



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

295  
21

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TRATAMIENTO PROTESICO A  
PACIENTES BRUXISTAS.

**T E S I N A**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
ROBERTA VALDERRABANO MENDEZ

*Roberta Valderrabano Mendez*

ASESORA: C.D.M.O. MARIA LUISA CERVANTES E.



MEXICO, D. F.

*UgB*  
*[Signature]*

1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS.**

**A mi madre:**

**Margarita**

**Con cariño y admiración  
Por su gran apoyo y consejo  
que fue lo que me dio  
fuerza para llegar a la meta  
soñada.**

**Gracias.**

**A mi hermana:**

**Myma**

**Por dame ánimo  
y por ser tan buena  
conmigo.**

**Gracias.**

**Con amor y gratitud  
a Dios.**

**A Fernando:**

**Por su apoyo y comprensión  
Gracias.**

**A mis compañeros:**  
Por los momentos felices  
que pasamos juntos y por  
su gran amistad.  
Gracias.

**A mi amiga Liliana:**  
Por su sincera amistad.  
Gracias.

**A mis maestros:**  
Por que gracias a su  
enseñanza he llegado  
a ser profesionista.  
Gracias.

**A la Dra. M<sup>a</sup> Luisa Cervantes E.**  
Por haberme asesorado.  
Gracias.

**TRATAMIENTO PROTESICO A  
PACIENTES BRUXISTAS.**

## ÍNDICE

Introducción .....	1
<b>CAPITULO 1 GENERALIDADES DEL BRUXISMO .....</b>	<b>3</b>
Generalidades .....	4
Definición .....	5
<b>CAPITULO 2 BRUXISMO .....</b>	<b>6</b>
Etiología .....	7
Signos y síntomas .....	10
Tipos y gravedad .....	12
<b>CAPITULO 3 HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>14</b>
Historia clínica .....	15
Diagnóstico .....	17
<b>CAPITULO 4 TRATAMIENTO .....</b>	<b>19</b>
Tratamiento Protésico .....	24
Articuladores .....	25
Registro de relación céntrica .....	26
Encerado oclusal de diagnóstico .....	27
Provisionales .....	31
Preparación de los dientes para a recibir las restauraciones .....	33

<b>Conclusiones .....</b>	<b>39</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>40</b>

## INTRODUCCIÓN.

La oclusión se define: como la relación de contacto entre los dientes de ambas arcadas antagonistas, tanto en su posición de máxima intercuspidad como en sus distintas posiciones funcionales. Sin embargo hemos de entender que la oclusión no es el simple hecho mecánico de poner en contacto los dientes de ambas arcadas, sino que es un estímulo de naturaleza nerviosa que va a dar una respuesta neuromuscular en función de dicho estímulo. Si el estímulo es normal obtendremos unos patrones de masticación, fonación y deglución normales, y si el estímulo es anormal, y además existe un factor psicoemocional al mismo tiempo, conducirá a una enfermedad oclusal, cuya forma clínica es el bruxismo.

El bruxismo es un término que utilizamos para designar el apretamiento y el movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales, el cual se clasifica como céntrico cuando se realiza en posiciones céntricas y excéntrico cuando el movimiento es realizado fuera de la oclusión céntrica.

El bruxismo puede afectar el sistema dentario, muscular y articular. En el individuo afectado se puede observar desde un desgaste dentario, hasta la destrucción casi completa de los dientes, hipertrofia de los músculos masticadores, espasmo muscular y daño a las articulaciones.



El conocimiento práctico de la anatomía y fisiología del sistema estomatognático es indispensable para el profesional, para así poder hacer un buen diagnóstico y realizar el tratamiento más apropiado y efectivo.

## **CAPITULO 1**

### **GENERALIDADES DEL BRUXISMO.**

La primera referencia hecha como observación clínica y con sentido científico sobre el rechinar de dientes, fué hecha por KAROLYI (1901) en una serie de conferencias que dió en Londres, y posteriores publicaciones, denominándole "Neuralgia Traumática". Aunque la primera referencia que se encuentra en la literatura es el "rechinar de dientes" del Antiguo y Nuevo Testamento.

Fué en 1907, cuando MARIE y PTIETKIEVIEZ, en Francia, usaron el término "bruxomania" por primera vez en la literatura dental. Apartir de ahí, FROHMANN, en 1931, aplicó el término "bruxismo" en la literatura anglosajona, a los movimientos disfuncionales mandibulares. Posteriormente Miller, en 1936, sugirió emplear el término "bruxomania" para designar el rechinar de dientes durante el estado de vigilia y distinguirlo del rechinar producido durante el sueño, al que llamaría "bruxismo".

Sin embargo, el término "mania", deriva del griego, e indicaría una "especie de locura", y el bruxismo no puede relacionarse, excepto en pocas ocasiones, con una enfermedad neurológica.

