



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPORTANCIA DEL AJUSTE OCLUSAL, ANTES Y
DESPUÉS DE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA. MANUAL
DE PROCEDIMIENTOS.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

TISBE YOCELIN OLIVER MENDOZA

TUTORA: Mtra. MARÍA LUISA CERVANTES ESPINOSA

ASESORA: C.D. DENIS ANAYANSI CUEVAS ROJO



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.

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

A mis Papás Miguel y Mati por su amor, comprensión y apoyo incondicional, gracias por guiarme ya saben que este triunfo es de ustedes también. LOS AMO.

A mi esposito Vladi, por tu apoyo, comprensión y amor que me permite sentir poder lograr lo que me proponga, por escucharme, por tus consejos, y por formar parte de mi vida, eres lo mejor que me ha pasado. TE AMO

A mi Princesita que me dio la fuerza suficiente para lograr esto. TE AMO

A mi Angelito, por ayudarme, apoyarme, por estar cada momento ahí.

TE AMO HERMANITO

A Lizeth y Aide por dejar ser mis primeras pacientitas y por apoyarme.

LAS AMO

A todos aquellos que en algún momento de mi formación me apoyaron, a mis amigos, compañeros y profesores con los que compartí mis triunfos y fracasos, alegrías y tristezas. GRACIAS

A la Mtra. María Luisa Cervantes Espinosa y a la CD. Denis Anayansi Cuevas

Rojo por el apoyo, dedicación y paciencia, por el esfuerzo realizado para este trabajo. GRACIAS

| | |
|---|----|
| ÍNDICE | |
| I. INTRODUCCIÓN | 5 |
| II. MARCO TEÓRICO | 6 |
| ▪AJUSTE OCLUSAL | 6 |
| INDICACIONES | 6 |
| CONTRAINDICACIONES | 7 |
| VENTAJAS | 7 |
| DESVENTAJAS | 7 |
| ▪TÉCNICAS PARA REALIZAR EL AJUSTE OCLUSAL | 8 |
| RAMFJORD Y ASH | 8 |
| DAWSON | 8 |
| OKESON | 9 |
| DESGASTE SELECTIVO | 9 |
| DESGASTE MECÁNICO | 10 |
| III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| IV. JUSTIFICACIÓN | 11 |
| V. OBJETIVOS | 11 |
| GENERAL | 11 |
| ESPECÍFICO | 11 |
| VI. METODOLOGÍA | 12 |
| VII. DISCUSIÓN | 40 |

| | |
|--------------------------------|----|
| VIII. CONCLUSIONES | 41 |
| IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 42 |
| GLOSARIO | 45 |



I. INTRODUCCIÓN

El ajuste oclusal, es una técnica irreversible que por medio del desgaste de zonas o puntos específicos y precisos de la corona, busca eliminar contactos prematuros, interferencias, trauma oclusal, logrando una armonización funcional y biomecánica entre los componentes del sistema estomatognático¹.

Esta técnica nos sirve para lograr a través de la modificación del esquema oclusal existente, una armonización de las condiciones funcionales y biomecánicas entre la oclusión, articulación temporomandibular, neuromusculatura y periodonto².

También nos ayuda para obtener una relación normal entre los dientes antagonistas (fosa- cúspide), devolver la estabilidad oclusal en céntrica, lograr que el sistema neuromuscular funcione dentro de los potenciales de adaptación del paciente, y mejorar la estética³.

Un manual de procedimientos es el documentos que contiene la descripción de ciertas actividades que deben seguirse, en este caso será de las técnicas del ajuste oclusal antes y después de una rehabilitación protésica⁴.

El propósito de este trabajo es realizar un manual de procedimientos el cual facilite el diagnóstico preciso, detallado y que incluya una valoración de la necesidad de restauraciones futuras.



II. MARCO TEÓRICO

▪AJUSTE OCLUSAL

El ajuste oclusal es una técnica en la cual se modifican de manera precisa las superficies oclusales de los dientes para mejorar la oclusión en forma general. Se elimina selectivamente parte de la estructura dentaria hasta que el diente cuya forma se modifica y contacta de manera que satisfaga los objetivos del tratamiento. Dado que esta técnica es irreversible y se hace eliminación de estructura dentaria, su utilidad es limitada. Así que deben existir unas indicaciones adecuadas antes de contemplar su utilización⁶.

INDICACIONES

Existen diferentes causas que pueden ser motivo de indicación del tratamiento de ajuste oclusal, pero es importante considerar que estas condiciones no son absolutas para realizar estos tratamientos².

Bruxismo. Es un fenómeno que ocurre mientras el paciente duerme, por lo cual se le considera un fenómeno involuntario. El bruxismo puede ser un fenómeno psíquico resultado de alteraciones emocionales, las cuales son descargadas mientras se duerme pero también pueden ser un factor inducido por interferencias oclusales, ya sea como factor o de manera determinante.

Trismus. Es la contracción sostenida e involuntaria de algún músculo, esta se da principalmente por inflamación a causa de un traumatismo o algún otro tipo de estímulo agresivo sobre este. El estímulo que puede desencadenar un trismus, puede ser el continuo contacto defectuoso de las cúspides de los dientes. Cuando en estos pacientes se han realizado estos tratamientos, el dolor y el trismus suelen desaparecer en muy corto tiempo.

Trauma oclusal. Es una indicación más para la ejecución de un ajuste oclusal. Este se puede dar cuando existe contacto prematuro entre los dientes ya sea a causa de alguna restauración mal ajustada o bien por algún traumatismo que haya provocado extrusión de algún órgano dentario.



Trastornos de la Articulación Temporomandibular. Este tipo de problemas se descubren cuando se hace la exploración de la articulación temporomandibular y se encuentra en esta algún sonido como el chasquido o bien la sensación de un movimiento brusco en la traslación.

Paciente Ortodóncico. Es un candidato casi seguro a recibir alguno de estos tratamientos, pues los movimientos que se hacen en la alineación de los dientes, suelen en la mayoría de los casos dejar alteraciones en la oclusión, estos pueden ser puntos prematuros de contacto o cualquier otro tipo de interferencia oclusal. Dado que estos tratamientos se llevan demasiado tiempo, es importante considerar el ajuste oclusal como medida complementaria al tratamiento¹.

CONTRAINDICACIONES

Los pacientes que expresan total comodidad oclusal es una contraindicación para el ajuste oclusal, así como en los pacientes en los que no se llevará tratamiento restaurador. Esto obedece a que si el paciente no refiere algún problema relacionado con su oclusión no es necesario desgastar un diente sano.

También está contraindicado en pacientes con dientes que han sido indicados para extracción².

VENTAJAS

Facilitará la función del sistema masticatorio.

Ayudará a eliminar los trastornos temporomandibulares.

Mejoramiento estético.

Pacientes con cefaleas y mialgias.

DESVANTAJAS

Eliminación de estructura dental.

Es un tratamiento irreversible.

El tratamiento exige precisión, desde el punto de vista técnico es una técnica difícil y laboriosa^{2,3}.



•TÉCNICAS PARA REALIZAR EL AJUSTE OCLUSAL

RAMFJORD Y ASH

El autor refiere que la corrección menor de disarmonía oclusal siempre es parte de la práctica dental. Los contactos oclusales intensos que causan incomodidad o aumento en la movilidad dental, suelen eliminarse desgastando los puntos marcados con el papel carbón.

Este desgaste sin planeación produce alivio de corto plazo de los signos y síntomas, pero a menudo termina en problemas compuestos conforme los dientes cambian de posición después de eliminar los contactos prematuros o rebotan por modificaciones en el impacto de fuerzas oclusales¹.

DAWSON

“Es la fase de tratamiento que elimina sólo aquella parte de la estructura del diente que está interfiriendo con la función armoniosa de la mandíbula.”

Dawson refiere al desgaste selectivo que es utilizado para eliminar las alteraciones de las superficies oclusales de los dientes, cambiando su forma y así establecer un equilibrio oclusal. Hace referencia sobre la importancia del ajuste oclusal:

Si la importancia de la oclusión en la odontología fuera comprendida, ningún odontólogo realizaría la práctica sin un conocimiento de los principios y de las habilidades requeridas para el ajuste oclusal exitoso. La corrección de una oclusión posterior a la colocación de una obturación o una corona alta.

