

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Z/10
ZET

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**DIAGNOSTICO DE LA OCLUSION EN LA
REHABILITACION BUCAL**

GUION TESINA DEL VIDEO

Para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

**LIBERTAD ~~MARTIN DEL CAMPO SANDOVAL~~
MARIA DE LA LUZ FRIAS CASTRO
RAYMUNDO SANCHEZ ZEPEDA**

ASESORA DE GUION:
DRA. REBECA CRUZ GONZALEZ CARDENAS.

ASESORES DE VIDEO:
DRA. REBECA CRUZ GONZALEZ CARDENAS
CARLOS ROBLES BONILLA

MEXICO, D.F.

1995

FALLA DE ORIGEN

Vo. Bo.


Rebeca Cruz Gonzalez Cardenas



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

página

INTRODUCCION

FILOSOFIAS DE LA OCLUSION 1

EXAMEN DE LOS DIENTES EN
CADA ARCADA 3

CLASIFICACION SEGUN ANGLE 3

RELACIONES DE CONTACTO
DURANTE EL CIERRE 4

RELACIONES DE CONTACTO
DE LOS DIENTES DURANTE LOS
MOVIMIENTOS MANDIBULARES
EXCENTRICOS 8

CONCLUSIONES 11

BIBLIOGRAFIA 12

INTRODUCCION.

Dentro de la práctica odontológica existen muchos factores que pueden ocasionar el fracaso del tratamiento protésico; como ejemplo una preparación incorrecta, una técnica de impresión imprecisa, no elegir el material correcto para restaurar , etc, pero una de las principales razones del fracaso de estos tratamientos, es no considerar la oclusión como un elemento importante, "lo cual es reflejado en el incremento de los desordenes oclusales más observados actualmente". Ash, Mayor M. Oclusión. Pp 390

Por lo tanto: " La oclusión de los dientes es la clave de la función oral"
Shilinburg. Fundamentos de Prostodoncia Fija. Pp 47

Uno de los errores más comunes al momento de realizar una historia clínica es que muchos datos relacionados a la oclusión son omitidos.

" Un exámen de la oclusión debería formar parte del exámen global de un paciente, previo a cualquier tratamiento dental." Gross, Martin.

La oclusión en odontología restauradora. Pp 37

Por eso en este trabajo se muestran algunos de los puntos y conocimientos esenciales que se deberán tomar en cuenta para poder brindar un tratamiento protésico eficiente.

Por principio se deberá entender claramente lo que es Oclusión, dentro de otros puntos importantes están la clasificación de Angle, concepto de relación céntrica, oclusión céntrica, dimensión vertical, plano de oclusión; así como también tener en cuenta lo que es función de grupo, guía canina, protección mutua y protección anterior. La restauración que vaya a ser colocada debe cumplir con funciones tanto estéticas, anatómicas y funcionales, sin producir algún efecto

colateral. Es decir, que se tienen que tener los conocimientos básicos de Oclusión en todo proceso restaurativo para evitar los problemas o consecuencias de una restauración incorrecta, y en caso de que ésta se presente poder diagnosticar y resolver las disarmonías oclusales presentes.

Por lo tanto, el estudio de la Oclusión permitirá al práctico integrar los conocimientos de las diversas áreas odontológicas y conducirlo a una valoración amplia y con un criterio funcional para preservar la salud del sistema estomatognático.

Es común en la práctica diaria en el consultorio dental, recibir a los pacientes y realizarles una historia clínica, dentro de la cual se incluyen diversos aspectos relacionados con sus datos personales, enfermedades presentes, alergias y el examen dentario; muchas veces pasando por alto el análisis de la oclusión.

Esta falta de interés en la oclusión se debe a ideologías del práctico que no corresponden con la realidad y se reflejan en el número creciente de disfunciones observadas hoy día.

Para poder realizar un análisis correcto de la oclusión, se debe entender claramente que ésta rama de la Odontología estudia la relación anatómica y fisiológica de los dientes y la relación de éstos con el resto del sistema masticatorio. Esto se fundamenta en estudios realizados por tres escuelas dentro de esta rama.

La primera de estas tres escuelas fué fundada en 1920 cuando Mc Collum creó la sociedad Gnatológica de California y es precisamente conocida como corriente Gnatológica. El y sus colaboradores proponen realizar tratamientos gnatológicos mediante un diagnóstico exacto y la utilización de instrumentos de precisión capaces de reproducir en modelos de yeso, la relación exacta entre arcos antagonistas.