Otros términos también han desaparecido de la literatura, excepto el sugerido por DRUM, que en 1962 y 1967, denominó "parafunción" y hoy en día es generalmente aceptado para designar este tipo de movimientos mandibulares, no funcionales y que puede ser usado como sinónimo de "bruxismo". Más recientemente

RAMFJORD y ASH, en 1971, han sugerido los términos de "bruxismo céntrico" para distinguir el apretamiento de dientes, del rechamamiento de dientes.

#### **DEFINICIÓN.**

El bruxismo se define como el rechamamiento o apretamiento de los dientes, sin propósitos funcionales, realizado en tiempos diferentes a la masticación y a la deglución.

Se considera una alteración patológica que puede producir daño permanente en las estructuras del sistema estomatognático, pudiendo ser un factor etiológico importante en la disfunción cráneo mandibular o disfunción mandibular.

Una vez iniciado este hábito, persiste, una de las características del bruxismo es que quien lo tiene, ni siquiera se da cuenta de su hábito.

**CAPITULO 2**

**BRUXISMO.**

## **ETIOLOGÍA.**

La tensión emocional combinada con una interferencia oclusal serían los factores desencadenantes del bruxismo.

El bruxismo sería primero un problema del sistema nervioso central, para que el bruxismo se manifieste, deben existir la presencia del factor emocional y la interferencia oclusal. Existe un alto porcentaje de individuos con desarmonías oclusales, pero que, al no estar en un estado de tensión emocional no presenta bruxismo. Del mismo modo, existen individuos bajo tensión emocional que al no presentar interferencias oclusales no presentan bruxismo.<sup>1</sup>

El bruxismo, se encuentra íntimamente relacionado con el tono de los músculos masticadores. El tono muscular puede aumentar por dolor y molestias y por interferencias oclusales.

Existen varias clasificaciones de la etiología del bruxismo, una de ellas es la siguiente:

---

<sup>1</sup>Bruxismo y su repercusión clínica sobre la oclusión, Revista odontológica Chilena. Abril 1990.

### **A) Factores intraorales**

Como factor general diremos que cualquier interferencia puede ser causa responsable de la iniciación del bruxismo.

#### **a) Yatrogénicos**

Cualquier interferencia ocasionada por tratamientos incorrectos ya sean conservadores, protéticos u ortodónticos.

#### **b) Primarios**

1. Puntos prematuros que alteren la armonía entre la relación céntrica y la oclusión céntrica y que ocasionen posiciones oclusales en las cuales la oclusión céntrica no coincida con la posición condilar de relación céntrica.

2. Interferencias que ocasionen contactos no funcionales en cualquiera de los movimientos mandibulares.

#### **c) Secundarios**

Cualquier problema bucal no dentario propiamente dicho como gingivitis, estomatitis, cálculos, periodontitis, etc.

## **B) Factores extraorales**

### **a) Neurológicos**

Tensión psíquica, inhibición, estrés, frustración, hostilidad, ansiedad, aprensión, etc.

### **b) Sistémicos**

1. Alteraciones del tracto digestivo estreñimiento.
2. Alteraciones nutricionales, hipocalcemias, hipoavitaminosis.
3. Alteraciones sanguíneas tensionales

Tanto en el desarrollo del bruxismo céntrico como el excéntrico, lo que realmente ocurre es una combinación de factores tanto intraorales como extraorales. Pues una pequeña interferencia en personas con gran tensión inicia y mantiene el bruxismo y lo mismo sucede en personas con gran interferencia y pequeña tensión y, al contrario, personas con pequeña tensión y pequeña interferencia no lo desarrollan, al igual que pacientes con gran tensión y sin interferencias.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Bruxismo. Revista de Actualidad Estomatológica Española. Diciembre 1990 Madrid.



## **SIGNOS Y SÍNTOMAS.**

El bruxismo puede tener una gran influencia sobre los tejidos periodontales, los músculos masticadores y adyacentes, la articulación temporomandibular, la iniciación de la jaqueca y la irritabilidad del sistema nervioso central.

### **a) Cambios en los tejidos periodontales.**

Según Nadler, S. (1968) la salud del ligamento periodontal depende de una estimulación y función normal. Sin embargo, en el bruxismo severo o el aumento de presiones produce gran amplitud y engrosamiento del ligamento periodontal.

Al mismo tiempo, pueden resultar serios daños, especialmente si hay presiones laterales y entrecruzamiento cuspeideo. La totalidad del periodonto puede llegar a estar involucrada.