Generalmente es realizada por un supuesto abordaje de rebajar la restauración hasta que el paciente pueda cerrar en contacto con el resto de los dientes sin importar la relación de la mandíbula al maxilar o la posición de la articulación temporomandibular.



Tales intentos en la corrección de la oclusión son increíblemente rigurosas en comparación con un proceso basado en los principios correctos del ajuste oclusal.

El ajuste oclusal correcto en pacientes apropiadamente seleccionados es uno de los servicios más fiables que un odontólogo puede realizar y una de los mayores recompensas³.

OKESON

Okeson, define:

“El ajuste oclusal es una técnica mediante la cual se modifican de manera precisa las superficies oclusales de los dientes para mejorar el patrón de contacto general”.

Se elimina selectivamente parte de la estructura dentaria hasta que el diente cuya forma se modifica de manera que satisfaga los objetivos del tratamiento, dado que éste tratamiento es irreversible y realiza la eliminación de estructura dentaria, su utilidad es limitada.

El ajuste oclusal es la modificación de las superficies de los dientes, con el fin de alterar sus relaciones funcionales, produciendo una nueva distribución y equilibrio de cargas funcionales².

DESGASTE SELECTIVO

Técnica irreversible que por medio del desgaste de zonas o puntos específicos y precisos de la corona busca eliminar contactos prematuros, interferencias, trauma oclusal, logrando una armonización funcional y biomecánica entre los componentes del sistema estomatognático⁷.



DESGASTE MECÁNICO

El doctor Charles Stuart refiere que esta técnica es un procedimiento correctivo de los contactos interoclusales para obtener relación céntrica al igual que la oclusión céntrica, logrando contactos de dientes anteriores mediante el tallado de dientes posteriores.

Comienza el desgaste estando los incisivos borde a borde, con la finalidad de obtener la altura adecuada para evitar las interferencias en los incisivos junto con su altura de las cúspides vestibulares superiores, siguiendo con desgastes y movimientos que van de punta a punta de caninos hacia céntrica tanto de un lado como del otro⁸.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ajuste oclusales un procedimiento importante para la completa rehabilitación oclusal de un paciente ya que si no se realiza este procedimiento se exacerban los problemas condilares y dentales.

IV. JUSTIFICACIÓN

Debido a lo anterior es importante que el odontólogo conozca las diferentes técnicas existentes para un correcto ajuste oclusal.

V. OBJETIVOS

GENERAL

Elaborar un manual de procedimientos para el correcto ajuste oclusal.

ESPECÍFICO

Describir las diferentes técnicas que existen para la realización de un adecuado ajuste oclusal.



VI. METODOLOGÍA

La terapia del ajuste oclusal es un procedimiento irreversible y selectivo de modificación de la corona dentaria, que se realiza mediante la remoción selectiva del esmalte. El propósito de dicho ajuste es alcanzar una relación oclusal estable y no traumática entre los dientes maxilares y mandibulares, tanto durante los movimientos excursivos como en máxima intercuspidad, además de devolverle estabilidad a las articulaciones temporomandibulares.

El ajuste oclusal consiste en la detección y eliminación de las interferencias oclusales, potencialmente responsables de la instauración de hábitos parafuncionales como el bruxismo. Es una opción de tratamiento, un auxiliar y no una solución completa a problemas oclusales^{3,9}.

TÉCNICA DE RAMFJORD Y ASH

Modelos montados para el ajuste oclusal. Se recomienda el montaje de los modelos en forma rutinaria y realizar el ajuste sobre los modelos antes de hacerlo en la boca. Las ventajas principales de montar y ajustar los modelos son:

Permite un marcaje e inspección de patrones de contacto oclusal alrededor de la relación y oclusión céntrica.

Después del ajuste de los modelos, los nuevos patrones de contacto en el área de céntrica pueden valorarse en cuanto a su estabilidad después de cambiarse los puntos y superficies de impacto.

Metas del ajuste oclusal. Esta oclusión ideal es la meta de todo tratamiento oclusal, incluyendo el ajuste, y se caracteriza por:

1.-Libertad en céntrica para todos los dientes antagonistas con contactos estables en relación céntrica y libertad para moverse hacia delante de relación céntrica a oclusión céntrica en el plano sagital.



2.-Contactos de movimiento impedidos en diversas excursiones.

3.-Contacto ausente o ligero del lado de balance no funcional en las diversas excursiones desde relación céntrica y desde oclusión céntrica.

Equipo para el ajuste oclusal. El equipo necesario para el ajuste oclusal incluye, materiales para marcar los contactos oclusales, una selección adecuada de piedras de diamante y rocío de agua.

-Marca de los contactos. Para localizar los contactos oclusales y supervisar los resultados se requiere papel carbón o cinta azul y rojo. Al principio puede usarse una cinta o papel carbón más o menos grueso, pero para terminar el ajuste se recomienda uno muy delgado. Están disponibles con tinta en uno o ambos lados. Pueden marcar azul, verde o rojo en ambas superficies, o rojo en un lado y azul en el otro para evitar confusión.

-Piedras de diamante. Se requiere una selección adecuada de piedras de diamante. Para ajuste de céntrica se utilizan piedras de diamante muy pequeñas con objeto de establecer la libertad en céntrica sin remoción no deseada de estructura dental. También pueden usarse puntas de diamante de cono invertido muy pequeñas para contraángulo. Las puntas de diamante pequeñas son benéficas para las vertientes.

-Rocío de agua. Debe utilizarse rocío de agua y el operador tiene que ejercer presión moderada sobre el diente a desgastar para reducir las sensaciones incómodas de vibración^{1, 10, 11}.

Procedimiento

PASO 1. Corrección de los contactos prematuros

Deslizamiento en céntrica, donde la punta de la cúspide de trabajo se acomoda en el nicho en oclusión céntrica (fig.1).

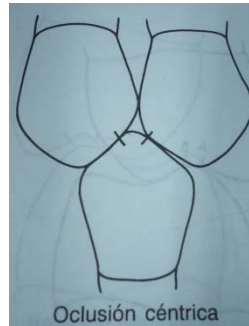


Fig.1 Contactos en oclusión céntrica.

Contacto prematuro en **A** sobre el segundo premolar superior en relación céntrica, la línea punteada en el premolar superior indica el desgaste para dar asiento a la cúspide del segundo premolar inferior. La línea punteada en la punta de la cúspide del premolar inferior indica el desgaste para impedir "excursión" de la cúspide en el nicho entre las crestas marginales de los premolares superiores (fig.2).

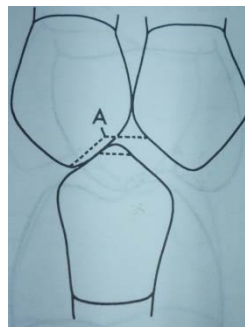


Fig.2 Contactos en relación céntrica.

Después del desgaste, las paradas céntricas siguen presentes en oclusión centrada y existe libertad y estabilidad entre relación centrada y oclusión centrada (fig.3).



Fig.3 Estabilidad de relación centrada y oclusión centrada.

PASO 2. Deslizamiento lateral en céntrica

Corrección del deslizamiento lateral de la mandíbula de relación céntrica a oclusión céntrica. Relación de contacto de la cúspide bucal y fosa en **A** en oclusión céntrica (fig.4).

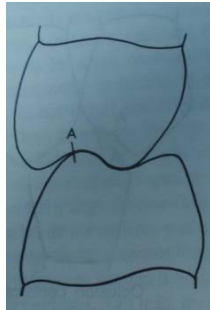


Fig.4 Deslizamiento lateral: oclusión céntrica.

Relación de contacto en relación céntrica, la línea punteada indica el desgaste necesario para ampliar la fosa y eliminar el deslizamiento lateral (fig.5).

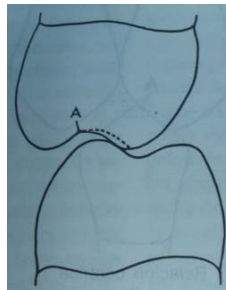


Fig.5 Deslizamiento lateral: relación céntrica.

Después del desgaste, el contacto en **B** en relación céntrica esta al mismo nivel que el contacto A en oclusión céntrica (fig.6).