Mc Collum destacó dos puntos de su escuela:

- La primera: en donde la relación céntrica coincide con oclusión céntrica,

- Y la segunda: donde los movimientos temporomandibulares dictan la anatomía de los dientes con el objeto de obtener la máxima armonía en la musculatura bucofacial y el hueso basal.

Dentro de esta escuela destacan por su relevante aportación y profundos estudios: Lauritzen, Guichet y Page a quienes se agradece la creación de la teoría transográfica.

La segunda corriente se refiere a la teoría de la libertad en céntrica, donde Posselt junto con Ramjord y Ash forman sus autores más representativos.

Esta se basa en un concepto fisiológico que toma en cuenta la totalidad del sistema masticatorio y cuya finalidad es obtener una oclusión funcional, es decir, aquella que permita un funcionamiento armónico de dicho sistema aunque no sea ideal.

Estos autores proponen la existencia de cierto grado de libertad en los movimientos céntricos y excéntricos sin la influencia de las vertientes oclusales. A esto lo definieron como "libertad en céntrica". Precisamente ellos hablan de los conceptos de protección canina, guía anterior, protección mutua y de técnicas para ubicar la relación céntrica; siempre tomando en cuenta la articulación temporomandibular. Otros autores destacados dentro de esta corriente han sido Schuyler, Beyron, Pankey y Dawson.

La última corriente está formada por una serie de conceptos europeos provenientes de diferentes autores que proponen una teoría de desplazamiento del cóndilo y hablan de una relación directa de las

maloclusiones con los daños ocasionados en la articulación temporomandibular.

Gerber es el principal exponente de esta corriente y propone un análisis de modelos de yeso montados en un articulador a fin de localizar la posición de los cóndilos con respecto a la cavidad glenoidea al observar la relación e inclinación entre los arcos maxilar y mandibular.

Una vez comprendidos estos conceptos, se podrá iniciar el análisis siguiendo una metodología simple, que incluya:

- 1) Exámen de los dientes en cada arcada.
- 2) Clasificación según Angle.
- 3) Las relaciones de contacto de los dientes durante el cierre.
- 4) Relaciones de contacto de los dientes durante los movimientos mandibulares excéntricos.

Como primer paso se debe observar en conjunto el número de dientes presentes, número y distribución de los espacios desdentados, el reemplazo de cualquier diente por prótesis fijas y removibles, así como la presencia de dientes supernumerarios, dientes deciduos o anomalías congénitas.

En el segundo paso, se debe determinar a que clase según la clasificación de Angle pertenece el paciente; si es clase I, pertenecerá a la llamada "neutro oclusión" y corresponde a la relación

de la cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente ocluyendo en el surco bucal del primer molar inferior permanente.

La clase II o "disto oclusión" corresponde a una posición posterior de la mandíbula con respecto al maxilar, por lo tanto el primer molar inferior permanente se encontrará distal a su contraparte superior. Esta clase presenta dos divisiones, que son:

Clase II división I: en la que se observa un aumento en la sobremordida horizontal anterior.

Clase II división II: donde estará aumentada la sobremordida vertical anterior.

En la clase III el arco mandibular se encuentra anterior con respecto a la dentición superior, creando una mesio oclusión y una mordida cruzada anterior.

Por último, en el tercer paso se analizarán los contactos dentarios en el cierre mandibular voluntario, para lo cual se le pide al paciente que relaje la mandíbula y realice un cierre conjunto sobre los dientes posteriores; la posición en la cual cierran los dientes se llama Oclusión Céntrica o posición de máxima intercuspidadación, independientemente de la alinaación o posición de la mandíbula.

Una vez situada la oclusión céntrica se observarán las relaciones de los dientes anteriores determinando tanto el grado de traslape horizontal también llamado overjet, como el traslape vertical u

overbite. Ambas relaciones presentan una distancia promedio de 3mm.

Enseguida se realizarán dos marcas arbitrarias sobre la piel, una en la punta de la nariz y otra en la barbilla dentro de la línea media facial, una vez marcados estos puntos se le pide al paciente que junte los labios y que relaje totalmente la mandíbula, obteniendo la relación de las arcadas cuando los músculos se encuentran en su posición de reposo óptimo llamada dimensión vertical de reposo. Así con la mandíbula situada en su posición de reposo, se medirá la distancia entre las dos marcas con un compás.

La dimensión vertical de oclusión está dada por la longitud óptima de contracción de los músculos en el cierre, desarrollando su máxima fuerza. Por lo tanto, se medirá la distancia entre los dos puntos trazados en el cierre.

La diferencia entre éstas dos medidas establecerá la distancia interoclusal o espacio libre.