Un efecto mayor del bruxismo es la pérdida del hueso alveolar. En el bruxismo severo, rara vez existirá el efecto puro de fuerzas axiales. Las fuerzas que se desvían de la dirección axial, son menos resistidas por los tejidos. Un ligero aflojamiento del diente dentro de su alvéolo, se presenta como un signo clínico inicial. Puede existir una pequeña regeneración inicial, hay interferencia con

el riego sanguíneo del tejido óseo, resultando reabsorción osteoclástica del hueso alveolar.

**b) Daños en el diente.**

**Porción Coronaria.**

Según el artículo de Nadler, S. (1958) los pacientes con hábitos de rechinar tienen una disminución en la dimensión vertical, formación de facetas, cambios en rebordes marginales y ranuras de los dientes posteriores. El desgaste aparece sobre las vertientes de las cúspides, se reduce su inclinación y hace que el surco sea más plano. Cuando hay desgaste del punto de contacto dentario, pueden haber espacios, especialmente entre los dientes anteriores.

**Porción pulpar.**

a) Sensibilidad exagerada debida a una pulpa hiperémica por trauma de oclusión.

b) Pulpitis con eventual muerte pulpar, por fuerzas anormales con baja resistencia del tejido pulpar. Si la resistencia pulpar es alta resiste las fuerzas anormales y produce dentina secundaria.

c) Radiográficamente se puede observar reabsorción pulpar.

**c) Disfunción dolorosa.**

El bruxismo es de extrema importancia en la aparición de dolor disfuncional de los músculos y de la articulación temporomandibular (Nadler, S.)

**d) Dolor de cabeza.**

Berlin y Dessner y Mónica han demostrado que el bruxismo puede dar lugar a cefalea crónica. Aunque la correlación no está totalmente clara, se ha postulado que la base para el dolor es un trastorno en la circulación de los músculos.

Las molestias de los dientes, músculos y articulaciones temporomandibulares asociadas con el bruxismo con frecuencia aumentarán la tensión psíquica y la irritabilidad, y ocasionarán un posterior aumento del tono muscular y del bruxismo.

**TIPOS Y GRAVEDAD.**

Podemos distinguir dos manifestaciones características en relación a la oclusión:

*Bruxismo céntrico*: que sería el apretamiento de los dientes en oclusión céntrica, y *bruxismo excéntrico*: definido como el rechinamiento y movimiento de trituración de los dientes en excursiones excéntricas por factor de sobrecarga psíquica e interferencia oclusal.

Ambas manifestaciones del bruxismo serían expresiones de un aumento del tono muscular y, el hecho que sea céntrico o excéntrico, depende de la ubicación de las interferencias oclusales que actúan como desencadenantes de los movimientos no funcionales de los maxilares.

El bruxismo tiene una gravedad que depende: 1) de la cantidad de bruxismo; 2) de la cantidad de los tejidos sujetos a su acción y 3) de factores externos

Los factores externos que modifican la acción del bruxismo son los que actúan sobre el propio organismo dentario. La periodontitis actuaría sobre los órganos de soporte y los factores que actúan sobre el diente agravando la acción del bruxismo, puede ser tanto sustancias que se ingieren como sustancias ácidas o cítricas, y las que provienen del propio organismo como es la regurgitación.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> El paciente bruxomano desde el punto de vista odontológico, Revista F.O. Universidad de Antioquia Octubre 1992, Medellín.

### **CAPITULO 3**

### **HISTORIA CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO.**

## **HISTORIA CLÍNICA.**

Los objetivos de una historia clínica son: recabar información derivada del paciente y traducirla por datos significantes que ayuden a establecer un diagnóstico y plan de tratamiento.

**La historia clínica consta de cuatro etapas:**

**1. Ficha de identificación.** Es llenada por el paciente y su utilidad es para subsiguientes exámenes del mismo.

**2. Antecedentes médicos.** Cuyos propósitos son proteger al paciente evitándole o posponiéndole procedimientos que pudieran perjudicarlo con el tiempo.

Proteger al operador y a su equipo humano de enfermedades contagiosas.

Eliminar problemas sistemáticos que alteren la terapia escogida.

**3. Antecedentes psicológicos.** Son de extrema importancia para determinar con exactitud, el estado psíquico del paciente antes de empezar tratamiento alguno. Las tensiones nerviosas y los factores de ansiedad están frecuentemente relacionados directa o indirectamente a desarmonías del sistema estomatognático.

Cuando el paciente cursa severos trastornos psíquicos se recomienda la psicoterapia antes de iniciar el trabajo.

**4. Exámen clínico.** Un exámen clínico tiene que incluir las estructuras que participan directamente en la función del sistema estomatogánático, así como las estructuras indirectamente influenciadas por dicha función.

La primera inspección debe incluir una consideración de la cabeza y el cuello, postura, asimetrías faciales y anormalidades. Se deben buscar contracciones musculares espásticas e hipertrofias, y palpase las articulaciones temporomandibulares y las áreas adyacentes en reposo y durante diversos movimientos del maxilar. Se deben palpar también los lugares de inserción de los músculos del cuello y del maxilar, e inspeccionar la posición de los labios durante el reposo y el habla.