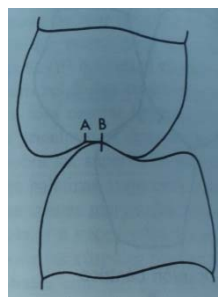


Fig.6 Deslizamiento lateral: relación céntrica.

PASO 3. Ajuste excéntrico

Corrección del deslizamiento lateral cuando están presentes paradas céntricas sobre las vertientes bucales y linguales en lugar de sobre el fondo de la fosa.

Paradas céntricas en oclusión céntrica (fig.7).

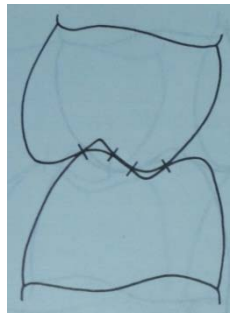


Fig.7 Ajuste excéntrico: Oclusión céntrica.

Contacto prematuro en relación céntrica. Las líneas punteadas muestran el desgaste indicado para eliminar el deslizamiento lateral. La punta de la cúspide bucal del molar inferior debe reducirse ligeramente, como lo indica la línea punteada si la cúspide protruye en la fosa maxilar y “viaja” sobre el asiento preparado en el molar superior cuando la mandíbula se mueve de relación céntrica a oclusión céntrica (fig.8).

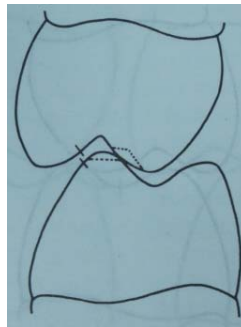


Fig.8 Ajuste excéntrico: relación céntrica.

Relación céntrica con asiento oclusal en el molar superior al mismo nivel que la parada céntrica, dando “libertad en céntrica” y estabilidad funcional (fig.9).

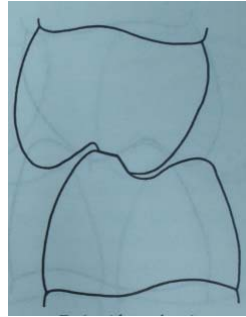


Fig.9 Ajuste excéntrico: relación céntrica.

PASO 4. Corrección de deslizamiento lateral extenso

Como resultado de contacto prematuro de la vertiente lingual de la cúspide bucal inferior y la vertiente bucal de la cúspide palatina superior.

La línea punteada en el molar superior indica desgaste correcto, y se nota que se evitó el desgaste de la parada céntrica en oclusión céntrica (fig.10).

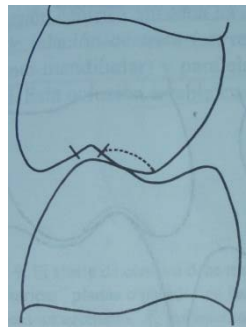


Fig.10 Desgaste correcto.

Desgaste incorrecto de la vertiente de la cúspide bucal inferior (fig.11).

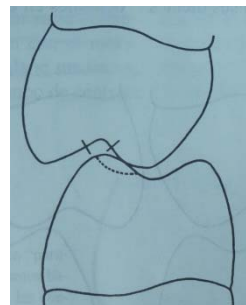


Fig.11 Desgaste incorrecto.

Resultado de desgaste incorrecto con pérdida de parada céntrica de la cúspide bucal inferior en oclusión céntrica e inclinación del molar inferior en la dirección de las flechas (fig.12).



Fig.12 Resultado del desgaste en oclusión céntrica

PASO 5. Interferencias del lado de trabajo y protrusivas

Corrección del deslizamiento lateral causado por un contacto entre las cúspides palatinas y linguales de los dientes superiores e inferiores.

Posición de la parada céntrica en oclusión céntrica (fig.12).

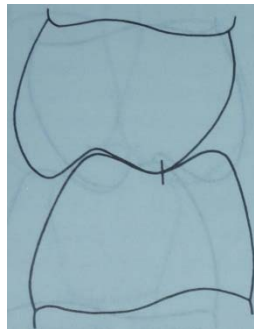


Fig.12 Interferencias del lado de trabajo y protrusivas: oclusión céntrica.

La línea punteada indica el desgaste correcto para la corrección del deslizamiento (fig.13).

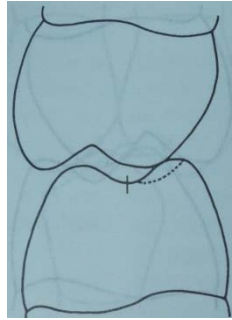


Fig.13 interferencias del lado de trabajo y protrusivas: relación céntrica.

Relación de contacto en relación céntrica después de desgaste correcto (fig.14).

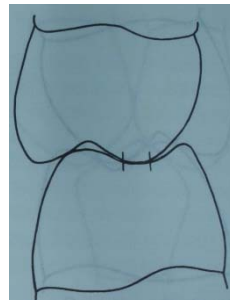


Fig.14 Resultado de un desgaste correcto.

PASO 6. Corrección del contacto prematuro solo en céntrica (fig.15).

A Contacto prematuro en oclusión céntrica.

B y C Ausencia de contacto en relaciones de trabajo y balance.

D La línea punteada indica el desgaste correcto en la fosa antagonista a la cúspide inferior alta.

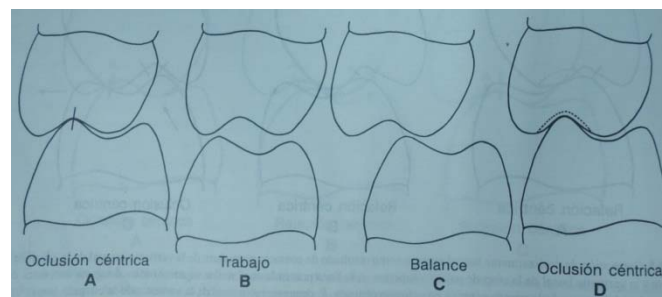


Fig.15 Interferencias del lado de trabajo y protrusivas: contacto prematuro solo en céntrica.

PASO 7. Corrección de contacto prematuro de una cúspide en excursiones céntrica lateral (fig.16).

A Relación de contacto en oclusión céntrica.

B y C Contacto de cúspide en relaciones de trabajo y balance.

D La línea punteada en la cúspide bucal inferior indica desgaste correcto.

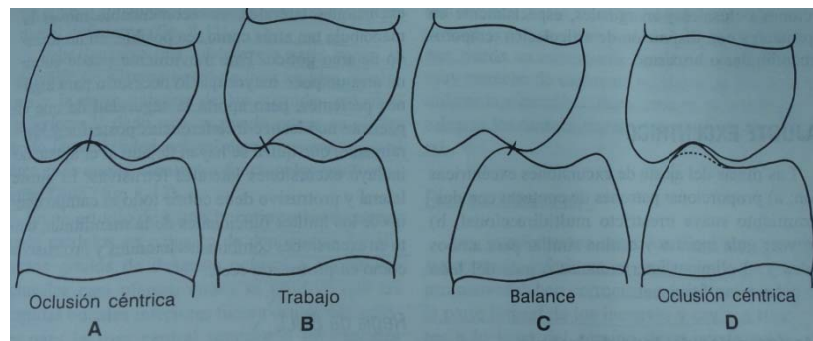


Fig.16 Interferencias del lado de trabajo y protrusivas: contacto prematuro de una cúspide en excursiones céntrica lateral.

PASO 8.Terminación del ajuste (fig.17).

A Los asientos para las cúspides de trabajo tienen que estar en una superficie perpendicular al eje largo de los dientes.

B Asientos para las cúspides de trabajo en las vertientes balanceadas antagonistas.

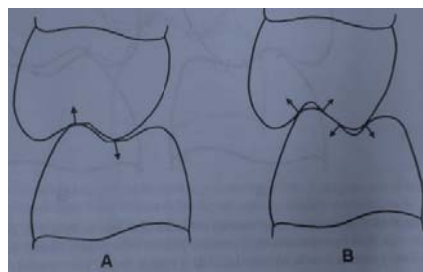


Fig.17 El ajuste de céntrica

El ajuste de céntrica debe resultar en “paradas céntricas” planas o paradas en las vertientes balanceadas antagonistas (fig.18).

