los modelos.

Etapa I Registro para arco facial.

a) Preparar el plano de mordida.

- 1.- Coloque varias capas de cera sobre la horquilla para mordida y asegure su sellado con el metal.
- 2.- Reblandezca con llama la cera que se halla sobre la horquilla, después entibiela en un recipiente con agua caliente y presione la horquilla con la cera sobre los dientes superiores.

b) Saque el plano de mordida y enfríe la cera

- 3.- Enfríe la cera y retire la parte sobrante con una espátula. Las puntas de las cúspides no deben penetrar en la cera hasta hacer contacto con el metal de la horquilla debe haber suficientes muescas de los dientes anteriores y posteriores para tener una buena base estable para el modelo y estar seguro del plano oclusal.
- 4.- Vuelva a colocar la horquilla de mordida en la boca. El paciente puede sujetarla en posición apoyandola con torundas de algodón. Se pide al paciente cierre la boca poco a poco, pero con firmeza y ligeramente hacia adelante (mov. protrusivo) sobre las torundas de algodón.
- 5.- Cuando la horquilla esté estable inserte el mango de la horquilla en el dispositivo sujetador del arco facial

Etapa 2 Transferencia con el arco facial ,con dispositivo auricular.

- a) Centre el arco facial sobre el articulador y fije con yeso el modelo maxilar sobre la parte superior.
- 1.- Examine que el articulador este en cero.
 - 2.- Ajuste la inclinación condilar a 70° ; el grado de inclinación lateral debe ser cero.
 - 3.- Apriete los cierres céntricos para limitar el articulador unicamente a movimiento de abertura y cierre.
 - 4.- Asegurese que la aguja incisal está a nivel de la superficie superior del articulador.
 - 5.- Desgaste la superficie de la base del modelo haciendo muescas con una espátula para asegurar la retencion para el montaje de modelos en 2 partes.
 - 6.- Fije el anillo de montar a la porción superior y asegurese que la aguja está en la ranura en la base del anillo.
 - 7.- Moje con agua la base del modelo para retención o utilice un medio de separación para el montaje del modelo en 2 partes
 - 8.- Conecte el dispositivo auricular del arco facial a la horquilla sobre cada cierre condilar y ajuste las varillas moviles para números iguales sobre cada lado.

- 9.- Con el tornillo ajustable que está sobre la parte inferior del soporte de la horquilla de mordida, levante o baje el plano de mordida hasta que alcance el nivel de la muesca inferior sobre la aguja incisal.

Para el arco facial con dispositivo auricular los bordes incisales de los incisivos centrales debe estar 58 mm. arriba del nivel de la superficie de la porción inferior del articulador.

- 10.- Asiente el modelo superior en las depresiones de la cera sobre la horquilla para mordida sostenga el modelo con un soporte de tipo telescópico .

Fije el modelo sobre el anillo de montaje con una mezcla de yeso Blanca Nieves de consistencia cremosa.

Etapa 3 Registro en Relación Centrica.

- a) Obtenga un registro de mordida en relación céntrica para relacionar el modelo inferior con el eje de bisagra del articulador con el modelo superior.

- 1.- Enseñe a su paciente como relajarse para poder guiar su mandíbula hasta relación céntrica.
- 2.- Prepare 2 o 3 capas de cera rosa de forma y largo de la arcada superior y reblandecerla.
- 3.- Coloque la cera blanda sobre los dientes de la arcada superior y guíe la mandíbula hasta el interior de la cera.
- 4.- Recorte la cera.
- 5.- Enfrie la cera
- 6.- Recorte la cera sobrante de la superficie del registro de mordida.
- 7.- En este paso es necesario hacer un registro protrusivo.

Etapa 4 Montaje del Modelo Inferior en Relación Céntrica.

a) Utilice el registro de mordida en cera para montar el modelo mandibular empleando una platina o soporte de montar.

- 1.- Relacione el modelo inferior con el superior mediante el registro de mordida (No force los modelos hacia adentro de la cera).
- 2.- Baje la aguja 2 o 3 mm. para tomar en cuenta el grosor del registro de mordida.
Ajuste la inclinación condilar horizontal a 25.
- 3.- Con el articulador invertido sobre la plataforma de montaje. Mantenga juntos los modelos por medio de la relación de mordida y fije la posición con yeso Blanca Nieves de consistencia cremosa. cuando el yeso ha fraguado quite el registro de mordida.

4.- Levante la aguja incisal; cierre los modelos en oclusión céntrica y baje la aguja hasta tocar la mesa incisal.

Etapa 5 Registros funcionales.

a. Termine el montaje ajustando las inclinaciones condilares horizontal y lateral con registro de mordida protrusiva.