El exámen intrabucal debe incluir la inspección y palpación rutinarias de todas las estructuras intrabucales, incluyendo los músculos pterigoideos internos. El exámen periodontal debe abarcar el color de las encías, así como la forma, densidad, nivel de reinserción epitelial, profundidad de las bolsas, y tendencia hemorrágica de las mismas. Hay que examinar los dientes en busca de movilidad, sensibilidad a los cambios de temperatura y dolor a la

percusión. Se deben buscar facetas de desgaste sobre los dientes y relacionarlas con los patrones de movimiento del maxilar.<sup>4</sup>

El examen clínico debe completarse por evaluación radiológica.

### **DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico se establece al comparar, examinar y sintetizar las características descriptivas de las enfermedades y los datos obtenidos del interrogatorio y la exploración. Los datos obtenidos de la historia y la exploración del paciente generalmente proporcionarán la información necesaria para efectuar un diagnóstico positivo.

En la mayoría de los casos los síntomas no son evidentes sin embargo algunos de ellos son indicativos, aunque de ninguna manera patognomónicos o diagnósticos.

Por lo general se pueden descubrir los casos graves mediante la observación cuidadosa en busca de tales signos y síntomas. Puesto que la mayoría de los pacientes no se dan cuenta del hábito.

---

<sup>4</sup> Ramfjord, Ash Oclusión.



En un gran porcentaje de casos, este hábito puede pasar de la subconsciencia al nivel de la conciencia indicando al paciente la posibilidad de su existencia.

Es probable que todos hemos rechinado los dientes al encontrarnos en estado de tensión o esfuerzo. Sin embargo el hecho carece de importancia si no aparecen manifestaciones de traumatismo.

El bruxismo puede llevar al trauma por oclusión con manifestaciones en cualquiera de los numerosos componentes del sistema estomatognático. Así, son posibles traumatismos a las coronas y raíces de los dientes, a la pulpa, al periodonto, al aparato neuromuscular; pero el bruxismo se vuelve problema oclusal cuando hay signos y síntomas de trauma en el sistema estomatognático.

**CAPITULO 4**  
**TRATAMIENTO.**

El conocimiento y la eliminación de factores etiológicos constituyen el primer paso en el tratamiento racional de cualquier enfermedad.

En nuestro caso de bruxismo el paciente presenta trastornos funcionales del sistema estomatognático, estos trastornos funcionales del sistema estomatognático abarcan cualquier desarmonía que se presente en las relaciones funcionales de los dientes y de sus estructuras de soporte; los maxilares, las articulaciones temporomandibulares y los músculos.

Antes de un tratamiento definitivo debemos considerar las diferentes alternativas como medios coadyuvantes al tratamiento.

**Farmacológico.** Mediante el uso de relajantes musculares, estos reducen la actividad muscular al disminuir la excitabilidad refleja del sistema nervioso central, y tranquilizantes, que además de tener una acción relajante muscular y antiespasmódica, producen una fuerte influencia sobre la coordinación de las respuestas neuromusculares al disminuir la tensión psíquica.

**Psicológico.** Pacientes que no sabían que eran bruxistas, al explicarles los daños que inconscientemente se ocasionan así mismos, cooperan en la disminución y control de los estados diurnos e incluso los nocturnos.

**Ejercicios relajantes y fisioterapia.** Los ejercicios relajantes, tanto locales como generales, pueden servir para hacer disminuir la tensión muscular y el bruxismo. Aunque los ejercicios pueden eliminar temporalmente la molestia de la tensión muscular asociada al bruxismo, esto representa un tratamiento encaminado a aliviar los síntomas más que a eliminar la causa, el bruxismo retornará en cualquier momento en que la tensión psíquica haga descender nuevamente la tolerancia para la desarmonía oclusal por debajo del nivel del bruxismo. Ejercicios, masaje, calor y otras formas de fisioterapia proporcionarán el mismo alivio para el bruxismo que para las mialgias posturales o de otra naturaleza.

Después del alivio articular y muscular se procede a la terapia dental oclusal, en el que emplearemos las guardas oclusales y el ajuste oclusal:

**Guardas oclusales.** Las guardas oclusales son aparatos que pueden clasificarse como reversibles, es decir, que si en un momento dado el alivio a la curación se presenta en un término razonable de días, o si el aparato aumenta las molestias disfuncionales, este puede ser descartado por el odontólogo sin daño inmediato o posterior a los elementos constituyentes del sistema estomatognático.