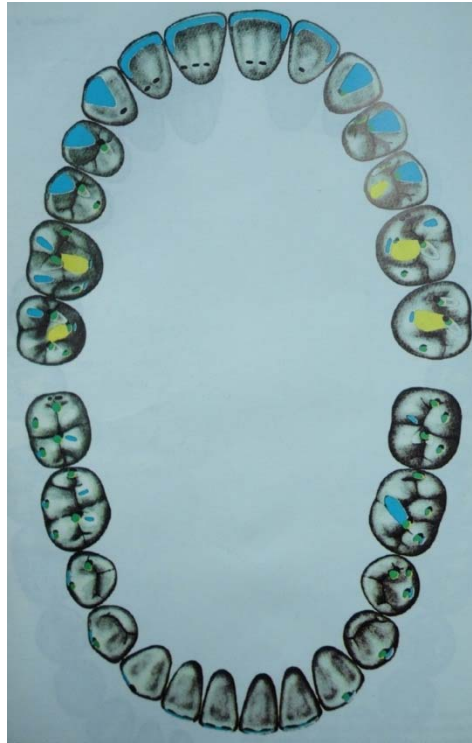


Fig.18 Después de terminar el desgaste, las áreas negras muestran las paradas en oclusión céntrica; las verdes, paradas en relación céntrica; las azules, contactos en relaciones de trabajo, y las amarillas, donde las interferencias del lado de balance se eliminaron.



TÉCNICA DE DAWSON

Los procedimientos de equilibrio pueden dividirse en cuatro partes:

1. Reducción de las superficies dentales que contacten y que interfieran con la *oclusión en el eje de bisagra terminal* (relación céntrica).
2. Reducción selectiva de la estructura dental que interfiera con las *excursiones laterales*. Esta puede variar en la medida en que la influencia de la guía anterior varía para acomodarse a los ciclos de masticación individuales. Puede variar también, si es necesario, para disminuir lo más posible las tensiones laterales de las piezas dentales débiles.
3. Eliminación de la estructura de las piezas dentales posteriores que interfiera con las *excursiones protrusivas*. Esta puede variarse en las relaciones de arco a arco, en las que las piezas dentales anteriores no están en condiciones de desocluir las posteriores en protrusión.
4. Armonización de la *guía anterior*. Con mucha frecuencia es necesario llevarla a cabo en conjunción con la corrección de las interferencias laterales y protrusivas^{3, 12, 13}.

Procedimiento

PASO 1. Localización de interferencias oclusales

Una manipulación inadecuada de la mandíbula es responsable de numerosos fallos en su equilibrado. No puede forzarse para llevarla a relación céntrica. El forzado activará por lo general una fuerte contracción refleja de los músculos pterigoideos laterales, haciendo que mantengan los cóndilos hacia abajo y hacia atrás, fuera de la relación céntrica. Para que el equilibrado sea efectivo, los complejos cóndilo-disco deben quedar libres para asentarse en sus posiciones más elevadas sin ningún desplazamiento forzado cuando las piezas intercuspidan.

La posición de relación céntrica para cada cóndilo debe quedar confirmada antes de marcar los contactos de las piezas.

PASO 2. Eliminación de las interferencias en relación céntrica

Para simplificar, las interferencias en relación céntrica pueden diferenciarse en dos tipos: A) Interferencias al *arco* de cierre. B) Interferencias a la *línea* de cierre.

A) Interferencias al arco de cierre

A medida que el cóndilo gira en su eje terminal de bisagra, cada pieza inferior sigue un arco de cierre. Cada punta de la cúspide inferior y cada borde incisal debe poder seguir este arco de cierre durante todo el trayecto hasta la *posición oclusal más cerrada* sin desviación alguna del arco. Toda la estructura dentaria que interfiera con este arco de cierre produce el efecto de desplazar la mandíbula hacia delante de la interferencia para que alcance la oposición oclusal más cerrada (fig.1).

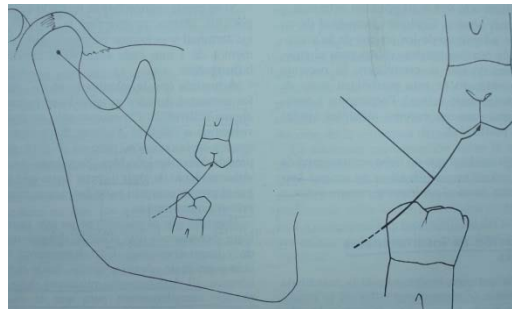


Fig.1 Interferencias al arco de cierre.

B) Interferencias en la línea de cierre

Se refiere a aquellas interferencias primarias que son causa de que la mandíbula se desvíe hacia la izquierda o hacia la derecha desde el primer punto de contacto hasta la posición más cerrada (fig.2).

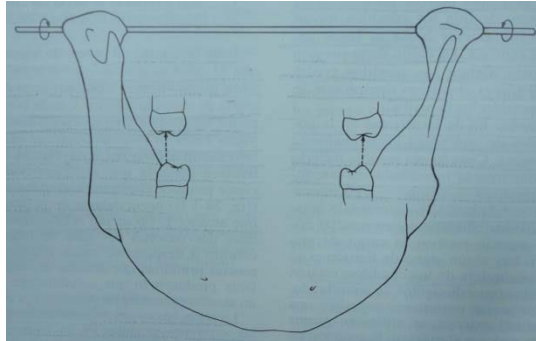


Fig.2 Interferencias en la línea de cierre.

PASO 3. Interferencias en las excursiones laterales

El trayecto que siguen las piezas posteroinferiores cuando salen de la relación céntrica y viajan lateralmente está dictado por dos determinantes:

1. Los movimientos bordeantes de los cóndilos, que actúan como el determinante posterior.
2. La guía anterior, que actúa como el determinante anterior.

PASO 4. Método de manipulación para las excursiones laterales

La razón para una manipulación especial es asegurar que la mandíbula se desplace hasta su límite. El procedimiento se realiza fácilmente cuando se ha aprendido el método.

1. Después de haber eliminado todas las interferencias al cierre en la oclusión de eje terminal, la mandíbula debe ser manipulada hasta la relación céntrica.
2. Las piezas dentales cerrarán en el arco de eje terminal hasta que entren en contacto. Se pide al paciente que mantenga esta posición durante un momento.
3. En el lado de trabajo se afloja el pulgar y los otros cuatro dedos se utilizan para ejercer una presión hacia arriba en el cóndilo de trabajo. Los dedos deben estar colocados sobre hueso y no sobre los tejidos del cuello.



4. En el lado de balance debe conservarse la misma relación del dedo pulgar que se ha usado para la manipulación céntrica, exceptuando si la presión debe ejercerse hacia el cóndilo de trabajo.
5. Mientras mantiene la presión con ambas manos, el dentista debe pedir al paciente que deslice la mandíbula hacia la izquierda o hacia la derecha.
6. El ayudante debe insertar el papel de marcar en los dientes para captar cualquier interferencia.
7. La manipulación es la misma si se marcan las interferencias en el lado de trabajo o en el lado de balance.

PASO 5. Eliminación de las interferencias laterales

Las interferencias laterales pueden dividirse en interferencias del *lado de trabajo* y del *lado de balance*. Las dos se ajustan a la vez.

Interferencias del lado de balance. Se ajustan rápida y fácilmente porque en este caso el objetivo es eliminar todos los contactos de las vertientes tan pronto como las piezas dentales inferiores salen de la relación céntrica e inician su camino hacia la lengua.

Interferencias del lado de trabajo. Antes de ajustar las interferencias del lado de trabajo, es necesario determinar el tipo de oclusión más indicado para el paciente en particular (fig.3) y (fig.4).

1. *Función de grupo.* En la función de grupo, las puntas de las cúspides posteroinferiores y los bordes incisales inferiores del lado de trabajo mantienen un contacto continuo desde que salen de la relación céntrica hasta la mejilla.
2. *Desoclusión posterior.* El efecto desoclusivo puede proceder sólo de la cúspide (oclusión de protección canina), o las piezas anteriores pueden trabajar en función de grupo como el de desoclusión.

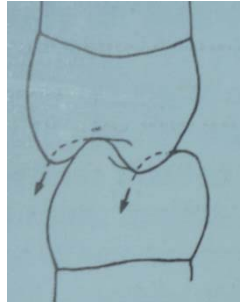


Fig.3 Trayectoria del lado de trabajo.



Fig.4 Se talla la vertiente lingual superior y la vestibular inferior.