AJUSTE OCLUSAL

En el ajuste oclusal es necesario adaptar el relieve oclusal a las exigencias funcionales de las articulaciones y del sistema neuromuscular.

Esta modificación oclusal se hace eliminando tejido dentario , reconstruyendo el diente o cambiando su posición .

PLAN

Objetivos

Indicaciones

OBJETIVO

Permitir a la mandíbula a partir de relación céntrica llegar a una posición de oclusión céntrica sin encontrar obstáculos.

Asegurar una posición de máxima intercuspidad estable con el máximo de contactos cuspídeos .

Permitir todo movimiento a partir de esta posición intercuspídea sin hallar obstáculos en protrusión y lateralidad.

INDICACIONES

Los tratamientos oclusales deben realizarse cuando se comprueban signos patológicos a nivel de un componente del aparato masticatorio. dientes, periodonto, músculos, articulación temporomandibular etc.

Los contactos prematuros e interferencias son eliminados por ajuste oclusal.

Las malposiciones y maloclusiones son corregidas por ortodoncia, prótesis y en ocasiones por odontología operatoria.

El ajuste oclusal se realiza antes y después de una reconstrucción protésica, durante y después de un tratamiento ortodóntico.

El ajuste se hace después de haber puesto en reposo a la musculatura. Por otra parte durante el tratamiento de enfermedad periodontal es indispensable hacer el ajuste oclusal después de suprimir los factores inflamatorios locales que modifican la posición de los dientes.

AJUSTE SOBRE LOS MODELOS

Aunque el ajuste oclusal sobre modelos tiene algunas ventajas visuales, el ajuste en la boca no puede basarse en lo que fue realizado sobre los modelos por las limitaciones impuestas a la simulación articular de los movimientos mandibulares. La detección de interferencias oclusales de los lados de balance y de trabajo en la boca suele ser difícil porque depende de la palpación digital para determinar la presencia de contactos fuertes o de movimiento dentario o de ambos.

Cuando una interferencia de balance provoca maloclusion del lado de trabajo se puede ver sobre los modelos montados.

Sin embargo en la boca en condiciones de función intensa, el diente con la interferencia de balance puede moverse sin maloclusión del lado de trabajo en los modelos no existe este problema.

En ocasiones, el contacto de una o 2 dientes sobre el lado de trabajo se considera como una interferencia obstaculizada por contactos multiples en trabajo.

Sin embargo , los contactos sobre dientes individuales no se consideran como interferencias a menos que los dientes afectados tengan movilidad aumentada o destrucción del soporte o ambas cosas y que sea deseable distribuir las fuerzas oclusales sobre mas dientes. En estos casos está contraindicada la extensa eliminación de estructura dental para obtener contactos multiples al reducir las interferencias del lado de balance, un contacto aumentado puede ocurrir sobre el lado de trabajo (premolar, canino, incisivos laterales o centrales o ambos).

La reducción del canino para aumentar los contactos posteriores puede dar lugar a contacto exagerado sobre los dientes desde premolar hasta incisivo central.

Está contraindicada una reducción del canino e incisivos superiores para aumentar los contactos posteriores o promover la función de grupo.

VALOR DEL AJUSTE DE LOS MODELOS DE ESTUDIO

Además de su función didáctica el valor del ajuste oclusal sobre los modelos de estudio en situaciones clínicas depende de varios factores.

- 1.- La necesidad de hacerlo sobre modelos de yeso piedra antes del tratamiento del paciente.
- 2.- El grado hasta donde el articulador puede reproducir los movimientos mandibulares.
- 3.- Cuan perfectamente fueron captadas y transferidas al articulador las relaciones oclusales del paciente.

Una vez aprendidos y asimilados los principios del ajuste oclusal, raras veces sera necesario efectuarlo sobre los modelos de estudio. Sin embargo no siempre es posible pronosticar con exactitud la cantidad de estructura dentaria que puede eliminarse sin peligro durante el ajuste ni como este ha de realacionarse con el problema de la restauración o con ambos factores, sin antes hacer el ajuste sobre los modelos de yeso.

El tratamiento definitivo implica tratamiento oclusal. La necesidad del ajuste sobre modelos debe establecerse según el paciente. Todos los articuladores tienen limitaciones algunos mas que otros.

Emplear una articulador totalmente ajustable para los modelos de estudio sería una pérdida inútil de tiempo y esfuerzo ya que en la mayor parte de los casos es suficiente un instrumento semiajustable.

DECISIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO

durante el ajuste oclusal el operador debe tomar decisiones continuamente de si debe hacerse desgaste selectivo sobre los diente superiores o inferiores, de si eliminar un tope céntrico o de preferencia desgastar para obtener mas contactos de trabajo etc.