Este aparato reposicionador o reprogramador neuromuscular de la mandíbula tiene las siguientes características: físicamente, el principal objetivo es el de detener la interferencia oclusal que provoca directa o indirectamente el desencadenamiento de la disfunción temporomandibular en diversas manifestaciones clínicas, también nos determinará la cantidad de estructura perdida por el desgaste, que puede ser ahora restablecida y a la vez tolerada.<sup>5</sup>

Psicológicamente, la presencia de una placa acrílica entre las arcadas dentarias actúa recordando al paciente que no debe aproximar sus piezas dentarias para movimientos o contactos fuera de toda actividad funcional como la masticación, la deglución, etc.

#### **Objetivos principales de las guardas oclusales:**

- a) Determinar un diagnóstico diferencial entre un dolor disfuncional temporo-mandibular y una enfermedad propia de la articulación.
- b) Controlar el mio-espasmo disfuncional
- c) Detener las parafunciones (apretamiento y/o bruxismo)

Al ocurrir esto, los músculos se relajan, disminuyendo así los síntomas. El tiempo en que ocurre esto varía de persona a persona y

---

<sup>5</sup> BRECKER S. Charles Procedimientos Clínicos en Rehabilitación Oclusal.

no hay tiempo límite exacto. Es recomendable, en todos los casos usar el guarda el mayor tiempo posible, y no deberá restringirse su uso a solamente la noche, durante el día únicamente deberá removerse al comer y para su higiene.

#### **Finalidades del guarda.**

a) Protección temporal de una rehabilitación oclusal recientemente terminada, para prevenir la iniciación de un bruxismo.

b) Protector de dientes móviles y/o involucrados paradontalmente por bruxismo.

c) Facilita la toma de impresiones interoclusales en céntrica.

**Ajuste oclusal.** El ajuste oclusal puede tender a eliminar interferencias o a estabilizar la oclusión en su conjunto. Las interferencias pueden ser en cierre, provocando desvíos hacia un lado, hacia adelante o una combinación de ambos, en trabajo o en balance. Se considera interferencia en balance, la que impide o dificulta el contacto en trabajo del lado contrario. La interferencia de trabajo es comúnmente aceptada como aquél contacto que impide el contacto dentario anterior y lateral en un movimiento protrusivo o movimiento de lateralidad.

La estabilización de la oclusión por medio del ajuste oclusal es un procedimiento que puede lograrse con eliminación de interferencias o puede intentar lograr unos contactos oclusales en oclusión céntrica y lateralidades que sean funcionales y prevengan posteriores interferencias.

Los límites del ajuste oclusal deben ser siempre considerados previamente. El diagnóstico preliminar puede mostrar en muchos casos que el ajuste oclusal no conseguirá una estabilización oclusal; en estos casos será necesario el emplear métodos ortodónticos, restauradores o protésicos.

#### **TRATAMIENTO PROTESICO.**

La odontología restauradora está indicada en el tratamiento de bruxismo cuando no se puede lograr una oclusión estable bien equilibrada utilizando únicamente el ajuste oclusal. Las restauraciones oclusales pueden servir también para sustituir o prevenir la pérdida excesiva de substancia dental a consecuencia del bruxismo.

Para obtener un buen resultado, debemos establecer un plan de tratamiento adecuado, para el cual es necesario el uso de un articulador semiajustable.

## **ARTICULADORES.**

Para evaluar adecuadamente la oclusión del paciente, es necesario que los modelos de estudio estén montados en un articulador con una relación modelos-articulación témporomandibular similar a la que existe en el paciente.

**Articuladores semiajustables:** Permiten la reproducción de algunos factores y determinantes de la oclusión tales como:

- a) Relación céntrica.
- b) Orientación del modelo superior a un plano constante y por consiguiente la orientación del modelo inferior
- c) Eje intercondilar
- d) Movimientos excéntricos.

Para montar el modelo superior en el articulador es necesario el uso de un arco facial, para que el modelo quede correctamente orientado, tanto en sentido anteroposterior como en el medio lateral. Una vez que se ha reproducido la relación entre el maxilar y el eje de rotación, el modelo mandibular se puede posicionar de forma precisa mediante el empleo de un registro interoclusal.



### **Registro de relación céntrica.**

Un registro de relación céntrica demuestra la orientación de los dientes mandibulares con respecto a los maxilares en relación céntrica y la posición de bisagra terminal, en los que la apertura y cierre son un movimiento rotativo puro. Este registro se transfiere al articulador y se emplea para relacionar el modelo mandibular con el modelo maxilar.<sup>6</sup>

Una ventaja de poseer modelos diagnósticos articulados de forma precisa es que los procedimientos de tratamiento propuestos pueden realizarse sobre el modelo de yeso antes de provocar cambios irreversibles en la boca del paciente. Estos procedimientos diagnósticos son esenciales si se intentan solucionar problemas complicados.

Las modificaciones del modelo de diagnóstico pueden ser en nuestro caso:

a) Modificación del esquema oclusal antes de integrar algún ajuste oclusal.

---

<sup>6</sup> ROSENSTIEL, Stephen F. Prótesis Fija. Procedimientos Clínicos y de Laboratorio.

**B) Preparación y encerado del diente de prueba antes de efectuar procedimientos restauradores fijos. Permite al profesional realizar el plan restaurador propuesto y analizarlo en un modelo de yeso, proporcionando considerable información antes del tratamiento actual y ayudando a explicar lo que se pretende al paciente.**

Una de las principales ventajas de los modelos montados es la posibilidad de observar directamente las relaciones completas de los dientes durante el deslizamiento, desde la relación céntrica hasta la oclusión céntrica.

Un análisis de los deslizamientos laterales, aunque no muy exacto utilizando el procedimiento de montaje que hemos señalado, proporciona una oportunidad bastante buena de inspeccionar las relaciones entre cúspides y fosas durante la función lateral simulada desde la cara lingual y vestibular.

#### **ENCERADO OCLUSAL DIAGNÓSTICO.**

En nuestro caso, es importante determinar las necesidades de los arcos dentarios y, en consecuencia planear el tipo de anatomía oclusal apropiada para cada caso en particular. También nos permite una posible modificación de guía incisal y caninos, todo con la finalidad de dar estética y funcionalidad.

### **Técnica de encerado:**

En si, el encerado es la reconstrucción por medio de cera, de la cara oclusal o anatomía oclusal perdida, para reproducir una relación cuspídea-fosa con tripodismo ideal.

Este encerado se lleva a cabo de la siguiente manera:

a) Ya obtenidos los modelos de estudio se procede a montarlos en un articulador por medio de un arco facial.

B) Después de montados los modelos, se marcan las superficies deterioradas o desgastadas para reconstruirlas con cera, por medio de un lápiz de punta fina delimitando cada superficie alterada por acción fisiológica o patológica.

C) Se cubren con cera las partes marcadas con el lápiz empezando por el ángulo y subiendo por los bordes mesial y distal, hasta terminar en el borde incisal empezando por el canino, para marcar la guía incisal, la cara palatina es la última en encerarse, ya hecho esto, se aplica talco sobre la cera, para que los movimientos de céntrica a excéntrica del antagonista se marquen en la cera, esto se realiza empezando por el canino derecho y luego el izquierdo.

Luego se continúa con el incisivo siguiendo el mismo método de diente por diente, por último se realizan movimientos de protrusión y lateralidad, obteniendo la posición ideal para poder encerar los dientes posteriores.

Para los dientes posteriores se toma un cuadrante de los arcos superior e inferior y relacionando debidamente en un articulador semiajustable, se eligen los segundos premolares y los primeros molares a los cuales se les desgasta la cara oclusal creando un espacio suficiente para la reproducción en cera de la anatomía del diente.

Lo primero que se hará es hacer las cúspides cortantes que son las vestibulares del maxilar, ayudándonos de una espátula se lleva cera al modelo haciendo movimientos circulares hasta formar un cono, de ésta manera se siguen colocando todas las cúspides de todos los dientes involucrados.

Hay que tener presente que se está reconstruyendo ya la oclusión, aunque todavía no se tenga antagonista debe respetarse la altura de los conos y darle cierta curvatura de compensación anteroposterior del plano oclusal. (Curva de Spee - Curva de Wilson)

#### *Curva de Spee.*

Es la curvatura anteroposterior de las superficies oclusales, empezando en la punta del canino inferior y siguiendo con la cúspide vestibular de los bicúspides y molares, continuando con el borde inferior de la rama. La curva es el resultado de variaciones en la alineación axial de los dientes inferiores. Para alinear cada uno de los dientes y conseguir una resistencia máxima para la carga funcional.

#### *Curva de Wilson.*

La curva de Wilson es la curva medio lateral que contacta los extremos de las cúspides vestibular y lingual en cada lado del arco. Es el resultado de la inclinación hacia adentro de los dientes posteroinferiores, haciendo que las cúspides linguales se sitúen por debajo de las vestibulares en el arco mandibular

#### *Plano Oclusal.*

Es un plano imaginario que toca al mismo tiempo los bordes incisivos de los incisivos centrales inferiores y la punta de las cúspides desvestibulares de los segundos molares inferiores.

Los conos para la cara palatina deben de acertar en las fosas respectivas, para darles orientación los haremos más largos de lo necesario. Colocando talco en el modelo inferior y cerrando el articulador se logrará que los conos hagan contacto y queden así marcas en la cera las cuales nos indicarán si esta cayendo o no en las fosas, de esta manera sabremos si se tiene que modificar o mover hacia mesial, distal, bucal o lingual y, una vez conformados a su posición se cortarán a la altura correspondiente.

Se procede a formar los conos de las cúspides vestibulares de los inferiores de la misma manera que los superiores.

Se realizan movimientos con el articulador buscando que se puedan desplazar los inferiores y los superiores sin interferencias.

Se coloca en primer término el cono correspondiente al primer premolar, y en seguida el mesial, medio y distal del molar, conforme se realiza ésta labor se irá comprobando que la posición del cono sea en relación a la fosa superior donde debe ajustarse lo necesario para lograr una posición adecuada, se aplica talco en el modelo superior para que marque donde hay interferencia al ocluir.

En el mismo orden que sirvió para el arco superior, se procede a colocar las cúspides inferiores y sus fosas, se rectifica por último en el articulador con movimientos de lateralidad y protrusivos para checar que no haya interferencias en ninguna de ellas.

#### **PROVISIONALES.**

Después de obtener la anatomía oclusal ideal, se basará uno en esto para hacer los provisionales. El empleo de los provisionales permitirá la reproducción de la dimensión vertical y de los trayectos funcionales dentro del límite adaptativo de casi todos los pacientes.

Es importante que mientras se confecciona una restauración, los dientes preparados estén protegidos y que el paciente se encuentre cómodo, si se resuelve con éxito esta fase del tratamiento, se ejercerá una influencia favorable en el resultado final y el paciente acrecentará su confianza en nosotros.<sup>7</sup>

Una buena restauración provisional debe satisfacer las siguientes condiciones:

*Protección pulpar:* Debe estar fabricado en un material que evite conducción de temperaturas extremas, márgenes bien delimitados.

*Función oclusal:* Esta restauración temporal deberá tener función oclusal.

*Fácil limpieza:* La restauración debe estar hecha de un material y una forma que facilite la limpieza durante el tiempo que vaya a permanecer en la boca, protegiendo los tejidos gingivales favorecemos el cementado final.

*Solidez y retención:* La restauración debe resistir las fuerzas que actúan sobre ellas sin romperse ni desalojarse.

---

<sup>7</sup> SILLINGBURG, Herbert T. Fundamentos de la Protodoncia Fija.

*Estética:* Debe producir un buen efecto.

Antes de la elaboración de los provisionales debemos tomar en cuenta los tipos de preparaciones que se vayan a realizar en la rehabilitación

### **PREPARACIÓN DE LOS DIENTES PARA RECIBIR LAS RESTAURACIONES.**

La odontología restauradora está indicada en el tratamiento de bruxismo cuando no se puede lograr una oclusión estable bien equilibrada utilizando únicamente el ajuste oclusal. Las restauraciones oclusales pueden servir también para sustituir o prevenir la pérdida excesiva de substancia dental a consecuencia del bruxismo.

En caso de que deban restaurarse tanto los dientes anteriores como los posteriores, habitualmente se tratan antes los dientes anteriores debido a la influencia en los movimientos bordeantes de mandíbula y en consecuencia, en la forma de las superficies oclusales de los dientes posteriores.

En restauraciones posteriores es beneficioso restaurar segmentos antagonistas al mismo tiempo. Esto permite el desarrollo



de un esquema oclusal eficaz mediante la aplicación de una técnica de cera añadida. Habitualmente es bueno completar un lado de la boca antes de tratar el otro lado.

### **Coronas parciales oclusales (onlay)**

Estas aunque sin cubrir todo el diente repone la oclusión en forma total a un paso más avanzado que las incrustaciones, pero con gran similitud con ellas.

La corona parcial oclusal posee la virtud de modificar la cara oclusal del diente. Debe prevenirse que aunque cambia toda la cara oclusal, no modifica la posición dentaria por lo que tiene sus limitaciones, dependiendo de las giroversiones que el diente haya adquirido, en estos casos es más recomendable la corona total, que brinda mayor posibilidad de orientar debidamente el eje de la corona.

Con el advenimiento de la odontología restauradora extensa en correcciones de males oclusales, el uso de las coronas parciales oclusales se ha difundido mucho, ello ha traído como consecuencia muchos beneficios, ya que podrán hacerse modificaciones de las relaciones oclusales sin llegar al uso de la corona total. Sin embargo, otro factor que debe considerarse al elegir la corona parcial oclusal es el índice de caries como restauración de este, pues esto traerá

es el índice de caries como restauración de este, pues esto traerá como consecuencia la poca sobrevivencia ante las partes expuestas del diente.

Las coronas parciales ofrecen varias ventajas:

1. Se conserva mayor estructura dentaria.
2. Gran parte del borde está en áreas accesibles permitiendo un buen acabado, y una buena higiene por parte del paciente.
3. Existe poco borde en estrecha proximidad con el surco gingival, por lo tanto, hay menos oportunidad para que se presenten irritaciones periodontales.
4. Por tener caras abiertas, la corona parcial es más fácil de cementar correctamente.
5. Como gran parte del borde es perfectamente visible, es fácil controlar directamente durante el cementado, la precisión del asentado.

La corona parcial no es tan retentiva como la completa. Tiene la retención adecuada para las restauraciones unitarias y para la mayoría de retenedores de puentes, pero no debe emplearse en los puentes largos.

Se estima que la preparación para recibir una restauración parcial oclusal representa un reto para el dentista en su habilidad.

### **Coronas totales.**

Requieren desgaste de todas sus caras. Según el área, deberá realizarse el desgaste suficiente que ocupará el material restaurador y en las zonas vestibular o labial habrá de tenerse especial cuidado para dejar espacio adecuado para colocar el material estético.

El área que entraña más problemas en la preparación de los dientes corresponde a la terminación cervical; éste es uno de los factores más determinantes de una buena preparación y en especial con el parodonto.

### **Indicaciones para las coronas totales:**

#### *Caries:*

Cuando abarca grandes porciones de la corona dentaria y debilita su estructura.

Cuando afecta los ángulos de las piezas por lo cual las restauraciones parciales oclusales serían insuficientes.

Cuando existen descalcificaciones cervicales.

Cuando existe un índice carioso extremo en diferentes porciones del diente.

*Alteración de la integridad coronaria :*

Cuando existe hipoplasia o descalcificación que daña la estructura dentaria.

Cuando existe abrasión o erosión que reduce la porción coronaria oclusal del diente.

Por fractura traumática de la corona

Por malformaciones en el folículo dentario que produzca coronas diminutas o gigantes

*Correcciones oclusales.*

Cuando se desea corregir la cara oclusal de los arcos.

Cuando una pieza dentaria se encuentra en giroversión y es necesario alinearla a la arcada para corregir la función oclusal.

Ya terminadas las preparaciones de los dientes que se van a restaurar procedemos a la toma de impresión o negativo de los dientes y sus estructuras circundantes para obtener un modelo, el cual se emplea para confeccionar las restauraciones en el laboratorio.

La toma de impresión deberá ser con un material de alta resistencia y excelente precisión.

Cuando se han completado los procedimientos de laboratorio, la restauración está preparada para la prueba previa al acabado final y a la cementación.

Los colados metálicos se deben evaluar en lo que se refiere a los contactos proximales, integridad de los márgenes, estabilidad, ajuste interno, contornos externos, oclusión y acabados de la superficie.

Las restauraciones de metal-porcelana a menudo requieren una etapa independiente de prueba de metal, momento en que se evalúa la integridad del margen, el diseño de la infraestructura y la oclusión.

Cuando la restauración cumple con lo anterior mencionado, se procede al cementado final.

## CONCLUSIONES.

Es necesario comprender todo lo relacionado con el bruxismo para lograr una terapia que realmente brinde resultados satisfactorios al paciente.

Es importante tener conocimiento sobre la amplia gama de tratamientos, desde el ideal hasta el menos ideal, así como en los casos en los que haya que combinar un paliativo con un definitivo.

El elaborar una buena historia clínica y realizar un examen oral completo, nos guía a un camino mejor en lo relacionado al diagnóstico.

Saber utilizar el articulador complementa el diagnóstico, pudiendo observarse la diferencia entre oclusión funcional y oclusión de conveniencia.

El encerado diagnóstico y definitivo elaborado por nosotros mismos, asegura un mayor éxito en nuestro tratamiento.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## BIBLIOGRAFÍA.

BRECKER S. Charles Procedimientos Clínicos en Rehabilitación Oclusal, Editorial Mundi. Buenos Aires.

DAWSON, Peter E. Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas Oclusales. Salvat Editores

MARTÍNEZ, Ross Erick Oclusión. Vicova Editores 2a. Edición México, D.F. 1980.

RAMFJORD, Ash Oclusión. Editorial Interamericana 2a. Edición México, D.F. 1983

ROSENSTIEL, Stephen F. Prótesis Fija. Procedimientos Clínicos y de Laboratorio. Salvat Editores Barcelona 1991.

SILLINGBURG Herbert T. Fundamentos de la Prostodoncia Fija. Editorial la Prensa Medica Mexicana. México, D.F. 1983.

Bruxismo. Acta Odontológica Venezolana, Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela Año XX Mayo-Agosto.

Bruxismo. Revista de Actualidad Estomatológica Española Año XLVIII Diciembre 1990 Madrid.

Brujismo y su repercusión clínica sobre la oclusión. Revista Odontológica Chilena Abril 1990.

El paciente bruxómano desde el punto de vista odontológico. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia Octubre 1992 Medellín.

Tratamiento del bruxismo. Revista de Actualidad Estomatológica Española Año XLVIII Junio 1990 Madrid.