PASO 6. Interferencias protrusivas

Sólo las piezas frontales deben tocarse en las excursiones protrusivas. Todos los contactos posteriores en la protrusión deben haber sido eliminados tan pronto como las piezas dentales posteriores se desplazan delante de sus contactos céntricos de soporte (fig.5) y (fig.6).

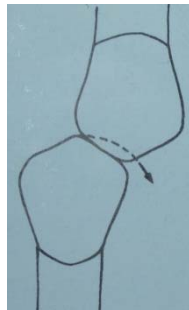


Fig.5 Trayectoria protrusiva.

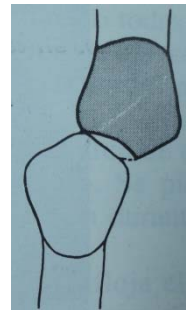


Fig.6 Tallar por distal del diente superior.

Resultados deseados de una intervención de ajuste oclusal mediante la técnica de Dawson (fig.7).

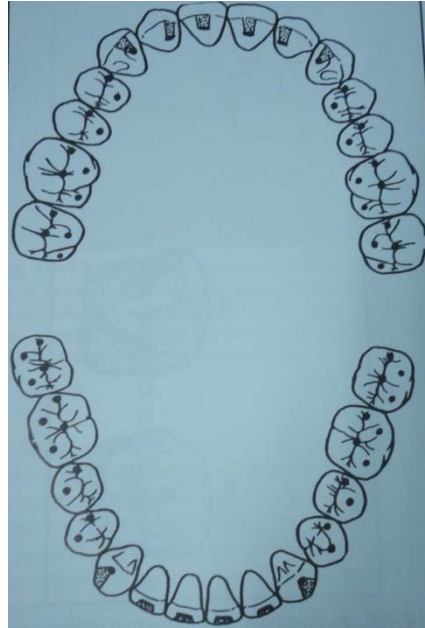


Fig 7. Después de terminar el desgaste, los puntos negros muestran las paradas en oclusión céntrica; y los puntos en los dientes anteriores superiores e inferiores, donde las interferencias del lado de balance y del lado de trabajo se eliminaron.

TÉCNICA DE OKESON

Procedimiento

PASO 1. Deslizamiento anterosuperior

El deslizamiento de la relación céntrica a la intercuspidadación máxima puede seguir un trayecto recto hacia delante y hacia arriba en el plano sagital^{2, 14, 15,16}.

Se debe a un contacto entre las vertientes mesiales de las cúspides maxilares y las vertientes distales de las cúspides mandibulares (fig. 1).

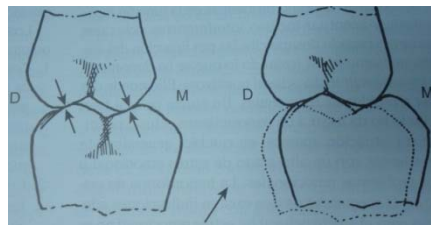


Fig.1 Deslizamiento anterosuperior

PASO 2. Deslizamiento anterosuperior y derecho

Las vertientes que crean una desviación a la derecha de la mandíbula de la relación céntrica a la posición de intercuspidadación pueden encontrarse en los lados de los arcos (fig.2).

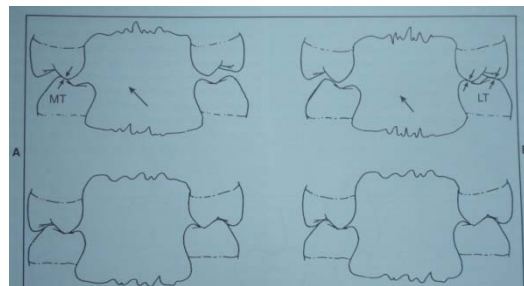


Fig.2 Deslizamiento anterosuperior y derecho:**A)** Las vertientes del lado derecho que causan un desplazamiento de la mandíbula hacia la derecha son las internas de las cúspides linguales maxilares con las internas de las cúspides bucales mandibulares. **B)** Las vertientes del lado izquierdo que causan una desviación de la mandíbula hacia la derecha son bien, las vertientes internas de las cúspides bucales maxilares con las externas de las cúspides bucales mandibulares, bien las vertientes externas de las cúspides linguales maxilares con las internas de las cúspides linguales mandibulares .

PASO 3. Deslizamiento anterosuperior e izquierdo

De forma similar al deslizamiento derecho, las vertientes que crean una desviación de la mandíbula hacia la izquierda de la relación céntrica a la posición de intercuspidad pueden encontrarse en los dos lados de los arcos dentarios.

Estas áreas son similares a las que causan la desviación derecha, pero en el lado contrario de los arcos dentarios (fig.3).

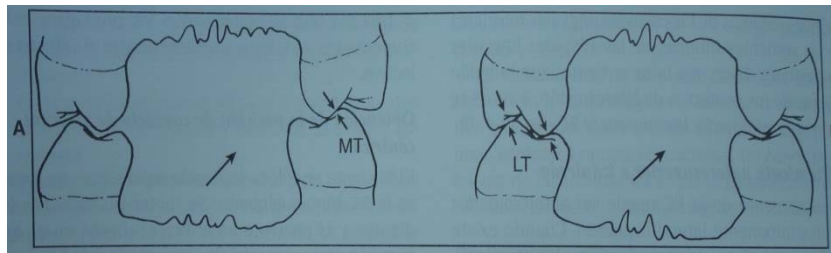


Fig.3 Deslizamiento anterosuperior e izquierdo: **A)** Las interferencias mediotrusivas de la relación céntrica en el lado izquierdo desvían la mandíbula hacia la izquierda. **B)** Las interferencias laterotrusivas de relación céntrica en el lado derecho desvían la mandíbula hacia la izquierda.

PASO 4. Secuencia del ajuste oclusal en relación céntrica (fig.4):

- A.** Obsérvese que en la relación céntrica de una vertiente mesial del diente maxilar contacta con una vertiente distal del diente mandibular.
- B.** Se localiza el contacto más próximo a la punta de la cúspide en el diente mandibular. Se elimina esta vertiente, dejando que solo la punta de la cúspide establezca contacto.
- C.** Durante el siguiente cierre, esta punta de cúspide mandibular contacta con la vertiente mesial de una cúspide maxilar.
- D.** Se modifica la forma de esta vertiente convirtiéndola en una superficie plana.
- E.** En el siguiente cierre, la punta de la cúspide mandibular contacta con la superficie plana maxilar, y se han alcanzado los objetivos del tratamiento para este par de contactos.

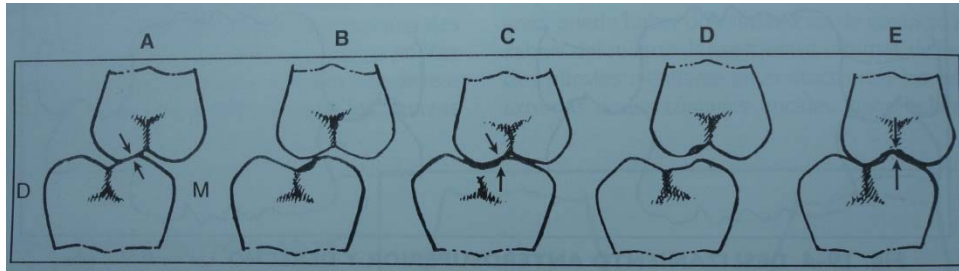


Fig.4 Secuencia del ajuste oclusal en relación céntrica

PASO 5. Guía canina

Aquí se observa como contactan los caninos, desocluyendo los dientes posteriores durante un movimiento de laterotrusion (fig.5).



Fig.5 Guía canina.

PASO 6. Resultados del ajuste oclusal con obtención de guía canina (fig.6).

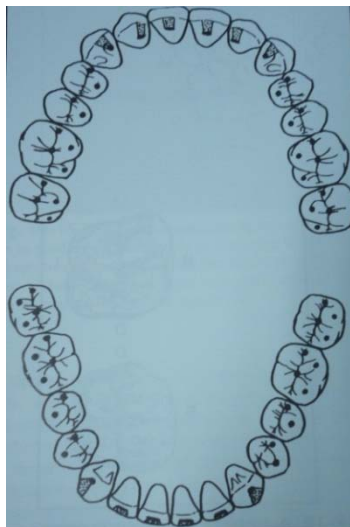


Fig.6 Resultados deseados de una intervención de ajuste oclusal, los puntos negros muestran las paradas en oclusión céntrica; y los puntos en los dientes anteriores superiores e inferiores, donde las interferencias del lado de balance y del lado de trabajo se eliminaron, para obtener guía canina.