Suele aconsejarse desgastar lejos de la función o sea fuera de las vertientes o crestas cuspidas, que funcionan en trabajo o fuera de los topes céntricos y de las superficies axiales bucales que también funcionan en trabajos ejemplo.

¿Donde debe uno desgastar cuando hay una interferencia extensa de balance que afecta la cúspide lingual superior ?

Debido al número de topes céntricos sobre los molares la pérdida del tope sobre el primer molar superior derecho es mas conveniente para la estabilidad y función que la pérdida del tope de la cúspide de soporte sobre el primer molar inf. derecho.

En algunos casos es posible ajustar la oclusión en ambos dientes sin perder el tope céntrico sobre la cúspide linguo mesial.

A menudo la interferencia oclusal sobre los premolares afecta el borde o cresta mesial de la cúspide lingual del primer premolar superior y el borde cuspidado distal del premolar inferior.

En éste caso, el desgaste selectivo debe hacerse sobre el borde cuspidéo mesial sólo hasta poner en peligro el tope céntrico sobre el premolar superior y después seguir desgastando el borde cuspidéo distal sobre el premolar inferior.

La decisión en cuanto a dónde desgastar debe moderarse por la necesidad de estabilidad y función oclusal.

Dientes que han de ser restaurados.

Cuando el ajuste oclusal se hace en la face inmediatamente preoperatoria de un tratamiento restaurador, a veces se piensa que no es necesario seguir las reglas generales para el ajuste que se refieren a la estabilidad oclusal y conservación de estructura dental.

Esto no debe utilizarse ni en el paciente ni en los modelos de estudio hasta que se elabore el curso de acción más satisfactorio.

En el ajuste del paciente los dientes pueden desplazarse o ser expulsados antes de haber emprendido la verdadera fase restauradora.

En lo que a los modelos de estudio se refiere, la oclusión restauradora prevista.

En caso de que el ajuste continuo de un diente cause una destrucción exagerada de su estructura el ajuste debiera completarse sobre su antagonista. Sin embargo en algunos casos la oclusión de ambos dientes puede ser tan disfuncional que los dos tendrán que ser restaurados para poder establecer una oclusión funcional.

En estas circunstancias es preciso mantener cierta estabilidad de tope céntrico hasta realizar el tratamiento restaurador, otro aspecto del ajuste oclusal es la colocación de los márgenes de las restauraciones, el margen no debe incluir un tope céntrico o un contacto de borde a borde.

También están contraindicadas las superficies anchas y planas como regla general se recomienda colocar los márgenes fuera de la zona de contacto.

Cuando el aspecto estético es un problema porque el margen ha sido colocado hacia cervical, cierto grado de ajuste de los premolares superiores es siempre posible.

El problema de la apertura de los márgenes en pacientes con bruxismo es particularmente importante para las preparaciones de borde achaflanado o biselado.

De ser posible no hacer desgaste sobre los márgenes de las restauraciones, para salvar el margen no debe sacrificarse un tope céntrico mayor es preferible formar un nuevo margen.

CONTACTOS EN RELACION CENTRICA

Al mover la mandibula hacia la relación céntrica se omite el aumento de la sobreoclusión horizontal de la arcada superior sobre la inferior.

Según el grado de rotación del diente y la forma de la arcada, los contactos prematuros se observan con mas frecuencia sobre los planos inclinados linguales de las cúspides vestibulares de los dientes inferiores. Estos contactos prematuros afectan los planos inclinados distales de las crestas triangulares. Cuanto mas convergente la arcada y cuanto mayor la colocación distal mandibular; tanto menor será la sobreoclusión horizontal de los molares y premolares superiores y mas cercanos serán los contactos prematuros de las puntas cuspidas de los dientes inferiores.

Un contacto muy común en ésta posición es la punta de la cúspide de soporte y la disto vestibular del primer molar inferior. El desgaste debe hacerse sobre la línea oblicua del molar superior.

Puesto que la punta de la cúspide y cresta distal serán socavadas o eliminadas, el desgaste sobre premolar inferior está contraindicada. La punta cuspidas de del premolar es una cúspide de soporte y la cresta distal es un borde funcional en el trabajo.

TERMINACION DEL AJUSTE EN R.C.

La dimensión vertical de oclusión en relación centríca debe ser la misma que en la oclusión céntrica a nivel de los incisivos o de la aguja incisal del articulador. Si la aguja incisal está en contacto con la mesa incisal en Oclusión Céntrica y Relación Céntrica estará encima de la mesa a la misma altura que en el contacto prematuro, cuando éste se elimina la aguja estará en contacto con la mesa y el deslizamiento en céntrica también se eliminará

TERMINACIÓN DEL AJUSTE DEL LADO DE TRABAJO.