Otro punto a revisar es el plano de oclusión, que para estudiarlo se tomarán como referencias tres curvas imaginarias:

- La curva de Spee, que es un arco circular formado por una línea que conecta el vértice del canino inferior al vértice de la cúspide distal del último molar, lo que hace que la mayoría de los planos oclusales no sean rectos.
- La otra es la curva transversa o de Wilson, formada por las inclinaciones linguales de los dientes posteriores mandibulares.

Y una tercera es la inclinación bucal de los dientes posteriores maxilares, formada por la inclinación conocida como curva de Monson.

Una vez hecho lo anterior se determinará el último punto del paso 3, que es la relación céntrica.

Para ello se necesitan de 10 tiras de acetato que midan 3cm de ancho por 5cm de largo y de un grosor de .5mm. Se pide al paciente se relaje y colocando tantas tiras como sean necesarias en el espacio interincisal de los dientes anteriores, hasta que el paciente refiera pérdida de contacto oclusal en cierre. Después de 5 minutos, se retirarán las tiras de acetato y automáticamente el paciente cerrará en relación céntrica.

Realizado lo anterior, podemos comprender que la relación céntrica es un estado de relajamiento muscular en la que los cóndilos de la mandíbula se encuentran en su posición más cómoda con respecto a la cavidad glenoidea.

Otro método para encontrar la relación céntrica es la técnica "a una mano", descrita por Ramfjord y Ash; la cual consiste en colocar el sillón dental a una angulación de 30 a 45° aproximadamente, pidiéndole al paciente que se relaje y respire lentamente por la nariz, entonces se colocará la mano derecha con el dedo índice y medio a ambos lados de la mandíbula, mientras el pulgar se situará sobre los dientes anteriores y la encía; asegurándose de no presionar el labio. Se le pide al paciente que abra ligeramente la boca y entonces se tratará de llevar la mandíbula hacia arriba y hacia abajo de tal forma

que nos aseguremos que ambos cóndilos estén por detrás del tubérculo articular contactando en su guía más anterior sin intervención alguna de los músculos del paciente.

Una vez hecho esto se guiará el movimiento de cierre lentamente, sosteniendo la mandíbula firmemente hacia arriba y atrás evitando hacer una presión directa sobre la mandíbula, lo cual resultaría en una falsa relación céntrica. Es por eso que Ramfjord y Ash definen a la relación céntrica como la relación entre ambos maxilares en la cual el dentista guía la mandíbula cuando los músculos se encuentran relajados y los cóndilos se encuentran junto con los discos articulares, contra la pared posterior de la eminencia articular, hasta que los cóndilos se situen en una posición aceptable como lo permitan los discos articulares.

Una vez obtenida la relación por cualquier técnica, se colocará una hoja de cera en forma de herradura sobre los dientes maxilares, colocando repetidamente la mandíbula en cierre en relación céntrica; de esta manera se notarán los puntos de mayor perforación en ella, indicativos de la existencia de puntos prematuros de contacto dentario. Este es el momento de revisar que no existan puntos de interferencia en el trayecto de oclusión céntrica a relación céntrica, es decir en "céntrica larga".

La determinación de la relación céntrica no es siempre una maniobra sencilla e incluso puede haber casos en los que no sea posible rotar la mandíbula a dicha posición. Esto se puede deber a contractura muscular involuntaria masticatoria producida por disarmonía funcional de la neuromusculatura.

El último paso comprende el estudio de los contactos dentarios excéntricos realizados durante los movimientos anteriores o laterales desde la oclusión céntrica.

Generalmente se observarán dos patrones de guía dentaria, uno que guía los movimientos laterales, y otro que guía los movimientos protusivos.

Para analizar los movimientos laterales, se enseñará al paciente a cerrar en oclusión céntrica y desplazar la mandíbula hacia un lado sin perder el contacto dentario. El lado hacia el que se desplaza la mandíbula se llama lado de trabajo, y por lo tanto, un movimiento lateral como éste será un movimiento de trabajo.

Durante estos movimientos, los dos patrones de contacto dentario en el mismo lado que frecuentemente se localizan son la guía canina o la función de grupo. Estas relaciones guiarán los movimientos de trabajo desde la oclusión céntrica.

Para observar la presencia de la guía canina, se percibe que durante un movimiento de trabajo desde la oclusión céntrica la punta o las vertientes bucales del canino inferior se desplazan a lo largo de la superficie palatina del canino superior. Esto producirá la separación de los molares y premolares del mismo lado a medida que la mandíbula se aleja de la oclusión céntrica.