PASO 7. Guía de función de grupo

Muchos dientes posteriores participan en la guía de la mandíbula durante un movimiento de laterotrusion (fig.7).



Fig.7 Guía de función de grupo

Resultados del ajuste oclusal con obtención de función de grupo (fig.8).

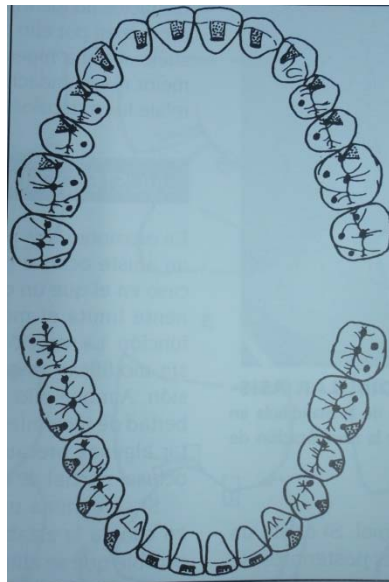


Fig.8 Resultados del ajuste oclusal, los puntos negros muestran las paradas en oclusión céntrica; y los puntos en los dientes anteriores superiores e inferiores, donde las interferencias del lado de balance y del lado de trabajo se eliminaron para obtener función de grupo.

TÉCNICA DE DESGASTE SELECTIVO

PASO 1. Comenzamos por los desgastes en céntrica, a fin de lograr un único arco de cierre, guiado eficazmente por la guía anterior; es decir: la coincidencia entre oclusión habitual y oclusión en relación céntrica^{6, 7, 17, 18,19}.

Si la deflexión es por ejemplo hacia la izquierda, observaremos que las únicas causas posibles son por contacto en los puntos de estabilidad vestibulo-palatina A o C derechos, o bien en el B izquierdo (fig.1).

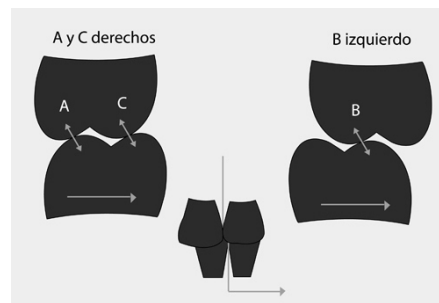


Fig.1 Desgastes en céntrica.

En este caso, intentar gastar dichos puntos, de ser posible sólo en las cúspides de balance, es decir:

Crestas triangulares internas, cúspides vestibulares superiores (punto A) y crestas triangulares internas, cúspides linguales inferiores (punto C), del lado derecho y un poco de las crestas triangulares internas, cúspides estampadoras (punto B), del lado izquierdo (fig.2).

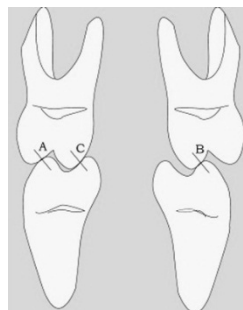


Fig.2 Ajuste excéntrico.

PASO 2. Si la deflexión es hacia el lado opuesto, se invierten los desgastes. En las migraciones hacia adelante, las únicas razones posibles están en los puntos estabilizadores.

Vertientes mesiales de los rebordes marginales, triangulares externas y triangulares internas de los superiores y vertientes distales de los rebordes marginales, triangulares internas y triangulares externas de los inferiores (fig.3).

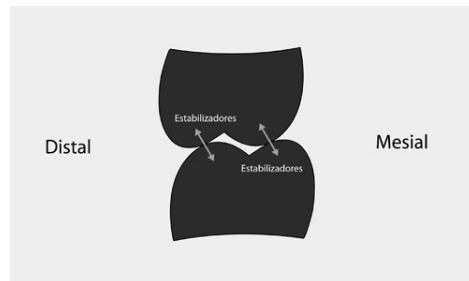


Fig.3 Desgastes en las vertientes mesiales.

Esta migración generalmente se acompaña de anomalías en el sector anterior (fig.4).

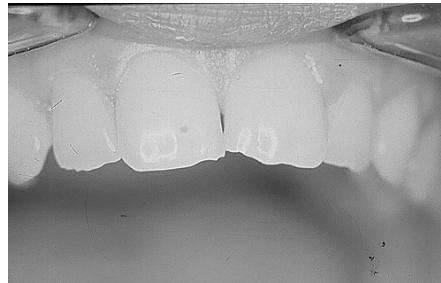


Fig.4 Se observa una boca prácticamente entera, comienzan a “desmoronarse” prismas adamantinos.

Como consecuencia de un punto prematuro de contacto, ubicado en la posición de un estabilizador, que provoca la discrepancia horizontal postero-anterior causante de dicho efecto (fig.5).

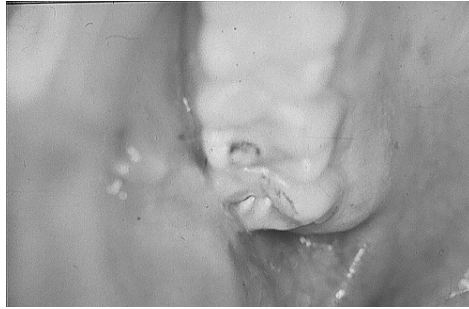


Fig.5 punto prematuro de contacto.

Dicho punto, será necesario ajustarlo antes de cualquier tratamiento en la zona anterior, ya que si no liberamos la causa, el efecto se seguirá produciendo y, a pesar de que la abrasión de estos incisivos superiores es apenas el comienzo de una futura bruxomanía^{20, 21}.

PASO 3. Otro de los fenómenos que es frecuente observar es el fenómeno que denominamos dispersión, cómo del maxilar inferior, provocando lo que los ortodoncistas durante décadas acusaron a la erupción del 3er. molar, encimando todo el grupo incisivo, fenómeno que denominamos apiñamiento (fig. 6).

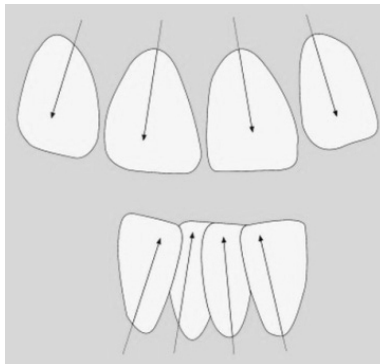


Fig.6 Apiñamiento.

PASO 4. Realizados ya los desgastes en céntrica, obteniendo de esta manera un único arco de cierre, es decir, oclusión en relación céntrica, debemos realizar el ajuste de las excéntricas, apoyando la acción de la guía anterior^{22,23}.

Como regla nemotécnica podemos tener en cuenta que:

- a. De un lado a otro de un mismo maxilar, la imagen es especular, o sea invertida.
- b. En hemimaxilares cruzados, la imagen es idéntica.

La dirección de dichos surcos, sólo es importante en el área de supracontacto, porque es en la misma donde se producen las interferencias (fig.7).



Fig.7 Supra contacto e infra contacto.

En el área de Infracontacto, los surcos sólo sirven para canalizar el alimento. Es importante conservar esta parte del surco, ya que si no existieran, los contactos entre cúspides serían en superficie y no puntiformes (fig. 8).

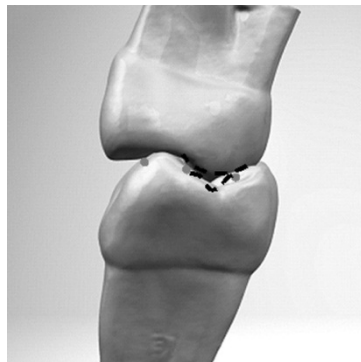


Fig.8 Contactos entre superficies oclusales.

Durante estos procedimientos es importante no gastar los topes y además crear, redondeando superficies.



Sintetizando estas reglas, ajuste oclusal con técnica de desgaste selectivo:

1. Obtener un único arco de cierre con coincidencia entre oclusión habitual y relación céntrica.
2. El cierre mandibular debe ser recibido sólo por la tabla premolar-molar.
3. Durante las excursiones funcionales es la guía anterior la que debe sufrir las fuerzas laterales.
4. De cumplirse estas dos premisas debemos obtener libertad de desplazamiento (no confundir con libertad en céntrica) a las piezas dentales posteriores mediante la creación de surcos.



TÉCNICA DE DESGASTE MECÁNICO

Procedimiento correctivo de los contactos interoclusales para obtener oclusión céntrica igual a relación céntrica. Es un acople de dientes anteriores y tallado en dientes posteriores^{24, 25, 26}.

Objetivos

Hacer coincidir la relación céntrica con la oclusión céntrica reorientar fuerzas, redistribuir fuerzas, lograr contactos en forma de punto, obtener tripodismo, Restablecer la dimensión vertical y eliminar oclusión traumática.

Indicaciones

Oclusión que no coincide entre la relación céntrica con oclusión céntrica, antes o después de procedimientos restauradores, después de tratamientos de ortodoncia o cirugía ortognática y durante el tratamientos de operatoria.

Contraindicaciones

Cuando no hay acople de dientes anteriores, mordida abierta anterior, borde a borde de incisivos, mordida cruzada y antes de procedimientos quirúrgicos u ortodoncicos.

Procedimiento

PASO 1 Modelos montados. Se separa el segmento posterior del anterior, analiza por separado la discrepancia de oclusión céntrica y la relación céntrica en cada uno de los segmentos (fig.1).

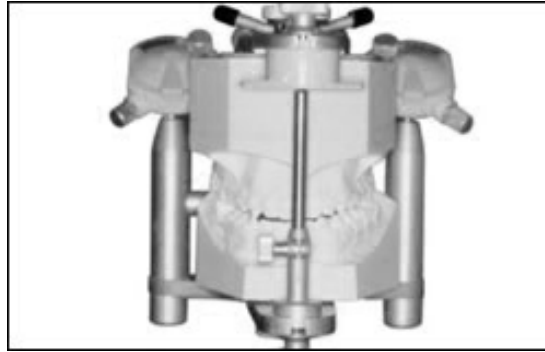


Fig. 1 Modelos articulados.

PASO 2. Se utilizan espaciadores para llevar a relación céntrica (fig. 2)



Fig.2 Espaciadores.

PASO 3. Se elimina el deslizamiento en relación céntrica (fig.3).

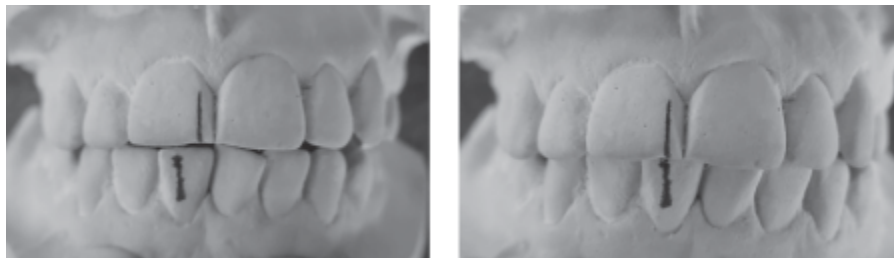


Fig.3 Deslizamiento en relación céntrica.

PASO 4. Eliminar interferencias en el lado de trabajo (fig.4).



Fig.4 Los puntos marcados son las interferencias del lado de trabajo.

PASO 5. Eliminar interferencias en protrusiva (fig.5).



Fig.5 interferencias en protrusiva.

PASO 6. Elimina interferencias en el lado de balance (fig.6).



Fig.6 Interferencias en el lado de balance.



VII. DISCUSIÓN

Respecto a las técnicas del ajuste oclusal, se considera como una alternativa de tratamiento para lograr una oclusión dentaria favorable y así mantener un equilibrio en el aparato masticatorio.

Dawson y Okeson coinciden en proponer como punto de partida del ajuste oclusal la relación céntrica, a partir de la cual se pueden realizar todos los movimientos mandibulares, pues sirve para determinar los patrones oclusales adecuados sin producir alteraciones articulares o musculares.

En cambio Ramfjord y Ash difiere así como propone realizar el ajuste oclusal, empezando desde oclusión céntrica, siguiendo con los desgastes para crear una estabilidad entre relación y oclusión céntrica (céntrica larga).

Un punto en concreto donde las técnicas coinciden, es realizar un ajuste excéntrico y dar paso para eliminar las interferencias en los diferentes movimientos mandibulares.

Okeson, hace una diferencia en el resultado del ajuste oclusal donde se puede obtener función de grupo o guía canina.



VIII. CONCLUSIONES

El ajuste oclusal es un tratamiento efectivo, está indicado para bruxismo, trismus, trauma oclusal, trastornos de la articulación temporomandibular y después de un tratamiento ortodóncico.

El desgaste de las vertientes de los dientes que causan las interferencias oclusales, es un tratamiento sencillo y rápido. Cabe recalcar que es importante diagnosticar al paciente así como tener el dominio de la técnica a realizar en el ajuste oclusal.

Todos los tratamientos restaurativos deben de estar apegados a conceptos oclusales que respeten siempre los parámetros fisiológicos determinados por la función muscular, de lo contrario nuestros tratamientos terminarán provocando, tarde que temprano, un desbalance ocluso/muscular.



IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Ramfjord, Sigurd.Ash, Major M. Oclusion.Cuarta Edicion, 1996. Editorial Mc Graw-Hill interamericana. Mexico D,F. cap.8 pags. 289-321.

²Okeson JE. Oclusión y afecciones temporomandibulares. 3 ed. Madrid: Mosby Dogma Libros; 1996.

³PE. Dawson.Occlusal Equilibration.Evaluation, diagnosis and treatment of occlusal problems. Second Edition. Mosby 1989.

⁴Ash M. Paradigmatic shifts in occlusion and temporomandibular disorders. Jour.OralReha, 28 (1), 1-13, 2001,U.S.A.3. Ash y Ramfjord. Occlusion. 4 edition, Saunders, 1995, U.S.A

⁵http://es.wikipedia.org/wiki/Manual_de_procedimientos.

⁶ALONSO- ALBERTINI- BECHELLI: “Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral”, 1ra Edición, Editorial Médica Panamericana (1999).

⁷Baba K., Ai., Mizutani H., Enosawa S. Influence of experimental occlusal discrepancy masticatory muscle activity during clenching. Journal Oral Rehabilitation. 2006; 23:55-60.

⁸Mc Neill C. Desgaste dentario mecanico y equilibrio oclusal. 20 ed. Sao Paulo: Quintessence; 2000

⁹Christensen L.V., Rassouli N.M Experimental occlusal interference. Part II: Masseteric EMG responses to an intercuspal interference. Journal Oral Rehabilitation.2005; 22: 521-531.

¹⁰Clark G.T., Tsukiyama Y., Baba K., Watanabe T. Sixty-eight years of experimental occlusal interference studies: What have we learned? Journal ProsthetDent 2004; 82: 704-713

¹¹Mcnamara et al. Occlusion, Orthodontic Treatment, and Temporomandibular Disorders: A review. Journal of orofacial pain. 1995 vol 9, num 1, 73-87



¹²Ikeda T . Influence of occlusal overload on tooth sensation and periodontal tissue. Journal Oral Rehabilitation 2008; 25: 589-595.

¹³Siegmund Thomas, HARZER W, “Orthodontic diagnostics and treatment planning in adults with temporomandibular disorders: a case report”, J, Orofacial Orthopaedics, January, 2002, No.5, Pág 435-445.

¹⁴Egermark, I.A 20-Year follow-up of signs and symptoms of temporomandibular disorders and malocclusions in subjects with and without orthodontic treatment in childhood. Angle Ortho 2003;73:2, 109-115

¹⁵Jaén FR, Cano E., Manejo Clínico de Una Rehabilitación de la Oclusión en la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá. Rev. Odontol., 1997; 23(1): 43-47.

¹⁶FitzGerald LJ., Restoring Anterior Guidance by Use of Composite Resin. J CraniomandPract., 1994; 8(1): 233-241.

¹⁷Thilander, RUBIO, PEÑA, MAYORGA, “Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with maloclusión in children and adolescents: An Epidemiologic study related to specified stages of dental development”. The Angle Orthod, Vol. 72, No. 2. 2002

¹⁸Perry, HT. Relation of occlusion to temporomandibular joint dysfunction: The orthodontic viewpoint. J Am Dent Assoc 1969;79:137-141

¹⁹Rugh J.D., Barghi N., Drago C.J Experimental occlusal discrepancies and nocturnal bruxism. Journal ProsthetDent 2004; 51: 548-553.

²⁰<http://www.occlusion.es/2007/09/21/ajuste-oclusal/journal>.

²¹Ricketts, RM. The medium of dentistry. J ProsthetDent 1969;21 :39-60

²²Jaén FR., Evaluación de la Posiciones Mandibulares de Referencia. Rev. Odontol., 1986; (10):4-10.



²³Reynders, RM. Orthodontics and temporomandibular disorders. A review of the literature. AJODO 1990;97:463-471

²⁴Planas P. La rehabilitación neuro-occlusal. París: Masson, 1992:4-11

²⁵Dibbtes, JMH, WUELE, GE. Extraction, orthodontic treatment and craniomandibular dysfunction. AJODO 1990;99:210-219.

²⁶Glosario de oclusión dentaria y trastornos temporomandibulares (Arturo E. MannsFreese; Jorge BiottiPicand



GLOSARIO

ÁNGULO CUSPÍDEO. Es el ángulo formado entre las dos crestas oclusales/incisales, vestibulares y linguales, el grado de angulación es variable.

ANTEROPOSTERIOR. Dirección global perpendicular al plano coronal del complejo dentofacial, la dirección/sentido anterior es adelante, y la dirección en sentido/posterior es atrás.

APIÑAMIENTO. Es un mal alineamiento dental causado por un espacio deficiente para los dientes.

ARCO DENTAL. Es la arcada de dientes de la maxila o mandíbula.

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. Una de las dos articulaciones articuladas entre los huesos temporales del cráneo y de la mandíbula; el proceso condilar de la mandíbula articula en la eminencia de la fosa de la cavidad glenoidea del hueso temporal. Es la articulación ósea entre la mandíbula y los huesos temporales, consistiendo en la articulación temporomandibular derechas e izquierda.

BORDE INCISAL. Porción incisiva o cortante de un diente anterior.

BRUXISMO. Pulverización habitual o rechinar de los dientes, generalmente durante el sueño. Puede causar severa atricción de los dientes, causa isquemia del músculo, dolor y daño a los tejidos finos de soporte. Asociado con frecuencia a problemas de la ATM.

CHASQUIDO. Es un término empleado para los sonidos anormales que emanan a partir de una o ambas articulaciones temporomandibulares, generalmente debido a la dislocación anterior o anterior-intermedia o anterolateral del disco articular durante los movimientos funcionales.



CRESTA. Es la parte elevada y sobreelevada de un segmento lobular, la cresta de un segmento lobular principal se conoce como cresta principal y la accesoria como cresta accesoria. Las crestas pueden variar desde casi imperceptibles hasta ser muy pronunciadas.

CÚSPIDE. Son las eminencias oclusales/incisales de un segmento lobular, las cúspides son propias de los caninos, premolares y molares.

DESGASTE INTERPROXIMAL DE ESMALTE. Relación interproximal del ancho de un diente por retiro de una porción del esmalte (dientes generalmente anteriores) para corregir discrepancias del tamaño del diente o para favorecer la estabilidad post-tratamiento.

DESPLAZAMIENTO. Cualquier movimiento de una partícula o de un cuerpo en su totalidad.

DIMENSIÓN VERTICAL. La relación vertical de la mandíbula y el maxilar en reposo o la posición de oclusión.

DISOCLUSIÓN. Es la separación de superficies oclusales opuestas como movimientos de la mandíbula dentro de diversas posiciones funcionales.

DISCREPANCIA. Deficiencia de la longitud del arco.

DISFUNCIÓN. Función parcialmente deteriorada o anormal de la función.

DISTAL. Es una dirección orientada a lo largo del arco dental lejos de la línea media dental; derecho o izquierdo en el segmento anterior posteriormente en los segmentos bucales.

DISTOCLUSIÓN. Una oclusión más baja de los dientes distales a su relación normal a los superiores, como en un maloclusión de la clase II de Angle.

DISTOVERSIÓN. Es un término a veces usado para describir un diente en posición distal (posterior) a su posición normal.



FACETA. Es la superficie a cualquier lado de la cresta aclusal, una cresta siempre tiene dos facetas.

INTERFERENCIAS OCLUSALES. Son contactos oclusales indeseables que producen desviaciones durante el cierre a la máxima intercuspidadación.

LABIOVERSIÓN. Término general que indica la desviación de un diente hacia labial.

LADO DE BALANCE (LADO DE EQUILIBRIO). Es un término usado para el estudio de la oclusión; es decir, para el lado no funcional cuando la mandíbula se cambia de puesto lateralmente.

MAXILAR. Es un par de los huesos faciales que forman la base para el arco dental superior, el piso de la nariz y de los huesos de la órbita y de la mejilla.

MESIAL. Hacia la línea media, siguiendo el arco dental. Describían superficies de dientes así como la dirección.

MESIOCLUSIÓN. Es una relación oclusal en la cual los dientes más bajos se colocan mesialmente, similar a la relación en un maloclusión de la clase III del ángulo.

MIALGIA. Dolor del músculo.

OCCLUSAL. Perteneciente a las superficies de masticación de los dientes posteriores. Puede ser utilizado para identificar esas superficies del diente así como la dirección (hacia arriba en el arco más bajo, hacia abajo en el alto).

OCCLUSIÓN BORDE A BORDE. Es una oclusión en la cual los dientes anteriores o posteriores de ambos maxilares se encuentran a lo largo de sus bordes cuspalincisal o bucales. Asociado a menudo a una relación de la molar de la clase III.

OCCLUSIÓN CÉNTRICA. La posición de la mandíbula dictada por una intercuspación máxima y habitual de los dientes superiores e inferiores; referida variablemente como una posición intercuspal, céntrica habitual, o posición oclusal usual. La posición condilar puede o no puede estar en armonía con la relación céntrica. Debido a esto, el término habitual de oclusión es preferible.

OCCLUSIÓN FUNCIONAL. Es un arreglo de los dientes para reducir al mínimo la tensión en el empalme temporomandibular; maximizar la función, la estabilidad y la estética de los dientes que prevea la protección y la salud del periodonto.



OCLUSIÓN IDEAL. Colocación teórica de los dientes en los arcos dentales que maximiza la función, la estabilidad y la longevidad de la estética de la dentición y de las estructuras de soporte.

OCLUSIÓN NORMAL. Oclusión óptima de la obstrucción normal de dientes superiores y más bajos durante la función presente de la maloclusión (tal como rotaciones, mal posiciones o relaciones anormales de la quijada que se encuentran en clase I, clase II y categorías del maloclusión de la clase III).

PLANO OCLUSAL. Plano imaginario en el cual los dientes superiores e inferiores satisfacen en la oclusión. Es realmente una superficie curvada compuesta, pero es aproximado comúnmente por un plano (línea recta en la visión lateral) basado en puntos de referencia específicos dentro de los arcos dentales.

PROCLINACIÓN. La inclinación coronal anterior de dientes anteriores, en comparación con la saliente corporal, que indica la variación posicional.

PROGNÁTICA. Relación de la mandíbula, concerniente al esqueleto craneofacial.

PROTRUSIÓN. Los dientes y las mandíbulas colocadas más lejos de lo normal.

RELACIÓN CÉNTRICA. Los cóndilos en su posición anterosuperior máxima en las fosas articulares, cuando se apoyan contra la pared posterior de las eminencias articulares con los discos articulares interpuestos adecuadamente.

RETROINCLINACIÓN. Forma angular (palatal) lingual de dientes anteriores.

RETRUSIÓN. Dientes que son posteriores a la posición normal o al movimiento hacia el distal.

SUPERFICIES OCLUSALES. Es la superficie de un molar o premolar comprendida entre las crestas marginales que contacta con las superficies correspondientes de los antagonistas durante el cierre de los dientes posteriores.

TRAUMA OCLUSAL. Denominación para describir las alteraciones patológicas o de adaptación que se producen en el periodonto como resultado de fuerzas indebidas ejercidas por los músculos masticatorios.