Se concidera como terminado el ajuste cuando es posible mover el modelo superior en lateralidad y lateral protrusiva sin interferencias osea como deslizamiento suave continuo desde céntrica hacia una relación de borde a borde de las cúspides vestibulares y vuelta a céntrica.

Para hacer contactos multiples solo se eliminarán de los dientes superiores.

Lo único que debe hacerse es tomar uno o dos contactos adicionales para experimentar y solo cuando no se requiere desgaste sobre los anteriores debido a tal desgaste y unicamente cuando se requiera un desgaste adicional del lado de balance y que no cause eliminación de topes centricos sobre dicho lado.

TERMINACION DEL AJUSTE DEL LADO DE BALANCE

Cuando se han eliminado las interferencias a los movimientos de deslizamiento lateral suave desde relación Céntrica y Oclusión céntrica. Si es necesario se puede eliminar el tope céntrico de la cúspide lingual superior implicado en una interferencia de balance, pero la cúspide lingual no debe ser mutilada.

En estos casos está contraindicado desgastar la cúspide vestibulo distal del primer molar inferior así como desgastar una ranura o un canal entre las cúspides vestibulo distal y cúspide media vestibular del mismo.

TERMINACION DEL AJUSTE PROTRUSIVO

Cuando ya se han eliminado todas las interferencias al deslizamiento suave, se puede decir que se ha terminado el ajuste.

Toda la guía de contacto debe estar sobre los caninos e incisivos superiores.

El desgaste de la cara palatina de los incisivos superiores debe ser muy moderado, puesto que el desgaste en esta área se hace en base a la evaluación. Solo en contados casos se hace desgaste sobre dientes anteriores inferiores; Una excepción es la presencia de mordida cruzada anterior.

PRINCIPIOS DE AJUSTE

Cúspide de soporte y Topes en céntrica.

Principio. La cúspide vestibular de soporte y las crestas de las cúspides de los molares inferiores tienen una función de contacto en posiciones tanto céntrica como exéntrica; La cúspide lingual de soporte y las crestas de las cúspides de los molares superiores tienen, solo contacto en céntrica.

Principio. Haga el ajuste fuera de la función de los topes en céntrica.

Regla. Para eliminar una interferencia oclusal no desgaste las puntas de las cúspides vestibulares del molar inferior o las crestas de las cúspides.

Principio. La cúspide vestibular de soporte y las crestas cuspidas de los premolares inferiores tienen función de contacto en posiciones tanto céntrica como exéntrica; la cúspide lingual de soporte y las crestas cuspidas de los premolares superiores tienen, contactos solo en céntrica

Principio. Las fuerzas oclusales deben dirigirse a lo largo del eje longitudinal del diente.

Regla. El dentista no debe desgastar la punta o la cresta de la cúspide vestibular de los premolares inferiores

BORDES MARGINALES.

Principio. Los bordes marginales de las superficies oclusales son, el sitio de topes céntricos y las relaciones entre los contactos interproximales que deben conservarse para evitar la impactación de alimentos.

Regla, no desgastar el borde marginal por debajo de la altura del borde adyacente y no invadir el espacio interdentario.

CONCLUSION

El estudio de la oclusión abarca la relación armoniosa entre la articulación temporomandibular, el sistema neuromuscular, - el periodonto y los dientes

Existe una correlación entre la anatomía de las estructuras que la forman con la función que desempeñan.

Así como los músculos activan el movimiento mandibular, las superficies guían, los ligamentos limitan y los dientes (superficies oclusales) lo detienen.

Es fácil comprender que cuando uno de los elementos del aparato estomatognático presenta una condición patológica, los otros elementos serán afectados.

Si existe una interferencia oclusal estará impidiendo una oclusión fisiológica

Por lo tanto es importante llevar un tratamiento eficaz, del que será preciso disponer de un sistema que pueda ponerse en práctica para establecer una oclusión funcional o prevenir una disfunción.

Podemos elegir la ortodoncia, prótesis, odontología restaurativa o simplemente hacer un desgaste selectivo para eliminar el contacto causante del síntoma.

Un tratamiento mal encaminado nos dará como resultado el empeoramiento de la patología y la consiguiente desarmonía del aparato masticatorio.

BIBLIOGRAFIA

OCLUSION FUNCIONAL

M. M. ASH

S.P. RAMFJORD.

EDITORIAL INTERAMERICANA

EDICION 1984

OCLUSION

J. ABJEAN

JEAN MARIE KORBENDAU

EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.

EDICION 1980

PROTESIS FIJA D.H. ROBERTS.

EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA.

EDICION 1979.

TEORIA Y PRACTICA DE LA PROSTODONCIA FIJA

TYLMAN

EDITORIAL INTERMEDICA

EDICION 1981.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA