

325
2y



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION

**ALTERACIONES OCLUSALES
Y TRATAMIENTO
DEL BRUXISMO Y LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES**

T E S I N A

QUE PRESENTA:

MIGUEL ANGEL PATIÑO SOTO

PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

[Firma manuscrita vertical]

Director de Tesina:

C. D. EDUARDO ANTONIO TELLEZ GABILONDO



MEXICO, D. F.

[Firma manuscrita]
Vo Bo

1996



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.

AGRADECIMIENTOS

A MI PADRE:

Porque gracias a todos los esfuerzos que realizó y a su buen ejemplo de honradez y responsabilidad . Por su sencillez y su buen corazón . Por todas esas cosas que sólo un buen padre puede dar . " Gracias " . Todo te lo debo a tí .

A MI MADRE :

Por no tener un momento de desgano , en los momentos en que te necesité , estuviste a mi lado . Esto es un triunfo tuyo reflejado en mí . " Dios te bendiga "

A MI ESPOSA :

Gracias a ti he podido realizar el sueño más grande de mi vida , al sentirme apoyado en cada momento de mi carrera . Gracias por haberme sabido comprender en todos los momentos más difíciles .

T. A. TEY.

A MI HIJA :

Por que fuiste la chispa que culminó el verdadero deseo de seguir adelante , para poder verme realizado . Y por que espero ser un buen ejemplo para tu vida futura .

" Te quiero peque."

A MIS HERMANOS :

*MARTÍN
ERÉNDIRA
MARIO
RAÚL
GERARDO*

*Porque gracias a la unión y apoyo que ha
prevalecido entre todos . He podido llegar a la cumbre.*

AL Dr. EDUARDO ANTONIO :

*Por haber depositado en mí la confianza de
un amigo y gracias a él he podido llegar al último escalón ,tratando de guiarme
con la experiencia y conocimientos que son característicos de una persona
responsable .*

A MARIO:

Por haberme brindado su amistad y confianza , cuando más la necesitaba , y por el apoyo en la culminación de mi carrera . " Gracias " .

ALTERACIONES OCLUSALES

Y

TRATAMIENTO DEL BRUXISMO

Y

LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1.
CAPITULO 1	
APARATO MASTICATORIO	
a.- Músculos masticatorios.....	3
b.- Articulación temporomandibular.....	4
CAPITULO 2	
RELACIONES INTERMAXILARES	
a.- Oclusión céntrica.....	5
b.- Relación céntrica.....	6
c.- Espacio interoclusal.....	7
d.- Dimensión vertical.....	8
CAPITULO 3	
FISIOLOGÍA DE LA OCLUSIÓN	
a.- Movimientos mandibulares.....	9.
b.- Masticación y oclusión.....	13
CAPITULO 4	
BRUXISMO	
a.- Alteraciones y manifestaciones clínicas.....	14
b.- Bruxismo céntrico.....	18
c.- Bruxismo excéntrico.....	18

CAPITULO 5

CONSECUENCIAS DE BRUXISMO

a.-Dentarias.....19.
b.- Neuromusculares.....22

CAPITULO 6

INTERFERENCIAS OCLUSALES

a.- Alteraciones y manifestaciones clínicas.....24
b.- Diagnóstico del dolor ocluso-muscular.....25
c.- Trauma periodontal.....26

CAPITULO 7

TRATAMIENTO

a.- Generalidades.....28
b.- Psicoterapia.....28
c.- Autosugestión y ejercicios relajantes.....30
d. Ajuste oclusal.....31
e.- Guardas oclusales.....42
f.-Conclusiones.....46

BIBLIOGRAFIA.....47

INTRODUCCION

El aparato masticatorio es muy complejo y tiende a ser preciso, es un aparato que se utiliza durante gran parte del día, por lo que se encuentra en constante movimiento y función.

Está formado por músculos, dientes, periodonto, tejido neuromuscular. Cada uno de los cuales desempeña un papel muy importante en la función de la masticación, siempre y cuando trabajen en coordinación, por lo que al haber disarmonía entre ellos, se llega a las disfunciones o alteraciones en el sistema masticatorio.

Por lo que tenemos que conocer la actividad normal de dicho aparato para posteriormente reconocer las alteraciones en alguno de sus componentes, como en el caso del BRUXISMO y las INTERFERENCIAS OCLUSALES.

El aparato masticatorio, en una función normal, produce desgaste en las superficies oclusales de los dientes, debido a los contactos dentarios durante la masticación.

Pero existen hábitos parafuncionales como el bruxismo, que producen desgastes localizados, como podría ser en las puntas de las cúspides de caninos superiores, y en casos extremos de esta parafunción, existe desgaste muy notable en caras oclusales de dientes posteriores.

En algunos casos de bruxismo agresivo, llega a haber un desgaste en bordes incisales de dientes anteriores, por lo que puede haber pérdida de guías anteriores y existir contacto entre cúspides en el lado de balance, en los movimientos laterales.

Por lo que el bruxismo se caracteriza por constantes movimientos de desgaste, en especial durante el sueño, en donde el paciente lleva la mandíbula a una posición donde genera una considerable cantidad de fuerza muscular.

CAPITULO 1

APARATO MASTICATORIO

El aparato masticatorio es complejo, ya que está compuesto por estructuras con diferente función y composición, pero organizadas cumpliendo un mismo fin, que es la masticación.

Este aparato a su vez se relaciona y coordina con otros aparatos y sistemas dentro del cuerpo humano. La función masticatoria es regulada por el sistema nervioso periférico y el sistema nervioso central.

MUSCULOS MASTICATORIOS.

Los músculos de la masticación se dividen en posicionadores y elevadores, los posicionadores son los responsables de mantener en una posición horizontal a la mandíbula y los encargados de ésta función son los músculos pterigoideos externos, los cuales tienen la función de ejercer acción sobre la mandíbula hacia adelante, en la región de los cóndilos, y por el contrario hay unas fibras de los músculos temporales, que ejercen fuerza llevando la mandíbula hacia atrás.

Los músculos elevadores, llevan a los cóndilos hacia arriba y los mantiene contra los tubérculos.

La posición de equilibrio de la mandíbula, se determina cuando los músculos elevadores y músculos depresores antagonistas, se encuentran también en una situación de reposo o equilibrio. Así pues, cuando se realiza un movimiento de apertura de la mandíbula, es necesaria la contracción de los músculos depresores y la relajación de los elevadores.

Al momento en que la mandíbula se va abriendo, se va realizando un movimiento de rotación de los cóndilos, dentro de la cavidad glenoidea, los cuales se comienzan a desplazar a medida que aumenta la apertura, realizando así un movimiento de translación condilar. De tal forma que los músculos elevadores son el masetero, pterigoideo interno y la mayor parte del temporal.

Los músculos pterigoideos pueden sostener los cóndilos durante la función de la protrusión, pero cuando existe una interferencia oclusal permiten que los dientes mal alineados entren en función de tensión.

Lo que provoca ésta contracción prolongada de los músculos pterigoideos externos, constituye el sistema reflejo de protección que defiende los dientes y sus estructuras de soporte contra las tensiones excesivas.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

La articulación temporomandibular, es una articulación especializada, sus superficies articulares están cubiertas por tejido avascular fibroso y células cartilaginosas, por lo que se le llama, articulación fibrocartilaginosa.

En ésta articulación se interpone un disco de colágeno avascular el cual da forma a dos cavidades, una que está formada por el disco y la superficie articular, y la otra por el cóndilo de la mandíbula y el disco.

La inserción del disco al cóndilo debe ser elástica para permitir el movimiento del cóndilo hacia adelante. La irrigación está dada por los movimientos de vaivén de la articulación temporomandibular.

Tanto en la cavidad superior como en la inferior, en relación al disco, existen pliegues de membrana sinovial, la cuál permite que el menisco se desplace y amortigüe durante los movimientos del cóndilo.

CAPITULO 2

RELACIONES INTERMAXILARES

Existe una relación entre el maxilar superior y el inferior, la cuál está dada por dientes antagonistas en movimientos funcionales. Esta relación de contacto entre dientes antagonistas se puede ver alterada por diversas causas.

Para poder estudiar los detalles de éstos contactos en relación funcional, veremos las diferentes relaciones intermaxilares en posiciones normales.

OCLUSIÓN CENTRICA.

Se le llama así a la máxima intercuspidación de los dientes, en ésta posición es en donde se lleva a cabo el ciclo de la masticación, el cuál es aprendido desde la infancia. En ésta posición es en donde se desarrolla la mayor parte de la fuerza de contracción muscular, su reproductibilidad clínica no es aceptable, ya que por lo regular no es repetitiva.

La oclusión céntrica está estrechamente relacionada con la curva de spee o curva de compensación, ya que las dos nos definen la dimensión vertical. En el contacto de la oclusión céntrica, los cóndilos no ejercen fuerza sobre las superficies articulares.

Los movimientos masticatorios, siempre terminarán en contacto céntrico, ya que ésta es un posición funcional..

RELACIÓN CÉNTRICA

Es una relación maxilomandibular, en donde los dientes pueden llegar a estar un poco separados sin llegar a perderse esta relación, y es cuando el complejo cóndilo, disco, correctamente alineado, se encuentra en la posición más superior, posterior y media, con relación a las superficies articulares. Este punto lo podemos reproducir prácticamente, pero es necesario guiar al paciente o adiestrarlo en la forma de cómo llevar la mandíbula a ese lugar, y nos sirve de apoyo cuando nos encontramos ante un paciente con problemas extensos de rehabilitación dental, en donde faltan gran cantidad de superficies oclusales, ya que los modelos del paciente son transportados al articulador en base a este punto.

La relación céntrica casi nunca es utilizada en la masticación, ya que la propiocepción del individuo obliga a éste a utilizar la oclusión céntrica, y únicamente utiliza la relación céntrica en el efecto de deglución.

El bruxismo está muy asociado a la relación céntrica, ya que se ha comprobado que los contactos prematuros en relación céntrica, pueden dar origen al bruxismo al existir trastornos emocionales, por lo que es muy importante que no haya contactos en rehabilitaciones maxilo mandibulares.

En ocasiones puede coincidir la posición de relación céntrica, con la de oclusión céntrica, por lo que se debe tener la certeza de que se está haciendo lo correcto.

Un punto muy importante que hay que tener en cuenta, es que cuando el paciente se encuentra en posición de relación céntrica, existe un contacto dentario, únicamente contra vertientes cuspidas de dientes antagonistas.

La relación céntrica no es estable, ya que una vez que el paciente junta los maxilares, se produce un deslizamiento mandibular en dirección posteroanterior que termina en oclusión céntrica, lo cual aumenta con el bruxismo.

ESPACIO INTEROCCLUSAL

Se encuentra presente entre las superficies oclusales de los dientes superiores e inferiores, al mantenerse un tono antigravitacional.

El espacio interoclusal o espacio libre, es la distancia entre la dimensión vertical de posición de descanso, y la dimensión vertical de oclusión céntrica. Este espacio, se presenta cuando la mandíbula se encuentra suspendida involuntariamente y existe una coordinación muscular con los dientes superiores e inferiores, separados.

Esta posición de descanso no es repetible con exactitud, por lo que no es muy recomendable utilizarla como método de reconstrucción oclusal.

Este espacio puede ser, en los dientes anteriores de 2 a 3 milímetros, en estado funcional normal del sistema masticatorio, en una apertura de espacio interoclusal que rebase el límite normal, puede actuar como estímulo indebido en el estiramiento reflejo de los músculos masticatorios.

DIMENSIÓN VERTICAL

La dimensión vertical, es cualquier medida de altura, que fije una posición de la mandíbula, con relación al maxilar superior, ésta medida es muy importante tomarla en cuenta, tanto en rehabilitación bucal, como en dientes naturales, también se le llama distancia intermaxilar, y cuando se toman en cuenta medidas en la superficie externa de la cara, se le llama altura facial.

Al relacionar la dimensión vertical con la oclusión céntrica, que es cuando las superficies oclusales están en contacto, ésta puede definirse, como la medida que existe entre un punto fijo mandibular predeterminado, y un punto fijo del maxilar superior.

Cuando no existen interferencias oclusales, la relación céntrica produce un cierre terminal en bisagra, el cual se detiene cuando los dientes inferiores hacen contacto con los superiores, a lo que se le llama dimensión vertical en oclusión céntrica

Cuando ésta medida debe aumentarse no se debe olvidar la proporción corona raíz y la función de los dientes anteriores a modo de que éstos puedan realizar la protección mútua y la protrusión con una separación mínima. Por lo que el cambio de la dimensión vertical debe hacerse siempre en el articulador y no en el paciente, y tomando en cuenta la distancia interoclusal.

CAPITULO 3

FISIOLOGÍA DE LA OCLUSIÓN

MOVIMIENTOS MANDIBULARES

Para el mejor estudio de los movimientos mandibulares, son proyectados contra tres planos espaciales, lo que permite un mejor diagnóstico y análisis del equilibrio oclusal y mejor funcionamiento de las superficies masticatorias.

Dichos planos se encuentran entre sí en forma perpendicular y son proyectados en el cráneo del ser humano, por lo que se dividen en:

PLANO HORIZONTAL

Éstos movimientos pueden ser analizados a la altura de los dientes anteriores, o bien basándose en la articulación temporomandibular. De ésta forma los movimientos anteroposteriores siguen una trayectoria que va de relación céntrica y llega a protrusión máxima, pasando por oclusión céntrica y borde a borde.

Lo que dá a entender que los cóndilos, en éstos movimientos, trabajan en forma paralela, teniendo una dirección anteroposterior. De igual manera las caras oclusales, de los maxilares antagonistas, también se relacionan en éstos movimientos.

Esta trayectoria maxilar mandibular, se puede ver alterada por algún punto de contacto prematuro en los dientes o bien en alguna malformación de los mismos.

También pueden existir alteraciones morfológicas en alguna de las superficies de la articulación temporomandibular, en donde se observará una trayectoria inestable en los movimientos mandibulares. En los movimientos de lateralidad, generalmente la mandíbula no realiza los movimientos en forma rectilínea, de donde se deriva el ángulo de Bennett, el cual se determina en el cóndilo de balance.

Por lo que al realizar una reconstrucción, se deben tomar en cuenta éstos puntos ya que si no se consideran se provocarán puntos prematuros de contacto que actuarán como interferencias y posteriormente van a provocar alteraciones, tanto a nivel periodonto, como en la articulación temporomandibular.

Al realizarse los movimientos laterales, el cóndilo del lado de trabajo, realiza una función muy diferente a la del cóndilo de balance, ya que el de trabajo realiza un movimiento de rotación y el de balance se traslada en un movimiento dirigido hacia abajo, adelante y adentro.

Una de las técnicas para definir la trayectoria de la mandíbula, en movimientos horizontales, es la utilización del arco gótico, en donde el movimiento inicial, parte de relación céntrica y termina en lateral máxima, o bien, partiendo de relación céntrica y pasando por lateral, protusión máxima y lateral del lado opuesto, para terminar nuevamente en relación céntrica.

PLANO FRONTAL

Como en el plano horizontal, en éste plano, podemos observar los movimientos mandibulares, ya sea en el nivel de los dientes anteriores o en las articulaciones temporomandibulares. Tanto a la altura de la articulación como en los anteriores el movimiento mandibular, desde céntrica, hasta protrusiva, es registrado como una línea vertical corta.

En el movimiento de apertura y cierre, nos registra una desviación del cóndilo hacia adentro con respecto a la cavidad glenoidea, la línea vertical es más larga en la parte anterior que en la posterior, por la distancia intercuspídea. En los movimientos excéntricos, el lado de balance, nos refiere un movimiento hacia abajo y a la línea media, que inicia en relación céntrica y termina en lateral máxima.

Al observar éstos movimientos en los dientes anteriores, nos dan la forma de una lágrima o gota de agua, la cual, su tamaño y angulación depende del ciclo masticatorio y la angulación de las vertientes cuspidas, de donde podemos derivar el grado de inclinación de las cúspides que se presenta en el ciclo masticatorio.

Este fenómeno se determina únicamente en el lado de trabajo.

PLANO SAGITAL

En éste plano podemos determinar, a la altura de incisivos, el esquema de Posselt, en donde se localizan los movimientos bordeantes que se realizan durante la función de apertura y cierre y en contacto dentario.

Dentro de los movimientos mandibulares de contacto dentario, podemos mencionar a la relación céntrica, oclusión céntrica, borde a borde y protrusión máxima.

En la posición de relación céntrica, la mandíbula puede ser manipulada, y entre los incisivos antagonistas se puede observar una apertura de 2.5 centímetros como máximo.

Si intentamos aumentar esta distancia, se producirá un movimiento de translación en los cóndilos, sobre la pared posterior de la eminencia articular.

La apertura normal de este arco y la relación dentaria en relación céntrica, las podemos observar en la parte posterior del esquema.

A partir de relación céntrica, y hasta apertura máxima, se produce un movimiento de translación, en donde un punto que es marcado en los cóndilos con respecto con la cavidad glenoidea, no son siempre repetitivos. Dichos puntos o ejes, son conocidos como ejes de rotación instantáneos.

También podemos observar en el esquema, la trayectoria que recorre la mandíbula al haber contacto dentario, desde relación céntrica, hasta oclusión céntrica cuando el paciente hace presión sobre los músculos masticatorios en donde la mandíbula alcanza posteriormente la protrusión máxima.

Posteriormente la mandíbula recorre hasta apertura máxima, de donde se deriva una trayectoria curva, para regresar posteriormente a la posición de reposo y nuevamente llegar al contacto en oclusión céntrica.

Todos los movimientos externos en el esquema de Posselt, nos van a representar los movimientos bordeantes de la mandíbula, y dentro de ellos pueden presentarse un sinnúmero más de movimientos y posiciones.

MASTICACIÓN Y OCLUSIÓN

Los movimientos de la masticación se adquieren desde el momento en que empiezan a hacer erupción los dientes primarios, ya que desde que por primera vez hay contacto dentario de dientes antagonistas existe una propiocepción en ligamentos parodontales y una necesidad de realizar movimientos contactantes entre dientes antagonistas, por lo que existe un patrón de contracciones bien sincronizadas para la actividad de los músculos masticadores.

Se ha demostrado que realmente existe un contacto dental en forma regular, mientras se realizan los movimientos de la masticación, como son, oclusión céntrica, protrusión y lateralidad, y éstos contactos van en relación con el tipo de alimento que se mastique. A medida que el alimento se hace más pequeño, aumenta la frecuencia de los contactos en relación céntrica y movimientos de lateralidad.

MASTICACIÓN UNILATERAL

Se lleva a cabo una masticación unilateral cuando se ha presentado una adaptación de la oclusión debido a interferencias oclusales, por lo que éstos pacientes pueden mostrar una buena coordinación muscular y ausencia de trastornos musculares y de la articulación temporomandibular, inicialmente, pero si no se corrigen dichas interferencias el problema se va acrecentando.

Otro motivo por el cual puede surgir una masticación unilateral, es cuando el paciente tiene problemas directamente sobre la articulación temporomandibular, por lo que optan por masticar del lado donde existe dolor en la articulación, ya que durante el proceso de la masticación, existe mayor presión sobre el cóndilo del lado de equilibrio.

CAPÍTULO 4 BRUXISMO

ALTERACIONES Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El bruxismo es una parafunción, que también se le conoce como, bruxomania, bricomania y neurosis oclusal, el cuál consiste en excursiones involuntarias de la mandíbula que producen un choque perceptible o imperceptible, rechinamiento, choque cuspidero y otros traumatismos. La tensión nerviosa puede ser la causa más común que provoca éste hábito y puede ser una manifestación local de una psiconeurosis o de una tensión nerviosa con tendencias conscientes o inconscientes de agresividad o de manifestaciones de angustia.

Suele ocurrir con más frecuencia en hombres que en mujeres, generalmente se inicia durante el sueño ligero, y el factor más frecuente para la iniciación de ésta parafunción es la diferencia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica en donde existen contracciones desiguales de los músculos temporal y masetero.

En ocasiones, los pacientes con bruxismo suelen presentar periodontitis y periodontosis, los cuales pueden ser predisponentes de esta disfunción. El bruxismo no siempre nos conduce a la enfermedad periodóntica, aunque siempre tenemos que tenerlo en cuenta, pudiendo perjudicar también el tejido óseo, músculos, y articulaciones temporomandibulares.

La bruxomania puede ser un factor importante en la etiología de trauma por oclusión y disfunciones temporomandibulares. Puede presentar algunos de los siguientes signos y síntomas clínicos

- 1.-Facetas sobre los dientes, indicando desgaste oclusal
- 2.-Desgaste oclusal excesivo.
- 3.- Tono muscular alterado
- 4.-Hipertrofia muscular
- 5.-Movilidad dentaria
- 6.-Cansancio muscular
- 7.-Dolor muscular a la palpación
- 8.- Dolor en la articulación temporomandibular
- 9.- Sensibilidad en los dientes, en función masticatoria
- 10.- Sensibilidad pulpar en cambios térmicos.

En la bruxomania , los movimientos mandibulares son el resultado de una búsqueda inconsciente de la relación céntrica, por lo que el paciente trata de eliminar interferencias oclusales para lograrla.

El resultado de ésta disfunción puede estar basado en estímulos locales, que son los oclusales, y en estímulos sistémicos, en donde interviene el sistema nervioso central. Por lo que un tratamiento adecuado, como terapia paleativa y en ocasiones definitiva es el ajuste oclusal, el cual si está mal elaborado puede agravar los síntomas y las molestias.

La mayoría de los pacientes intentan evitar las interferencias oclusales en las excursiones laterales y protrusivas, siendo la relación céntrica durante la deglución la más difícil de evadir.

El apretamiento de los dientes produce un hueso más denso y altamente calcificado, y entre más tiempo tenga éste paciente el hábito, los músculos de la oclusión serán más fuertes, y por lo tanto las fuerzas de masticación, serán mayores sobre las estructuras de soporte.

Esta disfunción, generalmente se realiza durante la vigilia, y es más común en los hombres que en las mujeres, siendo éste proceso una función en oclusión céntrica.

La bruxomania, puede producirse ejerciendo,

- 1.- Presión vertical, directamente sobre los dientes.
- 2.- Presión hacia adelante sobre los dientes anteriores.
- 3.- Presión unilateral, derecha o izquierda, sobre dientes posteriores.
- 4.- Presiones alternantes.
- 5.- Presión vertical, sobre todos los dientes.
- 6.- Presión vertical de los músculos, sin efectuar movimientos mandibulares.

De tal forma que la bruxomania, puede manifestarse de las siguientes maneras:

- 1.- Con movimientos de alrededor de 1 mm. en cada excursión lateral.
- 2.- Con movimientos extensos en cada excursión lateral, alternados.
- 3.- Rechinando los dientes desde relación céntrica, hasta excursión lateral, para posteriormente regresar a relación céntrica.
- 4.- En una trayectoria desde céntrica, hasta protrusiva y regresando.
- 5.- En un movimiento protrusivo en donde los dientes anteriores quedan borde a borde, en posición lateroprotrusiva.
- 6.- En movimientos irregulares, de los dientes anteriores inferiores, contra superficies palatinas de los anteriores superiores.

Cuando un paciente descubre éste hábito inconsciente de rechinar o apretar los dientes, comienza un buen avance en el tratamiento de su rehabilitación.

En algunos casos, una pequeña interferencia cuspidica, en personas con intensa tensión psíquica, inicia y mantiene el bruxismo, y en ocasiones, cuando existen grandes interferencias cuspidicas, con ligera tensión psíquica, pueden producir los mismos resultados.

Por lo que se deduce que casi siempre están involucrados, el factor psíquico y las interferencias oclusales en la iniciación de ésta disfunción.

El grado de bruxismo, depende de la intensidad de la fuerza utilizada en el apretamiento o frotamiento de los dientes antagonistas y del tiempo, durante el cual son ejercidas éstas fuerzas, y las alteraciones de las estructuras de soporte, dependen de la resistencia de las mismas, por lo que en algunas ocasiones se pueden producir patologías más severas que en otras, según la resistencia de los tejidos.

Por ejemplo, en algunos individuos que están pasando por períodos de stress momentáneo, la intensidad del bruxismo aumenta y cuando ésta tensión emocional se reduce, el bruxismo también disminuye.

El bruxismo se efectúa en un nivel subconsciente, en forma de arco reflejo, en donde no interviene el cerebro por lo cual, en la mayoría de los casos su existencia es ignorada por el paciente, en donde el paciente no acusa el dolor de las lesiones que se están produciendo y aprieta o frota los dientes cada vez con mayor intensidad y persistencia sin darse cuenta.

El bruxismo por frotamiento es más común durante el sueño, mientras que el de apretamiento es más común durante el día, aunque cualquiera de las dos variedades puede presentarse durante el día como la noche.

BRUXISMO CÉNTRICO

Este tipo de bruxismo por apretamiento se produce en las proximidades del área céntrica o área retrusiva, el paciente aprieta o frota muy ligeramente los dientes en la pequeña área entre la posición muscular, la posición intercuspídea y la posición retruida.

Este bruxismo provoca una distorsión de los tonos musculares, esto se provoca sin ninguna situación obvia de urgencia física o psíquica, lo cual puede variar varias horas, y es más común durante el día, que durante la noche, ésta función es subconciente y silenciosa por lo que el paciente en ocasiones no se da cuenta de este hábito.

Este apretamiento suele provocar pequeños movimientos de algunas piezas dentarias y como resultado primordial de ésta función es un desgaste oclusal en dientes naturales, y una diferencia en el desgaste en los dientes con alguna obturación

BRUXISMO EXCÉNTRICO

En el bruxismo de frotamiento, denominado también bruxismo excéntrico, el paciente realiza amplios movimientos mandibulares friccionales, muy alejados de la posición céntrica de la oclusión. Las interferencias cuspidas más patogénicas en este bruxismo, son las que se presentan en la fase lateral no funcional o de balance.

CAPITULO 5

CONSECUENCIAS DEL BRUXISMO

DENTARIAS

1.- FACETAS DE DESGASTE PARAFUNCIONALES

Se distinguen fácilmente de las facetas de desgaste producidas por una masticación funcional, porque aparecen en áreas anormalmente ubicadas, como son bordes incisales de caninos e incisivos superiores, facetas de balance entre molares y molares, etc.

Las facetas de desgaste oclusal provocadas por el bruxismo, son pequeñas, lisas, de bordes bien definidos, y en forma de copa en etapas avanzadas.

El desgaste rápido y excesivo del bruxismo, es posible por el desprendimiento y trituración de los prismas del esmalte entre las superficies oclusales que se friccionan, lo cual provoca partículas pequeñas y ásperas, que son capaces de abrasionar en gran intensidad al propio esmalte.

Estas facetas se dividen en dos tipos:

1.- Las facetas correspondientes a los dientes que ofrecieron la interferencia inicial, la cuál provocó el bruxismo.

2.- Las facetas de desgaste que se presentan en otros dientes antagonistas , como consecuencia o efecto secundario del hábito ya instalado.

2.-EROSIÓN

La erosión se presenta en dientes que están recibiendo cargas oclusales excesivas en intensidad duración y constancia, tanto la abrasión patológica como las facetas del bruxismo, están presentes en pacientes con un cuadro definido de tensión psíquica.

3.-MOVILIDAD EXAGERADA.

El aumento de la movilidad dentaria, es uno de los signos de la enfermedad periodontal, pero tiene gran significación en pacientes con bruxismo , cuando se presenta en dientes con pocos síntomas de alteraciones periodontales y aún en ausencia de ellas, se ha demostrado que dientes periodontalmente sanos en pacientes con bruxismo nocturno tienen un grado de movilidad mayor en la mañana , que durante el resto del día.

4.-PERIODONTITIS

En los dientes que reciben las fuerzas intensas y con gran fuerza provocadas por el bruxismo, presentan con frecuencia un sonido sordo a la percusión, y pueden provocar dolor al morder, principalmente en la mañana. El bruxismo puede provocar hipertrofia en las estructuras periodontales, engrosamiento del hueso alveolar, aumento de la trabeculación del reborde alveolar, ensanchamiento de la membrana periodonal por abundancia de fibras colágenas y mejor incursión de las fibras al cemento.

Si las fuerzas de masticación son aplicadas sobre pocos dientes, ya sea por pérdida de piezas dentarias o desarmonia oclusal grave, aumenta la posibilidad de lesiones periodontales por bruxismo, por lo que el bruxismo puede aumentar la posibilidad de lesionar el periodonto, de tal forma que la oclusión traumática es un factor que contribuye al progreso de los padecimientos periodontales destructivos.

Por otra parte se ha comprobado que las molestias bucales y el movimiento de los dientes con inflamación periodontal y gingival, pueden provocar interferencias oclusales y por último bruxismo.

El mayor daño causado por el bruxismo se localiza primeramente en la corona de los dientes, por lo que se reduce de su longitud, ocasiona contactos distorsionados en caras proximales, por último hiperemia pulpar, lo que puede llegar a una exposición pulpar y posterior muerte de la misma.

5.- HIPERSENSIBILIDAD PULPAR

Esta alteración puede presentarse en dientes expuestos a cambios térmicos, principalmente al frío.

Normalmente después de una restauración puede ocurrir o presentarse este sintoma, siendo la causa de esto, alguna interferencia cuspeada, y los síntomas desaparecen cuando se produce la compensación por adaptación de las estructuras de soporte o cuando se elimina la interferencia por desgaste mecánico.

6.- SONIDOS OCLUSALES AUDIBLES

Estos sonidos se presentan en el bruxismo excéntrico, y durante el sueño

NEUROMUSCULARES

1.-HIPERTONICIDAD

El hipertono muscular o espasmo, se dá principalmente en pacientes con bruxismo, manifestándose en una resistencia muy grande a los intentos del odontólogo por llevar la mandíbula a cualquier posición, por lo que es muy difícil o imposible localizar las interferencias oclusales para eliminarlas.

Por lo que en éste caso, primero se deberá tratar la hipertonicidad muscular para posteriormente realizar un análisis de la oclusión y un mejor tratamiento.

2.-MIOSITIS

Ésta alteración se presenta en pacientes con bruxismo severo, los cuales refieren dolor a la palpación de los músculos, tomando en cuenta el tipo de bruxismo y la localización de las interferencias oclusales, para determinar los músculos afectados, por lo que de ésta manera se puede aseverar con gran exactitud la localización de la interferencia en base a la palpación muscular y las respuestas dolorosas

3.-LIMITACIÓN DE MOVIMIENTOS

Ésta limitación puede surgir como consecuencia por los dolores provocados por la miositis, como es en el movimiento de apertura, en donde el paciente detiene dicha trayectoria en el momento de sentir dolor, el cual es provocado por estiramiento de las fibras y compresión de la zona inflamada.

4.-MIALGIAS

Esta es otra alteración neuromuscular, que es provocada por el bruxismo, los cuales son dolores musculares espontáneos no provocados, que reaccionan con una inflamación al palpar las zonas. El paciente refiere dolores intensos, que pueden ser de oído, dientes y cabeza, los cuáles son irradiados, difíciles de localizar.

Estos dolores pueden durar varios años, los cuáles tienden a desaparecer después de reestablecer la función normal del aparato masticatorio.

5.-HIPERTROFIAS.

Este tipo de alteraciones, normalmente son visibles en el bruxismo, y sus consecuencias son primordialmente sobre las facciones de la cara, afectando directamente las funciones de los músculos elevadores, como son los maseteros, en donde puede existir una hipertrofia bilateral, cuando existen interferencias en movimientos retrusivos. En el bruxismo excéntrico o por frotamiento, en donde hay referencia de interferencias oclusales en el lado de balance, la hipertrofia es unilateral.

CAPITULO 6

INTERFERENCIAS OCLUSALES

ALTERACIONES Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las interferencias oclusales provocan movimientos mandibulares parafuncionales, los cuáles no estaban presentes al comienzo de la interferencia. Existe un acortamiento de la guía anterior, por lo que posteriormente se produce un desgaste abrasivo de todas las zonas que estén involucradas en relación con interferencias oclusales.

Al corregir la anatomía de la guía anterior alterada, puede desaparecer el problema de desgaste, proporcionando una fracción de milímetro en céntrica larga.

Se ha comprobado que inclusive en pacientes que no presentan interferencias en relación céntrica, se puede presentar una alteración en la presión contra las vertientes, cuando éstas interfieren en algunos de los desplazamientos funcionales excéntricos de la mandíbula, lo que puede causar un desgaste oclusal grave o bien una movilidad dentaria exagerada, o bien que éstas piezas puedan sufrir su desalineación.

Este fenómeno puede presentarse en pacientes que han recibido tratamiento ortodóntico, porque las piezas dentarias han mantenido una interferencia funcional durante un período largo de tiempo. Cuando los dientes no se han desplazado a manera de adaptarse, el desgaste que sufren es mucho más rápido, que los dientes que se han mantenido en su posición original. A pesar de la relación que existe entre las interferencias oclusales y la actividad muscular, el hecho de corregir las interferencias no es suficiente para solucionar el problema del bruxismo.

Las interferencias oclusales que estorban los movimientos mandibulares suaves durante las excursiones laterales y protrusivas, se pueden localizar visualmente, o bien con cinta o papel carbón cera o barniz, se le pide al paciente que efectue movimientos mandibulares con los dientes en contacto, o bien se le ayuda a llevar la mandíbula a dichos movimientos, no se sabe a ciencia cierta que tan atrás se desplaza la mandíbula durante el bruxismo, por lo que se hecha mano de las técnicas mencionadas, para la detección de las interferencias.

Los contactos prematuros en oclusión céntrica, pueden localizarse mejor haciendo que el paciente muerda ligeramente sobre hojas de cera.

DOLORES OCLUSO MUSCULARES

PASOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL DOLORES OCLUSO-MUSCULAR

- 1.- Determinar si el músculo está relacionado con el dolor, por medio de un cuestionario.
- 2.- Posibilidad de descartar problemas articulares, ya sea por la palpación o por referencia del paciente.
- 3.- Relación que existe entre el dolor muscular y los contactos oclusales, haciendo que el paciente realice movimientos mandibulares en donde se inicia el dolor.
- 4.- Posición aceptable de la A.T.M. por medio de radiografías, por ejemplo de una lateral de cráneo o directamente sobre la articulación.
- 5.- Verificar que no se trate de alguna patología ósea o, pulpar o periodontal.

Cualquier factor que modifique el tono de un músculo, traerá como consecuencia el trastorno de tono del músculo que se oponga a su acción por lo que cualquier estímulo que provoque una actividad muscular aumentada, se aumentará la actividad de los músculos que se relacionan al mismo.

Los músculos presentan cierto grado de contracción, aunque éstos se encuentren en reposo al mantener cierta tonicidad en algunas de sus fibras. Un músculo al encontrarse en tonicidad de reposo, nunca se fatiga. Por lo que aumentan la necesidad de fuerza en un músculo, y aumenta la proporción de fibras que entran en función. La fatiga o espasmo de un músculo que procede de una hiperactividad prolongada produce dolor muscular, ya que las terminaciones nerviosas de los músculos son muy sencibles, y al estimularlas con el espasmo producen dolor.

Al existir inflamación en los músculos pterigoideos generalmente nos indica que existe un funcionamiento anormal y ésta se produce al existir una contracción prolongada de éstos músculos para llevar la mandíbula a relación céntrica. Estos músculos están íntimamente relacionados en cualquier desviación en la trayectoria de la mandíbula, ya que responden en forma muy especial a los receptores del reflejo de presión que se encuentran al rededor de los dientes.

Una de las ventajas para detectar dolor en éstos músculos es que pueden ser palpados y además se vuelven hiperactivos.

TRAUMA PERIODONTAL

Este trauma es una lesión en las estructuras profundas de soporte dentario, producida por las fuerzas musculares del aparato masticatorio y recibidas en los contactos oclusales.

Esta lesión puede ser provocada por el efecto de fuerzas anormales, ya sea en intensidad, duración y frecuencia las cuáles actúan sobre estructuras periodontales normales, o por el efecto de fuerzas oclusales excesivas, o bien fuerzas normales que actúan sobre estructuras periodontales débiles o patológicas.

La baja resistencia del periodonto a las fuerzas oclusales, puede deberse:

1.- A la baja resistencia tisular, y a las alteraciones metabólicas e integración estructural de los tejidos, como es por alguna patología.

2.- Posiciones inadecuadas en los dientes o mandíbula, lo que hace desfavorable la dirección de las fuerzas ejercidas, ya que al encontrarse algún diente en malposición, las fuerzas de masticación no se dirigen en una dirección axial, por lo tanto éstas fuerzas son recibidas por tejidos adyacentes.

3.- La persistencia de fuerzas aumentadas, como en el bruxismo, lo cuál no permite una reparación biológica, ya que mientras exista un estímulo, el periodonto siempre va a estar alterado

4.- Cuando existe inflamación en el periodonto, como podría ser por alguna infección previa.

Al presentarse una interferencia oclusal los propioceptores comunican ésta alteración al sistema nervioso central, lo cuál hace que se realice una modificación en los movimientos mandibulares, con el fin de proteger la estructura de soporte de los dientes afectados. Por lo que el trauma periodontal nace cuando por alguna razón los movimientos no son rectificadas, también puede ocurrir que los propioceptores no sean activados al momento de ocurrir la interferencia, si su umbral de excitación está muy aumentado, o bien porque las fuerzas iniciales son muy leves.

CAPITULO 7 TRATAMIENTO

GENERALIDADES

Para realizar el tratamiento de bruxismo, es esencial el reconocer los factores etiológicos mediante un buen diagnóstico, y eliminar satisfactoriamente los factores causales. De tal forma que si el bruxismo tiene una doble etiología como son los factores oclusales locales y los factores psíquicos, se deben tomar en consideración ambos para la solución del problema.

Otro factor importante que se relaciona con esta disfunción, es el grado de umbral de los propioceptores para la adaptación de los dientes, y depende de la variación psíquica en la que se encuentre el paciente que también actúa como factor dentro del bruxismo, será el grado de aparición de dicha disfunción.

Para poder eliminar el bruxismo se debe controlar el grado de irritabilidad neuromuscular debajo del nivel donde la interferencia actúa como factor predisponente, o bien eliminar dicha interferencia para quedar dentro del límite de tolerancia del mecanismo neuromuscular.

PSICOTERAPIA

Este método se ha empleado con mucho éxito, ya que disminuye la tensión psíquica o emocional del paciente, pero preferentemente debe ser realizado por especialistas, dependiendo el grado de profundidad del mismo trastorno. De tal forma el dentista preferentemente no es conveniente aplicar ningún tipo de psicoterapia a un nivel profundo. De ahí que la psicoterapia efectuada de manera adecuada reduce considerablemente la tensión e inicialmente el bruxismo.

Sin embargo, ya que la psicoterapia es muy compleja y requiere de mucho tiempo, es aconsejable reservarla únicamente para los pacientes que necesiten éste tratamiento, y saber orientarlos con firmeza, sobre el tratamiento integro y al especialista que debe consultar para poderlos ayudar más satisfactoriamente. Es muy bajo el índice de pacientes que necesita el tratamiento de psicoterapia pero necesitamos estar seguros de que si nuestro paciente necesita o no el tratamiento para así evitar molestias innecesarias.

Un gran número de pacientes puede ser ayudado mediante sencillas recomendaciones del dentista, por lo que se debe intentar explicar al paciente sobre la relación con su problema y la tensión nerviosa o emocional. En algunas ocasiones el paciente rechaza terminantemente la idea de ser tratado con psicoterapia, pero si se adentra en lo que nosotros acertadamente hemos encauzado, el paciente tendrá oportunidad de pensarlo y finalmente aceptará las recomendaciones y se guiará en caso necesario sobre las consultas de un experto.

Debemos tener cuidado de no profundizar demasiado en los problemas emocionales del paciente ya que ésto puede agravar la inestabilidad del individuo psiconeurótico.

Otro método utilizado para reducir la tensión muscular es la utilización de medicamentos tranquilizantes, y así bajar el umbral de la respuesta neuromuscular en las interferencias oclusales pero al interrumpir dicho tratamiento, el bruxismo se reanudará. Además los pacientes con bruxismo pueden tener problemas psiquicos que los hagan aceptar los tranquilizantes como medio de escape a la tensión, lo cual puede provocarles una farmacoddependencia. Por lo que normalmente es aconsejable utilizar éstos medicamentos para eliminar temporalmente los espasmos musculares dolorosos.

AUTOSUGESTIÓN

Esta técnica ha sido utilizada para el tratamiento del bruxismo por mucho tiempo, pero se debe tener la certeza de conocer los factores desencadenantes del mismo, ya que si se aplica sin conocerlos no nos serviría de mucho. Recientemente se ha recomendado la autosugestión o la hipnosis para corregir el hábito del bruxismo, aunque éste tratamiento puede ser peligroso si no se conduce acertadamente.

Si tanto la tensión psíquica como la interferencia oclusal en el bruxismo no son tratados, y al paciente no se le permite mediante sugestión posthipnótica utilizar ésta vía para desahogar su tensión emocional es probable que pueda precipitarse en una reacción psiconeurótica grave. En la mayoría de los casos la sugestión posthipnótica será superada y el paciente volverá a presentar el bruxismo sin llegar a tener una reacción psíquica grave.

EJERCICIOS RELAJANTES Y FISIOTERAPIA

Los ejercicios relajantes, ya sean locales o generales nos sirven de ayuda para disminuir la tensión muscular y al bruxismo. En pacientes con bruxismo se recomienda el ejercicio postural, o bien ejercicios locales de los músculos masticadores, aunque éstos ejercicios pueden eliminar la molestia de la tensión muscular asociada al bruxismo, por lo que éste tratamiento alivia únicamente los síntomas y no directamente la causa, en éste caso el bruxismo regresará a su estado original, aunque desciendan en cierto grado las molestias. Por lo que éste tratamiento deberá ser utilizado únicamente como apoyo de otras terapias.

AJUSTE OCLUSAL

El ajuste oclusal o la eliminación de las áreas o interferencias oclusales es un tratamiento que le concierne en su totalidad al cirujano dentista, en donde está involucrado un gran número de dientes antagonistas con buen apoyo periodontal, en donde será posible lograr una oclusión estable y bien equilibrada, por lo que al realizar obturaciones en éstos pacientes hay que tener especial cuidado de no dejar alguna interferencia que pueda intervenir en la oclusión.

El ajuste oclusal suele ser un tratamiento fácil, para ayudar en la corrección del bruxismo aunque se lleva bastante tiempo elaborarlo, ya que se debe de acercarse a una oclusión perfecta, para obtener buenos resultados. Uno de los factores que con frecuencia está presente en el bruxismo y nos interfiere en la labor del ajuste es la hipertonicidad muscular, por lo que primero tenemos que relajar los músculos masticatorios para poder llevar a nuestro paciente a relación céntrica.

Comúnmente encontramos que el paciente nos miente en la posición de relación céntrica por lo que será necesario tomar éste punto en repetidas ocasiones, hasta localizar una posición estable después de la eliminación de la mayoría de las interferencias oclusales.

El nivel de percepción de las interferencias oclusales en un paciente con bruxismo, es muy notable ya que basta con tocar una área de contacto oclusal, para que el paciente note la diferencia. Por tal motivo es muy importante lograr una relación céntrica estable, y eliminar contactos prematuros o interferencias oclusales entre relación céntrica y oclusión céntrica, ya que si se deja algún contacto prematuro, éste actuará como predisponente para el apretamiento o para realizar pequeños movimientos que pueden provocar el bruxismo.

El ajuste oclusal puede darnos como resultado, un mejoramiento en las relaciones funcionales en el aparato masticatorio, y así podremos eliminar el trauma por oclusión y la tensión muscular aumentada. También podremos corregir alguna disfunción en la Articulación Temporomandibular.

Por lo que si realizamos adecuadamente un ajuste oclusal, lograremos una presión uniforme en todas las caras oclusales, durante la masticación, y así los dientes mantendrán un desgaste fisiológico uniforme.

El ajuste oclusal es lo primordial que debemos tomar en cuenta en el trauma por oclusión. En donde debemos tomar en cuenta la reconstrucción dental, para así lograr una oclusión ideal, y obtener así una buena masticación.

La eliminación de los contactos prematuros, dentro de la trayectoria considerada de oclusión céntrica, hasta relación céntrica, es un aspecto muy importante para ser tomado en cuenta, principalmente en pacientes con problemas de Bruxismo, trastornos musculares, o bien, disfunción temporomandibular.

Por otra parte, se deben tratar también las interferencias oclusales que obstaculizan los movimientos mandibulares, por muy leves que éstos sean.

En ocasiones no se puede lograr una estabilidad oclusal funcional, con el simple hecho de realizar desgastes en caras masticatorias, por lo que será necesario realizar restauraciones individuales de algunos dientes, para poder equilibrar la masticación.

Al realizar un ajuste oclusal, se debe tener en consideración, que las fuerzas masticatorias se deben dirigir en una dirección axial, y no lateral, por lo cual, se tiene que controlar éstas fuerzas, por medio de desgastes selectivos, de caras oclusales.

Siempre que la estabilidad de los dientes constituya un problema, las fuerzas oclusales deben estar dirigidas hacia la zona axial.

OBJETIVOS DEL AJUSTE OCLUSAL EN RELACIÓN CÉNTRICA.

- 1.- Eliminar contactos prematuros, tanto en Relación Céntrica, como en Oclusión Céntrica.
- 2.- Crear una libertad en céntrica, dando continuidad de Relación Céntrica a Oclusión Céntrica.
- 3.- Provocar una fuerza de masticación uniforme, principalmente sobre todos los dientes posteriores.
- 4.- Eliminar el impacto horizontal y lateral al cerrar la boca en Relación Céntrica.

LOCALIZACIÓN DE CONTACTOS PREMATUROS EN RELACIÓN CÉNTRICA.

Uno de los métodos más común para localizar puntos prematuros de contacto en relación céntrica, es el empleo de cinta o papel carbón, teniendo éste método, varias desventajas, como son :

1.- Este tipo de cintas o papel carbón, no marca bien sobre zonas lisas, como son las caras oclusales de los dientes.

2.- Hay papeles demasiado gruesos como para distinguir con claridad entre los dientes que hacen contacto, y los que parecen contactar.

3.- Hay papeles o cintas que traen demasiada tinta, por lo que al entrar éstos en contacto con la saliva, puede escurrirse y darnos marcas falsas.

4.- Si por el contrario, el papel trae poca tinta, puede no ser suficiente para marcarnos los puntos prematuros.

Si se determina utilizar la cinta o papel carbón, se deben secar primeramente las superficies oclusales, para que la tinta se adhiera más y posteriormente, se calienta ligeramente el papel sobre una flama, posteriormente se deben realizar movimientos de cierre con pequeños golpes, tratando de realizarlos en relación céntrica.

Existe otro método para la localización de puntos prematuros, que es la utilización de hojas de cera blanda para incrustaciones, la cual se coloca en la zona de los dientes posteriores, y se le ayuda al paciente a que lleve la mandíbula a relación céntrica y a que cierre la boca, por lo que la cera se perforará o quedará muy delgada en las zonas donde existen puntos prematuros de contacto.

También se puede colocar barniz o laca sobre las caras oclusales, previamente secas, el barniz se deja secar un poco y posteriormente se cierra la boca. El único inconveniente de éste método, es que es muy lento y algo sucio, por lo que casi ya no se usa.

A parte de marcar los contactos prematuros en relación céntrica, se deben buscar las trayectorias de deslizamiento de, relación céntrica, a oclusión céntrica, lo cual podemos lograr, haciendo que el paciente apriete los dientes desde relación céntrica, hasta oclusión céntrica, con papel carbón entre ellos, para así determinar la parte del diente que nos provoca interferencias en dicha trayectoria.

Para poder llevar a cabo un buen ajuste oclusal, es necesario que el Cirujano Dentista, le ayude al paciente a guiar la mandíbula a la posición de relación céntrica. Ya que si lo deja sólo, es muy probable que no repita el mismo punto en repetidas ocasiones.

NORMAS PARA UN AJUSTE OCLUSAL EN RELACIÓN CÉNTRICA.

Para poder llevar a cabo un ajuste oclusal, debemos tener muy presente, qué es lo que vamos a hacer, y sobre lo que puede suceder, tanto a nivel diente como a nivel sistema, después de haber efectuado el ajuste.

Dentro de los objetivos que tenemos que tener en mente, es que si el ajuste eliminará el punto prematuro o la interferencia, o que si mejorará la oclusión. Y posteriormente analizar, en caso de existir espasmo muscular, si el ajuste aliviará éste problema.

Cuando ya fueron localizados los contactos prematuros, se debe observar detenidamente, en qué dirección se desplaza la mandíbula al tropezar con ellos.

La mejor relajación de los músculos masticatorios, se logra con la eliminación del deslizamiento a partir de relación céntrica y hasta, oclusión céntrica, por lo que debemos eliminar las interferencias que provoquen dicho desplazamiento.