Durante este movimiento puede existir contacto en los incisivos central y lateral en el lado de trabajo.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Por el contrario, si el paciente presenta función de grupo, se observará en un movimiento de lateralidad desde la oclusión céntrica, como todos los dientes anteriores y posteriores mandibulares y maxilares en el lado de trabajo permanecen en contacto.

Puede existir una función de grupo parcial si contactan solo algunos dientes posteriores.

Las variaciones respecto a estas normas de guía de trabajo deben analizarse muy cuidadosamente ya que el clínico deberá decidir si estos contactos suponen una guía de trabajo aceptable, o si constituyen interferencias de trabajo.

Algo que no se debe pasar por alto es el examinar el lado de balance o lado de no trabajo, es decir, el lado opuesto al lado de trabajo.

Es importante que no exista ningún tipo de contacto durante los movimientos de trabajo, en el lado de balance, ya que estos son potencialmente patológicos y constituyen interferencias que pueden ocasionar daños en la articulación temporomandibular.

Para distinguir entre contactos en oclusión céntrica y contactos en el lado de trabajo o en el de balance, se deben utilizar papeles articulares de distinto color. Los contactos en oclusión céntrica pueden marcarse en un determinado color pidiendo al paciente que realice movimientos de cierre. Luego se marcan los contactos en el lado de trabajo y en el de balance con papel de otro color.

Los contactos en oclusión céntrica serán aquellos en los que haya superposición de los colores, mientras que los marcados únicamente

con el segundo color; serán correspondientes a contactos en el lado de trabajo y el de balance.

Los movimientos protusivos también se examinan apartir de la oclusión céntrica.

El contacto de deslizamiento de los bordes incisales de los incisivos y caninos inferiores sobre los contornos palatinos de los dientes antagonistas constituye la guía incisal protusiva; que en condiciones normales implica la separación inmediata o disoclusión de los dientes posteriores. Aquí también se puede utilizar papel de articular para encontrar posibles interferencias en los movimientos protusivos.

Por otro lado, un paciente que presenta una guía canina y protección anterior, presentará una protección mutua.

Hasta este momento se ha realizado un análisis clínico completo de la oclusión, y aunque pudiera parecer complicado o muy extenso, debe quedar claro que cada paso es muy sencillo, y considerando los beneficios que se pueden lograr para el éxito de una rehabilitación protésica, se tomará como una parte integral y práctica de la historia clínica general, claro, esto aunado a modelos de estudio y su montaje en el articulador.

Este análisis es sólo un ejemplo de muchos que se pueden emplear para obtener un estudio que aporte datos significativos, pero sobre todo útiles cuando se habla de rehabilitación.

CONCLUSIONES.

Después de toda esta revisión es de resaltar que independientemente de la técnica empleada según las características anteriores, nunca debe omitirse el hacer un estudio completo de la oclusión, ya que al odontólogo de práctica general le conciernen las restauraciones individuales o múltiples, para lo que requiere tener un concepto relevante de oclusión que cubra las necesidades biológicas y su relación con los componentes estructurales y neuromusculares del sistema masticatorio.

Se debe tomar en cuenta que la oclusión no abarca sólo conceptos, sino que cada uno de ellos tiene una aplicación clínica que variará de acuerdo a la edad, uso, traumas o desgastes dentarios de cada paciente; que cada rehabilitación debe promover la estabilidad oclusal, procurar que el costo sea accesible para los pacientes; y aún mas no provocar o agravar alguna disfunción oclusal.

BIBLIOGRAFIA.

ASH/ RAMFJORD.

Occlusion.

Philadelphia. Fourth Edition. 1995.

DAWSON, Peter E.

Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales.

Salvat editores.

Barcelona. España, 1991.

GROSS

La oclusión en odontología restauradora.

Edit. Labor, S.a.

Barcelona, España. 1986.

DOS SANTOS, José.

Oclusión. Principios y conceptos.

Edit. Mundi. S.A.I.C y F.

Buenos Aires, Argentina 1987.

MAJOR, M. Ash

Oclusión funcional.

Nueva Editorial Interamericana.

México, D.F. 1984.

MARTINEZ, Ross Erik.

Oclusión orgánica.

Salvat Mexicana de Ediciones S.A de C.V.

México, D.F.

SHILLINGBURG.

Fundamentos de prostodoncia fija.

La prensa médica mexicana S.A.

México, D.F. 1983.

**ESTA GUION ES COMPLEMENTO DEL VIDEO:
DIAGNOSTICO DE LA OCLUSION EN LA
REHABILITACION BUCAL
EN FORMATO VHS CON DURACION DE 20 MIN.**