Uno de los propósitos de realizar un ajuste oclusal, es hacer coincidir en lo más exacto posible, las cúspides vestibulares de los dientes inferiores, en las fosas centrales de los dientes superiores, y las cúspides palatinas de los dientes superiores, en las fosas centrales de los dientes inferiores. Lo cual se logra, limando con una fresa fina, los declives afectados, hacia las fosas, fabricando una mesa o asiento para que ocluya la cúspide antagonista.

Este asiento debe ser tallado al mismo nivel, tanto en relación céntrica, como en oclusión céntrica. En donde se creará una área entre éstos dos puntos, la cuál será llamada, **CÉNTRICA PROLONGADA** o **LIBERTAD EN CÉNTRICA**.

El tallado debe efectuarse principalmente sobre las superficies mesial y vestibular de las cúspides palatinas superiores, y sobre la cara distal de las crestas marginales de los dientes inferiores y en ocasiones sobre las superficies distolinguales de las cúspides vestibulares inferiores.

Las cúspides vestibulares inferiores, y las cúspides palatinas superiores, deben hacer contacto en cualquier sitio, entre relación céntrica y oclusión céntrica, sobre una superficie plana, para así poder dirigir axialmente sobre todos los dientes, las fuerzas de la masticación.

También hay que tomar en consideración que las cúspides vestibulares de los premolares inferiores y las cúspides mesiovestibulares de molares inferiores, llevan una área interdientaria en la arcada antagonista.

En el deslizamiento lateral de la mandíbula, desde relación céntrica hasta oclusión céntrica, se deben elaborar asientos oclusales para las cúspides vestibulares inferiores, en las fosas centrales del maxilar superior, y para las cúspides palatinas superiores, en las fosas centrales del maxilar inferior.

En ocasiones será necesario elaborar el desgaste en ambas arcadas .Si la contención céntrica en oclusión céntrica se efectúa sobre los declives vestibular y lingual ,en lugar de realizarlo sobre el fondo de la fosa,también debemos ensanchar la fosa a partir del nivel más profundo de la contención céntrica y reducir un poco la punta de la cúspide antagonista ,si ésta sobresale de la fosa central .

Si nos damos cuenta de que dentro de las interferencias,se encuentran involucradas las cúspides vestibulares de los dientes inferiores o las cúspides palatinas de los dientes superiores,debemos de tomar gran conciencia en el momento de sacrificar alguna de ellas,ya que se tratan de las cúspides de trabajo,y en caso necesario, desgastar las cúspides superiores. O bien desgastar un poco ambas cúspides,pero siempre tomando en cuenta la estabilidad y función de nuestra oclusión.

Si tenemos que eliminar la punta de alguna cúspide, para eliminar algún deslizamiento, esta reducción debe realizarse sobre la cúspide lingual inferior, ya que ésta es una cúspide de balance y no debe tener apoyo ni en relación céntrica ni en oclusión céntrica. Por lo que después de haber realizado un ajuste oclusal debemos de crear una área para la libertad de movimiento, en combinación en céntrica prolongada.

Pueden existir contactos prematuros tanto en relación centrada como en oclusión céntrica, los cuales nos pueden referir un ligero deslizamiento entre éstos dos puntos, cuando el paciente junta los dientes. Éstos puntos deben ser eliminados.Si una cúspide hace contacto en céntrica pero no en excursiones laterales, el desgaste debe realizarse en la fosa antagonista de la cúspide elevada.

Se podrá hacer un desgaste en la cúspide, cuando ésta haga contacto prematuro en céntrica y excursiones laterales, por lo que se deberán proporcionar contenciones céntricas con el impacto de las fuerzas oclusales dirigido axialmente en céntrica.

Cuando se termine de realizar un ajuste en relación céntrica, los premolares y molares antagonistas deberán hacer contacto oclusal simultáneamente al cerrar la boca, y la mandíbula no deberá deslizarse cuando el paciente muerda fuertemente. Por lo que la oclusión céntrica después del ajuste debe encontrarse por delante de la relación céntrica en forma paralela en cuanto a un movimiento mandibular.

Por otra parte, debemos tener cuidado de no alterar la dimensión vertical, y los dientes anteriores deberán encontrarse fuera de contacto en relación céntrica, pero seguirán haciendo contacto muy ligero en oclusión céntrica. Debemos tener especial cuidado en no dejar dirigido el impacto de las fuerzas oclusales, ya sea, en relación céntrica u oclusión céntrica, sobre declives muy pronunciados y no equilibrados, lo cual nos puede provocar movimientos dentarios en diferentes grados.

Si no podemos lograr ésta relación podemos hacer mano reconstruyendo piezas individualmente con restauraciones oclusales.

AJUSTE DE INTERFERENCIAS PROTRUSIVAS Y DEL LADO DE TRABAJO

OBJETIVOS:

- 1.- Proporcionar contactos de deslizamiento uniforme
- 2.- Guía incisiva y cuspidéa bilateral

3.-Eliminar interferencias o proporcionar guía en el lado de equilibrio. Estas interferencias son más fáciles de localizar que las que se relacionan en céntrica, ya que únicamente es necesario realizar pequeños movimientos mandibulares para que el papel carbón o la cinta nos determinen marcas seguras.

El ajuste lateral y protrusivo debe incluir todos los espacios que se encuentran dentro de los límites funcionales de los maxilares, ya sea en excursiones laterales o protrusivas.

Debemos tener especial cuidado en el limado de la cara vestibular de las cúspides vestibulares inferiores y de la cara palatina de las cúspides palatinas superiores, todo esto para no poner en peligro la estabilidad oclusal y la función de estas áreas.

En las interferencias entre los dientes anteriores, superiores e inferiores, ya sea en excursiones laterales o protrusivas, deben ser corregidas rebajando únicamente rebajando la cara palatina de los incisivos y caninos superiores, en toda la zona de la interferencia.

El ajuste oclusal debe extenderse en sentido incisivo, y debemos de partir del punto de contacto inicial en movimientos laterales y protrusivos, dejando el punto incisal sin ser alterado, lo que significa que el tallado se debe de efectuar alejándonos algunos milímetros de la marca de contención en oclusión céntrica sobre los dientes inferiores.

Cuando no existe contención céntrica funcional o contacto entre los dientes anteriores, ya sean superiores o inferiores, la posición de los mismos se mantiene por hábitos de la lengua o labios o por contactos en excursiones laterales y protrusivas, como es el caso de los pacientes con bruxismo.

Si llegamos a rebajar los bordes incisales de los incisivos o caninos inferiores, para reducir alguna sobremordida excesiva o bien una interferencia protrusiva. Estos dientes sufren avulsión, hasta llegar a alcanzar nuevamente contacto incisal, a menos de que el paciente desarrolle un hábito lingual o bruxismo para mantener la mordida abierta.

En ningún momento debemos provocar un contacto fuerte en las regiones posteriores durante excursiones protrusivas de contacto, por lo que no se debe reducir la guía incisiva para establecer contactos posteriores en una trayectoria protrusiva funcional.

AJUSTE DE LAS INTERFERENCIAS DE LADO DE EQUILIBRIO.

Para determinar las interferencias en el lado de balance, podemos utilizar técnicas parecidas para detectar interferencias en el lado de trabajo o en céntrica. Las interferencias en el lado de balance, se presentan entre las cúspides de apoyo tanto en superiores como inferiores y en sus declives oclusales, por lo que para eliminar éstas interferencias, el ajuste debe de hacerse con mucho cuidado, para no eliminar contensiones céntricas.

En el caso de que tengamos que desgastar alguna contención céntrica para eliminar interferencias, tendremos cuidado de no eliminarlas todas en relación a un sólo diente, por lo que para precisar qué parte debemos rebajar debemos tomar en cuenta :

- 1.- Tener conocimiento si los dientes pudieran desplazarse o inclinarse despues del ajuste
- 2.- Hacia dónde se van a dirigir las fuerzas que resulten, tomando en consideración el periodonto.

3.-Qué efecto van a mantener los dientes del lado de trabajo

4.-Debemos conservar el mayor número de contenciones céntricas aunque éstas lleguen a participar en una interferencia.

Cuando un diente posterior llega a sufrir una inclinación, y la cúspide o el declive interfiere en la excursión de balanceo, debemos tallar sobre ésta cúspide declive, y cuando existen contactos en el lado de balanceo éstos deberán ser eliminados para que en los movimientos oclusales, queden fuera de contacto, o bien tengan un contacto muy suave. Por lo que no debemos rebajar declives guía en el lado de trabajo para intentar proporcionar contactos en el lado de balance.

TERMINACIÓN DEL AJUSTE

Cuando ya hemos elaborado el ajuste oclusal, debemos observar muy detenidamente la función de la mandíbula con relación al maxilar por lo que debemos pedirle al paciente que realice movimientos en todas las direcciones, de una manera muy suave, para que así el mismo paciente o nosotros podamos detectar alguna interferencia o punto prematuro que no haya sido eliminado. Para posteriormente eliminarlo de la manera antes descrita.

De ésta manera el paciente nos podrá referir en los días siguientes si hubo alguna reducción en la fuerza de los músculos masticatorios en sus movimientos mandibulares. De ésta manera también podremos darnos cuenta si algún diente ha sido realineado después de algún tiempo.

Por lo tanto, después del tratamiento, el bruxismo tiende a reducirse de manera considerable. Por último debemos pulir todas las superficies ásperas ya que éstas pudieran actuar como etiología para un nuevo bruxismo

GUARDAS OCLUSALES

Las guardas oclusales, son aparatos ortopédicos temporales reversibles, o sea, que si en un momento dado se determina que no se está evolucionando o bien, si el paciente llega a abandonar el tratamiento, sin que éste se haya terminado, la guarda oclusal, se puede retirar de forma inmediata, sin que el paciente llegue a tener consecuencias por tal efecto.

Este aparato nos va a servir para reposicionar la mandíbula, muscularmente, y su principal objetivo es interceptar las interferencias oclusales, que nos estén provocando la disfunción temporomandibular.

Actúa de una manera psicológica, rememorizando al paciente a que no repita movimientos o contactos fuera de su actividad funcional normal, también nos ayuda a reducir el stress emocional el cual nos traerá alteraciones dentro de la cavidad bucal. El guarda oclusal nos devuelve las funciones fisiológicas así como también una restauración neuromuscular.

Dentro de los objetivos de las guardas oclusales se encuentran :

- 1.- Nos determina un diagnóstico diferencial entre un dolor provocado por una disfunción temporomandibular y una enfermedad directa de la articulación.
- 2.- Diagnosticar un dolor muscular disfuncional
- 3.- Interceptar el bruxismo.

Con el guarda oclusal, los músculos tienden a relajarse, disminuyendo así los síntomas. Pero debemos tomar en cuenta que no en todos los pacientes vamos a tener los mismos resultados en un mismo lapso de tiempo, por lo que es recomendable utilizar el guarda, de ser posible, las 24 horas del día.

El tiempo mínimo para ser utilizado no debe ser menor de cinco horas al día para impedir movimientos dentarios que eviten la fácil inserción del aparato ocasionando molestias. Por otra parte, si no se coloca el aparato en el transcurso de varios días, los dientes se pueden mover, sin que éste aparato nos haya dejado beneficio alguno.

La construcción de éstos aparatos debe realizarse sobre el maxilar superior, y no sobre la mandíbula, ya que podría actuar como un aparato ortodóntico, y mover vestibularmente los incisivos superiores. Este aparato se puede desplazar con facilidad por la lengua cuando es elaborado en la mandíbula.

Cuando el guarda es elaborado sobre el maxilar superior puede usarse tanto sobre dientes naturales, como sobre prótesis, y deben ser elaborados de material plástico, rígido, delgados hasta donde sea posible y de ser posible, de un material transparente. La parte oclusal debe de ser delgada, y puede tener algunas perforaciones para que salgan algunas cúspides que no tengan contacto antagonista y a la vez nos puedan servir como retención adicional.

El guarda debe de ser elaborado en relación céntrica, permitiendo el apoyo oclusal posterior de las cúspides inferiores y el apoyo anterior de los bordes incisales inferiores, sobre el guarda.

El guarda oclusal debe incluir todos los dientes superiores, ya sea naturales o artificiales, para así evitar posibles avulsiones de los dientes que no se incluyan en él, también debe existir apoyo de todos los dientes inferiores. No debe estorbar el espacio correspondiente a la lengua, y debe estar bien pulido para evitar lesiones en la misma. En la forma palatina, debemos tomar en cuenta el tamaño del paladar y la retención que él mismo nos pueda ofrecer. Hacia la cara vestibular de los dientes, el guarda debe cubrir un tercio de las coronas anatómicas, llegando hasta los espacios interproximales.

Dentro de las consideraciones que debemos tomar en cuenta están:

- 1.-No debemos invadir el espacio de la lengua
- 2.-Mantener la distancia interoclusal, para no aumentar la dimensión vertical
- 3.-No debemos dejar huellas oclusales demasiado marcadas, para evitar el anclaje de la mandíbula en el aparato
- 4.En la elaboración del guarda debemos utilizar material rígido y no blando
- 5.-Debemos instruir a nuestro paciente para el buen uso e higiene del aparato.

El guarda oclusal nos va a servir como un protector temporal, después de una reconstrucción oclusal, para así evitar reincidencia de bruxismo así mismo proteger a los dientes que tengan cierta movilidad y va a proteger los tejidos periodontales involucrados en el trauma por oclusión.

PASOS PARA LA ELABORACION DE UN GUARDA OCLUSAL

- 1.- Obtener un juego de modelos de nuestro paciente (maxilar y mandíbula)*
- 2.- Montado de los modelos en el articulador*
- 3.- Elaboración del guarda, ya sea por medio de acetato o por espolvoreado de acrílico autopolimerizable*
- 4.- Colocar vaselina o separador en las caras oclusales del modelo inferior*
- 5.- Hacer cerrar el articulador y realizar los movimientos mandibulares*
- 6.- Recortar con un disco de carburo el guarda, tomando en cuenta el tercio ocluso vestibular y parte de la área palatina para dar mayor retención*
- 7.- Recortar el material excesivo y rebajar los bordes cortantes*
- 8.- Darle alisamiento y pulido al guarda.*

CONCLUSIONES

El tema relacionado con el bruxismo y las interferencias oclusales y con todas las estructuras adyacentes, es un tema muy interesante, tanto a nivel bucal, como a nivel sistémico.

Ya que nos vamos a involucrar y empapar de todos y cada uno de los detalles que forman los componentes del sistema masticatorio, observando y estudiando a fondo las funciones y disfunciones de los mismos.

Tenemos que tomar en consideración, desde la anatomía de los músculos, tejido óseo y la función individualmente de cada uno de los dientes.

En éste tema se toma muy en cuenta al paciente como ser humano, ya que se consideran aspectos de él, como son psíquicos, emocionales, y problemas directamente de la oclusión. Es muy interesante conocer y darse cuenta, de que un problema bucal está relacionado con el stress y hasta donde llega la magnitud de las consecuencias que el bruxismo provoca.

También es de relevancia la relación que existe entre el bruxismo y las interferencias oclusales, ya que ambas alteraciones casi siempre van en compañía. Y las cuales nos van a dar o provocar disfunciones y alteraciones en los dientes, la oclusión y en casos extremos, en la articulación temporomandibular.

Por tal motivo debemos revizar el o los métodos de tratamiento, utilizados para corregir éste problema, en donde se incluyen, terapias psíquicas, autohipnosis y los guardas oclusales, que son aparatos que actúan localmente sobre la oclusión. En ésta tesina, describo una técnica sencilla para la elaboración de éstos aparatos y los pasos e indicaciones para realizar acertadamente un buen ajuste oclusal.

BIBLIOGRAFIA

Dawson Peter E.
Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas Oclusales
Editorial Salvat E.
Barcelona

Dos Santos José
Oclusión Principios y Conceptos
Editorial Mundi
1987 Argentina

Martínez Ross Erik
Oclusión Orgánica
Editorial Mexicana de Ediciones, s.a. de c.v.
México D.F.

Ramfjord Sigurd
Ash Major M.
Oclusión
Editorial Interamericana
México D.D. 1983
Segunda Edición

Tysman Stanley D.
Malone William F.P.
Teoría y Práctica de la Protondoncia Fija
Editorial Interamericana
Buenos Aires, Argentina 1981
Séptima Edición.